



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen

Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung

Inhalt

Auf dem Weg zu Teilhabe und Inklusion	7
Teil 1: Ein neuer Bericht über die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen	26
1 Aufbau des Berichts	27
2 Konzeptionelle Grundlagen: Menschenrechte und Lebenslagen	28
2.1 Die UN-Behindertenrechtskonvention	28
2.2 Ein neues Verständnis von Behinderung	29
2.3 Lebenslagenansatz	31
2.4 Fragen an den Bericht	32
2.5 Auswahl der Daten und Indikatoren	34
Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Menschenrechtliche Grundlagen der Indikatoren	37
Teil 2: Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen	39
3 Grunddaten	40
3.1 SOEP und GEDA: Menschen mit Beeinträchtigungen ab 18 Jahren	41
3.2 KiGGS: Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen unter 18 Jahren	50
3.3 Menschen in stationären Einrichtungen	53
3.4 Merkmale, Arten und Ursachen von Beeinträchtigungen	54
Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Konzepte von Behinderung und Teilhabe	63
4 Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen	66
4.1 Familie und soziales Netz	66
4.1.1 Haushaltsgrößen	69
4.1.2 Partnerschaft und Familiengründung	70
4.1.3 Aufwachsen in der Familie	74
4.1.4 Freunde, Nachbarn und Bekannte	75
Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Familie und soziales Netz	78
4.2 Bildung und Ausbildung	82
4.2.1 Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit	86
4.2.2 Bildung und Betreuung im Schulalter	91
4.2.3 Berufsausbildung	101
4.2.4 Hochschulbildung	105
4.2.5 Schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse	111
4.2.6 Lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung	121
Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Bildung und Ausbildung	123
4.3 Erwerbsarbeit und Einkommen	128
4.3.1 Erwerbsarbeit	130

4.3.2	Erwerbslosigkeit und Arbeitsuche	141
4.3.3	Einkommen	146
	Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Erwerbsarbeit und Einkommen	163
4.4	Alltägliche Lebensführung	168
4.4.1	Wohnen	171
4.4.2	Mobilität	175
4.4.3	Öffentlicher Raum	177
4.4.4	Pflege, Ambulante Dienste und Assistenz	178
4.4.5	Gefühlte Selbstbestimmung	182
	Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Alltägliche Lebensführung	184
4.5	Gesundheit	189
4.5.1	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands	192
4.5.2	Objektive Indikatoren des Gesundheitszustands	197
4.5.3	Zugänglichkeit allgemeiner Gesundheitsleistungen	200
4.5.4	Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten	201
	Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Gesundheit	205
4.6	Freizeit, Kultur und Sport	207
4.6.1	Freizeitaktivitäten allgemein	210
4.6.2	Geselligkeit und Erholung	212
4.6.3	Kulturelle Aktivitäten	217
4.6.4	Sportliche Aktivitäten	221
	Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Freizeit, Kultur und Sport	225
4.7	Sicherheit und Schutz vor Gewalt	228
4.7.1	Körperliche Gewalt	230
4.7.2	Sexuelle Gewalt	232
4.7.3	Psychische Gewalt	234
4.7.4	Sicherheitsempfinden	235
	Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Sicherheit und Schutz vor Gewalt	238
4.8	Politik und Öffentlichkeit	240
4.8.1	Politik – Zufriedenheit, Interesse und allgemeine Beteiligung	242
4.8.2	Beteiligung an politischen Wahlen	246
4.8.3	Zivilgesellschaftliches Engagement	247
	Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Politik und Öffentlichkeit	250
5	Typische Teilhabekonstellationen von Menschen mit Beeinträchtigungen	255
5.1	Hintergrund und Zielsetzung	255
5.2	Clusteranalyse	256
5.3	Ergebnisse	259
5.3.1	Überblick: Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen mit geringen, mittleren und großen Einschränkungen	260
5.3.2	Teilhabekonstellationen im frühen und mittleren Erwachsenenalter	262
5.3.3	Teilhabekonstellationen im fortgeschrittenen Alter	265
5.3.4	Teilhabekonstellationen im Seniorenalter	270

Teil 3: Leistungen und Aktivitäten zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen	273
6 Ansätze zur Verbesserung der Teilhabe	274
6.1 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Familie und soziales Netz“	274
6.2 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Bildung und Ausbildung“	277
6.2.1 Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit	278
6.2.2 Bildung und Betreuung im Schulalter	280
6.2.3 Berufliche Bildung	282
6.2.4 Hochschulbildung	283
6.2.5 Lebenslanges Lernen	284
6.2.6 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden	284
6.3 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Erwerbsarbeit und Einkommen“	286
6.3.1 Leistungen zur Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	286
6.3.2 Werkstätten für behinderte Menschen	301
6.3.3 Kompensations- und Transferleistungen	302
6.3.4 Leistungen der sozialen Entschädigung	305
6.3.5 Ausgaben der Leistungsträger	305
6.3.6 Wirksamkeit der Leistungen	307
6.3.7 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden	310
6.4 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „alltägliche Lebensführung“	313
6.4.1 Wohnen	313
6.4.2 Mobilität	317
6.4.3 Kommunikation	319
6.4.4 Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung	320
6.4.5 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden	327
6.5 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Gesundheit“	331
6.5.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	331
6.5.2 Hilfsmittel	338
6.5.3 Assistenz bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Pflegeleistungen	341
6.5.4 Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe	343
6.5.5 Strukturierte Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen	344
6.5.6 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden	345
6.6 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Freizeit, Kultur und Sport“	347
6.6.1 Erholung und Geselligkeit	347
6.6.2 Rehabilitations- und Behindertensport	348
6.6.3 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden	350
6.7 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Sicherheit und Schutz vor Gewalt“	352
6.7.1 Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“	352
6.7.2 Vernetzungsstellen von Frauenhäusern, Frauenberatungsstellen und -notrufen	352
6.7.3 Gewaltprävention in der familiären Pflege und Betreuung	352
6.8 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Politik und Öffentlichkeit“	353
6.8.1 Interessenvertretung in der Arbeitswelt	353
6.8.2 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden	354

Teil 4: Schwerpunktthemen	357
7 Ältere Menschen mit Beeinträchtigungen	358
7.1 Hintergrund	358
7.2 Selbstbestimmung und Teilhabe von älteren Menschen mit Beeinträchtigungen im Spiegel empirischer Daten	362
7.2.1 Risiken der Fremdbestimmung und Exklusion von älteren Menschen mit Beeinträchtigungen	362
7.2.2 Erkenntnisse über die Lebenslagen von älteren Menschen mit Beeinträchtigungen	365
7.2.3 Erkenntnisse aus Schwerpunktstudien über die Selbstbestimmung und Teilhabe älterer Menschen mit Beeinträchtigungen	367
Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Ältere Menschen mit Beeinträchtigungen	372
8 Psychische Beeinträchtigungen	381
8.1 Hintergrund	381
8.2 Daten zur Verbreitung psychischer Beeinträchtigungen	381
8.3 Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Spiegel empirischer Studien	385
8.3.1 Risiken der Fremdbestimmung und Exklusion	385
8.3.2 Erkenntnisse aus Schwerpunktstudien	387
Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Psychische Beeinträchtigungen	390
Teil 5: Weiterentwicklung der Datengrundlage	399
9 Datenanforderungen und Referenzrahmen	400
9.1 Grunddaten	402
9.2 Familie und soziales Netz	404
9.2.1 Familiengründung und Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen	405
9.2.2 Zusammenleben mit beeinträchtigten Kindern	405
9.2.3 Innerfamiliäre Unterstützung	406
9.2.4 Einbindung in den Freundes- und Bekanntenkreis und in Nachbarschaften	406
9.2.5 Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren	408
9.3 Bildung und Ausbildung	408
9.3.1 Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit	409
9.3.2 Bildung und Betreuung im Schulalter	410
9.3.3 Berufliche Bildung und Ausbildung	411
9.3.4 Hochschulbildung	411
9.3.5 Schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse	412
9.3.6 Lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung	412
9.3.7 Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren	412
9.4 Erwerbsarbeit und Einkommen	414
9.4.1 Teilhabebeschränkung im Erwerbsleben	414

9.4.2	Arbeitslosigkeit und Erschwernisse im Prozess der Arbeitsuche	415
9.4.3	Übergang in die Rentenphase	416
9.4.4	Verfügbares Einkommen	416
9.4.5	Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren	416
9.5	Alltägliche Lebensführung	417
9.5.1	Wohnen	418
9.5.2	Öffentlicher Raum	418
9.5.3	Mobilität	418
9.5.4	Kommunikation	419
9.5.5	Ambulante Dienste, Assistenz und Pflege	419
9.5.6	Mitwirkung und Mitbestimmung bei der Leistungsinanspruchnahme	419
9.5.7	Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren	420
9.6	Gesundheit	421
9.6.1	Zugänglichkeit allgemeiner und spezieller Gesundheitsleistungen	421
9.6.2	Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren	423
9.7	Freizeit, Kultur und Sport	423
9.7.1	Besuch von öffentlichen Freizeit-, Kultur-, Sport und Erholungseinrichtungen	424
9.7.2	Aktive Ausübung sportlicher oder kultureller Aktivitäten	424
9.7.3	Reisen	424
9.7.4	Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren	425
9.8	Sicherheit und Schutz vor Gewalt	425
9.8.1	Sicherheitsempfinden	425
9.8.2	Gewaltschutz und Betreuung bei Gewalterfahrungen	426
9.8.3	Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren	427
9.9	Politik und Öffentlichkeit	427
9.9.1	Ausübung des aktiven Wahlrechts	428
9.9.2	Politische Mitbestimmung	428
9.9.3	Zivilgesellschaftliches Engagement von Menschen mit Beeinträchtigungen	428
9.9.4	Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren	429
Teil 6: Anhang		430
10	Wissenschaftlicher Beirat	431
11	Glossar	432
12	Abkürzungsverzeichnis	437
13	Literaturverzeichnis	438
14	Tabellenverzeichnis	455
15	Abbildungsverzeichnis	465

Auf dem Weg zu Teilhabe und Inklusion

„Ein realistisches, auf verlässlichen Zahlen fußendes und nicht länger von Mitleid und Defiziten geprägtes Bild von Menschen mit Behinderungen ist eine wesentliche Voraussetzung zur Verwirklichung des Inklusionsgedankens.“¹ Diesen Auftrag aus dem Nationalen Aktionsplan setzt die Bundesregierung Schritt für Schritt um.

Über 7 Millionen Menschen gelten in Deutschland als schwerbehindert, rund 17 Millionen Menschen im Alter von über 18 Jahren leben mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder chronischen Krankheiten, die sie im täglichen Leben einschränken. Das sind jede vierte Frau und jeder vierte Mann. Jeder von uns kennt folglich einen Menschen aus der unmittelbaren Umgebung, der von Beeinträchtigungen betroffen ist. Die Frage nach Teilhabechancen angesichts vorhandener Beeinträchtigungen geht uns damit alle an. Da die meisten Beeinträchtigungen nicht angeboren sind, sondern erst im Lebensverlauf entstehen, wird sich durch den demografischen Wandel der Bevölkerungsanteil von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Zukunft noch erhöhen.

Beeinträchtigung und Behinderung: Vom Behindert-Sein zum Behindert-Werden

Die Bundesregierung unterscheidet in diesem Teilhabebericht zwischen Beeinträchtigung und Behinderung. Liegt aufgrund von Besonderheiten von Körperfunktionen² oder Körperstrukturen eine Einschränkung vor, z. B. beim Sehen, Hören oder Gehen, wird dies als Beeinträchtigung bezeichnet. Erst wenn im Zusammenhang mit dieser Beeinträchtigung Teilhabe und Aktivitäten durch ungünstige Umweltfaktoren dauerhaft eingeschränkt werden, wird von Behinderung ausgegangen.

Wenn in diesem Bericht von Menschen mit Beeinträchtigungen oder von Menschen mit Behinderungen gesprochen wird, dann stets nur unter dem Blickwinkel, dass Beeinträchtigungen Teil menschlicher Vielfalt sind. Es ist eben normal, verschieden zu sein. Behinderung hingegen entsteht durch Benachteiligung. Der Bericht konzentriert sich vor diesem Hintergrund bewusst nicht auf die detaillierte Darstellung von Beeinträchtigungen. Vielmehr werden die Lebenslagen von Menschen, die beeinträchtigt sind und die Behinderungen durch ihre Umwelt erfahren, untersucht.

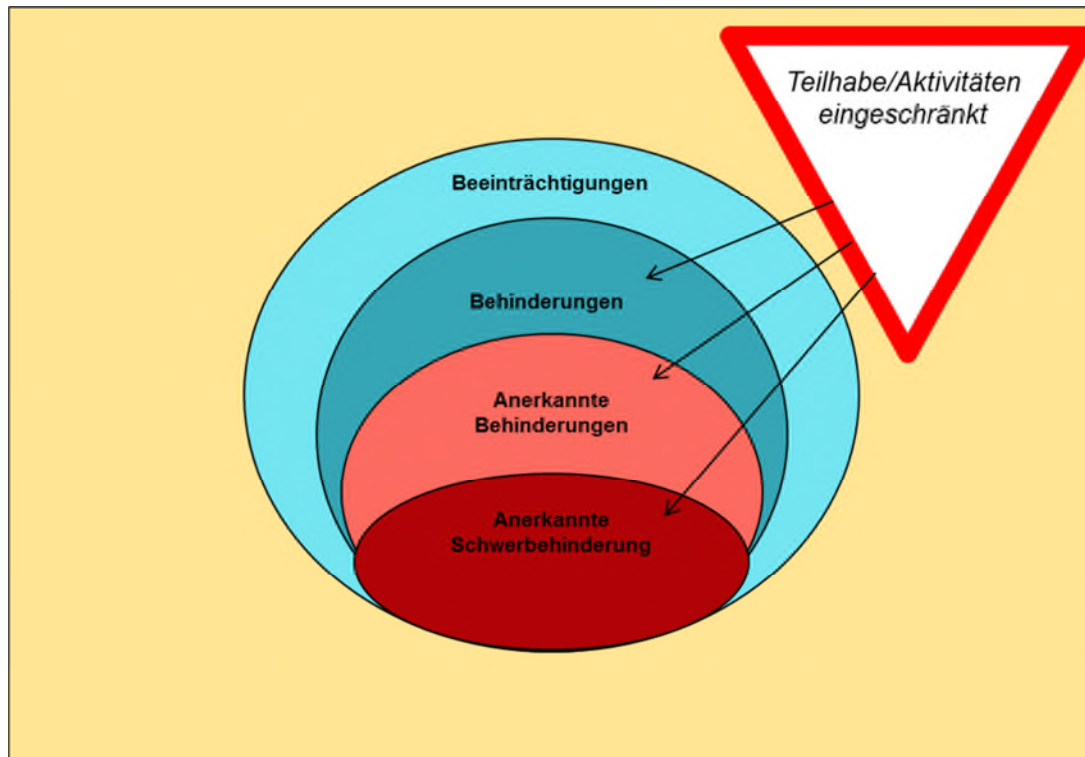
Insofern wird das begriffliche Instrumentarium der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)³ durchgängig verwendet. Damit wird erreicht, dass die Indikatoren

¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg., 2011): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin.

² Dies schließt auch psychische und geistige Funktionen ein.

³ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>, abgerufen am 17.09.2012.

künftig für einen internationalen Vergleich der Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen verwendet werden können.



Grafik nach: Siehe Fußnote 4.

Das Sozialgesetzbuch IX definiert Behinderung ebenfalls über die Beeinträchtigung der Teilhabe und nähert sich somit bereits dem Sprachgebrauch der ICF.

Ein neuer Teilhabebericht

Der Deutsche Bundestag hat 1982 beschlossen, dass die Bundesregierung in jeder Wahlperiode über die Lage der behinderten Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe zu berichten hat.⁵

Mit der Ratifikation des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK) hat sich Deutschland verpflichtet, Informationen zu sammeln, die es ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen. Dies beinhaltet in besonderer Weise statistische und empirische Grundlagen.

⁴ Vergleiche Seite 5 in: http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/gmds-ag-mdk/archiv/2006/symposium_140906/09_Schuntermann_Leipzig_060914.pdf, abgerufen am 04.12.2012

⁵ Beschluss vom 25.06.1982 zu Nummer II.1 Buchstabe b der Beschlussempfehlung auf Drs. 9/1753 und Beschluss vom 30.11.2006 zu Nummer II der Beschlussempfehlung auf Drucksache 16/2840, vgl. § 66 SGB IX.

Die bisherigen Berichte haben sich darauf konzentriert, die in der jeweiligen Legislaturperiode ergriffenen Maßnahmen und Aktivitäten darzustellen. Die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen wurden hingegen nur unzureichend abgebildet. Das haben wir mit dem vorliegenden Bericht geändert.

Die Bundesregierung nimmt mit dem Teilhabebericht nun erstmals die tatsächlichen Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Blick. Der Bericht untersucht die Frage, inwiefern Menschen, die beeinträchtigt sind, im Zusammenwirken mit Umweltfaktoren Beschränkungen ihrer Teilhabechancen erfahren, d. h. dadurch erst behindert werden. Er untersucht also Faktoren, die die Teilhabe einschränken und Umstände, die sich für die Teilhabe als förderlich erweisen.

Dieser neue Ansatz soll für Politik und Praxis eine empirisch fundierte Informationsbasis liefern. In dem Bericht wird analysiert, wie räumliche, soziale und infrastrukturelle Umweltbedingungen sowie personale Faktoren eine gleichberechtigte Teilhabe behindern oder stärken. Er gibt zusätzlich Auskunft über Leistungen und Aktivitäten von Politik und Leistungsträgern, die Teilhabebeeinträchtigungen abbauen. Das Ziel ist, analog zum Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (NAP) Handlungsnotwendigkeiten für die Politik und Gesellschaft auf eine empirische Grundlage zu stellen. Mit dem NAP hat die Bundesregierung dabei bereits 2011 neben einer Bestandsaufnahme die Handlungsnotwendigkeiten in Form von Zielen und Maßnahmen in einer Gesamtstrategie für die nächsten zehn Jahre zusammengefasst, welche im Rahmen der den jeweils betroffenen Ressorts zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln finanziert werden.⁶

Wissenschaftlicher Beirat

Ein interdisziplinär zusammengesetzter Wissenschaftlicher Beirat hat bei der Erstellung dieses Berichtes mitgewirkt. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben dabei die gewonnenen Daten nicht nur bewertet, eingeordnet, ergänzt und geschärft. Der Wissenschaftliche Beirat hat mit seinen Kommentaren am Ende der jeweiligen Kapitel eine eigene Perspektive in den Bericht eingebracht.

Die Beiträge des Wissenschaftlichen Beirats unterliegen der wissenschaftlichen Freiheit und bilden die Bandbreite der wissenschaftlichen Diskussion ab. Damit ist keine Aussage getroffen, inwieweit sich die Bundesregierung die jeweilige Position zu eigen macht. Vielmehr soll der neue Bericht durch eine umfassende Darstellung unterschiedlicher Sichtweisen eine

⁶ Vgl. Artikel 4 Absatz 2 der UN-Behindertenrechtskonvention: „Hinsichtlich der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte verpflichtet sich jeder Vertragsstaat, unter Ausschöpfung seiner verfügbaren Mittel (...) Maßnahmen zu treffen, um nach und nach die volle Verwirklichung dieser Rechte zu erreichen, unbeschadet derjenigen Verpflichtungen aus diesem Übereinkommen, die nach dem Völkerrecht sofort anwendbar sind.“

breite Diskussion über die bestmögliche Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland ermöglichen.

Erstmalig: Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen

In Erfüllung der Verpflichtung aus der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Perspektive und Expertise von Menschen mit Behinderungen und der sie vertretenden Organisationen von Anfang an in den neuen Teilhabebericht eingeflossen. Drei der neun Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates wurden vom Deutschen Behindertenrat benannt. Diese Einbeziehung von Anfang an ist Leitlinie für die künftigen Berichterstattungen. Und diesem Standard stellt sich die Bundesregierung.

Darüber hinaus wurde laufend die Expertise von entscheidenden Multiplikatoren eingeholt und in den Bericht integriert. So gab es einen fruchtbaren institutionalisierten Fachaustausch mit der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen und der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS).

Lebenslagenansatz

Die Bundesregierung orientiert sich bei diesem Teilhabebericht am Lebenslagenansatz, um die Gesamtheit der Ressourcen und Beschränkungen, die eine Person bei der Verwirklichung eigener Lebensvorstellungen beeinflussen, in die Analyse einzubeziehen. 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. Das Lebenslagenkonzept in der Sozialberichterstattung betrachtet dabei nicht nur eine dieser Dimensionen isoliert, sondern die Wechselwirkungen zwischen den Handlungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen. Untersuchungen, denen der Lebenslagenansatz zugrunde liegt, verfolgen das Ziel, die tatsächliche Lebenswirklichkeit der Menschen und deren Handlungsspielräume möglichst differenziert und umfassend zu beschreiben.⁷ Sie nutzen dabei nicht nur objektive Merkmale, sondern auch subjektive Einschätzungen, z. B. in Form persönlicher Einstellungen, Selbsteinschätzungen oder durch die Bewertung immaterieller Dimensionen, wie der sozialen Einbindung. Außerdem berücksichtigen sie, dass häufig spätere Lebenslagen durch frühere beeinflusst werden. Das ist unmittelbar einsichtig, wenn man etwa an den Zusammenhang von allgemeinen Schulabschlüssen und beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten denkt.

⁷ Die Ausführungen zum Lebenslagenansatz beruhen u. a. auf folgenden Quellen: Voges et al. (2003): Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes, Bremen, S. 44 ff.; Engels, D. (2008): Lebenslagen. In: Maelicke, B: (Hrsg.): Lexikon der Sozialwirtschaft, Baden-Baden, S. 643-646.

Der Lebenslagenansatz findet in diesem Bericht in den Grundzügen Anwendung, auch wenn die subjektive Wahrnehmung und Interpretation des Lebens der Menschen mit Behinderungen aufgrund der noch unzureichenden Datenlage derzeit nur punktuell einfließen kann. Im Bericht werden die Lebenslagedimensionen als Teilhabefelder bezeichnet. Im Einzelnen handelt es sich dabei um die in UN-BRK und im Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (NAP)⁸ beschriebenen Themenbereiche Familie und soziales Netz, Bildung und Ausbildung, Erwerbsarbeit und Einkommen, Alltägliche Lebensführung, Gesundheit, Freizeit, Kultur und Sport, Sicherheit und Schutz vor Gewalt sowie Politik und Öffentlichkeit.

Indikatoren

Der Bericht nutzt Indikatoren, um das Maß der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen abzubilden. Mittels der im Bericht genutzten Indikatoren wird die Wahrnehmung von Teilhabechancen in den jeweiligen Lebenslagen beschrieben. Dabei stützen sich die Indikatoren auf Daten aus repräsentativen Untersuchungen.

Der Indikatorensatz wurde aus der UN-Behindertenrechtskonvention abgeleitet. Die Indikatoren wurden so gewählt, dass sie die darin beschriebenen jeweiligen Lebenslagen angemessen abbilden können. Dabei wird jeweils die Teilhabe von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen verglichen. Wenn sich Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer Teilhabe unterscheiden, ist das ein Hinweis auf mögliche Benachteiligung und Behinderung. Für die Aussagekraft eines Indikators über Bildungsbeteiligung ist zum Beispiel maßgeblich, welchen Bildungsabschluss junge Menschen mit Beeinträchtigungen im Vergleich zur Gesamtheit aller Schulabgänger erreichen und nicht, wie viele Kinder eine Förderschule besuchen.

Die im Bericht vorgestellten Indikatoren differenzieren deshalb jeweils zwischen der Teilhabe von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Das unterschiedliche Ausmaß, in dem Teilhabechancen realisiert werden können, wird als Indikator für das Vorliegen von Behinderungen genutzt.

Die Indikatoren sind zunächst als Startpunkt für den Aufbau von Zeitreihen angelegt, damit künftig Fortschritte und Herausforderungen auf dem Weg zur Teilhabe sichtbar gemacht werden können. Der in diesem Bericht vorgestellte Indikatorensatz wird für künftige Berichte weiter entwickelt. Er ist in der jetzigen Form das Grundgerüst für zukünftige Berichterstat-

⁸ <http://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/nationaler-aktionsplan.html>, abgerufen am 27.11.2012.

tung. In der Zusammenschau zeichnen die Indikatoren bereits jetzt ein Bild der Lebenslagen, das durch das Eintreten oder Vorliegen von Beeinträchtigungen geprägt wird.

Querschnittsthemen

Die Querschnittsthemen Gender Mainstreaming, Migration, Alter, Barrierefreiheit, Diskriminierung, Assistenzbedarf und Armut, die im Nationalen Aktionsplan definiert worden sind, werden, soweit dies möglich ist, innerhalb der Handlungsfelder dargestellt oder als Merkmalsausprägung eines Indikators (z. B. Verteilung nach Alter, Geschlecht) abgebildet und damit im Zuge der Auswertung der Indikatoren systematisch berücksichtigt.

Datengrundlagen

Eine umfassende die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrer Vielfalt widerspiegelnde Berichterstattung wird gegenwärtig durch die unzureichende Datengrundlage erheblich erschwert.

So sehen viele amtliche Statistiken (wie zum Beispiel der Mikrozensus) lediglich die Erfassung des Merkmals „amtlich anerkannte Behinderung“ vor, nicht jedoch das Vorliegen einer Beeinträchtigung, die zu einer Anerkennung einer Behinderung oder Schwerbehinderung führen würde, wenn ein entsprechender Antrag gestellt würde.

Deshalb ist die Lebensrealität typischer Gruppen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen nicht in allen Statistiken erfasst. Denn der Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung wird meist gestellt, um Nachteilsausgleiche wie den besonderen Kündigungsschutz beanspruchen zu können. Dies bildet die Statistik ab. Die Teilhabe von Hausfrauen und Hausmännern oder von Rentnerinnen und Rentnern, aber auch von Menschen mit schweren chronischen Krankheiten fällt weitgehend aus der statistischen Bestandsaufnahme heraus. Einige der nutzbaren Daten beruhen auf repräsentativen Haushaltsbefragungen wie dem Sozio-oekonomischen Panel, die Personen in stationärer Unterbringung grundsätzlich ausschließen. Die adäquate und systematische Erfassung der Beeinträchtigung von Heranwachsenden unter Bezugnahme auf ihre individuellen Betreuungs- und Förderbedarfe fehlt gänzlich. Über den Zeitpunkt des Eintretens von Beeinträchtigungen liegen keine Daten vor, sodass nicht sicher bestimmt werden kann, welche Ressourcen zu ihrer Kompensation im Lebensverlauf gewonnen werden konnten und wie diese die individuellen Handlungsspielräume beeinflussen. Nicht zuletzt sind die bisher vorliegenden Daten nicht unter dem Aspekt erhoben worden, die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen abzubilden, und beruhen zum Teil auf einem überholten Verständnis von Behinderung.

Der Teilhabebericht benennt diese Datenlücken und die dadurch bedingte eingeschränkte Aussagekraft. Die Bundesregierung wird diese Datenlücken mittels einer breit angelegten repräsentativen Studie zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen schließen, die als Datenbasis für künftige Teilhabeberichte dienen wird. Die Ergebnisse dieser Studie sollen für den Teilhabebericht der nächsten Legislaturperiode vorliegen.

Typische Teilhabekonstellationen

In diesem Bericht wird einerseits der Versuch unternommen, auf der Basis der bereits verfügbaren Indikatoren Personengruppen zu identifizieren, die ein hohes Risiko tragen, in ihrer Teilhabe eingeschränkt zu werden. Andererseits macht die Analyse auch sichtbar, dass es eine große Gruppe von Menschen gibt, die trotz ihrer erheblichen Beeinträchtigungen ein hohes Maß an Teilhabe realisieren können. Folglich richtet sich die Aufmerksamkeit auch auf stärkende Umweltfaktoren. Diese zu fördern und zu entwickeln ist neben dem Abbau von Barrieren eine wichtige politische Herausforderung.

Besondere Aufmerksamkeit verdient deshalb das Kapitel „Typische Teilhabekonstellationen“. Deutlich wird hier, dass das Vorhandensein auch von schweren Beeinträchtigungen eine weitgehend unbehinderte Lebensführung erlauben kann, wenn die übrigen Rahmenbedingungen stimmen. Andererseits können sich relativ leichte Beeinträchtigungen zu einer massiven (Teilhabe-)Behinderung auswachsen, wenn weitere ungünstige Lebensumstände hinzutreten.

Schwerpunktt Themen

Die Bundesregierung hat sich für diesen Bericht entschieden, der Situation von älteren Menschen mit Beeinträchtigungen und der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besonders in den Fokus zu stellen. Deshalb widmen wir uns mit zwei Schwerpunktt Themen diesen Personengruppen.

Alte Menschen mit Beeinträchtigungen stehen selbst vor großen Herausforderungen und stellen die Gesellschaft vor besondere Anforderungen. Viele Menschen erfahren gesundheitliche Beeinträchtigungen erst im fortgeschrittenen Alter. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird es künftig mehr Menschen geben, die mit Beeinträchtigungen leben. Damit entstehen neue Herausforderungen für Staat, Familien und zivilgesellschaftliche Akteure. Die Sicherstellung von Selbstbestimmung und Teilhabe wird damit zu einer wesentlichen Zukunftsaufgabe. Die Bundesregierung stellt sich dieser Frage und hat sich deshalb entschieden, diese Gruppe in einem eigenen Schwerpunktkapitel genauer zu betrachten.

Angesichts erheblich steigender Fallzahlen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen - nicht nur in der Arbeitswelt - wird die Darstellung und Analyse der Lebenslagen dieser Personengruppe in einem gesonderten Schwerpunkt konzentriert.

Es dürften mehrere Faktoren dafür verantwortlich sein, dass der Anteil der Menschen mit diagnostizierten psychischen Störungen bei den anerkannten Schwerbehinderten steigt. Gleiches gilt für den sprunghaften Anstieg der stationären Aufnahmen von Patientinnen und Patienten mit psychischen oder Verhaltensstörungen und für den Anstieg der Gewährung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Der Gestaltung der Arbeitswelt kommt hier besondere Bedeutung zu.

Staatliche Leistungen und Aktivitäten

Anders als die Vorgängerberichte stellt dieser Teilhabebericht die Lebenslagen und die tatsächliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in den Vordergrund. Er informiert aber auch über staatliche Leistungen, die zu einer Verbesserung der Teilhabe führen. Denn gerade diese Leistungen sind für Menschen mit Behinderungen von besonderer Bedeutung. Deshalb finden sie auch in diesem Bericht Berücksichtigung. Der Bericht unternimmt den Versuch, Förderangebote, Nachteilsausgleiche und andere staatliche Leistungen den verschiedenen Teilhabefeldern zuzuordnen. Die Daten werden entsprechend aufbereitet. Der Bericht liefert also weniger eine Leistungsschau staatlicher Stellen als vielmehr eine Übersicht über Teilhabe fördernde Aktivitäten und Maßnahmen entlang der definierten Lebenslagen.

Erste Erkenntnisse

Der Bericht stellt die übliche Betrachtung von Behinderung auf den Prüfstand. Aus der Analyse der Daten entsteht ein Bild, das vielfach von überkommenen Vorstellungen von Menschen mit Beeinträchtigungen als vorwiegend hilfebedürftige Personen abweicht. Menschen mit Beeinträchtigungen sind und leben so unterschiedlich wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Es fällt auf, dass bei fast allen Konstellationen ein Unterschied der Teilhabechancen zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen festzustellen ist.

Sichtbar werden die Lebenslagen von Menschen, die sich aus den unterschiedlichsten Zusammenhängen heraus mit großen Schwierigkeiten konfrontiert sehen, ihr Recht auf Teilhabe zu realisieren. Aufgabe der Politik ist es, Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass Teilhabe für alle Menschen ermöglicht wird.

Familie und soziales Netz

Im Teilhabefeld Familie und soziales Netz kommt der Teilhabebericht zu folgenden wesentlichen Erkenntnissen:

- Mangelnde soziale Bindungen erschweren Teilhabe.
- Menschen mit Beeinträchtigungen leben häufiger allein (31 Prozent) und seltener in festen Partnerschaften als Menschen ohne Beeinträchtigungen (21 Prozent).
- Jedes fünfte Kind mit Beeinträchtigungen lebt mit nur einem Elternteil - meist der Mutter - zusammen. Kinder mit Beeinträchtigungen sind seltener als Kinder ohne Beeinträchtigungen der Meinung, „dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen“.
- Erwachsene und Kinder mit Beeinträchtigungen erfahren seltener Hilfe und Unterstützung durch Familie, Freunde oder Nachbarn als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, Familien und familiärer Strukturen nachhaltig zu stärken. Dem dienen auch vielfältige Formen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe wie z. B. die im gleichnamigen Bundesprogramm geförderten Mehrgenerationenhäuser. Mit bedarfsorientierten, niedrighschwelligem Angeboten werden Menschen aller Generationen über Familiengrenzen hinweg unterstützt und gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht. Sie erleichtern und schaffen unersetzliche zwischenmenschliche Bindungen und Verbindungen und stärken den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Von besonderer Bedeutung ist darüber hinaus eine wirkungsvolle Frühförderung. Im Rahmen der anstehenden Reform der Eingliederungshilfe wird über eine optimale Zusammenführung unterschiedlicher Leistungen zu entscheiden sein.

Bei der Leistungserbringung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen wird aktuell eine sogenannte „Große Lösung“ im SGB VIII diskutiert, in der die Leistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen unter dem Dach der Kinder- und Jugendhilfe zusammengeführt werden. Die Bundesregierung unterstützt den gegenwärtig laufenden Klärungsprozess mit den Ländern, mit Verbänden und kommunalen Praktikern.

Die Bundesregierung hält es für geboten, Familien mit beeinträchtigten Kindern und Familien mit beeinträchtigten Eltern mit Unterstützungsangeboten zu entlasten.

Sie misst deshalb der Absicherung der Familienpflege und dem Ausbau inklusiver Kinderbetreuung besondere Bedeutung bei.

Bildung und Ausbildung

Für das Teilhabefeld Bildung und Ausbildung wird Folgendes sichtbar:

- Je geringer der Schulabschluss und je schwerer die Beeinträchtigung, desto geringer ist die Chance auf berufliche und soziale Teilhabe im Erwachsenenalter.
- Gemeinsame Bildung und Betreuung von Kindern mit und ohne Behinderungen ist im vorschulischen Bereich weitgehend verwirklicht: 87 Prozent der Kinder mit Beeinträchtigungen werden in regulären Tageseinrichtungen betreut. Nur 13 Prozent besuchen „Tageseinrichtungen für behinderte Kinder“.
- Im Bereich der schulischen Bildung dominieren die getrennten Bildungswege. Nur 22 Prozent der Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung besuchen allgemeine Schulen.
- Deutlich mehr Jungen (13 Prozent) als Mädchen (4 Prozent) besuchen Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung.
- 75 Prozent der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen erreichen keinen Hauptschulabschluss.
- Die Anzahl der Personen, die auf eine Ausbildung in speziellen „Berufen für Menschen mit Behinderungen“ ausweichen mussten, ist leicht rückläufig: Im Jahr 2007 waren es 2,5 Prozent aller neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge. Im Jahr 2011 waren es 2 Prozent.
- Menschen mit Beeinträchtigungen verfügen häufiger über ein geringeres schulisches Bildungsniveau als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- 19 Prozent der 30 bis 64-Jährigen mit Beeinträchtigungen haben keinen Berufsabschluss, bei den gleichaltrigen Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es 11 Prozent

Die Bundesregierung misst deshalb dem Ausbau inklusiver und hochwertiger Bildung und Ausbildung für alle einen hohen Stellenwert bei. Denn Menschen haben insbesondere dann ein höheres Risiko, vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen zu werden, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen mit niedrigem Bildungs- und/oder Berufsabschluss einhergehen.

Die Bundesregierung unterstützt die Länder bei Maßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird in Kooperation mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Kultusministerkonferenz im Juni 2013 eine gemeinsame Konferenz zur inklusiven Bildung mit dem Schwerpunkt Qualifizierung des pädagogischen Fachkräftepersonals durchführen.

Der nächste nationale Bildungsbericht, der 2014 erscheinen wird, hat als Schwerpunktkapitel das Thema „Menschen mit Behinderungen“.

Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung enthält eine Vielzahl von Maßnahmen, die in die berufliche Erstausbildung hineinwirken. Unter anderem sollen die Sonderregelungen für die Ausbildung vereinheitlicht und inklusive Strukturen in die außerbetriebliche Ausbildung einbezogen werden. Die Bundesagentur für Arbeit wird ausbildende Betriebe stärker in die überbetriebliche Ausbildung von beeinträchtigten Jugendlichen einbeziehen.

Die Bundesagentur für Arbeit hat ihre Förderstrategie nach dem Grundsatz „so allgemein wie möglich, so behindertenspezifisch wie nötig“ ausgerichtet. Zielsetzung der BA ist es, den Anteil an Ausbildungen von Jugendlichen mit Behinderung in betrieblicher Verantwortung zu steigern. Gute Konzepte für inklusive Ausbildungsformen wurden entwickelt und umgesetzt z. B. begleitete betriebliche Ausbildung und Verzahnte Ausbildung mit Berufsbildungswerken.

Die im Februar 2013 gestartete „Initiative zur Erstausbildung junger Erwachsener“ („AusbILDUNG wird was - Spätstarter gesucht“) der Bundesagentur für Arbeit hat das Ziel, abschlussorientierte Qualifizierungen in der Gruppe der 25-35-Jährigen deutlich zu erhöhen. Schwerpunkt ist die zielgerichtete, passgenaue Förderung abschlussorientierter beruflicher Weiterbildungen (Voll- und Teilzeitqualifizierungen in einem anerkannten Ausbildungsberuf, Externenprüfung, modulare Teilqualifizierungen). Auch junge Erwachsene mit Behinderung können von der Initiative profitieren.

Auch die Partner des Ausbildungspakts messen dem Thema „Inklusion“ eine große Bedeutung bei und unterstützen junge Menschen mit Behinderung gezielt bei der beruflichen Bildung. Sie werben in den bestehenden Strukturen für die vielfältigen Chancen und Möglichkeiten einer Berufsausbildung für Menschen mit Behinderungen.

Erwerbsarbeit und Einkommen

Der Bericht weist für das Teilhabefeld Erwerbsarbeit und Einkommen folgende Befunde aus:

- Faire Chancen am Arbeitsmarkt sind nur durch eine Verbesserung der Wettbewerbssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen sicherzustellen.
- Von 2005 bis 2010 stieg die Zahl der schwerbehinderten oder ihnen gleichgestellten Menschen in Beschäftigung von rund 916.000 auf über eine Million.

- Bei den beschäftigungspflichtigen Arbeitgebern hat sich die Zahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen von 716.057 (2002) auf 903.838 (2010) stetig erhöht.
- Die Beschäftigungsquote ist von 4,2 Prozent (2007) auf 4,5 Prozent (2010) gestiegen. Damit ist die gesetzliche Zielquote noch nicht erreicht, aber wir nähern uns dieser.
- Wir haben zugleich zur Kenntnis zu nehmen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen seltener auf dem ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig sind als Menschen ohne Beeinträchtigung. Die Erwerbsquote von Männern mit Beeinträchtigungen liegt bei 58 Prozent (ohne Beeinträchtigungen 83 Prozent). Die Erwerbsquote von Frauen mit Beeinträchtigungen liegt bei 58 Prozent (ohne Beeinträchtigungen 75 Prozent).
- Menschen mit Beeinträchtigungen arbeiten im Schnitt häufiger in Teilzeit und erhalten geringere Stundenlöhne als Erwerbstätige ohne Beeinträchtigungen. Menschen mit Beeinträchtigungen arbeiten häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen unterhalb ihres Qualifikationsniveaus.
- Menschen mit Beeinträchtigungen sind tendenziell häufiger und auch länger von Arbeitslosigkeit betroffen (25,9 Monate) als Nicht-Beeinträchtigte (15,3 Monate).
- Haushalte in denen Menschen mit Beeinträchtigungen leben, verfügen im Durchschnitt über ein geringeres Haushaltseinkommen, niedrigere Renten oder über geringere Vermögensrücklagen. Sie sind häufiger auf Leistungen der Grundsicherung angewiesen.

Angesichts der feststellbaren Benachteiligung müssen die Anstrengungen bei der beruflichen Integration erhöht werden. Die Demografie-Strategie der Bundesregierung beinhaltet Vorschläge, wie Deutschland künftig die Chancen und Potenziale des demografischen Wandels nutzen kann, um Wachstum und Wohlstand langfristig zu sichern. Dies schließt auch die Gruppe beeinträchtigter und behinderter Menschen ein.

Wir erkennen auch, dass ein differenziertes System von Nachteilsausgleichen und Fördermaßnahmen bereits jetzt den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtert.

So bilden die Rehabilitation und die Förderung behinderter und schwerbehinderter Menschen einen geschäftspolitischen Schwerpunkt der Bundesagentur für Arbeit. Im Haushalt der BA für 2013 sind für die Teilhabe am Arbeitsleben mit rd. 2,4 Mrd. Euro mehr Mittel bereitgestellt als im Vorjahr ausgegeben wurden. Für die Förderung von schwerbehinderten Menschen stehen zusätzlich 130 Mio. Euro zur Verfügung. Auf diesem Niveau bewegt sich die Förderung seit mehreren Jahren. In allen Arbeitsagenturen kümmern sich spezielle Teams um die berufliche Eingliederung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Rehabilitanden. Beratung, Qualifizierung, Vermittlung und finanzielle Förderung sind ein Teil der Auf-

gabe. Arbeitgeber zu informieren, zu überzeugen und Vorbehalte auszuräumen ist ein weiterer Teil. Hinzu kommen Förderprojekte mit weiteren Arbeitsmarktpartnern.

Mit Mitteln der Ausgleichsabgabe fördert die Bundesregierung darüber hinaus mit 100 Millionen Euro im Zeitraum bis 2016 im Rahmen der Initiative Inklusion Wege in den ersten Arbeitsmarkt, angefangen bei Berufsorientierung über betriebliche Ausbildungsplätze bis hin zu zusätzlichen Berufschancen für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Kompetenzentwicklung bei Kammern und Verbänden. Da Vorbehalte bei Arbeitgebern meist auf Unkenntnis und Unsicherheit beruhen, wird als ein Bestandteil mit der Initiative Inklusion die Inklusionskompetenz bei den Kammern ausgebaut. Hier regt sich an vielen Orten Vorbildliches. Bei mehreren Kammern gibt es jetzt bereits Inklusionsberater.

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die Verbesserung der Berufsorientierung von Jugendlichen mit Handicaps. Am Ende und nach der Schule werden lebensprägende Weichen gestellt. Jugendlichen sollen verstärkt Alternativen zur Werkstatt angeboten werden. In den vergangenen zweieinhalb Jahren haben annähernd 5000 Jugendliche die Chance bekommen, zusammen mit ihren Eltern, mit der Schule und der Bundesagentur für Arbeit zu überlegen, welchen beruflichen Weg sie wie einschlagen oder konkret weiterverfolgen möchten. Dieses Angebot wollen wir mit Partnern aus Wissenschaft, Behörden und Betrieben weiter ausbauen und differenzieren. Unser Ziel ist mehr gemeinsame, betriebliche Ausbildung von Jugendlichen mit und ohne Behinderungen.

Neben der Initiative Inklusion werden weitere Maßnahmen und Programme, finanziert aus der Ausgleichsabgabe, vorbereitet:

Mit den Arbeitsmarktpartnern ist die „Initiative Ausbildung und Beschäftigung“ verabredet. Ziele sind ein Mehr an betrieblichen und betriebsnahen Ausbildungen und ein Mehr an sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen.

Dem Abbau von Beratungsdefiziten und Vorbehalten dient eine bundesweite Kampagne, die das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit den Spitzenverbänden der Wirtschaft konzipiert.

Das vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie geförderte Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung unterstützt insbesondere kleine und mittlere Unternehmen dabei, das

Potenzial von Menschen mit Behinderung besser zu nutzen. Es stellt dazu konkrete Handlungsempfehlungen, Praxisbeispiele und weitere Informationen zur Verfügung⁹.

Alltägliche Lebensführung

Im Teilhabefeld alltägliche Lebensführung wird Folgendes deutlich:

- Die Lebensqualität hängt wesentlich davon ab, ob die eigene Wohnung zugänglich und die Infrastruktur und der öffentliche Raum nutzbar sind.
- Vielfach sind Wohnungen nicht stufenfrei erreichbar und weisen auch im Inneren Barrieren auf.
- Straßen, Plätze, öffentliche Toiletten, Schulen und Bildungseinrichtungen etc. sind nur teilweise oder mit hohem Aufwand für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen nutzbar.
- Öffentliche Einrichtungen bemühen sich zunehmend um barrierefreien Zugang.
- Circa 71 Prozent der rund 5400 Bahnhöfe der DB haben im Jahr 2011 stufenfrei erreichende Bahnsteige.
- Die Fahrzeuge des Schienenpersonennahverkehrs sind zu etwa 60 Prozent barrierefrei.

Die Bundesregierung sieht, nicht zuletzt aufgrund einer immer älter werdenden Gesellschaft, in der barrierefreien Gestaltung von Wohnungen und Wohnungsumfeld zentrale Ansatzpunkte für die Gestaltung eines Sozialraums, der eine selbstbestimmte Lebensführung so lange wie möglich garantiert.

Der Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK sieht die Notwendigkeit, kostenlose Beratung zur barrierefreien Umgestaltung der häuslichen Umgebung anzubieten und universelles Design zu fördern.

Die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Menschen mit Behinderungen soll durch das Persönliche Budget gestärkt werden. Seit Einführung des Persönlichen Budgets im Jahr 2008 steigt die Zahl der Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer um 3.000 bis 4.000 jährlich an. Sie organisieren die von ihnen benötigte Hilfe selbst und nehmen somit Einfluss auf die Art der Hilfeleistung.

⁹ <http://www.kompetenzzentrum-fachkraeftesicherung.de>, abgerufen am 27.06.2013

Gesundheit

Die Indikatoren aus dem Bereich Gesundheit zeichnen folgendes Bild:

- Menschen mit Beeinträchtigungen bewerten ihren körperlichen Gesundheitszustand und ihr psychisches Wohlbefinden deutlich schlechter als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Menschen mit Beeinträchtigungen müssen - gemessen an der Häufigkeit der Arztbesuche - öfter medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Vielfach sind Arztpraxen nicht barrierefrei und nicht auf Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen eingerichtet.
- Junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen legen weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung und trinken häufiger regelmäßig Alkohol.
- Unter Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von unter 30 Jahren finden sich häufiger Raucherinnen und Raucher als unter Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Die Bundesregierung hält es für erforderlich, eine verbesserte Nutzbarkeit medizinischer Infrastruktur für Menschen mit Beeinträchtigungen zu prüfen. Hierbei geht es nicht nur um Zugangs-, sondern auch um Kommunikations-barrieren.

Durch die Einführung eines Merkzeichens für taubblinde Menschen im Schwerbehindertenausweis soll deren besonderer Situation Rechnung getragen werden. Nach einer Erhebung der Länder gibt es rd. 1.500 taubblinde Menschen. Für die Einführung ist eine Änderung der Schwerbehindertenausweisverordnung notwendig (mit Zustimmung des Bundesrates). Das Merkzeichen fördert die Bewusstseinsbildung bei Behörden und in der Gesellschaft zu Gunsten der betroffenen Menschen.

Freizeit, Kultur und Sport

Die Auswertung der Daten zur Freizeitgestaltung macht Folgendes deutlich:

- Für viele Menschen mit Beeinträchtigungen können Teilhabebeschränkungen in die Isolation führen.
- Menschen mit Beeinträchtigungen verbringen ihre freie Zeit häufiger allein als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Je höher der Grad der Behinderung ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen – ob gewollt oder ungewollt – ihre Freizeit allein verbringen: 19 Prozent der Menschen mit einem anerkannten Grad der Behinderung von über 90 verbringen ihre Freizeit allein.

- Menschen mit einer anerkannten Behinderung gehen ähnlich häufig künstlerischen oder musischen Tätigkeiten nach wie Menschen ohne anerkannte Behinderung.
- Mobilitäts- und aktivitätseingeschränkte Menschen machen seltener Urlaubsreisen und besuchen seltener kulturelle Veranstaltungen.
- Positiver Trend: Mit der Erweiterung des sportlichen Angebots hat sich die Mitgliederzahl des Deutschen Behindertensportbundes in den vergangenen 20 Jahren verdreifacht: von 207.013 im Jahr 1991 auf 618.621 im Jahr 2011.

Die Bundesregierung bekennt sich zu der in Art. 30 der UN-BRK formulierten Verpflichtung, die Teilhabe vom Menschen mit Beeinträchtigungen am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport zu fördern.

Die Bundesregierung wird in einer Studie u. a. der Frage nachgehen, warum der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen so groß ist, der nie kulturelle Veranstaltungen besucht oder die nie Sport treibt.

Im Filmbereich hat die Bundesregierung bereits diverse Maßnahmen ergriffen, um behinderten Menschen den Zugang zu kulturellen Angeboten zu erleichtern. Eines der wesentlichen Ziele des Regierungsentwurfs für ein Siebtes Gesetz zur Änderung des Filmförderungsgesetzes, das am 1. Januar 2014 in Kraft treten soll, ist es, die Teilhabe behinderter Menschen an den geförderten Filmen zu verbessern. Entsprechend muss zukünftig von jedem geförderten Film wenigstens eine Endfassung in einer Version mit deutscher Audiodeskription für sehbehinderte Menschen und mit deutschen Untertiteln für hörgeschädigte Menschen hergestellt werden. Durch eine im Herbst 2012 beschlossene Richtlinienänderung gilt die Verpflichtung zur Herstellung einer entsprechenden barrierefreien Filmfassung bereits unter dem aktuell geltenden Filmförderungsgesetz für alle Anträge in der Produktions-, Verleih- und Videoförderung, die nach dem 1. Mai 2013 bei der Filmförderungsanstalt (FFA) eingereicht werden. Die Herstellung barrierefreier Fassungen ist im Übrigen in der Verleih- und Videoförderung der FFA schon seit der FFG-Novelle 2009 ausdrücklich im Rahmen der FFA-Förderung anerkennungsfähig. Die Verpflichtung, entsprechende barrierefreie Filmfassungen herzustellen, wurde darüber hinaus in der seit 1. Januar 2013 geltenden DFFF-Richtlinie aufgenommen. Zudem sollen die Kinos im ab 2014 geltenden FFG verbesserte Förderungsmöglichkeiten für Modernisierungsmaßnahmen erhalten, die der Barrierefreiheit dienen. Es besteht darüber hinaus auch die Möglichkeit, die mit dem Kinoprogrammpreis des Beauftragten der Bundesregierung für Kultur und Medien verbundenen Fördermittel für Maßnahmen zugunsten der Herstellung oder Verbesserung von Barrierefreiheit in den Kinos einzusetzen.

Sicherheit und Schutz vor Gewalt

Der Teilhabebericht zeigt für den Bereich Sicherheit und Schutz vor Gewalt:

- Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen sind häufiger Opfer von angedrohter oder erlebter körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Das gilt auch für Kinder und Jugendliche.
- Täterinnen und Täter sind häufig Partnerinnen und Partner, Familienmitglieder, Arbeitskolleginnen und -kollegen oder Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in Einrichtungen.
- Ort und Art der erfahrenen Gewalt ist für Frauen und Männer unterschiedlich.

Die Bedrohung von psychischer Gewalt und psychisch verletzenden Handlungen beeinflusst die Teilhabe in allen Lebensbereichen. Der Entwicklung von persönlichkeitsstärkenden Maßnahmen („Empowerment“) kommt deshalb aus Sicht der Bundesregierung besondere Bedeutung zu.

Die Bundesregierung ist im Zusammenwirken mit den Bundesländern bemüht, durch strukturelle Maßnahmen (Inklusion, Weiterbildungsangebote, Selbstbehauptungstrainings) und durch Beratungsangebote (z. B. barrierefreies Hilfeteléfono Gewalt gegen Frauen) das Risiko, Opfer von Gewalttaten zu werden, zu vermindern und den Opfern zu helfen.

Politik und Öffentlichkeit

Der Bericht lässt für den Bereich Politik und Öffentlichkeit folgende Befunde erkennen:

- Menschen mit Beeinträchtigungen nehmen seltener am politischen Leben teil.
- Menschen mit Beeinträchtigungen aller Altersklassen sind mit der Demokratie durchschnittlich weniger zufrieden als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Menschen mit Beeinträchtigung interessieren sich deutlich weniger für Politik als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Die Wahlbeteiligung von jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) mit Beeinträchtigungen liegt mit 49 Prozent deutlich unter der ihrer Altersgenossen ohne Beeinträchtigungen (71 Prozent).

Die Bundesregierung sieht, dass die aktive Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben von Menschen mit Beeinträchtigungen gestärkt werden muss.

Die Bundesregierung nutzt die Landtagswahl in Niedersachsen, um Probleme bei der Barrierefreiheit von Wahlen auszumachen. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sollen in die Gewinnung von Kriterien für die Barrierefreiheit von Wahlen einfließen. Dabei geht es um die

barrierefreie Erreichbarkeit der Wahllokale, um deren barrierefreie Gestaltung sowie um die Schulung von Wahlhelferinnen und Wahlhelfern.

Die Bundesministerien für Arbeit und Soziales und des Innern bereiten derzeit die Vergabe einer „Studie zur tatsächlichen Situation von Menschen mit Behinderungen“ bei der Ausübung des aktiven und passiven Wahlrechts vor.

Typische Teilhabekonstellationen

Eine Gesamtschau der Indikatoren lässt drei wesentliche Konstellationen erkennen.

Etwa ein Viertel der Menschen mit Beeinträchtigungen erlebt große Einschränkungen in allen betrachteten Lebensbereichen. Typischerweise steht Menschen in dieser Gruppe wenig Geld zur Verfügung. Sie sind oft nicht bzw. nicht mehr erwerbstätig und leben vergleichsweise selten in fester Partnerschaft. Sie bewerten ihren Gesundheitszustand häufig als schlecht und nehmen nur eine geringe Kontrolle über ihr Leben wahr.

Über die Hälfte der erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen kompensieren begrenzte Spielräume aufgrund eines schlechten Gesundheitszustands unter anderem durch andere Ressourcen wie gutes Einkommen, feste Partnerschaft oder Unterstützung aus dem sozialen Umfeld.

Die Situation eines weiteren Viertels lässt sich durch vergleichsweise große Handlungsspielräume in nahezu allen betrachteten Teilhabefeldern beschreiben. Typischerweise handelt es sich hier um vollzeitlich erwerbstätige Menschen mit einer guten beruflichen Qualifikation und einem sicheren Einkommen. Der Gesundheitszustand wird besser bewertet als bei den anderen Gruppen. Auch die gefühlte Selbstbestimmung ist hoch.

Die Bundesregierung zieht aus diesen Feststellungen die Schlussfolgerung, dass Nachteilsausgleiche und Programme differenziert auf besonders gefährdete Gruppen ausgerichtet werden müssen. Aus diesem Grund hält es die Bundesregierung auch für erforderlich, die Wirksamkeit geltender Regelungen in angemessenen Zeitabständen zu überprüfen. In diesem Kontext stehen die Evaluationen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und des Behindertengleichstellungsgesetzes sowie der Leistungen zur beruflichen Rehabilitation.

Zentrales Anliegen der Bundesregierung ist es, die Eingliederungshilfe in Richtung eines Bundesleistungsgesetzes weiter zu entwickeln. Dies wird eine der wesentlichen gesellschaftlichen und sozialpolitischen Aufgaben für die kommende Legislaturperiode sein.


Behindern ist heilbar
 Einfach alles erreichbar machen. Gemeinsam setzen wir die UN-Behindertenrechtskonvention um.

Umfassende Barrierefreiheit ist eine wichtige Voraussetzung für ein selbstverständliches Zusammenleben von behinderten und nichtbehinderten Menschen in allen Lebensbereichen. Mit ihrem Nationalen Aktionsplan mit über 200 Einzelmaßnahmen hat die Bundesregierung einen wichtigen Schritt zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention getan. Der Plan wird in den nächsten zehn Jahren konsequent weiterentwickelt. Die Inklusion von Menschen mit Behinderungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Alle sind gefordert, Deutschland „inklusiv“ zu machen. Wir müssen die Welt für alle **einfach** machen – und das müssen wir einfach **machen**.

Informationen unter www.behindern-ist-heilbar.de


 Gemeinsam die UN-Behindertenrechtskonvention umsetzen

Unser Ziel ist es, die Vision einer inklusiven Gesellschaft Wirklichkeit werden zu lassen. Dieser Teilhabebericht bietet eine umfassende Bestandsaufnahme von Teilhaberrisiken, aber auch von Teilhabechancen. Es ist Aufgabe der gesamten Gesellschaft, diese Risiken zu minimieren und für faire Chancen zu sorgen. Wir alle sind aufgefordert, aktiv Barrieren abzubauen, denn behindern ist heilbar.

Teil 1: Ein neuer Bericht über die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen

1 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht zu den Teilhabechancen von Menschen mit Beeinträchtigungen beruht auf einer grundlegend anderen Konzeption als die Berichte der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe der beiden vorangegangenen Legislaturperioden. Die konzeptionelle Neuerung entspricht der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)¹⁰, die nach ihrer Ratifizierung durch die Bundesrepublik Deutschland zur wichtigsten rechtlichen Grundlage für die Berichterstattung geworden ist.

Der Bericht besteht aus fünf aufeinander aufbauenden Teilen mit folgenden Schwerpunkten:

- Teil 1: Erläuterung der konzeptionellen Grundlagen und methodischen Vorgehensweise.
- Teil 2: Darstellung der Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, so wie sie sich in gegenwärtig verfügbaren Daten widerspiegeln und Aufzeigen von typischen Teilhabekonstellationen.
- Teil 3: Zusammenstellung von Leistungen und Aktivitäten zur Verbesserung der Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen.
- Teil 4: Vertiefung der zwei Schwerpunktthemen: „Ältere Menschen mit Beeinträchtigungen“ und „Psychische Beeinträchtigungen“.
- Teil 5: Vorschläge zur Weiterentwicklung der Datengrundlage für zukünftige Berichte.

¹⁰ Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, S. 1419ff, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008).

2 Konzeptionelle Grundlagen: Menschenrechte und Lebenslagen

2.1 Die UN-Behindertenrechtskonvention

Allgemeine Grundsätze der UN-BRK (Artikel 3):

- a) „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;
- b) die Nichtdiskriminierung;
- c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;
- d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;
- e) die Chancengleichheit;
- f) die Barrierefreiheit;
- g) die Gleichberechtigung von Mann und Frau;
- h) die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.“

Durch die UN-BRK wurden verpflichtende Anforderungen an die unterzeichnenden Staaten eingeführt, die Lebensbedingungen von Menschen mit Beeinträchtigungen den Menschenrechten entsprechend auszugestalten. In Artikel 3 der UN-BRK werden die „Allgemeinen Grundsätze“ aufgeführt, die hierbei zu beachten sind. Diese „Allgemeinen Grundsätze“ werden als konsensfähige Orientierung der Politik für Menschen mit Beeinträchtigungen angesehen und bekräftigen allgemeine menschenrechtliche Garantien, die bei der Auslegung der einzelnen Artikel der UN-BRK eine wichtige Orientierung bieten.¹¹ Die in Artikel 3 dargelegten Grundsätze der UN-BRK greifen menschenrechtliche Grundsätze der bereits früher bestehenden Menschenrechtsverträge auf, die in sogenannten Allgemeinen Bemerkungen zu diesen Verträgen erläutert werden. Diese sind daher zur Auslegung und Konkretisierung der Grundsätze der UN-BRK heranzuziehen:

- Der unter a) dargelegte Grundsatz bezieht sich auf die Ausführungen zu Menschenwürde und Selbstbestimmung in mehreren Menschenrechtsdokumenten wie beispielsweise schon der General Comment Nr. 12 zu Artikel 1 des Pakts über Bürgerliche und politische Rechte (Zivilpakt) (1984).
- Auch der Menschenrechts-Grundsatz zu Nicht-Diskriminierung (Art. 3b) wurde bereits 1989 im General Comment Nr. 18 zum Zivilpakt erörtert.
- Zum Grundsatz der Partizipation (Art. 3c) vergleiche die Ausführungen im General Comment Nr. 25 zu Artikel 25 des Zivilpakts (1996).
- Die Achtung vor Menschen mit Behinderungen und ihre Akzeptanz als Teil der menschlichen Vielfalt (Art. 3d) wurde bereits 1993 im General Comment Nr. 5 des Sozialpakts begründet, ein Jahr nach der Verabschiedung der Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, dem vor der UN-BRK internationalen Dokument zum Thema Behinderung.
- Die Bedeutung des Grundsatzes der Chancengleichheit (Art. 3e) wurde bereits ausführlich in General Comments Nr. 16 zu Artikel 3 des Sozialpakts (2005) erklärt.
- Der Grundsatz der Barrierefreiheit (Art. 3f), im Original: accessibility) gilt, wie im Rahmen der vier Strukturelemente für das Recht auf Bildung ausgeführt, für alle Menschenrechte (vgl. die Allgemeinen Bemerkungen/General Comments Nr. 5 des Pakts für wirtschaftliche, kulturelle und soziale Rechte zu Menschen mit Behinderungen (1994) sowie die Allgemeinen Bemerkungen Nr. 13 zum Recht auf Bildung (1999)).

¹¹ Riedel, E. (2010): S.4.

- Der Grundsatz der Gleichberechtigung von Mann und Frau (Art. 3e) nimmt u. a. Bezug auf die General Comments Nr. 4 zu Artikel 3 des Zivilpakts (1981) in Verbindung mit General Comments Nr. 16 zu Artikel 3 des Sozialpakts (2005).
- Hinsichtlich des Grundsatzes der Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen ist auf den General Comment Nr. 7 zu verweisen, der sich auf die gesamte Kinderrechtskonvention bezieht (2006).

Alle hier genannten Allgemeinen Bemerkungen bzw. General Comments sind exemplarisch zu verstehen. Der Auslegungsprozess der Menschenrechte ist nicht abgeschlossen, sondern wird mit Bezug zu neuen Konventionen und neuen Phänomenen fortgesetzt.

Die einzelnen Artikel der UN-BRK umfassen das gesamte Spektrum menschlichen Lebens, angefangen vom existenziellen Recht auf Leben über Themen wie Erziehung, Bildung, Wohnen, Freiheit und Sicherheit der Person, Freizügigkeit und Staatsangehörigkeit, unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft, Recht der freien Meinungsäußerung und Zugang zu Informationen, Gesundheit, Familie, Arbeit und Beschäftigung, Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben, Teilhabe am kulturellen Leben sowie Erholung, Freizeit und Sport.

Der Bericht deckt das Themenspektrum der UN-BRK weitgehend ab. Ausgeklammert bleiben solche Themenbereiche, in denen Anforderungen an rechtliche Grundlagen und an die Anwendung geltenden Rechts gestellt werden (z. B. Artikel 14 „Freiheit und Sicherheit der Person“), da diese ein eigenständiges, juristisches Gutachten erfordern.

2.2 Ein neues Verständnis von Behinderung

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, so lautet das Grundrecht, das 1994 in Artikel 3, Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes verankert wurde.¹² Die Formulierung im Grundgesetz ist eindeutig, aber was konkret als behinderungsbezogene Benachteiligung aufgefasst wird, hängt u. a. vom Verständnis von Behinderung ab, welches in der Gesellschaft vorherrscht.¹³ Dieses Verständnis hat sich in den letzten Jahrzehnten auch in Deutschland stark verändert.

Über lange Zeit wurde Behinderung vorwiegend als individuelles Problem verstanden, dessen Ursachen biopsychischer Art sind. Menschen mit Beeinträchtigungen wurden vor allem als abhängig und hilfebedürftig angesehen, sie hatten daher einen Anspruch auf eine fürsorgende Hilfe des Staates. Gegen dieses Verständnis und die fremdbestimmende Politik, die ihm folgte, regte sich vor allem auch der intensive Widerstand der Betroffenen.¹⁴ Heute gilt das Bild von Menschen mit Beeinträchtigungen als abhängig und hilfebedürftig als überholt. Ihr menschenrechtlicher Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe ist – wie in der UN-BRK niedergeschrieben – anerkannt.

¹² Das Bundesverfassungsgericht hat im Jahr 1997 für die Auslegung des Begriffs der Behinderung in Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes im Wesentlichen auf die Definition in § 3 Abs. 1 Satz 1 des damaligen Schwerbehindertengesetzes zurückgegriffen, dabei aber offen gelassen, ob damit das Merkmal der Behinderung abschließend bestimmt ist (vgl. BVerfGE 96, 288 (301)).

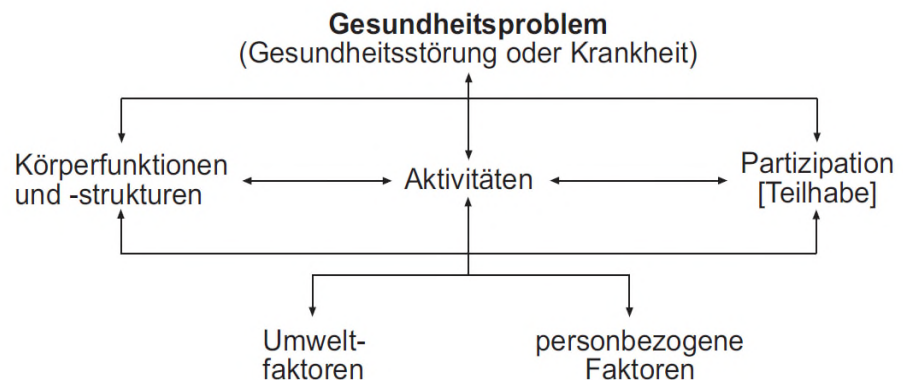
¹³ Jürgens, A. (1999): S. 2.

¹⁴ World Health Organization (2011): S. 3.

Nach der gesetzlichen Definition in § 2 Absatz 2 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) und nach § 3 des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG) spricht man von Menschen mit Behinderungen, wenn „ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. Das im Juli 2001 in Kraft getretene SGB IX spiegelt dabei ausdrücklich eine Abkehr von der Defizitorientierung wider. Das Ziel der Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen wird in den Vordergrund gerückt.¹⁵

Die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (kurz: ICF), die im Jahr 2001 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht wurde, hat ein differenziertes Verständnis von Behinderung.¹⁶ Sie fokussiert ebenfalls die Dimension der Teilhabe (participation), weist jedoch über das Konzept im SGB IX hinaus, insofern der Einfluss von Kontextfaktoren berücksichtigt wird. Im bio-psycho-sozialen Modell der ICF wird Behinderung in der Zusammenschau der körperlichen, geistigen oder seelischen Voraussetzungen mit kontextbedingten Barrieren verstanden. Entscheidend ist die Dimension der Folgen und nicht die Tatsache einer – wie immer auch gearteten – Störung oder Schädigung körperlicher, psychischer oder kognitiver Funktionen oder Strukturen. Behinderung entsteht durch die negative Wechselwirkung zwischen den Gegebenheiten einer Person auf der einen und den Kontexten auf der anderen Seite.

Abbildung 2-1: Bio-psycho-soziales Modell der ICF



Quelle: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2005): S. 23.

Die UN-BRK verzichtet bewusst auf eine Definition des Begriffs „Behinderung“ bzw. führt den Begriff in den Begriffsbestimmungen in Art. 2 gerade nicht auf. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, „dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigung

¹⁵ Deutscher Bundestag (2001): S. 98. Im SGB XI hingegen wird im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Feststellungsverfahrens einer „Pflegebedürftigkeit“ Behinderung ausschließlich über mangelnde Funktion oder Verlust von Körperfunktionen definiert: „Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind: 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.“ (§ 14 SGB XI).

¹⁶ Vgl. hierzu ausführlich: Hirschberg, M. (2009).

gen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (Buchstabe e der Präambel UN-BRK).

Dem Verständnis der UN-BRK und der ICF zu Folge ist Behinderung also nicht länger die individuell vorhandene gesundheitliche Störung (Schädigung und Funktionseinschränkung) oder die Normabweichung. Es ist vielmehr so, dass sich die Behinderung durch Entfaltung persönlicher Ressourcen sowie gelingende Interaktion zwischen dem Individuum sowie seiner materiellen und sozialen Umwelt abbauen kann.

Diese Wechselwirkung von Beeinträchtigungen mit teilhabeeinschränkenden oder -fördernden Kontextfaktoren wird im SGB IX und im BGG durch die Formulierung „und daher“ unter Umständen nicht hinreichend klar bezeichnet. Dies kann gegenwärtig durch Auslegung der Gesetze erreicht werden. In Fachkreisen wird vor diesem Hintergrund eine Revision der Definition gefordert. Eine Weiterentwicklung des Behinderungsbegriffs im Sinne der UN-BRK und der ICF wird im Rahmen der anstehenden Evaluierung des SGB IX und des BGG zu prüfen sein.

Erst wenn Menschen im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen bei Aktivitäten oder bei der Teilhabe durch ungünstige Kontextbedingungen dauerhaft eingeschränkt werden, wird im Bericht von Behinderung gesprochen (vgl. hierzu auch Kapitel 3.1). Dennoch werden noch die Begriffe „Behinderung“ bzw. „Schwerbehinderung“ und „behinderte“ bzw. „schwerbehinderte“ Menschen“ verwendet, wenn beispielsweise auf rechtliche Grundlagen (z. B. Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung) Bezug genommen wird oder wenn von rechtlich begründeten Kategorien (z. B. anerkannte Schwerbehinderung) die Rede ist. Die Begriffe werden auch im Falle von Eigennamen von Organisationen und Einrichtungen (z. B. Werkstatt für behinderte Menschen) sowie bei wörtlichen Zitaten beibehalten. Bei nichtwörtlichen Zitaten werden sie hingegen durch die Begriffe „beeinträchtigt“ bzw. „Beeinträchtigung“ ersetzt.

2.3 Lebenslagenansatz

Um der Verschiedenheit der zu beschreibenden Teilhabesituationen von Menschen mit Beeinträchtigungen gerecht zu werden, liegt dem Bericht das Analyseinstrument des Lebenslagenansatzes zugrunde. 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. Das Lebenslagenkonzept in der Sozialberichterstattung betrachtet dabei nicht nur eine dieser Dimensionen isoliert, sondern die Wechselwirkungen zwischen den Handlungsmöglichkeiten 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.¹⁷ Sie nutzen dabei nicht nur objektive Merkmale, sondern auch subjektive Ein-

¹⁷ Die Ausführungen zum Lebenslagenansatz beruhen u. a. auf folgenden Quellen: Voges, W. et al. (2003): S. 44ff.; Engels, D. (2008): S. 643-646.

schätzungen, z. B. in Form persönlicher Einstellungen, Selbsteinschätzungen oder bei der Bewertung immaterieller Dinge wie der sozialen Einbindung. Außerdem berücksichtigen sie, dass häufig spätere Lebenslagen durch frühere beeinflusst werden. Das ist unmittelbar einsichtig, wenn man etwa an den Zusammenhang von allgemeinen Schulabschlüssen und beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten denkt.

Die folgenden Lebenslagedimensionen, im Bericht als „Teilhabefelder“ bezeichnet, werden behandelt:

- Familie und soziales Netz
- Bildung und Ausbildung
- Erwerbsarbeit und Einkommen
- Alltägliche Lebensführung (mit Behandlung der Themen Wohnen, öffentlicher Raum, Mobilität, ambulante Dienstleistungen, persönliche Assistenz)
- Freizeit, Kultur und Sport (mit Behandlung des Themas Reisen)
- Politik und Öffentlichkeit
- Gesundheit
- Sicherheit und Schutz vor Gewalt

Zur Beschreibung der Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen werden die genannten Teilhabefelder zunächst separat betrachtet. Darauf folgt eine mehrdimensionale Sichtweise, durch die berücksichtigt wird, dass Teilhabefelder nicht beziehungslos nebeneinander stehen, sondern sich wechselseitig beeinflussen können. Hierdurch können typische Teilhabekonstellationen von Menschen mit Beeinträchtigungen dargestellt werden, in denen Risikofaktoren sich in mehreren Teilhabefeldern kumulieren oder aber durch Ressourcen in anderen Teilhabefeldern kompensiert werden.

2.4 Fragen an den Bericht

Ausgehend von den erläuterten konzeptionellen Grundlagen – dem neuen Begriffsverständnis von Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen, der UN-BRK mit ihren menschenrechtlichen Schutzbereichen und dem Lebenslagenansatz orientiert sich die Berichtskonzeption an den folgenden Fragen, die sich jeweils auf die Allgemeinen Grundsätze des Artikel 3 der UN-BRK beziehen lassen.

Mit Bezug zu Artikel 3 Buchstabe a, UN-BRK:

- Wie selbstbestimmt können Menschen mit Beeinträchtigungen ihr Leben gestalten?
- Wie eigenständig können sie leben?
- Inwiefern wird ihre Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen und umzusetzen, eingeschränkt?

Mit Bezug zu Artikel 3 Buchstabe b, UN-BRK:

- Werden Menschen mit Beeinträchtigungen bei ansonsten gleichen Voraussetzungen genauso behandelt wie Menschen ohne Beeinträchtigungen?

Mit Bezug zu Artikel 3 Buchstabe c, UN-BRK:

- In welchem Maße und in welcher Qualität können Menschen mit Beeinträchtigungen am gesellschaftlichen Leben teilhaben?

Mit Bezug zu Artikel 3 Buchstabe d, UN-BRK:

- Werden Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrer individuellen Verschiedenheit betrachtet, werden ihre besonderen Eigenschaften, ihre Fähigkeiten, Fertigkeiten und kulturellen Entwicklungen als positive Beiträge für die Gesellschaft gewürdigt und angenommen?

Mit Bezug zu Artikel 3 Buchstabe e, UN-BRK:

- Haben Menschen mit Beeinträchtigungen die gleichen Chancen, ihre Interessen und Fähigkeiten zu entfalten, wie Menschen ohne Beeinträchtigungen?

Mit Bezug zu Artikel 3 Buchstabe f, UN-BRK:

- Sind Angebote, Infrastrukturen, Informationen und Kommunikationswege sowie Produkte für Menschen mit Beeinträchtigungen barrierefrei nutzbar?

Mit Bezug zu Artikel 3 Buchstabe g, UN-BRK:

- Erfahren Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen Nachteile aufgrund ihres Geschlechts?
- Werden die besonderen Anforderungen berücksichtigt, welche Menschen mit Beeinträchtigungen aufgrund ihres Geschlechts an ihre Umwelt stellen?

Mit Bezug zu Artikel 3 Buchstabe h, UN-BRK:

- Ist sichergestellt, dass Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen durch bestmögliche Förderung ihrer Entwicklung keine Benachteiligungen gegenüber Kindern ohne Beeinträchtigungen erfahren?
- Werden Heranwachsende aufgrund von Beeinträchtigungen bei der Entwicklung und Bewahrung einer eigenen Identität behindert?

Mit den gegenwärtig verfügbaren Daten können diese Fragen nur in Teilen beantwortet werden. Insofern handelt es sich um Fragen auch an zukünftige Berichte und die Entwicklung der für diese benötigten Datenlage.

Eher für zukünftige Berichte von Bedeutung sind Fragen nach Maßnahmen und Aktivitäten, die explizit auf den „sozialen Raum“ abzielen, um die Lebensbedingungen von Menschen mit Beeinträchtigungen zu verbessern. Der soziale Raum prägt die Lebenswirklichkeit der Menschen entscheidend. Dabei ist er mehr als ein konkreter Ort wie beispielsweise ein Quartier oder ein Stadtteil. Ein sozialer Raum umfasst größere funk-

tionale Zusammenhänge, u. a. von Wirtschaft und Verwaltung (Makroebene), ortsspezifische soziale Milieus und soziale Netzwerke (Mesoebene) sowie individuelle und gruppenspezifische Verhaltens-, Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der am Ort lebenden Menschen (Mikroebene).

2.5 Auswahl der Daten und Indikatoren

In Deutschland gibt es bislang keine zentrale, regelmäßig stattfindende Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen, die alle Teilhabefelder dieses Berichts abdeckt. Die vorrangige Informationsgrundlage des Berichts stellen daher allgemeine repräsentative Bevölkerungsbefragungen dar, die um amtliche Statistiken ergänzt werden.

Eine Schwierigkeit besteht darin, dass die aktuell zur Verfügung stehenden bevölkerungsrepräsentativen Befragungen und amtlichen Erhebungen die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen in der Regel nicht so abgrenzen, wie dies dem neuen Verständnis von Behinderung entspricht. Für die amtlichen Erhebungen gilt dabei, dass sie ihrem jeweiligen gesetzlich festgelegten Auftrag nachkommen, der jedoch eine andere Zielsetzung verfolgt als eine umfassende Berichterstattung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Durch den notwendigen Rückgriff auf mehrere Befragungen kommt daher als weitere Schwierigkeit hinzu, dass die Abgrenzungen uneinheitlich sind. Aus diesem Grund ist eine Reihung notwendig.

- Erste Priorität haben Daten, die dem neuen Verständnis von Behinderung näherungsweise entsprechen. Dazu zählen Erhebungen, die die Möglichkeit bieten, sowohl Angaben zu Funktionsbeeinträchtigungen als auch zu den daraus resultierenden Einschränkungen bei Aktivitäten und bei der Teilhabe heranzuziehen, um die Gruppe der „Menschen mit Beeinträchtigungen“ zu bestimmen.
- Zweite Priorität haben Daten, die sich auf Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen beziehen. Eine solche Teilgruppe bilden z. B. Menschen mit amtlich anerkannten Behinderungen oder Schwerbehinderungen, weitere Teilgruppen umfassen die Personen, die Unterstützungsleistungen erhalten und aus diesem Grund statistisch erfasst werden.
- Dritte Priorität haben Daten, die Menschen mit Beeinträchtigungen ungenau erfassen, Einschränkungen bei der Datenqualität aufweisen oder die nicht ganz aktuellen Datums sind. Typische Beispiele hierfür sind Befragungen, die auf einer relativ kleinen Stichprobe beruhen, oder solche, bei denen Menschen mit Beeinträchtigungen nicht eindeutig von anderen Personen abgegrenzt werden können. Solche Daten werden ausgewertet, wenn die in ihnen enthaltenen Informationen von besonderer Bedeutung für den Bericht sind. Außerdem muss es möglich sein, trotz der gegebenen Einschränkungen zu Aussagen zu kommen, deren Gültigkeitsanspruch über demjenigen rein qualitativer Informationen liegt. Ältere Datenbestände werden ausgewertet, wenn es keine entsprechenden aktuellen Daten gibt, die Informationen von grundsätzlicher Bedeutung sind und sich im Zeitverlauf nur in geringerem Umfang ändern.

Es werden zunächst die Datenquellen mit der höchsten Priorität ausgewertet und im Bericht dargestellt. Informationen von Bedeutung, die in einer Datenquelle höherer Priorität nicht enthalten sind, werden der Datenquelle mit der nächsthöchsten Priorität entnommen. Liegen keinerlei Befragungsdaten vor, wird exemplarisch auf Struktur- oder Leistungsdaten zurückgegriffen, die es ermöglichen, externe Faktoren darzustellen, die die Handlungsspielräume von Menschen mit Beeinträchtigungen von außen determinieren.

Bereits in der Vorstudie zu diesem Bericht wurde darauf hingewiesen, dass die gegenwärtig verfügbaren Datenquellen nicht alle Menschen mit Beeinträchtigungen gleichermaßen gut erreichen und deshalb zwar für die Bevölkerung insgesamt, nicht jedoch für die Menschen mit Beeinträchtigungen repräsentativ sind.¹⁸ Dies hat im Wesentlichen zwei Ursachen: Zum einen handelt es sich teilweise um das Problem der Untererfassung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen bei repräsentativen Befragungen und zum anderen um das Problem der Nichtteilnehmerinnen und Nichtteilnehmer an Befragungen. Verschiedene Gründe führen dazu, dass Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen häufiger zu den Nichtteilnehmerinnen und -teilnehmern gehören. So können an vielen repräsentativen Befragungen unter anderem aufgrund möglicher Verständnis- und Kommunikationsbarrieren der Erhebungsinstrumente aller Wahrscheinlichkeit nach Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen oder mit Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit seltener teilnehmen, wenn nicht spezifische Befragungsvarianten für diese Zielgruppen entwickelt wurden. Häufig werden auch die Barrieren für die Teilnahme von Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen nicht ausreichend bedacht und führen für viele von ihnen zu einem Ausschluss von den Befragungen. Im Rahmen dieses Berichts können diese Probleme zwar nicht gelöst, aber doch aufgezeigt werden. Sie sind stets bei der Interpretation der Ergebnisse mitzudenken und stellen eine wichtige Herausforderung für die Weiterentwicklung der Datengrundlagen dar.

Die Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen in verschiedenen Teilhabefeldern wird anhand von Indikatoren beschrieben. Dabei kann durch Vergleiche zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen festgestellt werden, ob und in welchem Ausmaß Menschen mit Beeinträchtigungen an einer gleichberechtigten Teilhabe und selbstbestimmten Lebensführung gehindert werden. Untersuchungen von Teilgruppen erlauben Aussagen dazu, ob und welche Menschen mit Beeinträchtigungen besonders benachteiligt sind. Nach Möglichkeit wurden Indikatoren gewählt, die mit denen internationaler Studien übereinstimmen, um Vergleiche zuzulassen.

¹⁸ Hornberg, C. et al. (2011): S. 31ff.

Als Querschnittsthemen werden im Bericht die Themen

- Barrierefreiheit
- Gender Mainstreaming
- Gleichstellung
- Migration und
- Vielfalt von Beeinträchtigungen

in den einzelnen Teilhabefeldern behandelt. Sie werden durch entsprechende Merkmalsausprägungen der Indikatoren, z. B. nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund oder Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen, soweit wie möglich mitgeführt.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Menschenrechtliche Grundlagen der Indikatoren

Zum Verständnis: Die UN-BRK ist ein in Deutschland ratifizierter Völkerrechtsvertrag und bildet damit die aktuelle Rechtsgrundlage für den Teilhabebericht der Bundesregierung.

Die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist ein Einordnungs- und Bewertungsinstrument mit mehreren Komponenten, anhand derer Behinderung zu Funktionsfähigkeit ins Verhältnis gesetzt wird. Die ICF ist als Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation stärker an Beeinträchtigungen orientiert als die UN-BRK.

Fragenentwicklung auf der Grundlage der UN-BRK

Die Fragen an den Bericht (2.4) beziehen sich auf die Grundsätze der UN-BRK (Kasten in 2.1). Hierbei ist zu beachten, dass mit dem Grundsatz das Ziel benannt wird: Behinderte Menschen sollen ihre Menschenrechte vollständig und gleichberechtigt, ebenso wie nichtbehinderte Menschen, ausüben können. Folglich ist jeweils zu fragen, ob der Grundsatz für die Lebenslagen behinderter Menschen eingeschränkt ist oder nicht und wie bzw. in welchem Maß oder mit welcher Qualität der Grundsatz eingeschränkt oder erfüllt ist.

Menschenrechtsbasierte Indikatoren müssen folgende drei Bedingungen erfüllen:¹⁹

Die für ein spezifisches Menschenrecht festgelegten Indikatoren müssen im normativen Gehalt dieses Rechts verankert sein, der aus den einschlägigen Artikeln des jeweiligen Menschenrechtsvertrags und den sich darauf beziehenden allgemeinen Bemerkungen der Ausschüsse hervorgeht.

Bei der Auswahl von Indikatoren muss auf übergreifende Menschenrechtsnormen und -grundsätze wie beispielsweise Nicht-Diskriminierung und Gleichheit, Unteilbarkeit, Rechenschaftspflicht, Partizipation und Ermächtigung geachtet werden.

Die Bedeutung der Bewertung von Menschenrechten liegt darin, die Anstrengungen der Pflichtenträger, der Staaten, zu messen, die diese zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen unternehmen.

Der Staat ist verpflichtet, die Menschenrechte zu achten, zu schützen und zu verwirklichen. Die Beachtung der gleichen Würde und Rechte eines jeden Menschen bildet hierfür den Hintergrund. Die bereits vorhandene internationale Entwicklung von Indikatoren stellt die Grundlage für die Erstellung von Indikatoren dar, mit denen die Umsetzung der UN-BRK gemessen werden kann.

Der Prozess der Indikatorenerstellung

Für jedes Menschenrecht sind *Merkmale* festzulegen, die das Menschenrecht präzisieren und die Überwachung der Verwirklichung des Rechts erleichtern.²⁰ Daher sollte für jedes Menschenrecht der UN-BRK eine begrenzte Zahl charakteristischer Merkmale abgeleitet werden, zum ersten um den normativen Gehalt des Rechts strukturiert zu betrachten und zum zweiten, weil **die reine Nennung der einschlägigen Artikel zu allgemein ist**. Eine Festlegung der Merkmale dient der Auswahl geeigneter Indikatoren und ist ein nützlicher Schritt zur Operationalisierung von Rechtsnormen.

Des Weiteren sollten für jedes Merkmal eines Menschenrechts Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren entwickelt werden. Mit diesen werden die Schritte bewertet, die die Vertragsstaaten zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen unternommen haben. Die drei Indikatorentypen können sich je nach Gegenstand überschneiden, sie sind jedoch generell unterschiedlich ausgerichtet.

Unterscheidung von drei Indikatorentypen²¹ (mit Beispielen für das Recht auf Bildung, Art. 24 UN-BRK):

Strukturindikatoren beziehen sich auf die rechtlichen Strukturen eines Staates. Mit ihnen wird erfasst, ob und wann Rechtsinstrumente und die vorhandenen grundlegenden institutionellen Mechanismen sowie die einzelstaatlichen Rechtsvorschriften zur Verwirklichung des betreffenden Menschenrechts verabschiedet bzw. ratifiziert wurden.

Beispiel-Strukturindikator: Geltungsdauer und Anwendungsbereich der nationalen Rechtsvorschriften, die die Verwirklichung des Rechts auf Bildung betreffen.

¹⁹ OHCHR (2006).

²⁰ Im Folgenden: OHCHR (2006).

²¹ Riedel, E (2007): S. 256ff; Riedel, E. (2003): S. 349ff.

Typische Fragestellung: Seit wann bestehen Landes-Schulgesetze zu inklusiver Bildung und was ist ihr Anwendungsbereich, für welche Schulen gelten sie?

Prozessindikatoren zeigen die „Ursache-Wirkungs-Beziehung“ an. Mit ihnen lassen sich die Schritte messen, die ein Staat zur Verwirklichung eines Menschenrechts unternimmt, da sie die Instrumente staatlicher Politik in Beziehung zu Zwischenergebnissen setzen. Als Instrumente staatlicher Politik sind alle Maßnahmen – beispielsweise öffentliche Programme und konkrete Interventionen – zu verstehen, die ein Staat ergreifen will, um die Ergebnisse zu erzielen, die mit der Verwirklichung des Rechts verbunden sind.

Beispiel-Prozessindikator: Anteil der beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen, die in Sonderschulen oder Sonderklassen beschult werden.

Typische Fragestellung: Wie hoch ist die Quote von Schülern und Schülerinnen, die aus der Regelschule ausgeschlossen werden? (Exklusionsquote)²²

Ergebnisindikatoren geben Auskunft über den Verwirklichungsstand des Menschenrechts in einem bestimmten Kontext. Sie sind daher bedeutsam für die Bewertung, inwieweit ein Recht ausgeübt werden kann.

Beispiel-Ergebnisindikator: Verfügbarkeit von barrierefreien Lernorten der frühkindlichen Bildung (Krippen, Kindertagesstätten, Kindergärten).

Typische Fragestellung: Wie viele barrierefrei ausgestattete Krippen, Kindertagesstätten und Kindergärten sind vorhanden? Wie viele Krippen, Kindertagesstätten und Kindergärten sind noch separierend?

Wie das Beispiel der Indikatoren zum Recht auf Bildung verdeutlicht, präzisieren die charakteristischen Merkmale sowie die drei Indikatorentypen, was ein Recht ausmacht und die Verwirklichung eines Rechts umfasst.

Zusammenfassung

Es ist wichtig, eindeutige Indikatoren für die Rechte der UN-BRK zu entwickeln, da sie die Lebenslagen von Menschen mit Behinderung betreffen.

Für jedes einzelne Recht der Behindertenrechtskonvention sind charakteristische Merkmale und Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren zu erstellen, um die Schritte und den Stand der Verwirklichung (d. h. den „outcome“ als Orientierung an Verwirklichung und Wirkung) präzise messen und bewerten zu können.

Die in diesem Bericht vorgestellten Indikatoren sollen bezogen auf Menschen mit Beeinträchtigungen deren Teilhabechancen bewerten. Es handelt sich also nicht um Indikatoren, mit denen abgebildet wird, welche Anstrengungen die UN-BRK-Vertragsstaaten unternehmen, um ihre Verpflichtungen zu erfüllen. Vielmehr handelt es sich um Indikatoren, die die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen beschreiben.

Wie bei Indikatoren, die auf staatlicher Ebene die Umsetzung der UN-BRK beschreiben, ist es auch auf der individuellen Ebene sinnvoll, nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren zu unterscheiden. Dieser Bericht basiert im Wesentlichen auf Ergebnisindikatoren. Die Entwicklung von Struktur- und Prozessindikatoren bleibt künftigen Berichten vorbehalten, sodass dann auch Wirkungsanalysen möglich werden.

Verwendete Literatur

Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention (2011): Eckpunkte zur Verwirklichung eines inklusiven Bildungssystems (Primarstufe und Sekundarstufen I und II). Empfehlungen an die Länder, die Kultusministerkonferenz (KMK) und den Bund, Berlin.

OHCHR (2006): Report on Indicators for Monitoring Compliance with international Human Rights Instruments, Genf.

Riedel, E. (2003): New Bearings to the State Reporting Procedure: Practical Ways to Operationalize Economic, Social and Cultural Rights, the Example of the Right to Health. In: von Schorlemer, S. (Hrsg.): Praxis Handbuch UNO. Die Vereinten Nationen im Lichte globaler Herausforderungen, Berlin etc., S. 345-358.

Riedel, E. (2007): Monitoring Human Rights Compliance. The IBSA Procedure as a Tool of Monitoring. In: Auer, A./Flückiger, A./Hottelier, M. (Hrsg.): Etudes en l'honneur du Professeur Giorgio Malinverni, Les droits de l'homme et la constitution, Schulthess, Zürich etc., S. 251-271.

²² Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention (2011): S. 16.

Teil 2: Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen

3 Grunddaten

In diesem Bericht geht es um die Lebenslagen von Menschen, die aufgrund der bei ihnen vorliegenden Beeinträchtigungen Behinderungen, also Einschränkungen ihrer Aktivitäten und Teilhabechancen erfahren. Für eine Beeinträchtigung im Sinnzusammenhang dieses Berichts gilt: Es muss eine dauerhafte Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund einer Schädigung von Körperfunktionen (inkl. psychischen Funktionen) oder Körperstrukturen vorliegen. Sind Aktivitäten und Teilhabe durch ungünstige Kontextbedingungen dauerhaft beeinträchtigt, wird von Behinderung gesprochen.

Unter Schädigungen werden hier im Verständnis der ICF Beeinträchtigungen von Körperfunktionen oder -strukturen gefasst. Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit werden demgegenüber als Funktionsbeeinträchtigungen oder Funktionsmängel gesehen, die typische Alltagssituationen erschweren.

In diesen Bericht werden nicht nur Personen einbezogen, die nach dem SGB IX als behindert anerkannt sind, sondern darüber hinaus auch diejenigen, deren körperliche Strukturen oder -funktionen beeinträchtigt sind (durch z. B. chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme) und die über längere Zeit Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten und/oder ihrer Teilhabe erfahren („Menschen mit Beeinträchtigungen“).

Die Verwendung des Begriffes „Menschen mit Beeinträchtigungen“ im Bericht verfolgt somit drei Ziele:

- a) Es soll damit verdeutlicht werden, dass Behinderungen nicht im Menschen sind, sondern Prozesse zwischen Menschen und ihrem Umfeld.
- b) Es soll der Fokus auch jenseits der Anerkennung nach dem SGB IX auf alle Menschen gerichtet werden, die Behinderungen erfahren.
- c) Es soll deutlicher erfasst werden, wo und in welchem Ausmaß Behinderungen von Aktivitäten, aber insbesondere der Teilhabe vorliegen. In gegenwärtigen Datenbeständen kann eine so definierte Personengruppe nur näherungsweise ermittelt werden:

Im ersten Abschnitt wird gezeigt, wie Menschen mit Beeinträchtigungen in gegenwärtigen Datenbeständen abgegrenzt werden können. Für erwachsene Personen (über 18 Jahre) in Privathaushalten werden hierfür Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung und Daten der telefonischen Erhebung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts herangezogen. Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren finden Daten der Studie „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des Robert Koch-Instituts Anwendung. Auf Personengruppen, die mit den zur Verfügung stehenden Befragungsdaten nicht oder nicht ausreichend erfasst werden, wird gesondert eingegangen.

Im zweiten Abschnitt wird dargelegt, welche persönlichen Merkmale Menschen mit Beeinträchtigungen aufweisen. Grundlage der Statistiken sind die zuvor getroffenen Abgrenzungen der Untersuchungsgruppe.

Im Vordergrund der Analyse steht die Teilhabebeeinschränkung. Deshalb wird zunächst die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen aus den hier ausgewerteten Datenquellen bestimmt, um dann deren Teilhabe zu untersuchen. Es muss stets sorgfältig zwischen Beeinträchtigungen und Behinderung unterschieden werden. Der hier bestimmte Bevölkerungsanteil der Menschen mit Beeinträchtigungen entspricht mithin nicht dem Bevölkerungsanteil der Menschen mit einer Behinderung.

3.1 SOEP und GEDA: Menschen mit Beeinträchtigungen ab 18 Jahren

Das SOEP erhebt jährlich als Längsschnittstudie Informationen zur sozialen Lage von Menschen in Deutschland. Befragt werden jedes Jahr mehr als 20.000 Menschen in rund 11.000 Haushalten. Durch das Stichproben-Design sowie Gewichtungsfaktoren wird eine möglichst hohe Repräsentativität der SOEP-Daten für die Bevölkerung in Privathaushalten sowie die Privathaushalte am Wohnsitz in Deutschland angestrebt. In seinen Eckdaten (Verteilung nach Region, Alter, Geschlecht, Haushaltsgröße und Nationalität) entspricht das SOEP dem amtlichen Mikrozensus.

Nicht repräsentativ erhoben werden dagegen Personen in sogenannten Anstaltshaushalten. Mit Blick auf Menschen mit Beeinträchtigungen hat dies zu Folge, dass keine Aussagen zu Personen getroffen werden können, die in einem Wohnheim oder in einer Pflegeeinrichtung leben. Gleichzeitig ist – wie auch bei anderen Befragungen – davon auszugehen, dass Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen aufgrund der Art der Befragung seltener teilnehmen als dies ihrem Anteil an der Bevölkerung eigentlich entspräche. Somit sind die Aussagen des SOEP zu dieser Bevölkerungsgruppe nur begrenzt repräsentativ. Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen müssten dagegen durch den Einsatz verschiedener Interviewmethoden relativ gut erreicht werden.

Wie verlässlich die Aussagen zu Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt sind, die anhand des SOEP getroffen werden, hängt neben Fragen der richtigen Abgrenzung auch von der absoluten Zahl der Befragungsteilnehmenden in dieser speziellen Teilgruppe ab. Mit einem absoluten Stichprobenumfang von 4.315 Menschen mit Beeinträchtigungen (2010) ermöglicht das SOEP einen relativ hohen Differenzierungsgrad nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund, der aber an seine Grenzen stößt, sobald tiefgehende Analysen vorgenommen werden.

Auf Basis des SOEP lässt sich über zwei Wege auf das Vorliegen einer dauerhaften Schädigung der Körperstrukturen oder -funktionen schließen:

- Erstens kann hierzu die seit längerer Zeit kontinuierlich erfasste Frage nach dem Vorliegen einer amtlich festgestellten Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung herangezogen werden. Eine solche Feststellung bedeutet, dass gutachterlich eine dauerhafte Einschränkung der körperlichen Funktionen, der geistigen Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit festgestellt wurde.
- Als Hinweis auf eine dauerhafte Schädigung der Körperstrukturen oder -funktionen kann zudem das Vorliegen von Beschwerden oder Krankheiten verstanden werden, an denen jemand seit mindestens einem Jahr bzw. chronisch leidet.²³

Schwieriger ist es, eine dauerhafte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit bei Aktivitäten und der Teilhabe abzubilden, um Verständnis und Anspruch der ICF nahezukommen, weil die verfügbaren Daten den Kontext, also umwelt- und personbezogene Faktoren, nur unzureichend abbilden. Beeinträchtigungen können nur auf Basis von Selbsteinschätzungen der Befragten gewonnen werden. Die subjektive Einschätzung objektiv gleicher Beeinträchtigungen kann unterschiedlich ausfallen – auch wenn die Beeinträchtigungen sehr konkret und präzise erfragt werden. Insbesondere bei internationalen Vergleichen kann dies zu Verzerrungen führen, da sich hier der soziokulturelle Kontext in einer eindeutigen Tendenz der Befragten eines Landes bemerkbar machen kann, Beeinträchtigungen in stärkerem oder schwächerem Maße wahrzunehmen. Das subjektive Erleben von Beeinträchtigungen hat jedoch einen eigenen Erkenntniswert, der nicht geringer einzuschätzen ist als eine „objektive“ Fremdeinschätzung.²⁴

- Auf eine solche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit kann erstens behelfsweise geschlossen werden, wenn die Befragten in den letzten vier Wochen „immer“ oder „oft“ aufgrund von gesundheitlichen Problemen körperlicher, seelischer oder emotionaler Art entweder in ihrer Arbeit, ihren alltäglichen Aktivitäten oder in ihren sozialen Kontakten Einschränkungen erlebt haben.
- Zweitens ist auf Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit bei Aktivitäten und bei der Teilhabe zu schließen, wenn Personen beim Treppensteigen oder bei anderen anstrengenden Tätigkeiten im Alltag (z. B. wenn man etwas Schweres heben muss oder Beweglichkeit braucht) durch ihren Gesundheitszustand stark beeinträchtigt sind.

Hier ergibt sich eine gewisse Unschärfe dadurch, dass sich diese Beeinträchtigungen auf den gegenwärtigen Gesundheitszustand beziehen. In Kombination mit dem Vorliegen einer chronischen

²³ Fragen zu chronischen Erkrankungen und Teilhabe Einschränkungen wurden erst in jüngeren Befragungswellen aufgenommen und bislang nicht jährlich erhoben.

²⁴ Folgende Items aus dem SOEP wurden zur Bestimmung von Beeinträchtigungen bei Aktivitäten und bei der Teilhabe herangezogen: 1) „Wenn Sie Treppen steigen müssen, also mehrere Stockwerke zu Fuß hochgehen: Beeinträchtigt Sie dabei Ihr Gesundheitszustand stark, ein wenig oder gar nicht?“ (gemessene Ausprägung: „stark“); 2) „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?“ (gemessene Ausprägung: „stark“); 3) „Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, ... dass Sie wg. gesundheitlicher Probleme körperlicher Art eingeschränkt waren? ... dass Sie wegen seelischer oder emotionaler Probleme in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen weniger geschafft haben, als Sie eigentlich wollten? ... dass Sie wegen gesundheitlicher oder seelischer Probleme bei sozialen Kontakten, z. B. mit Freunden, Bekannten oder Verwandten eingeschränkt waren? (gemessene Ausprägungen: „immer“ und „oft“.

Krankheit dürften Verzerrungen jedoch wenig ins Gewicht fallen. Aber auch wenn sie zusammen auftreten, bleibt es weiterhin unklar, ob die Beeinträchtigungen ihre Ursache in den chronischen Krankheiten oder Beschwerden haben.

- Drittens umfasst bereits die gutachterliche Feststellung einer Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung, dass Beeinträchtigungen bei Aktivitäten und bei der Teilhabe vorliegen, die auf Schädigungen zurückzuführen sind. Menschen mit einer amtlich festgestellten Schwerbehinderung oder Erwerbsminderung werden daher auch dann zu den „Menschen mit Beeinträchtigungen“ gezählt, wenn sie selbst keine Beeinträchtigungen angeben.

Zu den Menschen mit Beeinträchtigungen werden also – basierend auf den Daten des SOEP – im Folgenden alle Menschen gezählt, die eine amtlich festgestellte Erwerbsminderung oder eine Schwerbehinderung aufweisen. Hinzu kommen Menschen mit einer chronischen Erkrankung oder mit chronischen Beschwerden, wenn bei ihnen zusätzlich mindestens eine von drei Teilhabe einschränkungen „immer“ oder „oft“ vorkommt oder sie beim Treppensteigen oder anderen anstrengenden Tätigkeiten im Alltag stark beeinträchtigt sind.

In diesem Bericht werden die erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen in mindestens drei Altersklassen – Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren, 65 bis 79 Jahren sowie im Alter von 80 und mehr Jahren – unterteilt. Hierfür gibt es folgende Gründe:

- Beeinträchtigungen treten im höheren Lebensalter deutlich häufiger auf. Das liegt in erster Linie an solchen Beeinträchtigungen, die durch Alterungsprozesse verursacht werden. Werden ältere Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Ausweisung von Prävalenzen nicht separat betrachtet, so überlagert die große Anzahl der altersbedingten Beeinträchtigungen die Prävalenz-Informationen zu Beeinträchtigungen, die in einem früheren Lebensalter erworben wurden.
- Beeinträchtigungen, die im jüngeren oder erst im höheren Lebensalter erworben wurden, haben viele ähnliche, aber auch einige unterschiedliche Auswirkungen auf die betroffenen Menschen. So prägen sie einen größeren Teil der Biografie, wenn sie bereits in einem jüngeren Lebensalter erstmals auftreten. Die damit verbundenen Erfahrungen von Teilhabe einschränkungen und sozialer Exklusion machen Menschen, deren Beeinträchtigungen im Alter auftreten, nur in einem kleineren Teil ihrer Biografie. Dieser Unterschied ist nicht nur für die Vergangenheit bedeutsam, sondern hat auch naheliegende Auswirkungen auf die Gegenwart. So kann sich beispielsweise ein Erwerbsleben ohne Beeinträchtigungen positiv auf die materielle Lage im Alter auswirken; auch bestehen familiäre und soziale Kontakte fort, die in den früheren Lebensabschnitten unbeeinflusst von Beeinträchtigungen aufgebaut werden konnten.

Würden gegenwärtig verfügbare Datensätze die Information enthalten, in welchem Lebensalter die Beeinträchtigungen erstmals auftreten, so könnte auf die separate Ausweisung der Prävalenzen für verschiedene Altersklassen verzichtet und stattdessen nach diesem Kriterium unterschieden werden.

Insgesamt gehören auf Basis der gewählten Abgrenzung und den Daten der SOEP-Befragungswelle 2010 ca. 16,8 Mio. erwachsene Menschen in Deutschland zu den Menschen mit Beeinträchtigungen im Sinne dieses Berichts. Für die Interpretation dieser Zahl wird nochmals darauf hingewiesen, dass damit keine Aussage über die Häufigkeit des Vorliegens von Behinderungen verbunden ist, sondern lediglich Menschen mit Beeinträchtigungen erfasst werden. Dies entspricht ungefähr einem Anteil an der erwachsenen Gesamtbevölkerung (im Alter von mindestens 18 Jahren) in Privathaushalten von 25 Prozent.²⁵ Wird die Altersklasse der 18- bis 64-Jährigen betrachtet, so sind 17 Prozent von ihnen zu den Menschen mit Beeinträchtigungen zu zählen. Demgegenüber ist der Anteil der beeinträchtigten Menschen in der Altersklasse der 65- bis 79-Jährigen mit 42 Prozent deutlich größer. Am höchsten ist der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen mit 60 Prozent unter den 80-Jährigen und Älteren.

Tabelle 3-1: Erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten im SOEP 2010

Abgrenzungskriterien	Insgesamt		18 bis 64 Jahre		65 bis 79 Jahre		80 Jahre u. älter	
	in Mio.	in Prozent	in Mio.	in Prozent	in Mio.	in Prozent	in Mio.	in Prozent
Amtlich festgestellte Schwerbehinderung oder Erwerbsminderung	9,6	14%	5,2	10%	3,3	24%	1,1	30%
Chronische Beschwerden / Krankheiten (ohne amtlich festgestellte Behinderung)	19,1	28%	12,3	24%	5,2	38%	1,6	42%
- davon bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt	7,2	11%	3,7	7%	2,4	18%	1,1	30%
Insgesamt	16,8	25%	8,9	17%	5,7	42%	2,3	60%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

In der repräsentativen telefonischen Gesundheitsbefragung des Robert Koch-Instituts „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) kann die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen auf ähnliche Weise definiert werden wie im SOEP.

Die GEDA-Befragung wurde zuletzt zwischen Mitte September 2009 bis Mitte Juli 2010 durchgeführt. Stichprobenbasis stellt eine Zufallsstichprobe von Telefonnummern dar. Die Grundgesamtheit bilden alle in Privathaushalten lebenden Erwachsenen, die über einen Festnetzanschluss verfügen. In der hier verwendeten Erhebung aus dem Jahr 2009/2010 wurden insgesamt 22.050 Personen befragt. Innerhalb der

²⁵ Zur Einordnung des ermittelten Anteils sei auf den Weltbericht Behinderung verwiesen. Hier wird weltweit eine Prävalenzrate von mittleren und schweren Behinderungen von 15,3 % ausgewiesen. Siehe: World Health Organization (2011): S. 44. Aufgrund der unterschiedlichen Erfassungsweisen von Beeinträchtigungen ist ein Vergleich jedoch nur sehr eingeschränkt möglich.

Stichprobe befinden sich 1.818 Personen mit einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung sowie weitere 6.658 Menschen mit chronischen Krankheiten (die nicht zugleich eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung aufweisen). Mit Hilfe einer Design- sowie Anpassungsgewichtung nach Bundesländern, Altersklassen, Geschlecht und Bildungsgruppen wird in der GEDA-Studie eine möglichst hohe Bevölkerungsrepräsentativität sichergestellt.

Das Mindestalter der Befragten beträgt 18 Jahre, es können daher auf Basis der GEDA-Studie keine kinder- und jugendspezifischen Aussagen getroffen werden. Da für die telefonische Befragung auch keinerlei technische Hilfsmittel oder Assistenzen eingesetzt wurden, sind gehörlose Menschen sowie Personen mit geistigen Beeinträchtigungen ebenfalls von der Erhebung ausgeschlossen. Auch Personen mit unzureichenden (deutschen) Sprachkompetenzen sowie Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen werden aus erhebungsmethodischen Gründen nicht erfasst. Der Datensatz eignet sich zudem nicht für migrationspezifische Auswertungen, da der Anteil an Ausländerinnen und Ausländern wie auch der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund innerhalb der Stichprobe im Vergleich zu den Ergebnissen des Mikrozensus deutlich unterrepräsentiert ist.

Folgende Definitionen von Menschen mit Beeinträchtigungen sind in der GEDA-Studie 2010 möglich:

- Eine amtlich festgestellte Schwerbehinderung lässt darauf schließen, dass bei einer Person eine dauerhafte Schädigung der Körperstrukturen oder -funktionen vorliegt.
- Als weiterer Hinweis auf eine dauerhafte Schädigung kann wiederum das Vorliegen einer oder mehrerer lang andauernder, chronischer Krankheiten gewertet werden.

Von einer gleichzeitigen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit bei Aktivitäten und bei der Teilhabe kann ausgegangen werden,

- wenn Menschen eine amtlich festgestellte Schwerbehinderung haben, da diese Feststellung – wie bereits oben argumentiert wurde – voraussetzt, dass Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit bei Aktivitäten und bei der Teilhabe vorliegen, die auf körperliche Schädigungen zurückzuführen sind;
- wenn Befragte angeben, dass sie erheblich und dauerhaft, d. h. seit mindestens einem halben Jahr durch Krankheit in der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt sind.²⁶

Zu den Menschen mit Beeinträchtigungen werden anhand der GEDA-Studie daher alle Menschen gezählt, die eine amtlich festgestellte Schwerbehinderung aufweisen. Hinzu kommen Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, wenn sie sich zugleich aufgrund ihrer Krankheit seit mindestens einem halben Jahr in ihren alltäglichen Tätigkeiten erheblich eingeschränkt fühlen. Wie bereits

²⁶ Folgendes Item aus der GEDA-Studie wurde zur Bestimmung von Beeinträchtigungen bei Aktivitäten und bei der Teilhabe herangezogen: „In welchem Ausmaß sind Sie durch Krankheit in der Ausübung Ihrer alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft, d. h. mindestens seit einem halben Jahr eingeschränkt?“ (gemessene Ausprägung: „erheblich eingeschränkt“).

bei den Erläuterungen zum SOEP im vorangegangenen Abschnitt wird auch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass Einschränkungen nur auf Basis von Selbsteinschätzungen der Befragten gewonnen werden können. Da subjektive Einschätzungen objektiv gleicher Einschränkungen unterschiedlich ausfallen können, muss bei internationalen Vergleichen der soziokulturelle Hintergrund und eine möglicherweise andere Tendenz bei der Wahrnehmung von Einschränkungen in der Bevölkerung berücksichtigt werden.

Auf dieser Datenbasis und nach der gewählten Definition beträgt die Zahl der erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten ca. 16,9 Mio. Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung (ab 18 Jahre) in Deutschland von 25 Prozent. Werden die Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren betrachtet, so sind von diesen 9,7 Mio. bzw. 19 Prozent beeinträchtigt. Deutlich größer ist der Anteil der so definierten Menschen mit Beeinträchtigungen mit 42 Prozent unter den 65- bis 79-Jährigen. Von den 80-Jährigen und Älteren sind 1,4 Mio. bzw. 53 Prozent beeinträchtigt.

Tabelle 3-2: Erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten in der GEDA-Studie 2010

Abgrenzungskriterien	Insgesamt		18 bis 64 Jahre		65 bis 79 Jahre		80 Jahre u. älter	
	in Mio.	in Prozent	in Mio.	in Prozent	in Mio.	in Prozent	in Mio.	in Prozent
Amtlich festgestellte Behinderung	6,4	9%	3,1	6%	2,6	19%	0,7	27%
Chronische Krankheiten (ohne amtlich festgestellte Behinderung)	21,1	31%	14,4	28%	5,7	41%	1,0	37%
- davon bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt	10,5	15%	6,6	13%	3,2	23%	0,7	27%
Insgesamt	16,9	25%	9,7	19%	5,8	42%	1,4	53%

GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die beiden Erhebungen und die jeweils gewählten Abgrenzungen der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen werden in der folgenden Tabelle einander gegenübergestellt.

Tabelle 3-3: Erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten in den Erhebungen SOEP 2010 und GEDA-Studie 2010 – in Millionen

Abgrenzungskriterien	Insgesamt		18 bis 64 Jahre		65 bis 79 Jahre		80 Jahre u. älter	
	SOEP 2010	GEDA 2010	SOEP 2010	GEDA 2010	SOEP 2010	GEDA 2010	SOEP 2010	GEDA 2010
Amtlich festgestellte (Schwer-)behinderung oder Erwerbsminderung	9,6	6,4	5,2	3,1	3,3	2,6	1,1	0,7
Chronische Krankheiten (ohne amtlich festgestellte Schwerbehinderung)	19,1	21,1	12,3	14,4	5,2	5,7	1,6	1,0
- davon bei alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt	7,2	10,5	3,7	6,6	2,4	3,2	1,1	0,7
Insgesamt	<u>16,8</u>	<u>16,9</u>	<u>8,9</u>	<u>9,7</u>	<u>5,7</u>	<u>5,8</u>	<u>2,3</u>	<u>1,4</u>

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet sowie GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Sie führen ungefähr zur gleichen Gesamtzahl an Menschen mit Beeinträchtigungen. Hinsichtlich der Teilgruppen, aus denen sich diese Gesamtzahl zusammensetzt, weisen sie jedoch Unterschiede auf:

- Menschen mit amtlich festgestellter Schwerbehinderung oder Erwerbsminderung werden über das SOEP 2010 in größerer Zahl erfasst.
- Chronisch kranke Menschen mit Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten finden sich in stärkerem Maße in der GEDA-Studie 2010.
- Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 80 Jahren oder älter finden sich häufiger im SOEP 2010. Jüngere Menschen mit Beeinträchtigung werden hingegen in der GEDA-Studie 2010 häufiger erfasst.

Die Unterschiede in den Zahlenwerten sind auf die Vor- und Nachteile bei der jeweiligen Erfassung von Menschen mit Beeinträchtigungen zurückzuführen:

- Schädigungen der Körperfunktionen und der Körperstrukturen: Hier ist das SOEP etwas umfassender, indem es auch Erwerbsminderungen als indirekten Hinweis auf eine Schädigung mit berücksichtigt. Darüber hinaus werden nicht nur chronische Erkrankungen herangezogen, um auf Schädigungen zu schließen, sondern auch chronische Beschwerden.

- Einschränkungen bei Aktivitäten und bei der Teilhabe: Die GEDA-Studie erfasst den Aspekt der Dauerhaftigkeit von Beeinträchtigungen gut, indem nach Einschränkungen gefragt wird, die seit mindestens einem halben Jahr bestehen. Gleichzeitig kann in dieser Erhebung auch zwischen erheblichen und nicht erheblichen Einschränkungen unterschieden werden. Beim SOEP muss für die vorliegenden Erhebungen noch hingenommen werden, dass lediglich nach dem Auftreten solcher Probleme in den letzten vier Wochen gefragt wird.²⁷ Ob die angegebenen Einschränkungen dauerhaft sind, wird damit nur unzureichend erfasst. Auch gibt die Häufigkeit des Auftretens der Einschränkungen alleine keinen Aufschluss darüber, wie erheblich sie sind. Für zukünftige Erhebungen ist geplant, das Auftreten von Einschränkungen für mindestens sechs Monate zu erfragen, womit im Hinblick auf die Dauerhaftigkeit eine der ICF entsprechende Erfassung ermöglicht wird.
- Ein Nachteil der GEDA-Studie besteht darin, dass sich die Frage nach den Einschränkungen nur auf den Lebensbereich der „alltäglichen Tätigkeiten“ bezieht. Im SOEP werden dagegen auch die Bereiche „Arbeit“ und „soziale Kontakte“ aufgegriffen. Außerdem erfasst die GEDA-Studie nur Einschränkungen, die „durch Krankheit“ verursacht werden. Das SOEP hat hier einen weiteren Zugang, indem es nach Beeinträchtigungen fragt, die auf gesundheitliche Probleme körperlicher Art, auf seelische oder emotionale Probleme zurückzuführen sind.
- Erhebungsmethoden: Durch die Anlegung der GEDA-Studie als telefonische Befragung werden schwerhörige oder gehörlose Menschen sowie Menschen mit sprachlichen Kommunikationsschwierigkeiten untererfasst. Beim SOEP kommen dagegen verschiedene Interviewmethoden zum Einsatz (mündlich-persönlich, computerunterstützt-persönlich, schriftlich), die eine solche Verzerrung unwahrscheinlicher machen. Ein weiterer Nachteil der GEDA-Studie ist die deutlich zu geringe Berücksichtigung von älteren Menschen in der Stichprobe, die auch nicht durch den gewählten Gewichtungsfaktor ausgeglichen wird.

Die folgende Tabelle fasst noch einmal die unterschiedlichen Arten der Erfassung von Menschen mit Beeinträchtigungen in den beiden Datenquellen zusammen und stellt sie einer „idealen“ Erfassung gegenüber.

²⁷ Dass der Anteil der chronisch Kranken mit Einschränkungen bei Aktivitäten und bei der Teilhabe im SOEP trotz der weniger streng definierten zeitlichen Voraussetzungen niedriger ist als in der GEDA-Studie, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass bei einem Teil von ihnen eine Erwerbsminderung festgestellt wurde. Sie werden daher bei der Teilgruppe mit einer „amtlich festgestellten Schwerbehinderung oder Erwerbsminderung“ mitgezählt, was bei der GEDA-Studie nicht der Fall ist.

Tabelle 3-4: Übersicht über die Erfassungsmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen im SOEP 2010 und in der GEDA 2010

Ideale Erfassung von Menschen mit Beeinträchtigungen	Annäherung über das SOEP 2010	Annäherung über die GEDA 2010
Schädigungen der Körperfunktionen oder -strukturen		
<p>Menschen, bei denen in mindestens einer Kategorie der ICF</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Schädigung der Körperfunktionen oder • eine Schädigung der Körperstrukturen vorliegt. 	<p>Menschen mit einer amtlich festgestellten Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung.</p> <p>Menschen mit bestimmten Beschwerden oder Krankheiten, an denen sie seit mindestens einem Jahr oder chronisch leiden.</p>	<p>Menschen mit einer Schwerbehinderung.</p> <p>Menschen mit einer oder mehreren lang andauernden, chronischen Krankheiten.</p>
Dauerhafte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bei Aktivitäten und bei der Teilhabe		
<p>Menschen, die in mindestens einer der sechs Kern-domänen von Aktivitäten und Teilhabe der ICF hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind.</p>	<p>Menschen, die in den letzten vier Wochen „oft“ oder „immer“ in ihrer Arbeit oder ihren alltäglichen Beschäftigungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • wegen gesundheitlicher Probleme körperlicher Art in der Art ihrer Tätigkeit eingeschränkt waren, • wegen seelischer oder emotionaler Probleme weniger geschafft haben als sie wollten, <p>Menschen, die in den letzten vier Wochen „oft“ oder „immer“ in ihren sozialen Kontakten wegen gesundheitlicher oder seelischer Probleme eingeschränkt waren.</p> <p>Menschen, die beim Treppensteigen oder bei anderen anstrengenden Tätigkeiten im Alltag durch ihren Gesundheitszustand stark beeinträchtigt sind.</p> <p>Menschen mit einer amtlich festgestellten Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung.</p>	<p>Menschen, die durch Krankheit in der Ausübung Ihrer alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft, d. h. seit mindestens einem halben Jahr, (erheblich) eingeschränkt sind.</p> <p>Menschen mit einer amtlich festgestellten Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung.</p>

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

Um Aussagen zu Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt zu gewinnen, werden in diesem Bericht aufgrund seiner besseren Eignung vorrangig das SOEP 2010 verwendet. Daten der GEDA 2010 finden ergänzende Anwendung, wenn Informationen im SOEP 2010 nicht enthalten sind.

3.2 KiGGS: Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen unter 18 Jahren

Beide bisher vorgestellten repräsentativen Erhebungen, das SOEP 2010 und die GEDA 2010, erfassen keine Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren.²⁸ Diese Lücke kann durch die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des Robert Koch-Instituts geschlossen werden.

Die Studie wurde mit dem Ziel durchgeführt, umfassende und bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren zu erheben. Die Datenerhebung erfolgte in den Jahren 2003 bis 2006 in 167 Orten in ganz Deutschland. Im Mittelpunkt steht ein dreistufiges Erhebungskonzept: Elternfragebögen, welche die Eltern für ihre 0- bis 17-jährigen Kinder ausfüllen, Jugendfragebögen, die von den teilnehmenden 11- bis 17-jährigen Jugendlichen selbst beantwortet werden, sowie medizinische Untersuchungsdaten. Durch die Übersetzung der Fragebögen in sechs verschiedene Sprachen konnte auch eine hohe Teilnehmerzahl unter Familien mit Migrationshintergrund erreicht werden. Insgesamt haben 17.641 Jungen und Mädchen mit ihren Eltern teilgenommen. Mittels Gewichtungsfaktoren wurden die Befragungsergebnisse in ihren Eckdaten (Verteilung nach Alter, Geschlecht, Region, Staatsangehörigkeit) der amtlichen Bevölkerungsstatistik angepasst.

Obwohl sie nicht mehr ganz aktuell sind, wird auf diese Daten zurückgegriffen, da es gegenwärtig keine andere Möglichkeit gibt, Daten über Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen zu erhalten, die annähernd den Kriterien in diesem Bericht entsprechen.²⁹

Die KiGGS Basiserhebung bietet den folgenden Zugang zur Erfassung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen:

- Von dauerhaften Schädigungen der Körperfunktionen oder der Körperstrukturen wird ausgegangen, wenn eine Behinderung amtlich festgestellt wurde.

²⁸ Das Sozio-ökonomische Panel befragt seit dem Jahr 2001 zwar auch in den Haushalten der Befragungsteilnehmer aufgewachsene Jugendliche im Alter von 17 Jahren, die Befragungsinhalte richten sich jedoch primär auf das Verhältnis zu ihren Eltern, auf Freizeitgestaltung, schulische Leistungen, berufliche Erwartungen, Persönlichkeitsmerkmale und auf die familiäre Zukunftserwartung. Fragen zu Behinderungen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind hingegen nicht Gegenstand des Jugendfragebogens.

²⁹ Derzeit (2009-2012) erfolgt eine Wiederholungsbefragung der KiGGS-Studie, dabei werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der ersten Welle erneut befragt sowie neue Personen in die Befragung mit einbezogen.

- Schädigungen liegen darüber hinaus auch ohne eine solche amtliche Feststellung vor.³⁰ In der Befragung werden solche Schädigungen im Zusammenhang mit dauerhaften Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit bei Aktivitäten und bei der Teilhabe über vier Fragen erfasst. Gefragt wird nach einem für Kinder und Jugendliche gleichen Alters unüblichen medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Unterstützungsbedarf, nach Einschränkungen bei Aktivitäten, nach dem Erhalt spezieller nicht-medikamentöser Therapien und nach unterstützungsbedürftigen emotionalen, Entwicklungs- oder Verhaltensproblemen.³¹

Bei allen diesen Fragen wird zusätzlich danach gefragt, ob die entsprechenden Einschränkungen bzw. Unterstützungsmaßnahmen mindestens ein Jahr andauern oder ob dies erwartet wird. Zusätzlich wird erfasst, ob die Einschränkungen oder der Unterstützungsbedarf durch eine Krankheit, eine Verhaltensstörung oder ein anderes gesundheitliches Problem verursacht werden. Insgesamt stellen die Fragen in der KiGGS Basiserhebung sicher, dass die Einschränkungen auf Schädigungen zurückzuführen und dauerhaft sind.³²

Zu den Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen werden auf Grundlage der KiGGS Basiserhebung im Folgenden all jene gezählt, die entweder eine amtlich festgestellte Behinderung oder bei denen die Eltern bei mindestens einer der oben genannten Fragen angegeben haben, dass ihr Kind dauerhaften Unterstützungsbedarf oder Einschränkungen hat, die durch Krankheiten, Gesundheitsprobleme oder Verhaltensstörungen verursacht wurden. Nach dieser Definition ergeben sich die folgenden Anteile von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen. Da keine aktuelleren Daten vorliegen, kann – unter der Annahme, dass sich die altersspezifischen Anteile der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen nicht verändert haben – auf Grundlage der Bevölkerungsfortschreibung für das Jahr 2010 näherungsweise von einer Zahl von 1,3 Millionen Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen ausgegangen werden.

³⁰ Beck, I. (2002a): 199ff.

³¹ Die gewählten Variablen haben Ähnlichkeiten zum vom Robert Koch-Institut verwendeten „Children with Special Health Care Need-Screener“ (CSHCN). Da sich durch die Einnahme von Medikamenten jedoch nicht auf Teilhabe Einschränkungen schließen lässt, wurde diese Variable nicht zur Definition von Beeinträchtigungen herangezogen. Vgl. Scheidt-Nave, C. et al. (2007).

³² Die folgenden Fragen aus der KiGGS Basiserhebung führten zur Erfassung eines Kindes bzw. Jugendlichen als beeinträchtigt, insofern die erfragten Probleme aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems und zugleich mindestens seit zwölf Monaten auftreten: 1) „Braucht Ihr Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist?“ 2) „Ist Ihr Kind in irgend einer Art und Weise eingeschränkt oder, daran gehindert, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können?“ 3) Braucht oder bekommt Ihr Kind eine spezielle Therapie, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie?“ 4) „Hat Ihr Kind emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekommt?“ Eine weiteres Item des Screening-Instruments „Children with Special Health Care Needs“ in der KiGGS Basiserhebung wurde nicht berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um die Frage „Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt verschriebene Medikamente (außer Vitamine)?“ Der Grund hierfür besteht darin, dass die Einnahme von Medikamenten nicht in eindeutigem Zusammenhang mit Einschränkungen bei Aktivitäten und bei der Teilhabe steht, die für die Beeinträchtigungsdefinition in diesem Bericht ausschlaggebend sind. Insofern ergeben sich ggf. Abweichungen zu vom Robert-Koch-Institut publizierten Zahlen auf Basis des ursprünglichen Screening-Instruments.

Tabelle 3-5: Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen in der KiGGS Basiserhebung 2003-2006

Abgrenzungskriterien	Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen	
	in Millionen	in Prozent
Amtlich festgestellte Behinderung	0,3	2%
Langfristige Einschränkungen aufgrund von Krankheit, Verhaltensstörung oder anderem gesundheitlichen Problem (ohne amtlich festgestellte Behinderung)	1,1	8%
Insgesamt	1,3	10%

Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eigene Berechnungen Prognos AG. Hochrechnung in Millionen bezogen auf den Bevölkerungsstand zum 31.12.2010 laut Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes.

Aufgrund der Stichprobenanlage sowie der hohen Teilnahmebereitschaft ist davon auszugehen, dass Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen im Rahmen der KiGGS Basiserhebung repräsentativ erfasst werden. Hierauf deuten auch die Ergebnisse der Nichtteilnehmer-Analysen hin. Da nur wenige Kinder und Jugendliche in Heimen und Pflegeeinrichtungen leben, dürfte es nur eine geringe Zahl an nicht erfassten Kindern und Jugendlichen geben. Ebenfalls nur geringe Verzerrungen sind dadurch zu erwarten, dass Eltern mit geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen nicht an der Befragung teilgenommen haben.

Mit einer absoluten Zahl von 1.730 Kindern mit Beeinträchtigungen (laut Elternfragebögen) ermöglicht die KiGGS Basiserhebung fundierte Ergebnisse differenziert nach Alter und Geschlecht, nicht jedoch, wenn auch weitere Faktoren wie der Migrationshintergrund in die Analyse mit einbezogen werden sollen.³³

³³ Die KiGGS Daten wurden auch im 13. Kinder- und Jugendbericht zur Darstellung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ausführlich herangezogen. Dabei wurde besonders Bezug genommen auf die Gruppe der Heranwachsenden mit Beeinträchtigung. Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009).

Tabelle 3-6: Übersicht über die Erfassungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen im KiGGS 2003-2006

Ideale Erfassung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen	Annäherung über KiGGS 2003-3006
Schädigungen der Körperfunktionen oder -strukturen	
<p>Kinder und Jugendliche, bei denen in mindestens einer Kategorie der ICF</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Schädigung der Körperfunktionen oder • eine Schädigung der Körperstrukturen vorliegt. 	<p>Kinder und Jugendliche mit einer amtlich anerkannten Behinderung. Kinder und Jugendliche, die seit mehr als 12 Monaten oder voraussichtlich für diese Dauer eine Krankheit, Verhaltensstörung oder ein anderes gesundheitliches Problem haben, das zu Einschränkungen führt.</p>
Dauerhafte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bei Aktivitäten und bei der Teilhabe	
<p>Kinder und Jugendliche, die in mindestens einer der sechs Kerndomänen von Aktivitäten und Teilhabe der ICF hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind.</p>	<p>Kinder und Jugendliche, die dauerhaft und krankheitsbedingt</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehr medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung brauchen, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist • in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt oder daran gehindert sind, Dinge zu tun, welche die meisten gleichaltrigen Kinder tun können • eine spezielle Therapie, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie brauchen oder bekommen • wegen emotionalen, Entwicklungs- oder Verhaltensproblemen Behandlung bzw. Beratung benötigen oder bekommen.

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

3.3 Menschen in stationären Einrichtungen

Eine Lücke, die mit aktuell verfügbaren Erhebungen nicht geschlossen werden kann, besteht in der Untererfassung von Menschen in stationären Einrichtungen, insbesondere von Menschen mit Störungen der geistigen Entwicklung. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) gab es im Jahr 2009 über 206.000 Leistungsberechtigte im stationär betreuten Wohnen. Außerdem lebten laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2009 ca. 700.000 Menschen in vollstationärer Dauerpflege, die ebenfalls zu den Menschen mit Beeinträchtigungen zu zählen wären und die zum weit überwiegenden Teil 75 Jahre oder älter sind. Diese Lücke muss bei der Interpretation der in den folgenden Kapiteln dargestellten Ergebnisse berücksichtigt werden.

Zukünftige Berichte sollten diese Lücke schließen. Hierfür müssen die Befragungen, auf deren Daten der Bericht beruht, die Erhebungsmethoden so ändern, dass Menschen in stationären Einrichtungen ebenfalls befragt werden.

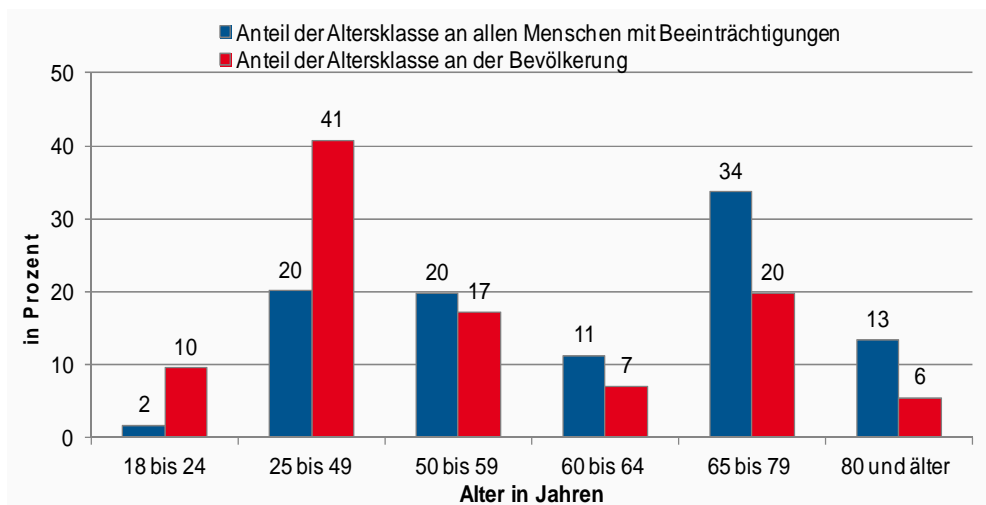
3.4 Merkmale, Arten und Ursachen von Beeinträchtigungen

In diesem Abschnitt werden Informationen zu demografischen Merkmalen von Menschen mit Beeinträchtigungen vorgestellt. Die Auswertungen beziehen sich – soweit nicht anderes angegeben – auf die 16,8 Mio. erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten, wie sie im vorangegangenen Abschnitt für das SOEP definiert wurden. Für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen werden ferner Daten der KiGGS Basiserhebung herangezogen.

Altersverteilung

Abbildung 3-1 veranschaulicht, dass die Altersklassen der 65-Jährigen und Älteren bei den Menschen mit Beeinträchtigungen überrepräsentiert sind. Ihr Anteil liegt zwischen sieben und vierzehn Prozentpunkte höher als es ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung entspräche. Am größten ist diese Differenz in der Altersklasse der 65- bis 79-Jährigen.

Abbildung 3-1: Menschen mit Beeinträchtigungen ab 18 Jahren – Altersverteilung



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die folgende Tabelle gibt die Altersverteilungen noch einmal differenziert für Männer und Frauen wieder. Neben den Anzahlen wird auch aufgeführt, wie groß der Anteil von Menschen mit Beeinträchtigungen an der Gesamtbevölkerung desselben Alters und Geschlechts ist.

Tabelle 3-7: Menschen mit Beeinträchtigungen ab 18 Jahren, nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt		davon Männer		davon Frauen	
	Anzahl (in 1.000)	Anteil an der Altersklasse	Anzahl (in 1.000)	Anteil an der Altersklasse	Anzahl (in 1.000)	Anteil an der Altersklasse
18 bis 24	285	4%	\	\	\	\
25 bis 49	3.394	12%	1.498	11%	1.895	13%
50 bis 59	3.346	28%	1.489	26%	1.857	30%
60 bis 64	1.905	39%	898	38%	1.007	41%
65 bis 79	5.667	42%	2.873	43%	2.795	41%
80 und älter	2.251	60%	869	57%	1.382	62%
Insgesamt	16.847	25%	7.765	24%	9.083	26%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Die Geschlechtsverteilung der Altersklasse 18 bis 24 Jahre wird aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren mit Beeinträchtigungen zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 3-8: Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Kinder mit Beeinträchtigungen		davon Jungen		davon Mädchen	
	Anzahl (in 1.000)	Anteil an der Altersklasse	Anzahl (in 1.000)	Anteil an der Altersklasse	Anzahl (in 1.000)	Anteil an der Altersklasse
0 bis 2	65	3%	\	\	\	\
3 bis 6	229	8%	153	11%	76	6%
7 bis 10	392	13%	267	18%	125	9%
11 bis 13	297	12%	184	15%	113	10%
14 bis 17	330	10%	179	11%	151	10%
Insgesamt	1.310	10%	820	12%	490	8%

Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eigene Berechnungen Prognos AG. Die Geschlechtsverteilung der Altersklasse 0-2 Jahre ist aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht ausweisbar.

Auffällig ist, dass es deutlich mehr Jungen als Mädchen mit Beeinträchtigungen gibt. Das gilt vor allem für Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren. In der Altersklasse von 14 bis 17 Jahren nähern sich die

Anteile der jugendlichen Mädchen und Jungen mit Beeinträchtigungen einander an. Die sehr geringen Anteile von Kindern mit Beeinträchtigungen im ganz jungen Alter erklären sich vermutlich teilweise durch die geringere Auffälligkeit von Beeinträchtigungen im Alltag, da diese Kinder noch selten eine Betreuungseinrichtung und noch keine Schule besuchen.

Migrationshintergrund

Wenige Informationen gibt es zurzeit über Menschen mit Migrationshintergrund, die beeinträchtigt sind. Statistisch liegt ein Migrationshintergrund dabei nach Definition des SOEP immer dann vor, wenn a) Befragte selbst nach Deutschland zugewandert sind, b) aktuell eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit besitzen bzw. eine solche besaßen oder c) wenn mindestens ein Elternteil eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder außerhalb Deutschlands geboren ist.

Insgesamt hat etwa jeder fünfte Erwachsenen mit Migrationshintergrund eine Beeinträchtigung. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung sind Menschen mit Migrationshintergrund demnach etwas seltener von Beeinträchtigungen betroffen als Menschen ohne Migrationshintergrund.³⁴ Mit ca. 2,5 Millionen ist ihre Anzahl jedoch groß. Die Frage, ob Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund doppelte Benachteiligungen erfahren, verdient daher eine besondere Aufmerksamkeit.

Tabelle 3-9: Menschen mit Beeinträchtigungen ab 18 Jahren, mit und ohne Migrationshintergrund

Migrationshintergrund	Menschen mit Beeinträchtigungen	
	in Millionen	Anteil in Prozent
Kein Migrationshintergrund	14,3	26%
Mit Migrationshintergrund	2,5	21%
Gesamt	16,8	25%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Nach den Ergebnissen der KiGGS Basiserhebung fällt der Anteil der Kinder mit Beeinträchtigung unter den Kindern mit Migrationshintergrund mit sechs Prozent etwas geringer aus als unter den Kindern ohne Migrationshintergrund (11 Prozent).³⁵

³⁴ Die Ursache hierfür dürfte vor allem in der unterschiedlichen Altersstruktur liegen.

³⁵ Ein Migrationshintergrund besteht, wenn Kinder selbst aus einem anderen Land zugewandert sind oder mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder beide Eltern zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind (Schenk, L. et al. (2007). Scheidt-Nave et al. (2008) zeigen, dass bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die in Familien mit Migrationshintergrund leben, über den CSHCN-Screener seltener ein Versorgungsbedarf besteht oder erkannt wird.

Art der Einschränkungen

Die Fragen im SOEP zu verschiedenen Arten von Einschränkungen wurden bereits verwendet, um die Untersuchungsgruppe abzugrenzen. Sie sind nicht an die ICF angelehnt, erlauben aber eine Annäherung an das dort verwendete Verständnis von Beeinträchtigungen. In der folgenden Tabelle wird dargestellt, wie häufig die verschiedenen Beeinträchtigungsarten in der Untersuchungsgruppe vorkommen.

Tabelle 3-10: Häufigkeit von verschiedenen Arten von Einschränkungen bei Erwachsenen mit Beeinträchtigungen, nach Geschlecht

Art der Einschränkung	Männer			Frauen		
	18 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	80 Jahre und älter	18 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	80 Jahre und älter
Stark beeinträchtigt bei anstrengenden Tätigkeiten im Alltag	44%	59%	72%	47%	68%	82%
Eingeschränkt in der Art der Tätigkeit bei der Arbeit oder im Alltag („immer“ oder „oft“ in den letzten 4 Wochen)	37%	47%	55%	43%	52%	64%
Stark beeinträchtigt beim Treppensteigen	31%	45%	67%	31%	59%	68%
Bei der Arbeit oder im Alltag weniger geschafft wegen seelischer oder emotionaler Probleme („immer“ oder „oft“ in den letzten 4 Wochen)	22%	17%	17%	28%	20%	25%
Eingeschränkt bei sozialen Kontakten wegen gesundheitlicher oder seelischer Probleme („immer“ oder „oft“ in den letzten 4 Wochen)	21%	19%	26%	26%	20%	28%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Mehrfachzählungen sind möglich.

Demnach kommen vier von fünf gemessenen Beeinträchtigungsarten bei Frauen der Untersuchungsgruppe „Menschen mit Beeinträchtigungen“ häufiger vor. Das gilt sowohl für Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren als auch für 80-jährige und ältere Frauen. Eine Ausnahme bilden die Beeinträchtigungen beim Treppensteigen sowie die Einschränkungen bei sozialen Kontakten. Diese werden von Frauen im Alter von 80 und mehr Jahren etwa genauso häufig angegeben wie von den gleichaltrigen Männern.

In der folgenden Tabelle sind die Einschränkungen noch einmal für verschiedene Altersklassen dargestellt.

Tabelle 3-11: Häufigkeit von verschiedenen Arten von Einschränkungen bei Erwachsenen mit Beeinträchtigungen, nach Alter

Alter in Jahren	Stark beeinträchtigt ...		Bei der Arbeit oder im Alltag ...		Eingeschränkt in sozialen Kontakten
	bei anstrengenden Tätigkeiten im Alltag	beim Treppensteigen	eingeschränkt in der Art der Tätigkeit	weniger geschafft als gewollt	
18 bis 24	4%	11%	30%	38%	24%
25 bis 49	38%	24%	42%	27%	25%
50 bis 59	53%	38%	40%	27%	24%
60 bis 64	52%	34%	41%	20%	20%
65 bis 79	63%	52%	49%	18%	20%
80 und älter	78%	68%	61%	22%	27%
Insgesamt	56%	43%	46%	23%	23%
18 bis 64	46%	31%	41%	26%	24%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Mehrfachzählungen sind möglich.

Drei von fünf Einschränkungsarten kommen mit steigendem Lebensalter häufiger vor. Die Häufigkeit des Auftretens von Einschränkungen der sozialen Kontakte aufgrund von gesundheitlichen oder seelischen Problemen ist vergleichsweise unabhängig vom Lebensalter. Zudem geben deutlich mehr jüngere als ältere Menschen mit Beeinträchtigungen an, bei der Arbeit oder im Alltag wegen seelischer oder emotionaler Probleme weniger geschafft zu haben.

Die Arten von Einschränkungen von Kindern und Jugendlichen werden in der KiGGS Basiserhebung auf andere Weise erfragt als im SOEP. Die folgende Tabelle zeigt, wie häufig diese Einschränkungen in verschiedenen Altersklassen vorkommen.

Tabelle 3-12: Häufigkeit von verschiedenen Arten von Einschränkungen bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, nach Alter

Alter in Jahren	Bes. Bedarf an med. Versorgung, psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung	In irgendeiner Art und Weise eingeschränkt oder daran gehindert, Dinge zu tun	Besonderer Bedarf an speziellen nicht-medikamentösen Therapien	Behandlungsbedarf wg. emotionaler, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme
0 bis 2	56%	30%	56%	17%
3 bis 6	49%	26%	69%	31%
7 bis 10	55%	24%	50%	48%
11 bis 13	59%	34%	40%	41%
14 bis 17	47%	43%	33%	38%
Insgesamt	53%	32%	47%	39%

Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, eigene Berechnungen Prognos AG. Mehrfachnennungen sind möglich.

Schwerbehindertenstatistik

Eine weitere Informationsquelle, um Aussagen zu Arten von Beeinträchtigungen treffen zu können, ist die amtliche Schwerbehindertenstatistik. Dieser liegt jedoch – im Unterschied zu den oben aufgeführten Datenquellen – eine stark begrenzte Definition von Menschen mit Beeinträchtigungen zugrunde. Betrachtet werden hier nur Menschen mit einer amtlichen anerkannten Schwerbehinderung, die einen gültigen Schwerbehindertenausweis besitzen. Auch bedient sie sich zur Unterscheidung verschiedener Arten von Beeinträchtigungen einer auf medizinischen Diagnosen basierenden Systematik.

Die Begrenzung auf Menschen mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung und die gewählte Systematik der Behinderungsarten entspricht dem gesetzlichen Auftrag und dem Zweck der Statistik, wird jedoch dem auf der ICF basierenden Verständnis von Beeinträchtigungen in diesem Bericht nicht gerecht. Da die gegenwärtige Daten-situation aber nur ungenügenden Einblick in die Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen und Behinderung erlaubt, werden Ergebnisse aus der Schwerbehindertenstatistik berichtet, auch wenn sich in ihnen die Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen und Kontextfaktoren nicht widerspiegelt.

Die folgende Tabelle zeigt, wie sich näherungsweise Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit aus den in der Schwerbehindertenstatistik dokumentierten Behinderungsarten ableiten lassen. Einschränkend ist anzumerken, dass aus körperlichen Schädigungen nicht ohne Weiteres auf Beeinträchtigungen geschlossen werden kann, denn zum einen gehen nicht mit jeder körperlichen Schädigung eindeutig bestimmbare Beeinträchtigungsarten einher und zum anderen kann es auch sein, dass eine körperliche Schädigung keine Beeinträchtigung nach sich zieht. Aus diesem Grund sind die in der Tabelle getroffenen Zuordnungen zurückhaltend zu interpretieren.

Tabelle 3-13: Behinderungsarten in der Schwerbehindertenstatistik und ihre Zuordnung zu Beeinträchtigungsarten

Behinderungsarten der Schwerbehindertenstatistik	Gruppierungsvorschlag für Beeinträchtigungen				
	Körperlich	Sinne	Geistig	Psychisch	Sonstiges
Verlust oder Teilverlust von Gliedmaßen	x				
Funktionseinschränkung von Gliedmaßen	x				
Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes	x				
Blindheit und Sehbehinderung		x			
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen		x			
Verlust einer Brust oder beider Brüste, Entstellungen u. a.	x				
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organ-systemen	x				
Psychosen, Neurosen, Verhaltensstörungen, Suchtkrankheiten				x	
Störungen der geistigen Entwicklung (z. B. Lernbehinderung, geistige Behinderung)			x		
Querschnittlähmung, zerebrale und hirnorganische Störungen	x				
Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen					x

Quelle: Statistisches Bundesamt, Schwerbehindertenstatistik 2011. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, wie häufig die auf die beschriebene Weise abgeleiteten Beeinträchtigungen bei den Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung vorkommen. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass nur solche Beeinträchtigungen aufgeführt werden, die aus der jeweils schwersten Behinderungsart resultieren.

Tabelle 3-14: Art der schwersten Beeinträchtigung bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung

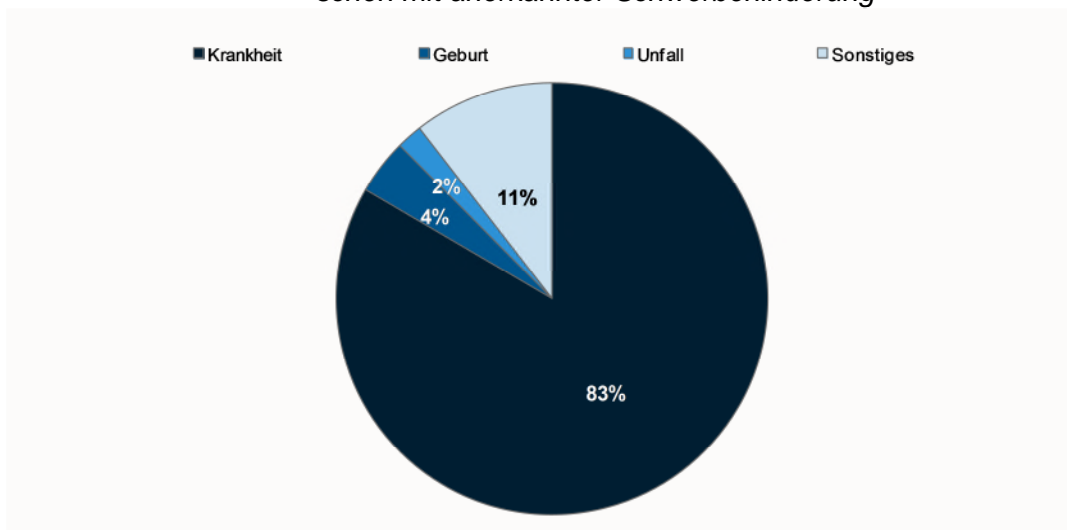
Beeinträchtigung	Anzahl in 1.000	Anteil in Prozent
Körperliche Beeinträchtigungen	4.567	62,7
Sinnesbeeinträchtigungen	656	9,0
Psychische Beeinträchtigungen	496	6,8
Geistige Beeinträchtigungen, Lernbeeinträchtigungen	290	4,0
Sonstige Beeinträchtigungen	1.280	17,6
Insgesamt	7.289	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Schwerbehindertenstatistik 2011. Eigene Darstellung Prognos AG.

Nach dieser Zuordnung sind fast zwei Drittel der als schwerbehindert anerkannten Menschen körperlich beeinträchtigt. Fast jede zehnte Person weist eine Sinnesbeeinträchtigung auf. Weitere zehn Prozent sind entweder geistig oder psychisch beeinträchtigt. Eine weitere Begrenzung der Systematik von Behinderungsarten aus der Schwerbehindertenstatistik stellt der hohe Anteil der Menschen mit sonstigen und ungenügend erfassten Behinderungsarten von knapp 18 Prozent dar. Diesen konnten auch keine Beeinträchtigungen zugeordnet werden.

In der amtlichen Schwerbehindertenstatistik ist ferner die Ursache der schwersten Behinderung ausgewiesen. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Ursachen.

Abbildung 3-2: Ursache der schwersten Beeinträchtigung bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung



Quelle: Statistisches Bundesamt, Schwerbehindertenstatistik 2011. Eigene Darstellung Prognos AG.

Demnach haben weniger als fünf Prozent der im Jahr 2011 als schwerbehindert anerkannten Menschen ihre schwerste Beeinträchtigung seit der Geburt. Die mit Abstand am häufigsten auftretende Ursache sind mit über 80 Prozent der Fälle allgemeine Krankheiten (einschließlich Impfschäden), die in der Regel erst in späteren Lebensphasen auftreten. Unfälle (Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle, häusliche Unfälle sowie sonstige Unfälle) machen rund zwei Prozent der Ursachen aus. Weitere elf Prozent gehen auf sonstige, mehrere oder ungenügend bezeichnete Ursachen zurück.

Die Ursachen für Beeinträchtigungen bei den als schwerbehindert anerkannten Personen treten je nach Art der schwersten Beeinträchtigung durchaus unterschiedlich häufig auf. Auch hierfür wird im Folgenden auf die gruppierten Daten zur Beeinträchtigungsart aus der amtlichen Schwerbehindertenstatistik zurückgegriffen.

Tabelle 3-15: Ursache der schwersten Beeinträchtigung bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nach Art der Beeinträchtigung

Art der Beeinträchtigung	Krankheit	Geburt	Unfall	Sonstige Ursache	Insgesamt
Körperlich	85%	2%	2%	11%	100%
Sinne	84%	6%	1%	9%	100%
Psychisch	88%	0%	0%	12%	100%
Geistig	44%	51%	0%	5%	100%
Sonstige	84%	3%	2%	11%	100%
Insgesamt	83%	4%	2%	11%	100%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Schwerbehindertenstatistik 2011. Eigene Darstellung Prognos AG.

Insgesamt sind Erkrankungen der häufigste Grund für alle Arten von Beeinträchtigung. Lediglich geistige Beeinträchtigungen bestehen in rund zur Hälfte bereits seit der Geburt. Aber auch hier ist in mehr als 40 Prozent der Fälle eine Krankheit die Ursache der Beeinträchtigung. Unfälle spielen laut Schwerbehindertenstatistik als Ursache von Beeinträchtigungen generell eine geringe Rolle.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Konzepte von Behinderung und Teilhabe

Der vorliegende Bericht der Bundesregierung zu „Teilhabe, Beeinträchtigung und Behinderung“ folgt einem erkenntnisleitenden Interesse: Die Frage nach Rehabilitation und Teilhabe, die bereits das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX, 2001) vorgegeben hat, erhält besondere Aufmerksamkeit. Es geht darum, eine einseitig versorgungsorientierte Blickrichtung auf erbrachte Maßnahmen und Programme zu überwinden und die faktische Verwirklichung von Teilhabe auf der Basis einer selbstbestimmten und chancengerechten Lebenssituation ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken. Dabei sollen Beeinträchtigungen in ihrer Verschiedenheit ebenso beachtet werden, wie das Leben mit Beeinträchtigung und Behinderung unter Nutzung einer Vielfalt personaler und umweltbezogener Faktoren. Bei dieser Suche nach vorhandenen oder fehlenden Ressourcen dient die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (ICF) als Leitplanke.³⁶ Nicht weniger wegweisend ist die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die Grundsätze und menschenrechtliche Ansprüche festlegt, die alle zukünftigen Richtungsentscheidungen der Politik für Menschen mit Behinderung wie auch der Zivilgesellschaft insgesamt beeinflussen werden.³⁷

Dieser Bericht unterscheidet zwischen Beeinträchtigung und Behinderung. Damit soll der Blick der breiten Öffentlichkeit ebenso wie auch der Fachwelt dafür geschärft werden, in welchen Situationen und unter welchen Bedingungen sich Behinderungen ereignen. Behinderungen entstehen nämlich immer dort und immer dann, wo und wann Teilhabechancen von Menschen mit Beeinträchtigung nicht in dem Umfang und der Qualität genutzt werden können, dass ihnen Selbstbestimmung, Eigenständigkeit, Gesundheit, Sicherheit, Kommunikation, Information, Bildung, Arbeitsleben, Wohnen und Nutzung öffentlicher und privater Räume, Politik und Kultur, kurz: eine autonomere Lebensführung und Teilhabe am Leben

in der Gesellschaft möglich sind. Das „Nutzen-Können“ setzt sich dabei zusammen aus dem „Dürfen“ (dem kontextbezogenen Zugang, dem räumlich-technische und soziale Schranken entgegenstehen können) und dem „Wollen“ (den individuellen Wünschen und Absichten, die durch Faktoren der Lebenserfahrung, Selbst- und Fremdsicht beeinflusst sein können). Behinderung wird so auf der Anspruchsbasis voller und wirksamer Teilhabe als soziale Ungleichheit von Lebenschancen wahrnehmbar.

Behinderungen sind stets mehrdimensional mit Blick auf unterschiedliche Ebenen der Beeinträchtigung:

- Körperstrukturen und Funktionen, wie z. B. eine Sehschädigung,
- Aktivitäten, wie z. B. Sehen, Lesen, sich Orientieren, sich Bewegen und
- Teilhabe, wie z. B. Einbezug in Mediennutzung, Mobilität oder Bildung,
- interaktional, mit Blick auf die Wechselwirkungen von Personen- und Umweltfaktoren und
- dynamisch, mit Blick auf die Verknüpfung von Teilhabe- und Behinderungserfahrungen im Lebenslauf

zu betrachten.

Der Bericht selbst muss mit einem wesentlichen Handicap umgehen: Er soll auf Fragen möglichst repräsentativ antworten, die bislang (so) nicht gestellt wurden. Daher kann er seinen eigenen Ansprüchen der Differenzierung nicht durchgängig gerecht werden, sondern muss Hilfskonstruktionen entwickeln, die seinem Auftrag (Teilhabechancen und Exklusionsrisiken zu verdeutlichen) möglichst nahe kommen. Dies gelingt nicht immer abschließend zufriedenstellend, und viele weitere Diskussionen und wissenschaftliche Untersuchungen werden erforderlich sein, um die in Deutschland gebräuchlichen Konzepte von Behinderung weiterzuentwickeln und zugleich auch an die bestehende internationale Debatte den Anschluss zu finden.³⁸

³⁶ Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005).

³⁷ Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, S. 1419ff, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008).

³⁸ WHO (2011).

Aktuell sind noch immer Zonen der Unklarheit in der öffentlichen Debatte zu verzeichnen, wenn es um Fragen der Integration, Inklusion, Partizipation oder Teilhabe geht. Und auch die Begriffe in bestehenden Gesetzestexten unterliegen einer historischen Entwicklung oder sind teilweise durch Übersetzungen missverständlich, wie die Schattenübersetzung der UN-BRK offenlegt.³⁹

Diese Umstände ebenso wie z. T. traditionelle Fragestellungen und verwendete Begriffe in den diesem Bericht zugrunde gelegten repräsentativen Studien erzwingen, dass die Sprache des Berichts nicht immer trennscharf sein kann. Hier muss man zunächst mit Kompromissen leben, trotz der Bemühungen um größtmögliche Klarheit und Eindeutigkeit.

Oft ist die Benennung sozialer Probleme in der Öffentlichkeit wenig erwünscht und die Methoden ihrer Bearbeitung (z. B. auf verschiedenen Wegen empirischer Forschungen) sind in der Fachwelt umstritten. Bezogen auf das Themenfeld dieses Berichts gilt jedoch unbestritten: Behinderung ist kein individuelles Problem, das einzelnen Personen als Eigenschaft zuzurechnen ist. Vielmehr werden Menschen, die Beeinträchtigungen haben, durch vielfältige Faktoren an der vollen und wirksamen gesellschaftlichen Teilhabe gehindert. Diese interaktiven und dynamischen Prozesse der Behinderung (die ein erheblicher Prozentsatz der Bevölkerung erfährt) bewirken das soziale Problem.⁴⁰ Die Orientierung an Teilhabe, wie sie die UN-BRK im Zeichen von Inklusion⁴¹ als Wegweiser postuliert, bedeutet offenzulegen, wie Behinderung sozial hergestellt wird. Es bedarf zukünftig einer systematischen Bestandsaufnahme und Analyse von behindernden Einflussfaktoren (wie gesellschaftliche Institutionen und Akteure am Arbeitsmarkt, im Bildungssystem, im Gesundheitssystem) und eine präzise Untersuchung der sozialen Umstände, die Teilhabe ermöglichen oder diese behindern. Entsprechende Konzepte müssen über eine schlichte Betrachtung physikalischer bzw. baulicher Barrieren hinausreichen und der Perspektive der Betroffenen und ihrer Partizipation im Forschungsprozess besondere Aufmerksamkeit widmen.

Die UN-BRK weist in ihrer Präambel (g) nachdrücklich auf die Bedeutung eines disability mainstreaming als festem Bestandteil der einschlägigen Strategien nachhaltiger Entwicklung hin. Vergleichbar den Prozessen der Geschlechtergerechtigkeit erfordert disability mainstreaming eine systematische und dauerhafte Aufmerksamkeit für die Bedarfe, Bedürfnisse und Benachteiligungen von Menschen mit Beeinträchtigungen und die Umsetzung einer Gleichstellungspolitik. Ziel ist es, über angemessene Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen sowie Beobachtung (Monitoring) und Bewertung (Evaluation) von Entwicklungen Chancengerechtigkeit bei Beeinträchtigung zu erreichen. Dies setzt voraus, auch dafür Sorge zu tragen, dass Kompetenzen und Ressourcen bereitstehen, damit die Bedarfe und Interessen von Menschen mit Beeinträchtigungen unter ihrer ständigen Beteiligung zum Tragen kommen und entsprechende Handlungsspielräume in allen Gesellschaftsbereichen sichergestellt sind. Damit wäre der Anschluss an die seit 1994 in der Verfassung ausdrücklich formulierten Rechte der Gleichberechtigung bzw. Nicht-Diskriminierung aller Menschen mit Beeinträchtigungen (Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG) gelungen und der Weg frei für eine systematische Abbau aller Arten von Barrieren in ihren Lebenszusammenhängen.

Das Konzept der Teilhabe ist trotz seiner unbestrittenen Bedeutung für die Berichterstattung und als Maßstab für eine Politik der Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen bislang weder rechtlich noch wissenschaftlich hinreichend geklärt. Wichtige konzeptionelle Anschlussstellen für die Weiterentwicklung liefern in Ansätzen der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung⁴², die Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland⁴³, die Armuts- und Reichtumsberichte der Bundesregierung sowie die gegenwärtig geführten fachwissenschaftlichen Diskussionen über die Entwicklung einer eigenständigen Teilhabeforschung⁴⁴, welche die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und die Verwirklichung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe interdisziplinär untersuchen soll.

³⁹ http://www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093_schattenubersetzung-endgs.pdf, letzter Zugriff am 09.10.2012.

⁴⁰ Wacker, E. (2012).

⁴¹ Inklusion beschreibt hier ein universales soziales Prinzip der Einbeziehung aller Bevölkerungsmitglieder in alle gesellschaftlichen Funktionssysteme auf der Basis gleicher Rechte (Wansing, G. (2012): S. 93-103).

⁴² In diesem thematischen Bericht wurde unter Einbeziehung erster KiGGS Daten der Inklusionsperspektive für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen als Querschnittsthema breiter Raum gegeben (Keupp, H. et al. (2009); Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (2010).

⁴³ Forschungsverbund sozioökonomische Berichterstattung (2012).

⁴⁴ DVfR/DGRW (2012). Caritas (2012).

Der tief greifende Umbruch der Leistungssysteme und die Weiterentwicklung der Konzepte und Strukturen der Leistungsträger bezogen auf die beschriebenen neuen Leitlinien sind im Gange. Eine systematische Erforschung der Wirkungen und (Neben-)Wirkungen dieses Umbaus jenseits der derzeit oft rhetorischen Kontroversen zu Inklusion, Teilhabe, Selbstbestimmung und Normalisierung muss noch ebenso geleistet werden wie die Planung, Gestaltung und Bewertung von Teilhabeleistungen, die eine wirksame Partizipation der Menschen mit Beeinträchtigungen zulassen. Ihre Mitwirkung ist zwar zum Teil rechtlich verankert, in Ansätzen in neuen Konzepten der individuellen Teilhabeplanung (ITP) und Leistungsgestaltung bis zu Persönlichen Aktionsplänen (PAP) angedacht und in einer Reihe von Modellversuchen, etwa zum Persönlichen Budget erprobt, wird aber (noch) nicht grundlegend umgesetzt.

Gegenwärtig steht die (leistungsrechtliche) Notwendigkeit, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihre eigene Bedürftigkeit deklarieren müssen, um Leistungen beanspruchen zu können, in einer gewissen Spannung zum Konzept einer barriere- und diskriminierungsfreien Gesellschaft, welche *allen* Mitgliedern umfassende Teilhabe, ohne Unterscheidung aufgrund von Beeinträchtigungen, von vornherein garantiert. Dies berührt auch mögliche Widersprüche der unterschiedlichen Behinderungsbegriffe im SGB IX und den verschiedenen Leistungsbereichen im Horizont eines kontextorientierten und interaktiven Verständnisses von Behinderung.⁴⁵

Zugleich muss auch dieser Bericht sich dem Umstand beugen, dass besonders verletzte Gruppen keine Berücksichtigung in den datenbasierten Aussagen finden⁴⁶, wie Menschen mit schweren geistigen Beeinträchtigungen, wie Personen mit umfassenden Beeinträchtigungen der Kommunikation und Personen, die durch ihren Wohnort von der Beteiligung an Haushaltserhebungen ausgeschlossen sind. Dies ist ein unhaltbarer und (in einem Teilhabebereich) paradoxer Zustand, der dringend aufgelöst werden muss. Hier muss sofort entsprechende Forschung aufgenommen werden.

45 In diesem Sinne wären etwa die Behinderungsbegriffe in den Kontexten von Eingliederungshilfe und Arbeitsförderung sowie im Anerkennungsverfahren von Schwerbehinderung zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln.

46 Basierend auf Daten von 1996 erschien vor knapp 15 Jahren die letzte repräsentative deutsche Studie zu Menschen mit Behinderung, die in Heimen leben: Wacker, E. et al. (1998).

Verwendete Literatur

Caritas (2012): Dokumentation der Fachtagung „Teilhabe-forschung jetzt! Eine Einladung an Forschung und Lehre.“ In: Neue Caritas – CBP-Spezial 5. Juli 2012.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Köln.

DVfR/DGRW (2012): Diskussionspapier Teilhabeforschung. Download unter: http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Fachaussch%C3%BCsse/Forschung/Diskussionspapier_Teilhabeforschung_-_DVfR-DGRW_M%C3%A4rz2012.pdf

Forschungsverbund sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.) (2012): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht. Wiesbaden.

Keupp, H. et al. (2009): Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. München, Berlin.

Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) (2010): Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. München.

Wacker, E. (2012): Geistige Behinderung und Teilhabe an der Gesellschaft. In: G. Albrecht & A. Groenemeyer (Hrsg.) (2012): Handbuch soziale Probleme Bd. 1 (2. Aufl.), Wiesbaden, S. 601-623.

Wacker, E. et al. (1998): Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe (Schriftenreihe des BMG Bd. 102), Baden-Baden.

Waldschmidt, A. (2012): (Körper-)Behinderung als soziales Problem. In: G. Albrecht & A. Groenemeyer (Hrsg.) (2012): Handbuch soziale Probleme Bd. 1 (2. Aufl.). Wiesbaden, S. 716-751.

Wansing, G. (2012): Der Inklusionsbegriff in der Behindertenrechtskonvention. In: Welke, A. (Hrsg.): UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, S. 93-103.

WHO (2011): World Report on Disability, Genf.

4 Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen

„Soziale Inklusion“ ist der Leitgedanke der UN-BRK, der „Wandel hin zu einer selbstverständlichen Zugehörigkeit“ von Menschen mit Beeinträchtigungen.⁴⁷ Dieses Kapitel gibt Auskunft über Art und Ausmaß bereits verwirklichter Teilhabechancen.

Um die Lebenswirklichkeit umfassend in den Blick zu nehmen, werden verschiedene so genannte „Teilhabefelder“ untersucht.

Die Bedeutung des Teilhabefeldes für die Lebenslage der Menschen mit Beeinträchtigungen und die Auswahl der Indikatoren sowie die Bezüge zur UN-BRK werden jeweils kurz skizziert. Darauf folgend wird die gegenwärtige Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen im jeweiligen Teilhabefeld dargestellt.

4.1 Familie und soziales Netz

In einem modernen Verständnis wird Familie über Solidarität, Wahlverwandtschaft und Elternschaft konstituiert. Es gibt vielfältige Formen von Familien, bei denen es sich im Kern laut Achtem Familienbericht der Bundesregierung um „Verantwortungs- und Solidargemeinschaften“ handelt, deren Mitglieder „nicht zwingend zusammenwohnen müssen und nicht zwingend über verwandtschaftliche Beziehungen miteinander verbunden sind.“⁴⁸ Familiäre Beziehungen können für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen eine wichtige Ressource darstellen. Voraussetzung ist, dass aus der Zuständigkeit für und dem Zusammenleben mit Kindern eine dauerhafte und solidarische Verbindung entsteht, aus der heraus sich Familienmitglieder gegenseitig stützen. Dies kann entsprechend den umfangreichen Reproduktions- und Sozialisationsaufgaben von Familien von sozialer Anerkennung und Geborgenheit bis zu konkreten Hilfen z. B. bei der Arbeitsplatzsuche, der Pflege im Krankheitsfall oder der Kompensation geringen Einkommens reichen.⁴⁹ Die Qualität der Elternbeziehung sowie der Eltern-Kind-Beziehung sind dabei ebenso ausschlaggebend für ein gelingendes Familienleben, wie äußere Faktoren des Wohnens bzw. Wohnumfeldes, der sozioökonomischen Situation etc. Gemeinsam mit den Beziehungen zu weiteren Verwandten, Freunden, Nachbarn und Bekannten sind familiäre Beziehungen Teil des sozialen Kapitals einer Person, das seine Handlungsspielräume beeinflusst.

Das Vorliegen von Beeinträchtigungen prägt das Unterstützungspotenzial von familiären und anderen sozialen Beziehungen. Zwar haben Eltern mit Beeinträchtigungen sowie Familien mit beeinträchtigten Kindern und Angehörigen – diese beiden Perspektiven sind hier zu berücksichtigen – keine grundsätzlich anderen Probleme im familiären Miteinander als andere Familien. Doch stellen sich die typi-

⁴⁷ Bielefeldt, H. (2009): S. 11.

⁴⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)(2012): S. 4 f.

⁴⁹ Engelbert, A. (2012) (im Erscheinen).

schen Herausforderungen in einer besonderen Ausprägung dar.⁵⁰ Die Vereinbarkeit von Beeinträchtigung und Elternschaft hängt von zahlreichen personalen und umweltbedingten Faktoren ab: Sind die sozialen Kontakte von Menschen mit Beeinträchtigungen beispielsweise reduziert, kann bereits die Möglichkeit, den 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.⁵¹ Für Menschen mit Beeinträchtigungen, die in stationären Einrichtungen leben, erschwert zudem beispielsweise die Unterbringung in Mehrbettzimmern oder das Fehlen privater Rückzugsorte die Möglichkeit, Sexualität zu leben und sich für ein Kind zu entscheiden.⁵²

Im Alltag mit Kind können ebenfalls Barrieren auftreten, die Eltern mit Beeinträchtigungen in ihren Handlungsspielräumen einschränken und damit u. U. an der Erfüllung ihrer Erziehungsaufgaben hindern. Dann wird die bedarfsgerechte Verfügbarkeit von Hilfs- oder Assistenzleistungen, z. B. zur Mobilität, zur Haushaltsführung, bei der Pflege oder Beaufsichtigung von Kleinkindern oder später bei der Hausaufgabenbetreuung zu einer wichtigen Voraussetzung, um Elternaufgaben erfüllen zu können. Ob und wie viel Unterstützung ein beeinträchtigter Elternteil benötigt, hängt auch von der Art und Stärke der Beeinträchtigung, den zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln, der Anzahl und dem Alter der Kinder, der Wohnumgebung, der Unterstützung durch den Partner und aus dem persönlichen Umfeld ab.⁵³

Das Zusammenleben mit einem beeinträchtigten Kind verschärft die Herausforderungen der Alltagsgestaltung und Lebensplanung nach der Familiengründung. Zwar ist auch hier zu betonen, dass die Lebenssituationen von Familien mit beeinträchtigten Kindern sehr unterschiedlich sind, und dass in der Regel die Gestaltung des Alltags und der Lebensführung gelingt. Allerdings erfordert dies häufig einen erhöhten Kraftaufwand der Eltern, oftmals am Rande der Belastbarkeit, sodass von einer erschwerten Lebensführung auszugehen ist.⁵⁴ Kennzeichnend für diese Situationen ist z. B.

- die Bewältigung der meist unerwarteten Situation nach der Geburt des Kindes und der damit einhergehenden elterlichen Scham, Angst und Unsicherheit,
- die notwendige Entwicklungsförderung und therapeutische Begleitung des Kindes und der damit einhergehende finanzielle und zeitliche Aufwand,
- die Auseinandersetzung mit dem System professioneller Unterstützungsleistungen und seinen Anspruchsvoraussetzungen sowie die Durchsetzung von Leistungsansprüchen,

⁵⁰ Engelbert, A. (2012) (im Erscheinen).

⁵¹ Eiermann, N. et al. (2000).

⁵² Hermes, G. (2003).

⁵³ Hermes, G. (2010).

⁵⁴ Beck, I. (2002b).

Artikel der UN-BRK zum Thema Familie und soziales Netz

Artikel 23: (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 Rechte zur Verfügung gestellt werden; [...]

(3) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleiche Rechte in Bezug auf das Familienleben haben. [...]

(4) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass ein Kind nicht gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt wird, [...].

- 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 oder
- Verunsicherung und Akzeptanzprobleme im sozialen Umfeld.

Diese Aspekte stellen hohe emotionale und psychische Anforderungen an die Entwicklung der Elternrolle. Neben der Persönlichkeitsstärke der Eltern haben der partnerschaftliche und familiäre Zusammenhalt sowie die Unterstützung aus dem Freundes- und Verwandtenkreis eine herausragende Bedeutung für ein gelingendes Familienleben.⁵⁵ Es besteht die Gefahr, dass sich die sozialen Kontakte im Falle einer Überlastungssituation reduzieren und sich die Familie isoliert.

Unabhängig davon, ob beeinträchtigte Kinder mit zunehmendem Alter weiter im elterlichen Haushalt, in einem eigenen Haushalt, in einem betreuten Wohnangebot oder einer Einrichtung leben, kann ein informeller Unterstützungsbedarf bestehen bleiben. Da der Aufbau und die Pflege sozialer Netze für Menschen mit Beeinträchtigungen erschwert oder zum Teil sogar unmöglich ist, werden informelle Unterstützungsleistungen auch in diesen Settings überwiegend durch Familienmitglieder – vor allem von den eigenen Eltern (seltener von Geschwistern oder weiteren Verwandten) – erbracht.⁵⁶ Problematisch kann dies sein, wenn die Unterstützung durch die Angehörigen alternativlos ist oder wenn es – je nach Intensität der Betreuung und den zur Verfügung stehenden individuellen Ressourcen – bei den Angehörigen zu Stress- und Überlastungssituationen kommt bis hin zu Einschränkungen bei beruflichen, sozialen oder rekreativen Aktivitäten.⁵⁷

Der Schutz von Partnerschaft, Ehe, Familie und Elternschaft steht Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in gleichem Maße zu. Dies wird in Artikel 23 der UN-BRK bekräftigt. Weiterhin werden dort für Kinder mit Beeinträchtigungen die gleichen Rechte in Bezug auf das Familienleben eingefordert, die auch Kindern ohne Beeinträchtigungen zustehen. Zentral ist dabei die Möglichkeit des Zusammenlebens mit den Eltern. Der Staat ist verpflichtet, wirksame und geeignete Maßnahmen zur Umsetzung dieser Rechte gemäß Artikel 23 UN-BRK zu treffen.

Zur Beschreibung der familiären und sozialen Situation von Erwachsenen und Kindern mit Beeinträchtigungen stehen nur wenige repräsentative Daten zur Verfügung. Entsprechend eingeschränkt sind die Indikatoren, die in diesem Kapitel aufgeführt werden können. Offen bleiben müssen gegenwärtig vor allem Fragen zum Umfang der geleisteten familiären Unterstützung sowie der Unterstützungsbedarf der Familien mit beeinträchtigten Angehörigen. Auch der Anteil der

⁵⁵ Lang, M. et al. (2012): S. 112-123, Bellingrath, J. et al. (2009): S. 146-154, Heckmann, C. (2004).

⁵⁶ Driller, E. et al. (2008), Alich, S. (2010), Gumpert, H. (2009).

⁵⁷ Meyer, M. (2006).

Kinder mit Beeinträchtigungen, die in bzw. außerhalb der Herkunftsfamilie leben, kann nicht ausgewiesen werden.

Mangelnde soziale Bindungen erschweren Teilhabe.

Menschen mit Beeinträchtigungen leben häufiger allein (31 Prozent) und seltener in festen Partnerschaften als Menschen ohne Beeinträchtigungen (21 Prozent).

Jedes fünfte Kind mit Beeinträchtigungen lebt mit nur einem Elternteil - meist der Mutter - zusammen. Kinder mit Beeinträchtigungen sind seltener als Kinder ohne Beeinträchtigungen der Meinung, „dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen“.

Erwachsene und Kinder mit Beeinträchtigungen erfahren seltener Hilfe und Unterstützung durch Familie, Freunde oder Nachbarn als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

4.1.1 Haushaltsgrößen

Ab 18-jährige Menschen mit wie ohne Beeinträchtigungen leben am häufigsten in Zweipersonenhaushalten. Gleichzeitig wird deutlich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in fast allen Altersklassen häufiger allein leben. 30- bis 64-Jährige mit Beeinträchtigungen gehören zudem erkennbar seltener einem größeren Haushalt mit vier und mehr Personen an als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen.

► Menschen mit Beeinträchtigungen leben häufiger alleine (31 Prozent) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (21 Prozent), insbesondere wenn ein Grad der Behinderung von 90 oder höher vorliegt (39 Prozent).

Tabelle 4-1: Verteilung der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen nach Haushaltsgröße

Alter in Jahren	1 Person		2 Personen		3 Personen		4 und mehr Personen	
	mit Beeintr.	ohne Beeintr.	mit Beeintr.	ohne Beeintr.	mit Beeintr.	ohne Beeintr.	mit Beeintr.	ohne Beeintr.
18 bis 29	22%	19%	21%	21%	26%	26%	31%	34%
30 bis 49	20%	17%	31%	24%	25%	23%	25%	35%
50 bis 64	28%	20%	50%	48%	13%	20%	8%	12%
65 bis 79	33%	30%	63%	65%	3%	5%	0%	1%
80 und älter	53%	55%	44%	43%	3%	2%	0%	0%
Insgesamt	31%	21%	49%	35%	11%	20%	8%	24%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Männer und Frauen, die eine Beeinträchtigung haben, unterscheiden sich in den jüngeren Altersklassen nur geringfügig hinsichtlich der Haushaltsgröße. Erst für die 65-Jährigen und Älteren sind die Unterschiede deutlich: Mit 45 Prozent lebt knapp die Hälfte der 65- bis 79-Jährigen Frauen mit Beeinträchtigungen alleine, jedoch nur etwa je-

der fünfte Mann in diesem Alter (22 Prozent). Noch größer ist der Unterschied bei den 80-Jährigen und Älteren. Hier leben 70 Prozent der Frauen in einem Einpersonenhaushalt, jedoch nur 26 Prozent der Männer. Ein ähnliches geschlechterspezifisches Muster zeigt sich jedoch auch bei Frauen und Männern ohne Beeinträchtigungen (ohne Abbildung).

Differenziert nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen bestehen in den untersuchten Altersklassen bei den 18- bis 64-Jährigen statistisch aussagekräftige Unterschiede. Dabei leben chronisch Kranke mit Einschränkungen bei Aktivitäten häufiger in Drei- oder Mehrpersonenhaushalten und entsprechend seltener in Ein- oder Zweipersonenhaushalten als Menschen mit einer anerkannten Behinderung (ohne Abbildung). Bei Menschen mit einer anerkannten Behinderung zeigt sich zudem, dass mit steigendem Behinderungsgrad (GdB) mehr Menschen alleine leben.

Tabelle 4-2: Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die in einem Einpersonenhaushalt leben, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen

Alter in Jahren	Menschen mit anerkannter Erwerbsminderung/Behinderung			Chronisch Kranke mit Aktivitätseinschränkungen	
	Insgesamt	Darunter GdB			
		< 50	50 bis 80		90 bis 100
18 bis 64	25%	23%	25%	31%	25%
65 bis 79	35%	25%	35%	42%	31%
80 und älter	49%	/	49%	51%	57%
Insgesamt	31%	24%	32%	39%	32%

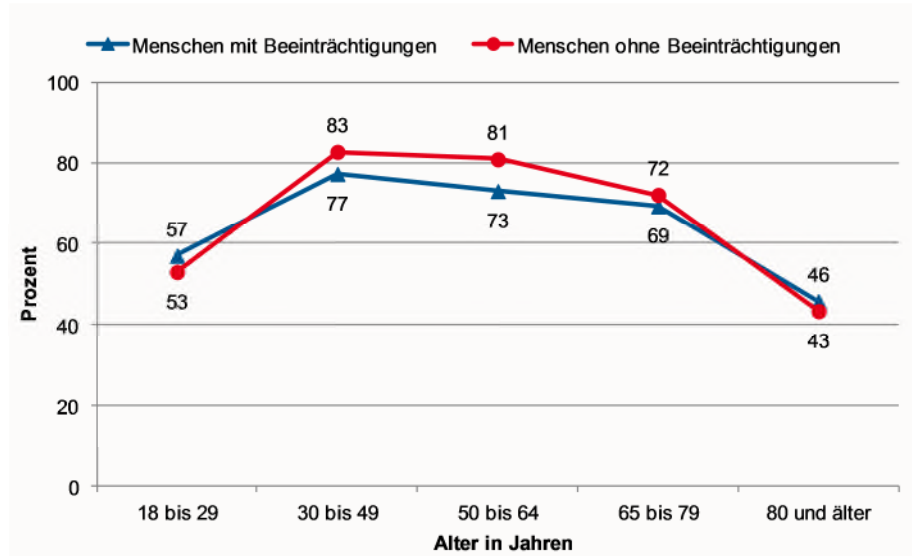
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

4.1.2 Partnerschaft und Familiengründung

Die folgende Abbildung zeigt, wie groß jeweils die Anteile der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sind, die in Partnerschaften oder verheiratet zusammenleben. Unterschiede sind vor allem in den Altersklassen der 30- bis 49-Jährigen und der 50- bis 64-Jährigen erkennbar, in denen Menschen mit Beeinträchtigungen seltener in Partnerschaften leben als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

► Menschen mit Beeinträchtigungen leben seltener in festen Partnerschaften als Menschen ohne Beeinträchtigungen; bei den 50- bis 64-jährigen ist die Differenz mit 8 Prozentpunkten am größten. Der Anteil kinderloser Frauen mit Beeinträchtigungen ist um 15 Prozentpunkte höher als bei Frauen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 4-1: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die verheiratet zusammenleben oder eine feste Partnerschaft haben.



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Differenziert nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt sich zudem, dass Menschen mit einer anerkannten Behinderung umso seltener mit einem (Ehe-)Partner oder einer (Ehe-)Partnerin zusammenleben, je höher ihr Behinderungsgrad ist. Zwischen chronisch kranken Menschen mit Einschränkungen bei Aktivitäten sowie Menschen mit einer anerkannten Behinderung insgesamt zeigen sich hingegen keine Unterschiede.

Tabelle 4-3: Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die verheiratet zusammenleben oder eine feste Partnerschaft haben, nach Alter und Teilgruppen

Alter in Jahren	Menschen mit anerkannter Erwerbsminderung/Behinderung				Chronisch Kranke mit Aktivitätseinschränkungen
	Insgesamt	Darunter GdB			
		< 50	50 bis 80	90 bis 100	
18 bis 64	73%	79%	74%	52%	74%
65 bis 79	69%	76%	69%	64%	71%
80 und älter	51%	/	54%	44%	41%
Insgesamt	69%	78%	69%	55%	68%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

In Bezug auf die Familiengründung lassen sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen feststellen. Nahezu drei von vier Frauen mit Beeinträchtigungen im Alter von 25 bis 59 Jahren sind kinderlos. In der Gruppe der Frauen mit einer anerkannten Behinderung – eine weitergehende Differenzierung nach dem Behinderungsgrad ist aufgrund der Fallzahlen im SOEP nicht möglich – liegt der Anteil sogar bei 82 Prozent. Im Vergleich dazu ist er unter den Frauen ohne Beeinträchtigung um 15 bzw. 24 Prozentpunkte geringer.

Tabelle 4-4: Anteil der 25- bis 59-jährigen Frauen bzw. Männer mit und ohne Beeinträchtigungen mit und ohne minderjährige Kinder

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen
	Insgesamt	mit anerkannter Behinderung	chronisch krank mit Aktivitätseinschränk.	
Frauen				
Frauen ohne Kinder	73%	82%	66%	58%
Frauen mit Kindern bis 18 Jahren	27%	18%	34%	42%
Insgesamt	100%	100%	100%	100%
Männer				
Männer ohne Kinder	74%	74%	73%	64%
Männer mit Kindern bis 18 Jahren	26%	26%	27%	36%
Insgesamt	100%	100%	100%	100%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Berücksichtigt werden Kinder bis einschließlich 18 Jahren, die im Haushalt der Mutter/des Vaters leben.

In schwierigen Lebensverhältnissen befinden sich zumeist alleinerziehende Mütter und Väter, insofern die Alltagsgestaltung mit Kind ohne die Unterstützung eines Partners deutlich schwieriger sein kann. Der Aspekt der Beeinträchtigung eines Elternteils scheint sich jedoch nicht auf die Stabilität von Partnerschaften auszuwirken. In der folgenden Tabelle ist dargestellt, dass Mütter und Väter mit Beeinträchtigungen nicht signifikant häufiger alleinerziehend sind als Mütter und Väter ohne Beeinträchtigungen.

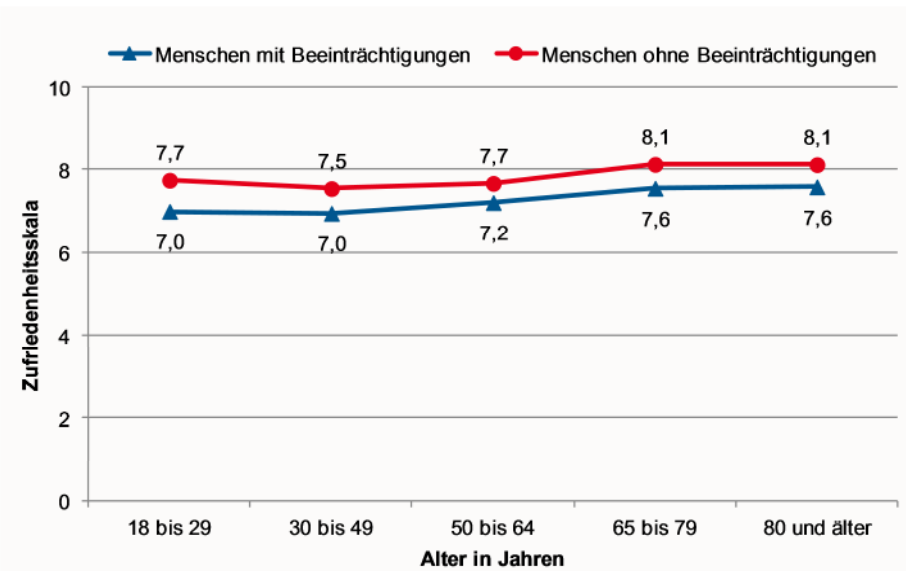
Tabelle 4-5: Haushaltstypen von Müttern und Vätern mit und ohne Beeinträchtigungen

Haushaltstyp	Mütter		Väter	
	mit Beeinträchtigungen	ohne Beeinträchtigungen	mit Beeinträchtigungen	ohne Beeinträchtigungen
Im Paarhaushalt	77%	81%	96%	98%
Alleinerziehend	21%	18%	2%	2%
Sonstiges	2%	1%	2%	1%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Mütter und Väter zwischen 25 und 59 Jahren. Berücksichtigt werden Kinder bis einschließlich 18 Jahren, die im Haushalt der Mutter oder des Vaters leben.

Neben den dargestellten objektiven Merkmalen geben subjektive Einschätzungen Hinweise auf die Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen. Menschen mit Beeinträchtigungen geben in allen Altersklassen eine geringere durchschnittliche Zufriedenheit mit dem eigenen Familienleben an. Die Neigung, in Befragungen hohe Zufriedenheitsangaben zu machen, verleiht dem nachweisbaren Unterschied ein besonderes Gewicht.

Abbildung 4-2: Zufriedenheit mit dem Familienleben – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“)



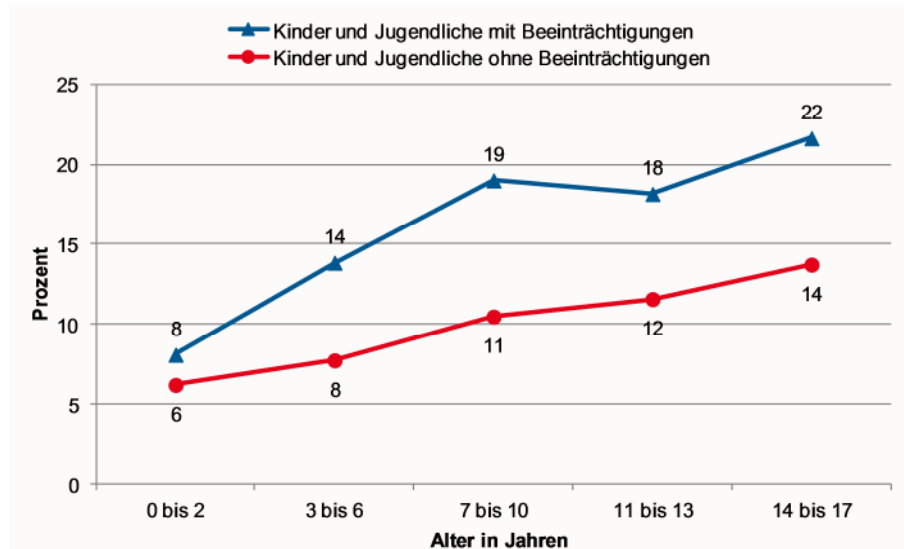
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

4.1.3 Aufwachsen in der Familie

Kinder mit Beeinträchtigungen leben wesentlich häufiger nur bei der Mutter oder beim Vater, als dies bei Kindern ohne Beeinträchtigungen der Fall ist. Während bei Kindern unter drei Jahren nur ein geringer Unterschied besteht, erreicht er im Alter von sieben bis zehn Jahren einen Höhepunkt. Am häufigsten leben Kinder im Alter von 14 bis 17 Jahren bei nur einem Elternteil. Das trifft bei mehr als jedem fünften Kind mit Beeinträchtigungen in diesem Alter zu.

- ▶ Jedes fünfte beeinträchtigte Kind im Alter von 14 bis 17 Jahren lebt mit nur einem Elternteil zusammen.
- ▶ Kinder mit Beeinträchtigungen sind seltener als Kinder ohne Beeinträchtigungen der Meinung, „dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen“.

Abbildung 4-3: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die hauptsächlich nur bei ihrer Mutter oder nur bei ihrem Vater leben.



Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Elternfragebogen. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Analog zur subjektiven Bewertung der Zufriedenheit mit dem Familienleben durch die Eltern gibt der KiGGS-Datensatz einen Eindruck davon, wie 11- bis 17-jährigen Kinder mit und ohne Beeinträchtigungen das Klima in ihren Familien einschätzen. Demnach sind Kinder mit Beeinträchtigungen in den beiden betrachteten Altersklassen etwas seltener der Ansicht, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen als Kinder ohne Beeinträchtigungen. Während der Unterschied im Alter von elf bis dreizehn Jahren fünf Prozentpunkte beträgt, liegt er bei den 14- bis 17-Jährigen bei sieben Prozentpunkten.

Tabelle 4-6: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die den Eindruck haben, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen

Alter in Jahren	Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen	Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen
11 bis 13	88%	93%
14 bis 17	81%	88%

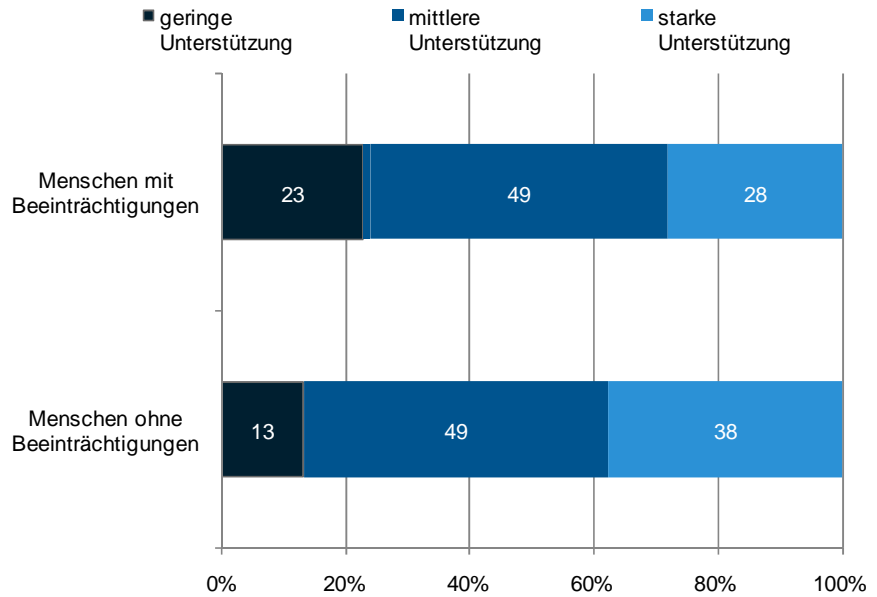
Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Jugendfragebogen (11-17-Jährige). Alle Antwortenden, die der Aussage „eher oder genau zustimmen“. Eigene Berechnungen Prognos AG.

4.1.4 Freunde, Nachbarn und Bekannte

Die Qualität der außerfamiliären sozialen Beziehungen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen lässt sich anhand verschiedener Parameter beschreiben. In der GEDA-Studie wird nach drei Merkmalen gefragt, die einen Bezug zu diesem Thema aufweisen: die Anzahl der Vertrauenspersonen, die Einschätzung des Interesses bzw. 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.

► Menschen mit Beeinträchtigungen können sich deutlich seltener auf Unterstützung durch Freunde und Bekannte verlassen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Sie haben weniger Menschen, denen sie vertrauen, erfahren weniger Interesse und Anteilnahme und erhalten weniger Hilfe durch die Nachbarschaft.

Abbildung 4-4: Einschätzung der Unterstützung durch das soziale Umfeld



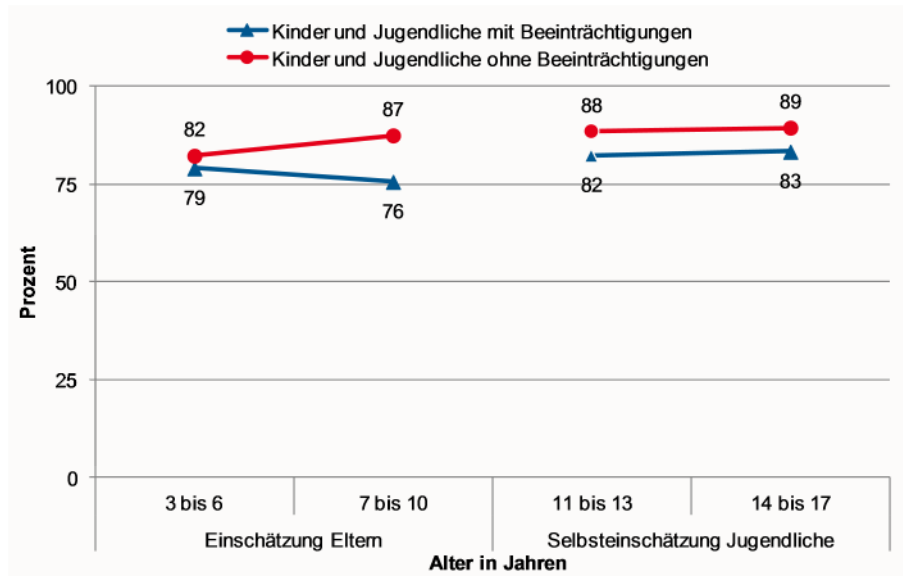
Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Die Variable wurde konstruiert. Die Kategorisierung erfolgte aus den Summenscores von drei Variablen (Anzahl der Vertrauenspersonen; Einschätzung des Interesses/der Anteilnahme durch andere Menschen; Schwierigkeit, Hilfe durch Nachbarschaft zu erhalten)

Nahezu doppelt so viele Menschen mit Beeinträchtigungen erfahren den eigenen Angaben zufolge geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld erfahren. Spiegelbildlich hierzu ist der Anteil derjenigen, die angeben, starke Unterstützung durch das soziale Umfeld zu erfahren, bei ihnen um zehn Prozentpunkte kleiner als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Für Kinder und Jugendliche liefert gegenwärtig die KiGGS Basiserhebung Hinweise auf das Vorhandensein eines Freundeskreises.⁵⁸ Dort wurden Kinder ab 11 Jahren gefragt, ob sie einen oder mehrere gute Freundinnen oder Freunde haben. Für jüngere Kinder haben deren Eltern diese Frage beantwortet.

⁵⁸ Das Item „Einen guten Freund haben“ wurde hier zum Zweck der Teilhabeberichterstattung separat ausgewertet, ist jedoch normalerweise Bestandteil der Subskala „Umgang mit Gleichaltrigen“ des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ Screening-Instruments (SDQ). Vgl. hierzu ausführlich: Hölling, H. et al. (2007).

Abbildung 4-5: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen haben



Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Eltern- und Jugendfragebogen. Alle Befragten, auf die die Aussage „eindeutig zutrifft“. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Kinder mit Beeinträchtigungen haben demnach in fast allen Altersklassen zwar überwiegend einen oder mehrere gute Freunde, doch ist unter ihnen der Anteil derjenigen, bei denen das nicht der Fall ist, größer als bei den Kindern ohne Beeinträchtigungen. Eine Ausnahme bilden Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren, bei denen der festgestellte Unterschied statistisch nicht bedeutsam ist. Mit elf Prozentpunkten am deutlichsten ist der Unterschied bei den Kindern im Alter von sieben bis zehn Jahren. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass diese Zahl, wie oben erwähnt, auf der Angabe der Eltern beruht.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Familie und soziales Netz

Handlungsressourcen wie Einkommen, Bildung, Erwerbstätigkeit und Berufsstatus erhöhen die Chance auf Autonomie, Teilhabe und ein ‚gutes Leben‘ und sie stellen zugleich den Kern der Struktur sozialer Ungleichheit dar.⁵⁹ Sie sind notwendige, aber nicht allein ausreichende Bedingungen der Lebensbewältigung. Denn mit dem Aspekt der Familie und des sozialen Netzes rücken Quellen und Handlungsmuster sozialer Einbindung in den Blick.

Diese sind auf der einen Seite nicht unabhängig von Handlungsressourcen und dem sozialen Status, weil diese die Chance auf soziale Kontakte und Einbindung erhöhen; auf der anderen Seite haben sich in der Lebenslagen- und Ungleichheits- wie in der Resilienz-, Belastungs- und Bewältigungsforschung soziale Bindungen und soziale Unterstützung als entscheidende Variablen für die Lebenszufriedenheit im Allgemeinen und die Bewältigung von Übergängen im Lebenslauf als auch von Belastungen und Krisen erwiesen.⁶⁰ Sie können Belastungen, auch solche, die aus eingeschränkten Handlungsressourcen erwachsen, bis zu einem gewissen Grad kompensieren und stellen zusammen mit der Erwerbstätigkeit einen der bedeutendsten Indikatoren für soziale Teilhabe dar.⁶¹ Beide sind miteinander verwoben insofern, als prekäre Erwerbssituationen den Verlust der sozialen Verortung nach sich ziehen, weil stabile Beziehungen, die Anerkennung, Zugehörigkeit und Vertrauen erzeugen, verloren gehen können.

Der Begriff ‚Soziales Netzwerk‘ bezeichnet in der Sozialwissenschaft die vielfältigen Verbindungen, die Menschen zu anderen Menschen haben, aber auch die von Organisationen mit anderen Organisationen. Im vorliegenden Kapitel stehen personelle Beziehungen im Vordergrund. Soziale Beziehungen sind konstitutiv für das menschliche Handeln; aus der Angewiesenheit und Verwiesenheit auf andere Menschen erwächst das Spannungsfeld aus Selbst- und Fremdbestimmung, aus freien Wahlmöglichkeiten auf der einen und Bindungen, aber auch Zwängen und Abhängigkeit, auf der anderen Seite. Über soziale Beziehungen wird eine ganze Reihe grundlegender psychosozialer

Bedürfnisse erfüllt wie die nach Wertschätzung und Anerkennung, nach Bindung, Selbstvergewisserung und Orientierung. Aus ihnen können Leistungen erwachsen, die identitätssichernd wirken, und sie ermöglichen die Übernahme unterschiedlicher sozialer Rollen. Umgekehrt können soziale Beziehungen aber auch pathogene, belastende, einengende und identitätsgefährdende Wirkung haben. In der Theorie und Forschung wird deshalb zwischen dem sozialen Netzwerk als Gesamtheit aller für einen Menschen relevanten Kontakte und einem tatsächlich positiv wirkenden System sozialer Unterstützung unterschieden.

Die vorliegenden Daten zeichnen in diesem Zusammenhang zunächst nur ein ausschnitthaftes Bild anhand vorwiegend quantitativer Aussagen zu Haushaltskonstellationen mit Hinweisen auf erlebte soziale Unterstützung und Zufriedenheit. Diese Daten stehen jedoch in Einklang sowohl mit den Ergebnissen des Mikrozensus 2009 als auch mit Studien der Netzwerk- und Bewältigungsforschung.^{62, 63}

Die Art des Zusammenlebens variiert nach Alter der Menschen im Allgemeinen; auch hat sich die Zahl der Single-Haushalte, u.a. in den jüngeren Altersgruppen, erhöht. Die Bedeutung sozialer Beziehungen sinkt damit nicht, im Gegenteil, und sie müssen aktiv gesucht und hergestellt werden. Auch die familiären Lebensformen haben sich pluralisiert, wenngleich die klassische Kernfamilie noch immer die häufigste Form ist. Im Vergleich mit nicht beeinträchtigten Menschen fällt auf, dass beeinträchtigte Menschen im Erwachsenenalter zwischen 30 und 64 Jahren häufiger alleine leben, dass sie seltener verheiratet sind oder Partnerschaften haben und auch weniger Kinder. Dies trifft auf Frauen stärker als auf Männer zu; auch mit dem Grad der anerkannten Behinderung scheinen sich die Chancen zu verringern. Nun sagen diese Daten per se nichts über die tatsächliche soziale Eingebundenheit aus, aber die Angaben über die erlebte soziale Unterstützung in der GEDA-Studie legen (bezogen auf die zugrunde liegende Untersuchungsgruppe) den Schluss nahe, dass Menschen mit Beeinträchtigungen auch weniger soziale Unterstützung erfahren. Dies bedeutet nicht nur eingeschränkte Möglichkeiten der Geselligkeit in der Freizeit (siehe hierzu auch den Kommentar im Kapitel Freizeit), sondern auch eingeschränkte informelle Unterstüt-

⁵⁹ Hradil, S. (2012): S.127.

⁶⁰ Antonovsky, A. (1998); Badura, B. et al. (1987); Bauer, P., Otto, U. (2005); Beck, I., Greving, H. (2012); Castel, R. (2008); Fend, H. et al. (2010); Philipp, S., Aymanns, P. (2010); Lazarus, R., Folkman, S. (1984); Pfaff, H. (1989); Putnam, R. (2000); Stegbauer, Ch. (2010); Stauber, B., Walther, A. (2008).

⁶¹ Castel, R. (2008).

⁶² Pfaff, H. (2012).

⁶³ Heckmann, C. (2012).

zung bei der Alltagsbewältigung oder in besonderen Belastungssituationen. Die Gewährleistung einer selbstständigen und selbst bestimmten Lebensführung hängt dann u. U. gänzlich von der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Qualität von Assistenzleistungen ab, die aber weder flächendeckend noch bedarfsgerecht ausgebaut sind (siehe Kapitel 4.4 Alltägliche Lebensführung). Für Menschen mit geistigen und psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere für diejenigen, die in Wohnrichtungen leben, lassen sich anhand der hierzu vorliegenden Studien deutliche Einschränkungen der informellen sozialen Beziehungen und ein hohes Maß an abhängigen, nicht selbst gewählten Beziehungen, z. B. zum Personal von Einrichtungen, nachweisen.⁶⁴

Die Clusteranalysen (siehe Kapitel 1 Typische Teilhabekonstellationen) belegen den hohen Stellenwert sozialer Bindungen für die Lebenslage. Sie zeigen in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand, dass das Risiko von Behinderungen der sozialen Teilhabe in Abhängigkeit weiterer Faktoren wie dem Erwerbsstatus steht. Beeinträchtigungen und Behinderungen machen auf der einen Seite soziale Unterstützung erforderlich; auf der anderen Seite steht diese für verschiedene Personengruppen in unterschiedlichem Maß zur Verfügung. Dass Netzwerkgrößen in Zusammenhang mit Statusmerkmalen stehen, belegen Studien, die Einschränkungen auch bei anderen Bevölkerungsgruppen, z. B. bei Arbeitslosen oder Alleinerziehenden nachweisen.⁶⁵

Das Ausmaß sozialer Ungleichheit und der Hierarchisierung in einer Gesellschaft sowie ökonomistische und autoritäre Haltungen begünstigen distanzierende und abwertende Wahrnehmungs- und Deutungsmuster gegenüber als ‚abweichend‘ empfundenen Personen. So führen Heitmeyer/Endrikat (2008) die Ökonomisierung der Lebenswelt als einen starken Erklärungsfaktor für die Abwertung von Menschen mit Behinderung in den Untersuchungen zur Verbreitung menschenfeindlicher Haltungen in Deutschland an. Auch die Daten des EU-Barometers „weisen auf einen starken Zusammenhang zwischen dem Selbstverständnis der Bürger als Mitglied einer Minderheit und der Erfahrung einer Diskriminierung hin. Dies ist insbesondere der Fall bei Diskriminierung aufgrund von Behinderung, Ethnizität und sexueller Ausrichtung“.⁶⁶ Derzeit fehlen Repräsentativuntersuchungen nicht nur zu den Strukturen und Funktionen sozialer Netzwerke im allgemeinen

und denen beeinträchtigter Menschen im Besonderen, sondern auch Studien zur Einstellung gegenüber beeinträchtigten Menschen; diese müssten vor allem differenziert nach Arten von Beeinträchtigungen erfolgen, aber auch nach weiteren Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Sozialstatus, denn Interaktionsstörungen und soziale Distanz variieren in Abhängigkeit dieser Merkmale.

Mit Unwissenheit und distanzierenden Haltungen ebenso wie mit einer eventuell vorhandenen Abhängigkeit von informellen, aber auch professionellen Unterstützungsleistungen umgehen zu müssen, stellt eine dauerhafte Bewältigungsaufgabe dar. Die Daten zeigen, wenn man sie gleichsam vom Subjekt her betrachtet, dass beeinträchtigte Menschen diese Aufgabe meistern und trotz nachteilig wirkender Bedingungen Bindungen und ein Familienleben aufbauen und aktiv gestalten. Die Einblicke in die Lage von Familien mit beeinträchtigten Kindern und das Aufwachsen in der Familie belegen, dass die Bewältigung des Alltags die Regel und nicht die Ausnahme darstellt, und das, obwohl ihre sozialen Netzwerke vergleichsweise kleiner sind, aber mehrfach genutzt werden.⁶⁷ Auch der Anteil Alleinerziehender ist hier höher.⁶⁸

Generell wird das Ausmaß der informellen Leistungen der Familien unter- und der Anteil an professionellen Unterstützungsleistungen überschätzt. So wachsen die meisten beeinträchtigten Kinder in ihren Familien auf; Thimm/Wachtel geben eine Zahl von ca. 13.500 Kindern und Jugendlichen an, die außerhalb der Familie in Einrichtungen leben. Über die Lage dieser Kinder ist kaum etwas bekannt; Thimm/Wachtel (2002) sprechen von einer „vergessenen Minderheit“ und ihre Untersuchung stellt ein dringliches Desiderat dar, auch und vor allem mit Blick auf die Frage der Stützung und Förderung ihrer sozialen Beziehungen und ihrer Bildungs- und Teilhabechancen. Die Aufnahmegründe liegen vorrangig in Überlastungssituationen, die aus der Lage der Familie und fehlenden oder nicht bedarfsgerechten Hilfen vor Ort mit Blick auf den Unterstützungsbedarf des Kindes entstehen, und weniger in der Beeinträchtigung an sich oder bestimmten Formen davon.

Ebenso wenig Wissen liegt derzeit über die Situation der Menschen mit Beeinträchtigungen vor, die auch noch im Erwachsenenalter in ihrer Herkunftsfamilie leben. Schätzungen von Fachverbänden und regionale Berechnungen gehen davon aus, dass etwa 40 bis 50 Prozent der erwachsenen Menschen mit geistiger Beein-

⁶⁴ zusammenfassend Heckmann, C (2012).

⁶⁵ Bullinger, H., Nowak, J. (1998).

⁶⁶ Europäische Kommission (2009): S. 7-9.

⁶⁷ Heckmann, C. (2012).

⁶⁸ Thimm, W., Wachtel, G. (2002).

trächtigkeit auch noch im fortgeschrittenen Erwachsenenalter ihre Herkunftsfamilie nicht verlassen haben. Die notwendige Versorgung und Unterstützung wird häufig vorrangig durch die engen Angehörigen (i. d. R. Eltern bzw. Mütter) gewährleistet und nicht immer durch weitere Beziehungen aus dem sozialen Netzwerk und professionelle Angebote ergänzt.⁶⁹

Familien mit beeinträchtigten Angehörigen müssen distanzierende Haltungen, auch in ihrem engeren Umfeld, bewältigen und zugleich ihren Angehörigen anerkennen und wertschätzen; sie sorgen für Ausgleich zwischen den Interessen der einzelnen Mitglieder, informieren sich über Hilfen, sehen sich einem komplizierten System von unterschiedlichen Trägerschaften und Zuständigkeiten gegenüber, wenn sie Hilfen beantragen und stellen für das professionelle System ständig Anschluss-Leistungen her, z. B. durch die Mitwirkung bei Therapien oder die Anpassung ihrer Alltagsroutinen an die Öffnungszeiten von Einrichtungen. Sie sind „Mit-Produzenten“ der professionellen Leistungsfähigkeit.⁷⁰ Umgekehrt müsste das professionelle System sich darauf richten, die Leistungsfähigkeit der Familien zu stützen und zu fördern und ihre Kompetenzen anzuerkennen. Befragungsergebnisse belegen, dass die Hauptbetreuungspersonen nach wie vor die Mütter sind und – im Vergleich mit Familien ohne Kinder mit Beeinträchtigungen – eine deutlich geringere mütterliche Erwerbstätigkeit besteht.⁷¹

Der gesellschaftliche Wandel, sowohl was familiäre Lebensformen als auch was die Berufstätigkeit von Frauen betrifft, führt zwar zur Forderung nach dem Ausbau der Betreuungsangebote und flexiblen Beschäftigungszeiten; allerdings bestehen aber gerade im Krippenbereich derzeit noch gravierende Defizite an Plätzen für beeinträchtigte Kinder und auch die Barrieren, auf die Familien bei der Inanspruchnahme regulärer Angebote, z. B. der Freizeitgestaltung für Kinder oder bezüglich der Abdeckung von Betreuungszeiten treffen (u.a. durch fehlende Kurzzeithilfen), beschränken deutlich die Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit. Bezüglich der Gründe für mangelnde Bedarfsdeckung durch professionelle Angebote konstatieren Thimm/Wachtel in ihrer Untersuchung der regionalen Angebotsstrukturen, dass „vorhandene Hilfsmöglichkeiten nicht bekannt sind, nicht genutzt werden oder dass an sich mögliche Hilfen vor Ort unkoordiniert nebeneinander herlaufen oder im Kompetenzge-

rangel unterschiedlicher Zuständigkeiten erst gar nicht etabliert werden. Die problematische Situation dieser Familien ist auch ein Problem der mangelnden Effektivität und der Dislokation vorhandener Ressourcen“.⁷²

Auf den „gesellschaftlichen Rollen- und Bedürfniswandel, der auch die Mitglieder einer Familie mit einem behinderten Kind betrifft – und hier wiederum insbesondere die Mutter als Hauptbetreuungsperson – (wird) nicht angemessen reagiert“.⁷³ Wie wichtig ein System stützender sozialer Beziehungen, einschließlich der im Einzelfall erforderlichen wohnortnahen Assistenzleistungen ist, verdeutlichen die Ergebnisse der Studien von Heckmann (2004) und Engelbert/Kaufmann (1999) sowie Lang u.a. (2012). Demnach wirken sich emotionale Unterstützung und Austausch im sozialen Netzwerk sowohl auf das familiäre Bewältigungsverhalten als auch auf die Stressbelastung der Eltern und auf die Lebenszufriedenheit der Kinder aus. Insbesondere die häufig als kritisch erlebten Übergänge im Lebenslauf, z. B. von der Schule in die Ausbildung oder vom Elternhaus in eine eigene Wohnform, bewältigen Familien besser, wenn sie ein unterstützendes Netzwerk haben und wenn professionelle Hilfe dem Bedarf entsprechend in Anspruch genommen werden kann.

Angesichts von Beeinträchtigungen besteht häufig, wenn auch nicht immer, ein Bedarf an Unterstützung, z. B. bei der Mobilität oder der Pflege, der informelle, insbesondere aber auch professionelle Unterstützungsleistungen erforderlich machen kann, um ein möglichst selbst bestimmtes Leben führen zu können. Dabei darf nicht außer Acht bleiben, dass das System der Sozialleistungen, das ebenfalls häufig als „soziales Netz“ bezeichnet wird und in das nahezu die gesamte Bevölkerung einbezogen ist, wesentlich zur Sicherung der Lebenslage beiträgt. Eine wichtige Funktion, z. B. mit Blick auf Beratung und die Stärkung des Selbstbewusstseins und der individuellen Handlungsfähigkeit, übernehmen auch Selbsthilfe- und Interessenvertretungsgruppen. Sozialleistungen können weder alle anderen Quellen der Unterstützung ersetzen, noch können umgekehrt informelle Hilfen oder die der organisierten Selbsthilfe einfach an ihre Stelle gesetzt werden. Sozialleistungen müssen all diese Formen der Selbsthilfe ergänzen, sie stützen und vor Überlastung schützen. Insbesondere dort, wo keine oder nur geringe Selbsthilfekräfte vorhanden sind, stellen die Sozialleistungen in Form von Sach-, Geld- oder personenbezogenen Dienstleistungen das zentrale Mittel für die Verteilung von Lebenschancen

⁶⁹ Ergebnisse einer regionalen Studie für Westfalen-Lippe: Schäfers, M., Wansing, G. (2009).

⁷⁰ Engelbert, A. (1999).

⁷¹ Schäfers, M., Wansing, G. (2009); Thimm, W., Wachtel, G. (2002).

⁷² Thimm, W., Wachtel, G. (2002): S. 14.

⁷³ Thimm, W., Wachtel, G. (2002): S. 14.

dar. Deshalb müssen auch Indikatoren für ihre Bedarfsgerechtigkeit und ihre Wirkung mit Blick auf die Lebensbewältigung entwickelt werden.

Der Erhalt von sozialer Unterstützung ist voraussetzungsvoll und die Bewältigung einer Problemlage umfeldabhängig: Die Quellen müssen überhaupt vorhanden und sie müssen zugänglich sein. Der oder die Einzelne muss sie also erkennen und muss sie nutzen können und wollen. Sie müssen dem jeweiligen Bedarf und der Situation angemessen sein und als hilfreich erlebt werden. So können z. B. viele eher lose Kontakte günstig für eine vielfältige Freizeitgestaltung sein, in einer Lebenskrise steht aber vielleicht keine nahestehende, vertraute Person zur Verfügung. Die Anzahl der Beziehungen sagt nichts über die Qualität und Funktion der Beziehungen oder über den Grad der Isolation aus; dafür ist das subjektive Empfinden relevant. Allerdings steigt im Fall sehr kleiner oder gänzlich fehlender informeller Beziehungen die Bedeutung der individuellen Handlungsfähigkeit und der Handlungsressourcen, zu denen auch Sozialleistungen zählen. Deshalb wären neben differenzierten Indikatoren für die Erfassung funktionaler Netzwerk-Merkmale auch Indikatoren für strukturelle Merkmale wichtig, die soziale Isolation im Sinne einer Kumulation von Ressourcenbeschränkungen und Exklusionsdimensionen anzeigen.

Verwendete Literatur

- Antonovsky, A. (1998): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Badura, B. et al. (1987): Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin.
- Bauer, P., Otto, U. (Hrsg.) (2005): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive. Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Tübingen.
- Beck, I., Greving, H. (Hrsg.) (2012): Lebenslage, Lebensbewältigung. Band 5 des Enzyklopädischen Handbuchs der Behindertenpädagogik. Stuttgart.
- Bullinger, H., Nowak, J. (1998): Soziale Netzwerkarbeit. Freiburg im Breisgau.
- Castel, R. (2008): Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit. Konstanz.
- Engelbert, A. (1999): Familien im Hilfenetz. Bedingungen und Folgen der Nutzung von Hilfen für behinderte Kinder. Weinheim.
- Engelbert, A. (2012): Familie. In: Beck, I., Greving, H. (Hrsg.): Lebenslage, Lebensbewältigung. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik Band 5. Stuttgart: S. 96-104.
- Europäische Kommission (2009): Diskriminierung in der EU im Jahr 2009. Durchgeführt im Auftrag der Generaldirektion für Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit und koordiniert von der Generaldirektion Kommunikation ("Forschung und politische Analyse" Unit).
- Fend, H., Berger, F., Grob, U. (Hrsg.) (2009): Lebensverläufe, Lebensbewältigung, Lebensglück. Ergebnisse der LiFE-Studie. Wiesbaden.
- Filipp, S., Aymanns, P. (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart.
- Heckmann, C. (2004): Die Belastungssituation von Familien mit behinderten Kindern. Soziale Netzwerke und professionelle Dienste als Bedingungen für die Bewältigung. Heidelberg.
- Heckmann, C. (2012): Alltags- und Belastungsbewältigung und soziales Netzwerk. In: Beck, I., Greving, H. (Hrsg.): Lebenslage, Lebensbewältigung. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik Band 5. Stuttgart: S. 115-123.
- Heitmeyer, K., Endrikat, K. (2008): Die Ökonomisierung des Sozialen. Folgen für „Überflüssige“ und „Nutzlose“. In: Heitmeyer, W. (Hrsg.): Deutsche Zustände. Folge 6. Frankfurt/Main.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and coping. New York.
- Pfaff, H. (2012): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2009. In: Wirtschaft und Statistik: S. 262 – 243.
- Pfaff, H. (1989): Stressbewältigung und soziale Unterstützung. Weinheim.
- Putnam, R. (2000): Bowling Alone: The Collapse and revival of American Community. New York.
- Schäfers, M., Wansing, G. (2009): Familienunterstützende Hilfen. Alternativen zum betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderung. Projektbericht der Technischen Universität Dortmund. Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Münster.
- Stauber, B. et al. (Hrsg.) (2007): Subjektorientierte Übergangsforschung. Rekonstruktion und Unterstützung biographischer Übergänge junger Erwachsener. Weinheim.
- Stegbauer, C., Häußling, R. (Hrsg.) (2010): Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden.
- Thimm, W., Wachtel, G. (2002): Familien mit behinderten Kindern. Wege der Unterstützung und Impulse zur Weiterentwicklung regionaler Hilfesysteme. Weinheim.

4.2 Bildung und Ausbildung

Artikel der UN-BRK zum Thema Bildung:

Artikel 24: 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 [inklusives] 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;

Bildung trägt 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.⁷⁴ Sie zielt damit auf die individuelle Regulationsfähigkeit, gesellschaftliche Teilhabe und Chancengleichheit sowie auf die Entwicklung von Humanressourcen.⁷⁵ Dabei ist Bildung als ein lebenslanger Prozess zu verstehen: Jeder Mensch ist bildungs- und entwicklungsfähig und Lernprozesse sind über die gesamte Lebensspanne hinweg möglich.⁷⁶

Die zentrale Bedeutung von Bildung für die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen rührt zunächst daher, dass sie gesellschaftliche Teilhabe in jeder Lebensphase ermöglichen kann. Dies geschieht beispielsweise über die individuelle Aneignung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, den Erwerb von Wissen und Handlungskompetenzen sowie von schulischen sowie beruflichen Abschlüssen. Diese Aspekte beeinflussen die individuelle Lebenslage. 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 oder den Gesundheitszustand haben.

Teilhabe an Bildung ist soziale Teilhabe. Unter diesem Blickwinkel geht es vorrangig um gleichberechtigte Möglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen, Bildung wahrnehmen zu können, um die Zugänglichkeit von Bildungsorten, aber auch um die zielgruppenspezifische Information über Lernangebote sowie deren Qualität und lernförderliche Gestaltung entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Besonderheiten der Lernenden. Um Teilhabe an Bildung zu ermöglichen, reicht es demnach nicht, bauliche Barrieren zu beseitigen, sondern es müssen auch Beziehungen, Lernkulturen, Lernzugänge und Lerninhalte sowie Bildungsorganisation und Bildungsstrukturen so gestaltet werden, dass sie den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Beeinträchtigungen gerecht werden.⁷⁷

Bildung findet an vielfältigen Orten und in sozialen Zusammenhängen statt: In Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen wie z. B. Schulen, Ausbildungsbetrieben, Hochschulen etc. erfolgt allgemeine und berufliche Bildung mit dem Ziel, anerkannte Abschlüsse zu erwerben (formale Bildung). Außerhalb dieser Institutionen findet Bildung beispielsweise in Angeboten der frühen Hilfe, Kindertagesstätten, in

⁷⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): S. 109.

⁷⁵ Vgl. zu den Bildungszielen: Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012): S. 2. Zum Ziel der „Entwicklung von Humanressourcen“ wird an der genannten Stelle ausgeführt: „Der Beitrag des Bildungswesens zu den Humanressourcen richtet sich sowohl auf die Sicherstellung und Weiterentwicklung des quantitativen und qualitativen Arbeitskräftevolumens als auch auf die Vermittlung von Kompetenzen, die den Menschen eine ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechende Erwerbsarbeit ermöglichen.“

⁷⁶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): S. 108-109.

⁷⁷ Boban, I., Hinz, A. (2003): S. 12.

Kunst-, Musik- oder Volkshochschulen oder in Betrieben statt, ohne dass notwendigerweise ein anerkannter Bildungsabschluss angestrebt wird (non-formale Bildung). Außerdem stellen Familien, Jugend- bzw. Gleichaltrigengruppen, die offene Kinder- und Jugendarbeit, Vereine etc. informelle Lernwelten dar, in denen Lernen überwiegend in Form selbsttätiger Aneignungsprozesse in alltäglichen Lebenszusammenhängen geschieht, auch wenn das von den Lernenden selber nicht immer als Erweiterung ihres Wissens und ihrer Kompetenzen wahrgenommen wird.⁷⁸ An unterschiedlichen Bildungsorten stattfindende Lernprozesse bedingen einander, ergänzen sich und bauen aufeinander auf. Aus diesem Grund können förderliche Bildungsbedingungen nur dann gewährleistet werden, wenn die verschiedenen Bildungsorte zu einem Netz verknüpft sowie die gegenseitigen Bezüge und Übergänge gestaltet werden. Dabei sind informelle Lernwelten einzubeziehen.

Der lebenslange und gleichberechtigte Zugang zu den Orten des Lernens ist somit überaus relevant für die individuellen Lebens- und Teilhabechancen. Exklusionsrisiken bestehen bereits für junge Kinder mit Beeinträchtigungen, wenn sie nicht auf ausreichend anregende Bedingungen für selbsttätige Aneignungsprozesse und Entwicklung stoßen, etwa weil Unterstützungsangebote (wie interdisziplinäre oder heilpädagogische Frühförderung) oder Informationen und Beratung hierzu fehlen, oder die Teilhabe an Erziehungs-, Sozialisations- und Lernerfahrungen durch Barrieren erschwert ist.

Risiken bestehen zudem insbesondere bei der Einmündung in das formale Bildungssystem sowie an den Übergängen vom Primar- zum Sekundar- und Tertiärbereich. Bereits die frühe Zuweisung zu einer Regel- oder Förderschule im Primarbereich kann richtungweisend für die weitere Schullaufbahn sein. Auch die Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs bleibt nicht ohne Folgen für den Werdegang innerhalb der Bildungsinstitutionen.⁷⁹ Sie „verleiht bestimmten Personen ein Etikett, das zu abgesenkten Erwartungen führen kann.“⁸⁰

Erreichen Jugendliche mit Beeinträchtigungen keine Schulabschlüsse oder lediglich Förderschulabschlüsse, ist auch der Zugang zu einer beruflichen Ausbildung und in der Folge die Integration in den ersten Arbeitsmarkt erschwert. Exklusionsrisiken bestehen auch, wenn Angebote der Aus- und Weiterbildung sowie Umschulungen nicht zugänglich sind. Diese Bildungsangebote sind nicht nur wichtig, um anschlussfähig zu bleiben, sondern sind vielfach auch Voraussetzung für eine (Wieder-)Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt (zum Beispiel nach einem beeinträchtigungsbedingt notwendigen Jobwechsel oder Arbeitsplatzverlust).

⁷⁸ Diese Unterscheidung orientiert sich in idealtypischer Weise an Orten und lässt unberücksichtigt, dass z. B. auch an Schulen oder in Betrieben informelle Lernprozesse stattfinden, und dass non-formale Bildungsorte wie z. B. Kindertagesstätten einen formelleren Rahmen mit formulierten Bildungszielen haben als ein Sportverein.

⁷⁹ Zu den möglichen negativen Auswirkungen des Besuchs einer Förderschule auf die Entwicklung der Leistungsfähigkeit vgl. die empirischen Befunde in: Wocken, H. (2007): S. 35-60.

⁸⁰ Boban, I., Hinz, A. (2003): S. 12.

Neben einem gleichberechtigten Zugang zu allgemeinen Bildungsarten erfordern einige Beeinträchtigungsarten eine besondere und umfassende Förderung. Das gilt vor allem im frühen Kindesalter. Durch interdisziplinäre Diagnostik, Therapie und Beratung wird die Entwicklung der Kinder gefördert und gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen entgegen gewirkt.⁸¹ Auch in späteren Lebensabschnitten bestehen besondere Anforderungen an Bildung, beispielsweise Schülerinnen und Schülern mit Sinnesbeeinträchtigungen das Erlernen von Gebärdensprache bzw. Brailleschrift zu ermöglichen. Generell besteht bei Bildungsteilnehmenden mit Beeinträchtigungen ein besonderer Bedarf, auf individuelle Unterschiede und Situationen pädagogisch einzugehen. Das kann durch ein Kontinuum an Unterstützung gewährleistet werden, das beispielsweise in der Schule „von minimaler Hilfe im regulären Klassenzimmer bis zu zusätzlichen Förderprogrammen in der Schule und darüber hinaus, wo notwendig, zur Bereitstellung von Assistenz durch spezialisierte Lehrer und Lehrerinnen sowie externes unterstützendes Personal reicht“.⁸²

Artikel 24 der UN-BRK enthält die rechtlichen Gewährleistungsverpflichtungen des Staates, die sich auf die Bildung beziehen. Das Menschenrecht auf Bildung wird für Menschen mit Beeinträchtigungen in Bezug auf die vier Strukturmerkmale Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptierbarkeit und Anpassungsfähigkeit konkretisiert. In Artikel 24 wird betont, dass Menschen mit Beeinträchtigungen gleichen Zugang zum allgemeinen Bildungssystem haben sollen und dass auf ihre Bedürfnisse und Unterstützungsanforderungen eingegangen werden muss, damit sie ihre Persönlichkeit und Fähigkeiten entfalten können. Zudem wird das Spektrum aufgezeigt, worauf sich diese Bildungsansprüche beziehen – auf die allgemeine Schulbildung ebenso wie auf das Erlernen lebenspraktischer Fertigkeiten, auf die berufliche Aus- und Weiterbildung, die Hochschulbildung und die Erwachsenenbildung. Das dahinter stehende Leitbild der inklusiven Bildung erfordert eine Neugestaltung von Bildungsstrukturen und -prozessen, die viel stärker als bislang üblich auf die individuellen Unterschiede der Bildungsteilnehmenden eingehen.⁸³ Gemäß Artikel 24 der UN-BRK ist es daher erforderlich, dass das deutsche Bildungssystem verändert wird, indem die bisher vereinzelt bestehenden gemeinsamen Bildungsorte ausgebaut und somit ein inklusives Bildungssystem geschaffen wird.⁸⁴ Diesem Ansatz tragen die Länder durch den Beschluss Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen vom 20.10.2011 Rechnung.⁸⁵

Bildungspolitik ist in Deutschland eine Aufgabe der Bundesländer (Artikel 30 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland). Die Zuständigkeit der Bundespolitik beschränkt sich auf Rahmenkompe-

⁸¹ Vgl. zum Verständnis von Frühförderung: van Nek, S. (2006): S. 264-280.

⁸² UNESCO (1994): Punkt 32.

⁸³ Deutsche UNESCO-Kommission (2009): S. 9.

⁸⁴ Die näheren Bedingungen zur Ausgestaltung von Artikel 24 UN-BRK hinsichtlich des Schulsystems hat die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention in einer Stellungnahme an die Kultusministerkonferenz vom März 2011 näher ausgeführt. Zudem wurden die erforderlichen Schritte zur Umgestaltung des Schulsystems in einem Gutachten (Riedel (2010)) dargelegt.

⁸⁵ http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_10_20-Inklusive-Bildung.pdf (letzter Zugriff am 05.02.2013).

tenzen vor allem in der Hochschulbildung und der beruflichen Ausbildung sowie auf die Förderung der Aus- und Weiterbildung. Folglich gibt es teilweise deutliche Unterschiede in den Bildungssystemen. Sowohl die Bildungsbeteiligung als auch die Qualität von Bildungsprozessen und der Inklusionsansatz können stark variieren.

Die folgenden Abschnitte mit Indikatoren zur Darstellung der Bildungsbeteiligung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen orientieren sich an der zeitlichen Abfolge von Bildungsprozessen im Lebensverlauf.

Informelle Lernprozesse in Familien, in denen Eltern oder Kinder Beeinträchtigungen haben, bleiben genauso unbeleuchtet wie die Zugänglichkeit und Qualität anderer informeller Lernorte. Etwaige Barrieren können derzeit nicht identifiziert werden. Diese und weitere zukünftige Datenanforderungen werden in Teil 5 dieses Berichts erläutert.

Je geringer der Schulabschluss und je schwerer die Beeinträchtigung, desto geringer ist die Chance auf berufliche und soziale Teilhabe im Erwachsenenalter.

Inklusive Bildung ist im vorschulischen Bereich bereits weitestgehend realisiert: 87 Prozent der Kinder mit Beeinträchtigungen werden in regulären Tageseinrichtungen betreut. Nur 13 Prozent besuchen „Tageseinrichtungen für behinderte Kinder“.

Im Bereich der schulischen Bildung dominieren die getrennten Bildungswege. Nur 22 Prozent der Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung besuchen allgemeine Schulen.

Deutlich mehr Jungen (13 Prozent) als Mädchen (4 Prozent) besuchen Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung.

Größte Gruppe unter den Förderschülerinnen und Förderschülern sind junge Menschen mit Lernschwierigkeiten (41 Prozent).

75 Prozent der Förderschülerinnen und Förderschüler erreichen an Förderschulen keinen Hauptschulabschluss.

Die Anzahl der Personen, die auf eine Ausbildung in speziellen „Berufen für Menschen mit Behinderungen“ ausweichen mussten, ist leicht rückläufig: Im Jahr 2007 waren es 2,5 Prozent aller neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge. Im Jahr 2011 waren es 2 Prozent.

Menschen mit Beeinträchtigungen verfügen häufiger über ein geringeres schulisches Bildungsniveau als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

19 Prozent der 30 bis 64-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen haben keinen Berufsabschluss, bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es 11 Prozent.

Berufliche Bildungsangebote werden von Menschen mit einer anerkannten Behinderung deutlich seltener genutzt als von Menschen, bei denen keine Behinderung vorliegt.

In Deutschland studieren etwa 450.000 Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Von diesen berichten 95.000 Studentinnen und Studenten (ca. 4 Prozent aller Studierenden) von schwereren Beeinträchtigungen, die zu Schwierigkeiten im Studium führen. Dabei sind psychische Beeinträchtigungen und chronisch-somatische Erkrankungen die am häufigsten genannten Beeinträchtigungen.

4.2.1 Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit

► 87 Prozent der 3- bis unter 8-jährigen Kinder, die Eingliederungshilfe erhalten, besuchen eine integrative Kindertageseinrichtung. Dieser Anteil ist in den vergangenen Jahren angestiegen.

Frühförderung

Unter Frühförderung wird ein „Komplex medizinischer, pädagogischer, psychologischer und sozialrehabilitativer Hilfen (verstanden), die darauf gerichtet sind, die Entwicklung eines Kindes und sein Leben-Lernen in seiner Lebenswelt in den ersten Lebensjahren unterstützend zu begleiten, wenn diesbezügliche Auffälligkeiten und Gefährdungen vorliegen. Diese Hilfen sind als Hilfen zur Selbsthilfe für Kind und Eltern gedacht, nicht als direkte Eingriffe durch externe Programme.“⁸⁶ Leistungen der Frühförderung werden durch Frühförderstellen, in geringem Umfang durch niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten sowie durch Sozialpädiatrische Zentren erbracht.

In der folgenden Statistik der Sozialhilfe sind Heilpädagogische Leistungen für Kinder unter sieben Jahren ausgewiesen. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Leistungen, die in Frühförderstellen und Förder- bzw. Integrationskindergärten erbracht werden, aber auch um Leistungen, die niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten mit dem Träger der Sozialhilfe abrechnen. Leistungen, die in Sozialpädiatrischen Zentren erbracht werden, sind nicht enthalten.

⁸⁶ van Nek, S. (2006): S. 264.

Tabelle 4-7: Empfängerinnen und Empfänger von heilpädagogischen Leistungen für Kinder unter sieben Jahren, nach Geschlecht, 2007 bis 2010

	2007	2008	2009	2010
Insgesamt	67.035	70.754	79.244	90.348
Anteil männlich	65,8%	65,6%	65,3%	65,2%
Anteil weiblich	34,2%	34,4%	34,7%	34,8%

Quellen: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes (für die Jahre 2007 bis 2009), Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2012) für das Jahr 2010.

Um die Empfängerzahlen für Leistungen der Frühförderung insgesamt abzubilden, müssen zusätzlich zu den Empfängerzahlen für heilpädagogische Leistungen auch die Leistungen mit einbezogen werden, die in Sozialpädiatrischen Zentren für Kinder unter sieben Jahren erbracht werden. Eine repräsentative Befragung der Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland im Jahr 2008 hat ergeben, dass die Zahl der Kinder, die Leistungen der Frühförderung durch Sozialpädiatrische Zentren erhält, ungefähr ein Viertel der Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von heilpädagogischen Leistungen beträgt.⁸⁷ Unter der Annahme, dass sich dieser Anteil nicht verändert hat, kann die Gesamtzahl der Kinder, die Leistungen der Frühförderung erhalten, geschätzt werden. Sie beträgt im Jahr 2010 ca. 112.000. Von den insgesamt 294.000 Kindern unter sieben Jahren, die im Sinne dieses Berichts als beeinträchtigt gelten, haben rechnerisch betrachtet 38 Prozent Leistungen zur Frühförderung erhalten.

Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege

Im Jahr 2011 haben laut Statistik der Kinder- und Jugendhilfe rund 70.500 Kinder bis zum Alter von acht Jahren, die noch nicht zur Schule gehen, aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigung Eingliederungshilfe in einer Kindertageseinrichtung oder in öffentlich geförderter Kindertagespflege erhalten. Hinzu kommen rund 4.700 Schulkinder, die Eingliederungshilfe in einer Kindertageseinrichtung oder in Kindertagespflege erhalten. Statistisch erfasst werden jedoch nur Kinder, die bereits institutionell betreut werden und hier Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, weil sie entweder „behindert oder von Behinderung bedroht“ sind. Nicht alle Kinder, die im Sinne der in diesem Bericht verwendeten Definition beeinträchtigt sind, nehmen jedoch Kindertagesbetreuung in Anspruch und nicht für alle wird Eingliederungsbedarf festgestellt. Diese Einschränkungen sind bei der Interpretation der Zahlen zu berücksichtigen. Wie die folgende Tabelle zeigt, erhalten Jungen deutlich häufiger Eingliederungshilfe als Mädchen.

⁸⁷ Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2008).

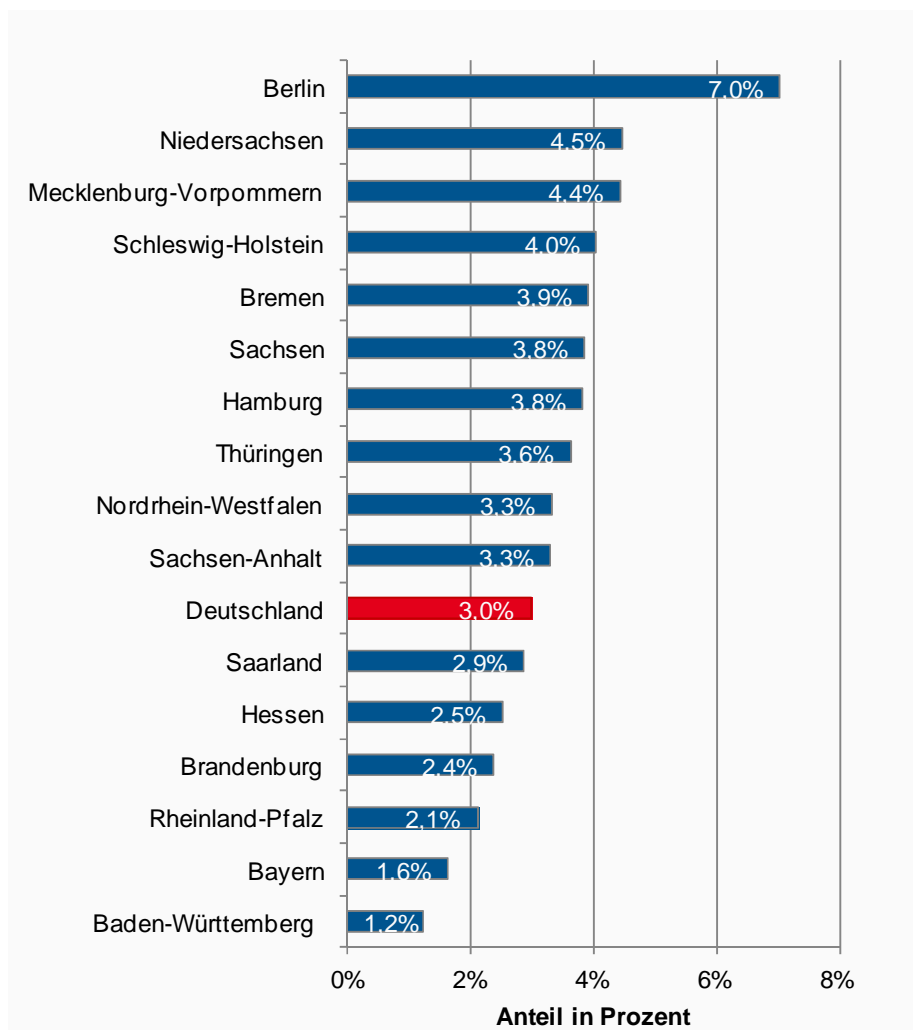
Tabelle 4-8: Kinder bis unter 8 Jahren in Kindertagesbetreuung, die Eingliederungshilfe erhalten, nach Geschlecht, 2008 bis 2011

	2008	2009	2010	2011
Betreute Kinder mit Eingliederungsbedarf	59.209	64.600	66.369	70.496
Anteil männlich	65,4%	64,6%	65,0%	65,2%
Anteil weiblich	34,6%	35,4%	36,0%	34,8%

Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Berechnungen Prognos AG. Jeweils zum Stichtag 1. März. Zahlen für 2008 ohne Kindertagespflege. Bezogen auf alle 0- bis unter 8-Jährigen, die noch keine Schule besuchen.

Der Anteil der Kinder mit Eingliederungshilfe an allen Kindern in Kindertageseinrichtungen schwankt zwischen den Bundesländern sehr stark. Aufgrund der gleichmäßigeren Betreuungsquoten bezieht sich der Vergleich in der folgenden Abbildung auf die Altersklasse der 3- bis unter 8-Jährigen, die noch nicht zur Schule gehen.

Abbildung 4-6: Anteil der Kinder von 3 bis unter 8 Jahren, die Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen erhalten, an allen gleichaltrigen Kindern in Kindertageseinrichtungen, nach Bundesländern



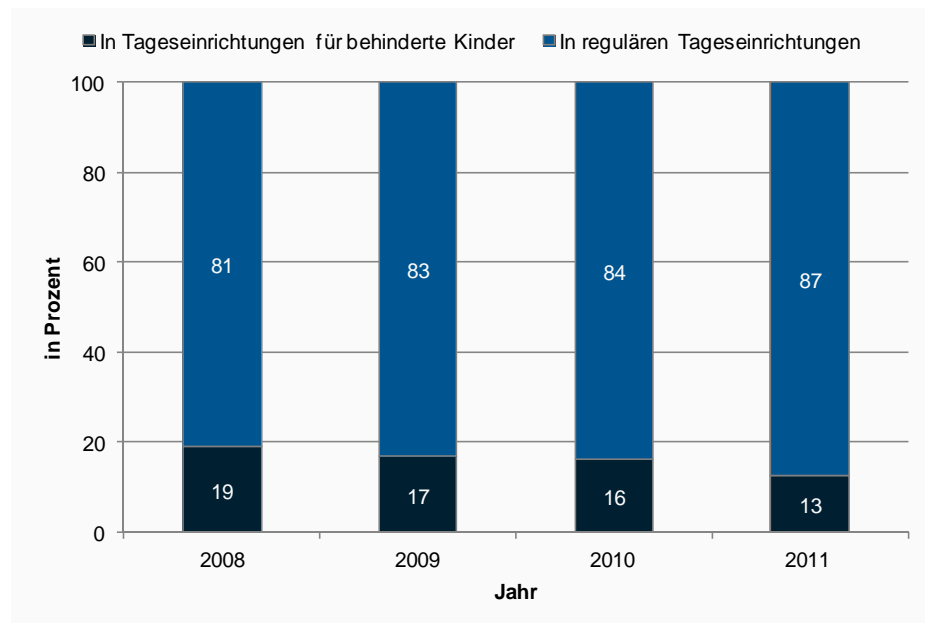
Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Berechnungen Prognos AG. Ohne öffentlich geförderte Kindertagespflege. Zum Stichtag 1. März 2011. Bezogen auf alle 3- bis unter 8-Jährigen, die noch keine Schule besuchen.

Den höchsten Anteil geförderter Kinder in Kindertageseinrichtungen weist Berlin auf. Hier erhalten fast siebenmal mehr Kinder Eingliederungshilfe als in Bayern oder Baden-Württemberg. Unklar bleibt jedoch, ob in diesen Bundesländern tatsächlich weniger Kinder Eingliederungshilfe benötigen, ob hier Eingliederungsbedarf seltener festgestellt bzw. anerkannt wird oder ob Kinder mit Eingliederungsbedarf seltener Kindertageseinrichtungen besuchen.

Nach Artikel 24 der UN-BRK haben Kinder mit Eingliederungsbedarf das Recht darauf, gemeinsam mit anderen Kindern betreut zu werden. Die folgende Abbildung zeigt, wie viele 3- bis unter 8-jährige Nichtschulkinder, die Eingliederungshilfe erhalten, in „Tageseinrichtungen für behinderte Kinder“ betreut werden und wie viele von ihnen eine reguläre Tageseinrichtung besuchen. Zwischen 2008 und 2011

ist der Anteil der in „Tageseinrichtungen für behinderte Kinder“ Betreuten um sechs Prozentpunkte auf 13 Prozent gesunken.

Abbildung 4-7: Anteil der Kinder, die in „Tageseinrichtungen für behinderte Kinder“ betreut werden, an allen Kindern, die Eingliederungshilfe erhalten, 2008 bis 2011



Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Berechnungen Prognos AG. Ohne öffentlich geförderte Kindertagespflege. Jeweils zum Stichtag 1. März. Bezogen auf alle 3- bis unter 8-Jährigen, die noch keine Schule besuchen.

Die Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe erlauben keine Aussagen darüber, ob die Versorgung im Bereich der Kindertagesbetreuung von Kindern mit Beeinträchtigungen bedarfsdeckend ist oder darüber, wie die Situation im Vergleich zu Kindern ohne Beeinträchtigungen einzuschätzen ist.

Auswertungen der KiGGS Basiserhebung legen für Kinder mit Beeinträchtigungen im Sinne dieses Berichts jedoch nahe, dass diese vor dem Schuleintritt ähnlich häufig auch in einer Kindertageseinrichtung oder von einer Tagesmutter betreut werden wie Kinder ohne Beeinträchtigungen. Die Auswertungen ergaben keine statistisch aussagekräftigen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (ohne Abbildung). Ob dieser Befund für Kinder mit Eingliederungshilfe ebenso gilt, kann nicht mit Sicherheit beantwortet werden.

4.2.2 Bildung und Betreuung im Schulalter

► Etwa jede fünfte Schülerin bzw. jeder fünfte Schüler (22 Prozent) mit sonderpädagogischer Förderung besucht eine allgemeine Schule. Zwischen 2005 und 2010 hat sich dieser Anteil um 7 Prozentpunkte vergrößert. Dabei gibt es große Unterschiede nach Art der Beeinträchtigung: Schülerinnen und Schüler mit einer geistigen Beeinträchtigung besuchen so gut wie nie eine allgemeine Schule. Deutlich mehr Jungen (13 Prozent) als Mädchen (4 Prozent) besuchen Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung. Größte Gruppe unter den Förderschülern sind junge Menschen mit Lernschwierigkeiten (41 Prozent).

Schule

Die einzige Datenquelle, die umfassende Informationen über die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen im Schulsystem gibt, ist die Schulstatistik der Kultusministerkonferenz (KMK-Statistik). Allerdings wird dort nur über die Teilgruppe der Kinder und Jugendlichen mit sonderpädagogischer Förderung berichtet. Liegt kein sonderpädagogischer Förderbedarf vor, so bedeutet das jedoch nicht, „dass diese Kinder und Jugendlichen keinen Unterstützungsbedarf haben, sondern dass ihre Behinderung keine zusätzlichen, in der allgemeinen Schule nicht gegebenen personellen, räumlichen oder sächlichen Bedingungen erfordert.“⁸⁸ Statistisch nicht erfasst werden solche Kinder und Jugendlichen, die im Sinne dieses Berichts beeinträchtigt sind, aber keine sonderpädagogische Förderung erhalten.⁸⁹

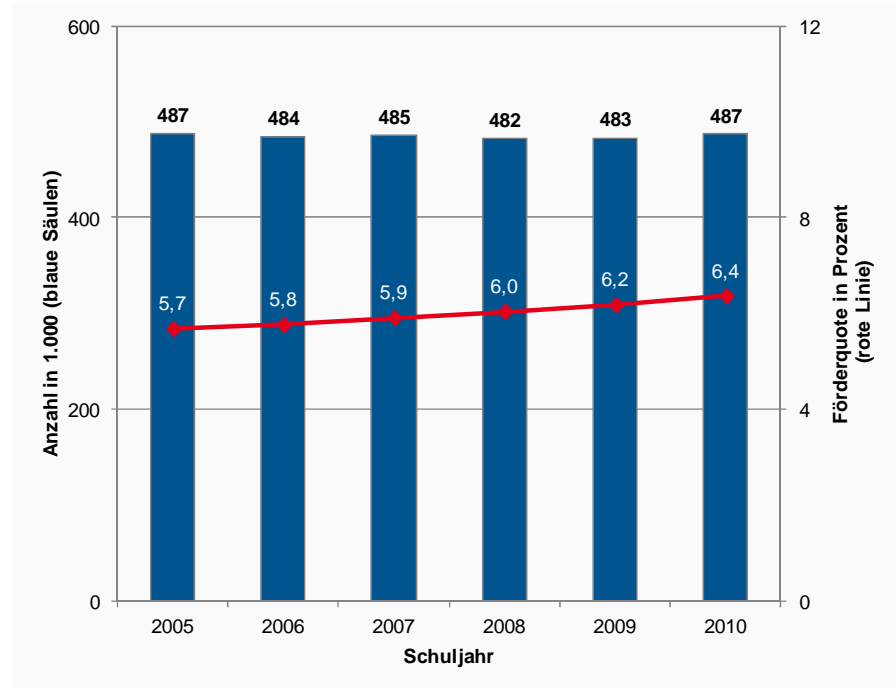
Die KMK-Statistik weist im Schuljahr 2010/2011 insgesamt 487.000 Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung aus. Im Zeitverlauf ist der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an der gesamten Schülerschaft im Alter der Vollzeitschulpflicht⁹⁰ kontinuierlich von 5,7 Prozent im Schuljahr 2005/2006 auf 6,4 Prozent im Schuljahr 2010/2011 angestiegen.

⁸⁸ Beck, I. (2002b): S. 205.

⁸⁹ Den Vergleich zwischen den Bundesländern erschweren darüber hinaus unterschiedliche Feststellungspraktiken sowie Integrations- und Inklusionskonzepte, sodass die Zahl der Kinder, für die ein sonderpädagogischer Förderbedarf diagnostiziert wird, trotz ähnlichen Förderbedarfs, stark variieren kann. In einigen Bundesländern findet z. B. eine sonderpädagogische Förderung im präventiven Bereich durch Förderschullehrkräfte in der allgemeinen Schule statt. Dies hat zur Folge, dass die Förderquote von Schülerinnen und Schülern mit festgestelltem Anspruch auf sonderpädagogische Förderung in einigen Bundesländern geringer ausfällt (z. B. Hessen).

⁹⁰ Die Vollzeitschulpflicht bezieht sich auf die Klassenstufen 1 bis 9 bzw. 10 der allgemeinbildenden Schulen.

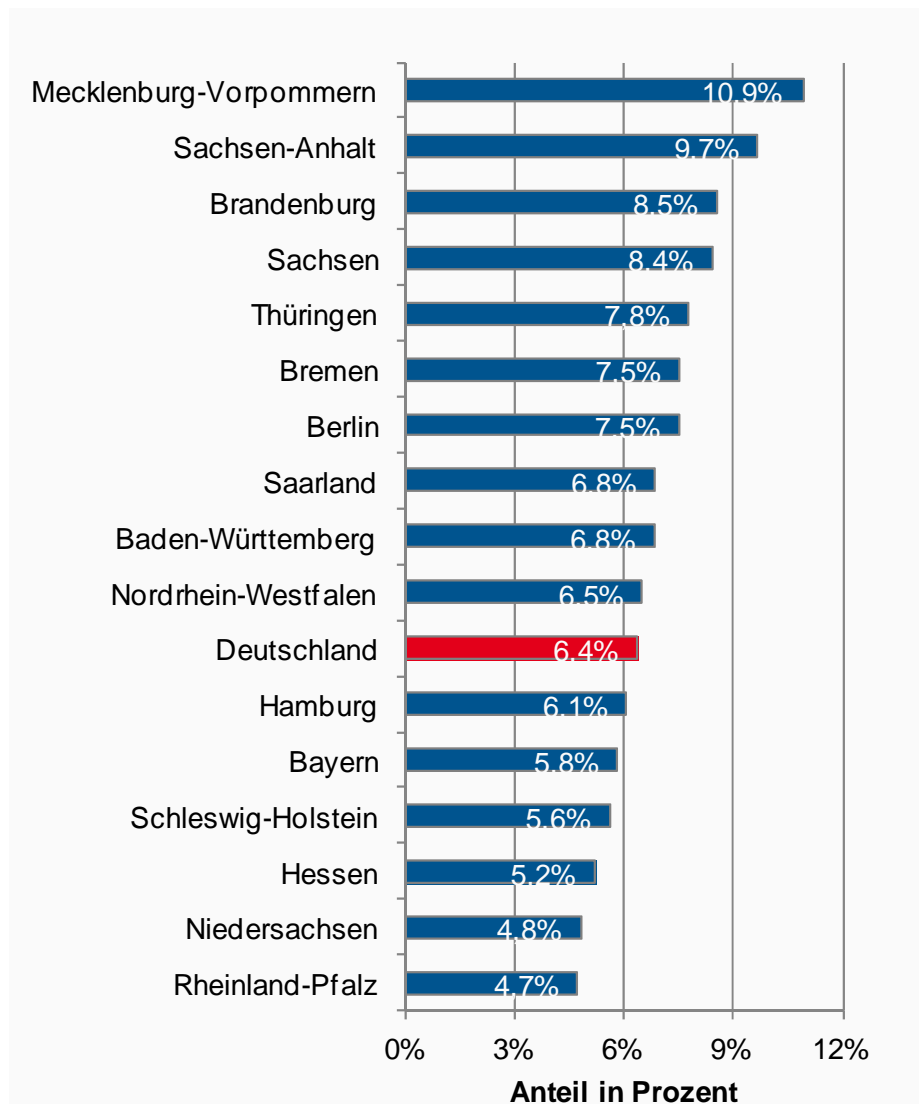
Abbildung 4-8: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, Anzahl und Anteil an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht, Schuljahre 2005/2006 bis 2010/2011



Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die Bundesländer weisen sehr unterschiedliche sonderpädagogische Förderquoten auf, die von über zehn Prozent in Mecklenburg-Vorpommern bis unter fünf Prozent in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen reichen. Insgesamt sind die Förderquoten in den ostdeutschen Bundesländern höher als in den westdeutschen.

Abbildung 4-9: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht, nach Bundesländern, Schuljahr 2010/2011



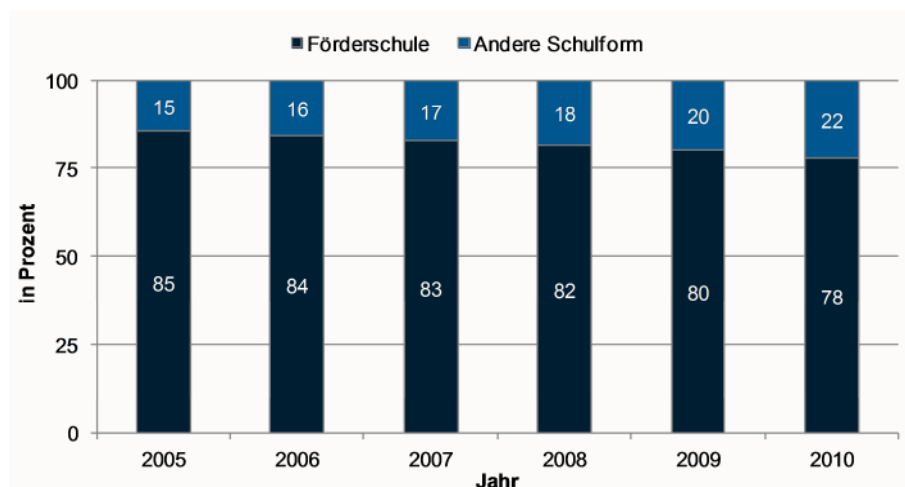
Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf das Jahr 2010.

Wie bereits beim Anspruch auf Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen bleibt unklar, ob die festgestellten Unterschiede das Ergebnis eines verschiedenen hohen Bedarfs an sonderpädagogischer Förderung oder das Ergebnis unterschiedlicher Einstufungspraktiken sind.⁹¹

Etwa jede fünfte Schülerin bzw. jeder fünfte Schüler mit sonderpädagogischer Förderung nimmt am Unterricht in einer allgemeinen Schule teil. Zwischen den Schuljahren 2005/2006 und 2010/2011 ist deren Anteil an allen Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung von 15 auf 22 Prozent angestiegen.

⁹¹ Beck, I. (2002b).

Abbildung 4-10: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die in Förderschulen oder allgemeinen Schulen unterrichtet werden, an allen Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung, Schuljahre 2005/2006 bis 2010/2011



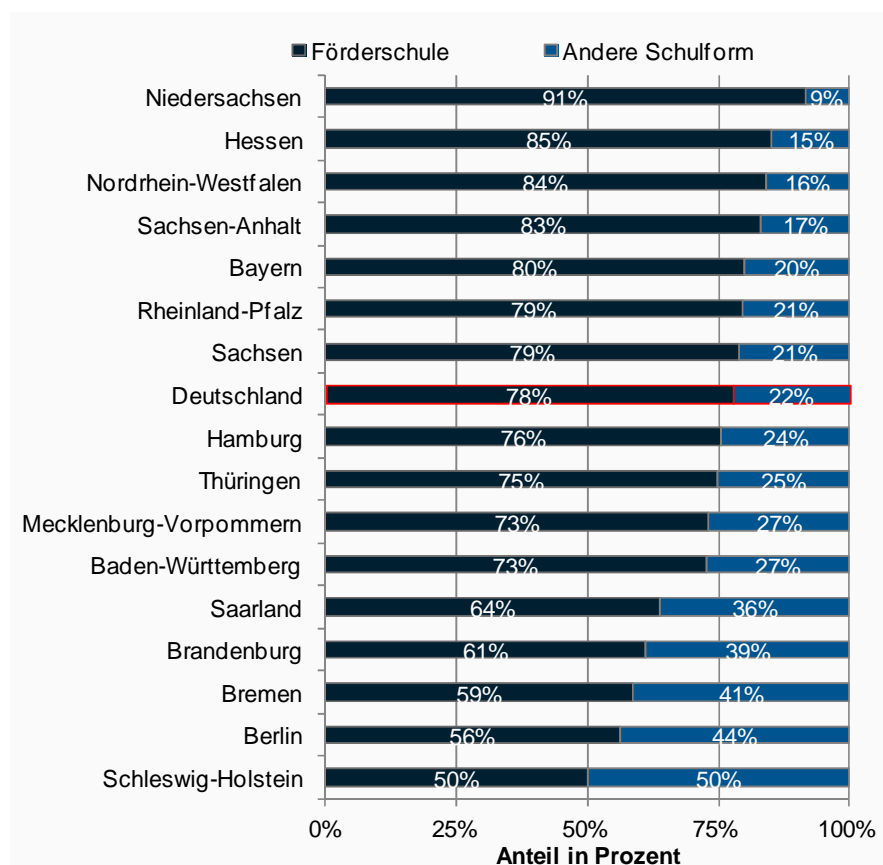
Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Erhebliche Unterschiede bestehen allerdings zwischen den Bundesländern. Während in Niedersachsen weniger als jede zehnte Schülerin bzw. jeder zehnte Schüler mit sonderpädagogischer Förderung eine allgemeine Schule besucht, trifft dies in Schleswig-Holstein bereits auf jede Zweite bzw. jeden Zweiten zu.

Ausländische Kinder werden überproportional häufig an Förderschulen verwiesen. An Förderschulen liegt der Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler im Schuljahr 2011/12 bei 12,1 Prozent. Bezogen auf die Gesamtschülerschaft in allen Schularten ist der Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler dagegen mit 7,7 Prozent deutlich geringer.⁹²

⁹² Statistisches Bundesamt 2012, Ausländische Schüler/innen nach Schularten.

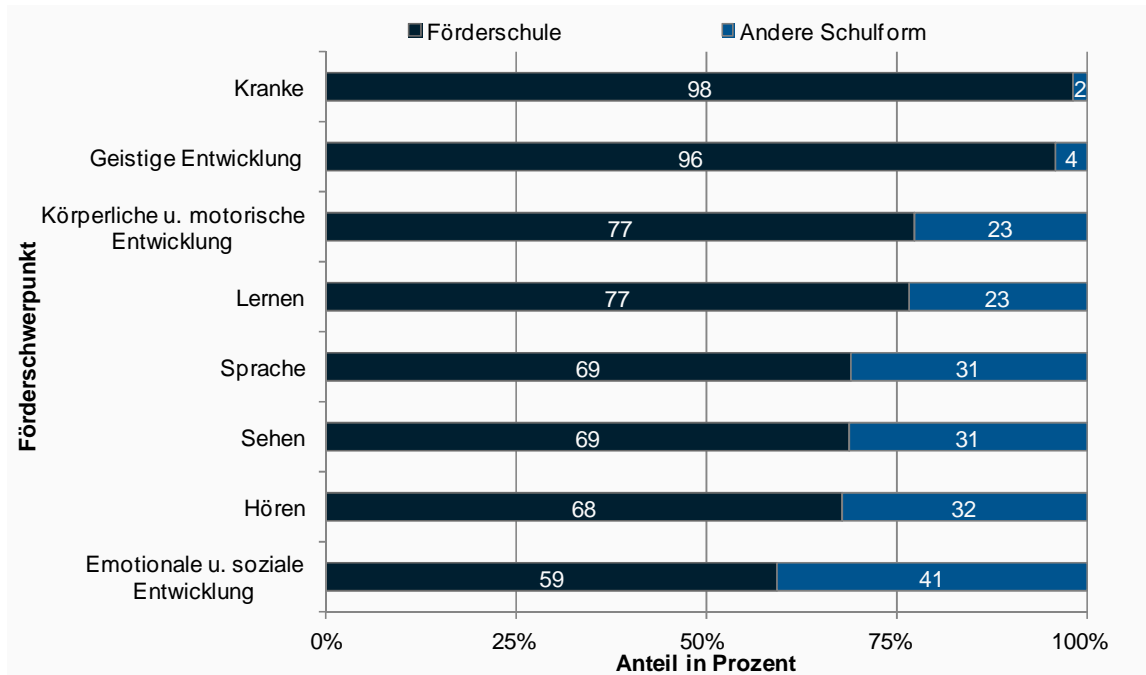
Abbildung 4-11: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die in Förderschulen oder anderen Schulformen unterrichtet werden, an allen Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung, nach Bundesländern, Schuljahr 2010/2011



Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf das Schuljahr 2010/2011.

Wie viele Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung keine Förderschule, sondern eine allgemeine Schule besuchen, variiert erheblich je nach Art der Förderung. Am häufigsten werden Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung im Bereich der emotionalen oder sozialen Entwicklung an allgemeinen Schulen unterrichtet (41 Prozent). Von den Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen beim Hören, Sehen oder bei der Sprache trifft dies auf ungefähr ein Drittel zu, bei den Schülerinnen und Schülern mit Lernschwierigkeiten oder Beeinträchtigungen in der körperlichen oder motorischen Entwicklung wird knapp ein Viertel in allgemeinen Schulen unterrichtet. Im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung oder bei Krankheit wird der Unterricht an einer allgemeinen Schule zur Ausnahme.

Abbildung 4-12: Prozentuale Verteilung der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung auf Förderschulen und andere Schulformen, nach Förderschwerpunkt

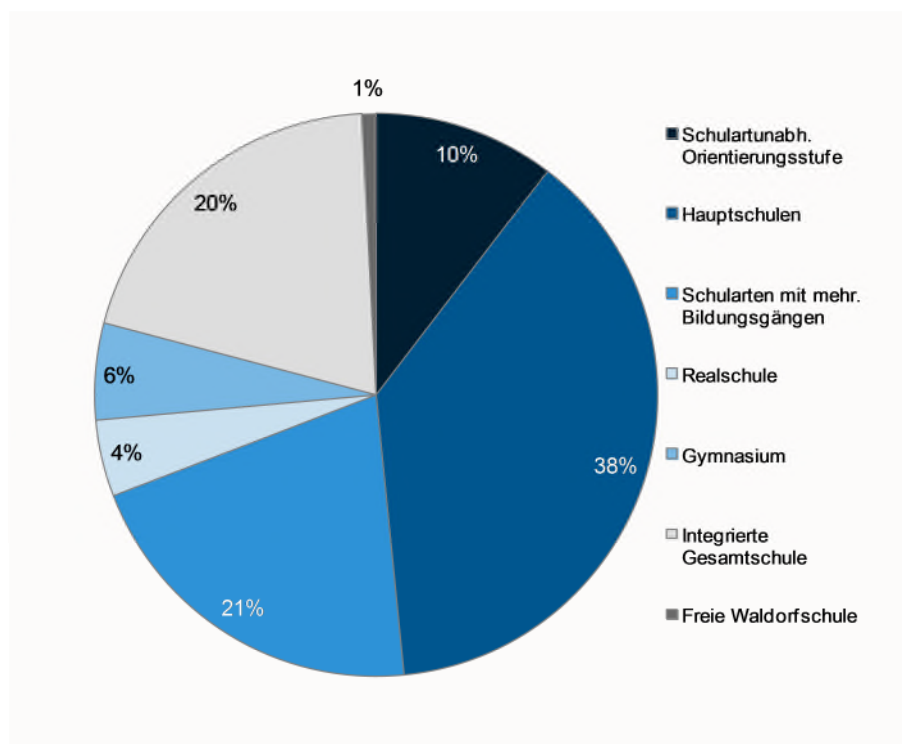


Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf das Schuljahr 2010/2011.

56 Prozent aller Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, die an allgemeinen Schulen unterrichtet werden, besuchen eine Grundschule, die übrigen besuchen eine weiterführende Schule (ohne Abbildung). Dies deutet darauf hin, dass im Grundschulalter die Etablierung des gemeinsamen Unterrichts bereits weiter fortgeschritten ist.

Werden nur die weiterführenden Schulen betrachtet, so entfällt der größte Anteil der an allgemeinen Schulen unterrichteten Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung auf Hauptschulen, gefolgt von Schularten mit mehreren Bildungsgängen sowie integrierten Gesamtschulen. Nur vier Prozent der integrativ unterrichteten Schülerinnen und Schüler besuchen eine Realschule, sechs Prozent ein Gymnasium.

Abbildung 4-13: Verteilung der an allgemeinen weiterführenden Schulen unterrichteten Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung auf die verschiedenen Schulformen



Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Ohne Vorschulbereich, Grundschule und nicht zugeordnete Schulformen. Bezogen auf das Schuljahr 2010/2011. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die absolute Zahl der an Förderschulen unterrichteten Schülerinnen und -schüler ist – dem Trend aller Schülerinnen und Schüler folgend – zwischen 2005 und 2010 deutlich gesunken. Allerdings ist Förder-schulquote, d.h. der Anteil der Förderschülerinnen und -schüler an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht, nahezu konstant geblieben.

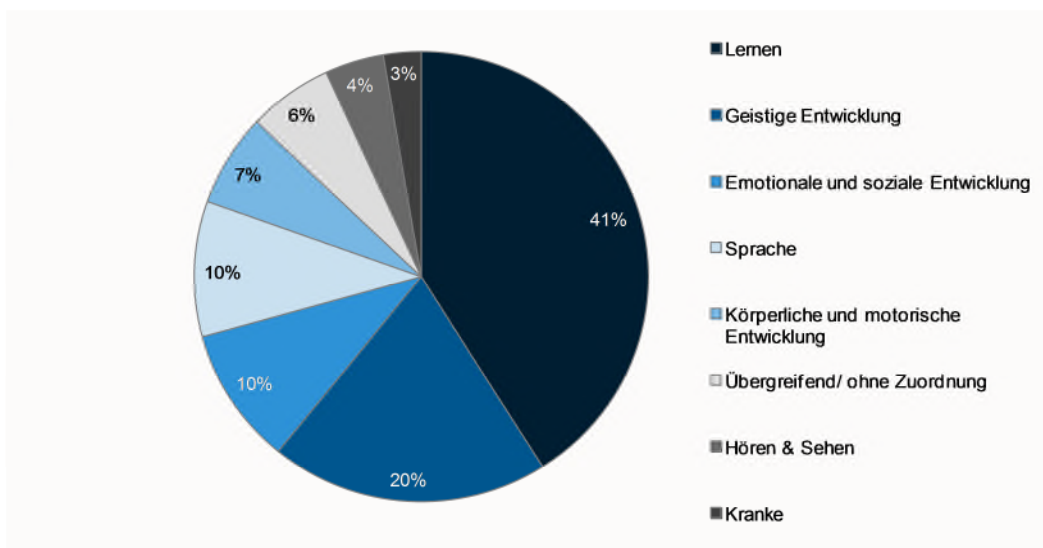
Tabelle 4-9: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an Förderschulen, absolut und Anteil an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht, 2005 bis 2010

Jahr	Schülerinnen und Schüler an Förderschulen	
	Anzahl (absolut)	Anteil an allen Schülerinnen u. Schülern
2005	416.219	4,8%
2006	408.085	4,8%
2007	400.399	4,9%
2008	393.491	4,9%
2009	387.792	5,0%
2010	377.922	4,9%

Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Mit einem Anteil von 64 Prozent stellen Jungen die Mehrzahl der Förderschülerinnen und Förderschüler (ohne Abbildung). Besonders häufig werden Schülerinnen und Schüler an Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen unterrichtet. Weitere zahlenmäßig starke Förderschwerpunkte sind „Emotionale und soziale Entwicklung“ und „Sprache“.

Abbildung 4-14: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an Förderschulen nach Förderschwerpunkten



Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf das Jahr 2010.

Die folgende Tabelle zeigt, dass insgesamt deutlich mehr Jungen als Mädchen Förderschulen besuchen. Knapp die Hälfte (46 Prozent) der Mädchen an Förderschulen besucht eine Schule mit dem Förderschwerpunkt Lernen. Bei den Jungen besucht im Vergleich ein etwas geringerer Anteil (38 Prozent) diesen Förderschwerpunkt.

Tabelle 4-10: Verteilung der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen auf die verschiedenen Förderschwerpunkte

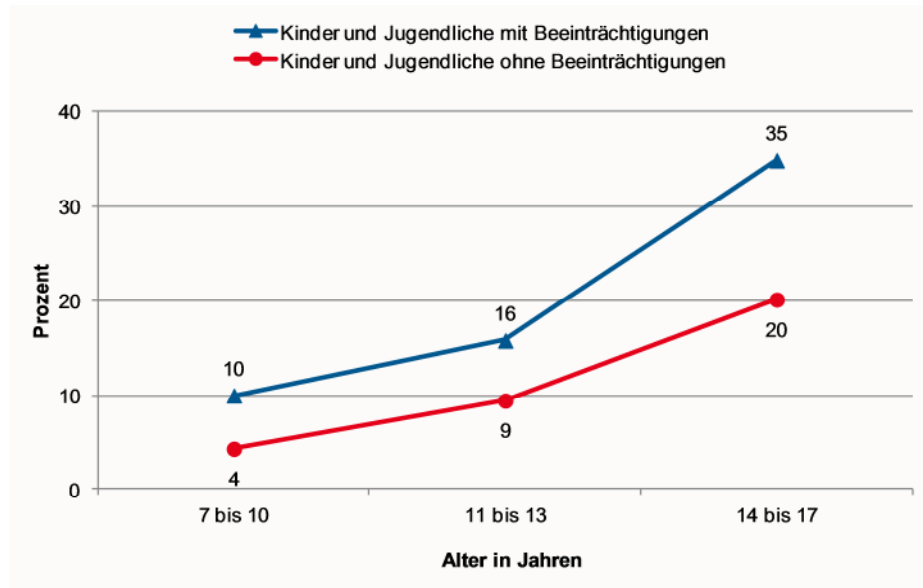
Art der Beeinträchtigung	Jungen		Mädchen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Lernen	91.422	38%	63.537	46%
Geistige Entwicklung	46.032	19%	29.055	21%
Emotionale und soziale Entwicklung	31.704	13%	5.510	4%
Sprache	25.719	11%	10.998	8%
Körperliche und motorische Entwicklung	15.862	7%	9.261	7%
Übergreifend / ohne Zuordnung	14.428	6%	8.301	6%
Hören & Sehen	9.492	4%	6.426	5%
Kranke	5.990	2%	4.185	3%
Alle Förderschwerpunkte	240.649	100%	137.273	100%

Quelle: Statistik des Statistisches Bundesamt zu den allgemeinbildenden Schulen für das Schuljahr 2010/2011. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Ergänzende Informationen zum Schulverlauf können aus der KiGGS Basiserhebung gewonnen werden, die jedoch einen anderen Personenkreis beschreibt als die KMK-Statistiken, die sich auf Kinder mit sonderpädagogischer Förderung beschränken. Auswertungen der KiGGS Basiserhebung zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen häufiger eine Klassenstufe wiederholen als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen. Mehr als jede bzw. jeder dritte 14- bis 17-Jährige mit Beeinträchtigungen hat seit dem ersten Schuljahr mindestens eine Klasse wiederholt, hingegen trifft dies nur auf jede Fünfte bzw. jeden Fünften ohne Beeinträchtigungen zu.⁹³

⁹³ Dieser Indikator hat begrenzte Aussagekraft für Schülerinnen und Schüler in zieldifferenten Bildungsgängen, da es hier zum großen Teil keine Versetzungen gibt.

Abbildung 4-15: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die seit dem Schuleintritt mindestens eine Klasse wiederholt haben



Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Elternfragebogen. Eigene Darstellung Prognos AG.

Jungen werden – unabhängig davon, ob eine Beeinträchtigung vorliegt oder nicht – im Laufe ihrer Schullaufbahn deutlich häufiger nicht in die nächste Klassenstufe versetzt als Mädchen. Besonders deutlich sind diese Unterschiede bei den 14- bis 17-Jährigen. Fast die Hälfte aller Jungen mit Beeinträchtigungen in diesem Alter hat bereits einmal eine Klasse wiederholt, bei den gleichaltrigen Mädchen mit Beeinträchtigungen ist es jede vierte.

Tabelle 4-11: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die seit dem Schuleintritt mindestens eine Klasse wiederholt haben

Alter in Jahren	Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen		Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
7 bis 10	10%	10%	4%	4%
11 bis 13	17%	14%	12%	7%
14 bis 17	45%	23%	24%	16%

Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Elternfragebogen. Eigene Darstellung Prognos AG.

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung von nachmittäglicher Betreuung der Schulkinder wurde die Ganztagsbetreuung an Schulen als eigenständiger Bildungsort stärker etabliert. Insoweit dort kein Unterricht, sondern ergänzende Betreuungs- oder Freizeitangebote gemacht werden, sind sie von dem Unterricht betreibenden Teil der Schulen zu unterscheiden. Die Ganztagsbetreuung an Förderschulen wurde kontinuierlich ausgebaut. Im Jahr 2010 besuchten bereits 45,5 Prozent aller Schülerinnen und Schüler an Förderschulen eine Schule mit Ganztagsbetreuung.

Tabelle 4-12: Förderschulen mit Ganztagsschulbetrieb, 2006 bis 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Anzahl der Schulen	1.744	1.874	1.882	1.999	2.033
Anzahl der Schüler/-innen	158.552	165.025	165.923	173.680	171.895
Anteil Schüler/-innen mit Ganztagsbetreuung an allen Schüler/-innen an Förderschulen	38,9%	41,2%	42,2%	44,8%	45,5%

Quelle: KMK-Statistik zu allgemeinbildenden Schulen in Ganztagsform in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die Ganztagsbetreuung von Schülerinnen und Schülern in allgemeinen Schulen, die in sogenannten Offenen Ganztagschulen stattfindet, ist im Nachmittagsbereich nicht als schulische Maßnahme qualifiziert. Dies hat für Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung zur Folge, dass Unterstützung durch Integrationshelferinnen und Integrationshelfer für die Nachmittagsbetreuung nur einkommens- und vermögensabhängig gewährt wird. Dadurch werden sie bei der Nutzung von Ganztagsangeboten an allgemeinen Schulen benachteiligt. Über die Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, die Ganztagsangebote an allgemeinen Schulen nutzen, liegen keine Statistiken vor.

4.2.3 Berufsausbildung

► Die Anzahl an Personen, die auf eine Ausbildung in speziellen „Berufen für Menschen mit Behinderungen“ ausweichen mussten, ist leicht rückläufig: Im Jahr 2007 waren es 2,5 Prozent aller neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge. Im Jahr 2011 waren es 2 Prozent.

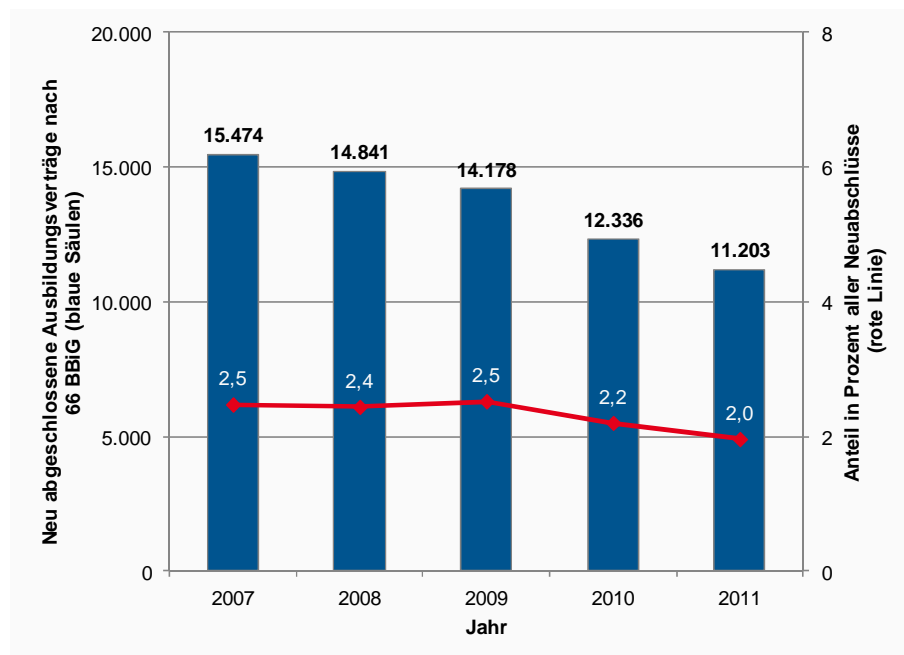
Menschen mit Beeinträchtigungen sollen ebenso wie Menschen ohne Beeinträchtigungen die Möglichkeit haben, in anerkannten Ausbildungsberufen⁹⁴ ausgebildet zu werden. Dieses Anrecht ist im Berufsbildungsgesetz (BBiG) festgeschrieben. Sofern für Menschen mit Beeinträchtigungen wegen Art und Schwere ihrer Beeinträchtigung eine reguläre Berufsausbildung nicht in Betracht kommt, können spezielle

⁹⁴ Anerkannter Ausbildungsberuf bezeichnet Ausbildungsgänge, die durch Ausbildungsordnungen bundeseinheitlich geregelt sind.

Ausbildungsregelungen (nach § 66 BBiG bzw. §42m HwO) Anwendung finden.

Im Folgenden werden Zahlen zu den Neuabschlüssen⁹⁵ von Ausbildungsverträgen in „Berufen für Menschen mit Behinderung“ präsentiert. Dabei ist zu bedenken, dass nur ein kleinerer Teil der jungen Erwachsenen mit Beeinträchtigungen nach dem Schulabschluss eine solche Ausbildung anstrebt. Die Abbildung zeigt, wie sich die Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen in „Berufen für Menschen mit Behinderung“ in den Jahren 2007 bis 2011 entwickelt haben.

Abbildung 4-16: Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen in „Berufen für Menschen mit Behinderung“ (absolut) und Anteil an allen Neuabschlüssen (in Prozent), 2007 bis 2011



Quelle: Datensystem Auszubildende des Bundesinstituts für Berufsbildung auf Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Erhebung zum 31.12.). Eigene Berechnungen Prognos AG.

Gegenüber 2007 ist die absolute Zahl der Neuabschlüsse in „Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderung“ rückläufig, ihre relative Bedeutung, gemessen an ihrem Anteil an allen neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen, geht erstmalig zum Jahr 2010 zurück. Ob dieser Rückgang auf eine möglicherweise verstärkte Nutzung des regulären Ausbildungsangebots zurückzuführen ist, ist den Daten nicht zu entnehmen.

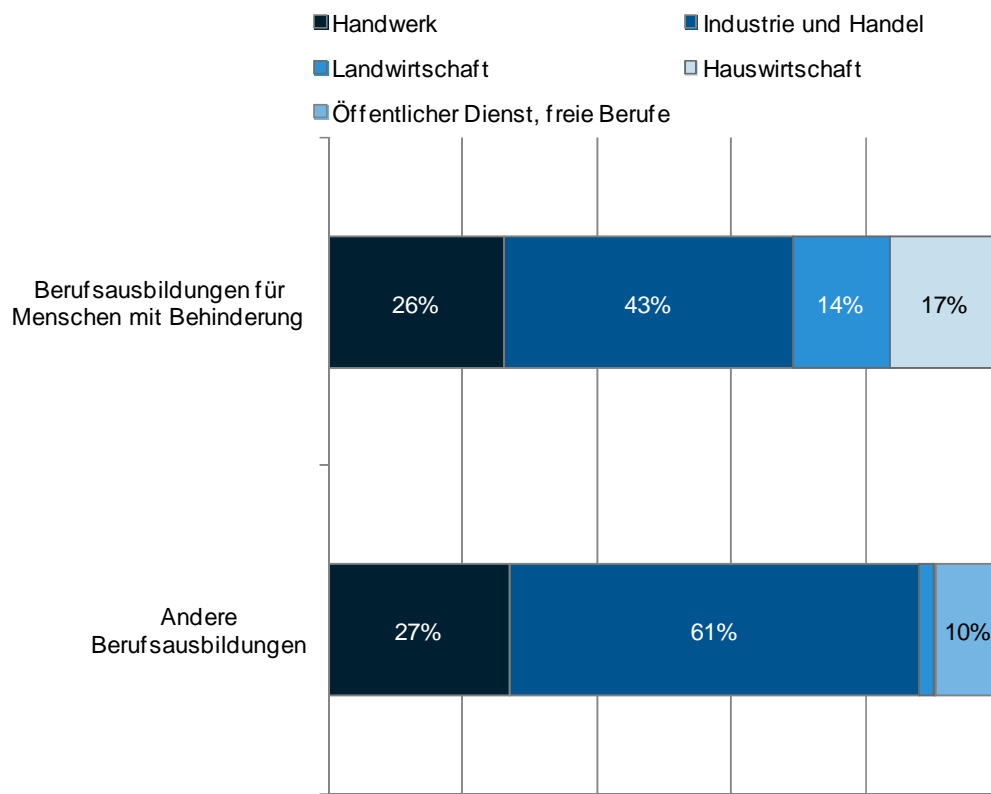
Unter den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen von Männern machen „Ausbildungsverträge für Menschen mit Behinderung“ einen größeren Anteil aus als bei Frauen (2,4 Prozent gegenüber 1,9 Prozent). In Ostdeutschland liegt der Anteil der Neuabschlüsse in den

⁹⁵ In das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder Handwerksordnung (HwO) eingetragene Berufsausbildungsverträge, bei denen der Ausbildungsvertrag im Erfassungszeitraum begonnen hat und am 31.12. noch besteht (Definition bis zum Berichtsjahr 2006) bzw. bis zum 31.12. nicht gelöst wurde (Definition seit dem Berichtsjahr 2007). Neuabschlüsse sind nicht mit Ausbildungsanfängern gleichzusetzen.

„Berufen für Menschen mit Behinderung“ an allen Neuabschlüssen in dieser Region mit 4,6 Prozent mehr als doppelt so hoch wie in Westdeutschland (1,8 Prozent). Nach Auffassung des BIBB deutet die unterschiedliche Verbreitung in Ost- und Westdeutschland darauf hin, dass die Ausbildungsregelungen „auch als Problemlösungsstrategien dienen, um Jugendliche trotz Ausbildungsplatzmangel mit Ausbildungsplätzen zu versorgen.“⁹⁶

„Ausbildungsberufe für Menschen mit Behinderung“ sind deutlich häufiger als reguläre Ausbildungsberufe in den Zuständigkeitsbereichen Hauswirtschaft sowie Landwirtschaft angesiedelt. Die Konzentration auf Berufsfelder mit eher praktischen Anforderungen ist auch dadurch zu erklären, dass diese Ausbildungsgänge Menschen vorbehalten sind, für die eine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf aufgrund von Art oder Schwere ihrer Beeinträchtigung nicht in Betracht kommt.

Abbildung 4-17: Verteilung nach Zuständigkeitsbereichen bei neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen in „Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderung“ und regulären Ausbildungsberufen



Quelle: Datensystem Auszubildende des Bundesinstituts für Berufsbildung auf Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Erhebung zum 31.12.). Bezogen auf das Jahr 2011. Eigene Berechnungen Prognos AG.

⁹⁶ Bundesinstitut für Berufsbildung (2011): Kapitel A 4.4.

Noch deutlichere Unterschiede treten zutage, wenn die Zuständigkeitsbereiche getrennt nach Geschlechtern betrachtet werden. 40 Prozent aller Frauen, die einen Ausbildungsvertrag nach § 66 BBiG neu abschließen, arbeiten im Zuständigkeitsbereich Hauswirtschaft. Von den weiblichen Auszubildenden ohne Beeinträchtigungen entscheidet sich dagegen nur ein Prozent für eine Ausbildung in diesem Bereich. Die neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge von Männern nach § 66 BBiG sind überdurchschnittlich häufig in der Landwirtschaft angesiedelt. Männer ohne Beeinträchtigungen entscheiden sich nur zu drei Prozent für eine Ausbildung in diesem Bereich.

Tabelle 4-13: Verteilung nach Zuständigkeitsbereichen bei neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen in „Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderung“ und regulären Ausbildungsberufen, nach Geschlecht

Zuständigkeitsbereich	Berufsausbildungen für Menschen mit Behinderung		Andere Berufsausbildungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Handwerk	37%	8%	34%	17%
Industrie u. Handel	41%	45%	61%	61%
Landwirtschaft	19%	7%	3%	1%
Hauswirtschaft	3%	40%	0%	1%
Öffentlicher Dienst, freie Berufe	0%	0%	2%	21%
Insgesamt	100%	100%	100%	100%

Quelle: Datensystem Auszubildende des Bundesinstituts für Berufsbildung auf Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Erhebung zum 31.12.). Bezogen auf das Jahr 2011. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Besondere Schwierigkeiten beim Übergang in berufliche Bildung und Ausbildung erleben häufig junge Erwachsene, die keinen Hauptschulabschluss erlangt haben. Mit einem Anteil von 57 Prozent hat über die Hälfte aller Absolventinnen und Absolventen aus dem Jahr 2010, die die Schule ohne Hauptschulabschluss verlassen haben, zuvor eine Förderschule besucht.⁹⁷

Knapp drei Viertel der jungen Erwachsenen ohne Hauptschulabschluss münden nach dem Schulabgang in den Übergangsbereich ein (z. B. berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen der Agenturen für Arbeit, die auch auf den nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses abzielen können oder berufsvorbereitende, schulische An-

⁹⁷ Statistisches Bundesamt (2011b): 25% haben zuvor eine Hauptschule, 6% Schularten mit mehreren Bildungsgängen, jeweils 5% Realschulen oder Integrierte Gesamtschulen und 1% ein Gymnasium (G8) besucht.

gebote der Länder) und nur jeder Vierte beginnt eine duale Ausbildung (ohne Abbildung).⁹⁸ Damit befinden sich Jugendliche ohne Hauptschulabschluss überdurchschnittlich häufig im Übergangsbereich, allerdings ist der Anteil derjenigen, die eine duale Ausbildung begonnen haben, zwischen 2006 und 2010 um neun Prozentpunkte angestiegen.⁹⁹

4.2.4 Hochschulbildung

► Sieben Prozent aller Studierenden geben eine studienerschwerende gesundheitliche Beeinträchtigung an.

Die 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, die im Sommersemester 2012 vom HIS-Institut für Hochschulforschung durchgeführt wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass bundesweit 14 Prozent aller Studierenden gesundheitlich beeinträchtigt sind. Bei der Hälfte von ihnen – also bei sieben Prozent aller Studierenden – wirken sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen studienerschwerend aus (2006: acht Prozent, 2000: sechs Prozent)¹⁰⁰. Eine (sehr) starke beeinträchtigungsbedingte Studienerschwerung liegt bei knapp zwei Prozent aller Studierenden vor. Gut zwei Prozent aller Studierenden geben eine mittelstarke und knapp drei Prozent eine (sehr) schwache beeinträchtigungsbedingte Studienerschwerung an¹⁰¹.

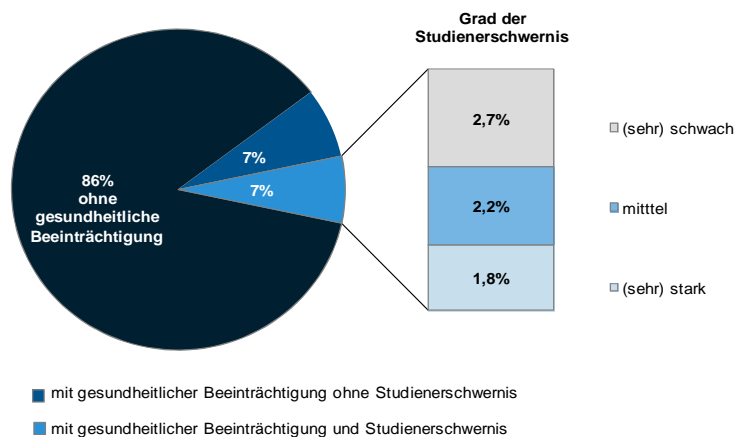
⁹⁸ Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012): Tab. E1-8web. Verteilung der Neuzugänge auf die drei Sektoren des Berufsbildungssystems nach schulischer Vorbildung 2000, 2008 und 2010.

⁹⁹ Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010): S. 98 und Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012): Tab. E1-8web.

¹⁰⁰ Die Erfassung gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Sozialerhebung sowie der damit verbundenen Teilhabebeeinträchtigung im gesellschaftlichen Leben – hier: im Hochschulstudium – beruht auf der Selbstausskunft der Studierenden (20. Sozialerhebung, S. 452). Studierende, die im Zusammenhang mit ihren Beeinträchtigungen in ihrer Teilhabe an der Hochschulbildung eingeschränkt sind, werden in der Studie als „studienrelevant oder studienerschwerend Beeinträchtigte“ bezeichnet.

¹⁰¹ Somit geben knapp zwei Drittel aller Studierenden, die eine studienerschwerende Beeinträchtigung haben, eine mindestens mittelschwere Studienerschwerung an. Im Rahmen der Datenerhebung „beeinträchtigt studieren“ (Berlin, 2012) gaben im Sommersemester 2011 auf einer vierstufigen Skala dagegen 89 Prozent der studienrelevant beeinträchtigten Studierenden eine mindestens mittlere Studienerschwerung an.

Abbildung 4-18: Anteil Studierender mit gesundheitlicher Beeinträchtigung und Grad der Studienschwernis in Prozent



Zusammengefasste 5-stufige Antwortskala von "sehr schwach" bis "sehr stark". Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013), Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2012.

Die Daten der 20. Sozialerhebung geben Auskunft über die Auswirkungen von Beeinträchtigungen auf den Studienverlauf. Studierende mit studienrelevanten Beeinträchtigungen wechseln deutlich häufiger den Studiengang als Studierende ohne studienrelevante Beeinträchtigungen (28 Prozent vs. 16 Prozent), Beeinträchtigte mit einer (sehr) starken Studienschwernis sogar nahezu doppelt so häufig (31 Prozent). Studierende mit studienrelevanten Beeinträchtigungen wechseln zudem häufiger die Hochschule als ihre Kommilitonen und Kommilitoninnen ohne studienrelevante Beeinträchtigungen (24 Prozent vs. 16 Prozent). Das deutet darauf hin, dass Studierende möglicherweise zu Studienbeginn die Konsequenzen der Studienfachwahl und vorhandene Barrieren am Studienort im Hinblick auf ihre Beeinträchtigung oftmals nicht richtig einschätzen können. Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich auch in Bezug auf die Häufigkeit von Studienunterbrechungen von mindestens einem Semester: Während 27 Prozent der Studierenden mit studienerschwerenden Beeinträchtigungen ihr Studium zwischenzeitlich ruhen lassen, gilt dies nur für acht Prozent der Studierenden ohne studienerschwerende Beeinträchtigungen.

In der Studie „beeinträchtigt studieren“ des Deutschen Studentenwerks wurden ausschließlich Studierende zu ihrer Studiensituation befragt, die nach eigenen Angaben eine studienerschwerende gesundheitliche Beeinträchtigung haben.¹⁰² 13 Prozent dieser Befragten geben an, eine amtlich festgestellte Behinderung zu haben, acht Prozent besitzen einen Schwerbehindertenausweis.

¹⁰² Insgesamt sind in die Auswertung der Online-Befragung des Deutschen Studentenwerks (Mai bis Juli 2011) 15.317 Antworten von Studierenden mit studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen eingeflossen.

Die folgende Tabelle zeigt, wie sich die Studierenden auf verschiedenen Arten von Beeinträchtigungen verteilen. Bei Mehrfachbeeinträchtigungen erfolgt die Zuordnung immer zu derjenigen Beeinträchtigungsart, die sich nach eigener Einschätzung am stärksten auf den Studienverlauf auswirkt.¹⁰³ Ausgewiesen ist zudem der Anteil der Studierenden, die hierdurch eine mindestens mittlere Studierschwernis erleben.

Tabelle 4-14: Verteilung der Studierenden mit studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Art der Beeinträchtigung sowie Anteil derjenigen, die sich hierdurch mindestens im mittlerem Maße beeinträchtigt fühlen

Art der Beeinträchtigung, die sich am stärksten im Studium auswirkt	Anteil insgesamt	Mind. mittlere Beeinträchtigung
Psychische Beeinträchtigung/ seelische Erkrankung	45%	95%
Chronisch-somatische Krankheit	20%	83%
Teilleistungsstörung	6%	81%
Sehbeeinträchtigung	5%	69%
Sonstige Beeinträchtigung/ Erkrankung	5%	86%
Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigung	4%	76%
Hör-/Sprechbeeinträchtigung	3%	85%
Psychische Beeinträchtigung <i>und</i> chronisch-somatische Krankheit	3%	98%
Andere Mehrfachbeeinträchtigung	10%	96%
Insgesamt	100%	89%

Quelle: Deutsches Studentenwerk (2012): Beeinträchtigt studieren. Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2011. Eigene Darstellung Prognos AG.

Als häufigste Ursache für Studierschwernisse wird von den Befragten eine psychische Beeinträchtigung bzw. seelische Erkrankung genannt (45 Prozent), die sich bei nahezu allen (95 Prozent) sehr stark, stark oder mittelstark auf ihr Studium auswirkt. Zweithäufigste Ursache sind chronisch-somatische Krankheiten (20 Prozent). Diese beeinträchtigen 83 Prozent der Studierenden mindestens mittelstark. Über alle Beeinträchtigungsarten hinweg fühlen sich die Studierenden mehrheitlich mindestens mittelstark in ihrem Studium beeinträchtigt (89 Prozent). Es gibt hierbei nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Autorinnen und Autoren der Studie kommen zu dem Ergebnis, dass Studierende ohne amtlich festgestellte Behinderung im Schnitt keine geringeren Studierschwernisse angeben als Studierende mit amtlich festgestellter (Schwer-)Behinderung.

¹⁰³ Unter „Andere Mehrfachbeeinträchtigungen“ werden die Studierenden zusammengefasst, die in mehreren Kategorien in gleichem Maße im Studium beeinträchtigt sind.

Zwischen Studierenden in den alten und neuen Studiengängen lassen sich nur geringe Unterschiede feststellen. Studierende im Bachelor sind ungefähr gleich stark im Studium eingeschränkt wie Studierende in den Staatsexamensstudiengängen. Studierende im Master sind hingegen etwas weniger stark eingeschränkt als andere Studierende.

Anhand der Befragungsergebnisse der Studie „Beeinträchtigt studieren“ lässt sich zudem darstellen, wie häufig Beeinträchtigungen eine Rolle bei der Studienwahl spielen. Im Durchschnitt studiert etwa jede bzw. jeder zehnte Studierende aus beeinträchtigungsbedingten Gründen nicht das eigene Wunschfach. Dies hängt häufig damit zusammen, dass die Studierenden ihr Wunschfach nicht für studierbar halten.¹⁰⁴

Barrieren können auch nach Aufnahme eines Studiums auftreten. Damit Studierende mit Beeinträchtigungen die Gebäude der Hochschulen und Studentenwerke vollständig nutzen können, müssen bestimmte Anforderungen an die barrierefreie Zugänglichkeit, die Gestaltung und die Ausstattung erfüllt sein.

Insgesamt haben 38 Prozent der Befragten beeinträchtigungsbedingt besondere Anforderungen hinsichtlich der Raumqualitäten und Raumangebote¹⁰⁵, 13 Prozent sehen einen Bedarf bei der Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Gestaltung von Gebäuden¹⁰⁶. Dabei variieren Inhalt und Häufigkeit der Bedarfe nach Art der Beeinträchtigung. Am häufigsten formulieren Studierende mit Bewegungsbeeinträchtigung bzw. Sinnesbeeinträchtigungen besondere Anforderungen. Die Mehrheit der Studierenden mit einem besonderen Bedarf gibt an, dass dieser nur teilweise oder nicht ausreichend gedeckt wird.¹⁰⁷ Hinsichtlich der erlebten Studierschwernis zeigt sich der folgende Zusammenhang: „Je stärker sich die Beeinträchtigung nach Angaben der Studierenden auf das Studium auswirkt, desto häufiger bestehen beeinträchtigungsbedingt Anforderungen an Bau und Ausstattung von Hochschul- und Studentenwerksgebäuden und umso seltener wird der Bedarf als gedeckt angesehen.“¹⁰⁸

¹⁰⁴ Deutsches Studentenwerk (2012): S. 63.

¹⁰⁵ Raumqualität und Raumangebote umfasst zum Beispiel Rückzugsräume, Belüftungsbedingungen, Sichtverhältnisse/ Beleuchtung sowie Hörverhältnisse/ Akustik.

¹⁰⁶ Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Gestaltung von Gebäuden umfasst zum Beispiel die bauliche Grundausstattung (z.B. Erfüllung von Mindeststandards der Barrierefreiheit, wie die Ausstattung mit Aufzügen, Behinderten-WCs, ausreichend breiten Türen), den Zugang zu Gebäuden, barrierefreien Nahverkehr, barrierefreie Außenräume, behindertengerechte Parkplätze, Orientierungshilfen (z.B. Blindenleitsysteme, Wegbeschreibungen für Rollstuhlnutzer/innen), technische Ausstattung (z.B. speziell angepasste Arbeitsplätze für Studierende mit Beeinträchtigungen).

¹⁰⁷ Deutsches Studentenwerk (2012) : S.122-130.

¹⁰⁸ Deutsches Studentenwerk (2012): S.130.

Tabelle 4-15: Beeinträchtigungsbedingter Bedarf von Studierenden an Ausstattung und Gestaltung von Räumen und Gebäuden sowie an die barrierefreie Zugänglichkeit in Abhängigkeit von der Beeinträchtigungsart

Art der Beeinträchtigung, die sich am stärksten im Studium auswirkt	Anteil der Studierenden mit Bedarf bei	
	Raumqualitäten und Raumangeboten	Barrierefreie Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Gebäuden
Psychische Beeinträchtigung/ seelische Erkrankung	34%	7%
Chronisch-somatische Krankheit	34%	13%
Teilleistungsstörung	22%	6%
Sehbeeinträchtigung	61%	24%
Sonstige Beeinträchtigung/ Erkrankung	37%	12%
Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigung	26%	48%
Hör-/Sprechbeeinträchtigung	61%	9%
Psychische Beeinträchtigung <i>und</i> chronisch-somatische Krankheit	47%	14%
Andere Mehrfachbeeinträchtigung	52%	24%
Studierende mit Bedarf insgesamt	38%	13%

Quelle: Deutsches Studentenwerk (2012): *Beeinträchtigt studieren. Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2011. Eigene Darstellung Prognos AG.*

Neben infrastrukturellen Anforderungen bzw. Barrieren beschreibt die Hälfte der Studierenden mit Beeinträchtigungen einen besonderen Bedarf an Unterstützungsleistungen in Form von barrierefreien allgemeinen Angeboten und/ oder speziellen Begleitangeboten zur Kompensation beeinträchtigungsbedingter Nachteile im Hochschulalltag. Nach Einschätzung von 92 Prozent der Studierenden werden diese Bedarfe derzeit nicht ausreichend oder nur teilweise gedeckt.¹⁰⁹

Barrieren erleben Studierende mit Beeinträchtigungen insbesondere bei der Studiendurchführung. Als problematisch genannt werden hier insbesondere das vorgegebene Leistungspensum pro Semester (52 Prozent der Studierenden mit Beeinträchtigungen), Anwesenheitspflichten (48 Prozent), hohe Prüfungsdichte (44 Prozent) sowie zeitliche Vorgaben in Prüfungssituationen oder Abgabefristen (41 Prozent). Welche Schwierigkeiten auftreten, variiert dabei stark nach Art der Beeinträchtigung.¹¹⁰ Durch Nachteilsausgleiche sollen diese Schwierigkeiten kompensiert werden. Allerdings macht derzeit

¹⁰⁹ Deutsches Studentenwerk (2012): S. 134-144.

¹¹⁰ Deutsches Studentenwerk (2012): S. 146-151.

nur ein Drittel der Studierenden, die von beeinträchtigungsbedingten Schwierigkeiten bei der Studiendurchführung berichten, hiervon Gebrauch. Die geringe Inanspruchnahme hängt häufig damit zusammen, dass Studierende die Möglichkeiten des Nachteilsausgleichs nicht kennen. Ein Drittel verzichtet auf Nachteilsausgleiche, damit ihre Beeinträchtigung nicht bekannt wird.¹¹¹

Beeinträchtigungsspezifische Informations- und Beratungsangebote sind unter den Studierenden mit Beeinträchtigungen insgesamt gut bekannt: 80 Prozent kennen mindestens ein Angebot, aber nur ein Viertel nutzt sie aktuell. Studierende, die beeinträchtigungsspezifische Informations- oder Beratungsangebote kennen, sie aber nicht nutzen, geben hierfür verschiedene Gründe an: Ein gutes Drittel sieht derzeit keinen Bedarf an einer Beratung. Ein weiteres Drittel fühlt sich durch die Angebote nicht angesprochen. Insbesondere Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen, aber auch Studierenden mit anderen Beeinträchtigungsformen schrecken zudem häufig vor der Nutzung zurück, da sie nicht möchten, dass ihre Beeinträchtigung bekannt wird.¹¹²

Ein weiteres Studienhindernis kann in der finanziellen Situation der Studierenden mit studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestehen, wenn die Beeinträchtigung mit einem finanziellen Mehrbedarf verbunden ist. In der Befragung des Deutschen Studentenwerks (2012) gaben mehr als zwei Drittel der Studierenden mit Beeinträchtigungen an, dass sie beeinträchtigungsbedingte Zusatzkosten für ihren Lebensunterhalt zu tragen haben. Neun Prozent berichten von beeinträchtigungsbedingten Zusatzkosten für das Studium. „Vor allem Studierende mit Bewegungs- (31 Prozent), Seh- (20 Prozent) oder Hör-/ Sprechbeeinträchtigung (23 Prozent) und Studierende mit Mehrfachbeeinträchtigung (17 Prozent) haben studienbezogene Zusatzkosten, z. B. für technische Hilfsmittel zum Studium, spezielle Lehr- und Lernmaterialien oder Studienassistenten.“¹¹³ Bei einem Viertel der Studierenden mit beeinträchtigungsbedingten Zusatzkosten im Studium ist die Finanzierung dieser Kosten (eher) nicht gesichert. Von denjenigen, die beeinträchtigungsbedingte Zusatzkosten für den Lebensunterhalt hatten, konnten 15 Prozent die Finanzierung ihres Lebensunterhalts nicht (völlig) sicherstellen.¹¹⁴

¹¹¹ Deutsches Studentenwerk (2012): S.159-160.

¹¹² Deutsches Studentenwerk (2012): S.91-117.

¹¹³ Deutsches Studentenwerk (2012): S. 199.

¹¹⁴ Deutsches Studentenwerk (2012): S. 215.

4.2.5 Schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse

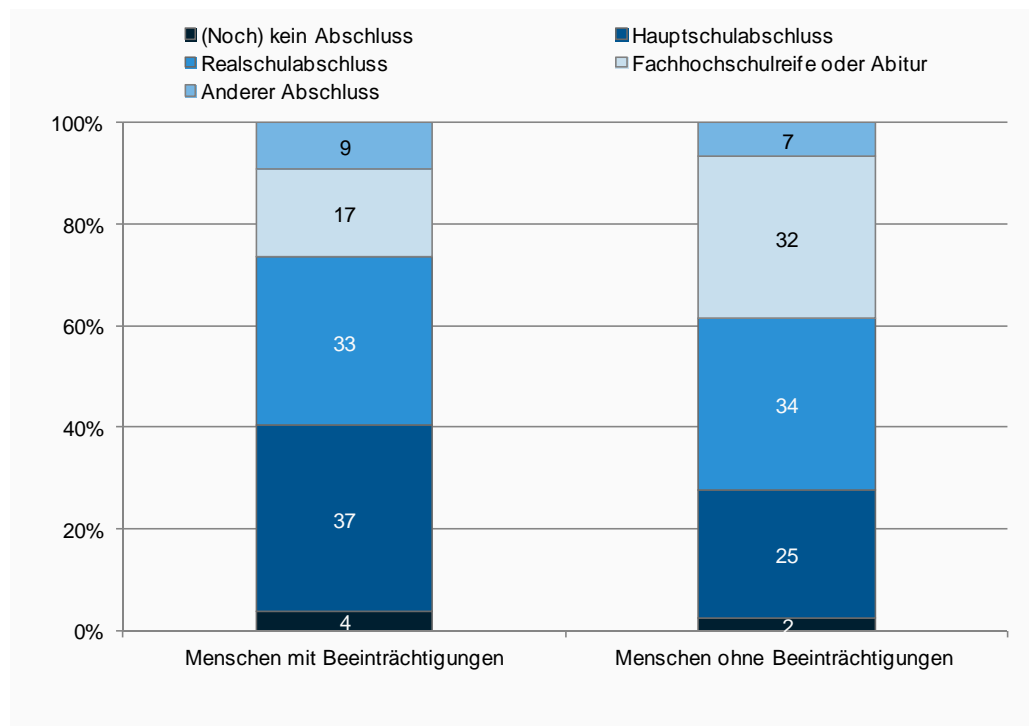
► Jeder zweite 20- bis 64-jährige Erwachsene mit Beeinträchtigungen hat nur ein geringes schulisches Bildungsniveau (maximal Hauptschul- oder keinen Schulabschluss). Bei Erwachsenen ohne Beeinträchtigung trifft dies dagegen auf jede bzw. jeden Dritten zu. Menschen mit Beeinträchtigungen (30 bis 64 Jahre) haben mit einem Anteil von 19 Prozent doppelt so häufig keinen beruflichen Abschluss wie Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen.

Schulabschlüsse

Schulabschlüsse entscheiden in besonderer Weise darüber, welche weiteren schulischen und beruflichen Qualifikationen erworben werden können und welche beruflichen Einstiegsmöglichkeiten¹¹⁵ oder weiteren Bildungswege offen stehen. Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) haben nur etwa halb so oft die Fachhochschulreife oder das Abitur erworben wie Menschen ohne Beeinträchtigungen, wie die folgende Abbildung zeigt. Damit sind sie deutlich seltener zur Aufnahme eines akademischen Studiums berechtigt. Als höchsten schulischen Abschluss erreichen Menschen mit Beeinträchtigungen dagegen erkennbar häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen einen Hauptschulabschluss (37 Prozent gegenüber 25 Prozent). Vier Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen geben an, dass sie die Schule ohne Abschluss verlassen oder noch keinen Abschluss erzielt haben. Weitere neun Prozent haben einen anderen Abschluss. Hierunter dürften auch Abschlüsse von Förderschulen fallen. Insgesamt weist damit bis zu jeder zweite Erwachsene mit Beeinträchtigungen ein formell geringes Bildungsniveau (ohne Abschluss, Hauptschul- oder anderer Abschluss) auf. Unter den Erwachsenen ohne Beeinträchtigungen fällt dieser Anteil mit bis zu einem Drittel deutlich geringer aus.

¹¹⁵ Die Zugangsberechtigungen zu dualen Ausbildungen sehen nach den jeweiligen Ausbildungsordnungen der Berufe regelmäßig keinen schulischen Abschluss vor. Allerdings fordern Ausbildungsbetriebe häufig einen Abschluss als Einstellungs Voraussetzung.

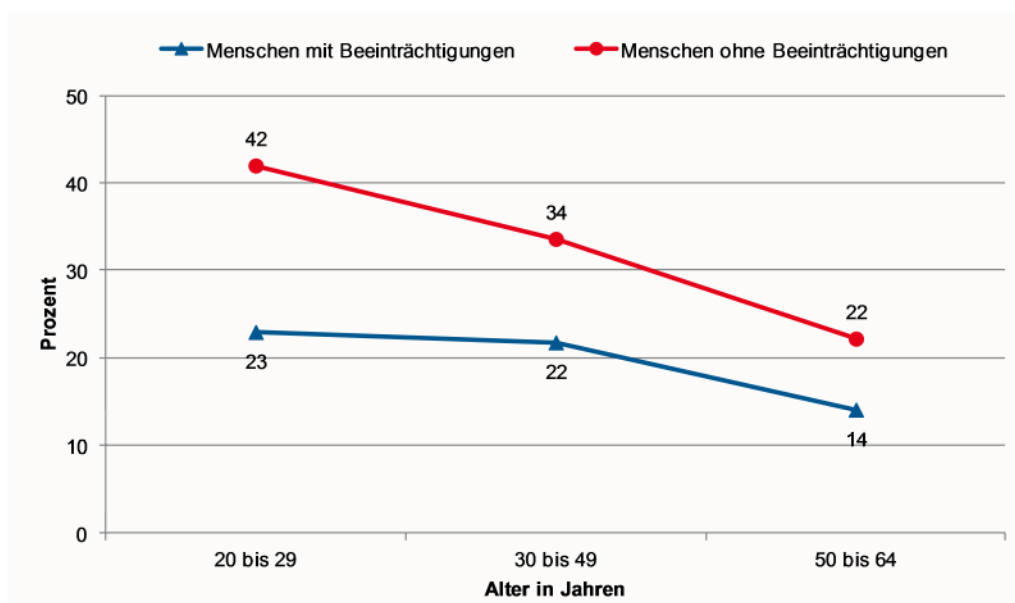
Abbildung 4-19: Höchste Schulabschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle ab 20- bis 64-Jährigen.

Mit der Veränderung des Schulsystems hat sich im Laufe der Zeit auch die Verbreitung von Schulabschlüssen verschoben. Über die Richtung dieser Veränderungen gibt eine Untersuchung des von Menschen verschiedenen Alters erreichten Bildungsniveaus Hinweise.

Abbildung 4-20: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen mit Fachhochschulreife oder Abitur, nach Alter



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Der Anteil der Höherqualifizierten liegt bei Menschen mit Beeinträchtigungen in allen betrachteten Altersklassen niedriger als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen. An der deutlichen Zunahme von hohen Schulabschlüssen, wie sie sich bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen bei den jüngeren Schülergenerationen erkennen lässt, haben Menschen mit Beeinträchtigungen nicht teilgehabt. Im Ergebnis fällt der Unterschied bei den 20- bis 29-Jährigen mit 19 Prozentpunkten am größten aus.

Die folgende Tabelle zeigt, ob Männer und Frauen sich hinsichtlich des erreichten schulischen Bildungsniveaus voneinander unterscheiden.

Tabelle 4-16: Höchste Schulabschlüsse von Männern und Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen

Höchster Abschluss	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
(Noch) kein Abschluss	5%	2%	3%	2%
Hauptschulabschluss	40%	34%	28%	23%
Realschulabschluss	28%	37%	31%	36%
Fachhochschulreife oder Abitur	18%	17%	33%	31%
Anderer Abschluss	9%	9%	5%	8%
Insgesamt	100%	100%	100%	100

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 20- bis 64-Jährigen.

Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen erreichen ähnlich häufig einen Schulabschluss, der sie zu einem (Fachhochschul-)Studium berechtigt. Im Unterschied zu Frauen verlassen Männer mit Beeinträchtigungen die schulische Ausbildung jedoch häufiger mit Hauptschulabschluss oder ohne Abschluss. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei Männern und Frauen ohne Beeinträchtigungen, allerdings auf einem anderen Ausgangsniveau.

Neben dem Geschlecht kann auch die Art und Schwere der Beeinträchtigungen Einfluss auf das erreichte schulische Bildungsniveau haben. Die Art der Beeinträchtigung wird in diesem Bericht nicht in der gewünschten Differenzierung erfasst, entsprechende Auswertungen sind zukünftigen Berichten vorbehalten. Unterschieden werden können gegenwärtig jedoch die Menschen mit einer anerkannten Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung von den Menschen, die keine solche anerkannte Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung haben und stattdessen eine chronische Krankheit aufweisen, die sie bei ihren alltäglichen Tätigkeiten einschränkt. Dieser Zusammenhang wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 4-17: Höchste Schulabschlüsse, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen

Höchster Abschluss	Menschen mit Erwerbsm./ Schwerbehinderung	Chronisch Kranke mit Aktivitätsbeeinträchtigungen
(Noch) kein Abschluss	4%	4%
Hauptschulabschluss	42%	29%
Realschulabschluss	31%	37%
Fachhochschulreife oder Abitur	14%	21%
Anderer Abschluss	9%	9%
Insgesamt	100%	100%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 20- bis 64-Jährigen.

Hier zeigt sich, dass chronisch kranke Menschen mit Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten im Vergleich zu Menschen mit anerkannter Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung sowohl häufiger Abitur machen als auch die Schule mit mittleren Abschlüssen beenden.

Besondere Risiken hinsichtlich des Erreichens eines berufsqualifizierenden Abschlusses sehen sich die 40.226 Schülerinnen und Schüler gegenüber, die im Jahr 2010 die Förderschule beendet haben. Von diesen erreichte etwa jede bzw. jeder Vierte mindestens einen Hauptschulabschluss, 75 Prozent haben dagegen die Förderschule verlassen, ohne einen Hauptschulabschluss zu erwerben.

Tabelle 4-18: Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen, nach Art des Abschlusses

Abschluss	Abgänger/-innen von Förderschulen	
	absolut	Anteil
Ohne Hauptschulabschluss	30.306	75%
Mit Hauptschulabschluss	8.954	22%
Mit mittlerem Abschluss	894	2%
Mit (Fach-) Hochschulreife	72	0%
Insgesamt	40.226	100%

Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf das Jahr 2010.

Gegenüber 2005 ist der Anteil der Abgängerinnen und Abgänger, die nicht mindestens einen Hauptschulabschluss erreichten, um drei Prozentpunkte geringfügig zurückgegangen.

Tabelle 4-19: Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen, nach Art des Abschlusses, 2005 bis 2010

Jahr	Abgänger/-innen absolut	Davon ohne Hauptschulabschluss
2005	49.660	78%
2006	50.862	77%
2007	49.689	77%
2008	46.437	76%
2009	43.900	76%
2010	40.226	75%

Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Bei den Abgängerinnen und Abgängern von Förderschulen handelt es sich zu 62 Prozent um männliche Jugendliche. Mit einem Anteil von 23 Prozent erreichen sie etwas häufiger einen Hauptschulabschluss als Absolventinnen (20 Prozent) (ohne Abbildung).¹¹⁶

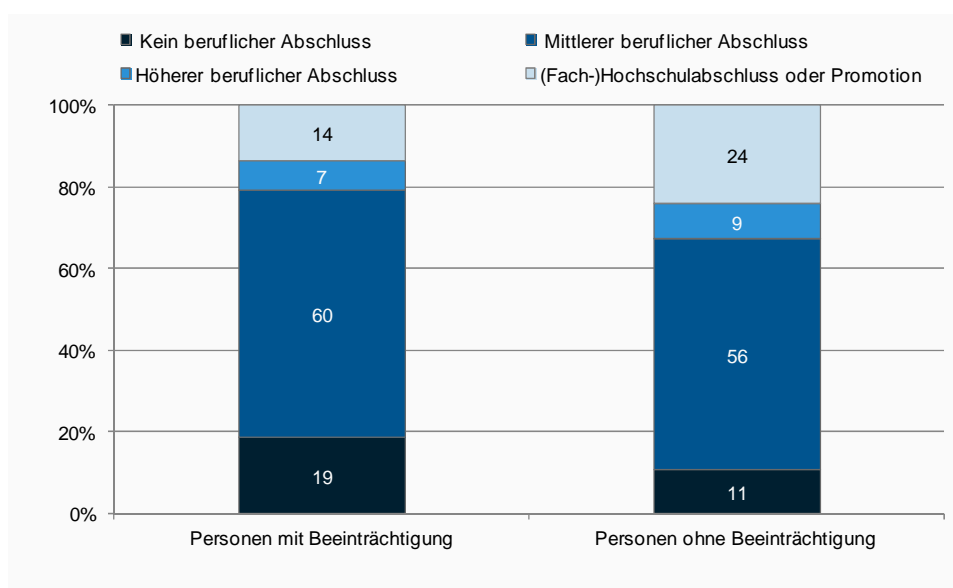
Berufsqualifizierende Abschlüsse

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der höchsten beruflichen Abschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen.¹¹⁷ Bei der Interpretation der folgenden Zahlen ist zu beachten, dass sie sich jeweils auf die Gesamtheit aller Erwachsenen im Alter von 30 bis 64 Jahren beziehen. Es handelt sich also nicht um die beruflichen Abschlüsse derjenigen, die aktuell ihre Ausbildung oder ihr Studium beendet haben.

¹¹⁶ Statistisches Bundesamt (2011b).

¹¹⁷ Berechnet in Anlehnung an die ISCED97-Klassifikation: Kein beruflicher Abschluss (noch kein Abschluss, ohne Abschluss, Haupt-/Realschulabschluss), mittlerer beruflicher Abschluss ((Fach-) Abitur, beruflicher Abschluss nach absolvierter allgemeiner Schule), höherer beruflicher Abschluss ((Fach-) Abitur und Schule Gesundheitswesen, Fachschule, Meister, Beamtenausbildung), (Fach-)Hochschulabschluss oder Promotion.

Abbildung 4-21: Höchste berufliche Abschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 30- bis 64-Jährigen. Jüngere Jahrgänge werden nicht betrachtet, da berufliche Abschlüsse zu diesem Zeitpunkt häufig noch nicht abgeschlossen sind.

Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen hat etwa jeder fünfte 30- bis 64-Jährige keinen beruflichen Abschluss und weist daher schlechtere Chancen zur Teilhabe am Erwerbsleben auf. Das Gleiche trifft auf jeden zehnten nicht beeinträchtigten Erwachsenen zu. Berufe mit guten Verdienstmöglichkeiten setzen i. d. R. höhere berufliche oder akademische Abschlüsse voraus. Während 33 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen über ein solches hohes Qualifikationsniveau verfügen, liegt dieser Anteil unter den Menschen mit Beeinträchtigungen bei 21 Prozent.

Differenziert nach Altersklassen zeigen sich bei der Verteilung der höchsten Berufsabschlüsse bei den Menschen mit Beeinträchtigungen keine statistisch aussagekräftigen Unterschiede.

Tabelle 4-20: Höchste berufliche Abschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, nach Alter

Alter in Jahren	Kein beruflicher Abschluss	Mittlerer beruflicher Abschluss	Höherer beruflicher Abschluss	(Fach-) Hochschulabschluss oder Promotion
Menschen mit Beeinträchtigungen				
30 bis 49	20%	58%	9%	13%
50 bis 64	18%	62%	6%	14%
Menschen ohne Beeinträchtigungen				
30 bis 49	9%	57%	9%	25%
50 bis 64	13%	55%	9%	23%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 30- bis 64-Jährigen. Jüngere Jahrgänge werden nicht betrachtet, da berufliche Abschlüsse zu diesem Zeitpunkt häufig noch nicht abgeschlossen sind.

Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen unterscheiden sich hinsichtlich der von ihnen erreichten Berufsabschlüsse nur geringfügig und nur bei den 50- bis 64-Jährigen statistisch aussagekräftig.

Tabelle 4-21: Anteil der Männer und Frauen, mit und ohne Beeinträchtigungen, ohne beruflichen Abschluss

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
30 bis 49	20%	20%	8%	10%
50 bis 64	16%	20%	11%	16%
Insgesamt (30-64)	17%	20%	10%	13%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 30- bis 64-Jährigen. Berechnet anhand der ISCED-Klassifikation („noch kein Abschluss“, „ohne Abschluss“, „Haupt-/ Realschulabschluss“).

Einen großen Einfluss übt hingegen das Vorliegen eines Migrationshintergrundes aus.

Tabelle 4-22: Höchste berufliche Abschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, nach Migrationshintergrund

Höchster Abschluss	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Ohne Migrationshintergr.	Mit Migrationshintergr.	Ohne Migrationshintergr.	Mit Migrationshintergr.
Kein beruflicher Abschluss	15%	38%	8%	21%
Mittlerer beruflicher Abschluss	63%	46%	57%	52%
Höherer beruflicher Abschluss	8%	3%	9%	6%
(Fach-) Hochschulabschluss oder Promotion	14%	12%	25%	21%
Insgesamt	15%	38%	8%	21%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 30- bis 64-Jährigen.

Menschen mit Migrationshintergrund haben mehr als doppelt so häufig keinen beruflichen Abschluss wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Besonders häufig fehlt ein beruflicher Abschluss, wenn sowohl ein Migrationshintergrund als auch eine Beeinträchtigung zusammentreffen.

Auch der Schweregrad einer anerkannten Behinderung und das Vorliegen einer chronischen Krankheit weisen einen Zusammenhang mit dem erreichten beruflichen Bildungsniveau auf. Je höher der Grad der anerkannten Behinderung, desto seltener verfügen Menschen mit Beeinträchtigungen über einen beruflichen Abschluss. Chronisch Kranke mit Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten haben dabei insgesamt häufiger einen Berufsabschluss als Menschen mit einer anerkannten Behinderung.

Tabelle 4-23: Menschen ohne beruflichen Abschluss, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen

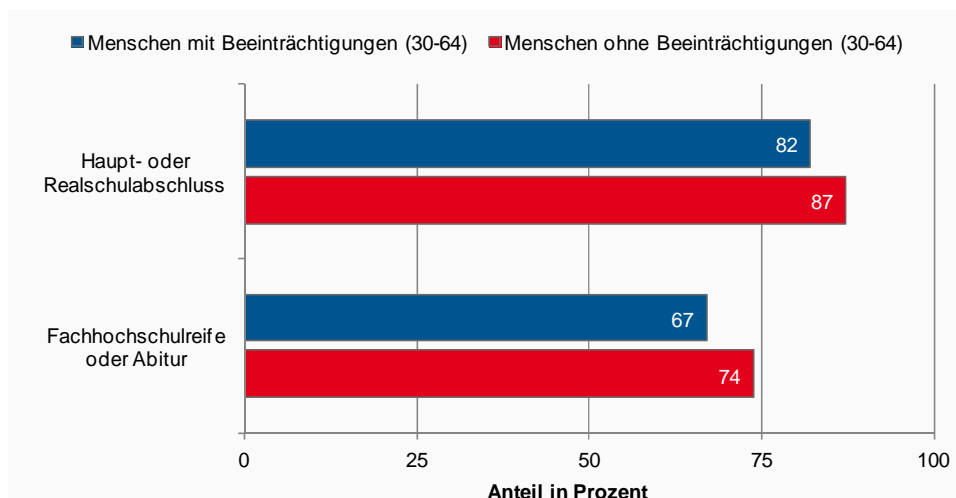
Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	Anteil ohne beruflichen Abschluss
Mit anerkannter Erwerbsminderung/ Behinderung, davon	20%
GdB < 50	17%
GdB 50 bis 80	21%
GdB 90 bis 100	27%
Chronisch krank mit Aktivitätseinschränkungen	16%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 30- bis 64-Jährigen.

Von Ausbildungsbetrieben wird im Regelfall ein bestimmter Schulabschluss vorausgesetzt. Menschen mit Beeinträchtigungen gelingt seltener ein beruflicher Abschluss entsprechend ihrem schulischen Qualifikationsniveau, und zwar insbesondere dann, wenn sie eine Fachhochschulreife oder ein Abitur erworben haben.

Diejenigen Menschen mit Beeinträchtigungen, die einen Hauptschul- oder Realschulabschluss haben, absolvieren im weiteren Verlauf seltener eine Lehre oder eine betriebliche Ausbildung als Personen, die im Besitz eines solchen Abschlusses sind und keine Beeinträchtigungen aufweisen. Gleiches gilt für Menschen mit Beeinträchtigungen, die die Fachhochschulreife oder das Abitur erworben haben. Gegenüber Menschen ohne Beeinträchtigungen studieren sie seltener oder machen seltener eine höhere berufliche Ausbildung.

Abbildung 4-22: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die einen ihrem Schulabschluss entsprechenden beruflichen Abschluss erreichen¹¹⁸



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 30- bis 64-Jährigen.

4.2.6 Lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung

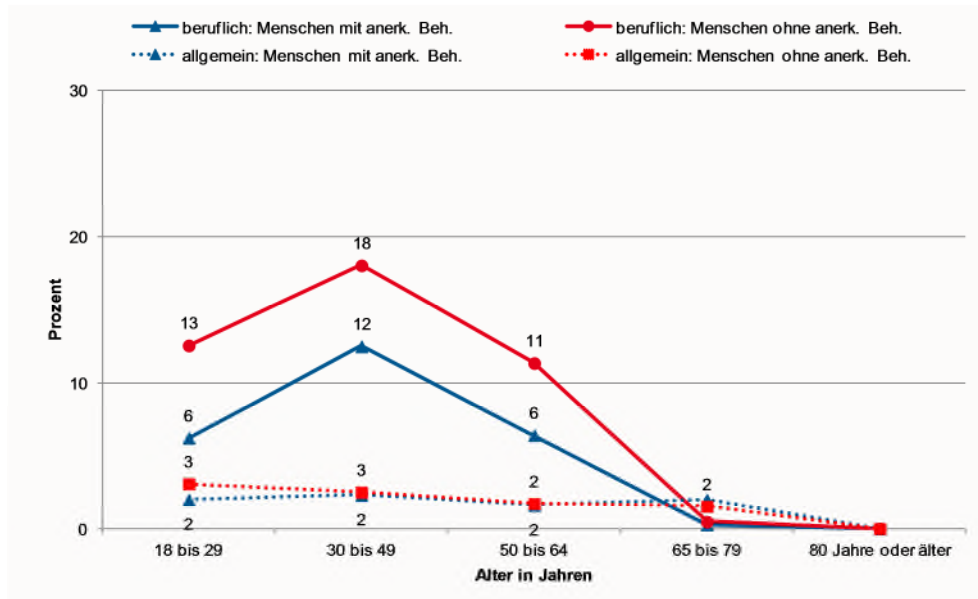
► An beruflichen Bildungsangeboten nehmen Menschen mit einer anerkannten Behinderung seltener teil als Menschen ohne eine anerkannte Behinderung.

Für die Teilgruppe der Menschen mit einer anerkannten Behinderung lässt sich auf Basis des Mikrozensus die Teilnahme an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung in Form von Kursen, Seminaren, Tagungen oder Privatunterricht innerhalb eines Jahres abbilden. Im Vergleich zwischen den Altersklassen zeigt sich, dass die 30- bis 49-Jährigen unabhängig vom Vorliegen einer anerkannten Behinderung am aktivsten an Weiterbildungen teilnehmen. Am Anfang der Erwerbsphase (18 bis 29 Jahre) sowie zum Ende hin (50 bis 64 Jahre) liegt die Bildungsbeteiligung etwa auf einem ähnlichen, naturgemäß deutlich niedrigeren Niveau.

Menschen mit einer anerkannten Behinderung nehmen dabei deutlich seltener berufliche Bildungsangebote wahr als Menschen ohne anerkannte Behinderung. Dies ist vor dem Hintergrund ihrer geringeren Erwerbsintegration zu interpretieren. Im Bereich der allgemeinen Weiterbildung ist die Nutzung jedoch ähnlich, allerdings sowohl für Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen und über alle Altersklassen sehr gering ausgeprägt.

¹¹⁸ Bei einem Haupt- oder Realschulabschluss gilt ein Abschluss als entsprechend, der mindestens dem Niveau einer mittleren beruflichen Ausbildung entspricht. Bei Fachhochschulreife oder Abitur gilt ein Abschluss als entsprechend, der dem Niveau einer höheren beruflichen Ausbildung oder einem (Fach-)Hochschulabschluss entspricht.

Abbildung 4-23: Anteil der Menschen mit anerkannter Behinderung, die in den letzten 12 Monaten an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung teilgenommen haben



Quelle: Mikrozensus 2009. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Weitere Differenzierungen zeigen, dass mit steigendem Grad der Behinderung die Nutzung von Weiterbildungsangeboten sinkt.

Tabelle 4-24: Anteil der Menschen mit anerkannter Behinderung, die in den letzten 12 Monaten an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung teilgenommen haben, nach Grad der Behinderung

Alter in Jahren	Menschen mit anerkannter Behinderung			
	Insgesamt	Darunter GdB		
		< 50	50 bis 80	90 bis 100
18 bis 29	8%	17%	10%	/
30 bis 49	15%	21%	14%	5%
50 bis 64	8%	12%	7%	3%
65 bis 79	2%	3%	2%	1%
Insgesamt (18 bis 79)	7%	11%	6%	2%

Quelle: Mikrozensus 2009. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Konkrete Barrieren, die Menschen mit Beeinträchtigungen von der Nutzung von Weiterbildungsangeboten abhalten, werden in repräsentativen Befragungen nicht abgefragt.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Bildung und Ausbildung

Bildung als Prozess der Aneignung von Wissen, Kompetenzen und Erfahrungen findet über die gesamte Lebensspanne statt. Sie hat eine zentrale Bedeutung für die Lebensführung, denn sie beeinflusst in mehrfacher Weise die Lebenslage und damit die Lebenschancen: Der Bildungsabschluss stellt nach wie vor einen zentralen Kontextfaktor für Zugangschancen zum Arbeitsmarkt, zu Einkommen und zu sozialem Ansehen und damit eine wesentliche Determinante sozialer Ungleichheit dar. Bildung ist aber mehr als das, was sich in ‚klingende Münze‘ wenden lässt, was der politischen oder ökonomischen Verzweckung dient und als einseitige permanente Leistungserwartung und -förderung selektive Wirkungen zeitigen kann:

Eine umfassende Bildung eröffnet neben Wissenszugewinnen immer auch Optionen für die eigene Lebensgestaltung. Das bedeutet, die eigene Lebensführung und seine Identität nicht nur schicksalhaft oder einzig von außen determiniert zu erleben, sondern auch über Möglichkeiten der Selbstverwirklichung zu verfügen, Zwänge und Grenzen ebenso wie Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten erkennen zu können. Auch der Aufbau von Handlungskompetenzen, um den Alltag und Belastungen oder Krisen, die sich im Lebenslauf stellen, zu bewältigen, ist Teil des Bildungsprozesses. Bildung ermöglicht Teilhabe und Teilnahme, z. B. am öffentlichen und sozialen Leben, aber sie ist auch schon Teilhabe. Das Recht auf Bildung sichert somit Lebenschancen, bezogen auf den gesamten Lebensverlauf; und deshalb bedarf es auch der institutionalisierten Möglichkeiten für lebenslanges Lernen. Die Vermittlung von Bildungschancen stellt zudem ein zentrales Mittel zur Gestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse, gerade mit Blick auf die Frage sozialer Ungleichheit und von Exklusionsrisiken, dar.

Die vorliegenden Daten erlauben derzeit nur in sehr geringem Maß einen Einblick, ob beeinträchtigte Kinder, Jugendliche und Erwachsene ihre Bildungschancen - und zwar bezogen auf alle Funktionen von Bildung - gleichberechtigt, umfänglich und ihren Bedarfslagen und Ansprüchen entsprechend wahrnehmen können. Die vorwiegend institutionsbezogenen Zahlen geben aber einige Hinweise auf bestehende Exklusionsrisiken und -mechanismen sowie auf manifeste Behinderungen, die – auch angesichts der hochgradigen Variation von Fallzahlen und Angebotsstrukturen zwischen den Bundesländern –, eine strukturell determinierte soziale Ungleichheit mit Blick auf Bildungschancen offenbaren.

Bildung und Erziehung im frühen Kindesalter vollziehen sich als Prozesse, in denen sich Kinder ihrer selbst bewusst werden, sich die Welt erschließen und „Möglichkeiten und Grenzen eigener Wirksamkeit“ erfahren.¹¹⁹ Grundlegend tragen Familien die Aufgaben der Anregung, Begleitung, Betreuung und Erziehung; Angebote wie Kindertagesstätten und die Familien übernehmen eine „wechselseitige Ergänzungsfunktion“ in ihrer je spezifischen Gestaltung der Beziehungen zu den Kindern.¹²⁰

Dort, wo Kinder nicht ausreichend unterstützt werden können, sind Hilfen, die sich auf das Kind und/oder die Familie richten, erforderlich. Hierzu gehören Beratungsangebote, die möglichst offen und niedrigschwellig vorhanden sein sollten ebenso, wie frühe Erziehungshilfen durch die Kinder- und Jugendhilfe bei prekären Lebenslagen der Familie und kindlichen Entwicklungsauffälligkeiten sowie die spezielleren Leistungen der interdisziplinären Frühförderung. Frühe Hilfen erfüllen eine wichtige, auch präventive Funktion, sowohl mit Blick auf die Lage der Familien als auch mit Blick auf die Entwicklungschancen der Kinder. Die Frühförderung hat eine zentrale Bedeutung für die Entwicklungsförderung und die Herstellung entwicklungsförderlicher Beziehungen für Kinder mit drohenden oder bestehenden Beeinträchtigungen und verbindet als ganzheitlicher Ansatz Diagnostik, Therapie, Beratung und spezielle pädagogische Förderung (die so genannten heilpädagogischen Leistungen). Deshalb ist es wesentlich, dass diese medizinisch-therapeutischen, psychologischen und pädagogischen Leistungen integriert als eine Komplexleistung angeboten werden und die Interdisziplinarität gesichert ist.¹²¹

Des Weiteren sollten keine Wartezeiten, Informationsdefizite oder selektive Wirkungen bestehen, die die Inanspruchnahme und Wirksamkeit begrenzen. Die frühen Hilfen zur Erziehung angesichts von Entwicklungsauffälligkeiten einerseits und die Leistungen zur Frühförderung andererseits sollten dabei nicht getrennt voneinander und nicht getrennt von früher Bildung und Erziehung im Allgemeinen gesehen werden. Im Gegenteil ist ein solches koordiniertes Gesamtsystem der Verbindung familialer und öffentlicher Erziehung und Bildung anzustreben. Die für

¹¹⁹ Schwarzburg-von Wedel, E., Weiß, H. (2010): S. 251.

¹²⁰ Schwarzburg-von Wedel, E., Weiß, H. (2010): S. 255.

¹²¹ Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (2012).

den Bereich der frühen Erziehung und Bildung vorliegenden Daten geben in diesen Gesamtzusammenhang bzw. dessen Ausprägung kaum Einblick und die ohnehin begrenzte Perspektive lässt dann auch wesentlich nur Aufschlüsse über Fallzahlen bzw. vorhandene Plätze - im Krippenbereich ist noch nicht mal dies bekannt -, nicht aber über die zentralen Aspekte der Qualität und Bedarfsdeckung zu. Die vergleichsweise hohe Inklusionsquote in den Kindertagesstätten stellt für sich genommen nicht mehr, aber auch nicht weniger als einen Indikator für die rechtlich in den Bundesländern jeweils unterschiedlich gegebene Zugänglichkeit von Regeleinrichtungen dar. Die zwischen den Bundesländern hochgradig variierende Zuschreibung eines Anspruchs auf heilpädagogische Leistungen (wie in SGB IX § 55f. basiert) ist ein Indiz für fehlende einheitliche Standards für die Erhebung und Erfüllung des individuellen Teilhabebedarfs.

Aufs Ganze betrachtet verweist sie auf offenkundig selektive, nicht mit der realen Vorkommenshäufigkeit in Zusammenhang stehende Wirkungen. Die steigenden Fallzahlen, die sich auch im Schulbereich bei der Zuerkennung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs fortsetzen, können ebenso sehr hierdurch wie durch eine erhöhte Sensibilisierung und bessere Erfassung oder aber erhöhte Leistungsanforderungen und -erwartungen und vermehrte soziale Problemlagen verursacht sein. In jedem Fall deuten sie auf Exklusionsrisiken, deren Genese und deren mögliche Folgen offenkundig nur in geringem Maß in direktem Zusammenhang mit Art und Ausmaß einer je vorhandenen Beeinträchtigung stehen.¹²² Dies kann ebenso für den schulischen Bereich konstatiert werden. Auch die schulische Bildung von beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen muss sich an den allgemeinen Funktionen, Zielen und Standards des Lernens und der Bildung orientieren und gleichzeitig die Umsetzung spezieller, „individuell angepasster Hilfen zur Selbsthilfe in größtmöglicher Autonomie und bei größtmöglicher Partizipation“ gewährleisten, und zwar als ausnahmsloser, nicht an Kriterien gebundener Bildungsanspruch.¹²³ Dieser doppelte Auftrag erfordert zwingend eine wechselseitige Vermittlung der jeweiligen Standards und zwar mit Blick und bezogen auf den individuellen Lern- und Entwicklungsstand; ohne dessen Berücksichtigung könnten sonst Bildungschancen – auch unter ökonomischen Gesichtspunkten – gefährdet

¹²² Sonderpädagogischer Förderbedarf ist eine schulrechtliche, unabhängig vom Vorliegen einer amtlich anerkannten Behinderung bestehende Kategorie, die zur Feststellung eines speziellen, durch sonderpädagogisch ausgebildete Lehrkräfte zu erbringenden Bedarfs im Lernen und der Teilhabe an Bildung dient.

¹²³ Verband Sonderpädagogik (2007): S. 4.

werden, insbesondere dann, wenn ein allgemeiner Bildungsabschluss dauerhaft nicht erreichbar ist.

Die personale Orientierung spiegelt sich auch in der Unterteilung des sonderpädagogischen Förderbedarfs nach speziellen Förderbereichen, den so genannten Förderschwerpunkten, wider: Sie sollen keine Einteilung von Schülergruppen oder institutionellen Angebotsformen darstellen, sondern sind als Entwicklungsbereiche anzusehen und können im Einzelfall sowohl einen als auch mehrere Ansatzpunkte für die Förderung bilden. Entsprechend hohe Bedeutung kommt der Gewährleistung der Standards für die einzelnen Förderschwerpunkte zu, die die notwendigen differenzierten personellen Qualifikationen, strukturellen und sachbezogenen Ressourcen beschreiben. Umfassende und kontinuierliche förderdiagnostische Erhebungen, individuelle Förderpläne, Gestaltung lern- und entwicklungsförderlicher schulischer und sozialräumlicher Lernumgebungen und Partizipationsfelder sowie die Kooperation und Vernetzung mit vor-, nach- und außerschulischen Angeboten stellen zentrale Instrumente der Qualitätssicherung dar.¹²⁴

Die Erfüllung dieses Anspruches kann anhand der vorliegenden Daten nicht aufgezeigt werden. Was sich aber zeigt, sind Disparitäten in der Zumessung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs und bezüglich der Chance auf einen Besuch der Regelschule mit integrativem bzw. inklusivem Unterricht (jenseits der Frage der jeweiligen Qualität) in einem solch hohen Maß, dass sowohl die Feststellung eines Förderbedarfs als auch der Erhalt eines individuell bedarfsgerechten Angebots als Schicksalsfrage des Wohnortes erscheint.¹²⁵ Nicht nur schwanken die Förderquoten und die Inklusionsquoten an sich zwischen den Bundesländern, sondern sie variieren auch noch zwischen und innerhalb der einzelnen Förderschwerpunkte. Eine Analyse dieser Ungleichheiten muss deshalb zwingend die Kriterien und Verfahren für die Diagnostik, die Bedarfserhebung und -erfüllung, die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen und

¹²⁴ Verband Sonderpädagogik (2007).

¹²⁵ Derzeit bestehen in Deutschland sowohl integrative als auch inklusive Modelle des gemeinsamen Unterrichts. Im Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011 zur Inklusiven Bildung von Kindern und Jugendlichen wird der gleichberechtigte Zugang zu Bildung für alle, das Erkennen sowie Überwinden von Barrieren und die Ausrichtung der Schulen auf die unterschiedlichen Voraussetzungen von Kindern und Jugendlichen insgesamt als Kennzeichen von Inklusion gesehen, während Integration in der Schulpraxis bisher in der Regel die nur begrenzt mögliche Aufnahme von Schülerinnen und Schülern in eine (ansonsten unveränderte) allgemeine Schule meint.

Konzepte generell und besonders auch in Abhängigkeit von Beeinträchtigungsarten und -schwere in den Blick nehmen.¹²⁶ Geschlechterspezifische Differenzen, die dringend erhell werden müssen, sind im Datenmaterial deutlich belegt; erforderlich sind auch migrationsspezifische Analysen. So weist die Statistik der Sonderpädagogischen Förderung der KMK nur den Anteil „ausländischer Schüler“ mit sonderpädagogischem Förderbedarf aus; im Förderschwerpunkt Lernen sind diese Schülerinnen und Schüler überrepräsentiert. Angesichts der Heterogenität der strukturellen, demografischen und rechtlichen Bedingungen und der Handlungsprozesse in den Bundesländern, die vermutlich auch regional variieren, reichen Gesamtanalysen für die Bundesebene hier nicht aus.

Die überragende Mehrheit aller Förderschulabgängerinnen und -abgänger erreicht keinen Hauptschulabschluss; dass ein großer Teil von ihnen den Förderschwerpunkten Lernen und geistige Entwicklung zugeordnet ist, erklärt dieses Ergebnis nur vordergründig. Zu klären wäre demgegenüber viel mehr, wie zum einen die Zahl der Schulabschlüsse erhöht werden kann; zum anderen aber wäre aufklärungsbedürftig, welche Schülerinnen und Schüler – bei ähnlichen Lern- oder Entwicklungsproblemen – einen sonderpädagogischen Förderbedarf etikettiert bekommen und welche nicht und wie die deutlichen geschlechterspezifischen Differenzen – z. B. auch bei der Zahl der beeinträchtigten Schülerinnen und Schüler, die eine Klasse wiederholen - zustande kommen. Dass derzeit die Quote der erreichten Schulabschlüsse von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf zwischen den Bundesländern – und zwar unabhängig von der Inklusionsquote – schwankt, spricht für die herausragende Bedeutung der jeweiligen strukturellen und prozessbezogenen Bedingungen vor Ort. Ohne Schulabschluss sinken die Chancen auf eine berufliche Einmündung. Eine Verkettung ist erkennbar: Denn ohne den möglichen Einstieg in eine Regelschule muss eine Sonderausbildung angestrebt werden, die – ebenso wie ein Regelschulbesuch ohne Abschluss – eine erheblich geringere Chance auf Einstieg in die reguläre Berufsausbildung mit sich bringt. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Separation von sog. schulschwachen und sozial benachteiligten Kindern in Schulen des Förderschwerpunktes Lernen deren Chancen zur beruflichen und sozialen Teilhabe im Erwachsenenalter klar erschwert.¹²⁷ Allein der Status „Sonderschülerin oder Sonderschüler“ kann sich als deutlich nachteilige Bedingung erweisen. Es besteht hier

jedoch noch hoher Forschungsbedarf¹²⁸, denn auf der anderen Seite ist ebenfalls bekannt, dass unabhängig von der Organisationsform die Übergänge dann besser bewältigt werden können, wenn bestimmte Voraussetzungen gewährleistet sind:¹²⁹

- die Vernetzung der häufig nebeneinander stehenden unterschiedlichen Bildungs-, Hilfe- und Förderangebote, von schulischen und außer- und nachschulischen Angeboten;
- die Erschließung der regionalen Ausgangs- und Bedarfslagen sowie der Zugangschancen und -barrieren im sozialen Raum;
- die Stützung und Förderung der sozialen Netzwerke der Adressatinnen und Adressaten, ihrer Handlungskompetenzen, der Selbstwirksamkeit und des Gefühls der Kontrolle über das eigene Leben;
- flexible, individualisierte und durchlässige Angebote anstelle von Alles-oder-Nichts-Lösungen.

Diese Merkmale gelten ebenso für den Bereich der beruflichen Bildung, in dem sich die sinkende Chance auf inklusive Angebote fortsetzt. So sind die Möglichkeiten des Besuchs wohnortnaher Berufsschulen und der Ausbildung mit den je im Einzelfall notwendigen Assistenzleistungen in wohnortnahen Betrieben derzeit erheblich eingeschränkt. Die Daten des Bundesinstituts für Berufsbildung weisen im Bereich der Berufsausbildungen für beeinträchtigte Menschen deutlich sichtbare und bedenkliche geschlechter- und berufsspezifische Einengungen der Optionen auf. Nicht nur, aber insbesondere mit Blick auf den gewandelten Arbeitsmarkt, verstärken diese Daten noch einmal die Notwendigkeit, die oben genannten Forderungen umzusetzen. Allerdings wird mit den vorliegenden Daten der Gesamtbereich der beruflichen Bildung nur sehr ausschnitthaft beleuchtet, da weder erhell wird, wie viele beeinträchtigte junge Menschen in reguläre Ausbildungsverhältnisse eintreten, noch, wie viele ganz ohne Ausbildungsvertrag verbleiben oder anderweitige Leistungen zur beruflichen Ausbildung erhalten. Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter gehen mit einem erhöhten Risiko für vergleichsweise niedrigere oder sogar fehlende Schul- und Ausbildungsabschlüsse einher. Auf den Lebenslauf bezogen, verengen sich dann auch die Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit. Im Erwachsenenalter erworbene Beeinträchtigungen können den Verlust be-

¹²⁶ Siehe hierzu auch Klemm, K. (2009): S. 29.

¹²⁷ Haeblerlin, U. et al. (2011).

¹²⁸ Klemm, K. (2009): S. 29.

¹²⁹ Siehe u.a. Appelhans, P. et al. (1999); Spiess, I. (2004); Stauber, B. et al. (2007).

reits erreichter beruflicher Teilhabe mit sich bringen.

Dass sich auch die Abschlüsse der Hochschulabsolventinnen und -absolventen mit Beeinträchtigungen seltener adäquat in entsprechende berufliche Positionen umsetzen lassen, kann, wie dies generell beachtet werden muss, auch gesundheitlichen Einschränkungen und physischen oder psychischen Belastungen geschuldet sein, die sich nicht immer alle kompensieren lassen. Diese Einschränkungen verweisen darauf, dass individuell angemessener Unterstützungsleistungen notwendig sind und zwar für die Lebensführung insgesamt, über eine eindimensionale Orientierung an der Vollerwerbstätigkeit hinaus. Die Überwindung der behindernden Bedingungen der Hochschulen, wie sie in der Befragung des Deutschen Studentenwerks sichtbar werden, macht Anstrengungen erforderlich, die über die typischerweise erwartete Leistungsfähigkeit im Studium oder am Arbeitsplatz deutlich hinausgehen.

Je niedriger der Schulabschluss ist und je schwerer die Beeinträchtigung sich mit Blick auf in Ausbildungen und am Arbeitsmarkt gängige berufsbezogene, soziale und kommunikative Kompetenzen darstellt, desto geringer scheint die Chance auf eine berufliche und auf die soziale Teilhabe im Erwachsenenalter zu sein. Das Risiko von solchen Exklusionsverkettungen entsteht aber erst aus dem Wechselspiel der Individuallage und der Soziallage, die sich wiederum maßgeblich anhand der je verfügbaren Ressourcen, der konkreten Lage vor Ort, der Qualität der Unterstützungsstrukturen usw. ergibt. So können auch auf den ersten Blick „leichtere“ Beeinträchtigungen von Aktivitäten gravierende Exklusionsrisiken bergen, wenn im Einzelfall Bewältigungsmöglichkeiten nicht vorhanden sind, nicht genutzt oder nicht erkannt werden können oder aber die notwendigen Unterstützungsstrukturen nicht greifen. Insofern kann immer nur die umfassende, individuell-biographische und sozial-strukturelle Aspekte umgreifende Analyse der Wechselwirkungen und der Beziehungen zwischen den Dimensionen der Lebenslage aufdecken, welche Unterstützung im Einzelfall tatsächlich notwendig und angemessen ist.

Die in den vorliegenden Daten sichtbaren Einschränkungen der Optionen von Studierenden mit Beeinträchtigungen an den Hochschulen verdeutlichen exemplarisch die große Bedeutung einer barrierefreien und inklusiven Umgestaltung aller Orte des Lernens und der Bildung, auch die der im vorliegenden Bericht nicht oder wenig thematisierten Bereiche der non-formalen und informellen Bildung, wie sie z. B. die Offene Kinder- und Jugendarbeit vorhält, aber auch in

Vereinen und freien Angeboten zu finden ist und besonders in der Erwachsenen- und der beruflichen Weiterbildung, denn alle diese Lernorte ermöglichen Teilhabe und identitätsrelevante Erfahrungen. Sie liegen aber jenseits der klassischen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Leistungen zur Teilhabe an ihnen werden nur über die Eingliederungshilfe und nur bis zum ersten berufsfähigen Abschluss gewährt.

Barrierefreiheit für alle Bildungs- und Lernorte heißt somit mehr als Aspekte der baulichen und funktionalen Zugänglichkeit zu berücksichtigen; sie beginnt bei der Beratung und Information, bezieht sich auf soziale und kommunikative Aspekte, erfordert Aus- und Weiterbildung des Personals und ein Umdenken in der Frage, wann und in welchem Umfang Eingliederungshilfe gewährt wird, bis hin zur Anerkennung von Bildungsmaßnahmen, wie sie generell für gerechtfertigt und notwendig erachtet werden. Auch ein Status, der gerade die Überwindung erschwelter Teilhabe ermöglichen soll, kann sich als Barriere erweisen; ein enger Barrierenbegriff verstellt auch den Blick auf die Vielfalt der Differenzlinien insgesamt – wie Alter, Geschlecht, soziale Herkunft.

Eine teilhabegerechte Bildungsinfrastruktur stellt sich nicht nur, aber doch besonders dringlich dar, angesichts der Entwicklung der Ganztagsbildung und der Chancen eines lebenslangen Lernens, das auf die Erhöhung von Optionen der Lebensführung und -bewältigung setzt und das den sichtbaren ausgliedernden Wirkungen der Organisation des gesellschaftlichen Lebens entgegen wirken muss. Herkömmliche Grenzen zwischen Leistungsträgern wie Schule, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe müssen dafür ebenso überwunden werden wie zu enge Zielgruppenorientierungen. Kommunale bzw. 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.

Ein echtes Wahlrecht besteht derzeit für Menschen mit Beeinträchtigungen in der Frage ihrer Bildungschancen nicht; dafür bedarf es eines abgestuften Systems flexibler, möglichst inklusiver Formen, das aber 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 dürfen. Optionen für die eigene Lebensführung zu erhöhen heißt, die Möglichkeiten einer selbst bestimmten Lebensführung zu vergrößern. Dieses Ziel muss sich an der Eröffnung von Chancen auf die Er-

werbstätigkeit orientieren, darf sich aber darin nicht erschöpfen, wie dies die große Bedeutung der sozialen Eingebundenheit für die Lebensbewältigung belegt; die Spannungsfelder zwischen Zielen der Bildung lassen sich nicht einseitig auflösen.

Verwendete Literatur

Appelhans, P. et al. (1999): Berufliche Eingliederung junger Menschen mit Sehschädigungen in Schleswig-Holstein. In: Behindertenpädagogik, Jg. 38, Heft 3: S. 279-295.

Beck, I. (2010): Lebenslagen und Bildungschancen behinderter und benachteiligter Kinder und Jugendlicher. – In: Liesner, A., Lohmann, I. (Hrsg.): Gesellschaftliche Bedingungen von Bildung und Erziehung. Eine Einführung. Stuttgart: S. 63-74.

Beck, I., Greving, H. (Hrsg.) (2011): Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen. Band 6 des Enzyklopädischen Handbuchs der Behindertenpädagogik. Stuttgart.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (2012): Anforderungen der Bundesvereinigung Lebenshilfe zur strukturellen Weiterentwicklung der Komplexleistung interdisziplinäre Frühförderung nach § 30 SGB IX. Marburg: BuVLebenshilfe.

Drave, W., Rumpler, F., Wachtel, P. (Hrsg.) (2000): Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung: Allgemeine Grundlagen und Förderschwerpunkte (KMK) mit Kommentaren. Würzburg.

Ellger-Rüttgardt, S., Blumenthal, W. (Hrsg.) (1997): Über die große Schwelle. Junge Menschen mit Behinderungen auf dem Weg von der Schule in Arbeit und Gesellschaft. Ulm.

Ginnold, A. (2008): Der Übergang Schule – Beruf von Jugendlichen mit Lernbehinderung. Einstieg – Ausstieg – Warteschleife. Bad Heilbrunn.

Haeberlin, U. et al. (2011): Langzeitwirkungen der schulischen Integration. Eine empirische Studie zur Bedeutung von Integrationserfahrungen in der Schulzeit für die soziale und berufliche Situation im jungen Erwachsenenalter. Bern.

Kaiser, A. et al. (Hrsg.) (2010): Bildung und Erziehung. Band 3 des Enzyklopädischen Handbuchs der Behindertenpädagogik. Stuttgart: S. 256-259.

Klemm, K. (2009): Gemeinsam lernen. Inklusion leben. Status Quo und Herausforderungen inklusiver Bildung in Deutschland. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

Kultusministerkonferenz (2011): Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen. (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20. Oktober 2011).

Kultusministerkonferenz (2010): Pädagogische und rechtliche Aspekte der Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention - VN-BRK) in der schulischen Bildung. (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.11.2010).

Schwarzburg-von Wedel, E., Weiß, H. (2010): Erziehung und Bildung in früher Kindheit. – In: Kaiser, A. et al. (Hrsg.): Bildung und Erziehung. Band 3 des Enzyklopädischen Handbuchs der Behindertenpädagogik. Stuttgart: S. 251-255.

Spiess, I. (2004): Berufliche Lebensverläufe und Entwicklungsperspektiven von behinderten Personen. Paderborn.

Stauber, B., Pohl, A., Walther, A. (Hrsg.) (2007): Subjektorientierte Übergangsforschung. Rekonstruktion und Unterstützung biografischer Übergänge junger Erwachsener. Weinheim.

Verband Sonderpädagogik e.V. (2007): Standards der sonderpädagogischen Förderung. VDS: Bundesgeschäftsstelle Würzburg: Eigendruck.

4.3 Erwerbsarbeit und Einkommen

Artikel der UN-BRK zum Thema Erwerbsarbeit und Einkommen:

Artikel 27: Arbeit und Beschäftigung.

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, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. [...]

Artikel 28: Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz.

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf einen angemessenen Lebensstandard für sich selbst und ihre Familien, einschließlich angemessener Ernährung, Bekleidung 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. [...]

Die Möglichkeit zu arbeiten hat vielfältige Auswirkungen auf die Lebenslage der Menschen und ihre persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten. Eine regelmäßige Form von Arbeit – sei es auf dem Arbeitsmarkt, in Ehrenamt, Haushalt oder Familie – kann sich stabilisierend auswirken, indem sie eine zeitliche Strukturierung des Tages vorgibt und soziale Kontakte ermöglicht. Dabei aktiviert sie und fördert die Entwicklung eigener Fähigkeiten. Eine wichtige Form von Arbeit ist die Erwerbsarbeit, da sie zur Existenzsicherung beiträgt und finanzielle Handlungsspielräume eröffnen kann. Noch stärker als Nichterwerbsarbeiten wirkt sie sich auf die Zuweisung einer sozialen Position aus und vermittelt gesellschaftliche Anerkennung.¹³⁰

Weiterhin ist ein durch Erwerbsarbeit erzielttes eigenes Einkommen von zentraler Bedeutung. Es trägt wesentlich zur materiellen Unabhängigkeit bei und verbessert die Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung. Weitere Einkommensarten, z. B. aus Vermögen oder der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung, stehen ebenfalls mit der Höhe des individuellen Erwerbseinkommens im Zusammenhang und bestimmen den Spielraum für die Rücklagenbildung und soziale Absicherung mit.

Eine Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben kann daher erhebliche Konsequenzen haben.¹³¹ Neben psychischen und somatischen Belastungsproblemen, sozialem Rückzug, familiären Belastungen sowie Prozessen der Dequalifizierung können finanzielle Probleme auftreten. Sie können Zahlungsschwierigkeiten bis hin zur Überschuldung zur Folge haben. Das Risiko der Armutsgefährdung nimmt bei den Betroffenen ebenso zu wie die Wahrscheinlichkeit, dauerhaft von staatlichen Transferzahlungen abhängig zu sein, wenn der Lebensunterhalt nicht durch private Unterhaltszahlungen finanziert werden kann. Eine ausreichende Alters- und Risikovorsorge sowie der Aufbau von Rücklagen zur Abdeckung besonderer Bedarfe und notwendiger Anschaffungen sind kaum möglich.

Beeinträchtigungen können eine gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben erschweren. Die den Neigungen und Fähigkeiten entsprechende Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Beeinträchtigungen hängt in vielen Fällen vom Vorhandensein einer barrierefreien Arbeitsumgebung ab. Dies setzt zum einen eine positive Einstellung der Arbeitgeber und Belegschaften voraus. Zum anderen sind hierbei 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 hängt außerdem vom Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ab. Die individuelle Beschäftigungsfähigkeit zeigt sich darin, dass sich persönliche, fachliche, soziale und methodische Kompetenzen sowie die individuelle Gesundheit und

¹³⁰ Bonß, W. (2002): S.5-20, Semmer, N., Udris, I. (2004).

¹³¹ Bieker, R. (2005).

Arbeitsfähigkeit den sich wandelnden Anforderungen der Arbeitswelt anpassen. Beschäftigung ist dann nicht nur in einem Beruf, bei einem Arbeitgeber, sondern auch bei wechselnden Arbeitgebern sowie in wechselnden Arbeitszusammenhängen und Tätigkeitsprofilen möglich.¹³² Ist die Erwerbsfähigkeit nicht gegeben oder wesentlich eingeschränkt, können Menschen mit Beeinträchtigungen einen Anspruch auf Leistungen zur beruflichen Rehabilitation nach dem SGB IX haben. Die hier vorgesehenen Leistungen zielen darauf ab, die Erwerbsfähigkeit „behinderter oder von Behinderung bedrohter“ Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.¹³³

Dieses Ziel entspricht dem Grundgedanken der UN-BRK, die sich in Artikel 27 mit der Teilhabe am Arbeitsmarkt beschäftigt. Hier verpflichten sich die Vertragsstaaten zur Anerkennung des Rechts von Menschen mit Beeinträchtigungen auf Arbeit. Dies setzt einen für sie zugänglichen Arbeitsmarkt und ein ihren Fähigkeiten und Neigungen entsprechendes Arbeitsumfeld voraus. Von großer Bedeutung zur Umsetzung des Artikels 27 sind darüber hinaus Programme für die berufliche Rehabilitation, für den Erhalt des Arbeitsplatzes und den beruflichen Wiedereinstieg von Menschen mit Beeinträchtigungen. Weiterhin ist es entscheidend, dass die Vertragsstaaten die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit sichern und fördern sowie hierbei geeignete Schritte unternehmen, um sicherzustellen, dass am Arbeitsplatz angemessene Vorkehrungen für Menschen mit Beeinträchtigungen getroffen 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 der UN-BRK vor, Menschen mit Beeinträchtigungen den Zugang zu staatlicher Förderung einschließlich finanzieller Unterstützung zu gewährleisten.

In den folgenden Abschnitten werden die zentralen Indikatoren zur Beschreibung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit und Einkommen dargestellt. Über Leistungen und Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation wird differenziert für die einzelnen Rehabilitationsträger in Teil 3 dieses Berichts Auskunft gegeben.

Zentrale Aspekte der gleichberechtigten Teilhabe am Arbeitsmarkt bleiben mit den nutzbaren Indikatoren derzeit noch unberücksichtigt. Beispielsweise fehlen präzise Abfragen zum Ausmaß und zur Art von Behinderungen in der Arbeitswelt von Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungsarten sowie zum konkreten Unterstützungsbedarf. Auch müssten die vorhandenen Daten zur Teilhabe am Arbeitsleben vor dem Hintergrund des Erwerbswunsches interpretierbar sein. Hierzu liegen derzeit keine präzisen Befragungsergebnisse vor. Gleiches gilt für die Überprüfung der Chancengleichheit im Hinblick auf die Entfaltung von Interessen und Fähigkeiten im Beruf.

¹³²Blancke, S. (2000).

¹³³§ 33 SGB IX.

Um aus den Einkommensindikatoren präzise Rückschlüsse auf die materiellen Handlungsspielräume von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ziehen zu können, müssten zukünftig Informationen über das verfügbare Einkommen nach Abzug des Grundbedarfs sowie von beeinträchtigungsbedingten Mehraufwendungen zur Verfügung stehen. Informationsbereiche, die sich eher im Rahmen einer qualitativen Forschung realisieren lassen, betreffen das Thema der gleichberechtigten Aufstiegschancen.

Faire Chancen am Arbeitsmarkt sind nur durch eine Verbesserung der Wettbewerbssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen sicherzustellen.

Von 2005 bis 2010 stieg die Zahl der schwerbehinderten oder ihnen gleichgestellten Menschen in Beschäftigung von rund 916.000 auf über eine Million.

Dennoch sind Menschen mit Beeinträchtigungen seltener auf dem ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig als Menschen ohne Beeinträchtigung. Die Erwerbsquote von Männern mit Beeinträchtigungen liegt bei 58 % (ohne Beeinträchtigungen 83 %). Die Erwerbsquote von Frauen mit Beeinträchtigungen liegt bei 58 Prozent (ohne Beeinträchtigungen 75 Prozent).

Menschen mit Beeinträchtigungen arbeiten im Schnitt häufiger in Teilzeit und erhalten geringere Stundenlöhne als Erwerbstätige ohne Beeinträchtigungen. Menschen mit Beeinträchtigungen arbeiten häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen unterhalb ihres Qualifikationsniveaus.

Menschen mit Beeinträchtigungen sind tendenziell häufiger und auch länger von Arbeitslosigkeit betroffen (25,9 Monate) als Nicht-Beeinträchtigte (15,3 Monate).

Haushalte in denen Menschen mit Beeinträchtigungen leben, verfügen im Durchschnitt über ein geringeres Haushaltseinkommen, niedrigere Renten oder über geringere Vermögensrücklagen. Sie sind häufiger auf Leistungen der Grundsicherung angewiesen.

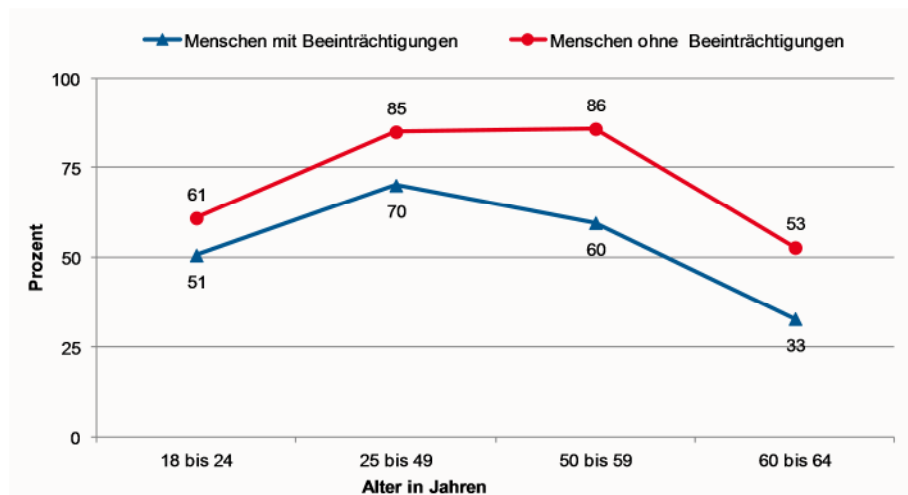
4.3.1 Erwerbsarbeit

- ▶ Menschen mit Beeinträchtigungen sind seltener erwerbstätig als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Am höchsten ist der Unterschied mit 26 Prozentpunkten bei den 50- bis 59 Jährigen.
- ▶ Menschen mit Beeinträchtigungen arbeiten häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen unterhalb ihres Qualifikationsniveaus.
- ▶ Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen sind häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen geringfügig beschäftigt.

Erwerbstätigkeit

Die folgende Abbildung zeigt, ob Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in gleicher Häufigkeit eine Erwerbstätigkeit ausüben. Die Erwerbstätigenquote gibt an, wie viel Prozent aller Menschen im erwerbsfähigen Alter einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Als erwerbstätig gilt dabei nach Definition der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) jede Person, die in der Woche, in welcher sie danach gefragt wurde, einer bezahlten oder beruflichen Tätigkeit im Umfang von mindestens einer Stunde nachgegangen ist.¹³⁴

Abbildung 4-24: Erwerbstätigenquoten von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, nach Alter



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 18- bis 64-Jährigen.

Die Erwerbstätigenquote der Menschen mit Beeinträchtigungen ist über alle Altersklassen hinweg niedriger als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Am größten ist der Unterschied in der Altersklasse der 50- bis 59-Jährigen, hier beträgt er 26 Prozentpunkte.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit zunehmendem Alter die Frühverrentung wegen Erwerbsminderung von Menschen mit Beeinträchtigungen zunimmt. Im Jahr 2010 erhielten gut 1,59 Mio. Menschen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, darunter rund 827.000 Männer und ca. 762.000 Frauen.¹³⁵ Erwartungsgemäß ist ein großer Teil der als erwerbsgemindert anerkannten Menschen bereits älter, fast die Hälfte ist zwischen 50 und 59 Jahre alt, weitere 377.000 sind zwischen 60 und 64 Jahre alt.

¹³⁴ Die verwendete Erwerbstätigenquote beruht auf dem Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation. Demzufolge gelten alle Personen als erwerbstätig, die in der Woche der Befragung mindestens eine Stunde gegen Entgelt gearbeitet haben. Auch Personen, die aufgrund von Krankheit, Mutterschutz, Urlaub oder anderen Gründen zeitweise nicht gearbeitet haben, gelten als erwerbstätig. In Abweichung von der üblichen Betrachtung der Altersklasse von 15-64 Jahren bei den Erwerbstätigenquoten (z. B. Statistisches Bundesamt und Bundesagentur für Arbeit) werden hier 18-64-Jährige betrachtet. Die Gründe hierfür liegen zum einen darin, dass das SOEP nur 18-Jährige und Ältere befragt; zum anderen wird in diesem Bericht eine weitgehend einheitliche Verwendung von Altersgrenzen angestrebt.

¹³⁵ Deutsche Rentenversicherung Bund (2011)

Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen weisen insgesamt ähnliche Erwerbstätigenquoten auf. Die zwischen Männern und Frauen ohne Beeinträchtigungen bestehenden Unterschiede sind hier nicht feststellbar. Lediglich Frauen mit Beeinträchtigungen im Alter von 60 bis 64 Jahren sind deutlich seltener erwerbstätig als Männer mit Beeinträchtigungen.

Tabelle 4-25: Erwerbstätigenquoten nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 24	\	\	59%	63%
25 bis 49	70%	70%	91%	79%
50 bis 59	60%	59%	89%	83%
60 bis 64	37%	29%	61%	44%
Insgesamt (18 bis 64)	58%	58%	83%	75%
Mit Migrationshintergrund	46%	46%	76%	65%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 18- bis 64-Jährigen. Die Geschlechtsverteilung der Altersklasse 18 bis 24 Jahren wird aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Abweichende Erwerbstätigenquoten können für Menschen mit Migrationshintergrund festgestellt werden. Sowohl Frauen als auch Männer mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigungen gehen seltener einer Erwerbsarbeit nach als die Vergleichsgruppen ohne Beeinträchtigungen.

Es ergeben sich ebenfalls Unterschiede bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit zwischen Menschen mit einer anerkannten Behinderung und chronisch Kranken mit Einschränkungen bei Aktivitäten.

Tabelle 4-26: Erwerbstätigenquote, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen

Menschen mit Beeinträchtigungen	Insgesamt	Männer	Frauen
Mit anerkannter Erwerbsminderung/ Behinderung	51%	54%	47%
GdB < 50	69%	75%	61%
GdB 50 bis 80	45%	44%	46%
GdB 90 bis 100	26%	29%	23%
Chronisch krank mit Aktivitätseinschränkungen	67%	66%	69%

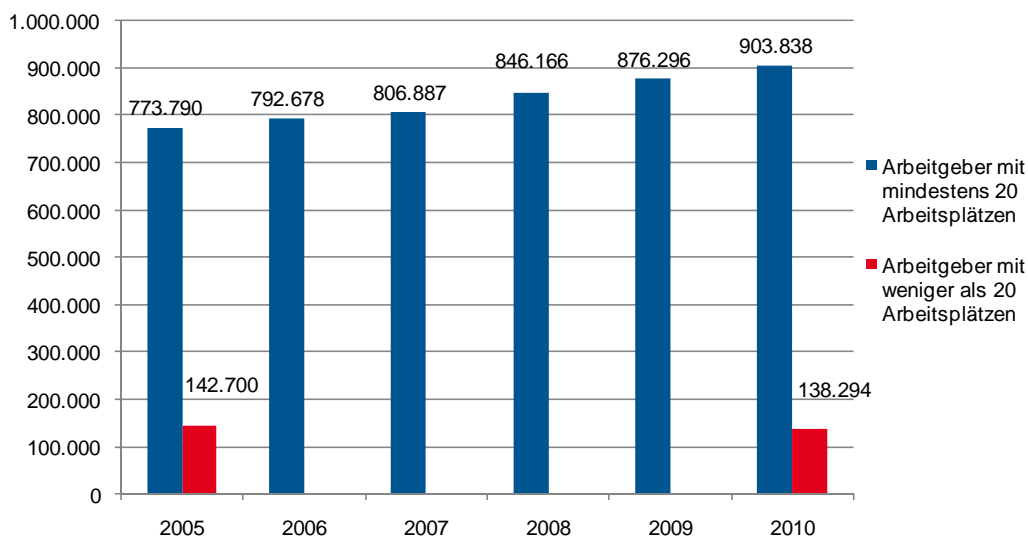
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 18- bis 64-Jährigen.

Menschen mit einem GdB unter 50 sind mit über zwei Dritteln am häufigsten erwerbstätig. Je höher der Grad der anerkannten Behinderung, umso geringer sind die Erwerbstätigenquoten. Von den Menschen im erwerbsfähigen Alter und mit einem GdB von 90 oder 100 ist nur ca. jeder Vierte erwerbstätig.

Ein großer Teil der beschäftigten schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten behinderten Menschen wird von Arbeitgebern mit jahresdurchschnittlich mindestens 20 Beschäftigten im Rahmen des sogenannten Anzeigeverfahrens gemeldet.¹³⁶ Ergänzend zum Anzeigeverfahren wird bei Arbeitgebern mit weniger als 20 Beschäftigten alle fünf Jahre durch die Bundesagentur für Arbeit eine repräsentative Teilerhebung über die bei ihnen beschäftigten schwerbehinderten und diesen gleichgestellten behinderten Menschen durchgeführt.

¹³⁶ Arbeitgeber mit wenigstens 20 Beschäftigten sind gesetzlich verpflichtet, wenigstens 5 Prozent der Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Beschäftigten zu besetzen. Wird diese Quote nicht erreicht, müssen die Arbeitgeber Ausgleichsabgaben zahlen. Die Unternehmen müssen im Rahmen des Anzeigeverfahrens einen Beschäftigungsnachweis schwerbehinderter Arbeitnehmer/-innen beim zuständigen Integrationsamt einreichen. Für die Teilgruppe der Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung geben die von den Arbeitgebern gemeldeten Zahlen darüber Auskunft, welche Mindestzahl von ihnen sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist und wie sich die Bereitschaft der Arbeitgeber entwickelt, sie zu beschäftigen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Beschäftigungen von schwerbehinderten Menschen bei Arbeitgebern mit weniger als 20 Beschäftigten nicht enthalten sind. Diese werden im fünfjährigen Abstand in Form einer repräsentativen Stichprobe bei den Arbeitgebern erhoben, zuletzt in den Jahren 2005 und 2010. Vgl. Details der Regelung unter <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A06-Schaffung/A062-Beschaeftigungsverhaeltnisse/Publikation/pdf/Erlaeuterungen-zum-Anzeigeverfahren-2011.pdf> (letzter Abruf: 23.06.2012).

Abbildung 4-25: Gemeldete beschäftigte Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung oder einer Gleichstellung jeweils im Oktober der Jahre 2005 bis 2010



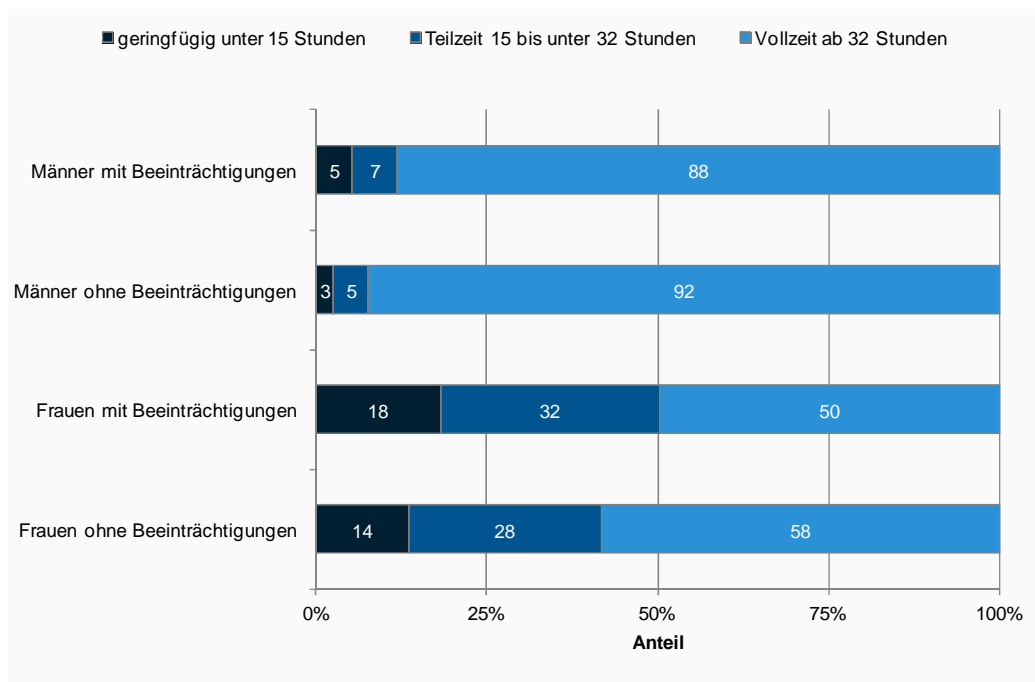
Quellen: a) Bundesagentur für Arbeit (2005-2010): Statistik aus dem Anzeigeverfahren gemäß § 80 Absatz 2 SGB IX – Arbeitgeber mit 20 und mehr Arbeitsplätzen; b) Bundesagentur für Arbeit (2010): Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung, Teilerhebung 2010 Deutschland.

Im Jahr 2010 wurden 903.838 Menschen mit einer Schwerbehinderung oder „ihnen gleichgestellte behinderte Menschen“ auf sogenannten Pflichtarbeitsplätzen nach § 71 Absatz 12 SGB IX beschäftigt. Seit 2005 steigen die gemeldeten Beschäftigungen kontinuierlich an.

Umfang und Qualität der Erwerbstätigkeit

Der Arbeitsumfang der Erwerbstätigen beschreibt einen zusätzlichen Aspekt der Teilhabe am Arbeitsleben. Die folgende Abbildung stellt dar, wie sich die durchschnittliche tatsächliche Wochenarbeitszeit einschließlich eventueller Überstunden bei erwerbstätigen Männern und Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen unterscheidet.

Abbildung 4-26: Arbeitsumfang von Erwerbstätigen mit und ohne Beeinträchtigungen

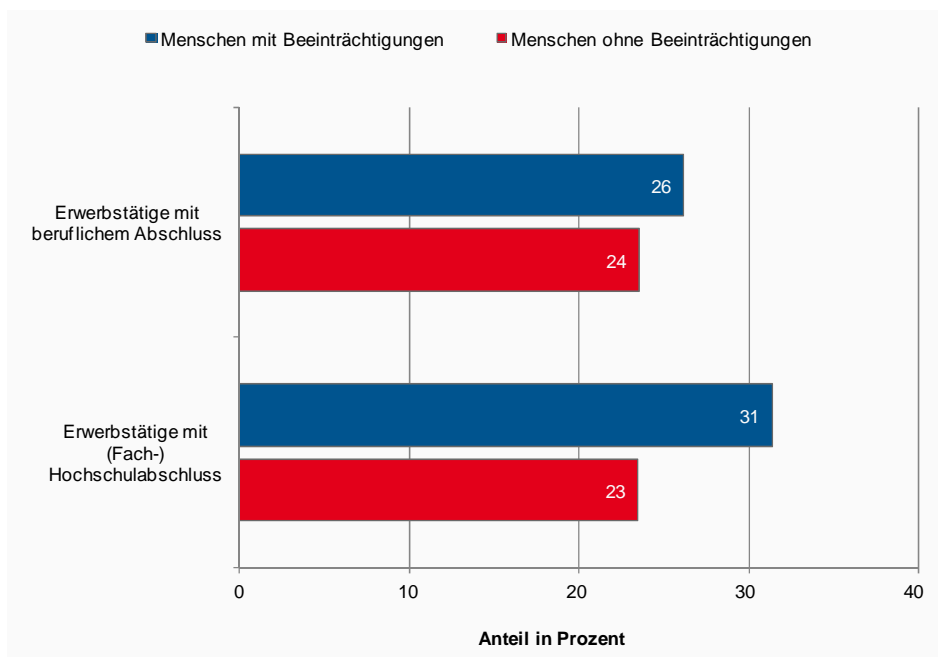


Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Durchschnittliche tatsächliche Wochenarbeitszeit einschließlich eventueller Überstunden, bezogen auf alle Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Es zeigt sich, dass deutliche Unterschiede in den Erwerbsmustern zwischen Frauen und Männern unabhängig von Beeinträchtigungen existieren. Frauen sind wesentlich häufiger mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von weniger als 15 Stunden bzw. 15 bis unter 32 Stunden beschäftigt. Entsprechend geringer ist der Anteil der Frauen, die in Vollzeit arbeiten. Die Vollzeitquote ist bei Männern ohne Beeinträchtigungen mit 92 Prozent am höchsten und bei Männern mit Beeinträchtigungen mit 88 Prozent auf einem ähnlichen Niveau. Bei Frauen ohne Beeinträchtigungen liegt sie mit 58 Prozent deutlich über der Vollzeitquote von Frauen mit Beeinträchtigungen von 50 Prozent.

Teilhabe am Arbeitsmarkt drückt sich auch in einer ausbildungsadäquaten Beschäftigung aus. Menschen mit Beeinträchtigungen arbeiten häufiger in einem Beruf, der ein geringeres als das eigene Ausbildungsniveau erfordert. Dies tritt besonders häufig bei Menschen mit Beeinträchtigungen auf, die einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss erworben haben. Die Chance, einen Beruf auszuüben, der dem eigenen Ausbildungsniveau entspricht, ist für sie rund acht Prozentpunkte geringer als für Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 4-27: Erwerbstätige, die einen Beruf ausüben, der ein geringeres als das eigene Ausbildungsniveau erfordert¹³⁷



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle derzeit Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren. Berufliches Bildungsniveau berechnet anhand der ISCED-Klassifikation

Besonders häufig sind Männer mit Beeinträchtigungen und einem Fachhochschul- oder Hochschulabschluss betroffen. Gegenüber akademisch ausgebildeten Männern ohne Beeinträchtigungen ist ihre ausbildungsadäquate Beschäftigung um 14 Prozentpunkte geringer ausgeprägt. Bei Frauen mit Beeinträchtigungen und (Fach-) Hochschulabschluss macht sich die Geschlechterzugehörigkeit kaum bemerkbar.

Tabelle 4-27: Erwerbstätige, die einen Beruf ausüben, der ein geringeres als das eigene Ausbildungsniveau erfordert, nach Geschlecht und Ausbildungsniveau

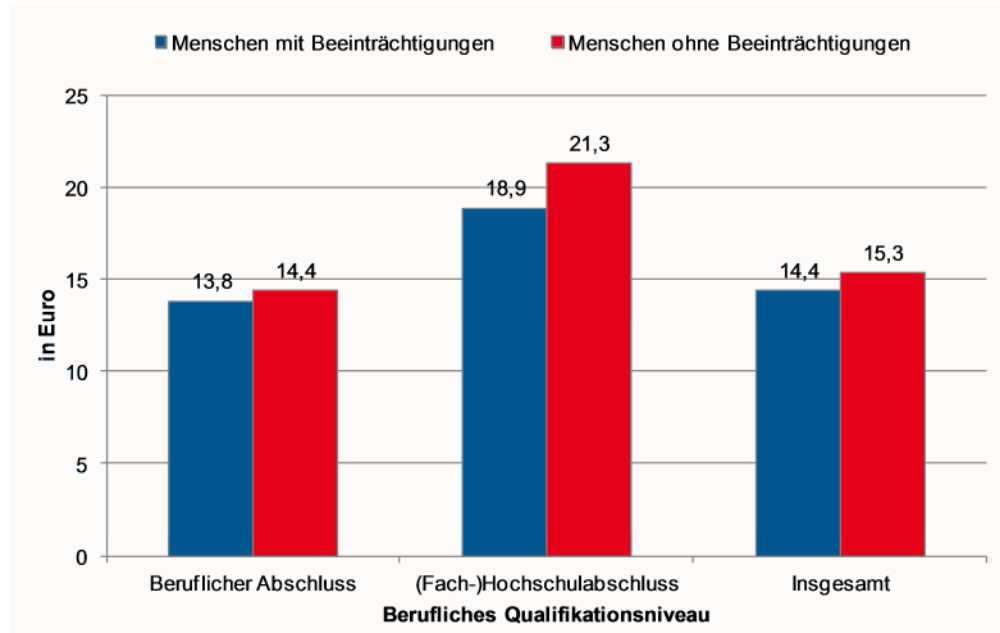
	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Mit beruflichem Abschluss	Mit (Fach-)Hochschulabschluss	Mit beruflichem Abschluss	Mit (Fach-)Hochschulabschluss
Männer	25%	33%	21%	19%
Frauen	27%	30%	26%	28%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren. Berufliches Bildungsniveau berechnet anhand der ISCED-Klassifikation.

¹³⁷ Bei einem beruflichen Abschluss sollte die erforderliche Ausbildung im Beruf mindestens eine Berufsausbildung sein. Bei einem (Fach-) Hochschulabschluss sollte die erforderliche Ausbildung im Beruf ebenfalls ein (Fach-) Hochschulabschluss sein.

Auch ein Unterschied des Stundenlohns trotz gleicher Qualifikation und gleicher Arbeit gibt Aufschluss über die berufliche Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Abbildung 4-28: Mittlere Bruttostundenlöhne von Erwerbstätigen (Median), nach beruflicher Qualifikation



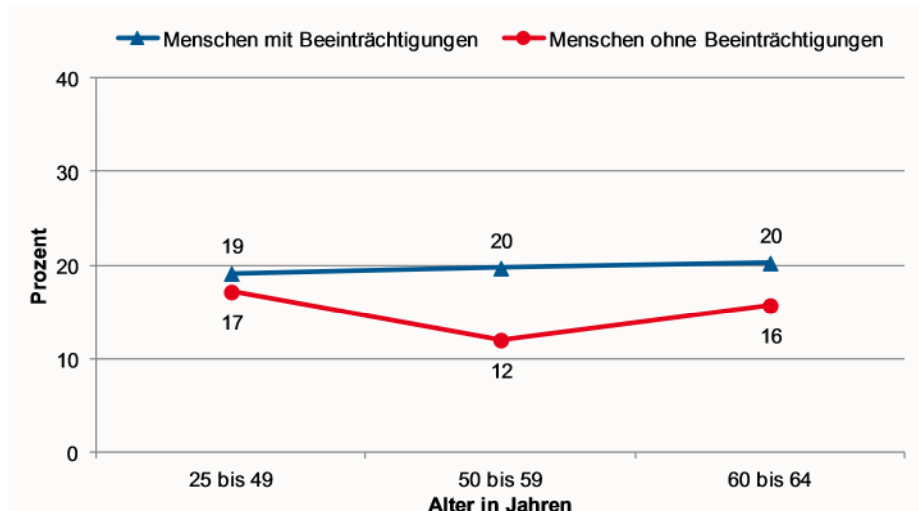
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Errechnet anhand des imputierten aktuellen Bruttoarbeitseinkommens in Relation zur vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit. Nur Erwerbstätige mit Erwerbsstatus Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung. Bezogen auf alle derzeit Erwerbstätigen zwischen 18 und 64 Jahren.

Selbst wenn Menschen mit Beeinträchtigungen das gleiche berufliche Qualifikationsniveau haben, arbeiten sie im Durchschnitt auf schlechter bezahlten Arbeitsplätzen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Das gilt besonders bei (Fach-)Hochschulabsolventinnen und -absolventen. Der durchschnittliche Bruttostundenlohn von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen unterscheidet sich hier um ca. 2,40 Euro. Das hängt auch damit zusammen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger einen Beruf ausüben, der nicht ihrem Qualifikationsniveau entspricht. Weniger stark ausgeprägt sind die Unterschiede bei den Bruttolöhnen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, deren höchster Abschluss ein beruflicher Abschluss ist.

Zeitarbeit, befristete Arbeitsverhältnisse und Minijobs unterscheiden sich von festen betrieblichen Anstellungen durch eine größere Unsicherheit des Arbeitsplatzes, wechselnde Einsatzorte oder häufig eine geringere Bezahlung. Sie können aber auch eine Chance zum Einstieg in den Arbeitsmarkt darstellen.

Die folgende Abbildung zeigt, dass vor allem erwerbstätige Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 50 bis 59 Jahren häufiger in solchen Beschäftigungsverhältnissen arbeiten als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

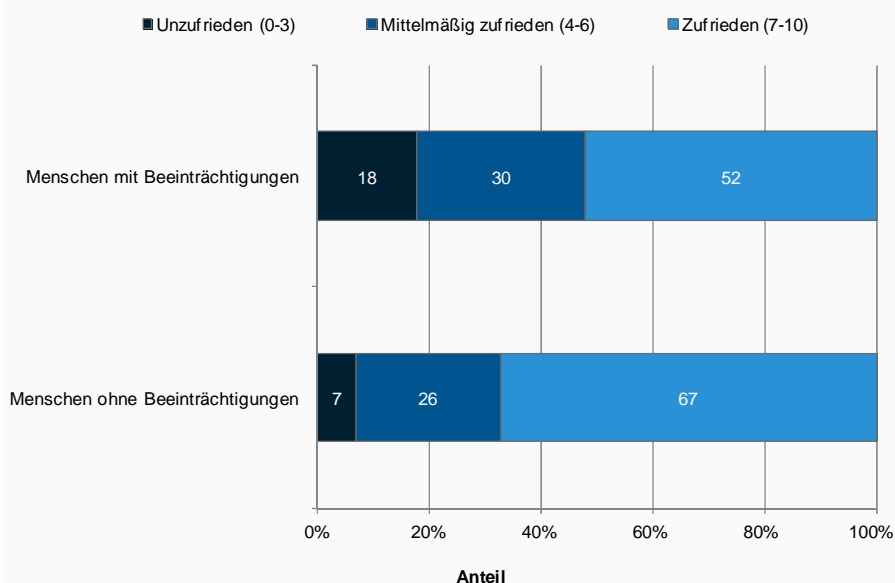
Abbildung 4-29: Anteil der erwerbstätigen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in Zeitarbeit, Leiharbeit, mit befristetem Arbeitsvertrag oder Minijob



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Dargestellt ist der Anteil der Erwerbstätigen, die entweder in Zeit- oder Leiharbeit stehen, einen befristeten Arbeitsvertrag haben oder einen Minijob ausüben. Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Erwerbstätigen des entsprechenden Alters. Die Altersklasse der 18- bis 25-Jährigen wird aufgrund der zu geringen Fallzahlen nicht abgebildet.

Als ein subjektiver Indikator gibt die Zufriedenheit mit der Arbeit einen Eindruck davon, ob Arbeitsumwelt oder Arbeitsinhalte den Wünschen und Bedürfnissen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer entsprechen. Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass es Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich seltener gelingt, eine den eigenen Wünschen und Bedürfnissen entsprechende Arbeit auszuüben. 52 Prozent von ihnen geben auf einer 10er-Skala einen der vier höchsten Zufriedenheitswerte an. Der Anteil liegt bei Menschen ohne Beeinträchtigungen mit 67 Prozent deutlich höher.

Abbildung 4-30: Zufriedenheit von Erwerbstätigen mit und ohne Beeinträchtigungen mit ihrer Arbeit



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle derzeit Erwerbstätigen zwischen 18 und 64 Jahren.

Beschäftigung im Arbeitsbereich einer „Werkstatt für behinderte Menschen“ oder in einem Integrationsprojekt

„Werkstätten für behinderte Menschen“ (WfbM) und Integrationsprojekte sind Instrumente, die nach SGB IX der „Eingliederung von Menschen mit Behinderungen“ in das Arbeitsleben dienen.¹³⁸ In den Befragungen, die diesem Bericht in weiten Teilen zugrunde liegen, wird nicht repräsentativ nach Beschäftigungen in WfbM oder Integrationsprojekten gefragt.¹³⁹ Um zu erfahren, wie viele Menschen mit Beeinträchtigungen in den Arbeitsbereichen der WfbM und in Integrationsprojekten beschäftigt sind, müssen daher die amtlichen Statistiken bzw. Statistiken der Verbände herangezogen werden. In der folgenden Tabelle wird dargestellt, wie viele Menschen mit Beeinträchtigungen im Arbeitsbereich einer WfbM oder in einem Integrationsprojekt arbeiten und wie sich diese Zahlen in den letzten Jahren entwickelt haben.

¹³⁸ Integrationsprojekte sind besondere Unternehmen, Betriebe oder Abteilungen. Sie agieren auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und zeichnen sich dadurch aus, dass 25 bis 50 Prozent ihrer Mitarbeiter/-innen eine anerkannte Schwerbehinderung haben. Eine WfbM ist definiert als eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie bietet denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, einen Arbeitsplatz oder Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit. Auf die Art oder die Ursache der Behinderung kommt es nicht an.

¹³⁹ Im SOEP wird die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen erhoben, ist aber aufgrund der Unterfassung von Menschen in sogenannten Anstaltshaushalten nicht als repräsentativ anzusehen.

Tabelle 4-28: Anzahl der Beschäftigten in den Arbeitsbereichen der Werkstätten für behinderte Menschen und in Integrationsprojekten, 2007 bis 2010

	2007	2008	2009	2010
Arbeitsbereiche der WfbM	235.145	242.966	248.643	252.644
Integrationsprojekte	5.535	5.824	6.813	7.551

Quellen: a) Statistisches Bundesamt (2007-2010): Ergebnisse der Sozialhilfestatistik. b) Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2011): Jahresberichte 2007/2008 bis 2010/2011. Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Zwischen den Jahren 2007 und 2010 ist die Anzahl der Beschäftigten sowohl in den Arbeitsbereichen der WfbM als auch in den Integrationsprojekten angestiegen. Sie lag zuletzt bei rund 253.000 Werkstattbeschäftigten und rund 7.600 schwerbehinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Integrationsprojekten. Eine Aussage zur Zugänglichkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts für Menschen mit Beeinträchtigungen lässt sich hieraus allerdings nicht ableiten, da nicht bekannt ist, wie sich die Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen im Arbeitsbereich der WfbM und in Integrationsprojekten im Verhältnis zu ihrer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entwickelt hat.

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen organisierten WfbM führen Statistiken darüber, ob ihre Beschäftigten vorrangig eine geistige, psychische oder körperliche Beeinträchtigung aufweisen. Mit einem Anteil von 77 Prozent hatte im Jahr 2010 die weit überwiegende Mehrheit der Beschäftigten in den WfbM eine geistige Beeinträchtigung, knapp ein Fünftel hatte eine psychische Beeinträchtigung und ein relativ kleiner Anteil von vier Prozent vorrangig eine körperliche Beeinträchtigung. Die Anteile der Beeinträchtigungsarten haben sich seit dem Jahr 2006 kaum verändert.¹⁴⁰

Von den knapp 7.000 Beschäftigten, die im Jahr 2010 in Integrationsprojekten arbeiteten, hatte mehr als ein Drittel eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung. Besonders hoch war der Anteil von Personen mit Schwerbehinderung bei den Frauen (45 Prozent). Der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Beschäftigten in Integrationsprojekten ist deutlich geringer als derjenige der Männer.

¹⁴⁰Bundesarbeitsgemeinschaft der WfbM (2007-2011): Anzahl der wesentlichen Behinderungsarten in den Mitgliedswerkstätten zum 1.1. eines Jahres.

4.3.2 Erwerbslosigkeit und Arbeitsuche

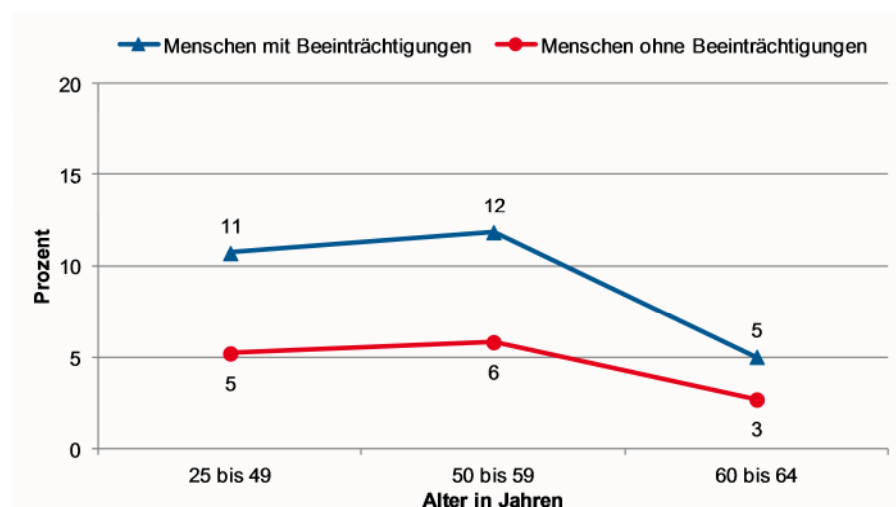
► Die Erwerbslosenquote ist bei Menschen mit Beeinträchtigungen nahezu doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe. Am höchsten ist sie mit 14 Prozent bei 50- bis 59-Jährigen Frauen mit Beeinträchtigungen. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit liegt bei rund 26 Monaten.

Erwerbslosigkeit

Ein zentraler Indikator für den unfreiwilligen Ausschluss vom allgemeinen Arbeitsmarkt ist die Erwerbslosenquote. Zu den Erwerbslosen zählen alle Personen, die nicht erwerbstätig sind und die in den letzten vier Wochen aktiv nach einer Stelle gesucht haben. Die Erwerbslosenquote beschreibt den Anteil der Erwerbslosen an allen Personen des gleichen Alters, die entweder erwerbstätig oder erwerbslos sind.

Sie liegt bei den Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Altersklassen etwa doppelt so hoch wie bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen. Eine Ausnahme stellen Menschen im Alter von 60 bis 64 Jahren dar, bei denen der Unterschied gering ausfällt.

Abbildung 4-31: Erwerbslosenquoten nach Alter



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Zu den Erwerbslosen zählen alle Personen, die nicht erwerbstätig sind, und in den letzten vier Wochen aktiv nach einer Stelle gesucht haben. Die Altersklasse der 18- bis 24-Jährigen wird aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Frauen mit Beeinträchtigungen sind etwas häufiger erwerbslos als Männer. Besonders deutlich trifft das bei den 50- bis 64-Jährigen zu. Dieser Befund ist umso auffälliger, als dass Frauen ohne Beeinträchtigungen sogar geringere Erwerbslosenquoten aufweisen als Männer ohne Beeinträchtigungen.

Außerdem zeigt sich, dass die Erwerbslosenquoten von Menschen mit Beeinträchtigungen und einem Migrationshintergrund überdurchschnittlich hoch sind. Unter diesen weisen wiederum Frauen mit 24 Prozent die mit Abstand höchste Erwerbslosenquote auf.

Tabelle 4-29: Erwerbslosenquoten nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
25 bis 49	10%	11%	6%	4%
50 bis 59	9%	14%	8%	4%
60 bis 64	3%	7%	2%	4%
Insgesamt (18-64)	10%	12%	7%	5%
Mit Migrationshintergrund	14%	24%	10%	7%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf Erwerbspersonen im Alter zwischen 18 bis unter 65 Jahren. Zu den Erwerbslosen zählen alle Personen, die nicht erwerbstätig sind und in den letzten vier Wochen aktiv nach einer Stelle gesucht haben. Die Altersklasse der 18- bis 24-Jährigen wird aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Die Bundesagentur für Arbeit berichtet in ihren Statistiken über die Arbeitslosigkeit von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung. Die Begriffe „Arbeitslose“ und „Erwerbslose“ sind unterschiedlich definiert. Gemäß § 16 SGB III sind alle Personen als arbeitslos zu zählen, die vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, eine versicherungspflichtige Beschäftigung suchen, dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben und nicht Teilnehmer an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik sind (§ 16 Abs. 2 SGB III). Die Unterschiede zwischen Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit folgen aus den verschiedenen Erhebungsmethoden (Stichprobenbefragung versus Registrierung) und unterschiedlichen Konkretisierungen von Begriffsmerkmalen.¹⁴¹

Demnach ist in den Jahren 2008 bis 2011 die Anzahl der arbeitslos gemeldeten Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung kontinuierlich gestiegen und liegt nun bei 180.000.

Tabelle 4-30: Arbeitslose mit Schwerbehinderung

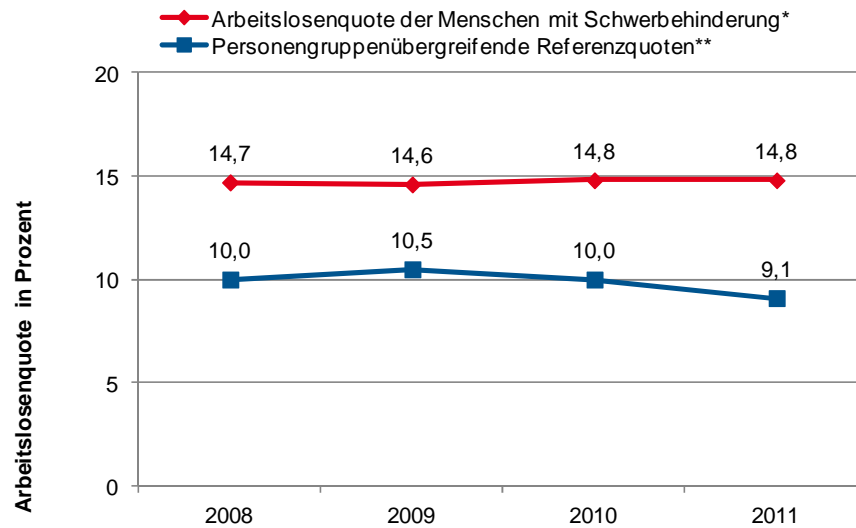
	2008	2009	2010	2011
Anzahl	166.000	168.000	175.000	180.000

Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2012a): Arbeitsmarkt 2011, Nürnberg. Eigene Darstellung Prognos AG.

¹⁴¹ Z. B. liegt nach dem SGB Arbeitslosigkeit auch dann vor, wenn eine Beschäftigung von weniger als 15 Wochenstunden ausgeübt wird, während nach dem ILO-Konzept schon eine Wochenstunde Arbeit ausreicht, um nicht mehr erwerbslos zu sein.

Ihre Arbeitslosenquote¹⁴² liegt im Jahr 2011 mit rund 15 Prozent um fast sechs Prozentpunkte über einer analog berechneten allgemeinen Arbeitslosenquote (personengruppenübergreifenden Referenzquote¹⁴³).

Abbildung 4-32: Entwicklung der Arbeitslosigkeit bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung, 2008 bis 2011



* siehe Fußnote 142; ** siehe Fußnote. 143

Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2012a): Arbeitsmarkt 2011, Nürnberg. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Bundesagentur für Arbeit führt diese Entwicklung auf das Auslaufen vorruhestandsähnlicher Regelungen seit dem 1. Januar 2008 zurück. Danach hat die Zahl der 58- bis unter 65-jährigen schwerbehinderten Arbeitslosen deutlich zugenommen, während sie in allen anderen Altersgruppen sank.¹⁴⁴ Ohne das Auslaufen dieser Regelungen wäre die Zahl schwerbehinderter Arbeitsloser in den vergangenen Jahren rückläufig gewesen. Seit Anfang des Jahres 2012 sinkt dann auch die Arbeitslosenquote der Menschen mit Schwerbehinderung.¹⁴⁵

¹⁴² Die Arbeitslosenquoten der Menschen mit Schwerbehinderung werden berechnet, indem die Zahl der arbeitslosen Menschen mit Schwerbehinderung des jeweiligen Jahres auf die Zahl der abhängigen Erwerbspersonen mit Schwerbehinderung des Vorjahres bezogen wird.

¹⁴³ Alle Arbeitslosen bezogen auf folgende Teilkomponenten der Bezugsgröße zur Berechnung der Arbeitslosenquote auf Basis der abhängigen zivilen Erwerbspersonen: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Beamte und Arbeitslose. Damit werden die Arbeitslosenquoten von Menschen mit Schwerbehinderung und die personengruppenübergreifenden Referenzquoten analog berechnet.

¹⁴⁴ Dabei ist berücksichtigt, dass arbeitslose Menschen mit Schwerbehinderung nach Vollendung des 58. Lebensjahres statistisch nicht mehr als arbeitslos gelten, wenn sie für die Dauer von mindestens zwölf Monaten Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende bezogen haben, ohne dass ihnen eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung angeboten worden ist (§ 53a SGB II).

¹⁴⁵ Bundesagentur für Arbeit (2012b).

Arbeitslosigkeit verringert die Chancen auf eine selbstbestimmte Lebensführung umso mehr, je länger sie andauert. Die folgende Tabelle zeigt die Arbeitsloskeitszeiten von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in den letzten fünf Jahren, angegeben in Monaten.¹⁴⁶

Tabelle 4-31: Arbeitsloskeitszeiten in den letzten fünf Jahren, in Monaten

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	Insgesamt	Darunter		Insgesamt	Darunter	
		Männer	Frauen		Männer	Frauen
25 bis 49	22,9	22,3	23,5	13,8	11,0	16,6
50 bis 59	29,7	29,1	30,2	22,2	18,3	26,0
60 bis 64	34,0	29,3	37,5	31,7	26,1	38,3
Insgesamt (18 bis 64)	25,9	24,8	27,1	15,3	12,5	18,3

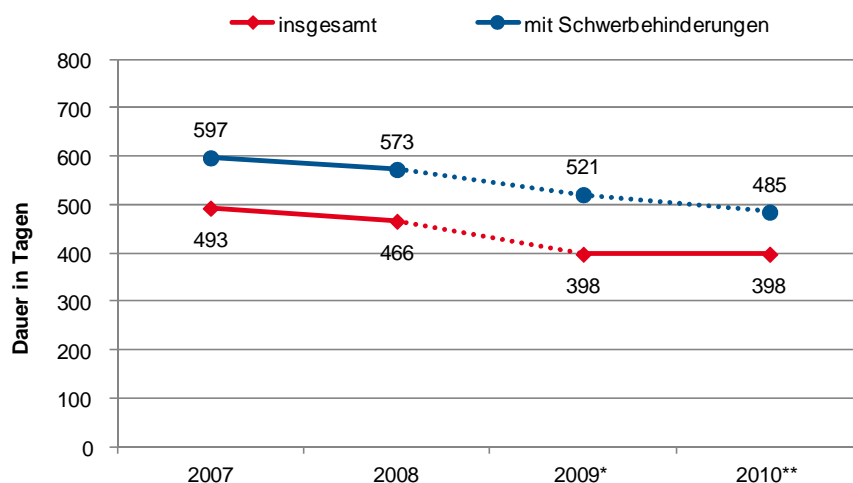
Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle Personen, die in den letzten 5 Jahren schon einmal arbeitslos waren – basierend auf subjektiven Einschätzungen, eine Feststellung bei der Agentur für Arbeit ist nicht erforderlich. Die Altersklasse der 18- bis 24-Jährigen wird aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Die Zeiträume der Arbeitslosigkeit sind bei Menschen mit Beeinträchtigungen durchschnittlich um zehn Monate länger als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Frauen mit Beeinträchtigungen weisen dabei noch einmal etwas längere Zeiten der Arbeitslosigkeit auf als Männer.

Die Statistik der Bundesagentur für Arbeit gibt Auskunft darüber, wie lange die bisherige Arbeitslosigkeit von im Erfassungsjahr arbeitslos gemeldeten Menschen andauerte und unterscheidet hierbei Menschen mit und ohne amtlich anerkannte Schwerbehinderung.

¹⁴⁶ Der Frage in der GEDA-Studie „Waren Sie in den letzten 5 Jahren einmal arbeitslos?“, auf die sich die in der Tabelle dargestellten Auswertungsergebnisse beziehen, liegt ein subjektives Arbeitsloskeitskonzept zugrunde. Eine Meldung bei der Agentur für Arbeit ist für die Feststellung der Arbeitslosigkeit demnach nicht erforderlich.

Abbildung 4-33: Durchschnittliche bisherige Dauer der Arbeitslosigkeit innerhalb des Bestands an Arbeitslosen in den Jahren 2007 bis 2011, Arbeitslose insgesamt und Arbeitslose mit Schwerbehinderung



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktstatistik (Februar 2011) (einschließlich der Daten zugelassener kommunaler Träger).

* Ab Mai 2009: Eingeschränkte Vergleichbarkeit aufgrund der Geltung des § 46 SGB III. Personen, für die ein Dritter mit der Vermittlung beauftragt wurde, gelten ab diesem Berichtsmonat nicht mehr als arbeitslos.

** Ab Januar 2010 werden die bei den Agenturen für Arbeit und den gemeinsamen Einrichtungen erfassten Personen, denen eine Gleichstellung zugesichert wurde, nicht mehr zu den schwerbehinderten Menschen gezählt.

Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit ist bei arbeitslos gemeldeten Menschen mit einer Schwerbehinderung in allen Jahren länger als bei allen Arbeitslosen. Der Unterschied hat sich im Jahr 2010 auf 87 Tage gegenüber dem Vorjahr etwas verringert. Die Vergleichbarkeit der Jahreswerte ist jedoch aufgrund veränderter Erfassungsregeln ab dem Jahr 2009 geringfügig eingeschränkt.

Als ein subjektiver Indikator für die Zugänglichkeit des Arbeitsmarkts für Menschen mit Beeinträchtigungen kann die Selbsteinschätzung der eigenen Chancen von Nicht-Erwerbstätigen auf dem Arbeitsmarkt herangezogen werden.

Tabelle 4-32: Selbsteinschätzung von Nichterwerbstätigen hinsichtlich der Möglichkeiten, eine geeignete Stelle zu finden

	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Leicht	2%	11%	19%	19%
Schwierig	62%	59%	63%	61%
Praktisch unmöglich	36%	30%	18%	20%
Insgesamt	100%	100%	100%	100%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 18- bis 64-Jährigen, die derzeit nicht erwerbstätig sind, und angeben, dass es „eher wahrscheinlich“, „wahrscheinlich“ oder „ganz sicher“ ist, dass sie in Zukunft (wieder) eine Erwerbstätigkeit aufnehmen wollen.

Menschen mit Beeinträchtigungen sind demnach häufiger pessimistisch hinsichtlich ihrer Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Ganz besonders trifft das auf Männer zu. Mehr als jeder Dritte von ihnen ist der Ansicht, eine geeignete Stelle zu finden sei für ihn „praktisch unmöglich“. Von den Männern ohne Beeinträchtigungen teilen nur 18 Prozent diese negative Einschätzung der eigenen Chancen.

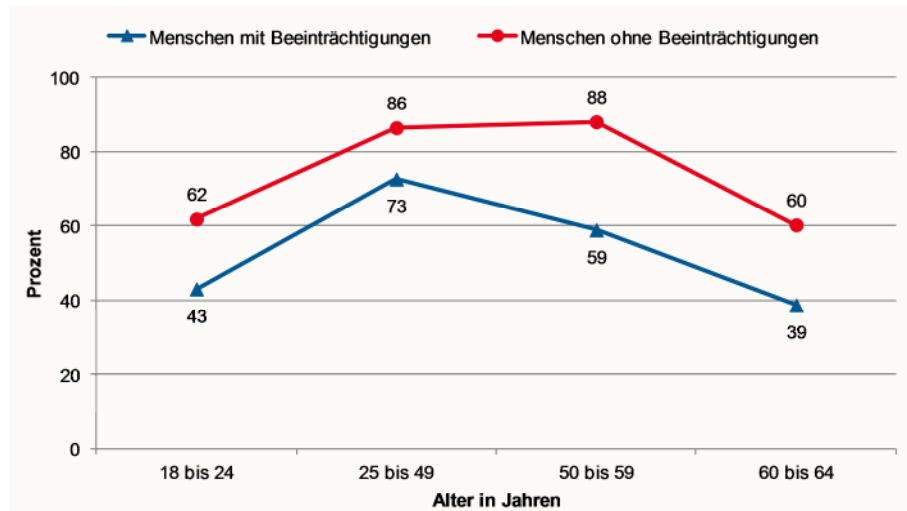
4.3.3 Einkommen

► 62 Prozent der Männer und 57 Prozent der Frauen mit Beeinträchtigungen bestreiten ihren Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen. 86 Prozent der Männer ohne Beeinträchtigung und 76 Prozent der Frauen ohne Beeinträchtigungen bestreiten ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Erwerbseinkommen.

Lebensunterhalt aus Erwerbseinkommen

Der Anteil derjenigen, die ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus eigener Erwerbstätigkeit bestreiten, ist unter den Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich geringer als unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die folgende Abbildung veranschaulicht für vier Altersklassen, wie groß die Unterschiede sind. Am geringsten unterscheiden sich die 25- bis 49-Jährigen, am ausgeprägtesten die 50- bis 59-Jährigen.

Abbildung 4-34: Anteil der Menschen zwischen 18 und 64 Jahren mit und ohne Beeinträchtigungen, die ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen¹⁴⁷ bestreiten



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen bestreiten ihren persönlichen Lebensunterhalt insgesamt etwa ähnlich häufig aus eigenem Erwerbseinkommen. Bei Männern und Frauen ohne Beeinträchtigungen lassen sich dagegen stärkere geschlechterspezifische Unterschiede erkennen.

Tabelle 4-33: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen bestreiten

Alter in Jahren / Migrationshinter- grund	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 24	34%	53%	60%	63%
25 bis 49	77%	69%	93%	80%
50 bis 59	60%	58%	93%	84%
60 bis 64	45%	33%	69%	51%
Insgesamt (18-64)	62%	57%	86%	76%
Mit Migrationsh.	49%	49%	81%	70%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 18- bis 64-Jährigen.

¹⁴⁷ Beim Erwerbseinkommen werden im Folgenden der Verdienst aus dem Haupt- und Nebenjob sowie aus Selbstständigkeit berücksichtigt.

Liegt ein Migrationshintergrund vor, bestreiten 18- bis 64-Jährige ihren eigenen Lebensunterhalt deutlich seltener aus Erwerbseinkommen.

Die Bedeutung des Erwerbseinkommens für den persönlichen Lebensunterhalt nimmt nicht nur mit zunehmendem Alter ab, sondern auch mit dem Schweregrad einer amtlich festgestellten Behinderung. Insgesamt liegt sie für Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung mit 28 bis 42 Prozent wesentlich niedriger als für chronisch Kranke mit Einschränkungen bei Aktivitäten (71 Prozent).

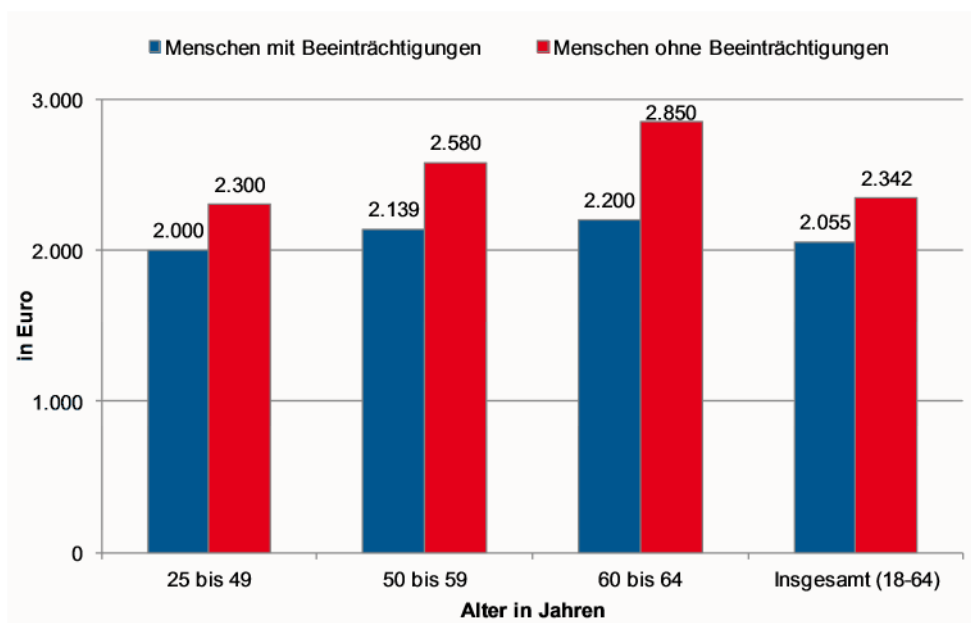
Tabelle 4-34: Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen bestreiten, nach Alter und Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen

Alter in Jahren	Menschen mit anerkannter Erwerbsminderung/ Behinderung				Chronisch Kranke mit Aktivitätseinschr.
	Insgesamt	Darunter GdB			
		< 50	50 bis 80	90 bis 100	
25 bis 49	65%	84%	53%	\	79%
50 bis 59	51%	77%	44%	10%	72%
60 bis 64	36%	49%	31%	28%	47%
Insgesamt (18-64)	51%	72%	42%	28%	71%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Die Altersklasse der 18- bis 24-Jährigen wird aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Der Vergleich der mittleren monatlichen Einkommenshöhe von Voll- oder Teilzeit erwerbstätigen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen zeigt aufgrund der Befunde zum Erwerbsumfang und zur ausbildungsadäquaten Beschäftigung deutliche Unterschiede. Die Differenz liegt im Durchschnitt der 18- bis 64-Jährigen bei rund 300 Euro brutto und wächst im Laufe des Erwerbslebens kontinuierlich an.

Abbildung 4-35: Mittleres monatliches Einkommen (Median, brutto) aus Erwerbstätigkeit, nach Alter



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle 18- bis 64-Jährigen, die derzeit in Vollzeit oder Teilzeit erwerbstätig sind. Die Altersklasse der 18- bis 24-Jährigen wird aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Die festgestellten Einkommensunterschiede sind zwischen Männern mit und ohne Beeinträchtigungen deutlicher ausgeprägt als zwischen Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen. Die geschlechterspezifischen Auswertungen zeigen auch, dass die üblicherweise positive Einkommensentwicklung im Lebensverlauf bei Männern mit Beeinträchtigungen nicht stattfindet. In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen verringert sich das mittlere Einkommen um rund 200 Euro gegenüber der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen, was mit einem früheren Renteneintritt zusammenhängen kann.

In Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund lässt sich sagen, dass das mittlere monatliche Einkommen von Männern mit Beeinträchtigungen noch deutlicher unter dem Durchschnitt liegt als das der Frauen.

Tabelle 4-35: Mittleres monatliches Einkommen (brutto) aus Erwerbstätigkeit, nach Alter und Migrationshintergrund, in Euro

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
25 bis 49 Jahre	2.500	1.629	2.800	1.750
50 bis 59 Jahre	2.701	1.695	3.000	1.980
60 bis 64 Jahre	2.500	1.896	3.200	2.053
Insgesamt (18-64)	2.500	1.667	2.800	1.778
Mit Migrationsh.	2.148	1.500	2.500	1.500

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden nur 18- bis 64-Jährige verglichen, die derzeit in Vollzeit oder Teilzeit erwerbstätig sind. Die Altersklasse der 18- bis 24-Jährigen wird aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Unterschiede in der Höhe des mittleren Erwerbseinkommens lassen sich auch innerhalb der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen feststellen. Liegt eine amtlich anerkannte Behinderung oder Erwerbsminderung vor, beträgt das mittlere monatliche Einkommen aus Erwerbstätigkeit über alle betrachteten Altersklassen hinweg 2.200 Euro. Chronisch Kranke mit Einschränkungen bei Aktivitäten verfügen im Durchschnitt nur über ein monatliches Einkommen von 1.833 Euro.

Tabelle 4-36: Mittleres monatliches Einkommen (brutto) aus Erwerbstätigkeit, nach Alter und Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen, in Euro

	Menschen mit anerk. Erwerbsminderung/ Behinderung	Chronisch Kranke mit Aktivitätseinschränkungen
25 bis 49	2.200	1.833
50 bis 59	2.200	2.000
60 bis 64	2.300	1.628
Insgesamt (18-64)	2.200	1.833

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden nur 18- bis 64-Jährige verglichen, die derzeit in Vollzeit oder Teilzeit erwerbstätig sind. Die Altersklasse der 18- bis 24-Jährigen sowie eine Differenzierung nach GdB wird aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Leistungen der sozialen Grundsicherung

Leistungen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung erhalten Menschen mit Beeinträchtigungen, wenn sie aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert und zwischen 18 und 64 Jahre alt sind. Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Empfängerinnen und Empfänger dieser Leistungsart es in den Jahren 2006 bis 2010 gab und in welcher Höhe der monatliche Bruttobedarf festgelegt wurde.

Tabelle 4-37: Anzahl der 18-bis 64-jährigen Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung bei Erwerbsminderung und festgelegter monatlicher Bruttobedarf in den Jahren 2006 bis 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Anzahl an Leistungsbeziehenden von Grundsicherung bei Erwerbsminderung	311.448	340.234	357.724	364.027	384.565
Bruttobedarf in Euro/Monat	597*	607	617	637	639

**Deutschland ohne Bremen*

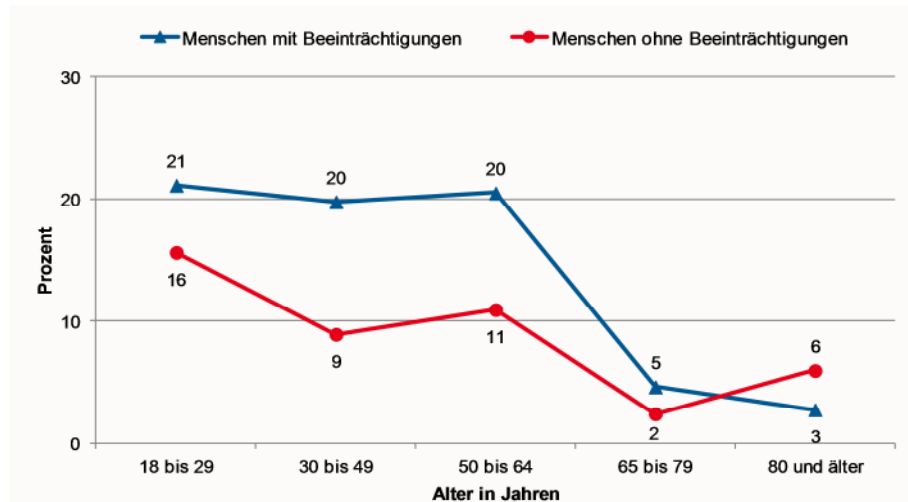
Quelle: Sozialhilfestatistiken des Statistisches Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Am 31. Dezember 2006 bezogen 311.448 Personen zwischen 18 und 64 Jahren Grundsicherung aufgrund einer vollen Erwerbsminderung. Bis zum Jahr 2010 ist die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger dieser Leistungsart auf 384.565 angestiegen. Die monatlichen Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden im Wesentlichen nach Regelsätzen erbracht.¹⁴⁸ Der Bruttobedarf stieg demnach jährlich um 2 bis 20 Euro bzw. 0,3 bis 3,2 Prozent an.

Unabhängig von der Erwerbsfähigkeit der Betroffenen erhalten Haushalte, die ihren Grundbedarf nicht durch eigene Einkünfte decken, allgemeine Leistungen der sozialen Grundsicherung wie das Arbeitslosengeld II einschließlich Sozialgeld und Unterkunftskosten, die laufenden Hilfen zum Lebensunterhalt oder die Grundsicherung im Alter. Die folgende Abbildung zeigt, wie häufig Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in einem Haushalt leben, der Leistungen der sozialen Grundsicherung bezieht.

¹⁴⁸ Der monatliche Bruttobedarf setzt sich zusammen aus dem Regelsatz (laufende Leistungen für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Bedürfnisse des täglichen Lebens), angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung, eventuell anfallenden Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherung und „Mehrbedarfszuschlägen als Bedarf anerkannt“. Vgl. Statistisches Bundesamt (2012): S. 249.

Abbildung 4-36: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in einem Haushalt leben, der Leistungen der sozialen Grundsicherung bezieht



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Alle Haushalte, die eine der folgenden Leistungen beziehen: Arbeitslosengeld II einschließlich Sozialgeld und Unterkunftskosten, Laufende Hilfen zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter.

In den Altersklassen bis 64 Jahren leben Menschen mit Beeinträchtigungen wesentlich häufiger in Haushalten mit Bezug von Grundsicherungsleistungen. Im Alter von 65 und Jahren und darüber sind die Unterschiede kleiner bzw. kehren sich bei den 80-Jährigen und Älteren sogar um.

Zwischen Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen sind bei diesem Indikator keine statistisch bedeutsamen Unterschiede feststellbar. Menschen mit Migrationshintergrund leben hingegen besonders häufig in Haushalten mit Bezug von Leistungen der sozialen Grundsicherung, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 4-38: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in einem Haushalt leben, der Leistungen der sozialen Grundsicherung bezieht

Alter in Jahren / Migrationshinter- grund	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 29	26%	17%	15%	17%
30 bis 49	21%	19%	8%	10%
50 bis 64	22%	19%	11%	11%
65 bis 79	6%	4%	3%	2%
80 und älter	2%	3%	3%	8%
Insgesamt	14%	12%	9%	10%
Mit Migrations- hintergrund	25%	24%	18%	15%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Alle Haushalte, die eine der folgenden Leistungen beziehen: Arbeitslosengeld II einschließlich Sozialgeld und Unterkunftskosten, Laufende Hilfen zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter.

Renteneinkommen

Wenn eine Erwerbstätigkeit aus Altersgründen oder wegen Erwerbsminderung nicht mehr oder nur noch in begrenztem Umfang ausgeübt werden kann, sind Renteneinkommen die wichtigste Einkommensquelle. Zu unterscheiden sind einerseits Altersrenten, die mit dem Erreichen einer bestimmten Altersgrenze – unter bestimmten Voraussetzungen bzw. mit Abschlägen auch früher – bezogen werden, und andererseits Erwerbsminderungsrenten, die altersunabhängig im Falle einer medizinisch diagnostizierten verminderten Erwerbsfähigkeit in Anspruch genommen werden können.

Während der Bestand an Empfängerinnen und Empfängern von Erwerbsminderungsrenten in den letzten Jahren weitgehend konstant geblieben ist, kam es hinsichtlich der Altersrenten für schwerbehinderte Menschen zu einer deutlichen Zunahme. Gut zwei Drittel der Empfängerinnen und Empfänger von Altersrente für schwerbehinderte Menschen sind männlich. Innerhalb der Gruppe der als erwerbsgemindert anerkannten Personen überwiegen Männer hingegen nur leicht.

Tabelle 4-39: Entwicklung des Bestands an Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und an Altersrenten für schwerbehinderte Menschen in den Jahren 2005 bis 2010, nach Geschlecht, in 1.000

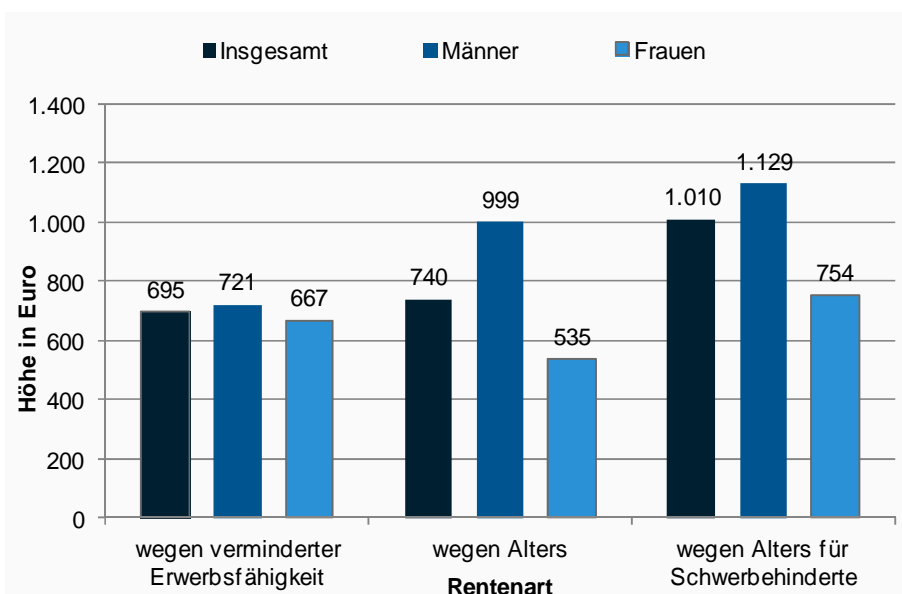
Jahr	Rente wegen vermind. Erwerbsfähigkeit			Altersrente für schwerbehinderte Menschen		
	Insges.	Männer	Frauen	Insges.	Männer	Frauen
2005	1.650	892	758	1.229	920	309
2006	1.602	861	741	1.285	948	337
2007	1.584	844	739	1.356	984	372
2008	1.564	826	738	1.422	1.016	407
2009	1.568	822	746	1.514	1.056	459
2010	1.589	827	762	1.610	1.098	512

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Eigene Darstellung Prognos AG.

Es sei darauf hingewiesen, dass die genannten Rentenarten nicht den gesamten Personenkreis von Menschen mit Beeinträchtigungen, die ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus Renten beziehen, abdecken. Eine nicht unbeträchtliche Zahl an Menschen mit Beeinträchtigungen erhält reguläre Altersrenten, entweder weil sie nicht als schwerbehindert anerkannt sind, oder weil sie die für den Bezug von Altersrente für Schwerbehinderte gültige Voraussetzung von mindestens 35 Versicherungsjahren nicht erfüllen. Hierunter fallen insbesondere jene Personen, die aufgrund von geringen Beitragsjahren in der Rentenversicherung besonders von Altersarmut bedroht sind.

Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung weist für Erwerbsminderungsrenten einen durchschnittlichen Zahlbetrag in Höhe von 695 Euro pro Monat aus. Altersrenten liegen demgegenüber durchschnittlich um rund 50 Euro bei Menschen ohne Schwerbehinderung und um 315 Euro für Menschen mit Schwerbehinderung höher. Männer erhalten dabei in allen drei Kategorien höhere Renten ausgezahlt als Frauen.

Abbildung 4-37: Durchschnittliche monatliche Zahlbeträge bei Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wegen Alters sowie wegen Alters für Schwerbehinderte (Rentenbestand) im Jahr 2010, in Euro



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund.. Eigene Darstellung Prognos AG.

Dass die Regelaltersrenten durchschnittlich eine geringere Leistungshöhe aufweisen als die Renten für schwerbehinderte Menschen, liegt an den unterschiedlichen Voraussetzungen, die mit beiden Rentenarten verbunden sind. Die folgende Tabelle untermauert die statistische Verzerrung der obigen Abbildung. Es zeigt sich, dass über die Hälfte der Bezieherinnen und Bezieher von Regelaltersrenten weniger als 500 Euro monatlich erhalten. Bei den Altersrenten für Schwerbehinderte sind es hingegen nur sechs Prozent. Dies liegt daran, dass für eine reguläre Altersrente nur eine Wartezeit von fünf Jahren erforderlich ist, während sie bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen 35 Jahre beträgt.

Tabelle 4-40: Empfänger/-innen von Regelaltersrenten und Altersrenten für Schwerbehinderte nach Rentenzahlbetrag

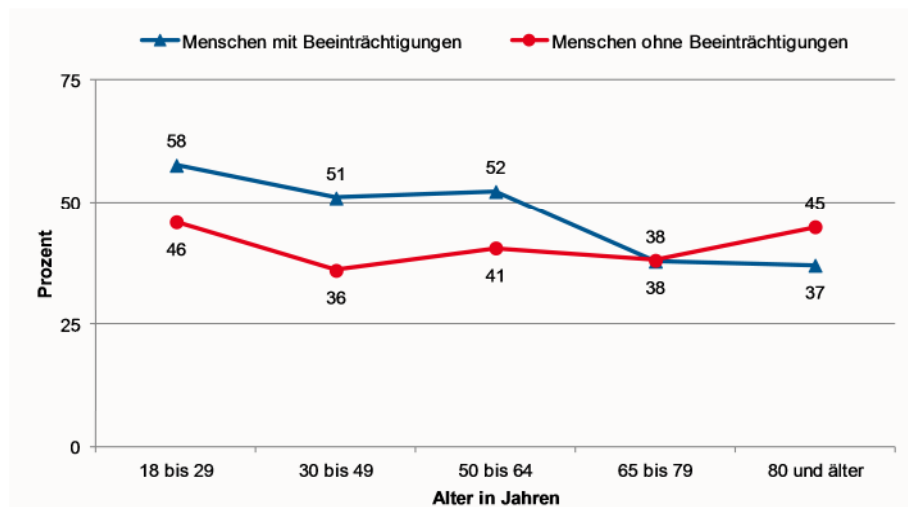
Monatlicher Zahlbetrag in Euro	Regelaltersrente	Altersrente für Schwerbehinderte
unter 500	56%	6%
500 bis unter 1.000	27%	43%
1.000 bis unter 1.500	13%	43%
1.500 bis unter 2.000	4%	8%
2.000 und mehr	0,2%	0,1%
Insgesamt	100%	100%

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Sparen und Vermögensbildung

Über die Hälfte der 18- bis 64-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen leben in einem Haushalt, der kaum Spielraum für finanzielle Rücklagen hat. Diese Haushalte sind nicht in der Lage, regelmäßig einen Betrag zurückzulegen oder zu sparen, etwa für größere Anschaffungen, für Notlagen oder für die Vermögensbildung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine fehlende Sparmöglichkeit sowohl Ausdruck einer problematischen Einnahmesituation (z. B. durch fehlende oder gering bezahlte Erwerbstätigkeit) als auch einer gemessen am Einkommen zu hohen Ausgabensituation sein kann.

Abbildung 4-38: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, deren Haushalt in der Regel im Monat kein Geld zurücklegen kann



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Diese Unterschiede gelten vor allem für Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter. Im Rentenalter bestehen kaum noch Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, bei den Hochaltrigen sind die Sparmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen sogar ausgeprägter als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dies ist vor dem Hintergrund zu bewerten, dass nur Daten für Personen vorliegen, die in ihrem eigenen Haushalt leben, für Heimbewohnerinnen und -bewohner also keine Aussagen zu den Sparmöglichkeiten gemacht werden können.

Zwischen Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen bestehen hinsichtlich der Sparmöglichkeit des Haushaltes nur geringe Unterschiede. Ein anderes Bild zeigt sich, wenn der Grad der anerkannten Behinderung betrachtet wird: Je höher der Behinderungsgrad, desto häufiger sind Menschen mit Beeinträchtigungen nicht dazu in der Lage, regelmäßige Rücklagen zu bilden. Zugleich gilt für die Altersklassen der 18- bis 64-Jährigen, dass chronisch Kranke mit Einschränkungen bei Aktivitäten gegenüber Menschen mit einer anerkannten Behinderung deutlich seltener dazu in der Lage sind, Geld zu sparen.

Tabelle 4-41: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, deren Haushalt in der Regel im Monat kein Geld zurücklegen kann, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen

Alter in Jahren	Menschen mit anerkannter Erwerbsminderung/ Behinderung				Chronisch Kranke mit Aktivitätseinschränkungen
	Insgesamt	Darunter GdB			
		< 50	50 bis 80	90 bis 100	
18 bis 64	49%	44%	50%	56%	57%
65 bis 79	38%	28%	39%	41%	38%
80 und älter	34%	/	29%	46%	40%
Insgesamt	44%	39%	43%	49%	48%

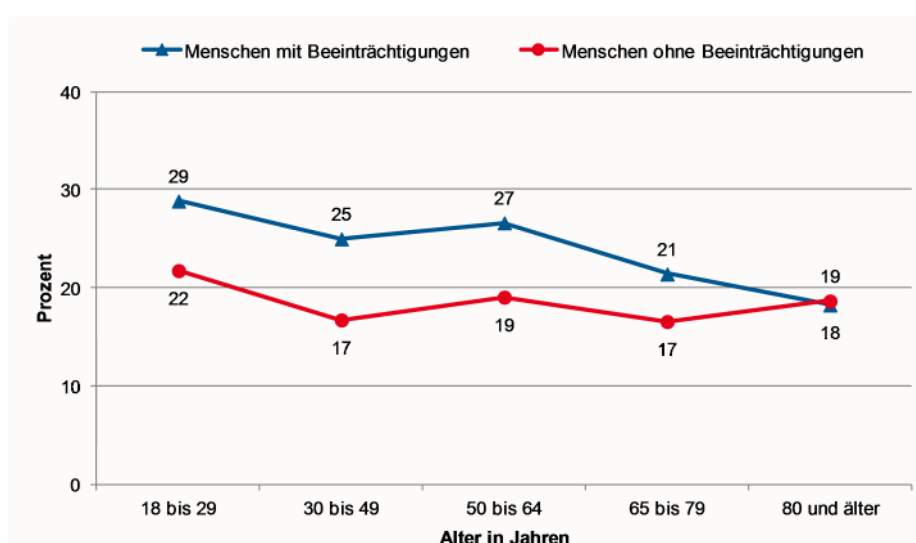
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Da das bereits gebildete Vermögen im SOEP nicht regelmäßig abgefragt wird, lässt sich nicht abbilden, inwiefern die Anrechnung von eigenem Vermögen auf Sozialleistungen die Möglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen zur Vermögensbildung einschränken.¹⁴⁹ Einen Hinweis auf die Möglichkeiten zur Rücklagenbildung kann aber der Besitz von Wertanlagen geben. Hierzu zählen Sparbuch, Spargirokonto, Bausparvertrag, Lebensversicherung, festverzinsliche Wertpapiere (z. B. Sparbriefe, Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe), andere Wertpapiere (z. B. Aktien, Fonds, Anleihen, Optionscheine) oder Betriebsvermögen (eigenes Unternehmen, Beteiligungen am Unternehmen).

Unabhängig vom Alter lebt etwa jeder fünfte Erwachsene ohne Beeinträchtigungen in einem Haushalt, der keine Wertanlagen besitzt. Der Anteil liegt bei Menschen mit Beeinträchtigungen zwischen 25 und 29 Prozent. Dies gilt jedoch nur für die Altersklassen bis 65 Jahre. Im Rentenalter fallen die Unterschiede geringer aus bzw. heben sich vollständig auf. Der Grund dafür dürfte sein, dass im höheren Alter der Anteil derjenigen, die erst nach dem Abschluss der Erwerbsphase eine Beeinträchtigung erworben haben, zunimmt.

¹⁴⁹Die Höhe des sogenannten Schonvermögens, d. h. des Vermögensanteils, den Berechtigte vor dem Bezug einer Sozialleistung nicht verwerten müssen, variiert je nach Sozialleistung. Werden Leistungen der Grundsicherung für erwerbsgeminderte Menschen oder Hilfen nach Kapitel 5 bis 9 des SGB XII bezogen, liegt die Vermögensobergrenze bei 2.600 Euro (§ 90 SGB XII und § 1 der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9). Darüber hinaus ist es kaum möglich, weiteres Vermögen aufzubauen. Etwas höhere Grenzen gelten zum Beispiel für die Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Abbildung 4-39: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, deren Haushalt keine Wertanlagen hat



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf das Vorjahr.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen sind überwiegend nicht signifikant. Im Durchschnitt haben die Haushalte von Menschen mit chronischen Krankheiten und Aktivitätseinschränkungen (25 Prozent) etwas seltener Wertanlagen als Haushalte, in denen Menschen mit einer anerkannten Behinderung mit einem Grad der Behinderung unter 50 leben (16 Prozent). Bei einem höheren Behinderungsgrad bestehen dagegen keine Unterschiede zwischen diesen Teilgruppen mehr.

Tabelle 4-42: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, deren Haushalt keine Wertanlagen hat, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen

Alter in Jahren	Menschen mit anerkannter Erwerbsminderung/ Behinderung				Chron. Kranke mit Teilhabe-einschränkungen
	Insgesamt	Darunter GdB			
		< 50	50 bis 80	90 bis 100	
18 bis 64	24%	18%	27%	31%	29%
65 bis 79	19%	10%	21%	23%	24%
80 und älter	21%	/	21%	20%	16%
Insgesamt	22%	16%	24%	26%	25%

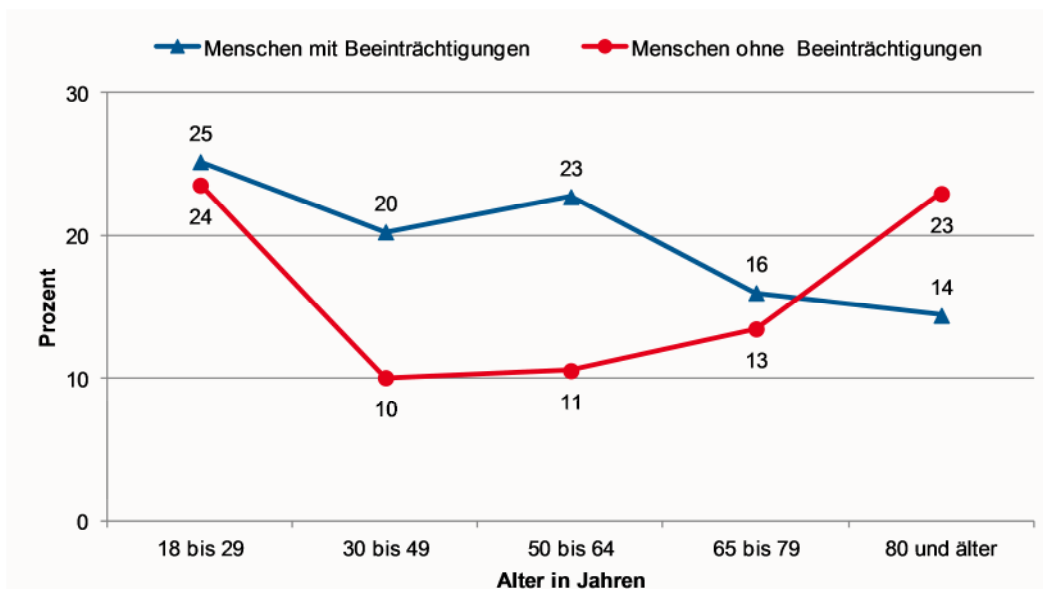
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf das Vorjahr.

Armutsgefährdung

Von einem armutsgefährdeten Haushalt wird gesprochen, wenn das bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens (Median) in der Gesellschaft beträgt.¹⁵⁰

Die folgende Abbildung zeigt, dass Armutsrisiken zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ungleich verteilt sind. Besonders deutlich wird dies für die Altersklassen der 30- bis 49-Jährigen und der 50- bis 64-Jährigen. Hier liegen die Differenzen zwischen den beiden Gruppen bei zehn bzw. zwölf Prozentpunkten. In der jüngeren Altersklasse sowie bei den 65- bis 79-Jährigen sind die Unterschiede geringer. Bei den 80-Jährigen und Älteren ist die materielle Versorgung der Menschen mit Beeinträchtigungen sogar besser als die der Vergleichsgruppe.¹⁵¹

Abbildung 4-40: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in einem armutsgefährdeten Haushalt leben



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Armutsgefährdet sind Personen, wenn das äquivalenzgewichtete Haushaltsnettoeinkommen die Schwelle von 60 Prozent des Medians unterschreitet.

¹⁵⁰ Die Bedarfsgewichtung trägt dem Umstand Rechnung, dass Mehrpersonenhaushalte gemeinsam wirtschaften und dadurch Kostenvorteile erzielen. Sie erfolgt anhand der neuen OECD-Skala. Danach wird der Haushaltsvorstand mit einem Gewicht von 1 und alle weiteren Personen im Haushalt über 14 Jahren mit 0,5 gewichtet. Kindern unter 14 Jahren wird ein Gewicht von 0,3 zugewiesen. Ohne diese Pro-Kopf-Umrechnung der Haushaltseinkommen wäre das Einkommensniveau und damit die effektive Wirtschaftskraft von Haushalten unterschiedlicher Größe nicht miteinander vergleichbar, wobei die Bedarfsgewichtung sicherstellt, dass die Altersstruktur der Haushaltsmitglieder berücksichtigt wird. Die Betrachtung der Armutsgefährdung im Sinne dieser Definition stellt einen speziellen Aspekt der Einkommensverteilung in den Mittelpunkt. So ergibt sich zum Beispiel selbst dann eine unveränderte Armutsgefährdung, wenn das Einkommen aller Personen um den gleichen Anteil steigt.

¹⁵¹ Haushaltsnettoeinkommen errechnet anhand des Einkommens nach Steuern und Transfers zuzüglich der imputierten Miete für selbst genutztes Wohneigentum. Das äquivalenzgewichtete Medianeinkommen lag 2009 bei 19.673 Euro Jahreseinkommen pro Haushalt. Ein Einpersonenhaushalt gilt als armutsgefährdet, wenn er ein Einkommen von unter 11.804 Euro (60% des Medians) erreicht.

Differenzierungen der Armutsrisikoquoten machen deutlich, dass Frauen mit Beeinträchtigungen zum einen häufiger in armutsgefährdeten Haushalten leben als Männer mit Beeinträchtigungen und dass eine geschlechterspezifische Ungleichheit hier zum anderen stärker ausgeprägt ist als in der Vergleichsgruppe der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Auch ein Migrationshintergrund verstärkt die Ungleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen in Bezug auf die Armutsgefährdung.

Tabelle 4-43: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in einem armutsgefährdeten Haushalt leben

Alter in Jahren / Migrationshintergrund	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 29	27%	24%	21%	26%
30 bis 49	17%	23%	9%	11%
50 bis 64	19%	26%	10%	11%
65 bis 79	15%	17%	11%	16%
80 und älter	6%	20%	21%	25%
Insgesamt	16%	22%	12%	15%
Mit Migrationshintergrund	32%	38%	22%	23%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG

Ein Armutsrisiko tritt bei Menschen mit einer anerkannten Erwerbsminderung bzw. Behinderung (16 Prozent) im Durchschnitt deutlich seltener auf als bei Menschen mit Beeinträchtigungen ohne diesen Status (22 Prozent). Dabei sind Menschen mit einem Grad der Behinderung unterhalb der Schwerbehinderungsschwelle deutlich seltener von Armut betroffen als Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung.

Tabelle 4-44: Anteil der Menschen, die in einem armutsgefährdeten Haushalt leben, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen

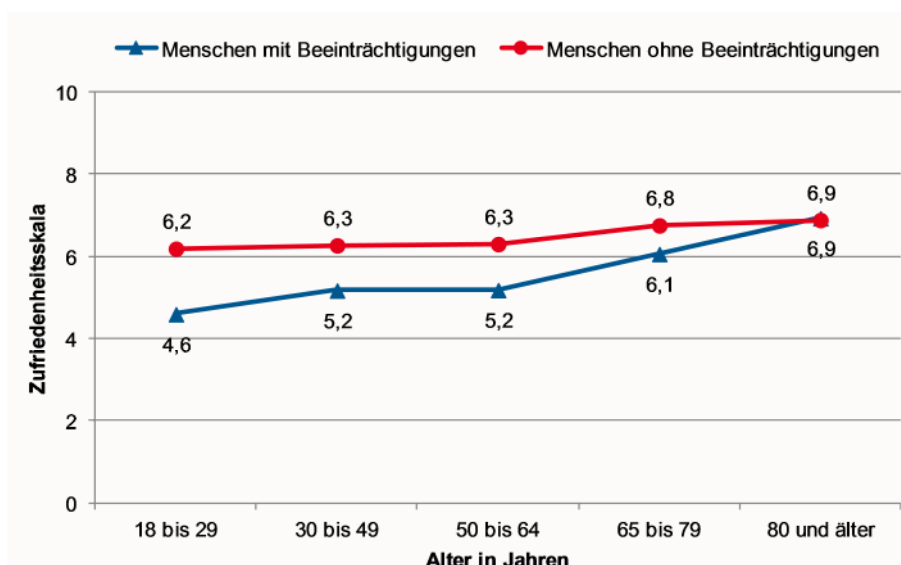
Alter in Jahren	Menschen mit anerkannter Erwerbsminderung/ Behinderung				Chronisch Kranke mit Aktivitätseinschränk.
	Insgesamt	Darunter GdB			
		< 50	50 bis 80	90 bis 100	
18 bis 64	20%	12%	25%	20%	25%
65 bis 79	13%	7%	13%	16%	20%
80 und älter	11%	/	9%	13%	18%
Insgesamt	16%	10%	19%	17%	22%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Zufriedenheit mit dem Einkommen und wirtschaftliche Sorgen

Die Befunde zu den Einkommensindikatoren finden ihre Entsprechung in der subjektiven Bewertung der haushaltsbezogenen Einkommenssituation durch die Menschen mit Beeinträchtigungen. Die folgende Abbildung zeigt, dass die Mittelwerte für die Zufriedenheit mit dem Einkommen über alle Altersklassen mit Ausnahme der Hochaltrigen deutlich unterhalb derjenigen der Menschen ohne Beeinträchtigungen liegen.

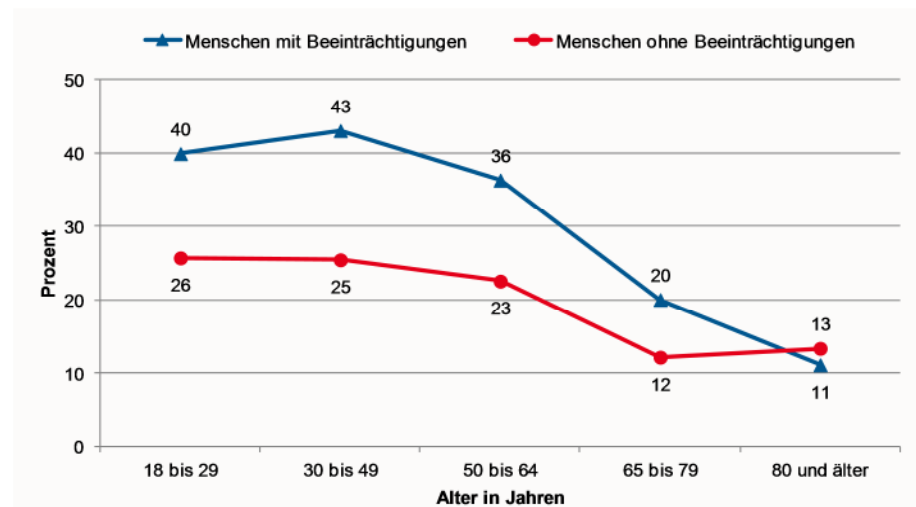
Abbildung 4-41: Zufriedenheit mit dem Einkommen des Haushalts – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“)



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Ein weiterer Indikator, der aus einer subjektiven Perspektive über die wirtschaftliche Situation Auskunft gibt, ist die Sorge um die zukünftige wirtschaftliche Situation. Der Anteil derjenigen, die sich große Sorgen um ihre zukünftige wirtschaftliche Situation machen, ist bei den Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich größer als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen. Zwar nimmt der Anteil mit zunehmendem Alter ab und nähert sich demjenigen der Menschen ohne Beeinträchtigungen an. Mit Ausnahme der Altersklassen der 80-Jährigen und Älteren besteht er jedoch in allen Altersklassen.

Abbildung 4-42: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die sich große Sorge um ihre wirtschaftliche Situation machen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Erwerbsarbeit und Einkommen

Soziale Zugehörigkeit und Anerkennung werden wesentlich über die Teilhabe an Erwerbsarbeit vermittelt. Neben und nachfolgend den Erfolgen der schulischen und beruflichen Bildung (vgl. Kap. 4.2) sind die soziale Stellung und die Teilhabechancen von Personen in Deutschland nach wie vor stark abhängig vom Ausmaß und der Qualität ihrer Erwerbsbeteiligung. Zugleich entwickeln sich die Teilhabechancen angesichts des gegenwärtigen Wandels von Arbeit im Hinblick auf Kontextfaktoren und die Organisation von Arbeit (wie globalisierter Wettbewerb, steigende Nachfrage nach Fachkräften im demografischen Wandel, Destandardisierung und Flexibilisierung von Beschäftigungsverhältnissen) für Personen in unterschiedlichen Ressourcenlagen sehr unterschiedlich.¹⁵²

Die Chancenungleichheit bezieht sich nicht nur auf den prinzipiellen Zugang zu Erwerbsarbeit, sondern auch auf die Möglichkeiten der Teilhabe an „guter Arbeit“.¹⁵³ Die Ergebnisse des Kapitels zu Erwerbsarbeit und Einkommen machen sichtbar, dass Beeinträchtigungen ein erhebliches Risiko darstellen von der Teilhabe an Erwerbsarbeit ausgeschlossen zu werden. Dies zeigen sowohl das geringere Ausmaß der Erwerbsbeteiligung beeinträchtigter Menschen, das höhere Risiko (längerfristiger) Arbeitslosigkeit als auch die höheren Risiken für prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Diese Situation gefährdet die gesellschaftliche Teilhabe und Anerkennung beeinträchtigter Menschen in Anbetracht des hohen Stellenwertes von Erwerbsarbeit in erheblicher Weise. So zeigen Ergebnisse des Projektes „Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit“ an der Universität Bielefeld auf, dass eine weite Verbreitung ökonomischer Orientierungen in der Bevölkerung insgesamt mit einer Gefahr der Abwertung nicht erwerbstätiger Personen(gruppen) einhergeht, die „in einer auf Leistung und Konkurrenz ausgerichteten Gesellschaft als Störfaktor verstanden werden“.¹⁵⁴ So „klären wirtschaftliche Effizienzkalküle auch einen nicht zu vernachlässigenden Anteil der Varianz bei der Abwertung von Behinderten auf“.¹⁵⁵

Im vorliegenden Bericht ist der Teilhabebereich „Erwerbsarbeit und Einkommen“ im Vergleich zu anderen Lebenslagedimensionen empirisch umfangreich unterlegt. Die Aussagekraft der vorhandenen Daten als Indikatoren ist allerdings begrenzt. Dies hängt auch mit den Begriffskonzepten zusammen, welche den Datenerhebungen jeweils zugrunde liegen. Dies betrifft zum einen das Verständnis von Behinderung. So fußen die wenigen verfügbaren Statistiken zur Beschäftigung und Arbeitslosigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen (etwa der Bundesagentur für Arbeit sowie des Statistischen Bundesamtes) auf einer sozialrechtlichen Definition von Behinderung nach § 2 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) für Behinderung, Schwerbehinderung und Gleichstellung oder auf den Definitionen in den entsprechenden Leistungsgesetzen. Diese Kategorien von Behinderung sind jedoch nicht konsistent mit dem diesem Bericht zugrunde gelegten Verständnis von Beeinträchtigungen und Behinderungen und begrenzen den berücksichtigten Personenkreis auf jene Personen, die (auf Antrag) eine amtliche Anerkennung von Behinderung erworben haben und damit anspruchsberechtigt auf verschiedene Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind. Insgesamt ist das Berichtssystem der öffentlich-rechtlichen Arbeitsverwaltung und Arbeitsvermittlung in Deutschland wenig kompatibel mit einem an Wechselwirkungen mit Kontextfaktoren orientierten neuen Behinderungsbegriff.¹⁵⁶

Auch die Definition von Arbeit unterliegt im vorliegenden Bericht gewissen Einschränkungen. Die Fokussierung des Arbeitsbegriffes ausschließlich auf Erwerbsarbeit schließt zum Beispiel systematisch die Lebenssituation jener Menschen mit Beeinträchtigungen aus, die Eigenarbeit im Zusammenhang mit Haushalt und Familie leisten oder sich im Rahmen ehrenamtlicher Arbeit engagieren.

Auch die Indikatoren zur Qualität der Erwerbsbeteiligung sind dringend weiter zu entwickeln. Hier würde sich eine konzeptionelle Annäherung an die differenzierten Indikatoren der Berichter-

¹⁵² Bosch, G. (2011); Trinczek, R. (2011).

¹⁵³ Fuchs, T. (2011). Siehe auch die Ergebnisse der Repräsentativumfragen im Rahmen des DGB-Index „Gute Arbeit“. http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/jaehrliche_repraesentativerhebung/dgb-index_gute_arbeit_2011

¹⁵⁴ Mansel, J., Endrikat, K. (2007): S. 167.

¹⁵⁵ Mansel, J., Endrikat, K. (2007): S. 180.

¹⁵⁶ Dies sind neben der Bundesagentur für Arbeit die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch, Zweites Buch (SGB II), im weiteren Sinne auch die Träger der Grundsicherung für erwerbsunfähige Personen nach dem Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII). Im Bereich der Arbeitsförderung ist behindert, wer die Kriterien des § 19 SGB III erfüllt; hierzu zählen üblicher Weise die Personen nach § 2 SGB IX und weitere auf dem Arbeitsmarkt beeinträchtigungsbedingt benachteiligte Personengruppen.

stattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland anbieten.¹⁵⁷ Bedeutsam wäre dabei insbesondere die systematische Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen selbst und ihre Wahrnehmung und Bewertung ihrer beruflichen Tätigkeiten.

Bei diesen Erhebungen zur subjektiven Perspektive der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen müssten auch Aspekte des individuellen Unterstützungsbedarfs (einschließlich Assistenz) sowie zur Verwirklichung der individuellen Berufswünsche betrachtet werden. Hierzu liegen derzeit keine hinreichenden Befragungsergebnisse vor. Dasselbe gilt hinsichtlich der Prüfung der Chancengleichheit im Hinblick auf die Entfaltung von Interessen und Fähigkeiten im Beruf.

Auf der Basis der verfügbaren Datenlage ist es gegenwärtig insgesamt nicht möglich, differenzierte Befunde nach Art der Beeinträchtigung(en) und darauf fußenden spezifischen Beschränkungen von (beruflichen) Aktivitäten und Exklusionstendenzen zu erheben. Mittelfristig unumgänglich erscheint die Differenzierung nach Arten und Intensitäten der Beeinträchtigung (traditionell als Behinderungsarten bezeichnet), zwar nicht in der Gliederungstiefe der Schwerbehindertenstatistik, aber doch weitaus differenzierter als nach körperlichen, geistigen, seelischen und Sinnesbeeinträchtigungen.¹⁵⁸ Diese Aussagen treffen nicht nur auf größtes Interesse bei Betroffenen, ihren Selbsthilfeeinrichtungen, den Wohlfahrtsverbänden, Bildungs-, Gesundheits-, Rehabilitations-, Senioreneinrichtungen und der breiten Öffentlichkeit. Sie erscheinen auch notwendig für rationale politische Planung.¹⁵⁹

Großbritannien, Schweden und Österreich knüpfen beispielsweise an nach Art und Intensität der Beeinträchtigungen pauschalierte finanzielle Nachteilsausgleiche an.¹⁶⁰ Das Forum behinder-

ter Juristinnen und Juristen (FbJJ), das seit 2009 den Entwurf einer grundsätzlichen Reform des SGB IX entwickelt, die sich insbesondere auf Artikel 19 der UN-BRK „Selbstbestimmt Leben und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ bezieht, schlägt in diesem „Gesetz zur sozialen Teilhabe“ (GST) auch für die Bundesrepublik die Einführung eines solchen „Teilhabegeldes“ vor.^{161, 162}

Die Gestaltung des Berichts über den Teilhabebereich „Erwerbsarbeit und Einkommen“ ist ein erster Schritt hin zu der differenzierten Durchleuchtung der Situation von beeinträchtigten Menschen im Bereich der Erwerbsarbeit. In künftigen Berichten werden keine rein pauschalen Aussagen zu bestehenden Beeinträchtigungen genügen, sondern die Methoden müssen verfeinert und die empirischen Grundlagen über wiederholte Befragungen verbessert werden. Nur auf einer solchen Basis wird der Vergleich der Berichte zukünftig Aussagen zu Fortschritten auf dem Weg zur Verwirklichung des Art. 27 BRK leisten können.

Unter den Bedingungen der sozialen Marktwirtschaft, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland verwirklicht ist, bedürfen die Ergebnisse der Auswahl unter den Bewerberinnen und Bewerbern, die auf den Arbeitsmärkten erfolgen (Selektionsprozess), der Korrektur zugunsten beeinträchtigter Menschen, damit die Anforderungen des Art. 27 UN-BRK realisiert werden können.

Subjekt dieser Korrekturhandlungen muss notwendig die staatliche Gemeinschaft sein, um „Marktversagen“ zu korrigieren. Denn die Marktteilnehmerinnen und -teilnehmer optimieren jeweils individuell meist unter Wettbewerbsbedingungen und haben kein Interesse an in ihren Augen suboptimalen Lösungen. Solche können ihnen im wirtschaftlichen Wettbewerb Nachteile verschaffen. Diese Rahmenbedingungen würden in vielen Fällen zur Diskriminierung beeinträchtigter Menschen im Erwerbsleben führen. Denn beeinträchtigte Menschen weisen entweder tatsächlich vorübergehend oder dauerhaft

¹⁵⁷ Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (2012); Soziologisches Forschungsinstitut (SOFI) et al. (2005).

¹⁵⁸ „Im Rahmen der Erfassung von Daten sind beide Klassifikationssysteme einzubeziehen. Die ICD 10 findet eine breitere Anwendung, die ICF klassifiziert hingegen besonders im Zuge einer erweiterten Erfassung von Behinderung diese umfassender.“ (Hirschberg (2009): S. 21). „Weiterhin sind die vielfältigen Arten von Behinderungen (und die daraus erwachsenden sehr unterschiedlichen Lebensbedingungen und Unterstützungsbedarfe) zu differenzieren sowie die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen zu berücksichtigen.“ (Hornberg, C., Schröttle, M. (2011): S. 24).

¹⁵⁹ DBSV (o.J.): Das Zahlendilemma. <http://www.dbsv.org/infothek/zahlen-und-fakten/>; Mehls, H. (2002); Lenk, V. (1995).

¹⁶⁰ Bach, H.W. (2009).

¹⁶¹ <http://www.forsea.de/projekte/Teilhablesicherungsgesetz/GST-9-05-2011.pdf>, letzter Zugriff am 14. November 2012.,

<http://www.isl-ev.de/de/aktuelles/projekte/654-teilhablesicherungsgesetz-jetzt.html>, letzter Zugriff am 14. November 2012. Bruchmüller, U. (2012).

¹⁶² „Zum Ausgleich ihrer behinderungsbedingten Nachteile und Mehraufwendungen haben behinderte Menschen einen Anspruch auf Teilhabegeld. Das Teilhabegeld wird neben anderen Leistungen nach § 55 Abs. 2 erbracht und besteht aus einem Grundbetrag und einem Zusatzbetrag für den Mehrbedarf.“ § 56a des Gesetzes zur Sozialen Teilhabe und zur Änderung des SGB IX und anderer Gesetze, Entwurf des Forums behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ), Stand 9. Mai 2011

eine geringere Produktivität als nicht beeinträchtigte Anbieter und Anbieterinnen von Arbeitsleistungen (Wettbewerber) auf, oder sie wird ihnen unterstellt.

Damit ist ein Konflikt beschrieben, der nur sozialpolitisch gelöst werden kann.

Es ist somit Aufgabe der Gesellschaft und der staatlichen Gemeinschaft, im wirtschaftlichen Wettbewerb Bedingungen zu gestalten, die im Idealfall für alle Beteiligten am Markt gleiche Auswirkungen haben, sie also gleich stellen im Sinne fairer Bedingungen.

Diese Frage ist von ausgesprochen großer Bedeutung, da der beschriebene Konflikt zwischen den Erwerbsinteressen im Rahmen eines marktwirtschaftlich organisierten Wirtschaftssystems und den Rahmenbedingungen, unter denen sich Arbeit als Menschenrecht von beeinträchtigten Menschen vollzieht, gelöst werden muss.

Um das Menschenrecht auf Arbeit zu gewährleisten, müssen bestimmte Unterstützungsleistungen greifen. Diese sollen dazu führen, dass die Wettbewerbsfähigkeit der Menschen mit Beeinträchtigungen in der Konkurrenz um Beschäftigungsmöglichkeiten mit Entgelt so gestärkt wird, dass die Ziele des Art. 27 BRK verwirklicht werden. Dies gilt für neue ebenso wie für die Sicherung bestehender Beschäftigungsverhältnisse und die Begründung oder Fortführung selbstständiger Existenzen.

Abbildung 4-31 weist aus, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Altersklassen in deutlich größerem Umfang erwerbslos sind als andere.

Laut Abbildung 4-32 ist die Arbeitslosenquote der schwerbehinderten Menschen in den letzten Jahren deutlich höher als die allgemeine Arbeitslosenquote – der Anteil arbeitsloser Schwerbehinderter an allen Arbeitslosen steigt trotz des allgemeinen Beschäftigungsaufbaus.

Tabelle 4-31 zeigt: Menschen mit Beeinträchtigungen haben in einem Referenzzeitraum von fünf Jahren deutlich längere Zeiträume an Arbeitslosigkeit zu tragen als andere. Tabelle 4-26 weist nach, dass nur etwa jede vierte schwerbehinderte Person (GdB 90 oder 100) im erwerbsfähigen Alter in einem Beschäftigungsverhältnis steht.

Von Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung sind schwerbehinderte Menschen somit nachweislich stärker betroffen als andere.¹⁶³

Erwerbs- oder Arbeitslosigkeit stellen eine erhebliche Barriere gegenüber dem Recht der behinderten Menschen auf gleichberechtigte Teilhabe dar. Angesichts der hohen Bedeutung, die Erwerbsarbeit für gesellschaftliche Teilhabe und Anerkennung einnimmt, ist Arbeitslosigkeit ein wesentlicher Exklusionsfaktor. Arbeitslosigkeit ist in Deutschland äußerst ungleich verteilt. Durch Arbeitslosigkeit sind bestimmte Personengruppen besonders stark tangiert.

Unterschieden werden als Problembereiche:

- Hohes Betroffenheitsrisiko: (beeinträchtigte) Menschen, die ein hohes Risiko aufweisen, arbeitslos zu werden, die also leicht und häufig von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Dies sind z. B. Personen, die in prekären, wenig gesicherten Arbeitsverhältnissen beschäftigt sind. Unter behinderten Menschen findet man dieses Risiko häufig angesichts geringer oder fehlender beruflicher Qualifikation, aber auch bei oftmaligen Wohnungswechseln, die die Aufgabe des Arbeitsplatzes erforderlich machen.¹⁶⁴
- Hohes Risiko dauerhafter Arbeitslosigkeit: Ursache ist hier oft der Umstand, dass die Selektions- oder Schichtungsprozesse, die bei Auswahlentscheidungen auf den Arbeitsmärkten stattfinden, zumeist zu Ungunsten von Menschen mit Beeinträchtigungen erfolgen, sofern sie im Vergleich erhöhte Risiken oder Kosten hervorrufen oder sofern sie einem solchen Klischee unterliegen (vermeintliche „Unkündbarkeit“).¹⁶⁵
- Hohes Risiko der Langzeitarbeitslosigkeit wird bei schwerbehinderten Menschen mit hohen GdB-Werten beobachtet und bei Menschen im höheren Lebensalter. Bisherige Langzeitarbeitslosigkeit selbst ist ein Risikofaktor für weitere dauerhafte Arbeitslosigkeit. Bei gering qualifizierten beeinträchtigten Menschen kommt im höheren Lebensalter oft zum hohen Betroffenheitsrisiko das der Dauerarbeitslosigkeit hinzu. Abb. 4-18 zeigt: Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit ist bei schwerbehinderten Menschen deutlich höher als bei allen Arbeitslosen. Dies steht im Gegensatz zu den Standards, die Art. 27 BRK fordert.

¹⁶³ Bundesagentur für Arbeit (2012).

¹⁶⁴ Egle, F. (2005).

¹⁶⁵ Egle, F. (2005).

Eine Verbesserung der Möglichkeiten, am Erwerbsleben teilzuhaben durch Verbesserung der Wettbewerbschancen, kann auf verschiedene Weise geschehen. Man kann Maßnahmen zu Programmen zusammenfassen, die differenzieren nach:

- Erhöhung und qualitative Verbesserung der Nachfrage nach beeinträchtigten Arbeitskräften
- Qualitative Verbesserung der Angebotsbedingungen benachteiligter/behinderter Arbeitskräfte
- Optimierung der Vermittlungsqualität, intensive Beratung und Coaching, Empowerment

Beeinflussung der Nachfrage nach beeinträchtigten Erwerbspersonen

Grundsätzlich geht es darum, tatsächliche oder vermeintliche Nachteile beeinträchtigter Bewerberinnen und Bewerber um Arbeit auszugleichen.

Dies kann auf verschiedene Weise geschehen. Man unterscheidet folgende Kategorien von Instrumenten:

- Aufklärung, Information, Werbung für die Personenkreise.
- Finanzielle Zuwendungen, die geeignet sind, Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen. Dies kann durch teilweise Übernahme von Lohnkosten durch Zuwendung an die Arbeitgeber geschehen, um zeitweilig oder dauerhaft geringere Produktivität auszugleichen.
- Zuwendungen in Gestalt von Sach- oder Dienstleistungen – z. B. Assistenz-, Unterweisungs-, Beratungs- oder Bildungsleistungen, Arbeitsplatzausstattung, KFZ- oder Wohnungshilfe u.a.m. Freistellung des Arbeitgebers von bestimmten Risiken, etwa dem häufigeren Arbeitsunfähigkeit, die im Zusammenhang mit der Beschäftigung beeinträchtigter Personen auftreten können oder befürchtet werden.
- Sanktionieren der Nichtbeschäftigung von beeinträchtigten Menschen. Durch finanzielle Sanktionen können Fonds gespeist werden, aus denen die oben angeführten Leistungen für bestehende oder zu schaffende Arbeitsplätze oder selbständige Existenzen finanziert werden können. Diese spezielle Finanzierungsart bindet den Unternehmenssektor in die Beschäftigungsförderung beeinträchtigter Menschen ein, indem Aufwendungen für

deren Erwerbsmöglichkeiten statt aus allgemeinen Haushalts-/ Steuermitteln aus Sanktionserlösen (Abgaben) finanziert werden. So entsteht ein spezieller Förder-Finanzierungskreislauf, der zudem Wettbewerbsvorteile durch Nichtbeschäftigung einebnen kann.

- Herbeiführen der Beschäftigung von beeinträchtigten Menschen durch entsprechende Vorschriften, etwa im öffentlichen Dienst.
- Gestalten eines speziellen öffentlich geförderten Arbeitsmarktes zur Beschäftigung von stark beeinträchtigten Menschen, die auf dem regulären Arbeitsmarkt dauerhaft keinen Einsatz finden.

Beeinflussung des Angebots beeinträchtigter Erwerbspersonen

Ziel ist, die Qualität und Attraktivität beeinträchtigter Menschen auf dem Arbeitsmarkt so günstig wie möglich zu gestalten. Denn je qualifizierter und kompetenter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind, desto attraktiver erscheinen sie auf dem Arbeitsmarkt. Angesichts der Zwänge durch die wirtschaftliche Globalisierung werden die hiesigen Arbeitsmärkte „von unten geräumt“. Das bedeutet: Die Chancen gering qualifizierter Arbeitssuchender werden kontinuierlich geringer.

Instrumente, die die Qualifikation und Kompetenz beeinträchtigter Menschen auf den Arbeitsmärkten positiv beeinflussen, sind:¹⁶⁶

- bestmögliche Allgemeinbildung (Schulabschluss, wo immer möglich)
- bestmögliche berufliche Ausbildung
- kontinuierliche berufliche Fortbildung (in höchster pädagogischer und didaktischer Qualität)
- entsprechende Qualitätsanforderungen an die berufliche Rehabilitation
- nicht zuletzt: Empowerment für Menschen mit Beeinträchtigungen.

Die Angebote müssen barrierefrei und nicht diskriminierend gestaltet sein.

¹⁶⁶ Bei diesem Abschnitt bestehen enge Verbindungen zu den Ausführungen sowie zum Kommentar des wissenschaftlichen Beirates zum Teilhabebereich Bildung.

Optimierung der Beratungs- und Vermittlungsprozesse

Dies ist die Frage nach der Güte des Prozesses, bei dem Arbeitgeber und Arbeit suchende Menschen zur Begründung von Beschäftigungsverhältnissen zusammen geführt werden oder bestehende Beschäftigungsverhältnisse gesichert werden.

Erfahrungsgemäß hängt das Ergebnis dieser Vermittlungs- und Beratungsprozesse in hohem Maße zusammen mit der Kompetenz, Professionalität, Kreativität, Erfahrung und Empathie der Fachleute, die die Beratung und Arbeitsvermittlung beeinträchtigter und behinderter Menschen durchführen. Es geht darum, „die richtige Person zum richtigen Arbeitsplatz“ zu vermitteln. Das bedeutet, unter Berücksichtigung der Eignungen und Neigungen die Beschäftigungsmöglichkeiten zu finden, bei denen sie ihre Stärken voll entfalten kann und an dem ihre Beeinträchtigungen möglichst geringfügig hinderlich sind.

Dies bedeutet weitaus mehr als mechanisches Vermitteln oder IT-gestütztes Matching. Dies umfasst Coaching- und Empowermentelemente für die zu vermittelnden beeinträchtigten Personen. Die Qualität des Allokationsprozesses steigt nachweislich, wenn spezialisierte Vermittlungsteams diese Aufgaben wahrnehmen, die über detaillierte Kenntnisse zu den Arten von Beeinträchtigung verfügen, ihre Auswirkungen im Beschäftigungssystem einschätzen können, fundierte Kenntnisse der relevanten Arbeitsmärkte sowie der Qualifikationen und Kompetenzen der Rat- und Arbeitssuchenden aufweisen.¹⁶⁷

Zu einem umfassenden Vermittlungsprozess gehört ebenfalls Nachsorge, um ggf. Beschäftigungsverhältnisse zu stabilisieren.

In einem so verstandenen Beratungs- und Vermittlungsprozess steht der Gedanke der Diversity im Mittelpunkt. Verschiedenheit in den Belegschaften gilt als Gewinn für die Institution.

Unter diesen Gesichtspunkten treten an die Stelle traditioneller Defizitorientierung bei der Beratung und Vermittlung beeinträchtigter Menschen Gesichtspunkte von Stärken, Chancen, Vielfalt und Teilhabe.

Verwendete Literatur

Bach, H.W. (2012): Berufliche Partizipation blinder, sehbehinderter und mehrfach behinderter Hochschulabsolventen in Deutschland – der Einfluss von Beratung, Schriftenreihe der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit (HdBA), Band 4, Mannheim.

Bach, H.W. (2009): Wohlfahrtsstaatsregimes nach Gøsta Esping-Andersen und die Inklusion behinderter Menschen in Europa – eine international vergleichende Studie. In: Festschrift „Kompetenz und Verantwortung in der Bundesverwaltung“, 30 Jahre Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung, München.

Bosch, G. (2011): Qualifikationsanforderungen an Arbeitnehmer – flexibel und zukunftsgerichtet. In: Wirtschaftsdienst 2011, Sonderheft, S. 27-33.

Bruchmüller, U. (2012): Ein Gesetz zur sozialen Teilhabe – bloße Vision oder realistische Perspektive? In: horus 4, S. 201 ff.

Bundesagentur für Arbeit (2012): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Der Arbeitsmarkt für schwerbehinderte Menschen, Veröffentlichungen der Arbeitsmarktberichterstattung, März 2012.

Egle, F. (2005): Arbeitsmarktintegration, Wiesbaden.

Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.) (2012): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht. Wiesbaden.

Fuchs, T. (2011): Qualität der Arbeit. In: Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht. Wiesbaden, S. 417-447.

Hornberg, C., Schröttle, M. (2011): Endbericht „Vorstudie zur Neukonzeption des Behindertenberichtes“. Bielefeld.

Lenk, V. (1995): Lautloser Culture Crash, Berlin Hochschulschrift.

Mansel, J., Endrikat, K. (2007): Die Abwertung von „Überflüssigen“ und „Nutzlosen“ als Folge der Ökonomisierung der Lebenswelt. In: Soziale Probleme, 18. Jg., S. 163-185.

Mehls, H. (2002): Doch die nicht sehen, zählt man nicht! - Die Notwendigkeit einer zuverlässigen Statistik über Blinde und Sehbehinderte. In: horus 1/2002.

Soziologisches Forschungsinstitut (SOFI) et al. (Hrsg.) (2005): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Arbeit und Lebensweisen. Erster Bericht. Wiesbaden.

Trinczek, R. (2011): Überlegungen zum Wandel von Arbeit. In: WSI Mitteilungen 11, S. 606-614.

¹⁶⁷ Bach, H.W. (2012).

4.4 Alltägliche Lebensführung

Allgemein gesprochen umfasst der Begriff des Alltags zunächst einmal alles, was zum Leben dazugehört.¹⁶⁸ Alltägliches Handeln kann sich somit auf die Arbeit oder Ausbildung, auf Haushaltstätigkeiten oder Freizeitaktivitäten, das Pflegen sozialer Kontakte, Betreuungsaufgaben oder auch auf ehrenamtliches Engagement beziehen. Charakteristisch für die alltägliche Lebensführung sind die vielfältigen Handlungsanforderungen, die wiederkehrend geplant und zeitlich aufeinander abgestimmt werden müssen.

Unter dem Aspekt der Teilhabe bedeutet die alltägliche Lebensführung, dass Menschen miteinander in Kontakt treten, sich austauschen, gegenseitig helfen oder Dienstleistungen erbringen und in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund bedingt und ermöglicht eine alltägliche Lebensführung auch soziale Teilhabe. Damit der Alltag möglichst selbstbestimmt gestaltet werden kann, kommt es darauf an, die alltäglichen Tätigkeiten so organisieren zu können, dass eigene Lebensvorstellungen verwirklicht werden können. Zentrale Bereiche, die das Gelingen einer selbstbestimmten alltäglichen Lebensführung beeinflussen, sind das Wohnen, der öffentlich zugängliche Raum, Mobilität und Kommunikation. Hierauf verweisen auch vier von neun Domänen der Aktivitäten und Partizipation, die in der ICF aufgeführt werden.¹⁶⁹

- Der Bereich des Wohnens umfasst einen Großteil der alltäglichen Aktivitäten der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens. Hierzu gehören die eigene Wohnung oder auch das Wohnheim, die Wohnlage und die Wohnumgebung.
- Zum öffentlich zugänglichen Raum zählen öffentlich genutzte Gebäude, Straßen und Plätze, die im Alltag von Bedeutung sind.¹⁷⁰ Hierzu zählen u. a. Geschäfte des Einzelhandels, Behörden, Bahnhöfe und Haltestellen, Sportanlagen und kulturelle Veranstaltungsorte.
- Zur Mobilität werden die Fortbewegung zu Fuß oder mit einem Hilfsmittel sowie die Fortbewegung mit einem privaten oder öffentlichen Transportmittel gezählt.¹⁷¹
- Der Bereich der Kommunikation umfasst den sprachlichen und nonverbalen Austausch von Informationen in verschiedenen Medien sowie die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien bzw. -hilfsmitteln.¹⁷² Für das Alltagsleben relevante

¹⁶⁸ Voß, G. (2000): S. 4f.

¹⁶⁹ Dies sind die Domänen Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung und häusliches Leben. Vgl. hierzu: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2005): S. 20.

¹⁷⁰ Vgl. zur Bedeutung des öffentlichen Raums bzw. der öffentlichen Infrastruktur für Menschen mit Beeinträchtigungen auch die Ausführungen im Weltbericht Behinderungen in: World Health Organization (2011): S. 168.

¹⁷¹ Andere Aspekte der Mobilität, welche in der ICF aufgeführt werden, wie das Ändern und Aufrechterhalten einer Körperposition werden aufgrund der sehr begrenzten Anzahl von Personen, für die dies relevant ist, in diesem Bericht nicht behandelt. Vgl. hierzu: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2005): S. 103ff.

¹⁷² Das Verständnis von Kommunikation entspricht dem der ICF. Dort befasst sich das Kapitel zur Kommunikation mit „allgemeinen und spezifischen Merkmalen der Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen, einschließlich des Ver-

Artikel der UN-BRK zum Thema Alltagsleben:

Artikel 9: 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. [...]

Artikel 19: 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. [...]

Artikel 20: Die Vertragsstaaten treffen wirksame Maßnahmen, um für Menschen mit Behinderungen persönliche Mobilität mit größtmöglicher Unabhängigkeit sicherzustellen [...].

Kommunikationsmedien und -situationen sind u. a. Bücher, Zeitschriften, Internetseiten¹⁷³, Informationen von und Kommunikation mit Ämtern, Ärzten etc. oder Informationen zu Gütern und Dienstleistungen.

Im Alltag von Menschen mit Beeinträchtigungen bestehen Exklusionsrisiken und damit einhergehende Einschränkungen von Handlungsspielräumen, wenn in den genannten Bereichen die Bedingungen der Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit nicht erfüllt sind. Eine selbstbestimmte, weitgehend unabhängige und sozial eingebundene alltägliche Lebensführung von Menschen mit Beeinträchtigungen erfordert, dass Orte, die für das tägliche Leben von Bedeutung sind, weitgehend eigenständig und mit einem subjektiv angemessenen Aufwand erreichbar sind, dass Gebäude, Räume und Fahrzeuge für sie zugänglich sind und dass Infrastrukturen, Produkte und Dienstleistungen, die täglich genutzt werden, sowie Unterstützungsleistungen oder Hilfsmittel, die aufgrund von Beeinträchtigungen erforderlich sind, nutzbar sind.¹⁷⁴

Wenn die Erreichbarkeit, die Nutzbarkeit oder die Zugänglichkeit der materiellen Umwelt eingeschränkt sind, entstehen physische Barrieren. Neben diesen materiellen Aspekten beeinflussen auch Einstellungen der Umwelt gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen deren Handlungsspielräume und Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe im Alltag. Für die alltägliche Lebensführung von Menschen mit Beeinträchtigungen können persönliche Assistenzen, ambulante Dienste und Pflegeleistungen eine wichtige Rolle spielen. Sie dienen der Unterstützung im Haushalt, im pflegerischen Bereich, bei der Mobilität innerhalb und außerhalb der Wohnung, bei haushaltsnahen Tätigkeiten oder auch bei der Kommunikation. Sie erleichtern oder ermöglichen den Schulbesuch oder unterstützen bei einer Ausbildung oder einem Studium. Nicht zuletzt können sie in Form einer Arbeitsassistenz Voraussetzung dafür sein, dass Menschen mit Beeinträchtigungen erwerbstätig sein können.¹⁷⁵

Die Artikel 9, 19 und 20 der UN-BRK enthalten Verpflichtungen für die Vertragsstaaten, mögliche Benachteiligungen von Menschen mit Beeinträchtigungen in den genannten Bereichen 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 und mit wem sie leben wollen, gleichberechtigt sein und sowohl zuhause 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). Schließlich sollen sie genauso gut wie Menschen ohne Beeinträchtigungen mobil sein können (Artikel 20).

stehens und Produzierens von Mitteilungen sowie der Konversation und des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und -techniken.“ Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): a. a. O. S. 101.

¹⁷³ United Nations (2006), zitiert nach: World Health Organization (2011): S. 168.

¹⁷⁴ Vgl. zur Entwicklung von Barrierefreiheit nach der UN-BRK: Sieger, V. (2009).

¹⁷⁵ Assistenz im schulischen Bereich und bei der Arbeit werden in diesem Bericht nicht dem Bereich der alltäglichen Lebensführung zugeordnet, sondern den Teilhabefeldern Erwerbsarbeit und Einkommen sowie Bildung.

Grundlegend für alle genannten Artikel sind somit zwei Aspekte: Die Umwelt im umfassenden Sinn soll für Menschen mit Beeinträchtigungen zugänglich sein, und Menschen mit Beeinträchtigungen sollen diejenigen Unterstützungsleistungen erhalten, die sie für die erfolgreiche Bewältigung des Alltagslebens benötigen.

Für Menschen, die der Unterstützung bedürfen, besteht das Risiko, hierbei in der Selbstbestimmung beschränkt zu werden. Aus diesem Grund ist im SGB IX das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten verankert (§ 9 SGB IX). Außerdem enthält § 21 SGB IX die Vorschrift, Rechte und Pflichten der Teilnehmenden an Leistungen sowie deren angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Ausführung von Leistungen vertraglich festzulegen.

Anhand von Indikatoren ist für jeden der oben genannten Bereiche der alltäglichen Lebensführung die Teilhabesituation für Menschen mit Beeinträchtigungen darzustellen. Aufgrund ungenügender personenbezogener Daten aus repräsentativen Umfragen werden hierfür hauptsächlich Struktur- und Leistungsdaten herangezogen, die die Umweltbedingungen beschreiben.¹⁷⁶

Da Personen mit Lernschwierigkeiten oder geistigen Beeinträchtigungen, die auf die Verwendung leichter Sprache angewiesen sind, in den hier verwendeten repräsentativen Befragungen nicht erfasst werden, können ihre Möglichkeiten und Grenzen der selbstbestimmten Alltagsgestaltung derzeit nicht umfassend dargestellt werden. Gleiches gilt für Personen, die in Einrichtungen leben. Hier geben allerdings die im Kapitel „Ältere Menschen mit Beeinträchtigungen“ zitierten Schwerpunktstudien Hinweise auf Teilhabemöglichkeiten und Exklusionsrisiken im Alltag.

Zum Bereich der Kommunikation liegen keine personenbezogenen repräsentativen und keine verwertbaren Strukturdaten vor. Auch in den übrigen aufgeführten Bereichen der alltäglichen Lebensführung sind für zentrale Aspekte keine aussagekräftigen Daten verfügbar. So kann beispielsweise nicht mit Daten belegt werden, inwieweit das in der UN-BRK festgelegte Wahlrecht von Menschen mit Beeinträchtigungen hinsichtlich des Wohnorts und der Wohnumgebung realisiert ist. Ob die Wohnbedingungen insgesamt ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen, kann ebenso wenig beantwortet werden wie die Frage, ob öffentlich zugängliche Gebäude, die im Alltag aufgesucht werden müssen, für Menschen mit Beeinträchtigungen zugänglich sind und ob diese für sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sind.

Schließlich kann auch für den Bereich der persönlichen Assistenz, ambulanten Dienste und Pflegeleistungen nicht dargestellt werden, ob Menschen mit Beeinträchtigungen alle Unterstützungsleistungen erhalten, die sie für ein selbstbestimmtes Leben im Alltag benötigen, wie gut diese Leistungen auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind und wie groß der organisatorische und finanzielle Aufwand für diese ist.

¹⁷⁶ Zu diesem Ergebnis sind auch die Autorinnen der Vorstudie zu diesem Bericht gekommen. Vgl. hierzu Hornberg, C. et al. (2011): S. 105.

Die Lebensqualität hängt wesentlich davon ab, ob die eigene Wohnung zugänglich und die Infrastruktur und der öffentliche Raum nutzbar sind.

Vielfach sind Wohnungen nicht stufenfrei erreichbar und weisen auch im Inneren Barrieren auf.

Straßen, Plätze, öffentliche Toiletten, Schulen und Bildungseinrichtungen etc. sind nur teilweise oder mit hohem Aufwand für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen nutzbar.

Öffentliche Einrichtungen bemühen sich jedoch zunehmend um barrierefreien Zugang.

Circa 71 Prozent der rund 5400 Bahnhöfe der DB haben im Jahr 2011 stufenfrei zu erreichende Bahnsteige.

Die Fahrzeuge des Schienenpersonennahverkehrs sind zu etwa 60 Prozent barrierefrei.

Während 15 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen ihre Möglichkeit zur selbstbestimmten Lebensführung als gering wahrnehmen, trifft dies nur auf zehn Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen zu.

4.4.1 Wohnen

► Drei Viertel der Wohnungen von Senioren haben Stufen im Eingangsbereich des Hauses und 48 Prozent haben weitere Stufen im unmittelbaren Zugangsbereich der Wohnung.

Menschen mit Beeinträchtigungen müssen sich häufig mit Wohnverhältnissen arrangieren, die nicht ihren Bedürfnissen entsprechend barrierefrei gestaltet sind. Da an altersgerechte Wohnungen teilweise ähnliche Ansprüche gestellt werden wie an barrierefreie Wohnungen für Menschen mit Beeinträchtigungen, können die Zahlen der Studie „Wohnen im Alter“ des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) herangezogen werden, um ein Bild von der Verbreitung geeigneten Wohnraums für Menschen mit Beeinträchtigungen zu erhalten.¹⁷⁷ Dabei wird der Begriff „altersgerechtes Wohnen“ nicht einheitlich verwendet. Während einzelne Wohnungsanbieter schon von altersgerechten Wohnungsangeboten sprechen, wenn ein Aufzug vorhanden ist und Haltegriffe im Bad montiert sind, wird in anderen Fällen altersgerechtes Wohnen im Sinne von umfassender „Barrierefreiheit“ verstanden. Im zweiten Fall wird die Einhaltung der DIN-Normen 18024 und 18025 gefordert, die zukünftig durch die neue DIN 18040 ersetzt werden. Wohnungen werden in der zitierten Studie als altersgerecht bezeichnet, wenn folgende Minimalanforderungen einer barrierefreien Bauweise eingehalten werden:

¹⁷⁷ Die Grundgesamtheit der Studie sind in Privathaushalten lebende deutschsprachige Personen im Alter von 65 Jahren oder älter. Anhand eines zufallsgesteuerten mehrfach geschichteten Auswahlverfahrens wurde eine repräsentative Stichprobe von 1.000 Personen gezogen und befragt. Vgl. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2011).

- Zum Haus-/ bzw. Wohnungseingang dürfen maximal drei Stufen zu überwinden sein.
- Innerhalb der Wohnung und wohnungsbezogenen Freiräume dürfen keine Stufen zu überwinden sein bzw. haben wohnungsbezogene Freiräume einen schwellenfreien Zugang aufzuweisen.
- Außerdem muss der Sanitärbereich ausreichend breite Türen und eine ausreichende Bewegungsfreiheit aufweisen und über eine bodengleiche Dusche verfügen.

Potenzielle Barrieren liegen demnach im Zugang zum Haus und zur Wohnung, innerhalb der Wohnung und besonders im Zugang zu wohnungsbezogenen Freiräumen wie Balkon, Terrasse oder Garten und nicht zuletzt im Sanitärbereich. In der folgenden Tabelle ist die Verteilung verschiedener Aspekte der Barrierefreiheit in deutschen Seniorenhaushalten dargestellt. Demnach weisen drei Viertel der Wohnungen Stufen im Eingangsbereich des Hauses auf. Fast die Hälfte hat weitere Stufen im unmittelbaren Zugangsbereich der Wohnung. Innerhalb der Wohnungen befinden sich in der Hälfte der Fälle weitere Barrieren beim Zugang zu Freiräumen. Sanitärbereiche sind zu eng und ohne barrierefreie Duschen ausgestattet.

Tabelle 4-45: Aspekte der Barrierefreiheit in deutschen Seniorenhaushalten – Hochrechnung auf Basis einer Befragungsstichprobe von 1.000 Seniorenhaushalten

Merkmale der Wohnungen		Anzahl in Mio.	Prozent
Zugang zum Haus und/ oder zur Wohnung	Treppenstufen zum Hauseingang	8,27	75%
	<i>Bis zu 3 Stufen</i>	4,79	44%
	<i>Mehr als 3 Stufen</i>	3,49	32%
	Zusätzliche Stufen zur Wohnung	5,30	48%
	Technische Hilfsmittel zum Überwinden von Treppenstufen zum Hauseingang	0,75	7%
Zugang zu wohnungsbezogenen Freiräumen	Kein schwellenfreier Zugang zu wohnungsbezogenen Freiräumen wie Balkon, Terrasse oder Garten	5,52	50%
	Seniorenhaushalte ohne zur Wohnung gehörendem Freiraum	1,21	11%
	Freiraum mit schwellenfreiem Zugang	4,26	39%
Sanitärbereich	Zu geringe Bewegungsflächen im Bad	2,75	25%
	Bodengleiche Dusche	1,65	15%

Quelle: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2011): Wohnen im Alter. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Auf Barrieren im Bereich des Wohnens weisen auch die Ergebnisse des „Aktion Mensch Barriereindex“¹⁷⁸ hin. Generell sehen neun von zehn Menschen mit Beeinträchtigungen einen Handlungsbedarf zum Abbau von Barrieren. Auf ihre konkrete Wohnumgebung bezogen teilen etwa drei Viertel der Befragten mit, dass es zu wenige Wohnungen gibt, die barrierefrei und damit uneingeschränkt zugänglich sind.

Menschen, die aufgrund von Beeinträchtigungen und/oder Pflegebedarf auf Hilfen beim Wohnen angewiesen sind, können je nach Voraussetzung folgende Leistungen in Anspruch nehmen:

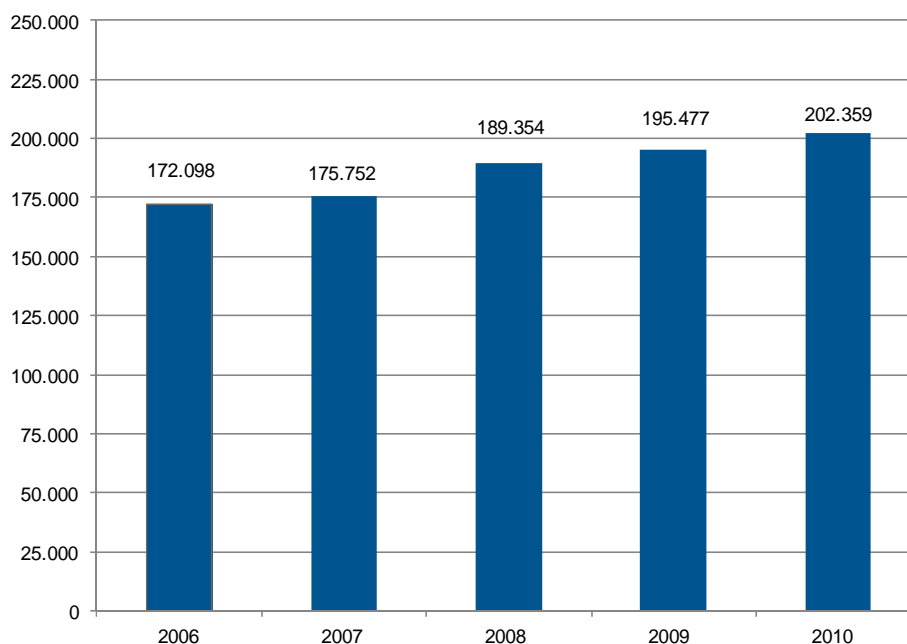
- Hilfen nach dem SGB XII zu einem selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten, und zwar entweder in Wohneinrichtungen, ambulant betreut in der eigenen Wohnung oder ambulant betreut in einer Wohngemeinschaft;
- Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in betreuten Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach dem SGB VIII;
- Leistungen der Pflegeversicherung;
- Leistungen der Sozialen Entschädigung (u. a. Wohnungshilfe).

Über die Leistungsstatistiken lässt sich abschätzen, wie viele Menschen entsprechende Leistungen beziehen und in Wohn- und Pflegeheimen leben. Während Statistiken der Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in betreuten Wohneinrichtungen die Menschen weitgehend erfassen, die in diesen Wohnformen leben, ist dies bei den Leistungen zum ambulant betreuten Wohnen nicht der Fall. Vielmehr ist davon auszugehen, dass alle Menschen mit Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit, die keine Hilfen in betreuten Wohneinrichtungen erhalten, auch nicht in solchen leben.

Die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum selbstbestimmten Leben in Wohneinrichtungen nach dem 6. Kapitel des SGB XII zeigt die folgende Abbildung für die Jahre 2006 bis 2010.

¹⁷⁸ Der Barriereindex basiert auf zwei Online-Befragungen: einer Bevölkerungsstichprobe und einer Metropolenstichprobe. Im Rahmen der Bevölkerungsstichprobe wurden rund 1.000 Menschen zwischen 18 und 65 Jahren befragt, darunter 112 Menschen mit Beeinträchtigungen. Die Stichprobe entspricht nach Auskunft von Aktion Mensch nach Alter, Geschlecht und Region der repräsentativen Verteilung in der deutschen Bevölkerung. In der zweiten Stichprobe wurden in den fünf größten Städten Deutschlands 1.300 Personen zwischen 18 und 65 Jahren befragt. In diesem Bericht werden die Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen Studie zitiert. Klenk, Hoursch (2012): Aktion Mensch Barriereindex (Bevölkerung), Online-Befragung April 2012.

Abbildung 4-43: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zum selbstbestimmten Leben in Wohneinrichtungen laut Sozialhilfestatistik, 2006 bis 2010



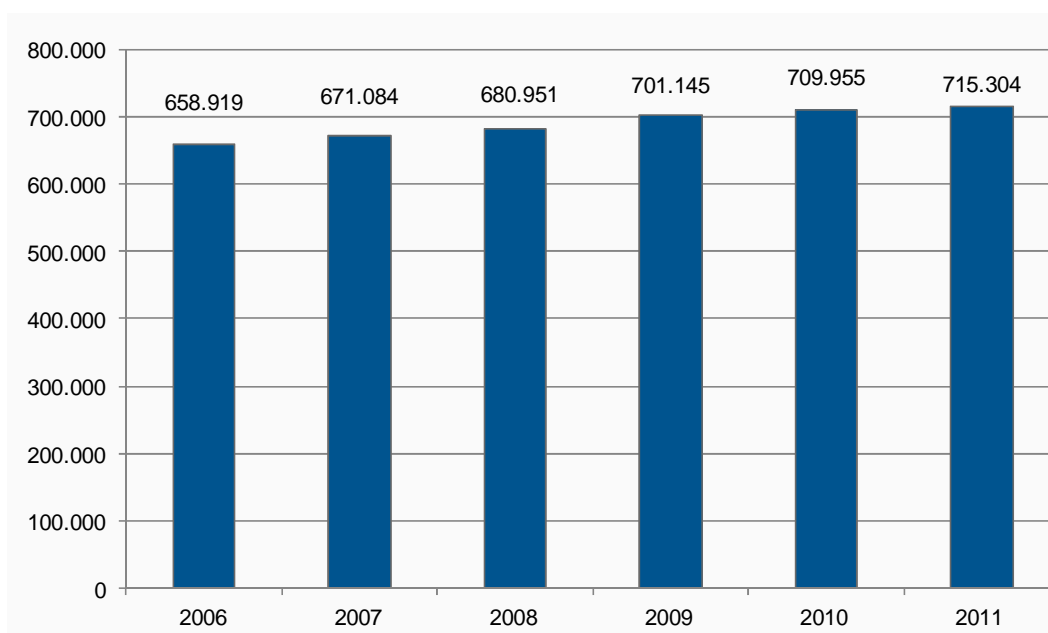
Quelle: Statistisches Bundesamt (2006-2010): Sozialhilfestatistik. Eigene Darstellung Prognos AG.

Erkennbar wird ein kontinuierlicher Anstieg. Während im Jahr 2006 noch etwa 172.000 Menschen mit Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohneinrichtungen erhielten, wurden im Jahr 2010 bereits 202.000 Menschen unterstützt. Dabei sind knapp drei Prozent der Empfängerinnen und Empfänger unter 18 Jahre alt. Im Vergleich zum Wohnen in Wohneinrichtungen hat die Förderung ambulant betreuter Wohnformen im gleichen Zeitraum überproportional zugenommen. Im Jahr 2010 erhielten bereits 145.081 Personen Leistungen zum ambulant betreuten Wohnen, im Jahr 2006 waren es erst 79.578 (vgl. auch Kapitel 6.4.1).

Seelisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche, die in einer betreuten Wohneinrichtung leben, erhalten Leistungen nach § 35a SGB VIII. Leistungsstatistiken werden erst seit dem Jahr 2008 vom Statistischen Bundesamt erfasst und veröffentlicht. Im Jahr 2008 lebten demnach 8.820 seelisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche in stationärer Betreuung, in 2009 waren es 9.463 Kinder und Jugendliche.

Pflegebedürftige Personen, die in Pflegeheimen leben, erhalten hierfür Leistungen nach dem SGB XI. Auch hier lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg erkennen. Im Jahr 2011 wurden demnach 715.304 Menschen stationär gepflegt.

Abbildung 4-44: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen des SGB XI, die stationär gepflegt werden, 2006 bis 2011



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012): Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende. Eigene Darstellung Prognos AG.

Werden die Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII), der Jugendhilfe (SGB VIII) und der Pflegeversicherung (SGB XI) zusammengefasst, so ergibt dies eine Gesamtzahl von 906.085 Menschen mit Beeinträchtigungen, die im Jahr 2009 in Wohn- oder Pflegeheimen wohnten.

4.4.2 Mobilität

► Ca. 71 Prozent aller Bahnhöfe der Deutschen Bahn haben stufenfrei zu erreichende Bahnsteige, etwa die Hälfte der Bahnsteige erlaubt einen stufenfreien Einstieg und 39 Prozent sind mit taktilen Leitsystemen aus Bodenindikatoren ausgestattet. Die Fahrzeuge des Schienenpersonennahverkehrs sind zu etwa 60 Prozent barrierefrei.

Hilfeleistungen sowie der barrierefreie Zugang zu Bahnhöfen, Bahnsteigen und Zügen tragen dazu bei, dass Reisende mit eingeschränkter Mobilität Fahrzeuge des Schienenpersonennah- und -fernverkehrs nutzen können. Aussagen zum Stand der Barrierefreiheit im Schienenpersonennahverkehr können lediglich für die Deutsche Bahn (DB), nicht aber für andere, private Bahnbetriebe gemacht werden.

Ca. 71 Prozent (3.825) der rund 5.400 Bahnhöfe der DB haben im Jahr 2011 stufenfrei zu erreichende Bahnsteigen.¹⁷⁹ Für eine barrierefreie Nutzung der Züge ist die Höhe der Bahnsteige von entscheidender Bedeutung. Zurzeit erlaubt etwa die Hälfte der rund 9.700 Bahnsteige der DB einen barrierefreien Einstieg. Für Blinde oder Personen mit eingeschränkter Sehfähigkeit wurden bisher 39 Prozent al-

¹⁷⁹ Vgl. DB Mobility Logistics (2012).

ler Bahnsteige mit taktilen Leitsystemen aus Bodenindikatoren ausgestattet.¹⁸⁰ Eine Ausstattung der Bahnsteigzugänge mit Handlaufbeschriftungen in Prismen- bzw. Brailleschrift und ertastbaren Lageplänen findet sich noch selten. Auch in Aufzügen befinden sich bisher nur in neu eingebauten Anlagen tastbare Bedienelemente oder Sprachmodule.

Im Schienenpersonennahverkehr sind etwa 60 Prozent der Fahrzeugflotte barrierefrei, mit fahrzeuggebundenen Ein- und Ausstiegshilfen, rollstuhlgerechten Toiletten und digitalen Informationssystemen ausgestattet.

Daten zur barrierefreien Nutzung von Bussen liegen vom Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (VDV) vor.¹⁸¹ Hier ist der Anteil der Niederflurbusse ein wichtiger Indikator, da nur diese Bauweise das Anlegen von rollstuhlgerechten Einstiegsrampen ermöglicht. Der Niederfluranteil bei den mehr als 15.000 im Besitz der VDV-Mitgliedsunternehmen befindlichen Stadtbusse lag 2010 bei 92 Prozent. Die üblicherweise im Überlandverkehr eingesetzten Fahrzeugtypen (rund 7.800) sowie die angemieteten Busse (rund 13.200) werden dagegen seltener in Niederflurbauweise angeboten.

Tabelle 4-46: Der Anteil der Niederflurbusse an allen Bussen im Verband Deutscher Verkehrsunternehmen

	Eigene Busse		Angemietete Busse		Gesamt	
	Anzahl	Davon Niederflurbauweise	Anzahl	Davon Niederflurbauweise	Anzahl	Davon Niederflurbauweise
Stadt	15.290	92%	5.712	72%	21.002	87%
Überland	7.876	51%	7.497	27%	15.373	40%
Gesamt	23.242	78%	13.209	47%	36.375	67%

Quelle: Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (2010): VDV-Statistik 2010. Eigene Darstellung Prognos AG. Bezogen auf das Jahr 2010.

Aktuelle personenbezogene Daten zur Einschätzung der eigenen Mobilität von Menschen mit Beeinträchtigungen liegen nicht vor. Allerdings identifiziert der „Aktion Mensch Barriereindex“ einen ausgeprägten Handlungsbedarf in diesem Bereich: In ihrer Stadt halten weniger als die Hälfte der befragten Menschen mit Beeinträchtigungen den öffentlichen Nahverkehr, Fernbahnhöfe und den Flughafen für „uneingeschränkt zugänglich“.¹⁸²

¹⁸⁰ Vgl. DB Mobility Logistics (2012).

¹⁸¹ Im Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (VDV) sind unter anderem die Unternehmen des öffentlichen Personennahverkehrs organisiert.

¹⁸² Klenk, Hoursch (2012).

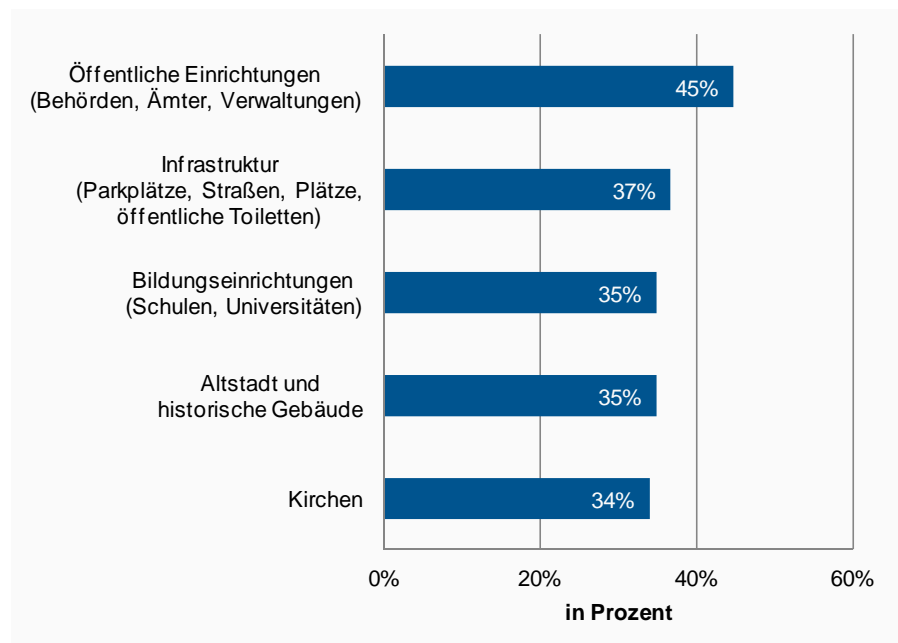
4.4.3 Öffentlicher Raum

► Rund 90 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen sehen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Barrierefreiheit bei der öffentlichen Infrastruktur und bei der Zugänglichkeit von öffentlichen Gebäuden und Plätzen.

Der „Aktion Mensch Barriereindex“ erlaubt eine generelle Einschätzung dazu, wie Menschen mit Beeinträchtigungen die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum einschätzen. Insgesamt scheint der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Barrierefreiheit am größten bei der öffentlichen Infrastruktur und der Zugänglichkeit von öffentlichen Gebäuden und Plätzen zu sein. Hier liegen die Zustimmungswerte bei rund 90 Prozent der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit Beeinträchtigungen. Auch im Bereich des Einkaufens ist nach dem mehrheitlichen Urteil der Befragten ebenfalls Handlungsbedarf vorhanden (etwa 80 Prozent).

Konkret auf ihre eigene Stadt bezogen, halten weniger als die Hälfte der befragten Menschen mit Beeinträchtigungen öffentliche Einrichtungen wie Behörden, Ämter und Verwaltungsgebäude für barrierefrei. Etwas mehr als jeder Dritte sieht Parkplätze, Straßen, Plätze und öffentliche Toiletten als uneingeschränkt zugänglich an. Noch schlechter wird die Zugänglichkeit von Bildungseinrichtungen, Altstädten und historischen Gebäuden sowie Kirchen beurteilt.

Abbildung 4-45: Befragte mit Beeinträchtigungen, die verschiedene Bereiche des öffentlichen Raums in ihrer Stadt als barrierefrei betrachten, in Prozent



Quelle: Klenk, Hoursch (2012): Aktion Mensch Barriereindex (Bevölkerung), Online-Befragung April 2012. Basis: 112 Befragte, die nach eigenen Angaben eine „Behinderung“ haben. Eigene Darstellung Prognos AG.

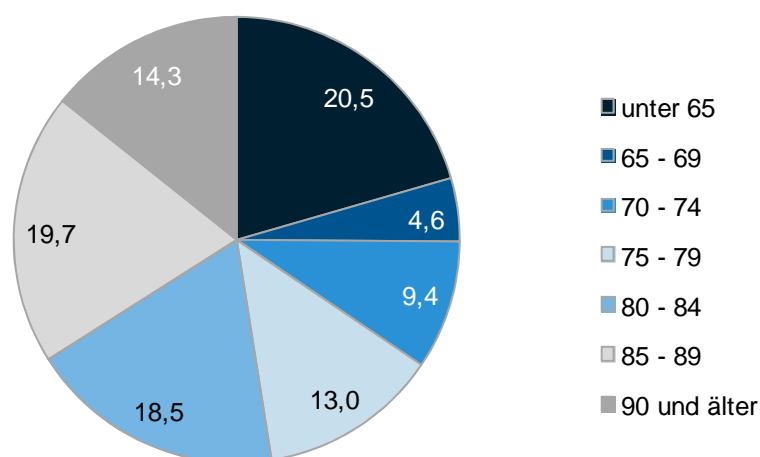
Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, dass sie nur begrenzt verallgemeinerbar sind, da sie einerseits auf einer vergleichsweise kleinen Stichprobe (ca. 100 Menschen, die nach Selbsteinschätzung eine „Behinderung“ haben) basieren und andererseits durch die Durchführung als Online-Befragung ein Ausschluss bestimmter Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen wahrscheinlich ist.

4.4.4 Pflege, Ambulante Dienste und Assistenz

Die Nutzung von ambulanten Diensten und Assistenzleistungen zur Ermöglichung einer selbstbestimmten Alltagsgestaltung lässt sich nur sehr ungenau beschreiben. Einige Statistiken zu Empfängerinnen und Empfängern solcher Leistungen werden in Teil 3 dieses Berichts vorgestellt. Leistungen der persönlichen Assistenz unterstützen in besonderer Weise ein selbstbestimmtes Leben. Soweit die Sicherstellung der grundpflegerischen oder hauswirtschaftlichen Versorgung betroffen ist, können Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Da diese Ansprüche jedoch durch gesetzlich festgelegte Höchstbeträge begrenzt sind, können, wenn diese Leistungen nicht ausreichen, ergänzend einkommens- und vermögensabhängige Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII bzw. nach dem BVG in Betracht kommen. Ausführlicher wird in Kapitel 6.4.4 auf Leistungen der Persönlichen Assistenz eingegangen.

Grundlage der Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI sind Beeinträchtigungen der alltäglichen Verrichtungen, die mindestens in erheblichem oder höherem Maße einen Hilfebedarf hervorrufen und mindestens sechs Monate andauern. Insgesamt gab es in Deutschland zum Jahresende 2011 rund 2,32 Millionen pflegebedürftige Menschen. Pflegebedürftigkeit wird vorwiegend im Zusammenhang mit dem Alter wahrgenommen, allerdings gibt es einen nicht geringen Anteil an Menschen unter 65 Jahren, die pflegebedürftig sind, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 4-46: Pflegebedürftige in Deutschland nach Alter



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2012). Eigene Darstellung Prognos AG.

Über die Hälfte der Pflegebedürftigen sind 80 Jahre oder älter, aber auch gut ein Fünftel der pflegebedürftigen Menschen ist jünger als 65 Jahre. Dabei sind Frauen mit 65 Prozent sehr viel häufiger pflegebedürftig als Männer (35 Prozent).¹⁸³

Pflegebedürftige Menschen können Pflegeleistungen auf verschiedene Weisen erhalten. Sie können durch Angehörige zu Hause gepflegt, ambulant oder teilstationär unterstützt oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Außerdem gibt es zeitlich begrenzte Pflegeleistungen wie Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die verschiedenen Versorgungsarten für die Jahre 2005 bis 2011. Zu erkennen ist, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich zunimmt, und zwar bei allen Leistungsarten.¹⁸⁴ Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen wird zuhause gepflegt, entweder nur durch Angehörige oder mit Unterstützung eines ambulanten Dienstes. Frauen werden vergleichsweise häufiger als Männer in vollstationären Pflegeeinrichtungen gepflegt (34 Prozent vs. 24 Prozent) (ohne Abbildung).

¹⁸³ Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Leistungsempfängern der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Altersgruppen.

¹⁸⁴ Bundesministerium für Gesundheit (2011).

Tabelle 4-47: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger nach Art der Pflegeleistung im Jahresdurchschnitt, 2005 bis 2011, in Millionen

Pflegeleistung	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pflegegeld	0,96	0,98	0,99	1,01	1,03	1,05	1,05
Ambulante Pflegeleistungen (ohne Pflegegeld)	0,38	0,39	0,40	0,43	0,46	0,49	0,49
Vollstationäre (Dauer-) Pflegeleistungen	0,63	0,64	0,66	0,67	0,69	0,70	0,71
Zeitlich befristete/ergänzende Pflegeleistungen	0,04	0,05	0,05	0,07	0,08	0,10	0,11
Gesamt	2,00	2,06	2,10	2,18	2,27	2,35	2,36

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2012): Eigene Darstellung Prognos AG.

Laut Mikrozensus ist knapp jeder zehnte Erwachsene mit einer anerkannten Behinderung pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung, bezieht also Leistungen der Pflegestufen 1 bis 3. Dies entspricht rund 746.000 Personen. Diese Zahl umfasst jedoch nur Menschen mit einer anerkannten Behinderung und nicht solche, die eine Beeinträchtigung ohne eine amtliche Anerkennung haben. Außerdem werden aufgrund der Art der Befragung nur Menschen berücksichtigt, die in einem Privathaushalt leben. Nicht enthalten sind in der genannten Zahl hingegen die in Einrichtungen oder Gemeinschaftswohnungen lebenden, pflegebedürftigen Menschen.

Überwiegend werden Leistungen der Pflegestufe 1 (50 Prozent) oder Pflegestufe 2 (34 Prozent) bezogen. Bei 120.000 Menschen (16 Prozent) wurde mit Pflegestufe 3 die stärkste Pflegebedürftigkeit festgestellt. Der Anteil der Pflegebedürftigen unter den Menschen mit einer anerkannten Behinderung fällt in der Altersklasse der 80-Jährigen und Älteren am höchsten aus. Bei den 18- bis 29-Jährigen beziehen ca. elf Prozent Leistungen der Pflegeversicherungen. In den anderen Altersklassen sind die Anteile geringer.

Tabelle 4-48: Zahl der Menschen mit einer anerkannten Behinderung in Privathaushalten, die pflegebedürftig sind, nach Altersklassen (in 1.000)

Alter in Jahren	Menschen mit anerkannter Behinderung				Anteil der Pflegebedürftigen
	Pflegebedürftige	Darunter Pflegestufe			
		1	2	3	
18 bis 29	31	13	8	10	11%
30 bis 49	74	28	27	19	5%
50 bis 64	97	51	30	16	3%
65 bis 79	230	121	82	28	7%
80 und älter	314	158	110	47	22%
Insgesamt	746	371	257	120	8%

Quelle: Mikrozensus 2009. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Unabhängig vom Alter sind Menschen mit einer hochgradigen anerkannten Behinderung (GdB von 90 oder 100) deutlich häufiger pflegebedürftig als Menschen mit einem niedrigeren Grad der Behinderung (ohne Abbildung).

Leben Menschen mit Beeinträchtigungen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, z. B. in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe, können die Einrichtungen zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen zehn Prozent des Heimentgelts, maximal aber 256 Euro im Monat von den Pflegekassen erhalten. Die Anzahl der Personen, für die eine solche Pauschale gezahlt wurde, stieg in den Jahren 2002 bis 2010 von 60.428 auf 80.729. Seit 2002 werden relativ konstant etwas mehr als drei Prozent aller Leistungsbezieherinnen und -bezieher der sozialen Pflegeversicherung in Wohnheimen der Eingliederungshilfe vollstationär versorgt.

Menschen mit einer Demenz sind zum großen Teil pflegebedürftig. Zugleich ist eine Demenzerkrankung aufgrund des besonderen Betreuungs- und Beaufsichtigungserfordernisses oft ein ausschlaggebender Grund für die Entscheidung für eine Versorgung in einem Pflegeheim. Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes haben mehr als 60 Prozent aller Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner demenzielle Erkrankungen. Aktuell sind etwa 1,45 Millionen Menschen in Deutschland an einer Demenz erkrankt. Das jährliche Neuerkrankungsrisiko (Inzidenz) nimmt mit steigendem Alter stark zu.¹⁸⁵ Eine vertiefende Darstellung der Lebenssituation von Demenzerkrankten findet sich im Schwerpunktkapitel „Ältere Menschen mit Beeinträchtigungen“ im Teil 4 dieses Berichts.

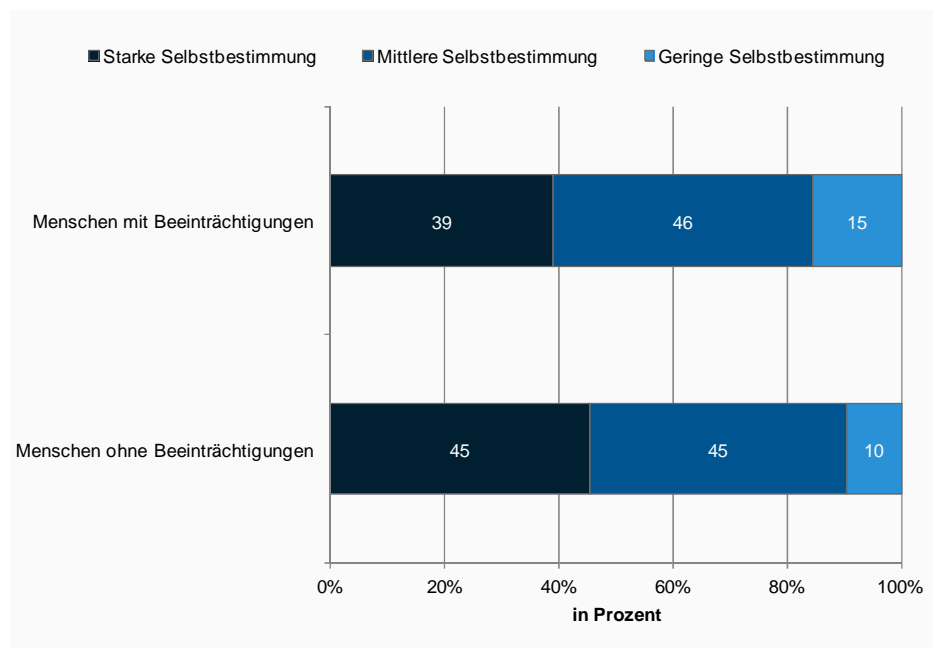
¹⁸⁵ Bickel, H. (2013) (im Erscheinen).

4.4.5 Gefühlte Selbstbestimmung

► Während 15 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen ihre Möglichkeit zur selbstbestimmten Lebensführung als gering wahrnehmen, trifft dies nur auf zehn Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen zu.

Menschen mit Beeinträchtigungen machen häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen die Erfahrung, dass andere über ihr Leben bestimmen. Insgesamt nehmen 15 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen eine geringe Selbstbestimmung wahr, aber nur zehn Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 4-47: Gefühlte Selbstbestimmung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, in Prozent



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Zustimmung zur Aussage: „Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen“ auf einer siebenstufigen Skala: starke Selbstbestimmung bei 1 bis 2, mittlere Selbstbestimmung bei 3 bis 5, geringe Selbstbestimmung bei 6 bis 7.

Die gefühlte Selbstbestimmung hängt auch vom Alter und Geschlecht ab. Während Menschen ohne Beeinträchtigungen über alle Altersklassen etwa ähnlich häufig den Eindruck haben, dass andere über ihr Leben bestimmen, machen jüngere Menschen mit Beeinträchtigungen diese Erfahrung tendenziell häufiger als ältere. Besonders häufig haben 18- bis 29-jährige Männer den Eindruck der Fremdbestimmung. Dieser Befund ist unabhängig davon, ob Menschen mit Beeinträchtigungen eine anerkannte Behinderung haben oder chronisch erkrankt sind. Hier bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 4-49: Anteil der Frauen und Männer mit und ohne Beeinträchtigungen, die nur eine geringe Selbstbestimmung über ihr eigenes Leben wahrnehmen

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 29	40%	11%	11%	9%
30 bis 49	17%	18%	10%	9%
50 bis 64	16%	19%	11%	10%
65 bis 79	13%	11%	9%	8%
80 und älter	15%	13%	13%	3%
Insgesamt	16%	15%	10%	9%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Zustimmung zur Aussage: „Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen“ auf einer siebenstufigen Skala: starke Selbstbestimmung bei 1 bis 2, mittlere Selbstbestimmung bei 3 bis 5, geringe Selbstbestimmung bei 6 bis 7.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Alltägliche Lebensführung

Die Datenlage hinsichtlich der alltäglichen Lebensführung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist äußerst unbefriedigend. So können bedeutsame Fragestellungen des Berichtes nur unvollständig und letztlich unzureichend beantwortet werden. Vor diesem Hintergrund können weder belastbare Aussagen über Fortschritte in Bezug auf die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen im Alltag noch über die Effizienz staatlicher und sonstiger Maßnahmen in dieser Teilhabedimension getroffen werden.

Zentrale Indikatoren für die Beurteilung des Grades der selbstbestimmten Bewältigung des Alltags sind die Zugänglichkeit zu und Nutzbarkeit von Informations- und Kommunikationsmedien, die Möglichkeit mit Personen, Institutionen und Dienstleistern zu kommunizieren, die Wahlmöglichkeit des Wohnortes und der Wohnform, die Zugänglichkeit und angemessene Nutzbarkeit der eigenen Wohnung einschließlich des unmittelbaren Wohnumfeldes (z. B. Nachbarschaft), die Auffindbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit öffentlicher und öffentlich zugänglicher Gebäude, die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit des öffentlichen Verkehrsraumes, die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit öffentlicher und öffentlich zugänglicher Verkehrsmittel und der dazugehörigen baulichen Anlagen sowie die sachgerechte, d. h. auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse abgestimmte Verfügbarkeit von Assistenzen und technischen Hilfsmitteln.

Der Bericht stellt fest, dass hinsichtlich der Kommunikation (korrekterweise sollte hier von Information und Kommunikation gesprochen werden) weder verwertbare personenbezogene noch Strukturdaten vorliegen. Damit können derzeit im Bereich des Alltagslebens keinerlei Aussagen über die Teilhabe von Menschen, die sensorische Beeinträchtigungen haben, getroffen werden. Es ist angesichts der bestehenden Rechtslage sowie der einschlägigen Berichte und Forderungen aus der Zivilgesellschaft davon auszugehen, dass auf dem Feld der Information und Kommunikation, nicht nur im Alltag zahlreiche Exklusionsfaktoren existieren, die Menschen mit sensorischen Beeinträchtigungen eine selbstbestimmte Lebensführung – teils deutlich – erschweren. Lediglich in Bezug auf die im vorliegenden Kapitel enthaltenen Aussagen zur Barrierefreiheit von baulichen Anlagen und Verkehrsmitteln werden die Anforderungen

dieser Personengruppen in Ansätzen berücksichtigt.^{186, 187}

Die Barrierefreiheit von Gebäuden, anderen baulichen Anlagen und Verkehrsmitteln sowie von Informations- und Kommunikationsmedien spielt für die selbstbestimmte alltägliche Lebensführung von Menschen mit Beeinträchtigungen eine zentrale Rolle. Bisherige Bestandsaufnahmen diesbezüglich beschränken sich weitgehend auf die Evaluation der Wirksamkeit bestehender rechtlicher Instrumente im Bau- und Verkehrssektor, wie sie durch die Gleichstellungsgesetze auf Bundes- und Länderebene geschaffen bzw. modifiziert wurden (Stand 2004), sowie auf die Darstellung von Best Practice.^{188, 189} Lediglich hinsichtlich der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Wohnungen liegen verwertbare Daten vor. Zukünftig wird es im Hinblick auf den allgemeinen Grundsatz „Zugänglichkeit“ (Artikel 3, f BRK) außerdem notwendig sein, den menschenrechtlichen Aspekt und den Teilhabegedanken stärker als bislang zu betonen.¹⁹⁰ Vor diesem Hintergrund sollten zum einen sämtliche bestehende rechtliche Instrumente zeitnah evaluiert und ggf. neue geschaffen werden, und zum anderen die Gepflogenheiten und Praktiken (vgl. Artikel 4, Abs. 1, b BRK), die bislang die Herstellung von Barrierefreiheit beeinträchtigen und damit das selbstbestimmte Leben von Menschen mit Beeinträchtigungen im Alltag behindern, analysiert und beseitigt werden.¹⁹¹

Auch entsprechende Forderungen aus der Zivilgesellschaft zielen sowohl auf die Optimierung des bestehenden Rechtsrahmens als auch auf eine Weiterentwicklung mit neuen Instrumenten ab, die der UN-BRK angemessen Rechnung tragen.¹⁹² Gerade in der zurückliegenden Debatte um die Novellierung des Personenbeförderungsgesetzes (PBefG) und der damit einhergehenden Liberalisierung im Fernbuslinienverkehr wurde deutlich, dass die Einführung neuer rechtlicher Instrumente, sofern sie nicht von Anfang an und umfassend Barrierefreiheit gewährleis-

¹⁸⁶ Frehe, H., Welti, F. (2010).

¹⁸⁷ Deutscher Gehörlosen-Bund (2011); Deutscher Behindertenrat (2010).

¹⁸⁸ Blennemann, F. et al. (2004).

¹⁸⁹ Verband Deutscher Verkehrsunternehmen – VDVFörderkreis (2012).

¹⁹⁰ Palleit, L. (2012).

¹⁹¹ Sieger, V. (2010).

¹⁹² Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2009).

ten, seitens der Zivilgesellschaft auf breite Ablehnung stößt.

Der Grad der Barrierefreiheit im Bereich der Mobilität (i. S. v. Artikel 9 BRK) kann durch die vorhandenen und im Bericht verarbeiteten Strukturdaten nur punktuell abgebildet werden. Gar nicht verdeutlicht wird die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Straßen- und U-Bahnen, Taxen, Reisebussen, Fahrgastschiffen, Flugzeugen sowie der nicht-bundeseigenen Eisenbahnen. Unbefriedigend sind die Angaben zur Barrierefreiheit der Fahrzeuge und Anlagen der Deutschen Bahn AG. Entsprechende Strukturdaten hierzu sind aber zwingend erforderlich, um Teilhabemöglichkeiten und -einschränkungen feststellen zu können. Entsprechend Artikel 9 der UN-BRK sind die Vertragsstaaten zur Feststellung von Zugangsbarrieren verpflichtet. Angesichts der Tatsache, dass die Mitgliedsunternehmen des VDV ihrem Verband entsprechende Informationen über die eingesetzten Busse zur Verfügung stellen können, ist nicht ersichtlich, warum dies zukünftig nicht auch für andere Verkehrsmittel möglich sein soll.

Neben der Barrierefreiheit einzelner Verkehrsmittel und der dazugehörigen baulichen Anlagen sowie Informations- und Kommunikationssysteme ist der Aspekt einer geschlossenen Beförderungskette von Bedeutung. Sind Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrer alltäglichen Mobilität auf verschiedene Verkehrsmittel und -anlagen angewiesen, um ihr Ziel zu erreichen, kann bereits die nicht vorhandene Zugänglichkeit, Nutzbarkeit oder Auffindbarkeit eines einzigen Verkehrsmittels oder einer zugehörigen baulichen Anlage gravierende Auswirkungen nicht nur auf die Mobilität im Alltag, sondern bspw. auch im Hinblick auf die schulische oder berufliche Teilhabe, die Gesundheitsversorgung oder die Freizeitgestaltung haben.

Daten, anhand derer die Barrierefreiheit von Beförderungsketten abgebildet werden kann, existieren nicht. Sie sind jedoch zwingend erforderlich, um die tatsächliche und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität beurteilen zu können. Da auf eine geschlossene barrierefreie Beförderungskette nur unzureichend aus der Summe zugänglicher Verkehrsmittel geschlossen werden kann, bietet sich in diesem Zusammenhang die regelmäßige Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen hinsichtlich etwaiger Teilhabeeinschränkungen an.¹⁹³

Die persönliche Mobilität (i. S. v. Artikel 20 BRK) unterscheidet sich hinsichtlich ihrer Bedeutung

für die Teilhabemöglichkeiten und -einschränkungen von Menschen mit Beeinträchtigungen gegenüber der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Verkehrsmitteln und ihrer Infrastruktur grundsätzlich nicht. Sie ist für die selbstbestimmte Gestaltung des Alltags unerlässlich, und mögliche Einschränkungen haben auch hier Auswirkungen auf andere Teilhabefelder. Allerdings stellt Artikel 20 BRK anders als Artikel 9 eher auf die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer Mobilität ab, indem bspw. die Notwendigkeit hochwertiger Mobilitätshilfen, unterstützender Technologien oder menschlicher und tierischer Hilfen betont wird. Damit steht die Frage der persönlichen Mobilität in unmittelbarem Zusammenhang mit den Leistungen des Gesundheits- und Rehabilitationssystems. Eine sachgerechte und ausreichende Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen mit entsprechenden Hilfsmitteln ist Grundvoraussetzung für die persönliche Mobilität und die damit verbundenen Teilhabechancen.

Zugänglichkeit und Nutzbarkeit des öffentlichen Raumes, also sowohl der öffentlichen Wege und Plätze als auch der öffentlichen und öffentlich zugänglichen Gebäude, sind Grundvoraussetzungen für eine selbstbestimmte Gestaltung des Alltags. Vorhandene Barrieren in diesen Bereichen führen darüber hinaus zu Teilhabeeinschränkungen in praktisch allen Teilhabefeldern.

Zwar enthalten die Gleichstellungsgesetze auf Bundes- und Länderebene diverse Regelungen hinsichtlich der Herstellung von Barrierefreiheit. Auch sind diesbezügliche technische Regelwerke (z. B. Normen) seit Jahren vorhanden. Eine systematische Erfassung des Bestandes, der baulichen Veränderungen sowie der nach wie vor bestehenden Barrieren findet allerdings nicht statt. Der ausgewertete

„Aktion Mensch Barriereindex“ liefert jedoch einen ersten und zugleich ernüchternden Einblick in die Realität. Er lässt erahnen, welche Hindernisse bei Zugang und Nutzbarkeit des öffentlichen Raumes durch Menschen mit Beeinträchtigungen nach wie vor bestehen. Zugleich wird deutlich, wie sehr Menschen mit Beeinträchtigungen noch von einer selbstbestimmten alltäglichen Lebensführung entfernt sind.

Da eine Erhebung aussagekräftiger Strukturdaten angesichts der unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Errichtung und Modernisierung von Gebäuden und anderen baulichen Anlagen schwierig ist, sind insbesondere regelmäßige Befragungen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Bezug auf ihre Teilhabeeinschränkungen erforderlich, um Hinweise auf mögliche

¹⁹³ Office for National Statistics (UK) (2010).

Fortschritte bei der Herstellung von Barrierefreiheit im öffentlichen Raum zu erhalten.¹⁹⁴

Die Wohnsituation beeinträchtigter Menschen gibt in vielerlei Hinsicht Auskunft darüber, inwieweit die Grundsätze der selbstbestimmten Lebensführung und der Einbeziehung in die Gemeinschaft (Art. 19 BRK) umgesetzt werden. Die im Bericht angeführten Indikatoren der Barrierefreiheit von Wohnungen und der Wohnumgebung sind wichtig, jedoch bei weitem nicht ausreichend. 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“ (Art. 19 BRK, a.), hängt wesentlich von Art und Umfang vorhandener Beeinträchtigungen bzw. der erforderlichen Unterstützung ab und davon, 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 Hilfen. Dies gilt insbesondere für Personen mit geistigen und/oder schweren körperlichen und Sinnesbeeinträchtigungen, die auf umfassende und häufig dauerhafte personelle Hilfen zur Bewältigung ihres Alltags (z. B. Haushaltsführung, Gesundheitsförderung und Pflege, psychosoziale Unterstützung) angewiesen sind. Die Herstellung von Barrierefreiheit erschöpft sich für diesen Personenkreis nicht in der Zugänglichkeit der Wohnung und der Wohnumgebung, sondern bedeutet vor allem, Barrieren zu überwinden, die sie daran hindern, an selbst gewählten Wohnorten mit selbst gewählten Menschen zu leben und ihren Alltag nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Als mögliche Hürden erweisen sich:

- rechtliche Voraussetzungen (wie etwa der Kostenvorbehalt in § 13 SGB XII als mögliche Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechtes, das schwierige Verhältnis von Pflege und Eingliederungshilfe sowie Regelungen in den Heimgesetzen),
- administrative Hindernisse bei der Umsetzung bedarfsgerechter, individueller Hilfen (auch in leistungsträgerübergreifender Zusammenarbeit),
- institutionelle und organisatorische Voraussetzungen einer traditionell pauschalen und versorgungsorientierten Angebotslandschaft,

¹⁹⁴ Office for National Statistics (UK) (2010).

- ein quantitativ und qualitativ unzureichendes Angebot an flexiblen sozialen Diensten und Assistenz im Gemeinwesen sowie
- soziale Einstellungen im Wohnumfeld (Akzeptanzprobleme und soziale Isolation).

Gegenwärtig vollziehen sich grundlegende Schritte in der Weiterentwicklung von Wohnkonzepten für beeinträchtigte Menschen von einrichtungsorientierten Angeboten in Richtung personenzentrierter und gemeindenaher Unterstützung. Diesbezüglich stehen insbesondere die Eingliederungshilfe bzw. die „Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ (§ 53 SGB XII) seit vielen Jahren stark im Fokus möglicher Anpassungen an politische, rechtliche, fachliche und gesamtgesellschaftliche Entwicklungen.¹⁹⁵

Die Zivilgesellschaft hat sich hier eindeutig positioniert. Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Teilhabe des Forums behinderter Juristinnen und Juristen wird deutlich gemacht, dass zentrale Grundsätze der UN-BRK wie bspw. das Recht auf Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe im deutschen Sozialrecht bislang nur unzureichend berücksichtigt und darüber hinaus in den Leistungsgesetzen konterkariert werden.¹⁹⁶ Beispielhaft wird darauf verwiesen, dass das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe zwar in § 1 SGB IX verankert ist, durch die Einordnung in das Fürsorgerecht mit seinen Einkommens- und Vermögensgrenzen de facto jedoch auf das Armutsniveau beschränkt bleibt.

Was hier seitens der Zivilgesellschaft angesprochen wird, ist aber nicht nur eine Frage der adäquaten Umsetzung der UN-BRK in deutsches Sozialrecht. Vielmehr wird dadurch auch aufgezeigt, dass Handlungsspielräume und Ressourcen von Menschen mit Beeinträchtigungen, die wie im Bericht beschrieben oftmals mit öffentlichen Mitteln gefördert werden, auf Basis geltenden Leistungsrechts sozusagen an anderer Stelle wieder eingeschränkt bzw. entzogen werden. Die Auswirkungen dessen auf die Lebenslagen

¹⁹⁵ Beschluss der 86. ASMK-Konferenz 2009 zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen („Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe im SGB XII“), bekräftigt auf der 87. ASMK-Konferenz 2010; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2009/pdf/DV%2006-09.pdf und neuestens Grundlagenpapier zu den Überlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK vom 23. August 2012.

¹⁹⁶ Forum behinderter Juristinnen und Juristen (2011).

von Menschen mit Beeinträchtigungen werden im vorliegenden Bericht nicht thematisiert.

In einigen Bundesländern ist die Ambulantisierung der wohnbezogenen Hilfen bereits erkennbar vorangeschritten, in einigen Regionen und Städten findet sich ein zunehmend ausdifferenziertes Angebot unterschiedlicher Wohnformen für Menschen mit Unterstützungsbedarf, und Modelle offener Hilfen und Persönlicher Assistenz gewinnen an Bedeutung.¹⁹⁷ Studien zur Umsetzung des Persönlichen Budgets zeigen, dass sich über flexibel und selbst organisierte Unterstützung individuell passende Wohnformen, auch jenseits von institutionalisierten Hilfen, verwirklichen lassen.¹⁹⁸ Gleichwohl schlagen sich diese Neuorientierungen insgesamt noch nicht in den empirischen Daten zum Wohnen nieder. Nach wie vor dominieren stationäre Wohneinrichtungen in der Angebotslandschaft, im bundesweiten Durchschnitt zeigt sich aktuell ein Verhältnis stationär zu ambulant von etwa zwei Drittel zu einem Drittel (Statistisches Bundesamt 2011).¹⁹⁹ Dabei sind Chancen der Wahlfreiheit regional höchst unterschiedlich verteilt, und sie sind verschieden im Hinblick auf Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen bzw. des Unterstützungsbedarfs. Während vor allem Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zahlenmäßig am deutlichsten von neuen ambulanten Angeboten profitieren, gibt es für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen und hohen Unterstützungsbedarfen nach wie vor wenig Alternativen zu einem Leben in einem Wohnheim oder dem Verbleib in der Herkunftsfamilie. Dies gilt vor allem im ländlichen Bereich. Zugleich weisen vorliegende (regionale) Studien zu Wohnwünschen von Menschen mit geistigen und mehrfachen Beeinträchtigungen darauf hin, dass – bei grundsätzlich höchst unterschiedlichen Wohnvorstellungen – das Leben in einer eigenen Wohnung, mit der individuell notwendigen Assistenz und in sozialen Bezügen einen zentralen Stellenwert hat.²⁰⁰

Insgesamt ist die Datenlage zur Wohnsituation beeinträchtigter Menschen, zur Verwirklichung ihres Rechts auf selbst gewählte Wohnformen und eine selbstbestimmte Lebensführung als äußerst unzureichend einzuschätzen. So liegen weder systematische und verlässliche Informationen über die (regionale) Verfügbarkeit und

Zugänglichkeit bedarfs- und bedürfnisgerechter, gemeindenaher Unterstützungsdienste vor, noch repräsentative Daten zur subjektiven Bewertung der Wohnsituation, der Möglichkeiten zur Selbstbestimmung, der sozialen Einbindung und der Partizipation im Gemeinwesen seitens beeinträchtigter Menschen. Insbesondere gilt es die Datenlage zur Situation von Menschen in stationären Wohneinrichtungen zu aktualisieren²⁰¹ (zuletzt Wacker et al. 1998) und die Datenlücke zur Situation von beeinträchtigten Menschen zu schließen, die in ihren Herkunftsfamilien leben.

Verwendete Literatur

Blennemann, F. et al. (2004): Auswirkungen des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) und zur Änderung anderer Gesetze auf die Bereiche Bau und Verkehr, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen.

Consens (2010): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2009. Erstellt für: Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS). Hamburg.

Deutscher Behindertenrat (2010): Forderungen des Deutschen Behindertenrates für einen Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Deutscher Gehörlosen-Bund (2011): Aktionsplan/Maßnahmenkatalog als Ergänzung zum Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung.

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) (2009): alle inklusive! Die neue UN-Konvention und ihre Handlungsaufträge, Berlin.

Forum behinderter Juristinnen und Juristen (Hrsg.) (2011): Gesetz zur Sozialen Teilhabe und zur Änderung des SGB IX und anderer Gesetze, leicht aktualisierte 2. Aufl., 9. Mai 2011.

Frehe, H., Welti, F. (2010): Behindertengleichstellungsrecht – Textsammlung mit Einführungen, Baden-Baden.

Metzler, H. et al. (2007): Das Trägerübergreifende Persönliche Budget. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Berlin.

Metzler, H., Rauscher, C. (2004): Wohnen inklusiv. Wohn- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen in Zukunft. Stuttgart.

Office for National Statistics (UK) (2010): Life Opportunities Survey, Interim Results 2009/10.

¹⁹⁷ Consens (2010).

¹⁹⁸ Metzler, H. et al. (2007).

¹⁹⁹ Statistisches Bundesamt (2011). Angesichts der inzwischen recht ausdifferenzierten Wohnformen für Menschen mit Beeinträchtigungen und der Vielfalt der Angebote ist eine einfache Unterscheidung zwischen ambulant und stationär empirisch als unzureichend anzusehen.

²⁰⁰ Metzler, H., Rauscher, C. (2004); Seifert, M. (2010).

²⁰¹ Wacker, E. et al. (1998).

Palleit, L. (2012): Systematische „Enthinderung“. In: Positionen Nr. 7 der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention.

Seifert, M. (2010): Kundenstudie. Bedarf an Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderung. Berlin.

Sieger, V. (2010): Inklusion und Barrierefreiheit. In: Ortland, B. et al. (Hrsg.): Leben mit Körperbehinderung, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (2011): Statistik der Sozialhilfe. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. 2009. Wiesbaden.

Verband Deutscher Verkehrsunternehmen – VDV-Förderkreis (Hrsg.) (2012): Barrierefreier ÖPNV in Deutschland, 2. Auflage.

Wacker, E. et al. (1998): Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbstständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 102), Baden-Baden.

4.5 Gesundheit

Der individuelle Gesundheitszustand einer Person beeinflusst die wahrgenommene Lebensqualität und hat Auswirkungen auf die Teilhabechancen in verschiedenen Lebensbereichen. Gleichzeitig wirkt sich die Teilhabe wiederum auf die objektive und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität sowie auf den Gesundheitszustand aus. Der individuelle Gesundheitszustand einer Person ist dabei als ein Produkt von Risiko- und Schutzfaktoren zu verstehen, die in personalen und umweltbedingten Merkmalen der Lebenslage einer Person bestehen. Dies sind beispielsweise Eigenschaften der Persönlichkeitsstruktur und der körperlichen Konstitution, Merkmale der sozioökonomischen Lage, das Vorhandensein gesundheitlicher Belastungen am Arbeitsplatz oder am Wohnort sowie die Einbindung in das soziale Umfeld und die dadurch gegebenen Unterstützungs- und Bewältigungsressourcen. Im Kontext der Gesundheit wirken sie sich auf die Möglichkeit aus, Gesundheitsrisiken zu minimieren sowie mit einer guten Gesundheit als Ressource umgehen zu können.²⁰²

Neben den personalen und umweltbedingten Merkmalen einer Lebenslage hat die Ausgestaltung des Gesundheits- und Rehabilitationssystems zentrale Bedeutung für die individuelle Gesundheit. Das Gesundheitssystem soll darauf hinwirken, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.²⁰³ Daher beeinflussen das quantitative und qualitative Angebot von medizinischen Leistungen und Präventionsangeboten, deren Zugänglichkeit und Nutzbarkeit die gesundheitlichen Chancen. Außerdem zielen spezifische Leistungen zur medizinischen Rehabilitation darauf, „Behinderungen und chronische Krankheiten“ sowie damit einhergehende Pflegebedürftigkeit oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen.²⁰⁴

Gesundheit kann definiert werden als ein „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn sich diese Person in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen sowie den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“.²⁰⁵ Analog fasst die ICF den Gesundheitszustand als vielschichtiges Konstrukt auf, welches auch durch Kontextfaktoren wie Merkmale der Person und äußere Umwelteinflüsse beeinflusst wird.²⁰⁶

²⁰² Hurrelmann, K., Franzkowiak, P. (2004).

²⁰³ § 1 SGB V.

²⁰⁴ § 26 SGB IX.

²⁰⁵ Hurrelmann, K. (2010).

²⁰⁶ Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2005): S. 9.

Artikel der UN-BRK zum Thema Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation:

Artikel 25: „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. [...]“

Artikel 26: „Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, [...], 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, [...]“

Menschen mit Beeinträchtigungen sind diesem Begriffsverständnis folgend gesund, wenn dies ihrer subjektiven Einschätzung entspricht und sie – objektiv wie subjektiv – den Anforderungen der Alltagsbewältigung gerecht werden. Dennoch ist davon auszugehen, dass Besonderheiten vorliegen, die einen Bedarf an allgemeinen und spezifischen Gesundheitsleistungen erklären.²⁰⁷ Dies ist beispielsweise der Fall, wenn:

- zusätzliche Gesundheitsstörungen und Krankheiten als Folge von Beeinträchtigungen und chronischer Krankheit auftreten,
- komplexe gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden sowie seltene Krankheiten vorliegen,
- es eine parallele Symptomatik im körperlichen und psychischen Bereich gibt,
- die Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit bezüglich gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die Kooperationsfähigkeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen oder die Fähigkeit, im Krankheitsfall aktiv zur Genesung beizutragen, eingeschränkt ist,
- eingeschränkte Möglichkeiten gegeben sind, Informationen zu Gesundheitsaspekten, gesunder Lebensführung, Krankheitsvermeidung, gesundheitsförderndem und krankheits- bzw. beeinträchtigungsadäquatem Verhalten usw. zu erhalten, aufzunehmen und umzusetzen,
- besondere fachliche Anforderungen bei bestehendem Pflegebedarf bzw. zur Vermeidung oder Verminderung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit bestehen.

Diese Besonderheiten begründen Anforderungen an die Qualität, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Zugänglichkeit ärztlicher und therapeutischer Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen. Die UN-BRK befasst sich in Artikel 25 mit den rechtlichen Gewährleistungsverpflichtungen für den Staat, die sich auf die Gesundheit beziehen. Demnach dürfen Menschen mit Beeinträchtigungen nicht von der allgemeinen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden, müssen also Zugang zu Arztpraxen und weiteren Gesundheitsangeboten in erreichbarer Nähe haben. Spezielle Gesundheitsangebote, die sie aufgrund ihrer Beeinträchtigungen benötigen, sind zur Verfügung zu stellen. Damit sich Menschen mit Beeinträchtigungen selbstbestimmt um die Förderung, Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit kümmern können, müssen ihnen neben den präventiven, kurativen und rehabilitativen Angeboten auch die nötigen Informationen gegeben werden sowie Möglichkeiten, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. 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.

²⁰⁷ Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (2001): S. 12.

Die Auswahl zentraler Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen orientiert sich am oben dargelegten Gesundheitsverständnis. Danach sind neben Indikatoren, welche die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes wiedergeben auch objektive Parameter zu beschreiben. Außerdem werden Indikatoren zum Gesundheitsbewusstsein und -verhalten aufgeführt, die ein Spiegelbild davon sind, inwieweit Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen z. B. von gesundheitlicher Aufklärung und präventiven Angeboten erreicht werden. In Bezug auf die Barrierefreiheit von Arztpraxen kann auf Strukturdaten der gemeinnützigen Stiftung Gesundheit zurückgegriffen werden, die im Rahmen einer Selbstauskunft verschiedene Daten der Barrierefreiheit von Arztpraxen erhebt.

Weitergehende Fragen nach der Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Zugänglichkeit allgemeiner Gesundheitsleistungen, nach möglicher Nichtnutzung aufgrund fehlender Barrierefreiheit, nach Einschränkungen bei den Wahlmöglichkeiten, nach der Art vorhandener Barrieren und nach spezifisch benötigten Unterstützungsleistungen lassen sich anhand von Befragungen gegenwärtig nicht beantworten. Unbeleuchtet bleiben muss auch der Zusammenhang zwischen den Kosten von Gesundheitsleistungen und der Nichtnutzung. Der Bedarf und die Versorgung mit spezifischen Gesundheitsleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen kann ebenfalls nicht dargestellt werden. Gleiches gilt für die Zufriedenheit mit der Beratung, der Behandlung, der Qualität und der Passgenauigkeit von in Anspruch genommenen Leistungen. Von besonderem Interesse wäre bei all dem eine Differenzierung nach Teilgruppen, die anhand unterschiedlicher Beeinträchtigungsarten gebildet werden.

Das Thema der Pflege, der ambulanten Dienste und der Assistenz von Menschen mit Beeinträchtigungen wird im Kapitel „alltägliche Lebensführung“ sowie im Teil 3 dieses Berichts aufgegriffen. Damit wird der Vielfalt von Pflegesituationen, aber auch der Diskussion um die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Rechnung getragen, in deren Mittelpunkt vor allem die Förderung der Selbstständigkeit des pflegebedürftigen Menschen steht.

Menschen mit Beeinträchtigungen bewerten ihren körperlichen Gesundheitszustand und ihr psychisches Wohlbefinden deutlich schlechter als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Menschen mit Beeinträchtigungen müssen - gemessen an der Häufigkeit der Arztbesuche - häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Vielfach sind Arztpraxen nicht barrierefrei und nicht auf Patienten mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen eingerichtet. Jede fünfte allgemeinmedizinische Praxis hat rollstuhlgerechte Praxisräume. Über behindertengerechte Sanitärräume verfügen je nach Fachgebiet ein bis sieben Prozent der Praxen.

Junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen legen weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung und trinken häufiger regelmäßig Alkohol.

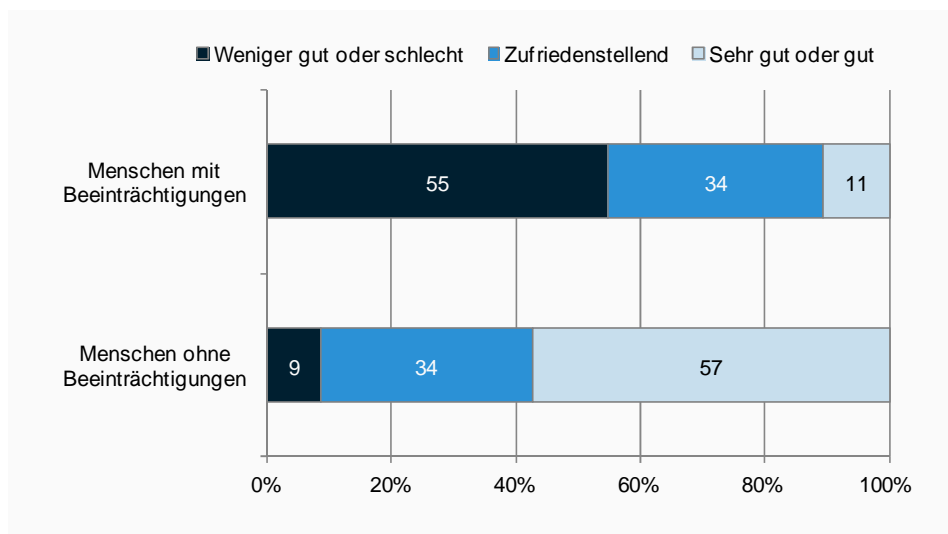
Unter Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von unter 30 Jahren finden sich häufiger Raucher als unter Menschen ohne Beeinträchtigungen.

4.5.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

► 55 Prozent der Erwachsenen mit Beeinträchtigungen bewerten ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ im Vergleich zu 9 Prozent derjenigen ohne Beeinträchtigungen. Auch das psychische Wohlbefinden wird als schlechter wahrgenommen.

Beeinträchtigungen wirken sich negativ darauf aus, wie Menschen ihren Gesundheitszustand wahrnehmen. Während 57 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen angeben, dass sie einen „guten“ bis „sehr guten“ Gesundheitszustand haben, trifft dies auf elf Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen zu. Von diesen geben sogar 55 Prozent an, ihr Gesundheitszustand sei „weniger gut“ oder „schlecht“.

Abbildung 4-48: Subjektive Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen unterscheiden sich diesbezüglich kaum voneinander. Hingegen wirkt sich ein höheres Lebensalter negativ auf die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands aus, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 4-50: Frauen und Männer mit und ohne Beeinträchtigungen, die ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ einschätzen, nach Altersklassen

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 29	38%	34%	3%	5%
30 bis 49	51%	48%	8%	8%
50 bis 64	55%	56%	12%	10%
65 bis 79	53%	59%	10%	12%
80 und älter	59%	65%	21%	20%
Insgesamt	53%	56%	8%	9%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Im Durchschnitt beurteilen 18- bis 64-jährige chronisch Kranke mit Aktivitätseinschränkungen ihren Gesundheitszustand schlechter als gleichaltrige Menschen mit einer anerkannten Behinderung. In den höheren Altersklassen bestehen keine Unterschiede mehr.

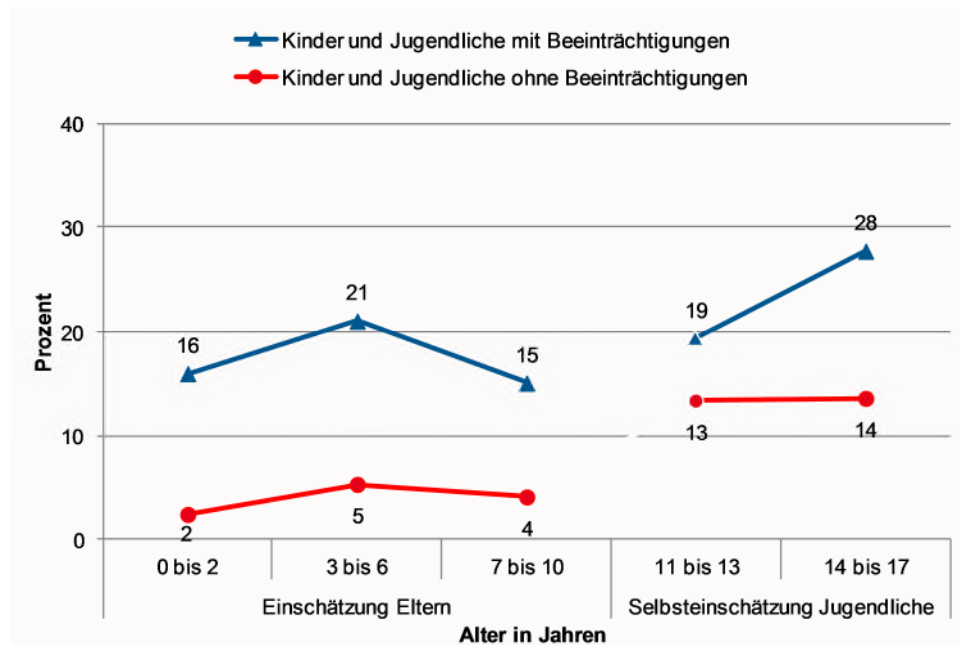
Tabelle 4-51: Menschen mit Beeinträchtigungen, die ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ einschätzen, nach Teilgruppen

Alter in Jahren	Menschen mit anerkr. Erwerbsminderung/ Behinderung	Chronisch Kranke mit Aktivitätseinschränkungen
18 bis 64	47%	59%
65 bis 79	54%	58%
80 und älter	63%	63%
Insgesamt	51%	60%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Kinder und Jugendliche beschreiben ihren Gesundheitszustand insgesamt nur ausgesprochen selten als „sehr schlecht“. Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen geben jedoch wesentlich häufiger als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen an, dass ihr Gesundheitszustand „mittelmäßig“ oder „schlechter“ ist. Die folgende Abbildung vergleicht die Anteile der Kinder und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen, deren Eltern (bei den unter 10-Jährigen) bzw. die selbst ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ oder „schlechter“ bezeichnen.

Abbildung 4-49: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einschätzen

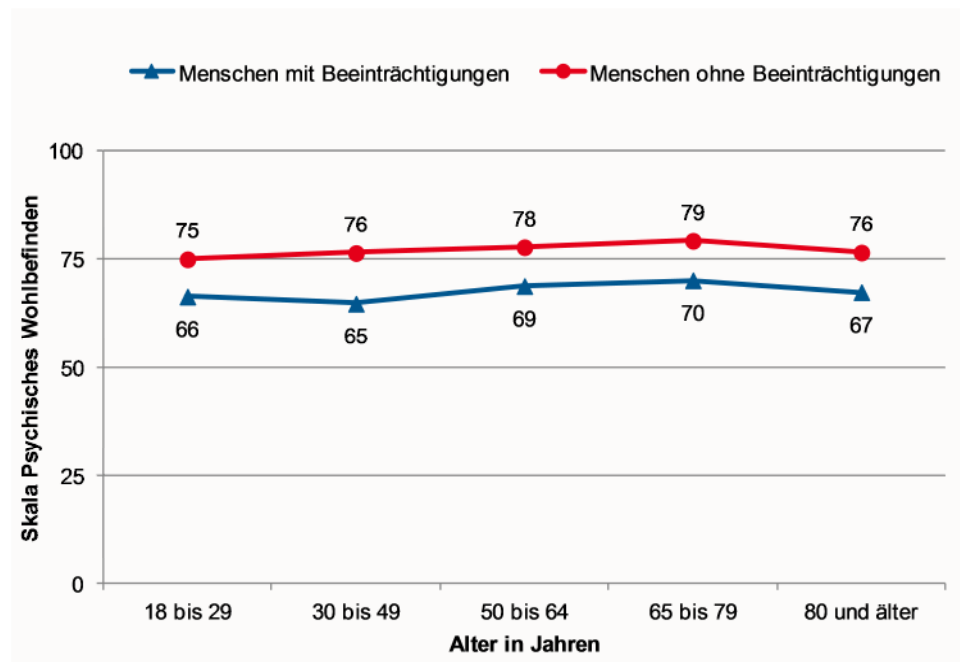


Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Eltern- und Jugendfragebogen. Eigene Darstellung Prognos AG.

Zwischen 15 und 21 Prozent der Eltern, deren bis zu 10-jährige Kinder beeinträchtigt sind, schätzen den Gesundheitszustand ihres Kindes als „mittelmäßig“ bis „sehr schlecht“ ein. Dieser Anteil ist mehr als vier Mal so groß wie bei den Eltern von Kindern ohne Beeinträchtigungen. Im Pubertätsalter verschlechtert sich der Gesundheitszustand, sowohl nach Einschätzung der Eltern als auch nach Selbsteinschätzung der Jugendlichen. 14- bis 17-jährige Jugendliche mit Beeinträchtigungen beschreiben ihren Gesundheitszustand dabei doppelt so häufig als „mittelmäßig“ bis „sehr schlecht“ wie Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen.

Lebensqualität wird neben dem körperlichen Wohlbefinden auch maßgeblich durch das psychische Wohlbefinden beeinflusst. Hierzu lässt sich bei Erwachsenen mit Beeinträchtigungen aus verschiedenen Einzelfragen ein gemeinsamer Indikator bilden.²⁰⁸ Menschen mit Beeinträchtigungen bewerten ihr psychisches Wohlbefinden auf der zugrunde gelegten Skala von 0 bis 100 über alle Altersklassen hinweg durchschnittlich um zehn Punkte schlechter als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 4-50: Psychisches Wohlbefinden nach SF-36 – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („sehr schlecht“) bis 100 („sehr gut“)



Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

²⁰⁸ Grundlage ist der Short Form (36) Gesundheitsfragebogen. Er ist ein Messinstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Er setzt sich aus acht, mit Skalen bewerteten Domänen zusammen. Der Wertebereich jeder Skala umfasst 0-100 unter der getroffenen Annahme, dass jede Frage im Bogen das gleiche Gewicht besitzt. Die acht Domänen des SF-36 sind: Vitalität, körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, körperliche Rollenfunktion, emotionale Rollenfunktion, soziale Funktionsfähigkeit, psychisches Wohlbefinden. Beim psychischen Wohlbefinden wird berücksichtigt: Depressionen, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle sowie allgemeine positive Gestimmtheit. Weitere Informationen z. B. unter <http://www.zpid.de/redact/category.php?cat=526>

Frauen mit Beeinträchtigungen bewerten ihr psychisches Wohlbefinden durchschnittlich schlechter als Männer, wie die folgende Tabelle zeigt.

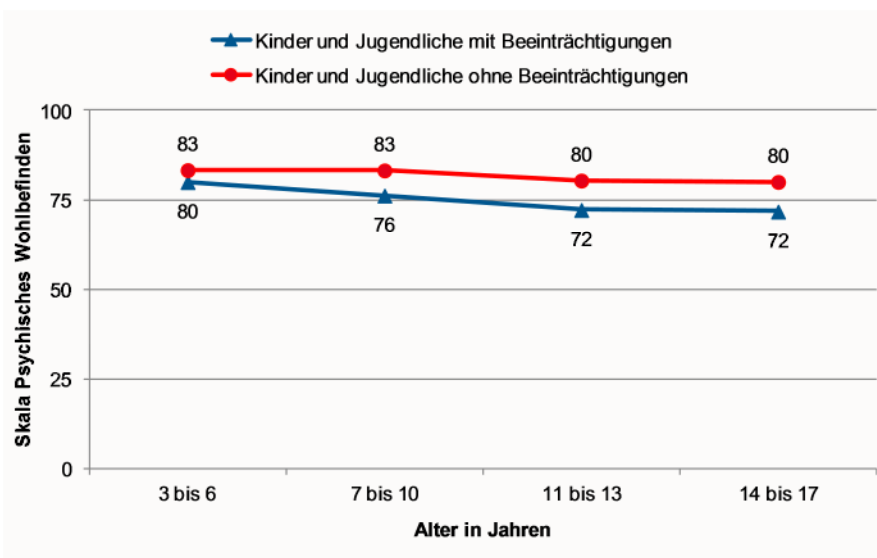
Tabelle 4-52: Psychisches Wohlbefinden nach SF-36 – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („sehr schlecht“) bis 100 („sehr gut“)

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 29	70	63	77	72
30 bis 49	67	63	78	75
50 bis 64	73	65	79	76
65 bis 79	74	67	81	77
80 und älter	73	65	79	75
Insgesamt	72	65	78	75

Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen weisen – basierend auf den Angaben ihrer Eltern – auch beim psychischen Wohlbefinden gegenüber Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen durchschnittlich schlechtere Werte auf.²⁰⁹ Die Unterschiede nehmen mit steigendem Alter leicht zu.

Abbildung 4-51: Psychisches Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen – Mittelwerte auf der KINDL-Skala von 0 („schlecht“) bis 100 („sehr gut“)



Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Elternfragebogen. Eigene Darstellung Prognos AG.

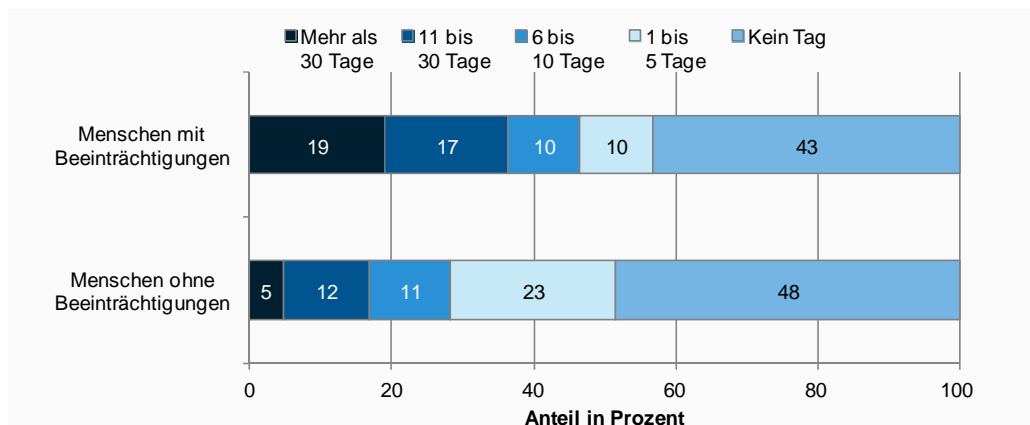
²⁰⁹ Grundlage ist hier die KINDL-Skala, ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. Er umfasst die Dimensionen psychisches Wohlbefinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehung und Funktionsfähigkeit im Alltag. Das psychische Wohlbefinden wird anhand von vier Items im Rückblick auf die letzte Woche erhoben: Viel Lachen und Spaß haben, zu nichts Lust haben, sich allein fühlen, sich ängstlich und unsicher fühlen. Vgl. Bullinger, M. et al. (1994).

4.5.2 Objektive Indikatoren des Gesundheitszustands

Die Beschreibung des Gesundheitszustands von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen anhand objektiver Parameter ist derzeit nur eingeschränkt möglich. Vorgestellt werden im Folgenden die beiden Indikatoren Krankheitstage und Arztbesuche, die indirekt auf Gesundheitszustände schließen lassen.

Die folgende Abbildung zeigt, wie viele Tage Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in den letzten zwölf Monaten der eigenen Einschätzung zufolge so krank gewesen sind, dass sie ihren üblichen Tätigkeiten im privaten wie im beruflichen Leben nicht nachgehen konnten.

Abbildung 4-52: Anzahl der Krankheitstage in den letzten zwölf Monaten bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen



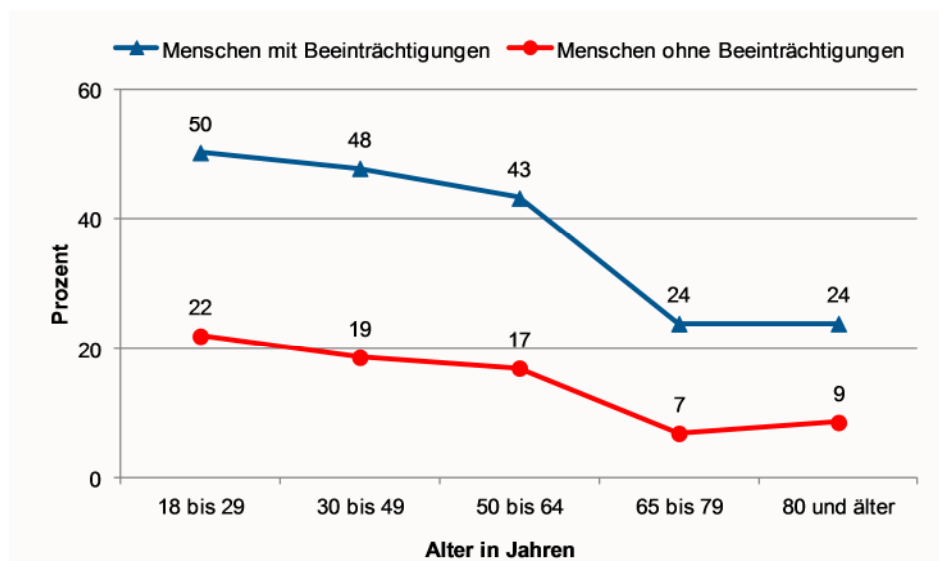
Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Etwa jeder fünfte Erwachsene mit Beeinträchtigungen war im Laufe eines Jahres mehr als einen Monat lang in der beschriebenen Weise krank, weitere 17 Prozent waren an 11 bis 30 Tagen gesundheitsbedingt stark eingeschränkt. Erwachsene ohne Beeinträchtigungen weisen wesentlich seltener Krankheitstage auf. Lediglich fünf Prozent waren mehr als einen Monat und weitere zwölf Prozent 11 bis 30 Tage krank.

Die dargestellten Verteilungsunterschiede machen sich auch in den durchschnittlichen Krankheitstagen bemerkbar. Menschen mit Beeinträchtigungen waren durchschnittlich an 33 Tagen krank, Menschen ohne Beeinträchtigungen lediglich an acht Tagen.

Im Vergleich zwischen Menschen verschiedener Altersklassen fällt auf, dass jüngere Menschen häufiger von mehr als zehn Krankheitstagen berichten als ältere, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 4-53: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen mit mehr als zehn Krankheitstagen in den letzten zwölf Monaten, nach Alter



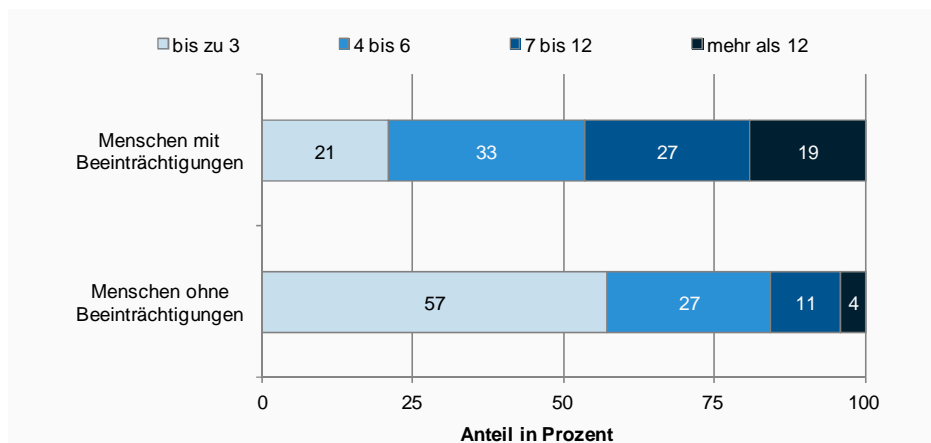
Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Insbesondere nach Erreichen des regulären Rentenalters geht die Zahl der genannten Krankheitstage stark zurück. Der Grund hierfür kann darin liegen, dass Krankheitstage von einigen Befragten an Fehlzeiten bei der Arbeit festgemacht werden und daher nicht die Gesamtzahl der Tage abbilden, an denen sich diese Menschen krank fühlen. Es kann auch damit zusammenhängen, dass nach den Tagen gefragt wurde, an denen wegen Krankheit die „üblichen privaten oder beruflichen Tätigkeiten“ nicht ausgeübt werden konnten. Sind die üblichen Tätigkeiten einer Person weniger anspruchsvoll, so sind sie auch mit einer leichteren Krankheit durchführbar. Diese Überlegungen zeigen, dass der Indikator „Anzahl der Krankheitstage“ Interpretationsspielräume lässt.

Ein weiterer Indikator, der über die Ausprägung von Gesundheitszuständen bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen informiert, ist die Anzahl der Arztbesuche. Menschen mit Beeinträchtigungen suchen deutlich häufiger niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf als Menschen ohne Beeinträchtigungen.²¹⁰ Knapp jeder fünfte Erwachsene mit Beeinträchtigungen holt sich mehr als zwölf Mal pro Jahr ärztlichen Rat ein. Gleich viele Arztbesuche geben hingegen nur vier Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen an. Zwischen Frauen und Männern mit Beeinträchtigungen (ohne Abbildung) gibt es nur geringfügige Unterschiede.

²¹⁰ Die häufigeren Arztbesuche von Menschen mit Beeinträchtigungen hängen u. a. auch damit zusammen, dass zu diesen auch chronisch kranke Menschen gezählt werden.

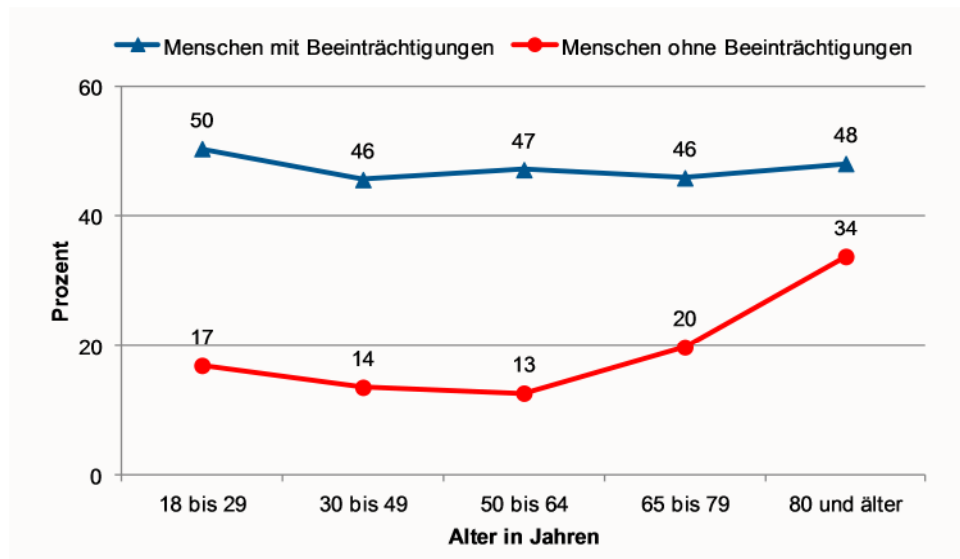
Abbildung 4-54: Anzahl der Arztbesuche in den letzten zwölf Monaten bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen



Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die folgende Abbildung stellt differenziert für verschiedene Altersklassen den Anteil derjenigen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen dar, die in den letzten zwölf Monaten häufiger als sechs Mal einen niedergelassenen Arzt aufgesucht haben.

Abbildung 4-55: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen mit mehr als sechs Arztbesuchen die in den letzten zwölf Monaten



Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die häufig Ärzte aufsuchen, ist unabhängig vom Alter auf einem sehr hohen Niveau. Die Unterschiede zu Menschen ohne Beeinträchtigungen sind erheblich, wobei sich ab dem 65. Lebensjahr der Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen, die häufig Ärzte aufsuchen, dem entsprechenden Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen etwas annähert. Es verbleibt jedoch ein deutlicher Unterschied.

4.5.3 Zugänglichkeit allgemeiner Gesundheitsleistungen

► Jede fünfte Allgemeinarztpraxis hat rollstuhlgerechte Praxisräume.

Eine umfassende Bewertung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist derzeit nicht möglich. Es fehlen beispielsweise subjektive Bewertungen der Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Versorgungsangeboten oder der Behandlungszufriedenheit. Die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit lässt sich näherungsweise mit Hilfe von Strukturdaten der Stiftung Gesundheit beleuchten, die im Rahmen einer ärztlichen Selbstauskunft verschiedene Aspekte der Barrierefreiheit von Arztpraxen erhebt. Differenziert für unterschiedliche Facharztgruppen ergibt sich das folgende Bild:

Der ebenerdige Zugang zur Arztpraxis und die rollstuhlgerechte Gestaltung von Praxisräumen sind keinesfalls durchgängige, aber dennoch die am häufigsten erfüllten Aspekte von Barrierefreiheit in Arztpraxen. Das Vorhalten von Behindertenparkplätzen aber auch von barrierefreien WCs oder Untersuchungsmöbeln stellt dagegen bereits die Ausnahme dar. Weitere Kriterien wie die Ausgabe von Informationsmaterial oder die Einrichtung einer Homepage in leichter Sprache, Orientierungshilfen für Sehbehinderte oder die Möglichkeit, in Gebärdensprache zu kommunizieren, werden so gut wie gar nicht erfüllt.

Die folgende Tabelle fasst in einer Auswahl zentrale Aspekte der Barrierefreiheit von Arztpraxen zusammen:²¹¹

²¹¹ Folgende Arztgruppen wurden zusammengefasst: 1) Augenheilkunde, 2) Urologie, 3) Kinderheilkunde / Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie, 4) Physikalische und Rehabilitative Medizin, 5) Psychiatrie und Psychotherapie / Psychologischer Psychotherapeut, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, 6) Zahnmedizin / Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, 7) Neurologie, Neurochirurgie, 8) Innere Medizin, 9) Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt / Arzt, 10) Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, 11) Diagnostische Radiologie 12) Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 13) Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, 14) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Tabelle 4-53: Anteile von Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen, die Aspekte der Barrierefreiheit erfüllen

Fachrichtungen	Anzahl erfasster Praxen	Anteil der Praxen, die Aspekte der Barrierefreiheit erfüllen				
		Zugang (ebenerdig oder mit Aufzug)	Praxisräume (rollstuhlgerecht)	Parkplätze (behindertengerecht)	WC (barrierefrei)	Untersuchungsmöbel (flexibel)
Allgemeinmedizin	44.380	22%	22%	4%	2%	2%
Zahnmedizin, Kieferchirurgie	44.084	15%	15%	2%	1%	4%
Psychiatrie und Psychotherapie	27.792	17%	15%	2%	1%	0%
Innere Medizin	19.832	29%	28%	6%	4%	3%
Frauenheilkunde	9.510	33%	25%	5%	3%	4%
Kinder- und Jugendmedizin	5.937	28%	27%	6%	3%	1%
Kinder- / Jugendpsychologie	5.870	16%	14%	2%	1%	1%
Augenheilkunde	5.145	26%	25%	5%	3%	5%
Neurologie	4.623	28%	28%	5%	4%	2%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3.831	33%	31%	8%	4%	7%
Hautkrankheiten	3.467	30%	27%	6%	3%	6%
Urologie	2.606	34%	33%	9%	6%	7%
Radiologie	2.563	37%	38%	9%	7%	6%
Rehabilitative Medizin	811	32%	32%	7%	6%	6%

Quelle: Sonderauswertung Arztauskunft der Stiftung Gesundheit. Eigene Darstellung Prognos AG.

4.5.4 Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten

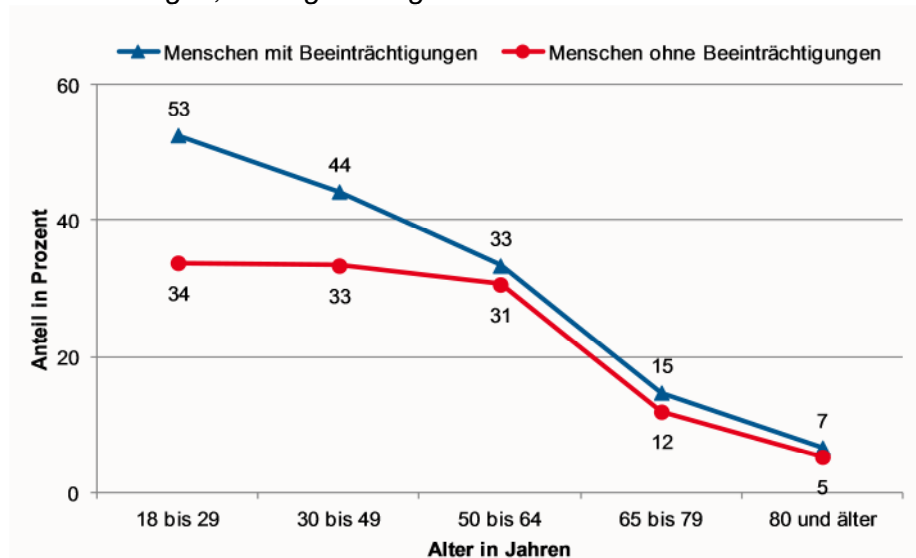
► Über die Hälfte der unter 30-jährigen Erwachsenen mit Beeinträchtigungen raucht regelmäßig, Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen dagegen nur zu 34 Prozent. In dieser Altersklasse trinken Erwachsene mit Beeinträchtigungen auch häufiger als Gleichaltrige regelmäßig Alkohol und legen weniger Wert auf gesunde Ernährung.

Ein gut ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und die Vermeidung gesundheitlicher Risiken verbessern die Chancen auf einen guten Gesundheitszustand. Die folgenden Indikatoren geben Auskunft über das Gesundheitsverhalten und die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Sie können als Hinweise darauf gewertet werden, ob es Unterschiede in der Erreichung der beiden Teilgruppen durch Präventionsmaßnahmen gibt.

Menschen mit Beeinträchtigungen rauchen häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Besonders groß sind die Unterschiede in den Altersklassen bis 50 Jahre, anschließend verschwinden sie nahezu. Jüngere Menschen mit Beeinträchtigungen weisen damit ein besonders ausgeprägtes gesundheitliches Risiko auf. Zwischen

Frauen und Männern mit Beeinträchtigungen bestehen hinsichtlich des Rauchens keine statistisch aussagekräftigen Unterschiede.

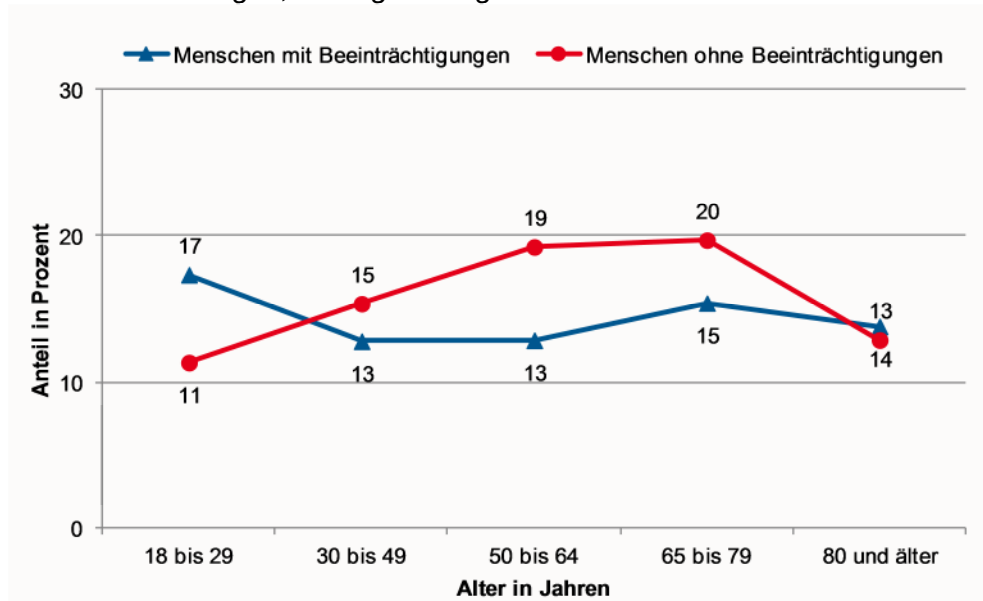
Abbildung 4-56: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die regelmäßig rauchen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Etwa jeder siebte Erwachsene mit Beeinträchtigungen (14 Prozent) nimmt regelmäßig alkoholische Getränke zu sich. Dabei gibt es im Unterschied zu Menschen ohne Beeinträchtigungen kaum altersabhängige Veränderungen, sondern die Konsumgewohnheiten sind in den meisten Altersklassen relativ ähnlich. Lediglich unter den 18- bis 29-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen gibt es einen deutlich größeren Anteil an regelmäßig Alkohol Konsumierenden als bei den gleichaltrigen Menschen ohne Beeinträchtigungen. Ab dem 30. Lebensjahr ist der Alkoholkonsum unter den Menschen mit Beeinträchtigungen weniger verbreitet als bei denjenigen ohne Beeinträchtigungen.

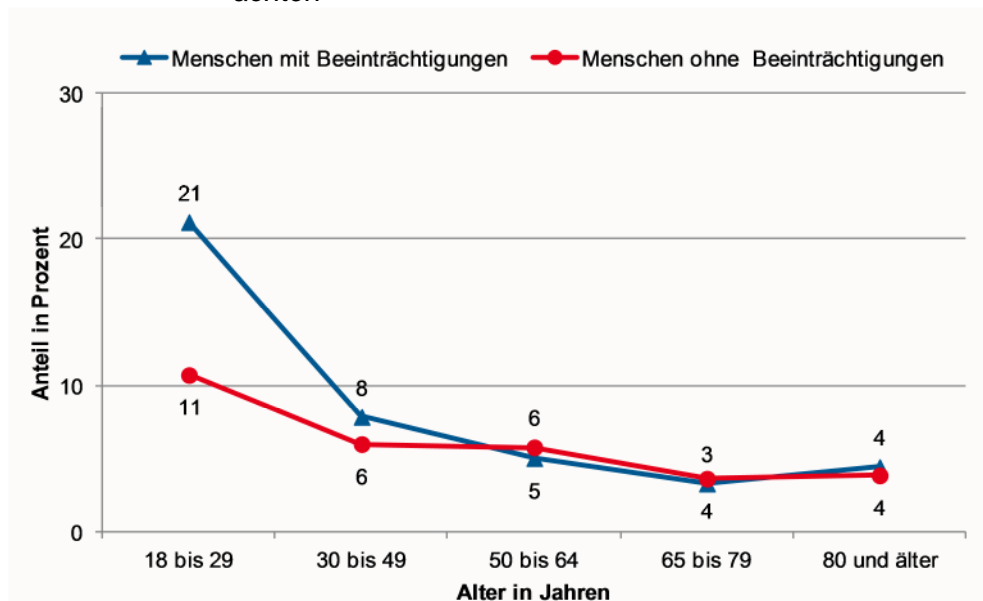
Abbildung 4-57: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die regelmäßig alkoholische Getränke trinken



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Eine gesunde Ernährung wirkt sich günstig auf die Gesundheit und das gesundheitliche Wohlbefinden aus. Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen zeigen sich in erheblichem Ausmaß bei den 18- bis 29-Jährigen: Menschen mit Beeinträchtigungen in diesem Alter verzichten wesentlich häufiger auf eine gesundheitsbewusste Ernährung als ihre Altersgenossen ohne Beeinträchtigungen. In allen anderen Altersklassen sind keine nennenswerten Unterschiede vorhanden.

Abbildung 4-58: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die gar nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung achten



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Besonders häufig achten 18- bis 29-jährige Männer mit Beeinträchtigungen nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung. Aber auch Frauen mit Beeinträchtigungen ernähren sich seltener gesundheitsbewusst als ihre Geschlechtsgenossinnen gleichen Alters dies tun.

Tabelle 4-54: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die gar nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung achten, nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren/ Migrations- hintergrund	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 29	30%	13%	16%	6%
30 bis 49	10%	6%	9%	3%
50 bis 64	8%	2%	9%	3%
65 bis 79	5%	2%	5%	3%
80 und älter	6%	3%	7%	2%
Insgesamt	8%	3%	10%	3%
Mit Migrations- hintergrund	12%	5%	15%	5%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die regelmäßige Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sind weitere Bestandteile einer gesundheitsbewussten Lebensweise. Beim Anteil derjenigen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in den letzten zwölf Monaten eine Zahnvorsorgeuntersuchung wahrgenommen haben, bestehen keine gruppenspezifischen Unterschiede. Auch bei den Teilnahmen an Krebsfrüherkennungs- und -vorsorgeuntersuchungen zeigen sich keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen.

Zu einem gesundheitsbewussten Verhalten gehören auch sportliche Aktivitäten und regelmäßige Bewegung. Diese werden in dem Unterkapitel „Freizeit, Kultur und Sport“ behandelt.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Gesundheit

Eine breite Definition von Gesundheit und das in diesem Bericht verwendete breite Konzept von Behinderung lassen erstens erwarten, dass die Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen nach subjektiven und objektiven Maßstäben schlechter eingeschätzt wird als die Gesundheit von Menschen, die nicht mit wesentlichen Beeinträchtigungen leben (siehe z. B. Tabelle 4-50); sowie zweitens, dass durch die globale Betrachtung spezifischen Zusammenhängen nur schwer nachzuspüren ist.

Tatsächlich schätzen Personen mit Beeinträchtigungen ihren Gesundheitszustand im Schnitt schlechter ein als Vergleichsgruppen, und dies betrifft alle untersuchten Altersgruppen einschließlich der Kinder, Jugendlichen und Alten. Da unterschiedliche Formen der psychischen Beeinträchtigung in die Untersuchung eingeschlossen waren und diverse Formen körperlicher Beeinträchtigung ebenfalls das psychische Wohlbefinden beeinträchtigen können, lagen die Werte in allen Altersgruppen unter denen nicht Beeinträchtigter. Ebenso erwartungsgemäß waren die Zahlen der Arbeitsunfähigkeitstage und der Arztbesuche deutlich höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigung.

Häufigere Arztkontakte und eine höhere Anzahl von Tagen zur Regeneration können nicht eindimensional nur als Zeichen der Vulnerabilität eingeschätzt werden, sondern ebenso als Hinweise auf einen konstruktiven Umgang mit der eigenen Beeinträchtigung und als aktives Bemühen um die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit. Rauchen und Alkoholkonsum in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter stehen vielfach im Kontext beginnender psychischer Erkrankungen, deren Entwicklung damit teilweise begünstigt werden kann, während die Betroffenen eher eine zeitweise Symptomerleichterung wahrnehmen. Ferner sind Trinken und Rauchen einfache Mittel, um ungenutzte Zeit zu füllen und sich ohne großen Aufwand Gruppen Gleichaltriger anzuschließen. Der Rückgang des angegebenen Rauch- und Trinkverhaltens im mittleren Erwachsenenalter und im höheren Alter muss nicht mit vermehrter Vorsicht einhergehen, sondern kann ebenso Unverträglichkeit und eingeschränkte Ressourcen reflektieren.

Diese Zahlen können jedoch nicht die Problematik derjenigen abbilden, die aufgrund mangelnder Barrierefreiheit oder anderer Zugangsprobleme nur erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Dies betrifft vor allem Menschen mit starken körperlichen Beeinträchtigungen, mit kognitiven oder komplexen Beeinträchtigungen und Beeinträchtigungen, die sich auf

die Kommunikation auswirken, wie z.B. Gehörlosigkeit. Zur fehlenden oder mangelhaften Barrierefreiheit von Praxen und Krankenhäusern kommen massive „Barrieren in den Köpfen“ in Form von Berührungängsten u. ä. hinzu. Diese Situation führt – entgegen den angeführten Zahlen – bei einigen Personenkreisen zu einer gesundheitlichen Unterversorgung. So haben Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen Schwierigkeiten, medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen, die damit verbunden sind, sich in einen Untersuchungsstuhl zu setzen. Ist es beim Zahnarzt oft noch möglich, während der Behandlung im Rollstuhl sitzen zu bleiben, sind z.B. gynäkologische Behandlungsstühle oftmals unerreichbar: Die Stühle sind nicht ausreichend absenkbar, Lifter und Assistenzpersonal nur selten vorhanden. Auf dem Hintergrund dieser Situation sind in einigen Städten spezielle barrierefreie Ambulanzen eingerichtet worden, um körperlich beeinträchtigten Frauen einen gleichberechtigten Zugang zur gynäkologischen Versorgung zu ermöglichen.

Für die Personengruppe der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurde im Rahmen der Special Olympics ein eklatant schlechter Gesundheitszustand festgestellt, und dies gilt insbesondere im Hinblick auf Zahngesundheit sowie die Erkennung und Versorgung von Seh- und Hörbeeinträchtigungen.²¹² Um hier Abhilfe zu schaffen, werden im Rahmen der Special Olympics inzwischen kostenlose Untersuchungen für die Athletinnen und Athleten angeboten. Zusätzlich wurde mit finanzieller Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums das Projekt „Selbstbestimmt gesünder“ gestartet. Ziel des Projektes ist „in gemeinsamer Zusammenarbeit, Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung dazu zu befähigen, Gesundheit und umfassendes Wohlbefinden selbstbestimmt zu gestalten und ihre Teilhabe an der Gesundheitsvorsorge zu verbessern“.²¹³ „Gesundheit – für alle!“ ist ein weiteres Projekt, das Barrieren im Zugang zu Gesundheitsleistungen für diesen Personenkreis abbauen will. Es wird von Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. durchgeführt und ebenfalls vom Bundesgesundheitsministerium unterstützt.

212

<http://www.specialolympics.de/de/mehralssport/hap.html?S=ufkzgsznhx>, letzter Zugriff am 05.11.2012.

213

http://www.specialolympics.de/mehralssport/hap/projekt_selbstbestimmt_gesuender.html, letzter Zugriff am 05.11.2012.

Ein weiteres Problem im Kontext der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist die Versorgungssituation im Krankenhaus. Sind Krankenhäuser aufgrund der Personalsituation ohnehin immer weniger in der Lage, sich umfassend um Patientinnen und Patienten zu kümmern, wird es für Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung auf Assistenz angewiesen sind u. U. lebensgefährlich, wenn sie ihre Assistentinnen bzw. Assistenten nicht mitnehmen können, weil dies entweder vom Krankenhaus abgelehnt oder/und die Finanzierung nicht übernommen wird. Auf diese Situation machte das Forum selbstbestimmte Assistenz (ForSeA e.V.) bereits 2006/07 mit einer Kampagne aufmerksam.²¹⁴ Die aus der Kampagne entwickelten politischen Forderungen führten 2009 zur Verabschiedung des Assistenzpflegebedarfsgesetzes (APBG). Dieses ermöglicht allerdings nur denjenigen, die ihre Persönliche Assistenz im Rahmen des Arbeitgeber- bzw. Arbeitgeberinnenmodells organisieren, ihre Assistentinnen bzw. Assistenten mit ins Krankenhaus zu nehmen. Behinderten Frauen und Männern, die ihre Assistenz über eine Assistenzgenossenschaft oder einen ambulanten Dienst organisieren (lassen), ist dies weiterhin nicht möglich.

Insgesamt überraschen die dargestellten Ergebnisse nicht, sondern bestätigen die Erwartungen. Die teilweise hergestellte Barrierefreiheit und die regelmäßige Teilnahme an ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen sind als Teilerfolge zu verbuchen. Die in Kapitel 4.5.4 angegebenen speziellen – aber keineswegs seltenen – Situationen bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit. Komplexe, komplikationsreiche, kommunikativ beeinträchtigende, somatopsychische, zur Chronifizierung neigende Störungen müssen erkannt werden, und dafür müssen geeignete Versorgungsangebote organisiert werden, die im Bedarfsfall abgerufen werden können.

Abschließend ist festzustellen, dass es zur Umsetzung von Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention, die „das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ festschreibt, noch zahlreicher Maßnahmen bedarf.

214

http://www.forsea.de/projekte/Krankenhaus/kh_start.shtml, letzter Zugriff am 05.11.2012

4.6 Freizeit, Kultur und Sport

Freizeit ist die frei verfügbare und selbstbestimmt zu gestaltende Zeit, die nicht durch fremdbestimmte Verpflichtungen oder zweckgebundene Tätigkeiten geprägte ist.²¹⁵ Sie gibt Raum für freie Wahlmöglichkeiten, bewusste Entscheidungen und selbstbestimmtes soziales Handeln. Ihr Umfang und ihre Lage im Tages- und Jahresverlauf werden durch die Erwerbsarbeit, schulische Bildung, Studium und Berufsausbildung entscheidend beeinflusst. Auch der Umfang und die Organisation der im Haushalt notwendigen Arbeiten begrenzen die Freizeit.

In der Freizeit können Menschen Bedürfnisse befriedigen, die in anderen Lebensbereichen zu kurz kommen. Zu diesen gehören zum Beispiel die Bedürfnisse nach Entspannung und Erholung, nach Abwechslung und Zerstreuung, nach Kommunikation und Geselligkeit, nach Information und Bildung, nach Bewegung, Identitätsbildung und Selbstverwirklichung. Dadurch werden in der Freizeit viele gesellschaftlich relevante Funktionen erfüllt. So finden Sozialisationsprozesse zu wesentlichen Teilen in der Freizeit statt, die Menschen regenerieren sich und erhalten hierdurch ihre Arbeitskraft, sie können außerdem Belastungen und Defizite der Arbeitswelt durch selbst gewählte Aktivitäten kompensieren. Indem Freizeitaktivitäten in anderen sozialen Zusammenhängen als in der Arbeitswelt stattfinden können, erweitern sie den möglichen Spielraum sozialer Teilhabe.²¹⁶

Kulturelle und sportliche Aktivitäten sind Formen von Freizeitaktivitäten, die einen besonderen Stellenwert für den Einzelnen und das Zusammenleben haben. Mit kulturellen Aktivitäten bringen Einzelpersonen oder Gruppen symbolische oder künstlerische Dimensionen und kulturelle Werte zum Ausdruck und wirken damit sinn- und identitätsstiftend.²¹⁷ Dabei können kulturelle Ausdrucksformen Zugehörigkeiten ebenso erzeugen wie Ausgrenzungen.²¹⁸

Mit Sport kann ein weites Spektrum an Aktivitäten bezeichnet werden, die zumeist körperlich sind und verschiedene Bewegungsformen und Spiele umfassen. Sportliche Aktivitäten können erheblich zur körperlichen Fitness und Gesunderhaltung sowie zur Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten beitragen. Dabei ist Sport auch als eine besondere kulturelle Ausdrucksform zu verstehen, die identitäts- und gemeinschaftsstiftende Wirkungen entfalten kann.²¹⁹

Menschen mit Beeinträchtigungen haben grundsätzlich die gleichen Freizeitbedürfnisse wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die selbstbestimmte Gestaltung der eigenen Freizeit und die Teilhabe an Freizeitangeboten können jedoch in mehreren Hinsichten einge-

²¹⁵ Opaschowski, H. W. (1997).

²¹⁶ Mörth, I. (2005).

²¹⁷ Deutsche UNESCO-Kommission (2005), Cassirer, E. (1982): S. 149, Verhelst, T. (1994).

²¹⁸ Mit der sozialen Ordnungsfunktion der Kultur und vornehmlich ihren soziale Ungleichheit erzeugenden und verfestigenden Wirkungen hat sich der französische Soziologe Pierre Bourdieu sehr eingehend befasst.

²¹⁹ Zur Definition von Sport vgl. Tiedemann, C. (2011).

schränkt sein.²²⁰ Es kann sein, dass Menschen mit Beeinträchtigungen weniger Freizeit zur Verfügung haben, wenn sie für fremdbestimmte und zweckgebundene Aktivitäten mehr Zeit aufwenden müssen. Beispielsweise reduziert sich die Zeit, die frei gestaltet werden kann, wenn beeinträchtigungsbedingt mehr Zeit für die gesundheitliche Versorgung oder die Verrichtung alltäglicher Notwendigkeiten aufgebracht werden muss.

Benachteiligend für Menschen mit Beeinträchtigungen kann sich auswirken, wenn die Orte, an denen Freizeitangebote stattfinden, für sie nicht erreichbar, zugänglich oder nutzbar sind. Auch die Angebote selbst können Teilhabe erschweren oder verhindern, wenn sie zu wenig auf die Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen eingehen. Diese beiden Aspekte lassen sich am Beispiel eines Kinos veranschaulichen: Einerseits kann das Kinogelände durch Stufen für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen schwer zugänglich sein, andererseits kann der gezeigte Film durch fehlende Untertitel für Menschen mit einer Hörschädigung nur eingeschränkt verständlich sein. Die Teilhabe an Freizeitaktivitäten kann auch durch Vorbehalte gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen sowie die fehlende Bereitschaft erschwert werden, sich auf ihre besonderen Anforderungen einzustellen. Damit Freizeitaktivitäten im hier dargelegten umfassenden Verständnis für Menschen mit Beeinträchtigungen zugänglich sind, müssen auch die Dienstleistungen der Anbieter und – das gilt insbesondere im Tourismus – das räumliche Umfeld, in dem die Aktivitäten stattfinden, für sie zugänglich sein.²²¹

Fehlende bzw. nicht oder nur eingeschränkt zugängliche Informationen können dazu führen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen nicht ausreichend oder passend über Freizeit- und Beteiligungsangebote informiert sind. Hinderlich für eine gleichberechtigte Teilhabe an Freizeitaktivitäten wie z. B. dem Besuch von Veranstaltungen und Einrichtungen oder das Ausüben eigener Hobbies können sich zudem damit verbundene Kosten auswirken. Insbesondere Menschen, die in Werkstätten für behinderte Menschen arbeiten oder in einem Wohnheim leben, haben häufig nur ein begrenztes Taschengeld zur Verfügung. Hierdurch sind die Spielräume für mit Kosten verbundene Freizeitaktivitäten stark eingeschränkt.²²²

Es kann sein, dass Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Freizeitgestaltung auf Unterstützung und Begleitung angewiesen sind. Durch die Abhängigkeit von anderen Menschen kann eine selbstbestimmte Freizeitgestaltung jedoch erschwert werden. Das trifft in besonderem Maße auf Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen sowie auf Menschen zu, die in Einrichtungen leben.²²³

²²⁰ Mann, N. (2006).

²²¹ Im Tourismus spricht man von Destination als einer Menge touristisch relevanter Merkmale des Urlaubsortes, die das Urlaubsangebot mit ausmachen.

²²² Dieses Problem gilt jedoch auch für andere finanziell schlecht gestellte Bevölkerungsgruppen.

²²³ Mann, N. (2006).

Artikel der UN-BRK zum Thema Freizeit, Kultur und Sport:

Artikel 30: „(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen, gleichberechtigt mit anderen am kulturellen Leben teilzunehmen [...].

(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. [...].

(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 [...];

b) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, behinderungsspezifische Sport- und Erholungsaktivitäten zu organisieren, zu entwickeln und an solchen teilzunehmen [...];

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 [...];

e) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu Dienstleistungen der Organisatoren von Erholungs-, Tourismus-, Freizeit- und Sportaktivitäten haben.“

Risiken der Behinderung und Ausgrenzung bestehen auch, wenn Freizeitgewohnheiten und -interessen sowie organisatorische Fähigkeiten bei einigen Menschen mit Beeinträchtigungen aufgrund mangelnder Förderung nur gering ausgebildet sind.²²⁴ Diese Problematik stellt sich in besonderer Weise beim Austritt aus dem Erwerbsleben. Menschen, die wenig Erfahrung mit selbstbestimmter Freizeitgestaltung gesammelt haben, fällt es möglicherweise auch im Ruhestand schwer zu entscheiden, wie sie die neu gewonnene Freizeit verbringen wollen.²²⁵

Die Teilhabe im Freizeitbereich findet häufig im Rahmen spezieller Angebote von bzw. für Menschen mit Beeinträchtigungen statt. Diese Angebote bieten prinzipiell die Möglichkeit, gezielt auf Besonderheiten eingehen zu können, spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln, die eigene Leistungsfähigkeit zu steigern, Gemeinsamkeiten zu erfahren und gemeinsame Interessen zu stärken. Ein Beispiel hierfür ist der Wettkampfsport. Um sich sportlich mit anderen messen zu können, sind vergleichbare Ausgangsbedingungen und daher eine spezielle Ausrichtung des Wettkampfs und seiner Bedingungen auf Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen nötig. Ausgrenzungsriskien bestehen, wenn Vielfalt und Erreichbarkeit solcher Freizeitangebote von bzw. für Menschen mit Beeinträchtigungen eingeschränkt sind.

Artikel 30 der UN-BRK enthält ausführliche rechtliche Gewährleistungen zur Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport. Hierzu muss der Staat geeignete Maßnahmen treffen. Die Regelungen des Artikels beziehen sich auf den Zugang zu den Orten und Aktivitäten sowie zu den Dienstleistungen, die mit ihnen zusammenhängen, auf die Förderung des kreativen, künstlerischen und intellektuellen Potenzials, auf die Anerkennung und Unterstützung kultureller und sprachlicher Identität sowie auf die Ermutigung zu und die Förderung von behinderungsspezifischen Freizeitaktivitäten.

Die folgende Darstellung der Teilhabesituation von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung im Bereich Freizeit, Kultur und Sport orientiert sich an der Differenzierung der Freizeitaktivitäten in die Bereiche Erholung und Geselligkeit, kulturelle sowie sportliche Aktivitäten. Zu vielen der zuvor beschriebenen Bereiche von Freizeitaktivitäten kann derzeit noch keine auf Daten beruhende Teilhabebeschreibung von Menschen mit Beeinträchtigungen gegeben werden. Im gesamten Bereich der „organisierten sozialen Aktivitäten“ sind keine Daten verfügbar, die dem Anspruch gerecht werden, einen breiteren Ausschnitt der Wirklichkeit zu beschreiben.

Weitere Beispiele für Datenlücken sind die Zugänglichkeit von kulturellen Veranstaltungsräumen und die Art der dort vorzufindenden Barrieren. Keine Auskunft kann außerdem dazu erteilt werden, inwieweit das Angebot an speziellen Freizeitangeboten für Menschen mit Beeinträchtigungen bedarfsgerecht ist.

²²⁴ Mann, N. (2006).

²²⁵ Zu der Thematik des Übergangs aus der WfbM in den Ruhestand vgl. Klein-Haar, A., Roters-Möller, S. (2010): S. 9.

Zu einigen Aspekten liegen allenfalls Informationen zur Angebotssituation vor, die in Teil 3 dieses Berichts („Leistungen und Maßnahmen“) dargestellt werden.

Für viele Menschen mit Beeinträchtigungen führen Teilhabebeschränkungen in die Isolation.

Menschen mit Beeinträchtigungen verbringen ihre freie Zeit häufiger allein als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Je höher der Grad der Behinderung ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen ob gewollt oder ungewollt ihre Freizeit allein verbringen. 19 Prozent der Menschen mit einem anerkannten Grad der Behinderung von über 90 verbringen ihre Freizeit allein.

Menschen mit einer anerkannten Behinderung gehen ähnlich häufig künstlerischen oder musischen Tätigkeiten nach, wie Menschen ohne anerkannte Behinderung.

Mobilitäts- und aktivitätseingeschränkte Menschen machen seltener Urlaubsreisen und besuchen seltener kulturelle Veranstaltungen.

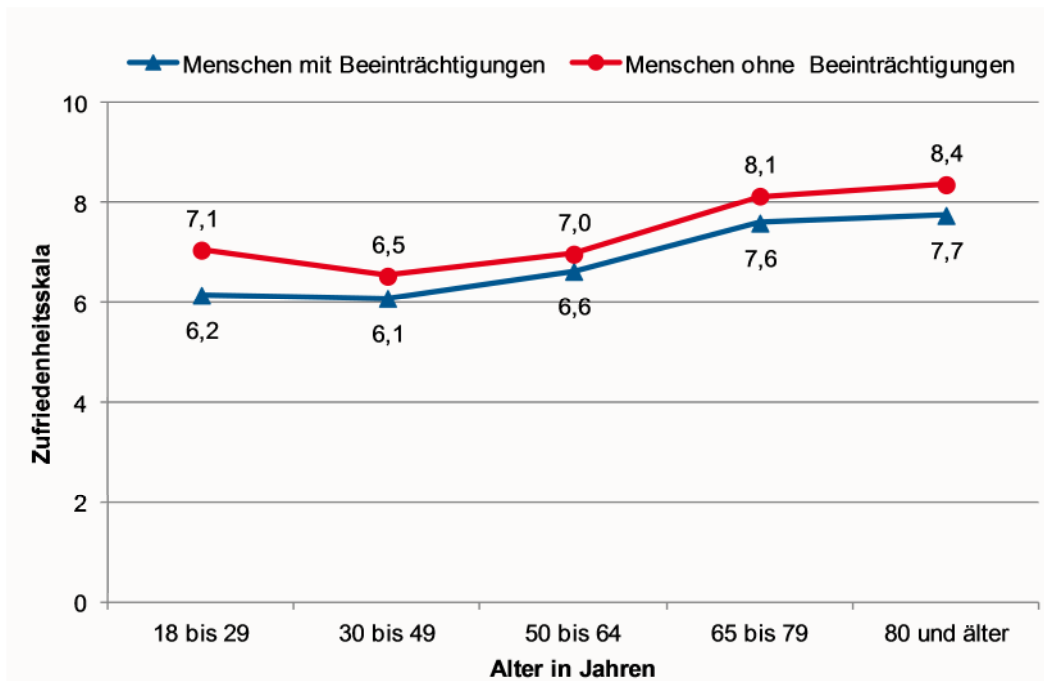
Positiver Trend: Mit der Erweiterung des sportlichen Angebots hat sich die Mitgliederzahl des Deutschen Behindertensportbundes in den vergangenen 20 Jahren verdreifacht: von 207.013 im Jahr 1991 auf 618.621 im Jahr 2011.

4.6.1 Freizeitaktivitäten allgemein

► Menschen mit Beeinträchtigungen sind unzufrieden mit den ihnen verfügbaren Freizeitangeboten. Sie sehen einen hohen Handlungsbedarf im Bezug auf den Abbau von Barrieren im Freizeitbereich.

Über alle Altersklassen hinweg sind Menschen mit Beeinträchtigungen weniger zufrieden mit ihrer Freizeit als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen. Am größten fallen die Unterschiede bei den jüngeren Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren aus. Mit steigendem Alter nimmt die Zufriedenheit mit der Freizeit – bei Menschen mit wie ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen – tendenziell zu.

Abbildung 4-59: Zufriedenheit mit der Freizeit – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“), nach Altersklassen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Zugänglichkeit im Freizeitbereich

Erste Anhaltspunkte für die Zugänglichkeit von Freizeitangeboten bietet eine aktuelle von der Aktion Mensch in Auftrag gegebene Studie. Der „Aktion Mensch Barriereindex“²²⁶ zeigt, dass Freizeit als ein Bereich wahrgenommen wird, in dem zwar nicht der höchste, aber dennoch ein hoher Handlungsbedarf in Bezug auf den Abbau von Barrieren wahrgenommen wird. Über 70 Prozent der Befragten, die nach eigenen Angaben eine „Behinderung“ haben, halten die Situation hier für (sehr) verbesserungsbedürftig.

Unter verschiedenen, für die Freizeit relevanten Orten geben die Befragten Menschen mit Beeinträchtigungen am häufigsten an, dass Naherholungsgebiete wie Parks und Grünanlagen in ihrer Stadt barrierefrei und somit uneingeschränkt zugänglich sind (64 Prozent).²²⁷ 41 Prozent sagen, dass die lokalen Freizeiteinrichtungen wie Schwimmbäder, Sportstätten, Stadien, Naherholungseinrichtungen barrierefrei sind. Auch kulturelle Einrichtungen wie Theater, Museen, Kinos und Veranstaltungen beurteilen 38 Prozent der Befragten als

²²⁶ Der „Barriereindex“ basiert auf zwei Befragungen, einer Bevölkerungsstichprobe und einer Metropolenstichprobe: Im Rahmen der ersten Onlinebefragung wurden rund 1.000 Menschen zwischen 18 und 65 Jahren befragt, darunter 112 Menschen mit Behinderung. Die Stichprobe entspricht nach Auskunft von Aktion Mensch nach Alter, Geschlecht und Region der repräsentativen Verteilung in der deutschen Bevölkerung. Zudem wurden in den fünf größten Städten 1.300 Personen zwischen 18 und 65 Jahren befragt. In diesem Bericht werden die Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen Studie zitiert.

²²⁷ In der zugrunde liegenden Befragung wurde die Barrierefreiheit von verschiedenen Einrichtungen und Orten wie folgt gefragt: „Welchen Aussagen zu infrastrukturellen Barrieren in Ihrer Stadt würden Sie zustimmen? In meiner Stadt sind barrierefrei und somit uneingeschränkt zugänglich ...“, mit einer Antwortskala von 1 für „stimme sehr zu“ bis 5 für „stimme überhaupt nicht zu“.

uneingeschränkt zugänglich. Nur etwa jeder Dritte hat den Eindruck, dass gastronomische Einrichtungen und Bars barrierefrei gestaltet sind (ohne Abbildung). Bei der Einordnung und Bewertung dieser Ergebnisse ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Befragung auf einer vergleichsweise kleinen Stichprobe (ca. 100 Menschen, die nach Selbsteinschätzung eine „Behinderung“ haben) beruht sowie die Durchführung als Online-Befragung einen Ausschluss bestimmter Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen vermuten lässt. Die Ergebnisse sind daher nur begrenzt verallgemeinerbar.

4.6.2 Geselligkeit und Erholung

► Ein knappes Drittel der Menschen mit einer anerkannten Behinderung trifft sich mindestens einmal pro Woche mit anderen. Im Vergleich mit Menschen ohne anerkannte Behinderung ist mit sechs Prozent ein größerer Teil von ihnen „nie gesellig“ (ohne anerkannte Behinderung: 2 Prozent). Besonders groß sind die Unterschiede bei den jüngeren Erwachsenen mit elf Prozentpunkten und den Menschen im hohen Alter mit sieben Prozentpunkten. Mindestens einmal im Jahr eine Urlaubsreise von fünf Tagen unternehmen 61 Prozent der Menschen mit Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen im Vergleich zu 75 Prozent der Bevölkerung.

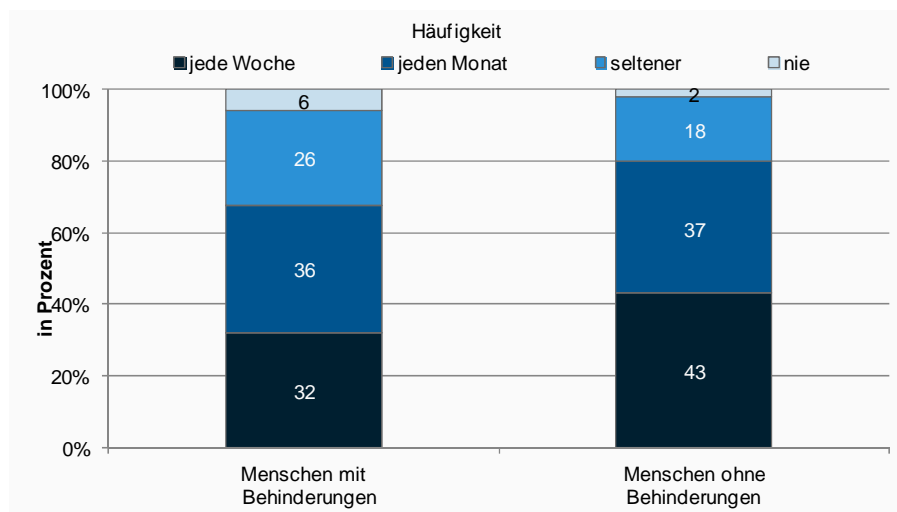
Soziale Kontakte

Im SOEP wird die Frage, wie häufig Menschen bestimmten Freizeitaktivitäten nachgehen, nur unregelmäßig erhoben. Entsprechende Fragen sind in der Welle des Jahres 2010 nicht enthalten und können daher für die in diesem Bericht definierte Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen im weiteren Sinne nicht ausgewiesen werden. Allerdings sind Auswertungen auf Basis der Befragungswelle 2009 für Menschen mit einer anerkannten Behinderung nach § 2 SGB IX möglich.²²⁸ Ihnen gegenübergestellt werden Menschen, die entweder im Sinne dieses Berichtes nicht beeinträchtigt sind oder bei denen eine vorliegende Beeinträchtigung nicht amtlich anerkannt ist. Aus Gründen der Vereinfachung werden diese Menschen im Folgenden als „Menschen ohne Behinderungen“ bezeichnet.

Die mit Abstand am häufigsten ausgeübte Form der Freizeitbeschäftigung ist die Geselligkeit mit Freunden, Verwandten und Nachbarn. Dies gilt für Menschen mit einer anerkannten Behinderung ebenso wie für Menschen ohne Behinderungen. Ein Drittel der Menschen mit einer anerkannten Behinderung trifft sich mindestens einmal pro Woche mit anderen Menschen (32 Prozent), ein weiteres gutes Drittel zumindest einmal pro Monat (36 Prozent). 26 Prozent sehen Freunde und Bekannte seltener als einmal im Monat. Nur wenige Menschen verbringen ihre freie Zeit allein.

²²⁸ Menschen mit chronischen Krankheiten und Einschränkungen bei Aktivitäten werden nach dieser Definition nicht erfasst.

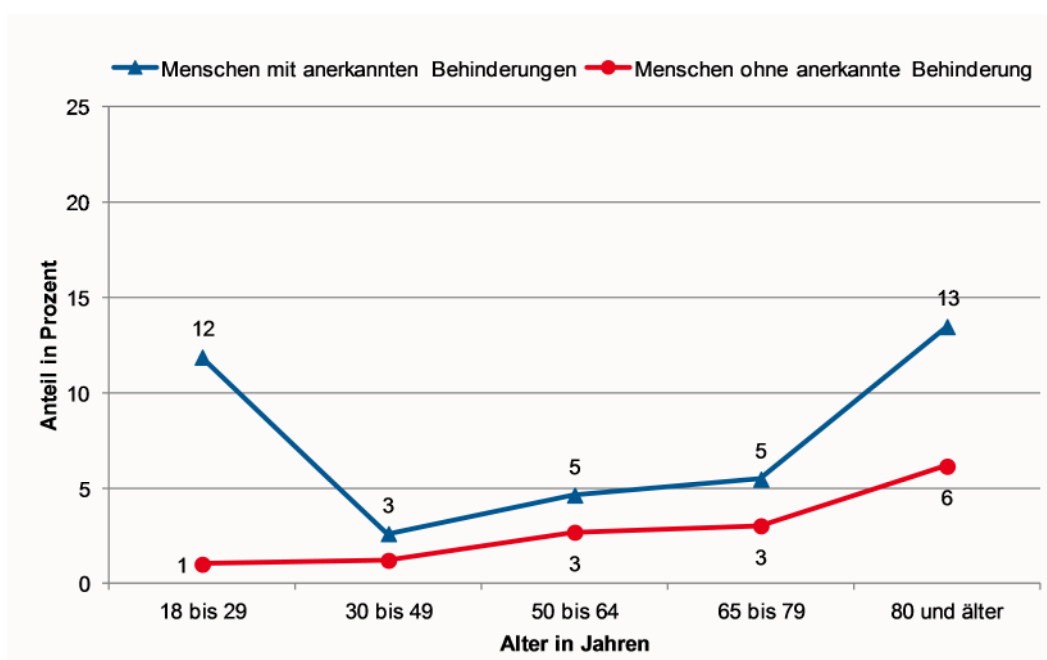
Abbildung 4-60: Häufigkeit der Geselligkeit mit Freunden, Verwandten und Nachbarn, Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Im Vergleich zwischen den verschiedenen Altersklassen fällt auf, dass sowohl junge als auch 80-jährige und ältere Menschen mit einer anerkannten Behinderung überdurchschnittlich häufig davon berichten, dass sie sich in ihrer Freizeit nie mit anderen Menschen treffen. Dies trifft auf mehr als jeden Zehnten in diesen Altersklassen zu. Als Erklärungsansatz für den hohen Anteil in der jüngsten Altersklasse sollte geprüft werden, ob es sich hierbei um Personen handelt, deren Beeinträchtigungen bereits langjährig vorliegen, sodass der Aufbau sozialer Netze ggf. schon in der Kindheit und Jugend erschwert war. In den mittleren Altersklassen bestehen ebenfalls statistisch aussagekräftige Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, aber auf einem niedrigeren Niveau.

Abbildung 4-61: Anteile von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die ihre freie Zeit allein verbringen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

In diesem Zusammenhang fallen auch erhebliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Grad der Behinderung ins Auge: Nahezu alle Erwachsenen mit einem Grad der Behinderung von unter 50 verbringen ihre freie Zeit zumindest „selten“ mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn. Unter den Menschen mit einem anerkannten Grad der Behinderung zwischen 50 und 80 beschreiben bereits fünf Prozent, dass sie sich nie mit anderen treffen. Bei den Menschen mit hochgradigen Behinderungen trifft dies bereits auf jede bzw. jeden Fünften zu.

Tabelle 4-55: Anteile von Menschen mit einer anerkannten Behinderung, die ihre freie Zeit allein verbringen

Alter in Jahren	Menschen mit einer anerkannten Behinderung			
	Insgesamt	darunter GdB		
		< 50	50 bis 80	90 bis 100
18 bis 64	4%	1%	5%	12%
65 bis 79	6%	0%	4%	19%
80 und älter	14%	/	7%	33%
Insgesamt	6%	1%	5%	19%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Durch die vorliegenden Erhebungen kann jedoch nicht die Frage beantwortet werden, warum Menschen mit anerkannter Behinderung häufiger allein sind.

Ausflüge und Urlaubsreisen

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie geförderten Projektes zur „Analyse von Erfolgsfaktoren und Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung im barrierefreien Tourismus für Alle in Deutschland“ wurde die Reiseanalyse 2007 der Forschungsgemeinschaft „Urlaub und Reisen e. V.“ ausgewertet. In der Studie wurde das Reiseverhalten von rund 1.000 Menschen untersucht, die im weiteren Sinne mobilitäts- oder aktivitätseingeschränkt sind²²⁹, und mit dem Reiseverhalten der Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren verglichen. Mit einem Anteil von 61 Prozent gaben Befragte mit Mobilitäts- oder Aktivitätseinschränkungen deutlich seltener als der Bevölkerungsdurchschnitt (75 Prozent) an, dass sie pro Jahr mindestens eine Urlaubsreise von mindestens fünf Tagen unternehmen. Auch unternehmen Menschen mit Einschränkungen seltener Kurzreisen von zwei bis vier Tagen Dauer (33 Prozent vs. 37 Prozent im Bevölkerungsdurchschnitt). Hinsicht der Reisedauer bestehen dagegen kaum Unterschiede. Häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt entscheiden sich Reisende mit Beeinträchtigungen dabei für Reiseziele innerhalb Deutschlands.²³⁰

In einer früheren Studie aus dem Jahr 2004 im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, in der 4.000 Menschen überwiegend mit Körperhinderungen oder chronischen Krankheiten befragt wurden, gaben zudem 37 Prozent der Befragten mit Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen an, schon einmal auf eine Reise verzichtet zu haben, weil keine barrierefreien oder behindertengerechten Angebote, Einrichtungen und Dienstleistungen vorhanden waren.²³¹

Das Behindertengleichstellungsgesetz sieht in § 5 die Möglichkeit vor, dass anerkannte Behindertenverbände mit Unternehmen resp. Unternehmensverbänden, Zielvereinbarungen zur Herstellung von Barrierefreiheit treffen. In den Vereinbarungen sollen Mindestbedingungen der Barrierefreiheit festgelegt und ein Zeitplan aufgestellt werden, wie und bis wann diese Mindestbedingungen erreicht werden sollen.²³²

Laut Zielvereinbarungsregister des BMAS wurden seit 2005 acht Zielvereinbarungen verabschiedet, die den Bereich Freizeit oder Tourismus betreffen, darunter zwei bundesweite sowie vier bundeslandspezifische Vereinbarungen.²³³ In der ersten bundesweiten Zielvereinbarung zur Barrierefreiheit wurde im März 2005 vom Deutschen Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) und dem Hotelverband Deutschland (IHA) zusammen mit fünf Verbänden behinderter Men-

²²⁹ Darunter waren 19% gehbehindert, 2% Rollstuhlfahrer/-innen, 4% sehbehindert, 5% hörbehindert, 1% lerneingeschränkt bzw. geistig behindert, 51% chronisch erkrankt und 18% im Jahre 2006 zeitweise eingeschränkt (z. B. durch Schwangerschaft oder eine nicht dauerhafte Verletzung).

²³⁰ Neumann, P. et al. (2008): S. 57-63.

²³¹ Neumann, P. et al. (2004): S. 19.

²³² <http://www.barrierefreiheit.de/zielvereinbarungen.html>, letzter Zugriff am: 19.07.2012.

²³³ Zielvereinbarungsregister des BMAS. Eigene Recherche Prognos AG. Stand: 19.7.2012. Ohne Programme der Eisenbahngesellschaften.

schen²³⁴ festgelegt, Standards zu entwickeln und umzusetzen, mit denen barrierefreie Angebote in Hotellerie und Gastronomie erfasst, bewertet und dargestellt werden können. Unter anderem werden Unterkünfte nach ihrer Eignung für Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungsarten kategorisiert.

Unterschieden werden die folgenden fünf Kategorien:

- Kategorie A: Geeignet für Gäste mit „Gehbehinderung“, die zeitweise auch auf einen nicht-motorisierten Rollstuhl oder eine Gehhilfe angewiesen sein können.
- Kategorie B: Geeignet für Rollstuhlnutzerinnen und -nutzer, die gehunfähig und ständig auf einen Rollstuhl angewiesen sind.
- Kategorie C: Geeignet für „sehbehinderte“ oder blinde Gäste.
- Kategorie D: Geeignet für schwerhörige oder gehörlose Gäste.
- Kategorie E: Geeignet für alle Gäste mit Beeinträchtigungen, die in den vorgenannten Kategorien A bis D aufgeführt sind.

Der deutsche Hotelführer 2012 der DEHOGA umfasst Angaben zu rund 10.000 Unterkünften. In der folgenden Tabelle ist dargestellt, wie viele dieser Unterkünfte die Anforderungen an die Barrierefreiheit der verschiedenen Kategorien erfüllen. Demnach ist dies nur bei sehr wenigen der Fall. Am häufigsten sind noch die Bedingungen der Kategorie A gegeben, also die Eignung von Unterkünften für Menschen mit „Gehbehinderung“, die zeitweise auf einen nicht motorisierten Rollstuhl oder eine Gehhilfe angewiesen sind. Dem Hotelführer zufolge erfüllen 352 bzw. ca. 3,5 Prozent aller dort gelisteten Unterkünfte die Bedingungen dieser Kategorie. Dabei ist zu beachten, dass Unterkünfte, die in einer der genannten Kategorien eingeordnet werden, lediglich ein Doppelzimmer vorhalten müssen, das die geforderten Eigenschaften aufweist.

²³⁴ Zusammen mit dem Sozialverband VdK Deutschland, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, dem Deutschen Gehörlosen-Bund, dem Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband und der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben. Hierdurch sollen Informationen zu barrierefreien gastgewerblichen Angeboten in Deutschland verlässlicher verfügbar werden. Dabei werden verschiedenen Beeinträchtigungsarten berücksichtigt und Hoteliers und Gastronomen werden anhand von Checklisten in die Lage versetzt, die Standards im eigenen Betrieb zu überprüfen. Hierfür hat das Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit (BKB) mit Unterstützung des DEHOGA ein Handbuch zur Barrierefreiheit entwickelt, in dem praxisnah und umfassend die Standards der bundesweiten Zielvereinbarung zur Barrierefreiheit im Gastgewerbe erläutert werden.

Tabelle 4-56: Kategorisierung der Unterkünfte im Deutschen Hotelführer 2012, nach dem Grad der Barrierefreiheit

Kategorie	A: Menschen mit Gehbehinderung	B: Rollstuhlnutzer	C: Blinde und Menschen mit Sehbehinderung	D: Gehörlose und schwerhörige Menschen	E: Alle Kategorien erfüllt
Anzahl	352	292	51	54	24
Anteil in %	3,5	2,9	0,5	0,5	0,2

Quelle: DEHOGA (2012): Deutscher Hotelführer (Online-Plattform). Eigene Darstellung Prognos AG.

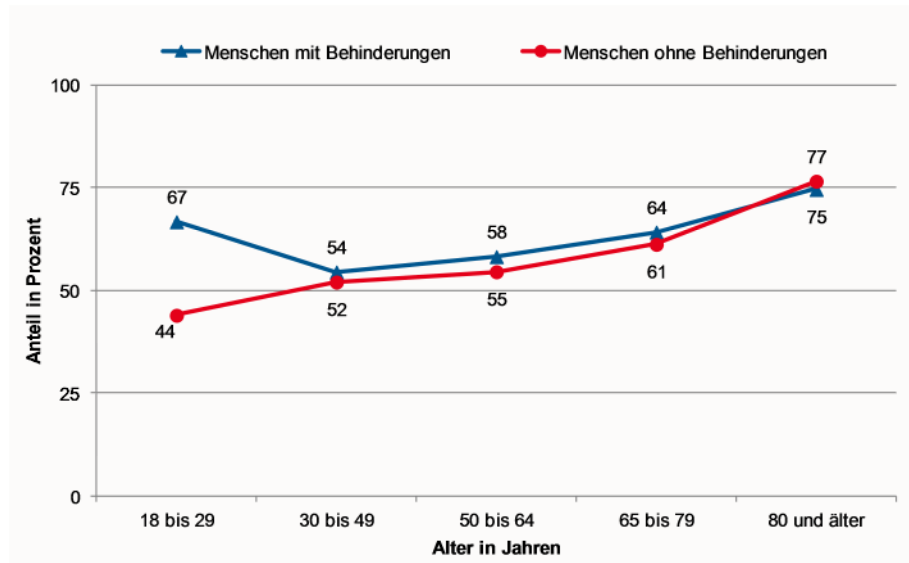
4.6.3 Kulturelle Aktivitäten

- ▶ Menschen mit einer anerkannten Behinderung gehen ebenso häufig in ihrer Freizeit künstlerischen oder musischen Tätigkeiten nach wie Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- ▶ Deutlich größer ist unter Menschen mit Beeinträchtigungen der Anteil derjenigen, die in ihrer freien Zeit nie kulturelle Veranstaltungen besuchen. Bei den 18-29-Jährigen geben dies 58 Prozent an, im Vergleich zu 29 Prozent der Menschen ohne anerkannte Behinderung gleichen Alters.

Eigene kulturelle Tätigkeiten

Künstlerische und musische Tätigkeiten wie Musizieren, Tanzen, Theater spielen, Malen und Fotografieren gehören zur Freizeitgestaltung vieler Menschen. Diesen Aktivitäten gehen Menschen mit einer anerkannten Behinderung etwa ebenso häufig nach wie Menschen ohne anerkannte Behinderung. Lediglich junge Erwachsene mit anerkannter Behinderung sind in ihrer Freizeit deutlich seltener künstlerisch oder musisch aktiv als Gleichaltrige ohne eine anerkannte Behinderung. Wie bei der Geselligkeit mit Freunden, Verwandten und Nachbarn sollte auch hier geprüft werden, ob die geringere Teilhabe an künstlerischen und musischen Aktivitäten in dieser Altersklasse mit dem frühen Zeitpunkt des Eintretens einer Beeinträchtigung in Verbindung steht.

Abbildung 4-62: Anteile von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie künstlerischen oder musischen Tätigkeiten nachgehen, nach Altersklassen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Auch im Kontext künstlerischer und musischer Tätigkeiten zeigt sich ein enger Zusammenhang zum anerkannten Grad der Behinderung. Je höher ihr Behinderungsgrad ist, desto seltener üben Menschen diese Aktivitäten aus. Bei einem Grad der Behinderung von 90 oder 100 sind mehr als drei Viertel der Menschen mit einer anerkannten Behinderung von diesen Aktivitäten ausgeschlossen, jedoch nur etwas mehr als die Hälfte derjenigen mit einem Behinderungsgrad von unter 50.

Tabelle 4-57: Anteile von Menschen mit einer anerkannten Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie künstlerischen oder musischen Tätigkeiten nachgehen, nach Altersklassen

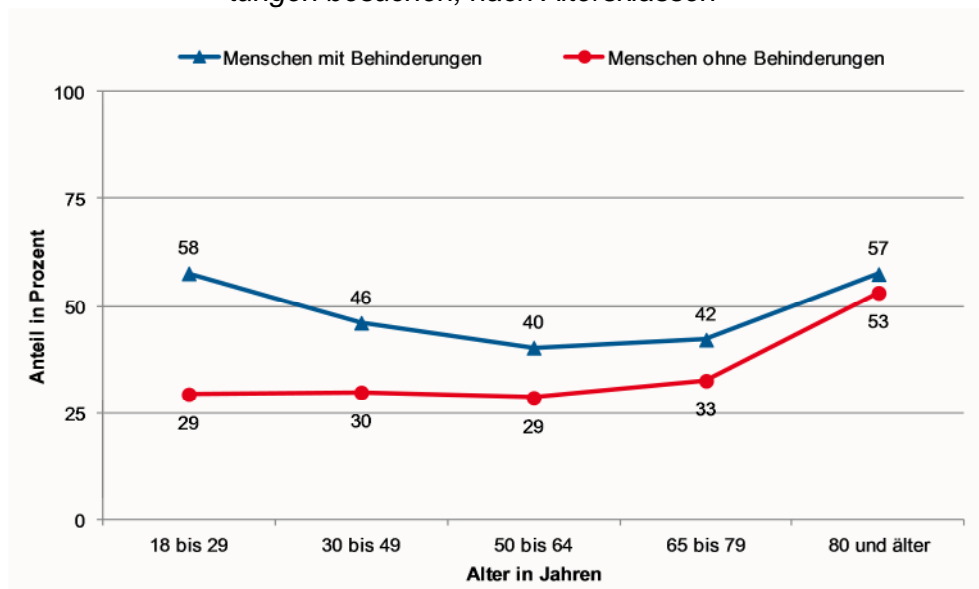
Alter in Jahren	Menschen mit einer anerkannten Behinderung			
	Insgesamt	darunter GdB		
		< 50	50 bis 80	90 bis 100
18 bis 64	57%	55%	56%	68%
65 bis 79	64%	53%	64%	80%
80 und älter	74%	/	71%	86%
Insgesamt	62%	54%	61%	76%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Besuch von kulturellen Veranstaltungen

Menschen mit einer anerkannten Behinderung besuchen deutlich seltener kulturelle Veranstaltungen wie Konzerte, Theater oder Vorträge als Gleichaltrige, die keine anerkannte Behinderung haben. Das gilt für alle untersuchten Altersklassen mit Ausnahme der 80-Jährigen und Älteren. Besonders markante Unterschiede zeigen sich in der jüngsten Altersklasse. Junge Erwachsene mit einer anerkannten Behinderung nutzen nur etwa halb so oft kulturelle Veranstaltungen wie Gleichaltrige ohne anerkannte Behinderung.

Abbildung 4-63: Anteile von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie kulturelle Veranstaltungen besuchen, nach Altersklassen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Insbesondere Menschen mit hochgradigen Behinderungen partizipieren kaum an kulturellen Veranstaltungen. Zwei von drei Erwachsenen mit einem Grad der Behinderung von 90 oder 100 nehmen nie an solchen Veranstaltungen teil. Bei Erwachsenen, deren Grad der Behinderung unter der Schwerbehinderungsgrenze von 50 liegt, trifft dies nur auf ungefähr ein Drittel zu.

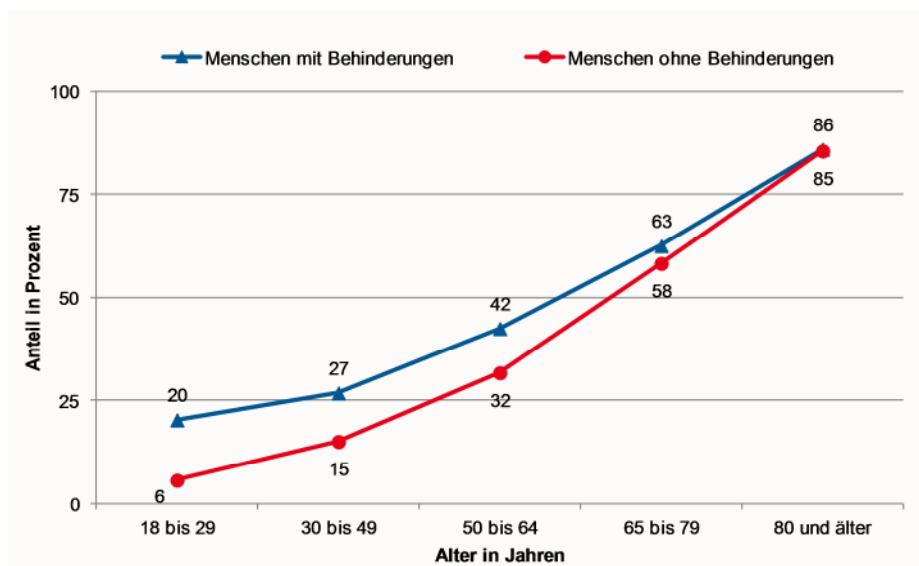
Tabelle 4-58: Anteile von Menschen mit anerkannter Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie kulturelle Veranstaltungen besuchen, nach Altersklassen und Grad der Behinderung

Alter in Jahren	Menschen mit einer anerkannten Behinderung			
	Insgesamt	darunter GdB		
		< 50	50 bis 80	90 bis 100
18 bis 64	43%	38%	42%	58%
65 bis 79	42%	24%	42%	66%
80 und älter	57%	/	50%	74%
Insgesamt	44%	34%	43%	64%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Eine weitere verbreitete Möglichkeit der im weiteren Sinne kulturellen Freizeitgestaltung ist der Besuch von Kinos, Popkonzerten, Discos, Tanz- oder Sportveranstaltungen. Die Teilnahmehäufigkeit an solchen Veranstaltungen weist einen starken Alterszusammenhang auf. Mit steigendem Alter nimmt ein immer geringerer Anteil der Menschen überhaupt an diesen Angeboten teil. Doch auch hier zeigen sich in den Altersklassen bis 64 Jahre signifikante Teilhabeunterschiede – je nachdem, ob eine anerkannte Behinderung vorliegt oder nicht. Während jeder fünfte 18- bis 29-Jährige mit einer anerkannten Behinderung nach eigener Angabe nie an Freizeitaktivitäten dieser Art teilnimmt, trifft dies nur auf jeden Zwanzigsten ohne eine anerkannte Behinderung zu.

Abbildung 4-64: Anteile von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie Kinos, Popkonzerte, Discos, Tanz- oder Sportveranstaltungen besuchen, nach Altersklassen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Insbesondere unter Menschen mit einem anerkannten hohen Grad der Behinderung stellt der Besuch von Kinos und Ähnlichem eine Ausnahme dar. Bereits von den unter 65-Jährigen mit einem Behinderungsgrad von 90 oder 100 besucht mit einem Anteil von 58 Prozent deutlich mehr als die Hälfte nie ein Kino oder eine ähnliche Veranstaltung.

Tabelle 4-59: Anteile von Menschen mit anerkannter Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie Kinos, Popkonzerte, Discos, Tanz- oder Sportveranstaltungen besuchen, nach Altersklassen und Grad der Behinderung

Alter in Jahren	Menschen mit einer anerkannten Behinderung			
	Insgesamt	darunter GdB		
		< 50	50 bis 80	90 bis 100
18 bis 64	37%	30%	36%	58%
65 bis 79	62%	38%	65%	82%
80 und älter	86%	\	84%	92%
Insgesamt	52%	34%	54%	73%

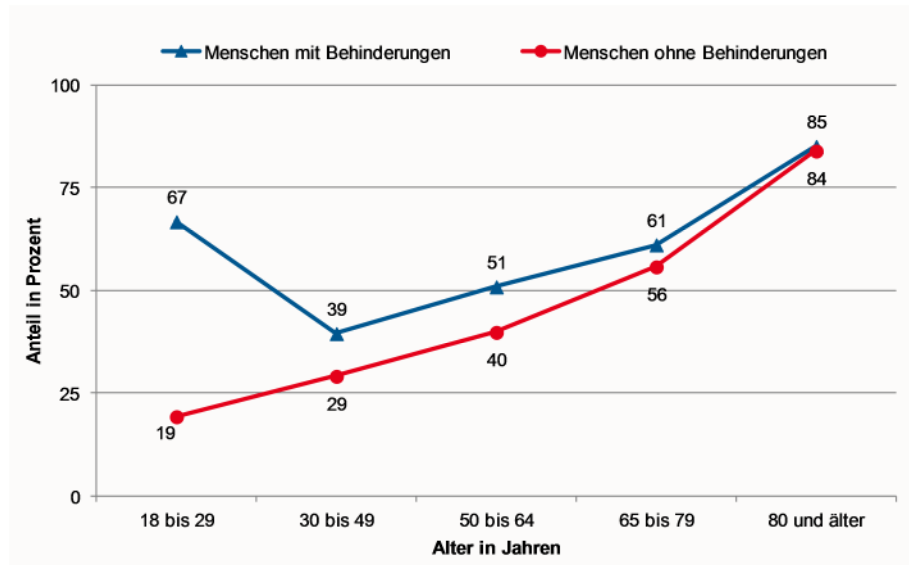
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

4.6.4 Sportliche Aktivitäten

- ▶ Erwachsene Menschen mit anerkannter Behinderung sind seltener sportlich aktiv als Gleichaltrige ohne eine anerkannte Behinderung.
- ▶ 33 Prozent der jungen Menschen mit Beeinträchtigungen in der Altersgruppe zwischen 18 und 29 Jahren treiben aktiv Sport. 81 Prozent ihrer Altersgenossen ohne Beeinträchtigung sind sportlich aktiv.

Menschen mit anerkannter Behinderung sind seltener sportlich aktiv als Gleichaltrige ohne eine anerkannte Behinderung. Dies gilt für alle Altersklassen mit Ausnahme der 80-Jährigen und Älteren. Während zwei von drei 18- bis 29-Jährigen mit einer anerkannten Behinderung in ihrer freien Zeit nie aktiv Sport treiben, ist unter Gleichaltrigen ohne eine anerkannte Behinderung nur jeder Fünfte nicht sportlich aktiv. Diese Differenz könnte wiederum mit einer frühzeitig eingetretenen Beeinträchtigung zusammenhängen, die sich negativ auf die Teilhabe an sportlichen Aktivitäten bereits in der Kinder- und Jugendzeit auswirkt.

Abbildung 4-65: Anteile von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie aktiv Sport treiben, nach Altersklassen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

30- bis 79-jährige Männer mit einer anerkannten Behinderung treiben etwas seltener aktiv Sport als Frauen. Allerdings fallen die Unterschiede relativ gering aus (ohne Abbildung). Deutlicher ist der Zusammenhang zwischen dem Grad der Behinderung und der Teilnahme an Sportaktivitäten: Je höher der festgestellte Grad der Behinderung ist, desto seltener üben Menschen aktiv Sport aus.

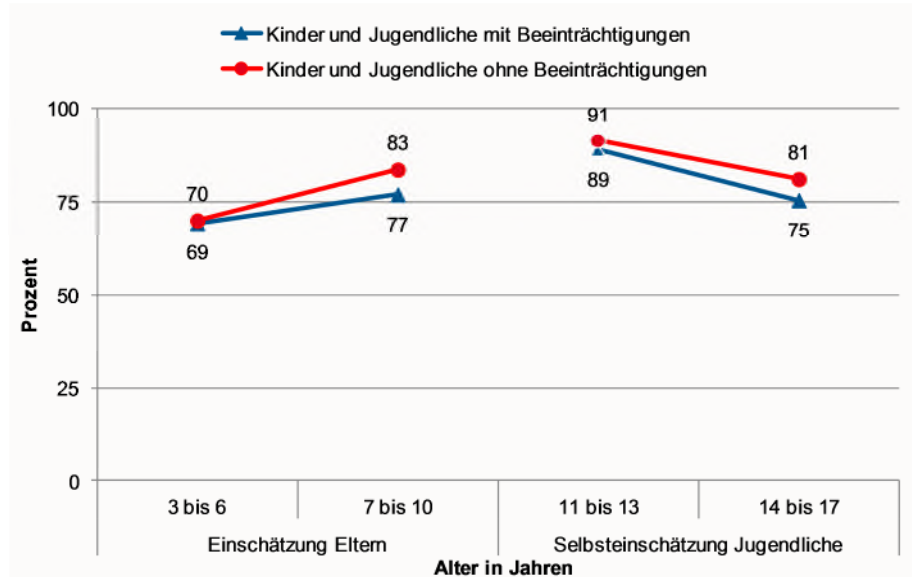
Tabelle 4-60: Anteile von Menschen mit anerkannter Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie aktiv Sport treiben, nach Altersklassen

Alter in Jahren	Menschen mit einer anerkannten Behinderung			
	Insgesamt	darunter GdB		
		< 50	50 bis 80	90 bis 100
18 bis 64	48%	36%	50%	71%
65 bis 79	61%	41%	61%	89%
80 und älter	84%	/	79%	97%
Insgesamt	57%	39%	59%	83%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die Daten der KiGGS Basiserhebung zeigen, dass regelmäßige sportliche Aktivitäten zum Alltag der überwiegenden Zahl der Kinder und Jugendlichen gehören. Doch auch hier ist zu erkennen, dass Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen etwas seltener sportlich aktiv sind als Gleichaltrige ohne diese Beeinträchtigungen.

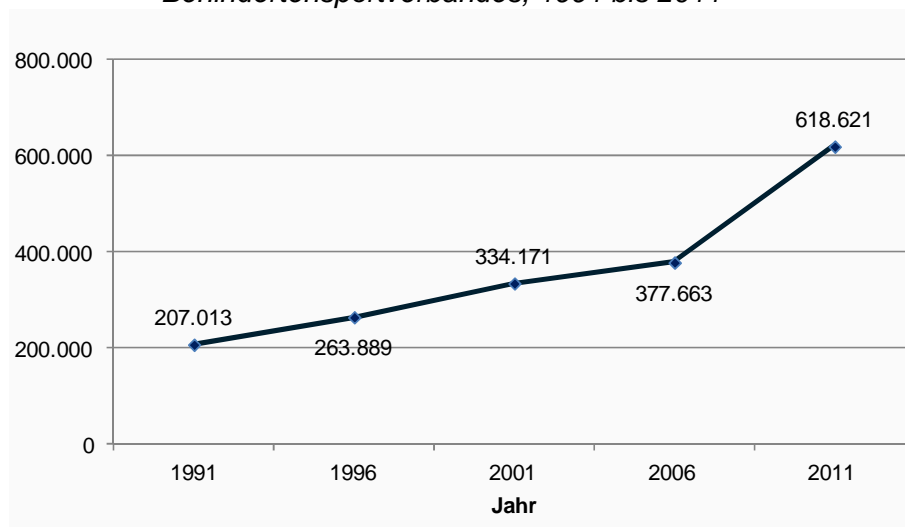
Abbildung 4-66: Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen, die regelmäßig, d.h. mindestens einmal pro Woche, Sport treiben



Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Eltern- und Jugendfragebogen. Eigene Darstellung Prognos AG.

Zahlreiche Sportangebote für Menschen mit Beeinträchtigungen finden unter dem Dach der Mitgliedsverbände des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) finden statt. Daher ist es ein Blick auf die Entwicklung der Gesamtmitgliederzahlen des DBS insofern aufschlussreich, als er über das Vorhandensein und die Akzeptanz von speziell auf Menschen mit Beeinträchtigungen ausgerichtete Sportangebote informiert. Ende des Jahres 2011 waren 618.621 Kinder, Jugendliche und Erwachsene in den zugehörigen Sportvereinen aktiv. Insbesondere seit 2006 hat der Verband einen steilen Anstieg der Mitgliederzahlen zu verzeichnen.

Abbildung 4-67: Entwicklung der Gesamtmitgliederzahl im Deutschen Behindertensportverbandes, 1991 bis 2011



Quelle: Statistik des Deutschen Behindertensportverband zur Entwicklung der Gesamtmitgliederzahlen. Eigene Darstellung Prognos AG.

Knapp die Hälfte der Mitglieder sind bereits über 60 Jahre alt (46 Prozent). Die zweitgrößte Altersklasse sind die 41- bis 60-Jährigen mit einem Anteil von knapp einem Drittel (31 Prozent). Weitere zehn Prozent der Mitglieder sind zwischen 27 und 40 Jahre alt. Nur wenige Mitglieder sind jünger als 27 Jahre.²³⁵

²³⁵ Deutscher Behindertensportverband, Entwicklung der Gesamtmitgliederzahlen. Im Internet verfügbar unter: <http://www.dbs-npc.de/dbs-downloads.html>.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Freizeit, Kultur und Sport

Der Berichtsteil verdeutlicht, dass Menschen mit Beeinträchtigungen von Teilhabeeinschränkungen in allen Bereichen und bei allen Aktivitäten, die mit Freizeit, Kultur und Sport in Zusammenhang stehen, betroffen sind. Diese Aktivitäten tragen nicht nur zur Rekreation bei, sondern können Chancenstrukturen für eine gleichberechtigte Teilhabe und aktive Teilnahme bieten, in denen sich Menschen selbstbestimmt erleben und soziale Rollen jenseits von bestimmten Positionszuschreibungen übernehmen können. Insofern sind die bestehenden Beschränkungen auch Ausdruck einer deutlich ausgeprägten sozialen Distanz, die sich sowohl in der Interaktion als auch auf der Ebene organisierter Angebote zeigt. Die Datenlage erweist sich jedoch als nur begrenzt aussagekräftig, insbesondere was die Erfassung von Teilhabechancen und -grenzen mit Blick auf organisierte Angebote freier und öffentlicher Träger und generell, was die Situation beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher betrifft.

Trotz vorhandener Datenlücken kann anhand des „Aktion Mensch Barriereindex“ aufgezeigt werden, dass Gebäude und andere bauliche Anlagen, die für die Entwicklung einschlägiger Aktivitäten bedeutsam sind, nur unzureichend zugänglich und nutzbar sind. So ist es nicht verwunderlich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen sich u. a. weniger gesellig mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn zusammenfinden als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die fehlende Barrierefreiheit entsprechender Lokalitäten, in denen Geselligkeit üblicherweise stattfindet, wie z. B. Gaststätten, spielt hier eine bedeutende Rolle. Darüber hinaus muss angesichts der im Kapitel „Alltägliche Lebensführung“ aufgezeigten beunruhigenden Situation hinsichtlich der Versorgung mit barrierefreiem Wohnraum davon ausgegangen werden, dass die kaum vorhandene Möglichkeit, Freunde, Verwandte oder Nachbarn in deren Wohnung zu besuchen, ebenfalls dazu beiträgt, dass der Grad der Geselligkeit bei Menschen mit Beeinträchtigungen geringer ist als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Angesichts der unzureichenden Barrierefreiheit von Orten, an denen üblicherweise Geselligkeit stattfindet, ist auch nachvollziehbar, dass mit zunehmendem Grad einer anerkannten Behinderung der Grad der Geselligkeit abnimmt und einem vergleichsweise großen Teil der erfassten Menschen mit einem GdB von 90 bis 100 entsprechende Kontakte gänzlich fehlen. Denn grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass je höher der Grad der Behinderung ist, desto bedeutsamer ist für die betroffene Person

die Barrierefreiheit. Ungeachtet weiterer exkludierender Faktoren ist auch der mit dem Grad der Behinderung steigende Anteil von Menschen, die in ihrer Freizeit nie künstlerischen oder musischen Tätigkeiten nachgehen, die nie kulturelle Veranstaltungen, Kinos, Tanz- oder Sportveranstaltungen besuchen, u. a. auf fehlende oder unzureichende Barrierefreiheit zurückzuführen. Dabei spielen allerdings nicht nur die physischen Barrieren eine Rolle oder insbesondere die finanziellen, sondern auch die kommunikativen. Alleine am Beispiel des Verabredens zu geselligen Aktivitäten mittels der einschlägigen sozialen Netzwerke im Internet wird deutlich, dass ohne barrierefreien Zugang zum Internet entsprechende Aktivitäten nur schwer entfaltet werden können. Die Zugänglichkeit von Kultur-, Sport- oder Freizeitangeboten vor Ort wird ebenfalls bereits auf der Ebene der Information und der kommunikativen Adressierung erheblich erschwert; noch vor der Frage, ob ein Angebot funktional barrierefrei nutzbar ist, sind Informationen über besondere (wie Reha-Sportgruppen) oder inklusive Angebote oft nicht unkompliziert, vollständig und in aktueller Form erhältlich. Generell kann derzeit nichts darüber ausgesagt werden, ob und wie und von wem organisierte Angebote wie die von Sport- oder Kulturvereinen, Freizeitstätten usw. inklusiv - im Sinne der gleichberechtigten - Adressierung nutzbar sind und inwieweit z. B. die Zulassung nur einer bestimmten Zahl beeinträchtigter Menschen pro Angebot wie z. B. bei einem Sport- oder Tanzkurs ermöglicht wird.²³⁶

Für beeinträchtigte Kinder und Jugendliche erweisen sich oft bereits Spielplätze nicht als „barrierefrei“ und bislang können kommunale Planungen der Kinder- und Jugendhilfe exklusiv erfolgen. Initiativen zum Bau barrierefreier Spielplätze gehen entsprechend häufig von Interessensgruppen oder kommunalen Behindertenbeiräten oder -beauftragten aus. Im Bereich der Offenen Kinder- und Jugendarbeit, die eine wichtige Funktion als Ort der aktiven Partizipation einnimmt, gibt es inklusive Angebote, aber weder sind sie flächendeckend verankert, noch sind sie in jedem Fall uneingeschränkt zugänglich. Da zudem der Besuch von Sondereinrichtungen mit längeren Fahrzeiten und einer Einschränkung der Kontakte am Wohnort verbunden sein kann, ergeben sich weitere, zeitliche und soziale Zugangshindernisse für beeinträchtigte Kinder und Jugendliche. Familien mit Kindern, die sozialrechtlich als behindert gelten,

²³⁶ Einblick in die inklusive Freizeitgestaltung gibt Markowetz, R. (2011).

müssen zudem Leistungen für die Teilhabe am Leben der Gesellschaft nach dem SGB XII beantragen, z. B. wenn eine Begleitung erforderlich ist, was neben den ohnehin bereits erforderlichen Beantragungen von Hilfen und Auseinandersetzungen um Fördermöglichkeiten eine Belastung darstellen kann. Insbesondere die Integration eines einzelnen Kindes in ein Angebot, das bis dahin exklusiv war, stellt sich oft als sehr zeit- und kraftraubend für die Eltern dar, vor allem, wenn sie auf den guten Willen des Trägers und einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen sind. Die Zuständigkeitstrennung der Leistungen und die möglicherweise vor Ort bestehenden Hürden der Inanspruchnahme müssen entsprechend überwunden werden.

Für die Errichtung und Modernisierung von Gebäuden und anderen baulichen Anlagen, die im Zusammenhang mit Aktivitäten in den Bereichen Freizeit, Kultur und Sport von Bedeutung sind, bestehen unterschiedliche Zuständigkeiten. Nimmt man die Fülle privater Angebote im Internet noch hinzu, wird klar, dass zukünftig vermutlich kaum aussagekräftige Strukturdaten zur Barrierefreiheit vorliegen werden bzw. erhoben werden können. Deshalb sind regelmäßige Befragungen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Bezug auf ihre Teilhabeeinschränkungen erforderlich.²³⁷ Diesbezügliche Indikatoren unterscheiden sich im Großen und Ganzen nicht von denen, die im Kapitel „Alltägliche Lebensführung“ genannt sind. Darüber hinaus sollte für den Bereich organisierter Angebote in öffentlicher oder freier Trägerschaft erhoben werden, wie sich die Angebotsstruktur bezogen auf Kommunen und Landkreise hinsichtlich des Vorhandenseins besonderer und inklusiver Angebote und ihrer sozialen, finanziellen und funktionalen Zugänglichkeit darstellt. Eine solche Erhebung könnte und sollte im Zusammenhang mit einer Erfassung des Standes und der Wirksamkeit der kommunalen Teilhabeplanung erfolgen. Die Datenlage sollte zudem dringlich mit Blick auf die Situation beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher verbessert werden.

Wie im Zusammenhang mit der alltäglichen Lebensführung bereits erwähnt, ist eine zeitnahe Evaluation aller bestehenden rechtlichen Instrumente sowie der Gepflogenheiten und Praktiken (vgl. Artikel 4, Abs. 1, b BRK), die die Herstellung von Barrierefreiheit bislang beeinträchtigt und damit das selbstbestimmte Leben von Menschen mit Beeinträchtigungen behindert haben, unumgänglich.²³⁸ Entsprechende Forderungen aus der Zivilgesellschaft, die sowohl auf die Optimierung des bestehenden Rechtsrah-

mens als auch auf seine Anreicherung mit neuen Instrumenten abzielen, liegen seit geraumer Zeit vor.²³⁹

Die vorliegenden Daten zu Ausflügen und Urlaubsreisen verdeutlichen die großen Teilhabeeinschränkungen, die Menschen mit Beeinträchtigungen auf diesem Feld erfahren. Die Anzahl an Unterkünften, die ganz oder teilweise den Anforderungen verschiedener Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen entsprechen, ist verschwindend gering. Durch die Anwendung der erwähnten Zielvereinbarung zur standardisierten Erfassung von Unterkünften, können (potenziellen) Reisenden zwar einigermaßen verlässliche Informationen darüber, was sie in Bezug auf Barrierefreiheit im Hotel erwartet, vermittelt werden.²⁴⁰ Die Zielvereinbarung selbst enthält jedoch keinerlei Festlegungen, was die Schaffung zusätzlicher barrierefreier Unterkünfte angeht. Auch die Existenz weiterer Zielvereinbarungen in den Bereichen Freizeit und Tourismus, die im vorliegenden Bericht erwähnt werden, lässt keinerlei Rückschlüsse auf Teilhabemöglichkeiten oder -einschränkungen zu.

Darüber, was Politik hinsichtlich der Fortentwicklung des barrierefreien Tourismus in Deutschland leisten sollte, wurde 2009 im Deutschen Bundestag debattiert.²⁴¹ Daraus, dass Menschen mit Beeinträchtigungen vorwiegend Reiseziele in Deutschland wählen, sollte keinesfalls die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Verhältnisse hierzulande besonders barrierefrei sind. Das Reiseziel Deutschland dürfte vielfach deshalb gewählt werden, weil angesichts bestehender Barrieren auf der ganzen Welt im Gegensatz zu Urlaubszielen im Ausland hier zumindest die Sprachbarriere nicht existiert und die Reiseziele mit vergleichsweise geringem Aufwand erreicht werden können.

Die Anzahl barrierefreier Unterkünfte ist nur ein Aspekt im Hinblick auf bestehende Teilhabeeinschränkungen von Menschen mit Beeinträchtigungen beim Reisen. Darüber hinaus bestehen Exklusionsrisiken entlang der gesamten touristischen Servicekette. Betrachtet man etwa die im „Aktion Mensch Barriereindex“ aufgeführten Daten oder die Angaben zur unterdurchschnittlichen Geselligkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen, aber auch diejenigen zum Thema Mobilität im Alltag, so verwundert die festgestellte niedrigere Reiseintensität nicht. Dabei würden

²³⁷ Office for National Statistics (UK) (2010).

²³⁸ Sieger, V. (2010).

²³⁹ Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2009).

²⁴⁰ Hundertprozentige Verlässlichkeit ist mit diesem Instrument nicht zu erreichen, da die meisten Angaben auf Selbstauskunft der Betreiber basieren.

²⁴¹ Deutscher Bundestag (2009).

48 % der Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger verreisen, wenn es zusätzliche barrierefreie Angebote gäbe.²⁴²

Neben der Barrierefreiheit einzelner Orte oder Angebote ist beim Verreisen unter dem Gesichtspunkt der Inklusion auch die Destination als Ganze von Bedeutung. Artikel 30 BRK verlangt u. a. den Zugang zu Dienstleistungen der Organisatoren von Freizeit- und Tourismusaktivitäten. Setzt man voraus, dass Zugänglichkeit die bestimmungsgemäße Nutzung einschließt, bedeutet dies, dass Anbieter von Reisen, die mehr als nur die reine Unterkunft vermitteln oder verkaufen, die von ihnen beworbene Destination auch unter dem Gesichtspunkt der Inklusion betrachten müssen.²⁴³ Als Pendant hierzu ist ein inklusives Destinationsmanagement unabdingbar. Erste Ansätze zu Letztgenanntem existieren zwar in acht Regionen Deutschlands, dennoch dürfte der Anteil inklusiver Angebote am gesamten Reiseangebot im Promillebereich liegen.²⁴⁴ Die tatsächlichen Teilhabebeeinträchtigungen auf diesem Feld sind nur über entsprechende Befragungen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Erfahrung zu bringen.

Ungeachtet dessen sollte dennoch die Anzahl der Unterkünfte, die entsprechend der o. g. Zielvereinbarung verschiedene Angebote für Menschen mit Beeinträchtigungen vorhalten, auch in Zukunft als Indikator für die Teilhabechance verwendet werden. Denn das in Teil 3, Kapitel 6.6.3 erwähnte, vom BMWi geförderte Projekt, wird sich aller Voraussicht nach weitgehend auf die Kriterien der Zielvereinbarung stützen und diese auf die gesamte touristische Servicekette ausweiten. Damit stünden auch zukünftig vergleichbare Daten über die Anzahl von Unterkünften zur Verfügung und darüber hinaus auch solche über weitere touristische Angebote.

Angesichts der vielfältigen Faktoren, die Menschen mit Beeinträchtigungen entlang der gesamten touristischen Servicekette an einer Reise hindern bzw. ihnen eine solche erschweren, haben mehrere Dachorganisationen von Menschen mit Beeinträchtigungen bereits 1999 die Nationale Koordinationsstelle Tourismus für Alle (NatKo) gegründet. Sie war und ist der zivilgesellschaftliche Beitrag für ein inklusives Reisen und dabei anerkannter Partner der Politik.²⁴⁵ Vor diesem Hintergrund ist schwer zu verstehen, dass die finanzielle Unterstützung der NatKo

durch den Bund in den vergangenen Jahren so erheblich reduziert wurde, dass die Existenz des Verbandes mittelfristig in Gefahr ist, obwohl 2009 seitens der Politik sogar noch eine Weiterentwicklung der NatKo zu einem Kompetenzzentrum für barrierefreies Reisen in Erwägung gezogen worden war.^{246, 247, 248}

Verwendete Literatur

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.) (2008): Tourismuspolitischer Bericht der Bundesregierung. 16. Legislaturperiode. Berlin.

Deutscher Bundestag (2009): Antrag: Barrierefreien Tourismus weiter fördern. Drucksache 16/12101.

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) (2009): alle inklusive! Die neue UN-Konvention ... und ihre Handlungsaufträge, Berlin.

Markowetz, R. (2011): Freizeit inklusive. Stuttgart.

Nationale Koordinationsstelle Tourismus für Alle e.V. (2012): Geschäftsbericht 2011/2012, Düsseldorf.

Neumann, P. et al. (2004): Ökonomische Impulse eines barrierefreien Tourismus für alle, 2. Auflage, Berlin.

Office for National Statistics (UK) (2010): Life Opportunities Survey, Interim Results 2009/10.

Palleit, L. (2012): Systematische „Enthinderung“. In: Positionen Nr. 7 der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, September 2012.

Sieger, V. (2010): Inklusion und Barrierefreiheit. In: Ortland, B. et al. (Hrsg.): Leben mit Körperbehinderung, Stuttgart.

²⁴² Neumann, P. et al (2004): S. 19.

²⁴³ Palleit, L. (2012).

²⁴⁴ <http://www.barrierefreie-reiseziele.de/>, letzter Zugriff: 25.09.2012.

²⁴⁵ Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2008): S. 44.

²⁴⁶ Allein die Projektförderung durch das Bundesministerium für Gesundheit ist von 2008 bis 2012 um rund 30 % gesunken.

²⁴⁷ Nationale Koordinationsstelle Tourismus für Alle e.V. (2012).

²⁴⁸ Deutscher Bundestag (2009).

4.7 Sicherheit und Schutz vor Gewalt

Handlungsspielräume zur Verwirklichung eigener Lebensvorstellungen werden durch Gewalterfahrungen und ihre Folgen eklatant eingeschränkt. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gewalthandlungen daher auch unter Einbeziehung ihrer gesundheitlichen Folgen für die Opfer als den „Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht [...], der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“²⁴⁹

Körperlicher Zwang oder physische Macht können in Form struktureller Gewalt indirekt und daher auch wenig sichtbar eingesetzt werden. Ein zweiter Schwerpunkt der Gewaltforschung liegt bei der Untersuchung von Formen und Häufigkeiten situationsbezogener, direkt von Personen ausgeübter Gewalt. Hier wird zwischen körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt unterschieden.²⁵⁰ Körperliche Gewalt umfasst beispielsweise Körperverletzung oder Freiheitsberaubung. Sexuelle Gewaltformen bestehen in Übergriffen und Belästigungen oder sexuellem Missbrauch. Als Ausprägungen psychischer Gewalt gelten Beleidigungen, Demütigungen, Drohungen, Ausgrenzungen oder Mobbing. Bei Gewalt gegen Kinder und pflegebedürftige Personen ist zudem die Gewaltform der Vernachlässigung relevant.

Zur Komplexität des Gewaltphänomens gehört es außerdem, unterschiedliche Kontexte zu berücksichtigen, in denen Gewalt ausgeübt wird. Hierzu zählen das persönliche und das häusliche Umfeld ebenso wie der öffentliche Raum, stationäre Einrichtungen, Schulen oder die Arbeitswelt. Bereits die Merkmale dieser Umgebungen beeinflussen – unabhängig von tatsächlich gemachten Gewalterfahrungen – das Sicherheitsempfinden.²⁵¹ Sicherheit wird hier als Abwesenheit von persönlicher Bedrohung durch Gewalt verstanden. Fehlende Sicherheit kann nicht nur zu gesundheitlichen Schädigungen infolge von Angstgefühlen führen, sondern auch die soziale Teilhabe in den als unsicher empfundenen Umgebungen beeinträchtigen.

Während ungünstige Lebensumstände das Gewaltisiko steigern, wird es durch Schutzfaktoren gemindert. Hierzu zählen z. B. ein ausreichendes Selbstwertgefühl, Möglichkeiten der aktiven Problembewältigung oder Unterstützung durch Vertrauenspersonen im sozialen Umfeld.²⁵² Weiterhin können Instrumente wie Anti-Gewalt-Verordnungen oder -programme z. B. an Schulen wie professionelle Einrichtungen, die Schutz- und Fürsorgeleistungen anbieten und technische Vorkehrungen zur Gewaltprävention beitragen.

Gewalterfahrungen und fehlendes Sicherheitsempfinden können bei Menschen mit Beeinträchtigungen zu Schädigungen und Einschränkungen der Handlungsspielräume führen. Menschen mit Beeinträchtigungen tragen ein besonderes Risiko, von Gewalterfahrungen be-

²⁴⁹ World Health Organization (2003): S. 6.

²⁵⁰ Hornberg, C. et al. (2008): S. 9.

²⁵¹ Ziegler, D. et al. (2011).

²⁵² Hornberg, C. et al. (2008): S. 27ff.

Artikel der UN-BRK zum Thema Schutz vor Gewalt und Sicherheit:

Artikel 14: 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 nicht rechtswidrig 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. [...]

Artikel 15: 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. [...]

Artikel 16: 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. [...]

Artikel 17: Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

troffen zu sein, da ihr Leben in einem hohen Maße fremdbestimmt ist. Deutlich wird dies bei Personen in institutioneller Unterbringung bzw. mit intensiver Abhängigkeit von Pflegeleistungen. Die Anpassung an vorgegebene Normen und hierarchische Strukturen kann hier Einschränkungen hinsichtlich der räumlichen und organisatorischen Freiheiten bedeuten und eine selbstbestimmte Grenzsetzung z. B. bei Pflegehandlungen erschweren. So weisen Studien darauf hin, dass gewaltsame Übergriffe gegen Menschen mit Beeinträchtigungen vielfach verdeckt im familiären Nahbereich, in Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie im Rahmen der Pflege alter Menschen stattfinden. Weiterhin stellen diskriminierende und stigmatisierende Verhaltensweisen und Strukturen im Alltag ein strukturelles Gewaltpotenzial gegen Menschen mit Beeinträchtigungen dar.²⁵³ Dies betrifft beispielsweise die Tabuisierung sexueller Aufklärung von Mädchen und Frauen mit Beeinträchtigungen, die ein Gefahrenpotenzial für sexuelle Ausbeutung mit sich bringt.

Mehrere Artikel der UN-BRK enthalten 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.

In diesem Unterkapitel werden die oben beschriebenen grundlegenden Aspekte von Gewaltanwendung und ihren Folgen aufgegriffen, um zu zeigen, ob und wie massiv sie Handlungsspielräume von Menschen mit Beeinträchtigungen einschränken. Soweit es die Datenlage zulässt, wird dabei auch auf den Kontext der Gewalterfahrungen eingegangen. Dies müsste zukünftig noch viel differenzierter möglich sein. Auch Indikatoren zum Sicherheitsempfinden können aufgrund der eingeschränkten Datenverfügbarkeit derzeit nur begrenzt dargestellt werden.

²⁵³ Hornberg, C. et al. (2008): S. 22ff.

Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen sind häufiger Opfer von angedrohter oder erlebter körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt, als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Das gilt auch für Kinder und Jugendliche. 17 Prozent der Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen wurden in den vergangenen 12 Monaten Opfer von Gewalttaten (ohne Beeinträchtigungen 9 Prozent).

Täterinnen und Täter sind häufig Partnerinnen und Partner, Familienmitglieder, Arbeitskolleginnen und -kollegen oder Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in Einrichtungen.

Ort und Art der erfahrenen Gewalt ist für Frauen und Männer unterschiedlich.

4.7.1 Körperliche Gewalt

► Sowohl Frauen als auch Männer mit Beeinträchtigungen erleben als Erwachsene überdurchschnittlich häufig Situationen körperlicher Gewaltausübung oder -androhung. Auch Jugendliche mit Beeinträchtigungen sind im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen etwa doppelt so häufig Opfer von Gewalt gewesen.

Mit der jüngst von der Universität Bielefeld in Kooperation mit anderen Einrichtungen durchgeführten Studie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden erstmals Informationen zur Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Beeinträchtigungen vorgestellt.²⁵⁴ Die Studie kommt unter anderem zu dem Ergebnis, dass Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen deutlich häufiger Gewalterfahrungen machen als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt. Besonders von Gewalt betroffen sind demnach psychisch erkrankte Frauen, die in stationären Wohneinrichtungen leben sowie gehörlose Frauen. Die Studie deutet auch auf einen wechselseitigen Zusammenhang zwischen Gewalt und Gesundheit hin: „Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen haben nicht nur ein höheres Risiko, Opfer von Gewalt zu werden; auch umgekehrt tragen (frühere) Gewalterfahrungen im Leben der Frauen häufig zu späteren gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen bei.“²⁵⁵

In der Studie berichten zwischen 58 und 75 Prozent der befragten Frauen mit Beeinträchtigungen davon, dass sie als Erwachsene mindestens eine Situation körperlicher Gewalt durchlebt haben.²⁵⁶ Dies sind fast doppelt so hohe Anteile wie bei Frauen im Bevölkerungs-

²⁵⁴ Im Rahmen dieser Studie wurden 1.561 Frauen im Alter von 16 bis 65 Jahren mit und ohne Behindertenausweis befragt, die in Haushalten und in Einrichtungen leben und starke, dauerhafte Beeinträchtigungen und Behinderungen haben. Vgl. Schröttle, M. et al. (2012).

²⁵⁵ Schröttle, M. et al. (2012): S. 19.

²⁵⁶ Die Auswertung der Daten erfolgte für drei Gruppen: für Frauen in Einrichtungen, die in allgemeiner und in vereinfachter Sprache befragt wurden sowie für Frauen in Privathaushalten, die in allgemeiner Sprache befragt wurden.

durchschnitt.²⁵⁷ Zugleich erleben Frauen mit Beeinträchtigungen auch häufiger und schwerer körperliche Angriffe. Wie bei der Gesamtheit der Frauen gehen die Übergriffe vorrangig vom nahen sozialen Umfeld, also vom Partner oder von Familienmitgliedern aus. Frauen, die in Einrichtungen leben, berichten zudem von körperlicher Gewalt durch andere Bewohnerinnen und -bewohner sowie – seltener – durch das dort arbeitende Personal.

Erste Befunde zur Anwendung körperlicher Gewalt gegen Männer mit Beeinträchtigungen liegen seit Juli 2012 aus einer noch laufenden Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales der Universität Bielefeld in Kooperation mit Dissens e.V. vor.²⁵⁸ Die Studie bezieht sich anders als die Frauenstudie nur auf Männer, die in Privathaushalten leben, ist jedoch in Bezug auf diese Teilgruppe direkt vergleichbar.

Hier berichten 71 Prozent der Männer mit Beeinträchtigungen davon, dass ihnen als Erwachsene mindestens eine Situation körperlicher Gewalt widerfahren ist, gegenüber 43 Prozent der Männer der Durchschnittsbevölkerung²⁵⁹, die dies berichten. Demnach lässt sich auch bei Männern mit Beeinträchtigungen eine erheblich höhere Betroffenheit durch körperliche Gewalt feststellen. Wie bei den Männern der Durchschnittsbevölkerung gehen die Übergriffe hauptsächlich von Unbekannten, kaum Bekannten oder von Personen aus der Arbeitswelt aus. Allerdings erlebten Männer mit Beeinträchtigungen vergleichsweise häufig auch körperliche Übergriffe durch Familienangehörige und Freunde, Bekannte oder Nachbarn.

In der KiGGS Basiserhebung wurden 11- bis 17-Jährige danach gefragt, wie häufig sie in den letzten zwölf Monaten Opfer von Gewalt wurden.²⁶⁰ Der weit überwiegende Teil der Jugendlichen hat nach eigener Einschätzung innerhalb der letzten zwölf Monate keine Gewalt erlebt. Zwölf Prozent der Jugendlichen mit Beeinträchtigungen berichten davon, einmal Opfer geworden zu sein, weitere fünf Prozent haben mehrfach eine solche Erfahrung gemacht. Damit waren Jugendliche mit Beeinträchtigungen nach eigener Einschätzung mit 17 Prozent fast doppelt so häufig innerhalb eines Jahres Gewaltopfer wie Jugendliche ohne Beeinträchtigungen (9 Prozent).

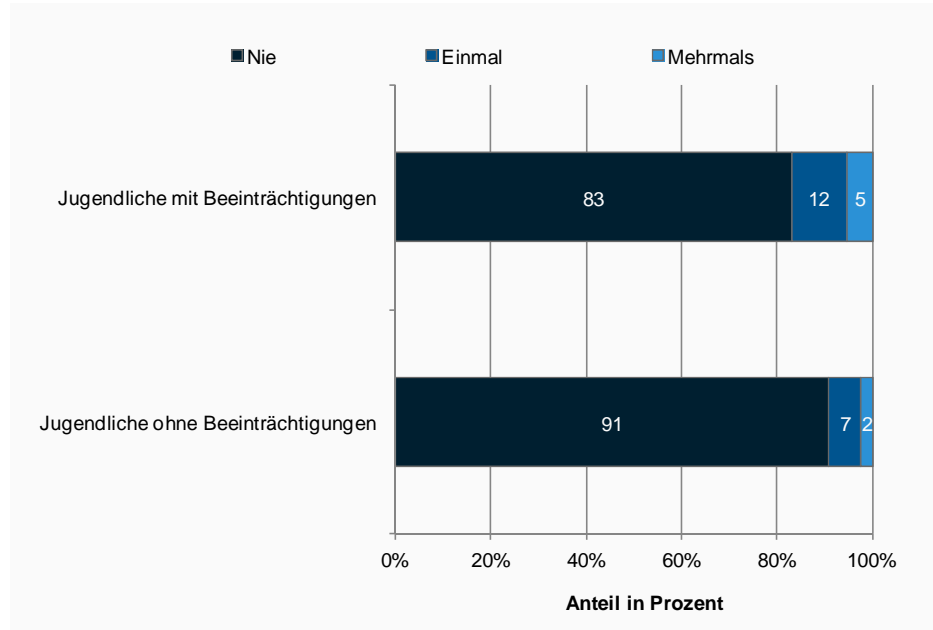
²⁵⁷ Als Vergleichsstudie wird herangezogen: Müller, U., Schröttle, M. (2004).

²⁵⁸ Unveröffentlichte Ergebnisse der Erhebung zu Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung, im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In dieser Studie wurde der Teil „Haushaltsbefragung“ der Studie „Lebenssituationen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ repliziert. Dazu wurden 200 Männern im Alter von 16 bis 65 Jahren mit und ohne Behindertenausweis befragt, die in Haushalten leben und starke, dauerhafte Beeinträchtigungen und Behinderungen haben.

²⁵⁹ Als Vergleichsstudie wird herangezogen: Forschungsverbund Gewalt gegen Männer (2004). Die Stichprobe enthält 266 befragte Männer in Haushalten ab 18 Jahre. Die hier veröffentlichten Ergebnisse beziehen sich auf 214 befragte Männer von 18 bis 65 Jahren.

²⁶⁰ Wann eine Situation als Gewalterfahrung wahrgenommen wird, kann zwischen Personen sehr unterschiedlich sein. Die Frage wurde daher offen gestellt und ermöglicht es so den Befragten, alle Erfahrungen anzugeben, die sie selbst als Gewalterfahrung erlebt haben.

Abbildung 4-68: Anteil der Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in den letzten zwölf Monaten Opfer von Gewalt wurden



Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Jugendfragebogen. Bezogen auf alle 11- bis 17-Jährigen. Eigene Darstellung Prognos AG.

Nach Alter und Geschlecht lassen sich zwischen Jugendlichen mit Beeinträchtigungen keine statistisch aussagekräftigen Unterschiede feststellen (ohne Abbildung).

4.7.2 Sexuelle Gewalt

► Frauen mit Beeinträchtigungen berichten etwa zwei- bis dreimal so häufig wie Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt von sexuellen Übergriffen, sowohl in Kindheit und Jugend als auch im Erwachsenenalter. Auch bei beeinträchtigten Männern besteht ein höheres Risiko für sexuelle Übergriffe im Erwachsenenalter, jedoch sind sie insgesamt deutlich seltener betroffen als Frauen.

Die Erfassung sexueller Belästigung und sexueller Gewalt ist schwierig. Zum einen werden sexuelle Übergriffe nicht immer als solche erkannt und benannt, zum anderen kann die Scham, sie in einer Befragung offen zu legen, ebenso wie die Verdrängung traumatisierender Erfahrungen zu einer Unterschätzung ihres tatsächlichen Ausmaßes führen.

Sexuelle Übergriffe kommen bei Frauen mit Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter deutlich häufiger vor als bei der durchschnittlichen weiblichen Bevölkerung. In der Studie zur Lebenssituation von Frauen mit Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen berichten zwischen 21 und 43 Prozent der Befragten von erzwungenen sexuellen Hand-

lungen. Dies sind anteilmäßig zwei- bis dreimal mehr Frauen als im Bevölkerungsdurchschnitt.²⁶¹

Auch Männer mit Beeinträchtigungen sind sexueller Gewalt ausgesetzt, allerdings – wie auch im Bevölkerungsdurchschnitt – in weitaus geringerer Häufigkeit als Frauen mit Beeinträchtigungen. So berichten fünf Prozent der in Haushalten befragten Männer mit Beeinträchtigungen (gegenüber zwei Prozent in der männlichen Durchschnittsbevölkerung) von sexuellen Übergriffen im Erwachsenenleben.²⁶²

Nach Ergebnissen der KiGGS Basiserhebung wurden Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen mit einem Anteil von fünf Prozent etwas häufiger schon einmal sexuell belästigt als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigung. Statistisch aussagekräftig sind diese Unterschiede in der Altersklasse der 11- bis 13-Jährigen.

Tabelle 4-61: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die schon einmal von Jugendlichen oder Erwachsenen sexuell belästigt wurden

Alter in Jahren	Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen	Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen
11 bis 13	3%	2%
14 bis 17	7%	5%
Insgesamt	5%	4%

Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Jugendfragebogen. Ohne Befragte ohne Abgaben (2,5 Prozent bei Kindern mit Beeinträchtigungen, 1,6 Prozent bei Kindern ohne Beeinträchtigungen). Eigene Darstellung Prognos AG.

Den Ergebnissen der bereits zitierten Studie zur „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ zufolge haben diese in ihrer Kindheit und Jugend ca. zwei- bis dreimal häufiger sexuellen Missbrauch erlebt als der weibliche Bevölkerungsdurchschnitt. In der Studie berichtet – je nach Untersuchungsgruppe – jede zweite bis vierte Frau mit Beeinträchtigungen von derartigen Übergriffen durch Erwachsene oder andere Kinder und Jugendliche.²⁶³

Männer mit Beeinträchtigungen berichten über sexuelle Gewalterfahrungen im Kindesalter in deutlich geringerem Umfang als Frauen mit Beeinträchtigungen. Zwölf Prozent der in Haushalten befragten Männer mit Behinderungen und Beeinträchtigungen (gegenüber 30 Prozent der beeinträchtigten Frauen in Haushalten) haben mindestens einmal eine Situation sexueller Gewalt in der Kindheit oder Jugend erlebt. Ein Vergleich zur männlichen Durchschnittsbevölkerung kann hier nicht systematisch gezogen werden, da sich die Fragebögen der

²⁶¹ Schröttle, M. et al. (2012): S. 24.

²⁶² Aufgrund der geringen Fallzahlen konnten hier aber keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Ausmaß der Betroffenheit von Männern mit Behinderungen und der männlichen Durchschnittsbevölkerung festgestellt werden.

²⁶³ Schröttle, M. et al. (2012): S. 21.

zugrunde gelegten Studien an dieser Stelle zu sehr unterscheiden. Bei den wenigen vergleichbaren Fragen deutet sich jedoch an, dass sich die Belastung von Männern mit Beeinträchtigungen durch sexuelle Gewalt in der Kindheit und Jugend in ähnlicher Größenordnung bewegt wie bei Männern der Durchschnittsbevölkerung und sich keine Hinweise auf eine höhere Betroffenheit finden.²⁶⁴

4.7.3 Psychische Gewalt

► Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen begegnen im Erwachsenenleben überdurchschnittlich häufig psychischer Gewalt und psychisch verletzenden Handlungen. Auch Kinder mit Beeinträchtigungen werden aus Erfahrung der Eltern häufiger als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen gehänselt oder schikaniert.

Frauen mit Beeinträchtigungen sind auch deutlich häufiger psychischer Gewalt und psychisch verletzenden Handlungen im Erwachsenenleben ausgesetzt als der weibliche Bevölkerungsdurchschnitt. Je nach Untersuchungsgruppe berichten 68 bis 90 Prozent der Frauen mit Beeinträchtigungen über derartige Erfahrungen. In der zum Vergleich herangezogenen Frauenstudie des Jahres 2004 wurde dagegen für die weibliche Bevölkerung insgesamt ein Anteil von 45 Prozent ermittelt.²⁶⁵

Männern mit Beeinträchtigungen widerfährt psychische Gewalt in etwas geringerem Ausmaß als Frauen mit Beeinträchtigungen. 65 Prozent der in Haushalten befragten Männer mit Beeinträchtigungen (gegenüber 77 Prozent der Frauen mit Beeinträchtigungen in Haushalten) haben als Erwachsene mindestens einmal eine Situation psychischer Gewalt erlebt. Dies war nur bei 46 Prozent der Männer aus der Durchschnittsbevölkerung der Fall. Damit waren Männer mit Beeinträchtigungen hier ebenfalls erheblich höher belastet als Männer der Durchschnittsbevölkerung.²⁶⁶

Nach Ergebnissen der Studie zur „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ haben etwa 50 bis 60 Prozent der Befragten im Kindesalter psychische Gewalt durch Eltern erlebt. Im Bevölkerungsdurchschnitt trifft dies auf weniger als 40 Prozent der Frauen zu.²⁶⁷ Abweichende Befunde ergeben sich bei Männern in Haushalten mit Beeinträchtigungen, die über Erfahrungen psychischer Gewalt in der Kindheit und Jugend Auskunft geben. Zwar berichtet ein ähnlicher hoher Anteil von Männern und Frauen in Haushalten mit Beeinträchtigungen von Situationen psychischer Gewalt durch Eltern oder andere Erziehungspersonen: 48 Prozent der beeinträchtigten Männer geben dies an gegenüber 54 Prozent der beeinträchtigten Frauen. Jedoch haben die befragten Männer der Durchschnittsbevölkerung, die in Haushalten

²⁶⁴ Unveröffentlichte Ergebnisse der Erhebung zu Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung, im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

²⁶⁵ Schröttle, M. et al. (2012): S. 23.

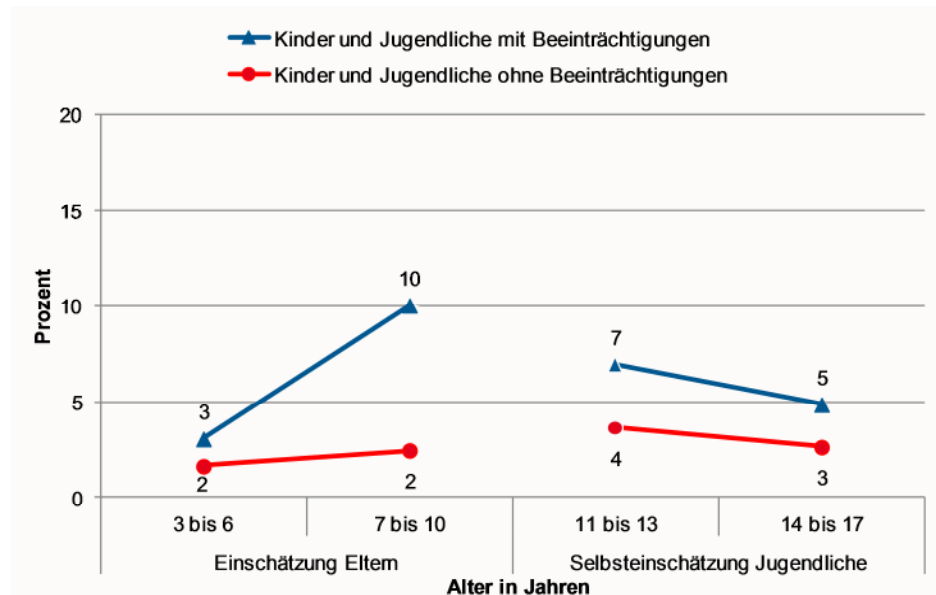
²⁶⁶ Unveröffentlichte Ergebnisse der Erhebung zu Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung, im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

²⁶⁷ Schröttle, M. et al. (2012): S. 20.

leben, mit 74 Prozent deutlich häufiger psychische Gewalt durch Eltern oder andere Erziehungspersonen erlebt als Männer mit Beeinträchtigungen.

Anhand der KiGGS Basiserhebung lassen sich Aspekte verbaler Gewalt beleuchten.²⁶⁸ Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen häufiger als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen die Erfahrung machen, dass sie von anderen gehänselt oder schikaniert werden.²⁶⁹ Eltern von 7- bis 10-jährigen Kindern mit Beeinträchtigungen gehen mit einem Anteil von zehn Prozent deutlich häufiger als Eltern gleichaltriger Kinder ohne Beeinträchtigungen (2 Prozent) davon aus, dass ihre Kinder eine solche Form psychischer Gewalt erleben.

Abbildung 4-69: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen, die von anderen gehänselt oder schikaniert werden



Quelle: KiGGS (2003-2006): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Antworten basieren auf dem Eltern- und Jugendfragebogen. Alle Befragten, auf die die Aussage „eindeutig zutrifft“. Eigene Darstellung Prognos AG.

4.7.4 Sicherheitsempfinden

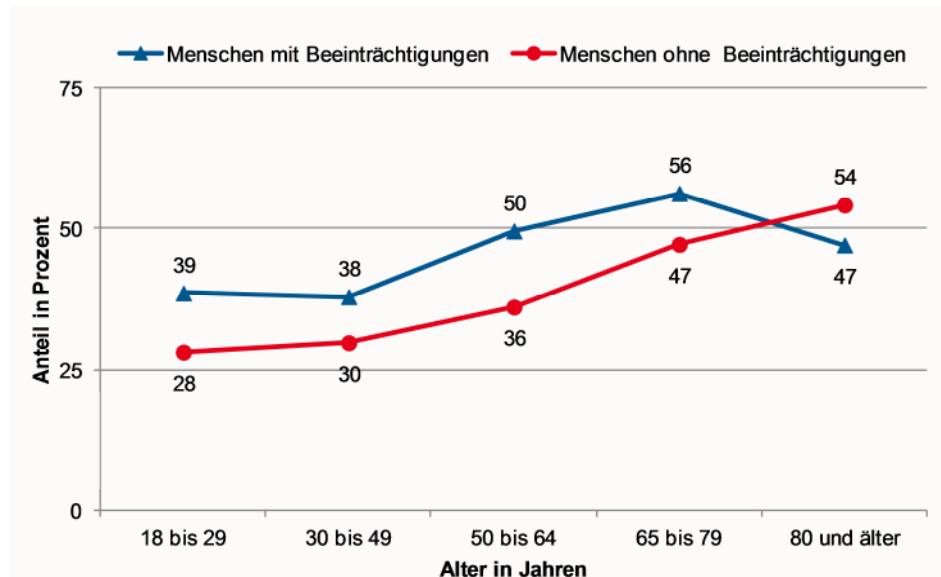
Ein aussagekräftiger Indikator zum subjektiven Sicherheitsgefühl von Menschen mit Beeinträchtigungen liegt derzeit nicht vor. Er sollte nach unterschiedlichen Alltagsbereichen differenziert werden, um eine eventuelle Einschränkung von Wohlbefinden und Aktionsradius von Menschen mit Beeinträchtigungen richtig deuten zu können.

²⁶⁸ Zur Unterscheidung verschiedener Gewaltformen unter Kindern siehe: Hanke (2007).

²⁶⁹ Das Item „Gehänselt werden“ wurde hier zum Zweck der Teilhabebereichterstattung separat ausgewertet, ist jedoch normalerweise Bestandteil der Subskala „Umgang mit Gleichaltrigen“ des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ Screening-Instruments (SDQ). Vgl. hierzu ausführlich: Hölling, H. et al. (2007).

Als ein vorläufiger Indikator für das Sicherheitsgefühl von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen kann die Sorge über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland dienen.

Abbildung 4-70: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die sich große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland machen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass mit steigendem Alter die Kriminalitätsentwicklung kritischer beurteilt wird. Mit Ausnahme der 80-Jährigen und Älteren – hier sind die Unterschiede nicht statistisch aussagekräftig – sorgen sich Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Altersklassen deutlich häufiger als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen. Ab einem Alter von 50 Jahren machen sich über die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen große Sorgen um die Kriminalitätsentwicklung.

Männern und Frauen antworten hier sehr unterschiedlich, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 4-62: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die sich große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland machen, nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund

Alter in Jahren/ Migrations- hintergrund	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 29	30%	48%	26%	30%
30 bis 49	32%	42%	30%	30%
50 bis 64	45%	53%	30%	42%
65 bis 79	53%	60%	44%	50%
80 und älter	39%	52%	53%	55%
Insgesamt	45%	53%	32%	36%
Mit Migrations- hintergrund	44%	51%	30%	34%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Männer mit Beeinträchtigungen nehmen eher eine Bedrohung durch die Kriminalitätsentwicklung wahr als Männer ohne Beeinträchtigungen, Frauen mit Beeinträchtigungen eher als Frauen ohne solche. Die Unterschiede sind in allen Altersklassen mit Ausnahme der 80-Jährigen und Älteren statistisch aussagekräftig. Ein Migrationshintergrund hat in dieser Hinsicht keine Auswirkungen.

Weitere Anhaltspunkte für das Sicherheitsempfinden von Frauen bietet wiederum die Studie zur „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“. Hier wurde festgestellt, dass das Sicherheitsgefühl insbesondere von Frauen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen sowie von Frauen mit psychischen Erkrankungen in Einrichtungen eingeschränkt ist. „Aus diesen Gruppen gaben mehr als 50 Prozent der Befragten an, entsprechende Situationen, etwa sich abends/nachts allein in der Öffentlichkeit aufzuhalten, als unsicher wahrzunehmen oder vollständig zu meiden.“ Darüber hinaus fühlte sich „etwa jede vierte bis fünfte Frau der Einrichtungsbefragung (...) im Kontakt mit Pflegekräften/ Unterstützungspersonen alleine nicht sicher. Mehr als die Hälfte bis drei Viertel der in Einrichtungen lebenden Frauen gaben ein eingeschränktes Sicherheitsgefühl an, wenn sie mit anderen Bewohnern der Einrichtung allein sind.“²⁷⁰

Für die Beurteilung des Sicherheitsgefühls von Männern mit Beeinträchtigungen in Einrichtungen liegen keine Vergleichsdaten aus der oben genannten Studie vor. Im Hinblick auf Männer mit Beeinträchtigungen, die in Privathaushalten leben, zeigt sich aber gegenüber Frauen mit Beeinträchtigungen in Haushalten ein deutlich höheres Sicherheitsgefühl in Alltagssituationen und deutlich seltener eine Angst vor Übergriffen im Alltag.

²⁷⁰ Schröttle, M. et al. (2012): S. 45-46.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Sicherheit und Schutz vor Gewalt

Die Zahlen des vorangegangenen Abschnitts belegen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Altersstufen und beiderlei Geschlechts deutlich mehr Erfahrungen mit Gewalt machen, wobei Mädchen und Frauen wesentlich stärker betroffen sind.²⁷¹

Allerdings liegen derzeit keine repräsentativen Daten über Gewalterfahrungen von Jungen und Männern mit Beeinträchtigungen vor; um hier Aussagen machen zu können müssen die Ergebnisse der aktuellen vom BMAS in Auftrag gegebenen Studie zu diesem Thema abgewartet werden. Die Studie „Gewalt gegen Männer in Deutschland“ konnte 2004 lediglich feststellen: „Die Frage, wie häufig behinderten und kranken Jungen Gewalt widerfährt, und ob dies signifikant häufiger ist als bei nichtbehinderten Jungen oder als bei behinderten Mädchen, konnte mit der Literatur Recherche nicht beantwortet werden“.²⁷²

Positiv zu bewerten ist, dass die Sensibilisierung für das Thema „Gewalterfahrungen von Mädchen und Frauen mit Beeinträchtigungen“ inzwischen gestiegen ist, sodass z. B. das geplante Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ barrierefrei gestaltet werden soll (Hilfetelefontgesetz, März 2012). Auch die Koordination der Frauenhäuser setzt sich dafür ein, dass möglichst viele Zufluchtsstätten für Frauen, die Gewalt ausgesetzt sind, barrierefrei werden und hat gemeinsam mit Weibernetz e.V. einen „Leitfaden für den Erstkontakt mit von Gewalt betroffenen Frauen mit Behinderung“ (2011) erstellt. Dass die aktuelle Situation noch weit von Barrierefreiheit entfernt ist, zeigte eine 2012 vom BMFSFJ finanzierte Studie zur Situation in Frauenhäusern und anderen Angeboten für Frauen, die Gewalt erleben. Im Rahmen dieser Studie wurde festgestellt, dass es sowohl an Barrierefreiheit wie auch an ausreichend Personal, Konzepten zur Erreichung von Frauen mit Beeinträchtigungen insb. in Einrichtungen und an Kooperationen mit der Behindertenhilfe fehlt.²⁷³ Diese Situation führte dazu, dass 2010 94 behinderte und/ oder pflegebedürftige sowie ca. 700 psychisch bzw. suchtkranke Frauen von Frauenhäusern abgewiesen wurden.²⁷⁴

Allerdings reicht es in vielen Fällen nicht aus, dass die Räumlichkeiten barrierefrei sind, obwohl dies eine entscheidende Voraussetzung darstellt. Wenn die betroffenen Frauen jedoch im Alltag auf zusätzliche Hilfen bzw. persönliche Assistenz angewiesen sind, ist es schwierig bis unmöglich, aufgenommen zu werden, sofern die Hilfen vorher familiär erbracht wurden. Von der Beantragung bis zur Bewilligung von ambulanten Hilfeleistungen können mehrere Wochen vergehen in denen nicht klar ist, ob und in welchem Umfang die Hilfen bewilligt werden. Da die Frauenhäuser umfangreichere Hilfen mit ihrer Personalausstattung nicht erbringen und auch aufgrund ihrer geringen finanziellen Ressourcen nicht in Vorleistung gehen können, kann Assistenzbedarf einen Grund dafür darstellen, dass Mädchen und Frauen mit Beeinträchtigungen in der Lebenssituation verbleiben müssen, in der sie Gewalt erleben und oftmals von der Gewalt ausübenden Person abhängig sind. Hier müssen schnell umsetzbare, unbürokratische Lösungen gefunden werden, die es ermöglichen, dass Menschen mit Assistenzbedarf Gewaltsituationen schnell entkommen können.

Deutlich wird auch, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Altersstufen mehr Informationen über ihre Rechte, mehr Empowerment erhalten müssen. Ein Beispiel hierfür ist das vom Weibernetz e.V. durchgeführte Projekt „Frauenbeauftragte in Einrichtungen“.²⁷⁵

Erschreckend ist, dass Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen in erhöhtem Maße Hänseleien, Mobbing etc. ausgesetzt sind. Es steht zu hoffen, dass dies in dem Maße abnimmt, in dem die gemeinsame Beschulung von Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen Normalität wird. Voraussetzung hierfür ist eine Atmosphäre der Wertschätzung und Anerkennung an den Schulen und eine aktive Auseinandersetzung mit „Anderssein“, die Mobbing aller Art nicht akzeptiert. Wichtig ist auch, innerhalb und außerhalb der Schule Kinder und Jugendliche stark und selbstbewusst zu machen, und sie auch bei einem selbstbewussten Umgang mit ihrer Beeinträchtigung zu unterstützen.

Hier können von der Schule organisierte Peer-Gruppen von Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen, wie sie z. B. an der Ge-

²⁷¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004).

²⁷² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004): S. 341.

²⁷³ Puschke, M. (2012).

²⁷⁴ Puschke, M. (2012): S. 2.

²⁷⁵ www.weibernetz.de/frauenbeauftragte/, letzter Zugriff am 05.11.2012

samtschule Köln-Holweide durchgeführt werden, eine wichtige Rolle spielen.²⁷⁶

Über individuelle Erfahrungen von Gewalt hinaus sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Beeinträchtigungen in – im Vergleich zur übrigen Bevölkerung – starkem Maß struktureller Gewalt ausgesetzt. Damit sind alle vermeidbaren Maßnahmen und gesellschaftlichen Strukturen gemeint, die Menschen an der Wahrnehmung ihrer grundlegenden Bedürfnisse hindern.²⁷⁷ Zur strukturellen Gewalt zählen offensichtliche Diskriminierungen, aber auch das Vorenthalten von Bildungschancen, die ungleiche Verteilung von Ressourcen oder die Einschränkung gesellschaftlich üblicher Wahlmöglichkeiten wie z. B. die Wahl des Wohnortes. Auch fehlende Privatsphäre in stationären Einrichtungen, das fehlende Recht auf gleichgeschlechtliche Pflege/Assistenz sowie die mangelhafte Unterstützung und therapeutische Versorgung nach erfahrener Gewalt sind Ausdruck struktureller Gewalt. Dass die Situation in Deutschland in dieser Hinsicht noch weit davon entfernt ist, den Anforderungen des Art. 19 der UN Behindertenrechtskonvention zu entsprechen, zeigt der vorliegende Bericht überdeutlich.

Verwendete Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004): Abschlussbericht der Pilotstudie Forschungsverbund „Gewalt gegen Männer in Deutschland“, Berlin.

Galtung, J. (1975): Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung, Reinbek bei Hamburg.

Kellinghaus-Klingberg, A. (2012): Assistenztraining. In: mittendrin e.V. (Hrsg.): Eine Schule für alle. Inklusion umsetzen in der Sekundarstufe, Mülheim an der Ruhr, S. 246-251.

Puschke, M. (2012): Begutachtet: Hilfesystem für gewalterfahrene Frauen. In: WeiberZEIT Nr. 21, September 2012, S. 2-4.

²⁷⁶ Kellinghaus-Klingberg, A. (2012).

²⁷⁷ Galtung, J. (1975).

Artikel der UN-BRK zum Thema Politik und Öffentlichkeit

Artikel 29: „Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben“

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 (...);

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.

4.8 Politik und Öffentlichkeit

Es ist Aufgabe und Ziel von Politik, die Angelegenheiten des Gemeinwesens bei einem möglichst weitgehenden Ausgleich unterschiedlicher Interessen zu regeln und damit zur Erhöhung des Gemeinwohls beizutragen.²⁷⁸ Dabei lassen sich drei Bereiche des politischen Wirkens unterscheiden:²⁷⁹

- Der Staat mit seinem System der auf Wahlen beruhenden repräsentativen Demokratie, an denen sich alle Bürger in freier und gleicher Weise sowohl aktiv als auch passiv beteiligen können, ergänzt um Formen direkter Demokratie wie Bürgerbegehren oder Volksabstimmungen. Diesem Wirkungsbereich zuzuordnen sind auch die politischen Parteien mit ihrer Funktion, Interessen zu bündeln und zu organisieren.
- Der Wirtschaftsbereich mit seinen politischen Institutionen und Verhandlungssystemen, die vor allem einen Interessenausgleich zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern herstellen sowie bei der Gestaltung von wirtschaftlichen Rahmenbedingungen mitwirken. Hierzu zählen auf der betrieblichen Ebene Betriebsräte oder Mitarbeitervertretungen, auf überbetrieblicher Ebene Organisationen wie Gewerkschaften, Unternehmensverbände, Kammern etc.
- Die Zivilgesellschaft als ein Bereich zwischen Staat, Markt und Privatsphäre, in dem sich Interessen jenseits der Parteien organisieren, und vielfältige soziale Dienstleistungen in der Form bürgerschaftlichen Engagements erbracht werden. Akteure der Zivilgesellschaft sind selbstorganisierte Initiativen, Netzwerke, Vereine, Verbände und Kirchen.²⁸⁰

Eine zentrale Funktion im System der repräsentativen Demokratie kommt der Öffentlichkeit zu. Hier bringen Personen, Gruppen oder Organisationen Themen auf und tauschen Meinungen, Informationen und Argumente aus.²⁸¹ Auf diese Weise entstehen öffentliche Meinungen, die den Staat mit Bedürfnissen der Gesellschaft konfrontieren.²⁸² In einer modernen Mediendemokratie wird Öffentlichkeit überwiegend über Hörfunk und Fernsehen, Printmedien und das Internet vermittelt.²⁸³

Eine Voraussetzung für effektive politische Teilhabe ist die Informiertheit über politische Themen, Strukturen und Prozesse. Wie groß die Einflussmöglichkeiten sind, hängt wesentlich davon ab, wie gut die Bürgerinnen und Bürger ihre Interessen organisieren können und welche Mittel sie haben, ihnen Nachdruck zu verleihen. Hierfür ist es entscheidend, dass sie Zugang zur durch Medien bestimmten Öffentlichkeit haben.

278 von Prittwitz, V. (1994): S. 48.

279 Meyer, T. (2005): S. 50.

280 Zimmer, A. (2005):, S. 31.

281 von Prittwitz, V. (1994): S. 103, Meyer, T. (2005): S. 60.

282 Habermas, J. (1990): S. 89, Neidhard, F. (1994): S. 7-41.

283 Enquête-Kommission Bürgerschaftliches Engagement (2002): S. 100.

Menschen mit Beeinträchtigungen können sowohl bei der politischen Beteiligung als auch beim Zugang zur Öffentlichkeit eingeschränkt sein. So kann ihre aktive politische Mitwirkung dadurch erschwert oder verhindert werden, dass politische Institutionen und Verfahren nicht auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen eingestellt sind. Konkrete Hürden liegen z. B. vor, wenn Wahllokale und -unterlagen nicht barrierefrei sind oder eine nötige Assistenz für die Stimmabgabe fehlt.²⁸⁴

Benachteiligungen können auch durch Kommunikationsformen entstehen, die für Menschen mit Sinnes- oder geistigen Beeinträchtigungen nicht geeignet sind. Das erschwert es ihnen, sich über politische Themen und Prozesse zu informieren oder selbst ihre Meinungen zu äußern. Ihre Rolle als Wählerinnen und Wähler und als Teil der Öffentlichkeit können sie dann nur noch eingeschränkt wahrnehmen.

Eine besondere Bedeutung hat für Menschen mit Beeinträchtigungen die Vertretung der eigenen Interessen durch von ihnen gewählte Interessenvertreter. Dies geschieht im unmittelbaren Wohn- und Arbeitsumfeld in Institutionen wie Heim- oder Wohnbeiräten, Werkstattträtern und Schwerbehindertenvertretungen und Betriebsräten sowie im Rahmen eines zivilgesellschaftlichen Engagements von und für Menschen mit Beeinträchtigungen.

Weitere Mitbestimmungsstrukturen sorgen für die Interessensvertretung auf Ebene der Kommunen und der Länder. Hierzu gehören auf kommunaler Ebene Behindertenbeiräte und die kommunale Teilhabeplanung, auf Landesebene Behindertenbeauftragte. Ziel ist es dabei, sich politisches Gehör zu verschaffen sowie selber für die Verbesserung der eigenen Lebenssituation eintreten zu können. Dies setzt voraus, dass der Selbstvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen ausreichende Ressourcen und Befugnisse zur Verfügung stehen, um ihre Aufgaben wahrzunehmen sowie dass ihre Einbindung in politische Abstimmungsprozesse institutionell gesichert ist.

Schließlich können Menschen mit Beeinträchtigungen auch von sozialem Engagement für andere ausgeschlossen sein. Soziales Engagement bedeutet soziale und politische Teilhabe gleichermaßen und ermöglicht es Menschen mit Beeinträchtigungen, ihre eigenen Potenziale zugunsten des Gemeinwohls einzusetzen. Einer solchen Teilhabe steht eine verbreitete Einstellung, Menschen mit Beeinträchtigungen ausschließlich als hilfe- und unterstützungsbedürftig wahrzunehmen, im Wege. Durch soziales Engagement können sie genau solchen Einstellungen entgegen wirken, die sie nur unter dem Aspekt ihrer vermeintlichen Defizite wahrnimmt.²⁸⁵

Menschen mit Beeinträchtigungen können in Politik und Öffentlichkeit zudem Benachteiligungen erfahren, wenn ihre besonderen Interessen sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Politik zu wenig thematisiert werden.

284 Palleit, L. (2011).

285 Klie, T., Hils, A. (2009): S. 28.

Die UN-BRK macht die „Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben“ in Artikel 29 zum Thema. In diesem Artikel garantieren die Vertragsstaaten Menschen mit Beeinträchtigungen die politischen Rechte und deren gleichberechtigte Wahrnehmung. Dabei genügt es nicht, die politische Gleichheit im Recht zu verankern, sondern es ist sicherzustellen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen „wirksam und umfassend am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können“. Das bedeutet, dass bei Wahlen und bei der aktiven politischen Mitwirkung Barrieren beseitigt und wenn nötig Assistenzdienste oder Hilfsmittel bereitgestellt werden.²⁸⁶ Damit sie die öffentlichen Angelegenheiten mitgestalten können, soll ihre Mitwirkung in nichtstaatlichen Organisationen und Verbänden aktiv unterstützt und die Bildung von Organisationen der Interessenvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen sowie der Beitritt zu diesen gefördert werden.

Die Datensituation zum Teilhabefeld Politik und Öffentlichkeit ist gemessen an dessen Bedeutung sehr lückenhaft. Zu vielen relevanten Bereichen gibt es überhaupt keine Daten, die dem Anspruch gerecht werden, einen breiteren Ausschnitt der Wirklichkeit zu beschreiben.

Menschen mit Beeinträchtigungen nehmen seltener am politischen Leben teil.

Menschen mit Beeinträchtigungen aller Altersklassen sind mit der Demokratie durchschnittlich weniger zufrieden als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Menschen mit Beeinträchtigung interessieren sich deutlich weniger für Politik als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Die Wahlbeteiligung von jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) mit Beeinträchtigungen liegt mit 49 Prozent deutlich unter der ihrer Altersgenossen ohne Beeinträchtigungen (71 Prozent).

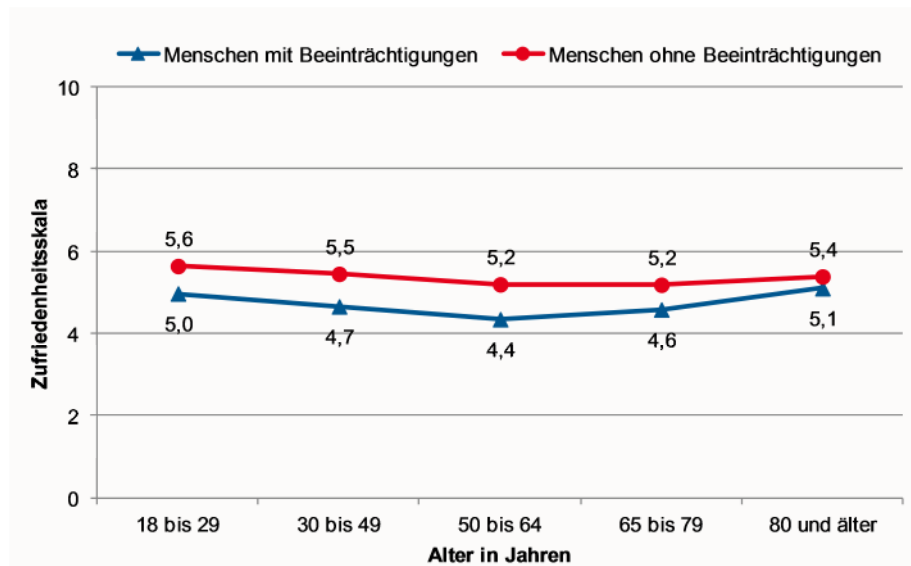
4.8.1 Politik – Zufriedenheit, Interesse und allgemeine Beteiligung

► Menschen mit Beeinträchtigungen sind – unabhängig von Alter und Geschlecht – durchschnittlich weniger zufrieden mit der Demokratie als die Referenzgruppe ohne Beeinträchtigungen. Von den Erwachsenen mit Beeinträchtigungen im Alter von 18 bis 29 Jahren interessiert sich mit 38 Prozent ein wesentlich größerer Anteil überhaupt nicht für Politik als bei den Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen mit 22 Prozent.

Die Zufriedenheit mit dem politischen System in Deutschland ist insgesamt auf einem mittleren Niveau. Menschen mit Beeinträchtigungen bewerten die Demokratie dabei tendenziell schlechter als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

²⁸⁶ Vgl. ausführlicher zum Recht auf Wahlen für alle Menschen mit Beeinträchtigungen gemäß der UN-BRK: Palleit, L. (2011).

Abbildung 4-71: Zufriedenheit mit der Demokratie, so wie sie in Deutschland besteht – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“), nach Altersklassen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Nach Alter und Geschlecht variiert die Zufriedenheit mit dem demokratischen System jedoch kaum. Feststellen lässt sich aber, dass Menschen mit Migrationshintergrund zufriedener mit der Demokratie in Deutschland sind als der Bevölkerungsdurchschnitt.

Tabelle 4-63: Zufriedenheit mit der Demokratie, so wie sie in Deutschland besteht – Mittelwerte auf einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden), nach Geschlecht und Migrationshintergrund

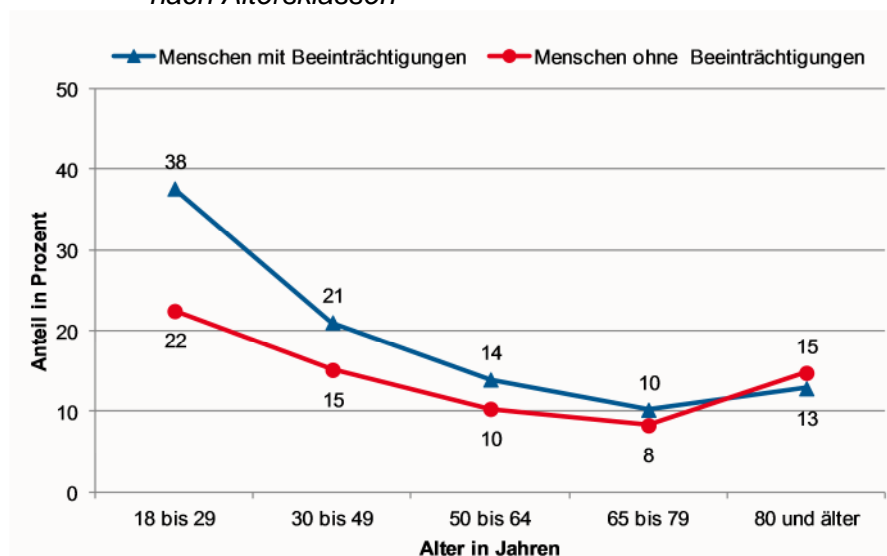
	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mit Migrationshintergrund	5,0	5,0	5,6	5,9
Ohne Migrationshintergrund	4,5	4,5	5,3	5,3
Insgesamt	4,6	4,6	5,3	5,5

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Interesse an Politik ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass sich Menschen auch aktiv am politischen System beteiligen, sich informieren und Meinungen bilden. Wie intensiv sich Menschen für Politik interessieren, ist stark von ihrem Alter abhängig. Mit steigendem Alter nimmt das Interesse deutlich zu. Augenfällig ist dabei, dass sich Erwachsene mit Beeinträchtigungen seltener für Politik begeistern können als Erwachsene ohne Beeinträchtigungen. Mehr als jeder dritte 18- bis 29-Jährige mit Beeinträchtigungen interessiert sich überhaupt

nicht für Politik. Unter den jungen Erwachsenen ohne Beeinträchtigungen zeigt etwa jeder fünfte starkes Desinteresse. Bei den 65-Jährigen und Älteren bestehen keine Unterschiede mehr.

Abbildung 4-72: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die sich überhaupt nicht für Politik interessieren, nach Altersklassen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Frauen interessieren sich tendenziell seltener für Politik als Männer. Während Männer mit Beeinträchtigungen in allen Altersklassen erkennbar häufiger kein Interesse an Politik haben als Männer ohne Beeinträchtigungen, unterschieden sich Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen in ihrem Interesse nur geringfügig voneinander. Eine Ausnahme stellen hier die 18- bis 29-Jährigen dar. Frauen mit Beeinträchtigungen sind in diesem Alter deutlich häufiger nicht an Politik interessiert als ihre Altersgenossinnen ohne Beeinträchtigungen.

Überdurchschnittlich häufig sagen Frauen mit wie ohne Beeinträchtigungen, die einen Migrationshintergrund haben, dass sie sich überhaupt nicht für Politik interessieren.

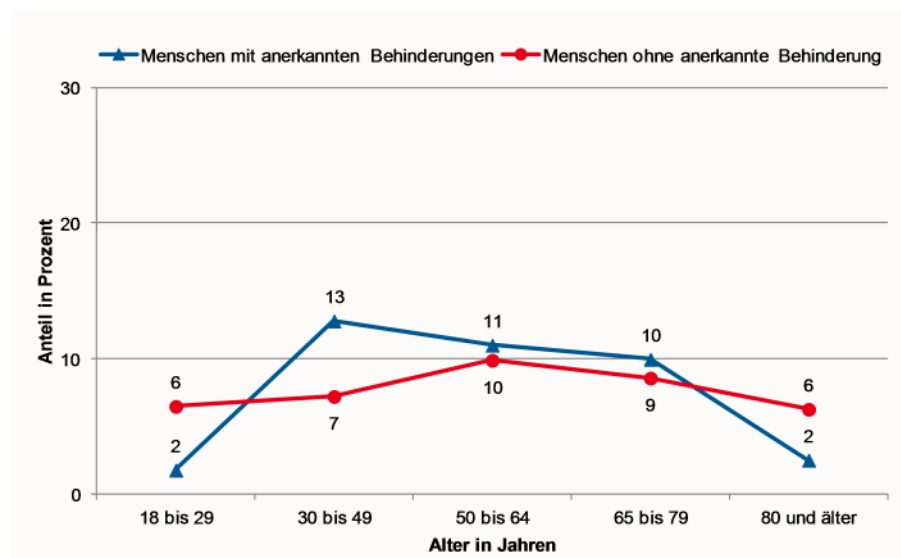
Tabelle 4-64: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die sich überhaupt nicht für Politik interessieren, nach Altersklassen und Geschlecht

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 29	33%	43%	18%	26%
30 bis 49	17%	25%	10%	20%
50 bis 64	12%	15%	9%	12%
65 bis 79	7%	14%	6%	10%
80 und älter	6%	17%	9%	19%
Insgesamt	11%	18%	11%	18%
Mit Migrationsh.	23%	33%	17%	31%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Wird die regelmäßige oder zumindest sporadische Beteiligung in Bürgerinitiativen, in Parteien oder in der Kommunalpolitik betrachtet, so zeigen sich nur marginale Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne eine anerkannte Behinderung. Statistische aussagekräftige Unterschiede zeigen sich lediglich bei Erwachsenen in der Altersklasse zwischen 30 und 49 Jahren. In diesem Alter sind Menschen mit einer anerkannten Behinderung sogar häufiger politisch aktiv als Gleichaltrige ohne anerkannte Behinderung.

Abbildung 4-73: Anteil von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderungen, die sich in ihrer freien Zeit politisch beteiligen, nach Altersklassen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle Befragten, die sich jede Woche, jeden Monat oder seltener in Bürgerinitiativen, Parteien oder in der Kommunalpolitik beteiligen.

Zwischen Frauen und Männern mit einer anerkannten Behinderung bestehen hier nur geringfügige Unterschiede (ohne Abbildung). Die Häufigkeit einer Beteiligung an politischen Initiativen oder Institutionen nimmt jedoch insbesondere bei hochgradigen Behinderungen stark ab.

Tabelle 4-65: Anteil von Menschen mit einer anerkannten Behinderung, die sich in ihrer freien Zeit politisch beteiligen, nach Altersklassen und Grad der Behinderung

Alter in Jahren	Menschen mit anerkannter Behinderung			
	Insgesamt	Darunter GdB		
		< 50	50 bis 80	90 bis 100
18 bis 64	12%	14%	12%	4%
65 bis 79	10%	16%	10%	4%
80 und älter	3%	9%	3%	0%
Insgesamt	10%	14%	10%	3%

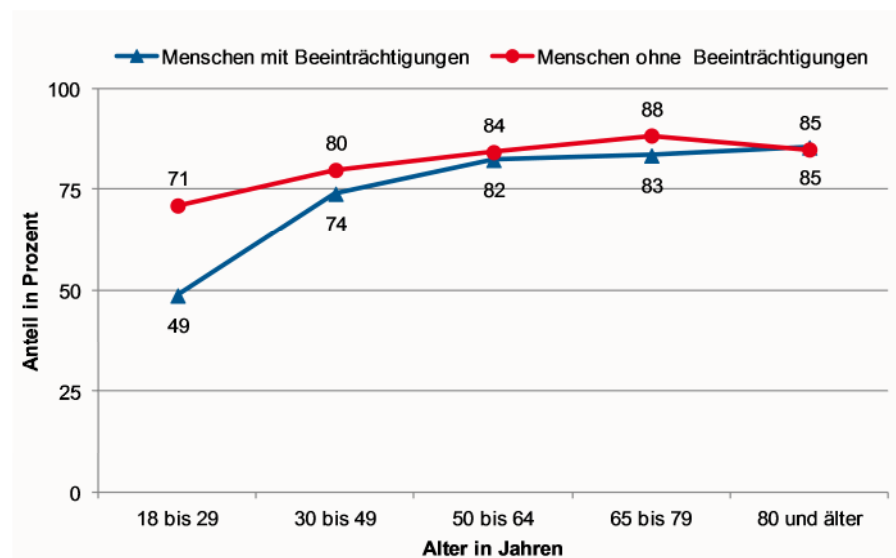
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle Befragten, die sich jede Woche, jeden Monat oder seltener in Bürgerinitiativen, Parteien oder in der Kommunalpolitik beteiligen.

4.8.2 Beteiligung an politischen Wahlen

► Die Wahlbeteiligung von jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) mit Beeinträchtigungen liegt mit 49 Prozent deutlich unter der ihrer Altersgruppe ohne Beeinträchtigungen (71 Prozent).

Ausdruck politischer Beteiligung ist die Teilnahme an Wahlen. Über alle Altersklassen hinweg zeigt sich, dass ältere Erwachsene eher an Wahlen teilnehmen als jüngere Erwachsene. 18- bis 29-Jährige mit Beeinträchtigungen haben sich mit 49 Prozent dabei wesentlich seltener an der Wahl zum Deutschen Bundestag beteiligt als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen. In höheren Altersklassen gleichen sich die Unterschiede an.

Abbildung 4-74: Wahlbeteiligung bei der Wahl zum Deutschen Bundestag am 27. September 2009



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle Wahlberechtigten.

Frauen beteiligten sich tendenziell etwas seltener an Wahlen als Männer. Erkennbare Unterschiede zwischen Männern mit und ohne Beeinträchtigungen bestehen nur in den Altersklassen 18 bis 29 Jahre sowie 65 bis 79 Jahre. Frauen mit Beeinträchtigungen (bis 79 Jahre) beteiligten sich dagegen durchweg seltener an Wahlen als Frauen ohne Beeinträchtigungen. Menschen mit Migrationshintergrund gehen unabhängig davon, ob eine Beeinträchtigung vorliegt oder nicht, häufiger als die restlichen Wahlberechtigten nicht wählen.

Tabelle 4-66: Wahlbeteiligung bei der Wahl zum Deutschen Bundestag am 27. September 2009, nach Altersklassen und Geschlecht

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 29	44%	53%	72%	70%
30 bis 49	79%	70%	81%	79%
50 bis 64	85%	80%	84%	84%
65 bis 79	84%	83%	89%	88%
80 und älter	90%	82%	90%	81%
Insgesamt	83%	78%	82%	80%
Mit Migrationsh.	68%	66%	61%	61%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle Wahlberechtigten.

Bestimmte Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen sind vom Wahlrecht vollständig ausgeschlossen. Das kann aus zwei Gründen geschehen: Zum einen werden Personen vom Wahlrecht ausgeschlossen, für die eine Betreuung in allen Angelegenheiten nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt ist (§ 13 Nr. 2 Bundeswahlgesetz); zum anderen betrifft es Personen, die aufgrund einer Anordnung nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in Verbindung mit § 20 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht sind.

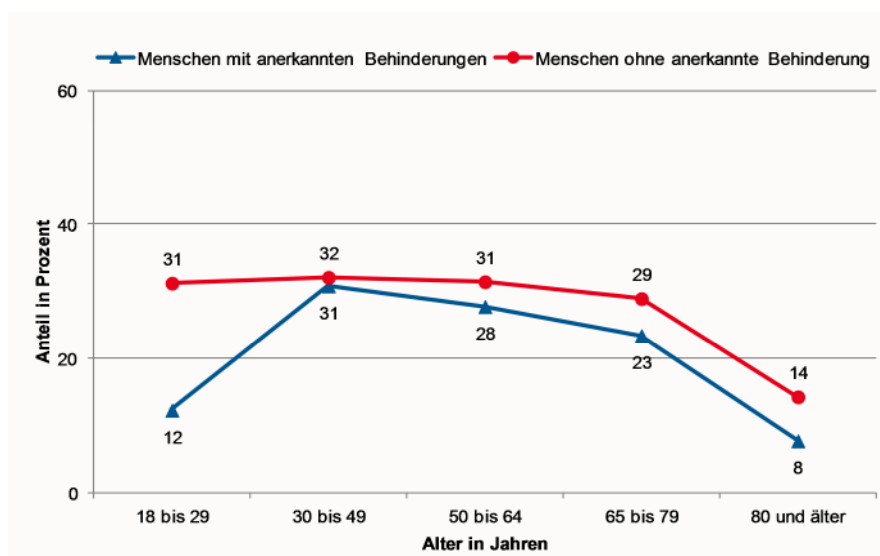
4.8.3 Zivilgesellschaftliches Engagement

► Beim Vorliegen einer anerkannten Schwerbehinderung gehen nur 12 Prozent der jungen Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren einer ehrenamtlichen Tätigkeit nach. In der Vergleichsgruppe liegt das Engagement bei 31 Prozent.

Anhand der SOEP Befragungswelle 2009 lassen sich für die Gruppen der Menschen mit einer anerkannten Behinderung sowie für Menschen ohne anerkannte Behinderung Aussagen dazu treffen, wie häufig sie sich ehrenamtlich engagieren.

Über alle Altersklassen hinweg engagieren sich Menschen mit einer anerkannten Behinderung seltener in Vereinen, Verbänden oder sozialen Diensten. Nur in der Altersklasse der 30- bis 49-Jährigen liegt die Intensität des ehrenamtlichen Engagements etwa gleichauf. Während bei Menschen ohne anerkannte Behinderung der Anteil der ehrenamtlich Tätigen unabhängig vom Alter etwa auf ähnlichem Niveau verbleibt und erst bei den 80-Jährigen und Älteren stark absinkt, zeigt sich bei Menschen mit einer anerkannten Behinderung eine stärkere Altersabhängigkeit der Beteiligung. Am deutlichsten fallen die Unterschiede jedoch in der jüngsten Altersklasse aus: Junge Erwachsene mit einer anerkannten Behinderung gehen mit einem Anteil von zwölf Prozent deutlich seltener ehrenamtlichen Tätigkeiten nach als Gleichaltrige ohne anerkannte Behinderung (31 Prozent).

Abbildung 4-75: Anteil von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die in ihrer freien Zeit ehrenamtlichen Tätigkeiten nachgehen, nach Altersklassen



Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle Befragten, die sich jede Woche, jeden Monat oder seltener in Vereinen, Verbänden oder sozialen Diensten engagieren.

Zwischen Männern und Frauen mit anerkannter Behinderung zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. Mit steigendem Grad der Behinderung nimmt jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass sich Erwachsene ehrenamtlich engagieren, deutlich ab: Menschen mit einem Grad der Behinderung unterhalb der Schwerbehinderungsschwelle gehen mehr als doppelt so häufig ehrenamtlichen Tätigkeiten nach als Menschen mit einem Grad der Behinderung, der bei 90 oder höher liegt.

Tabelle 4-67: Anteil von Menschen mit einer anerkannten Behinderung, die in ihrer freien Zeit ehrenamtlichen Tätigkeiten nachgehen, nach Altersklassen und Grad der Behinderung

Alter in Jahren	Menschen mit anerkannter Behinderung			
	Insgesamt	Darunter GdB		
		< 50	50 bis 80	90 bis 100
18 bis 64	28%	35%	26%	19%
65 bis 79	24%	30%	23%	17%
80 und älter	8%	/	11%	0%
Insgesamt	24%	33%	23%	14%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2009, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. Bezogen auf alle Befragten, die sich jede Woche, jeden Monat oder seltener in Vereinen, Verbänden oder sozialen Diensten engagieren.

Ein wichtiger zivilgesellschaftlicher Bereich, in dem sich die Interessen von Menschen mit Beeinträchtigungen im Sinne der Selbstorganisation formieren, sind Behindertenorganisationen und Selbsthilfegruppen. Sie sind in Deutschland auf der Bundesebene in verschiedenen Dachverbänden zusammengeschlossen. Eine gemeinsame Aktionsplattform der Verbände stellt der Deutsche Behindertenrat (DBR) dar. Über ihn sind derzeit nach eigenen Angaben 2,5 Mio. Mitglieder organisiert.

Über die Aktionsplattform sind die Mitglieder im Deutschen Behindertenrat bestrebt, die Interessen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen verbandsübergreifend zu vertreten. Ein Schwerpunkt der Aktivitäten liegt dabei auf der Sicherstellung der finanziellen Rahmenbedingungen für die Lebensgestaltung behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen sowie der für sie notwendigen Dienste und der Selbsthilfestrukturen.²⁸⁷ Hierfür sind sie in zahlreichen sozialpolitischen Gremien auf Bundes- und Landesebene vertreten.

²⁸⁷ Vgl. <http://www.deutscher-behindertenrat.de>

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Politik und Öffentlichkeit

Menschen mit Beeinträchtigungen leben als Bürgerinnen und Bürger in der Gesellschaft und sollen als interessierte und engagierte Akteurinnen und Akteure zu ihrem Gelingen beitragen können. In demokratischen Gesellschaften haben Menschen unabhängig von Art und Ausmaß vorliegender Beeinträchtigungen ein Recht auf Teilhabe. Dies legitimiert sich vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass die Verwirklichung von Teilhabe als ein grundlegendes menschliches Bedürfnis zu verstehen ist. Dies bezieht die Möglichkeit ein, für eigene Bedürfnisse, Interessen und Präferenzen einzutreten, die eigene Entwicklung wie auch die Entwicklung von Gesellschaft aktiv mitzugestalten sowie Verantwortung für sich selbst und andere zu übernehmen.

Teilhabe setzt den gleichberechtigten Zugang zu öffentlichen Räumen und gesellschaftlichen Rollen voraus. D. h. jeder Bürger und jede Bürgerin darf erwarten, durch eigenes Engagement etwas für die Gemeinschaft bewirken zu können und von anderen in seinem Engagement wahrgenommen, akzeptiert und anerkannt zu werden. Entsprechend spiegeln sich in den vorliegenden Daten zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen sowohl die aktuelle Verfügbarkeit gesellschaftlicher Rollen und zugehöriger individueller Teilhabepotenziale, Kompetenzen und Vulnerabilitäten, als auch die Möglichkeit und der Nutzen von auf Teilhabe bezogenen Erwartungen, Meinungen und Überzeugungen wider. Denn Art und Ausmaß der Verwirklichung von Teilhabe sind das Ergebnis der Passung zwischen Teilhabemotiven, Kompetenzen, Vulnerabilitäten, verfügbaren Rollen, gesellschaftlichen Diskursen, Selbst- und Fremdbildern. Dem Nachdenken über und der Korrektur von Stereotypen kommt im Zusammenhang mit der Förderung von Teilhabe besondere Bedeutung zu, weil gerade Menschen mit Beeinträchtigungen – unabhängig von ihrem Lebensalter – auch mit sogenannten Altersbildern konfrontiert sind, die (vermeintliche) Defizite und Verluste akzentuieren und sich nicht selten auch nachhaltig auf die Selbstsicht der Person und Bemühungen um eine aktive Gestaltung eigenen Lebens auswirken.

Seit dem letzten Quartal des vergangenen Jahrhunderts sind die Vereinten Nationen (UN 1975) offensiv aktiv als Sachwalter der Anliegen von Menschen mit Beeinträchtigung und Behinderung. 1981 deklarierten sie das erste Internationale Jahr der Menschen mit Behinderung und stießen ein zehnjähriges Weltaktionsprogramm für sie an (UN 1982). Ihre 22 Standardregeln zur „Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities“ (UN 1993) waren zwar nicht recht-

lich verbindlich, bereiteten aber den Boden für eine Politik der Aufmerksamkeit für Chancengleichheit. Die Europäische Union rief dann im Jahr 2003 das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderung aus.

Den internationalen Übereinkünften folgten neue nationale Diskurse zu Konzepten und Strukturen, die zur Sicherung von Chancengleichheit („equalization of opportunities“), Teilhabe („full partizipation“), Selbstbestimmung und Lebensqualität („quality of life“) führen sollen.

Die auf dieser Grundlage entwickelten Standards der Chancengerechtigkeit umfassen neben der materiellen Absicherung auch individuelle Rechte auf Bildung, Beruf, sozialen Status, Gesundheit, Sicherheit, Dienstleistungen etc..²⁸⁸ Desweiteren wurde betont, dass im Zusammenhang mit der Frage nach den jeweils angemessenen Unterstützungsleistungen der Perspektive der Betroffenen Rechnung getragen werden muss.

Die aktuelle Fachdebatte geht von dem individuellen Recht aller Menschen auf uneingeschränkte Teilhabe an Politik und Öffentlichkeit aus, aber auch davon, dass Menschen mit Beeinträchtigungen durch die Partizipation an diesen Bereichen ebenso wie durch ihre Wahrnehmung und Interessenvertretung in der Öffentlichkeit an Fähigkeiten und gesellschaftlicher Macht gewinnen sollen und werden.

Dies steht im Einklang mit der Intention des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1) sowie Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern (§ 4 Abs. 1), die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern (§ 4 Abs. 3) und die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern (§ 4 Abs. 4), aber auch mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) von 2006.

Jüngster Impulsgeber ist die 2006 durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete Behindertenrechtskonvention. Das gemeinsam mit Menschen mit Beeinträchtigung entwickelte und auch von Deutschland

²⁸⁸ Wacker, E. (2011).

ratifizierte Werk setzt mit seinem partizipatorischen Grundkonzept Maßstäbe für die Entwicklung der zukünftigen Behindertenpolitik und Behindertenarbeit als Politik der Gleichstellung und Anerkennung. Der Teilhabe entgegenstehende Barrieren müssen nun systematisch erkannt, überprüft und Zug um Zug abgebaut werden, ggf. auch mit Hilfe gezielter Regelungen und Leistungen.

Die Idee einer inklusiven Gesellschaft beruht auf der unbedingten Zugehörigkeit aller Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderung. Die Verwirklichung dieser Vision verlangt die Entwicklung der Interessenvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen in allen gesellschaftlichen Handlungsfeldern. Zur Förderung und Sicherung dieser Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen sind derzeit spezielle Berichte und (Aktions-)Pläne (auf Bundes-, Landes- oder regionaler Ebene) ebenso vorgesehen wie eine Vertretung der Betroffenenperspektive durch Beauftragte (Behindertenbeauftragte, Schwerbehindertenvertretungen, Werkstattträger auf betrieblicher Ebene, Heimbeiräte beim Wohnen) oder selbst gegründete Gruppen (Vereine und Verbände als Lobbyisten, die sich zudem oft nach Behinderungsarten differenzieren).

Die Wirksamkeit all dieser Aktivitäten wurde aber bislang nicht systematisch geprüft. Insofern müsste gefragt werden, wie und in welchem Umfang sich die politischen Akteure von Exklusionsverwaltern zu Inklusionsvermittlern wandeln und dadurch Ressourcen zugunsten der Menschen mit Beeinträchtigung freigesetzt werden, die Befähigungsgerechtigkeit steigern (z. B. durch das Bereitstellen von nutzbaren Handlungsfeldern) und einen neuen professionellen Umgang mit Verschiedenheit fördern (d. h. die Achtung gegenüber der Verschiedenheiten in Fall und Feld). Die explizite Berücksichtigung der Betroffenenperspektiven und der Individualität von Ansprüchen und Bedürfnissen widerspricht der bisher dominanten Politik der Gruppenbildung und Gleichbehandlung, die einer Bereitstellung von Leistungen nach Maß eher zuwiderläuft. Im Bemühen, der Individualität (und Heterogenität) der Betroffenenperspektiven besser gerecht zu werden, sollte nicht nur nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen, sondern auch in stärkerem Maße nach verschiedenen Sozialstatus- und Milieugruppen differenziert werden, in denen zum Teil sehr unterschiedliche Informationen über Ansprüche und Rechte vorliegen und sehr unterschiedliche Kompensationsmöglichkeiten bestehen.

Im Sinne einer verstärkten Nutzerinnen- bzw. Nutzerorientierung (d. h. Beteiligung bei der Gestaltung, Nutzung und Bewertung des Leis-

tungsgeschehens) sind konzeptionelle Entwicklungen in der Behindertenarbeit und Behindertenpolitik erkennbar; mit dem Ziel sicherzustellen, dass bürgerliche, politische, soziale, wirtschaftliche und kulturelle Rechte immer besser uneingeschränkt ausgeübt werden können.²⁸⁹ Aus wissenschaftlicher Perspektive wird derzeit eine Verbesserung solcher partizipativ wirksamer Instrumente entwickelt, die z. B. auch Personenkreise einschließen, die wegen ihrer kognitiven Beeinträchtigungen durch übliche Befragungen schwer erreicht werden.²⁹⁰ Es wird angenommen, dass sich durch die steigende Nutzungsmacht der Leistungsberechtigten (etwa durch mehr Entscheidungskompetenz und Einfluss auf Ressourcen) zukünftige Leistungsangebote so verändern werden, dass sie besser zu den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer passen.²⁹¹ Ein dafür geeignetes Instrument ist in dem Persönlichen Budget zu sehen, das Geldleistungen an Stelle von Sachleistungen ermöglicht und auf das seit 2008 ein individueller Rechtsanspruch besteht.²⁹² Das traditionelle Leistungsdreieck (Leistungsträger und Leistungsanbieter vereinbaren Leistungen für die Leistungsberechtigten) öffnet sich zugunsten neuer Leistungsbeziehungen (Leistungsnehmerinnen und -nehmer kaufen sich Leistungen mit dem Geld der Leistungsträger bei Leistungsanbietern).

Als eine eigene Strategie von Menschen mit Beeinträchtigungen, ihre Interessen in der Wissenschaft und Forschung (unbehindert) zu vertreten, kann man die „Disability Studies“ verstehen.²⁹³ In Abgrenzung zur traditionellen Sonder-, Förder- oder Heilpädagogik steht diese junge Wissenschaftsdisziplin unter der Zielsetzung, in vorrangig kulturwissenschaftlich geprägter Perspektive Behinderung als Ausdruck von Machtverhältnissen zu erforschen.²⁹⁴

Die vorliegenden Daten zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen weisen einen ausgeprägten Trend zu scheinbarem politischem Desinteresse vor allem in jungen Jahren aus. Hier mag sich auswirken, dass gerade junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen in ihrer Alltagsgestaltung mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert sind, so dass die verfügbaren Ressourcen zu einem guten Teil in die Chancen eines möglichst selbstbestimmten Lebens im Alltag investiert werden (müssen)

²⁸⁹ Schlebrowski, D. (2009).

²⁹⁰ Schäfers, M. (2008).

²⁹¹ Oelerich, G., Scharschuch, A. (2005).

²⁹² Wansing (2007); Wacker (2009).

²⁹³ Waldschmidt, A., Schneider, W. (2007).

²⁹⁴ Köbsell, S., Waldschmidt, A. (2006); Dederich, M. (2007); Waldschmidt, A. (2009).

und für ein politisches Engagement nicht zur Verfügung stehen. Des Weiteren ist zu bedenken, dass hier jener Personenkreis angesprochen ist, dem vor allem Förderung angeboten wird, ohne dass gesellschaftliche Teilhabeerwartungen ausdrücklich artikuliert werden, jüngere Menschen mit Beeinträchtigungen also vor allem in ihren zu kompensierenden Schwächen und Defiziten, dagegen aber kaum in ihren Potenzialen zur Gestaltung eigenen und gesellschaftlichen Lebens wahrgenommen werden. Insofern könnte die erkennbare Zurückhaltung in den Aktionsfeldern der Politik durchaus als in Übereinstimmung mit (den für die Entwicklung von Selbstbestimmung und Mitverantwortung wenig förderlichen) gesellschaftlichen Bildern von Menschen mit Beeinträchtigung bewertet werden.²⁹⁵ Die sogar etwas überdurchschnittliche politische Beteiligung der Personen mit Beeinträchtigungen in mittleren Jahren (30-60jährige) könnte auf Engagement im Bereich der Selbstvertretung, ein vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen mögliches und notwendiges Bemühen um aktive Gestaltung von Voraussetzungen selbst- und mitverantwortlicher Lebensführung, zurückgehen. Der im höheren Alter zu beobachtende Rückgang mag zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass Bemühungen um Teilhabe dann mit steigendem Ausmaß der Beeinträchtigung an ihre Grenzen kommen. Des Weiteren können hier ungünstige Altersbilder dazu beitragen, dass der Nutzen eines Engagements nicht mehr in gleichem Maße gesehen, Anerkennung nicht mehr in gleichem Maße gewährt und erwartet wird, bestehende Optionen nicht mehr genutzt werden können. Aber diese Vermutungen sind mit den vorliegenden Daten nicht angemessen zu prüfen. Entsprechendes gilt für die Frage der Beteiligung an politischen Wahlen.

Die im jüngeren und höheren Alter geringere Beteiligung an Wahlen und Selbstvertretung schmälert aber zweifellos die Chance politischer Einflussnahme auf Themensetzung und Ergebnisse von Aushandlungsprozessen.

Wenn Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen ihre Interessen artikulieren und politisch vertreten, ist eine angemessene Assistenz bisweilen unumgänglich. Diese Selbstbestimmung ist in einer Weise zu fördern, dass die öffentliche Interessenvertretung immer mehr gelingt (wie dies beispielsweise Aktionen der People First Bewegung demonstrieren) und zugleich die von Sachwaltern oder Stellvertretungen artikulierten Interessen tatsächlich den Interessen der Betroffenen entsprechen.

Die erkennbar reduzierte Teilnahme von Menschen mit Beeinträchtigungen am Vereinsleben dürfte sich in den meisten Fällen nachteilig auf die Wahrnehmung von Selbstwert, Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit auswirken, sie reduziert die Möglichkeiten der Erfahrung von Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft Gleichgesinnter oder gleich Interessierter, vermindert die Chancen, jenseits der Beeinträchtigung eigene Stärken und Kompetenzen zugunsten anderer anzubieten, zu üben und weiter zu entwickeln. Indem sich ein Engagement für andere, die Übernahme von Mitverantwortung, weitgehend auf andere Menschen, die ebenfalls von Beeinträchtigungen und Behinderungen betroffen sind, beschränkt, steigt das Risiko von Absonderung und Ausschluss dieser Personengruppen nach Art ihrer Beeinträchtigung. Positiv zu werten ist aber, dass sich die in Deutschland für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen engagierten Interessenvertretungsverbände und -vereine bzw. Behindertenorganisationen mittlerweile weitgehend auch für das Engagement ihrer Zielgruppen (z. B. in Form von Mitgliedschaften und inneren Interessenvertretungen) geöffnet haben und sie zunehmend an der Lobbyarbeit beteiligen. Diese Tendenz kann aber ebenfalls in den aktuell verfügbaren Daten nicht nachvollzogen werden.

Menschen mit Beeinträchtigungen vor allem als Akteurinnen und Akteure ihres Lebens zu sehen und zuzulassen, ist eine seit langem von diesen selbst formulierte Forderung (z. B. durch die Selbstbestimmt Leben Bewegung). Teil dieser Rolle als Bürgerinnen und Bürger ist, Teilhabe durch Teilhabe sichtbar werden zu lassen, indem das Engagement von Menschen mit Beeinträchtigung im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Intentionen selbstverständlich wird.

Im sozialen Feld des jeweiligen Sozialraums müssen auch Bürgerinnen und Bürger mit Beeinträchtigungen ihre Bedarfe und Interessen in Gemeinden und Stadtteilen vertreten und realisieren (z. B. als Mieterinnen und Mieter agieren) und ihre Ressourcen in das Gemeinwesen einbringen können (z. B. als bürgerschaftlich Engagierte). Zugleich müssen sie die für ihre Lage notwendigen Assistenzen dort erhalten (z. B. durch soziale Dienste) sowie die dort vorhandenen Regeleinrichtungen (wie Schulen, Ämter, Stätten der Arbeit und Freizeit, Verkehrsmittel) so angepasst werden, dass sie für eine Vielfaltsgemeinschaft angemessen offen sind, unabhängig beispielsweise von den Formen und Ausprägungen von Beeinträchtigungen einzelner.²⁹⁶

²⁹⁵ Kruse, A. (2012); Schmitt, E. (2012).

²⁹⁶ Schablon, K.-U. (2008): S. 302.

„Sehen Sie Engagement mal von der anderen Seite“ heißt eine Kampagne, die die Lebenshilfe gemeinsam mit der Aktion Mensch entwickelt hat und betreibt (www.lebenshilfe-aktiv.de). Ziel ist es hier, darauf aufmerksam zu machen, dass Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen sich im Interesse anderer einsetzen, für Ältere und für Kinder, bei der Feuerwehr, im Naturschutz und an vielen anderen Orten und dass sie das Recht haben, sich mitten in der Gesellschaft zu engagieren. Die Aufmerksamkeit für diese Form des Engagements wird noch weiter zu entwickeln sein, um der tendenziell bestehenden sozialen Ausgrenzung im Bereich dieser öffentlichen Handlungsfelder entgegenzuwirken.²⁹⁷

Auch partizipatorische Angebote bei der Planung und Durchführung von Sportgroßveranstaltungen, die in der Regel große Motivationskräfte beinhalten, könnten öffentliche Sichtbarkeit und Anerkennung von Menschen mit Beeinträchtigung positiv beeinflussen.

Bislang geben deutsche „Freiwilligen Surveys“ und Berichte zum „Bürgerschaftlichen Engagement“ wenig Auskunft zur aktiven Rolle von Menschen mit Beeinträchtigung in Bereichen öffentlichen bürgerschaftlichen Engagements. Dies gilt auch für den *Ersten Engagementbericht* der Bundesregierung „Für eine Kultur der Mitverantwortung“, der im August 2012 vom Bundeskabinett beschlossen wurde.²⁹⁸ Hier werden mehr Teilhabemöglichkeiten als Teil einer aktivierenden Bildungspolitik auch für Menschen mit Behinderung gefordert (S. 23), ansonsten geht der dort angemahnte Wandel vom Problem- zum Potenzialdiskurs an der Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigung weitgehend vorbei. Die Potenziale von Selbsthilfeorganisationen werden zwar thematisiert (z. B. S. 288), aber ansonsten werden Menschen mit Beeinträchtigungen vor allem als Profiteure des bürgerschaftlichen Engagements beschrieben (S. 684f.). Dabei erscheint es wichtig, zukünftig bei allen Menschen den Aspekt der Potenziale in den Generationenbeziehungen viel stärker zu betonen und deutlich zu machen, wie wichtig es für ein angemessenes Verständnis von Teilhabe ist, das Bedürfnis danach, den Mitgliedern nachfolgender Generationen etwas zu geben, ausleben zu können. Dies ist auch für die Entwicklungsräume der Lebensqualität von Menschen mit Beeinträchtigung ernst zu nehmen.²⁹⁹

Mit Blick auf die Arbeitswelt wird die Rolle der Unternehmen bei der Armutsbekämpfung ak-

zentuiert, die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird als eine wichtige Form der Unterstützung der Betroffenen aufgeführt (S. 680). In dieser Rolle des Engagementgebers sehen sich auch die Unternehmen selbst, die bei einer Befragung mehrheitlich angeben, sich u. a. für die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund und/oder Behinderungen zu engagieren (S. 688). Von einem Recht der Menschen mit Beeinträchtigung auf gleichberechtigte Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt ist hier nicht die Rede, ebenso wenig von den Potenzialen, die im Kontext der Erwerbstätigkeit zugunsten der Gesellschaft verwirklicht werden und den Möglichkeiten, bestehende Kompetenzen systematischer zu nutzen. Gerade in der Arbeitswelt ist der Gedanke einer sehr viel stärkeren Orientierung an den individuellen Kompetenzprofilen und Verletzlichkeitsprofilen von Menschen mit Beeinträchtigungen zu akzentuieren und bekannt zu machen. Dies gilt im übrigen auch für die Arbeit in Werkstätten für behinderte Menschen, wo die vermehrte Schaffung von Generationenteams nicht nur Beschäftigungsfähigkeit länger erhalten, sondern auch eine bessere Nutzung der sich im Altersprozess verändernden Kompetenz- und Vulnerabilitätsprofile im Interesse aller Beteiligten erreicht werden könnte (siehe auch den Kommentar zum Kapitel Erwerbsarbeit, Einkommen und das Schwerpunktthema Ältere Menschen mit Beeinträchtigungen).³⁰⁰

Stärker an der Idee eines Eigenengagements der Menschen mit Beeinträchtigung orientieren sich derzeit die von gemeinnützigen Leistungsanbietern gestalteten Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereiche, innerhalb derer diejenigen engagiert mitwirken, die dort leben, arbeiten und ihre Freizeit verbringen. Über das Engagement von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Zivilgesellschaft, also z. B. in Vereinen, Gewerkschaften, Parteien oder Kirchen, liegen keine repräsentativen Daten vor.

Letztendlich bleiben trotz einiger vielversprechender Ansätze noch viele Entwicklungsräume, um Menschen mit Beeinträchtigung öffentlich in gelungener Weise zur Sprache zu bringen und ihnen eine aktive Teilhaberrolle sowie den gleichberechtigten Zugang zu den Medien zuzugestehen. Diese Aussage gilt in besonderem Maße auch für die Verwirklichung von Teilhabe im Alter.³⁰¹

Die Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben, wie sie in der UN-BRK (nach Art. 29)

²⁹⁷ Klie, T., Krank, S., Siebert, A. (2007).

²⁹⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012).

²⁹⁹ Kruse, A. (2012).

³⁰⁰ Kruse, A. (2012).

³⁰¹ Bosse, I. (2006).

eingefordert wird und sicherzustellen ist, ist insbesondere bezogen auf die Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten noch sehr unklar, auch wenn der Bildung eigener Organisationen nichts entgegenzusetzen scheint. Hier sind konkrete Forschungen dringend erforderlich.

Verwendete Literatur

- Bosse, I. (2006): Behinderung im Fernsehen. Gleichberechtigte Teilhabe als Leitziel der Berichterstattung. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Erster Engagementbericht der Bundesregierung „Für eine Kultur der Mitverantwortung“, Berlin.
- Dederich, M. (2007): Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies, transcript, Bielefeld.
- Klie, T., Krank, S., Siebert, A. (2007): Einbezug freiwillig und ehrenamtlich Tätiger in die Hilfen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft. In: Geistige Behinderung, Heft 02, Jg. 46, S. 65-67.
- Köbsell, S., Waldschmidt, A. (Hrsg.) (2006): International Section: Disability Studies in German Speaking Countries. Disability Studies Quarterly. The first Journal in the Field of Disability Studies, USA, Vol. 26, No. 2
- Kruse, A. (2012): Das Leben im Sterben gestalten – Eine kulturell-anthropologische und empirische Analyse des persönlichen und fachlichen Umgangs mit Endlichkeit. In: Kruse, A.; Rentsch, T.; Zimmermann, H.-P. (Hrsg.): Gutes Leben im hohen Alter – Das Altern in seinen Möglichkeiten und Grenzen verstehen. Heidelberg: AKA. S. 249-274.
- Oelerich, G., Schaarschuch, A. (Hrsg.) (2005): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. Reinhardt, München/Basel.
- Schablon, K.-U. (2008): Community Care. Professionell unterstützte Gemeinwesen einbindung erwachsener geistig behinderter Menschen. Lebenshilfe, Marburg.
- Schäfers, M. (2008): Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schlebrowski, D. (2009): Starke Nutzer im Heim. Wirkung Persönlicher Budgets auf soziale Dienstleistungen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schmitt, E. (2012): Altersbilder, Altern und Verletzlichkeit. In: Kruse, A.; Rentsch, T.; Zimmermann, H.-P. (Hrsg.): Gutes Leben im hohen Alter. Das Altern in seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen verstehen. Heidelberg: AKA. S. 3-32.
- Wacker, E. (2009): Das Persönliche Budget. Neue Leistungsgestaltung in der Behindertenhilfe. In: Die Rehabilitation 48, S. 1-11.
- Wacker, E. (2011): Behindertenpolitik, Behindertenarbeit. In: Hans-Uwe Otto, H.U., Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit, (4. völlig neu bearb. Aufl.), München, S. 87-100.
- Waldschmidt, A. (2009): Disability Studies. In: Dederich, M., Jantzen, W. (Hrsg.): Behinderung und Anerkennung. Kohlhammer, Stuttgart, S.125-133.
- Waldschmidt, A., Schneider, W. (Hrsg.) (2007): Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung: Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld, transcript, Bielefeld.
- Wansing, G. (2007): Persönliches Budget. In: Greving, H. (Hrsg.): Kompendium Heilpädagogik. Bd. 2. Bildungsverlag Eins, Troisdorf, S. 165-175.

5 Typische Teilhabekonstellationen von Menschen mit Beeinträchtigungen

5.1 Hintergrund und Zielsetzung

Der Blick in die einzelnen Teilhabefelder hat gezeigt, dass sich die Handlungsspielräume von Menschen mit Beeinträchtigungen je nach Lebensbereich in unterschiedlichem Maße von denen der Menschen ohne Beeinträchtigungen unterscheiden. Die Fokussierung auf die jeweiligen Teilhabefelder hat den Vorteil, dass die Ungleichverteilung von Chancen vor dem Hintergrund teilhabefeldspezifischer Umweltbedingungen interpretierbar ist. Dadurch werden spezifische Exklusionsrisiken sichtbar.

Zur Beschreibung der Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen wird die separate Betrachtung einzelner Teilhabefelder in diesem Kapitel um eine mehrdimensionale Sichtweise ergänzt. Dadurch wird berücksichtigt, dass Teilhabefelder nicht beziehungslos nebeneinander stehen, sondern sich aufeinander beziehen.³⁰² Besonders deutlich ist dies beispielsweise beim Bildungs- und Arbeitssystem, insofern der Bildungserfolg die Teilhabechancen am Erwerbsleben maßgeblich beeinflusst.³⁰³

Zielsetzung dieses Kapitels ist es, typische Teilhabekonstellationen von Menschen mit Beeinträchtigungen zu ermitteln. Diese können dadurch geprägt sein, dass sich Risikofaktoren in mehreren Teilhabefeldern kumulieren oder aber auch dadurch, dass diese durch Ressourcen in anderen Teilhabefeldern kompensiert werden. Inklusion und Exklusion werden somit zu Polen, zwischen denen die Realität komplexer Lebenslagen beschrieben werden kann.³⁰⁴ Durch die mehrdimensionale Beschreibung typischer Teilhabekonstellationen trägt dieses Kapitel dazu bei, die im Grunddatenkapitel von Teil 1 dieses Berichts vorgestellte Grundgesamtheit der Menschen mit Beeinträchtigungen bezüglich ihrer Teilhabesituation besser einschätzen zu können, wobei ein besonderes Erkenntnisinteresse bei der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen liegt, die mit mehrfachen Exklusionsrisiken umgehen müssen.

³⁰² Engels, D. (2006): S. 109-117.

³⁰³ Wansing, G. (2005).

³⁰⁴ Hornberg, C. et al. (2011): S. 72.

Beeinträchtigungen führen dann zu einer Behinderung der Teilhabe, wenn weitere ungünstige Lebensumstände hinzutreten.

Etwa ein Viertel der Menschen mit Beeinträchtigungen erlebt große Einschränkungen in allen betrachteten Lebensbereichen. Typischerweise steht Menschen in dieser Gruppe wenig Geld zur Verfügung. Sie sind oft nicht bzw. nicht mehr erwerbstätig und leben vergleichsweise selten in fester Partnerschaft. Sie bewerten ihren Gesundheitszustand häufig als schlecht und nehmen nur eine geringe Kontrolle über ihr Leben wahr.

Über die Hälfte der erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen kompensieren begrenzte Spielräume aufgrund eines schlechten Gesundheitszustands unter anderem durch andere Ressourcen wie gutes Einkommen, feste Partnerschaft oder Unterstützung aus dem sozialen Umfeld.

Die Situation eines weiteren Viertels lässt sich durch vergleichsweise große Handlungsspielräume in nahezu allen betrachteten Teilhabefeldern beschreiben. Typischerweise handelt es sich hier um vollzeitlich erwerbstätige Menschen mit einer guten beruflichen Qualifikation und einem sicheren Einkommen. Der Gesundheitszustand wird besser bewertet als bei den anderen Gruppen. Auch die gefühlte Selbstbestimmung ist hoch.

5.2 Clusteranalyse

Die typischen Teilhabekonstellationen werden mithilfe einer Auswahl der bereits eingeführten Variablen empirisch ermittelt und dann beschrieben. Die Auswahl der für die Analyse heranzuziehenden Variablen orientiert sich an den Faktoren, die das Risiko sozialer Exklusion erhöhen oder mindern. Diese sind insbesondere:³⁰⁵

- die Einkommenshöhe,
- der Erwerbsstatus und -umfang,
- der schulische Abschluss,
- die berufliche Qualifikation,
- die familiäre Situation bzw. Unterstützung,
- der Gesundheitszustand sowie
- das Vorliegen eines Migrationshintergrundes.

Ein geeignetes Verfahren für die kombinierte Betrachtung von Variablen, die diese Faktoren beschreiben, ist die Clusteranalyse. Mit ihrer Hilfe lassen sich Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen bilden, die über ähnliche Konstellationen von Handlungsspielräumen in verschiedenen Teilhabefeldern verfügen. Diese werden in sogenann-

³⁰⁵In Anlehnung an Wansing, G. (2005): S. 60.

ten Clustern zusammengefasst. Gleichzeitig unterscheiden sich die zusammengefassten Gruppen untereinander möglichst deutlich. Im Ergebnis liefert das Verfahren nicht nur einen neu strukturierten und durch die Gruppierung in seiner Komplexität reduzierten Datensatz, es erlaubt auch eine näherungsweise Einschätzung von Gruppenzusammensetzungen und -größen.

Die Gruppenbildung stößt dabei allerdings an jene Grenzen, die bereits bei der Betrachtung einzelner Teilhabefelder aufgetreten sind. So werden bestimmte Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen von den vorhandenen Befragungen nicht erfasst. Die Gruppenbildung blendet daher die Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen aus, die nicht in einem eigenen Haushalt wohnen oder die geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben und deswegen in Befragungen unterrepräsentiert sind.

Außerdem können nicht alle Faktoren, die eine Lebenssituation beeinflussen, in die Clusteranalyse einbezogen werden, da nicht zu allen Daten vorliegen. Vielmehr müssen gezielt Variablen ausgewählt werden, die als wesentlich für die Situation in einzelnen Teilhabefeldern betrachtet werden und Inklusionsfaktoren bzw. Exklusionsrisiken wie oben benannt gut beschreiben. Zudem sind die einzelnen Variablen so zu wählen, dass sie zu erkennbaren und interpretierbaren Gruppenunterschieden führen.³⁰⁶

Hieraus ergibt sich folgendes Vorgehen:

Die folgenden Analysen basieren auf dem SOEP, da es mehr teilhaberelevante Lebensbereiche abdeckt als die GEDA-Befragung.³⁰⁷

Die Gruppenbildung wird getrennt für Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen durchgeführt. Hierdurch wird geschlechterspezifischen Unterschieden in den Lebenslagen Rechnung getragen.

Außerdem werden separate Analysen für die drei Altersklassen

- frühes und mittleres Erwachsenenalter (18 bis 49 Jahre),
- fortgeschrittenes Alter (50 bis 64 Jahre) sowie
- Seniorenalter (65 bis 79 Jahre)

durchgeführt. Die altersdifferenzierte Gruppenbildung ist notwendig, damit die Ergebnisse nicht durch alters- bzw. lebensphasenspezifische Effekte überlagert werden. Die geschlechter- und altersspezifi-

³⁰⁶ Auch Backhaus, K. et al. (2008, S. 443) empfehlen, „dass nur solche Merkmale im Gruppierungsprozess Berücksichtigung finden, die aus theoretischen Gründen als relevant für den zu untersuchenden Sachverhalt anzusehen sind.“

³⁰⁷ Brosius, F. (2008): S. 745. Bei der Clusteranalyse können unterschiedliche Verfahren der Gruppenbildung zum Einsatz kommen. Für den vorliegenden Bericht wurde das Verfahren der hierarchischen agglomerativen Clusteranalyse verwendet. Als Ähnlichkeitsmaß dient das Chi-Quadrat-Maß. Der gewählte Fusionierungsalgorithmus ist das Complete-Linkage-Verfahren. Dieser Algorithmus fokussiert auf die Homogenität der Cluster und eignet sich daher, wenn eine hohe Homogenität eine zentrale Forderung ist. Zugleich stellt das Complete-Linkage relativ schwache Anforderungen an das Datenmaterial und kann daher auch bei nominalskalierten Daten angewendet werden (Stein, P. (2011)). Die Clusteranzahl wurde anhand eines ‚Sprungs‘ (Ellbow) in der Veränderung des Heterogenitätsmaßes alternativer Cluster-Lösungen ermittelt (Brosius, F. (2008): S. 430).

schen Differenzierungen führen insgesamt dazu, dass in sich homogenere Gruppen gefunden werden können. Die Altersklasse der 80-Jährigen und Älteren wird in diesen Analysen nicht berücksichtigt, da hier auf Basis der vorhandenen Variablen keine signifikanten und interpretierbaren Gruppenunterschiede festgestellt werden konnten.

Das Verfahren ist zweistufig angelegt: Die eigentliche Gruppenbildung wird anhand der folgenden Variablen, die sich im frühen und mittleren Erwachsenenalter empirisch als aussagekräftig und trennscharf erwiesen haben³⁰⁸, durchgeführt:

- Aktueller Gesundheitszustand (sehr gut oder gut, zufriedenstellend, weniger gut oder schlecht)
- Erwerbstätigkeit (nicht erwerbstätig, Teilzeit von bis zu 32 Wochenstunden, Vollzeit über 32 Wochenstunden tatsächliche Arbeitszeit)
- Äquivalenzgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen (unterhalb der 60-Prozent-Schwelle, unterhalb des Medianeinkommens, oberhalb des Medianeinkommens).³⁰⁹

Im zweiten Schritt wird innerhalb der ermittelten Gruppen auf Basis deskriptiver Analysen nach signifikanten Unterschieden in weiteren Teilhabefeldern gesucht. Hierfür werden folgende Variablen ausgewertet:

- Partnerschaft (verheiratet zusammenlebend oder Partnerin/ Partner im Haushalt, in fester Partnerschaft, aber Partnerin/ Partner wohnt nicht im selben Haushalt, ohne feste Partnerschaft)
- Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (Hauptschulabschluss, Realschulabschluss, Fachhochschulreife oder Abitur, anderer Abschluss oder noch kein Abschluss)
- Höchster beruflicher Abschluss (kein beruflicher Abschluss, mittlerer oder höherer beruflicher Abschluss, Universitätsabschluss)
- Selbstbestimmung (starke, mittlere oder schwache Zustimmung zur Aussage „Andere bestimmen über mein Leben“)
- Zufriedenheit mit der Freizeit (sehr unzufrieden, mittel, sehr zufrieden)

Da sich mit steigendem Alter der Befragten das Antwortverhalten in Bezug auf verschiedene teilhaberelevante Variablen zunehmend angleicht, erweist es sich als schwieriger, unterschiedliche Lebenskonstellationen von Menschen im Seniorenalter herauszuarbeiten. Die oben genannten Variablen sind nur bedingt geeignet und trennscharf,

³⁰⁸ Dies wurde durch den Ein- und Ausschluss verschiedener Variablen getestet. Dabei zeigt sich, dass mit steigender Anzahl einbezogener Variablen die Ergebnisse insgesamt unklarer werden.

³⁰⁹ Über das Äquivalenzgewicht werden die Zahl und das Alter der Haushaltsmitglieder berücksichtigt. Haushaltsnettoeinkommen errechnet anhand des Einkommens nach Steuern und Transfers zuzüglich der Miete für selbst genutztes Wohneigentum. Für die Einteilung der Einkommensklassen wurde der Median aus der gesamten Stichprobe, d.h. der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, genutzt. Das äquivalenzgewichtete Medianeinkommen lag 2009 bei 19.673 Euro Jahreseinkommen pro Haushalt. Ein Einpersonenhaushalt gilt als armutsgefährdet, wenn er ein Einkommen von unter 11.804 Euro (60% des Medians) erreicht.

da z. B. einige Lebensbereiche – wie die Erwerbstätigkeit – im Seniorenalter kaum noch eine Rolle spielen. Für die Altersklasse der 65- bis 79-Jährigen wurden daher die Variablen zur Gruppenbildung folgendermaßen ausgewählt:

- Partnerschaft (verheiratet zusammenlebend oder Partnerin/ Partner im Haushalt, in fester Partnerschaft, aber Partnerin/ Partner wohnt nicht im selben Haushalt, ohne feste Partnerschaft)
- Äquivalenzgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen (unterhalb der 60 Prozent Schwelle, unterhalb des Medianeinkommens, oberhalb des Medianeinkommens)
- Aktueller Gesundheitszustand (sehr gut oder gut, zufriedenstellend, weniger gut oder schlecht)

Im zweiten Schritt wurde auch für die Gruppen dieser Altersklasse nach Mustern in Bezug auf die weiteren Teilhabefelder gesucht:

- Selbstbestimmung (starke, mittlere oder schwache Zustimmung zur Aussage „Andere bestimmen über mein Leben“)
- Zufriedenheit mit der Freizeit (sehr unzufrieden, mittel, sehr zufrieden)

Die zentralen Ergebnisse der Analysen werden im folgenden Unterkapitel zusammengefasst. Einen detaillierten Einblick in die Teilhabekonstellationen bieten die dann folgenden Unterabschnitte.

5.3 Ergebnisse

Mit dem beschriebenen Vorgehen lassen sich für Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen in den gewählten Altersklassen jeweils drei typische Teilhabekonstellationen ermitteln:

- Konstellationen, die überwiegend durch geringe Ressourcen bzw. große Defizite gekennzeichnet sind und daher große Teilhabeeinschränkungen mit sich bringen.
- Konstellationen, bei denen begrenzte Spielräume in einzelnen Teilhabefeldern und Ressourcen in anderen nebeneinander stehen, demnach mittlere Einschränkungen bei der Teilhabe vorliegen.
- Konstellationen, die durch große Handlungsspielräume in nahezu allen betrachteten Teilhabefeldern geprägt sind, sodass nur geringe Einschränkungen vorliegen.

5.3.1 Überblick: Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen mit geringen, mittleren und großen Einschränkungen

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick darüber, wie groß die Gruppen mit großen, mittleren und geringen Teilhabeeinschränkungen sind.³¹⁰

Tabelle 5-1: Teilhabekonstellationen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Anteil und Anzahl

Alter in Jahren	Teilhabekonstellation mit ...						Insgesamt
	... geringen Einschränkungen		... mittleren Einschränkungen		... großen Einschränkungen		
	Anteil	In 1.000	Anteil	In 1.000	Anteil	In 1.000	
18 bis 49	31%	1.127	38%	1.413	31%	1.139	100%
50 bis 64	30%	1.562	50%	2.628	20%	1.060	100%
65 bis 79	12%	693	68%	3.841	20%	1.133	100%
Insgesamt	23%	3.366	54%	7.904	23%	3.326	100%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Es zeigt sich, dass der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die auf Ressourcen in allen untersuchten Teilhabebereichen zurückgreifen können und daher überwiegend geringe Teilhabeeinschränkungen haben, bei 23 Prozent liegt.³¹¹ Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung der Erwachsenen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten sind dies rund 3,4 Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen. Typischerweise ist diese Konstellation dadurch geprägt, dass bei einer guten beruflichen Qualifikation und überwiegender Vollzeitbeschäftigung im Erwerbssalter das Einkommen oberhalb des Medians der erwachsenen Gesamtbevölkerung liegt. Der Gesundheitszustand wird in dieser Gruppe im Durchschnitt besser als in den beiden anderen Gruppen bewertet. Mit leichten Variationen zwischen Altersklassen und Geschlecht ist die feste Partnerschaft hier die überwiegende Lebensform. Aufgrund der zahlreichen Ressourcen ist die empfundene Selbstbestimmung in dieser Gruppe trotz der gesundheitlichen Einschränkungen deutlich stärker ausgeprägt als in den anderen beiden Gruppen. Der Hilfebedarf dürfte daher eher gering sein.

³¹⁰ Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Clusteranalyse ein exploratives Verfahren ist, das eine näherungsweise Einschätzung von Gruppengrößen erlaubt. Die Ergebnisse einer Clusteranalyse sind abhängig vom gewählten Algorithmus, der zur Gruppenbildung verwendet wird sowie von den Variablen, die zur Gruppenbildung herangezogen werden. Die Validität der hier durchgeführten Clusteranalysen wurde durch eine Kreuzvalidierung abgesichert. Hierfür wurde die Stichprobe zufällig in zwei Stichproben geteilt und in jeder Stichprobe jeweils getrennt eine Clusteranalyse sowie eine Diskriminanzanalyse durchgeführt. Bei der Gegenüberstellung der Clusterzuordnung mit der aus der jeweils anderen Stichprobe ermittelten Diskriminanzfunktion konnte ein hoher Übereinstimmungsgrad erzielt werden, wobei in den Gruppen im Erwerbssalter die Ergebnisse solider sind als im Rentenalter.

³¹¹ Anteilswerte beziehen sich jeweils auf gültige Prozente, die absoluten Zahlen auf die gesamte Altersklasse auf Basis der gültigen Prozente.

Weiterhin lebt etwa ein Viertel der Menschen mit Beeinträchtigungen in einer Teilhabekonstellation, die durch große Einschränkungen geprägt ist. Das sind rund 3,3 Millionen Menschen. Typischerweise sind die finanziellen Handlungsspielräume in dieser Gruppe sehr gering, es überwiegt ein Einkommen an oder unterhalb der Grenze zum Armutsrisiko. Das Erwerbsverhalten ist uneinheitlich, viele Personen sind nicht bzw. nicht mehr erwerbstätig. Aber auch im Falle einer Vollzeitberufstätigkeit ist das Haushaltseinkommen gering. Feste Partnerschaften sind in dieser Gruppe im Vergleich seltener festzustellen, der Gesundheitszustand wird eher kritisch und die Kontrolle über das eigene Leben im Durchschnitt als gering bewertet. Die Lebenssituation der Menschen in dieser Gruppe ist demnach durch zahlreiche Risikofaktoren geprägt. Ein entsprechend hoher Unterstützungsbedarf ist zu vermuten.

Die mit einem Anteil von 54 Prozent größte Gruppe von hochgerechnet rund 7,9 Millionen Menschen hat in einigen der untersuchten Teilhabebereiche erkennbare, in anderen jedoch nur geringe Einschränkungen. Typischerweise wird in dieser Gruppe die gesundheitliche Verfassung kritisch bewertet. Trotz geringer Erwerbsbeteiligung ist das Einkommensniveau aber eher auf dem hohen Niveau der Gruppe mit geringen Einschränkungen. Eine Absicherung scheint über feste Partnerbeziehungen zu erfolgen, die überdurchschnittlich häufig festzustellen sind, oder durch eine auskömmliche Rente. Dies verdeutlicht aber auch, dass Risiken latent vorhanden sind, zum Beispiel für den Fall, dass die partnerschaftliche Absicherung ausbleibt oder sich der Gesundheitszustand weiter verschlechtert und der Hilfebedarf zunimmt.

Im jungen und mittleren Erwachsenenalter sowie im fortgeschrittenen Alter sind die Teilhabekonstellationen relativ ähnlich verteilt. In diesen beiden Altersklassen leben jeweils rund 30 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen mit geringen Einschränkungen, während zusammengefasst rund 70 Prozent mittlere und große Einschränkungen erleben. Im Seniorenalter verschieben sich die Anteilswerte deutlich. Insbesondere die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen und mittleren Teilhabeeinschränkungen nehmen zu. Von massiven Risikolagen (schlechter Gesundheitszustand, niedriges Einkommen, keine Unterstützung durch einen festen Partner / eine feste Partnerin) und einem entsprechend hohen Hilfebedarf ist bei etwa 20 Prozent der 65- bis 79-Jährigen auszugehen (1,1 Millionen Menschen), die mit großen Teilhabeeinschränkungen leben.

Unterschiede in den Gruppenbesetzungen zeigen sich nicht nur zwischen den Altersklassen, sondern auch zwischen Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen. Frauen sind häufiger von großen Einschränkungen betroffen. Männer leben entsprechend häufiger mit geringen Einschränkungen, was vor allem auf eine bessere Erwerbsintegration zurückzuführen ist. Die Konstellationen mit mittleren Einschränkungen sind gleich verteilt.

Tabelle 5-2: Teilhabekonstellationen von Frauen und Männern mit Beeinträchtigungen, Anteile

Alter in Jahren	Teilhabekonstellation mit ...						Insgesamt	
	... geringen Einschränkungen		... mittleren Einschränkungen		... großen Einschränkungen			
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 49 Jahre	38%	25%	35%	41%	27%	34%	100%	100%
50 bis 64 Jahre	34%	26%	45%	54%	21%	20%	100%	100%
65 bis 79 Jahre	14%	11%	72%	63%	14%	26%	100%	100%
Insgesamt	26%	20%	54%	54%	19%	26%	100%	100%

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die Differenzierung nach Alter und Geschlecht zeigt, dass insbesondere Frauen von 65 bis 79 Jahren häufiger als Männer große Einschränkungen erleben. Dies geht einher mit einem geringen Einkommen und damit, dass Frauen dieses Alters deutlich häufiger nicht (mehr) in fester Partnerschaft leben, da männliche Partner aufgrund der geringeren Lebenserwartung früher versterben.

Lesehilfe für die folgenden Tabellen:

(Fast) ausschließlich meint, dass über 90 Prozent in die jeweilige/n Antwortkategorie/n fallen.

Überwiegend bedeutet, dass eine Antwort für mehr als 50 Prozent der Gruppenmitglieder zutrifft.

Häufig beschreibt Antworten mit einem Anteil über 30 und bis unter 50 Prozent.

Seltener weist auf Antworten hin, die einen Anteil von 30 Prozent oder weniger ausmachen.

Oder zeigt an, dass zwei Antworten etwa ähnlich häufig vorkommen.

Überdurchschnittlich häufig besagt, dass ein Anteil im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt über alle Gruppen hinweg auffällig hoch ist.

5.3.2 Teilhabekonstellationen im frühen und mittleren Erwachsenenalter

18- bis 49-jährige Männer

Bei den 18- bis 49-jährigen Männern lassen sich die drei typischen Teilhabekonstellationen folgendermaßen beschreiben:

Geringe Einschränkungen (628 Tsd.; 38 Prozent der Männer dieser Altersklasse)

Diese Konstellation ist durch vergleichsweise gute finanzielle Handlungsspielräume geprägt. Das Einkommen liegt überwiegend um oder oberhalb des Medians. Die Teilhabe am Arbeitsleben gelingt fast ausschließlich durch Vollzeitberufstätigkeit. Die Gesundheit ist im Vergleich zu den anderen Gruppen überwiegend zufriedenstellend, häufig auch gut. Das schulische Bildungsniveau ist im Vergleich der drei Gruppen in dieser Altersklasse überdurchschnittlich hoch. Im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen gibt es zudem überdurchschnittlich viele Menschen mit universitärem Abschluss.

Mittlere Einschränkungen (575 Tsd.; 35 Prozent der Männer dieser Altersklasse)

Männer in dieser Lebenssituation sind überwiegend nicht erwerbstätig. Gleichzeitig ist der Gesundheitszustand überwiegend schlecht. Allerdings bestehen im Vergleich der drei Gruppen gute Handlungsspielräume im finanziellen Bereich, da das Einkommen überwiegend oberhalb des Medians liegt. Das Bildungsniveau ist sehr unterschied-

lich. Der Anteil ohne Abschluss ist im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt erhöht.

Große Einschränkungen (434 Tsd.; 27 Prozent der Männer dieser Altersklasse)

Die hier als „Teilhabekonstellation mit großen Einschränkungen“ beschriebene Situation ist gekennzeichnet durch eine geringe finanzielle Absicherung, d. h. das Einkommen liegt überwiegend unter der Armutsschwelle. Auch der Gesundheitszustand ist überwiegend schlecht. Viele Männer sind nicht (50 Prozent) oder aber in Vollzeit erwerbstätig (40 Prozent). Allerdings kann selbst diese Erwerbstätigkeit nicht zu einem Haushaltseinkommen beitragen, das oberhalb der Armutsschwelle liegt. Das Bildungsniveau ist vergleichsweise niedrig.

Tabelle 5-3: Lebenskonstellationen von 18- bis 49-jährigen Männern mit Beeinträchtigungen

	Teilhabekonstellation mit ...		
	... geringen Einschränkungen	... mittleren Einschränkungen	... großen Einschränkungen
Einkommen	überwiegend oberhalb Median, häufig auch bis Median	überwiegend oberhalb Median, häufig auch bis Median	überwiegend unter Armutsschwelle, seltener bis Median
Erwerbstätigkeit	fast ausschließlich in Vollzeit	überwiegend nicht erwerbstätig, seltener in Vollzeit	überwiegend nicht erwerbstätig, häufig auch in Vollzeit
Gesundheit derzeit	überwiegend zufriedenstellend, häufig auch gut	überwiegend schlecht, seltener zufriedenstellend oder gut	überwiegend schlecht, seltener zufriedenstellend
Familie	keine Unterschiede ³¹²		
Schulabschluss	überdurchschnittlich häufig Abitur	überdurchschnittlich häufig ohne Abschluss	überdurchschnittlich häufig Hauptschule oder ohne Abschluss
Berufsabschluss	überdurchschnittlich häufig Uniabschluss		überdurchschnittlich häufig ohne Abschluss
Selbstbestimmung	keine Unterschiede		
Zufriedenheit mit Freizeit	keine Unterschiede		
Migrationshintergrund	keine Unterschiede		
Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	keine Unterschiede		
Durchschnittsalter	keine Unterschiede (im Durchschnitt 38,9 Jahre)		
Anteil (gewichtet)	38%	35%	27%
In 1.000 (gewichtet)	628	575	434

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Clusteranalyse auf Basis von 381 gültigen Angaben, 5 fehlend.

³¹² Keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede auf dem 5%-Signifikanzniveau.

Mit Blick auf feste Partnerschaften, die gefühlte Selbstbestimmung im Alltag sowie die Zufriedenheit mit der Freizeit ergeben sich keine statistisch aussagekräftigen Unterschiede. Auch Merkmale wie Migrationshintergrund, Alter und Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen sind innerhalb der Gruppen relativ ähnlich verteilt.

18- bis 49-jährige Frauen

Bei den 18- bis 49-jährigen Frauen entsteht das folgende Bild:

Geringe Einschränkungen (502 Tsd.; 25 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

Frauen dieser Altersklasse, die geringe Teilhabe einschränkungen haben, gehen häufiger als in den beiden anderen Gruppen einer Vollzeitbeschäftigung nach. Der Gesundheitszustand ist im Vergleich der Gruppen deutlich besser. Das Haushaltseinkommen liegt überwiegend um oder oberhalb des Medians. Das Bildungsniveau ist überdurchschnittlich hoch. Feste Partnerschaften sind eine dominante Lebensform. Die gefühlte Selbstbestimmung wird überdurchschnittlich häufig als stark wahrgenommen. In dieser Lebenssituation befinden sich überdurchschnittlich viele Frauen mit einer anerkannten Behinderung.

Mittlere Einschränkungen (837 Tsd.; 41 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

Die Lebenssituation der größten Gruppe lässt sich als relativ abgesichert beschreiben. Zwar sind die Frauen dieser Gruppe überwiegend nicht erwerbstätig, und auch die gesundheitliche Verfassung ist überwiegend schlecht. Die Handlungsspielräume im finanziellen Bereich sind jedoch vergleichsweise hoch. Überdurchschnittlich häufig sind Frauen dieser Gruppe entweder verheiratet oder leben mit ihrem Partner in einem Haushalt.

Große Einschränkungen (703 Tsd.; 34 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

Diese Situation der Frauen mit großen Teilhabe einschränkungen ist in dieser Altersklasse geprägt durch begrenzte finanzielle Spielräume, eingeschränkte Teilhabe am Arbeitsleben sowie einen kritischen Gesundheitszustand. Frauen in dieser Lebenssituation leben im Vergleich der Gruppen deutlich seltener in fester Partnerschaft. Das schulische Bildungsniveau ist vergleichsweise gering. Häufiger als in den anderen Gruppen besteht der Eindruck, nur eine geringe Kontrolle über das eigene Leben zu haben. In dieser Lebenssituation befinden sich überdurchschnittlich viele Frauen mit chronischen Krankheiten und Aktivitätseinschränkungen.

Tabelle 5-4: Lebenskonstellationen von 18- bis 49-jährigen Frauen mit Beeinträchtigungen

	Teilhabekonstellation mit ...		
	... geringen Einschränkungen	... mittleren Einschränkungen	großen Einschränkungen
Einkommen	überwiegend oberhalb Median, häufig auch bis Median	überwiegend oberhalb Median, seltener bis Median	überwiegend unter Armutsschwelle, häufig auch bis Median
Erwerbstätigkeit	überwiegend in Vollzeit, seltener in Teilzeit	überwiegend nicht erwerbstätig oder in Teilzeit, seltener in Vollzeit	überwiegend nicht erwerbstätig, seltener in Teilzeit
Gesundheit derzeit	ausschließlich gut oder zufriedenstellend	überwiegend schlecht, häufig auch zufriedenstellend	überwiegend schlecht, seltener zufriedenstellend
Familie		überdurchschnittlich häufig in fester Partnerschaft	überdurchschnittlich häufig ohne Partner
Schulabschluss	überdurchschnittlich häufig Realschule, leicht überdurchschnittlich häufig Abitur	überdurchschnittlich häufig Abitur	überdurchschnittlich häufig Hauptschule
Berufsabschluss	überdurchschnittlich häufig Uniabschluss		überdurchschnittlich häufig ohne Abschluss
Selbstbestimmung	überdurchschnittlich häufig starke Selbstbestimmung		überdurchschnittlich häufig geringe Selbstbestimmung
Zufriedenheit mit Freizeit	keine Unterschiede		
Migrationshintergrund	keine Unterschiede		
Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	überdurchschnittlich viele anerkannt Behinderte		überdurchschnittlich viele chronisch Kranke
Durchschnittsalter	keine Unterschiede (im Durchschnitt 39,3 Jahre)		
Anteil (gewichtet)	25%	41%	34%
In 1.000 (gewichtet)	502	837	703

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Clusteranalyse auf Basis von 462 gültigen Angaben, 12 fehlend.

5.3.3 Teilhabekonstellationen im fortgeschrittenen Alter

50- bis 64-jährige Männer

Anhand der Clusteranalyse lassen sich bei den 50- bis 64-jährigen Männern vier unterschiedliche zentrale Teilhabekonstellationen ausmachen. Ihre Beschreibung macht deutlich, dass sich diese Altersklasse in einer Übergangsphase zwischen Erwerbstätigkeit und Rentenphase befindet.

Geringe Einschränkungen (810 Tsd.; 34 Prozent der Männer dieser Altersklasse)

Die Teilhabekonstellation mit geringen Einschränkungen ist in dieser Altersklasse geprägt durch eine vergleichsweise gute finanzielle Situation mit einem Einkommen, das überwiegend oberhalb des Medians liegt, sowie aktive Teilhabe am Arbeitsleben in Vollzeit. Der Gesundheitszustand wird etwas besser bewertet als in den anderen Gruppen. Das Bildungsniveau ist vergleichsweise hoch. Es bestehen in aller Regel feste Partnerschaften. Weiterhin zeigt sich, dass dieser Gruppen überdurchschnittliche viele chronisch Kranke mit Aktivitätseinschränkungen angehören. Dagegen liegt nur unterdurchschnittlich häufig ein Migrationshintergrund vor.

Mittlere Einschränkungen I (684 Tsd.; 29 Prozent der Männer dieser Altersklasse)

Männer in dieser Lebenssituation haben in finanzieller Hinsicht ähnlich große Spielräume wie die zuvor beschriebene Gruppe mit „geringen Einschränkungen“. Allerdings findet kaum noch Erwerbstätigkeit statt, d. h. häufig dürfte bereits der Eintritt ins Rentenalter erfolgt sein. Der aktuelle Gesundheitszustand wird tendenziell als zufriedenstellend bis schlecht bewertet. Überwiegend bestehen feste Partnerschaften. In dieser Gruppe sind Menschen mit einer anerkannten Behinderung überrepräsentiert. Im Vergleich liegt das Durchschnittsalter mit 60 Jahren hier höher als in den anderen Gruppen.

Mittlere Einschränkungen II (397 Tsd.; 17 Prozent der Männer dieser Altersklasse)

Diese Teilhabekonstellation ist durch begrenzte finanzielle Spielräume geprägt. Allerdings sind Männer in dieser Lebenssituation mehrheitlich in Vollzeit erwerbstätig. Zum Teil sind sie aber auch nicht oder nur mit begrenztem Stundenumfang erwerbstätig. Die eigene Gesundheit wird überwiegend als schlecht beurteilt. Überdurchschnittlich häufig ist keine feste Partnerschaft vorhanden. In dieser Lebenssituation befinden sich vergleichsweise jüngere Menschen, insbesondere viele chronisch Kranke mit Aktivitätseinschränkungen.

Große Einschränkungen (496.; 21 Prozent der Männer dieser Altersklasse)

Die hier als „Teilhabekonstellation mit großen Einschränkungen“ beschriebene Lebenssituation ist dadurch geprägt, dass keine aktive Teilhabe am Arbeitsleben mehr stattfindet. Hinzu kommen eine eher kritische finanzielle Situation (Einkommen bis Median oder unter Armutsschwelle) sowie ein kritischer Gesundheitszustand. Überdurchschnittlich häufig haben Männer in dieser Situation keine feste Partnerschaft. Der Anteil der Menschen mit anerkannter Behinderung ist im Vergleich zur gesamten Altersklasse überdurchschnittlich hoch. Überdurchschnittlich viele Männer haben einen Migrationshintergrund.

Tabelle 5-5: Lebenskonstellationen von 50- bis 64-jährigen Männern mit Beeinträchtigungen

	Teilhabekonstellation mit ...			
	... geringen Einschränkungen	... mittleren Einschränkungen I	... mittlere Einschränkungen II	... großen Einschränkungen
Einkommen	überwiegend oberhalb Median, seltener bis Median	überwiegend oberhalb Median, selten bis Median	überwiegend bis Median, häufig auch unter Armutsschwelle	überwiegend bis Median, häufig auch unter Armutsschwelle
Erwerbstätigkeit	fast ausschließlich in Vollzeit	fast ausschließlich nicht erwerbstätig	überwiegend in Vollzeit, seltener nicht erwerbstätig oder in Teilzeit	ausschließlich nicht erwerbstätig
Gesundheit derzeit	überwiegend zufriedenstellend, häufig auch schlecht	überwiegend zufriedenstellend oder schlecht	überwiegend schlecht, seltener zufriedenstellend	ausschließlich schlecht
Familie	überdurchschnittlich häufig in fester Partnerschaft	überdurchschnittlich häufig in fester Partnerschaft	überdurchschnittlich häufig ohne Partner	überdurchschnittlich häufig ohne Partner
Schulabschluss	überdurchschnittlich häufig Abitur	überdurchschnittlich häufig Hauptschule	überdurchschnittlich häufig Hauptschule und ohne Abschluss	überdurchschnittlich häufig Hauptschule und ohne Abschluss
Berufsabschluss	keine Unterschiede			
Selbstbestimmung	keine Unterschiede			
Zufriedenheit mit Freizeit		überdurchschnittlich häufig sehr zufrieden	überdurchschnittlich häufig sehr unzufrieden	
Migrationshintergrund	überdurchschnittlich hoher Anteil ohne Migrationshintergrund			überdurchschnittlich hoher Anteil mit Migrationshintergrund
Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	überdurchschnittlich viele chronisch Kranke	überdurchschnittlich viele anerkannt Behinderte	überdurchschnittlich viele chronisch Kranke	überdurchschnittlich viele anerkannt Behinderte
Durchschnittsalter	57	60	56	58
Anteil (gewichtet)	34%	29%	17%	21%
In 1.000 (gewichtet)	810	684	397	496

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Clusteranalyse auf Basis von 656 gültigen Angaben, 19 fehlend.

50- bis 64-jährige Frauen

Auch bei den 50- bis 64-jährigen Frauen lassen sich vier zentrale Lebenssituationen ausmachen, wobei eine Gruppe sehr klein ist und eher als „Ausreißer“ zu betrachten ist.

Geringe Einschränkungen I (577 Tsd.; 20 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

Ähnlich zu den jüngeren Frauen gibt es auch in der Altersklasse der 50- bis 64-Jährigen eine Lebenssituation, die durch eine Vollzeiterwerbstätigkeit sowie im Vergleich überdurchschnittlich gute finanzielle Spielräume geprägt ist. Überwiegend bestehen feste Partnerschaften. Der schulische Bildungshintergrund ist etwas höher als bei den anderen Gruppen. Auch die gesundheitliche Verfassung ist etwas besser. Weiterhin zeigt sich, dass diesem Cluster überdurchschnittlich viele chronische Kranke mit Aktivitätseinschränkungen angehören.

Geringe Einschränkungen II (178 Tsd.; 6 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

Diese Teilhabesituation ist durch ein überdurchschnittlich hohes Haushaltseinkommen sowie einen ausgesprochen guten Gesundheitszustand geprägt. Überwiegend leben Frauen in festen Partnerschaften. Es besteht überdurchschnittlich häufig der Eindruck, selbst über das eigene Leben bestimmen zu können. Hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben zeigt sich jedoch kein eindeutiges Muster: Viele Frauen sind in Vollzeit (41 Prozent) oder auch nicht erwerbstätig (34 Prozent). Die Gruppe ist sehr klein und daher eher als Sondersituation zu betrachten.

Mittlere Einschränkungen (1.544 Tsd.; 54 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

Die häufigste Teilhabesituation in dieser Altersklasse ist die „relativ abgesicherte Nichterwerbsphase“. Eine Beteiligung am Erwerbsleben findet nur selten statt, auch die gesundheitliche Situation ist überwiegend schlecht. Allerdings bestehen relativ gesicherte finanzielle Spielräume. Zudem leben diese Frauen überwiegend in festen Partnerschaften. Frauen in dieser Lebenssituation sind im Durchschnitt älter als Frauen in den anderen Gruppen.

Große Einschränkungen (565 Tsd.; 20 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

„Große Einschränkungen“ bestehen in dieser Gruppe in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche: Das Haushaltseinkommen liegt überwiegend unterhalb der Armutsschwelle, der Gesundheitszustand ist überwiegend schlecht, überdurchschnittlich viele Frauen haben keine feste Partnerschaft. Die Teilhabe am Arbeitsmarkt ist sehr heterogen: In überwiegender Zahl gehen Frauen einer Teilzeit- oder Vollzeittätigkeit nach. Das Einkommen liegt dennoch an der Armutsschwelle. Zum Teil findet aktuell auch keine Erwerbstätigkeit statt. Viele sehen ihre Selbstbestimmung tendenziell als gering an.

Tabelle 5-6: Lebenskonstellationen von 50- bis 64-jährigen Frauen mit Beeinträchtigungen

	Teilhabekonstellation mit ...			
	... geringen Einschränkungen I	... geringen Einschränkungen II	... mittleren Einschränkungen	... großen Einschränkungen
Einkommen	überwiegend oberhalb Median, seltener bis Median	ausschließlich oberhalb Median	überwiegend oberhalb Median, seltener bis Median	überwiegend unter Armutsschwelle, häufig auch bis Median
Erwerbstätigkeit	überwiegend in Vollzeit, seltener in Teilzeit	überwiegend in Vollzeit oder nicht erwerbstätig, seltener in Teilzeit	überwiegend nicht erwerbstätig, seltener in Teilzeit	überwiegend in Teil- oder Vollzeit, seltener nicht erwerbstätig
Gesundheit derzeit	überwiegend zufriedenstellend, seltener schlecht	Ausschließlich gut	überwiegend schlecht, seltener zufriedenstellend	überwiegend schlecht, häufig auch zufriedenstellend
Familie			überdurchschnittlich häufig in fester Partnerschaft	überdurchschnittlich häufig ohne Partner
Schulabschluss	überdurchschnittlich häufig Abitur	überdurchschnittlich häufig Abitur		überdurchschnittlich häufig ohne Abschluss
Berufsabschluss	überdurchschnittlich häufig Uniabschluss	überdurchschnittlich häufig beruflicher Abschluss		überdurchschnittlich häufig ohne Abschluss
Selbstbestimmung		überdurchschnittlich häufig starke Selbstbestimmung		überdurchschnittlich häufig geringe Selbstbestimmung
Zufriedenheit mit Freizeit	relativ hoher Anteil unzufrieden			relativ hoher Anteil unzufrieden
Migrationshintergrund	überdurchschnittlich hoher Anteil ohne Migrationshintergrund	überdurchschnittlich hoher Anteil ohne Migrationshintergrund		überdurchschnittlich hoher Anteil mit Migrationshintergrund
Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	überdurchschnittlich viele chronisch Kranke	überdurchschnittlich viele anerkannt Behinderte		überdurchschnittlich viele chronisch Kranke
Durchschnittsalter	56	57	59	56
Anteil (gewichtet)	20%	6%	54%	20%
In 1.000 (gewichtet)	577	178	1.544	565

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Clusteranalyse auf Basis von 743 gültigen Angaben, 7 fehlend.

5.3.4 Teilhabekonstellationen im Seniorenalter

65- bis 79-jährige Männer

Bei den 65- bis 79-jährigen Männern sind drei wesentliche Teilhabesituationen erkennbar:

Geringe Einschränkungen (389 Tsd.; 14 Prozent der Männer dieser Altersklasse)

Diese Konstellation ist geprägt dadurch, dass Männer überwiegend in festen Partnerschaften leben. Zugleich ist das Einkommen überwiegend hoch. Der Gesundheitszustand wird im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen als etwas besser wahrgenommen. Überdurchschnittlich häufig besteht der Eindruck, weitgehend selbst über das eigene Leben bestimmen zu können.

Mittlere Einschränkungen (2.071 Tsd.; 72 Prozent der Männer dieser Altersklasse)

Menschen in diese Lebenssituation leben in aller Regel in festen Partnerschaften. Das Einkommen ist vergleichsweise hoch und liegt um oder oberhalb des Medians. Allerdings sind die gesundheitlichen Ressourcen stark eingeschränkt. Der Gesundheitszustand ist überwiegend schlecht.

Große Einschränkungen (412 Tsd.; 14 Prozent der Männer dieser Altersklasse)

Die Situation mit „großen Einschränkungen“ weicht deutlich von den zuvor beschriebenen Gruppen ab. Sie ist charakterisiert dadurch, dass das Einkommen überwiegend an der Armutsschwelle liegt, überwiegend keine feste Partnerschaft (mehr) besteht und der Gesundheitszustand überwiegend als schlecht angesehen wird. Zugleich wird überdurchschnittlich häufig ein geringer Einfluss auf das eigene Leben wahrgenommen.

Tabelle 5-7: Lebenskonstellationen von 65- bis 79-jährigen Männern mit Beeinträchtigungen

	Teilhabekonstellation mit ...		
	... geringen Einschränkungen	... mittleren Einschränkungen	... großen Einschränkungen
Einkommen	überwiegend oberhalb Median, seltener bis Median	überwiegend bis Median, häufig auch oberhalb Median	überwiegend bis Median, häufig auch unterhalb Armutsschwelle
Familie	überwiegend in fester Partnerschaft	fast ausschließlich in fester Partnerschaft	überwiegend ohne Partner
Gesundheit derzeit	überwiegend gut, seltener zufriedenstellend	überwiegend schlecht, häufig auch zufriedenstellend	überwiegend schlecht, seltener zufriedenstellend
Selbstbestimmung	überdurchschnittlich häufig starke Selbstbestimmung		überdurchschnittlich häufig geringe Selbstbestimmung
Zufriedenheit mit Freizeit	keine Unterschiede		
Migrationshintergrund	keine Unterschiede		
Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	keine Unterschiede		
Durchschnittsalter	keine Unterschiede		
Anteil (gewichtet)	14%	72%	14%
In 1.000 (gewichtet)	389	2.071	412

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Clusteranalyse auf Basis von 769 gültigen Angaben, 1 fehlend.

65- bis 79-jährige Frauen

Vier zentrale Konstellationen zeigen sich bei den 65- bis 79-jährigen Frauen:

Geringe Einschränkungen (305 Tsd.; 11 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

Als Teilhabekonstellation mit „geringen Einschränkungen“ wird hier eine Lebenskonstellation von Frauen beschrieben, die sich in einer überdurchschnittlich guten finanziellen Situation befinden. Der Gesundheitszustand ist im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen etwas weniger schlecht. In diesem Cluster finden sich nur Frauen, die in fester Partnerschaft leben.

Mittlere Einschränkungen I (1.095 Tsd.; 39 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

Frauen dieses Clusters leben in einer festen Partnerschaft. Auch die finanziellen Spielräume sind vergleichsweise gut. Allerdings ist der Gesundheitszustand eher kritisch.

Mittlere Einschränkungen II (675 Tsd.; 24 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

Frauen in dieser Teilhabekonstellation leben fast ausschließlich alleine, allerdings sind auch hier die finanziellen Spielräume vergleichsweise gut. Das Einkommen liegt überwiegend oberhalb des Medianeinkommens. Der Gesundheitszustand ist etwas weniger problematisch als bei den anderen Gruppen.

Große Einschränkungen (720 Tsd.; 26 Prozent der Frauen dieser Altersklasse)

In dieser Situation treffen eingeschränkte Spielräume in mehreren Lebensbereichen zusammen: Das Einkommen liegt überwiegend unter der Armutsschwelle, in der Regel gibt es keinen festen Partner (mehr) und auch der Gesundheitszustand ist überwiegend schlecht.

Tabelle 5-8: Lebenskonstellationen von 65- bis 79-jährigen Frauen mit Beeinträchtigungen

	Teilhabekonstellation mit ...			
	... geringen Einschränkungen	... mittleren Einschränkungen I	... mittlere Einschränkungen II	... großen Einschränkungen
Einkommen	ausschließlich oberhalb Median	überwiegend bis Median, häufig auch über Median	überwiegend oberhalb Median, häufig auch bis Median	überwiegend unter Armutsschwelle, häufig auch bis Median
Familie	ausschließlich in fester Partnerschaft	ausschließlich in fester Partnerschaft	fast ausschließlich ohne Partner	fast ausschließlich ohne Partner
Gesundheit derzeit	überwiegend zufriedenstellend, seltener gut	überwiegend schlecht, seltener zufriedenstellend	überwiegend zufriedenstellend	überwiegend schlecht, seltener zufriedenstellend
Selbstbestimmung	keine Unterschiede			
Zufriedenheit mit Freizeit	keine Unterschiede			
Migrationshintergrund	keine Unterschiede			
Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	keine Unterschiede			
Durchschnittsalter	70	71	72	72
Anteil (gewichtet)	11%	39%	24%	26%
In 1.000 (gewichtet)	305	1.095	675	720

Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010. Eigene Berechnungen Prognos AG. Clusteranalyse auf Basis von 773 gültigen Angaben, 1 fehlend.

Teil 3: Leistungen und Aktivitäten zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen

6 Ansätze zur Verbesserung der Teilhabe

Die Politik für Menschen mit Beeinträchtigungen hat zum Ziel, Benachteiligungen zu vermeiden, die Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu verbessern und gleichberechtigte Teilhabechancen von Menschen mit Beeinträchtigungen zu schaffen. Mit einem breiten Spektrum an direkten Unterstützungsleistungen, Maßnahmen und Aktivitäten sollen diese Ziele erreicht werden.

Die folgende Darstellung der Leistungen, Maßnahmen und Aktivitäten erfolgt für jedes der oben dargestellten Teilhabefelder. Diese Strukturierung ermöglicht es, sie in Beziehung zu setzen mit der im zweiten Teil dieses Berichts anhand von Indikatoren beschriebenen Situation in den Teilhabefeldern.

Die Binnengliederung der folgenden Kapitel ist so gewählt, dass zunächst über Leistungsarten, Leistungsbezieherinnen und -bezieher und Ausgaben sowie deren sozialrechtliche Grundlage berichtet wird. Es folgt die Darstellung zentraler Programme, Maßnahmen und sonstiger Aktivitäten der Ressorts der Bundesregierung, die darüber hinaus die Rahmenbedingungen für Menschen mit Beeinträchtigungen verbessern sollen. Hier ist auf der Grundlage eigener Recherchen sowie einer Abfrage bei den Ressorts eine Auswahl der wichtigsten Maßnahmen und Aktivitäten getroffen worden.

In diesem Teil des Berichts wird häufig auf rechtliche Grundlagen (z. B. die Schwerbehinderten-Ausgleichsverordnung) und rechtlich begründete Kategorien (z. B. Menschen mit anerkannter Behinderung, schwerbehinderte Menschen) Bezug genommen, die von Behinderung sprechen, wenn Beeinträchtigungen im Sinne der in diesem Bericht getroffenen Definition gemeint sind. Auch führen einige Organisationen und Einrichtungen den Begriff Behinderung im Namen (z. B. Werkstatt für behinderte Menschen). In diesen Fällen und in wörtlichen Zitaten werden keine Änderungen vorgenommen. In allen anderen Fällen wird von Beeinträchtigungen gesprochen.

6.1 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Familie und soziales Netz“

Gegenstand dieses Kapitels sind Leistungen und Aktivitäten zur Unterstützung von Familien, in denen Menschen mit Beeinträchtigungen leben sowie Leistungen zur Unterstützung von Eltern mit Beeinträchtigungen.

Viele der Leistungen, die das Familienleben von beeinträchtigten Menschen unterstützen, berühren andere Teilhabefelder und werden dort vorrangig behandelt. So sind Betreuungsangebote für Kinder mit Beeinträchtigungen eine wichtige Unterstützungsleistung für die Familien. Über diese wird im Kapitel zu den Leistungen im Teilhabefeld „Bildung und Ausbildung“ berichtet. Ähnlich ist die Situation etwa bei Leistungen im Zusammenhang mit der Betreuung pflegebedürftiger Menschen, die im Teilhabefeld „Alltägliche Lebensführung“ aufgeführt

werden, oder bei Unterstützungen, die während der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gewährt werden und daher dem Kapitel zu den Leistungen im Teilhabefeld „Gesundheit“ zugeordnet sind. Auch im Kapitel zu Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Freizeit, Kultur und Sport“ finden sich Leistungen, die Familien unterstützen.

Kinderpflegekrankengeld

Eine weitere Leistung, die Familien mit beeinträchtigten Kindern in Anspruch nehmen können, ist das Kinderpflegekrankengeld. Wenn ein Elternteil die Pflege und Betreuung eines Kindes mit Beeinträchtigungen übernehmen muss, erhält dieses Elternteil von seiner Krankenkasse nach § 45 SGB V ein Kinderpflegekrankengeld. Grundsätzlich wird dieses Kinderpflegekrankengeld für bis zu zehn Arbeitstage pro Jahr und Kind gewährt. Die Höhe des Krankengeldes bemisst sich nach dem zugrunde liegenden Arbeitsentgelt.

Die Leistung ist einkommensabhängig, aber niedriger als das Einkommen. Für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld besteht gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit. Freistellung unter Zahlung von Krankengeld wird nicht geleistet, wenn ein Anspruch auf bezahlte Freistellung gegenüber dem Arbeitgeber besteht. Weitere Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, sind der Anspruch des Elternteils auf Krankengeld, ein tatsächlicher Verdienstaufschlag des Elternteils und eine Beeinträchtigung des Kindes. Zudem muss die Betreuung, Pflege und Beaufsichtigung ärztlich bestätigt sein, das Kind muss im Haushalt des Elternteils wohnen und keine andere Person im Haushalt zur Erfüllung dieser Aufgabe zur Verfügung stehen. Wenn laut ärztlichen Zeugnissen eine schwerste unheilbare Erkrankung des beeinträchtigten Kindes vorliegt und das Kind krankenversichert ist, wird die zeitliche Beschränkung des Kinderpflegekrankengeldes aufgehoben.³¹³ Trifft dies zu, hat ein Elternteil Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld für die gesamte Dauer der Pflege und Anspruch gegen den Arbeitgeber auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung.

Tabelle 6-1: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Leistung des Kinderpflegekrankengeldes in den Jahren 2009 bis 2011, in Millionen Euro

	2009	2010	2011
Ausgaben in Mio. Euro	139	141	160

Quelle: Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit. Eigene Darstellung Prognos AG.

³¹³ Nach § 45 Abs. 4 SGB V.

Sozialmedizinische Nachsorge

Eltern mit sehr schwer beeinträchtigten Kindern sollen sich nach einer stationären, teilstationären oder ambulanten Krankenhausbehandlung auf die neue Situation mit ihrem Kind einstellen können. Hierbei sollen Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorge unterstützen. Zu diesen Leistungen gehören die ärztliche Versorgung, die Suche nach geeigneten Pflegediensten oder therapeutischen und technischen Hilfen sowie die Schulung und die psychosoziale Unterstützung der Familien. Die sozialmedizinische Nachsorge ist eine ergänzende Leistung zur Rehabilitation und richtet sich an Kinder unter 14 Jahren. In Ausnahmefällen können die Leistungen bis zum 18. Lebensjahr erbracht werden. Die Krankenkassen finanzieren die Leistungen, wenn es sich um ein chronisch oder schwerstkrankes Kind handelt und die Nachsorgebehandlung unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung oder eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme anknüpft (§ 43 Absatz 2 SGB V). Zudem muss die medizinische Nachsorge notwendig sein, um entweder einen stationären Aufenthalt zu verkürzen oder eine anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Über den Umfang der erbrachten Leistungen und die damit verbundenen Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen keine Daten vor.

Familien unterstützende Dienste oder Fachdienste für offene Hilfen

Eine zentrale Rolle bei der Unterstützung von Familien mit beeinträchtigten Menschen nimmt das Angebot der Familien unterstützenden Dienste bzw. Familienentlastenden Dienste oder Fachdienste für offene Hilfen ein. Diese haben die Aufgabe, den Familien Freiräume zu verschaffen, damit auch pflegende und betreuende Angehörige am sozialen Leben teilnehmen und ihre Kräfte erhalten können. Gleichzeitig sollen die Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrer Selbstständigkeit gefördert werden. Die Angebote Familienentlastender Dienste umfassen stundenweise, tageweise und mehrtägige Betreuungs- und Pflegehilfen, wahlweise in der Familienwohnung oder in Betreuungsräumen des Familienentlastenden Dienstes, sozialpädagogische Betreuung und Begleitung von Familien, Hilfen bei der Vermittlung von Gastfamilien, sozialrechtliche und psychosoziale Beratung, Begleitung und Assistenz bei Kindergarten, Schule, Wohnen, Arbeit und Freizeit, Freizeitangebote, Bildungsveranstaltungen, individuelle Schwerstbehindertenbetreuung und Fahrdienste. In Abhängigkeit vom Einzelfall können alltagsbezogene Assistenzen in Anspruch genommen werden.

Die Angebote können im Rahmen fester Vereinbarungen den persönlichen Bedürfnissen entsprechend genutzt werden. Die Finanzierung erfolgt je nach Angebot und persönlichen Voraussetzungen über verschiedene Sozialleistungsgesetze, u. a. die soziale Pflegeversicherung (SGB XI), die Eingliederungshilfe (SGB XII). Insbesondere in der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung werden junge Menschen eingesetzt, die einen Bundesfreiwilligendienst oder ein Freiwilliges Soziales Jahr ableisten. Über die bundesweite Verbreitung der Familien unterstützenden Dienste und die Entwicklung der Inanspruchnahme liegen keine Daten vor. Ebenso wenig kann eine zahlengestützte Darstellung einzelner Angebote erfolgen.

Elternassistenz

Elternassistenz ist eine Bezeichnung für Unterstützungsleistungen, die Eltern erhalten können, wenn sie aufgrund ihrer eigenen Beeinträchtigungen bei der Betreuung und Erziehung ihrer Kinder auf Hilfen angewiesen sind. Selbsthilfeverbände von Menschen mit Beeinträchtigungen sehen hierin eine wichtige Maßnahme, um die Situation von Eltern mit Beeinträchtigungen zu verbessern und dem Auftrag der UN-BRK an die Vertragsstaaten Rechnung zu tragen, „Menschen mit Behinderungen in angemessener Weise bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung“ zu unterstützen (Artikel 23 Absatz 5 UN-BRK).³¹⁴

Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden, die sich an Familien mit beeinträchtigten Menschen wenden oder die Unterstützung des sozialen Lebens von Menschen mit Beeinträchtigungen zum Ziel haben, werden überwiegend in Kapiteln beschrieben, die sich mit Leistungen in anderen Teilhabefeldern wie „Bildung und Ausbildung“, „Gesundheit“ sowie „Alltägliche Lebensführung“ befassen. Eine Ausnahme bildet das Thema Elternassistenz, das als Tagesordnungspunkt 5.7 Gegenstand der Arbeits- und Sozialministerkonferenz vom 23./24. November 2011 war. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder haben auf dieser Konferenz den Abschlussbericht der Unter-Arbeitsgruppe 5 der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ zum Bereich der „Elternassistenz“ zur Kenntnis genommen. Die Arbeitsgruppe kommt mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass die Bedarfe zur Unterstützung der Elternschaft von beeinträchtigten Menschen durch bestehende Leistungsgesetze gedeckt sind, dass Praxisprobleme jedoch im Rahmen eines integrierten und trägerübergreifenden Hilfe- und Gesamtplanverfahrens gelöst werden müssten.³¹⁵

6.2 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Bildung und Ausbildung“

Die im Folgenden dargestellten Leistungen der Bildung und Ausbildung werden danach unterschieden, welches Lebensalter sie vorwiegend betreffen sowie – ab der Ausbildungs- bzw. Hochschulreife – danach, welche Ziele mit ihnen angestrebt werden. Zusätzlich werden Leistungen für erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen außerhalb der beruflichen Bildung sowie Programme und weitere Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden dargestellt. Leistungen zur beruflichen Rehabilitation werden dabei nicht berücksichtigt, über sie wird im Kapitel „Erwerbsarbeit und Einkommen“ berichtet.

³¹⁴ Vgl. z. B. die mittlerweile beendete Kampagne des Netzwerks behinderter Frauen Berlin e. V. unter www.elternassistenz.de

³¹⁵ Vgl. hierzu die Antwort der Staatssekretärin Dr. Annette Niederfranke vom 30. März 2012 auf die Frage des Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, in: Deutscher Bundestag (2012): Seite 44f. Das in der Arbeitsgruppe vertretene Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat sich dieser Mehrheitsmeinung nicht angeschlossen.

Unberücksichtigt bleiben Bildungsausgaben, über die wegen der Länderzuständigkeiten in der Bildung in diesem Bericht nicht aussagekräftig berichtet werden kann.

6.2.1 Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit

Frühförderstellen

Leistungen der Frühförderung werden nach der Frühförderungsverordnung (FrühV) und dem SGB IX durch interdisziplinäre Frühförderstellen, zum Teil in Kooperation mit niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten sowie Sozialpädiatrischen Zentren erbracht (§ 2 FrühV; § 30 SGB IX).

Interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne von § 3 FrühV sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen. In interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften soll „eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung“ zum frühestmöglichen Zeitpunkt erkannt und durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgeglichen oder gemildert werden. Leistungen durch Frühförderstellen werden in der Regel ambulant oder mobil erbracht.³¹⁶

Zum Jahresende 2006 gab es bundesweit 635 allgemeine Frühförderstellen (Haupt- und Nebenstellen) und 108 spezielle Frühförderstellen. Die Anzahl stationärer Einrichtungen der Frühförderung ist von 93 Einrichtungen im Jahr 2006 auf 76 Einrichtungen im Jahr 2010 deutlich zurückgegangen.³¹⁷

Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) gelten nach dem SGB V als institutionelle Sonderform ambulanter Krankenbehandlung und sind zuständig für die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Kontext ihres sozialen Umfeldes, einschließlich der Beratung und Anleitung von Bezugspersonen (§ 119 SGB V). Die Finanzierung der in den Sozialpädiatrischen Zentren erbrachten Leistungen fällt in den Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Krankenkassen. Gegenwärtig gibt es in Deutschland 136 Sozialpädiatrische Zentren.³¹⁸

Heilpädagogische Leistungen

Im Teilhabefeld „Bildung und Ausbildung“ (Kapitel 4.2) ist die Entwicklung der Anzahl an Empfängerinnen und Empfängern von heilpädagogischen Leistungen der Eingliederungshilfe aufgeführt. Bei diesen handelt es sich um Leistungen der Frühförderung, wenn auch nicht um sämtliche. Im Jahr 2010 gab es demnach 90.348 Empfängerinnen und Empfänger dieser Leistungsart.

³¹⁶ § 3 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV) vom 24. Juni 2003 (BGBl. I S. 998).

³¹⁷ Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2008): S. 9

³¹⁸ Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2012).

Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege

Die Länder sind für die Bereitstellung von Angeboten der Kindertagesbetreuung und Kindertagespflege zuständig. Kinder ab dem vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt haben in Deutschland einen Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz, der in § 24 des achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verankert ist. Auf eine Verbesserung der Betreuung von Unter-Dreijährigen zielt das Kinderförderungsgesetz, das im Januar 2009 in Kraft getreten ist. Mit diesem Gesetz wurde der Rechtsanspruch auf Förderung in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege für Kinder von ein bis drei Jahren ab 2013 eingeführt und der stufenweise Ausbau des Angebots festgelegt (vgl. § 24a SGB VIII). Der erreichte Ausbaustand bei den Plätzen für Unter-Dreijährige ist in den Ländern unterschiedlich. In Deutschland insgesamt ist ein bedarfsgerechter Ausbau noch nicht erreicht. Zuletzt gab es im Jahr 2011 für 517.110 Kinder unter drei Jahren einen Betreuungsplatz entweder in einer Kindertagesstätte oder in Kindertagespflege. Dies entsprach einem Versorgungsgrad von 25,4 Prozent.³¹⁹ Trotz eines erheblichen Anstiegs der Betreuungsquoten um fast zwölf Prozentpunkte zwischen 2006 und 2011 müssen für politisch avisierte 750.000 Betreuungsplätze noch ca. 233.000 Plätze geschaffen werden.³²⁰

Statistiken lassen auch eine Verbesserung in der Betreuungssituation von Kindern mit Beeinträchtigungen erkennen. Dabei nimmt vor allem die Zahl der integrativen Kindertageseinrichtungen kontinuierlich zu.³²¹ Von rund 12.800 im Jahr 2006 hat sich die Zahl der Einrichtungen auf 15.500 im Jahr 2010 erhöht, wie die folgende Tabelle zeigt. Die Zahl der „Tageseinrichtungen für behinderte Kinder“ hat sich im betrachteten Zeitraum ebenfalls leicht erhöht, sank zuletzt jedoch wieder leicht ab.³²²

Tabelle 6-2: Anzahl von Kindertageseinrichtungen für Kinder mit Beeinträchtigungen nach Jahr und Einrichtungsart in den Jahren 2006 bis 2010

Einrichtungsart	2006	2007	2008	2009	2010
Integrative Tageseinrichtungen	12.764	13.414	14.143	14.296	15.474
Tageseinrichtungen für behinderte Kinder	334	346	378	365	347

Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Kinder mit Beeinträchtigungen im Alter von null bis acht Jahren und ohne Schulbesuch in Kindertageseinrichtungen, bei denen ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt wurde, erhalten Leistun-

³¹⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): S. 7.

³²⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): S. 8.

³²¹ Integrative Kindertageseinrichtungen nehmen Kinder mit Beeinträchtigungen auf, sind jedoch nicht inklusiv in dem Sinne, dass sie ihre pädagogische Konzeption sowie die räumliche und materielle Ausstattung auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder ausrichten, unabhängig davon, ob die Kinder beeinträchtigt sind oder nicht.

³²² Die Kinder- und Jugendhilfestatistik kann bezogen auf behinderte Kinder die Angebotsstruktur der Einrichtungen nicht vollständig erfassen, weil ein Teil der Sondereinrichtungen in die Zuständigkeit der Schulverwaltung fällt, z. B. Vorschuleinrichtungen, die Sonderschulen angegliedert sind. Somit bildet die amtliche Statistik nur einen Ausschnitt des integrativen/inklusive Angebotes ab.

gen der Eingliederungshilfe. Auf die Entwicklung der Anzahl an Empfängerinnen und Empfängern dieser Leistungen, zuletzt 70.496 im Jahr 2011, wird in Kapitel 4.2.1 eingegangen.

6.2.2 Bildung und Betreuung im Schulalter

Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung

Kinder mit Beeinträchtigungen haben Anrecht auf eine angemessene schulische Förderung. Wird ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt, erhält die Schülerin bzw. der Schüler eine qualifizierte, sonderpädagogische Förderung entweder integriert in einer allgemeinen Schule oder in einer Förderschule. Ein sonderpädagogischer Förderbedarf besteht dann, wenn einem Förderbedarf mit den Mitteln allgemeinpädagogischer Maßnahmen nicht entsprochen werden kann und aufgrund der Beeinträchtigung intensive Maßnahmen zur Entwicklungs- und Bildungsförderung notwendig sind. Die jeweilige Beeinträchtigung erfordert unter Umständen spezifische Hilfestellung, die nur durch Lehrkräfte, Therapeutinnen und Therapeuten oder Pflegefachleute mit einer entsprechend spezialisierten Ausbildung geleistet werden kann.

Auch die Ausgestaltung und Organisation der schulischen Bildung ist Aufgabe der Länder. Aus diesem Grund findet sich je nach Bundesland eine unterschiedliche Praxis der Unterrichtung von Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen. Über die Kultusministerkonferenz (KMK) koordinieren die Bundesländer ihre Bildungspolitik. Zuletzt haben sich die Kultusministerien der Länder auf der KMK vom 2. Oktober 2011 auf gemeinsame Empfehlungen zur Umsetzung des Grundsatzes der Inklusion im Bildungssystem festgelegt. Ohne sich auf konkrete Maßnahmen zu einigen, haben die Landesministerien die gemeinsame Zielvorstellung einer Stärkung inklusiver Unterrichtung sowie Vorstellungen dazu entwickelt, welche Rahmenbedingungen hierfür erforderlich sind.³²³

Über die Entwicklung der Anzahl von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Bedarf im Alter der Vollzeitschulpflicht, die an allgemeinen Schulen und an Förderschulen unterrichtet werden, informiert Kapitel 4.2 ausführlich. Im Schuljahr 2010/2011 gab es demnach rund 487.000 Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung. Von diesen besuchten ca. 380.000 eine Förderschule, 107.000 wurden an einer allgemeinen Schule unterrichtet.³²⁴

Förderschulen in Deutschland

Über die Anzahl an allgemeinen Schulen, die Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung aufnehmen, gibt es keine bundesweite Statistik. Die Anzahl der reinen Förderschulen beinhaltet die folgende Tabelle.

³²³ KMK (2011b).

³²⁴ KMK (2012).

Tabelle 6-3: Anzahl von Förderschulen in Deutschland im Ganztags-schulbetrieb und insgesamt in den Jahren 2007 bis 2010

Förderschulen	2007	2008	2009	2010
Insgesamt	3.357	3.301	3.304	3.284
davon mit Ganztags-schulbetrieb	1.874	1.882	1.999	2.033

Quelle: KMK-Statistik zu allgemeinbildenden Schulen in Ganztagsform in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Anzahl der Förderschulen in Deutschland hat in den Jahren 2007 bis 2010 abgenommen. Ein immer größerer Anteil der Förderschulen hat einen Ganztags-schulbetrieb, im Jahr 2010 boten bereits 62 Prozent eine ganztägige Betreuung an.

Im Bereich der sonderpädagogischen Förderung gibt es eine Spezialisierung in neun Förderschwerpunkten. Aufgrund dieser Spezialisierung ist für die meisten Förderbereiche eine eher geringe Zahl schulischer Angebote vorhanden, was Einschränkungen bei der Wohnort-nähe mit sich bringt. Ausnahmen bilden die Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt „Lernen“ sowie „geistige Entwicklung“.

Tabelle 6-4: Anzahl der Förderschulen nach Förderschwerpunkt im Schuljahr 2008/2009

Förderschwerpunkte	2008/2009
Lernen	1.413
Geistige Entwicklung	763
Emotionale und soziale Entwicklung	395
Sprache	289
Körperliche und motorische Entwicklung	191
Übergreifende Förderzentren	187
Schulen für Kranke	137
Hören	84
Sehen	65
Gesamt	3.524

Quelle: Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010), S. 326. Eigene Darstellung Prognos AG, Mehrfachzählungen möglich.

Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung

Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel des SGB XII gehören unter anderem Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung (§ 54 SGB XII). Sie machen sieben Prozent der gewährten Einzelleistungen aus. Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Empfängerzahlen dieser Hilfen, welche von 2006 bis 2010 von rund 55.000 auf fast 67.000 angestiegen ist.

Tabelle 6-5: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung in und außerhalb von Einrichtungen in den Jahren 2006 bis 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Empfänger / -innen	54.862	59.047	63.513	65.225	66.889

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG

Im Rahmen der Sozialen Entschädigung können mit der Erziehungsbeihilfe (§ 27 BVG) Maßnahmen der Schulbildung gefördert werden.

Tageseinrichtungen

Zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Schulalter gibt es sogenannte „Tageseinrichtungen/Tagesheime für junge Menschen mit Behinderung“, die ausschließlich junge Menschen mit Beeinträchtigungen ab dem sechsten Lebensjahr betreuen. Es handelt sich hierbei um heilpädagogische und therapeutische Einrichtungen zur Förderung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung nach den §§ 53 und 54 SGB XII oder seelischer Beeinträchtigung nach dem § 35a SGB VIII.³²⁵ Die Leistungen in diesen Einrichtungen werden entweder von den Trägern der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe finanziert. Die Anzahl solcher Einrichtungen ist von 117 Einrichtungen im Jahr 2006 auf 149 im Jahr 2010 angestiegen. Eine entsprechende Entwicklung zeichnet sich bei den genehmigten Plätzen in den Tageseinrichtungen ab. Im Jahr 2006 standen in den Einrichtungen noch 8.400 Plätze zur Verfügung, im Jahr 2010 waren es bereits knapp 10.800.³²⁶

6.2.3 Berufliche Bildung

Leistungen der beruflichen Bildung, bei denen es sich um berufliche Rehabilitationsleistungen handelt, werden in Kapitel 6.3 behandelt.

Ausbildungsberufe für Menschen mit Beeinträchtigungen

Über die regulären Ausbildungsberufe hinaus stehen Menschen mit Beeinträchtigungen 171 Ausbildungsberufe für Menschen mit Beeinträchtigungen nach § 66 des Berufsbildungsgesetzes und § 42 des Gesetzes zur Ordnung des Handwerks zur Auswahl. Diese Berufe sind in den Zuständigkeitsbereichen Handwerk, Industrie und Handel, Landwirtschaft, Öffentlicher Dienst und Hauswirtschaft angesiedelt. Am breitesten gefächert ist die Auswahl bei den handwerklichen Ausbildungsberufen (82 Ausbildungsberufe) und den Ausbildungsberufen im Industrie- und Handelsbereich (76 Ausbildungsberufe). Zehn Ausbildungsberufe stehen im landwirtschaftlichen Sektor zur Wahl. Im öffentlichen Dienst wird die Ausbildung zum/zur Verwaltungsfachangestellten/-in aufgelistet und im hauswirtschaftlichen Bereich können sich Menschen mit Beeinträchtigungen zum/zur Hauswirtschaftshel-

³²⁵ http://www.statistik.sachsen.de/download/Erhebungsboegen/2K_KJH_Teil3.pdf, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

³²⁶ Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes.

fer/-in, Dienstleistungshelfer/-in oder Hauswirtschaftstechnischem/-er Betriebshelfer/-in ausbilden lassen.³²⁷ Gemessen an den 344 anerkannten Ausbildungsberufen, die es laut Bundesinstitut für Berufsbildung im Jahr 2011 gab, ist die Auswahl bei diesen Ausbildungsberufen in etwa halb so groß.³²⁸

6.2.4 Hochschulbildung

Menschen mit Beeinträchtigungen, die an einer Hochschule studieren oder die an einer Berufsschule für einen Berufsabschluss lernen, können Leistungen nach dem SGB XII in Form von „Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule“ (§ 54 Absatz 2 SGB XII) erhalten. Die Statistik ermöglicht keine Unterscheidung von Empfängerinnen und Empfängern danach, ob sie eine Berufsschule oder eine Hochschule besuchen. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger dieser Leistungen für die Jahre 2006 bis 2010. Vor allem im Jahr 2009 war ein sehr hoher Zuwachs (63 Prozent) gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen.

Tabelle 6-6: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule in den Jahren 2006 bis 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Empfänger/-innen	1.452	1.183	2.524	6.736	7.871

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung der Prognos AG.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Bruttoausgaben der Sozialhilfeträger für diese Hilfen. Die steigende Zahl der Empfängerinnen und Empfänger löst keinen gleichartigen Anstieg der Ausgaben aus.

Tabelle 6-7: Bruttoausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule in den Jahren 2006 bis 2010, in Millionen Euro

	2006	2007	2008	2009	2010
Ausgaben in Mio. Euro	12,0	10,5	14,4	14,0	13,9

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung der Prognos AG.

Maßnahmen der Hochschulbildung werden auch im Bereich der Sozialen Entschädigung als Leistung der Erziehungsbeihilfe nach § 27 BVG gefördert.

³²⁷ Statistisches Bundesamt (2011a).

³²⁸ Bundesinstitut für Berufsbildung (2012).

6.2.5 Lebenslanges Lernen

Es gibt keine sozialrechtlichen Leistungen, mit denen speziell Angebote des lebenslangen Lernens (ohne berufliche Weiterbildung) von Menschen mit Beeinträchtigungen finanziert werden. Entsprechend liegen hierzu auch keine Leistungsstatistiken vor. Eine Ausnahme bilden Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung. Über diese wird jedoch nicht an dieser Stelle, sondern im „Leistungen und Aktivitäten zum Teilhabefeld Erwerbsarbeit und Einkommen“ berichtet.

Bei den Volkshochschulen gibt es sowohl Kurse speziell für Menschen mit Beeinträchtigungen als auch Kurse, die den Umgang mit diesen Personen betreffen. Eine Konzeption, die sich mit Angeboten für Menschen mit Beeinträchtigungen oder mit der Entwicklung inklusiver Angebote befasst, ist auf Bundesebene nicht vorhanden. Gleiches gilt für Statistiken zu entsprechenden Angeboten und deren Nutzung. Finanziert werden können Angebote des lebenslangen Lernens für Menschen mit Beeinträchtigungen im Rahmen der „Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“ des SGB XII.

6.2.6 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden

Förderung freier Verbände und Träger der Kinder- und Jugendhilfe

In den Jahren 2009 bis 2012 förderte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bundeszentrale Infrastrukturen freier Verbände und Träger in der Arbeit mit Jugendlichen mit Beeinträchtigungen mit jährlich ca. 705.000 bis ca. 812.000 Euro. Die genaue Verteilung der Fördergelder auf Kurse, Arbeitstagungen, Personalkosten und sonstige Maßnahmen zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 6-8: Förderung bundeszentraler Infrastrukturen freier Verbände/ Träger in der Arbeit mit „Jugendlichen mit Behinderungen“ in den Jahren 2009 bis 2012, in Euro

Fördergegenstand	2009	2010	2011	2012 (geplant)
Kurse	173.352	153.976	170.065	159.805
Arbeitstagungen	66.876	67.135	38.000	71.000
Personalkosten	461.520	497.364	386.931	406.031
Sonstige Maßnahmen	72.600	93.250	109.750	102.000
Gesamt	774.348	811.725	704.746	738.836

Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Eigene Darstellung Prognos.

Zu den geförderten Verbänden zählen solche, die sich der Arbeit mit beeinträchtigten jungen Menschen³²⁹ annehmen und die bei der Verwirklichung des Rechts jedes jungen Menschen auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit helfen. Die bundeszentralen Infrastrukturen in der Kinder- und Jugendhilfe erhalten vorrangig Personalkostenförderung. Mit den geförderten Maßnahmen werden unter anderem junge Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, gehörlose, körperlich beeinträchtigte sowie mehrfach beeinträchtigte junge Menschen sowie Betroffene mit Beeinträchtigung und Migrationshintergrund unterstützt.

Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit

Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Kurse, Arbeitstagungen, Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit sowie weitere Einzelmaßnahmen richten sich an Multiplikatoren und Betroffene. Sie beinhalten wichtige Themen, die für die Fortentwicklung des Handlungsfeldes der „Hilfen für junge Menschen mit Behinderung“ von aktueller Bedeutung sind.³³⁰

³²⁹ Im Sinne von §1 SGB VIII.

³³⁰ Dazu gehören z.B. Fragen zur allgemeinen Lebenssituation, Gesundheit, Selbstbestimmung und Partnerschaft.

Projekt für schwerbehinderte Bachelor-Absolventen/innen

Durch die Umstellung des deutschen Hochschulsystems auf das zweistufige Bachelor-/ Mastersystem ergaben sich für Menschen mit Beeinträchtigungen einige Nachteile. Um ihr Studium erfolgreich absolvieren zu können, sind sie vielfach auf technische Hilfen und Assistenzen angewiesen. Weil diese in vielen Studiengängen und vor allem in Masterstudiengängen nur unzureichend zur Verfügung stehen, bleibt ihnen eine konkrete Studienmöglichkeit oft verwehrt.³³¹ Das vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützte „Projekt für schwerbehinderte Bachelor-Absolventen/innen“ (ProBas) des Paul-Ehrlich-Instituts setzt hier an und bietet schwerbehinderten Bachelor-Absolventinnen und -absolventen eine Weiterqualifikation im wissenschaftlichen und im administrativen Bereich. Damit soll eine bessere Zugänglichkeit von Masterstudienplätzen bzw. von qualifizierter Beschäftigung in Wissenschaft, Forschung und Verwaltung erreicht werden.

Informations- und Beratungsstelle (IBS) „Studium und Behinderung“

Im Bereich der Hochschulbildung fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung die IBS beim Deutschen Studentenwerk. Die IBS bietet Ratsuchenden Informationen und berät sie in allen Fragen rund um das Studieren mit Beeinträchtigungen. Außerdem dient die Beratungsstelle als Plattform und Vernetzungsstelle für Studieninteressierte, Studierende und Berater und Beraterinnen der Hochschulen, Arbeitsagenturen, Verbände und Studentenwerke sowie für Mitglieder von Interessengemeinschaften und Selbsthilfegruppen und vertritt die Interessen der Studierenden mit Beeinträchtigungen in der Öffentlichkeit. Zu diesem Zweck arbeitet die Beratungsstelle eng mit Interessengruppen beeinträchtigter Studierender, Verbänden, einschlägigen Hochschulinstitutionen, Studentenwerken, Arbeitsagenturen, der Hochschulrektorenkonferenz und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung zusammen.³³²

6.3 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Erwerbsarbeit und Einkommen“

6.3.1 Leistungen zur Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Mit einer großen Vielfalt an Leistungen werden Menschen mit Beeinträchtigungen dabei unterstützt, einen Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu bekommen, eine Ausbildung oder Weiterbildung zu absolvieren oder eine Beschäftigung aufzunehmen und aufrechtzuerhalten. Erforderliche Leistungen werden unter Berücksichtigung der Eignung für eine Tätigkeit bzw. den Arbeitsplatz und der individuellen Lebenssituation erbracht. Dadurch ist sichergestellt, dass jede leistungsberechtigte Person unabhängig von einer Beeinträchtigung oder Behinderung die Unterstützung erhält, die er oder sie benötigt. Zu-

³³¹ <http://www.projekt-probas.de/das%20projekt/das%20projekt.html>, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

³³² <http://www.studentenwerke.de/main/default.asp?id=06105>, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

sätzlich zu den Leistungen der aktiven Arbeitsförderung nach dem SGB III erhalten erwerbsfähige Leistungsberechtigte in der Grundsicherung für Arbeitsuchende weitere, im SGB II geregelte Eingliederungsleistungen wie das Einstiegsgeld, Leistungen zur Eingliederung Selbstständiger, Arbeitsgelegenheiten, Förderung von Arbeitsverhältnissen, Freie Förderung sowie kommunale Eingliederungsleistungen. Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) sind nach den Grundsätzen des Förderns und Forderns prinzipiell darauf ausgerichtet, die Erwerbsfähigkeit einer leistungsberechtigten Person zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen.

Soweit diese allgemeinen Leistungen zur Überwindung behindertenspezifischer Nachteile nicht ausreichen oder Leistungen anderer Träger vorrangig einzusetzen sind, stehen besondere Leistungen zur Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung. Träger dieser Leistungen sind die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung, der Gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge, der örtlichen Jugendhilfe sowie die Integrationsämter. Bundes- und Landesministerien fördern im Rahmen von arbeitsmarktpolitischen Programmen.

In den folgenden Tabellen werden Statistiken zu den Leistungen der Träger angeführt. Aufgrund der unterschiedlichen Erfassungsmethoden können keine trägerübergreifenden Darstellungen vorgenommen werden. Darüber hinaus folgen die Statistiken zu Leistungsbeziehungen und -beziehern bzw. erbrachten Leistungen nicht immer der gleichen Systematik wie die Statistiken zu den Ausgaben. Daher werden beide Statistiken getrennt voneinander aufgeführt.

6.3.1.1 Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit ist zuständiger Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB III, sofern kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Außerdem ist sie zuständig für die berufliche Rehabilitation von behinderten erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II durch ein Jobcenter erhalten, sofern kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (§ 6a SGB IX).

In § 19 SGB III ist festgelegt, wer zu den leistungsberechtigten Menschen mit Behinderungen gehört: „Behindert im Sinne dieses Buches sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung (...) nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen. Behinderten Menschen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung (...) droht.“ Leistungsberechtigt nach dem SGB II sind laut § 7 Absatz 1 Personen, die u. a. das 15. Lebensjahr vollendet haben, hilfebedürftig und erwerbsfähig sind.

Im Jahr 2011 erhielten im Jahresdurchschnitt 101.841 Menschen Leistungen zur Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – einschließlich Leistungen für schwerbehinderte Menschen – durch die Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger

(SGB III und SGB II).³³³ Die meisten Leistungen entfielen auf „Besondere Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“ mit insgesamt 52.839 geförderten Rehabilitanden im Jahresdurchschnitt 2011. Nicht mitgezählt werden an dieser Stelle Leistungen an Personen im Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einer WfbM.

Tabelle 6-9: Förderung von Rehabilitanden nach § 19 SGB III durch den Einsatz arbeitsmarktpolitischer Instrumente der Bundesagentur für Arbeit – ohne Leistungen in WfbM und ohne Förderinformationen zugelassener kommunaler Träger – in den Jahren 2007 bis 2011 (Jahresdurchschnittswerte Bestand)

Leistungen	2007	2008	2009	2010	2011
Aktivierung und berufliche Eingliederung	1.497	2.010	3.772	3.869	2.724
Berufswahl und Berufsausbildung	43.149	40.201	38.299	35.872	32.222
Aufnahme einer Erwerbstätigkeit	4.416	4.911	6.058	6.243	5.571
Berufliche Weiterbildung	4.290	5.109	7.146	6.795	5.911
Besondere Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben (ohne Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich der WfbM)	63.909	61.087	56.744	55.450	52.839
Beschäftigung schaffende Maßnahmen	9.095	8.470	7.443	4.910	2.329
Freie Förderung, sonstige Förderung	3.635	2.844	900	446	245
Insgesamt	129.991	124.632	120.361	113.584	101.841

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2012c); Eigene Berechnungen Prognos AG.

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen einerseits die in der o. a. Tabelle aufgeführten Bildungsmaßnahmen, andererseits Leistungen an Arbeitgeber wie technische Arbeitshilfen, Eingliederungszuschüsse, Probebeschäftigung oder die behinderungsgerechte Gestaltung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen. Insgesamt ist die Anzahl der geförderten Rehabilitanden im dargestellten Zeitraum zurückgegangen. Besonders stark ist der Rückgang bei den Beschäftigung schaffenden Maßnahmen und der freien bzw. der sonstigen Förderung.

³³³ In der Förderstatistik erfolgt eine Zählung von Förderfällen bzw. Teilnahmen, nicht von Personen. Da einzelne Personen auch durch mehrere Leistungen gefördert werden können, ist die Zahl der betroffenen Menschen etwas niedriger. Leistungen zum Lebensunterhalt, die im Zusammenhang mit der Teilnahme an den Maßnahmen gewährt wurden, wie z. B. Ausbildungs- und Übergangsgeld, sind nicht enthalten.

Fachkonzepte der Bundesagentur für Arbeit³³⁴

a. Betreuung und Vermittlung arbeitsloser Menschen mit Behinderung

Die Bundesagentur für Arbeit verfügt mit dem Leitkonzept Arbeitsvermittlung und Vermittlung von schwerbehinderten Menschen sowie mit dem Leitkonzept für die Bereiche Ausbildungsvermittlung und berufliche Rehabilitation über spezifische Integrationskonzepte für Menschen mit Behinderungen. Sie bietet hierdurch ein professionelles und auf die individuellen Bedürfnisse des Kunden abgestimmtes Dienstleistungsangebot in den Agenturen für Arbeit und Jobcentern der gemeinsamen Einrichtungen. Zur weiteren Verbesserung der Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Jobcentern der gemeinsamen Einrichtungen empfiehlt die Bundesagentur für Arbeit den Einsatz von entsprechend spezialisierten Fachkräften.

b. Berufsorientierung

Berufliche Orientierung und das Kennenlernen beruflicher Alternativen sind elementare Voraussetzungen für eine individuelle und passende Berufswahl. Dies gilt insbesondere für junge Menschen, die aufgrund von beeinträchtigungsbedingten Einschränkungen nicht alle Berufe ergreifen können. Ergänzend zur schulischen Aufgabe der Berufsorientierung führen die Beratungsfachkräfte in allen Förderschulklassen gemeinsam mit den Lehrern Veranstaltungen für Schüler und deren Eltern zu Perspektiven der beruflichen Einmündung durch. Zur weiteren Unterstützung der Berufswahl fördert die Bundesagentur für Arbeit seit Jahren im Rahmen von berufsorientierenden Maßnahmen diesen praxis- und arbeitsweltorientierten Erfahrungsprozess, insbesondere auch in Förderschulen. Sie unterstützt durch ihre fachliche Expertise die Umsetzung der Initiative Inklusion in den Bundesländern. Ziel ist es, gemeinsam Wege für schwerbehinderte Jugendliche zu finden, ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst breit und umfassend vorzubereiten und damit die Voraussetzung für selbstbestimmte Teilhabe zu schaffen. Mit der zum 1. April 2012 neu eingeführten Regelung des § 48 Abs. 3 SGB III wird bei der Ausgestaltung von Berufsorientierungsmaßnahmen nunmehr ausdrücklich auch den besonderen Bedürfnissen junger Menschen mit sozialpädagogischem Förderbedarf und schwerbehinderten jungen Menschen an allgemeinbildenden Schulen Rechnung getragen. Zwei Schwerpunkte werden bei der inklusiven Gestaltung der „Berufsorientierung“ im Sinne der UN-BRK künftig handlungsleitend sein: Chancen auf eine betriebliche Ausbildung zu erhöhen und Alternativen zur Beschäftigung in einer „Werkstatt für behinderte Menschen“ (WfbM) aufzuzeigen. Unabhängig hiervon wollen sich die WfbM stärker am allgemeinen Arbeitsmarkt orientieren.

³³⁴Die folgenden Ausführungen stellen einen eigenständigen Beitrag der Bundesagentur zu diesem Bericht dar. Zur Anpassung der Berichtskonzeption wurde er etwas gekürzt und sprachlich geringfügig angepasst.

c. Unterstützte Beschäftigung

Mit der individuellen betrieblichen Qualifizierung (InbeQ) im Rahmen Unterstützter Beschäftigung nach § 38a SGB IX setzt die Bundesagentur für Arbeit seit 2009 konsequent die behindertenpolitische Zielsetzung von mehr Inklusion durch Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt statt WfbM um. Dieses Angebot richtet sich vor allem an Menschen mit Beeinträchtigungen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf aufweisen und für die keine anderweitigen Angebote zur beruflichen Eingliederung (z. B. Berufsvorbereitung, Ausbildung) in Betracht kommen. Seit Inkrafttreten des Gesetzes stellt die Bundesagentur für Arbeit ein flächendeckendes Angebot für InbeQ zur Verfügung, das von Fachexpertinnen und -experten als qualitativ hochwertig bewertet wird. Die Teilnehmerzahl an diesen Angeboten stieg von 1.656 im Jahr 2009 auf 2.653 im Jahr 2011. Die Bundesagentur für Arbeit hat sich für 2012/2013 zum Ziel gesetzt, insbesondere die Qualität in der Umsetzung dieser komplexen Teilhabeleistung für ihren Aufgabenbereich zu sichern.

d. Ausbildung betrieblich oder zumindest betriebsnah gestalten

Junge Menschen mit Beeinträchtigungen werden von der Bundesagentur für Arbeit individuell unterstützt und gefördert, vorzugsweise dort wo sie leben, lernen und arbeiten. Besonders erfolgreich sind betriebliche bzw. möglichst betriebsnahe Ausbildungen. Ausbildungszuschüsse an Arbeitgeber ermöglichen jungen Menschen mit Beeinträchtigungen durch eine betriebliche Ausbildung den inklusiven Start ins Berufsleben. Um die Potenziale dieser Unterstützungsleistungen noch stärker zu nutzen und um Ängste und Vorbehalte vor der betrieblichen Ausbildung von Menschen mit Beeinträchtigungen weiter abzubauen, bietet die Bundesagentur für Arbeit seit 2012 eine Maßnahme an, um behinderte Auszubildende und ihre Ausbildungsbetriebe durch Bildungsträger während einer betrieblichen Ausbildung bedarfsgerecht und intensiv zu begleiten.

Jungen Menschen mit Beeinträchtigungen, für die eine betriebliche Ausbildung (noch) nicht erreichbar ist, steht ein differenziertes Förderangebot an außerbetrieblichen Ausbildungen zur Verfügung. Hier führen qualifizierte Bildungsträger die Ausbildung durch, entweder in integrativer Form (die fachpraktische Ausbildung erfolgt überwiegend durch den Bildungsträger) oder in kooperativer Form (fachpraktische Unterweisung erfolgt durch die Kooperationsbetriebe). Dabei handelt es sich um staatlich anerkannte Berufsausbildungen in anerkannten Ausbildungsberufen und nach besonderen Ausbildungsregelungen (gemäß § 66 Berufsbildungsgesetz und § 42m Handwerksordnung) bzw. für junge beeinträchtigte Menschen mit dem Ziel der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Während eine Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen allgemein ein Angebot für benachteiligte junge Menschen darstellt, richten sich die Angebote der Berufsbildungswerke ausschließlich an Menschen, bei denen Art und Schwere ihrer „Behinderung“ eine Teilhabe an einer „behindertenspezifischen“ Ausbildung erforderlich macht. Solche Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Aus- und

Weiterbildung sind nachrangig zu den allgemeinen Leistungen. Die Berufsbildungswerke als besondere Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation bestehen in der Regel aus modernen Ausbildungsstätten, Berufsschulen und Wohngelegenheiten mit fachlicher Betreuung und vielfältigem Freizeitangebot. Im Jahr 2011 standen deutschlandweit 52 Berufsbildungswerke zur Verfügung, die Ausbildungen in mehr als 240 Berufen anboten. Inzwischen bieten Berufsbildungswerke Ausbildungen für Menschen mit Beeinträchtigungen verzahnt mit Betrieben an (Verzahnte Ausbildung mit Berufsbildungswerken – VAmB).

e. Betriebsnahe Gestaltung der beruflichen Rehabilitation Erwachsener

Die Arbeitsplatzchancen von Absolventinnen und Absolventen außerbetrieblicher Aus- und Weiterbildungen sind geringer als die von Absolventinnen und Absolventen betrieblicher Bildungsangebote. Die Bundesagentur für Arbeit berücksichtigt dies seit vielen Jahren im Rahmen ihrer Förderkonzeption im Bereich der beruflichen Rehabilitation. Bisher überwiegt die integrative, d. h. trägergestützte außerbetriebliche Form der Maßnahmendurchführung. Diese findet auch in Berufsförderungswerken statt. Berufsförderungswerke sind gemeinnützige außerbetriebliche Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation, welche grundsätzlich der Fortbildung und Umschulung von Erwachsenen, die in der Regel bereits berufstätig waren, dienen. Derzeit gibt es in Deutschland 28 Berufsförderungswerke.

Die Bundesagentur für Arbeit dringt daher seit längerem im Rahmen der Entwicklung aller ihrer Förderangebote auf eine stärkere Einbindung von Betrieben bzw. auf eine Ausweitung betrieblicher Phasen und fordert von den Bildungsanbietern, ihre Unterstützungsleistung stärker als bisher in die Betriebe zu transferieren. Ausschließliche Qualifizierung bei Bildungsträgern – ohne betriebliche Phasen – soll zukünftig die Ausnahme sein. Die Ausrichtung der Bundesagentur für Arbeit, vorrangig eine berufliche Integration oder Ausbildung mit allgemeinen, betriebsnahen Förderleistungen zu erreichen, wird im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-BRK ausdrücklich als Maßnahme zum Erreichen eines inklusiven Bildungs- und Arbeitsmarktangebotes bestätigt.

6.3.1.2 Gesetzliche Rentenversicherung

Die Gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen zu fördern oder wiederherzustellen und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Sozialrechtliche Grundlage ist das SGB VI. Zum pflichtversicherten Personenkreis zählen nach den §§ 1-3 SGB VI in erster Linie beschäftigte Personen und Selbstständige. Von der Versicherungspflicht ausgenommen sind u. a. Beamte, geringfügig Beschäftigte und Personen, die eine volle Altersrente beziehen. Zu den persönlichen Voraussetzungen zählt u. a. eine aufgrund von Krankheit oder Beeinträchtigungen geminderte oder gefährdete Erwerbsfähigkeit, wenn gleichzeitig die Chance besteht, diese durch die Teilhabeleistungen der Rentenversicherung

entweder wieder zu bessern oder den Arbeitsplatz zu erhalten. Versicherungsrechtlich ist es in der Regel erforderlich, dass bereits 15 Jahre Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird.

Gegenstand dieses Kapitels sind nur die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation werden im Kapitel zu den Maßnahmen im Teilhabefeld „Gesundheit“ behandelt, das sich mit Leistungen und Aktivitäten zur Förderung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen beschäftigt.

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Gesetzlichen Rentenversicherung, ohne Leistungen für Beschäftigte im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der WfbM.

Tabelle 6-10: Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben in den Jahren 2007 bis 2011 – ohne Leistungen in WfbM (Jahressummen der abgeschlossenen Leistungen)

Leistungen	2007	2008	2009	2010	2011
Erhaltung / Erlangung eines Arbeitsplatzes, Eignungsabklärung / Arbeitserprobung	50.239	58.497	66.286	66.569	68.106
Berufsvorbereitung	8.632	9.509	10.878	11.321	6.553
Berufliche Bildung	27.335	27.731	29.721	31.561	29.895
Leistungen an Arbeitgeber	10.545	10.666	10.286	10.512	11.224
Sonstige Leistungen	3.902	3.935	4.282	4.415	5.716
Insgesamt	100.653	110.338	121.453	124.378	121.494

Quellen: Deutsche Rentenversicherung Bund (2008-2012), Eigene Berechnungen Prognos AG.

Im Jahr 2011 wurden 121.494 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Gesetzliche Rentenversicherung an Menschen mit Beeinträchtigungen geleistet und abgeschlossen. Nach einem deutlichen Anstieg bis zum Jahr 2010 war im Jahr 2011 wieder ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Kontinuierlich zugenommen haben die Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, zur Eignungsabklärung bzw. Arbeitserprobung sowie die Leistungen zur Berufsvorbereitung.

6.3.1.3 Gesetzliche Unfallversicherung

Die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung erbringen alle Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation im Falle eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit einer bzw. eines Versicherten. In diesem Abschnitt werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen behandelt. Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur medizinischen Rehabilitation

werden im Kapitel zur Förderung der Teilhabe im Bereich der Gesundheit thematisiert.

In der Unfallversicherung sind u. a. alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, in beruflicher Aus- und Fortbildung befindlichen Personen, Auszubildende und Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen, Kinder in Tageseinrichtungen, Schülerinnen und Schüler, Studierende sowie ehrenamtlich Tätige versichert. Voraussetzung für den Bezug von Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung ist ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Gesetzlichen Unfallversicherung zielen darauf, die Leistungsfähigkeit der betroffenen Versicherten wiederherzustellen, damit sie wieder erwerbstätig sein können.

Die Zahlen in der folgenden Tabelle beschränken sich auf Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Berufsgenossenschaften, bilden also nicht die Gesamtheit der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Gesetzlichen Unfallversicherung ab. Dies liegt daran, dass die Zahlen der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen.

Im Jahr 2010 haben insgesamt 17.512 Personen Leistungen der Berufsgenossenschaften zur Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt empfangen. Die Empfängerzahlen sind im betrachteten Zeitraum relativ konstant geblieben.

Tabelle 6-11: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung – nur gewerbliche Berufsgenossenschaften – zur Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt in den Jahren 2007 bis 2010

	2007	2008	2009	2010
Insgesamt	17.871	16.956	16.413	17.512

Quelle: Statistik der deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die Statistiken der Gesetzlichen Unfallversicherung lassen nur im Falle der gewerblichen Berufsgenossenschaften eine Trennung in Leistungen für die Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt und Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) zu, nicht jedoch bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand. Für die gesamte Unfallversicherung kann aus diesem Grund nur über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insgesamt und dies auch erst ab dem Jahr 2009 informiert werden. Im Jahr 2010 erhielten demnach 26.438 Menschen mit Beeinträchtigungen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Gesetzliche Unfallversicherung, im Jahr 2009 waren es mit 20.437 noch deutlich weniger.

6.3.1.4 Eingliederungshilfe

Die Träger der Sozialhilfe, dies sind die Kommunen oder ihre überörtlichen Verbände, sind zuständig für Leistungen der Eingliederungshilfe nach Kapitel 6 des SGB XII. Leistungen können Personen erhalten, die durch eine „Behinderung“ im Sinne des SGB IX wesentlich in

ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, an der Gesellschaft teilzuhaben, oder die von einer solchen „Behinderung“ bedroht sind. Leistungen der Eingliederungshilfe sind nachrangig, werden also erst geleistet, wenn auf Leistungen anderer Träger kein Anspruch besteht.

Innerhalb der Eingliederungshilfe entsprechen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben grundsätzlich denjenigen der Bundesagentur für Arbeit. Die Statistik der Leistungsempfänger lässt eine Darstellung in einer ähnlich differenzierten Form allerdings nicht zu.

Tabelle 6-12: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt in den Jahren 2007 bis 2010

	2007	2008	2009	2010
Insgesamt	7.063	8.296	6.827	6.888

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Im Jahr 2010 erhielten 6.888 Menschen mit Beeinträchtigungen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Eingliederungshilfe. Leistungen an Werkstätten für behinderte Menschen bzw. für dort Beschäftigte sind nicht enthalten. Im betrachteten Zeitraum blieb die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben relativ konstant. Lediglich im Jahr 2008 gab es einen vorübergehenden Anstieg auf 8.296 Personen.

6.3.1.5 Kriegsofopferfürsorge

Die Träger der Kriegsofopferfürsorge erbringen im Rahmen der Sozialen Entschädigung ebenfalls Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Kriegsofopferfürsorge umfasst alle Fürsorgeleistungen im Sozialen Entschädigungsrecht. Leistungen im Rahmen der Sozialen Entschädigung werden erbracht, wenn jemand einen gesundheitlichen Schaden erleidet, für dessen Folgen die Gemeinschaft in besonderer Weise einzustehen hat. Die Soziale Entschädigung soll helfen, die gesundheitlichen und die oft auch damit verbundenen wirtschaftlichen Folgen zu beseitigen oder zu verbessern und, wenn erforderlich, das Geschehene zumindest finanziell abzumildern. Auch die Hinterbliebenen der Beschädigten können eine Versorgung beanspruchen, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

Die Leistungen der Sozialen Entschädigung richten sich nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges – dem BVG – das ursprünglich für die Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen des Zweiten Weltkriegs geschaffen wurde. Es gilt aber inzwischen auch für weitere Personengruppen. Dazu gehören die Opfer von Gewalttaten, Wehrdienstbeschädigte, Zivildienstbeschädigte, Impfgeschädigte oder Opfer staatlichen Unrechts in der DDR und deren jeweilige Hinterbliebene.

Leistungen der Kriegsofferfürsorge zur Teilhabe am Arbeitsleben können Beschädigte, Witwen, Witwer oder hinterbliebene Lebenspartner nach den Maßgaben des § 26 BVG in Verbindung mit §§ 33 bis 38a, 40 SGB IX erhalten. Sie sollen eine erstmalige Eingliederung oder eine Wiedereingliederung des gesundheitlich geschädigten Menschen in Arbeit und Beruf sicherstellen. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist ein Zusammenhang zwischen der anerkannten Schädigung und der bereits eingetretenen oder drohenden beruflichen Betroffenheit.

Die Kriegsofferfürsorge berichtet im zweijährigen Rhythmus über die erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die von diesem Träger erbrachten Leistungen lassen sich nicht in weitere Leistungsarten unterteilen. Im Jahr 2010 erhielten 874 Personen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Kriegsofferfürsorge, im Jahr 2008 waren es 1.181, und im Jahr 2006 waren es 517.

6.3.1.6 Integrationsämter

Integrationsämter sind ausschließlich im Rahmen von Teil 2 des SGB IX, dem sogenannten Schwerbehindertenrecht, zuständig für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen, den besonderen Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen, die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe sowie Seminare und Öffentlichkeitsarbeit für ein betriebliches Integrationsteam.

In diesem Kapitel werden alle Leistungen betrachtet, die unmittelbar der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben dienen. Seminare und Öffentlichkeitsarbeit werden im Kapitel zu Leistungen und Aktivitäten für die Beteiligung am politischen und öffentlichen Leben behandelt. Laut § 102, Satz 2 SGB IX sollen die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben „in enger Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit und den übrigen Rehabilitationsträgern durchgeführt werden.“ Die Leistungen können in der Beratung und Betreuung bei der Vermittlung und Aufnahme einer Erwerbsarbeit, der Anpassung des Arbeitsplatzes oder in unterstützenden Geldleistungen bestehen.

Im Jahr 2011 empfingen 47.816 schwerbehinderte Menschen Leistungen der Integrationsämter zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Tabelle 6-13: Erbrachte Leistungen der Integrationsämter zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben in den Jahren 2007 bis 2011 (Fallzahlen)

Leistungen	2007	2008	2009	2010	2011
Arbeitsassistenz	6.983	6.222	5.887	5.975	6.370
Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen	30.442	26.674	25.811	25.887	27.364
Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	3.075	3.654	2.729	2.545	2.698
Behinderungsgerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	9.458	8.433	8.094	8.013	8.848
Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten	1.428	2.126	2.243	2.196	2.387
Prämien und Zuschüsse für Berufsausbildung	57	128	144	155	149
Insgesamt	51.443	47.237	44.908	44.771	47.816

Quellen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2008-2012). Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die weitaus meisten Leistungen bestehen in Zahlungen an Arbeitgeber aufgrund von außergewöhnlichen Belastungen durch die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen. Die Struktur der Leistungen blieb – mit leichten Schwankungen zwischen den Jahren – über den gesamten betrachteten Zeitraum relativ konstant. Die Integrationsämter erbringen keine Leistungen der beruflichen Rehabilitation im hier verwendeten Sinn.

Die Integrationsämter fördern das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Nach § 84 SGB IX sind Arbeitgeber verpflichtet, bei Eintreten von Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis schwerbehinderter Menschen, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten. Ein solches ist auch Beschäftigten anzubieten, die länger als sechs Wochen krank sind oder eine wiederkehrende Erkrankung haben. Ziel des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und der Erhalt des Arbeitsplatzes. Mitwirkende sind neben Arbeitgebern und Betroffenen die Schwerbehindertenvertretung, der Betriebs-/Werksarzt bzw. die Betriebs-/Werksärztin, Gemeinsame Servicestellen und Integrationsämter.

Tabelle 6-14: Ausgaben der Integrationsämter für Betriebliches Eingliederungsmanagement in den Jahren 2007 bis 2011 in Millionen Euro

	2007	2008	2009	2010	2011
Ausgaben in Mio. Euro	0,17	0,19	0,15	0,24	0,12

Quellen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2008-2012). Eigene Berechnungen Prognos AG.

6.3.1.7 Integrationsprojekte

Integrationsprojekte ermöglichen eine Beschäftigung für schwerbehinderte Menschen, die nur unter großen Schwierigkeiten eine reguläre Arbeit annehmen können, für die aber zugleich eine WfbM keine adäquate Beschäftigungsmöglichkeit bietet. Die rechtlichen Grundlagen für Integrationsprojekte finden sich in den §§ 132 und 133 SGB IX. Dort ist auch festgelegt, dass mindestens 25 Prozent und höchstens 50 Prozent der Beschäftigten in Integrationsprojekten eine anerkannte Schwerbehinderung haben sollen. Integrationsprojekte werden durch Mittel der Ausgleichsabgabe von den Integrationsämtern gefördert.

Tabelle 6-15: Anzahl der geförderten Integrationsprojekte und der dort beschäftigten schwerbehinderten Menschen in den Jahren 2007 bis 2010

	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl geförderter Integrationsprojekte	517	508	592	634	684
Anzahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen	5.535	5.824	6.813	7.551	8.444

Quellen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2008-2012). Eigene Berechnungen Prognos AG.

Im Jahr 2010 wurden deutschlandweit 634 Integrationsprojekte aus Mitteln der Ausgleichsabgabe gefördert, in denen 7.551 schwerbehinderte Menschen beschäftigt waren. Sowohl die Anzahl der Integrationsprojekte als auch die Anzahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen stieg im betrachteten Zeitraum kontinuierlich an.

6.3.1.8 Leistungen der Träger der örtlichen Jugendhilfe

Nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) finanzieren die Träger der Jugendhilfe jungen Menschen im Rahmen der Jugendsozialarbeit sozialpädagogische Hilfen, die der Förderung ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung sowie der Eingliederung in die Arbeitswelt und der sozialen Integration dienen. Voraussetzung für den Erhalt der Leistungen ist, dass die Personen auf die Unterstützung aufgrund von sozialer Benachteiligung oder individuellen Beeinträchtigungen auf Unterstützung angewiesen sind und ihre Ausbildung nicht bereits durch andere Träger und Organisationen sichergestellt wird. Die Hilfen können u. a. in Form von sozialpädagogisch begleite-

ten Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen, die den Fähigkeiten und dem Entwicklungsstand der Personen angepasst sind, erfolgen. Während der Teilnahme an diesen Maßnahmen kann die Unterkunft in sozialpädagogisch begleiteten Wohnformen angeboten werden. Unterhalt sowie Krankenhilfe nach § 40 SGB VIII sollen ebenfalls sichergestellt werden. Die Träger der Jugendhilfe haben die Angebote der Jugendsozialarbeit mit Maßnahmen der Schulverwaltung, der Bundesagentur für Arbeit, der Träger der betrieblichen und außerbetrieblichen Ausbildung sowie der Träger von Beschäftigungsangeboten abzustimmen (§ 13 SGB VIII).

Die Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamts ist nur eingeschränkt dazu in der Lage, Daten für das Feld der Jugendsozialarbeit auszuweisen. Es liegen einerseits Daten zu den Ausgaben der Kinder- und Jugendhilfe durch die öffentlichen Gebietskörperschaften für die Jugendsozialarbeit (a) sowie andererseits Daten zu Einrichtungen und den hier tätigen Personen aus den Kontexten der Kinder- und Jugendhilfe vor (b). Hingegen liefert die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik keine Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Leistungen der Jugendsozialarbeit.

a. Daten zu den finanziellen Aufwendungen

Über die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik werden jährlich bei Jugendämtern, Landesjugendämtern sowie den obersten Landesjugendbehörden und dem Bund Daten zu den Jugendhilfeausgaben für die Jugendsozialarbeit erfasst. Hierunter fallen Aufwendungen für sozialpädagogische Hilfen zur Förderung der schulischen und beruflichen Ausbildung junger Menschen sowie für pädagogisch begleitete Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen. Ebenfalls fällt hierunter die Unterkunft der an schulischen oder beruflichen Bildungsmaßnahmen teilnehmenden jungen Menschen. Eine Differenzierung der Ausgaben nach den genannten Leistungen und pädagogischen Settings im Kontext der Jugendsozialarbeit ist allerdings über die amtliche Statistik nicht vorgesehen.

Für das Jahr 2010 weist das Statistische Bundesamt insgesamt Jugendhilfeausgaben für die Jugendsozialarbeit in Höhe von 391,3 Mio. Euro aus. Diese Summe bildet aber nur einen Teil der Ausgaben für die Jugendsozialarbeit ab. Hiermit berücksichtigt ist der Finanzierungsanteil, der aus den Kinder- und Jugendhilfeeinzelsatz der öffentlichen Gebietskörperschaften geleistet wird. Die Anzahl der Finanziers ist aber mit Blick auf z. B. die Arbeitsagenturen oder auch die Schulen weitaus größer. Das heißt: Der über die Kinder- und Jugendhilfestatistik deutlich werdende Teil der finanziellen Aufwendungen für die Jugendsozialarbeit hat keine Aussagekraft für die fiskalische Entwicklung für das Arbeitsfeld insgesamt, sondern ist vielmehr ein Indikator für das finanzielle Engagement der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Bereich.

b. Daten zu Einrichtungen und tätigen Personen

Alle vier Jahre werden über die Teilerhebung zu den Einrichtungen und tätigen Personen Angaben zu Einrichtungen der Jugendsozialarbeit im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe (§ 13 SGB VIII) erho-

ben.³³⁵ Dies sind im Einzelnen: Einrichtungen des Jugendwohnens, Jugendmigrationsdienste – die werden im Folgenden nicht weiter berücksichtigt, zumal die Platzzahlen insgesamt vergleichsweise gering sowie Plätze für junge Menschen mit Beeinträchtigungen nahezu bedeutungslos sind – sowie Einrichtungen der schulischen und berufsbezogenen Jugendsozialarbeit. Ausgewiesen werden u. a. die Gesamtzahl der Plätze sowie die Plätze für junge Menschen mit einer Beeinträchtigung.

Einrichtungen des Jugendwohnens:

Zu den Einrichtungen des Jugendwohnens gehören vor allem Wohnheime für Schülerinnen und Schüler sowie Auszubildende. Zum 31.12.2010 lag die Zahl der Plätze für die Einrichtungen des Jugendwohnens nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 16.152. Von diesen waren 2.120 bzw. 13 Prozent für junge Menschen mit Beeinträchtigungen vorgesehen. Seit dem Jahr 2002 hat sich die Zahl der Plätze insgesamt um 14 Prozent reduziert, demgegenüber hat sich jedoch die Zahl der Plätze für junge Menschen mit Beeinträchtigungen mehr als verdoppelt.

Einrichtungen der schulischen und berufsbezogenen Jugendsozialarbeit:

Zu diesen Einrichtungen gehören vor allem auch solche, in denen z. B. Maßnahmen zur Erlangung eines schulischen Abschlusses, Angebote im Übergang von Schule in den Beruf oder auch zur beruflichen Qualifizierung durchgeführt werden. Das Spektrum der Angebote ist diesbezüglich vielfältig und wird über die amtliche Statistik nicht abgebildet. Über die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik wird auch hierzu nur das erfasst, was auch über die Kinder- und Jugendhilfe finanziert wird. Für die Einrichtungen der schulischen und berufsbezogenen Jugendsozialarbeit waren das Ende 2010 der amtlichen Statistik zufolge 45.187 Plätze, davon 2.180 bzw. knapp 5 Prozent für junge Menschen mit Beeinträchtigungen. Die Anzahl der Plätze hat sich seit 2002 um knapp 32 Prozent erhöht. Noch stärker gestiegen ist die Zahl der Plätze für junge Menschen mit einer Beeinträchtigung mit nicht ganz 71 Prozent. Die Anstiege der Platzzahlen verdeutlichen ein verstärktes Engagement der Kinder- und Jugendhilfe für diese Einrichtungen im Allgemeinen sowie für junge Menschen mit Beeinträchtigungen in diesen Einrichtungen im Besonderen.

6.3.1.9 Förderung durch die Beschäftigungspflicht

Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen im Jahresdurchschnitt haben nach § 71 des SGB IX die Pflicht, fünf Prozent ihrer Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen. Wird diese Quote nicht erfüllt, müssen sie eine Ausgleichsabgabe zahlen. Diese Beschäftigungspflicht stellt ein indirektes Mittel zur Förderung der Teilhabe von schwerbehinderten Menschen am allgemeinen Arbeitsmarkt dar.

³³⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012a), S. 21.

Tabelle 6-16: Pflichtarbeitsplätze und gemeldete Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen im Rahmen des Anzeigeverfahrens gemäß § 80 Absatz 2 SGB IX in den Jahren 2007 bis 2010 (in 1.000)

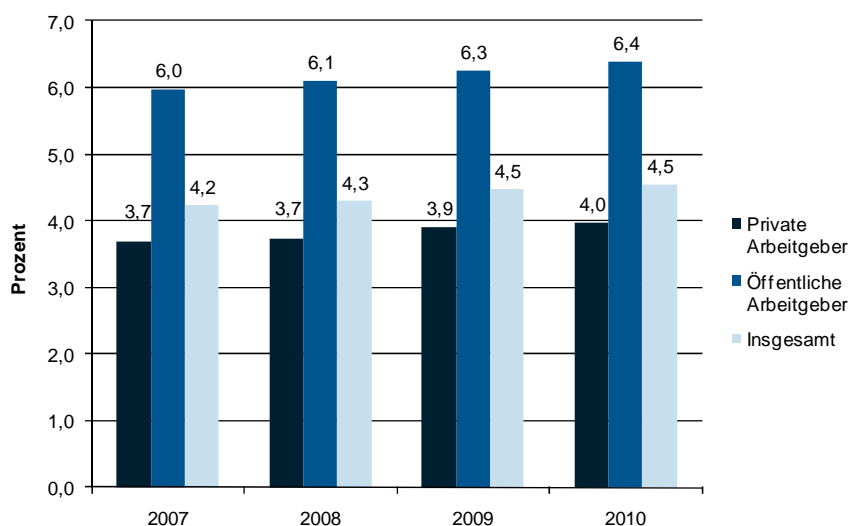
	2007	2008	2009	2010
Besetzte Pflichtarbeitsplätze	842	876	908	931

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit zum Anzeigeverfahren nach SGB IX. Eigene Darstellung Prognos AG.

Im Jahr 2010 wurden rund 931.000 Arbeitsplätze gemeldet, die mit schwerbehinderten Menschen besetzt sind. Da einige Plätze mehrfach angerechnet werden, ist die Zahl der tatsächlich auf diesen Plätzen Beschäftigten etwas geringer. Im betrachteten Zeitraum hat die Anzahl der Arbeitsplätze, die mit schwerbehinderten Menschen besetzt sind, beständig zugenommen. In welchem Umfang die Beschäftigungspflicht hierzu beigetragen hat, kann nicht beantwortet werden.

Die folgende Abbildung zeigt, wie sich der Anteil der mit schwerbehinderten Menschen besetzten Arbeitsplätzen an allen hierfür zu zählenden Arbeitsplätzen der betroffenen Arbeitgeber (Ist-Quote) entwickelt hat.

Abbildung 6-1: Ist-Quoten der mit schwerbehinderten Menschen besetzten Pflichtarbeitsplätze in den Jahren 2007 bis 2010



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit zum Anzeigeverfahren nach SGB IX. Eigene Darstellung Prognos AG.

Es zeigt sich, dass die Ist-Quote im betrachteten Zeitraum zwar durchgängig zugenommen hat, aber auch im Jahr 2010 mit 4,5 Prozent noch unter den festgelegten fünf Prozent lag. Während öffentliche Arbeitgeber in allen Jahren eine Ist-Quote deutlich über diesem Grenzwert aufwiesen, verfehlten die privaten Arbeitgeber die gesetzliche Vorgabe deutlich.

Innerhalb des öffentlichen Dienstes weisen insbesondere die Bundesbehörden eine Ist-Quote auf, die deutlich über den vorgeschriebenen fünf Prozent mit schwerbehinderten Pflichtarbeitsplätzen liegt. Im Jahr 2010 lag sie bei 8,3 Prozent. Im gleichen Jahr wiesen die Obersten Landesbehörden eine Ist-Quote von 5,8 Prozent auf.

6.3.2 Werkstätten für behinderte Menschen

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind teilstationäre Einrichtungen der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen am Arbeitsleben. Zielgruppe der WfbM sind Personen, die wegen Art oder Schwere ihrer Beeinträchtigungen (noch) nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können. Sie sind kein Angebot für Menschen, „die nicht in den betrieblich geprägten, auf wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung ausgerichteten Rahmen der WfbM einbezogen und in diesem Rahmen nicht ausreichend gefördert werden können.“³³⁶

Tabelle 6-17: Leistungen verschiedener Träger zur Teilhabe beeinträchtigter Menschen am Arbeitsleben im Bereich der WfbM in den Jahren 2007 bis 2010 – Leistungsempfängerinnen und -empfänger bzw. abgeschlossene Leistungen

	2007	2008	2009	2010
Bundesagentur für Arbeit (Leistungsempfängerinnen und -empfänger im Jahresdurchschnitt)	26.745	27.003	26.763	25.766
Gesetzliche Rentenversicherung (abgeschlossene Leistungen)	10.114	10.716	10.797	10.825
Gewerbliche Berufsgenossenschaften der Gesetzlichen Unfallversicherung (Leistungsempfängerinnen und -empfänger am Jahresende)	487	528	539	598
Eingliederungshilfe (Leistungsempfängerinnen und -empfänger am Jahresende)	235.145	242.966	248.643	252.644

Quellen: Bundesagentur für Arbeit (o. J.); Deutsche Rentenversicherung Bund (2011); Gesetzliche Unfallversicherung und des Statistischen Bundesamtes. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die Bundesagentur für Arbeit, die Gesetzliche Rentenversicherung, die Gesetzliche Unfallversicherung und die Träger der Kriegsopferfürsorge erbringen Leistungen im Rahmen des Eingangsverfahrens und im Berufsbildungsbereich der WfbM. Hier ist die Bundesagentur für Arbeit der zahlenmäßig bedeutsamste Träger, die im Jahr 2010 im Jahresdurchschnitt 25.766 Personen förderte. Die Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Bundesagentur für Arbeit in den WfbM geht seit 2008 leicht zurück.

³³⁶ Bieker, R. (2005): S. 315.

Die Eingliederungshilfe unterstützt im Arbeitsbereich der WfbM. Im Jahr 2010 erhielten 252.644 Beschäftigte in den WfbM Leistungen der Eingliederungshilfe. Die Zahl der durch die Eingliederungshilfe in WfbM unterstützten Beschäftigten stieg im betrachteten Zeitraum 2007 bis 2010 kontinuierlich an.

Das „Fachkonzept WfbM“ der Bundesagentur für Arbeit³³⁷

Mit dem Fachkonzept zum Eingangsverfahren und Berufsbildungsbe-
reich der WfbM werden die Möglichkeiten zur selbstbestimmten Teil-
habe behinderter Menschen am Arbeitsleben verbessert und ein Bei-
trag zur Umsetzung der in der UN-BRK verankerten Zielsetzung be-
ruflicher Inklusion geleistet. Mit der Neuausrichtung der „beruflichen
Bildung“ in WfbM auf die Anforderungen des allgemeinen Arbeits-
marktes trägt das Fachkonzept den aktuellen behinderten- und bil-
dungspolitischen Entwicklungen bei der beruflichen Eingliederung
von Menschen mit Beeinträchtigungen Rechnung. Dies wird insbe-
sondere durch eine personen- und kompetenzorientierte Gestaltung
und Durchführung sowie eine stärkere Berücksichtigung von Erpro-
bungsmöglichkeiten in den allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht. Nach
der Umstellung der Bildungskonzeptionen in den WfbM auf das neue
Fachkonzept (2010 bis 2012) wird insbesondere die intensivere Er-
probung in „Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes“ im Fokus
stehen.

6.3.3 Kompensations- und Transferleistungen

In diesem Abschnitt werden an Menschen mit Beeinträchtigungen ge-
richtete Einkommensersatzleistungen behandelt, die von vorherigen
Beitragsleistungen abhängig sind, sowie solche Transferleistungen,
die unabhängig von Beitragszahlungen sind und in der Regel be-
darfsabhängig gezahlt werden. Außerdem werden steuerliche Er-
leichterungen für Menschen mit einer anerkannten Behinderung auf-
geführt.

Einkommensersatzleistungen

Die wichtigste Einkommensersatzleistung für Menschen mit Beein-
trächtigungen im erwerbsfähigen Alter sind Erwerbsminderungsren-
ten. Einen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente der Gesetzli-
chen Rentenversicherung haben Personen, denen es wegen einer
Krankheit oder einer Beeinträchtigung auf längere Zeit nicht möglich
ist, mindestens sechs Stunden (teilweise erwerbsgemindert) oder
mindestens drei Stunden (voll erwerbsgemindert) täglich auf dem all-
gemeinen Arbeitsmarkt unter üblichen Bedingungen zu arbeiten.

Versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Erwerbsfä-
higkeit aufgrund eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls oder einer Berufs-
krankheit länger als 26 Wochen um mindestens 20 Prozent gemindert
ist, erhalten in Deutschland im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversi-

³³⁷ Der Abschnitt zum Fachkonzept WfbM stellt in weiten Teilen einen eigenständigen Beitrag der Bundesagentur für Arbeit zu diesem Bericht dar.

cherung eine Verletztenrente.³³⁸ Die Höhe der Rente variiert auch hier mit dem Ausmaß der Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Eine Grundsicherung bei Erwerbsminderung erhalten Personen ab dem 18. Lebensjahr, die aus medizinischen Gründen voll erwerbsgemindert sind und deren Rente oder Einkommen bzw. sonstiges Vermögen unterhalb des sozialhilferechtlichen Bedarfs liegt.

Im Jahr 2010 erhielten 182.678 Menschen mit Beeinträchtigungen Erwerbsminderungsrenten der Gesetzlichen Rentenversicherung, 758.906 Personen erhielten Renten für Verletzte und Erkrankte der Gesetzlichen Unfallversicherung und 384.565 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren erhielten Grundsicherungsleistungen der Sozialhilfe bei voller Erwerbsminderung.

Tabelle 6-18: Empfängerinnen und Empfänger von Erwerbsminderungsrenten und von Grundsicherung bei voller Erwerbsminderung in den Jahren 2007 bis 2010

Leistungsträger	2007	2008	2009	2010
Erwerbsminderungsrenten der Gesetzliche Rentenversicherung	161.515	162.839	173.028	182.678
Renten für Verletzte und Erkrankte der Gesetzlichen Unfallversicherung	789.655	776.292	767.350	758.906
Grundsicherung bei voller Erwerbsminderung der Sozialhilfe (18-64-Jährige)	340.234	357.724	364.027	384.565

Quellen: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, Statistik der Deutsche Rentenversicherung Bund, Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Es zeigt sich, dass im betrachteten Zeitraum 2007 bis 2010 die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Erwerbsminderungsrenten der Gesetzlichen Rentenversicherung und von Grundsicherung bei voller Erwerbsminderung (nur 18-64-Jährige) kontinuierlich angestiegen ist, während die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Verletztenrenten der Gesetzlichen Unfallversicherung leicht rückläufig ist.

Eine Alterssicherung für schwerbehinderte Menschen kann erhalten, wer 35 anrechnungsfähige Versicherungsjahre in der Gesetzlichen Rentenversicherung nachweisen kann. Ein abschlagsfreier Rentenzugang ist in diesem Fall ab dem 63. Lebensjahr möglich, mit Abschlägen in Höhe von 0,3 Prozent pro Monat bereits ab dem 60. Lebensjahr.³³⁹

³³⁸ Eine Ausnahme gilt bei Versicherungsfällen ab dem 1. Januar 2008 bei landwirtschaftlichen Unternehmern, deren Ehegatten und Familienangehörigen. Hier ist eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von wenigstens 30% Voraussetzung für einen Rentenanspruch an die gesetzliche Unfallversicherung.

³³⁹ Die Altersrenten für schwerbehinderte Menschen wurden 1992 für alle Rentenempfängerinnen und -empfänger im Alter über 64 Jahren einmalig in Regelaltersrenten umgewandelt. In den Folgejahren ist diese Alterskohorte daher nicht mehr unter den Personenbeziehern enthalten, also auch nicht in den hier betrachteten Jahren.

Tabelle 6-19: Empfängerinnen und Empfänger von Altersrenten für schwerbehinderte Menschen in den Jahren 2007 bis 2010

	2007	2008	2009	2010
Altersrenten für schwerbehinderte Menschen der Gesetzlichen Rentenversicherung	72.984	76.311	80.774	86.743

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Eigene Darstellung Prognos AG.

Im Jahr 2010 erhielten 86.743 Personen eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen der Gesetzlichen Rentenversicherung. Zu beobachten ist ein kontinuierlicher Anstieg, der zwischen 2007 und 2010 gut 18 Prozent betrug.

Leistungsberechtigte im Bereich der Sozialen Entschädigung erhalten gestaffelt nach dem Grad der Schädigungsfolgen (GdS), also orientiert an der Teilhabebeeinträchtigung, monatliche Renten. Haben Beschädigte Einkommenseinbußen erlitten, weil sie durch die im jeweiligen Gesetz bezeichnete gesundheitliche Schädigung eine erlernte und/oder ausgeübte berufliche Tätigkeit ganz oder teilweise nicht mehr ausüben können, sieht die Soziale Entschädigung hierfür weitere monatliche Ausgleichsleistungen (Berufsschadensausgleich, Ausgleichsrente) vor.

Steuerliche Erleichterungen

Menschen mit Beeinträchtigungen haben häufig Mehraufwendungen für Hilfen bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens. Zur Abgeltung dieser Aufwendungen sowie der Aufwendungen für die Pflege und einen erhöhten Wäschebedarf wird ihnen als „außergewöhnliche Belastung“ nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) ein Pauschbetrag für behinderte Menschen zugestanden, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Der Pauschbetrag kann jährlich ohne Einzelnachweis der Aufwendungen und ohne Minderung um eine zumutbare Belastung abgezogen werden. Ausschlaggebend für die Höhe des Pauschbetrages ist der festgestellte dauernde Grad der Behinderung.

Eltern und unter bestimmten Voraussetzungen auch andere Personen können den Pauschbetrag für ihr behindertes Kind auf sich übertragen lassen, wenn ihn das Kind nicht selbst in Anspruch nimmt. Voraussetzung ist, dass sie für das Kind Anspruch auf Kindergeld oder Freibeträge für Kinder haben.

Statt der Pauschbeträge können auch die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Aufwendungen nach § 33 EStG berücksichtigt werden. Dann wird jedoch die zumutbare Belastung abgezogen, die sich nach dem Gesamtbetrag der Einkünfte, dem Familienstand und der Zahl der Kinder richtet. Neben dem Behinderten-Pauschbetrag können alle übrigen krankheits- und behinderungsbedingten Kosten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Kfz-Aufwendungen geh- und stehbehinderter, außergewöhnlich gehbehinderter, blinder und hilfloser Menschen als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden.

Weitere steuerliche Erleichterungen, z. B. bei der Kfz-Steuer, im Bereich der Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit für Fahrten zur Arbeitsstätte, bei der Umsatzsteuer oder Hundesteuer erhalten Menschen mit Beeinträchtigungen ggf. in Abhängigkeit von ihrem Behinderungsgrad und dem in ihrem Schwerbehindertenausweis eingetragenen Merkzeichen.

Eltern haben für ein volljähriges Kind Anspruch auf Kindergeld oder die Freibeträge für Kinder, wenn das Kind wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten und die Behinderung vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten ist.

6.3.4 Leistungen der sozialen Entschädigung

Die Leistungen der sozialen Entschädigung richten sich – wie auch die Leistungen der Kriegsopferfürsorge, die einen Teilbereich der Sozialen Entschädigung darstellen – nach dem BVG. Die rechtliche Grundlage und der Kreis der Leistungsberechtigten sind bereits weiter oben in Abschnitt 6.3.1.5 beschrieben worden.

Die Leistungen der sozialen Entschädigung lassen sich in Versorgungsleistungen und fürsorgerische Leistungen unterteilen. In § 9 Absatz 1 BVG wird das Leistungsspektrum des Bundesversorgungsgesetzes beschrieben. Dieses umfasst Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung, Leistungen der Kriegsopferfürsorge, Beschädigtenrente und Pflegezulage, Bestattungs- und Sterbegeld, Hinterbliebenenrente und Bestattungsgeld beim Tod von Hinterbliebenen. Im August 2012 erhielten 123.555 Beschädigte sowie 122.421 Hinterbliebene Versorgungsleistungen der Sozialen Entschädigung.³⁴⁰

6.3.5 Ausgaben der Leistungsträger

In der folgenden Tabelle sind die Ausgaben angeführt, welche die verschiedenen Träger für Menschen mit Beeinträchtigungen ausgegeben haben, um deren Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern. Ausgaben von Trägern der Jugendhilfe werden nicht differenziert für die sozialarbeiterische Begleitung in Berufsausbildung und Beschäftigung beeinträchtigter Jugendlicher ausgewiesen, daher kann über diese nicht informiert werden.

³⁴⁰ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012).

Tabelle 6-20: Ausgaben für Leistungen zur Förderung der Teilhabe beeinträchtigter Menschen am Arbeitsleben insgesamt nach den beteiligten Leistungsträgern in den Jahren 2007 bis 2010, in Millionen Euro

	2007	2008	2009	2010
Bundesagentur für Arbeit (ohne zugelassene kommunale Träger)	2.437	2.565	2.674	2.698
Gesetzliche Rentenversicherung	1.064	1.107	1.194	1.262
Gesetzliche Unfallversicherung	171	161	168	180
Integrationsämter	351	334	337	370
Eingliederungshilfe (Sozialhilfeträger)	3.382	3.563	3.628	3.896
Kriegsopferfürsorge*	-	6	-	7

* Die Statistik der Kriegsopferfürsorge wird nur alle zwei Jahre erstellt.

Quellen: Bundesagentur für Arbeit (2012d) Deutsche Rentenversicherung Bund (2011), S. 220; Gesetzliche Unfallversicherung (2011), S.53; Gesetzliche Unfallversicherung (2009), S. 53; Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2011); Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2009, 2011), S. 16. Statistisches Bundesamt (2008-2011). Eigene Darstellung Prognos AG.

Die meisten Ausgaben zur Förderung der Teilhabe beeinträchtigter Menschen am Arbeitsleben tragen die örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Für die Leistungen der Eingliederungshilfe wurden 3,9 Mrd. Euro im Jahr 2010 ausgegeben. Zweitgrößter Träger von Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Bundesagentur für Arbeit mit rund 2,7 Mrd. Euro, gefolgt von der Gesetzlichen Rentenversicherung mit etwas weniger als 1,3 Mrd. Euro. Bei diesen drei großen Trägern ist ein kontinuierlicher Anstieg der Ausgaben in den Jahren 2007 bis 2010 zu verzeichnen. Für die Bundesagentur für Arbeit liegen auch die Zahlen des Jahres 2011 vor. Demnach sind die Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit für Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben im Jahr 2011 gegenüber dem Vorjahr wieder auf 2.594 Mrd. Euro gesunken. Im Betrachtungszeitraum relativ konstant bleiben die Ausgaben der Integrationsämter, deren Budget sich aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe für durch die Arbeitgeber nicht besetzte Pflichtarbeitsplätze speist.

Die größten Ausgaben im Bereich der Lohnersatzleistungen entstanden bei den Altersrenten für schwerbehinderte Menschen. Diese stiegen im betrachteten Zeitraum durchgehend an und betragen zuletzt über 22 Mrd. Euro. Der Deutschen Rentenversicherung Bund entstanden im gleichen Jahr für Erwerbsminderungsrenten Ausgaben in Höhe von 14,7 Mrd. Euro. Seit 2009 steigen diese Ausgaben an. Nahezu konstant blieben die Ausgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung für die Verletztenrenten in Höhe von knapp vier Mrd. Euro.

Tabelle 6-21: Ausgaben für Erwerbsminderungsrenten, Grundsicherung bei voller Erwerbsminderung und Altersrenten für schwerbehinderte Menschen in den Jahren 2007 bis 2010 bzw. 2011 in Millionen Euro

Leistungen nach Träger	2007	2008	2009	2010	2011
Erwerbsminderungsrenten der Gesetzliche Rentenversicherung	14.326	14.205	14.248	14.488	14.738
Renten für Verletzte und Erkrankte der Gesetzlichen Unfallversicherung	3.897	3.894	3.994	3.993	
Grundsicherung bei voller Erwerbsminderung der Sozialhilfe (18-64-Jährige)	207	221	232	246	
Altersrenten für schwerbehinderte Menschen der Gesetzlichen Rentenversicherung	17.750	18.655	19.973	21.303	22.083

Quellen: Deutsche Rentenversicherung Bund (2011), S. 225; Gesetzliche Unfallversicherung (2011), S.54; Gesetzliche Unfallversicherung (2009), S. 54; Statistisches Bundesamt (2008-2011). Eigene Darstellung Prognos AG.

6.3.6 Wirksamkeit der Leistungen

Die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung erstellen regelmäßig Statistiken, die über den Erfolg ihrer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt Auskunft geben sollen. Die zentralen Ergebnisse werden in diesem Abschnitt vorgestellt. Die unterschiedlichen Erhebungsweisen lassen jedoch keinen Vergleich des Maßnahmen Erfolgs verschiedener Träger zu.

Die Bundesagentur für Arbeit weist die Eingliederungsquoten für Ermessensleistungen an Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Schwerbehinderung bzw. Gleichgestellte³⁴¹ jeweils getrennt für die Rechtskreise des SGB III und des SGB II (ohne Daten der zugelassenen kommunalen Träger) aus. Die Eingliederungsquoten geben an, welcher Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Maßnahmen sechs Monate nach Abschluss der Maßnahmen eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung innehatte. Sie ist ein wichtiges Indiz für den Erfolg der Maßnahmen.³⁴²

³⁴¹ Die Eingliederungsbilanzen stellen bei der Betrachtung der besonders förderungsbedürftigen Personengruppen nicht auf Reha-Fälle, sondern auf Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Schwerbehinderung bzw. Gleichgestellte ab. Zwischen beiden Personengruppen gibt es größere Überschneidungen", sie sind jedoch nicht identisch.

³⁴² Hierbei ist zu beachten, dass für die Integration in den Arbeitsmarkt ein Bündel von Faktoren wichtig ist: die Ausgangsqualifikation der bzw. des Teilnehmenden, die Stabilität ihrer/seiner Gesundheit und Lebenssituation, die Dauer der Arbeitslosigkeit und Hilfebedürftigkeit, die Motivation, aber auch die Kombination von (mitunter mehreren) Fördermaßnahmen und Vermittlungsdienstleistungen. Zudem spielen auch die allgemeinen Arbeitsmarktbedingungen eine wichtige Rolle (bspw. das Angebot an offenen Stellen).

Tabelle 6-22: Eingliederungsquoten von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Schwerbehinderung/Gleichgestellten an Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit zwischen Juli 2010 und Juni 2011, sechs Monate nach Abschluss der Maßnahmen – in Prozent

	SGB III	SGB II
Chancen auf dem 1. Arbeitsmarkt verbessern	49,2	26,1
Beschäftigung begleitende Maßnahmen	66,1	57,4
Beschäftigung begleitende Maßnahmen (ohne Leistungen für Selbstständige)	75,3	54,0
Förderung der Berufsausbildung	65,9	55,3
Beschäftigung schaffende Maßnahmen	40,1	11,0
Freie Förderung	50,0	20,7
Sonstige Förderung		35,9
Insgesamt	53,0	24,5
Insgesamt (ohne Leistungen für Selbstständige)	54,1	24,6

Quelle: Statistik der Eingliederungsbilanzen nach § 54 SGB II sowie nach § 11 SGB III der Bundesagentur für Arbeit, Stand Juli 2012 – ohne Daten der zugelassenen kommunalen Träger. Eigene Darstellung Prognos AG.

Dabei zeigt sich zunächst, dass die Eingliederungsquote aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Maßnahmen nach dem SGB III mit gut 54 Prozent mehr als doppelt so hoch ist wie diejenigen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern an Maßnahmen nach dem SGB II. Am häufigsten ist die Eingliederung bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Maßnahmen zur Förderung der Berufsausbildung und von Beschäftigung begleitenden Maßnahmen nach dem SGB III und dem SGB II gelungen. Die niedrigsten Eingliederungsquote weist die Maßnahmenart „der Beschäftigung schaffenden Maßnahmen“ nach dem SGB II auf.

Die Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Bund informieren über den Erfolg von Maßnahmen der beruflichen Bildung. Drei Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben diese Maßnahmen im Jahr 2009 erfolgreich abgeschlossen. Die folgende Tabelle zeigt, wie viele der erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen von Maßnahmen zur beruflichen Bildung im Anschluss sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren.

Tabelle 6-23: Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter im 6., 12. und 24. Monat nach im Jahr 2006 abgeschlossenen beruflichen Bildungsleistungen an allen Absolventinnen und Absolventen dieser Maßnahmen

	Monate nach Abschluss		
	6	12	24
Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter	37	43	48

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (2011).

Zu erkennen ist, dass die Eingliederungsquote innerhalb des ersten Jahres nach Abschluss der Maßnahmen noch deutlich und anschließend in geringerem Maße steigt. Nach zwei Jahren hat knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Maßnahme der beruflichen Bildung der Gesetzlichen Rentenversicherung erfolgreich abgeschlossen haben, eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung berichtet über die Wiedereingliederungsquoten unmittelbar nach einem erfolgreichen Abschluss von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation in ihrem Zuständigkeitsbereich. In der Statistik sind nur Erstfälle (keine Wiederaufnahmen) enthalten, bei denen die bisherige Tätigkeit durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit gefährdet war und die berufliche Wiedereingliederung das Ziel der Rehabilitation war.

Tabelle 6-24: Fälle mit erfolgreich abgeschlossenen Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung und Wiedereingliederung in das Arbeitsleben unmittelbar nach Abschluss der Maßnahmen, in den Jahren 2007 bis 2009

	Jahr des Abschlusses der Maßnahmen		
	2007	2008	2009
Fälle mit Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe	12.070	12.846	12.352
darunter mit erfolgreicher Wiedereingliederung	10.902	11.818	11.305
Wiedereingliederungsquote	90,3%	92,0%	91,5%

Quelle: Statistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.

Unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss der Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation konnten demnach in jedem Jahr über 90 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine berufliche Tätigkeit (wieder) aufnehmen. In den Jahren 2007 bis 2009, zu denen entsprechende Daten vorliegen, hat sich die Wiedereingliederungsquote nur geringfügig verändert.

6.3.7 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden

Im Rahmen von Programmen oder durch Änderungen von Rahmenbedingungen streben Bundesministerien und andere Bundesbehörden eine Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen am Arbeitsleben an. Dabei sollen beeinträchtigungsbedingte Nachteile von Betroffenen so gut wie möglich ausgeglichen werden.

Arbeitsmarktprogramme

Anfang des Jahres 2007 wurde das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderte Arbeitsmarktprogramm „Job4000“ ins Leben gerufen. Das Programm hat das Ziel, die berufliche Integration von schwerbehinderten Jugendlichen zu verbessern und mehr Arbeitsmöglichkeiten außerhalb von WfbM zu schaffen. Diese Ziele werden auf mehreren Wegen verfolgt. Zum einen sollen mindestens 1.000 neue Arbeitsplätze für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX geschaffen werden. Um dies zu erreichen, erhalten Arbeitgeber, die einen solchen Arbeitsplatz zur Verfügung stellen, eine Förderung von maximal 36.000 Euro in einem Zeitraum von bis zu fünf Jahren. Zum anderen sollen 500 neue Ausbildungsplätze für schwerbehinderte Jugendliche geschaffen werden. Pro Ausbildungsplatz erhalten Arbeitgeber zu Beginn der Ausbildung eine Prämie in Höhe von bis zu 3.000 Euro und nach Abschluss der Ausbildung und gleichzeitiger Übernahme in ein unbefristetes sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, eine Prämie von bis zu 5.000 Euro. Handelt es sich um ein befristetes sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, werden bis zu 2.500 Euro gezahlt. Mit der Förderung soll erreicht werden, dass die Übernahme in ein dauerhaftes Beschäftigungsverhältnis erfolgt und die Gesamtzahl der Auszubildenden in dem Betrieb durch den geförderten Platz steigt. Weiterhin sollen mit Hilfe von Integrationsfachdiensten mindestens 2.500 schwerbehinderte Schulabgängerinnen und -abgänger in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden. Für jeden Unterstützungsfall erhalten die Integrationsfachdienste 250 Euro monatlich für eine maximale Dauer von 18 Monaten. So soll eine dauerhafte berufliche Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht werden. Insgesamt werden für das Programm „Job4000“ rund 30 Millionen Euro vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zur Verfügung gestellt. Die Länder beteiligen sich mit 20 Millionen Euro. Ende Oktober 2012 ist ein Zwischenbericht zu diesem Programm vorgelegt worden.³⁴³

Das Bundesarbeitsmarktprogramm „Initiative Inklusion“ startete Ende 2011 als Teil des Nationalen Aktionsplans, mit einer Laufzeit bis 2018. Umgesetzt wird die Initiative in enger Zusammenarbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit den zuständigen Ministerien der Länder. Das maximale Fördervolumen für das Programm auf Bundesebene beträgt 100 Millionen Euro. Die Initiative umfasst die Handlungsfelder Berufsorientierung, Schaffung neuer betrieblicher Ausbildungsplätze für schwerbehinderte junge Menschen,

³⁴³ http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/job4000-zwischenbericht-2011.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 16.11.2012).

Schaffung neuer Arbeitsplätze für ältere schwerbehinderte Menschen sowie die Implementierung von Inklusionskompetenz bei Kammern. Im Zuge des Handlungsfeldes 2 sollen mindestens 1.300 neue Ausbildungsplätze für schwerbehinderte Menschen geschaffen werden. Für jeden dieser Ausbildungsplätze kann ein Fördergeld von bis zu 10.000 Euro gezahlt werden. Insgesamt unterstützt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales dieses Handlungsfeld der Initiative Inklusion mit bis zu 15 Millionen Euro. Für schwerbehinderte Menschen ab dem 50. Lebensjahr sollen im Rahmen des Handlungsfeldes 3 mindestens 4.000 neue Arbeitsplätze geschaffen werden. Auch hier werden je Arbeitsplatz bis zu 10.000 Euro an den Arbeitgeber gezahlt. Für dieses Handlungsfeld stehen bis zu 40 Millionen Euro an Fördergeldern zur Verfügung.³⁴⁴

RehaFutur-Initiative

Die RehaFutur-Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurde mit dem Ziel initiiert, Ideen, Konzepte und Aktivitäten zu bündeln, die eine zukunftsorientierte, innovative berufliche Rehabilitation gewährleisten. Dabei orientierte sich RehaFutur an drei Eckpunkten – der Stärkung von Fähigkeiten zum selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Handeln, die dazu notwendige Individualisierung von Teilhabeleistungen sowie die frühzeitige Orientierung auf eine Integration in den Arbeitsmarkt. Im Rahmen von RehaFutur wurde insbesondere die langfristige Entwicklung des Gesamtsystems der beruflichen Rehabilitation leistungsträgerübergreifend und unabhängig von der Art der Leistungserbringung angestoßen. Basierend auf der Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur haben in den Jahren 2010 - 2012 vier Institutionen übergreifende Arbeitsgruppen zu den Kernthemen Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, Steuerung des Eingliederungsprozesses, Berufs und Arbeitswelt und Forschung Umsetzungsvorschläge erarbeitet und diese in einem Abschlussbericht an das BMAS übergeben.³⁴⁵

IT-Ausbildungsverbund

Ein Bereich, in dem eine Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen von Bundesministerien und -behörden angestrebt wird, ist die Berufsausbildung. Im Rahmen des Förderungsprojekts „IT-Ausbildungsverbund (IT-Fachinformatiker – Ausbildung für Menschen mit Behinderungen)“ wird der Anstieg des bislang vergleichsweise geringen Anteils von Menschen mit Behinderungen an den 20 bis 25 jährlich ausgeschriebenen Ausbildungsplätzen des IT-Ausbildungsverbundes der Bundesbehörden in Berlin (ITAB) vom Bundesministerium des Innern gefördert. Zu den ergriffenen Maßnahmen gehören Veränderungen der Ausschreibungstexte, die barrierefreie Gestaltung der Arbeitsbedingungen und – falls notwendig – die Anregung und Umsetzung einer zielgerichteten Qualifikation von Ausbildern.

³⁴⁴ https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/richtlinie-initiative-inklusion.pdf?__blob=publicationFile, letzter Zugriff am 05.10.2012).

³⁴⁵ Deutsche Akademie für Rehabilitation, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (Hrsg.) (2012).

Fachtagungen, Kongresse und bundesweite Aktionswochen

Die Bundesagentur für Arbeit hat in den vergangenen Jahren über Fachtagungen, Kongresse und bundesweite Aktionswochen intensiv für das Thema „Potentiale von Menschen mit Behinderung“ im Arbeitsleben geworben und für die Thematik sensibilisiert. So wurde im Rahmen der „Woche der Menschen mit Behinderung“³⁴⁶ eine breite Öffentlichkeit angesprochen, darunter vor allem Arbeitgeber, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bundesagentur für Arbeit, vorzugsweise aus dem Bereich der Arbeits- und Ausbildungsvermittlung. Ziel des Projektes ist es zum einen, das Arbeits- und Fachkräftepotenzial der Menschen mit Beeinträchtigungen zur Deckung des Arbeits- und Fachkräftebedarfs zu nutzen und zum anderen, das Interesse der Medien zu wecken, um damit nachhaltig eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit zu erreichen.

Während der bundesweiten Fachtagung „Inklusive Ausbildung“, die im November 2010 in Kooperation mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen durchgeführt wurde, konnte an konkreten Beispielen gezeigt werden, wie eine inklusive Ausbildung und Qualifizierung mit und in Betrieben gelingen kann. Neben Fachvorträgen aus Bildung, Unternehmen und Politik stellte ein „Marktplatz“ die unterschiedlichsten Ausbildungsformen mit ihren Chancen, aber auch Herausforderungen vor.

Um neue bundesweite Impulse zur Integration von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Grundsicherung zu setzen, führte die Bundesagentur für Arbeit am 19. Oktober 2011 die Fachtagung „Durchstarten mit Arbeit. Menschen mit Behinderung in der Grundsicherung“ in Berlin durch. Ziel der Fachtagung war es, ein Umdenken in der Gesellschaft anzustoßen und Unternehmen zu motivieren, sich stärker für diese Menschen zu engagieren.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat am 7. Dezember 2011 die Konferenz "Inklusion einfach machen – von Bildung über Ausbildung in Arbeit" in Kooperation mit dem Bundesbehindertenbeauftragten durchgeführt. Bei der Konferenz ging es um die praktische Umsetzung der UN-BRK vor Ort und in verschiedenen Wirkungsbereichen. Über 300 Teilnehmende aus Schulen, Universitäten, Ausbildungsbetrieben, Unternehmen, Verwaltung und Politik hatten während des Kongresses die Gelegenheit, ihr Know-how einzubringen, zu diskutieren, voneinander zu lernen und neue inklusive Projekte zu initiieren.

Bei der im Jahr 2012 zum dritten Mal in Folge durchgeführten Ausbildungskampagne „Ich bin gut“ liegt das besondere Augenmerk auf Inklusion. In sogenannten „Ich bin gut“-Camps an zehn Standorten in Deutschland werden Jugendliche angeregt, sich mit ihrer beruflichen Zukunft auseinanderzusetzen und dabei die beratenden Angebote der Bundesagentur für Arbeit in Anspruch zu nehmen. Ein Viertel der insgesamt 200 Plätze für Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren werden speziell an Jugendliche mit Beeinträchtigungen vergeben.

³⁴⁶ Erstmals durchgeführt im Dezember 2011.

6.4 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „alltägliche Lebensführung“

Leistungen und Aktivitäten, die Menschen mit Beeinträchtigungen eine selbstbestimmte Lebensführung und soziale Teilhabe im Alltag ermöglichen sollen, lassen sich grundsätzlich danach unterscheiden, ob sie auf eine Änderung der Umwelt abzielen oder aber individuelle Unterstützung bieten. Während die Zahl der individuellen Unterstützungsleistungen, die als sozialrechtliche Leistung finanziert werden, überschaubar ist, gibt es eine Vielzahl sehr verschiedener Aktivitäten, mit denen umweltbedingte Barrieren für Menschen mit Beeinträchtigungen beseitigt werden sollen. Im Teilhabekapitel „Alltägliche Lebensführung“ in Teil 2 dieses Berichts wurden bereits Statistiken zu vielen solcher Aktivitäten vorgestellt. Hierauf wird ggf. verwiesen.

6.4.1 Wohnen

Wohnbezogene Betreuungsleistungen, die erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen erhalten, um ihre Unterkunft in stationär oder ambulant betreuten Wohnmöglichkeiten zu finanzieren, werden in Deutschland nach dem SGB XII von den Trägern der Sozialhilfe finanziert. Davon ausgenommen sind Personen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit vorrangig den wohnbezogenen Betreuungsbedarf auslöst. Die gesetzliche Grundlage dieser Leistungen der Eingliederungshilfe bilden die „Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ nach § 53 SGB XII.

Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten

Bei der Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten ist ein kontinuierlicher Anstieg in den Jahren 2006 bis 2010 erkennbar, der besonders stark im Bereich der ambulant betreuten Hilfen in einer eigenen Wohnung ausfiel. Innerhalb von vier Jahren hat sich deren Anzahl von knapp 67.000 im Jahr 2006 auf fast 128.000 im Jahr 2010 nahezu verdoppelt.

Tabelle 6-25: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten nach § 53 SGB XII in den Jahren 2006 bis 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
In Wohneinrichtungen	172.098	175.752	189.354	195.477	202.359
In einer Wohngemeinschaft (ambulant betreut)	12.669	10.649	13.578	16.328	17.273
In einer eigenen Wohnung (ambulant betreut)	66.909	81.961	97.928	109.001	127.808
Insgesamt (ohne Mehrfachzählungen)	248.249	264.018	295.686	315.408	341.217

Anmerkung: Mehrfachzählungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldungen erkennbar waren.

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Diese Entwicklung drückt sich auch in entsprechend steigenden Ausgaben aus. Wie die folgende Tabelle zeigt, wurden im Jahr 2010 für Hilfen zum Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten 6,75 Milliarden Euro ausgegeben. Gegenüber dem Jahr 2006 bedeutet dies eine Zunahme um 1,68 Milliarden Euro bzw. rund 33 Prozent. Dabei stiegen die Ausgaben für Hilfen außerhalb von Einrichtungen, also für ambulante Betreuung, überproportional.

Tabelle 6-26: Ausgaben für Hilfen zum Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten nach dem SGB XII in Milliarden Euro in den Jahren 2006 bis 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Außerhalb von Einrichtungen	0,59	0,74	0,87	1,00	1,16
Innerhalb von Einrichtungen	4,48	4,78	4,99	5,65	5,60
Gesamt	5,07	5,52	5,86	6,66	6,75

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Für die Jahre 2008 und 2009 liegen Daten zu seelisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen vor, die in einer betreuten Wohneinrichtung nach § 35a SGB VIII leben. Im Jahr 2008 waren dies 8.820 seelisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche, ein Jahr später 9.463.³⁴⁷

³⁴⁷ Statistisches Bundesamt (2010): S. 224, Statistisches Bundesamt (2011): S. 226.

Innerhalb der Eingliederungshilfe sowie der Kriegsopferversorge werden Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung geleistet. Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger dieser Leistung hat sich von 2007 bis 2010 annähernd verdoppelt. Sowohl bei Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen innerhalb als auch außerhalb von Einrichtungen sind starke Zuwächse zu verzeichnen, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 6-27: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach dem SGB XII in den Jahren 2007 bis 2010

	2007	2008	2009	2010
Außerhalb von Einrichtungen	428	574	752	822
Innerhalb von Einrichtungen	280	378	460	511
Gesamt	708	934	1.120	1.333

Anmerkung: Mehrfachzählungen möglich.

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Diese Zuwächse spiegeln sich jedoch nicht in den Ausgaben wider, bei denen sich im Zeitraum 2007 bis 2010 eine ausgesprochen uneinheitliche Entwicklung vollzogen hat. Zuletzt hat es einen starken Rückgang gegeben, von 14,2 Millionen im Jahr 2009 auf 7,8 Millionen im Jahr 2010.

Tabelle 6-28: Ausgaben für Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach dem SGB XII in den Jahren 2007 bis 2010, in Millionen Euro

	2007	2008	2009	2010
Außerhalb von Einrichtungen	7,8	8,8	8,5	7,6
Innerhalb von Einrichtungen	0,2	10,7	5,7	0,2
Gesamt	8,0	19,5	14,2	7,8

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Betreutes Wohnen in Familien

Von „Betreutem Wohnen in Familien“ wird gesprochen, wenn eine Familie einen Menschen als Klienten aufnimmt und unterstützt, der aufgrund einer seelischen oder geistigen Beeinträchtigung kein selbstständiges Leben führen kann. Auch Lebensgemeinschaften oder alleinstehende Menschen kommen als „Gastfamilien“ in Frage. Im Unterschied zur Pflegefamilie nach dem SGB VIII entfällt beim Betreuten Wohnen in Familien für Erwachsene der Erziehungsauftrag, die Klientin bzw. der Klient hat vollständiges Selbstbestimmungs-

recht. Beim Betreuten Wohnen in Familien schließen die örtlichen oder überörtlichen Träger der Sozialhilfe einen Vertrag mit einem Maßnahmenträger nach § 75 SGB XII. Dieser erbringt nur einen Teil der Leistungen in Form eines Fachdienstes, der nach fachlichen Standards die Gastfamilie und die Klienten bzw. den Klienten begleitet. Den anderen Teil der Leistungen erbringt die Gastfamilie, die hierfür einen Vertrag mit dem Maßnahmenträger schließt. Zu deren Leistungen gehören in der Regel „Hilfen bei der individuellen Basisversorgung, der alltäglichen Lebensführung, der Gestaltung persönlicher Beziehungen, der Freizeitgestaltung, der Tagesstrukturierung, der Kommunikation und der Bewältigung von Problemen.“³⁴⁸

Die Finanzierung des Betreuten Wohnens in Familien hat mehrere Bestandteile. Das Betreuungsentgelt an die Gastfamilie wird in der Regel durch die Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII beziehungsweise § 61 ff. SGB XII finanziert, kann aber als Bestandteil auch eine Leistung der Pflegekassen im Rahmen des SGB XI beinhalten. Ebenfalls die Eingliederungshilfe zahlt die Leistungen des begleitenden Fachdienstes. Unterkunft und Verpflegung der Klientin bzw. des Klienten sowie ein Taschengeld werden aus der Sozialhilfe nach § 29 SGB XII gezahlt. Besucht die Klientin bzw. der Klient eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), verringert sich das Betreuungsgeld, welches die Gastfamilie erhält. Die Höhe des Betreuungsgelds an die Gastfamilien unterscheidet sich je nach Leistungsträger erheblich und liegt bundesweit in einer Spanne zwischen 350 und 550 Euro (ohne WfbM-Besuch). Ende des Jahres 2010 gab es 1.302 Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen und 1.060 mit geistigen Beeinträchtigungen, die nach diesem Modell in Gastfamilien betreut wurden.³⁴⁹

Betreuung von Kindern in einer Pflegefamilie

Eine Leistung der Eingliederungshilfe ist auch die Hilfe für die Betreuung in einer Pflegefamilie, soweit eine geeignete Pflegeperson Kinder und Jugendliche über Tag und Nacht in ihrem Haushalt versorgt und dadurch der Aufenthalt in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe vermieden oder beendet werden kann (§ 54 Absatz 3 SGB XII). Informationen über die Anzahl der in Pflegefamilien betreuten Kinder mit Beeinträchtigungen und über die Höhe der Ausgaben für diese Leistungen liegen nicht vor.

Barrierefreier Wohnraum

Über die Verbreitung barrierefreien Wohnraums liegen keine flächendeckenden Informationen vor. Daten der repräsentativen Studie „Wohnen im Alter“ des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung geben jedoch Auskunft über den Anteil der Menschen über 65 Jahren, die in altengerechten Wohnungen leben. Die Ergebnisse werden in Kapitel 4.4.1 ausführlich dargestellt. An dieser Stelle sollen nur ausgewählte, zentrale Ergebnisse erwähnt werden.

³⁴⁸ Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Fachausschuss BWF (2012a) Homepage des Fachausschusses Betreutes Wohnen in Familien der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V.: www.bwf-info.de (letzter Zugriff am 5.10.2012)

³⁴⁹ Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Fachausschuss BWF (2012b)

Demnach befinden sich 75 Prozent aller Seniorenhaushalte in Häusern, die nicht stufenfrei erreichbar sind, in weitere 48 Prozent sind zusätzliche Stufen zur Wohnung zu überwinden und 50 Prozent der Haushalte haben keinen schwellenfreien Zugang zu wohnungsbezogenen Freiräumen wie Balkonen, Terrassen oder Gärten.

Wohnen mit Pflege- oder Betreuungsleistungen

Besondere Rechte haben Ältere sowie Pflegebedürftige oder volljährige Menschen mit Beeinträchtigungen bei Abschluss, Durchführung und Beendigung von Verträgen, in denen die Überlassung von Wohnraum mit der Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen verknüpft ist. Hier enthält das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) spezielle Vorschriften u. a. zur vorvertraglichen Information, Vertragstransparenz, Angemessenheit des Entgelts, Leistungsanpassung bei geändertem Betreuungsbedarf und Kündigung.

6.4.2 Mobilität

Mobilitätshilfen

Zur Unterstützung der Mobilität von Menschen mit Beeinträchtigungen erhalten diese bei Bedarf Hilfsmittel. Sozialrechtliche Grundlage dieser Leistungen ist z. B. § 33 SGB V. Mobilitätsbezogen sind die Hilfsmittel-Produktgruppen „Kranken-/ Behindertenfahrzeuge“ und „Mobilitätshilfen“. Zu den „Kranken-/ Behindertenfahrzeugen“ zählen vorrangig verschiedene Varianten der Rollstühle. Zu den „Mobilitätshilfen“ gehören u. a. diverse Lifter und Rampensysteme.

Laut einer Auswertung von Leistungsdaten der Versicherten der größten deutschen Krankenkasse Barmer GEK entfielen auf die Hilfsmittel-Produktgruppe „Kranken-/ Behindertenfahrzeuge“ 6,4 Prozent der Hilfsmittelausgaben des Jahres 2011.³⁵⁰ Wird ein ebenso hoher Anteil an den Hilfsmittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt unterstellt, ist deutschlandweit für diese Produktgruppe von Ausgaben in Höhe von ca. 400 Millionen Euro auszugehen. Entsprechende Daten zur Hilfsmittel-Produktgruppe „Mobilitätshilfen“ sind nicht verfügbar.

Mobilitätsbeeinträchtigte Menschen, die ihren Ausbildungs- oder Arbeitsplatz nur mit Hilfe eines Kraftfahrzeugs erreichen können, können vom zuständigen Rehabilitationsträger Finanzierungshilfen für die Beschaffung eines geeigneten Kraftfahrzeugs oder zum behindertengerechten Umbau eines Kraftfahrzeugs erhalten.³⁵¹

Im Bereich der Sozialen Entschädigung können Beschädigte u. a. Hilfen zum Betrieb und zur Unterhaltung eines Kraftfahrzeugs in Form einer monatlichen Pauschale erhalten. Diese Pauschale dient dazu, Fahrten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

³⁵⁰ Barmer GEK (2011).

³⁵¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011b): S. 139.

Fahrdienste

Mobilitätsbeeinträchtigte Menschen können auch Fahrdienste in Anspruch nehmen, die von Gemeinden und freien Wohlfahrtsverbänden eingerichtet sind. Insbesondere Menschen, die einen Rollstuhl nutzen, aber auch andere schwerbehinderte Menschen, denen die Nutzung des öffentlichen Verkehrs oder von Taxis aufgrund ihrer Beeinträchtigung erschwert ist, bieten sie eine Möglichkeit der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Fahrdienste sind eine Leistung der Eingliederungshilfe nach den §§ 53 und 54 SGB XII für Menschen mit einer in diesem Sinne wesentlichen Behinderung. Es liegen keine deutschlandweiten Daten zur Entwicklung der Inanspruchnahme von und der Ausgaben für Fahrdienste vor.

Barrierefreier Bus- und Bahnverkehr

Ca. 71 Prozent der Bahnhöfe der Deutschen Bahn hatten im Jahr 2011 barrierefrei zu erreichende Bahnsteige, etwa die Hälfte aller Bahnsteige der DB gewährleistet einen barrierefreien Einstieg, weitere 39 Prozent verfügen über ein taktiles Leitsystem aus Bodenindikatoren. In allen 59 ICE-Zügen der ersten Bauserie wurde ein dritter Rollstuhlstellplatz eingerichtet.³⁵² In den Zugtypen EC und IC ist jeweils mindestens ein Rollstuhlstellplatz vorhanden.³⁵³ Außerdem werden vermehrt taktile Leitsysteme eingesetzt, Haltegriffe und -stangen sowohl im Gangbereich als auch an den Sitzplätzen angebracht und Fahrzeuge im Fernverkehr mit fahrzeuggebundenen Einstiegshilfen ausgestattet. Im Regionalverkehr sind 60 Prozent der Fahrzeugflotte barrierefrei – mit fahrzeuggebundenen Ein- und Ausstiegshilfen, rollstuhlgerechten Toiletten und digitalen Informationssystemen – ausgestattet.

Der Niederfluranteil bei den mehr als 15.000 im Besitz der VDV-Mitgliedsunternehmen befindlichen Stadtbusse lag 2010 bei 92 Prozent. Die üblicherweise im Überlandverkehr eingesetzten Fahrzeugtypen (rd. 7.800, davon 51 Prozent Niederflur) sowie die angemieteten Busse (rd. 13.200, davon 47 Prozent Niederflur) werden dagegen seltener in Niederflurbauweise angeboten.

Luftverkehr

Flughäfen, Fluggesellschaften und Reiseveranstalter der Europäischen Union sind seit 2008 zu besonderen Unterstützungs- und Informationsleistungen für mobilitätsbeeinträchtigte Passagiere verpflichtet. Für diese Leistungen entstehen den Passagieren keine zusätzlichen Kosten. Voraussetzung für die Beanspruchung der Unterstützungsleistungen ist die Anmeldung 48 Stunden vor dem Abflug. Beispiele für Unterstützungsleistungen sind die durchgehende Betreuung der Passagiere von der Ankunft am Flughafen bis zum Abflug oder die Beförderung von Rollstühlen und Begleithunden.³⁵⁴

³⁵² Im Rahmen eines Redesigns der 44 Züge der zweiten ICE-Generation ist bis zum Jahr 2013 u.a. die Berücksichtigung eines zweiten Rollstuhlplatzes vorgesehen.

³⁵³ Deutsche Bahn (2011): S.4.

³⁵⁴ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011b): S. 136ff.

6.4.3 Kommunikation

Der Bereich der Kommunikation umfasst den sprachlichen und non-verbalen Austausch von Informationen in verschiedenen Medien sowie die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien bzw. -hilfsmitteln. Ein genereller Anspruch auf Hilfsmittel und Unterstützung bei der Verständigung resultiert aus den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX, dem Behindertengleichstellungsgesetz und den Gleichstellungsgesetzen der Länder. An verschiedenen Stellen des Sozialleistungsrechts wird dieser Anspruch konkretisiert.

Hilfsmittel zur Kommunikation

Die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert bei entsprechendem Bedarf und ärztlicher Verordnung Hilfsmittel zur Kommunikation. Zur entsprechenden Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses zählen u. a. elektronische Kommunikationshilfen für sprech- und/oder schreibunfähige Versicherte mit Schrift- und Sprachausgabe, Tafeln und Symbolsammlungen, behinderungsgerechte Hard- und Software und Signalanlagen für Gehörlose. Es liegen keine Daten zur Anzahl der verordneten Hilfsmittel zur Kommunikation sowie die damit verbundenen Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie weiteren Sozialleistungen können hörbehinderte Menschen basierend auf § 17 Absatz 2 SGB I Gebärdensprache verwenden. Der zuständige Sozialleistungsträger hat anfallende Kosten hierfür zu tragen. Über die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für entsprechende Leistungen informiert das Kapitel 6.5 zu den Leistungen im Teilhabefeld „Gesundheit“.

Förderung der Verständigung mit der Umwelt

Ein Anspruch auf Förderung der Verständigung „aus besonderem Anlass“ ist in § 57 SGB IX verankert. Dort ist festgelegt, dass Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung oder einer besonders starken Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit die Hilfen erstattet werden, welche für ihre Verständigung mit der Umwelt erforderlich sind. Zuständig für diese Leistungen sind die Sozialhilfeträger. Die Ausgaben der Eingliederungshilfe für Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt beliefen sich im Jahr 2010 auf 4,03 Millionen Euro. Wie viele Menschen mit Beeinträchtigungen diese Leistungsart in den letzten Jahren erhalten haben, zeigt die folgende Tabelle. Grundsätzlich wird diese Leistung nur bei sozialhilferechtlicher Bedürftigkeit gewährt.

Tabelle 6-29: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt nach dem SGB XII in den Jahren 2006 bis 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Leistungsempfänger/-innen	1.290	2.752	2.622	2.207	1.748

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Gebärdensprache und andere Kommunikationsmittel

Im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) sind in § 9 die Ansprüche hör- oder sprachbehinderter Menschen verankert, mit Behörden und Ämtern („Trägern der öffentlichen Gewalt“) bei Bedarf mittels Gebärdensprache, lautsprachbegleitenden Gebärden oder anderen geeigneten Kommunikationsmitteln zu kommunizieren. In der „Kommunikationshilfenverordnung“ sind Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen und weitere Anwendungsbedingungen näher geregelt.³⁵⁵ Ebenfalls in Rechtsverordnungen konkretisiert sind die Verpflichtung von Ämtern und Behörden, bei der Gestaltung von Bescheiden und Vordrucken eine Behinderung der Empfängerin bzw. des Empfängers zu berücksichtigen (§ 10 BGG, geregelt durch die „Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung“³⁵⁶) sowie die Verpflichtung, Informationstechnik im eigenen Zuständigkeitsbereich barrierefrei zu gestalten (§ 11 BGG, geregelt durch die „Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz“³⁵⁷). Werden Menschen mit Beeinträchtigungen in ihren Rechten aus dem Behindertengleichstellungsgesetz verletzt, können an ihrer Stelle und mit ihrem Einverständnis bislang nicht am Verfahren beteiligte Verbände, die auf Vorschlag von Mitgliedern des Beirats für die Teilhabe behinderter Menschen berufen und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales anerkannt wurden, Rechtsschutz beantragen (§ 13 BGG). Gleiches gilt bei Verstößen gegen Vorschriften des Bundesrechts, die einen Anspruch auf Herstellung von Barrierefreiheit oder auf Verwendung von Gebärden oder anderen Kommunikationshilfen vorsehen. Es liegen keine Statistiken vor, die über das Ausmaß der bereitgestellten Kommunikationshilfen und den Entwicklungsstand bei der barrierefreien Gestaltung von Bescheiden und Vordrucken sowie der Informationstechnik Auskunft geben.

6.4.4 Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung

Pflegegeld und -leistungen

Im Jahr 2011 erhielten 2,36 Millionen Menschen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung aufgrund einer anerkannten Pflegebedürftigkeit. Mit 1,05 Millionen Empfängerinnen und Empfängern ist die Leistungsart des Pflegegelds für zuhause durch Angehörige gepflegte Personen am stärksten vertreten, gefolgt von der stationären Pflege (0,71 Millionen) und der Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst (0,49 Millionen) (ohne Abbildung).

³⁵⁵ Kommunikationshilfenverordnung vom 17. Juli 2002 (BGBl. I S. 2650), die durch Artikel 15 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) geändert worden ist.

³⁵⁶ Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung vom 17. Juli 2002 (BGBl. I S. 2652).

³⁵⁷ Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung vom 12. September 2011 (BGBl. I S. 1843).

Zu beobachten ist ein kontinuierlicher Anstieg der Ausgaben für Pflegegeld und Pflegesachleistungen auf zuletzt 7,7 Milliarden Euro.

Tabelle 6-30: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für Pflegegeld und -sachleistungen in den Jahren 2007 bis 2011, in Milliarden Euro

	2007	2008	2009	2010	2011
Pflegegeld	4,03	4,24	4,47	4,67	4,74
Pflegesachleistungen	2,47	2,60	2,75	2,91	2,98
Insgesamt	6,5	6,84	7,22	7,58	7,72

Quelle: Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Leistungsempfängern der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Sozialhilfeträger übernehmen Pflegeleistungen im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ nach dem 7. Kapitel des SGB XII nachrangig zu anderen Trägern. Anspruchsvoraussetzungen und finanzierte Leistungen sind gleichartig zu denjenigen des SGB XI. Die folgende Tabelle zeigt die Ausgaben, die im Rahmen der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe anfielen. Demnach stiegen die Ausgaben von Jahr zu Jahr an und betragen im Jahr 2010 bereits 3,4 Milliarden Euro.

Tabelle 6-31: Ausgaben der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in den Jahren 2007 bis 2010, in Milliarden Euro

	2007	2008	2009	2010
Innerhalb von Einrichtungen	2,57	2,58	2,60	2,65
Außerhalb von Einrichtungen	0,64	0,68	0,74	0,79
Gesamt	3,22	3,26	3,33	3,44

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamts. Eigene Darstellung Prognos AG.

Wird Pflegebedürftigkeit durch ein schädigendes Ereignis nach der Sozialen Entschädigung verursacht, so haben Beschädigte Anspruch auf Pflegezulage gemäß § 35 BVG. Die Pflegezulage wird entweder pauschaliert in fünf Stufen zwischen derzeit 281 und 1.400 Euro monatlich erbracht oder es werden die angemessenen Kosten einer selbst beschäftigten Pflegekraft oder einer stationären Pflege übernommen.

Darüber hinaus leisten die Träger der Kriegsofopferfürsorge im Rahmen der Sozialen Entschädigung Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG. Gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI ist die Hilfe zur Pflege nach dem BVG nachrangig, geht aber der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialhilferecht vor.

Im Pflegefall sind zunächst immer erst Ansprüche gegenüber der Sozialen Pflegeversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung geltend zu machen. Greifen deren Zuständigkeiten nicht oder sind die

geleisteten Hilfen nicht ausreichend, können Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII oder nach dem BVG beantragt werden. Hier kommt die Auffangfunktion der Sozialhilfeträger bzw. der Träger der Kriegsopferfürsorge zum Tragen.

Beaufsichtigung und Betreuung

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt hat, haben einen Leistungsanspruch auf Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45b SGB XI. Neben pflegebedürftigen Personen sind auch Personen anspruchsberechtigt, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Auch Eltern von Kindern mit geistiger Beeinträchtigung haben einen Anspruch. Für die in § 45b SGB XI aufgeführten Betreuungsleistungen, z. B. die nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote oder spezielle Betreuungsangebote der ambulanten Dienste, können je nach Betreuungsbedarf bis zu 100 oder 200 Euro im Monat bezogen werden.

Die Ausgaben der Pflegekassen für die oben beschriebenen zusätzlichen Betreuungsleistungen (§ 45b Absatz 1 SGB XI) sind seit 2007 stetig angewachsen und lagen im Jahr 2011 bei 0,33 Milliarden Euro.³⁵⁸

Tabelle 6-32: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in den Jahren 2007 bis 2011, in Milliarden Euro

	2007	2008	2009	2010	2011
Ausgaben in Mrd. Euro	0,03	0,06	0,19	0,28	0,33

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2011). Eigene Darstellung Prognos AG.

Pflegehilfsmittel

Pflege- bzw. Betreuungsbedürftige haben auch Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, z. B. zur Körperpflege und Hygiene, zur Linderung von Beschwerden oder zur selbstbestimmten Lebensführung, wenn diese von einer Ärztin oder einem Arzt verschrieben wurden. Die Kosten hierfür werden nach § 40 SGB XI von der Pflegeversicherung indes nur übernommen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderungen von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die zulässigen Pflegehilfsmittel sind im Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 139 des SGB V aufgelistet. Außerdem können pflege- bzw. betreuungsbedürftige Menschen nach § 40 Absatz 4

³⁵⁸ Statistik des Bundesministeriums über die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Download unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung_Pflegeversicherung_g_xls/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_120621.pdf, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

SGB XI Zuschüsse für Maßnahmen erhalten, die das individuelle bzw. gemeinsame Wohnumfeld verbessern. Dies kann zum Beispiel die behindertengerechte Ausstattung des Bads oder der Einbau eines Treppenlifts sein. Die Zuschüsse sind auf 2.557 Euro pro Person und Verbesserungsmaßnahme begrenzt, bei Wohngemeinschaften Pflege- bzw. Betreuungsbedürftiger auf insgesamt maximal 10.228 Euro pro Verbesserungsmaßnahme.

Die folgende Tabelle zeigt die Ausgaben, welche der Sozialen Pflegeversicherung für diese beiden Leistungsarten entstanden. Von 2008 bis 2011 sind die Ausgaben leicht zurückgegangen. Im gleichen Zeitraum stiegen jedoch die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung insgesamt.

Tabelle 6-33: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für Umbaumaßnahmen nach § 40 SGB XI in den Jahren 2007 bis 2011, in Milliarden Euro

	2007	2008	2009	2010	2011
Ausgaben in Mrd. Euro	0,41	0,46	0,44	0,44	0,41

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2011). Eigene Darstellung Prognos AG.

Das PNG hat die Leistungen zur Wohnumfeldverbesserung von Pflegebedürftigen, die zusammen wohnen, verbessert (§ 40 Absatz 4 SGB XI). Sie können nun bis zu viermal den für Umbaumaßnahmen vorgesehenen Höchstbetrag erhalten, also bis zu 10.228 Euro.

Persönliche Assistenz

Mithilfe einer Persönlichen Assistenz können Menschen mit Beeinträchtigungen ihr Leben besonders selbstbestimmt gestalten. Zu den Zielen dieser Hilfeform gehören die individuelle Unterstützung, die Unabhängigkeit von Institutionen, der Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfe, die Schaffung von Privat- und Intimsphäre und die gleichgeschlechtliche Pflege.³⁵⁹

Eine Persönliche Assistenz kann sehr unterschiedliche Leistungen erbringen, je nach Unterstützungsbedarf der Assistenznehmerin bzw. des Assistenznehmers, z. B. Körperpflege, medizinische Behandlungspflege, Haushaltshilfen oder kommunikative Hilfen für Sinnesbeeinträchtigte. Die Persönliche Assistenz kann aus einem Persönlichen Budget finanziert werden (siehe unten). Dabei gibt es grundsätzlich zwei verschiedene Organisationsweisen: Entweder werden die Persönlichen Assistentinnen bzw. Assistenten von der Assistenznehmerin bzw. dem Assistenznehmer selbst eingestellt; in diesem Fall wird von dem sogenannten Arbeitgebermodell gesprochen. Alternativ kann ein Leistungsträger oder -erbringer die Assistentinnen und Assistenten einstellen und deren Leistungen der Assistenznehmerin bzw. dem Assistenznehmer zur Verfügung stellen. Dem Vorteil des geringeren Aufwands steht bei letzterem Modell der Nachteil

³⁵⁹ http://www.assistenzverein.de/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=3, (letzter Zugriff am 18.09.2012)

einer eingeschränkten Selbstbestimmung (z. B. bei der Auswahl der Assistentinnen und Assistenten und bei der Entscheidung über deren Einsatzweise) gegenüber. Hinsichtlich der Selbstbestimmung liegen sogenannte Assistenzgenossenschaften zwischen diesen beiden Organisationsformen und versuchen, bei möglichst geringen Einschränkungen der Selbstbestimmung den Aufwand für die Assistenznehmerinnen und -nehmer zu verringern.³⁶⁰

Soweit die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung sowie die häusliche Betreuung betroffen sind, kommen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung zur Finanzierung in Betracht. Diese können nach § 35a SGB XI auf Antrag zum Teil auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets (siehe unten) gewährt werden. Deren Höhe ist für eine umfassende Beschäftigung von Persönlicher Assistenz jedoch in aller Regel nicht ausreichend. Zugleich kann ein Anspruch auf Arbeitsassistenz nach dem SGB IX und der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung bestehen. Im Rahmen der Sozialen Entschädigung können die Träger der Kriegsofopferfürsorge die Kosten für eine Arbeitsassistenz für bis zu drei Jahre übernehmen (§ 26 BVG).

Es gibt keine bundesweiten Statistiken zur Verbreitung der Inanspruchnahme von Persönlicher Assistenz.

Persönliches Budget

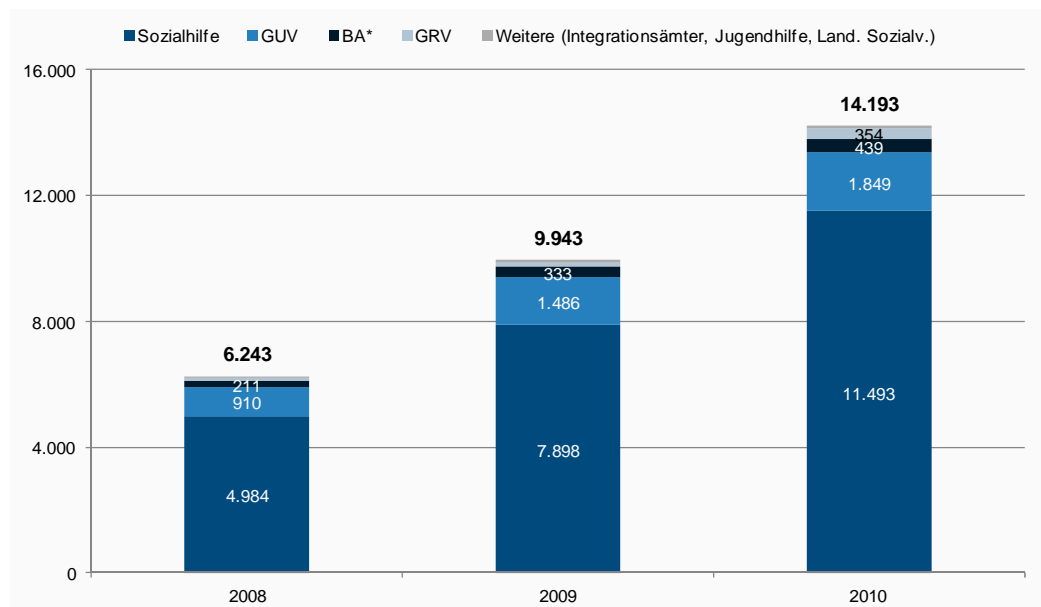
Das Persönliche Budget ist eine alternative Form der Leistungsgewährung zu Sach- und Dienstleistungen, die das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen stärken soll, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen der Unterstützung bedürfen. Ihre Selbstbestimmung und Eigenverantwortung soll durch das Persönliche Budget gestärkt werden, indem sie in die Lage versetzt werden, die von ihnen benötigt Hilfe selbst zu organisieren und damit Einfluss auf die Art der Hilfeleistung zu nehmen.

Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet § 17 Absatz 2-6 SGB IX. Dort ist festgelegt, dass auf Antrag Leistungen zur Teilhabe durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden können. Seit 1. Januar 2008 besteht ein Rechtsanspruch auf die Leistungsform des Persönlichen Budgets. Das Persönliche Budget kann sich auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beziehen. Sind mehrere Leistungsträger beteiligt, handelt es sich um ein trägerübergreifendes Budget. Grundsätzlich ist die Budgethöhe so auszurichten, dass „der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. Dabei soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten“ (§ 17 SGB IX). Auch in der Sozialen Entschädigung können Leistungen als Persönliches Budget erbracht werden (§ 9 Absatz 2 BVG).

³⁶⁰ Vgl. zu Assistenzgenossenschaften: http://www.forsea.de/projekte/20_jahre_assistenz/Assistenzgenossenschaften.shtml, (letzter Zugriff am 18.09.2012)

Eine Erhebung bei den zuständigen Leistungsträgern, durchgeführt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, ergab für das Jahr 2010 eine Gesamtzahl von 14.193 neu bewilligten und laufenden Budgets. Seit Einführung des Rechtsanspruchs im Jahr 2008 ist die Zahl der Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer jährlich um 3.000 bis 4.000 angestiegen. Da einige Leistungsträger ausschließlich Neubewilligungen erfassen sowie aufgrund der 5prozentigen Non-Response-Quote bei den örtlichen Sozialhilfeträgern und der 50prozentigen Non-Response-Quote bei den örtlichen Jugendhilfeträgern, sind die ausgewiesenen Zahlen allerdings als Mindestgröße anzusehen. Auch konnten die Budgets der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund fehlender Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden. Der Abbildung ist außerdem zu entnehmen, dass der Großteil aller Persönlichen Budgets in Trägerschaft der Sozialhilfe ist.

Abbildung 6-2: Anzahl neu bewilligter und laufender Persönlicher Budgets über alle Leistungsträger (ohne Budgets in Trägerschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung) in den Jahren 2008 bis 2010



Anmerkung: GUV=Gesetzliche Unfallversicherung, BA=Bundesagentur für Arbeit, GRV=Gesetzliche Rentenversicherung. Die BA hat nur neu bewilligte Budgets gemeldet; Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung Prognos AG.

Trägerübergreifende Budgets stellen nach dieser Erhebung eine Ausnahme dar (ohne Abbildung).

Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile

Für Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung und diesen gleichgestellten Menschen gibt es nach den Bestimmungen des Teils 2 des SGB IX verschiedene Ausgleiche behinderungsbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen. Um diese Nachteilsausgleiche wahrnehmen zu können, ist meist ein Schwerbehindertenausweis vorzuweisen, den Menschen ab einem Behinderungsgrad von 50 erhalten. In Deutschland besaßen im Jahr 2009 7,1 Millionen Menschen einen solchen Ausweis. Der größte Teil der Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung (58 Prozent) hat einen Behinderungsgrad zwischen 50 bis 70. Der Grad der Behinderung legt vorwiegend steuerrechtliche sowie arbeits- und rentenrechtliche Regelungen und Nachteilsausgleiche fest.

Tabelle 6-34: Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland nach dem Grad ihrer Behinderung in den Jahren 2005, 2007 und 2009, in Millionen

Grad der Behinderung	2005	2007	2009
50-70	3,9	4,0	4,1
80-90	1,2	1,2	1,2
100	1,7	1,7	1,8
Gesamt	6,8	6,9	7,1

Quelle: Schwerbehindertenstatistik des Statistisches Bundesamt. Eigene Darstellung Prognos AG.

Neben dem Grad der Behinderung können im Schwerbehindertenausweis bestimmte Merkzeichen eingetragen sei, die auf die Art der Beeinträchtigung hinweisen und zur Nutzung weiterer Nachteilsausgleiche berechtigen. Folgende Merkzeichen sind bei Bedarf anzuerkennen: G für „erheblich gehbehindert“, aG für „außergewöhnlich gehbehindert“, H für „hilflos“, B für „ständige Begleitung ist notwendig“, BI für „der Inhaber des Ausweises ist blind“, Gl für „gehörlos“, RF für „Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht³⁶¹ und Ermäßigung beim Telefonanschluss“.

Über die Anzahl der Menschen mit eingetragenen Merkzeichen liegen keine bundesweiten Statistiken vor. Die wichtigsten Nachteilsausgleiche betreffen – neben steuerlichen Erleichterungen – die Mobilität. Sie beinhalten die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Verkehr (Merkzeichen „G, aG, BI, Gl und H“), das Recht auf eine unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson (Merkzeichen „B“) sowie das Recht auf Nutzung von Behindertenparkplätzen (Merkzeichen „aG und BI“). Seit April 2009 können auch Menschen Behindertenparkplätze nutzen, wenn das Fehlen der Arme oder Hände durch die Füße ausgeglichen werden muss, also im Falle beidseitiger Amelie,

³⁶¹ Die Rundfunkgebühren wurden ab 1.1.2013 durch den Rundfunkbeitrag abgelöst. Dabei wurden die Befreiungstatbestände für Menschen mit Behinderung geändert. Einzelheiten: www.rundfunkbeitrag.de

Phokomelie oder vergleichbaren Funktionsstörungen (insbesondere Contergangeschädigte).³⁶²

6.4.5 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden

6.4.5.1 Wohnen

Die soziale Wohnraumförderung, zu deren Zielgruppe unter anderem Menschen mit Beeinträchtigungen zählen, ist im Wohnraumförderungsgesetz des Bundes geregelt. Ab 2007 ist die Zuständigkeit vom Bund auf die Länder übertragen und in einigen Bundesländern durch eigene Gesetze ersetzt worden, die ähnlich wie die Bundesvorschriften Fördermaßnahmen für Menschen mit Beeinträchtigungen vorsehen. Insbesondere die Errichtung barrierefreier Wohnungen und der Barriereabbau im Wohnungsbestand werden gefördert.

Mit dem bis Ende 2011 befristeten KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“, das neben älteren Menschen auch Menschen mit Beeinträchtigungen zugutekam, hat die Bundesregierung im Konjunkturpaket I Investitionsanreize für barriere-reduzierende Umbaumaßnahmen im Wohnungsbestand gesetzt. Für die Jahre 2009 bis 2011 wurden jeweils rund 80 bis 100 Mio. Euro Programmmittel für die Zinsverbilligung von Darlehen und für Investitionszuschüsse bereitgestellt. Hierdurch konnten 82.500 Wohnungen altersgerecht umgebaut, d. h. barrierefrei oder barrierearm hergerichtet werden. Eine Fortführung des Programms ist im Bundeshaushalt nicht vorgesehen, jedoch hat die KfW-Förderbank in der Darlehensvariante ab 01.01.2012 ein Eigenmittelprogramm „Altersgerecht Umbauen“ aufgelegt.

Ferner erfolgen Leistungsverbesserungen im Bereich Wohnen durch das am 29. Oktober 2012 verkündete Pflege-Neuausrichtungsgesetz, insbesondere durch Vereinfachungen bei der Bewilligung von Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, durch besondere Fördermaßnahmen sowie durch ein Programm zur Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen Pflegebedürftiger.

Die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes in der Praxis wird im Rahmen des durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projekts „Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG) - Stärkerer Verbraucherschutz für mehr Selbstbestimmung“ durch den Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) über Beratung, Information, Abmahn- und Klageverfahren unterstützt.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt zudem mit kleineren Programmen modellhaft das selbstständige Wohnen älterer Menschen und die alters- und generationsgerechte Gestaltung von Wohnraum, die auch Menschen mit Beeinträchtigungen einbeziehen. Hierbei spielen neben Bau- und Modernisierungsmaßnahmen modellhafter Wohngebäude und Gemeinschaftsräume, die in ihrer Architektur und ihrer Nutzungskonzeption für ältere und/oder beeinträchtigte Menschen überregional beispielgebend und übertragbar sind, auch die Einbettung in die Wohnumge-

³⁶² Vgl. hierzu: Bundesgesetzblatt (2009), Teil I, Nr. 18, Artikel 1, Nr. 4, Bonn.

bung und damit die Lebensqualität und Teilhabe der betroffenen Menschen eine wichtige Rolle bei der Förderung. Unter anderem wird das direkte Wohnumfeld, z. B. durch Förderung von Nachbarschaftshilfe, Dienstleistungen, Wohnberatung und ehrenamtlichem Engagement gestärkt, aber auch innovative Technologien wie AAL (Ambient Assisted Living) in der Praxis angewandt.

In Zusammenarbeit mit dem Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) und engagierten Kammern und Fachverbänden werden darüber hinaus Handwerksbetriebe zum Thema „Barrierefreiheit“ qualifiziert.

6.4.5.2 Mobilität

Der Bund hat mit der Deutschen Bahn eine Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung zum Erhalt der Schieneninfrastruktur abgeschlossen. Danach haben die Eisenbahninfrastrukturunternehmen ihre Schienenwege in einem uneingeschränkt nutzbaren Zustand zu erhalten und dies anhand von Qualitätsindikatoren darzulegen. Im jährlichen Infrastrukturzustands- und Entwicklungsbericht weist die DB Station&Service AG in diesem Kontext für ihre rund 5400 Stationen die konkreten Verbesserungen im Bestand für folgende Teilaspekte der Barrierefreiheit nach bezüglich der Aspekte Stufenfreiheit, Bahnsteighöhe und angemessener Wetterschutz.

Für die Modernisierung der Bahnhofsinfrastruktur, insbesondere für Maßnahmen zur Verbesserung der Barrierefreiheit, stellten Bund und Länder erhebliche Fördermittel zur Verfügung. Während der seit 2002 von den Ländern unterstützten Sanierungsoffensive der Deutschen Bahn für kleine Stationen konnten jedes Jahr im Durchschnitt rund 100 Stationen umfassend modernisiert werden.

Zusätzlich hat der Bund seit 2009 der DB Station&Service AG weitere Mittel aus den Konjunkturprogrammen I und II zur Verfügung gestellt, um Bahnhöfe bundesweit zu sanieren und aufzuwerten. Diese Fördermittel betragen von 2009 bis 2011 insgesamt 325 Millionen Euro und wurden vor allem für die Modernisierung von mehr als 2.000 kleineren und mittelgroßen Bahnhöfen verwendet.³⁶³ Die Maßnahmen beinhalteten u. a. den Einbau von Aufzügen, Fahrtreppen und Rampen, die Erneuerung von Bahnsteigen und teilweise auch der Bodenbeläge mit einer Nachrüstung von Blindenleitsystemen. Durch die Ausstattung der Bahnhöfe durch Lautsprecher und dynamische Schriftanzeiger erhalten Fahrgäste ihre Informationen sicht- und hörbar. Für diese Maßnahmen wurden 34 Millionen Euro an Fördergeldern vom Bund zur Verfügung gestellt, also ungefähr ein Zehntel der gesamten Fördermittel.³⁶⁴

³⁶³Die erfolgreiche Zwischenbilanz 2010 und die Beschreibung dieser Maßnahmen je Bahnhof sind im Internet dargestellt: http://www.bahnhof.de/site/bahnhoefe/de/konjunkturprogramm__bahnhoefe/konjunkturprogramm.html, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

³⁶⁴http://www.bahnhof.de/site/bahnhoefe/de/konjunkturprogramm__bahnhoefe/01__ziele__massnahmen/02__massnahmen/02__bessere__informationen/02__bessere__informationen.html, letzter Zugriff am 05.10.2012).

6.4.5.3 Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung

Vor allem durch seine Leistungsverbesserungen kommt das am 29. Oktober 2012 verkündete Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz beeinträchtigten Menschen zugute. In der Regel sind als pflegebedürftig anerkannte Menschen auch beeinträchtigt im Sinne des SGB IX. Im Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhalten sie seit 2013 Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI durch ambulante Pflegedienste. Dabei handelt es sich um pflegerische Betreuungsmaßnahmen, die neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Betreuung erbracht werden. Sie umfassen die Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld der pflegebedürftigen Person.

Erstmals seit 2013 erhalten überdies an Demenz erkrankte Menschen bzw. Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der sogenannten Pflegestufe 0 Pflegegeld oder Pflegesachleistungen, und zwar ergänzend zu den heute schon beziehbaren bis zu 100 bzw. 200 Euro pro Monat für zusätzliche Betreuungsleistungen. Auch bei Vorliegen einer Pflegestufe erhöhen sich Pflegegeld und Pflegesachleistungen um einen Aufschlag für Betreuungsleistungen nach § 123 SGB XI. Die Auswirkungen dieser Erhöhungen auf die Leistungen in den jeweiligen Pflegestufen zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 6-35: Erhöhung der Pflegesachleistungen und des Pflegegeldes für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Pflegestufe	2012		Ab 2013	
	Pflegesachleistungen	Pflegegeld	Pflegesachleistungen	Pflegegeld
Stufe 0	0	0	225	120
Stufe I	450	235	665	305
Stufe II	1100	440	1250	525
Stufe III	1550	700	1550	700

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit. Eigene Darstellung Prognos AG.

In Zukunft kann die Erbringung der Pflegeleistungen flexibler gestaltet werden. Die heutigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexe sollen künftig durch bestimmte Zeitvolumen, in denen in Absprache mit den Pflegediensten vereinbarte Leistungen erbracht werden, ersetzt werden. Des Weiteren können künftig in den teilstationären Pflegeeinrichtungen der Tages- und Nachtpflege zusätzliche Betreuungskräfte eingesetzt werden, die vollständig von der Pflegeversicherung finanziert werden.

Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Ein gesellschaftliches Klima des Verständnisses und der Toleranz ist Voraussetzung für die Teilhabe und Selbstbestimmung psychisch kranker und behinderter Menschen. Vor diesem Hintergrund förderte

das Bundesministerium für Gesundheit bereits in den vergangenen Jahren verschiedene Institutionen, die sich für die Belange dieser Menschen einsetzen und wird dies auch in Zukunft fortführen. Gegenstand der Förderung sind u. a. Projekte, die die Betreuungs- und Versorgungssituation der Betroffenen verbessern, der Stigmatisierung, Diskriminierung und Tabuisierung von psychischen Erkrankungen und Behinderungen entgegenwirken und den Umgang der Gesellschaft mit diesen positiv gestalten sollen.

Kompetenzzentren für gehörlose Menschen im Alter

Seit März 2011 fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit einer dreijährigen Laufzeit bis 2014 das Forschungsprojekt „Kompetenzzentren für gehörlose Menschen im Alter – insbesondere für Menschen mit Demenz“ von der Universität zu Köln. Die Kompetenzzentren sind Ansprechpartner für gehörlose Menschen im Alter und ihre Angehörigen sowie für Institutionen der Alten- und Behindertenhilfe, der Rehabilitation und der gesundheitlichen Versorgung. Sie schaffen eine Vernetzung vorhandener Strukturen der Alten- und Behindertenhilfe und funktionieren als Bindeglied, um Informationsdefizite auf Seiten der Menschen mit Beeinträchtigungen sowie der Leistungserbringer zu kompensieren. Im Oktober 2011 wurden im Rahmen des Projektverlaufes in Dresden und in Essen je ein Kompetenzzentrum eröffnet. Das Forschungsprojekt der Universität zu Köln wurde in 2011 mit 149.500 Euro und in 2012 mit 135.000 Euro gefördert. Für 2013 sind Fördermittel in Höhe von 184.500 Euro vorgesehen.³⁶⁵

Persönliches Budget

Um die Strukturen für eine vermehrte Inanspruchnahme Persönlicher Budgets zu verbessern, die gezielte Öffentlichkeitsarbeit zu verstärken und die Einführung des Rechtsanspruchs auf Persönliche Budgets ab dem 1. Januar 2008 zu begleiten, wurde für die Jahre 2008 bis 2010 ein „Programm zur Strukturverstärkung und Verbreitung von Persönlichen Budgets“ mit entsprechender begleitender Öffentlichkeitsarbeit initiiert. In diesem Rahmen wurden 30 Modellprojekte gefördert.

Allianz für Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz sind in besonderem Maße von gesellschaftlicher Ausgrenzung bedroht. Mit der Gründung einer Allianz für Menschen mit Demenz will die Bundesregierung bis Ende 2013 konkrete Maßnahmen in verschiedenen Handlungsfeldern beschließen, um zum Beispiel die gesellschaftliche Teilhabe Betroffener zu verbessern und Erkrankte sowie ihre Familien zielgerichteter zu unterstützen. Gleichzeitig sollen Hilfenetzwerke im Lebensumfeld Betroffener entstehen, die als „Lokale Allianzen“ mehr soziale Teilhabe und Hilfestellung ermöglichen. Die Allianz für Menschen mit Demenz ist Bestandteil der Demografiestrategie der Bundesregierung.

³⁶⁵ Unter www.gia.uni-koeln.de abrufbar sind weitere Informationen zu den Kompetenzzentren zu finden.

6.5 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Gesundheit“

Gegenstand dieses Kapitels sind gesundheitsbezogene Leistungen und Aktivitäten, die sich speziell an Menschen mit Beeinträchtigungen richten. Das Kapitel ist in die folgenden Bereiche gegliedert:

- Die medizinische Rehabilitation ist Gegenstand des ersten Unterkapitels: Die ihr zuzuordnenden Leistungen sollen möglichen Krankheitsfolgen (z. B. Beeinträchtigungen, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit) vorbeugen, sie beseitigen, verbessern oder deren wesentliche Verschlechterung verhindern. Sie richten sich an Menschen mit Beeinträchtigungen, aber auch – im Falle der Vorbeugung – an akut erkrankte Menschen, bei denen noch keine Beeinträchtigung im Sinne dieses Berichts vorliegt.
- Das zweite Unterkapitel dokumentiert die Ausgaben für medizinische Hilfsmittel, die eine wichtige Rolle bei der Kompensation von Beeinträchtigungen spielen.
- Mit der Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe beschäftigt sich das dritte Unterkapitel: Die Krankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und -organisationen bei ausgewählten chronischen Krankheiten zu fördern. Auf diese Weise wird die Eigenverantwortung und Mitwirkung der Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess gestärkt.
- Auf die Themen Assistenz und medizinische Behandlungspflege wird im vierten Unterkapitel eingegangen: Manche Beeinträchtigungsarten erfordern, dass Menschen für die Dauer medizinischer Behandlungen Assistenzleistungen erhalten. Einige solcher Assistenzleistungen werden durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Medizinische Behandlungspflege bzw. häusliche Krankenpflege ist wiederum bei einigen Beeinträchtigungsarten unabdingbar, um ein Leben außerhalb von stationären Einrichtungen führen zu können.
- Strukturierte Behandlungsprogramme sind Gegenstand des fünften Unterkapitels: Sie richten sich an Menschen, die an einer der zahlenmäßig bedeutsamen chronischen Krankheiten, für die solche Behandlungsprogramme eingerichtet wurden, erkrankt sind und sollen einen hohen Standard der Versorgung sowie eine bessere Koordination der Behandlung sicherstellen.
- Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden, die darauf abzielen, die Qualität der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen weiter zu entwickeln, werden im abschließenden Unterkapitel vorgestellt.

6.5.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehören nach dem SGB IX insbesondere ärztliche und zahnärztliche Behandlungen.

gen, Früherkennung und Frühförderung, Arzneien und Verbandmittel, Heilmittel wie Krankengymnastik, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie, Hilfsmittel sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§§ 26 ff. SGB IX).

Die Finanzierung dieser Leistungen obliegt im deutschen Sozialversicherungssystem verschiedenen Trägern. Vorrangige Träger sind – je nach versicherungsrechtlichen Voraussetzungen – die Gesetzliche Rentenversicherung, die Gesetzliche Unfallversicherung oder die Gesetzliche Krankenversicherung.³⁶⁶ Weitere nachrangige Leistungsträger sind die Versorgungsverwaltung, die Träger der Jugendhilfe und die Sozialhilfeträger.³⁶⁷ Grundsätzliche Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme, eine ärztliche Verordnung und eine vorherige Genehmigung durch den zuständigen Kostenträger.³⁶⁸

Da Menschen mit Beeinträchtigungen durch die medizinische Rehabilitation keine finanziellen Nachteile oder besondere Belastungen entstehen sollen, übernehmen die Rehabilitationsträger sämtliche Sachleistungen, wenn diese in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich fallen. Um ein eventuell während der Rehabilitationsmaßnahme entfallendes Arbeitseinkommen teilweise zu kompensieren, werden darüber hinaus finanzielle Leistungen erbracht. Diese können von den Trägern in Form von Kranken-, Verletzten-, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt werden.³⁶⁹

Im Folgenden wird auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eingegangen. Vorgestellt werden Statistiken zum Leistungsgeschehen der jeweiligen Leistungsträger.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die Gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB VI (§ 15 SGB VI). Ziel der Gesetzlichen Rentenversicherung ist es, mit diesen Leistungen möglichen Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern (§ 15 SGB VI).

Um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung zu erhalten, müssen bestimmte persönliche und medizinische (§ 10 SGB VI) sowie versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) erfüllt sein. Vorrangig ist die Gesetzliche Rentenversicherung für Erwerbstätige, Bezieherinnen und Bezieher einer Rente wegen Erwerbsminderung, Arbeitsuchende und andere Personen mit Beitrags- oder Wartezeiten zuständig.

³⁶⁶ <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/leistungen/rehabilitation.html>, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

³⁶⁷ http://www.sucht.de/tl_files/pdf/veroeffentlichungen/faktenbuch_reha.pdf, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

³⁶⁸ http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Medizinische-Rehabilitation-264.html, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

³⁶⁹ http://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Finanz_Leistungen/Reha/reha_node.html;jsessionid=54752E465852A602B6B4F984172A8414.1_cid031, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

Zu den von der Gesetzlichen Rentenversicherung erbrachten Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehören Arztbehandlungen, Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel, Belastungserprobungen und Arbeitstherapie sowie nach Bedarf weitere medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen.³⁷⁰

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der jährlich abgeschlossenen ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation über die vergangenen fünf Jahre. Während von 2007 bis 2010 ein kontinuierlicher Anstieg von gut 900.000 auf knapp eine Million abgeschlossene Leistungen zu verzeichnen ist, scheint dieser Trend im Jahr 2011 zunächst gestoppt.³⁷¹

Tabelle 6-36: Anzahl der abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung

Leistungsart	2007	2008	2009	2010	2011
Stationäre Leistungen	809.350	841.574	866.076	872.087	841.583
Ambulante Leistungen	92.038	99.820	111.022	122.835	122.726
Gesamt	901.388	941.394	977.098	994.922	964.309

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung enthalten sowohl Leistungen für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche werden nur stationär erbracht.

Die Ausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in den zurückliegenden Jahren kontinuierlich gestiegen, und zwar von 3,54 Milliarden Euro im Jahr 2007 auf 4,01 Milliarden Euro im Jahr 2010, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 6-37: Ausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, in Milliarden Euro

	2007	2008	2009	2010
Gesamt	3,54	3,75	3,93	4,01

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Eigene Darstellung Prognos AG.

³⁷⁰ §§ 26 bis 30 SGB IX, mit Ausnahme der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder

³⁷¹ http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?stataktID=BEDF7F63763D4E2FC1257A1B00483535&chstatakt_RehabilitationReha-Leistungen=WebPagesIOP1223&open&viewName=statakt_RehabilitationReha-Leistungen#WebPagesIOP1223, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

Gesetzliche Unfallversicherung

Die Gesetzliche Unfallversicherung ist grundsätzlich dafür zuständig, nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. Die Finanzierung der Heilbehandlungen erfolgt dabei nach § 27 SGB VII.

Medizinische Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung umfassen die gleichen Leistungen wie diejenigen der Rentenversicherung. Zusätzlich erbringt die Gesetzliche Unfallversicherung finanzielle Leistungen während der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und zahlt den Versicherten unter anderem Verletztengeld oder Übergangsgeld, um sie während der Maßnahmen finanziell abzusichern.³⁷²

Die Zahl der Rehabilitationsfälle ist im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr um ca. 367.000 auf 4,56 Millionen Fälle gestiegen.³⁷³ Wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist, entfällt der Großteil der Rehabilitationsfälle auf ambulante Heilbehandlungen.

Tabelle 6-38: Anzahl der Fälle mit medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung nach Ort der Leistung

Leistungsart	2009	2010
Ambulante Heilbehandlung	4.099.150	4.466.599
Stationäre Heilbehandlung	216.231	224.897
Verletztengeld und bes. Unterstützung	179.528	189.112
Sonstige Heilbehandlung	531.552	566.978
Gesamt	4.194.911	4.560.329

Anmerkung: Stationäre Heilbehandlung beinhaltet auch häusliche Krankenpflege; Die Gesamtzahl enthält keine mehrfachen Rehabilitationsfälle. Quelle: Statistik der Gesetzlichen Unfallversicherung. Eigene Darstellung Prognos AG.

Mit dem Anstieg der Rehabilitationsfälle stiegen auch die Ausgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung für medizinische Rehabilitation. Wie die folgende Tabelle zeigt, lagen die Ausgaben im Jahr 2010 mit knapp 3,5 Milliarden Euro um ca. 1,1 Milliarden Euro über dem Betrag des Jahres 2007.

³⁷² <http://www.dguv.de/inhalt/rehabilitation/geldleistung/index.jsp>, http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=10695::Gesundheitsausgaben, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

³⁷³ Die Anzahl der Rehabilitationsfälle entspricht nicht der Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger, da Personen bei mehrmaligem Bezug von Leistungen mehrmals gezählt werden.

Tabelle 6-39: Ausgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung für Heilbehandlungen nach Art der Heilbehandlung in Millionen Euro

Leistungsart	2007	2008	2009	2010
Ambulante Heilbehandlung	1.054	1.116	1.157	1.217
Stationäre Heilbehandlung	857	894	948	1.029
Verletztengeld und bes. Unterstützung	484	515	556	584
Sonstige Heilbehandlung	561	589	622	651
Gesamt	2.955	3.114	3.285	3.497

Quelle: Statistik der Gesetzlichen Unfallversicherung. Eigene Darstellung Prognos AG.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist Trägerin für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB V und richtet ihre Leistungen darauf aus, Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 40 SGB V). Leistungsberechtigt sind Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung, deren über die Familienversicherung mitversicherten Angehörigen und Rentnerinnen und Rentner.³⁷⁴ Erbracht werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von der Krankenversicherung jedoch nur, wenn kein anderer Träger vorrangig zuständig ist.

Für die gesetzliche Krankenversicherung werden die Fälle stationärer oder ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen teilweise erfasst. Diese sind für die Jahre 2007 bis 2010 in der folgenden Tabelle ausgewiesen.

Tabelle 6-40: Empfängerinnen und Empfänger (Fälle) von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Leistungsart	2007	2008	2009	2010
Ambulante Vorsorge- und Rehabilitation ohne AHR	203.367	200.486	194.745	169.326
Stationäre Rehabilitation Vorsorge- und Rehabilitation ohne AHR	272.859	291.981	283.362	295.283
Anschlussrehabilitation (AHR)	591.483	605.172	620.419	615.394
Gesamt	1.067.709	1.097.639	1.098.526	1.080.003

Anmerkung: In den Ergebnissen der KG 5 für 2007 werden nicht alle ambulanten Vorsorge- und Reha-Fälle ausgewiesen. Quelle: Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Ergebnissen der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Eigene Darstellung Prognos AG.

³⁷⁴ §§ 5, 9, 10, 192, 193 SGB V, §§ 2, 6, 7, 23, 28 KVLG 1989, §§ 1, 2, 6 KSVG.

Die Anzahl der Leistungsfälle der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitation ist insgesamt zwischen 2007 und 2010 leicht angestiegen. Die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind von rd. 2,68 Mrd. Euro im Jahr 2007 auf 2,73 Mrd. Euro im Jahr 2010 und 2,74 Mrd. Euro im Jahr 2011 angestiegen.

Tabelle 6-41: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, in Millionen Euro

Leistungsart	2007	2008	2009	2010	2011
Ambulante Vorsorge- und Rehabilitation ohne AHR	134	129	121	106	93
Stationäre Rehabilitation Vorsorge- und Rehabilitation ohne AHR	696	725	681	643	620
Anschlussrehabilitation (AHR)	1.719	1.732	1.748	1.749	1.750
Sonstige Rehamaßnahmen*	134	153	173	233	281
Gesamt	2.682	2.739	2.723	2.731	2.744

* ohne Erfassung von Fällen; Quelle: Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Ergebnissen der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Eigene Darstellung Prognos AG.

Sozialhilfe

Die Sozialhilfeträger sind nach dem SGB XII Träger der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 54 SGB XII). Die von der Sozialhilfe finanzierten medizinischen Reha-Leistungen beinhalten ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel, Belastungserprobungen und Arbeitstherapie, Psychotherapie, Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder sowie nach Bedarf weitere medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen.

In der folgenden Tabelle sind die Empfängerinnen und Empfänger der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Sozialhilfe innerhalb und außerhalb von Rehabilitationseinrichtungen dargestellt.

Tabelle 6-42: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Sozialhilfe nach Ort der Hilfeleistung in den Jahren 2006 bis 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Innerhalb von Einrichtungen	4.336	3.700	3.833	2.270	2.003
Außerhalb von Einrichtungen	13.795	11.154	9.747	7.673	7.085
Gesamt	17.764	14.813	13.588	9.916	9.048

Anmerkung: Empfänger/-innen mehrerer verschiedener Hilfen werden bei jeder Hilfeart (bzw. jedem Ort der Hilfestellung) gezählt. Quellen: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe zur medizinischen Rehabilitation ist in den Jahren 2006 bis 2010 stark zurückgegangen. Während im Jahr 2006 noch fast 18.000 Personen Leistungen der Sozialhilfe zur medizinischen Rehabilitation erhielten, finanzierten die Träger im Jahr 2010 nur noch für gut 9.000 Personen medizinische Rehabilitationsleistungen. Mehrheitlich werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Sozialhilfe außerhalb von Einrichtungen erbracht. Der dargestellte Rückgang ist allerdings nahezu unabhängig vom Behandlungsort: Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation innerhalb von Einrichtungen sanken um knapp 54, außerhalb von Einrichtungen um knapp 49 Prozent.

Analog zum Rückgang der Leistungsfälle haben seit 2006 auch die Ausgaben der Sozialhilfeträger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stetig abgenommen, und zwar von 74 Millionen Euro im Jahr 2006 auf 56 Millionen Euro im Jahr 2010. Im Unterschied zu den oben ausgewiesenen Leistungen veränderte sich dabei das Verhältnis der Ausgaben, die innerhalb und außerhalb von Einrichtungen erbracht wurden, von Jahr zu Jahr.

Tabelle 6-43: Ausgaben der Träger der Sozialhilfe für medizinische Rehabilitation nach Ort der Hilfeleistung in den Jahren 2006 bis 2010, in Millionen Euro

	2006	2007	2008	2009	2010
Innerhalb von Einrichtungen	45	29	31	24	32
Außerhalb von Einrichtungen	28	31	30	33	24
Gesamt	74	61	61	58	56

Quellen: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Träger der Sozialen Entschädigung (Versorgungsverwaltung)

Für Versorgungsberechtigte nach dem BVG erbringt die Gesetzliche Krankenversicherung im Wesentlichen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen eines gesetzlichen Auftrags. Die Finanzierung erfolgt durch eine Pauschale nach den §§ 19, 20 BVG.

Ausgaben zur gesundheitlichen Vorsorge und medizinischen Rehabilitation der wichtigsten Träger

Die folgende Tabelle fasst die dargestellten Ausgaben der wichtigsten Träger der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zusammen.

Tabelle 6-44: Ausgaben der verschiedenen Träger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Jahren 2008 bis 2010, in Milliarden Euro

Leistungsträger	2008	2009	2010
Gesetzliche Rentenversicherung	3,75	3,93	4,01
Gesetzliche Unfallversicherung	3,11	3,29	3,50
Gesetzliche Krankenversicherung	2,73	2,72	2,73
Sozialhilfeträger	0,06	0,06	0,06
Gesamt	9,65	10,00	10,30

Anmerkung: Zahlen für 2011 liegen noch nicht durchgängig vor.

Quellen: Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Reha-Bericht der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamts. Amtliche Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Gegenüberstellung zeigt, dass auf die Gesetzliche Rentenversicherung mit mehr als vier Milliarden Euro (2010) mit Abstand die höchsten Ausgaben für Leistungen der medizinischen Rehabilitation entfallen. Die Gesetzliche Unfallversicherung folgt an zweiter Stelle mit 3,5 Milliarden Euro im Jahre 2010. Beide Träger haben in den Jahren 2007 bzw. 2008 bis 2010 ihre Ausgaben für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation deutlich gesteigert. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in diesem Bereich sind im gewählten Zeitraum weitgehend konstant geblieben, im Jahr 2011 (in der Tabelle nicht dargestellt) aber leicht auf 2,74 Mrd. Euro angestiegen. Die Ausgaben der Sozialhilfe für medizinische Rehabilitation bleiben mit etwa 60 Millionen Euro pro Jahr relativ konstant.

6.5.2 Hilfsmittel

Hilfsmittel sind individuell angefertigte oder standardisierte sächliche Mittel oder technische Produkte. Es kann sich auch um die Therapie unterstützende Mittel wie z. B. Spritzen handeln, außerdem um Zubehörteile, die für die Anwendung des eigentlichen Hilfsmittels notwendig sind.

Die Gesetzliche Krankenversicherung trägt den größten Anteil an der Hilfsmittelversorgung. Grundlage der Hilfsmittelversorgung ist hier § 33 SGB V. Demnach haben Versicherte „Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzu-

beugen oder eine Behinderung auszugleichen“.³⁷⁵ Grundsätzlich ist die Kostenübernahme für Hilfsmittel durch die Gesetzliche Krankenversicherung aber nur möglich, wenn die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung gelistet sind. Diese stellt jedoch keine abschließende Positivliste dar.

Hilfsmittel werden in der Regel ärztlich verordnet. Hilfsmittlempfängerinnen und -empfänger sind dabei nicht nur Menschen mit Beeinträchtigungen im Sinne dieses Berichts, sondern auch Menschen mit zeitlich kürzeren Erkrankungen oder Menschen, deren Beeinträchtigungen durch die Hilfsmittel weitgehend ausgeglichen werden können, z. B. durch das Tragen einer Brille bei leichteren Beeinträchtigungen beim Sehen.

Der zusätzliche Bedarf an Hilfsmitteln in einer alternden Gesellschaft und die technischen Weiterentwicklungen in diesem Bereich gingen in den vergangenen Jahren mit einem kontinuierlichen Kostenanstieg einher, wie die folgende Tabelle zeigt. Im Jahr 2011 lag die Steigerungsrate über dem durchschnittlichen Anstieg aller Leistungsausgaben.

Tabelle 6-45: Entwicklung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Hilfsmittel in den Jahren 2006 bis 2011, in Milliarden Euro

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ausgaben in Mrd. Euro	5,25	5,52	5,71	5,94	6,01	6,29
Veränderungen zum Vorjahr in %	-	5,1%	3,5%	4,0%	1,3%	4,7%

Quelle: Statistik des GKV-Spitzenverbandes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die höchsten Ausgaben verursachen einer Analyse der größten deutschen Krankenkasse Barmer-GEK für ihre Versicherten zufolge die Produktgruppen Inhalations- und Atemtherapiegeräte und Inkontinenzhilfen, die jeweils ca. zehn Prozent der Gesamtausgaben für Hilfsmittel ausmachten. Auf die Produktgruppen Kranken- und Behindertenfahrzeuge, die vor allem Rollstühle beinhalten, sowie Hörhilfen entfielen jeweils knapp neun Prozent. Die Rangfolge dieser vier Hilfsmittelgruppen hinsichtlich ihrer Anteile an den Gesamtausgaben hat sich gegenüber dem Jahr 2009 nicht verändert. Auf die zehn Produktgruppen mit den höchsten Ausgaben entfielen 69 Prozent der gesamten Hilfsmittelausgaben, auf die übrigen 23 Produktgruppen lediglich 31 Prozent.

³⁷⁵ § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

Tabelle 6-46: Die zehn Produktgruppen mit den höchsten Ausgaben bei der Barmer-GEK – Anteile an den Gesamtausgaben für Hilfsmittel des Jahres 2010, in Prozent

Produktgruppe	Anteil in Prozent
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	10,9
Inkontinenzhilfen	10,0
Kranken-/Behindertenfahrzeuge	8,8
Hörhilfen	8,7
Einlagen	5,5
Stomaartikel	5,6
Schuhe	5,2
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	5,0
Orthesen/ Schienen	4,7
Bandagen	4,6
Andere Produktgruppen	31,0
Gesamt	100

Quelle: Barmer GEK (2011). Eigene Darstellung Prognos AG.

Neben der Gesetzlichen Krankenversicherung können auch andere Träger wie z. B. die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI), die Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) oder die öffentlichen Haushalte³⁷⁶ für die Finanzierung von Hilfsmitteln zuständig sein.³⁷⁷ Die Ausgaben der verschiedenen Träger für Hilfsmittel sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 6-47: Gesundheitsausgaben für Hilfsmittel nach Träger in den Jahren 2006 bis 2010, in Mrd. Euro

Ausgaben	2006	2007	2008	2009	2010
Gesetzliche Krankenversicherung	5,25	5,52	5,71	5,94	6,01
Soziale Pflegeversicherung	0,33	0,35	0,41	0,38	0,37
Arbeitgeber	0,33	0,35	0,37	0,38	0,40
Gesetzliche Unfallversicherung	0,21	0,21	0,22	0,23	0,25
Öffentliche Haushalte	0,16	0,12	0,11	0,09	0,08
Gesetzliche Rentenversicherung	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Alle Ausgabenträger	6,29	6,56	6,83	7,03	7,12

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Eigene Darstellung Prognos AG.

³⁷⁶ „Öffentliche Haushalte“ umfassen hier die Versorgungsverwaltung, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Sozialhilfeträger, die Asylhilfe, Hochschulen, die Bundesagentur für Arbeit und das Landesblindengeld.

³⁷⁷ <http://www.rehadat-hilfsmittel.de/de/mobilitaet/index.html>, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

Im Zeitraum 2006 bis 2010 sind die Gesundheitsausgaben aller Leistungsträger für Hilfsmittel um ca. 213 Prozent gestiegen. Den größten Teil der Ausgaben trägt die Gesetzliche Krankenversicherung mit jährlich etwa 85 Prozent.

6.5.3 Assistenz bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Pflegeleistungen

Menschen mit Beeinträchtigungen benötigen u. U. Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Insofern sie ihren Alltag mithilfe einer Persönlichen Assistentin oder einem Persönlichen Assistenten organisieren, ist es im Sinne einer größtmöglichen Selbstbestimmung zum Beispiel auch geboten, dass diese Person sie bei einem Krankenhausaufenthalt begleitet. Zur Regelung dieser Art von Unterstützungsleistungen wurde im Jahr 2009 das Gesetz zum Assistenzpflegebedarf im Krankenhaus verabschiedet. Damit können Assistenz(pflege)kräfte in Krankenhäusern mit aufgenommen werden, wenn Patientinnen und Patienten mit Beeinträchtigungen einen besonderen pflegerischen Bedarf haben. Anspruch haben sie weiterhin darauf, dass das Pflegegeld während eines stationären Aufenthalts sowie während einer krankenhausersetzenden häuslichen Krankenpflege genauso weitergezahlt wird wie die Hilfe zur Pflege, mit der die von ihnen beschäftigten Pflegekräfte bezahlt werden. Die leistungsrechtliche Umsetzung des Gesetzes erfolgte durch Änderungen in den SGB V, XI und XII.

Der Kreis der Personen, die von diesem Gesetz profitieren, ist auf diejenigen Menschen mit Beeinträchtigungen beschränkt, die eine persönliche Assistenz(pflege)kraft nach dem sogenannten Arbeitgebermodell beschäftigen, also diese Kraft selbst eingestellt haben (§ 63, Satz 4 SGB XII).

Menschen mit Beeinträchtigungen erhalten im Bedarfsfall medizinische Behandlungspflege zuhause durch die Gesetzliche Krankenversicherung nach § 37 SGB V, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Darüber hinaus wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz in § 11 Absatz 6 SGB V geregelt, dass die Krankenkassen zusätzliche Satzungsleistungen, auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege, anbieten können.

In der folgenden Tabelle sind die Leistungstage und -fälle mit medizinischer Behandlungspflege der Jahre 2008 bis 2010 abgebildet.

Tabelle 6-48: Leistungstage und -fälle der häuslichen Krankenpflege und Behandlungspflege in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 2008 bis 2010

	2008	2009	2010
Tage	157.656.790	178.286.471	200.128.795
Fälle	2.465.412	2.838.593	3.174.019

Quelle: KG 2-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung hierfür sind in den Jahren 2009 bis 2011 kontinuierlich auf zuletzt rund 3,8 Milliarden Euro gestiegen.

Tabelle 6-49: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für häusliche Krankenpflege und Behandlungspflege insgesamt in den Jahren 2009 bis 2011, in Milliarden Euro

	2009	2010	2011
Ausgaben	3,1	3,4	3,8

Quelle: KJ 1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit. Eigene Darstellung Prognos AG.

Neben der medizinischen Behandlungspflege gibt es für hörbehinderte Menschen nach dem SGB I ein Recht, „bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden“ (§ 17 Absatz 2 SGB I). Die Kosten für Dolmetscherleistungen haben die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger zu tragen. Gleiches gilt für die Verständigung mit Ämtern. Eventuelle Kosten für einen Gebärdendolmetscher müssen laut § 19 des SGB X von der Behörde oder dem zuständigen Träger der Sozialleistung getragen werden (§ 19 Absatz 1 SGB X). Die Ausgaben, die die Gesetzliche Krankenversicherung bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen für Gebärdendolmetscher nach diesen beiden Regelungen trägt, werden in der Statistik zusammen mit weiteren medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen nach § 26 Absatz 3 SGB IX ausgewiesen. Zu diesen gehören u. a. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, zur Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen, zur Information und Beratung von Angehörigen sowie von Vorgesetzten sowie Kolleginnen und Kollegen (Zustimmung des Leistungsberechtigten vorausgesetzt).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ausgabenentwicklung für diese Leistungen in den Jahren 2009 bis 2011. Zwischen 2009 und 2011 sind die Ausgaben um 44 Prozent auf 7,5 Millionen Euro gestiegen.

Tabelle 6-50: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Gebärdendolmetscher sowie für medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen in den Jahren 2009 bis 2011, in Millionen Euro

	2009	2010	2011
Ausgaben in Mio. Euro	5,2	6,0	7,5

Quelle: KJ 1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit. Eigene Darstellung Prognos AG.

Pflegeleistungen im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung werden nicht an dieser Stelle, sondern im Kapitel 6.4 zu den Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Alltägliche Lebensführung“ behandelt. Gleiches gilt für Assistenzleistungen, die nicht ausschließlich im Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen stehen.

6.5.4 Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe

Die Gesetzlichen Krankenkassen sind nach § 20c SGB V verpflichtet, die Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen zu fördern. Die Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie die Selbsthilfekontaktstellen müssen sich hierfür u. a. einem der 18 Krankheitsbilder zuordnen, die der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen seiner Förderung zugrunde gelegt hat.³⁷⁸ Gefordert wird darüber hinaus, dass sie themen-, bereichs- und indikationsübergreifend tätig sind.

Die Höhe der Gesamtförderung der Selbsthilfe ist gesetzlich festgelegt. Jede Krankenkasse muss demnach seit dem Jahr 2006 für die Wahrnehmung der Aufgaben zur Förderung der Selbsthilfe für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 0,55 Euro bereitstellen. Dieser Betrag wurde in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV angepasst. Hieraus ergaben sich in den Jahren 2009 bis 2012 Förderbeträge von rund 40 Mio. Euro pro Jahr.

Tabelle 6-51: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in den Jahren 2009 bis 2011, in Millionen Euro

	2009	2010	2011
Ausgaben in Mio. Euro	39,5	39,7	39,5

Quelle: KJ 1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit. Eigene Darstellung Prognos AG.

³⁷⁸ http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/selbsthilfe/selbsthilfe.jsp (letzter Zugriff am 07.11.2012).

6.5.5 Strukturierte Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen

Im Jahr 2002 wurden strukturierte Behandlungsprogramme (auch Disease-Management-Programme genannt) eingeführt mit dem Ziel, „den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern“ (§137f SGB V).

Gegenstände der Programme, in die sich die chronisch kranken Patientinnen und Patienten freiwillig einschreiben können, sind eine Behandlung nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft, Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie Schulungen der Vertragsärzte und Versicherten. Befunde, therapeutische Maßnahmen und Behandlungsergebnisse müssen dokumentiert werden, außerdem unterliegen die Auswirkungen der Versorgung in den strukturierten Behandlungsprogrammen einer Bewertung (Evaluation) durch unabhängige Sachverständige.

Zurzeit gibt es strukturierte Behandlungsprogramme zu sechs chronischen Krankheiten. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Programme der Krankenkassen und die jeweilige Anzahl der teilnehmenden Versicherten. Da es möglich ist, dass Versicherte in mehreren Programmen gleichzeitig eingeschrieben sind, entspricht die Anzahl der Teilnehmenden insgesamt nicht der Summe der Teilnehmenden der einzelnen Programme. Im Jahr 2012 waren knapp sechs Millionen chronisch kranke Versicherte in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschrieben, davon alleine 3,6 Millionen in den Programmen zum Diabetes Mellitus vom Typ 2. Die Zahl der Teilnehmenden blieb in den Jahren 2011 und 2012 relativ konstant.

Tabelle 6-52: Anzahl der Disease-Management-Programme und der Teilnehmenden nach Indikation in den Jahren 2011 und 2012

Indikation	2011		2012	
	Programme	Teilnehmende	Programme	Teilnehmende
Diabetes mellitus Typ 2	1.761	3.587.115	1.832	3.600.092
Koronare Herzkrankheit	1.852	1.668.469	1.784	1.670.448
Asthma bronchiale	1.894	762.287	1.817	765.828
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	1.903	601.749	1.823	604.051
Diabetes mellitus Typ 1	1.732	146.196	1.657	146.919
Brustkrebs	1.773	129.255	1.705	128.927
Gesamt	10.915	5.987.417	10.618	5.998.886

*Anmerkung: Die Gesamtzahl der Teilnehmenden enthält keine Mehrfachzählungen;
Quelle: Statistik des Bundesversicherungsamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.*

6.5.6 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Durch das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde die ambulante Rehabilitation gestärkt, indem ambulante Rehabilitationseinrichtungen durch einheitliche Versorgungsverträge den stationären gleichgestellt wurden. Auch durch das am 29. Oktober 2012 verkündete Pflege-Neuausrichtung-Gesetz wird der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ gestärkt und es erfolgen Verbesserungen bei den Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige, um diese weiter zu entlasten.

Das Gesetz steuert demographiebedingten Versorgungsgaps rechtzeitig entgegen und verbessert gezielt die medizinische Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Dies beinhaltet die Möglichkeit für Patientinnen und Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf, Langzeitgenehmigungen der Krankenkassen für Heil- und Hilfsmittel zu erwirken, was die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten erleichtert. Die Weiterentwicklung der Regelungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten und die vorgesehene pauschale Kostenaufteilung zwischen den Kranken- und Pflegekassen für Hilfsmittel³⁷⁹ vereinfachen die bedarfsgerechte Versorgung beeinträchtigter Menschen ebenfalls.

Heil- und Hilfsmittelrichtlinie

Darüber hinaus hat das Bundesministerium für Gesundheit die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aktiv begleitet. Die beschlossenen Neufassungen tragen speziell auch den besonderen Belangen beeinträchtigter Menschen bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln Rechnung.

Zahnärztliche Versorgung

Des Weiteren wird die zahnärztliche Versorgung von Versicherten, die einer Pflegestufe zugeordnet sind, Eingliederungshilfe erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, mit dem neuen Versorgungsstrukturgesetz sowie dem Inkrafttreten weiterer Neuregelungen im Zuge des Pflege-Neuausrichtung-Gesetzes verbessert. Den Zahnärzten und -ärztinnen werden nun zusätzliche finanzielle Anreize geboten, wenn sie erforderliche, aufsuchende zahnärztliche Behandlung ausführen. Dies kommt Menschen mit Beeinträchtigungen zugute, für die es aufgrund ihrer Beeinträchtigung oder Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand möglich ist, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen.

³⁷⁹ Diese dient sowohl der Krankenbehandlung oder dem Behinderungsausgleich als auch pflegerischen Zwecken.

Pflege-Neuausrichtung-Gesetz

Mit dem Pflege-Neuausrichtung-Gesetz wird konkretisiert, dass die Pflegekasse spätestens mit der Mitteilung über die Pflegebedürftigkeit dem Antragsteller eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde, zuleitet. Gleichzeitig informiert sie darüber, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern der Antragsteller damit einverstanden ist.

Gesetz zur Verbesserung der Rechte für Patientinnen und Patienten

Das am 26. Februar 2013 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Rechte für Patientinnen und Patienten kommt auch Menschen mit Beeinträchtigungen zugute. Mit dem Gesetz wird der Behandlungsvertrag neu geregelt und Rechte u. a. im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern werden ausgebaut. Zudem werden durch konkrete Fristen die Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen beschleunigt.

Assistenzpflegeanspruch

Eine Ausweitung des Assistenzpflegeanspruchs vom Krankenhaus auf stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist für pflegebedürftige Menschen, die ihre ambulante Pflege selbst, im sogenannten Arbeitgebermodell, organisieren, durch das zum 28. Dezember 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (BGBl I S. 2789) geregelt worden.

Begutachungskriterien zur Feststellung des Grades der Behinderung

Um die Begutachungskriterien zur Feststellung des Grades der Behinderung zu überarbeiten und zu verbessern, wurden dem Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin und dessen Arbeitsgemeinschaften in den Jahren 2011 und 2012 jeweils 25.000 Euro an Haushaltsmitteln vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales für Tagungen zur Verfügung gestellt. Ein Erfahrungsaustausch zwischen Versorgungsärzten und Verwaltungsfachleuten mit dem Ziel der Vereinheitlichung und Optimierung der Güte der Begutachtungsdurchführung wurde im Jahr 2011 mit Haushaltsmitteln in Höhe von 10.000 Euro und im Jahr 2012 mit 20.000 Euro unterstützt.

6.6 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Freizeit, Kultur und Sport“

Um Menschen mit Beeinträchtigungen die gleichberechtigte Teilhabe im Freizeit-, Kultur- und Sportbereich zu ermöglichen, ist der Ausbau einer barrierefreien Infrastruktur und barrierefreier Angebote von entscheidender Bedeutung.

6.6.1 Erholung und Geselligkeit

Menschen mit Beeinträchtigungen können Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben sowie andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erhalten. Diese Hilfen umfassen laut § 58 SGB IX vor allem Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit nicht beeinträchtigten Menschen, Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen und die Bereitstellung von Hilfsmitteln, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen, wenn wegen Art oder Schwere der Beeinträchtigung anders eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nur unzureichend möglich ist. Leistungsrechtlich sind diese Leistungen dem 6. Kapitel des SGB XII zugeordnet und durch die Sozialhilfeträger zu finanzieren. In der Sozialen Entschädigung werden diese Leistungen als Altenhilfe (§ 26e BVG), als Erholungshilfe (§ 27b BVG) und als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 27d BVG) von den Trägern der Kriegsopferfürsorge erbracht.

Tabelle 6-53: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch die Sozialhilfeträger in den Jahren 2007 bis 2010

Leistung	2007	2008	2009	2010
Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben	73.041	82.056	76.983	78.690
Andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	2.351	3.256	5.463	7.525
Gesamt	75.392	85.312	82.446	86.215

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Demnach gab es im Jahr 2010 gut 86.000 Empfängerinnen und Empfänger dieser Leistungen, wobei deren Anzahl zwischen den betrachteten Jahren schwankt. Werden die beiden Leistungsarten einzeln betrachtet, so zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg bei den Empfängerinnen und Empfängern von „Anderen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“, und zwar um insgesamt rund 5.100 Personen zwischen 2007 und 2010.

Tabelle 6-54: Ausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in den Jahren 2007 bis 2010, in Millionen Euro

Leistung	2007	2008	2009	2010
Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben	246	263	164	192
Andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	81	113	125	154
Gesamt	327	376	289	346

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Ausgaben für die beiden Leistungsarten betragen im Jahr 2010 ca. 346 Millionen Euro und weisen im betrachteten Zeitraum eine uneinheitliche Entwicklung auf, wie die folgende Tabelle zeigt. Betrachtet man die beiden Leistungsarten einzeln, so ist zu erkennen, dass die Ausgaben für „Andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ kontinuierlich gestiegen sind. Die Ausgaben für „Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“ entfielen zu 65 Prozent auf Leistungen innerhalb von Einrichtungen, bei den „Anderen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ war der entsprechende Anteil mit ca. 74 Prozent noch etwas höher.

6.6.2 Rehabilitations- und Behindertensport

Rehabilitationssport

Menschen mit Beeinträchtigungen können ergänzend zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben Angebote des Rehabilitationssports wahrnehmen. Dieser muss nach § 44 Absatz 1 Nummer 3 SGB IX ärztlich verordnet sein und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung stattfinden. Übungen für behinderte oder für von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen, werden ausdrücklich eingeschlossen. Die Umsetzung des verordneten Rehabilitationssports regelt die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011, die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mit diversen Rehabilitationsträgern geschlossen wurde.

Leistungsträger des Rehabilitationssports sind die Gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen sowie für die Soziale Entschädigung die Versorgungsbehörden.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für diese Leistungsart.

Tabelle 6-55: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Rehabilitationssport in den Jahren 2008 bis 2011, in Millionen Euro

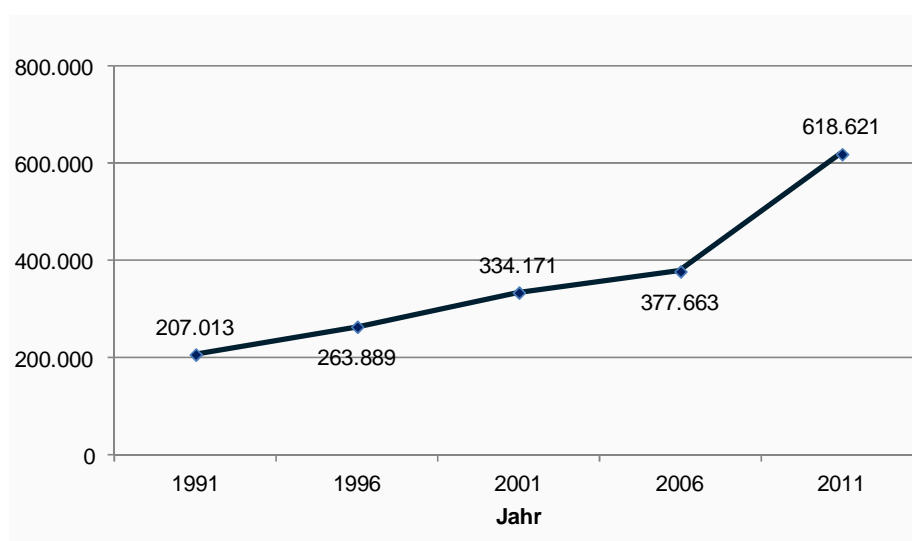
	2008	2009	2010	2011
Ausgaben in Mio. Euro	76	102	134	170

Quelle: Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit. Eigene Darstellung Prognos AG.

Behindertensport

Zahlreiche Sportangebote für Menschen mit Beeinträchtigungen sind unter dem Dach der Mitgliedsverbände des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) organisiert. Die Mitgliedsverbände bieten Angebote des Breiten-, Leistungs- und Rehabilitationssports. Die Entwicklung der Gesamtmitgliederzahlen des DBS informiert daher relativ umfassend, wenn auch indirekt, über die Entwicklung der Inanspruchnahme von Sportangeboten, die auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen ausgerichtet sind.

Abbildung 6-3: Entwicklung der Gesamtmitgliederzahl im Deutschen Behindertensportverbandes in den Jahren 1991 bis 2011



Quelle: Statistik des Deutschen Behindertensportverbandes zur Entwicklung der Gesamtmitgliederzahlen. Eigene Darstellung Prognos AG.

Es zeigt sich ein kontinuierlicher, zuletzt steiler Anstieg der Mitgliederzahlen. Allein zwischen 2006 und 2011 hat die Mitgliederzahl um gut 240.000 auf 618.621 Personen zugenommen.

In der Sozialen Entschädigung haben Beschädigte nach dem BVG zur Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit lebenslang Anspruch auf Teilnahme an Versehrtenleibesübungen (§ 10 Absatz 3 und § 11a BVG in Verbindung mit der Versehrtenleibesübungen-Verordnung). Die Durchführung erfolgt in Übungsgruppen unter ärztlicher Betreuung und fachkundiger Leitung im Rahmen regelmäßiger, örtlicher Übungsveranstaltungen in geeigneten Sportgemeinschaften.

6.6.3 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden

Tourismus

Mit dem Ziel verlässlicher Information für Reisende mit Beeinträchtigungen, bundesweit einheitlicher Kennzeichnungen, Zertifizierungen, Sensibilisierung und Qualifizierung entlang der gesamten Servicekette fördert das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie aktuell das Projekt „Tourismus für Alle: Entwicklung und Vermarktung barrierefreier Angebote und Dienstleistungen in Deutschland“. Das Projekt wird mit 500.000 Euro bezuschusst. Konkrete Maßnahmen sind der Aufbau einer einheitlichen Kennzeichnung und einer Internetplattform, die alle Leistungen koordiniert, bündelt und die Vermarktungswege der Bundesländer zusammenführt. Gefördert werden außerdem die Entwicklung von Qualitätsstandards und die Qualifizierung von Schulungsmaßnahmen.

Sport

Der Leistungssport von Menschen mit Beeinträchtigungen wird durch das Bundesministerium des Innern grundsätzlich nach den gleichen Kriterien gefördert wie der Spitzensport der nicht beeinträchtigten Menschen.³⁸⁰ Da Spitzensportlerinnen und -sportler mit Beeinträchtigungen eine Vorbildfunktion innehaben, wurden die Fördermittel für diesen Bereich des Spitzensports vom Bundesministerium des Innern in den vergangenen Jahren kontinuierlich erhöht. Dies schlägt sich unter anderem in der Nachwuchsförderung, der Personalaufstockung und der Erweiterung der Angebote an Trainings- und Sichtungslerngängen nieder. Der Deutsche Behindertensportverband erhält für diese Zwecke seit 1977 Fördermittel des Bundes.

³⁸⁰Die Förderung beinhaltet z.B. die Finanzierung von Trainingslehrgängen, der Teilnahme an nationalen und internationalen Wettbewerben und Vorbereitung hierauf und Übernahme von Personalkosten der Geschäftsstellen der Behindertensportverbände.

Im Haushalt des Bundesministeriums des Innern wurde bzw. wird der Leistungssport der Menschen mit Beeinträchtigungen in den Jahren 2006 bis 2010 wie folgt gefördert:

Tabelle 6-56: Förderung des Leistungssports von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Haushalten des Bundesministeriums des Innern der Jahre 2006 bis 2010

	2006	2007	2008	2009	2010 (Soll)
Fördermittel in Mio. Euro	4,63	4,34	5,53	5,82	5,7

Quelle: Statistik des Bundesministeriums des Innern. Eigene Darstellung Prognos.

Die Bemühungen der Behindertensportverbände zur Verbesserung der Betreuung der Leistungssportlerinnen und -sportler mit Beeinträchtigungen werden ebenfalls vom Bundesministerium des Innern unterstützt. Hierbei werden unter anderem die Olympiastützpunkte mit einbezogen. Seit dem Jahr 2000 sind alle Olympiastützpunkte für Sportlerinnen und Sportler mit Behinderung der A- und B-Kader geöffnet, wobei das Bundesministerium des Innern die Kosten der Leistungen im Rahmen der Grundversorgung³⁸¹ der Athleten auf den Stützpunkten übernimmt.

Im Breitensport von Menschen mit Behinderungen setzt das Bundesministerium des Innern ebenfalls positive Akzente. Beispielsweise wird – im Rahmen der Zuständigkeit des Bundes – die Entsendung deutscher Mannschaften zu den „World Games“ von Special Olympics, den internationalen Großveranstaltungen für geistig behinderte Menschen, gefördert. Weiterhin stehen den Athletinnen und Athleten mit Beeinträchtigungen auch die Angebote der Bundesleistungszentren zur Verfügung.³⁸²

Die Entsendung von Mannschaften zu periodisch wiederkehrenden Sportveranstaltungen, wie den Paralympischen Sommer- und Winterspielen, den Sommer- und Winter Deaflympics, den World Summer und Winter Games oder den Europäischen Sommerspielen von Special Olympics, wird ebenfalls vom Bundesministerium des Innern gefördert.

Des Weiteren wird der bundesweite Schulsportwettbewerb für Schüler und Schülerinnen mit Beeinträchtigungen „Jugend trainiert für Paralympics“ (Pendant zu „Jugend trainiert für Olympia“), mit einer zweijährigen Laufzeit von 2011-2013, vom Bundesministerium des Innern finanziell unterstützt.

³⁸¹ Die Grundversorgung beinhaltet die medizinische Versorgung, medizinische Leistungsdiagnostik in Teilbereichen, Physiotherapie, psychologische Grundberatung, Ernährungsberatung und Laufbahnberatung.

³⁸² <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/Themen/PolitikGesellschaft/ohneMarginalspalte/Behindertenleistungssport.html?nn=102984>, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

6.7 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Sicherheit und Schutz vor Gewalt“

In diesem Kapitel wird über Aktivitäten zur Unterstützung von gewaltbetroffenen Frauen mit Beeinträchtigungen sowie über Angebote zur Prävention von Gewalt in der häuslichen Betreuung und Pflege durch Angehörige informiert. Es bestehen keine konkreten, sozialrechtlich verankerten Leistungsansprüche und andere als die aufgeführten Unterstützungsangebote sind im Teilhabefeld „Sicherheit und Schutz vor Gewalt“ bislang nicht vorhanden.

6.7.1 Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“

Im März 2013 erfolgte die Freischaltung des Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingerichtet wird. Da dieses Hilfetelefon barrierefrei ausgestaltet wird, ist es auch für gewaltbetroffene Frauen mit Beeinträchtigungen einfacher, Beratung und Hilfe zu erhalten. Es besteht rund um die Uhr ein Zugang zur Beratung, zusätzlich 15 Stunden täglich über Gebärdendolmetschung; die Website ist barrierefrei gestaltet und die Fachberaterinnen des Hilfetelefon werden fortgebildet, um die spezifischen Bedarfe von Frauen mit Beeinträchtigung angemessen zu berücksichtigen. Ein Schwerpunkt der Fortbildungen wird die Schulung zur Beratung in leichter Sprache sein.

6.7.2 Vernetzungsstellen von Frauenhäusern, Frauenberatungsstellen und -notrufen

Auch der Zugang zu Frauenunterstützungseinrichtungen wird im Rahmen der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Vernetzungsstellen von Frauenhäusern, -beratungsstellen und -notrufen kontinuierlich verbessert. Um den Zugang von betroffenen Frauen mit Beeinträchtigungen zum Frauenunterstützungssystem zu erleichtern, wurden von den Vernetzungsstellen bereits verschiedene Maßnahmen ergriffen. Zum Beispiel wurden im Jahr 2012 die Internetseiten der Vernetzungsstellen barrierefrei umgestaltet. Außerdem stehen ein Leitfaden für die Beratung von Frauen mit Beeinträchtigungen und eine Handreichung für den Barriereabbau in den Fachberatungsstellen zur Verfügung.

6.7.3 Gewaltprävention in der familiären Pflege und Betreuung

Früherkennung von Gewaltgefährdung in der Pflege und Ressourcenstärkung im ambulanten Bereich gehören zu den Zielen des Projekts PURFAM – Potenziale und Risiken familiärer Pflege. Gewaltprävention durch Früherkennung im Projekt PURFAM erfolgte durch den Einbezug professioneller Akteure mit Zugang zu familialen Pflegesettings und schloss eine Risikoeinschätzung als Ergebnis eines formalisierten Verfahrens ein. Ambulante Pflegedienste, die einen direkten Kontakt zum Personenkreis der pflegebedürftigen älteren Menschen und ihren Angehörigen haben, erhielten eine zielgruppenspezifische Schulung zu dem von PURFAM entwickelten Assessmentverfahren. PURFAM basiert u. a. auf den Ergebnissen der

Längsschnittstudie „Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten“ (LEANDER).

Pflegende Angehörige, die in der Mehrzahl Frauen sind, haben häufig Angst, selbst krank zu werden, unter anderem, weil sie sich oft von der Pflegesituation überfordert fühlen. In diesen Fällen können sie sich beispielsweise in Berlin an „Pfleger in Not“ oder an die „Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter“ wenden.

6.8 Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Politik und Öffentlichkeit“

In diesem Kapitel wird über Leistungen und Aktivitäten im Teilhabefeld „Politik und Öffentlichkeit“ berichtet.

6.8.1 Interessenvertretung in der Arbeitswelt

Die Integrationsämter fördern nach § 29 der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung Schulungs- und Bildungsmaßnahmen u. a. für Vertrauenspersonen schwerbehinderter Menschen, Beauftragte der Arbeitgeber, Betriebs- und Personalräte. Die Integrationsämter bieten hierfür ein umfangreiches Bildungs- und Informationsangebot an. Ziel ist die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten für die Praxis der Schwerbehindertenvertretung und der betrieblichen Partner. Im Jahr 2010 wurden insgesamt 1.687 Veranstaltungen angeboten und damit 300 mehr als noch im Vorjahr. Die Teilnehmerzahl an den Veranstaltungen erhöhte sich gleichzeitig um 5.915 auf 44.000.³⁸³

Darüber hinaus geben die Integrationsämter vielfältige Informationsmaterialien heraus und organisieren Fachveranstaltungen, um über Leistungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben zu informieren. Außerdem vermitteln sie mit einem breiten Kursangebot vertiefende Kenntnisse. Die folgende Tabelle zeigt, wie sich die Ausgaben der Integrationsämter für diese Maßnahmen in den vergangenen Jahren entwickelt haben.

Tabelle 6-57: Ausgaben der Integrationsämter für Maßnahmen der Information und Schulung in den Jahren 2006 bis 2010, in Millionen Euro

	2006	2007	2008	2009	2010
Ausgaben in Mio. Euro	5,25	4,97	4,52	4,99	5,45

Quelle: Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. Eigene Darstellung Prognos AG.

³⁸³ Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2011): S. 41.

6.8.2 Aktivitäten von Bundesministerien und -behörden

Elektronische Medien

Barrierefreie elektronische Medien unterstützen Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am beruflichen, sozialen und kulturellen Leben. Dadurch, dass eingeschränkte Fortbewegungsmöglichkeiten durch virtuelle Mobilität ausgeglichen werden, können durch das Internet Beeinträchtigungen der Betroffenen in gewissem Maße kompensiert werden. Orte, wie zum Beispiel Rathäuser, können virtuell aufgesucht und Behördengänge, wie etwa das An- und Ummelden beim Einwohnermeldeamt über das Internet erledigt werden. Damit wird der Aufwand dieser Behördengänge erheblich reduziert.

Um die elektronische Verwaltung zu fördern, wurde im Rahmen des Regierungsprogramms „Vernetzte und transparente Verwaltung“ das E-Government-Gesetz erarbeitet. Dieses beinhaltet die Förderung und Erleichterung der oben beschriebenen Abwicklung geschäftlicher Prozesse des Regierens und Verwaltens mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechniken über elektronische Medien. Demnach werden die Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen im E-Government-Gesetz berücksichtigt. Die Verpflichtung aus § 11 BGG, Informationstechnik im Zuständigkeitsbereich der Bundesverwaltung barrierefrei zu gestalten, wird seit September 2011 durch die Barrierefreie Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) geregelt. Die BITV 2.0 gilt laut § 1 für alle Internetauftritte sowie alle öffentlich zugänglichen Intranetangebote von Behörden der Bundesverwaltung. Sie soll gewährleisten, dass diese informationstechnischen Angebote beeinträchtigten Menschen zugänglich gemacht werden, „denen ohne die Erfüllung zusätzlicher Bedingungen die Nutzung der Informationstechnik nur eingeschränkt möglich ist“ (§ 2 BITV 2.0).

In der Förderinitiative „Ein Netz für Kinder“ fördern der Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend neue, qualitätsvolle Internetseiten für Kinder mit jährlich 1.5 Mio. Euro. Um Kindern mit Behinderungen die Teilhabe zu ermöglichen, werden ausschließlich Angebote gefördert, die sich zu einer möglichst barrierearmen Gestaltung der Internetangebote für Kinder verpflichten.

Rundfunk

Die stärkere Etablierung barrierefreier Angebote im deutschen öffentlich-rechtlichen Rundfunk wird in der Vorschrift des § 3 Absatz 2 im Rundfunkstaatsvertrag gefordert: „Die Veranstalter nach Absatz 1 Satz 1 sollen über ihr bereits bestehendes Engagement hinaus im Rahmen ihrer technischen und finanziellen Möglichkeiten barrierefreie Angebote vermehrt aufnehmen.“³⁸⁴ Bei den Veranstaltern des Absatz 1 handelt es sich um die in der Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland (ARD) zusammengeschlossenen Landesrundfunkanstalten, das

³⁸⁴ http://www.medienrecht.jura.uni-koeln.de/fileadmin/sites/medienrecht/LS_Hain/Docs/Medienrecht_I/konsolidierte_Fassung_RStV_hp.pdf (letzter Zugriff am 25.02.2013).

Zweite Deutsche Fernsehen (ZDF), das Deutschlandradio und alle Veranstalter bundesweit verbreiteter Rundfunkprogrammen. Diese Vorschrift ist in Folge der im Jahr 2007 in Kraft getretenen EU-Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste (kodifiziert als RL 2010/13/EU) eingeführt worden.

Mit dem 15. Rundfunkänderungsstaatsvertrag wurde außerdem die Rundfunkfinanzierung im beschlossenen Rundfunkbeitragsstaatsvertrag neu geregelt. Die Länder gaben hierzu eine Protokollerklärung ab, die einerseits von Menschen mit Behinderungen einen ermäßigten Rundfunkbeitrag von einem Drittel forderten, zum anderen die öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten dazu aufforderten, den Dialog mit den Verbänden von Menschen mit Behinderungen zu intensivieren, ihr entsprechendes Angebot auszuweiten und hierüber regelmäßig zu berichten. Auch die privaten Veranstalter von bundesweitem Rundfunk werden hierzu aufgefordert.³⁸⁵

Frauenbeauftragte in WfbM und in Wohneinrichtungen

Das Projekt „Frauenbeauftragte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und den Wohneinrichtungen“ wurde in den Jahren 2008 bis 2011 mit insgesamt 460.000 Euro vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Ziel ist es, dass Frauen mit Lernschwierigkeiten für den Posten als Frauenbeauftragte befähigt werden und Bedingungen erarbeitet werden, unter denen sie als Frauenbeauftragte in Einrichtungen wie WfbM oder Wohnheimen arbeiten können. Im Zentrum des Projekts standen von 2009 bis 2011 Schulungen und Begleitung für 16 Frauenbeauftragte mit Lernschwierigkeiten und deren Unterstützerinnen. Davon sind derzeit 14 Frauenbeauftragte aktiv und vertreten die Rechte der Frauen in ihren Werkstätten und Wohneinrichtungen. An dem Projekt beteiligt waren bisher 16 WfbM und Wohnheime für Menschen mit Beeinträchtigungen aus acht Bundesländern.

Politische Interessenvertretung behinderter Frauen

Bis 2014 fördert das BMFSFJ die „Politische Interessenvertretung behinderter Frauen“ des Weibernetz e. V. Weibernetz ist die einzige bundeszentrale Organisation von Frauen mit Behinderungen für Frauen mit Behinderungen. Ein Schwerpunkt der Projektarbeit liegt auf dem Schutz von Frauen mit Behinderung vor Gewalt.

Im Rahmen des Projektes hat Weibernetz u. a. die Broschüre „Gut beraten. Ein Ratgeber für Frauenberatungsstellen, Frauennotrufe und Frauenhäuser zur Beratung von Frauen und Mädchen mit Behinderung“ erstellt. Mit dieser Broschüre wird den Beraterinnen vor Ort erstmals ein Instrument als Unterstützung für die Beratung behinderter Frauen geboten. Ebenfalls im Rahmen des Projektes wurde im November 2012 eine Checkliste zum Erstellen eines Leitfadens zum Umgang mit (sexualisierter) Gewalt für Einrichtungen der Behindertenhilfe herausgegeben.

³⁸⁵ Vgl. Absatz 1 der Protokollerklärung aller Länder zum Fünfzehnten Staatsvertrag zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge vom 15./17.12.2010: http://www.urheberrecht.org/law/normen/rstv/RStV-15/materialien/RAeStV.php3#protokoll_1 (letzter Zugriff am 25.02.2013).

Diese Arbeitshilfe soll die Einrichtungen in die Lage versetzen, spezifische Präventions- und Interventionsmaßnahmen zum Schutz vor Gewalt für ihre Bewohner und Bewohnerinnen zu entwickeln.

Initiativen der Staatlichen Koordinierungsstelle nach Artikel 33 UN-BRK, insbesondere Landkarte der inklusiven Beispiele

Die bei dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen angesiedelte Staatliche Koordinierungsstelle nach Artikel 33 UN-BRK hat die Aufgabe, die breite Öffentlichkeit über die UN-BRK und den ihr zugrunde liegenden Inklusionsgedanken zu informieren. Hierfür hat sie u. a. die Landkarte der inklusiven Beispiele ins Leben gerufen. Unter www.inklusionslandkarte.de werden Beispiele für gelungene Inklusion präsentiert. Im Rahmen der Kampagne „Deutschland wird inklusiv - Wir sind dabei!“ des Beauftragten werden diese Beispiele ausgezeichnet und ihr Vorbildcharakter hervorgehoben.

Sonderpublikationen zur UN-BRK

Die Bundeszentrale für politische Bildung wird voraussichtlich im Jahr 2013 Sonderpublikationen zur UN-BRK herausgeben, um auf den Wechsel von einer Politik der Fürsorge hin zu einer Politik der Rechte aufmerksam zu machen.³⁸⁶

³⁸⁶ <http://www.bpb.de/apuz/32709/behinderung-und-menschenrechte-die-un-konvention-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen?p=all>, (letzter Zugriff am 05.10.2012).

Teil 4: Schwerpunktthemen

7 Ältere Menschen mit Beeinträchtigungen

7.1 Hintergrund

Mit fortschreitendem Alter nimmt die Verletzlichkeit des Menschen zu, immer mehr Menschen sind von körperlichen, im hohen und sehr hohen Alter auch von psychischen Beeinträchtigungen betroffen. Dennoch wäre es falsch, die Lebensphase Alter allein durch zunehmende Verluste und Defizite zu charakterisieren. Auch im sehr hohen Alter ist die Mehrzahl der Menschen nicht pflegebedürftig und in der Lage, ein relativ selbstbestimmtes Leben zu führen. Die in früheren Lebensabschnitten entwickelten Kompetenzen gehen nicht einfach verloren, vielmehr entwickeln sich auch in der Auseinandersetzung mit einer veränderten Lebenssituation und unabänderlichen Grenzen nicht selten neue Perspektiven oder spezifische Stärken des Alters. Der Fünfte und Sechste Altenbericht der Bundesregierung verdeutlichen die Bedeutung dieser Potenziale des Alters für die zukünftige Entwicklung von Kultur und Gesellschaft.³⁸⁷

Verluste im Bereich der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit können in ihren Auswirkungen auf die alltägliche Lebensführung zumindest in Teilen kompensiert, Ziele und Pläne an eine veränderte Lebenssituation angepasst werden, wenn entsprechende Unterstützungs-, Bildungs- und Rehabilitationsangebote zur Verfügung stehen und selbstständigkeitsfördernde Wohnbedingungen vorgehalten werden. Altern ist kein schicksalhaft ablaufender Prozess, vielmehr gestalten Menschen ihre eigene Entwicklung aktiv mit, indem sie die in der jeweiligen räumlichen, sozialen und institutionellen Umwelt bestehenden Möglichkeiten aufgreifen. Dabei kommt den ökonomischen Ressourcen und Bildungsressourcen, auf die das Individuum in den verschiedenen Phasen des Lebenslaufs zurückgreifen konnte und aktuell zurückgreifen kann, große Bedeutung zu.

Entsprechend unterscheiden sich Menschen – wie in anderen Lebensphasen auch – im Alter erheblich voneinander. Menschen werden mit zunehmendem Alter einander nicht ähnlicher, vielmehr tragen die in früheren Lebensabschnitten entwickelten Kompetenzen, Bedürfnisse und Ziele sowie Unterschiede in räumlichen, sozialen und institutionellen Umwelten wie auch in den ökonomischen und bildungsbezogenen Ressourcen dazu bei, dass sich im Alter noch größere Unterschiede zwischen Menschen finden als in früheren Lebensabschnitten.

Der Sechste Altenbericht der Bundesregierung hat deutlich gemacht, dass sich in vielen gesellschaftlichen Bereichen Altersbilder finden, die dieser ausgeprägten Unterschiedlichkeit nicht gerecht werden und so einerseits dazu beitragen, dass Potenziale des Alters für die Gesellschaft häufig nicht erkannt und genutzt werden, andererseits zur

³⁸⁷ Deutscher Bundestag (2005) und (2010).

Folge haben, dass eine an Selbstbestimmung und Teilhabe orientierte Versorgung in vielen Fällen nicht realisiert wird.³⁸⁸

Im Mittelpunkt dieses Schwerpunktkapitels stehen ältere und hochbetagte Menschen mit Beeinträchtigungen als eine Teilgruppe der älteren Menschen, die ein vergleichsweise stark ausgeprägtes Gefährdungspotenzial aufweisen, in einer oder mehreren Lebensbereichen eingeschränkt zu werden. Im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen kommt dem Lebensabschnitt Alter eine doppelte Bedeutung zu: Zum einen drückt sich der demografische Wandel in einer steigenden Anzahl älterer und hochbetagter Menschen aus. Weil mit zunehmendem Alter der Anteil der Menschen, die eine Beeinträchtigung und einen damit einhergehenden Hilfe- oder Pflegebedarf haben, deutlich ansteigt (vgl. Teil 2 dieses Berichts), ist folglich auch mit einer steigenden Gesamtzahl von Menschen mit Beeinträchtigungen zu rechnen. Zum anderen werden auch Menschen mit Beeinträchtigungen älter, was Ausdruck einer deutlich gestiegenen Lebenserwartung ist.³⁸⁹

Für eine Abschätzung, wie sich die Zahl erwachsener Menschen mit Beeinträchtigungen in den nächsten Jahren entwickelt, kann auf die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen werden. In Verbindung mit den im Grunddatenkapitel dargestellten alters- und geschlechterspezifischen Beeinträchtigungsquoten ist bei einer konservativen Fortschreibung davon auszugehen, dass die Zahl der erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen (in Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften³⁹⁰) von derzeit 17,6 Millionen auf 19,2 Millionen im Jahr 2035 ansteigen wird. Dadurch nimmt ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung ab 18 Jahren in diesem Zeitraum um fünf Prozentpunkte auf 30 Prozent zu.³⁹¹

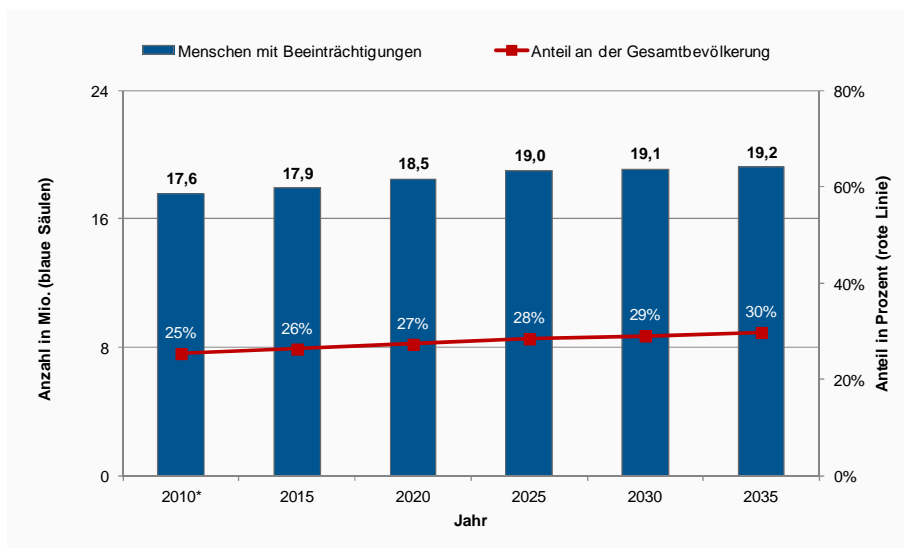
³⁸⁸ Deutscher Bundestag (2010).

³⁸⁹ Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009): S.4.

³⁹⁰ Zur Bevölkerung in Gemeinschaftsunterkünften zählen laut Mikrozensus alle Personen, die dort (nicht nur vorübergehend, d.h. weniger als drei Monate) wohnen und nicht für sich wirtschaften, das heißt keinen eigenen Haushalt führen. Gemeinschaftsunterkünfte sind z.B. Studierenden- und Seniorenwohnheime, Altenpflegeheime, Behindertenwohnheime, Klöster, Notunterkünfte ----für Obdachlose oder Arbeitsunterkünfte, Kranke in Heil- und Pflegeanstalten oder Sanatorien o.ä. werden nur dann in die Erhebung einbezogen, wenn sie wegen der Länge des Aufenthaltes dort gemeldet sind oder außerhalb der Einrichtung keinen weiteren Wohnsitz (Wohnraum) haben.

³⁹¹ Bei der Fortschreibung wurden folgende Annahmen unterstellt: 1. Zu den Menschen mit Beeinträchtigungen zählen all jene, die entweder eine anerkannte Behinderung haben oder eine chronische Krankheit bei gleichzeitiger Aktivitätseinschränkung. 2. Die im SOEP festgestellten geschlechter- und altersspezifischen Beeinträchtigungsquoten (bezogen auf acht Altersklassen) für Menschen in Privathaushalten bleiben konstant. 3. Die geschlechter- und altersspezifische Verteilung der Menschen auf Privathaushalte und Gemeinschaftsunterkünfte (laut Mikrozensus) bleibt konstant. 4. Für Menschen in Gemeinschaftsunterkünften wird zwischen 18 und 64 eine Beeinträchtigungsquote von 75 Prozent, ab 65 Jahren von 95 Prozent unterstellt.

Abbildung 7-1: Entwicklung der Zahl erwachsener Menschen mit Beeinträchtigungen, in Millionen, sowie Anteil an der Gesamtbevölkerung, in Prozent (FortSchreibung)³⁹²



Quelle: 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante 1 –W1), Mikrozensus Sonderauswertung zur Bevölkerung in Privathaushalten, SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. *Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen in Gemeinschaftsunterkünften im Basisjahr 2010 näherungsweise ermittelt.

Dieser Anstieg ist vor allem auf die sich ändernde Altersstruktur der Bevölkerung insgesamt zurückzuführen, die durch eine stetige Zunahme des Anteils älterer Menschen geprägt ist. Auch innerhalb der Gruppe von Menschen mit Beeinträchtigungen sind deutliche Verschiebungen zu erwarten: Während heute knapp jeder zweite erwachsene Mensch mit Beeinträchtigungen im Rentenalter ist, wird ihr Anteil bis 2035 auf 61 Prozent ansteigen. Dabei wird sich der Anteil der Hochbetagten (ab 85 Jahren) nahezu verdoppeln.

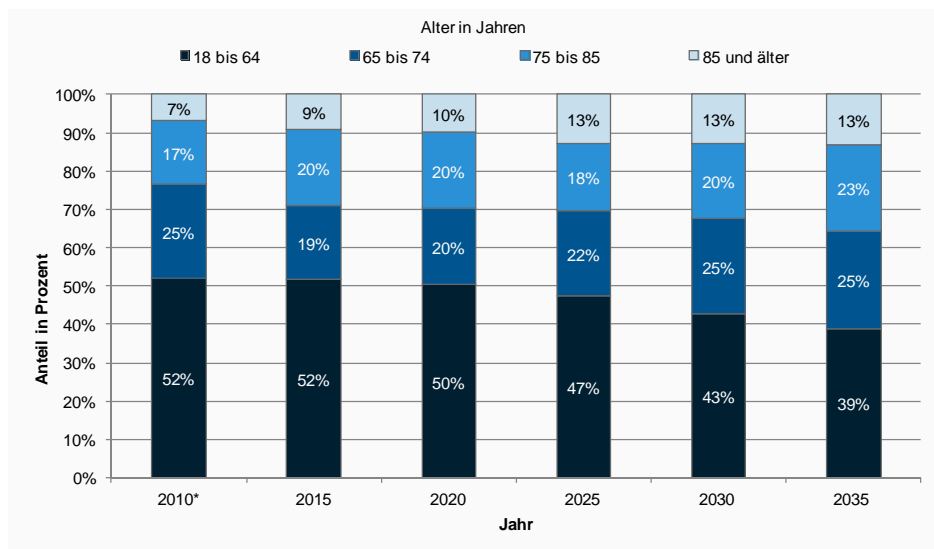
³⁹² Im SOEP wird die Bevölkerung in Gemeinschaftsunterkünften nicht repräsentativ abgebildet. Daher wurde die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Gemeinschaftsunterkünften leben, für das Basisjahr 2010 anhand der geschlechter- und altersspezifischen Verteilung der Menschen auf Privathaushalte und Gemeinschaftsunterkünfte (laut Mikrozensus) sowie der unterstellten Beeinträchtigungsquoten (siehe vorherige Fußnote) ermittelt.

Artikel der UN-BRK mit besonderer Relevanz für das Thema ältere Menschen:

Artikel 25: „(1) Insbesondere [...] b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, [...] durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen [...]“.

Artikel 28: 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, einschließlich Maßnahmen, um [...] b) Menschen mit Behinderungen, insbesondere Frauen und Mädchen sowie älteren Menschen mit Behinderungen, den Zugang zu Programmen für sozialen Schutz und Programmen zur Armutsbekämpfung zu sichern [...]“.

Abbildung 7-2: Entwicklung der Altersverteilung der Menschen mit Beeinträchtigungen, in Prozent (Fortanschreibung)



Quelle: 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante 1 –W1), Mikrozensus Sonderauswertung zur Bevölkerung in Privathaushalten, SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. *Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen in Gemeinschaftsunterkünften im Basisjahr 2010 näherungsweise ermittelt.

Alle rechtlichen Gewährleistungen der UN-BRK gelten selbstverständlich auch für Menschen mit Beeinträchtigungen im höheren Alter. Zwar gibt es anders als für Kinder und Frauen keinen Artikel, der sich explizit mit der Situation älterer Menschen beschäftigt.³⁹³ Die Anforderung, die geschlechter- und altersspezifisch unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, zieht sich jedoch als Leitidee durch alle Artikel.

Im folgenden Schwerpunkt Kapitel werden Exklusionsrisiken für ältere Menschen mit Beeinträchtigungen beschrieben und empirische Daten zu ihrer Teilhabesituation vorgestellt. Dabei wird auf den bisherigen Analysen dieses Berichts aufgebaut. Zusätzlich werden empirische Schwerpunktstudien ausgewertet, die sich gezielt mit dem Thema Alter und Beeinträchtigung befassen. Dies bringt es mit sich, dass sich der Fokus der Berichterstattung in diesem Kapitel erweitert und auch über die Teilhabebedingungen von Menschen berichtet wird, die mit Beeinträchtigungen alt geworden sind bzw. die in Einrichtungen leben.

³⁹³ An zwei Stellen nimmt die UN-BRK explizit Bezug auf ältere Menschen. Eine besondere Hervorhebung erfolgt in Artikel 28. Dieser macht auf das besondere Schutzbedürfnis von älteren Menschen mit Behinderungen hinsichtlich der Sicherung eines angemessenen materiellen Lebensstandards aufmerksam. Artikel 25 verpflichtet die Vertragsstaaten darauf, auch älteren Menschen mit Behinderungen den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewähren, durch die weitere Behinderungen „möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen“.

7.2 Selbstbestimmung und Teilhabe von älteren Menschen mit Beeinträchtigungen im Spiegel empirischer Daten

7.2.1 Risiken der Fremdbestimmung und Exklusion von älteren Menschen mit Beeinträchtigungen

Die Lebenslage bzw. Teilhabe im Alter wird entscheidend geprägt durch die biografischen Erfahrungen sowie durch Art und Umfang der materiellen, sozialen und persönlichen Ressourcen.³⁹⁴ Dies lässt sich durch zwei mögliche Lebensverläufe veranschaulichen: Unter bestimmten Bedingungen kann es im Alter zu einer Kumulation riskanter Lebenslagendimensionen kommen.³⁹⁵ So können sich beispielsweise für Menschen, die bereits frühzeitig im Lebensverlauf eine Beeinträchtigung erworben haben, verminderte Teilhabechancen aus jüngeren Jahren im Alter verstärken. Andererseits können aus lebenslangen Beeinträchtigungen auch Möglichkeiten der Kompensation entstehen, die bei einer Betroffenheit im späteren Lebensverlauf nicht mehr vorliegen. Beispielsweise können blind geborene Menschen ihre Beeinträchtigung nicht selten bis ins hohe Alter gut kompensieren, während Menschen, die später erblindet sind, damit deutlich größere Schwierigkeiten haben.

Alterungsbedingte Exklusionsrisiken finden sich in allen Lebensbereichen. Sie können zunächst unabhängig davon beschrieben werden, ob im Alter Beeinträchtigungen vorliegen oder nicht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ältere Menschen mit Beeinträchtigungen je nach Art und Ausmaß ihrer Teilhabebeeinträchtigungen ein höheres Exklusionsrisiko aufweisen, als ältere Menschen ohne Beeinträchtigungen:

Die materielle Lage im Alter ist – unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung – mit der materiellen Lage in der Erwerbsphase verknüpft.³⁹⁶ Sie ist wesentlich dadurch geprägt, welche eigenen Rentenansprüche in der Erwerbsphase erworben wurden, welche finanzielle Absicherung durch (Ehe-)Partnerinnen und -partner besteht sowie ob und in welchem Umfang Vermögensrücklagen gebildet wurden. Bei Menschen, deren Teilhabe in den Bereichen Arbeit, Einkommen sowie Familie und soziales Netz während ihres Erwerbsalters eingeschränkt war, besteht damit ein besonderes Gefährdungspotenzial hinsichtlich einer unzureichenden materiellen Absicherung im Alter, und damit einhergehenden Einschränkungen für eine selbstbestimmte Lebensführung.³⁹⁷

³⁹⁴ Metzler, H. (2002): S. 6.

³⁹⁵ Tesch-Röhmer, C., Wurm, S. (2009): S. 9.

³⁹⁶ Mayer, K.U., Wagner, M. (2010): S. 296.

³⁹⁷ Wacker, E. (2004): S.10.

Mit Blick auf die Gesundheit bestehen Risiken einerseits im Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie im Gesundheitszustand. Bei älteren Menschen mit Beeinträchtigungen kann es vorkommen, dass ihnen der Zugang zu Gesundheitsleistungen, Prävention und Gesundheitsförderungen – unter den Bedingungen eines altersbedingt steigenden Grades der Beeinträchtigung, zusätzlichen Pflegebedarfs oder geringer finanzieller Ressourcen – erschwert ist oder verwehrt bleibt (z. B. Rehabilitation im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt).³⁹⁸ Eine besondere Gefährdung für die physische und psychische Gesundheit besteht auch durch beeinträchtigungsbedingte Spätfolgen sowie negative Auswirkungen unzureichender Lebensbedingungen im früheren Lebensverlauf.³⁹⁹ Diese Lebensbedingungen können wiederum das Ergebnis eingeschränkter Teilhabechancen im früheren Lebensalter sein, zum Beispiel schlechter Arbeitsbedingungen, materieller Deprivation, belastender Wohnsituationen oder sozialer Isolation.⁴⁰⁰

Auch hinsichtlich der Einbindung in Familie und soziale Netze können eingeschränkte Teilhabechancen in früheren Lebensphasen bis ins höhere Lebensalter fortwirken. Im Alter wird die Verbindung zur Herkunftsfamilie u. U. schwächer, wenn die eigenen Eltern versterben und auch Geschwister älter werden. Fehlt eine eigene Familie und war der Aufbau von privaten und beruflichen Netzwerken im Laufe des Lebens erschwert, so haben Menschen mit Beeinträchtigungen ein besonderes Risiko, auch im Alter sozial isoliert zu sein.⁴⁰¹ Hierdurch können im Alter Lücken in der sozialen Unterstützung auftreten. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die keine Eltern mehr haben, weiter zunehmen. Zugleich spielen soziale Kontakte auch eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, den Lebensabschnitt Alter zu gestalten, neue Aufgaben und sozialen Rollen zu finden. Fehlt ein solches Netzwerk, gelingt dies deutlich schwieriger.⁴⁰²

Bei älteren Menschen mit Beeinträchtigungen stellen sich darüber hinaus besondere Anforderungen an das Wohnen. Menschen, die ihr Leben lang in einer eigenen Wohnung gelebt haben, wollen häufig auch im Alter in der vertrauten Umgebung wohnen bleiben. Hierzu ist es jedoch erforderlich, dass sowohl die Infrastruktur der Wohnung als auch die Assistenzangebote so ausgestaltet sind, dass sie ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen.⁴⁰³ Viele Menschen mit Beeinträchtigungen haben auch lange Phasen in Heimen und Wohngruppen gelebt und sehen hier ihre Heimat. Mit dem Austritt aus der Erwerbstätigkeit (zum Beispiel in einer Werkstatt für behinderte Menschen) fallen jedoch tagesstrukturierende Elemente weg und es müssen neue Möglichkeiten der Förderung und Unterstützung geschaffen werden. Zugleich treten veränderte Pflegebedürfnisse auf, die in den Ablauf der Wohnstätte integriert werden

³⁹⁸ Kuhlmann, A. et al. (2009): S. 10.

³⁹⁹ Wacker, E. (2004): S. 11.

⁴⁰⁰ Lampert, T. (2009): S. 9.

⁴⁰¹ Driller, E. et al. (2008): S. 101. Siehe auch: Wacker, E. (2004), S. 11, Schäper, S. et al. (2010), S. 98-108, World Health Organization (2011): S. 142.

⁴⁰² Wacker, E. (2001): S. 74-75.

⁴⁰³ Hofmeister, G. et al. (2009): S. 62.

müssen.⁴⁰⁴ Zum Teil droht die Verlegung in eine andere Behinderten- oder Pflegeeinrichtung, wenn die bisherige Wohnform nur für erwerbstätige Menschen mit Behinderungen vorgesehen ist.⁴⁰⁵

Aus Exklusionsrisiken in den beschriebenen Teilhabebereichen können wiederum Risiken für die Alltags- und Freizeitgestaltung entstehen. Mit dem Austritt aus der Erwerbstätigkeit sind grundsätzlich neue Freiräume in Bezug auf die Alltagsgestaltung verbunden. Die Nutzung dieser Freiräume ist jedoch voraussetzungsvoll: Verminderte Bewegungsspielräume und fehlende Unterstützung können dazu führen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen seltener an sozialen oder kulturellen Aktivitäten teilnehmen, sich ihr sozialer Radius und ihre Erfahrungsmöglichkeiten verkleinern. Durch einen steigenden Unterstützungsbedarf kann zugleich die Fremdbestimmung zunehmen, während Selbstbestimmung, Wunsch- und Wahlmöglichkeiten eingeschränkt werden (insbesondere bei institutioneller Unterbringung). Wenn Erfahrungen mit der selbstbestimmten Tagesgestaltung im früheren Lebensverlauf fehlen, kann dies zudem die Gestaltung des Tages entsprechend eigener Interessen und Vorstellungen im Alter erschweren. In der Generation der Menschen mit langjähriger Behinderungserfahrung, die heute alt sind, bilden „Erfahrungen einer selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung“ in aller Regel eine Ausnahme.⁴⁰⁶ Eingeschränkte Gestaltungsmöglichkeiten entstehen zudem daraus, wenn nur geringe finanzielle Mittel frei verfügbar sind. Diese Situation stellt sich in besonderer Weise für ehemalige Beschäftigte aus Werkstätten für behinderte Menschen, die in Wohn-einrichtungen leben. Sie erhalten ein Taschengeld, während die Rente als Lohnersatzleistung vom Sozialleistungsträger einbehalten wird.⁴⁰⁷

Bei Beendigung des Erwerbslebens entfallen damit mit der Teilnahme am Arbeitsprozess verbundene Lern- und Entwicklungschancen. Fehlender Zugang und Information zu Bildungsangeboten und Lernanregungen können zu Kompetenzverlust führen oder diese beschleunigen. Von besonderen Hemmnissen ist auszugehen, wenn bereits in früheren Lebensphasen wenige Lernerfahrungen gesammelt wurden.⁴⁰⁸

Der Lebensabschnitt Alter und Alternsprozesse müssen jedoch nicht zwangsläufig mit einer Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten einhergehen, sondern können auch neue Handlungsmöglichkeiten eröffnen: „Der Übergang in den Ruhestand stellt für viele Menschen mit Behinderungen die letzte Weichenstellung in Richtung weiterer Exklusion (Ausgrenzung) oder neuer Inklusion (Teilhabemöglichkeiten) dar“.⁴⁰⁹

⁴⁰⁴ Metzler, H. (2002): S. 10. Siehe auch: Schäper, S. et al. (2010): S.87.

⁴⁰⁵ Wacker, E. (2004): S. 11-14.

⁴⁰⁶ Schäper, S. et al. (2010): S. 98-108.

⁴⁰⁷ Wacker, E. (2001): S.76.

⁴⁰⁸ Schäper, S. et al. (2010): S. 98-108. Siehe auch: Hasseler, M., Görres, S. (2005): S. 55.

⁴⁰⁹ Mair, H. (2006): S. 16.

Im Folgenden werden zunächst Erkenntnisse zur Teilhabesituation älterer Menschen mit Beeinträchtigungen vorgestellt, die im Rahmen der Analyse typischer Teilhabekonstellationen sowie der Betrachtung der verschiedenen Teilhabefelder gewonnen wurden. Anhand der vorliegenden Befragungsdaten lässt sich die Teilhabesituation älterer Menschen mit Beeinträchtigungen jedoch nur unzureichend abbildend. Ergänzend wird daher auf zielgruppenspezifische Schwerpunktstudien zurückgegriffen. Diese Studien geben Hinweise zu den Lebens- und Wohnorten älterer Menschen mit Beeinträchtigungen, ihrer Lebensgestaltung nach Austritt aus der Erwerbstätigkeit sowie ihren familiären Netzwerken.

7.2.2 Erkenntnisse über die Lebenslagen von älteren Menschen mit Beeinträchtigungen

Die Analyse typischer Teilhabekonstellationen in diesem Bericht (siehe Kapitel 5) hat gezeigt, dass sich etwa 20 Prozent der 65- bis 79-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen in einer Lebenssituation befinden, die durch große Einschränkungen geprägt ist. Ihre Lebenslage ist dadurch charakterisiert, dass das Einkommen überwiegend in der Nähe oder unterhalb der Armutsschwelle liegt, überwiegend keine feste Partnerschaft (mehr) besteht und der Gesundheitszustand überwiegend als schlecht wahrgenommen wird. Zugleich wird überdurchschnittlich häufig ein geringer Einfluss auf das eigene Leben wahrgenommen. 65- bis 79-jährige Frauen mit Beeinträchtigungen befinden sich häufiger als Männer in dieser Situation. Dies geht einher mit einem gegenüber Männern geringeren Einkommen und damit, dass Frauen dieses Alters deutlich häufiger nicht (mehr) in fester Partnerschaft erleben, da männliche Partner aufgrund der geringeren Lebenserwartung früher versterben.

Der Großteil der 65- bis 79-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen (68 Prozent) lebt in einer Situation mit mittleren Einschränkungen. Ein schlechter Gesundheitszustand trifft hier zusammen mit einer vergleichsweise guten materiellen Absicherung und (zumindest bei den Männern) bestehenden partnerschaftlichen Netzwerken. Ein kleiner Teil der älteren Menschen mit Beeinträchtigungen (12 Prozent) erlebt nur geringe Einschränkungen. Der Gesundheitszustand wird im Vergleich zu Gleichaltrigen als etwas besser wahrgenommen. Überdurchschnittlich häufig besteht der Eindruck, weitgehend selbst über das eigene Leben bestimmen zu können. Diese Menschen leben überwiegend in festen Partnerschaften. Zugleich ist das Einkommen überwiegend hoch. Eine ähnliche Einteilung konnte für die 80-Jährigen und Älteren aus methodischen Gründen nicht vorgenommen werden.

Beim Vergleich der Teilhabesituation von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in den einzelnen Teilhabefeldern wurde die Gruppe der 65- bis 79-Jährigen sowie 80-Jährigen und Älteren durchgehend mit betrachtet: Die markantesten Unterschiede zeigen sich im Bereich Gesundheit. Menschen mit Beeinträchtigungen beschreiben ihren Gesundheitszustand und ihre psychische Gesundheit als deutlich schlechter als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen und nehmen auch häufiger ärztliche Leistungen in Anspruch. Erkennbar

wurden auch altersbezogene Unterschiede der materiellen Lage: Ältere Menschen mit Beeinträchtigungen machen sich größere Sorgen um ihre wirtschaftliche Situation und sind seltener zufrieden mit dem Haushaltseinkommen. Die Anteile derjenigen, die in einem armutsgefährdeten Haushalt leben, liegen jedoch bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen recht nah beieinander.

Hinsichtlich der Größe des familiären Netzwerkes bestehen insgesamt kaum Unterschiede bei älteren Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Für die Teilgruppe der älteren Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung – insbesondere bei den 65- bis 79-Jährigen – zeigt sich jedoch eine vergleichsweise schwache soziale Vernetzung.

Für die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren mit Beeinträchtigungen gilt außerdem, dass sie sich deutlich häufiger Sorgen um die steigende Kriminalität machen als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen dies tun.

Insgesamt zeigen die in diesem Bericht ausgewerteten Bevölkerungsbefragungen jedoch – anders als bei den jüngeren Altersklassen – häufig nur geringe Unterschiede in der Teilhabesituation zwischen älteren Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen.⁴¹⁰ Dieser Effekt ist vermutlich vor allem auf die Zusammensetzung der Menschen mit Beeinträchtigungen in den höheren Altersklassen zurückzuführen. Da der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen an der Bevölkerung altersbedingt ansteigt, befinden sich in der untersuchten Gruppe der 65-Jährigen und Älteren immer mehr Menschen, die erst relativ spät eine Beeinträchtigung erworben haben. Wenn sich Beeinträchtigungen auf den Lebensverlauf auswirken, ist bei diesen Menschen jedoch von einer geringeren Auswirkung der Beeinträchtigung auf die Teilhabebereiche auszugehen. Da in den hier ausgewerteten repräsentativen Befragungen die Information über den Zeitpunkt des Eintretens der Beeinträchtigung fehlt, ist eine Prüfung dieses Erklärungsansatzes zurzeit jedoch nicht möglich. Weitere Verzerrungen sind dadurch zu erwarten, dass nur Menschen befragt werden, die in Privathaushalten leben. Damit werden besonders häufig ältere Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Behinderten- oder Pflegeeinrichtungen leben, nicht erfasst. Teilhabeeinschränkungen, die mit dem Wohnort zusammenhängen, bleiben somit unberücksichtigt.

⁴¹⁰ Dieser Befund wurde auch für den Mikrozensus festgestellt, der die Teilgruppe der Menschen mit und ohne anerkannte Behinderungen vergleicht. Vgl. Pfaff, H. (2012): S. 243.

7.2.3 Erkenntnisse aus Schwerpunktstudien über die Selbstbestimmung und Teilhabe älterer Menschen mit Beeinträchtigungen

Über die besonderen Bedürfnisse und Lebenslagen von älteren Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen, die mit einer Beeinträchtigung alt geworden sind, gibt es nur wenige empirische Informationen. Anhand von zumeist zielgruppenspezifischen Schwerpunktstudien lassen sich jedoch Teilaspekte ihrer Lebenslage in verschiedenen Teilhabefeldern beleuchten.

Leben in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe

Unterschiede zwischen älteren Menschen ohne Beeinträchtigungen und älteren Menschen mit lebenslangen Beeinträchtigungserfahrungen zeigen sich besonders deutlich wenn ihre Lebensorte in den Fokus gerückt werden.

Im Alter wohnen Menschen mit lebenslangen Beeinträchtigungserfahrungen, insbesondere bei mehrfachen oder geistigen Beeinträchtigungen, vorrangig in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Mit diesem Lebensort ist eine eingeschränkte Entscheidungsfreiheit verbunden: Der Wechsel in eine stationäre Wohneinrichtung erfolgt überwiegend aus einer Notlage heraus. Zugleich haben die Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel geringen Einfluss darauf, mit wem sie in Wohngruppen zusammenleben.⁴¹¹

Auch die INA-Studie zu „Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfen“⁴¹² zeigt, dass der Eintritt in ein Wohnheim oder Betreutes Wohnen bei Menschen mit Beeinträchtigungen in starkem Zusammenhang mit einer Überlastung des sozialen Netzwerks steht, insbesondere wenn sich der Gesundheitszustand der zu betreuenden Person oder der Betreuungsperson verschlechtert. Die Entscheidung für den Umzug wird in über 70 Prozent der Fälle von den Angehörigen getroffen, nur in wenigen Fällen (12 Prozent) wird von einem aktiven Mitspracherecht der Menschen mit Beeinträchtigungen berichtet. Bei einem Einzug in die Einrichtung aufgrund von Pflegebedürftigkeit oder Tod der Eltern beziehungsweise der Hauptpflegeperson sind die meisten Menschen mit Beeinträchtigungen zwischen 41 und 50 Jahre alt.⁴¹³

Ähnliche Zusammenhänge zeigen sich beim Übergang älterer Menschen in klassische Altenpflegeeinrichtungen: Auch hier ist es aus Sicht des Pflegepersonals „vorrangig der Verlust von Selbstständigkeit, der vor dem Hintergrund fehlender privater Versorgungsmöglichkeiten durch Angehörige oder Bekannte zu dem Wechsel in das Heim“ führt.⁴¹⁴ Zwischen Altenpflegeeinrichtungen und Wohneinrich-

⁴¹¹ Wacker, E. (2001): S.51-52.

⁴¹² Im Rahmen der INA-Studie wurden auf Grundlage sechs zufällig ausgesuchter Einrichtungen der Behindertenhilfe (Wohnheime, Einrichtungen des betreuten Wohnens und Werkstätten für behinderte Menschen) Daten zur Inanspruchnahme von Angeboten der Behindertenhilfen, soziales Netzwerk und Alter erhoben. Zum Einsatz kamen dabei sowohl eine Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Angehörigen als auch der Menschen mit Beeinträchtigungen selbst.

⁴¹³ Driller, E. et al. (2008): S. 128-132.

⁴¹⁴ Schneekloth, U., Wahl, H.W. (2007): S. 99. Im Rahmen der Studie wurde mittels einer repräsentativen Befragung die Lebenssituation Pflegebedürftiger in vollstationären Pflegeeinrichtungen untersucht. Im Zuge der Erhebung wurden Ende 2005

tungen bestehen jedoch grundlegende Unterschiede: Während in Altenpflegeeinrichtungen überwiegend hochbetagte Menschen leben, sind die meisten Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der Behindertenhilfe im erwerbsfähigen Alter. Die Gruppe der älteren Menschen stellt hier nur eine Teilgruppe dar, die aufgrund demografischer Entwicklungen jedoch anwächst.

Eine Studie der Katholischen Hochschule NRW für den Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) hat die Altersstruktur von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen in verschiedenen Wohnformen untersucht. Während im stationären Wohnen aktuell 16 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner 60 Jahre oder älter sind, wird im Jahr 2030 knapp die Hälfte in diesem Alter sein. Eine ähnliche Entwicklung wird sich auch im Bereich ambulanter Wohnangebote vollziehen. Hier gehen die Schätzungen von einem Anstieg des Anteils der ab 60-Jährigen von derzeit sieben Prozent auf 36 Prozent aus.⁴¹⁵

Nach Ergebnissen der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe“ (1998) besteht bei älteren im Vergleich zu jüngeren Bewohnerinnen und Bewohnern in den Einrichtungen der Behindertenhilfe häufig ein intensiverer Hilfe- und Pflegebedarf. So steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein intensiverer Pflegebedarf eintritt, ab einem Alter von 50 Jahren erkennbar an. Zudem ist die Lebensweise älterer Menschen stärker als bei jüngeren auf das nahe Wohnumfeld fokussiert.⁴¹⁶

Leben in älter werdenden Familien

Ein Teil der älter werdenden Menschen mit Beeinträchtigung lebt (noch) nicht in Einrichtungen der Behindertenhilfe, sondern bei Angehörigen. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat die Situation von Menschen im Alter ab ca. 40 Jahren untersucht, die seit der Geburt oder frühesten Kindheit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen aufweisen (mit einem GdB von 80 oder höher) und ihr Leben (größtenteils) bei ihren Eltern verbracht haben. Die Studie zeigt, dass sowohl die interviewten Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen als auch die Eltern die eigene Alterung und die damit verbundenen Einschränkungen zunehmend wahrnehmen. Die Auseinandersetzung mit diesen Prozessen des Altwerdens und Fragen der Zukunftsgestaltung ist für viele Familien jedoch ein belastendes Thema. „Viele der schwerstbehinderten Angehörigen wollen die Veränderungen bei ihren Eltern nicht wahr haben und nicht darüber sprechen, und die Eltern wollen ihren Kindern nicht zeigen, dass sie wegen ihrer eigenen nachlassenden Kräfte besorgt sind.“ Gefragt nach ihren Wünschen, geben sowohl die Eltern als auch die Menschen mit schweren Beeinträchtigungen häufig an, dass sie solange wie möglich zusammenleben wollen, ohne

Pflegerinnen und Pfleger von insgesamt 4.229 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 609 Alteneinrichtungen in Deutschland persönlich-mündlich befragt. Die Ergebnisse basieren ausschließlich auf Fremdauskünften des Pflegepersonals und spiegeln daher nicht das subjektive Empfinden der Pflegebedürftigen wider. Ausgeschlossen wurden Heime aus dem Bereich der Behindertenhilfe, sodass die Studie zudem nur Aussagen zur Pflegebedürftigen erlaubt, die in Altenpflegeeinrichtungen leben.

⁴¹⁵ Dieckmann, F. et al. (2010).

⁴¹⁶ Wacker, E. (2001): S.59-62.

dass es jedoch konkrete Vorstellungen davon gibt, wie dies gelingen kann.⁴¹⁷

Die Studie macht auch auf die hohe Bedeutung aufmerksam, die außerhäusliche Tätigkeiten von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen für die Familien spielen. Vor diesem Hintergrund ist es für die älter werdenden Menschen mit Beeinträchtigungen selbst als auch für ihre Angehörigen eine besondere Herausforderung, wenn außerhäusliche tagesstrukturierende Elemente wie der Arbeitsplatz in einer Werkstatt alters- oder krankheitsbedingt wegfallen.⁴¹⁸

Wie sich der Bedarf für Teilhabeleistungen im Bereich des Wohnens bei der Gruppe der älter werdenden Menschen mit Beeinträchtigungen, die momentan noch von ihren Angehörigen betreut werden, zukünftig entwickeln wird, ist schwer einzuschätzen. Eine exemplarische Untersuchung von Werkstätten für behinderte Menschen in Nordhessen hat ergeben, dass aktuell 41 Prozent der Werkstattbeschäftigten oder Besucher der Tagesförderstätten bei Angehörigen leben. Unter ihnen sind 16 Prozent bereits 50 Jahre oder älter, weitere 27 Prozent sind zwischen 40 und 49 Jahre alt.⁴¹⁹ Sofern sich diese Ergebnisse auf die Bundesebene übertragen lassen, ist davon auszugehen, dass für jede bzw. jeden sechsten Werkstattbeschäftigten in absehbarer Zeit ein neuer Unterstützungsbedarf im Bereich des Wohnens entstehen wird.

Leben in Privathaushalten mit hohem Unterstützungsbedarf

Spezifische Studien zur Situation älterer Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Privathaushalten leben, liegen aktuell nicht vor. Hinweise zur Lebens- und Versorgungssituation erlaubt die Studie zu „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten“ (MuG III), in deren Rahmen zwischen Ende 2002 und Anfang 2003 eine repräsentative Querschnittsbefragung der in Deutschland ansässigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten durchgeführt wurde. Dabei wurden auch 3.622 Haushalte identifiziert, in denen mindestens eine Person mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen lebt.⁴²⁰ Anhand der Studie lässt sich jedoch nicht unterscheiden zwischen Menschen, die erst im Alter eine Beeinträchtigung erworben haben oder bereits seit einem früheren Lebensalter beeinträchtigt sind.

Die pflegerische Unterstützung erfolgt bei 36 Prozent der Pflegebedürftigen auch in Form professionell erbrachter Pflegeleistungen. Bei etwa zwei Dritteln der Pflegebedürftigen wird die Pflege dagegen ausschließlich privat und ergänzt durch hauswirtschaftliche Dienstleistungsangebote geleistet. Unterstützung erhalten die Pflegebedürftigen vor allem von den eigenen Angehörigen, den Partnerinnen oder

⁴¹⁷ Hellmann, M. et al. (2007).

⁴¹⁸ Hellmann, M. et al. (2007).

⁴¹⁹ Hofmeister, G. et al. (2009): S.15.

⁴²⁰ Schneekloth, U., Wahl, H.W. (2005).

Partnern, den Kindern oder den Eltern (bei jüngeren Pflegebedürftigen).⁴²¹

Die Möglichkeiten der Lebensführung im privaten Haushalt trotz Hilfs- und Pflegebedürftigkeit stoßen vor allem dann an Grenzen, wenn familiäre Unterstützungsnetzwerke fehlen. Eine besondere Herausforderung ist auch die Betreuung und Versorgung von psychisch veränderten und in der Regel demenziell erkrankten Pflegebedürftigen mit besonders hohem Unterstützungsbedarf. „Perspektiven ergeben sich hingegen dort, wo es gelingt, die verfügbaren Potenziale in Familie, Nachbarschaft und Bekanntenkreis mit den unterschiedlichen im Umfeld vorhandenen professionellen und auch semiprofessionellen Hilfsangeboten optimal zu kombinieren.“⁴²²

Vor dem Hintergrund, dass Menschen mit langjährigen Beeinträchtigungserfahrungen seltener eine eigene Familie gegründet haben, kann davon ausgegangen werden, dass es ihnen ohne dieses Netzwerk im Alter schwerer fällt, ein Leben in einem Privathaushalt aufrechtzuerhalten.

Leben nach Abschluss der Erwerbsphase

Ein entscheidendes Merkmal des Älterwerdens ist der Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit. Dieser stellt viele ältere Menschen mit Beeinträchtigungen vor Herausforderungen, zumal der Eintritt in die Nacherwerbsphase bei ihnen aufgrund gesetzlicher Regelungen oder gesundheitlicher Belastungen häufig früher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen erfolgt. Studien geben Hinweise darauf, dass insbesondere Menschen, die über Jahre in einer Werkstatt gearbeitet haben, den Übergang in den Ruhestand als Krisen- und Verlustsituation wahrnehmen. Mit der Werkstatt entfällt für sie ein für Kommunikation, Beziehungen und Kontakte zentraler Lebens- und Arbeitsort, der nur schwer zu ersetzen ist.⁴²³

Qualitative Studien deuten darauf hin, dass Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen häufig nur wenige Vorstellungen von und Erwartungen an die Zeit nach der Erwerbstätigkeit entwickelt haben und kaum darauf vorbereitet sind.⁴²⁴ Ältere Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnheimen haben vielfach den Wunsch, möglichst in der gewohnten Umgebung bleiben zu können bzw. machen sich Sorgen, dass dies nicht möglich ist. Menschen, die aus der Werkstatt für behinderte Menschen ausscheiden, äußern zudem das Bedürfnis, auch weiterhin gebraucht zu werden und Aufgaben zu haben. Viele wünschen sich zudem mehr soziale Kontakte.⁴²⁵

Das Projekt „Den Ruhestand gestalten“ zeigt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen vor dem Ruhestand oftmals keine neuen Interessen und Kontakte außerhalb der Werkstätten aufgebaut und entdeckt

⁴²¹ Vgl. Schneekloth, U., Wahl, H.W. (2005): S. 69- 86.

⁴²² Schneekloth, U., Wahl, H.W. (2005): S.89.

⁴²³ Stanjek, P. (2006): S.1.

⁴²⁴ Komp, E. (2006).

⁴²⁵ Wacker, E. (2001): S.66-69.

haben. Ebenso haben die Institutionen der Behindertenhilfe in der Regel nicht aktiv hierauf hingewirkt oder die älter werdenden Menschen auf den neuen Lebensabschnitt vorbereitet. Zudem treffen Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Erschließung neuer Möglichkeiten im Alter auf vielfältige Grenzen:

- Die Lebensräume außerhalb von Einrichtungen sind oftmals für Menschen mit Beeinträchtigungen, zumal wenn sie alt sind, nicht zugänglich. „Außerdem liegen die ihnen zugänglichen Räume häufig am Rande. (...) So treffen sie in den ihnen zugänglichen Handlungsräumen, Netzwerken, Teilöffentlichkeiten oder Märkten oftmals nur oder vorrangig erneut auf Menschen, die ebenfalls alt oder behindert sind oder die über wenig Kontakte und Mittel verfügen.“
- Die finanziellen Mittel und sozialen Kontakte sind oftmals begrenzt. Auch hierdurch werden neue Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt.
- Vielfach bestehen Ängste vor Veränderungen. Viele Menschen mit Beeinträchtigungen fehlt die Erfahrung darin, Wünsche zu äußern und selbst zu entscheiden.
- Die Einrichtungen der Behindertenhilfe sind zum Teil noch nicht auf den Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen, die eigene Vorstellungen und Wünsche haben, eingestellt.⁴²⁶

Soziale Netzwerke

Soziale Kontakte und Netzwerke spielen nicht nur bei der Unterstützung am Wohn- und Lebensort, sondern auch bei der Gestaltung der Zeit eine wesentliche Rolle. Gerade in diesem Teilhabebereich erleben Menschen mit langjährigen Beeinträchtigungserfahrungen jedoch in besonderer Weise ungleich verteilte Chancen: „Insbesondere das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin und die Gründung einer eigenen Familie stehen in der Regel nicht zu Disposition, sodass gerade das soziale Netzwerk, in dem die Mehrzahl der Menschen im Alter neue Aufgaben und sozialen Rückhalt findet, für sie nicht existiert. Die sozialen Beziehungen konzentrieren sich auf die betreuenden Organisationen.“⁴²⁷

Nach Erkenntnissen aus der Angehörigenbefragung der INA-Studie nimmt der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die soziale Unterstützung von Familienangehörigen erhalten, mit zunehmendem Alter erkennbar ab. Während im Alter zwischen 18 und 30 Jahren zwei Drittel soziale Unterstützung durch die Familien bzw. insbesondere die Eltern erfahren, trifft dies nur noch auf 21 Prozent der über 60-Jährigen zu. Hier übernehmen dann verstärkt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie Ehrenamtliche Unterstützungsaufgaben.⁴²⁸

⁴²⁶ Hollander, J., Mair, H. (2004).

⁴²⁷ Wacker, E. (2001): S.73-74.

⁴²⁸ Driller, E. et al. (2008): S. 111-115.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Ältere Menschen mit Beeinträchtigungen

Heterogenität von Altersformen und Multidimensionalität von Alterungsprozessen

Durch zahlreiche gerontologische Studien ist eindeutig belegt, dass ältere Menschen sehr verschieden voneinander sind und sehr unterschiedlich altern. Die genetische Ausstattung des Menschen alleine ist für eine Erklärung des Alternsprozesses nicht hinreichend, dieser ist – innerhalb des durch die genetische Ausstattung definierten Gestaltungsrahmens – wesentlich durch die physikalische, soziale und kulturelle Umwelt sowie durch im Lebenslauf entwickelte, geübte und erweiterte Fähigkeiten und Fertigkeiten beeinflusst. Dabei wirken Unterschiede in Anlage- und Umweltbedingungen kumulativ, sodass interindividuelle Unterschiede im Lebenslauf also eher zu- als abnehmen. Dieser Trend wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass die gesellschaftliche Regulation des Lebens im Alter eher nachlässt und pathologische Entwicklungen den Prozess des „normalen Alterns“ in höheren Lebensaltern stärker überlagern. Für das Verständnis der Unterschiedlichkeit von Alternsprozessen ist weiterhin wichtig, dass Menschen als Gestaltende eigener Entwicklung zu betrachten sind. Im individuellen Lebenslauf zu beobachtende Veränderungen spiegeln zu einem guten Teil vom Individuum selbst gesetzte, systematisch (weiter-)verfolgte, an veränderte Umstände angepasste, gegebenenfalls auch aufgegebenen Ziele wider. In der Entwicklung des Menschen drückt sich nicht lediglich das Zusammenwirken von Person- und Umweltbedingungen aus, sondern Menschen suchen Entwicklungskontexte auch aktiv auf und gestalten diese mit (Selbst-Regulation).

Einfache Defizit-Modelle, die von einem allgemeinen altersbedingten Abbau der Person, ihrer physischen wie kognitiven Leistungsfähigkeit sowie ihrer Anpassungsfähigkeit an neuartige Situationen ausgehen, können heute als eindeutig widerlegt gelten. Wie in jedem Lebensabschnitt ist auch im Alter Entwicklung sowohl mit Gewinnen und Stärken als auch mit spezifischen Verlusten und Defiziten verbunden. Altern kann nicht als eindimensionaler, unidirektionaler Prozess beschrieben werden, vielmehr sind unterschiedliche Entwicklungsdimensionen konzeptuell zu trennen, auf denen sich Personen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in unterschiedlichen Richtungen verändern.

Diese Multidimensionalität von Entwicklung im Lebenslauf spiegelt sich im Alter in verschiedenartigen, zum Teil sehr stark voneinander

abweichenden Entwicklungsprozessen in der körperlichen, der seelisch-geistigen und der sozialen Dimension wider.

Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich in der Gerontologie die Differenzierung zwischen einem „dritten Lebensalter“ und einem „vierten Lebensalter“ etabliert: Während im dritten Lebensalter (Zeitspanne: ca. 60 bis 80/85 Jahre) körperliche und seelisch-geistige Kompetenz weitgehend erhalten bleiben, Menschen entsprechend im Allgemeinen zu einer an eigenen Bedürfnissen und Zielen orientierten Lebensführung in der Lage sind, nimmt im vierten Lebensalter (Zeitspanne: ab 80/85 Jahren) vor allem die körperliche, aber auch die kognitive und psychische Verletzlichkeit des Menschen deutlich zu; Multimorbidität, chronisch-degenerative Erkrankungen, neurodegenerative und vaskuläre Demenzen werden häufiger, die Prävalenzraten für Pflegebedürftigkeit steigen exponentiell an. Anders als im dritten Lebensalter⁴²⁹ deuten Indikatoren der psychischen Befindlichkeit darauf hin, dass es Menschen nun immer weniger gelingt, die zunehmenden körperlichen, geistigen und sozialen Verluste zu kompensieren.

Die heuristisch ohne Frage wertvolle Differenzierung zwischen einem dritten und vierten Lebensalter wird zwar vor dem Hintergrund der Analyse von Mittelwertunterschieden in aufeinanderfolgenden Altersgruppen (zum Teil) eindrucksvoll bestätigt, hierbei darf aber nicht übersehen werden, dass sich Menschen in allen Altersgruppen auf allen Entwicklungsdimensionen nicht nur mit Blick auf das aktuell bestehende Entwicklungsniveau, sondern auch mit Blick auf die in Veränderungen zum Ausdruck kommenden Entwicklungstrends erheblich voneinander unterscheiden.⁴³⁰ So ist etwa aus Analysen zu individuellen Unterschieden in der Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter bekannt, dass die für kognitives Altern auf der Ebene von Mittelwertbetrachtungen charakteristischen Veränderungen in Primärfaktoren der Intelligenz darauf zurückgehen, dass sich bei einem Teil der Personen akzentuierte Rückgänge, bei einem vergleichsweise großen Teil Stabilität und bei einigen Personen Zugewinne zeigen.⁴³¹

⁴²⁹ Mayer, K.U., Baltes, P.B. (1996).

⁴³⁰ Kruse, A., Schmitt, E. (2004).

⁴³¹ Wilson, R. S. et al. (2002).

Die Kompetenz im Alter (im physischen wie auch im seelisch-geistigen Bereich) ist in hohem Maße vom Schweregrad der Beeinträchtigung beeinflusst; schon deswegen sind Verallgemeinerungen zu vermeiden.⁴³² Für den Grad der physischen Leistungsfähigkeit ist die Frage, ob Menschen eine Beeinträchtigung aufweisen oder nicht, weniger entscheidend: Der Grad der Beeinträchtigung bildet vielmehr den entscheidenden Einflussfaktor.⁴³³ Die Kompetenz älterer Menschen mit Beeinträchtigung ist in hohem Maße von sensorischen, kognitiven und sozialen Anregungen beeinflusst, die sie in früheren Lebensjahren erfahren haben und aktuell erfahren.⁴³⁴ In der bei ihnen zu beobachtenden Variabilität in der Kompetenz spiegeln sich nicht zuletzt auch die großen Unterschiede im Grad und in der Qualität der Förderung in früheren Lebensaltern wider.⁴³⁵

Beeinträchtigungen und Kompetenzen von älteren Menschen

Aus gerontologischer Perspektive ist Altern sowohl im Sinne von Stärken und Gewinnen als auch im Sinne von Schwächen und Verlusten zu interpretieren. Schwächen oder Verluste finden sich vor allem in jenen Funktionen, in denen sich Alternsprozesse des Zentralnervensystems widerspiegeln: Präzision und Geschwindigkeit der Ausführung sensomotorischer Abläufe gehen zurück, die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung nimmt ab, das Lernen wird – infolge einer allgemein reduzierten Fähigkeit, irrelevante Informationen zu hemmen, wie auch infolge negativer Transfers (Umlernen ist schwieriger als Neulernen) – störanfälliger. Diese Veränderungen sind allerdings nicht erst im höheren Alter zu beobachten, sondern treten in Teilen bereits im dritten Lebensjahrzehnt auf. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass das Ausmaß an kognitiver und körperlicher Aktivität in früheren Lebensaltern und im Alter Einfluss auf den Ausprägungsgrad dieser Verluste hat.⁴³⁶

Die durch zahlreiche Untersuchungen bestätigte Verkleinerung sozialer Netzwerke wurde lange (und wird zum Teil bis heute) im Sinne von Verlusten auf der sozialen Dimension, insbesondere auf das Fehlen geeigneter Altersrollen zurückgeführt. Neuere Untersuchungen belegen aber, dass sich in dieser – nicht erst im höheren Alter einsetzenden – Entwicklung zu einem guten Teil auch Optimierungsprozesse widerspiegeln:

Menschen verlieren nicht einfach Bezugspersonen, sondern sie konzentrieren sich auch auf persönlich wichtige Beziehungen.⁴³⁷

Stärken oder Gewinne des Alters zeigen sich vor allem in jenen kognitiven und psychischen Funktionen, in denen sich in besonderer Weise Erfahrungen widerspiegeln, die Menschen im Lebenslauf gewonnen haben. Die kontinuierlichen Rückgänge in der Geschwindigkeit und Präzision basaler Prozesse der Informationsverarbeitung⁴³⁸ sind nicht gleichbedeutend damit, dass im Alter keine differenzierten Wissenssysteme mehr bestünden.

Menschen sind vielmehr bis in das hohe Lebensalter in der Lage, hoch organisierte Wissenssysteme – zum Beispiel im Hinblick auf grundlegende Fragen des Lebens – aufzubauen, wobei die bewusste Auseinandersetzung mit Grenzsituationen für die Weiterentwicklung solcher Wissenssysteme von zentraler Bedeutung ist.⁴³⁹

Des Weiteren kann Verletzlichkeit des Menschen im vierten Lebensalter Prozesse der seelisch-geistigen Verarbeitung anstoßen, die sich aus ethischer Sicht auch im Sinne des „Werdens zu sich selbst“⁴⁴⁰ deuten lassen.

Ob und inwieweit bestehende Potenziale des Alters erkannt und – zum Nutzen des Individuums wie zum Nutzen für die Gesellschaft – genutzt werden, ist in starkem Maße durch die Wahrnehmung von Alter, Altern und älteren Menschen, also durch Altersbilder beeinflusst.⁴⁴¹ Auf der Grundlage von Altersbildern können Erwartungen und Verhaltensspielräume entstehen, die im günstigen Falle Möglichkeiten von Teilhabe und Engagement eröffnen und Menschen zu einer selbstständigen, selbst- und mitverantwortlichen Lebensführung und bewussten Annahme unvermeidlicher Abhängigkeiten motivieren⁴⁴², die aber im ungünstigen Falle nicht nur die Nichtnutzung, sondern langfristig auch den Verlust von Kompetenzen zur Folge haben.⁴⁴³ Der Sechste Altenbericht der Bundesregierung hat deutlich gemacht, dass in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft nach wie vor Altersbilder erkennbar sind, die den Kompetenzen älterer Menschen nicht gerecht werden und der Bewältigung von individuellen

⁴³² Wacker, W., Wahl, H.-W. (2007).

⁴³³ Cooper, S.A. (1998).

⁴³⁴ Evenhuis, H. (2001).

⁴³⁵ Ding-Greiner, Ch., Kruse, A. (2010).

⁴³⁶ Kruse, A. (2007).

⁴³⁷ Carstensen, L. L., Lang, F. R. (2007).

⁴³⁸ Hasher, L., Zacks, R. T. (1988). Salthouse, T. A. (1996).

⁴³⁹ Kruse, A., Schmitt, E. (2010).

⁴⁴⁰ Kruse, A. (2012); Rentsch, T. (2012).

⁴⁴¹ Schmitt, E. (2012b).

⁴⁴² Kruse, A. (2005).

⁴⁴³ Schmitt, E. (2012a).

wie gesellschaftlichen Herausforderungen des Alterns geradezu entgegenstehen.⁴⁴⁴

Auch wenn die These, Menschen würden infolge einer in unserer Gesellschaft vermeintlich dominanten Geringschätzung von Alter und Altern häufig diskriminiert, einer Analyse einschlägiger Befunde und Erfahrungen nicht standhält, kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit Beeinträchtigung in erheblichem Maße Gefahren einer Diskriminierung infolge situativ aktualisierter Alterskonzepte ausgesetzt sind. Diese Aussage gilt gleichermaßen für körperliche und geistige Beeinträchtigungen.

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass die bei diesen Menschen erkennbaren Einschränkungen und Defizite zur Aktivierung ungünstiger Alterskonzepte (bzw. zu einer Orientierung an „negativen Prototypen“⁴⁴⁵ beitragen.⁴⁴⁶

Für Menschen mit Beeinträchtigung wie auch für Menschen ohne Beeinträchtigung stellen sich im Alter spezifische Entwicklungsaufgaben, insbesondere die Aufgabe der Neuorientierung im Ruhestand, die Auseinandersetzung mit gesundheitlichen und sozialen Verlusten und die Akzeptanz von Endlichkeit und Endgültigkeit eigenen Lebens. Das Bedürfnis, von anderen geschätzt und gebraucht zu werden, sinnvollen Aktivitäten nachzugehen, etwas zu tun, was für andere „einen Unterschied macht“, besteht unabhängig vom Vorliegen einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung.

Der Übergang in den Ruhestand bedeutet für viele Menschen mit geistiger Beeinträchtigung eine übergangslose Verlagerung des Schwerpunkts ihres bisherigen Lebensinhalts von der Werkstatt in das Wohnheim.⁴⁴⁷ Zwar ist die Arbeitsstelle auch für viele Menschen ohne Beeinträchtigung ein wichtiger Ort der Stiftung und Pflege sozialer Kontakte, doch steht die Option eines „gleitenden Übergangs“ – die eine Neuorientierung mit Blick auf die Gestaltung sozialer Kontakte wie auch des Alltags fördert – Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in aller Regel nicht offen. Des Weiteren haben Menschen mit geistiger Beeinträchtigung deutlich weniger Möglichkeiten, die neu gewonnene Zeit subjektiv sinnvoll zu füllen – zum Beispiel durch Hobbies, Reisen oder bürgerschaftliches Engagement. Die Vermittlung neuer, als sinnvoll er-

lebter Tätigkeiten nach dem Ausscheiden aus dem Beruf ist gerade für ältere Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sehr bedeutsam. Hier liegt eine der großen Herausforderungen für die Einrichtungen der Behindertenhilfe wie auch für die Kommunen. Die Verwirklichung dieser Aufgabe ist mit Blick auf die Erhaltung von Lebensqualität, Teilhabe und Kompetenz bei älteren Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zentral.

Beeinträchtigungen werden vielfach aus personenzentrierter, medizinisch-kurativer Perspektive betrachtet. Beeinträchtigung bildet dieser Auffassung zufolge allein ein Merkmal der Person; der Rehabilitation und Heilpädagogik stellt sich diesem Verständnis zufolge die Aufgabe, zur Linderung oder Kompensation bestehender Funktions- und Fähigkeitseinbußen beizutragen. Diese Sichtweise lässt die Bedeutung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt für die Beeinträchtigung unbeachtet. Denn Einschränkungen in Funktionen und Fertigkeiten werden vor allem im umweltbezogenen Handeln des Menschen offenbar, die Umwelt hat großen Einfluss darauf, inwieweit das Verhalten von Einschränkungen bestimmt ist oder nicht. Beeinträchtigung ist ein umfassendes, personales und soziales Geschehen.⁴⁴⁸

Insgesamt gibt es keine Belege für die Annahme, dass Menschen mit Beeinträchtigung generell anders altern als die Gesamtbevölkerung.⁴⁴⁹ Im Einzelfall bestehende Unterschiede sind einerseits auf beeinträchtigungsspezifische Einschränkungen zurückzuführen, andererseits haben Menschen mit Beeinträchtigung ihr Leben häufig unter Bedingungen zugebracht, die sich von den für die Gesamtbevölkerung charakteristischen Lebensbedingungen erheblich unterscheiden. Weiterhin ist zu beachten, dass insbesondere bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung gesundheitliche Probleme und Versorgungsbedarfe unterschätzt werden, da diese einerseits seltener präzise beschrieben und andererseits mit höherer Wahrscheinlichkeit als Folge natürlicher Alternsprozesse oder der Beeinträchtigung interpretiert werden – in beiden Fällen resultiert vielfach eine Unterversorgung, die ihrerseits Ursache für die fehlende Nutzung bestehender Entwicklungsmöglichkeiten ist.

Plastizität und Resilienz

Wissenschaftliche Studien über Altersbilder in verschiedenen Lebensbereichen zeigen, dass implizit häufig angenommen wird, ältere Menschen könnten sich körperlich und seelisch-

⁴⁴⁴ Deutscher Bundestag (2010).

⁴⁴⁵ Harwood, J., Williams, A. (1998).

⁴⁴⁶ Entsprechend wird in der Deklaration von Graz über Behinderung und Alter (Juni, 2006) betont, dass Konzepten gesunden und aktiven Alters größte Aufmerksamkeit zu schenken ist.

⁴⁴⁷ Dietrich, P. (2006).

⁴⁴⁸ Paeslack, V. (1998).

⁴⁴⁹ Ding-Greiner, Ch., Kruse, A. (2004).

geistig nicht oder kaum mehr entwickeln, sie seien zu größeren Veränderungen nicht mehr in der Lage. Das Älterwerden wird dabei oft mit einem Verlust an Lernfähigkeit, Offenheit und Neugierde gleichgesetzt. So hält sich etwa in der Konsumwirtschaft hartnäckig die Vorstellung, ältere Menschen seien per se markentreu und würden ihre einmal eingenommenen Konsumgewohnheiten beibehalten.⁴⁵⁰ In vielen Unternehmen sind die Personalverantwortlichen, aber auch viele ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen selbst der Meinung, dass sich eine berufliche Weiterbildung für sie nicht mehr lohne. Diesen Annahmen liegen unangemessene Altersbilder zugrunde. Die Altersforschung hat zahlreiche Belege dafür erbracht, dass sich Menschen bis ins höchste Lebensalter verändern und entwickeln können, und dies gilt auch für Menschen mit Beeinträchtigung, auch für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung. Diese Veränderungs- und Entwicklungsfähigkeit wird mit dem Begriff der „Plastizität des Alters“ beschrieben.⁴⁵¹

Der Begriff der Plastizität bezieht sich dabei auf die zu einem gegebenen Zeitpunkt nicht realisierten Entwicklungsmöglichkeiten. In der Interventionsforschung wird der Begriff in der Regel im Sinne der Modifizierbarkeit physischer, sensorischer und kognitiver Funktionen bezeichnet. Als ein Beleg für die Plastizität von Entwicklungsprozessen ist aber auch zu werten, wenn durch systematische Interventionen – auf der Ebene der Person wie auch auf der Ebene der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt – das Auftreten altersgebundener Verluste verhindert oder verzögert wird oder die Aufrechterhaltung kompetenten Verhaltens trotz altersbedingter Verluste ermöglicht wird.

Der Begriff der Resilienz – der die psychische Plastizität umschreibt – geht auf Längsschnittstudien zur Bedeutung unterschiedlicher Problemkonstellationen für die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter – zum Beispiel zu den Auswirkungen von „broken-home-Situationen“ – zurück und bezeichnet ursprünglich zwei Phänomene: (I) die Aufrechterhaltung „normaler“ Entwicklung trotz vorliegender Beeinträchtigungen und Risiken, (II) die Wiederherstellung „normaler“ Funktionsfähigkeit nach erlittenem Trauma. Wenn man sich mit dem Alter beschäftigt, dann zeigt sich Resilienz in stärkerem Maße auch im Umgang mit Einschränkungen und Verlusten, das heißt, in einem effektiven Verlustmanagement.⁴⁵² Resilienz bildet dem hier vertretenen Verständnis nach das Ergebnis von Person-

Umwelt-Konstellationen: Die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung normaler Anpassung und Funktionstüchtigkeit wird als Ergebnis des Zusammenwirkens von Risikofaktoren und protektiven Faktoren aufgefasst, die ihren Ursprung sowohl in der Person als auch in deren Umwelt haben können.

Gerontologische Untersuchungen liefern zahlreiche Hinweise sowohl auf „endogene“, d. h. ohne sichtbare externe Intervention vorfindbare, als auch auf „exogene“, im Sinne von durch Interventionsmaßnahmen unterstützte oder herbeigeführte Resilienzkonstellationen. Als Hinweis auf „endogene“ Resilienzkonstellationen sind etwa Befunde zu den Leistungen älterer Menschen im Beruf, zum alltäglichen Problemlösen sowie zum Umgang mit grundlegenden und existenziellen Fragen des Lebens anzusehen, die zeigen, dass Verluste im Bereich der kognitiven Mechanik durch die kognitive Pragmatik ausgeglichen oder kompensiert werden können. Hinweise auf exogene Resilienzkonstellationen ergeben sich etwa aus den vielfach nachgewiesenen Effekten von körperlichen und kognitiven Trainings oder auch kontrollerrhöhenden Interventionen durch Maßnahmen der Umweltgestaltung inklusive der Nutzung assistierender Technologie.

Während die Fähigkeit älterer Menschen, Neues zu lernen und sich erfolgreich an veränderte Aufgaben und Anforderungen anzupassen, schon allgemein unterschätzt wird, werden Hinweise auf die Plastizität bei Menschen mit Beeinträchtigungen – im kognitiven wie im sozioemotionalen und alltagspraktischen Bereich – infolge von Wissensdefiziten und unzutreffenden Stereotypen noch häufiger übersehen. Bildungs-, Interventions- und Rehabilitationsangebote finden sich nach wie vor zu selten, bestehende Angebote sind nach wie vor häufig nicht ausreichend fundiert. Mit Blick auf die Förderung von Resilienzkonstellationen gewinnen bei älteren Menschen mit Beeinträchtigungen die Gestaltung der räumlichen Umwelt und Maßnahmen zur Förderung von Inklusion und Teilhabe besonderes Gewicht.⁴⁵³

In Arbeiten zur Entstehung von Verhaltensabhängigkeit in stationären Einrichtungen wurde im Arbeitskreis von Margret Baltes⁴⁵⁴ nachgewiesen, dass diese häufig gerade nicht Folge irreversibler biologischer Veränderungen ist, sondern vielmehr auf Verhaltensskripta, die unselbstständiges Verhalten ignorieren und selbstständigkeitsorientiertes Verhalten systematisch verstärken, zurückgehen. Auf der Grundlage

⁴⁵⁰ Gröppel-Klein, A. (2010).

⁴⁵¹ Schmitt, E. (2012a).

⁴⁵² Staudinger, U., Greve, W. (2001).

⁴⁵³ Wacker, E., Wansing, G., Schäfers, M. (2005).

⁴⁵⁴ Baltes, M.M. (1996).

dieser Arbeiten wurde ein Trainingsprogramm entwickelt, das insbesondere auf die Vermittlungen von Kenntnissen im Bereich der Verhaltensmodifikation und die Veränderung von Altersstereotypen zielt und in zahlreichen stationären Einrichtungen mit Erfolg eingesetzt wurde. Kruse und Ding-Greiner haben aufbauend auf den im Arbeitskreis von Margret Baltes ermittelten Befunden ein Trainingsprogramm zur Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung entwickelt. Die in der Anwendung dieses Programms erzielten Erfolge machen deutlich, dass auch bei älteren Menschen mit geistiger Beeinträchtigung von einer lebenslangen Lern- und Bildungsfähigkeit auszugehen ist, Einbußen in der Selbstständigkeit zu einem guten Teil nicht nur vermeidbar, sondern auch korrigierbar sind.⁴⁵⁵

Förderung von Kompetenz, Teilhabe und Selbstbestimmung älterer Menschen mit Beeinträchtigungen

Die individuellen Möglichkeiten einer selbstständigen, selbst- und mitverantwortlichen Lebensführung sind mit fortschreitendem Alter immer mehr an die Möglichkeiten, zunehmende kognitive und körperliche Einschränkungen zu kompensieren, gebunden.

Hier kommt zunächst der räumlichen Umwelt, insbesondere der Wohnung und dem näheren Wohnumfeld besondere Bedeutung zu. Ältere Menschen verbringen im Vergleich zu jüngeren weit mehr Zeit in der Wohnung, Freizeitinteressen und Freizeitaktivitäten konzentrieren sich stärker auf den innerhäuslichen Bereich und das unmittelbare Wohnumfeld. Die Bedeutung der Wohnung liegt dabei nicht allein in ihrer Auswirkung auf die Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung; darüber hinaus ist „angemessenes Wohnen“ eine Voraussetzung für die Verwirklichung weiterer zentraler Bedürfnisse des Menschen. Genannt seien an dieser Stelle nur Möglichkeiten zur sozialen Partizipation und Aufrechterhaltung des Freundes- und Bekanntenkreises, Rückzugsmöglichkeiten und „Privatheit“ oder die Wahrung persönlicher Identität. Der Wohnung kommt damit im Alter erhebliche Bedeutung für die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität zu. Entsprechend wäre es falsch, Wohnung allein als räumliche oder gebaute Umwelt zu verstehen. Sie stellt darüber hinaus den zentralen Zugang zum sozialen und infrastrukturellen Umfeld dar.

Mit Blick auf die Möglichkeiten der Kompensation von Beeinträchtigungen kommt auch der Verfügbarkeit sozialer Assistenz große Bedeu-

tung zu. Eine (weitgehend) selbstständige, selbst- und mitverantwortliche Lebensführung verwirklicht sich nicht zuletzt auch auf der Grundlage der Fähigkeit, notwendige Unterstützungsleistungen durch andere zu akzeptieren. Gerade Menschen, die mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen leben, kompensieren bestehende Einschränkungen häufig mit Hilfe enger Bezugspersonen, die in ihrer Bedeutung für die Aufrechterhaltung einer persönlich zufriedenstellenden Lebensführung wie auch in ihrer Bedeutung für die Erhaltung der Selbstständigkeit nicht ohne Weiteres ersetzt werden können. Dies zum einen infolge einer starken emotionalen Verbundenheit, die zum Teil überhaupt erst die Akzeptanz von Unterstützungsleistungen ermöglicht, dies zum anderen infolge ihrer besonderen Vertrautheit mit den Bedürfnissen, Anliegen, Präferenzen und Unterstützungsbedarfen der Menschen mit Beeinträchtigung.

Gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung ist die Kontinuität der Beziehung zu den betreuenden Personen wichtig, da diese in der Regel einen Ersatz für die meist nicht mehr vorhandene Familie darstellen. Wechseln die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig, dann gelingt es oft nicht mehr, Vertrauen aufzubauen, die Bewohner und Bewohnerinnen ziehen sich zurück und resignieren, sie sind nicht mehr bereit, sich auf eine neue Beziehung einzulassen. Neben Einsamkeit und Isolation treten dann nicht selten auch körperliche und psychische Folgeerscheinungen auf. Erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berichten, dass Bewohnerinnen und Bewohner, wenn sie zu wenig Zuwendung erfahren, in ein psychotisches Verhalten abgleiten, das nur sehr schwer und mit großem Zeitaufwand wieder verändert werden kann.

Entscheidend für die Möglichkeiten der Kompensation von Beeinträchtigungen ist schließlich die Verfügbarkeit unterstützender Technik.⁴⁵⁶ Gerade der intelligente Einsatz von adaptiven Techniken, insbesondere von Informationstechnologien, bildet ein großes Potenzial zur bedürfnisgerechten Unterstützung, die damit ohne Einsatz zusätzlichen Personals kontinuierlich – wenn nötig, sogar rund um die Uhr – erfolgen könnte. Die enormen Fortschritte im Bereich der Sensortechnik und der Kommunikationstechnologie machen es heute prinzipiell möglich, relevante medizinische Daten wie auch Indikatoren der aktuellen Befindlichkeit und Bedürfnislage kontinuierlich zu beobachten und im Bedarfsfalle zu vermitteln. Dabei sind allerdings höchste ethische Standards einzuhalten, die sich vor allem um die umfassende Berücksichtigung

⁴⁵⁵ Kruse, A., Ding-Greiner, C. (2003).

⁴⁵⁶ Mollenkopf, H. et al. (2007).

subjektiver Kriterien eines persönlich guten Lebens zentrieren.⁴⁵⁷

Bedeutung von sozialräumlicher Umweltgestaltung

In der Behindertenhilfe wird großes Gewicht auf Teilhabe und Selbstbestimmung gelegt.⁴⁵⁸ Neben der Fähigkeit zum Treffen von Entscheidungen (im Sinne von Entscheidungskompetenz) und der Wahlfreiheit nehmen Möglichkeiten zur Teilhabe den breitesten Raum in der Diskussion neuer Konzepte ein. Dabei wird die Bedeutung des Wohnens für die Teilhabe unterstrichen: Das Betreute Wohnen und das Wohnen im Verbund sind zentrale Elemente des Wohnens in der Gemeinde, durch die zu vermehrter Teilhabe und Autonomie beigetragen wird. Zudem fördern viele stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe enge Beziehungen zwischen ihrer Einrichtung und der Gemeinde, um auf diese Weise Teilhabe zu verwirklichen und soziale Segregation abzubauen. Neben dem Wohnen wird der Gestaltung der sozialen Beziehungen große Bedeutung für die Teilhabe beigemessen. Dabei ist wichtig, dass sich die Beziehungen nicht allein auf Menschen mit Beeinträchtigung beschränken, sondern auch Menschen ohne Beeinträchtigung einschließen.

Aufgrund verringerter körperlicher Belastungsfähigkeit oder des Todes der Eltern ist die familiäre Betreuung älterer Menschen mit geistiger Beeinträchtigung vielfach nicht gesichert. Aus diesem Grunde müssen vermehrt alternative Formen des gemeinschaftlichen Wohnens geschaffen werden. Dabei ist in besonderem Maße auf die Erhaltung der sozialen Partizipation der Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zu achten. Diesen muss Gelegenheit gegeben werden, in einem vertrauten Umfeld mit vertrauten Menschen zu leben. Aus diesem Grunde ist im Falle eines auftretenden Hilfe- oder Pflegebedarfs das Verbleiben in der Behinderteneinrichtung dem Umzug in ein Altenpflegeheim vorzuziehen. Dabei bildet die Integration von Elementen der Behinderten- und Altenhilfe in den Pflegekonzepten eine wesentliche Voraussetzung.

Gerade im Falle erhöhter Verletzlichkeit des Menschen (in physischer wie auch in kognitiver Hinsicht) gewinnt die Sozialraumgestaltung ein immer größeres Gewicht für die Erhaltung von Teilhabe und Selbstbestimmung. Für eine umfassende Übernahme von Verantwortung in der Kommune steht beispielhaft das Leitbild der sorgenden Gemeinschaft (Caring Community).

⁴⁵⁷ Remmers, H., Hülsken-Giesler, M. (2007).

⁴⁵⁸ Wacker, E. et al. (2005).

Dieser Ansatz beruht auf der Idee, dass Care-Leistungen am besten und nachhaltigsten als Mischung von professionellen, familiären und zivilgesellschaftlichen Hilfen zu erbringen sind. Die Verantwortung für die bedürftigen Menschen innerhalb der Gesellschaft liegt in diesem Verständnis weder allein bei den – mit Pflegeaufgaben ohnehin weitgehend überforderten – Familien, noch bei übergeordneten staatlichen Institutionen, sondern vielmehr „in der Mitte der Gesellschaft“.⁴⁵⁹ Hier geht es letztlich um die Schaffung und Verstärkung tragfähiger intergenerationaler Netzwerke, in denen die Unterstützung anderer durch Gefühle von Solidarität und Gegenseitigkeit motiviert wird. Diese sorgenden Gemeinschaften verfügen über ein großes Potenzial zur Förderung von Teilhabe und Selbstbestimmung, da gerade sie den privaten Raum eines Menschen mit dem öffentlichen Raum verknüpfen und dem für die subjektive Lebensqualität zentralen Bedürfnis nach Zugehörigkeit entgegen kommen. Dies wird besonders deutlich am Beispiel „demenzfreundlicher Kommunen“, also regionaler Initiativen, die sich um eine Enttabuisierung des Themas Demenz, eine Sensibilisierung für Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Demenz und eine Verbesserung von im Quartier bestehenden Integrationsmöglichkeiten bemühen.

Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zur Kompetenz und Kompetenzförderung bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung deuten auf Plastizität und Veränderungskapazität auch im mittleren und hohen Erwachsenenalter hin.⁴⁶⁰ Gleichzeitig sind das Fehlen von Anregungen und Training im Alter sowie der Nichtgebrauch von körperlichen und kognitiven Kompetenzen mit einem hohen Risiko des rasch eintretenden Verlusts der im Lebenslauf entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten verbunden.⁴⁶¹ Auch im hohen Alter sind sensorische und kognitive Stimulation sowie das gezielte körperliche, kognitive und kommunikative Training für die Erhaltung der Kompetenz zentral, aus diesem Grunde wird es als notwendig erachtet, in Konzepte der Begleitung und Betreuung älterer Menschen mit geistiger Beeinträchtigung vermehrt Bildungs-, Interventions- und Rehabilitationsangebote zu integrieren.⁴⁶²

Dabei ist bedeutsam, dass gezielt an früheren Förderansätzen angeknüpft und zudem das Training spezifischer Fertigkeiten und Funktionen fortgesetzt wird, dass auch nach Ausscheiden aus der Werkstatt ein hohes Maß an Ta-

⁴⁵⁹ Klie, T. (2012).

⁴⁶⁰ Haveman, M., Stöppler, R. (2004).

⁴⁶¹ Hultsch, D.F. et al. (1999).

⁴⁶² Ding-Greiner, Ch., Kruse, A. (2010).

gestrukturierung und sinnerfüllter Aktivität gegeben ist, dass Möglichkeiten zu kreativer Tätigkeit, zu kognitivem und körperlichem Training gegeben sind und dass bei der Umweltgestaltung die Forderung nach Barrierefreiheit, nach optimalem Anregungsgehalt und nach individuell zugeschnittenen Hilfsmitteln berücksichtigt wird.⁴⁶³ Wichtig für Lebenszufriedenheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung im Alter ist die gezielte Vorbereitung auf das Ausscheiden aus der Werkstätte. Kontakte zur Werkstätte sollten auch nach Ausscheiden aus dem Beruf möglich sein, wenn der Wunsch danach besteht.

Verletzlichkeit im Alter

Für den Bereich der Behindertenhilfe gewinnt das Thema der Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen im hohen und sehr hohen Alter ein immer größeres Gewicht.⁴⁶⁴ Die Tatsache, dass auch Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen oder mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen eine deutlich zunehmende durchschnittliche Lebenserwartung zeigen, wirft die Frage auf, inwieweit Erkenntnisse aus dem Bereich der Palliativen Geriatrie für Einrichtungen der Behindertenhilfe fruchtbar gemacht werden können.⁴⁶⁵

Palliativpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe ist noch nicht die Regel. Einzelne Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und einer demenziellen Erkrankung können in der Wohngruppe mitbetreut werden, doch inzwischen steigt die Anzahl älterer schwer erkrankter oder demenziell erkrankter Menschen mit geistiger Beeinträchtigung deutlich an, sodass eigene Pflegeabteilungen gegründet werden. Eine Verlegung ist vielfach verbunden mit einem Verlust der vertrauten Umgebung und des vertrauten sozialen Umfelds. Es werden nicht immer die Konzepte der Behindertenhilfe – Entwicklung ist möglich und soll gefördert werden bis an das Lebensende – berücksichtigt, sodass eher eine Pflege im Hier und Jetzt ohne eine Zukunftsperspektive stattfindet. Dies kann bedeuten, dass noch vorhandene (gering ausgeprägte) Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht erkannt und zugelassen werden, sodass der Betroffene keine Möglichkeit zur Selbstbestimmung und Teilhabe findet. In der Beobachtung von Pflegesituationen bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und Demenz konnte dokumentiert werden, wie wichtig die Ausübung auch nur gering ausgeprägter Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Er-

haltung von Selbstbestimmung und Teilhabe ist.⁴⁶⁶

Demenzkranke Menschen sind auch in den letzten Lebenswochen und Lebenstagen erlebnisfähig und aufnahmefähig.⁴⁶⁷ Bei kontinuierlicher, konzentrierter und sensibler Zuwendung lässt sich beobachten, dass die meisten demenzkranken Menschen im zeitlichen Vorfeld des Sterbens auf die Stimme wie auch auf die vorsichtige Berührung reagieren, sodass eine – wenn auch nur sehr eingeschränkte – Kommunikation möglich ist, die ihrerseits auf die besondere Verantwortung der Mitmenschen für ein würdiges Leben im Sterben verweist.⁴⁶⁸ Es zeigt sich in *allen* Phasen der Demenz, also auch in der präfinalen und terminalen Phase, wie wichtig die kontinuierliche, konzentrierte und sensible Zuwendung für das Wohlbefinden und die Lebensqualität eines demenzkranken Menschen ist – ein Gesichtspunkt, der bei der Konzeption palliativpflegerischer Maßnahmen ausdrücklich berücksichtigt werden muss.

Verwendete Literatur

Baltes, M.M. (1996): The many faces of dependency in old age, New York: Cambridge University Press.

Carstensen, L.L., Lang, F.R. (2007): Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlagen und empirische Befunde. In: Brandtstädter, J., Lindenberger, U. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, Stuttgart, S. 389-412.

Cooper, S.A. (1998): Clinical study of the effects of age on the physical health of adults with mental retardation. In: American Journal on Mental Retardation, 102, S. 582-589.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft, Berlin.

Dietrich, P. (2006): Sozialpolitische Fragestellungen auf nationaler und europäischer Ebene – die nationale Ebene. Kongressbeitrag, Internationaler Workshop „Alt und behindert in Europa“.

Ding-Greiner, Ch., Kruse, A. (2004): Alternsprozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Kruse, A., Martin, M. (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie, Bern, S. 519-532.

Ding-Greiner, Ch., Kruse, A. (2010): Betreuung und Pflege geistig behinderter und psychisch kranker Menschen im Alter, Stuttgart.

⁴⁶³ Kruse, A. (2009).

⁴⁶⁴ Murray, S. A. et al. (2005).

⁴⁶⁵ Oster, P., Schneider, N., Pfisterer, M. (2010).

⁴⁶⁶ Ding-Greiner, Ch., Kruse, A. (2010).

⁴⁶⁷ Förstl, H. et al. (2010).

⁴⁶⁸ Kojer, M. (2007).

- Evenhuis, H. (2001): Healthy aging – adults with intellectual disabilities: Physical health issues. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14, S. 175-194.
- Förstl, H. et al. (2010): Sterben mit Demenz - Versorgungssituation und palliativmedizinischer Ausblick. *Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie*, 78, S. 203-212.
- Gröppel-Klein, A. (2010): Das Potenzial und das Verhalten älterer Konsumenten – Herausforderungen für das Marketing. In: Kruse, A. (Hrsg.): *Potenziale im Altern*, Heidelberg, S. 161-181.
- Harwood, J., Williams, A. (1998): Expectations for communication with positive and negative subtypes of older adults. In: *International Journal of Aging and Human Development*, 47, S. 11-33.
- Hasher, L., Zacks, R.T. (1988): Working memory, comprehension and aging: a review and a new view. In: Bower, G.H. (Hrsg.): *The psychology of learning and motivation* (193-225), San Diego.
- Haveman, M., Stöppler, R. (2004): *Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation*. Stuttgart.
- Hultsch, D.F., Hertzog, C., Small, B.J., Dixon, R.A. (1999): Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive aging? In: *Psychology and Aging*, 14, S. 245-263.
- Klie, T. (2012): Auf dem Weg zur Caring Community. In: Kruse, A. et al. (Hrsg.): *Gutes Leben im hohen Alter – Das Altern in seinen Möglichkeiten und Grenzen verstehen*, Heidelberg, S. 231-238.
- Kojer, M. (2007): Demenz und Palliative Care. In: Kränzle, S. et al. (Hrsg.): *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, Heidelberg, S. 278-287.
- Kruse, A. (2005): Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. In: *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, S. 223-237.
- Kruse, A. (2007): Präventions- und Trainingsansätze im höheren Alter. In: Brandtstädter, J., Lindenberger, U. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*, Stuttgart, S. 624-655.
- Kruse, A. (2009): Erscheinungsformen von Behinderung in einer alternden Gesellschaft: Zur Kompetenz von älteren Menschen mit geistiger Behinderung. In: von Maydell, B. et al. (Hrsg.): *Politik und Recht für Menschen mit Behinderungen*, Baden-Baden, S. 31-60.
- Kruse, A. (2012): Das Leben im Sterben gestalten – Eine kulturell-anthropologische und empirische Analyse des persönlichen und fachlichen Umgangs mit Endlichkeit. In: Kruse, A., et al. (Hrsg.): *Gutes Leben im hohen Alter – Das Altern in seinen Möglichkeiten und Grenzen verstehen*, Heidelberg, S. 249-274.
- Kruse, A., Ding-Greiner, C. (2003): Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbstständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, S. 463-474.
- Kruse, A., Schmitt, E. (2010): Potenziale im Alter – Person- und Gesellschaftskonzepte zum Verständnis eines selbstverantwortlichen und mitverantwortlichen Lebens im Alter. In: Kruse, A. (Hrsg.): *Potenziale im Altern*, Heidelberg, S. 14-32.
- Kruse, A., Schmitt, E. (2004): Differenzielle Psychologie des Alterns. In: Pawlik, K. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie – Angewandte Differenzielle Psychologie*, Göttingen, S. 533-571.
- Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) (1996): *Die Berliner Altersstudie*, Berlin.
- Mollenkopf, H., Oswald, F., Wahl, H.-W. (2007): Neue Person-Umwelt-Konstellationen im Alter. Befunde und Perspektiven zu Wohnen, außerhäuslicher Mobilität und Technik. In: Wahl, H.-W., Mollenkopf, H. (Hrsg.): *Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts*, Heidelberg, S. 200-218.
- Murray, S., A., Kendall, M., Boyd, K., Sheikh, A. (2005): Illness trajectories and palliative care. In: *British Medical Journal* 330, S. 1007-1011.
- Oster, P., Schneider, N., Pfisterer, M. (2010): Palliative Perspektive in der Geriatrie. In: Kruse, A. (Hrsg.): *Leben im Alter - Eigen- und Mitverantwortlichkeit in Gesellschaft, Kultur und Politik*, Heidelberg, S. 295-299.
- Paeslack, V. (1998): Rehabilitation älterer Menschen. In: Kruse, A. (Hrsg.), *Psychoziale Gerontologie, Band 2: Intervention*, Göttingen, S. 85-93.
- Remmers, H., Hülsken-Giesler, M. (2007): Zur Technisierung professioneller Pflege – Entwicklungsstand, Herausforderungen, ethische Schlussfolgerungen. In: Groß, D., Jakobs, E.-M. (Hrsg.): *E-Health und technisierte Medizin. Neue Herausforderungen im Gesundheitswesen*, Münster, S. 193-212.
- Rentsch, T. (2012): Ethik des Alterns: Perspektiven eines gelingenden Lebens. In: Kruse, A., et al. (Hrsg.): *Gutes Leben im hohen Alter – Das Altern in seinen Möglichkeiten und Grenzen verstehen*, Heidelberg, S. 63-74.
- Salthouse, T.A. (1996): The processing-speed theory of adult age differences in cognition. In: *Psychological Review*, 103, S. 403-428.
- Schmitt, E. (2012a): Altersbilder, Altern und Verletzlichkeit. In: Kruse, A., et al. (Hrsg.): *Gutes Leben im hohen Alter – Das Altern in seinen Möglichkeiten und Grenzen verstehen*, Heidelberg, S. 3-32.
- Schmitt, E. (2012b): Was trägt die Altersbildforschung zum gelingenden Alter bei? In: Kubik, A., Kumlehn, M. (Hrsg.): *Konstrukte gelingenden Alter(n)s*, Stuttgart, S.229-247.

Staudinger, U., Greve, W. (2001): Resilienz im Alter. Eine Expertise aus der Sicht der Lebensspannenpsychologie. In: DZA (Hrsg.): Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Bd. I: Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter, Opladen, S. 95-144.

Wacker, E., Wansing, G., Schäfers, M. (2005): Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität, Wiesbaden.

Wacker, W., Wahl, H.-W. (2007): Altersfreundliche und ressourcenförderliche Umwelten. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Alter neu denken, Gütersloh, S. 217-247.

Wilson, R. S. et al. (2002): Individual differences in rates of change in cognitive abilities of older persons. In: *Psychology and Aging*, 17, S. 179-193.

8 Psychische Beeinträchtigungen

8.1 Hintergrund

Aktuelle Gesundheitsstatistiken weisen auf eine stark steigende Zahl von Menschen hin, bei denen eine psychische Beeinträchtigung vorliegt.⁴⁶⁹ Auch wenn meist keine ausreichenden Informationen über die Dauer dieser Beeinträchtigungen vorliegen, könnten diese Daten Hinweis auf eine Zunahme längerfristig psychisch beeinträchtigter Menschen sein. Allerdings ist eine zunehmende Diagnosestellung und Diagnoseerfassung kein zweifelsfreier Beleg für die Annahme, dass psychische Beeinträchtigungen zugenommen haben.⁴⁷⁰ Dennoch ist es von hoher Relevanz, einen Blick auf die Teilhabemöglichkeiten dieser Teilgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen zu richten.

In diesem Schwerpunktkapitel werden zunächst einführend Statistiken zur Verbreitung psychischer Beeinträchtigungen vorgestellt. Anschließend wird beschrieben, in welchen Teilhabefeldern Exklusionsrisiken für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bestehen. Da auf Grundlage der bisher vorrangig verwendeten repräsentativen Befragungsdaten keine Analysen von Teilhabesituation nach der Art der Beeinträchtigung vorgenommen werden können, basieren die folgenden Betrachtungen auf empirischen Schwerpunktstudien, die sich speziell mit psychisch Beeinträchtigten befassen.

8.2 Daten zur Verbreitung psychischer Beeinträchtigungen

Die Schwerbehindertenstatistik weist für die Jahre 2005 bis 2011 einen leicht ansteigenden Anteil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an allen schwerbehinderten Menschen aus. In absoluten Zahlen ausgedrückt, wird jedoch die Relevanz dieser Beeinträchtigungsart deutlich: Im Jahr 2011 hatten rund 500.000 Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung eine psychische Beeinträchtigung. Gegenüber dem Jahr 2005 stellt dies eine Zunahme um 42 Prozent dar.

⁴⁶⁹ Unter dem Begriff der Menschen psychischen Beeinträchtigungen werden im Folgenden alle Formen von psychischen Störungen und Erkrankungen gefasst.

⁴⁷⁰ Bei der Zunahme von Diagnosestellungen psychischer Erkrankungen können auch andere Aspekte eine Rolle spielen: Dazu zählen etwa die gestiegene Aufmerksamkeit (Awareness) gegenüber psychischen Störungen, Dies kann in der Folge zu früheren Arztbesuchen führen und damit die Chancen erhöhen, früher diagnostiziert und entsprechend früherer therapiert zu werden. Als weitere Ursache ist die mit der erhöhten Awareness verbundene Destigmatisierung und höheren Akzeptanz psychischer Störungen zu benennen. Auch dies kann das Inanspruchnahmeverhalten verändern. Möglicherweise kommt es auch zu einer Verschiebung von Diagnosen: Während die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen in den letzten Jahren angestiegen sind, ist bei muskuloskelettalen Erkrankungen ein deutlicher Rückgang zu erkennen. Auch die Weiterentwicklung der Diagnosesysteme wie ICD-10 oder DSM-IV und das damit erweiterte und differenziertere Diagnosespektrum können zu einer Zunahme der Diagnosen führen.

Tabelle 8-1: Als schwerbehindert anerkannte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nach Art der Beeinträchtigung, 2005 bis 2011

Art der psychischen Beeinträchtigung	2005	2007	2009	2011	Differenz 2005 - 2011
körperlich nicht begründbare Psychosen (Schizophrenie, affektive Psychosen)	177.810	189.721	195.261	207.565	17%
Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	126.753	153.664	186.251	232.889	84%
Suchtkrankheiten	44.090	49.280	51.299	55.508	26%
Insgesamt	348.653	392.665	432.811	495.962	42%
Anteil an allen Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung	5%	6%	6%	7%	

Quelle: Schwerbehindertenstatistik des Statistischen Bundesamtes. Eigene Darstellung Prognos AG.

Zwischen 2000 und 2010 ist die Zahl der stationären Aufnahmen von Patientinnen und Patienten mit psychischen oder Verhaltensstörungen von 916.968 auf 1.163.613 angestiegen (+27 Prozent), wobei gleichzeitig die durchschnittliche Verweildauer zurückging; mehr „Behandlungsfälle“ sind also nicht mit einem entsprechenden Anstieg der Patientenzahl gleichzusetzen. Einen besonders steilen Anstieg der Aufnahmen gab es bei den unter 15-Jährigen (+49 Prozent) sowie bei den 45- bis 64-Jährigen (+39 Prozent).⁴⁷¹ Ähnliche Entwicklungen sind auch bei stationären Aufnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu beobachten.⁴⁷²

Nahezu verdoppelt hat sich zudem die Zahl der Menschen, die aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen eine Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten. Im Jahr 2010 entfielen 70.946 Neuzugänge auf diese Diagnosegruppe, 2000 waren es mit 39.037 nur halb so viele. Inzwischen stehen 39 Prozent aller Neuzugänge im Zusammenhang zu psychischen Beeinträchtigungen.⁴⁷³

Auch der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage, die auf psychische Beeinträchtigungen entfallen, ist innerhalb der letzten Jahre deutlich angestiegen. Hinsichtlich des aktuellen Ausmaßes zeigen die Angaben großer gesetzlicher Krankenkassen eine hohe Übereinstimmung: Die

⁴⁷¹ Krankenhausstatistik. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD10.

⁴⁷² Krankenhausstatistik. Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD10.

⁴⁷³ Statistik des Rentenzugangs, Deutsche Rentenversicherung Bund. Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung (Anzahl/je 100.000 aktiv Versicherte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Zugangsalter, Geschlecht, 1. Diagnose (ICD-10), Rentenversicherungszweig.

Barmer GEK⁴⁷⁴ beziffert den Anteil psychischer Beeinträchtigungen an allen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstagen aktuell auf 17,2 Prozent (2011), die DAK⁴⁷⁵ auf 13,4 Prozent (2011) sowie die BKK⁴⁷⁶ auf 12,8 Prozent (2010). Dabei ist die Krankheitsdauer bei einer Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Beeinträchtigungen überdurchschnittlich lang (DAK 30,5 Tage, BKK 38,0 Tage, Barmer GEK 42,9 Tage). Innerhalb der letzten 30 Jahre hat sich der Anteil psychischer Beeinträchtigungen am Krankenstand mehr als verdreifacht. Frauen sind stärker betroffen als Männer. Bei Arbeitslosen zeigt sich im Vergleich zu Beschäftigten eine weit höhere Zahl und Dauer der Erkrankungen. Zudem bestehen erhebliche regionale Abweichungen. Dabei weisen die westdeutschen Bundesländer einen höheren Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen auf (13,1 Prozent) als die ostdeutschen (10,9 Prozent).⁴⁷⁷

Zu den am weitesten verbreiteten psychischen Beeinträchtigungen zählen depressive Erkrankungen.⁴⁷⁸ Nach ersten Ergebnissen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS 2008-2011) des Robert Koch-Instituts haben aktuell zehn Prozent der 18- bis 79-jährigen Frauen sowie sechs Prozent der Männer eine depressive Erkrankung.⁴⁷⁹ Besonders häufig sind 18- bis 29-Jährige (10 Prozent) betroffen. Ein „Burn-out-Syndrom“ wurde bei insgesamt vier Prozent der Befragten diagnostiziert (Frauen 5 Prozent, Männer 3 Prozent). Hier sind es vor allem Menschen im gehobenen Erwerbsalter (50 bis 59 Jahre), die am häufigsten betroffen sind. Anders als bei anderen depressiven Erkrankungen steigt die Wahrscheinlichkeit einer „Burn-out“-Diagnose mit dem sozioökonomischen Status: Bei besser gebildeten und situierten Menschen wird die Diagnose mit sechs Prozent etwa doppelt so häufig gestellt wie bei Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status.⁴⁸⁰

In der KiGGS Basiserhebung wurden bei etwa 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten festgestellt. Dabei sind Jungen mit 18 Prozent deutlich stärker betroffen als Mädchen (12 Prozent).⁴⁸¹ Studien lassen zudem eine überdurchschnittlich hohe Verbreitung psychischer Beeinträchtigungen unter Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe erkennen, wobei unklar ist, ob die Beeinträchtigung Ursache oder Folge der stationären Unterbringung ist.⁴⁸²

Ein besonderes Risiko, im Laufe ihres Lebens selbst psychische Beeinträchtigungen zu entwickeln, tragen Kinder und Jugendliche, die bei Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen aufwachsen. Erhöht ist

⁴⁷⁴ Barmer GEK (2012).

⁴⁷⁵ DAK (2012): S. 26.

⁴⁷⁶ BKK Bundesverband (2012): S. 45.

⁴⁷⁷ BKK Bundesverband (2012): S. 114, 187.

⁴⁷⁸ Robert Koch-Institut (2011).

⁴⁷⁹ Vorliegen eines depressiven Syndroms in den letzten 14 Tagen.

⁴⁸⁰ Kurth, B. (2012).

⁴⁸¹ Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): S. 21-26. Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten wurden anhand des Fragebogens „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) ermittelt.

⁴⁸² Fegert, J., Besier, T. (2009).

nicht nur das Risiko, die gleiche Beeinträchtigung zu entwickeln wie die Eltern, sondern auch das allgemeine Risiko für psychische Beeinträchtigungen. „Metaanalysen konnten aufzeigen, dass etwa 61 Prozent der Kinder von Eltern mit einer schweren („major“) Depression im Verlaufe der Kindheit/Jugend eine psychische Störung⁴⁸³ entwickeln. Die Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter ist gegenüber der Normalbevölkerung um das Vierfache erhöht.“⁴⁸⁴ Schätzungen gehen von etwa zwei bis drei Millionen Kindern aus, bei denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist (etwa an Depressionen, Schizophrenie, Persönlichkeits- oder Zwangsstörungen). Bei etwa einer halben Millionen Kindern weist mindestens ein Elternteil eine schwere psychische Störung auf.⁴⁸⁵ Studien geben zudem Hinweise auf besondere Belastungssituationen von Familien, in denen mindestens ein Elternteil eine psychische Beeinträchtigung hat. Die elterliche Beeinträchtigung kann sich im gesamten Entwicklungsverlauf der Kinder negativ auf den Umgang der Eltern mit dem Kind, die Eltern-Kind-Interaktion und die Eltern-Kind-Beziehung auswirken. Zugleich lässt sich feststellen, dass diese Familien auch überdurchschnittlich häufig weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind. Dazu zählen zum Beispiel eine deprivierte Einkommens- und Wohnsituation, Arbeitslosigkeit oder ein niedriger Ausbildungsstand bzw. Berufsstatus der Eltern, der Verlust von wichtigen Bezugspersonen, insbesondere eines Elternteils sowie eine „zwei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch“.⁴⁸⁶

Im höheren Lebensalter nimmt die Häufigkeit alters-assoziierter Störungen zu. Eine der wichtigsten gerontopsychiatrischen Erkrankungen mit gravierenden und irreversiblen Auswirkungen auf die Möglichkeit, selbstständig zu leben, stellen Demenzerkrankungen dar. Aktuell sind etwa 1,45 Millionen Menschen in Deutschland an einer Demenz erkrankt. Das jährliche Neuerkrankungsrisiko (Inzidenz) nimmt mit steigendem Alter stark zu, von durchschnittlich 0,4 Prozent bei den 65- bis 69-Jährigen bis auf 10,1 Prozent unter den 90-Jährigen und Älteren.⁴⁸⁷ Täglich nimmt die Zahl um 100 demente Patienten zu.

Neben Alter, Geschlecht und Region scheint auch der Migrationshintergrund von Bedeutung zu sein: Untersuchungen deuten auf eine erhöhte Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen unter Menschen mit Migrationshintergrund hin. Eine Gruppe mit großen Risiken für die psychische Gesundheit sind insbesondere Menschen mit Flucht- und Vertreibungserfahrungen.⁴⁸⁸

483 Wortwahl wurde aus Datenquelle übernommen.

484 Mettejat, F., Remschmidt, H. (2008).

485 Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (2010).

486 Mettejat, F., Remschmidt, H. (2008).

487 Bickel, H. (2013) (im Erscheinen).

488 Robert Koch-Institut (2008). Siehe auch die Studie von Wittig, U. et al. (2008).

Artikel der UN-BRK mit besonderer Relevanz für das Thema psychische Beeinträchtigungen:

Artikel 12: (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.

(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. [...]

Artikel 14: 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 nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird [...]

8.3 Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Spiegel empirischer Studien

Die UN-BRK differenziert bewusst nicht zwischen verschiedenen Beeinträchtigungsarten. Ihre Gewährleistungen sind universell und umfassen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ebenso wie Menschen mit anderen Beeinträchtigungen, wenn ihre Beeinträchtigungen langfristig und von solcher Art sind, dass sie die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft verhindern können. Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind die gleiche Anerkennung vor dem Recht (Artikel 12) und die Freiheit und Sicherheit der Person (Artikel 14) von besonderer Bedeutung. Auch können Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit Exklusionsrisiken in Bezug auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, am Arbeitsleben und der Gesundheitsversorgung konfrontiert sein.

8.3.1 Risiken der Fremdbestimmung und Exklusion

Nach der UN-BRK sind Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen überall als Rechtssubjekte anzuerkennen (Artikel 12 Absatz 1) und sollen gleichberechtigt mit anderen Menschen Rechts- und Handlungsfähigkeit (Artikel 12 Absatz 2) sowie das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit (Artikel 14) genießen. Diese Gewährleistungen müssen auch bei der Ausgestaltung des Betreuungsrechts im Bürgerlichen Gesetzbuch und den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder beachtet werden. Die Gesetze dürfen keine Regelungen enthalten, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen diskriminieren. Die Genehmigung oder die Anordnung von Zwangsmaßnahmen, die einen erheblichen Eingriff in das Recht auf persönliche Freiheit bedeuten, müssen stets an strenge Voraussetzungen gebunden werden. So verpflichtet Artikel 12 Absatz 4 die Vertragsstaaten zu geeigneten Sicherungsmaßnahmen gegen Interessenkonflikte, Missbrauch und Missachtung sowie zur Gewährleistung von Verhältnismäßigkeit.⁴⁸⁹ Werden diese Gewährleistungen nicht eingehalten, bestehen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen potenziell Exklusionsrisiken.

Mit Blick auf die Teilhabemöglichkeiten an Politik und Öffentlichkeit ist darauf hinzuweisen, dass es im Bundeswahlgesetz zwei Konstellationen für den Ausschluss vom Wahlrecht gibt. Ein solcher gilt zum einen für Menschen, für die eine gesetzliche Betreuung in allen ihren Angelegenheiten angeordnet wurde und zum anderen für Menschen, die auf der Grundlage von § 63 des Strafgesetzbuchs (StGB) in Verbindung mit § 20 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht wurden.

⁴⁸⁹ BVerfGE vom 23. März 2011- 2 BvR 882/09 Rdnr. 53.

Exklusionsrisiken in Bezug auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können mit gesellschaftlichen Vorbehalten gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zusammenhängen. Besonders problematisch ist dabei, wenn erlebte Stigmatisierung oder Diskriminierung krankheitsbedingte Verhaltensweisen wie sozialen Rückzug, Misstrauen oder gesteigerte Empfindlichkeit weiter verstärken.⁴⁹⁰ Durch ein Leben, das sich bevorzugt in Tagesstätten, Kontaktstellen oder Wohneinrichtungen ohne ausreichende Außenkontakte abspielt, können die Teilhabechancen an anderen Aktivitäten zusätzlich eingeschränkt werden.⁴⁹¹

Ein Mangel an flexiblen und wohnortnahen Unterstützungsangeboten kann die Umsetzung der gewünschten Wohn- und Lebensform verhindern. Durch die vorhandene Beeinträchtigung, begrenzte finanzielle Mittel und gesellschaftliche Vorbehalte erleben Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zum Teil besondere Schwierigkeiten bei der Suche nach bezahlbarem Wohnraum. Das Leben bei Verwandten, in Heimen, betreuten Wohngemeinschaften und anderen spezifischen Wohnangeboten kann Tagesgestaltung, Privatsphäre und alltägliche Entscheidungsspielräume erheblich reduzieren.

Im Bereich von Gesundheits- und Unterstützungsangeboten kann eine mangelnde Zugänglichkeit dazu führen, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen diese Angebote nicht oder – wie zum Beispiel im Fall von Krankenhausaufenthalten – nur unter hoher Belastung wahrnehmen können.⁴⁹² Zugänglichkeit bzw. Barrierefreiheit steht in diesem Kontext vor allem im Zusammenhang mit der Frage geeigneter Kontakt- bzw. Kommunikationsstrategien sowie einer niedrigschwelligen Ausgestaltung von Hilfsangeboten. Sind die verfügbaren Behandlungs- und Rehabilitationsangebote nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zugeschnitten, kann dies dazu führen, dass sich Beeinträchtigungen verschlimmern und chronisch werden. Fragen der Zugänglichkeit stellen sich insbesondere bei der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund, die eine psychische Beeinträchtigung aufweisen. Der Zugang zu Unterstützung kann erschwert sein, wenn Kenntnisse über die Leistungen des Versorgungssystems fehlen, Sprachbarrieren bestehen oder Unterstützungsangebote nicht ausreichend auf kulturelle Besonderheiten eingestellt sind. Verständigungsprobleme – sowohl sprachlicher als auch kultureller Art – können so zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen führen.⁴⁹³

Erwerbstätigkeit findet bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zum Teil unter erschwerten Bedingungen statt: Neben den allgemeinen Belastungen des Arbeitslebens kommen bei ihnen „in der Eigenart psychischer Krankheiten und Störungen begründete Probleme und Risiken, wie Ängste vor sozialer Nähe oder Misserfolg, geringe Belastbarkeit und Stresstoleranz, erhöhte Vulnerabilität sowie

⁴⁹⁰vgl. von Kardorff, E. (2010).

⁴⁹¹Richter, D. (2010): S. 10, Eikelmann, B. (2005).

⁴⁹²Zur Problematik der Behandlung dementer Patientinnen und Patienten in allgemeinen Krankenhäusern siehe: Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) (2011).

⁴⁹³Machleidt, W. et al. (2007).

gesellschaftliche Barrieren wie Vorurteile und Stigmata hinzu.“⁴⁹⁴ Um erwerbstätig sein zu können, benötigen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen daher unter Umständen auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Arbeitsbedingungen und Unterstützungsangebote. Fehlen diese, haben sie schlimmstenfalls keine Möglichkeit, erwerbstätig zu sein oder sind auf Arbeitsplätze außerhalb des allgemeinen Arbeitsmarktes, vorrangig den Werkstätten für behinderte Menschen, angewiesen.⁴⁹⁵

Im Hinblick auf die materielle Lage kann ein krankheitsbedingter Verlust der Erwerbstätigkeit die finanziellen Spielräume von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen stark einschränken. Von einer besonders problematischen Situation ist auszugehen, wenn bei frühem Eintritt der Erkrankung schulische und berufliche Karrieren unterbrochen werden. Psychische Beeinträchtigungen können nicht nur materielle Deprivation zur Folge haben. Gleichzeitig gilt Armut auch als Auslöser für psychische Beeinträchtigungen.⁴⁹⁶

Exklusionsrisiken im Bereich Familie und soziale Netze bestehen, wenn es Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen schwerer gelingt, soziale Beziehungen aufzubauen oder aufrechtzuerhalten. Dabei können vor allem Familien, in denen entweder die Kinder oder die Eltern psychische Beeinträchtigungen haben, vor besonderen Belastungssituationen stehen. Psychische Beeinträchtigungen sind häufig „mit einer immensen Zunahme an alltäglichen Anforderungen, Konflikten und Spannungen sowohl innerhalb der Familie als auch im sozialen Umfeld verbunden“. Wie erwähnt, besteht für Kinder psychisch beeinträchtigter Eltern ein hohes Risiko, selbst psychische Beeinträchtigungen zu entwickeln. Aber auch für Eltern kann die psychische Beeinträchtigung ihrer Kinder eine hohe Belastung darstellen und wiederum psychische Beeinträchtigungen auslösen.⁴⁹⁷ Familien, in denen psychische Beeinträchtigungen vorliegen, sind damit häufig auf geeignete Unterstützung angewiesen.

8.3.2 Erkenntnisse aus Schwerpunktstudien

Während die medizinischen Aspekte zur Prävalenz, zu Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Beeinträchtigungen relativ gut beschrieben sind, gibt es bislang kaum empirische Daten zur Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen. Es liegen lediglich vereinzelte Schwerpunktstudien vor, die Teilaspekte der Lebenslage und Teilhabesituation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen beleuchten.

In Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben kommt die „Bestandaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“ zu dem Ergebnis, dass etwa die Hälfte der Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen im erwerbsfähigen Alter keiner Erwerbstätigkeit oder anderen Form von Beschäftigung nachgeht. Maximal jede bzw. jeder Zehnte

⁴⁹⁴Kardorff, E. , Ohlbrecht, H. (2006): S. 18.

⁴⁹⁵Kontaktgespräch Psychiatrie (2012): S. 19-21.

⁴⁹⁶Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2005): S. 141.

⁴⁹⁷Haas, R. (2012).

ist demnach auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig. Rund 20 Prozent sind in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig, 15 Prozent nutzen Hilfsangebote wie Tagesstätten. Etwa jede bzw. jeder Zwanzigste findet sich in beruflichem Training oder Rehabilitation.⁴⁹⁸ Selbst- und Fremdeinschätzung der Leistungsfähigkeit weichen bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen häufig stark voneinander ab.⁴⁹⁹ Neben der psychischen Beeinträchtigung selbst, der Verunsicherung und Demotivation manch Betroffener, sind unter anderem auch folgende Gründe für die fragile Einbindung ins Arbeitsleben mitverantwortlich:

- „Die Angst der Arbeitgeber vor Mitarbeiter/innen mit einer Häufung an Ausfalltagen.
- Die Angst der Kolleg/innen, ihre Arbeit nicht mehr ungestört verrichten zu können, da ihre psychisch kranke Kollegin (in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Frauen) ihrer Hilfe und Unterstützung bedarf, und sie befürchten die Arbeit psychisch kranker Mitarbeiter/innen mit übernehmen zu müssen,
- Die Angst der Betroffenen selbst, den Anforderungen eines Arbeitsplatzes nicht oder nicht mehr genügen zu können, vor allem wenn das Überforderungssyndrom Ausgangspunkt einer psychischen Erkrankung gewesen ist.“⁵⁰⁰

Anhand von Daten der Rentenversicherung zu Berentungen wegen einer Erwerbsminderung zeigt sich zudem, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit einem Durchschnittsalter von 50 Jahren wegen einer Erwerbsunfähigkeit etwa vier Jahre früher verrentet werden als Menschen mit somatischen Erkrankungen. Im Laufe ihres Erwerbslebens haben Männer mit psychischen Beeinträchtigungen etwa 33 Monate weniger sozialversicherungspflichtig gearbeitet. Auffällig sind auch Unterschiede im erzielten Bruttojahreseinkommen im Jahr vor der Berentung: Männer mit psychischen Beeinträchtigungen haben hier im Mittel (Median) mehr als 4.000 Euro pro Jahr weniger als Männer mit somatischen Beeinträchtigungen verdient. Dabei sind erhebliche Unterschiede zwischen den Arten psychischer Beeinträchtigungen erkennbar: Ein niedriges Einkommen erzielen vor allem Menschen mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis bzw. einer Alkoholabhängigkeit. Kaum Unterschiede zu Menschen mit somatischen Erkrankungen bestehen dagegen bei depressiven Störungen, Angst- und somatoformen Störungen sowie Belastungsreaktionen.⁵⁰¹ Mit dem frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben sind für frühverrentete Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht nur erhebliche finanzielle Einbußen verbunden. Mit der Erwerbsunfähigkeit fallen auch berufliche Kontakte, Kommunikations- und Anerkennungsmöglichkeiten weg.

⁴⁹⁸ Aktion Psychisch Kranke (2004): S.20.

⁴⁹⁹ Schaub, D. et al. (2012): S. 109-116.

⁵⁰⁰ Seyd, W. et al. (2008).

⁵⁰¹ Richter, D. et al. (2006): S. 706. Ausgewertet wurde eine zufällig ausgewählte und anonymisierte 20%-Stichprobe aller Berentungen wegen einer Erwerbsminderung aufgrund von Krankheit bzw. Behinderung der Gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2003. Der Stichprobenumfang betrug nach Ausschluss der Bezieherinnen und Bezieher von Teilrenten 33.646.

Hinsichtlich der Familien und sozialen Netze zeigt sich, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durchschnittlich kleinere soziale Netze haben und höhere Scheidungsraten aufweisen als Menschen ohne diese Form der Beeinträchtigung. Sie sind damit in besonderer Weise von sozialer Isolation bedroht.⁵⁰² Auch Auswertungen von Daten zu frühverrenteten Menschen geben Hinweise auf eine geringere partnerschaftliche Absicherung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Im Vergleich zu Menschen mit Beeinträchtigungen sind sowohl Frauen (46 Prozent vs. 36 Prozent) als auch Männer (54 Prozent vs. 33 Prozent), die eine psychische Beeinträchtigung aufweisen, deutlich häufiger unverheiratet. Besonders hoch ist der Anteil der Unverheirateten bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie.⁵⁰³

⁵⁰²Kardorff, E. (2010): S. 5.

⁵⁰³Richter, D. et al. (2006): S. 706.

Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats: Psychische Beeinträchtigungen

Nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX § 2) gelten Menschen, deren „geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen“ und die daher an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt werden, ebenso als behindert wie Menschen mit körperlichen Funktionsstörungen. Dies trifft auf viele psychische Erkrankungen zu. In diesem Abschnitt wird – wie im gesamten Bericht – der Begriff Beeinträchtigung verwendet, wobei die psychische Beeinträchtigung also sämtliche geistigen (Entwicklungsstörungen, Lernbehinderung, ...), seelischen (Psychosen, Neurosen, Verhaltensstörungen, Suchtkrankheiten, ...) und psychischen Folgen zerebraler und körperlicher Erkrankungen nach der Behinderterstatistik umfasst, die der Definition des SGB IX und BGG genügen. Gerade für psychische Beeinträchtigungen gilt, dass sie im Kontext ungünstiger Lebensbedingungen zur Behinderung werden. Also erscheint es vernünftig, in diesem Bericht auf psychische Beeinträchtigung besonders einzugehen und damit die hergebrachten Vorstellungen von körperlicher und geistiger Behinderung zu erweitern. Ein Blick auf die große und möglicherweise weiter wachsende Zahl der Betroffenen macht diese Schwerpunktsetzung unbedingt notwendig.

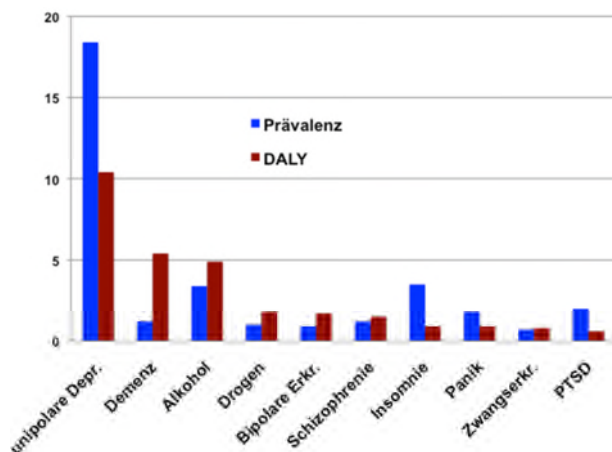
„Psychische Beeinträchtigung“: Daten, Diagnosen, Trends

Daten. Im Berichtsteil werden die eindrucksvolle Zunahme der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung dargestellt (Abbildung 8-1), die häufigeren stationären Behandlungen vor allem junger und alter Menschen, die wachsende Zahl der Frühberentungen und die vermehrten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit (AU). Die führenden Ursachen der AU waren dabei nach den Hauptdiagnosen der Gesetzlichen Krankenversicherung Alkohol (> 300.000 „Fälle“), vor depressiven Störungen (ca. 200.000), Persönlichkeitsstörungen und anderen. Volkswirtschaftliche Hochrechnungen für das Jahr 2011 können die Größe des Problems verdeutlichen. Der Verlust durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod entspricht insgesamt etwa 750.000 Jahren, davon entfallen auf Arbeitsunfähigkeit 200.000, auf Invalidität über 500.000 und auf die verkürzte Lebensdauer über 40.000 Jahre. Europaweit waren im Jahr 2005 27,4 %, im Jahr 2011 38,2 % der

Bevölkerung psychisch erkrankt (auch mit einer Dauer von weniger als 6 Monaten), wobei sich die Zunahme aus der Einbeziehung zusätzlicher relevanter Erkrankungen in diese sorgfältige Untersuchung erklärt, die vor allem das Kindes-, Jugend- sowie das fortgeschrittene Alter betreffen.

Bezüglich der durch Krankheit und vorzeitigen Tod verloren gegangener Lebensjahre (Disability Adjusted Life Years, DALYs) führen europaweit affektive Störungen vor Demenz, gefolgt von Alkoholerkrankungen und anderen.⁵⁰⁴

Abbildung 8-1: Belastung durch psychische Beeinträchtigung hinsichtlich Häufigkeit (12-Monats-Prävalenz, in %) und verloren gegangener Lebensjahre durch Krankheit oder vorzeitigen Tod (DALYs, Disability Adjusted Life Years, Angabe pro 10.000 Personen über 14 Jahren; PTSD = Posttraumatische Stresserkrankung)



Quelle: Wittchen et al. (2011).

Diagnosen. Psychische Beeinträchtigungen können eine eindeutige äußere Ursache haben, wie z. B. eine schwere Gehirnverletzung (Schädel-Hirn-Trauma). Sie können durch Veränderungen des Gehirns selbst entstehen wie z. B. die Alzheimer Krankheit, die spät im jahrzehntelangen biologischen Verlauf zu einem Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit führen kann (Demenz). Manche Erkrankungen haben einen eindeutigen und schwerwiegenden psychogenen Auslöser wie die Posttraumatische Stresserkrankung (PTSD). Bei vielen anderen psychischen Beeinträchtigungen ohne

⁵⁰⁴ Wittchen et al. (2011).

schwerwiegenden organischen Befund setzt eine Entwicklung ein, in deren Verlauf Wechselwirkungen zwischen Person und Umfeld zur Eskalation von Problemen führen. Ist die psychische Beeinträchtigung eindeutig durch äußere, physikalische Ursachen verursacht, so erübrigt sich häufig eine grundsätzliche Diskussion über Krankheitskonzepte. Anders aber bei biologischen Prozessen oder psychischen Belastungen, deren Verarbeitung individuell stärker variieren kann, deren Verlauf in erster Linie durch das Zusammenwirken von Person und Umfeld geprägt wird und die sich dabei einer unmittelbaren Verstehbarkeit entziehen. Bei genauer Betrachtung lassen sich fast immer individuelle psychologische, soziale und biologische Faktoren erkennen, die zum Nutzen der Betroffenen bearbeitet werden können.

Die Diagnostik psychischer Beeinträchtigungen stellt immer einen Kompromiss zwischen Individualität und Verallgemeinerung dar. Diagnosen haben für die Betroffenen meist eine hohe Bedeutung, die einerseits Sicherheit vermitteln, andererseits als Belastung wirken kann. Sie bilden eine Verständigungsgrundlage und liefern Hinweise für das Vorgehen in Prävention, Therapie und Integration.

Der Wandel von Diagnosesystemen (z. B. der Internationalen Krankheitsklassifikation, ICD, und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) wird durch wissenschaftliche Fortschritte und gesellschaftliche Einstellungen bedingt. Die Fortentwicklung macht deutlich, dass es sich bei Diagnosen nicht um unverbrüchliche Wahrheiten handelt, sondern um pragmatische, an den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Erkenntnis und der Unterstützung orientierte, zeitgebundene Lösungen.

„Präklinische“ Diagnosen werden künftig eine besondere Herausforderung darstellen, da sie eine Belastung eigener Art für bislang unbelastete Menschen bedeuten. Durch bestimmte Risiko- und Symptomprofile (z. B. Prodromalsyndrome) und jetzt erstmals objektifizierbare biologische Befunde (z. B. Alzheimer Krankheit im Sinne der charakteristischen Hirnveränderungen) lassen sich lang vor einer etwaigen Manifestation irgendwelcher Beschwerden subjektiv unbeeinträchtigte Menschen als potenzielle Patienten identifizieren. Besonders problematisch ist dies, solange die individuelle Prognostik noch unsicher ist und manche kausalen Interventionsmöglichkeiten auf sich warten lassen.

Trends. Psychiatrische Diagnosen können als Verleumdung, aber auch als Verheißung

wahrgenommen werden. Neue Einsichten in Geist und Gehirn wirken zurück auf das menschliche Selbstverständnis in Gesundheit und Krankheit. Über Jahrhunderte wandelte sich das Spektrum psychischer Störungen und ebenso wandelten sich die Einschätzungen von Patientinnen und Patienten und professionellen Helferinnen und Helfern, die sich mitunter auf überzeugende Erklärungen und Erkrankungen einigten und dann wieder in Dissens gerieten. Bestimmte Ideen zu Ursachen, Natur und Heilung psychischer Probleme kehren in leicht abgewandelter Form immer wieder.

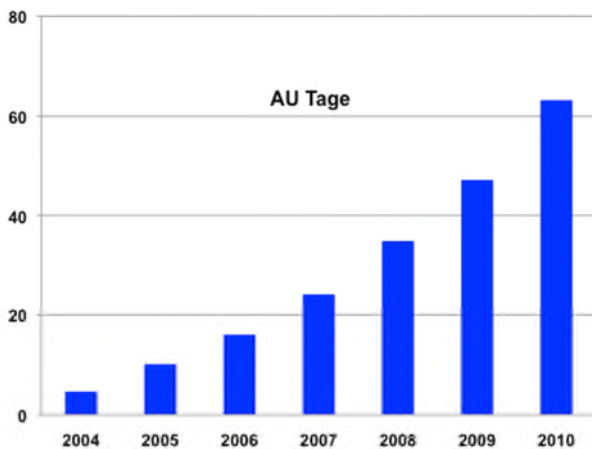
Insgesamt ist eine Tendenz zur psychiatrischen Medikalisation der modernen Welt zu verzeichnen. Dies wäre nicht von vornherein zu verurteilen, falls sich damit neue Lösungsansätze zum Vorteil der Betroffenen eröffnen. Aus Menschenscheu wurde soziale Phobie; die nicht-stoffgebundenen Süchte wurden auf Glücksspiel und starke Promiskuität erweitert; aus nervöser Anspannung wurde die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung des Erwachsenenalters; Fibromyalgie ist nicht mehr nur eine rheumatische Erkrankung; Vergesslichkeit im vorgerückten Alter wurde zur leichten kognitiven Störung, der „normale Greisenblödsinn“ des 19. Jahrhunderts wurde zur Demenz.

In den letzten Jahren erwies sich „Burn-out“ anstelle von chronischer Überforderung als ein besonders attraktives Konzept, das klare klinische Konturen vermissen lässt.⁵⁰⁵ Es handelt sich um eines der wenigen Phänomene, bei denen es sich entsprechend der Erstbeschreibung nicht um eine psychische Störung oder Beeinträchtigung, wohl aber um eine psychische Behinderung handeln könnte, deren Ursache nahezu ausschließlich im Arbeitsprozess verortet wird.⁵⁰⁶ Die Behandlungsansätze sind polypragmatisch. Abbildung 8-2 zeigt Daten zur rapiden Zunahme der Diagnose „Burn-out“ in den letzten Jahren. Andere, eher idiosynkratische Konstrukte harren noch ihrer breiten Anerkennung und Kodifizierung. Einige dieser Krankheitskonzepte teilen folgende Eigenschaften: Sie sind plausibel, interessant, sie sind schwer auszuschließen oder gar zu widerlegen, und sie werden durch engagierte Interessengruppen von Betroffenen und Spezialisten sowie in den Medien propagiert. Außerdem zeigen die vermuteten Erkrankungen eine weitgehende Resistenz gegenüber orthodoxen Therapien.

⁵⁰⁵ Korczak (2012).

⁵⁰⁶ Hillert (2012).

Abbildung 8-2: Zunahme der „burn-out“ Diagnose als Ursache der Arbeitsunfähigkeitstage (AU) seit 2004 (nach Angaben der BKK; Arbeitsunfähigkeitstage je 1000 Mitglieder ohne Berücksichtigung der Rentner⁵⁰⁷)



Quelle: Statistik der BKK.

„Burn-out“ hat den Vorteil einer Bezeichnung, die deskriptiv, exkulpierend, ehrenvoll und dabei unwiderlegbar erscheint. Das gilt für viele andere psychiatrische Benennungen keineswegs. Bestimmte Formen moderner Erkrankungen und die dahinter stehenden Personengruppen grenzen sich aktiv gegen andere Formen psychischer Beeinträchtigungen und stärker Beeinträchtigter ab und diese Differenzierung führt zu einer Verdichtung besonderer Probleme in separaten Einrichtungen. Die schwerer Beeinträchtigten werden dadurch zusätzlich stigmatisiert und benachteiligt.

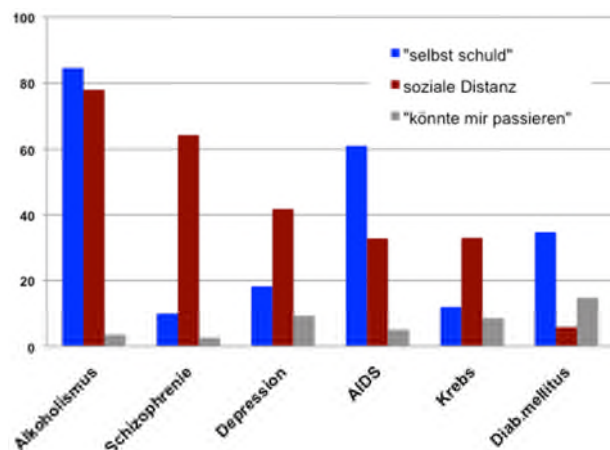
„Psychische Behinderung“

Stigma. Die psychische Beeinträchtigung trifft im Gegensatz zu einer körperlichen Beeinträchtigung direkt den Kern eines Menschen. In der modernen Gesellschaft wird Leistung vorwiegend über eine zuverlässige geistige Leistungsfähigkeit beurteilt und dies entspricht auch den Erwartungen vieler Menschen an sich selbst. Per Definition genügen Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung diesen Ansprüchen nicht immer in vollem Umfang.

Die Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, bei welchen Erkrankungen am ehesten Geld einzusparen sei, ergab folgende Einstellungen: Alkoholismus > Depres-

sion > Schizophrenie > Rheumatismus > Diabetes mellitus > Alzheimer > AIDS > Herzinfarkt > Krebs.⁵⁰⁸ Abbildung 8-3 zeigt typische Haltungen der Bevölkerung hinsichtlich der Einschätzung von Selbstverschulden und erwünschter sozialer Distanz. Die persönliche Verantwortung für das Entstehen der Erkrankung wurde bei Alkoholismus, AIDS und Diabetes mellitus am höchsten eingeschätzt. Die erwünschte soziale Distanz nahm von Alkoholismus über Schizophrenie, Depression, AIDS und Krebs zu Diabetes mellitus ab. Ein nahezu komplementäres Bild ergab sich bei der Frage nach dem eigenen Risiko („das könnte mir passieren“).⁵⁰⁹

Abbildung 8-3: Antworten einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe auf die Fragen nach persönlicher Schuld an einer Erkrankung, erwünschter sozialer Distanz und dem Risiko selbst zu erkranken (Angaben in %)



Quelle: Schomerus et al. (2006b).

Selbststigmatisierung bedingt eine zusätzliche Beeinträchtigung; verbreitete Stereotypen über psychische Erkrankungen werden von den Betroffenen selbst akzeptiert, internalisiert und sie reduzieren die Selbstachtung.

Kampagnen haben in den letzten Jahren eine weitere Verbreitung von Wissen gerade über biologische Grundlagen psychischer Erkrankungen bewirkt, ohne dass dies zu einer tatsächlichen Entstigmatisierung geführt hat, sondern im Gegenteil zu einer eher stärkeren Ablehnung psychischer Beeinträchtigung.⁵¹⁰ Auch der Versuch nach dem Rückbau psychiatrischer Großkrankenhäuser, Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäuser einzugliedern und nach der Devise „ambulant statt stationär“

⁵⁰⁷ Nach Fertigstellung des Beitrags wurden Daten weiterer Krankenkassen veröffentlicht, die eine noch deutlichere Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszahlen seit 2004 dokumentieren.

⁵⁰⁸ Schomerus et al. (2006a).

⁵⁰⁹ Schomerus et al. (2006b).

⁵¹⁰ Angermeyer et al. (2011).

zur Verfahren, hat nicht zu einer grundsätzlichen Annäherung geführt.

Medien leisten wichtige Beiträge zum Versuch der Entstigmatisierung und vor allem zur Stigmatisierung psychischer Beeinträchtigungen. Ziffer zwölf im Pressekodex des Deutschen Presserates besagt „niemand darf wegen ... einer Behinderung ... diskriminiert werden“. Dieser Auftrag wird von Hörfunk und niveauvollen Printmedien ganz anders wahrgenommen als von der Boulevardpresse und Fernsehen. Die Spannung zeittypischer Fernsehspiele wird vielfach durch eine Verzerrung psychischer Beeinträchtigungen erzeugt und dieser inszenierte Horror bleibt nicht ohne Wirkung auf die öffentliche Wahrnehmung der Betroffenen. In Polit-Talks, Nachrichtensendungen und humorigen Darbietungen werden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen täglich en passant diffamiert („ich bin doch nicht schizophren“, „besser tot als dement“, „Neues aus der Anstalt“, ...).

Marginalisierung. Die Diskriminierung psychisch Beeinträchtigter erfolgt nicht nur durch die Bevölkerung und in der Medizin, sondern – unter Verweis auf die Legislative – auch in der aktuellen Rechtsprechung. Der Bundesgerichtshof (BGH) befand beispielsweise in einem Urteil vom 20. Juni 2012, es fehle derzeit an einer „den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung“.⁵¹¹ In der Presse wurde die Entscheidung als Stärkung der Patientenrechte gelobt. Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener rief darauf hin zur Anzeige von Psychiatern auf. In der Praxis bedeutet dies jedoch die menschenunwürdige Unterlassung einer notwendigen Behandlung zu Lasten psychisch Beeinträchtigter, ihrer Familien und sonstiger Beteiligter. Menschen, die sich und andere gefährden, müssen nun laut BGH isoliert und fixiert werden. Dadurch wird die Grenze zwischen stationärer psychiatrischer Behandlung und Inhaftierung verwischt.⁵¹²

Therapieentscheidungen in Grenzsituationen, die transparent und kontrolliert erfolgen müssen, werden zum Nachteil aller Beteiligten in den Schatten gedrängt, und dies betrifft Patientinnen und Patienten mit einer schweren affektiven Erkrankung, mit der quälenden

Manifestation einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, oder den akuten Verwirrheitszustand eines alten Menschen, der 24 Stunden vorher noch imstande war, seine Angelegenheiten zuverlässig selbst zu regeln und mit angemessener Behandlung auch binnen kürzester Zeit wieder dazu fähig wäre. Gleichzeitig werden weiterhin großflächig viele vorwiegend ältere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aufgrund einer Alzheimer- und anderer Alters-assoziiertes Erkrankungen ohne irgendeine geeignete Kontrolle chronisch mit Sedativa und Neuroleptika ruhig gestellt.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN; www.dgppn.de) hat in den letzten Jahren immer wieder auf die Probleme in der medizinischen Versorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen hingewiesen. Beispielsweise sind Migrantinnen und Migranten signifikant häufiger von psychischen Beeinträchtigungen betroffen (v.a. von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektiven und somatoformen Störungen) und werden stärker durch ungünstige Lebensbedingungen behindert. Dafür sind zum einen Trauma-Erfahrungen, Entwurzelung, die Minderheiten-Situation mit nachteiligen konkreten Lebensbedingungen, zum anderen ungünstigere materielle Voraussetzungen und Kommunikationsprobleme verantwortlich. Die Folge sind weniger Facharztkontakte, Psychotherapie und Rehabilitation und dafür mehr Aufnahmen in Notfallambulanzen sowie Frühberentungen aufgrund psychischer Probleme. Andere Minderheiten ohne Lobby sind Häftlinge und Wohnsitzlose, die zum überwiegenden Teil mit schweren psychischen Beeinträchtigungen leben und deren prekäre Lebenslagen die Extremformen sozialer Behinderung in und am Rande unserer Gesellschaft paradigmatisch darstellen: Inhaftierung oder Flucht aus sozialen Bezugssystemen jeweils ohne faire Chancen auf Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Reintegration.

Strukturprobleme. Generell fällt es Versorgungssystemen schwer, sich auf die Bedürfnisse von Minderheiten einzustellen. Hat ein Mensch mehr als eine Erkrankung, gehört er bereits einer Minderheit mit besonderem Versorgungsbedarf an. Die resultierenden Ansprüche und Risiken zeigen sich etwa bei der internistischen und vor allem chirurgischen Behandlung psychisch Beeinträchtigter im Allgemeinkrankenhaus. Die Notwendigkeit der Intervention wird vorab häufig hinterfragt, Aufnahme und Eingriff werden nicht selten verschleppt. Die erforderlichen besonderen Unterstützungsmassnahmen werden in einem

⁵¹¹ Zwischenzeitlich hat das Bundeskabinett einen einschlägigen Gesetzentwurf des Justizministeriums behandelt, aufgrund dessen eine Behandlung unter bestimmten Bedingungen wieder ermöglicht werden soll.

⁵¹² Müller et al. (2012).

Effizienz-orientierten System nur Einzelfall-orientiert und mit Mühen improvisiert. Hier muss die Bundesrepublik als Land mit erheblichem Entwicklungsbedarf gelten. Ein einzelner verwirrter alter Mensch mit internistischem und chirurgischem Überwachungsbedarf kann die geregelten Abläufe mehrerer medizinischer Abteilungen aushebeln. Bisher existieren weder Auflagen, noch Anreizsysteme, um diese absehbaren und absehbar zunehmenden Krisensituationen erfolgreich zu bewältigen. Vereinzelt Modellprojekte demonstrieren, dass vorbeugende Maßnahmen möglich und wirksam sind.

Exkurs: Demenz

Demenz ist ein Verlust geistiger Fähigkeiten von solchem Ausmaß, dass Betroffene ihren Alltag nicht mehr wie gewohnt bewältigen können, sondern auf Unterstützung angewiesen sind. Aktuell leben etwa 1,5 Millionen Menschen in der BRD mit einer Demenz. In der westlichen Welt wird etwa ein Drittel der Menschen dement.

Hunderte von somatischen und zerebralen Erkrankungen können eine Demenz verursachen. Hauptursache im höheren Alter ist jedoch die Alzheimer Krankheit des Gehirns mit der Ablagerung von Amyloid-Plaques zwischen und tau-Neurofibrillen in den Nervenzellen bei fast 100 % der dementen Patientinnen und Patienten. Mehr als 80 % von ihnen haben gleichzeitig Durchblutungsstörungen und andere Hirnveränderungen, welche die geistigen Reserven reduzieren.⁵¹³

Viele potenzielle Demenzursachen sind ursächlich zu behandeln, sodass sich die Entwicklung einer Demenz frühzeitig abwenden lässt. Hauptrisikofaktor für die Demenz ist aber meist das Alter. Aufgrund der höheren Lebenserwartung sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Geht man von unveränderten Rahmenbedingungen aus, so ist damit zu rechnen, dass die Zahl dementer Patientinnen und Patienten in den nächsten Jahrzehnten durch die ansteigende Lebenserwartung stark zunehmen wird und dass damit die Relation von Personen in arbeitsfähigem Alter zur Zahl dementer Personen deutlich zurückgeht. Die wichtigsten behandelbaren Risikofaktoren Alters-assoziiierter Demenzen sind depressive Erkrankungen, Bewegungsmangel, Fettleibigkeit, Rauchen, Bluthochdruck und Diabetes

⁵¹³ Förstl (2011).

mellitus. Eine frühzeitige Behandlung der Risiken kann die Entwicklung von Demenz, Schlaganfall und Pflegebedürftigkeit deutlich verzögern.⁵¹⁴

Durch die gesteigerte Aufmerksamkeit stellen sich heute vermehrt Personen in fraglichen Vor- und Frühstadien einer Demenz vor, während die Verdachtsdiagnose in früheren Jahren eher später gestellt wurde und erst durch die Autopsie zu bestätigen war. Erste Alzheimer Veränderungen des Gehirns sind neuropathologisch bereits in jungen Jahren nachzuweisen. Die Erkrankung entwickelt sich also über viele Jahrzehnte, ehe die ersten Symptome auftreten. Künftig wird es leichter möglich sein, verdächtige Alzheimer-Ablagerungen Jahre vor der Krankheit darzustellen.

Medikamentöse Unterstützungsmaßnahmen mit moderater Wirkung stehen zur Förderung der geistigen Leistungsfähigkeit dementer Patientinnen und Patienten zur Verfügung, werden aber weiterhin wenig eingesetzt. Eine Reihe von interessanten Ansatzpunkten zur Ursachenbehandlung der Alzheimer Krankheit wird derzeit untersucht.

Möglicherweise eignen sich einige Strategien, um bereits in wenigen Jahrzehnten erfolgreich bei gesunden Personen zur Prävention neurodegenerativer Hirnveränderungen eingesetzt zu werden.

Spielraum für Verbesserungen in der häuslichen, ambulanten und stationären Versorgung besteht in vieler Hinsicht.⁵¹⁵ Die Pflege dementer Patientinnen und Patienten wird heute noch zumeist durch die Familien geleistet. Die zunehmende Singularisierung wird dazu führen, dass künftig nur noch ein geringerer Prozentsatz älterer Patientinnen und Patienten mit einer Demenz von der eigenen Familie versorgt werden kann. Die wachsende Bedeutung des Themas und die Einsicht, dass jeder von einer Demenz betroffen sein kann, müssen in absehbarer Zeit zu einer vermehrten Solidarisierung und der Organisation gegenseitiger Unterstützung innerhalb der alternden Bevölkerung führen, da weder die Familien, noch professionelle Pflegekräfte, noch gar ehrenamtliche Helferinnen und Helfer in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen werden, um größere Versorgungsaufgaben zu übernehmen.

⁵¹⁴ Bickel (2012).

⁵¹⁵ Förstl (2010).

Das weitgehend durchökonomisierte Gesundheitssystem droht auch im Bereich der psychischen Beeinträchtigung eine Triage voranzutreiben zwischen wirtschaftlich rentablen Privatpatientinnen und -patienten mit weniger schweren Störungen, in Angeboten mit selektiver Aufnahmepolitik und einer Konzentration schwerer psychisch Beeinträchtigter in ambulanten und stationären Akut- und Übergangseinrichtungen.⁵¹⁶ Fragmentierte Finanzierung und aufgezwungene Bürokratie lassen wenig Spielraum zur Gestaltung einer Personen- und Bedarfsorientierten Versorgung.

Integration

Sozial. Teilhabe beginnt mit dem Informationsangebot an die Betroffenen über jene Aspekte der Beeinträchtigung, die nicht unmittelbar subjektiv erlebt werden, sondern etwa den medizinischen Kenntnisstand über die Hintergründe einer Erkrankung oder die sozialpädagogischen Unterstützungsmöglichkeiten und vieles andere betreffen. In der Praxis kann es sich dabei um ein kurzes Vieraugengespräch oder um einen dialogischen Informationsaustausch in Seminarform und unter Einbeziehung der Angehörigen handeln. Der merkwürdige Terminus „Psychoedukation“ hat sich international für die Aufklärung über die medizinischen und psychosozialen Aspekte einer Beeinträchtigung durchgesetzt und als Instrument zur Emanzipation der Betroffenen, zur besseren Bewältigung und auch zur Vorbeugung künftiger Krankheitsphasen bewährt.⁵¹⁷ Dabei muss auch ein Desinteresse des Betroffenen respektiert werden, zumal eine Akzeptanz des tradierten „paternalistischen“ Behandlungsstils einem günstigen Verlauf nicht unbedingt im Weg steht.⁵¹⁸ Zumeist lassen sich die Informationsbedürfnisse von Betroffenen, Angehörigen und den beteiligten Berufsgruppen zusammenführen und der Weg führt eindeutig in Richtung von mehr Aufklärung und Emanzipation. In der Rehabilitation bei schweren psychischen Beeinträchtigungen haben sich Psychoedukation – möglichst unter Einbeziehung der Angehörigen - und das Training sozialer Fertigkeiten, fraglich auch Bewegungs- und Sportprogramme, am besten bewährt.⁵¹⁹ Die Bedeutung der „Fall“-bezogenen, von individuellen Voraussetzungen und örtlichen Gegebenheiten abhängigen und daher wissenschaftlich schwer zu untersuchenden sozialpädagogischen Inter-

ventionen für die Reintegration psychisch Beeinträchtigter kann aus der Erfahrung in der Praxis heraus nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Viele Barrieren entstehen durch die Unübersichtlichkeit des modernen Arbeitsmarkts und aus Unkenntnis der rechtlichen und betrieblichen Unterstützungsmöglichkeiten⁵²⁰, z. B. betriebliches Eingliederungsmanagement und Prävention, Integrationsämter und -fachdienste, Training am Arbeitsplatz, Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt, oder an öffentlich geförderter Arbeit, unterstützter Beschäftigung, Zuverdienst-Möglichkeiten, Kombination von Einkommensquellen u.v.a..⁵²¹ Die Kompetenz in der Vermittlung geeigneter Angebote liegt eindeutig nicht bei Ärztinnen und Ärzten und Psychologinnen und Psychologen, sondern bei Fachkräften mit sozialpädagogischer Kompetenz. Dabei weisen Betroffene zu Recht darauf hin, dass die Reintegration in den Arbeitsmarkt nicht als das höchstwertige oder gar einzige Rehabilitationsziel veranschlagt werden darf.

Psychologisch. In den letzten Jahren haben sich moderne, von großer Erfahrung und wenig Ideologie geprägte psychotherapeutische Verfahren einer Wirksamkeitsprüfung gestellt. Manche sind standardisiert, teilweise manualisiert und dennoch individuell anzupassen. Dies bedeutet einen wesentlichen Fortschritt gegenüber jenen Ansätzen, die ohne geeignete empirische Fundierung, ohne klare Indikationsstellung und Zielorientierung über viele Jahrzehnte keine Rechenschaft über Wirksamkeit und Gefahren abgelegt haben. Dabei ist stets einzuräumen, dass auf absehbare Zeit in erster Linie ein funktionierendes Team von Klientin bzw. Klient und Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut weit wichtiger ist, als die gewählte Methode. Psychotherapie – auch in Gruppen – bleibt persönlich. Die wertvolle Ressource menschlicher Arbeitszeit kann – im Gegensatz zu Tabletten – nicht beliebig multipliziert werden. Entsprechend lang sind die Wartezeiten auf geeignete Therapien.

Der Bedarf an Psychotherapie erscheint nahezu unerschöpflich. Die Ressourcen sind limitiert. Dies gilt sowohl hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Mittel, als auch hinsichtlich der Zahl qualifizierter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren Ausbildung heute großenteils an privaten Instituten erfolgt. Über 90 % der Anträge auf Genehmigung einer psychotherapeutischen Behandlung bezie-

⁵¹⁶ Kunze et al. (2011).

⁵¹⁷ Bäuml et al. (2010).

⁵¹⁸ Hamann et al. (2007).

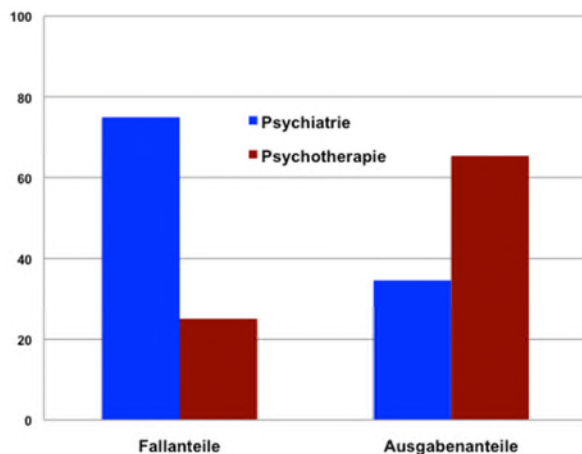
⁵¹⁹ Becker et al. (2012), Jäckel et al. (2010), Riedel-Heller et al. (2012).

⁵²⁰ APK(2007).

⁵²¹ APK(2007).

hen sich auf depressive, neurotische und somatoforme Störungen.⁵²² Kenntnisse in der psychotherapeutischen Behandlung komplexer Formen psychischer Beeinträchtigung haben nur eine geringe Verbreitung (z. B. schwere Depression, Borderline Persönlichkeitsstörung). Die folgende Abbildung weist exemplarisch auf die Diskrepanz zwischen Patientenzahlen und Mittelverteilung in der ambulanten Versorgung hin. Diese Asymmetrie kann als Indiz dafür angesehen werden, dass Gruppen, die es verstehen, sich deutlicher zu artikulieren, von den Ressourcen schwerer Beeinträchtigter zehren.

Abbildung 8-4: Patienten- und Ausgabenverteilung zwischen „Psychiatrie“ (niedergelassene Psychiater und Nervenärzte, psychiatrische Institutsambulanzen) und „Psychotherapie“ (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten; Angaben in % nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern)



Quelle: Melchinger (2006).

Biologisch. Ein substanzieller, greifbarer Fortschritt in der Behandlung psychischer Beeinträchtigungen wurde in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts durch die nüchterne Überprüfung der Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, die nach langer Entwicklung in „präklinischen“ Studien nach dem Zufallsprinzip und unter kontrollierten Bedingungen eingesetzt wurden, ohne dass Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte wussten, ob es sich um das echte oder um ein Scheinmedikament handelte (RDC, Randomisierte, Doppelt-verblindete, Kontrollierte Studien). Die Hürden zur Einführung neuer Medikamente sind hoch. Das Verhältnis von Nutzen zu Nebenwirkungen zugelassener Psychopharmaka ist bei geeigneter Auswahl und Kontrolle günstig; das gilt für Antidepressiva,

Antipsychotika und in engen zeitlichen Grenzen sogar für Sedativa. An kritischen Institutionen zur fortlaufenden Überprüfung dieser Substanzen herrscht in der Bundesrepublik kein Mangel. Die Segnungen neuer Moleküle werden inzwischen eher verhalten angepriesen. Es stellt sich das Gefühl ein, dass die vorhandenen Psychopharmaka ihren derzeitigen Spielraum im synaptischen Spalt, der Schaltstelle zwischen den Nervenzellen, weitgehend ausgeschöpft haben.

Überzeugende wissenschaftliche Nachweise für die Veränderungen von Botenstoffen (Neurotransmittern) an den Synapsen bei den meisten Formen psychischer Beeinträchtigungen liegen vor. Deren Darstellung eignet sich gut zur Erklärung der Medikamentenwirkung und bedingt sogar als Krankheitsmodell zur Erklärung mancher Symptome.

Die Neurotransmitterveränderungen sind wichtige biologische Korrelate psychischer Veränderungen, aber im Allgemeinen nicht deren „eigentliche“ Ursache. Im günstigsten Fall übernehmen die Betroffenen selbstverantwortlich und erfolgreich die Regie in der Behandlung. Häufig genügt eine zeitlich limitierte biologische Intervention, um danach wieder aus eigener Kraft Tritt zu fassen. Auch daher erfreuen sich Medikamente – einschließlich ihrer Symbolkraft – bei vielen modernen Menschen großer Beliebtheit, zumal die Zeit für eine psychotherapeutische Auseinandersetzung und die Bereitschaft für eine Umstellung des Lebensstils meist fehlen. In den Medien werden geprüfte chemische Reinsubstanzen mit psychotroper Wirkung dagegen gerne in schlechterem Licht dargestellt als der ebenfalls als hirnwirksames Heilmittel erhältliche hochprozentige Schnaps unter dem Siegel blauer Nonnen und hochpreisige Verdünnungen von Pottwalexkrementen. Hirndoping (Neuroenhancement) wurde noch vor wenigen Jahren lebhaft diskutiert. Aber auch dafür gilt, dass Leistungssteigerung nur in bestimmten Teilbereichen und für sehr begrenzte Zeiträume möglich erscheint, ohne das Gehirn und die Lebensführung an anderer Stelle empfindlich zu beeinträchtigen. Die großen Durchbrüche über den synaptischen Spalt hinaus und näher zu den vermuteten zellulären Kernfaktoren einer sekundären psychischen Beeinträchtigung lassen bisher auf sich warten. Das gilt auch noch für die Ursachenbehandlung schwerwiegender Hirnveränderungen wie der Alzheimer Krankheit.

⁵²² Gallas et al. (2008).

Zusammenfassung

Psychische Beeinträchtigungen sind häufig und wurden in den letzten Jahren vor allem bei Kindern, Jugendlichen und alten Menschen noch genauer erfasst. Höhere „Fallzahlen“ in manchen Statistiken sind nicht proportional zu einer Zunahme betroffener Personen, sondern reflektieren zum Teil kürzere Verweildauern aufgrund reduzierter Betten mit entsprechenden Wiederaufnahmen. Eine inflationäre Verbreitung Zeitgeist-typischer Störungen kann weiter zur Stigmatisierung schwerer Beeinträchtigter und zu einer ungünstigen Umverteilung von Ressourcen führen. Gestiegen ist die öffentliche Aufmerksamkeit für psychische Beeinträchtigungen, jedoch nicht deren Akzeptanz; Angst und Abwehr sind weiterhin verbreitet. Noch nicht befriedigend gelungen ist die organisatorische Integration von Versorgungsangeboten und dies betrifft gerade die adäquate Betreuung von Menschen in schwieriger sozialer Lage sowie Menschen mit mehr als einem herausfordernden Problem (z. B. verwirrte Menschen im Alter im Krankenhaus). Gewisse Fortschritte wurden erzielt hinsichtlich psychosozialer Rehabilitationsmaßnahmen von der Psychoedukation bis zum Eingliederungsmanagement, die zunehmend breiter angewandt werden.

Ferner haben die letzten Jahre einen Aufschwung moderner und überprüfter Psychotherapieverfahren gebracht und bislang stetige Verbesserungen in der medikamentösen Symptombehandlung psychischer Beeinträchtigungen. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse haben uns in die schwierige Lage versetzt, anhand biologischer Merkmale Risiken für die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen erkennen zu können, während innovative Präventionsmaßnahmen noch auf sich warten lassen.

Verwendete Literatur

Angermeyer MC et al. (2011): Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. In: *Brit J Psychiat* 199, S. 367-372.

APK, Aktion Psychisch Kranke (2007): *Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme*. APK, Bonn.

Bäumli, J. (2010): *Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (PES): mit Manual für die Gruppenleitung*, Schattauer, Stuttgart.

Becker, T. et al. (2012): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. DGPPN, AWMF Register 038-020.

Bickel, H. et al. (2012): Reduction of long-term care-dependence after 8-year primary care prevention program for stroke and dementia: the INVADE trial. In: *J Am Heart Assoc* doi 10.1161.

BKK Bundesverband (2011): *Gesundheitsreport - Zukunft der Arbeit*, Essen.

Förstl, H. (Hrsg.) (2011): *Demenzen in Theorie und Praxis*, Springer, Heidelberg.

Förstl, H. et al. (2010): Sterben mit Demenz - Versorgungssituation und palliativmedizinischer Ausblick. In: *Fortschr Neurol Psychiat* 78, S. 203-212.

Fries, W. et al. (Hrsg.) (2007): *Teilhaben! Neue Konzepte der Neurorehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf*, Thieme, Stuttgart.

Gallas, C. et al. (2008): Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. In: *Psychotherapeut* 6, S. 414-423.

Hamann, J. et al. (2007): Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. In: *Journal of Clinical Psychiatry* 68, S. 992-997.

Hillert, A. (2012): Wie wird Burn-out behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik. In: *Bundesgesundheitsbl* 55, S. 190-196.

Jäckel, D. et al. (2010): *Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen*. Psychiatrie Verlag, Bonn.

Korczak, D. et al. (2012): Burn-out. Kann man es messen? In: *Bundesgesundheitsbl* 55, S. 647-651. Kunze, H., Kukla, R. (2011): Die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems aus der Sicht der Aktion Psychisch Kranke. In: *Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG*. Psychiatrie Verlag, S. 61-77.

Leucht, S. et al. (2007): *Physical Illness and Schizophrenia: a Review of the Evidence*. Cambridge Univ Press, Cambridge UK.

Melchinger, H. (2008): *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung ... (DGPPN)*.

Müller, S. et al. (2012): Fixieren statt behandeln? In: *Dtsch Ärzteblatt* 109, S. 198-202.

Riedel-Heller, S.G. et al. (2012): Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Erkrankungen. Evidenz und Empfehlungen: Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Sport und Bewegung. In: *Nervenarzt* 83, S. 847-854.

Schomerus, G. et al. (2006a): Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: are there indications of discrimination against those with mental disorders. In: Soc Psychiat Psychiat Epidemiol 41, S. 369-377.

Schomerus, G. et al. (2006b): Alcoholism: illness beliefs and resource allocation preferences of the public. In: Drug & Alc Dependence 82, S. 204- 210.

Wittchen, H.U. et al. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: European Neuropsychopharmacol 21, S. 655-679.

Teil 5: Weiterentwicklung der Datengrundlage

9 Datenanforderungen und Referenzrahmen

Mit dem vorliegenden Bericht ist ein erster Versuch unternommen worden, ein repräsentatives Bild der durchaus unterschiedlichen Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen zu zeichnen. Über den empirischen Vergleich ihrer Teilhabesituation mit der Situation von Menschen ohne Beeinträchtigungen wird Ungleichheit in den betrachteten Teilhabefeldern sichtbar gemacht und es werden Hinweise auf Exklusionsrisiken gegeben, mit denen sich die Politik für Menschen mit Beeinträchtigungen befassen muss.

Gleichzeitig macht der Bericht die Defizite der gegenwärtigen Daten-situation deutlich. Die Grenzen, an die der Bericht stößt, sind sowohl grundsätzlicher Art als auch Teilhabefeld-spezifisch. Grundsätzlich deshalb, weil

- die nutzbaren Daten auf repräsentativen Haushaltsbefragungen beruhen, und damit z. B. Personen in stationärer Unterbringung systematisch ausgeschlossen werden,
- die Erhebungsmethoden nicht barrierefrei sind und damit Personen mit schwereren geistigen oder bestimmten Sinnesbeeinträchtigungen ausgeschlossen werden,
- keine der ICF entsprechende Erfassung von Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit und Aktivitäten erfolgt, und damit Hilfskonstrukte und -variablen verwendet werden müssen,
- die internationale Vergleichbarkeit eingeschränkt ist,
- insbesondere keine adäquate und systematische Erfassung der Beeinträchtigung von Kindern und Jugendlichen unter Bezugnahme auf ihren individuellen Betreuungs- und Förderbedarfe erfolgt,
- der Zeitpunkt des Eintretens einer Beeinträchtigung nicht erfasst wird, und damit unklar bleibt, welche Ressourcen zu ihrer Kompensation im Lebensverlauf gewonnen werden konnten, und wie diese die individuellen Handlungsspielräume beeinflussen,
- keine längsschnittliche Betrachtung der Lebensverläufe von Menschen mit Beeinträchtigungen möglich ist und schließlich
- keine regionalen Differenzierungen vorgenommen werden können.

Teilhabefeld-spezifische Defizite der Datenlage rühren daher, dass

- vorliegende Befragungen nicht für den Zweck der Erfassung von Teilhabesituationen konzipiert sind und damit nur näherungsweise Aussagekraft im Hinblick auf behindernde Kontextfaktoren im jeweiligen Teilhabefeld haben,
- insbesondere keine der ICF entsprechende Erfassung von behindernden Kontext- bzw. Umweltfaktoren in den jeweiligen Teilhabefeldern vorgenommen werden,

Artikel der UN-BRK zum Thema Statistik und Datensammlung

Art. 31: (1) 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. [...]

- die subjektive Beurteilung der Teilhabesituation in einzelnen Teilhabefeldern, das Benennen von Barrieren sowie die Verfügbarkeit und Nutzung von Möglichkeiten zu ihrer Überwindung fehlen.

Um gesellschaftliche Rahmenbedingungen für eine bessere Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen zu gestalten, wird eine aussagekräftige Datengrundlage benötigt. Diese muss so differenziert sein, dass sie die Lebenswirklichkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen in allen relevanten Teilhabefeldern erfasst, sodass ein umfassendes Bild ihrer Lebenslage entsteht. Exklusionsrisiken müssen erkennbar und in ihre Entwicklung beobachtbar werden. Unterschiedliche Arten von Beeinträchtigungen sind systematisch und vollständig zu erheben, um die unterschiedlichen Lebenslagen und Teilhabesituationen von Teilgruppen abbilden zu können. Eine Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell der ICF bietet sich hierfür – auch zur Sicherstellung der internationalen Vergleichbarkeit – an.

Die UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten in Artikel 31 dazu, auf einer breiten Basis über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen zu berichten. Aus der Perspektive der UN-BRK sind die dafür notwendigen Datenerhebungen auf die Überprüfung der menschenrechtlichen Verpflichtungen und somit auf die Feststellung der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Rechtsausübung von Menschen mit Beeinträchtigungen hin auszurichten.⁵²³ In diesem Zusammenhang werden nicht nur Daten benötigt, die über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen Auskunft geben, sondern auch solche, die über die strukturellen Voraussetzungen von Teilhabe und Selbstbestimmung Auskunft geben. Darüber hinaus bedarf eine Einschätzung der Wirksamkeit von Maßnahmen auch der Informationen über die Qualität von Maßnahmen und Programmen. Mit anderen Worten: Es werden Indikatoren zur Qualität von Strukturen und Prozessen sowie deren Ergebnissen benötigt.

Im Folgenden werden die im Zuge der Berichtserstellung identifizierten allgemeinen und Teilhabefeld-spezifischen Datenlücken systematisch aufbereitet. Zur Begründung und Herleitung zusätzlicher Datenanforderungen wird auf die in den vorangegangenen Kapiteln ausgearbeiteten Exklusionsrisiken eingegangen. Eine weitere Grundlage stellt die bereits zitierte Vorstudie zur Neukonzeption des Behindertenberichts dar. Hier finden sich an vielen Stellen konkrete Hinweise auf Datenerfordernisse. Bei der Konkretisierung von Indikatoren wird exemplarisch auf internationale Beispiele verwiesen. Der Weltbericht Behinderung, der Life Opportunities Survey des Office for National Statistics (ONS)⁵²⁴, die Indicators of Disability Equality in Europe (IDEE) des Academic Network of European Disability Experts⁵²⁵ so-

⁵²³ Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention (2012).

⁵²⁴ Der Britische Life Opportunities Survey vergleicht die Teilhabesituation von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen. Nähere Informationen unter: <http://odi.dwp.gov.uk/disability-statistics-and-research/life-opportunities-survey.php>

⁵²⁵ Das Akademische Netzwerk für europäische Behindertenpolitik (ANED) wurde 2008 von der Europäischen Kommission zur wissenschaftlichen Unterstützung und Beratung in Fragen der Behindertenpolitik ins Leben gerufen. Es fördert die Entwicklung der EU-Strategie für Menschen mit Behinderungen 2010-2020 und die Umsetzung des UN-Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Europa. Philosophie und Ziele des ANED konzentrieren sich auf Forschungsvorhaben und politische Maßnahmen zur Förderung einer umfassenden Beteiligung von Menschen mit Behinderungen und zur Schaffung von mehr Chancengleichheit. Das Netzwerk wird von Human European Consultancy (Niederlande) und vom

wie die Washington Group on Disability Statistics⁵²⁶ dienen hier als Referenz, weil sie sich in umfassender und systematischer Weise mit der Entwicklung einer Indikatorik zur Beschreibung der Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen befassen. Bei den in diesem Kapitel aufgeführten Indikatoren handelt es sich um Vorschläge zur Weiterentwicklung der Datengrundlage, die es noch zu diskutieren gilt.

9.1 Grunddaten

Die Erfassung der Grundgesamtheit von Menschen mit Beeinträchtigungen sollte zukünftig der Systematik der ICF folgen. Hierfür spricht sich bereits das Autorenteam der Vorstudie für die Neukonzeption des Behindertenberichtes aus und führt mehrere Gründe an:

„Neben Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit werden in dieser Definition von Behinderung explizit die Kontext- bzw. Umweltfaktoren [...] erfasst. [...] Somit wird nach dieser Klassifikation nicht nur Bezug auf die individuellen körperlichen, geistigen, seelischen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen genommen, sondern es werden auch die strukturellen Dimensionen von Beeinträchtigung und Diskriminierung sowie die Wechselwirkungen mit der Gesellschaft und der (sozialen) Umwelt einbezogen. Für die [...] weitere Behindertenberichterstattung zeigt sich die ICF als Erfassungsgrundlage insofern gegenüber der am SGB orientierten als noch besser geeignet, da sie konkret auf Partizipationseinschränkungen abstellt. Des Weiteren ist die ICF das einzig international abgestimmte Klassifikationssystem und kann daher eine Grundlage zur nationalen und internationalen Datenintegration darstellen.“⁵²⁷

Auf Grundlage der ICF kann die bisher noch weitgehend verwendete Eingrenzung der Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen auf amtlich gemeldete Personengruppen um jene Personen ergänzt werden, die nach Selbstauskunft dauerhafte und starke Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit auf verschiedenen Ebenen haben. Um eine internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sind entsprechende Befragungsinstrumente hinsichtlich möglicher soziokultureller Einflüsse auf das Antwortverhalten zu validieren. Die Washington Group on Disability Statistics hat im Jahr 2006 ein kurzes Fragenset für eine der ICF konforme Erfassung von Beeinträchtigungen der Leistung entwickelt und erprobt,⁵²⁸ anhand dessen eine international anschlussfähige Erfassung von Beeinträchtigungen der Leistung erfolgen kann.

Centre for Disability Studies an der Universität Leeds (Vereinigtes Königreich) koordiniert und arbeitet mit nationalen Sachverständigen in 29 EU- bzw. EFTA-Ländern sowie mit einem Sachverständigenpool zusammen. Nähere Informationen unter: <http://www.disability-europe.net/>

⁵²⁶ Die Washington Group on Disability Statistics wurde im Juni 2001 durch die Vereinten Nationen gegründet, um die Verfügbarkeit international vergleichbarer Daten zu verbessern. Siehe hierzu: http://www.cdc.gov/nchs/washington_group.htm

⁵²⁷ Hornberg, C. et al. (2011): S. 19f.

⁵²⁸ World Health Organization (2011): S. 24-26.

Im Fragenset der Washington Group on Disability Statistics wird in den sechs Kerndomänen der ICF⁵²⁹ im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe jeweils der Grad der Schwierigkeiten erfragt, die eine Person aufgrund eines Gesundheitsproblems haben kann:

- Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen, selbst mit einer Brille?
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Hören, selbst mit einem Hörgerät?
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Gehen oder beim Treppensteigen?
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Erinnern oder beim Konzentrieren?
- Haben Sie Schwierigkeiten bei der Selbstversorgung, z. B. beim Waschen des gesamten Körpers oder beim Anziehen?
- Haben Sie in Ihrer normalen Sprache Schwierigkeiten bei der Kommunikation (z. B. dabei, selbst zu verstehen oder von anderen verstanden zu werden)?

Mit diesen Fragen wird das Ziel verfolgt, „die Mehrheit der Personen in der Bevölkerung zu identifizieren, die ein größeres Risiko als die allgemeine Bevölkerung haben, Einschränkungen ihrer Teilhabechancen zu erfahren.“⁵³⁰ Es gibt jeweils vier Antwortkategorien: „Nein, keine Schwierigkeiten“, „Ja, gewisse Schwierigkeiten“, „Ja, große Schwierigkeiten“ und „Bin nicht fähig zu dieser Aktivität“. Hierdurch können Beeinträchtigungen der Leistung abgestuft erfasst werden.

Die Einführung dieser Fragen würde nicht nur eine bessere Abgrenzung der Untersuchungsgruppe, sondern gleichzeitig auch differenziertere Auswertungen nach der Art der Beeinträchtigungen ermöglichen, wenn die spezifischen Teilhabechancen in einzelnen Teilhabefeldern untersucht werden.

Eine differenzierte Erfassung von Beeinträchtigungen berücksichtigt außerdem deren Ursachen (Krankheit, Geburt, Unfall, Sonstiges) sowie die subjektive Wahrnehmung der Menschen von ihren Beeinträchtigungen.

Zudem sind Informationen zum Lebensalter bei Eintritt der Beeinträchtigungen zu erfassen. Gegenwärtig sind keine Informationen darüber erhältlich, ob Beeinträchtigungen seit der Geburt oder der frühen Kindheit vorliegen oder erst später durch Unfall oder Krankheit erworben wurden. Eine solche Unterscheidung wäre wichtig, da der Zeitpunkt des Auftretens einer Beeinträchtigung einen wesentlichen

⁵²⁹ Die ICF weist insgesamt neun Domänen von Aktivitäten und Teilhabe aus. Die folgenden sechs Domänen gelten als Kerndomänen: „Lernen und Wissensanwendung“, „Allgemeine Aufgaben und Anforderungen“, „Kommunikation“, „Mobilität“, „Selbstversorgung und häusliches Leben“. Es gibt drei weitere Domänen: „Interpersonelle Interaktionen“, „Bedeutende Lebensbereiche“ und „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“. Siehe hierzu: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): S. 20.

⁵³⁰ Washington Group on Disability Statistics (2009): S. 1. Übersetzung Prognos AG.

Einfluss darauf hat, welche individuellen Ressourcen zu ihrer Kompensation vorliegen. Bislang kann nicht festgestellt werden, ob eine Beeinträchtigung entstanden ist, bevor oder nachdem eine bestimmte soziale Teilhabe bereits erreicht wurde, beispielsweise die Gründung einer Familie, eine Berufsausbildung oder die Aufnahme einer qualifizierten Erwerbstätigkeit. Hierdurch gehen wichtige Informationen zu den Teilhabechancen, die trotz Beeinträchtigungen bestehen, verloren.

Der Migrationshintergrund sollte Bestandteil aller Datenerhebungen, die sich mit Personen mit Beeinträchtigungen befassen, sein. Da es Hinweise auf eine geringe Inanspruchnahme von Leistungen für Menschen mit Behinderungen gibt, ist es darüber hinaus erforderlich, in den Leistungs- und Maßnahmebereichen zu erfassen, wie hoch der Anteil der Beeinträchtigten mit Migrationshintergrund ist, die die Leistungen und Maßnahmen in Anspruch nehmen.

Methodisch ist sicherzustellen, dass die Datenerhebung mit den gesetzlichen Schutzvorschriften, einschließlich der Rechtsvorschriften über den Datenschutz, zur Sicherung der Vertraulichkeit und der Achtung der Privatsphäre im Einklang steht. Durch das Erhebungsdesign sind Personen in stationärer Wohnunterbringung, insbesondere auch Kinder, einzubeziehen. Schließlich sind Standards der Barrierefreiheit umfassend einzuhalten, sodass möglichst alle Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen teilnehmen können. Zu diesen Standards gehören vor allem die Verwendung leichter Sprache, die Ansprache von verschiedenen Sinnesmodalitäten und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern. Für Menschen mit einer schwereren geistigen Beeinträchtigung sind deren gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter in geeigneter Weise in die Erhebung einzubeziehen.

9.2 Familie und soziales Netz

Wie in Teil 2 dieses Berichts dargestellt, können anhand der vorliegenden Daten die Haushaltsgrößen und die Häufigkeit des Zusammenlebens mit einem Partner oder einer Partnerin, die Häufigkeit des Vorhandenseins von Kindern sowie die Bewertung der Unterstützung durch das soziale Umfeld zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen verglichen werden. Außerdem können Aussagen gemacht werden, wie häufig Kinder mit und ohne Beeinträchtigungen bei einem alleinerziehenden Elternteil leben.

In den genannten Gegenstandsbereichen bestehen gravierende Datenlücken, die im Folgenden erläutert werden. Sie beziehen sich sowohl auf Grundinformationen zu Familienkonstellationen und Partnerschaft als auch auf spezifische Belastungsfaktoren sowie auf den Bedarf an Unterstützungsleistungen in Familien mit beeinträchtigten Angehörigen. Dazu gehört auch, dass die subjektive Einschätzung zur Qualität der familiären und sozialen Situation der genaueren Erfassung bedarf.

9.2.1 Familiengründung und Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen

Zu einem selbstbestimmten Leben gehört die freie Entscheidung für oder gegen eine Partnerschaft bzw. Familie mit eigenen Kindern. Erhebungen sollten daher zukünftig erfassen, ob die Entscheidung, keine Partnerschaft oder keine eigenen Kinder zu haben, eine freiwillige ist bzw. welche Gründe hierfür ausschlaggebend sind.⁵³¹

Es sollte nach der Wahrnehmung von Vorurteilen oder negativen Einstellungen gefragt werden, die soziale Kontakte und damit die Chancen, eine Partnerin oder einen Partner zu finden, einschränken. Die besondere Situation von Menschen, die in Heimen leben, ist gesondert zu erfassen. Hier ist in Erfahrung zu bringen, ob und welche Hindernisse es dort gibt, die das Eingehen und das Leben einer Partnerschaft oder die Gründung einer Familie behindern.

Für ein Bild der familiären Situation werden darüber hinaus Informationen zur Anzahl der Kinder im Haushalt benötigt. Außerdem ist zu klären, ob die Partnerin oder der Partner ebenfalls eine Beeinträchtigung hat.

Das Academic Network of European Disability Experts führt im Gegenstandsbereich „Personal and Family Life“ grundlegende Indikatoren zur familiären und sozialen Situation auf, die hier als Referenzpunkte dienen können. Sie beziehen sich u. a. auf Partnerschaft und Ehe sowie Elternschaft:

- Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen, die alleine leben, in Partnerschaft leben oder jemals verheiratet waren, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung,
- Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen, die Eltern sind, Fertilitätsraten sowie Alter bei Geburt des ersten Kindes, jeweils im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

9.2.2 Zusammenleben mit beeinträchtigten Kindern

Kinder sollten nicht wegen einer Beeinträchtigung außerhalb der eigenen Familie aufwachsen müssen. Ein Indikator, mit dem die Verwirklichung dieses Anspruchs gemessen werden kann, ist der Anteil aller Kinder mit Beeinträchtigungen, die gegen den eigenen Willen oder den der Eltern außerhalb der Familie leben. Eltern sollten daher danach gefragt werden, ob und – wenn ja – aus welchen Gründen ihr beeinträchtigtes Kind nicht in der Familie lebt. Von Interesse sind die Gründe, die direkt und indirekt mit der Beeinträchtigung zusammenhängen. So kann es sein, dass mangelnde Unterstützung, schwierige ökonomische Verhältnisse oder andere Gründe den Ausschlag gegeben haben, dass das familiäre Zusammenleben mit einem beeinträchtigten Kind nicht möglich ist.⁵³² Vertiefend sollte danach gefragt werden, ob Assistenz- und Unterstützungsleistungen bedarfsgerecht zur Verfügung stehen und wie deren Qualität eingeschätzt wird.

⁵³¹ Hornberg, C. et al. (2011): S. 117.

⁵³² Hornberg, C. et al. (2011).

Unabhängig davon, wo sie aufwachsen, sind die familiären Lebensumstände und damit die Bedingungen des Aufwachsens von Kindern mit Beeinträchtigungen von Bedeutung. So wird die Entwicklung der Fähigkeiten von Kindern mit Beeinträchtigungen erschwert, wenn Familien keine ausreichende Unterstützung erhalten oder sich in schwierigen materiellen Verhältnissen befinden. Zu fragen ist daher nach der Art und Ausprägung der Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags mit beeinträchtigten Kindern. Es wird zu zeigen sein, wie diese im Vergleich zu den Schwierigkeiten von Familien mit Kindern ohne Beeinträchtigungen ausgeprägt sind.

Die über die Kernfamilie hinausgehende Familie, der Freundes- und Bekanntenkreis sowie professionelle Angebote können in vielen Fällen wichtige Unterstützungen leisten, damit Familien mit beeinträchtigten Kindern die besonderen Anforderungen des Alltags bewältigen können. Das Spektrum reicht von der lebenspraktischen Beratung und Hilfe über den emotionalen Rückhalt bis zu finanzieller Unterstützung und Betreuung der Kinder. Auch diese Informationen über den konkreten Unterstützungsbedarf und die erhaltenen informellen und formellen Leistungen sind gegenwärtig nicht verfügbar und sollten bei den Eltern mit beeinträchtigten Kindern künftig erhoben werden. Schließlich sollte in Erfahrung gebracht werden, ob sich Familien im Alltag mit ihrem beeinträchtigten Kind gut oder zu wenig unterstützt fühlen und woran es ggf. mangelt.

9.2.3 Innerfamiliäre Unterstützung

Nicht nur im Kindes-, sondern auch im Erwachsenenalter gibt die Häufigkeit und Qualität der innerfamiliären Kontakte einen Hinweis auf die Bedeutung der Herkunftsfamilie für Menschen mit Beeinträchtigungen. Dabei können häufige Kontakte durchaus zwei Seiten in Bezug auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben: Auf der einen Seite handelt es sich bei familiären Beziehungen bis zu einem gewissen Grad um gesellschaftliche Teilhabe, auf der anderen Seite kann eine Fixierung auf die Familie auch eine über die Familie hinausgehende gesellschaftliche Teilhabe verhindern oder aus einer eingeschränkten Teilhabe an außerfamiliären sozialen Kontakten resultieren. Die Kontakthäufigkeit zur Herkunftsfamilie sollte aus diesem Grund im Zusammenhang bzw. in Relation mit der Kontakthäufigkeit zu persönlich bedeutsamen Personen außerhalb der Familie erfasst werden.

Zukünftig sollten auch Aussagen zum Unterstützungsbedarf der Familien mit beeinträchtigten Angehörigen sowie zu Art und Umfang der tatsächlich geleisteten familiären Unterstützung gemacht werden. Aussagekräftig ist, ob es zwischen Familien mit und ohne beeinträchtigten Angehörigen in dieser Hinsicht Unterschiede gibt und wenn ja, worin diese bestehen.

9.2.4 Einbindung in den Freundes- und Bekanntenkreis und in Nachbarschaften

Die Intensität der Einbindung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Freundes- und Bekanntenkreise bildet nicht nur die Inklusion in die sozialen Strukturen der Gesellschaft ab, sondern zeigt gleichzeitig

emotionale und instrumentelle (potenzielle Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit) Unterstützungsleistungen auf. Außerdem sind die Qualitäten von Beziehungen ein Aspekt von Lebenszufriedenheit.⁵³³

Wie gut die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gelingt, darüber gibt unter anderem die Größe und Qualität des Freundeskreises und der nachbarschaftlichen Beziehungen Auskunft, die von Akzeptanz und Vorurteilsfreiheit geprägt sind. Ein entsprechender Indikator ist die Anzahl und Qualität der freundschaftlichen Kontakte.

Möglicherweise verhindern Barrieren verschiedener Art, wie z. B. die fehlende Erreichbarkeit und Zugänglichkeit ihrer Wohnungen, häufigere Kontakte zu Freunden und Bekannten. Auch hiernach sollte zukünftig gefragt werden.

Schließlich sollte auch die subjektive Zufriedenheit mit den eigenen sozialen Beziehungen erfragt werden, sowohl was die Anzahl der vertrauten Personen und die Kontakthäufigkeit als auch die Qualität der Beziehungen angeht.

⁵³³ Hornberg, C. et al. (2011): S. 113.

9.2.5 Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Familie und soziales Netz“.

Tabelle 9-1: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Familie und soziales Netz“

Gegenstands- bereich	Indikator
Familiengründung und Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Kinder im Haushalt - Beeinträchtigung der Partnerin / des Partners - Hindernisse für Partnerschaft und Familiengründung in Heimen - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die (ungewollt) alleine leben o die unterschiedliche Gründe dafür angeben, dass sie alleine leben o die (unerfüllte) Kinderwünsche haben o die unterschiedliche Gründe dafür angeben, dass sie keine eigenen Kinder haben
Zusammenleben mit beeinträchtigten Kindern	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Eltern, <ul style="list-style-type: none"> o die angeben, dass ihr beeinträchtigtes Kind gegen ihren oder den eigenen Willen außerhalb der Familie lebt o die unterschiedliche Gründe für die Entscheidung angeben, dass ein beeinträchtigtes Kind nicht in der Familie lebt o die unterschiedliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags mit beeinträchtigten Kindern benennen o die konkreten Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung des Alltags mit beeinträchtigten Kindern benennen o denen Unterstützungsleistungen und Assistenzdienste bedarfsgerecht zur Verfügung stehen o die unterschiedliche informelle – familiäre und außerfamiliäre sowie professionelle – Unterstützung nutzen o die sehr zufrieden / zufrieden / weniger zufrieden mit der genutzten Unterstützung sind
Innerfamiliäre Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die häufig / selten / nie Kontakt zu Mitgliedern der Herkunftsfamilie haben o die häufig / selten / nie Kontakt zu persönlich bedeutsamen Personen außerhalb der Familie haben - Art und Umfang der familiären Unterstützung
Einbindung in den Freundes- und Bekanntenkreis und in Nachbarschaften	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die häufiger / seltener / wie gewünscht den sozialen Kontakt mit Freunden pflegen o die über Hindernisse berichten, die sie davon abhalten, (mehr) Zeit mit Freunden / mit Familienmitgliedern zu verbringen o die sich durch Nachbarn sehr gut / gut / weniger gut unterstützt fühlen o die sich alles in allem sehr gut / gut / weniger gut eingebunden fühlen

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

9.3 Bildung und Ausbildung

Anhand vorliegender Statistiken lassen sich im Teilhabefeld „Bildung und Ausbildung“ Aussagen treffen zur Inanspruchnahme von Angeboten der Frühförderung sowie der frühkindlichen Bildung in Kindertagesstätten. Für Kinder im Schulalter liegen Daten zur Förderung in

Regel- und Förderschulen vor, für Studierende zu besonderen Unterstützungsbedarfen und vorgefundenen Studienbedingungen. In Bezug auf die berufliche Ausbildung geben vorhandene Daten Auskunft über die Teilnehmenden an besonderen Ausbildungsgängen für Menschen mit Beeinträchtigungen. Dargestellt werden können zudem Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen hinsichtlich des höchsten schulischen und beruflichen Qualifikationsniveaus. Grunddaten liegen zudem zur Teilnahme an beruflicher und allgemeiner Weiterbildung im Erwachsenenalter vor.

Die Aussagekraft vorliegender Indikatoren ist zum einen durch Mängel der amtlichen Kinder- und Jugendhilfe- sowie Schulstatistik eingeschränkt. Zum anderen gibt es aber auch in diesem Teilhabefeld zahlreiche für die Teilhabe relevante Aspekte, die bisher nicht ausreichend durch Befragungsdaten abgedeckt sind. Hier geht es insbesondere um Bedingungen für informelles Lernen in der Familie, Zugangsmöglichkeiten zu frühkindlichen Bildungsangeboten, Art und Ausmaß der Barrieren beim Besuch von Schulen sowie Bildungsmöglichkeiten in außerschulischen Lernorten und unter Verwendung von Medien. Informationen fehlen zudem zum Zugang zur allgemeinen beruflichen Ausbildung, Hochschulbildung sowie beruflichen und allgemeinen Weiterbildungsangeboten.

9.3.1 Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit

Zu den familiären Bedingungen der persönlichen Entwicklung und des Lernens von Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen liegen aktuell keine verallgemeinerbaren Informationen vor. Aufgrund der Bedeutung frühkindlicher Lernerfahrungen ist diese Lücke zu schließen. Dabei sind Eltern danach zu fragen, wie sie die Voraussetzungen für die familiäre Förderung ihrer Kinder erleben und welche Unterstützungsbedürfnisse sie haben. Es sollte auch berichtet werden, welche Lernanregungen Eltern ihren Kindern bieten und ob Kinder mit Beeinträchtigungen hierbei benachteiligt werden.

Ein kleiner Teil der Kinder mit Beeinträchtigungen wächst nicht bei den Eltern oder Pflegeeltern, sondern in einer stationären Wohneinrichtung auf. Für die dortigen Bedingungen des Aufwachsens trägt die Gesellschaft eine besondere Verantwortung. Informationen hierüber sollten gesondert erfasst werden, da sie aufgrund der kleinen Zahl der betroffenen Personen in einer allgemeinen und repräsentativen Befragung verloren gehen würden.

Eltern-Kind-Gruppen oder Krabbelgruppen stellen Orte dar, an denen frühkindliche Lernerfahrungen gesammelt werden können. Zukünftig sollten Daten dazu vorliegen, ob Kinder mit und ohne Beeinträchtigungen in gleicher Weise an solchen Angeboten partizipieren können und welche Hindernisse es hier gegebenenfalls aufgrund von Beeinträchtigungen gibt.

Die Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe erlauben keine Aussagen darüber, ob die Versorgung im Bereich der Kindertagesbetreuung von Kindern mit Beeinträchtigungen bedarfsdeckend ist oder darüber, wie die Situation im Vergleich zu Kindern ohne Beeinträchtigungen einzuschätzen ist. Um Informationen darüber zu bekommen, ob der An-

spruch auf integrative Betreuung auch praktisch realisiert wird, sind zudem Daten darüber erforderlich, wie viele Eltern für ihr Kind keine integrative Kindertageseinrichtung nutzen können, obwohl sie sich dies wünschen.

9.3.2 Bildung und Betreuung im Schulalter

Die enge Beziehung von Schulerfolg und sozialer Herkunft in Deutschland verlangt, neben der Bekämpfung diskriminierender Praktiken im Schulsystem, auch mögliche benachteiligende Lernbedingungen in der Familie zu untersuchen. Je nach Beeinträchtigungsart kann es durchaus voraussetzungsvoll und für die Familien schwierig sein, für Kinder gute Lernbedingungen zu schaffen und Bildungsanregungen zu geben. Zukünftige Daten sollten daher nach Möglichkeit auch über die Schwierigkeiten von Familien Auskunft geben, ihren Kindern gute Lernumgebungen zu geben.

Datenlücken bestehen zudem in Bezug auf Art und Ausmaß der Barrieren beim Besuch von allgemeinen Schulen. Im Weltbericht Behinderung wird etwa auf die folgenden schulbasierten Barrieren hingewiesen:

- Lehrpläne und pädagogische Konzepte, die nicht auf die Bedürfnisse von Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen eingehen,
- unzureichende Schulung und Unterstützung des Lehrpersonals,
- physische Barrieren (z. B. Treppenstufen, enge Eingänge, unzureichende Sitzmöglichkeiten oder unzugängliche Toiletten),
- Vorbehalten und negative Einstellungen gegenüber Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen,
- Gewalt, Schikanen und Misshandlung.⁵³⁴

Ausdruck der Umsetzung des Anrechts auf integrative Beschulung ist auch der Anteil der Eltern, die ihr Kind nicht an einer wohnortnahen allgemeinen Schule unterrichten lassen können, obwohl sie sich dies wünschen.

Lernen findet auch außerhalb von Schulen statt. Außerschulische Bildungsorte wie die offene Kinder- und Jugendarbeit, Vereine und Organisationen, schulische Nachmittagsbetreuung, Nachhilfeinstitute, Musik- und Sprachschulen, Theatergruppen, Chöre und Orchester können schulische Lerninhalte ergänzen oder vertiefen, zur Persönlichkeitsentwicklung beitragen oder auch die schulischen Leistungen verbessern helfen. Derzeit liegen wenig Informationen über die Teilnahme von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen an solchen Angeboten vor. Wegen ihrer Bedeutung für die Bildung von Kindern und Jugendlichen sollte zukünftig gezielt in Erfahrung gebracht werden, ob ihnen die gleichen Teilnahmemöglichkeiten offen stehen und welche Hindernisse dem gegebenenfalls im Wege stehen.

⁵³⁴ World Health Organization (2011): S.210.

Wichtige Lernwelten für Kinder und Jugendliche sind zudem Medien wie Computer, Fernsehen, Bücher oder das Radio. Im Zwölften Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung wird hierzu ausgeführt: „Medienwelten bieten insgesamt eine Fülle von beiläufigem und absichtsvollem Selbstlernen. Bildungsprozesse im Kontext der Medien finden vor allem in der Familie sowie in den Gleichaltrigen-Gruppen statt. Dabei erwerben die Kinder und Jugendlichen unterschiedliche Kompetenzen.“⁵³⁵ Zukünftig sollten Informationen über die Intensität und Art der Nutzung sowie über mögliche beeinträchtigungsbedingte Schwierigkeiten erhoben werden.

9.3.3 Berufliche Bildung und Ausbildung

Auch in der beruflichen Ausbildung sollten Menschen mit Beeinträchtigungen nicht auf separate Lernorte angewiesen sein. Daher ist es wichtig darzustellen, wie gut Menschen mit Beeinträchtigungen der Übergang in das System der beruflichen Bildung und Ausbildung gelingt und ob sie diesbezüglich Nachteile gegenüber Menschen ohne Beeinträchtigungen erfahren. Ein Indikator hierfür ist der jeweilige Anteil der jungen Erwachsenen, die ein bzw. zwei Jahre nach dem Schulabschluss in eine reguläre Ausbildung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, in einen „Ausbildungsberuf für Menschen mit Behinderung“, in eine Maßnahme des Übergangssystems oder in den Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen eingemündet sind bzw. arbeitslos wurden. Hierauf nimmt auch der britische Life Opportunities Survey Bezug.

Aussagekräftig ist zudem der Anteil der Schulabgängerinnen und -abgänger mit und ohne Beeinträchtigungen, die im Herbst nach dem Abschluss ihre beruflichen Pläne realisieren konnten.⁵³⁶ Als Ausdruck eines chancengleichen Zugangs zu Ausbildungsberufen ist auch die Information relevant, ob die Ausbildungsberufe von Auszubildenden mit Beeinträchtigungen ähnlich häufig dem eigenen Wunschberuf entsprechen, wie dies bei Auszubildenden ohne Beeinträchtigungen der Fall ist.

9.3.4 Hochschulbildung

Die bisher vorliegenden Daten geben nur in unbefriedigender Weise darüber Auskunft, wie gut studienberechtigten Menschen mit Beeinträchtigungen der Zugang zu einem Hochschulstudium gelingt.⁵³⁷ Ein aussagekräftiger Indikator besteht in dem Anteil von Abiturientinnen und Abiturienten mit Beeinträchtigungen und einem Studienwunsch, die ein Jahr nach Schulabschluss tatsächlich ein Studium aufgenommen haben.

Eine bedeutsame Information liefert auch der Anteil der hochschulberechtigten Schulabgängerinnen und -abgänger mit Beeinträchtigungen, die sich aufgrund von Barrieren gegen die Aufnahme eines Studiums entscheiden.

⁵³⁵Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): S. 236.

⁵³⁶ Die BIBB-Schulabgängerbefragung ist bislang nicht repräsentativ für Förderschülerinnen und -schüler.

⁵³⁷ Hornberg et al. (2011): S. 90.

9.3.5 Schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse

Um die festgestellten Ergebnisse zum formellen Qualifikationsniveau besser interpretieren zu können, ist die Information bedeutsam, ob die Beeinträchtigung bereits vor Erreichen des höchsten Schul- bzw. Berufsabschlusses eingetreten ist oder danach. Nur so kann der hemmende Einfluss einer Beeinträchtigung auf das Erreichen eines höheren Schul- bzw. Berufsabschlusses bestimmt werden.

Für die in Bezug auf die Arbeitsmarktintegration besonders vulnerable Gruppe der Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen ist es zudem aufschlussreich zu wissen, wie viele von ihnen im weiteren Lebensverlauf einen höheren allgemeinen Bildungsabschluss oder einen berufsqualifizierenden Abschluss erwerben.

9.3.6 Lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung

Um zu erfassen, ob Menschen mit Beeinträchtigungen beim Zugang zu beruflichen und allgemeinen Weiterbildungsangeboten aufgrund von Barrieren benachteiligt sind, bedürfte es der Auskunft, wie häufig sie aufgrund von Barrieren auf die Teilnahme an Weiterbildungen verzichten.

9.3.7 Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld Bildung und Ausbildung.

Tabelle 9-2: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Bildung und Ausbildung“

Gegenstands- bereich	Indikator
Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Eltern, <ul style="list-style-type: none"> o die mit dem Angebot an Kinderbetreuung, das in Anspruch genommen werden kann, zufrieden sind o deren behindertes Kind keine wohnortnahe integrative Tagesstätte besuchen kann, obwohl sie sich dies wünschen o die über mangelnde Möglichkeiten zur familiären Förderung ihrer Kinder sowie nicht gedeckte Unterstützungsbedürfnisse berichten - Teilnahmequoten an und Zufriedenheit mit frühkindlichen Lernangeboten im Rahmen von Eltern-Kind-, Krabbelgruppen oder ähnlichem sowie Nichtteilnahme aufgrund verschiedener Barrieren (baulich, infrastrukturell, einstellungsbedingt)
Bildung und Betreuung im Schulalter	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die gute / weniger gute / schlechte Lernumgebungen für ihre Kinder schaffen können o deren Kind keine wohnortnahe allgemeine Schule besuchen kann, obwohl sie sich dies wünschen - Art und Ausmaß erlebter Barrieren beim Besuch von allgemeinen Schulen (aus Sicht der Eltern sowie Schülerinnen und Schüler) - Anteil der Kinder und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen, die regelmäßig an Bildungsgelegenheiten in Vereinen und Gruppen teilnehmen sowie Art der erlebten Barrieren - Intensität und Art der Nutzung von Medien sowie Art der erlebten Barrieren
Berufliche Bildung und Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Anteile der jungen Erwachsenen mit Beeinträchtigungen, die ein bzw. zwei Jahre nach dem Schulabschluss in eine reguläre Ausbildung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, in einen Ausbildungsberuf für Menschen mit Behinderung, in eine Maßnahme des Übergangssystems oder in den Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen eingemündet sind bzw. arbeitslos wurden - Anteil der Schulabgängerinnen und -abgänger mit Beeinträchtigungen, die im Herbst nach dem Abschluss ihre beruflichen Pläne realisieren konnten - Anteil der Auszubildenden mit Beeinträchtigungen, bei denen der Ausbildungsberuf dem eigenen Wunschberuf entspricht
Hochschulbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil von Abiturientinnen und Abiturienten mit Beeinträchtigungen und einem Studienwunsch, die ein Jahr nach Schulabschluss tatsächlich ein Studium aufgenommen haben - Anteil der hochschulberechtigten Schulabgängerinnen und -abgänger mit Beeinträchtigungen, die sich aufgrund von Barrieren gegen die Aufnahme eines Studiums entscheiden
Schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse	<ul style="list-style-type: none"> - Zeitpunkt des Eintretens in der Beeinträchtigung in Bezug auf den Zeitpunkt des Erreichens des höchsten schulischen wie beruflichen Qualifikationsniveaus - Anteil der Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen, die im weiteren Lebensverlauf einen höheren allgemeinen Bildungsabschluss oder einen berufsqualifizierenden Abschluss erwerben
Lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die von Barrieren bei der Inanspruchnahme von allgemeinen oder beruflichen Bildungsangeboten berichten - Art der häufigsten Barrieren

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

9.4 Erwerbsarbeit und Einkommen

Anhand der vorliegenden Daten können im Teilhabefeld „Erwerbsarbeit und Einkommen“ die Erwerbstätigenquoten, der Erwerbsumfang, Erwerbsstatus und verschiedene qualitative Merkmale der ausgeübten Erwerbstätigkeit sowie der Umfang und die Dauer der Arbeitslosigkeit von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen verglichen werden. Die Einkommenssituation kann anhand von Daten zum überwiegenden Lebensunterhalt, zur Einkommenshöhe, zum Transfer- und Rentenbezug und zur Rücklagenbildung beschrieben werden. Weitere Indikatoren betreffen das Armutsrisiko sowie die Zufriedenheit mit und Sorge um die persönliche wirtschaftliche Situation.

Trotz der vergleichsweise umfangreichen Datenlage bleiben auch in diesem Teilhabefeld grundlegende Datenlücken bestehen. Sie betreffen die subjektive Einschätzung der eigenen Arbeitssituation inklusive der in der Arbeitswelt vorgefundenen Barrieren, Erschwernisse im Prozess der Arbeitssuche, den Übergang in die Nacherwerbsphase sowie das individuell verfügbare Einkommen.

Im Folgenden werden Indikatoren beschrieben, mit denen diese Gegenstandsbereiche zukünftig abgedeckt werden können:

9.4.1 Teilhabebeschränkung im Erwerbsleben

Eine inklusive Arbeitswelt muss sicherstellen, dass keine Barrieren bestehen, die Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit behindern. Um hierzu Aussagen treffen zu können, müssten erwerbstätige Menschen mit Beeinträchtigungen zukünftig direkt danach gefragt werden, in welchem Ausmaß ihre Erwerbstätigkeit durch Barrieren in der Arbeitsumwelt erschwert wird und welcher Art – z. B. baulich, infrastrukturell oder einstellungsbedingt – diese Barrieren sind. Auf diese Weise kann der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen ermittelt werden, die unfaire Behandlung bei der Arbeit erfahren haben – ein Indikator, der auch im britischen Life Opportunities Survey Verwendung findet.

Zusätzlich ist es relevant zu erfahren, welchen Unterstützungsbedarf Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Arbeit haben und ob sie diesen erhalten. In der Vorstudie zum vorliegenden Bericht wurde in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Verfügbarkeit Persönlicher Assistenz am Arbeitsplatz, auf die Menschen mit Behinderungen einen Rechtsanspruch haben, sowie auf die Analyse der Arbeitsbedingungen für Menschen mit schwerst- und mehrfachen Behinderungen hingewiesen, die durch entsprechende Abfragen ermöglicht werden sollten.⁵³⁸

Auch müssten die vorhandenen Daten zur Teilhabe am Arbeitsleben vor dem Hintergrund des Erwerbswunsches interpretierbar sein. Dabei muss bei der Fragestellung zukünftig deutlich werden, dass sie sich auf den gewünschten Erwerbsumfang unter idealen Arbeitsbe-

⁵³⁸ Hornberg, C. et al. (2011): S. 93.

dingungen bezieht. Dadurch kann ausgeschlossen werden, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in Anbetracht gegebener Barrieren ihr gewünschtes Arbeitspensum reduzieren.

Chancengleichheit im Erwerbsleben bedeutet weiterhin, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihre Interessen und Fähigkeiten im Beruf ähnlich gut entfalten können wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Diese Form der Chancengleichheit kann überprüft werden, indem erwerbstätige Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen direkt danach gefragt werden, in welchem Ausmaß ihr derzeitiger Beruf ihnen diese Entfaltung ermöglicht. Damit im Zusammenhang stehende Informationsbereiche, die sich eher im Rahmen einer qualitativen Forschung realisieren lassen, betreffen das Thema der gleichberechtigten Aufstiegschancen. Fragestellungen berühren z. B. die folgenden Aspekte:

- Wie ist es um die Aufstiegschancen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Unternehmen bestellt?
- Inwieweit sind Menschen mit Beeinträchtigungen in der Lage, ihre berufliche Situation durch Stellenwechsel und Mobilität zu verbessern?

An dieser Stelle soll betont werden, dass die Frage nach der den Fähigkeiten und Interessen entsprechenden Beschäftigung sich auch im Bezug auf die Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Integrationsprojekten und Werkstätten für behinderte Menschen bezieht. In diesem Kontext ist eine Über- oder Unterforderung bzw. der Wunsch nach einer beruflichen Tätigkeit außerhalb einer Werkstatt für behinderte Menschen zu erfragen.

9.4.2 Arbeitslosigkeit und Erschwernisse im Prozess der Arbeitssuche

Erwerbs- oder Arbeitslosigkeit können in direkter Verbindung mit Beeinträchtigungen stehen. Barrieren in der Arbeitsumwelt können dazu führen, dass ein Mensch mit Beeinträchtigungen eine Stelle aufgeben muss oder sie nicht annehmen kann. Nach solchen Barrieren sollte zukünftig gefragt werden. Der britische Life Opportunities Survey weist in diesem Zusammenhang auf den Anteil der arbeitssuchenden Menschen mit Beeinträchtigungen hin, die noch nie einer bezahlten Erwerbsarbeit nachgegangen sind.

Weiterhin ist zu erfragen, ob Menschen mit Beeinträchtigungen im Prozess der Arbeitssuche die notwendige Akzeptanz und Unterstützung erleben. Dies bezieht sich zum einen auf die Arbeitsverwaltung. In der Vorstudie wird empfohlen, die Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben, deren Träger auch die Bundesagentur für Arbeit sein kann, sowie das Förderinstrumentarium (SGB II, III, IX) und ihre Koordination, die Qualität der beruflichen Beratungen (Beratungsstandards, Schulung der Mitarbeitenden) sowie das System aus Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe aus Sicht der Betroffenen zu erfragen.⁵³⁹ Zum

⁵³⁹ Hornberg, C. et al. (2011): S. 93.

anderen ist abzubilden, ob aus Sicht der Arbeitssuchenden die potenziellen Arbeitgeber der Verpflichtung nachkommen, ihre Einstellungsentscheidung vorurteilsfrei zu treffen. Schließlich sind auch die Erfahrungen mit dem besonderen Kündigungsschutz von Beschäftigten mit Schwerbehinderung zu erfassen.

9.4.3 Übergang in die Rentenphase

Bezüglich des im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen geringeren durchschnittlichen Renteneintrittsalters sind Menschen mit Beeinträchtigungen zukünftig danach zu fragen, ob der vorgezogene Ausstieg aus der Erwerbsarbeit den tatsächlichen Wünschen entspricht.

9.4.4 Verfügbares Einkommen

Um aus den vorliegenden Einkommensindikatoren präzise Rückschlüsse auf die materiellen Handlungsspielräume von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ziehen zu können, sollten zukünftig Informationen über das verfügbare Einkommen nach Abzug des Grundbedarfs sowie von beeinträchtigungsbedingten Mehraufwendungen ergänzt werden.

Außerdem können bei Menschen, die in Heimen leben, die Verfügungsgewalt und der Zugang zu finanziellen Ressourcen In- bzw. Exklusionsfaktoren sein, die zu erfragen sind.⁵⁴⁰

9.4.5 Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Erwerbsarbeit und Einkommen“.

⁵⁴⁰ Hornberg, C. et al. (2011): S. 92.

Tabelle 9-3: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Erwerbsarbeit und Einkommen“

Gegenstandsbe- reich	Indikator
Teilhabebeschränkung im Erwerbsleben	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der erwerbstätigen Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die sich in der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit dauerhaft eingeschränkt fühlen o die über unterschiedliche Arten von Barrieren in der Arbeitswelt berichten o die noch nie erwerbstätig waren o die Erleichterungen sinnvoll fänden (andere Arbeitszeiten, andere Tätigkeiten, Assistenz, Ausstattung und Umgebung, Gebäudeeigenschaften, u. ä.) o die konkrete Diskriminierung in der Arbeitswelt erlebt haben - Gewünschter Erwerbsumfang von Menschen mit Beeinträchtigungen unter idealen Arbeitsbedingungen - Anteil der in Integrationsfirmen und WfbM Beschäftigten mit Behinderungen, die den Wunsch nach einer beruflichen Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt resp. eine Über- oder Unterforderung äußern
Erschwernisse im Prozess der Arbeitssuche	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der arbeitslos Gemeldeten mit Beeinträchtigungen, die Erschwernisse benennen (fehlende Qualifizierung, fehlende Arbeitsangebote, fehlende Transparenz, fehlende Vermittlungskompetenz u. ä.) - Anteil der Arbeitssuchenden mit Beeinträchtigungen, die Benachteiligungen in Bewerbungsverfahren erleben
Übergang in die Rentenphase	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen im Ruhestand, die gerne länger gearbeitet hätten
Verfügbares Einkommen	<ul style="list-style-type: none"> - Durchschnittlicher Anteil des Einkommens, der für behinderungsbedingte Aufwendungen ausgegeben wird (z. B. gesundheitliche Versorgung). - Höhe des verfügbaren Einkommens nach Abzug beeinträchtigungsbedingter Aufwendungen.

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

9.5 Alltägliche Lebensführung

Die Datenlage zur Beschreibung der Möglichkeiten und Grenzen einer alltäglichen Lebensführung ist sehr heterogen und lückenhaft. Mit Befragungsdaten aus unterschiedlichen Erhebungen können die Einschätzung der individuellen Wohnverhältnisse, die Zugänglichkeit öffentlicher Gebäude und Infrastruktur sowie die Nutzbarkeit von Fahrzeugen des öffentlichen Personennahverkehrs und der Deutschen Bahn dargestellt werden. Weiterhin liegen strukturelle Daten zum barrierefreien Wohnungsbestand, zum barrierefreien Bahn- und Busverkehr sowie Leistungsdaten zur Inanspruchnahme ambulanter Dienstleistungen und Pflegeleistungen vor.

Zum Bereich der Kommunikation liegen weder repräsentative personenbezogene noch verwertbare Strukturdaten vor. Auch in den übrigen aufgeführten Bereichen der alltäglichen Lebensführung sind für zentrale Aspekte keine aussagekräftigen Daten verfügbar. Im Folgenden werden Indikatoren zur Schließung dieser Lücken vorgeschlagen.

9.5.1 Wohnen

Im Bereich des Wohnens bedarf es eines empirischen Belegs dafür, inwieweit das in der UN-BRK festgelegte Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Beeinträchtigungen hinsichtlich der Wohnform und des Wohnortes realisiert wird. Wie häufig die Wohnbedingungen und das Wohnumfeld insgesamt ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Beeinträchtigungen ermöglichen, sollte zukünftig ebenso beantwortet werden können wie die Frage, welche konkreten Unterstützungsleistungen im Bereich des Wohnens benötigt und genutzt werden. Es sollten auch Informationen über Kinder, die in Pflegefamilien untergebracht sind, bereitgestellt werden.

Sowohl die Vorstudie zu diesem Bericht als auch der britische Life Opportunities Survey nehmen hierauf Bezug. Letzterer, indem er z. B. die Angemessenheit der Wohnung bei Menschen mit Beeinträchtigungen sowie ihre Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation und der Nachbarschaft erfragt.

9.5.2 Öffentlicher Raum

Für die Überprüfung der Zugänglichkeit, Erreichbarkeit und Nutzbarkeit des öffentlichen Raumes für Menschen mit Beeinträchtigungen sollten zukünftig differenzierte Abfragen entwickelt werden. Hierauf wird in der Vorstudie zum vorliegenden Bericht hingewiesen.⁵⁴¹

Die Konkretisierung kann sich wiederum am Life Opportunities Survey orientieren. Hier wird der Anteil der Personen erhoben, der über Schwierigkeiten bei der Benutzung oder Beschaffung von Gütern und Dienstleistungen berichtet. Dabei werden zentrale Bereiche (z. B. in ein Restaurant, Kino, Theater, Konzerthaus oder Museum gehen, Einkaufen gehen, in eine Bibliothek oder ein Sportstadion gehen, ein öffentliches Telefon benutzen, ein Bank- oder Versicherungsgebäude oder ein Hotel aufsuchen, etc.) abgefragt.

9.5.3 Mobilität

Um den Mobilitätsanforderungen des Alltags begegnen zu können, sind Menschen mit Beeinträchtigungen auf eine barrierefreie Verkehrsinfrastruktur als Fußgänger, Rad- und Autofahrer sowie Nutzer öffentlicher Nah- und Fernverkehrsangebote angewiesen. Die subjektiv wahrgenommene Barrierefreiheit in diesen Bereichen sowie der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die konkrete Schwierigkeiten bei der Nutzung verschiedener Verkehrsinfrastrukturen und -dienstleistungen haben, sollten daher zukünftig erhoben werden.⁵⁴² Neben solch detaillierten Abfragen zu einzelnen Verkehrsbereichen könnte ein aussagekräftiger Indikator auch darin bestehen, wie häufig Wege bzw. Reisen aufgrund von Barrieren – und welchen – nicht angetreten werden.

⁵⁴¹ Hornberg, C. et al. (2011): S. 106.

⁵⁴² Hornberg, C. et al. (2011): S. 106.

Ergänzend wird ein Indikator benötigt, der die bedarfsgerechte Verfügbarkeit von Mobilitätshilfen anzeigt. Hierauf weist das Academic Network of European Disability Experts hin.

9.5.4 Kommunikation

Das Gebot der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen an medialen Angeboten umfasst alle Kommunikationsformen (Telefon, Internet usw.) sowie Angebote wie Zeitschriften, Zeitungen, Bücher, Radio oder Fernsehen. Hier bestehen jeweils spezifische Anforderungen an einen barrierefreien Zugang. In der Vorstudie zu diesem Bericht wird darauf verwiesen, dass zukünftig eine nach Medienart differenzierte Erfassung barrierefreier Nutzungsmöglichkeiten erfolgen sollte.⁵⁴³ Hierüber gibt beispielsweise der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen Auskunft, die sich in ihren Nutzungsmöglichkeiten unterschiedlicher Medien aufgrund fehlender Angebote eingeschränkt fühlen. Welcher Art die jeweiligen Barrieren sind, sollte ebenfalls erhoben werden.

9.5.5 Ambulante Dienste, Assistenz und Pflege

Weiterhin sollte auch für den Bereich der persönlichen Assistenz, ambulanten Dienste und Pflegeleistungen dargestellt werden, ob Menschen mit Beeinträchtigungen alle Unterstützungsleistungen erhalten, die sie für ein selbstbestimmtes Leben im Alltag benötigen, wie gut diese Leistungen auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind und wie groß der organisatorische und finanzielle Aufwand für diese ist.

In der zitierten Vorstudie werden der Bedarf und die Nutzung von persönlichen Hilfs- und Assistenzleistungen im Zusammenhang mit weiteren Hilfsmitteln wie z. B. Rollstühlen thematisiert, die den Alltag erleichtern. Entscheidend bei den Hilfs- und Assistenzleistungen wie auch bei den Hilfsmitteln ist es, ob Maßnahmen, auf die ein rechtlicher Anspruch besteht, auch tatsächlich gewährt und in dem erforderlichen Umfang in Anspruch genommen werden können (zum Beispiel Assistenz bei gehörlosen und blinden Menschen).⁵⁴⁴

9.5.6 Mitwirkung und Mitbestimmung bei der Leistungsanspruchnahme

Die Mitwirkung und Mitbestimmung bei der Inanspruchnahme von Leistungen, die im SGB IX verankert sind, haben insbesondere in Einrichtungen große Bedeutung für eine selbstbestimmte Lebensführung. Um diese Rechte in Anspruch nehmen zu können, bedarf es zugänglicher und auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen abgestimmter Beratungsangebote. Indikatoren könnten die Information über und die Nutzung von Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechten erfragen sowie die subjektiv wahrgenommene Qualität und Reichweite der Mitbestimmung.

⁵⁴³ Hornberg, C. et al. (2011): S. 105.

⁵⁴⁴ Hornberg, C. et al. (2011): S. 106.

9.5.7 Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Alltägliche Lebensführung“.

Tabelle 9-4: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Alltägliche Lebensführung“

Gegenstands- bereich	Indikator
Wohnen	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die ihren Wohnort und ihre Wohnform nach ihren Vorstellungen gestaltet haben o die mit ihrer Wohnung sehr zufrieden / zufrieden / nicht zufrieden sind o die über unterschiedliche Barrieren beim Haus- und Wohnungszugang sowie innerhalb der Wohnung berichten o die mit ihrem Wohnumfeld sehr zufrieden / zufrieden / nicht zufrieden sind o die in der eigenen Wohnung auf unterschiedliche technische Hilfsmittel / Umbauten angewiesen sind und Anteil derjenigen, die diese Hilfsmittel erhalten
Öffentlicher Raum	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die über Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzung von Gebäuden im öffentlichen Raum berichten (Restaurants, Kinos, Theater, Konzerthäusern oder Museen, Geschäften, Bibliotheken, Sportstadien, öffentliches Telefon, Bank- oder Versicherungsgebäude, Hotels etc.)
Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die konkrete Schwierigkeiten bei der Nutzung verschiedener Verkehrsinfrastrukturen und -dienstleistungen haben (als Fußgänger, Rad- und Autofahrer, im Nah-, Fern-, Bahn-, Flugverkehr, bei der Informationsbeschaffung, auf dem Weg zum Verkehrsmittel, am Reiseziel etc.) o die auf Hilfsmittel bei der Nutzung unterschiedlicher Verkehrsdienstleistungen angewiesen sind
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen,, <ul style="list-style-type: none"> o die sich in ihren Nutzungsmöglichkeiten unterschiedlicher Medien aufgrund fehlender Angebote eingeschränkt fühlen o die über konkrete Barrieren bei der Nutzung unterschiedlicher Medien berichten
Assistenz	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die regelmäßig verschiedene Hilfs- und Assistenzleistungen in Anspruch nehmen o die sagen, dass die Beanspruchte Hilfs- und Assistenzleistungen ihren Bedürfnissen voll und ganz / in etwa / gar nicht entsprechen - Durchschnittlich Anzahl der Stunden pro Woche, in denen zuhause eine professionelle oder bezahlte Assistenz oder Krankenpflege zur Verfügung steht bzw. benötigt würde
Mitwirkung und Mitbestimmung	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die den Eindruck haben, dass ihren berechtigten Wünschen bei der Entscheidung über Leistungen entsprochen wird o die sagen, die benötigten Leistungen lassen ihnen ausreichend Raum für eine eigenverantwortliche Gestaltung ihrer Lebensumstände

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

9.6 Gesundheit

Anhand vorliegender Daten lässt sich im Teilhabefeld „Gesundheit“ ein umfassendes Bild vom subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand sowie vom psychischen Wohlbefinden zeichnen. Verglichen werden können zudem objektive Indikatoren wie die Zahl der Krankheitstage oder Arztbesuche. Auch lassen sich Indikatoren zum Gesundheitsverhalten sowie die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen abbilden.

Grundlegende Datenlücken bestehen aktuell in Bezug auf die Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen. Hier lassen sich derzeit nur anhand von Strukturdaten Aussagen treffen. Eine bessere Datengrundlage zu Erreichbarkeit, Verfügbarkeit, Nutzbarkeit und Erreichbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen ist nicht vorhanden. Ebenso fehlen Daten zur wahrgenommenen Zufriedenheit mit Gesundheitsangeboten, zur Bedarfsdeckung sowie Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen bei der Inanspruchnahme.

9.6.1 Zugänglichkeit allgemeiner und spezieller Gesundheitsleistungen

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist eine der zentralen Gewährleistungen der UN-BRK im Bereich Gesundheit. Es sollte daher geprüft werden, ob zukünftige Erhebungen erfassen könnten, wie Menschen mit Beeinträchtigungen die örtliche Zugänglichkeit zu allgemeinen und speziellen Gesundheitsleistungen und Versorgungseinrichtungen (z. B. Allgemein- und Fachärzte, Krankenhäuser, Physiotherapie, psychologische Dienste) erleben sowie welche Barrieren ihnen bei der Inanspruchnahme begegnen.

Zu berücksichtigen wären dabei einerseits physische Zugangsbarrieren, die sich auf die Erreichbarkeit, örtliche Verfügbarkeit sowie den Zugang zu den Räumlichkeiten der Versorgungseinrichtungen sowie den dort vorhandenen Behandlungseinrichtungen beziehen. Relevant wären andererseits inhaltliche Zugangsbarrieren, die auf eine fehlende Ausrichtung des Angebots, auf ggf. bestehende besondere Behandlungs- und Beratungsbedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen oder fehlende Erfahrung des Personals im Umgang mit dieser Personengruppe zurückzuführen sind. Zu prüfen ist überdies, ob erfasst werden könnte, inwieweit Angebote in Folge dieser Barrieren nicht in Anspruch genommen werden.

Im britischen Life Opportunities Survey werden folgenden Barrieren untersucht, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auftreten können:

- Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme, Terminfindung, Erreichbarkeit,
- Angst und Vertrauensverlust,
- Kommunikationsbarrieren,
- unerfahrenes Personal,

- fehlende Zugänglichkeit, Nutzbarkeit, Auffindbarkeit,
- fehlendes Angebot von Hausbesuchen.

Hinweise auf die Ausrichtungen der Angebote auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen würden auch Zufriedenheitsvergleiche zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in Bezug auf Behandlung, Beratung, Qualität und Passgenauigkeit von in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen sowie Heil- und Hilfsmitteln geben. Gegenstand einer Überprüfung könnte ebenso sein, ob die Bedarfe mit dem vorhandenen Angebot gedeckt werden oder ob von Menschen mit Beeinträchtigungen spezifische Unterstützungsleistungen benannt werden, die sie benötigen, aber zu denen bislang kein Zugang besteht.

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist eine sehr persönliche Angelegenheit und stark mit Vertrauen in die Kompetenz und Verschwiegenheit der Leistungserbringer verbunden. Aufgrund der Zugangsbarrieren sowie Einschränkungen bei der örtlichen Verfügbarkeit und Erreichbarkeit kann es sein, dass Menschen mit Beeinträchtigungen nur ein begrenztes Angebot offen steht. Erhebungen könnten daher auch die Frage behandeln, inwiefern sich Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrem Wunsch- und Wahlrecht eingeschränkt sehen.

Ein weiterer relevanter Indikator könnte sein, wie häufig und in welchem Umfang Menschen mit Beeinträchtigungen Diskriminierungen durch Anbieterinnen und Anbieter von Gesundheitsleistungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung erleben. Hierauf nimmt das Academic Network of European Disability Experts explizit Bezug.⁵⁴⁵

Notwendige Gesundheitsleistungen sollten unabhängig vom Einkommen in Anspruch genommen werden können. Befragungen könnten daher – analog zum Weltbericht Behinderung – auch den Zusammenhang zwischen den Kosten von Gesundheitsleistungen und der Nichtnutzung beleuchten.⁵⁴⁶

⁵⁴⁵ ANED (2009): S. 21.

⁵⁴⁶ World Health Organization (2011): S.65- 68.

9.6.2 Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Gesundheit“.

Tabelle 9-5: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Gesundheit“

Gegenstands- bereich	Indikator
Zugänglichkeit allgemeiner und spezieller Gesundheitsleistungen	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die von Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen berichten o die bestimmte Barrieren erleben o die aufgrund von Barrieren auf die Inanspruchnahme verzichten o die mit den in Anspruch genommenen Leistungen sehr zufrieden / zufrieden / nicht zufrieden sind o deren Bedarfe gar nicht gedeckt werden o deren Wunsch- und Wahlrecht im Bereich der gesundheitlichen Versorgung eingeschränkt ist o die Diskriminierungserfahrungen in Folge der Beeinträchtigung durch Anbieterinnen und Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen erleben o die Gesundheitsleistungen in Folge zu hoher Kosten nicht in Anspruch nehmen

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

9.7 Freizeit, Kultur und Sport

Die vielfältigen Arten und Funktionen von Freizeitaktivitäten verdeutlichen ihre herausragende Bedeutung für eine ausgeglichene Lebensführung. Anhand von Befragungs- und Strukturdaten können bisher allerdings nur begrenzte Aussagen zur Teilhabesituation von Menschen mit Beeinträchtigungen im Freizeitbereich gemacht werden. Sie beziehen sich auf die generelle Zufriedenheit mit den eigenen Freizeitaktivitäten, die Häufigkeit eines geselligen Beisammenseins mit Freunden und Bekannten sowie die Häufigkeit des Besuchs von unterschiedlichen Freizeitveranstaltungen. Strukturdaten geben Anhaltspunkte zur Barrierefreiheit von Gaststätten und Hotels sowie zum Umfang spezieller Sportangebote für Menschen mit Beeinträchtigungen, die allerdings zum Teil nur begrenzte Aussagekraft haben.

Vor allem fehlt es aber an Informationen zum gewünschten und tatsächlichen Freizeitverhalten differenziert nach unterschiedlichen Freizeitbereichen sowie zu Art und Umfang der vorgefundenen Barrieren.

Im Folgenden werden die zentralen Datenlücken in den Bereichen Freizeitgestaltung, kulturelle und sportliche Aktivitäten aufgezeigt und Vorschläge für zukünftig zu erhebende Indikatoren gemacht.

9.7.1 Besuch von öffentlichen Freizeit-, Kultur-, Sport und Erholungseinrichtungen

Die Teilnahme an Kultur-, Freizeit- und Sportaktivitäten konkretisiert sich in der Möglichkeit des Besuchs öffentlicher Einrichtungen. Ein Indikator bildet den Wunsch und die realisierte Häufigkeit von Theater-, Kinobesuchen, Restaurant-/Cafébesuchen und anderen außerhäuslichen Freizeitveranstaltungen ab. Der Vergleich der Teilhabe in diesen Bereichen zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen ohne Beeinträchtigungen zeigt den Grad der Inklusion auf.⁵⁴⁷ Barrieren, die die Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit einschränken, sollten aus Sicht der Menschen mit Beeinträchtigungen erfasst werden.

9.7.2 Aktive Ausübung sportlicher oder kultureller Aktivitäten

Neben dem Besuch von Freizeit-, Kultur- und Sportveranstaltungen ist die aktive Ausübung sportlicher und kultureller Aktivitäten ein zentraler Indikator in diesem Teilhabefeld. Daher sollten in diesem Zusammenhang zukünftig der Wunsch und die realisierte Häufigkeit selbst ausgeübter kultureller und sportlicher Aktivitäten erfragt werden. Dabei sind sowohl informelle als auch organisierte Aktivitäten zu erfassen. Auch hier sollten Barrieren, die die aktive Ausübung sportlicher und kultureller Aktivitäten erschweren, aus Sicht der Menschen mit Beeinträchtigungen erfasst werden.

9.7.3 Reisen

Die Reiseaktivitäten von Menschen mit Beeinträchtigungen werden durch den barrierefreien Nah- und Fernverkehr beeinflusst. Ausführungen hierzu befinden sich im Kapitel „Alltägliche Lebensführung“. Spezifische Informationen sollten zukünftig zur Verfügbarkeit barrierefreier Dienstleistungen rund um das Thema Reisen sowie zu den Bedingungen an den Reisezielen erhoben werden.

⁵⁴⁷ Hornberg, C. et al. (2011): S. 114

9.7.4 Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Freizeit, Kultur und Sport“.

Tabelle 9-6: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Freizeit, Kultur und Sport“

Gegenstands- bereich	Indikator
Besuch von öffentlichen Freizeit-, Kultur- und Erholungseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die über Barrieren beim Besuch von Freizeit-, Kultur- und Erholungseinrichtungen berichten o die mit der Häufigkeit des Besuchs von Freizeit-, Kultur- und Erholungseinrichtungen sehr zufrieden / zufrieden / nicht zufrieden sind - Art der häufigsten Barrieren, die einen Besuch von Freizeit-, Kultur- und Erholungseinrichtungen erschweren
Aktive Teilnahme an sportlichen oder kulturellen Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die von Barrieren bei der Ausübung sportlicher oder kultureller Aktivitäten berichten o die mit der Häufigkeit der aktiven Ausübung sportlicher oder kultureller Aktivitäten sehr zufrieden / zufrieden / nicht zufrieden sind - Art der häufigsten Barrieren bei sportlichen Aktivitäten, die einen Besuch von Freizeit-, Kultur- und Erholungseinrichtungen erschweren
Reisen	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die über Barrieren bei der Nutzung von Dienstleistungen rund um das Thema Reisen berichten o die über fehlende Barrierefreiheit an den Reisezielen berichten

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

9.8 Sicherheit und Schutz vor Gewalt

Gewalterfahrungen und fehlendes Sicherheitsgefühl stellen gravierende Einschränkungen der Lebensqualität und Teilhabemöglichkeiten sowie konkrete Gesundheitsrisiken dar. Menschen mit Beeinträchtigungen sind aufgrund ihres höheren Hilfebedarfs besonders gefährdet, gewalttätigen Handlungen ausgesetzt zu sein.

Die Häufigkeit des Erlebens körperlicher, psychischer und sexueller Gewalterfahrungen von Menschen mit Beeinträchtigungen kann bezogen auf verschiedene Kontexte anhand von aktuellen Studien dargestellt und mit Befunden von Menschen ohne Beeinträchtigungen verglichen werden. Recht pauschal lässt sich auch das Sicherheitsempfinden darstellen, allerdings ohne auf unterschiedliche Lebensbereiche eingehen zu können. Kennzahlen zu Unterstützungsleistungen, Betreuung bei Gewalterfahrungen und zum Gewaltschutz liegen jedoch nicht vor und werden im Folgenden erläutert.

9.8.1 Sicherheitsempfinden

In der Vorstudie zu diesem Bericht haben die Autorinnen das subjektiv wahrgenommene Sicherheitsgefühl in verschiedenen Lebensbereichen und Alltagssituationen als Einflussfaktor auf das Wohlbefin-

den von Menschen mit Beeinträchtigungen erläutert.⁵⁴⁸ Eine entsprechende Abfrage würde zukünftig Aussagen über die tatsächliche Gewaltfreiheit im Leben von Menschen mit Beeinträchtigungen vervollständigen. Sie sollte dahin gehend konkretisiert werden, inwieweit sich der tatsächliche Aktionsradius durch wahrgenommene Gefährdungen im Alltag verändert.

9.8.2 Gewaltschutz und Betreuung bei Gewalterfahrungen

Die Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Notrufvor- und -einrichtungen in allen Alltagssituationen ist eine Voraussetzung für einen effektiven Gewaltschutz. Auch hierauf weist die Vorstudie hin. Im Sinne der Gewaltprävention ist darüber hinaus zukünftig über vorhandene Schutz- und Kontrollmechanismen zu berichten, z. B. im Rahmen von Betreuungs- und Pflegesituationen, an Schulen oder anderen öffentlichen Einrichtungen.⁵⁴⁹

Ebenso ist das Vorhandensein von Unterstützungsangeboten für gewaltbetroffene Menschen mit Beeinträchtigungen wichtig, um das Erlebte verarbeiten zu können. Die Kenntnis entsprechender Angebote sowie die tatsächliche Nutzung im Bedarfsfall sollte daher zukünftig genauso erfragt werden wie die Barrieren, die einer Nutzung im Wege stehen.

⁵⁴⁸ Hornberg, C. et al. (2011): S. 109.

⁵⁴⁹ Hornberg, C. et al. (2011): S. 110.

9.8.3 Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Sicherheit und Schutz vor Gewalt“.

Tabelle 9-7: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Sicherheit und Schutz vor Gewalt“

Gegenstands- bereich	Indikator
Sicherheitsempfinden	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die über fehlende Sicherheit in unterschiedlichen Alltagszusammenhängen berichten (Zuhause, Nachbarschaft, öffentlicher Raum, ÖPNV, Arbeit etc.) o deren alltäglicher Aktionsradius sich durch fehlendes Sicherheitsempfinden verändert
Gewaltschutz und Betreuung bei Gewalterfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die angeben, Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Notrufvor- und -einrichtungen zu haben o die das Fehlen von Schutz- und Kontrollmechanismen z. B. im Rahmen von Betreuungs- und Pflegesituationen, an Schulen oder anderen öffentlichen Einrichtungen bemerken o die keine Kenntnis von Unterstützungsangeboten für Gewaltbetroffene haben o die solche Angebote im Bedarfsfall nicht oder nur eingeschränkt nutzen konnten - Art der Barrieren, die eine Nutzung einschränkte oder verhinderte.

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

9.9 Politik und Öffentlichkeit

Die Beschreibung der Teilhabesituation im Feld „Politik und Öffentlichkeit“ kann derzeit nur anhand weniger Indikatoren erfolgen. Sie lassen allgemeine Aussagen zur Zufriedenheit von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen mit der Demokratie, zu ihrem politischen Interesse und zur allgemeinen politischen Beteiligung zu.

Informationen über Barrieren bei der Ausübung des aktiven Wahlrechts sowie zur Mitgliedschaft und Mitwirkung in Parteien liegen nicht vor. Offen geblieben ist auch die Mitgliedschaft und Mitwirkung von Menschen mit Beeinträchtigungen an betrieblichen und überbetrieblichen Vertretungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Bereich der Wirtschaft sowie an Parteien. Weiterhin liegen für den zivilgesellschaftlichen Bereich kaum Daten über das Engagement von Menschen mit Beeinträchtigungen vor.

Im Folgenden werden Vorschläge unterbreitet, welche Daten benötigt werden, um die Möglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen, sich in der Öffentlichkeit zu informieren und an der öffentlichen Kommunikation beteiligen zu können, zu beschreiben.

9.9.1 Ausübung des aktiven Wahlrechts

Die Ausübung des aktiven Wahlrechts kann daran scheitern, dass Wahlen nicht barrierefrei gestaltet sind. Entsprechende Informationen sollten hierzu zukünftig erhoben werden. Dabei sind Barrieren beim Zugang zum Wahlgebäude bzw. Wohllokal zu berücksichtigen, aber auch die Gestaltung des formalen Wohlgangs kann die Ausübung des Wahlrechts einschränken. Ausreichend große Wahlkabinen sind notwendig, um Assistenz bei der Stimmabgabe unter Wahrung des Wahlheimnisses zu ermöglichen. Die Schulung der Wahlhelferinnen und -helfer ist notwendig, um Kommunikationsschwierigkeiten im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen zu vermeiden.

Lässt sich die eingeschränkte Erreichbarkeit der Wahlgebäude und -lokale durch die Anforderung von Briefwahlunterlagen umgehen, so sind Menschen mit Beeinträchtigungen u. U. darauf angewiesen, dass die Wahlunterlagen selber in Form und Inhalt so gestaltet sind, dass sie gut erfasst und ausgefüllt werden können. Ein entsprechender Bedarf sollte zukünftig erfragt werden.

Weiterhin sind Informationen zur Wahl barrierefrei zur Verfügung zu stellen, damit eine gut informierte Wahlentscheidung getroffen werden kann. Zu berücksichtigende Informationsquellen sind Wahlveranstaltungen, Hörfunk- und Fernsehberichte, Wahlprogramme und sonstiges Informationsmaterial der Parteien und Informationen durch die Wahlleiterinnen und Wahlleiter.

9.9.2 Politische Mitbestimmung

Um die Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich der Wirtschaft vertreten und durchsetzen zu können, sowie auch um das Mitbestimmungsrecht wahrnehmen zu können, ist die Zugänglichkeit der betrieblichen und überbetrieblichen Mitbestimmungsstrukturen in Betriebsräten, Aufsichtsräten und Gewerkschaften für Menschen mit Beeinträchtigungen zu gewährleisten. Inwiefern dies der Fall ist, kann durch direkte Fragen nach den Partizipationsmöglichkeiten und evtl. Barrieren für Erwerbstätige mit Beeinträchtigungen zukünftig geklärt werden.

Weiterhin sollte die Zugehörigkeit zu einer Partei, Gewerkschaft oder Nichtregierungsorganisation erhoben werden, um die politischen Mitgestaltungsmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen besser einschätzen zu können.

9.9.3 Zivilgesellschaftliches Engagement von Menschen mit Beeinträchtigungen

Das zivilgesellschaftliche Engagementpotenzial von Menschen mit Beeinträchtigungen sollte zukünftig ebenso erfasst werden, wie der tatsächliche Umfang und mögliche Barrieren des Engagements. Als Referenz kann hier wiederum der britische Life Opportunities Survey herangezogen werden, der ganz grundsätzlich nach dem informellen und formellen Ehrenamt von Menschen mit Beeinträchtigungen fragt. Hierauf aufbauend sind aktive Mitgliedschaften in Vereinen, Verbän-

den, Kirchen, etc., das gewünschte und tatsächliche Zeitbudget für das eigene Engagement sowie Gründe für eine mögliche Differenz und das zukünftige Interesse, sich aktiv zu engagieren, zu erfragen.

9.9.4 Zusammenfassung zusätzlicher Indikatoren

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Politik und Öffentlichkeit“.

Tabelle 9-8: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Politik und Öffentlichkeit“

Gegenstands- bereich	Indikator
Ausübung des aktiven Wahlrechts	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die Schwierigkeiten damit haben, im Vorfeld einer politischen Wahl an adäquate Informationen, etwa in leichter Sprache, Gebärdensprache oder mittels Untertiteln und Audiodeskription, zu gelangen o die bei der letzten Wahl Schwierigkeiten hatten, die Wahlkabine zu erreichen, barrierefreie Wahlunterlagen zu erhalten, oder eine Assistenz bei der Stimmabgabe mitzunehmen
Politische Mitbestimmung	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die <ul style="list-style-type: none"> o in betrieblichen oder überbetrieblichen Mitbestimmungsstrukturen aktiv sind o einer Partei, Gewerkschaft oder Nichtregierungsorganisation aktiv angehören
Zivilgesellschaftliches Engagement	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, <ul style="list-style-type: none"> o die sich aktiv in Vereinen, Verbänden, Kirchen etc. engagieren o die sich vorstellen können, sich in Zukunft politisch/sozial zu engagieren - Durchschnittliche Anzahl an Wochenstunden, die für soziales und politisches Engagement gerne aufgewendet würden bzw. aufgewendet werden - Gründe für die Diskrepanz zwischen gewünschtem und tatsächlich ausgeübtem Engagement (zu wenig Zeit, Kosten, Gesundheitszustand, Beeinträchtigungen, keine Begleitung, Erreichbarkeit)

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

Teil 6: Anhang

10 Wissenschaftlicher Beirat

Die Erstellung des Berichts wurde durch einen Wissenschaftlichen Beirat unterstützt, dem die folgenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler angehörten:

Prof. Dr. Elisabeth Wacker (Vorsitzende des Beirats)	Technische Universität Dortmund, Lehrstuhl für Rehabilitations- soziologie
Dr. Heinz-Willi Bach	Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, Mannheim und Schwerin; Volkswirtschaftslehre, Arbeitsmarkt- und Behindertenpolitik
Prof. Dr. Iris Beck	Universität Hamburg, Fakultät für Erziehungswissenschaft
Prof. Dr. Hans Förstl	Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. Swantje Köbsell	Universität Bremen, Behindertenpä- dagogik/ Inklusive Pädagogik
Prof. Dr. Andreas Kruse	Ruprecht-Karls-Universität Heidel- berg, Institut für Gerontologie
Prof. Dr. Eibe Riedel	Visiting Professor, Geneva Academy of International Humanitarian Law and Human Rights.; Prof.(em.), Uni- versität Mannheim.
Dr. Volker Sieger	VdK-Institut für barrierefreie Gestal- tung und Mobilität
Prof. Dr. Gudrun Wansing	Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Fachgebiet Behinde- rung und Inklusion

11 Glossar

Armutsgefährdung	Von einem armutsgefährdeten Haushalt wird gesprochen, wenn das bedarfsgewichtete Nettoeinkommen weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens (Median) in der Gesellschaft beträgt.
Ausbildungsberufe für Menschen mit Behinderung	Als (Ausbildungs-)Berufe für Menschen mit Behinderung werden Ausbildungsregelungen für Menschen mit Behinderungen bezeichnet, welche die zuständigen Stellen nach § 66 Berufsbildungsgesetz (bis 2005 § 48b BBiG) bzw. § 42m der Handwerksordnung (bis 2005 § 42b HwO) treffen können.
Barriere	Barrieren sind laut Weltbericht Behinderung „fehlende oder vorhandene Faktoren in der Umwelt einer Person, die die Funktionsfähigkeit einschränken und Behinderung schaffen. Beispiele sind unzugängliche Umgebungen, fehlende geeignete unterstützende Technologien oder negative Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen.“
Beeinträchtigung	Liegt aufgrund einer Schädigung von →Körperfunktionen oder →Körperstrukturen eine verminderte →Leistungsfähigkeit, z. B. beim Sehen, Hören, Gehen etc. vor, handelt es sich um eine Beeinträchtigung.
Behinderung	Erst wenn im Zusammenhang mit einer →Beeinträchtigung Teilhabe und Aktivitäten durch ungünstige →Kontextbedingungen dauerhaft eingeschränkt werden, wird in diesem Bericht abweichend vom Sprachgebrauch des SGB IX und der →ICF und dem Behinderungsverständnis der → UN-BRK entsprechend von Behinderung gesprochen; Laut Buchstabe e der Präambel der UN-BRK entsteht „Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren“.
Erwerbslosenquote	Die Erwerbslosenquote beschreibt den Anteil der Erwerbslosen an allen Personen des gleichen Alters, die entweder erwerbstätig oder erwerbslos sind.
Erwerbsminderung	Eine teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn Menschen wegen Krankheit oder Behinderung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht dazu in der Lage sind, mindestens sechs Stunden täglich zu arbeiten. Von einer vollen Erwerbsminderung wird ausgegangen, wenn weniger als drei Stunden täglich gearbeitet werden kann.
Erwerbsminderungsrente	Die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist eine Rentenleistung, die – unter bestimmten Voraussetzungen – gezahlt wird, wenn Menschen aufgrund ihres Gesundheitszustandes gar nicht oder nur noch eingeschränkt arbeiten können.

Erwerbstätigenquote	Die Erwerbstätigenquote gibt an, wie viel Prozent aller Menschen im erwerbsfähigen Alter tatsächlich einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Als erwerbstätig gilt nach Definition der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) jede Person, die in der Woche, in welcher sie danach gefragt wurde, einer bezahlten oder beruflichen Tätigkeit im Umfang von mindestens einer Stunde nachging.
Förderschule	Förderschulen dienen nach Definition der KMK „der Förderung und Betreuung körperlich, geistig und emotional benachteiligter sowie sozial gefährdeter Kinder, die nicht oder nicht mit ausreichendem Erfolg in allgemeinen Schulen unterrichtet werden können.“ ⁵⁵⁰
Funktionsfähigkeit	Funktionsfähigkeit wird in der →ICF als das Ergebnis einer Wechselwirkung oder komplexen Beziehung zwischen einem Gesundheitsproblem und →Kontextfaktoren aufgefasst. Die Funktionsfähigkeit wird in mehreren Domänen der Aktivitäten und der Partizipation gemessen.
GEDA-Studie – Gesundheit in Deutschland	Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) ist eine repräsentative Befragung mittels telefongestützter Interviews in Verantwortung des Robert Koch-Instituts. Im Mittelpunkt der Studie steht die kontinuierliche Beobachtung von Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie des Gesundheits- und Risikoverhaltens in der Bevölkerung. In diesem Zusammenhang werden auch der Status einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung sowie das Vorliegen einer lang andauernden oder chronischen Krankheit abgefragt. Darüber hinaus liefert die Studie Daten zu verschiedenen krankheitsbedingten Teilhabeeinschränkungen, zur Erwerbs- und Einkommenssituation und zur sozialen Eingebundenheit verschiedener Personengruppen.
Grad der Behinderung	Der Grad der Behinderung ist das Maß für die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund einer Behinderung im Sinne von § 2 SGB IX. Dieser wird nach § 69 SGB IX auf Antrag festgestellt.
ICF	Die „Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ – kurz ICF – ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickeltes Klassifikationssystem. Es klassifiziert →Funktionsfähigkeiten und →Behinderungen, die mit einem Gesundheitsproblem verbunden sind. Die Internationalen Klassifikationen der WHO ermöglichen eine „weltweite Kommunikation über Gesundheit und gesundheitliche Versorgung in verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften“.

⁵⁵⁰ KMK (2011a).

Inklusive Bildung	Inklusive Bildung bedeutete nach Auffassung der UNESCO-Kommission, „dass allen Menschen – unabhängig von Geschlecht, Religion, ethnischer Zugehörigkeit, besonderen Lernbedürfnissen, sozialen oder ökonomischen Voraussetzungen – die gleichen Möglichkeiten offen stehen, an qualitativ hochwertiger Bildung teilzuhaben und ihre Potenziale zu entwickeln.“
Integrationsprojekt	Integrationsprojekte sind (gemäß §§ 132-135 SGB IX) besondere Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarkts, in denen Menschen mit und ohne Schwerbehinderung zusammenarbeiten. Um betriebswirtschaftliche Nachteile auszugleichen, die durch die besondere Zusammensetzung der Belegschaft entstehen, erhalten Integrationsprojekte öffentliche Unterstützung.
KiGGS – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	Repräsentative Befragung zur Gesundheit der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren in Verantwortung des Robert Koch-Instituts. Die KiGGS-Studie (KiGGS Basiserhebung) wurde zwischen 2003 bis 2006 durchgeführt. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt auf Angaben zum Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten, in Kombination mit sozio-demografischen Informationen zu den Kindern und ihren Elternhaushalten (z. B. Alter, Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund, Haushaltseinkommen, Lebensbedingungen). Die KiGGS-Studie ist so angelegt, dass sie repräsentative Aussagen für die Altersjahrgänge der 0- bis 17-Jährigen in Deutschland ermöglicht.
Kontextfaktoren	Kontextfaktoren beschreiben Rahmenbedingungen, in denen sich Menschen befinden, und die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind. Laut ICF stellen sie „den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen dar.“ Zu unterscheiden sich dabei →personbezogene Faktoren sowie →Umweltfaktoren.
Körperfunktion	Körperfunktionen sind laut →ICF „die physiologischen Funktionen von Körpersystemen.“
Körperstrukturen	Körperstrukturen sind laut →ICF „die strukturellen oder anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, die nach Körpersystemen klassifiziert sind.“
Lebenslage	Mit dem Begriff Lebenslage wird die Gesamtheit der Ressourcen und Beschränkungen bezeichnet, die eine Person bei der Verwirklichung eigener Lebensvorstellungen beeinflussen.
Leistungsfähigkeit	Leistungsfähigkeit beschreibt laut →ICF „das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit, das eine Person in einer Domäne (der Aktivitäten- und Partizipationsliste) zu einem gegebenen Zeitpunkt erreichen kann“. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit kann nur in Bezug auf eine standardisierte Umwelt erfolgen, die unabhängig von den Lebensverhältnissen einen einheitlichen Einfluss ausübt.

Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung	Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der →UN-Behindertenrechtskonvention „dokumentiert sämtliche Maßnahmen, mit denen die Bundesregierung jetzt und in der Zukunft die Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft verfolgt.“
Personenbezogene Faktoren	Personenbezogene Faktoren sind laut →ICF ein wesentliches Element der → Kontextfaktoren. Sie sind „der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind.“ Hierzu zählen zum Beispiel das Geschlecht, Migrationshintergrund, Alter, Lebensstil, Gewohnheiten oder Erfahrungen. Personenbezogene Kontextfaktoren sind in der ICF zwar angelegt, bisher jedoch noch nicht klassifiziert.
Schädigung	Eine Schädigung liegt laut →ICF vor, wenn →Körperstrukturen oder →Körperfunktionen nicht mehr vorhanden sind oder dauerhaft eine wesentliche Abweichung von geltenden statistischen Normen aufweisen.
Schwerbehinderung	Menschen sind im Sinne des Teils 2 des SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.
Soziale Entschädigung	Wer einen gesundheitlichen Schaden erleidet, für dessen Folgen die Gemeinschaft in besonderer Weise einzustehen hat, hat Anspruch auf Versorgung und Fürsorge im Rahmen der Sozialen Entschädigung nach dem BVG. Die Soziale Entschädigung soll helfen, die gesundheitlichen und die oft auch damit verbundenen wirtschaftlichen Folgen zu beseitigen oder zu verbessern und, wenn erforderlich, das Geschehene zumindest finanziell abzumildern. Der anspruchsberechtigte Personenkreis umfasst die Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen des Zweiten Weltkriegs, die Opfer von Gewalttaten, Wehr- und Zivildienstbeschädigte, Impfgeschädigte oder Opfer staatlichen Unrechts in der DDR und deren jeweilige Hinterbliebene. Die Leistungen umfassen Rentenleistungen, Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung sowie darüber hinausgehenden Fürsorgeleistungen bei Bedarf durch besondere Hilfen im Einzelfall.
Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)	Das Sozio-oekonomische Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung ist die größte und am längsten laufende multidisziplinäre Langzeitstudie in Deutschland. Im Jahr 2010 wurde bereits die 27. Datenerhebung durchgeführt. Für das SOEP befragen jedes Jahr etwa 600 Interviewerinnen und Interviewer vom Umfrageinstitut TNS Infratest Sozialforschung mehr als 20.000 Menschen in rund 11.000 Haushalten. Dabei kommen sowohl ein Haushaltsfragebogen, ein Personenfragebogen für alle im Haushalt lebenden Personen ab 16 Jahren sowie verschiedene Zusatzfragebögen zum Einsatz.

Die Befragungsschwerpunkte liegen auf sozial-ökonomischen Daten zu Einkommen, Erwerbstätigkeit, Bildung und Gesundheit.

Sonderpädagogischer Förderbedarf

Ein sonderpädagogischer Förderbedarf liegt nach KMK Empfehlung zur sonderpädagogischen Förderung bei Kindern und Jugendlichen vor, „die in ihren Bildungs-, Entwicklungs- und Lernmöglichkeiten so beeinträchtigt sind, dass sie im Unterricht der allgemeinen Schule ohne sonderpädagogische Unterstützung nicht hinreichend gefördert werden können.

Teilhabe

Mit Teilhabe oder Partizipation wird laut →ICF die „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“ bezeichnet. In diesem Bericht wird anhand von verschiedenen Indikatoren aus verschiedenen Lebensbereichen beschrieben, wie gut die Teilhabe gelingt, d. h. ob Menschen mit Beeinträchtigungen die gleichen Chancen haben wie Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Umweltfaktoren

Umweltfaktoren sind laut →ICF ein wesentliches Element der → Kontextfaktoren. Sie bezeichnen „die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten.“ Kennzeichen von Umweltfaktoren ist, dass sie außerhalb des Individuums liegen. Je nach Ausprägung können sie sich positiv oder negativ auf die Leistung zur Durchführung von Aufgaben bzw. Handlungen oder auf Körperfunktionen und -strukturen auswirken. Zu den Umweltfaktoren gehören zum Beispiel Produkte und Technologien, die natürliche Umwelt, Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen sowie Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze.

UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen (kurz UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK) ist ein völkerrechtlicher Vertrag, der bereits bestehende Menschenrechte für die Lebenssituation behinderter Menschen konkretisiert. Durch die UN-BRK wurden verpflichtende Anforderungen an die unterzeichnenden Staaten eingeführt, die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen den Menschenrechten entsprechend auszugestalten.

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen sind (gemäß §§ 136 -144 SGB IX) Einrichtungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie richten sich an Menschen mit Behinderungen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können.

12 Abkürzungsverzeichnis

BBiG	Berufsbildungsgesetz
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
DB	Deutsche Bahn
DBR	Deutscher Behindertenrat
DBS	Deutscher Behindertensportverband
FrühV	Frühförderungsverordnung
GdB	Grad der Behinderung
GEDA	Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HwO	Handwerksordnung
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
InbeQ	Individuelle betriebliche Qualifizierung
KiGGS	Studie „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“
KMK	Kultusministerkonferenz
Mio	Millionen
resp.	respektive
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
u. U.	unter Umständen
u.a.	unter anderem
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
VDV	Verband Deutscher Verkehrsunternehmen
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen
z.B.	zum Beispiel

13 Literaturverzeichnis

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2004): Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker«, Bonn.

Download unter:

http://www.apk-ev.de/publikationen/0013_Individuelle%20Wege_gesamt.pdf.

Alich, S. (2010): Angehörige erwachsener Menschen mit Behinderung, Hamburg.

ANED (2009): Indicators of Disability Equality in Europe (IDEE). A preliminary list of indicator proposals for discussion, Leeds.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (2010): Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe –AGJ, Hamburg.

Download unter: http://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20%282%29.pdf.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010): Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel, Berlin.

Download unter:

http://www.bildungsbericht.de/daten2010/bb_2010.pdf

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012): Bildung in Deutschland 2012. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf, Berlin. Download unter:

http://www.bildungsbericht.de/daten2012/bb_2012.pdf

Bach, H. W. (2011): Berufliche Partizipation blinder, sehbehinderter und mehrfach behinderter Hochschulabsolventen in Deutschland - der Einfluss von Beratung, Berichte/Reports der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit Band 4, Mannheim 2011.

Backhaus, K. et al. (2008): Multivariate Analysemethoden. Eine anwenderorientierte Einführung, 12. Auflage, Heidelberg.

Barmer GEK (2012): Heil- und Hilfsmittelreport, St. Augustin.

Barmer GEK (2012): Gesundheitsreport 2012, Berlin.

Download unter:

https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Arbeitgeberportal/Gesundheit_20im_20Unternehmen/Gesundheitsreport/Gesundheitsreport-2012.html?w-cm=CenterColumn_tdocid

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) (2011): Betreuung von demenzkranken Menschen im Allgemeinkrankenhaus, München.

Beck, I. (2002a): Die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung – soziale und strukturelle Dimensionen. In: Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum 11. Kinder- und Jugendbericht. Band 4, München.

Beck, I. (2002b): Die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und ihrer Familien in Deutschland: soziale und strukturelle Dimensionen. In: Hackauf, Horst et al. (Hrsg.): Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen, München, S. 178-317.

Bellingrath, J. et al. (2009): Aspekte des Belastungserlebens von Eltern mit behinderten Kindern. In: Heilpädagogische Forschung 1, S. 146-154.

Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009): Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt, Berlin.

Bickel, H. (2013): Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, C.W., Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen, 2. Auflage, S. 18-35 (im Erscheinen).

Bieker, R. (2005): Teilhabe am Arbeitsleben – Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung, Stuttgart.

Bielefeldt, H. (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention, Essay Nr. 5 des Deutschen Instituts für Menschenrechte, Berlin.

Download unter:

http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Essay/es-say_zum_innovationspotenzial_der_un_behindertenrechtskonvention_auflage3.pdf .

BKK Bundesverband (2012): BKK Gesundheitsreport 2011, Essen.

Blancke, S. et al. (2000): Employability („Beschäftigungsfähigkeit“) als Herausforderung für den Arbeitsmarkt – Auf dem Weg der zur flexiblen Erwerbsgesellschaft – Eine Konzept- und Literaturstudie, Stuttgart.

Boban, I., Hinz, A. (2003): Index für Inklusion. Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln, Halle.

Bonß, W. (2002): Zwischen Erwerbsarbeit und Eigenarbeit – Ein Beitrag zur Debatte um die Arbeitsgesellschaft. In: Arbeit, 11(14): S. 5-20.

Brosius, F. (2008): SPSS 16, Heidelberg.

Bullinger M. et al. (1994): KINDL – Ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, II(1), S. 64-77.

Bundesagentur für Arbeit (2012a): Arbeitsmarkt 2011, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2012b): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Der Arbeitsmarkt für schwerbehinderte Menschen. Veröffentlichung der Arbeitsmarktberichterstattung, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2012c): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Rehabilitanden in ausgewählten arbeitsmarktpolitischen Instrumenten - nach der Kostenträgerschaft im Rechtskreis SGB III und SGB II - ohne Förderinformationen der zugelassenen kommunalen Träger, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2012d): Finanzauswertungssysteme der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (o. J.): Statistik über Leistungen nach dem SGB III. Berufsausbildungsbeihilfe, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld. Download unter:
http://statistik.arbeitsagentur.de/nn_226986/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=224842&year_month=201012&year_month.GROUP=1&search=Suchen (letzter Zugriff am 26.11.2012).

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2008-2012): Jahresberichte 2007/2008 bis 2011/2012 - Hilfen für schwerbehinderte Menschen, Wiesbaden.

Bundesinstitut für Berufsbildung (2012): Anzahl der Ausbildungsberufe. Download unter:
<http://www.bibb.de/de/wlk26560.htm> (letzter Zugriff am 10.09.2012).

Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (2011): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2011, Bonn.

Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (2012): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2012, Bonn

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2001): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010): Berufsbildungswerke. Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung junger Menschen, Bonn. Download unter:
http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a714-berufsfoerderungswerke-einric-373.pdf;jsessionid=8627F17E7DAFDA2CCA698CE9A45C76E1?__blob=publicationFile

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011a): Berufsbildungswerke. Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation junger Menschen, Bonn.

Download unter: -

http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a713-berufsbildungswerke-einrichtu-633.pdf?__blob=publicationFile

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011b): Ratgeber für Menschen mit Behinderung, Stand Januar 2011, Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2011b): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012): Statistik der Versorgung von Kriegsoptionen und gleichgestellten Personen, Anpruchsmonat 82012, Berlin.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2012. 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): 12. Kinder- und Jugendbericht, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2012): Dritter Zwischenbericht zur Evaluation des Kinderförderungsgesetzes, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2012): Achter Familienbericht. Zeit für Familie – Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung.

Download unter:

<http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2011): Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Forschungen Heft 147, Berlin.

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (2001): Gesundheit und Behinderung – Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen, Reutlingen.

Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 21. Juni 2012 (BGBl. I S. 1391) geändert worden ist.

Cassirer, E. (1982): Philosophie der symbolischen Formen. Band III, Darmstadt.

DAK (2012): Gesundheitsreport 2012, Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Job, Gene, Lebensstil - Risiko fürs Herz?, Hamburg.

Dangschat, J. (2005): Raumkonzept zwischen struktureller Produktion und individueller Konstruktion. In: Ethnolcripts, 9 (1).

DB Station & Service AG (Hrsg.) (2012): Geschäftsbericht 2011. Download unter:
http://www1.deutschebahn.com/file/2350476/data/2011_gb_dbstation_undservice.pdf.

DB Vertrieb GmbH (Hrsg.) (2010): Das 1. Programm der Deutschen Bahn AG. Wichtige Meilensteine der Deutschen Bahn AG auf dem Weg zur Barrierefreiheit. Rückblick Maßnahmen 2005 – 2010: S. 14f. Download unter:
http://www.bahn.de/p/view/mdb/pv/mobilit_t/barrierefrei___neu/MDB104489-2012.pdf.

Deutsche Akademie für Rehabilitation e. V., Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (Hrsg.) (2012): Abschlussbericht. Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure, Berlin.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.) (2010): Selbsthilfe Demenz. Das Wichtigste. Die Epidemiologie der Demenz, Berlin. Download unter:
http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_10.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2012): Adressliste Sozialpädiatrische Zentren. Download unter:
http://www.dgspj.de/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=63.

Deutsche UNESCO-Kommission (Hrsg.) (2005): Übereinkommen über den Schutz und die Förderung der Vielfalt kultureller Ausdrucksformen, Paris.

Deutsche UNESCO-Kommission (Hrsg.) (2009): Inklusion. Leitlinien für die Bildungspolitik, Bonn.

Deutscher Bundestag (2001): Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, BT-Drs. 14/5074.

Deutscher Bundestag (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, Berlin.

Deutscher Bundestag (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft, Berlin.

Deutscher Bundestag (2012): Schriftliche Fragen mit den in der Woche vom 2. April 2012 eingegangenen Antworten der Bundesregierung. Drucksache 17/9263.

Download unter

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/092/1709263.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (2012a): Homepage des Fachausschusses Betreutes Wohnen in Familien – www.bwf-info.de (letzter Zugriff am 5.10.2012).

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (2012b): Erhebung von Reinhold Eisenhut für den Fachausschuss Betreutes Wohnen in Familien im Jahr 2012, Reutlingen.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2008 bis 2011): Geschäfts- und Rechnungsberichte der Gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der Öffentlichen Hand 2007 bis 2010, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2011): Rentenversicherung in Zeitreihen, Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2008): Eckpunkte des Deutschen Vereins zur sozialräumlichen Ausgestaltung kommunalen Handelns, Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2011): Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, Berlin.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Köln.

Deutsches Studentenwerk (Hrsg.) (2012): Beeinträchtigt studieren. Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2011, Berlin.

Dieckmann, F. et al. (2010): Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe, Münster.

Driller, E. et al. (2008): Die INA-Studie: Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe. Freiburg.

Eiermann, N. et al. (2000): Live. Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung: Lebenssituation, Bedarfslagen und Interessenvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 183, Stuttgart.

Eikermann, B. (2005): Integration psychisch Kranker: Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben. In: Dtsch Arztebl 2005; 102: S. 1104-1110.

Engelbert, A. (2012): Familie und Behinderung. In: Beck, I., Feuser, G., Jantzen, W., Wachtel, P. (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation – Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik., Bd. 5: Lebenslagen und Lebensbewältigung. Stuttgart: Kohlhammer, (im Erscheinen).

Engels, D. (2006): Lebenslagen und soziale Exklusion, Thesen zur Reformulierung des Lebenslagenkonzepts für die Sozialberichterstattung. In: Sozialer Fortschritt (5), S. 109-117.

Engels, D. (2008): Lebenslagen. In: Maelicke, B. (Hrsg.): Lexikon der Sozialwirtschaft, Baden-Baden.

Enquête-Kommission Bürgerschaftliches Engagement (Hrsg.) (2002): Bürgerschaftliches Engagement – auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft, Opladen.

Europäische Kommission (Hrsg.) (2011): Ihre Rechte der sozialen Sicherheit in Deutschland.

Download unter:

http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Germany_de.pdf (letzter Zugriff am 04.10.2012)

Fegert, J., Besier, T. (2009): Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, Ulm.

Download unter:

http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Expertise_Fegert_Besier_psychbelast_Kinder.pdf.

Forschungsverbund Gewalt gegen Männer (Hrsg.) (2004): Gewalt gegen Männer in Deutschland. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Abschlussbericht der Pilotstudie.

Download unter:

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/studie-gewalt-maenner-langfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>.

Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, S. 1419ff, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008).

GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2009): Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 6. Oktober 2009, Berlin.

Download unter:

http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_9515.pdf

Gumpert, H. (2009): Wenn die Töchter nicht mehr pflegen – Geschlechtergerechtigkeit in der Pflege. Werkstattbericht im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Günster, C. et al. (2012): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter, Stuttgart.

Haas, R. (2012): Gefangen im Teufelskreis aus Angst und Verantwortung. In: Klinikmagazin 2012.

Download unter:

<http://www.klinikmagazin.de/Kinder-und-Jugendpsychiatrie.593.0.html>.

Habermas, J. (1990): Strukturwandel der Öffentlichkeit, Frankfurt a. M.

Hanke, O. (2007): Strategien der Gewaltprävention an Schulen. In: Deutsches Jugendinstitut, Arbeitsstelle Kinder und Jugendkriminalitätsprävention (Hrsg.): Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter. Eine Zwischenbilanz, München.

Hasseler, M., Görres, S. (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung, Hannover.

Heckmann, C. (2004): Die Belastungssituation von Familien mit behinderten Kindern. Soziale Netzwerke und professionelle Dienste als Bedingungen für die Bewältigung, Heidelberg.

Hellmann, M. et al. (2007): Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in ihren Familien, Hannover.

Hermes, G. (2003): Zur Situation behinderter Eltern - Unter besonderer Berücksichtigung des Unterstützungsbedarfs bei Eltern mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde des Fachbereichs Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg.

Hermes, G. (2010): Sind Elternschaft und Behinderung miteinander vereinbar? Ein Beitrag zu Barrieren und Unterstützungsmöglichkeiten für behinderte Mütter und Väter.

Download unter: bidok - Volltextbibliothek

<http://bidok.uibk.ac.at/library/hermes-elternschaft.html#id934866>.

Hirschberg, M. (2009): Behinderung im internationalen Diskurs. Die flexible Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation, Frankfurt/Main.

Hofmeister, G. et al. (2009): Selbstbestimmt Wohnen im Al-

ter – Gestaltung sozialer Infrastruktur für Menschen mit Behinderung angesichts demografischer Herausforderungen, Hofgeismar.

Hollander, J., Mair, H. (2004): Den Ruhestand gestalten. Abschlussbericht, Münster.

Hölling, H. et al. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50: 784-793.

Hornberg, C. et al. (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.) und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42, Berlin.

Hornberg, C. et al. (2011): Endbericht „Vorstudie zur Neukonzeption des Behindertenberichtes“, Bielefeld, Bochum, Frankfurt a. M.

Hurrelmann, K. (2010): Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim.

Hurrelmann, K., Franzkowiak, P. (2004): Gesundheit. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Hamburg.

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (Hrsg.) (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Abschlussbericht, Köln. Auftraggeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Download unter:

http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fruehfoerde-rung_ISG_Endbericht_2008_Rei.pdf?__blob=publicationFile

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (Hrsg.) (2012): Strukturelle und finanzielle Hindernisse bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung gem. § 26 Absatz 2 Nr. 2 i. V. m. §§ 30 und 56, Absatz 2 SGB IX. Abschlussbericht, Auftraggeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Jürgens, A. (1999): 5 Jahre Benachteiligungsverbot – eine juristische Bilanz. Tagungsreferat, Berlin.

Download unter:

http://www.netzwerk-artikel-3.de/dokumente/cat_view/63-benachteiligungsverbot.

Kardorff, E. (2010): Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen. Soziologische Anmerkungen zu einer ärgerlichen gesellschaftlichen Tatsache und einem fortlaufenden Skandal. In: Kerbe 4/2010.

Kardorff, E., Ohlbrecht, H. (2006): Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel - soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation. In: Heilpädagogik

Online, Ausgabe 03/06.

Download unter:

http://www.heilpaedagogik-online.com/2006/heilpaedagogik_online_0306.pdf.

Klein-Haar, A., Roters-Möller, S. (2010): Den Ruhestand gestalten lernen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen, Heft 05/2010.

Klenk, Hoursch (2012): Aktion Mensch Barriereindex (Bevölkerung), Online-Befragung April 2012.

Klie, T., Hils, A. (2009): Care und Bürgerschaftliches Engagement. Zur Bedeutung freiwilligen Engagements in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf, Freiburg.

Download unter

http://www.wzb.eu/sites/default/files/u13/expertise_klie-hils.pdf.

KMK (2011a): Definitionenkatalog zur Schulstatistik 2011, Berlin.

Download unter:

<http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Defkat2011.pdf>

KMK (2011b): Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011, Berlin.

Download unter:

http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_10_20-Inklusive-Bildung.pdf

KMK (2012): Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Dokumentation Nr. 196, Berlin.

Komp, E. (2006): Sinnerfüllte Lebensphase Alter für Menschen mit geistiger Behinderung. Eine explorative Studie, Neuwied.

Kontaktgespräch Psychiatrie (2012): Stellungnahme der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Freiburg, Berlin, Stuttgart, S. 5, 10-14.

Download unter:

http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dgsp/Texte__Anmelde_coupons_als_PDF/Kontaktgespraech_Psychiatrie__Stellungnahme_zur_UN-Konvention.pdf

Kuhlmann, A. et al. (2009): Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune, Dortmund.

Kurth, B. (2012): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). In: Bundesgesundheitsblatt 2012.

Lampert, T. (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm, K. et al. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Lang, M. et al. (2012): Belastung von Eltern behinderter Kleinkinder. Eine vergleichende Studie an Frühförderstellen für geistig behinderte, hörgeschädigte und blinde bzw. sehbehinderte Kinder. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 2/2012, S.112-123.

Lebenshilfe (2009): Gewusst wo. Erste Orientierung im Leistungsrecht für Kinder mit Behinderung und ihre Eltern, Marburg.

Machleidt, W. et al. (2007): Die Sonnenberger Leitlinien – Programmatik und Handlungsimpulse für eine bessere psychiatrisch/ psychotherapeutische Versorgung von Migranten, Hannover. In: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, Berlin.

Mair, H. (2006): Inklusion heißt Handlungsräume und Teilhabemöglichkeiten eröffnen. In: Landesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte Baden-Württemberg (Hrsg.): 50plus – Menschen mit Behinderung im Alter, Tagungsdokumentation, Stuttgart.

Mann, N. (2006): Freizeit ohne Behinderung? Die Bewertung freizeitpädagogischer Ferienangebote für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung durch deren Eltern, Wien.

Download unter:

<http://bidok.uibk.ac.at/library/mann-freizeit-dipl.html#id591800>.

Mayer, K.U., Wagner, M. (2010): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im Alter. In: Lindenberger, U. et al. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, Berlin, 3., erweiterte Auflage.

Mettejat, F., Remschmidt, H. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. In: Dtsch Arztebl 2008; 105(23): S. 413-418.

Metzler, H. (2002): Gegenwärtige Diskussion zur Rehabilitation und Teilhabe älterer behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft und die Perspektive der weiteren Entwicklung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Lebenswelten älterer Menschen mit Behinderung, Frankfurt.

Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland - Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen, Hamburg.

Meyer, T. (2005): Die Zukunft der sozialen Demokratie, Bonn.

Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention (2011): Eckpunkte zur Verwirklichung eines inklusiven Bildungssystems (Primarstufe und Sekundarstufen I und II). Empfehlungen an die Länder, die Kultusministerkonferenz (KMK) und den Bund, Berlin.

Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention (2012): Pressemitteilung: Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention fordert "Disability Survey" - zum 26. März, Jahrestag des Inkrafttretens der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland.

Download unter:

<http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/de/presse/pressemitteilungen.html>

Mörth, I. (2005): Freizeitsoziologie, Linz.

Müller, U., Schröttle, M. (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bielefeld.

Neidhard, F. (1994): Öffentlichkeit, öffentliche Meinung, soziale Bewegungen. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 34, S. 7-41.

Neumann, P. et al. (2004): Ökonomische Impulse eines barrierefreien Tourismus für alle, 2. Auflage, Berlin.

Neumann, P. et al. (2008): Barrierefreier Tourismus für Alle in Deutschland. Erfolgsfaktoren und Maßnahmen zur Qualitätssteigerung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.

OECD (Hrsg.) (2003): Behindertenpolitik zwischen Beschäftigung und Versorgung, Frankfurt / New York.

Olzen, D., Uzunovic, H. (2009): Die Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf die Unterbringung und Zwangsbehandlung nach § 1906 BGB und §§ 10 ff. PsychKG NRW, Düsseldorf. Download unter:
http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/Gutachten/gutachten-zur-behindertenrechtskonvention.pdf.

Opaschowski, H. W. (1997): Einführung in die Freizeitwissenschaft. 3. Auflage, Opladen.

Palleit, L. (2011): Gleiches Wahlrecht für alle? Menschen mit Behinderungen und das Wahlrecht in Deutschland. Policy Paper Nr. 18 des Deutschen Instituts für Menschenrechte, 2., überarbeitete Auflage, Berlin.

Pfaff, H. (2012): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2009. In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, März 2012.

Richter, D. (2010): Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft. Auswirkungen und Folgen für Menschen mit psychischen Behinderungen. In: Kerbe 2/2010.

Richter, D. et al. (2006): Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. In: Gesundheitswesen 2006; 68.

Riedel, E. (2010): Zur Wirkung der internationalen Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung und ihres Fakultativprotokolls auf das deutsche Schulsystem. Gutachten erstattet der Landesarbeitsgemeinschaft Gemeinsam Leben, Gemeinsam Lernen Nord-

rhein-Westfalen in Projektpartnerschaft mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeinsam Leben, Gemeinsam Lernen und dem Sozialverband Deutschland (SoVD), Berlin.

Robert Koch-Institut (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Robert Koch-Institut (2011): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. In: GBE Kompakt, 7/2011.

Robert Koch-Institut (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«, Berlin.

Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin.

Rohrmann, A. (2010): Inklusives Gemeinwesen – ein behindertenpolitisches Handlungskonzept. Vortragsmanuskript, Siegen.

Download unter:

http://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/aktuelle/teilhabeplanung_fmb/pdf/vortrag_rohrmann_siegen_27092010.pdf

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg., 2011): Ergebnisprotokoll der 88. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder am 23./24. 11. in Leipzig.

Download unter:

http://www.sms.sachsen.de/download/Verwaltung/Protokoll_extern.pdf.

Schäper, S. et al. (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen – Ergebnisse einer Literaturanalyse und Expertenbefragung, Münster.

Schaub, D. et al. (2012): Comparison of self- and clinician's ratings of Personal and Social Performance in patients with schizophrenia: the role of insight. In: *Psychopathology*. 2012; 45(2): S. 109-116.

Scheidt-Nave, C. et al. (2007): Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50: S. 750–756.

Scheidt-Nave, C. et al. (2008): Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51: S. 592-601.

Schenk, L. et al.: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2007 50: S. 590–599.

Schneekloth, U., Wahl, H.W. (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“, München.

Schneekloth, U., Wahl, H.W. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, München.

Schrötte, M. et al. (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland – Kurzfassung, Bielefeld/Frankfurt/Köln/Berlin.

Semmer, N., Udris, I. (2004): Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: Schuler, H. (Hrsg.): Lehrbuch Organisationspsychologie, 3. Auflage, Bern, S. 157-194.

Seyd, W. et al. (2008): Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen am Arbeitsleben. Individuelle Integrationspfade, Hamburg. Download unter:
http://www.ibw.uni-hamburg.de/documents/personen/seydwolfgang/gesamtfassung_19_9_2008.pdf.

Sieger, V. (2009): Barrierefreiheit in den Bereichen Bauen und Verkehr in Deutschland im Spiegel der UN-Behindertenrechtskonvention. Download unter:
<http://www.institut-bgm.de/mime/00055897D1238597805.pdf>.

Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Landesverband Berlin, Christlich Demokratische Union, Landesverband Berlin (2011): Koalitionsvereinbarung für die Legislaturperiode 2011-2016 vom 21.11.2011, Berlin. Download unter:
http://www.berlin.de/imperia/md/content/rbm-skzl/koalitionsvereinbarung/koalitionsvereinbarung_2011.pdf?start&ts=1323092158&file=koalitionsvereinbarung_2011.pdf

Stanjek, P. (2006): Soziale Netzwerke und Empowerment - Modelltransfer des ZWAR-Konzeptes in die Behindertenarbeit, Dortmund.

Statistisches Bundesamt (2008 bis 2011): Statistik der Eingliederungshilfe 2007 bis 2010, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009 und 2011): Statistik der Kriegsopferfürsorge 2008 und 2010, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010): Statistisches Jahrbuch 2010, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011): Statistisches Jahrbuch 2011, Wiesbaden, S. 226.

Statistisches Bundesamt (2011a): Bildung und Kultur. Berufliche Bildung. Fachserie 11, Reihe 3. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011b): Schuljahr 2010/2011. Allgemeinbildende Schulen, Wiesbaden.

Download unter:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/AllgemeinbildendeSchulen2110100117004.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (2011c): Statistisches Jahrbuch 2011, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012): Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2010, Wiesbaden.

Download unter:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Sozialleistungen/ErgebnisseSozialhilfe2010_032012.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (2012a): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2010, Wiesbaden.

Download unter:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/SonstigeEinrichtungen5225403109004.pdf?__blob=publicationFile.

Stein, P. (2011): Skript zur Clusteranalyse, Duisburg.

Download unter:

http://www.uni-due.de/imperia/md/content/soziologie/stein/skript_clusteranalyse_sose2011.pdf.

Tesch-Röhmer, C., Wurm, S. (2009): Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und zum Altern. In: Böhm, K. et al. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Tiedemann, C. (2011): Sport – Vorschlag einer Definition, Hamburg.

Download unter:

<http://www.sportwissenschaft.uni-hamburg.de/tiedemann/documents/sportdefinition.html>.

Tigges, W., Langguth-Wasem, V. (2012): Bürgerschaftliches Engagement von Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung. In: BBE-Newsletter 17/2012.

Tippelt, R. et al. (2009): Bildung Älterer, Chancen im demografischen Wandel, Bielefeld.

UNESCO (Hrsg.) (1994): Die Salamanca Erklärung und der Aktionsrahmen zur Pädagogik für besondere Bedürfnisse; angenommen von der Weltkonferenz "Pädagogik für besondere Bedürfnisse: Zugang und Qualität" Salamanca, Spanien, 7.-10. Juni 1994.

United Nations (2006): United Nations global audit of web accessibility, New York.

Download unter:

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/gawanomensa.htm>.

van Nek, S. (2006): Frühförderung – erste Hilfen für Kind und Eltern. In: Wüllenweber, E. et al. (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Stuttgart, S. 264-280.

Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (Hrsg.) (2010): VDV-Statistik 2010, Köln.

Download unter:

http://www.vdv.de/module/layout_upload/st2010_online.pdf.

Verein für Sozialplanung (2008): Kompass Sozialplanung. Zwischen Gestaltung und Verwaltung im Reformprozess, Speyer.

Verhelst, T. (1994): Soziale Funktionen der Kultur. In: Europäische Kommission (Hrsg.): LEADER-Magazine Nr. 8.

Download unter:

<http://ec.europa.eu/agriculture/rur/leader2/rural-de/biblio/culture/art04.htm>

Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV) vom 24. Juni 2003 (BGBl. I S. 998).

Voges, W. et al. (2003): Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes, Bremen.

von Prittwitz, V. (1994): Politikanalyse, Opladen.

Voß, G. (2000): Alltag. Annäherungen an eine diffuse Kategorie. (Gekürzte Fassung des Beitrages gleichen Titels). In: Voß, G., Holly, W., Boehnke, K. (Hrsg.): Neue Medien im Alltag. Begriffsbestimmungen eines interdisziplinären Forschungsfeldes, Hamburg.

Wacker, E. (2001): Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – ein kompetenz- und lebensqualitätsorientierter Ansatz. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Band 5, Opladen.

Wacker, E. (2004): Bei der Versorgung von älteren Menschen mit Behinderung gibt es viel zu verbessern. In: Pro Alter 2/04.

Wansing, G. (2005): Teilhabe an der Gesellschaft – Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion, Wiesbaden.

Washington Group on Disability Statistics (2009): Understanding and Interpreting Disability as Measured using the WG Short Set of Questions.

Download unter:

http://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting8/interpreting_disability.pdf.

Wittig, U. et al. (2008): Mental health of patients from different cultures in Germany. In: European Psychiatry 23 (2008), S.28-35.

Wocken, H. (2007): Fördert Förderschule? Eine empirische Rundreise durch Schulen für „optimale Förderung“. In: Dieckmann, I., Textor,

A. (Hrsg.): Integrationsforschung und Bildungspolitik im Dialog. Bad Heilbrunn, S. 35-60.

World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Ottawa.

Download unter:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.

World Health Organization (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit, Zusammenfassung, Genf.

Download unter:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf.

World Health Organization (2011): Weltbericht Behinderung 2011, Genf. Download unter: <http://www.iljaseifert.de/wp-content/uploads/weltbericht-behinderung-2011.pdf>.

Ziegleder, D. et al. (2011): Zur Wahrnehmung und Definition von Sicherheit durch die Bevölkerung. Erkenntnisse und Konsequenzen aus der kriminologisch-sozialwissenschaftlichen Forschung. Forschungsforum Öffentliche Sicherheit. Schriftenreihe Sicherheit Nr. 5, Berlin.

Zimmer, A. (2005): Vom Ehrenamt zum Bürgerschaftlichen Engagement. In: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen, Heft 3/2005 „Local Power – Mehr Bürgerengagement durch Governance?.

14 Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1: Erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten im SOEP 2010	44
Tabelle 3-2: Erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten in der GEDA-Studie 2010	46
Tabelle 3-3: Erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten in den Erhebungen SOEP 2010 und GEDA-Studie 2010 – in Millionen	47
Tabelle 3-4: Übersicht über die Erfassungsmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen im SOEP 2010 und in der GEDA 2010	49
Tabelle 3-5: Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen in der KiGGS Basiserhebung 2003-2006	52
Tabelle 3-6: Übersicht über die Erfassungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen im KiGGS 2003-2006	53
Tabelle 3-7: Menschen mit Beeinträchtigungen ab 18 Jahren, nach Alter und Geschlecht	55
Tabelle 3-8: Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen nach Alter und Geschlecht	55
Tabelle 3-9: Menschen mit Beeinträchtigungen ab 18 Jahren, mit und ohne Migrationshintergrund	56
Tabelle 3-10: Häufigkeit von verschiedenen Arten von Einschränkungen bei Erwachsenen mit Beeinträchtigungen, nach Geschlecht	57
Tabelle 3-11: Häufigkeit von verschiedenen Arten von Einschränkungen bei Erwachsenen mit Beeinträchtigungen, nach Alter	58
Tabelle 3-12: Häufigkeit von verschiedenen Arten von Einschränkungen bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, nach Alter	59
Tabelle 3-13: Behinderungsarten in der Schwerbehindertenstatistik und ihre Zuordnung zu Beeinträchtigungsarten	60
Tabelle 3-14: Art der schwersten Beeinträchtigung bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung	60
Tabelle 3-15: Ursache der schwersten Beeinträchtigung bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nach Art der Beeinträchtigung	62
Tabelle 4-1: Verteilung der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen nach Haushaltsgröße	69
Tabelle 4-2: Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die in einem Einpersonenhaushalt leben, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	70

Tabelle 4-3: Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die verheiratet zusammenleben oder eine feste Partnerschaft haben, nach Alter und Teilgruppen	71
Tabelle 4-4: Anteil der 25- bis 59-jährigen Frauen bzw. Männer mit und ohne Beeinträchtigungen mit und ohne minderjährige Kinder	72
Tabelle 4-5: Haushaltstypen von Müttern und Vätern mit und ohne Beeinträchtigungen	73
Tabelle 4-6: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die den Eindruck haben, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen	75
Tabelle 4-7: Empfängerinnen und Empfänger von heilpädagogischen Leistungen für Kinder unter sieben Jahren, nach Geschlecht, 2007 bis 2010	87
Tabelle 4-8: Kinder bis unter 8 Jahren in Kindertagesbetreuung, die Eingliederungshilfe erhalten, nach Geschlecht, 2008 bis 2011	88
Tabelle 4-9: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an Förderschulen, absolut und Anteil an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht, 2005 bis 2010	98
Tabelle 4-10: Verteilung der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen auf die verschiedenen Förderschwerpunkte	99
Tabelle 4-11: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die seit dem Schuleintritt mindestens eine Klasse wiederholt haben	100
Tabelle 4-12: Förderschulen mit Ganztagsschulbetrieb, 2006 bis 2010	101
Tabelle 4-13: Verteilung nach Zuständigkeitsbereichen bei neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen in „Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderung“ und regulären Ausbildungsberufen, nach Geschlecht	104
Tabelle 4-14: Verteilung der Studierenden mit studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Art der Beeinträchtigung sowie Anteil derjenigen, die sich hierdurch mindestens im mittlerem Maße beeinträchtigt fühlen	107
Tabelle 4-15: Beeinträchtigungsbedingter Bedarf von Studierenden an Ausstattung und Gestaltung von Räumen und Gebäuden sowie an die barrierefreie Zugänglichkeit in Abhängigkeit von der Beeinträchtigungsart	109
Tabelle 4-16: Höchste Schulabschlüsse von Männern und Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen	114
Tabelle 4-17: Höchste Schulabschlüsse, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	115
Tabelle 4-18: Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen, nach Art des Abschlusses	115
Tabelle 4-19: Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen, nach Art des Abschlusses, 2005 bis 2010	116

Tabelle 4-20: Höchste berufliche Abschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, nach Alter	118
Tabelle 4-21: Anteil der Männer und Frauen, mit und ohne Beeinträchtigungen, ohne beruflichen Abschluss	118
Tabelle 4-22: Höchste berufliche Abschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, nach Migrationshintergrund	119
Tabelle 4-23: Menschen ohne beruflichen Abschluss, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	120
Tabelle 4-24: Anteil der Menschen mit anerkannter Behinderung, die in den letzten 12 Monaten an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung teilgenommen haben, nach Grad der Behinderung	122
Tabelle 4-25: Erwerbstätigenquoten nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund	132
Tabelle 4-26: Erwerbstätigenquote, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	133
Tabelle 4-27: Erwerbstätige, die einen Beruf ausüben, der ein geringeres als das eigene Ausbildungsniveau erfordert, nach Geschlecht und Ausbildungsniveau	136
Tabelle 4-28: Anzahl der Beschäftigten in den Arbeitsbereichen der Werkstätten für behinderte Menschen und in Integrationsprojekten, 2007 bis 2010	140
Tabelle 4-29: Erwerbslosenquoten nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund	142
Tabelle 4-30: Arbeitslose mit Schwerbehinderung	142
Tabelle 4-31: Arbeitslosigkeitszeiten in den letzten fünf Jahren, in Monaten	144
Tabelle 4-32: Selbsteinschätzung von Nichterwerbstätigen hinsichtlich der Möglichkeiten, eine geeignete Stelle zu finden	146
Tabelle 4-33: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen bestreiten	147
Tabelle 4-34: Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen bestreiten, nach Alter und Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	148
Tabelle 4-35: Mittleres monatliches Einkommen (brutto) aus Erwerbstätigkeit, nach Alter und Migrationshintergrund, in Euro	150
Tabelle 4-36: Mittleres monatliches Einkommen (brutto) aus Erwerbstätigkeit, nach Alter und Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen, in Euro	150
Tabelle 4-37: Anzahl der 18-bis 64-jährigen Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung bei Erwerbsminderung und festgelegter monatlicher Bruttobedarf in den Jahren 2006 bis 2010	151

Tabelle 4-38: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in einem Haushalt leben, der Leistungen der sozialen Grundsicherung bezieht	153
Tabelle 4-39: Entwicklung des Bestands an Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und an Altersrenten für schwerbehinderte Menschen in den Jahren 2005 bis 2010, nach Geschlecht, in 1.000	154
Tabelle 4-40: Empfänger/-innen von Regelaltersrenten und Altersrenten für Schwerbehinderte nach Rentenzahlbetrag	155
Tabelle 4-41: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, deren Haushalt in der Regel im Monat kein Geld zurücklegen kann, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	157
Tabelle 4-42: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, deren Haushalt keine Wertanlagen hat, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	158
Tabelle 4-43: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in einem armutsgefährdeten Haushalt leben	160
Tabelle 4-44: Anteil der Menschen, die in einem armutsgefährdeten Haushalt leben, nach Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen	161
Tabelle 4-45: Aspekte der Barrierefreiheit in deutschen Seniorenhaushalten – Hochrechnung auf Basis einer Befragungsstichprobe von 1.000 Seniorenhaushalten	172
Tabelle 4-46: Der Anteil der Niederflurbusse an allen Bussen im Verband Deutscher Verkehrsunternehmen	176
Tabelle 4-47: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger nach Art der Pflegeleistung im Jahresdurchschnitt, 2005 bis 2011, in Millionen	180
Tabelle 4-48: Zahl der Menschen mit einer anerkannten Behinderung in Privathaushalten, die pflegebedürftig sind, nach Altersklassen (in 1.000)	181
Tabelle 4-49: Anteil der Frauen und Männer mit und ohne Beeinträchtigungen, die nur eine geringe Selbstbestimmung über ihr eigenes Leben wahrnehmen	183
Tabelle 4-50: Frauen und Männer mit und ohne Beeinträchtigungen, die ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ einschätzen, nach Altersklassen	193
Tabelle 4-51: Menschen mit Beeinträchtigungen, die ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ einschätzen, nach Teilgruppen	194
Tabelle 4-52: Psychisches Wohlbefinden nach SF-36 – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („sehr schlecht“) bis 100 („sehr gut“)	196
Tabelle 4-53: Anteile von Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen, die Aspekte der Barrierefreiheit erfüllen	201
Tabelle 4-54: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die gar nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung achten, nach Alter und Geschlecht	204

Tabelle 4-55: Anteile von Menschen mit einer anerkannten Behinderung, die ihre freie Zeit allein verbringen	214
Tabelle 4-56: Kategorisierung der Unterkünfte im Deutschen Hotelführer 2012, nach dem Grad der Barrierefreiheit	217
Tabelle 4-57: Anteile von Menschen mit einer anerkannten Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie künstlerischen oder musischen Tätigkeiten nachgehen, nach Altersklassen	218
Tabelle 4-58: Anteile von Menschen mit anerkannter Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie kulturelle Veranstaltungen besuchen, nach Altersklassen und Grad der Behinderung	220
Tabelle 4-59: Anteile von Menschen mit anerkannter Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie Kinos, Popkonzerte, Discos, Tanz- oder Sportveranstaltungen besuchen, nach Altersklassen und Grad der Behinderung	221
Tabelle 4-60: Anteile von Menschen mit anerkannter Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie aktiv Sport treiben, nach Altersklassen	222
Tabelle 4-61: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die schon einmal von Jugendlichen oder Erwachsenen sexuell belästigt wurden	233
Tabelle 4-62: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die sich große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland machen, nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund	237
Tabelle 4-63: Zufriedenheit mit der Demokratie, so wie sie in Deutschland besteht – Mittelwerte auf einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden), nach Geschlecht und Migrationshintergrund	243
Tabelle 4-64: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die sich überhaupt nicht für Politik interessieren, nach Altersklassen und Geschlecht	244
Tabelle 4-65: Anteil von Menschen mit einer anerkannten Behinderung, die sich in ihrer freien Zeit politisch beteiligen, nach Altersklassen und Grad der Behinderung	245
Tabelle 4-66: Wahlbeteiligung bei der Wahl zum Deutschen Bundestag am 27. September 2009, nach Altersklassen und Geschlecht	247
Tabelle 4-67: Anteil von Menschen mit einer anerkannten Behinderung, die in ihrer freien Zeit ehrenamtlichen Tätigkeiten nachgehen, nach Altersklassen und Grad der Behinderung	248
Tabelle 5-1: Teilhabekonstellationen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Anteil und Anzahl	260
Tabelle 5-2: Teilhabekonstellationen von Frauen und Männern mit Beeinträchtigungen, Anteile	262
Tabelle 5-3: Lebenskonstellationen von 18- bis 49-jährigen Männern mit Beeinträchtigungen	263

Tabelle 5-4: Lebenskonstellationen von 18- bis 49-jährigen Frauen mit Beeinträchtigungen	265
Tabelle 5-5: Lebenskonstellationen von 50- bis 64-jährigen Männern mit Beeinträchtigungen	267
Tabelle 5-6: Lebenskonstellationen von 50- bis 64-jährigen Frauen mit Beeinträchtigungen	269
Tabelle 5-7: Lebenskonstellationen von 65- bis 79-jährigen Männern mit Beeinträchtigungen	271
Tabelle 5-8: Lebenskonstellationen von 65- bis 79-jährigen Frauen mit Beeinträchtigungen	272
Tabelle 6-1: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Leistung des Kinderpflegekrankengeldes in den Jahren 2009 bis 2011, in Millionen Euro	275
Tabelle 6-2: Anzahl von Kindertageseinrichtungen für Kinder mit Beeinträchtigungen nach Jahr und Einrichtungsart in den Jahren 2006 bis 2010	279
Tabelle 6-3: Anzahl von Förderschulen in Deutschland im Ganztagsschulbetrieb und insgesamt in den Jahren 2007 bis 2010	281
Tabelle 6-4: Anzahl der Förderschulen nach Förderschwerpunkt im Schuljahr 2008/2009	281
Tabelle 6-5: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung in und außerhalb von Einrichtungen in den Jahren 2006 bis 2010	282
Tabelle 6-6: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule in den Jahren 2006 bis 2010	283
Tabelle 6-7: Bruttoausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule in den Jahren 2006 bis 2010, in Millionen Euro	283
Tabelle 6-8: Förderung bundeszentraler Infrastrukturen freier Verbände/ Träger in der Arbeit mit „Jugendlichen mit Behinderungen“ in den Jahren 2009 bis 2012, in Euro	285
Tabelle 6-9: Förderung von Rehabilitanden nach § 19 SGB III durch den Einsatz arbeitsmarktpolitischer Instrumente der Bundesagentur für Arbeit – ohne Leistungen in WfbM und ohne Förderinformationen zugelassener kommunaler Träger – in den Jahren 2007 bis 2011 (Jahresdurchschnittswerte Bestand)	288
Tabelle 6-10: Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben in den Jahren 2007 bis 2011 – ohne Leistungen in WfbM (Jahressummen der abgeschlossenen Leistungen)	292
Tabelle 6-11: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung – nur gewerbliche Berufsgenossenschaften – zur Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt in den Jahren 2007 bis 2010	293

Tabelle 6-12: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt in den Jahren 2007 bis 2010	294
Tabelle 6-13: Erbrachte Leistungen der Integrationsämter zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben in den Jahren 2007 bis 2011 (Fallzahlen)	296
Tabelle 6-14: Ausgaben der Integrationsämter für Betriebliches Eingliederungsmanagement in den Jahren 2007 bis 2011 in Millionen Euro	297
Tabelle 6-15: Anzahl der geförderten Integrationsprojekte und der dort beschäftigten schwerbehinderten Menschen in den Jahren 2007 bis 2010	297
Tabelle 6-16: Pflichtarbeitsplätze und gemeldete Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen im Rahmen des Anzeigeverfahrens gemäß § 80 Absatz 2 SGB IX in den Jahren 2007 bis 2010 (in 1.000)	300
Tabelle 6-17: Leistungen verschiedener Träger zur Teilhabe beeinträchtigter Menschen am Arbeitsleben im Bereich der WfbM in den Jahren 2007 bis 2010 – Leistungsempfängerinnen und -empfänger bzw. abgeschlossene Leistungen	301
Tabelle 6-18: Empfängerinnen und Empfänger von Erwerbsminderungsrenten und von Grundsicherung bei voller Erwerbsminderung in den Jahren 2007 bis 2010	303
Tabelle 6-19: Empfängerinnen und Empfänger von Altersrenten für schwerbehinderte Menschen in den Jahren 2007 bis 2010	304
Tabelle 6-20: Ausgaben für Leistungen zur Förderung der Teilhabe beeinträchtigter Menschen am Arbeitsleben insgesamt nach den beteiligten Leistungsträgern in den Jahren 2007 bis 2010, in Millionen Euro	306
Tabelle 6-21: Ausgaben für Erwerbsminderungsrenten, Grundsicherung bei voller Erwerbsminderung und Altersrenten für schwerbehinderte Menschen in den Jahren 2007 bis 2010 bzw. 2011 in Millionen Euro	307
Tabelle 6-22: Eingliederungsquoten von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Schwerbehinderung/Gleichgestellten an Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit zwischen Juli 2010 und Juni 2011 , sechs Monate nach Abschluss der Maßnahmen – in Prozent	308
Tabelle 6-23: Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter im 6., 12. und 24. Monat nach im Jahr 2006 abgeschlossenen beruflichen Bildungsleistungen an allen Absolventinnen und Absolventen dieser Maßnahmen	309
Tabelle 6-24: Fälle mit erfolgreich abgeschlossenen Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung und Wiedereingliederung in das Arbeitsleben unmittelbar nach Abschluss der Maßnahmen, in den Jahren 2007 bis 2009	309
Tabelle 6-25: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten nach § 53 SGB XII in den Jahren 2006 bis 2010	314

Tabelle 6-26: Ausgaben für Hilfen zum Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten nach dem SGB XII in Milliarden Euro in den Jahren 2006 bis 2010	314
Tabelle 6-27: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach dem SGB XII in den Jahren 2007 bis 2010	315
Tabelle 6-28: Ausgaben für Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach dem SGB XII in den Jahren 2007 bis 2010, in Millionen Euro	315
Tabelle 6-29: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt nach dem SGB XII in den Jahren 2006 bis 2010	319
Tabelle 6-30: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für Pflegegeld und -sachleistungen in den Jahren 2007 bis 2011, in Milliarden Euro	321
Tabelle 6-31: Ausgaben der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in den Jahren 2007 bis 2010, in Milliarden Euro	321
Tabelle 6-32: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in den Jahren 2007 bis 2011, in Milliarden Euro	322
Tabelle 6-33: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für Umbaumaßnahmen nach § 40 SGB XI in den Jahren 2007 bis 2011, in Milliarden Euro	323
Tabelle 6-34: Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland nach dem Grad ihrer Behinderung in den Jahren 2005, 2007 und 2009, in Millionen	326
Tabelle 6-35: Erhöhung der Pflegesachleistungen und des Pflegegeldes für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz	329
Tabelle 6-36: Anzahl der abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung	333
Tabelle 6-37: Ausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, in Milliarden Euro	333
Tabelle 6-38: Anzahl der Fälle mit medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung nach Ort der Leistung	334
Tabelle 6-39: Ausgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung für Heilbehandlungen nach Art der Heilbehandlung in Millionen Euro	335
Tabelle 6-40: Empfängerinnen und Empfänger (Fälle) von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung	335
Tabelle 6-41: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, in Millionen Euro	336
Tabelle 6-42: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Sozialhilfe nach Ort der Hilfeleistung in den Jahren 2006 bis 2010	336

Tabelle 6-43: Ausgaben der Träger der Sozialhilfe für medizinische Rehabilitation nach Ort der Hilfeleistung in den Jahren 2006 bis 2010, in Millionen Euro	337
Tabelle 6-44: Ausgaben der verschiedenen Träger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Jahren 2008 bis 2010, in Milliarden Euro	338
Tabelle 6-45: Entwicklung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Hilfsmittel in den Jahren 2006 bis 2011, in Milliarden Euro	339
Tabelle 6-46: Die zehn Produktgruppen mit den höchsten Ausgaben bei der Barmer-GEK – Anteile an den Gesamtausgaben für Hilfsmittel des Jahres 2010, in Prozent	340
Tabelle 6-47: Gesundheitsausgaben für Hilfsmittel nach Träger in den Jahren 2006 bis 2010, in Mrd. Euro	340
Tabelle 6-48: Leistungstage und -fälle der häuslichen Krankenpflege und Behandlungspflege in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 2008 bis 2010	342
Tabelle 6-49: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für häusliche Krankenpflege und Behandlungspflege insgesamt in den Jahren 2009 bis 2011, in Milliarden Euro	342
Tabelle 6-50: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Gebärdendolmetscher sowie für medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen in den Jahren 2009 bis 2011, in Millionen Euro	343
Tabelle 6-51: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in den Jahren 2009 bis 2011, in Millionen Euro	343
Tabelle 6-52: Anzahl der Disease-Management-Programme und der Teilnehmenden nach Indikation in den Jahren 2011 und 2012	344
Tabelle 6-53: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch die Sozialhilfeträger in den Jahren 2007 bis 2010	347
Tabelle 6-54: Ausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in den Jahren 2007 bis 2010, in Millionen Euro	348
Tabelle 6-55: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Rehabilitationssport in den Jahren 2008 bis 2011, in Millionen Euro	349
Tabelle 6-56: Förderung des Leistungssports von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Haushalten des Bundesministeriums des Innern der Jahre 2006 bis 2010	351
Tabelle 6-57: Ausgaben der Integrationsämter für Maßnahmen der Information und Schulung in den Jahren 2006 bis 2010, in Millionen Euro	353
Tabelle 8-1: Als schwerbehindert anerkannte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nach Art der Beeinträchtigung, 2005 bis 2011	382
Tabelle 9-1: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Familie und soziales Netz“	408

Tabelle 9-2: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Bildung und Ausbildung“	413
Tabelle 9-3: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Erwerbsarbeit und Einkommen“	417
Tabelle 9-4: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Alltägliche Lebensführung“	420
Tabelle 9-5: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Gesundheit“	423
Tabelle 9-6: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Freizeit, Kultur und Sport“	425
Tabelle 9-7: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Sicherheit und Schutz vor Gewalt“	427
Tabelle 9-8: Übersicht über zusätzliche Indikatoren im Teilhabefeld „Politik und Öffentlichkeit“	429

15 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Bio-psycho-soziales Modell der ICF	30
Abbildung 3-1: Menschen mit Beeinträchtigungen ab 18 Jahren – Altersverteilung	54
Abbildung 3-2: Ursache der schwersten Beeinträchtigung bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung	61
Abbildung 4-1: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die verheiratet zusammenleben oder eine feste Partnerschaft haben.	71
Abbildung 4-2: Zufriedenheit mit dem Familienleben – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“)	73
Abbildung 4-3: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die hauptsächlich nur bei ihrer Mutter oder nur bei ihrem Vater leben.	74
Abbildung 4-4: Einschätzung der Unterstützung durch das soziale Umfeld	76
Abbildung 4-5: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen haben	77
Abbildung 4-6: Anteil der Kinder von 3 bis unter 8 Jahren, die Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen erhalten, an allen gleichaltrigen Kindern in Kindertageseinrichtungen, nach Bundesländern	89
Abbildung 4-7: Anteil der Kinder, die in „Tageseinrichtungen für behinderte Kinder“ betreut werden, an allen Kindern, die Eingliederungshilfe erhalten, 2008 bis 2011	90
Abbildung 4-8: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, Anzahl und Anteil an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht, Schuljahre 2005/2006 bis 2010/2011	92
Abbildung 4-9: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht, nach Bundesländern, Schuljahr 2010/2011	93
Abbildung 4-10: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die in Förderschulen oder allgemeinen Schulen unterrichtet werden, an allen Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung, Schuljahre 2005/2006 bis 2010/2011	94
Abbildung 4-11: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die in Förderschulen oder anderen Schulformen unterrichtet werden, an allen Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung, nach Bundesländern, Schuljahr 2010/2011	95
Abbildung 4-12: Prozentuale Verteilung der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung auf Förderschulen und andere Schulformen, nach Förderschwerpunkt	96
Abbildung 4-13: Verteilung der an allgemeinen weiterführenden Schulen unterrichteten Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung auf die verschiedenen Schulformen	97

Abbildung 4-14: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an Förderschulen nach Förderschwerpunkten	98
Abbildung 4-15: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die seit dem Schuleintritt mindestens eine Klasse wiederholt haben	100
Abbildung 4-16: Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen in „Berufen für Menschen mit Behinderung“ (absolut) und Anteil an allen Neuabschlüssen (in Prozent), 2007 bis 2011	102
Abbildung 4-17: Verteilung nach Zuständigkeitsbereichen bei neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen in „Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderung“ und regulären Ausbildungsberufen	103
Abbildung 4-18: Anteil Studierender mit gesundheitlicher Beeinträchtigung und Grad der Studienschwernis in Prozent	106
Abbildung 4-19: Höchste Schulabschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen	112
Abbildung 4-20: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen mit Fachhochschulreife oder Abitur, nach Alter	113
Abbildung 4-21: Höchste berufliche Abschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen	117
Abbildung 4-22: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die einen ihrem Schulabschluss entsprechenden beruflichen Abschluss erreichen	121
Abbildung 4-23: Anteil der Menschen mit anerkannter Behinderung, die in den letzten 12 Monaten an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung teilgenommen haben	122
Abbildung 4-24: Erwerbstätigenquoten von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, nach Alter	131
Abbildung 4-25: Gemeldete beschäftigte Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung oder einer Gleichstellung jeweils im Oktober der Jahre 2005 bis 2010	134
Abbildung 4-26: Arbeitsumfang von Erwerbstätigen mit und ohne Beeinträchtigungen	135
Abbildung 4-27: Erwerbstätige, die einen Beruf ausüben, der ein geringeres als das eigene Ausbildungsniveau erfordert	136
Abbildung 4-28: Mittlere Bruttostundenlöhne von Erwerbstätigen (Median), nach beruflicher Qualifikation	137
Abbildung 4-29: Anteil der erwerbstätigen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in Zeitarbeit, Leiharbeit, mit befristetem Arbeitsvertrag oder Minijob	138
Abbildung 4-30: Zufriedenheit von Erwerbstätigen mit und ohne Beeinträchtigungen mit ihrer Arbeit	139

Abbildung 4-31: Erwerbslosenquoten nach Alter	141
Abbildung 4-32: Entwicklung der Arbeitslosigkeit bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung, 2008 bis 2011	143
Abbildung 4-33: Durchschnittliche bisherige Dauer der Arbeitslosigkeit innerhalb des Bestands an Arbeitslosen in den Jahren 2007 bis 2011, Arbeitslose insgesamt und Arbeitslose mit Schwerbehinderung	145
Abbildung 4-34: Anteil der Menschen zwischen 18 und 64 Jahren mit und ohne Beeinträchtigungen, die ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen bestreiten	147
Abbildung 4-35: Mittleres monatliches Einkommen (Median, brutto) aus Erwerbstätigkeit, nach Alter	149
Abbildung 4-36: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in einem Haushalt leben, der Leistungen der sozialen Grundsicherung bezieht	152
Abbildung 4-37: Durchschnittliche monatliche Zahlbeträge bei Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wegen Alters sowie wegen Alters für Schwerbehinderte (Rentenbestand) im Jahr 2010, in Euro	155
Abbildung 4-38: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, deren Haushalt in der Regel im Monat kein Geld zurücklegen kann	156
Abbildung 4-39: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, deren Haushalt keine Wertanlagen hat	158
Abbildung 4-40: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in einem armutsgefährdeten Haushalt leben	159
Abbildung 4-41: Zufriedenheit mit dem Einkommen des Haushalts – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“)	161
Abbildung 4-42: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die sich große Sorge um ihre wirtschaftliche Situation machen	162
Abbildung 4-43: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zum selbstbestimmten Leben in Wohneinrichtungen laut Sozialhilfestatistik, 2006 bis 2010	174
Abbildung 4-44: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen des SGB XI, die stationär gepflegt werden, 2006 bis 2011	175
Abbildung 4-45: Befragte mit Beeinträchtigungen, die verschiedene Bereiche des öffentlichen Raums in ihrer Stadt als barrierefrei betrachten, in Prozent	177
Abbildung 4-46: Pflegebedürftige in Deutschland nach Alter	179
Abbildung 4-47: Gefühlte Selbstbestimmung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, in Prozent	182
Abbildung 4-48: Subjektive Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen	193

Abbildung 4-49: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einschätzen	194
Abbildung 4-50: Psychisches Wohlbefinden nach SF-36 – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („sehr schlecht“) bis 100 („sehr gut“)	195
Abbildung 4-51: Psychisches Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen – Mittelwerte auf der KINDL-Skala von 0 („schlecht“) bis 100 („sehr gut“)	196
Abbildung 4-52: Anzahl der Krankheitstage in den letzten zwölf Monaten bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen	197
Abbildung 4-53: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen mit mehr als zehn Krankheitstagen in den letzten zwölf Monaten, nach Alter	198
Abbildung 4-54: Anzahl der Arztbesuche in den letzten zwölf Monaten bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen	199
Abbildung 4-55: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen mit mehr als sechs Arztbesuchen die in den letzten zwölf Monaten	199
Abbildung 4-56: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die regelmäßig rauchen	202
Abbildung 4-57: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die regelmäßig alkoholische Getränke trinken	203
Abbildung 4-58: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die gar nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung achten	203
Abbildung 4-59: Zufriedenheit mit der Freizeit – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“), nach Altersklassen	211
Abbildung 4-60: Häufigkeit der Geselligkeit mit Freunden, Verwandten und Nachbarn, Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung	213
Abbildung 4-61: Anteile von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die ihre freie Zeit allein verbringen	214
Abbildung 4-62: Anteile von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie künstlerischen oder musischen Tätigkeiten nachgehen, nach Altersklassen	218
Abbildung 4-63: Anteile von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie kulturelle Veranstaltungen besuchen, nach Altersklassen	219
Abbildung 4-64: Anteile von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie Kinos, Popkonzerte, Discos, Tanz- oder Sportveranstaltungen besuchen, nach Altersklassen	220
Abbildung 4-65: Anteile von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die in ihrer freien Zeit nie aktiv Sport treiben, nach Altersklassen	222

Abbildung 4-66: Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen, die regelmäßig, d.h. mindestens einmal pro Woche, Sport treiben	223
Abbildung 4-67: Entwicklung der Gesamtmitgliederzahl im Deutschen Behindertensportverbandes, 1991 bis 2011	224
Abbildung 4-68: Anteil der Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in den letzten zwölf Monaten Opfer von Gewalt wurden	232
Abbildung 4-69: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen, die von anderen gehänselt oder schikaniert werden	235
Abbildung 4-70: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die sich große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland machen	236
Abbildung 4-71: Zufriedenheit mit der Demokratie, so wie sie in Deutschland besteht – Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“), nach Altersklassen	243
Abbildung 4-72: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die sich überhaupt nicht für Politik interessieren, nach Altersklassen	244
Abbildung 4-73: Anteil von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderungen, die sich in ihrer freien Zeit politisch beteiligen, nach Altersklassen	245
Abbildung 4-74: Wahlbeteiligung bei der Wahl zum Deutschen Bundestag am 27. September 2009	246
Abbildung 4-75: Anteil von Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung, die in ihrer freien Zeit ehrenamtlichen Tätigkeiten nachgehen, nach Altersklassen	248
Abbildung 6-1: Ist-Quoten der mit schwerbehinderten Menschen besetzten Pflichtarbeitsplätze in den Jahren 2007 bis 2010	300
Abbildung 6-2: Anzahl neu bewilligter und laufender Persönlicher Budgets über alle Leistungsträger (ohne Budgets in Trägerschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung) in den Jahren 2008 bis 2010	325
Abbildung 6-3: Entwicklung der Gesamtmitgliederzahl im Deutschen Behindertensportverbandes in den Jahren 1991 bis 2011	349
Abbildung 7-1: Entwicklung der Zahl erwachsener Menschen mit Beeinträchtigungen, in Millionen, sowie Anteil an der Gesamtbevölkerung, in Prozent (Fortschreibung)	360
Abbildung 7-2: Entwicklung der Altersverteilung der Menschen mit Beeinträchtigungen, in Prozent (Fortschreibung)	361
Abbildung 8-1: Belastung durch psychische Beeinträchtigung hinsichtlich Häufigkeit (12-Monats-Prävalenz, in %) und verloren gegangener Lebensjahre durch Krankheit oder vorzeitigen Tod (DALYs, Disability Adjusted Life Years, Angabe pro 10.000 Personen über 14 Jahren; PTSD = Posttraumatische Stresserkrankung)	390

Abbildung 8-2: Zunahme der „burn-out“ Diagnose als Ursache der Arbeitsunfähigkeitstage (AU) seit 2004 (nach Angaben der BKK; Arbeitsunfähigkeitstage je 1000 Mitglieder ohne Berücksichtigung der Rentner	392
Abbildung 8-3: Antworten einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe auf die Fragen nach persönlicher Schuld an einer Erkrankung, erwünschter sozialer Distanz und dem Risiko selbst zu erkranken (Angaben in %)	392
Abbildung 8-4: Patienten- und Ausgabenverteilung zwischen „Psychiatrie“ (niedergelassene Psychiater und Nervenärzte, psychiatrische Institutsambulanzen) und „Psychotherapie“ (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten; Angaben in % nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern)	396

Bürgertelefon

Montag bis Donnerstag von 8 bis 20 Uhr

Sie fragen – wir antworten

Rente:

030 221 911 001

Unfallversicherung/Ehrenamt:

030 221 911 002

Arbeitsmarktpolitik und -förderung:

030 221 911 003

Arbeitsrecht:

030 221 911 004

Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs:

030 221 911 005

Infos für behinderte Menschen:

030 221 911 006

Europäischer Sozialfonds/Soziales Europa

030 221 911 007

Mitarbeiterkapitalbeteiligung:

030 221 911 008

Informationen zum Bildungspaket:

030 221 911 009

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:

info.gehoerlos@bmas.bund.de

030 221 911 016 Schreibtelefon

030 221 911 017 Fax

Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

www.bmas.de

info@bmas.bund.de

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
Referat Information, Publikation, Redaktion
53107 Bonn

Stand: August 2013

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A 125-13

Telefon: 030 18 272 272 1

Telefax: 030 18 10 272 272 1

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Internet: <http://www.bmas.de>

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de

Schreibtelefon: 030 221 911 016

Fax: 030 221 911 017

Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung. Bitte senden Sie zusätzlich ein Belegexemplar an den Herausgeber.