Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen

TEILHABE – BEEINTRÄCHTIGUNG – BEHINDERUNG

einfachmachen
Gemeinsam die
UN-Behindertenrechts-
konvention umsetzen

Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen

Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung

2016

Bearbeitung:

Dr. Dietrich Engels

Dr. Heike Engel

Alina Schmitz

ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH

im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
Referat Information, Monitoring, Bürgerservice, Bibliothek
53107 Bonn

Stand: Dezember 2016

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A 125-16

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
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.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zum „Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“ 1

Das Wichtigste in Kürze 6

Hinweise für Leserinnen und Leser 12

I Einleitung 14

1. Konzeptionelle und rechtliche Grundlagen 14

1.1 Verständnis von Behinderung und Beeinträchtigung 14

1.2 Lebenslagen und Gesellschaft 19

1.3 Die UN-Behindertenrechtskonvention 23

1.4 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zu „Behinderung“ und „Teilhabe“ 28

2. Grunddaten zu den Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 41

2.1 Anzahl und soziodemografische Merkmale der Menschen mit Beeinträchtigungen 41

2.2 Art der Beeinträchtigung und unterschiedliche Barrieren 45

2.3 Menschen mit Beeinträchtigungen in stationären Wohneinrichtungen 48

2.4 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zu Daten und Methoden 49

II Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen 53

1 Familie und soziales Netz 54

1.1 Haushaltsformen 59

1.2 Familienleben 66

1.3 Soziale Kontakte und soziale Unterstützung 73

1.4 Teilhabebereich Familie und soziales Netz im Überblick 80

1.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 80

1.4.2 Entwicklung der Teilhabe 83

1.5 Weiterführende Informationen 84

1.6 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Familie und soziales Netz 85

2. Bildung und Ausbildung 93

2.1 Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit 98

2.1.1 Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege 99

2.1.2 Heilpädagogische Leistungen und Frühförderung 103

2.1.3 Qualität und Barrierefreiheit der Bildungs- und Betreuungsangebote 105

2.2 Bildung im Schulalter ... 106
2.2.1 Unterricht in verschiedenen Schulformen ... 107
2.2.2 Unterricht an Förderschulen ... 113
2.2.3 Bildung im Schulalter aus Sicht von Schülern, Eltern und Lehrkräften ... 116
2.2.4 Qualität und Barrierefreiheit von schulischen Bildungsangeboten ... 117
2.3 Berufliche Bildung ... 118
2.3.1 Formen der beruflichen Ausbildung ... 118
2.3.2 Ausbildungseinstieg ... 119
2.3.3 Auszubildende ... 120
2.3.4 Übergang von der Ausbildung in den Beruf ... 123
2.4 Hochschulbildung ... 124
2.5 Schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse ... 130
2.5.1 Schulabschlüsse ... 130
2.5.2 Berufsqualifizierende Abschlüsse ... 136
2.6 Lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung ... 140
2.7 Teilhabe im Bereich Bildung und Ausbildung – Überblick ... 142
2.7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse ... 142
2.7.2 Entwicklung der Teilhabe ... 144
2.8 Weiterführende Informationen ... 145
2.8.1 Hilfen zu einer angemessenen Schulausbildung ... 145
2.8.2 Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf ... 146
2.8.3 Berufliche Orientierung im Rahmen der Initiative Inklusion ... 147
2.9 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Bildung und Ausbildung ... 148
3 Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation ... 160
3.1 Erwerbsbeteiligung ... 166
3.1.1 Grad der Erwerbsbeteiligung ... 168
3.1.2 Nichterwerbspersonen ... 171
3.2 Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ... 172
3.2.1 Teilhabe an Erwerbstätigkeit ... 172
3.2.2 Umfang und Qualität der Erwerbstätigkeit ... 177
3.2.3 Einkommen aus Erwerbstätigkeit ... 183
3.2.4 Atypische Beschäftigungsformen ... 183
3.2.5 Digitalisierung der Arbeitswelt ... 185

3.3 Erwerbslosigkeit und Arbeitsuche 187
3.3.1 Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit 187
3.3.2 Arbeitsuche 192
3.4 Teilhabe am Arbeitsleben in unterstützter Form 193
3.4.2 Integrationsprojekte 196
3.4.3 Werkstätten für behinderte Menschen 198
3.4.4 Gestaltung von Übergängen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt 200
3.5 Materielle Lebenssituation 201
3.5.1 Einkommen 201
3.5.2 Leistungen der Grundsicherung nach SGB II bzw. SGB XII 205
3.5.3 Armutsrisiko 208
3.5.4 Vermögen und Schulden 209
3.5.6 Zufriedenheit mit der materiellen Lebenslage und wirtschaftliche Sorgen 214
3.6 Teilhabe im Bereich Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation – Überblick 217
3.6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 217
3.6.2 Entwicklung der Teilhabe 222
3.7 Weiterführende Informationen 224
3.7.1 Förderung von Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 224
3.7.2 Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 231
3.7.3 Leistungen der Sozialen Entschädigung 235
3.8 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation 235
4 Alltägliche Lebensführung 251
4.1 Wohnen 258
4.1.1 Barrierefreies Wohnen - Definition, Bestand und Bedarf 258
4.1.2 Unterstützte Formen des Wohnens 260
4.1.3 Wohnsituation von Menschen mit Pflegebedarf 266
4.2 Barrierefreiheit 267
4.2.1 Öffentlich zugänglicher Raum 267
4.2.2 Mobilität 268
4.2.3 Information und Kommunikation 272
4.3 Selbstbestimmte Lebensführung 274
4.3.1 Erfahrene Fremdbestimmung 275
4.3.2 Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbände 276

4.3.3 Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung 277
4.4 Teilhabe im Bereich Alltägliche Lebensführung – Überblick 282
4.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 282
4.4.2 Entwicklungen der Teilhabe 284
4.5 Weiterführende Informationen 284
4.5.1 Wohnen 284
4.5.2 Leistungen für Pflegebedürftige 288
4.5.3 Mobilitätsbezogene Hilfen 291
4.5.4 Hilfen zur Kommunikation 292
4.5.5 Förderung der Selbsthilfe 295
4.5.6 Hilfsmittel 296
4.5.7 Persönliches Budget 298
4.6 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Alltägliche Lebensführung 298
5 Gesundheit 306
5.1 Gesundheitliche Verfassung 310
5.1.1 Eigene Einschätzung der gesundheitlichen Verfassung 310
5.1.2 Krankheitsphasen 313
5.1.3 Psychisches Wohlbefinden 316
5.2 Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen und Produkten 318
5.2.1 Arztbesuche 319
5.2.2 Zugang zu Gesundheitsleistungen 320
5.3 Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung 323
5.3.1 Ermöglichung informierter Entscheidungen 323
5.3.2 Stationäre Gesundheitsversorgung 324
5.4 Gesundheitliche Prävention und Rehabilitation 326
5.4.1 Primär- und Sekundärprävention 327
5.4.2 Rehabilitation und Behandlung chronischer Krankheiten 329
5.4.3 Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche 330
5.5 Teilhabe im Bereich Gesundheit – Überblick 332
5.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 332
5.5.2 Entwicklungen der Teilhabe 335
5.6 Weiterführende Informationen 336
5.6.1 Prävention, medizinische Rehabilitation und Nachsorge der Gesetzlichen Rentenversicherung 336
5.6.2 Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Unfallversicherung 339

5.6.3 Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung . 341
5.6.4 Medizinische Rehabilitation der Sozialhilfe 342
5.7 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Gesundheit .. 344
6 Freizeit, Kultur und Sport 351
6.1 Erholung und Reisen 356
6.1.1 Ausflüge und kurze Reisen 356
6.1.2 Urlaubsreisen 358
6.2 Kultur 359
6.2.1 Eigene kulturelle Aktivitäten 359
6.2.2 Besuch von kulturellen Veranstaltungen 361
6.3 Sport 365
6.3.1 Eigene sportliche Aktivitäten 365
6.3.2 Besuch von Sportveranstaltungen 369
6.4 Freizeitangebote für Menschen mit Beeinträchtigungen 371
6.5 Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung 373
6.6 Unterstützung der Teilnahme an Freizeitaktivitäten 375
6.7 Teilhabe im Bereich Freizeit, Kultur und Sport – Überblick 376
6.7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 376
6.7.2 Entwicklung der Teilhabe 378
6.8 Weiterführende Informationen 379
6.9 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Freizeit, Kultur und Sport 381
7 Sicherheit und Schutz der Person 386
7.1 Persönlichkeitsrechte und rechtliche Betreuung 391
7.2 Verletzung der persönlichen Integrität durch Gewalt und Unsicherheit 395
7.3 Sicherheitsempfinden 398
7.4 Persönliche Integrität und institutionelle Zwangsmaßnahmen 401
7.4.1 Freiheitsentziehende Unterbringung und andere freiheitsentziehende Maßnahmen 402
7.4.2 Zwangsbehandlung 406
7.4.3 Sterilisation nach Betreuungsrecht 407
7.4.4 Behandlung intersexueller Menschen 408
7.5 Schutz und Hilfen 409
7.5.1 Hilfen bei Gewalterfahrung 409
7.5.2 Schutzmaßnahmen in Einrichtungen 410

7.6 Teilhabefeld Sicherheit und Schutz der Person im Überblick 412
7.6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 412
7.6.2 Entwicklung der Teilhabe 414
7.7 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Sicherheit und Schutz der Person 415
8 Politische und gesellschaftliche Partizipation 421
8.1 Politische Beteiligung 427
8.1.1 Wahlrecht und Wahlbeteiligung 427
8.1.2 Interesse an Politik und eigene politische Aktivitäten 432
8.1.3 Zufriedenheit mit dem derzeitigen politischen System 437
8.2 Zivilgesellschaftliches Engagement 437
8.3 Interessenvertretung 441
8.4 Teilhabefeld politische und gesellschaftliche Partizipation - Überblick 444
8.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 444
8.4.2 Entwicklung der Teilhabe 445
8.5 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel politische Beteiligung und gesellschaftliche Partizipation 446

III Vertiefende Fragestellungen 452

1 Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund 452
1.1 Statistische Grundlagen 453
1.1.1 Grunddaten zu Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund 454
1.1.2 Schulische und berufliche Bildung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund 460
1.1.3 Erwerbstätigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund 467
1.1.4 Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund 472
1.1.6 Teilhabe an Politik und zivilgesellschaftlichem Engagement 475
1.2 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zu Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund 477
1.2.1 Zur Relevanz der Verbindung von Beeinträchtigungen und Migration 477
1.2.2 Sozialstatistik und Sozialberichterstattung an der Schnittstelle von Beeinträchtigungen und Migration 478
1.2.3 Häufigkeiten und Verteilung von Beeinträchtigungen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund 480

1.2.4 Lebenslagen an der Schnittstelle von Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund ... 481
1.2.5 Schulische und berufliche Bildung ... 482
1.2.6 Erwerbstätigkeit und Einkommen ... 485
1.2.7 Gesundheit, Rehabilitation und Pflege ... 486
1.2.8 Behinderte Frauen mit Migrationshintergrund ... 488
1.2.9 Unsichtbarkeit im Hilfesystem ... 489
1.2.10 Behinderung und Flucht ... 491
1.2.11 Handlungsaufforderung durch die United Nations ... 493
2 Menschen mit Beeinträchtigungen und Wohnungslosigkeit ... 498
2.1 Wohnungslosigkeit und Behinderung: Datenlage ... 498
2.2 Begriffsbestimmung, rechtliche Bezüge und sozialstrukturelle Daten ... 500
2.2.1 Fachliche und rechtliche Bestimmungen von Wohnungslosigkeit bzw. Wohnungsnotfall ... 500
2.2.2 Sozialstrukturelle Daten ... 503
2.3 Krankheit und Wohnungslosigkeit ... 511
2.4 Exklusion und Lebenslage angesichts von Behinderung und Wohnungslosigkeit ... 512
2.5 Leistungssystem und Schnittstellenprobleme ... 516
2.6 Forschungsbedarf ... 521
3 Typische Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen ... 527
IV In eigener Sache: Daten, Methoden und Literatur ... 533
1 Erläuterung zu Daten und Methoden ... 533
1.1 Indikatorengestützte Berichterstattung ... 533
1.2 Datenquellen und Operationalisierung von Beeinträchtigungen ... 533
2 Wissenschaftlicher Beirat ... 541
3 Glossar ... 542
4 Abkürzungsverzeichnis ... 545
5 Verzeichnis der Abbildungen ... 548
6 Verzeichnis der Tabellen ... 552
7 Literatur ... 558

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Vorwort zum „Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“

Auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft – weniger behindern und mehr möglich machen

Liebe Leserin, lieber Leser,

Teilhabe ist etwas, was der einzelne Mensch erfährt und erlebt. Die jeweiligen Lebensumstände und ihr Wandel im Lebensverlauf prägen die Bewertung dessen, was Gleichheit in der Teilhabe für den Einzelnen ausmacht. Der einzelne Mensch erlebt und beurteilt die Zustände in der Gesellschaft aus seinem eigenen Blickwinkel heraus. Daher kann die gesellschaftliche Frage, was zu einem Mindestmaß an Teilhabe gehört und wann die gleichberechtigte und wirksame Teilhabe erreicht ist, nur mit umfassendem und verlässlichem Wissen über alle Personengruppen - ob mit oder ohne Beeinträchtigungen - beantwortet werden.

Der zweite Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen kann aufgrund vorhandener Datenerhebungen die Entwicklung von Teilhabe bis zum Jahr 2013 aufzeigen, vereinzelt auch darüber hinaus. Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales erstellte Repräsentativbefragung von Menschen mit Beeinträchtigungen wird uns detaillierter zeigen, in welchen Lebenssituationen Menschen mit Behinderungen bereits heute Inklusion erfahren und in welchen Lebenslagen unsere Gesellschaft noch immer ausgrenzt und behindert. Natürlich wollen wir insbesondere auch diejenigen Menschen in die Umfrage einbeziehen, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigt sind. Die Befragung von Menschen, die vielfachen Barrieren in unserer Gesellschaft ausgesetzt sind, wird quantitativ und qualitativ zu einer deutlichen Verbesserung der Datenlage beitragen.

Auf die Ergebnisse der Repräsentativbefragung, die von 2017 bis 2021 durchgeführt wird, bin ich sehr gespannt. Erste Zwischenergebnisse werden in den Teilhabebericht der kommenden Legislaturperiode eingehen können. Dann werden wir mehr über die tatsächliche Wirkung der Maßnahmen erfahren, die wir heute zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen auf den Weg bringen. Natürlich wollen wir wissen, welche Programme und Initiativen wirken, was stärkt und welche Wege wir noch gehen müssen. Mir ist wichtig: Das Urteil und die Einschätzung der Befragten werden im Vordergrund stehen. Insgesamt handelt es sich um ein sehr anspruchsvolles Forschungskonzept, das sich im internationalen Vergleich messen lassen muss. Es soll helfen, Maßnahmen der Inklusionspolitik wirksamer auszurichten und die Rolle der Teilhabeforschung in der Sozialberichterstattung zu befördern.

Das Bewusstsein dafür, dass alle ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen wollen, ist die Grundlage für sozialpolitische Veränderungen in unserer Gesellschaft. Jeder soll sich zugleich für die Gemeinschaft engagieren und die Gesellschaft mitgestalten können. Für Menschen ohne Beeinträchtigungen mag das selbstverständlich erscheinen. Einige Menschen sind jedoch noch immer – zumindest teilweise - von Teilhabe und Partizipation ausgeschlossen. Erst jetzt, zehn Jahre nach der Verabschiedung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und bald acht Jahre nach seinem Inkrafttreten in Deutschland beginnt sich im Bewusstsein der breiteren Öffentlichkeit ein Gespür dafür zu entwickeln, dass das gemeinsame Leben von Menschen mit und ohne Behinderungen eine Chance ist, unsere Gesellschaft vielfältiger zu gestalten und menschliche Individualität noch stärker wertzuschätzen.

Wichtiger Vorreiter in Deutschland war hierfür die Ergänzung des Grundgesetzes durch das Gleichstellungsgebot in Artikel 3 Absatz 3 im Jahr 1994. 2001 wurde dann das Neunte Buch Sozialgesetzbuch als eigenes Gesetzbuch für Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen geschaffen und ein Jahr später das Behindertengleichstellungsgesetz verabschiedet, das im Kern auf einen barrierefreien öffentlichrechtlichen Verwaltungsbereich des Bundes zielt. 2006 ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz in Kraft getreten, das Benachteiligung auch aufgrund von Behinderung verhindern oder beseitigen soll. Die Bundesregierung sieht es als ständige Aufgabe, dort, wo es nötig ist, Anpassungen des deutschen Rechts an die UN-Behindertenrechtskonvention vorzunehmen. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hat gerade die Evaluation des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes abgeschlossen. Mögliche Anpassungen an die UN-Behindertenrechtskonvention werden zurzeit öffentlich diskutiert.

Der Teilhabebericht 2013 diente großen aktuellen Vorhaben als Quelle für eine Standortbestimmung: dem Bundesteilhabegesetz, der vor kurzem erfolgten Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts, mit der insbesondere das Behindertengleichstellungsgesetz novelliert worden ist, und auch dem Nationalen Aktionsplan 2.0 zur UN-Behindertenrechtskonvention. Dies gilt insbesondere für das Grundverständnis von Behinderung nach der UN-Behindertenrechtskonvention, die Behinderung als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren und damit letztlich als sozialen Sachverhalt versteht.

Die Fragestellungen des vorliegenden Teilhabeberichts orientieren sich an der UN-Behindertenrechtskonvention, die alle zentralen Bereiche wie zum Beispiel Barrierefreiheit, Mobilität, Bildung, Beschäftigung oder Teilhabe am politischen Leben einschließt. Der Teilhabebericht zeichnet ein differenziertes Bild der Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen bis zum Jahr 2013. Dabei wird deutlich: Die Entwicklung der Teilhabe verläuft nicht in allen Lebensbereichen einheitlich. Ich möchte hier zunächst einige positive Ergebnisse ansprechen: Immer mehr Kinder im Vorschulalter werden gemeinsam betreut, hier setzt sich die Inklu-sion durch. Die Arbeitslosenquote von Menschen mit

Behinderungen ist in den letzten Jahren stark gesunken, das Beschäftigungsniveau ist gestiegen. Deutlich mehr Menschen wohnen ambulant betreut. Bei der Wahrnehmung ehrenamtlichen Engagements sehen wir nur einen geringen Unterschied. Das sind erfreuliche Entwicklungen.

Der Bericht hält aber auch Ergebnisse fest, wo wir künftig noch besser werden müssen: Die Förderschulquote ist noch immer hoch und viele Förderschülerinnen und Förderschüler bleiben ohne Schulabschlüsse. Barrierefreie Verkehrsmittel sind noch immer eher eine Ausnahme als die Regel und im Übrigen häufig auch ein Grund dafür, warum Kinder die entfernt gelegene Förderschule und nicht die Regelschule in der Nähe besuchen. Auch fehlender barrierefreier Wohnraum oder entsprechende Freizeitangebote sind Beispiele fortbestehenden Handlungsbedarfs.

Dabei wird immer wieder deutlich, welche Auswirkung die demografische Entwicklung auf Teilhabechancen hat. Ein Befund, der zunächst verblüfft, ist der geringe Vermögensunterschied zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Das mag auf den ersten Blick überraschen, lässt sich aber dadurch erklären, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im Durchschnitt älter sind als die übrige Bevölkerung.

Da Vermögen im Lebensverlauf aufgebaut wird, wirkt sich in diesem Gesamtergebnis der hohe Anteil älterer Menschen mit Beeinträchtigungen aus. Differenziert man aber nach Altersgruppen, so wird dieser Effekt aufgehoben.

Mit dem Thema Einkommen und Vermögen spreche ich einen Punkt an, der tief ins Privatleben reicht. Im Unterschied zum Vermögen älterer Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt der Teilhabebericht 2013 auf, dass auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erheblich weniger Menschen mit Beeinträchtigungen Arbeit haben als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Das Bundesteilhabegesetz sieht vor, ab dem Jahr 2020 Einkommen und Vermögen von Ehe- oder Lebenspartnern nicht mehr heranzuziehen. Diese Regelung, die Heirat und Partnerschaft verhindern kann, wird abgeschafft. Auch für eigenes Einkommen und Vermögen sollen die Freiräume schrittweise größer werden. Es soll also ein Mehr an individueller Selbstbestimmung möglich sein.

Zugleich wird es weiterhin die soziale Sicherung geben, die jeder braucht, der mit den individuellen Auswirkungen einer Behinderung zurechtkommen muss. Von dieser Verbesserung aus dem Bundesteilhabegesetz werden immer mehr Personen profitieren, denn der Teilhabebericht zeigt eine Zunahme der Bedeutung des Erwerbseinkommens gerade auch für Menschen mit Beeinträchtigungen, die 2005 bedeutend häufiger sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Das ist gut. Arbeitsmarktpolitische Initiativen und Programme bilden erneut einen Schwerpunkt des Nationalen Aktionsplans 2.0 zur UN-Behindertenrechtskonvention. Dennoch liegt die Arbeitslosenquote von Menschen mit einer Schwerbehinderung noch deutlich über der allgemeinen Arbeitslosenquote. An den Zugangsmöglichkeiten für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Beeinträchtigungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt müssen wir also weiterhin arbeiten.

Das im Bundesteilhabegesetz vorgesehene Budget für Arbeit wird dabei helfen, weitere Arbeitgeber für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen zu gewinnen. Wir wollen zudem die Durchlässigkeit zwischen Werkstätten für behinderte Menschen und dem allgemeinen Arbeitsmarkt fördern. Wir wollen die Werkstattbeschäftigten dabei unterstützen, den Schritt aus der Werkstatt zu wagen und geben ihnen ein Rückkehrrecht mit, falls es nicht klappt.

Seit 2005 haben deutlich mehr Jugendliche mit Beeinträchtigungen einen höheren Schulabschluss erworben. Der Teilhabebericht zeigt auch, dass immer mehr junge Menschen mit Beeinträchtigungen einen beruflichen Abschluss erreichen. Das sind positive Entwicklungen, die wir mit einer Verbesserung der Hilfen zur Teilhabe an Bildung in Schulen und Hochschulen unterstützen werden. Der Bund strebt an, hierzu eine Forderung der Länder aufzunehmen, in deren Verantwortung der Bildungsbereich liegt. Unter bestimmten Bedingungen sollen die Hilfen künftig auch Leistungen der Eingliederungshilfe einschließen, um schulische Ganztagsangebote in der offenen Form zu unterstützen. Damit sollen in Zukunft mehr Kinder an Regelschulen lernen können, die heute ganztags separate Förderschulen besuchen. Denn auch für die schulische Nachmittagsbetreuung sollen unterstützende individuelle Hilfen gewährt werden. Den Zugang zu beruflicher Weiterbildung im Anschluss an eine duale, schulische oder akademische Berufsausbildung soll das Bundesteil-habegesetz ebenfalls verbessern.

Gleichwohl darf die Schaffung von Barrierefreiheit nicht nur eine gesetzliche Verpflichtung für staatliche Stellen sein. Auch im Privatbereich muss sie endlich selbstverständlich werden. In der Fachöffentlichkeit werden zurzeit die Ergebnisse der Evaluation des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes diskutiert, das den Zugang zu und die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen, einschließlich Wohnraum regelt. EU-weites Ziel ist es, Webseiten sowie Produkte und Dienstleistungen für alle Bürgerinnen und Bürger barrierefrei zu gestalten. Auch davon erwarten wir uns weitere Impulse.

Wir haben mit dem Behindertengleichstellungsgesetz Instrumente geschaffen, die auf die alltägliche Lebensführung von Menschen mit Behinderungen positive Auswirkungen haben werden. Die Bundesfachstelle Barrierefreiheit wird die zentrale Anlaufstelle zu Fragen der Barrierefreiheit für Dienststellen und sonstige Einrichtungen der Bundesverwaltung sein. Aber auch den Akteuren aus der Wirtschaft, den Verbänden und der Zivilgesellschaft wird sie als Informationsstelle zur Verfügung stehen. Sie wird informieren und aktiv für die Gestaltung einer barrierefreien Lebens- und Arbeitswelt werben. Wer der Ansicht ist, in einem Recht nach dem Behindertengleichstellungsgesetz durch einen Träger öffentlicher Gewalt verletzt worden zu sein, dem wird künftig eine rasche, kostenfreie und niedrigschwellige Streitbeilegung ermöglicht. Hierfür ist bei der Beauftragten des Bundes für die Belange von Menschen mit Behinderungen eine Schlichtungsstelle eingerichtet worden.

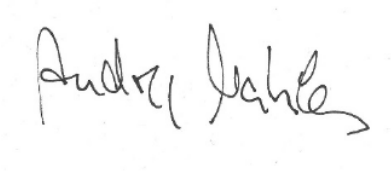
Bei der Novellierung des Behindertengleichstellungsgesetzes war es mir ebenso wichtig, für Bürgerinnen und Bürger mit Behinderungen die Teilhabe an Prozessen der Entscheidungs- und Willensbildung zu stärken wie Verbesserungen bei baulicher, informationstechnologischer und kommunikativer Barrierefreiheit zu fördern. Verbände von Menschen mit Behinderungen müssen in die Lage versetzt werden, an der politischen Entscheidungs- und Willensbildung aktiv teilnehmen zu können.

Sie müssen ihre Kompetenz auch auf Beteiligungsprozesse ausrichten und weiterentwickeln können. Das Behindertengleichstellungsgesetz sieht hier die finanzielle Förderung insbesondere der Selbstvertretungsorganisationen vor. Mit dem Behindertengleichstellungsgesetz wird die Bundesverwaltung aber auch in Fragen der Barrierefreiheit noch besser werden. Ich bin zuversichtlich, dass sich diese Verbesserungen auch auf die Privatwirtschaft auswirken werden. Dabei kann die Bundesfachstelle Barrierefreiheit bei Bedarf mit einer Erstberatung helfen.

Die Entstehung des Teilhabeberichts wurde durch einen wissenschaftlichen Beirat unter Vorsitz von Frau Professorin Dr. Elisabeth Wacker, Technische Universität München, intensiv begleitet. Die kritischen Kommentare geben Einblick in aktuelle, wissenschaftliche Diskurse und formulieren Erwartungen an die Inklusionspolitik in Bund und Ländern. Darüber hinaus hat sich der Beirat um die Schwerpunktthemen des Berichts verdient gemacht. Der Blick auf das Leben von Migranten und Wohnungslosen mit Behinderungen ist damit kein Nischenthema mehr. Die Bearbeitung beider Themen stellte sich als besondere Herausforderung dar, weil Personengruppen mit mehrdimensionaler Benachteiligung bisher nur wenig empirisch untersucht sind. Auch deswegen hat sich die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen der Teilhabeforschung erneut bewährt. Für ihren sehr engagierten - auch hohen zeitlichen Einsatz - danke ich allen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sehr herzlich.

Mein Dank gilt auch dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, das die Datenanalyse vorgenommen hat. Die methodisch versierte Auswertung liefert uns neben den Hauptbefunden auch im Detail zahlreiche bemerkenswerte Resultate. Ein Blick in die einzelnen Kapitel des Berichts lohnt also.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern eine interessante Lektüre.



Andrea Nahles
Bundesministerin
Mitglied des Deutschen Bundestages

Das Wichtigste in Kürze

„Menschen mit Beeinträchtigungen sind und leben so unterschiedlich wie Menschen ohne Beeinträchtigungen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 14). Diese Feststellung aus dem Teilhabebericht 2013 gilt nach wie vor. Wie Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland leben, wie es um ihre Teilhabechancen in einzelnen Lebensbereichen bestellt ist und wo es noch Barrieren abzubauen gilt, das zeigt der vorliegende aktuelle Teilhabebericht. Er führt die Untersuchungen des Teilhabeberichts 2013 fort und beschreibt Entwicklungen der Teilhabe im Zeitraum von 2005 bis 2014.[1] Insgesamt zeigt sich, dass die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen in vielerlei Hinsicht noch immer eingeschränkt ist. Hierbei gilt häufig: Je schwerer die Beeinträchtigungen, desto geringer sind die Teilhabechancen. Im Folgenden werden zentrale Befunde in zusammengefasster Form dargestellt.

Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen und demografischer Wandel

Die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen ist von 10,99 Mio. im Jahr 2005 auf 12,77 Mio. im Jahr 2013 gestiegen. Dies entspricht einem Zuwachs um 16% (bei gleichzeitigem Rückgang der Bevölkerung um 2%). Im selben Zeitraum ist der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen an der Gesamtbevölkerung von 13,3% auf 15,8% gestiegen. Diese Entwicklung ist auf den demografischen Wandel zurückzuführen, denn Beeinträchtigungen treten mit höherem Alter vermehrt auf. Folglich führen die gestiegene Lebenserwartung und die Alterung der Gesellschaft insgesamt auch zu einer höheren Zahl von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die Anteile der Menschen mit Beeinträchtigungen sind nicht nur unter den älteren Menschen, sondern in jeder Altersgruppe gestiegen. Beide Entwicklungen, die Alterung der Gesellschaft und die steigenden Anteile von Menschen mit Beeinträchtigungen in jeder Altersgruppe, tragen dazu bei, dass die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt zunimmt.

Es lässt sich auch feststellen, dass die Entwicklung der Teilhabe im untersuchten Zeitraum nicht in allen Lebensbereichen einheitlich verläuft. Während es in mancherlei Hinsicht Verbesserungen gibt, ist in anderen Lebensbereichen ein Stillstand oder sogar eine Verringerung der Teilhabechancen von Menschen mit Beeinträchtigungen festzustellen. Der Teilhabebericht 2016 zeichnet deshalb ein differenziertes Bild der unterschiedlichen Lebensbereiche und kommt dabei zu folgenden Ergebnissen:

[1] In manchen Bereichen konnten auch Daten aus dem Jahr 2015 berücksichtigt werden, in anderen Bereichen ist das Jahr 2013 der aktuellste Stand (Mikrozensus mit Daten zu Beeinträchtigungen, Schwerbehindertenstatistik).

Familie und soziales Netz

Menschen mit Beeinträchtigungen leben häufiger allein und seltener in festen Paarbeziehungen mit Kindern als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Menschen mit Beeinträchtigungen leben insbesondere im Alter öfter allein. Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen leben häufiger in Ein-Eltern-Familien als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen. Menschen mit Beeinträchtigungen sind dennoch mit ihrem Familienleben ähnlich zufrieden wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die Zufriedenheit hat sogar zwischen 2010 und 2014 leicht zugenommen. Seitens weiterer Bezugspersonen außerhalb des familiären Umfelds erfahren Menschen mit Beeinträchtigungen weniger soziale Unterstützung. Außerdem haben sie weniger Besuchskontakte als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dies hat sich im Zeitverlauf kaum geändert.

Bildung und Ausbildung

Inklusion im Sinne einer Teilhabe an allen Formen des Lebens in der Gemeinschaft sollte so früh wie möglich ganz selbstverständlich sein. So werden Kinder im Vorschulalter bereits überwiegend in inklusiver Form betreut. Der Anteil der inklusiv betreuten Kinder ist von 81% im Jahr 2008 sehr deutlich auf 91% im Jahr 2015 gestiegen. Auch die Zahl integrativer Kindertageseinrichtungen steigt kontinuierlich an, während der Anteil der Kinder, die spezielle Tageseinrichtungen für behinderte Kinder besuchen, stetig gesunken ist. Ab dem Schulalter trennen sich die Bildungswege von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Der steigende Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, die eine Regelschule besuchen, ist ein Teilhabefortschritt – allerdings sind die Schülerzahlen an den Förderschulen demgegenüber nicht in entsprechendem Umfang gesunken. Der größere Teil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung wird weiterhin in Förderschulen unterrichtet. Im Durchschnitt haben Menschen, die in frühen Lebensjahren eine Beeinträchtigung erworben haben, niedrigere Schulabschlüsse als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dies hat auch Auswirkungen auf den Einstieg in die Berufsausbildung. 21% der Menschen mit Beeinträchtigungen haben gegenüber 12% der Menschen ohne Beeinträchtigungen keinen Abschluss oder einen mittleren beruflichen Abschluss. Bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es 12%. Allerdings ist die Zahl derjenigen, die keinen beruflichen Abschluss haben, von 2005 bis 2013 bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen um 5-6 Prozentpunkte zurückgegangen.

Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die die (Fach-) Hochschulreife erworben haben, ist mit 19% deutlich niedriger als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen (41%). Seit 2005 haben insgesamt deutlich mehr Menschen mit Beeinträchtigungen einen solch höheren Schulabschluss erworben.

Diese Entwicklungen stellen eine deutliche Verbesserung der Teilhabechancen im Zeitverlauf dar. Denn eine gute schulische und eine fundierte berufliche Ausbildung sind von großer Bedeutung für den Zugang zum Arbeitsmarkt.

Erwerbsarbeit und Einkommen

Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind Menschen mit Beeinträchtigungen seltener tätig als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Im Jahr 2013 waren im erwerbsfähigen Alter von 18 bis 64 Jahren 80% der Menschen ohne Beeinträchtigungen, aber nur 49% der Menschen mit Beeinträchtigungen erwerbstätig. Dieser Anteil ist im Zeitraum von 2005 bis 2013 um 8 Prozentpunkte gestiegen. Innerhalb dieser acht Jahre ist auch die Erwerbstätigenquote aller Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen gestiegen, und zwar um 5 Prozentpunkte bei chronisch Kranken, um 6 Prozentpunkte bei Menschen mit Schwerbehinderung und um 9 Prozentpunkte bei Menschen mit anerkannter Behinderung und einem Grad der Behinderung (GdB) unter 50. Im Bereich der Spitzentechnologie ist der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 2009 und 2013 leicht gestiegen, davon haben besonders Erwerbstätige mit Abitur und darunter auch diejenigen mit Beeinträchtigungen profitiert.

2014 waren fast 1,2 Millionen schwerbehinderte Arbeitnehmer oder ihnen Gleichgestellte beschäftigt. Dies ist sowohl auf die demografische Entwicklung als auch auf die Abschaffung der Frühverrentungsregelung zurückzuführen. Auch ältere Beschäftigte mit Beeinträchtigungen sind heute länger im Erwerbsleben aktiv.

Erwerbstätige mit Beeinträchtigungen arbeiten eher mit reduzierter Arbeitszeit. In der Bruttostundenvergütung bestehen bei gleicher Qualifikation keine signifikanten Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Atypische Beschäftigungsformen sind zwischen 2012 und 2014 allgemein zurückgegangen. 2014 haben weniger Menschen mit Beeinträchtigungen in atypischen Beschäftigungsformen gearbeitet als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Diese Entwicklung kann als Teilhabefortschritt gewertet werden.

Auch wenn die Arbeitslosenquote von Menschen mit einer Schwerbehinderung, also einem GdB ab 50, in den letzten Jahren gesunken ist, liegt sie immer noch deutlich über der allgemeinen Arbeitslosenquote. Die ungleichen Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben wirken sich auch auf die Möglichkeit aus, den persönlichen Lebensunterhalt aus dem eigenen Einkommen zu bestreiten. Für Menschen mit Beeinträchtigungen ist dies seltener möglich als für Menschen ohne Beeinträchtigungen, aber auch hier steigt die Bedeutung des Erwerbseinkommens, wenn auch auf niedrigerem Niveau. Dieser Unterschied ist im untersuchten Zeitraum etwa gleich geblieben.

Menschen mit Beeinträchtigungen sind stärker von Armutsrisiken betroffen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Wenn Beeinträchtigungen schon in frühen Lebensjahren auftreten, können dadurch die Chancen der beruflichen Entwicklung und damit auch des Einkommenserwerbs eingeschränkt werden. Entsprechend hoch ist das Armutsrisiko. Auch die Armutsrisikoquote der älteren Menschen mit Beeinträchtigungen ist gestiegen, und zwar im gleichen Maße wie die Armutsrisikoquote der älteren Gesamtbevölkerung.

Alltägliche Lebensführung

Die Teilhabechancen und die Lebensqualität von Menschen mit Beeinträchtigungen werden auch dadurch beeinflusst, ob barrierefreier Wohnraum zur Verfügung steht und wie gut der öffentliche Raum (z.B. Gebäude, Personennahverkehr) nutzbar ist. Wohnungen, Straßen, Plätze, öffentliche Einrichtungen und Bildungseinrichtungen sind aber häufig nicht barrierefrei gestaltet. Und auch im öffentlichen Personennahverkehr ist Barrierefreiheit nicht flächendeckend gegeben. Eine positive Entwicklung ist, dass immer mehr Menschen, die Hilfen zum selbstbestimmten Wohnen der Eingliederungshilfe erhalten, in ambulant betreuten Wohnformen anstatt in stationären Einrichtungen leben – ein langfristiger Trend, der hier für den Zeitraum 2008 bis 2014 dargestellt wird und der in den Bundesländern unterschiedlich fortgeschritten ist.

Hilfsmittel fördern Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. Menschen, die das Persönliche Budget nutzen, um ihr Leben selbstständig führen zu können, haben ganz überwiegend den Eindruck, dass sich ihre Selbstständigkeit verbessert hat. Die Anzahl derjenigen, die das Persönliche Budget nutzen, stieg von 2010 bis 2014 um 78%.

Gesundheit

Ganz entscheidend für das Wohlbefinden und die Lebensqualität eines Menschen ist sein Gesundheitszustand. Obwohl Beeinträchtigungen nicht mit Krankheit gleichzusetzen sind, entstehen Beeinträchtigungen oft infolge einer Krankheit. Daher ist es nicht überraschend, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in den Jahren 2010 bis 2014 ihren Gesundheitszustand und auch ihr psychisches Wohlbefinden schlechter bewerten als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Wenn Menschen mit Beeinträchtigungen gesundheitsbedingt eingeschränkt sind, erstreckt sich dies über einen erheblich längeren Zeitraum als bei kranken Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dennoch haben sich nur 30% der Beschäftigten mit Beeinträchtigungen gegenüber 23% der Beschäftigten ohne Beeinträchtigungen innerhalb eines Jahres keinen Tag krank gemeldet.

Die barrierefreie Zugänglichkeit des Gesundheitswesens ist für Menschen mit Beeinträchtigungen von großer Bedeutung, da nur so Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge und Therapie dem Bedarf entsprechend genutzt werden können. Über den Stand der Barrierefreiheit im Gesundheitswesen gibt es kaum Daten. Eine bundesweite Befragung der Stiftung Gesundheit zeigt, dass nur 11% der niedergelassenen Arzt- und Psychotherapiepraxen Kriterien der Barrierefreiheit erfüllen. Entwicklungen im Zeitverlauf lassen sich aufgrund mangelnder Daten nicht abschätzen.

Freizeit, Kultur und Sport

Mit ihrer Freizeitgestaltung sind insgesamt 70% der Menschen in Deutschland zufrieden. Beeinträchtigungen können die Teilnahme an Freizeit-, Kultur- und Sportveranstaltungen oder Unternehmungen wie Ausflüge und Reisen erschweren und so zur gesellschaftlichen Isolation von Menschen mit Beeinträchtigungen führen. Entsprechend sind

Menschen mit Beeinträchtigungen mit ihrer Freizeit weniger zufrieden als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dies betrifft vor allem jüngere Menschen zwischen 18 bis 49 Jahren, die offenbar in vielen Bereichen ihrer Freizeitgestaltung eingeschränkt sind. Dieser Unterschied ist im Zeitraum der Jahre 2010 bis 2014 etwa gleich geblieben.

Sicherheit und Schutz der Person

Die Zahl der rechtlichen Betreuungen für Menschen, die auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst besorgen können, ist nach jahrelangem Anstieg seit 2013 leicht rückläufig. Dies kann auch mit der Zunahme an Vorsorgevollmachten zusammenhängen, die zunehmend bevorzugt werden, da sie eine stärker selbstbestimmte Alternative darzustellen scheinen.

Menschen mit Beeinträchtigungen werden häufiger Opfer von psychischer, körperlicher oder sexualisierter Gewalt als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Aufgrund der höheren Betroffenheit von Gewalt machen sich Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich häufiger Sorgen um die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Politische und gesellschaftliche Partizipation

Die Teilhabe an verschiedenen Formen der politischen und gesellschaftlichen Partizipation ermöglicht es Menschen mit Beeinträchtigungen, für ihre Interessen einzutreten und durch eigenes Engagement an der Gestaltung der Gesellschaft mitzuwirken. Obwohl ihr politisches Interesse und auch ihr aktives politisches Engagement gleich hoch sind, haben sich jedoch Menschen mit Beeinträchtigungen seltener an den Bundestagswahlen 2009 und 2013 beteiligt als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Insgesamt gehen Männer häufiger wählen als Frauen und Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen häufiger als jene mit einer geringeren Bildung. Diese Tendenz ist bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleich. Die Wahlbeteiligung von Menschen ohne Beeinträchtigungen ist zwischen 2009 und 2013 leicht gestiegen, während die Wahlbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen leicht zurückgegangen ist. In Bezug auf ehrenamtliches Engagement gibt es nur geringfügige Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die aber im Zeitverlauf von 2010 bis 2014 insgesamt nicht abgenommen haben.

Mehrfach beeinträchtigte Lebenslagen

Die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen wird erschwert, wenn weitere Barrieren hinzukommen. Im dritten Berichtsteil werden zuerst die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund vertiefend dargestellt und seitens des Beirats kommentiert. Im Jahr 2013 hatten von 16,6 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund 1,6 Mio. Menschen eine Beeinträchtigung (9,5%). Bei dieser Personengruppe sind die Anteile ohne schulische oder berufliche Abschlüsse besonders hoch.

Die Erwerbsbeteiligung ist bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund vergleichsweise gering, das Armutsrisiko dagegen vergleichsweise hoch ausgeprägt. Auch im Hinblick auf Freizeitgestaltung und gesellschaftliche Partizipation gibt es Anzeichen für eine geringere Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund.

Weiterhin können Mehrfachbelastungen auch für Menschen mit Beeinträchtigungen entstehen, die wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind und die teilweise von den Angeboten des regulären Hilfesystems nicht erreicht werden. Die Wohnungsproblematik ist für diese Personengruppe oft nur ein Indiz für mehrfache Belastungen, wozu auch körperliche und psychische Beeinträchtigungen gehören können. Risiken, die Wohnungslosigkeit bedingen können, werden ebenso dargestellt wie vorhandene Erkenntnisse zur Lebenslage. Strukturen des Hilfesystems und Barrieren der Inanspruchnahme und Versorgung werden erläutert sowie die Notwendigkeit weiterer Forschung, um für diese Personengruppe bedarfsgerechte Lösungen entwickeln zu können. Dieses Kapitel wurde einschließlich der Auswertung verfügbarer Studien und einer Erhebung qualitativer Daten von einem Beiratsmitglied erstellt; statistische Daten liegen zu dieser Thematik nicht vor.

Schließlich werden in einer multivariaten Analyse mehrere Merkmale der Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen im Kontext untersucht, um Zusammenhänge zwischen einzelnen Einflussfaktoren berücksichtigen zu können. Anhand des Alters, des Umfangs der Beeinträchtigungen und sozioökonomischer Merkmale werden Menschen mit Beeinträchtigungen vier Typen zugeordnet, deren Lebenslagen einen jeweils unterschiedlichen Umgang mit ihrer Beeinträchtigung ermöglichen.

Hinweise für Leserinnen und Leser

Als Personen mit Beeinträchtigungen gelten im Folgenden Menschen mit anerkannter Behinderung sowie Personen mit chronischer Erkrankung oder lang andauernden gesundheitlichen Problemen. Wenn Beeinträchtigungen mit Barrieren in der Umwelt so zusammenwirken, dass dies eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft einschränkt, wird von „Behinderung“ gesprochen.

Wichtige sozialrechtliche Bestimmungen, die Menschen mit Beeinträchtigungen betreffen, sind im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) zusammengefasst.

International anerkannte menschenrechtliche Grundsätze, die Menschen mit Beeinträchtigungen betreffen, enthält das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK).

Im Berichtsteil I „Einleitung“ werden die konzeptionellen Grundlagen und grundlegende Daten z.B. zur Anzahl und Altersstruktur von Menschen mit Beeinträchtigungen dargestellt.

Im Berichtsteil II „Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen“ wird die Lage von Menschen mit Beeinträchtigungen in den folgenden Bereichen anhand aktueller Forschungsergebnisse beschrieben und diskutiert:

- Familie und Soziales Netz (Kapitel 1)
- Bildung und Ausbildung (Kapitel 2)
- Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation (Kapitel 3)
- Alltägliche Lebensführung (Kapitel 4)
- Gesundheit (Kapitel 5)
- Freizeit, Kultur und Sport (Kapitel 6)
- Sicherheit und Schutz der Person (Kapitel 7)
- Politische und gesellschaftliche Partizipation (Kapitel 8)

Zu Beginn jedes Kapitels werden die wichtigsten Ergebnisse in einem Faktenblatt zusammengestellt. Am Ende des Kapitels findet sich eine ausführliche Zusammenfassung des Kapitels. Daran anschließend werden Entwicklungen der Teilhabe im Zeitverlauf diskutiert. Ergänzend folgen im Anschluss Maßnahmen und Leistungen der Bundesregierung und weiterer Leistungsträger zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Im Berichtsteil III „Vertiefende Fragestellungen“ werden die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund sowie von wohnungslosen Menschen mit Beeinträchtigungen untersucht. Außerdem werden typische Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen im Gesamtblick herausgearbeitet.

Die Ergebnisse werden in Abbildungen und Tabellen dargestellt und im Text erläutert. Im Text wird auf die entsprechenden Abbildungen und Tabellen verwiesen.

Die Berichterstellung wurde durch einen Beirat begleitet, dem Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Verbänden angehörten. Die Kapitel der Berichtsteile I und II wurden aus der Perspektive der Beiratsmitglieder kommentiert und um weitere Gesichtspunkte ergänzt.[2] Die Beiratsmitglieder haben zudem den Kommentar zum Schwerpunktkapitel „Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund“ sowie das Schwerpunktkapitel „Menschen mit Beeinträchtigungen und Wohnungslosigkeit“ verfasst. 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.

Der Bericht stellt die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Vordergrund. Die vielfältigen Leistungen, die auf gesetzlicher Grundlage und ergänzend im Rahmen von Programmen und Initiativen für sie erbracht werden, finden am Ende der Kapitel als „weiterführende Informationen“ Erwähnung.

Eventuell im Bericht aufgeführte finanzielle Belastungen werden innerhalb der jeweiligen Haushaltsansätze der betroffenen Einzelpläne gegenfinanziert. Die Aufführung von Maßnahmen mit finanzieller Belastung präjudiziert weder die laufenden noch künftige Haushaltsverhandlungen.

Quellen und Literatur werden in Kurzform im Text in Klammern angegeben. Dabei werden die Autorinnen und Autoren, das Erscheinungsjahr und ggf. durch Doppelpunkt abgetrennt die Seitenzahl genannt. Die vollständige Quellenangabe findet sich im Literaturverzeichnis im Berichtsteil IV „In eigener Sache: Daten, Methoden, Literatur“. Dort werden auch die Daten, auf deren Grundlage der Bericht erstellt wurde, deren Aktualität und die Methoden ihrer Auswertung beschrieben. Dieser Teil enthält außerdem ein Glossar, in dem wichtige Begriffe erläutert werden, und ein Verzeichnis der Abkürzungen, die im Text verwendet werden.

Der vorliegende Bericht wird als barrierefreies PDF-Dokument im Internet zugänglich gemacht. Eine Kurzfassung des Berichtes wird in leichte Sprache übertragen. Ebenfalls wird eine Hörversion erstellt. Diese Dokumente können über die Internet-Seiten des BMAS abgerufen werden.

---

[2] Der wissenschaftliche Beirat merkt an, dass sich seit dem Teilhabebericht 2013 einiges an der Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. an den gesellschaftlichen Bedingungen geändert hat, aber vieles gleich geblieben ist. Vor diesem Hintergrund basieren die Kommentare des wissenschaftlichen Beirates zum vorliegenden Teilhabebericht auf den Kommentaren des ersten Teilhabeberichtes, die – wo nötig und möglich – geändert, ergänzt und erweitert werden.

I Einleitung

Die Bundesregierung erstellt unter Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales in jeder Legislaturperiode einen Bericht über die Lage von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland. Dazu werden Daten über deren Lebenslage und den Entwicklungsstand ihrer Teilhabe bzw. Inklusion systematisiert und ausgewertet. Damit wird die im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (§ 66 SGB IX) und Artikel 31 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) niedergelegte Berichtspflicht erfüllt.

Der vorliegende Bericht knüpft an den 2013 erschienenen „Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a) an und führt diesen fort, indem die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen anhand aktueller Forschungsergebnisse dargestellt und diskutiert werden.

1. Konzeptionelle und rechtliche Grundlagen

1.1 Verständnis von Behinderung und Beeinträchtigung

In der öffentlichen Debatte, der politischen Diskussion und in der wissenschaftlichen Forschung zur Thematik dieses Berichtes werden unterschiedliche Begriffe verwendet, darunter z.B. die Begriffe „Menschen mit Behinderungen“ oder „Menschen mit Beeinträchtigungen“. Diese Bezeichnungen werden häufig synonym verwendet, betonen jedoch unterschiedliche Aspekte. Während „Behinderung“ stärker auf die soziale Dimension verweist (durch Barrieren in der Umwelt „behindert werden“), ist der Begriff „Beeinträchtigung“ neutraler und bezieht sich auf konkrete Einschränkungen bei Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen, mit denen die betroffenen Menschen konfrontiert sind (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 7).

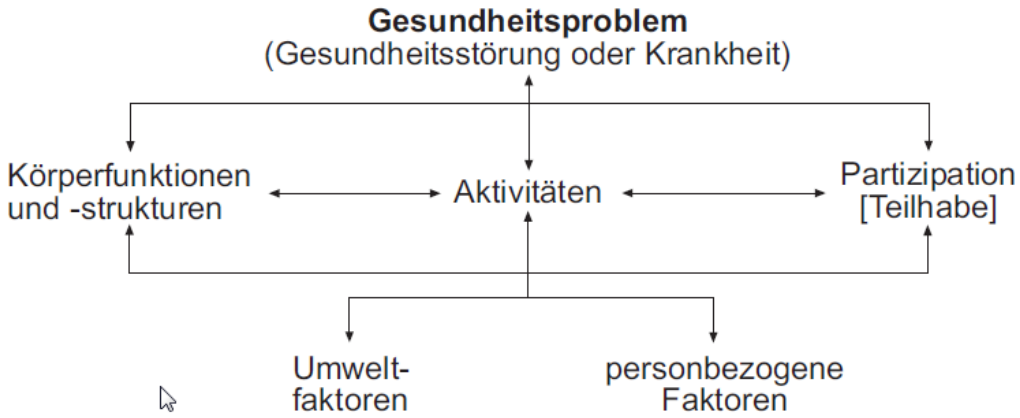
Im deutschen Sozialrecht hat sich der Begriff „Behinderung“ etabliert. Menschen mit Behinderungen sind nach dem Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG) „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Als langfristig gilt ein Zeitraum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert“ (§ 3 BGG).

Diese Beschreibung greift die Formulierung aus Artikel 1 Absatz 2 UN-BRK in Verbindung mit Buchstabe (e) der Präambel der UN-BRK auf. Dort wird auch darauf hingewiesen, dass das Verständnis von Behinderung sich fortlaufend verändert. Über lange Zeit waren damit Funktionsstörungen einer Person gemeint, und Beeinträchtigungen wurden vor allem als individuelles Problem verstanden. In der aktuellen Beschreibung werden die Beeinträchtigungen einer Person dagegen in einen Zusammenhang mit ihrer sozialen und räumlichen Umgebung gestellt. Diese Person-Umwelt-Verknüpfung wurde im

Jahr 2001 mit der Veröffentlichung der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit („International Classification of Functioning, Disability and Health“, ICF) von der Weltgesundheitsorganisation („World Health Organization“, WHO) angeregt und hat seither die wissenschaftliche Fachdiskussion ebenso wie das nationale und internationale Recht geprägt.

Eine Behinderung liegt demnach vor, wenn Schädigungen oder Abweichungen von anatomischen, psychischen oder physiologischen Körperstrukturen und -funktionen einer Person mit Barrieren in ihrer räumlichen und gesellschaftlichen Umwelt so zusammenwirken, dass eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft nicht möglich ist (WHO, 2001). Abbildung 1 macht anschaulich, wie gesundheitliche Probleme, Umwelt- und personenbezogene Faktoren auf die Aktivitäten und Teilhabe einer Person einwirken.

Abbildung 1 Bio-psycho-soziales Modell der ICF



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

„Dem Verständnis der UN-BRK und der ICF zu Folge ist Behinderung also nicht länger die individuell vorhandene gesundheitliche Störung […] oder die Normabweichung. Es ist vielmehr so, dass sich die Behinderung durch Entfaltung personaler Ressourcen sowie gelingende Interaktion zwischen dem Individuum sowie seiner materiellen und sozialen Umwelt abbauen kann“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 31).

In diesem Bericht wird in der Regel von „Menschen mit Beeinträchtigungen“ gesprochen. Damit wird der Fokus auf die konkreten Einschränkungen gelegt, die sich in Wechselwirkung mit den Umweltbedingungen ergeben und damit die gesellschaftlichen Teilhabechancen beeinflussen. Als Menschen mit Beeinträchtigungen gelten im Folgenden Menschen mit anerkannter Behinderung sowie Menschen mit chronischer Erkrankung

oder lang andauernden gesundheitlichen Problemen.[3] Davon abweichend wird von „Menschen mit Behinderungen“ gesprochen, wenn dies aus sozialrechtlichen oder statistischen Zusammenhängen vorgegeben ist oder wenn es sich um Eigennamen von Organisationen und Einrichtungen sowie Verweise auf offizielle Dokumente handelt. Auch bei allen Bezugnahmen auf die UN-BRK wird von „Menschen mit Behinderungen“ gesprochen, da das UN-Übereinkommen die (Menschen-)Rechte dieser Personengruppe beschreibt (vgl. u.a. Artikel 1 Absatz 1 UN-BRK).

Die Teilhabechancen hängen auch davon ab, in welchem Lebensabschnitt Beeinträchtigungen auftreten. Sind Beeinträchtigungen angeboren oder treten sie im frühen Lebensalter ein, kann die Teilhabe schon frühzeitig durch das Zusammenwirken der Beeinträchtigung mit ungünstigen Rahmenbedingungen eingeschränkt werden. Die gesellschaftlich bedingten Chancen der kindlichen Entwicklung sowie der schulischen und beruflichen Ausbildung können dann von Beginn an eingeschränkt sein. Dies wirkt sich auch auf den Zugang zu Erwerbsarbeit, das dadurch erzielte Einkommen und die daran gekoppelten Sozialversicherungsansprüche aus. Wenn Beeinträchtigungen dagegen erst im Rentenalter eintreten, haben im vorherigen Lebenslauf oft bessere Möglichkeiten im Hinblick auf die schulische und berufliche Ausbildung, die Erwerbstätigkeit und den Erwerb von Sozialversicherungsansprüchen bestanden, ohne durch Beeinträchtigungen in Kombination mit ungünstigen Rahmenbedingungen eingeschränkt worden zu sein.

Beeinträchtigung, Behinderung und Schwerbehinderung

Menschen mit Beeinträchtigungen können bei der zuständigen Stelle[4] die amtliche Anerkennung einer Behinderung beantragen. Dabei wird je nach Schwere der Beeinträchtigung ein „Grad der Behinderung“ (GdB) zugemessen, der in Zehnerschritten von 20 bis 100 reicht. Ab einem GdB von mindestens 50 wird von „Schwerbehinderung“ gesprochen (§ 2 Absatz 2 SGB IX). Die zuständigen Behörden stellen gleichzeitig auch den Schwerbehindertenausweis aus, in dem der GdB sowie bestimmte Merkzeichen eingetragen sein können, die zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen berechtigen.[5] Nicht alle Menschen mit Beeinträchtigungen bemühen sich um diese amtliche Anerkennung, etwa weil sie diese Möglichkeit nicht kennen oder weil sie keinen Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben. Außerdem zögern manche Betroffene, sich eine Beein-

---

3 Je nach Datenquelle wird chronische Erkrankung mit Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten oder besonderem medizinischem oder therapeutischem Unterstützungsbedarf kombiniert; für nähere Informationen vgl. Abschnitt „In eigener Sache“ am Ende des Berichts.

4 Die für diese Anerkennung zuständigen Stellen sind je nach Landesrecht auf Landesebene, Bezirksebene oder in den Kommunen angesiedelt.

5 Diese Merkzeichen beziehen sich z.B. auf eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G „gehbehindert“), eine außergewöhnliche Gehbehinderung (AG), Hilflosigkeit (H), Blindheit (Bl), Gehörlosigkeit (Gl) oder auf den Anspruch auf Ermäßigung des Rundfunkbeitrags (RF).

trächtigung amtlich anerkennen zu lassen, weil sie befürchten, dass durch diese Etikettierung Vorurteile im sozialen Umfeld und ggf. bei der Arbeitsstelle hervorgerufen und somit letztlich Teilhabechancen eingeschränkt werden könnten.

Der vorliegende Bericht geht somit davon aus, dass nicht alle Beeinträchtigungen eine Behinderung bedeuten, sondern nur diejenigen, die mit ungünstigen Umweltfaktoren zusammentreffen (Abbildung 2). Ein Teil dieser Beeinträchtigungen wird amtlich anerkannt und dabei nach dem Schweregrad eingestuft. Ab einem GdB von 50 wird von einer anerkannten Schwerbehinderung gesprochen.

Abbildung 2 Beeinträchtigungen, Behinderungen und anerkannte Behinderung

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013a: 8)

Beeinträchtigungen und Rehabilitation

Menschen mit Beeinträchtigungen können Leistungsansprüche gegenüber unterschiedlichen Rehabilitationsträgern haben, die im jeweiligen Bereich gesetzlich geregelt sind. Das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ hat im ersten Teil vor allem die Aufgabe eines „Klammergesetzes“, das die Formen der Leistungsgewährung und die dazu erforderliche Kooperation der Rehabilitationsträger sichern und die dafür erforderlichen Strukturen schaffen soll. Die Leistungen zur Teilhabe werden in § 5 SGB IX vier Bereichen zugeordnet, für die in § 6 SGB IX die jeweilige Zuständigkeit benannt wird:

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (alle Rehabilitationsträger außer der Bundesagentur für Arbeit),
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (alle Rehabilitationsträger außer den Krankenkassen und der Alterssicherung der Landwirte),
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (alle Rehabilitationsträger außer Sozialhilfe und Jugendhilfe),

4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Träger der Unfallversicherung, der Kriegsopferversorgung und -fürsorge sowie Träger der Sozialhilfe und Jugendhilfe).

Beeinträchtigungen und Sozialhilfe

Wenn bestimmte rechtliche Voraussetzungen erfüllt sind, haben Menschen mit Beeinträchtigungen ein Anrecht auf Leistungen der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ nach Kapitel 6 SGB XII. Die Aufgabe der Sozialhilfe besteht darin, „den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 1 Satz 1 SGB XII). Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen dient dazu, „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“ (§ 53 Absatz 3 SGB XII). Anspruchsberechtigt sind Personen, die „wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind“ (§ 53 Absatz 1 SGB XII).

Ein Teil dieser Leistungen ist an das Vorliegen materieller Bedürftigkeit gebunden. Ab bestimmten Grenzen werden das Einkommen nach § 85 SGB XII und ggf. vorhandenes Vermögen der Leistungsbeziehenden nach § 90 Absatz 1 SGB XII (mit einer Reihe von Ausnahmen, die in § 90 Absatz 2 SGB XII spezifiziert werden) und ggf. auch das Vermögen der Angehörigen herangezogen. Für bestimmte Leistungen der Eingliederungshilfe in teilstationären oder stationären Einrichtungen wird der Einkommenseinsatz auf die Kostenersparnis des Lebensunterhalts begrenzt (§ 92 Absatz 2 SGB XII). In diesen Fällen erfolgt auch keine Heranziehung des Vermögens. Für den überwiegenden Teil der ambulant erbrachten Fachleistungen gilt jedoch eine Kostenheranziehung einschließlich des Einsatzes von nicht geschontem Vermögen.

Diese Einordnung von Teilhabeleistungen in das Fürsorgesystem wird seit langem kritisch gesehen. So weist z.B. die BRK-Allianz auf gravierende Auswirkungen der Einkommens- und Vermögensanrechnung auf die Lebenslagen der Menschen mit Beeinträchtigungen hin (2013: 37 f).

Mit dem am 16. Dezember 2016 verabschiedeten „Bundesteilhabegesetz“ (BTHG) wird das Teilhaberecht reformiert, indem zum einen in Teil 1 die Integration verschiedener leistungsrechtlicher Regelungen weiterentwickelt und in Teil 2 die Eingliederungshilfe neu geregelt wird. Teil 3 enthält das Schwerbehindertenrecht (bisher SGB IX Teil 2). In diesem Zusammenhang sollen die Steuerungsfähigkeit der Eingliederungshilfe bundeseinheitlich verbessert und die vorrangigen Leistungssysteme gestärkt werden. Ebenfalls

sind Verbesserungen bei der Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen vorgesehen, die in einer weiteren Stufe in einem eigenständigen Beitragssystem ihren Niederschlag finden sollen.

Zum BTHG hatte die Bundesregierung ein umfangreiches Beteiligungsverfahren in Form der Arbeitsgruppe „Bundesteilhabegesetz“ durchgeführt, das deutlich werden ließ, wie komplex das Gesamtsystem der Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist. Neben den Forderungen der Verbände von Menschen mit Beeinträchtigungen haben auch die Leistungsträger und Leistungsanbieter deutlich ihre Interessen formuliert. Ebenso sind auch die Interessen des Bundes, der Länder und der Kommunen zu berücksichtigen.

1.2 Lebenslagen und Gesellschaft

Das zentrale Ziel der Politik für Menschen mit Beeinträchtigungen ist es, diesen eine gleichberechtigte Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in allen Bereichen der Gesellschaft zu erschließen (§ 1 SGB IX). Um dieses Ziel erreichen zu können, müssen geeignete Handlungsstrategien auf die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abgestimmt werden.

Die Einbindung einer Person in ihre soziale und ökonomische, historische und kulturelle Umgebung ist ihre „Lebenslage“. Die Lebenslage wird durch die äußeren Bedingungen geprägt, die das Leben von Personen oder Gruppen beeinflussen. Diese Lebensbedingungen bilden einen Handlungsspielraum, den eine Person mit ihren Interessen, Fähigkeiten und Einschränkungen nutzen kann (Weisser, 1956; Engels, 2013). Die Lebenslage ist gekennzeichnet durch die Einbindung bzw. Inklusion von Individuen in verschiedene Lebensbereiche bzw. verschiedene gesellschaftliche Teilsysteme (Beck & Greving, 2012; Luhmann, 1995; zum Begriff Inklusion vgl. Wansing, 2015). Dazu zählen z.B. die Bereiche Bildung, Arbeitsmarkt, Gesundheitsversorgung und Wohnsituation. Somit lässt sich der Stand der Teilhabe an der Gesellschaft daran bemessen, inwiefern Menschen mit Beeinträchtigungen Zugang zu den einzelnen Teilbereichen (Bildungssystem, Arbeitsmarkt, Gesundheitssystem, Wohnungsmarkt etc.) haben. Dabei lässt sich Teilhabe bzw. Inklusion zum einen im Kontrast zu Ausgrenzung bzw. Exklusion beschreiben (z.B. Teilhabe am Arbeitsleben oder nicht) und zum andern als Grad der Teilhabe, z.B. von Werkstätten für behinderte Menschen über Integrationsfirmen und unterstützte Beschäftigung bis zu ungeförderter Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Engels, 2006; Sächsisches Staatsministerium für Arbeit und Verbraucherschutz, 2012).

Die Teilhabe an einem gesellschaftlichen Bereich kann dadurch erschwert werden, dass die Eigenlogik des jeweiligen Teilsystems die Voraussetzungen und Einschränkungen der einzubeziehenden Personen nicht hinreichend berücksichtigt und damit zur Barriere wird. So ist z.B. das Schulsystem darauf ausgerichtet, Bildung zu vermitteln, aber nicht darauf, Zugang zu Bildung zu schaffen. Der Arbeitsmarkt selektiert das für bestimmte wirtschaftliche Produktionsziele benötigte Personal, ist aber nicht darauf ausgerichtet,

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit einzubeziehen und Arbeitsplätze an individuelle Beeinträchtigungen anzupassen. Das Gesundheitssystem ist auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet, aber nicht darauf, Patientinnen und Patienten mit Verständnisschwierigkeiten eine Diagnose oder die Ziele einer medizinischen Behandlung verständlich zu machen. Insofern können gesellschaftliche Teilsysteme unterschiedlich wirken: Einerseits erfüllen sie wichtige Funktionen innerhalb der gesellschaftlichen Arbeitsteilung, andererseits bilden sie aufgrund ihrer Spezialisierung Barrieren für diejenigen, die sich in die systemeigene Zielsetzung nicht nahtlos einfügen. Somit wird der Grad der Teilhabe einerseits durch Ressourcen und Beeinträchtigungen der Individuen und andererseits durch die (mangelnde) Inklusivität der gesellschaftlichen Teilsysteme beeinflusst.

Anhand des Lebenslagen-Ansatzes lässt sich darstellen, wie unterschiedliche Lebensbereiche aufeinander bezogen sind und durch welche gesellschaftlichen Barrieren Teilhabe eingeschränkt werden kann. Dies kann für zentrale Bereiche der Lebenslage so beschrieben werden:

- Soziale Beziehungen können den Zugang zu anderen Bereichen erleichtern, indem sich z.B. Partnerinnen und Partner, Familienangehörige, Freundinnen und Freunde gegenseitig unterstützen. Für Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen kann von dieser sozialen Unterstützung abhängen, ob ein Leben im Privathaushalt möglich ist.
- Der Bildungsbereich reicht von der Betreuung in Kindertagesstätten und Tagespflege über die schulische Bildung und berufliche Ausbildung bis zu lebenslangem Lernen in Form von Weiterbildung. Das gegliederte Schulsystem in Deutschland kann für Menschen mit Lernschwierigkeiten aber als Barriere wirken. Diese Barrieren können durch ein inklusives Bildungssystem reduziert werden, sofern es mit den erforderlichen Ressourcen ausgestattet wird (Klemm, 2012).
- Der Lebensbereich der Erwerbsarbeit knüpft am Bildungsbereich an, indem er die dort erworbenen Qualifikationen als Zugangsvoraussetzung nutzt. Von der erreichten beruflichen Position hängt ab, welche materiellen Ressourcen zur Lebensgestaltung zur Verfügung stehen. Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit haben sich einerseits die Zugangsbarrieren seit den 1980er Jahren durch den Wegfall einfacher Tätigkeiten und steigende Qualifikationsanforderungen verstärkt. Andererseits wurden assistive Maßnahmen und technische Möglichkeiten der Arbeitsplatzgestaltung weiterentwickelt, so dass einige Tätigkeitsbereiche für Menschen mit Beeinträchtigungen zugänglicher wurden.
- Eng mit der Erwerbsarbeit ist auch die materielle Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen verbunden. Auf besondere Barrieren in diesem Zusammenhang weist das erhöhte Armutsrisiko in den jüngeren Altersgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen hin (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a). Die Ursachen hierfür sind vielschichtig und reichen von schlechteren Berufsaussichten aufgrund

niedriger Bildungsabschlüsse bis hin zu geringeren Stundenlöhnen aufgrund mangelnder Qualifikation. Die eng begrenzten Leistungen der Mindestsicherung nach den Sozialgesetzbüchern SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) und SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung), auf die ein Teil der Menschen mit Beeinträchtigungen angewiesen ist, tragen zu einer angespannten materiellen Situation bei. Auch die leistungsrechtliche Verortung der Eingliederungshilfe in der Sozialhilfe (SGB XII, siehe oben) schränkt die materiellen Möglichkeiten ein (BRK-Allianz, 2013).

- Eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Lebensführung im Alltag einschließlich der gewünschten Wohnsituation und barrierefreien Umgebung wird maßgeblich durch die Verfügbarkeit materieller Ressourcen, aber auch durch regionale Unterschiede (insbesondere Stadt-Land-Unterschiede) beeinflusst. Eine barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raums sowie eine barrierefreie Verkehrs- und Angebotsinfrastruktur sind entscheidende Voraussetzungen dafür, dass für Menschen mit Beeinträchtigungen Handlungsspielräume erschlossen werden.
- Gesundheit hat einen wichtigen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Fähigkeit zur Erwerbsarbeit und zur eigenständigen Lebensführung sowie darauf, eigene Lebensziele verwirklichen zu können. Deutschland verfügt über ein differenziertes System der gesundheitlichen Versorgung, das sich oft auf den Kernbereich medizinischer Behandlung konzentriert, während soziale, pflegerische und medizinpädagogische Komponenten weniger im Vordergrund stehen. Dies kann für Menschen mit Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Problemen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erschweren. Weiterhin kann auch mangelndes Fachwissen des medizinischen und ärztlichen Personals z.B. in Bezug auf Besonderheiten in der Behandlung von Menschen mit schweren geistigen Beeinträchtigungen oder komplexen Mehrfachbeeinträchtigungen eine Barriere für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung darstellen (Hasseler, 2015).
- Eine Entfaltung der Persönlichkeit erfordert auch rekreative Handlungsspielräume. Barrieren für Menschen mit Beeinträchtigungen entstehen, wenn Angebote in den Bereichen Freizeit, Kultur und Sport nicht barrierefrei und inklusiv gestaltet sind.
- Eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft setzt selbstbestimmtes Handeln und Entscheiden voraus, das nicht durch Diskriminierung oder Gewalt eingeschränkt werden darf. Barrieren können durch rechtliche Regelungen, die selbstbestimmtes Leben im Sinne einer unterstützten Entscheidungsfindung stärken (Artikel 12 UN-BRK), sowie durch Schutzmechanismen gegen Fremdbestimmung und Gewalt abgebaut werden.
- Die Teilhabechancen in Form von politischer und gesellschaftlicher Partizipation werden durch Bildung und die Einbindung in soziale Netzwerke, aber auch durch materielle Ressourcen sowie physische, kognitive und psychische Leistungsfähigkeit be-

einflusst. Eine mangelnde Inklusivität von politischen und zivilgesellschaftlichen Organisationen behindert die gleichberechtigte Partizipation von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Der Grad der Teilhabe an diesen gesellschaftlichen Bereichen kann unterschiedlich ausgeprägt sein. Eine prekäre Lebenslage ist dadurch gekennzeichnet, dass die Teilhabe an mehreren Bereichen unzureichend gelingt. Dies kann sich in wechselseitiger Verstärkung zu einer Lage der Exklusion verfestigen, wenn z. B. mangelnder Zugang zum Erwerbssystem mit einem geringen Grad an gesellschaftlicher Partizipation und fragilen familiären und sozialen Netzwerkbeziehungen einhergeht. Der vorliegende Teilhabebericht ist nach den Bereichen der Lebenslage gegliedert und bildet Stand und Entwicklung der Teilhabe in diesen Bereichen ab.

Beeinträchtigungen können auf unterschiedliche Weise mehr oder weniger verringert bzw. ausgeglichen werden: Mit technischen Hilfsmitteln (insbesondere bei körperlichen Beeinträchtigungen und Sinnesbeeinträchtigungen) sowie persönlicher Assistenz kann darauf hingewirkt werden, dass Einschränkungen ausgeglichen und eine Teilhabe am Alltagsleben ermöglicht werden. In § 4 SGB IX werden die Leistungen genannt, die im deutschen Sozialrecht zur Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe vorgesehen sind.

Die gleichberechtigte Teilhabe an den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen bedeutet jedoch nicht, dass Menschen mit Beeinträchtigungen lediglich mit den erforderlichen Mitteln ausgestattet werden, die zur Überwindung bestehender Barrieren notwendig sind. Vielmehr sind die Barrieren selbst in allen Lebensbereichen abzubauen. Das Ziel einer barrierefrei zugänglichen Gesellschaft zählt nach Artikel 3 f) zu den allgemeinen Grundsätzen der UN-BRK und ist damit eine Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben. Es ist anzunehmen, dass umso weniger Assistenz erforderlich ist, je barrierefreier die Gesellschaft insgesamt gestaltet ist. Notwendig ist dazu „ein Design von Produkten, Umfeldern, Programmen und Dienstleistungen in der Weise, dass sie von allen Menschen möglichst weitgehend ohne eine Anpassung oder ein spezielles Design genutzt werden können“ („universal design“, Artikel 2 UN-BRK).

Alternativ werden in einzelnen Lebensbereichen Sondersysteme als geschützte Räume abgegrenzt, in denen Teilhabeschwellen abgesenkt werden. Deren Ziel ist es, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Personen mit Beeinträchtigungen sich besser entfalten können. Diese Sondersysteme haben eine zwiespältige Wirkung: Einerseits schützen sie die Personen, die weniger Leistung erbringen als andere und entlasten sie von der Konkurrenz mit leistungsstärkeren Personen sowie dem Durchsetzungszwang diesen gegenüber. In geschützten Räumen können somit bessere Entwicklungschancen bestehen (sprachlich wird dies dadurch zum Ausdruck gebracht, dass Sondersysteme als „Fördersysteme“ bezeichnet werden). Andererseits bringt jedes Sondersystem aber die Gefahr mit sich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen vom allgemeinen System ausgeschlossen werden (Exklusion). Die entscheidende Frage ist also, ob durch die Nutzung solcher Sonderformen die Teilhabechance am allgemeinen System (z.B. an der

Regelschule, am allgemeinen Arbeitsmarkt) verbessert oder eher vermindert wird. Dies ist im Hinblick auf unterschiedliche Sondersysteme jeweils zu überprüfen.

1.3 Die UN-Behindertenrechtskonvention

Ein zeitgemäßes Verständnis einer gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen an allen Bereichen der Gesellschaft wird durch das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ entscheidend geprägt. Die UN-BRK hat seit März 2009 in Deutschland einen verbindlichen Rechtscharakter: Sie „ist die erste verbindliche universelle Menschenrechtsquelle für behinderte Menschen, sie schneidet den anerkannten Katalog der Menschenrechte auf die Situation behinderter Menschen zu und markiert damit einen Wendepunkt zum menschenrechtlichen Modell von Behinderungen“ (Masuch, 2012: 1).

Ziele und Grundsätze

Das zentrale Ziel der UN-BRK ist es, „den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“ (Artikel 1 Absatz 1 UN-BRK). Dabei werden als Menschen mit Behinderungen die Menschen gesehen, „die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Artikel 1 Absatz 2 UN-BRK). Somit wird Behinderung, ähnlich wie im BGG, als Zusammenwirken persönlicher Beeinträchtigungen mit Einschränkungen der Teilhabe durch Barrieren in der Umgebung und einstellungsbedingte Barrieren verstanden: Behinderung ist demnach nicht eine Eigenschaft einer Person oder ein „absonderndes“ Merkmal, sondern die UN-BRK „würdigt Behinderung als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens und überwindet damit das noch in vielen Ländern vorhandene, nicht mehr zeitgemäße Prinzip der Fürsorge“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009a: 18).

Ausgestaltung universeller Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen

Die UN-BRK konkretisiert die bestehenden Menschenrechte für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen. Dabei werden z.B. das Recht auf Leben, der Schutz der Unversehrtheit oder die Freiheit und Sicherheit der Person sowie die Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung festgeschrieben (Artikel 10 bis 18 UN-BRK). Die Umsetzung dieser Rechte ist mit Maßnahmen der Bewusstseinsbildung und der Beseitigung von Zugangsbarrieren unmittelbar verbunden:

- Die Vertragsstaaten haben sich dazu verpflichtet, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um das Bewusstsein in der gesamten Gesellschaft für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung der Rechte und der Würde von Menschen mit Behinderungen zu fördern. Daneben verpflichten sie sich u.a. auch dazu, die Aufgeschlossenheit gegenüber Menschen mit Behinderungen zu

erhöhen, sie positiv wahrzunehmen und ihnen respektvoll zu begegnen sowie ihre Fähigkeiten und Beiträge für die Gesellschaft anzuerkennen (Artikel 8).

- Die Vertragsstaaten haben sich darüber hinaus zur Beseitigung von Zugangsbarrieren verpflichtet, sowohl von baulichen Barrieren aller Art im öffentlichen Raum und in öffentlich zugänglichen Gebäuden als auch von Informations- und Kommunikationsbarrieren sowie der Öffentlichkeit offenstehenden Dienstleistungen öffentlicher ebenso wie privater Anbieter (Artikel 9).

Weiterhin werden die Rechte der Menschen mit Behinderungen in einzelnen Lebensbereichen detailliert beschrieben. Hierzu gehören etwa

- das Recht auf wunschgemäßes Wohnen und eine unabhängige Lebensführung: Menschen mit Behinderungen können ihren Aufenthaltsort frei wählen, sind nicht verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben und sollen Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben (Artikel 19).
- das Recht auf Partnerschaft und Familiengründung einschließlich der Unterstützung von Eltern mit Behinderungen und des Schutzes des Kindeswohls (Artikel 23).
- das Recht auf Bildung ohne Diskriminierung verbunden mit der Gewährleistung eines auf allen Ebenen auf Inklusion ausgerichteten Bildungswesens: Niemand darf aufgrund von Behinderungen vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden, sondern jeder soll gleichberechtigt mit anderen Zugang zu einem inklusiven, hochwertigen und unentgeltlichen Unterricht an Grundschulen und weiterführenden Schulen haben. Zur Ermöglichung eines lebenslangen Lernens sind an dieser Stelle ausdrücklich auch Erwachsenenbildung und Weiterbildung einbezogen (Artikel 24).
- das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen: Zur Verwirklichung dieses Rechts gehört neben Arbeitsplatzerwerb und -erhalt auf einem inklusiven Arbeitsmarkt die gleichberechtigte Teilhabe in allen Belangen des Arbeitslebens, wie z.B. die Sicherstellung angemessener Vorkehrungen am Arbeitsplatz, Möglichkeiten zu beruflichem Aufstieg, die Durchsetzung gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit oder die gleichberechtigte Ausübung von Arbeitnehmerrechten (Artikel 27).
- das Recht auf Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben: Dies umfasst u.a. ungehinderte Teilnahme an politischen Wahlen, gleichberechtigte Mitgestaltung öffentlicher Angelegenheiten und Bildung von Organisationen zur Interessenvertretung (Artikel 29).
- das Recht auf Teilhabe an Kultur, Freizeit und Sport im umfassenden Sinne einschließlich der Verpflichtung, den Zugang hierzu barrierefrei zu gestalten (Artikel 30).

Dabei verfolgt die UN-BRK drei übergreifende Ziele:

- Die Würde und der Wert von Menschen mit Behinderungen sind anzuerkennen. Dies impliziert u.a. eine Anerkennung ihrer Vielfalt („diversity“), ihres Beitrags zur Gesellschaft und ihres Rechts auf Selbstbestimmung und Eigenständigkeit (mit Unterstützung je nach Bedarf) statt Vertretung durch andere.
- Die UN-BRK ist auf die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in das allgemeine gesellschaftliche Leben im Sinne einer selbstverständlichen Zugehörigkeit ausgerichtet. Sondersysteme sollen in allen Bereichen in Frage gestellt und grundsätzlich auf ihre Wirkung sowie daraufhin überprüft werden, ob und inwieweit sie durch Beseitigung von Barrieren in Verbindung mit Assistenzleistungen abgebaut oder ersetzt werden können.
- Dies erfordert ein universelles Design der Gesellschaft, d.h. dass die Gesellschaft insgesamt barrierefrei und für alle Menschen zugänglich gestaltet wird; und dass Produkte, Gegenstände und Informationen so gestaltet werden, dass sie für alle gleichermaßen handhabbar sind (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, 2009).

Entsprechend entfaltet die UN-BRK ihr Konzept einer möglichst weitgehenden Normalisierung des Lebens der Menschen mit Behinderungen (zum Konzept der Normalisierung vgl. Beck, 1996 und Thimm, 2005). Die geforderte Umgestaltung der Gesellschaft umfasst den Auftrag, in allen gesellschaftlichen Bereichen zu hinterfragen, welche Barrieren für Menschen mit Behinderungen dort jeweils bestehen und wie diese beseitigt werden können, welche spezifische Unterstützung hilfreich ist und welche besonderen Unterstützungsformen dagegen zu neuen Barrieren führen können. In diesem Sinne enthält die UN-BRK eine Verpflichtung, den konkreten Unterstützungsbedarf von Personen mit Behinderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen in den Blick zu nehmen. Im vorliegenden Bericht werden diese Verpflichtungen einzelnen Handlungsfeldern zugeordnet und mit den empirischen Befunden zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen abgeglichen, um daraus weiteren Handlungsbedarf abzuleiten.

Umsetzung der UN-BRK in Deutschland

In Deutschland ist die Umsetzung der UN-BRK eine Aufgabe auf allen politischen und zivilgesellschaftlichen Ebenen. Auf Bundesebene wurde eine Nationale Anlaufstelle zur Umsetzung im Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Artikel 33 Absatz 1 UN-BRK eingerichtet. Zur Umsetzung der UN-BRK hat die Bundesregierung unter Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zudem einen Nationalen Aktionsplan (NAP) „Einfach machen – Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“ erarbeitet und im Jahr 2011 beschlossen und veröffentlicht (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011b). Mit dem NAP hat die Bundesregierung ein Instrument mit über 200 Vorhaben, Projekten und Aktionen geschaffen, mit dem sie die Umsetzung der UN-BRK in einem

Zeitraum von zunächst zehn Jahren systematisch vorantreiben will. Die Bundesregierung bekennt sich darin zum sogenannten „disability mainstreaming“, d. h. zur Berücksichtigung dieses Grundsatzes in jedem Gesetzgebungsvorhaben, jedem Projekt und jeder Maßnahme. Die Inhalte und der Umsetzungsprozess des NAP wurden wissenschaftlich evaluiert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014d). Auf dieser Grundlage sowie aufgrund der Ergebnisse der ersten deutschen Staatenprüfung vor dem UN-Fachausschuss wurde der NAP weiterentwickelt („NAP 2.0“) und am 28. Juni 2016 von der Bundesregierung beschlossen.[6]

Das Ziel des NAP 2.0 ist, durch rechtliche Änderungen, aber auch durch Förderprogramme, Forschungsprojekte und Veranstaltungen der UN-BRK Geltung zu verschaffen und ihre praktische Umsetzung voranzutreiben. Der NAP 2.0 ist, wie bereits der seit 2011 geltende NAP, das Ergebnis eines intensiven Dialogs mit allen relevanten Akteurinnen und Akteuren, insbesondere auch mit den Menschen mit Beeinträchtigungen und ihren Interessenvertretungen. Mit 175 weiteren Maßnahmen in 13 Handlungsfeldern knüpft der NAP 2.0 unter enger Rückbindung zu den Zielen der UN-BRK und den Empfehlungen aus der Staatenprüfung an den ersten NAP an. Der NAP 2.0 enthält mehrere wichtige gesetzgeberische Maßnahmen wie z.B. die Novellierung des BGG, das BTHG, gesetzliche Neuerungen im SGB IX (im Bereich Rehabilitation sowie Schwerbehindertenrecht), die Pflegestärkungsgesetze, das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, Verbesserungen im Bereich der Barrierefreiheit (KfW-Förderprogramm „Altersgerecht Umbauen“, 3. Programm der Deutschen Bahn AG zur Verbesserung der Barrierefreiheit im Bahnverkehr) und Gesetzesänderungen im Vergaberecht.

Staatlicher Ansprechpartner und Nationale Anlaufstelle für die Umsetzung der Konvention in Deutschland (sogenannter „Focal Point“) nach Artikel 33 Absatz 1 UN-BRK ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das in regelmäßigem Kontakt mit den Bundes- und Landesministerien steht, die für die Umsetzung der UN-BRK in ihren Zuständigkeitsbereichen verantwortlich sind. Zudem wurde bei der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen die Staatliche Koordinierungsstelle nach Art. 33 Absatz 1 UN-BRK angesiedelt. Ihre Aufgabe ist die langfristige und strategische Begleitung der Umsetzung der UN-BRK. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben wurde ein Inklusionsbeirat eingerichtet. Dieser bildet das oberste Entscheidungsgremium und besteht aus Personen mit einer Behinderung und langjähriger Erfahrung in der Politik für Menschen mit Behinderungen. Zur Unterstützung wurden in der 18. Legislaturperiode drei Fachausschüsse gebildet, die ihm fachlich zuarbeiten und sich schwerpunktmäßig mit den Themen Barrierefreiheit, Kommunikation und Medien sowie Freiheits- und Schutzrechte befassen. Durch die Fachausschüsse wird die Zivilgesellschaft aktiv in den Umsetzungsprozess der Konvention einbezogen. Ziel ist es dabei, die Umsetzung der Konvention auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen zu befördern

[6] Dieser Entwurf kann eingesehen werden unter www.gemeinsam-einfach-machen.de

und voranzubringen. Die Koordinierungsstelle ermöglicht zudem einen kontinuierlichen Informationsaustausch zwischen der Staatlichen Anlaufstelle („Focal Point“ im BMAS) und der Zivilgesellschaft. Darüber hinaus hat die Koordinierungsstelle die Aufgabe, Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung zu ergreifen, um die Konvention und besonders den ihr zugrundeliegenden Inklusionsgedanken zu verbreiten.

Zur innerstaatlichen Durchführung und Überwachung des Übereinkommens wurde das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIMR) als unabhängige Stelle nach Artikel 33 Absatz 2 UN-BRK benannt (Aichele, 2015). Das DIMR gibt Empfehlungen und macht Vorschläge zur Durchführung des Übereinkommens, und es berät die Bundesregierung, den Bundestag oder andere Organisationen zu Fragen des Übereinkommen. Das DIMR sieht es unter anderem auch als seine Aufgabe an, die Diskussion auf internationaler Ebene (z.B. in Form von Kommentaren und Stellungnahmen der UN und ihrer Fachausschüsse) den Menschen in Deutschland zu vermitteln.

Die Verwirklichung der UN-BRK erfordert auf vielen Ebenen staatliche und private Initiativen, weil sie alle Bereiche des politischen, wirtschaftlichen, kulturellen und gesellschaftlichen Lebens betrifft. Deshalb wirbt die Bundesregierung zum Beispiel kontinuierlich für weitere Initiativen und Aktionspläne bei den Ländern, Kommunen, Sozialpartnern, Verbänden und Einrichtungen, aber auch Unternehmen der Privatwirtschaft, um so Schritt für Schritt eine inklusive Gesellschaft zu erreichen. Inzwischen haben nahezu alle Bundesländer Aktions- oder Maßnahmenpläne zur Umsetzung der Konvention auf Landesebene erarbeitet. Auch einzelne Kommunen, zivilgesellschaftliche Institutionen und Unternehmen haben zwischenzeitlich eigene Aktionspläne verabschiedet.

Bewertung der Umsetzung durch den UN-Fachausschuss

In ihrem Ersten Staatenbericht, zu dem die Vertragsstaaten der UN-BRK nach Artikel 35 alle vier Jahre verpflichtet sind, hat die Bundesregierung im Jahr 2011 dem UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen über den Umsetzungsstand der UN-BRK und die bisher in Deutschland ergriffenen Maßnahmen berichtet. Verbände und Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen wiederum haben von Beginn an die Anregungen der UN-BRK aufgegriffen und auf allen Ebenen der gesellschaftlichen Diskussion zur Sprache gebracht.[7] Aus dieser Perspektive wurden kritische Parallelberichte zum Stand der Umsetzung der UN-BRK in Deutschland erstellt mit dem Ziel, den diesbezüglichen Handlungsbedarf deutlicher zu machen, als er aus regierungsamtlicher Sicht dargestellt werde (BRK-Allianz, 2013; Deutsches Institut für Menschenrechte, 2015a). Auf der Grundlage des Staatenberichts erstellte der Fachausschuss eine kritische Bewertung mit Rückfragen, die im Jahr 2014 beantwortet wurden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014a). Unter Berücksichtigung dieser ergänzenden

[7] Aus der Vielzahl der Stellungnahmen und Diskussionsbeiträge seien hier exemplarisch die Aktivitäten des *NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. – Verein für Menschenrechte und Gleichstellung Behinderter* genannt; vgl. Arnade (2015) sowie http://www.nw3.de.

Informationen wurde der erste Staatenbericht Deutschlands vom UN-Fachausschuss abschließend geprüft. Im März 2015 fand die Präsentation dieses Staatenberichtes vor dem UN-Fachausschuss in Genf statt. Im Mittelpunkt der Anhörung standen die Regelungen zum Diskriminierungsschutz, zum deutschen Betreuungsrecht sowie die Themen inklusive schulische Bildung und die Beschäftigung behinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dabei wurde deutlich, dass die UN-BRK in Deutschland eine sehr wichtige gesellschaftliche Debatte über die Inklusion in Gang gesetzt hat. Ungeachtet dieser Diskussion und der ersten Erfolge besteht weiterhin Handlungsbedarf. So hat der Vertragsausschuss in seinen Abschließenden Bemerkungen über 60 konkrete Handlungserfordernisse aufgezeigt, die genau zu prüfen sind (CRPD, 2015).

Die zentralen Inhalte der Allgemeinen Empfehlungen des UN-Fachausschusses und die Stellungnahmen der zivilgesellschaftlichen Organisationen zum Stand der Umsetzung der UN-BRK werden im vorliegenden Bericht herangezogen, um bestehende Barrieren für Menschen mit Behinderungen zu identifizieren und darauf aufbauend geeignete Indikatoren zur Erfassung und Bewertung ihrer Teilhabe zu benennen.

1.4 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zu „Behinderung“ und „Teilhabe“

Behinderung und Teilhabe rücken zunehmend in den Fokus von Politik und Wissenschaften.[8] Treiber dieser Entwicklung mögen weiterhin Erfordernisse des demografischen Wandels und auch der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) sein. Das bedeutet zum einen eine wachsende Aufmerksamkeit für die Folgen und Aufgaben einer steigenden Bevölkerungsgruppe in höherem Lebensalter, zum anderen sind menschenrechtliche Grundsätze und Ansprüche festlegt und umzusetzen, nach denen alle zukünftigen politischen Weichenstellungen und erforderlichen Maßnahmen bezogen auf Behinderung ausgerichtet sein müssen. Dieser Auftrag ergeht an die politischen Systeme ebenso wie an die Zivilgesellschaft insgesamt (UN-BRK 2008).

Das hohe Augenmerk lässt sich aber ebenso verstehen als eine Folge von internationalen und nationalen Diskursen und durch unterschiedliche Gruppierungen angetriebenen Dauerdebatten um Behinderungsumstände und Teilhabeansprüche. Sie sind Ausdruck von Erwartungen bzw. Forderungen an einen gesellschaftlichen Wandel, der neuen Erkenntnissen zu Beeinträchtigungen und Chancen gesellschaftlicher Einbindung Rechnung trägt und ein sich wandelndes Verständnis von Behinderung mit konkreten Konturen versieht. Für diese Diskurse und Programme ist ein Bezug auf Teilhabe konstitutiv (Groenemeyer, 2014; Wacker, 2014; Wansing, 2014). Eine Diskursanalyse deckt auf,

[8] Bundesgesundheitsblatt (2016): Hier bietet ein Themenheft (Bd. 59, H. 9) zu „Behinderung und gesellschaftliche Teilhabe“ einen aktuellen breiten und facettenreichen Ein- und Überblick.

dass Behinderung ein voraussetzungsreicher und mehrdimensionaler Begriff ist im „Zusammenspiel von Behindertsein und Behindertwerden“ (Hirschberg 2009, 103 ff.).

Dabei werden je verschiedene Bezugspunkte akzentuiert: Beispielsweise kann eine bestehende Verschiedenheit im Verhältnis zu jeweils „als normal empfundenen Gegebenheiten“ zu einer Erwartung an Träger von Verschiedenheitsmerkmalen gewandelt werden, sie mögen sich dieser „Realität“ stellen und bestehende Unterschiede zu „normalen Lebensumständen und Leistungsmöglichkeiten“ ausgleichen. Danach ergehen also Anpassungs- und Ausgleichsaufträge an die Menschen mit Beeinträchtigungen und werden an sie als gesellschaftliche Erwartung signalisiert, damit Integration – also Aufnahme und Zugehörigkeit zum Leben in der Gemeinschaft – gelingen könne. Dem entspricht ein „Fürsorgegeschehen“, das Leistungen vorhält und gewährt, damit die Kräfte und Mittel zur Eingliederung hinreichend verfügbar sind (Schütte 2011). Diese Konzepte gelten inzwischen ebenso als überholt wie alle Anmutungen, auf Wohltätigkeit bauen zu müssen und davon abhängig zu sein. Sie werden reformiert, im Licht eines Leitgedankens und gesellschaftlichen Auftrags, Grundrechte auf Schutz und soziale Teilhabe in einer Weise zum Tragen zu bringen, die *allen* Menschen gleichermaßen garantiert ist (Hohmann-Dennhardt 2011). Die konkreten Ansprüche und angemessenen Maßstäbe (also die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit entsprechender Ressourcen und Strukturen) sind jedoch in reger Diskussion. Dies gilt generell, aber auch in den Aufgabenfeldern zwischen Bundes- und Landeszuständigkeiten, zwischen den verschiedenen Sozialleistungssystemen (z.B. dem Gesundheits-, Pflege-, Kinder- und Jugendhilfe- bzw. dem Altenhilfesystem) und jeweils im kommunalen Alltag. Hier sind kaum Daten verfügbar, die Schnittstellen und Wirkungen bestehender Strukturen als Grundlage von Reformen gut bewertbar machen (ein Beispiel sind die Trennungslinien zwischen Alter und Behinderung bzw. zwischen Behinderung und Alter bezogen auf Eingliederungshilfen. Gerade dies ist ein Themenfeld mit rasant steigender Bedeutung, wegen der anwachsenden Gruppe der Berechtigten bzw. Personenkreise mit Leistungsbedarfen[9].

Behinderung in Kontexten

Im Zusammenklang gesellschaftlicher Erwartungen und individueller Erfahrungen wird Behinderung derzeit mehrheitlich gefasst als das Ergebnis der Interaktionen zwischen einer Person, die eine Gesundheitsproblematik hat, und vielfältigen Kontextfaktoren, und sie wird als soziale Ungleichheit erkennbar, wenn beeinträchtigte Teilhabe als Maßstab

[9] Siehe auch den Schwerpunkt des 1. Bundesteilhabeberichtes; zu den komplexen Zusammenhängen von Ansprüchen aufgrund chronischer Erkrankungen, Beeinträchtigungen im Rahmen des Alterungsprozesses und im Zusammenhang des Älterwerdens von Personen, die eine weite Lebensspanne mit Beeinträchtigungen erfahren haben, auf Leistungen finden sich in der Theorie, aber vor allem auch im alltäglichen Leistungsgeschehen sehr unterschiedlichen Meinungen (zu rechtlichen Aspekten Igl 2011), Ansprüche und Sozialleistungen werden aktuell laufend aus sehr unterschiedlichen Haltungen heraus in Frage gestellt.

gilt. Konsequent kann man insofern Behinderung alleine als sozialen Gegenstand begreifen, der kontextabhängig zum Tragen kommt und auf Menschen mit Beeinträchtigungen einwirkt. Man kann aber auch die wechselseitigen Wirkungen stärker ins Bewusstsein rücken, die sich ergeben aus einer Position (und davon beeinflussten Selbstwahrnehmung) der unzureichenden Passung bezogen auf Gesundheit und physische, psychische oder intellektuelle Leistungserwartungen. Hier schließen die innerdeutschen Diskurse auf zur Jahrzehnte andauernden internationalen wissenschaftlichen und Selbstvertretungs-Debatte, sei sie mit sozialer oder mehr kulturbezogener Ausrichtung, die vorrangig von den tendenziell machtkritischen und mit politischen Anliegen unterlegten Disability Studies favorisiert wird (Dederich 2007; Waldschmidt 2014; Zander 2016). Behinderung wird nicht mehr Personen zugeschrieben (denn Behinderung ist keine Eigenschaft!), sondern es werden analog zu Konzepten von Behinderung und Gesundheit, wie sie die Weltgesundheitsorganisation mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einbringt (ICF), neue Richtschnüre gezogen (DIMDI 2005).

Aus wissenschaftlicher Perspektive sind solche Entwicklungen zu begrüßen, denn sie tragen der Verwobenheit und Vielschichtigkeit der Fragen rund um Behinderung und Teilhabe Rechnung und lassen Raum für Veränderung. Pragmatisch wünschte man sich hingegen mehr Klarheit bei Definitionen und Begriffen, denn dies fördert Verständigung. Dieser Zwickmühle kann sich dieser Bericht nicht entziehen und versucht durch entsprechende Klarstellungen und Hinweise die Nutzerinnen und Nutzer informiert zu halten und zu den entsprechenden multifachlichen Diskursen (z.B. der Krankheits- bzw. Gesundheitswissenschaften, der Pflege- und Rehabilitationswissenschaften, des Sozialrechts, der Sozialpädagogik bzw. Sozialarbeit, der Soziologie, Psychologie oder Erziehungswissenschaft bzw. Heil- oder Förderpädagogik, neuerdings auch der Teilhabeforschung) anschlussoffen zu sein. Dies gilt auch für zielgruppenübergreifende Zugänge, die entsprechend eher auf bestehende soziale Ungleichheit und deren Ausprägungen Bezug nehmen (wie Diversity Studies, Armuts- und Reichtums- bzw. Lebensqualitätsforschung) oder auf die Benachteiligung und Diskriminierung bestimmter Gruppierungen (hier: Menschen mit Beeinträchtigungen). Eine gemeinsame Sprache erhofft man sich aktuell von der ICF (Wenzel, Morfeld 2016), auch wenn hier ebenso die Suche und das Ringen anhalten, um eine Verständigung zur Definition bzw. Konzeptualisierung von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und ihrer Beeinträchtigung bzw. zu Partizipation/Teilhabe und ihren Einschränkungen.[10] Dies gilt auch für die Bedeutung der Be-

[10] Eine Feinanalyse legt offen, wie heterogen der Gebrauch der Vorstellungen von Behinderung auch innerhalb der ICF ist (Hirschberg 2009, 278 ff.), aber ebenso in den Disability Studies: „We must acknowledge that not only is disability an unstable category but so is its doppelgänger – imparment“ (Davis 2002, 23).

teiligung (oder Vorrangstellung) an Diskursen um Behinderung und Teilhabe durch Personen, die mit Behinderungserfahrungen leben, um Fragen von jeweiliger Relevanz und Passung auch aus individueller Perspektive beizutragen.

Teilhabeerwartungen | Teilhabebarrieren | Teilhabemessung

Teilhabeanforderungen und die Beseitigung von Teilhabebarrieren bei Achtung der menschlichen Verschiedenheit lassen sich als Seiten derselben Medaille betrachten. Um hier handlungsfähig zu sein, sollten tragende Kenntnisse vorliegen, was von Personen im Einzelnen benötigt wird, welche Bedürfnisse berücksichtigt werden und welche Barrieren jeweils teilhabehinderlich einwirken können (Schülle, Hornberg 2016). Aktuell sind Reaktionen auf die Frage nach Umweltanforderungen sehr unterschiedlich und zum Teil widersprüchlich. Mit welchen Mitteln Lebensqualität verbessert, Behinderung reduziert und Teilhabe vorangebracht werden kann, ist insofern nicht eindeutig geklärt. Ein Grund für diesen Umstand ist in Deutschland ein erhebliches Wissensdefizit, das aber erkannt ist und mit einem Teilhabe-Survey behoben oder zumindest reduziert werden soll. Diese repräsentative Bevölkerungsumfrage wurde inzwischen sorgfältig vorbereitet[11] und steht kurz vor der Feldphase. Es sollen alle Aspekte der Lebenslagen und Lebensqualität erfasst werden, geleitet durch die Anforderungen der UN-BRK, und es sollen alle relevanten Personengruppen einbezogen sein, auch wenn sie schwer erreichbar bzw. befragbar sind (beispielsweise wegen besonderer Kommunikationsbedarfe) oder schwer auffindbar (z.B. wegen fehlender Wohnadressen). Die Erwartungen an diese Datenquelle sind hoch (Coenen et al. 2016; Prütz, Lange 2016). Eine menschenrechtsbasierte Datenerhebung wird sogar als „Schlüssel für gute Behindertenpolitik“ akzentuiert (Hirschberg 2012). Dennoch finden sich auch kritische Stimmen, die Grenzen solcher Befragungen, insbesondere bezogen auf ICF-Kategorien, in die Debatte werfen.[12] Ohne Zweifel wird es, wenn diese neue repräsentativ angelegte Dauerbeobachtung zum Tragen kommt, aber besser gelingen können, evidente Aussagen zu machen zur Lage der Personen, die mit Beeinträchtigungen leben und zu erfassen, wie es um ihre Teilhabechancen in allen relevanten gesellschaftlichen Handlungsfeldern bestellt ist bzw. wie sich dort einzelne Bereiche (wie Bildung, Wohnen, Arbeit, Freizeit, Sicherheit, Gesundheit etc.) entwickeln.[13] Verschiedene wissenschaftliche Ansätze sollen dazu die Grundlage bieten, um Beeinträchtigung im Zusammenhang mit „capacity“ (dem Aspekt möglicher Leistungsfähigkeit) zu betrachten, zugleich die Frage der gelebten „performance“ (Verwirklichung

---

11 Vorstudien erstellten seit 2011 verschiedene Forschergruppen: Hornberg et al. (2011); Schröttle, Hornberg (2014); Schäfers et al. (2016)

12 Bezogen auf Personenbezogene Faktoren ist beispielsweise die Rede von Risiken und Nebenwirkungen, die sich zwischen Sorgen um „gläserne“ bzw. „etikettierte“ Menschen aufspannen: Cibis (2015).

13 Die WHO verfolgt diese Anliegen global (2011). Auch hier sind Fragestellungen und Bewertungen allerdings noch in der Entwicklung. Das heißt die Aufgabe einer Weltberichterstattung zur Lage von Behinderung und Teilhabe besteht weiter und wird bearbeitet.

von Potenzialen) nicht aus den Augen zu verlieren (Linden 2016) und Bezüge zu prüfen zur Teilhabewirkung von Kontextfaktoren (Kleineke et al. 2016; Kraus de Camargo 2016). Denn Behinderungserfahrungen bzw. Entfaltungschancen werden in der Lebenswelt sichtbar, gelebte Selbstbestimmungsrechte sind in die Lebensspanne eingewoben und werden dort vermittelt in sozio-kulturellen, rechtlichen, baulichen, technischen bzw. strukturell gestalteten Umwelten real.

Beeinträchtigte Teilhabe in aktueller Praxis

Ebenso wie der erste Bericht der Bundesregierung zu „Teilhabe, Beeinträchtigung und Behinderung“ aus dem Jahr 2013 basiert auch dieser zweite Bundesteilhabebericht auf einem Lebenslagenkonzept, das an den Vorgaben der UN-BRK orientiert ist. Ein einseitig versorgungsorientierter Blick auf erbrachte Maßnahmen und Programme soll hierbei überwunden werden zugunsten verstärkter Aufmerksamkeit für faktische Verwirklichungen von Teilhabe. Selbstbestimmung und Handlungsräume sollen wirkungsorientiert in Lebenssituationen beleuchtet werden, aber Beeinträchtigungen zugleich in ihrer Verschiedenheit Beachtung finden (Wacker 2016). Denn das Leben mit Beeinträchtigungen und Behinderungen findet eingebunden in eine Vielfalt personaler und umweltbezogener Faktoren statt. Auch dieser Bericht stützt sich – wie eingangs erwähnt – einerseits konzeptionell darauf, zwischen Beeinträchtigungen (im Sinne funktionaler Einschränkungen) und Behinderungen (im Sinne beeinträchtigter Teilhabe) zu unterscheiden[14]. Er muss sich dabei andererseits noch immer mit der gewachsenen Vielfalt auf Behinderung bezogener Bezeichnungen auseinandersetzen, um präzise mit seinen Quellen umzugehen. Dies erschwert bisweilen die gewünschte Präzision der Begriffe. Insofern trägt es zur Klarheit bei, wenn man Bezugssysteme nennt und bedenkt: Soll es beispielsweise um Diskriminierungsschutz gehen, der für Menschen mit Beeinträchtigungen ebenso zum Tragen kommt wie für andere Minderheiten, wird man besonderes Augenmerk auf Benachteiligungen bei Beeinträchtigungen lenken, soll es um die Klärung von Leistungsbedarfen gehen, wie sie das Rechtsgefüge zu Rehabilitation und Teilhabe ordnet, können Funktionalitäten, deren Einschränkungen oder Störung ebenso wie Barrieren erkenntnisleitend sein. Zusätzlich spielen die bestehenden Praktiken verschiedener Bezeichnung von Behinderung eine wichtige Rolle. Entsprechendes gilt für Kategorien der Bundesstatistiken oder Aussagen in historischen Zusammenhängen. Diese Hintergründe beeinflussen aktuelle Lagebeschreibungen und erschweren einheitliche Definitionen. Gleichwohl müssen soziale Probleme der beeinträchtigten Teilhabe bezeichnet werden, und man kann sie – trotz der erläuterten Definitionsherausforderungen – nicht verschweigen, denn die breite Öffentlichkeit, die politischen Systeme, die Fachpraxis

[14] Die Unterscheidung von Behinderung und Beeinträchtigung hat inzwischen in die wissenschaftlichen und politischen Diskurse Eingang gefunden und wird dort meist nicht nur übernommen, sondern auch als unabdingbar bewertet (Frehe 2015).

und auch die Wissenschaft sollen Zusammenhänge erkennen und beachten können sowie reflektieren, in welchen Situationen und unter welchen Bedingungen sich Behinderungen ereignen und wie damit umgegangen wird. Eine pragmatische Definition und Gebrauchsanweisung unter den bestehenden Umständen könnte sein: Behinderungen entstehen immer dort und immer dann, wo und wann Teilhabechancen von Menschen mit Beeinträchtigungen nicht in einem Umfang und einer Qualität genutzt werden können, die ihnen Selbstbestimmung, Eigenständigkeit, Gesundheit, Sicherheit, Zugang zu Kommunikation, Information, Bildung, Arbeitsleben, Wohnen und Nutzung öffentlicher und privater Räume, Politik und Kultur, eröffnen. Grundvoraussetzung sind hierfür gerechte Chancen einer autonomen Lebensführung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für *alle*, auch wenn dieser Mainstreaming-Ansatz Elemente von Utopie enthält. Auch das „Nutzen-Können" ist noch voraussetzungsvoll. Hierfür muss man eine gesellschaftliche Zulassung erhalten (wie z.B. den Anspruch auf Geldleistungen statt Sachleistungen im Leistungssystem), aber auch über hinreichende Kenntnisse der eigenen Rechte verfügen bzw. über geeignete Assistenzen und über Informationen zu bestehenden Angeboten. Zusätzlich wirken dann kontextbezogene Zugänge (z.B. zur Mobilität oder Internetnutzung), räumlich-technische Bedingungen, materielle Ausstattungen und soziale Umstände hinderlich oder förderlich. Schließlich sollte individuellen Wünschen und – oft erfahrungsbasierten - Absichten, die durch Selbst- und Fremdsicht beeinflusst sein können, genug Raum gegeben werden.

Behinderung und Teilhabe im Wandel

Festhalten lässt sich, dass die Ausgangsbedingung nicht einfach ist: Konzepte von Behinderung (und Teilhabe) in angemessen komplexer Betrachtungsweise sind notwendigerweise

1. mehrdimensional, bezogen auf verschiedene Lebensbereiche, und
2. mehrschichtig, mit Blick auf unterschiedliche Aspekte von Beeinträchtigungen. Bezugspunkte sind
    - Körperstrukturen und Funktionen wie z. B. Bewegungsapparat, Nervensystem und Sinnesfunktionen,
    - Aktivitäten wie z. B. sehen, lesen, sich orientieren, sich bewegen und
    - Teilhabe wie z. B. Einbezug in den Mediengebrauch, in Mobilität oder Bildung.
3. interaktional, mit Blick auf die Wechselwirkungen von Person- und Umweltfaktoren und
4. dynamisch, angesichts der Verknüpfung von Teilhabe- und Behinderungserfahrungen im Lebenslauf.

Zudem sind Konzepte von Behinderung eingebunden in kulturelle und sozialstrukturelle Rahmenbedingungen, die auf sie einwirken. Als Gemeinsamkeit finden sich Komponenten einer gewissen Dauer von Beeinträchtigungen, aber Grenzziehungen scheinen situativ (z.B. in Kriegsgebieten die Frage entsprechender schwerwiegender Traumatisierungen) sowie sozio-kulturell geformt (beispielsweise stellt in manchen Kulturen Albinismus eine Verschiedenheit dar, die zu erheblichen Benachteiligungen führt), ebenso erfolgen Zuordnungen zwischen der Kategorie chronische Erkrankung oder Beeinträchtigung über gesellschaftliche Setzungen und können in der Lebensspanne verschieden gewertet werden. Aus der Perspektive der erfahrenen Teilhabe werden letztendlich weniger medizinische Diagnosen oder Prognosen relevant, als deren Folgen oder Risiken (Drosdowski et al. 2015).

Auch aus wissenschaftlicher Perspektive wandelt sich – wie in der UN-BRK angemerkt – folglich der Behinderungsbegriff weiterhin. Auch Listen Funktionaler Fähigkeiten (Functional Capability List | FCL), wie sie mancherorts überlegt werden, um menschliche Leistungsfähigkeit oder Funktionalität zu messen oder Inklusions-Indices (die aktuell vielfach entstehen, um Teilhabegrade evidenzbasiert wiederzugeben) (u.a. LOS 2010, 2011), lösen die offenen Fragen noch nicht prinzipiell, sondern stellen eher Handreichungen zur Systematisierung der Suchrichtungen dar. Wenn die Rede ist von „Menschen mit Behinderungen“, kann also aktuell tatsächlich funktionale Beeinträchtigung oder gesellschaftliche Behinderung gemeint sein oder beides zugleich. Die menschenrechtlich eingebettete Bezeichnung „persons with disabilities“ der UN-BRK wird übersetzt mit „Menschen mit Behinderungen“ und meint Personen, die eine Beeinträchtigung haben und gesellschaftliche Benachteiligung erfahren. Wie „wesentlich“, „stark“ oder „erheblich“ diese Beeinträchtigung oder Benachteiligung ist, bewirkt dann im Leistungsgeschehen, ob Ausgleiche gewährt werden und in welchem Umfang. Auch in den Debatten um das Bundesteilhabegesetz, das die gesetzlichen Definitionen von Behinderung mit den allgemeinen Grundsätzen und Bestimmungen der UN-BRK in Einklang bringen und dem neuen gesellschaftlichen Verständnis einer inklusiven Gesellschaft durch einen neu gefassten Behinderungsbegriff Rechnung tragen will, wird diese „babylonische Ausgangslage“ bislang (noch) nicht einheitlich gelöst. Es ist anzunehmen, dass man weiter um sprachliche Passungen ringen wird.

Eine einheitliche Neudefinition von Behinderung steht also noch aus, dies gilt ebenso für den Blick auf Behinderungsrisiken. Die zukünftige Reichweite und Tragkraft von Bezeichnungen wie seelische Behinderung im Sinne der Kinder- und Jugendhilfe oder Lernbehinderung im Sinne schulischer Bildung oder geistige Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfe ist noch ungeklärt. Ebenso bleibt die Frage, wie ausgedrückt werden kann, dass Potenziale von Resilienz (Widerstandfähigkeit in schwierigen Lebensumständen) oder Ungleichheitskategorien wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand etc. (horizontale soziale Ungleichheiten) ebenso wie Bildung, berufliche Stellung und Einkommen (vertikale soziale Ungleichheiten) eine wesentliche Rolle spielen können, bezogen auf Behinderungsrisiken. Laut menschenrechtlichen Grundsätzen der UN-BRK

könnte hier bedacht und geprüft werden, ob, inwiefern und wann es um Ungleichheiten oder um Ungerechtigkeiten geht, die dann zu bearbeiten wären (Bertmann, Demant 2014).

Der vorliegende Bericht stellt sich der Aufgabe, einer anstehenden Reform der Beschreibung von Behinderung und Teilhabe mit den Weg zu ebnen, ohne jedoch alle offenen Fragen lösen zu können. Er steht zugleich selbst wie bislang unter der Spannung zwischen Anliegen, die neu akzentuierten Fragen möglichst evidenzbasiert zu beantworten und der Einschränkung, nicht im gewünschten und erforderlichen Ausmaß entsprechende Daten zur Verfügung zu haben. Daher kann er - wie der Vorgängerbericht - seinen eigenen Ansprüchen der Differenzierung nicht durchgängig gerecht werden, sondern muss sich auf Hilfskonstruktionen stützen, die für seinen Auftrag, Teilhabechancen und Exklusionsrisiken zu verdeutlichen, das bestehende Wissen zur Sprache bringt (Weinbach 2016). Entwicklungen sind seit der letzten Berichterstattung im Jahr 2013 kaum statistisch darstellbar. Zonen der Unklarheit in der öffentlichen Debatte lassen sich nicht ausblenden, wenn es beispielsweise um Fragen von Integration, Inklusion, Partizipation oder Teilhabe geht (Grampp et al. 2013, 15 ff.; Beck 2014). 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 mit Kompromissen leben, trotz der Bemühungen um größtmögliche Klarheit und Eindeutigkeit.

Teilhabeforschung und offene Fragen

Die Benennung sozialer Probleme ist in der Öffentlichkeit nicht immer erwünscht und auch die Methoden ihrer Bearbeitung (z.B. durch empirische Forschungen) sind bisweilen umstritten. Bezogen auf Behinderung bestehen jedoch bereits einige Konsensfelder: Sie ist kein individuelles Problem und nicht einzelnen Personen als Eigenschaft zuzurechnen. Menschen, die Beeinträchtigungen haben, leben im Risiko, durch vielfältige Faktoren an der vollen und wirksamen gesellschaftlichen Teilhabe gehindert zu werden. Diese interaktiven und dynamischen Prozesse der Behinderung (die ein erheblicher Prozentsatz der Allgemeinbevölkerung erfährt) bewirken das soziale Problem und erfordern die Teilhabeorientierung im Zeichen von Inklusion.[15] Hierzu trägt eine systematische 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 bei, die über eine schlichte Betrachtung physikalischer bzw. baulicher Barrieren hinausreicht und der Perspektive der Betroffenen und ihrer Partizipation im Forschungsprozess besondere Aufmerksamkeit widmet.

---

[15] Inklusion meint hier mit Bezug auf die UN-BRK freie und gleiche Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe auf der Basis gleicher Rechte (Wansing, 2015). Zu Behinderung als soziales Problem: Wacker, 2015a, am Beispiel beruflicher Teilhabe: Wacker 2015b.

Die UN-BRK weist in ihrer Präambel (Buchstabe 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 im Zusammenhang 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 Beeinträchtigungen zu erreichen (Lawson, Priestley 2009). Dies setzt voraus, dass die Bedarfe und Interessen von Personen mit Beeinträchtigungen unter ihrer ständigen Beteiligung zum Tragen kommen und entsprechende Handlungsspielräume in allen Gesellschaftsbereichen sichergestellt sind.

Das Konzept der Teilhabe ist trotz seiner unbestrittenen Bedeutung für die Berichterstattung und als Maßstab für eine Sozialpolitik bei Behinderung weder rechtlich noch wissenschaftlich hinreichend geklärt. Inzwischen haben sich allerdings Zusammenschlüsse zur Teilhabeforschung gebildet (Aktionsbündnis 2015; Brütt et al. 2016).

Dort wird eine Arbeitsdefinition von Teilhabe genutzt - ohne dass entschieden wäre, wie sich Teilhabe und participation zueinander verhalten -, von der man erwartet, dass sie sich als Folge soziokulturellen Wandels und neuer Erkenntnisse verändern wird und somit immer wieder neu zu reflektieren sei. „Teilhabe wird zunächst verstanden als Wechselwirkungsverhältnis zwischen Gesellschaft, Umwelt und Individuum. Strukturell, auf der Ebene von Gesellschaft und Umwelt, beinhaltet Teilhabe die Bedingungen, Ressourcen und Möglichkeiten für das barrierefreie und vielfältige Eingebunden-Sein in gesellschaftliche und kulturelle Lebensbereiche und Funktionssysteme. Auf der Ebene von Prozessen meint Teilhabe die Möglichkeiten zur (An-)Teilnahme, Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung in den persönlichen, öffentlichen und politischen Angelegenheiten. Auf individueller Ebene lässt sich Teilhabe als Verwirklichungschancen im Sinne von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen in persönlicher Lebensführung und Alltagsbewältigung verstehen. Deskriptiv-empirisch gesehen ist Teilhabe ein Konzept, um Bedingungen, Prozesse und Ergebnisse von gesellschaftlichen Inklusions- und Exklusionsvorgängen besser zu verstehen. Auf normativer Ebene ist Teilhabe positiver Ausdruck gesellschaftlicher Zugehörigkeit und damit ein Gegenbegriff zu sozialer Ausgrenzung.“ (Aktionsbündnis 2015)

Teilhabeforschung begreift Behinderung nicht als persönliches Schicksal, sondern als Situation bzw. soziales Ereignis, als Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Umweltbedingungen und Beeinträchtigungen. Sie will den Blick darauf richten, wie Personen in verschiedenen gesellschaftlichen Teilsystemen einbezogen werden, wie soziale Mechanismen des Ein- und Ausschließens wirken und welche Aktivitäten und Bedingungen die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen fördern oder

erschweren. Hierfür tritt sie interdisziplinär auf und bezieht auch Anliegen anderer marginalisierter Gruppen ein. Dabei sollen Zusammenhänge zwischen Behinderung und Armut, Arbeitslosigkeit und anderen Diversitätsdimensionen entdeckt und aufgedeckt werden. Auch der Anspruch auf Internationalität wird artikuliert. Fachlich kommen im Aktionsbündnis Teilhabeforschung u.a. Beiträge aus dem breiten Spektrum der Sozial- und Bildungswissenschaft, Gesundheits-, Pflege- und Rehabilitationswissenschaft, Rechts- und Technikwissenschaft, Ökonomie und Ethik, aber auch Gender und Disability Studies unter ein Dach, Behinderung wird vor allem als soziale Ausgrenzung eingeschätzt im Lichte einer konstruierten Normalität und man hebt auf emanzipatorisch-partizipative Herangehensweisen ab. So sollen Veränderungsprozesse auf eine inklusive Gesellschaft hin initiiert, flankiert und vorangebracht werden.

Weiterhin können in diesem Bericht besonders verletzliche Gruppen keine Berücksichtigung in den datenbasierten Aussagen finden, wie Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen, wie Personen mit umfassenden Beeinträchtigungen der Kommunikation und Personen, die durch ihren Wohnort von der Beteiligung an Haushaltserhebungen ausgeschlossen sind[16]. Dies bleibt ein unhaltbarer und (in einem Teilhabebericht) paradoxer Zustand, der dringend aufgelöst werden muss. Hier muss sofort entsprechende Forschung aufgenommen werden.

Literatur zu diesem Kommentar

Aktionsbündnis Teilhabeforschung – für ein neues Forschungsprogramm zu Lebenslagen und Partizipation von Menschen mit Behinderungen. Gründungserklärung (Stand 4. Februar 2015) http://www.dvfr.de/aktuelles/newsdetails/aktionsbuendnis-teilhabeforschung-gegruendet/ [02.11.2016]

Beck, Iris (2014): Partizipation/Teilhabe. In: Heimlich, Ulrich, Stein, Roland, Wember, Franz (Hrsg., 2014): Handlexikon Lernschwierigkeiten und Verhaltensstörungen, Stuttgart: 267-271.

Bertmann, Isabella, Demant, Luisa (2014): Inklusion und Gerechtigkeit. Voraussetzungen und Grenzen für Teilhabemöglichkeiten in der Gegenwartsgesellschaft. In. Soziale Probleme 25: 301-315.

Brütt, Anna Levke, Buschmann-Steinhage, Rolf, Kirschning, Silke, Wegscheider, Karl (2016): Teilhabeforschung. Bedeutung, Konzepte, Zielsetzung und Methoden. In: Bundesgesundheitsblatt 59: 1068-1074.

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2016): Behinderung und gesellschaftliche Teilhabe. Themenheft (www.Bundesgesundheitsblatt.de) Bd. 59|9, Springer: Berlin, Heidelberg.

Cibis, Wolfgang (2015): Klassifikation der Personenbezogenen Faktoren der ICF: Die Vertreibung aus dem „Paradies der Unwissenheit und Intransparenz“. In: Forum C. Rehabilitation- und Teilhaberecht. Diskussionsbeitrag Nr. 6/2015. www.reha-recht.de

Coenen, Michaela, Sabariego, Carla, Cieza, Alarcos (2016): Empfehlungen zur Erhebung und Aufbereitung von Daten zu Teilhabe und Behinderung aus der Perspektive der Weltgesundheitsorganisation. In: Bundesgesundheitsblatt 59:1060-1067.

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

Davis, Lennard (2002) Bending over backwords. Disability, Dismodernism & Other Difficult Positions. New York.

Dederich, Markus (2007). Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. Bielefeld.

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

Drosdowski, Thomas, Stöver, Britta, Wolter, Marc Ingo (2015): Bedingungen für Teilhabe: Zur indikatorenbasierten Messung eines gesellschaftlichen Potenzials. Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung.

Frehe, Horst (2015). Überlegungen zur Reform des Behinderungsbegriffs. In: Forum D. Entwicklungen und Reformvorschläge. Diskussionsbeitrag Nr. 32/2015. www.reha-recht.de

Grampp, Gerd, Jackstell, Susanne, Wöbke, Nils (2013): Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF, Köln.

Groenemeyer, Axel (2014): Soziale Praxis – Institutionen - Diskurse – Erfahrungen. Behinderung im Problematisierungsprozess. In: Soziale Probleme 25: 150-171

Hirschberg, Marianne (2009): Behinderung im internationalen Diskurs. Die flexible Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation, Campus: Frankfurt/New York.

Hirschberg, Marianne (2012): Menschenrechtsbasierte Datenerhebung – Schlüssel für gute Behindertenpolitik. Anforderungen aus Artikel 31 der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: DIMR.

Hohmann-Dennhardt, Christine (2011): Schutz und Teilhabe. Grundrechte und soziale Hilfe für Menschen mit Behinderungen. In: Schütte, Wolfgang (Hrsg.) Abschied vom Fürsorgerecht. Von der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ zum recht auf soziale Teilhabe, LIT-Verlag: Münster – Hamburg – London, 61-72.

Hornberg, Claudia, Schröttle, Monika mit Degener, Theresia, Sellach, Brigitte (2011): Vorstudie zur Neukonzeption des Behindertenberichtes. Bielefeld. http://www.bmas.de/DE/Service/ Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-fb408-vorstudie-zur-neukonzeption-des-behindertenberichtes.html

Igl, Gerhard (2011). Ältere Menschen mit Behinderungen: Realisierung des Teilhabegedankens und Eingliederungshilfe. In: Schütte, Wolfgang (Hrsg.). Abschied vom Fürsorgerecht. Von der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ zum Recht auf soziale Teilhabe, LIT-Verlag: Münster – Hamburg – London, 85-98.

Kleineke, Vera Elisabeth, Menzel-Begemann, Wild, Burkhard, Meyer, Thorsten (2016): Umweltfaktoren und Teilhabeförderung. Die Perspektive der medizinischen Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt 59: 1139-1146.

Kraus de Camargo, Olaf (2016): Personenbezogene Faktoren und Teilhabe. Wie sollen Fachleute vorgehen? In: Bundesgesundheitsblatt 59: 1133-1138.

Lawson, Anna, Priestley, Mark (2009): Monitoring the Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Europe: Principles for the Identification and Use of Indicators. University of Leeds.

Linden, Michael (2016): Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabeeinschränkungen. Erfassung und Quantifizierung in der sozialmedizinischen Beurteilung von psychischen Störungen. In: Bundesgesundheitsblatt 59:1147-1153.

LOS – Life Opportunities Survey (2010): User guide to defining and coding disability. Office for National Statistics (Ed.). Newport, UK.

LOS – Life Opportunities Survey (2011): Analysis of barriers to participation across a range of life areas. Office for National Statistics (Ed.). Newport, UK.

Prütz, Franziska, Lange, Cornelia (2016): Daten zu Behinderung und Teilhabe in Deutschland. Anforderungen, Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisse. In: Bundesgesundheitsblatt 59:1103-1116.

Schäfers, Markus, Schachler, Viviane, Schneekloth, Ulrich, Wacker, Elisabeth (2016): Pretest Befragung in Einrichtungen der Behindertenhilfe: Abschlussbericht. http://www.bmas.de/DE/ Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb471-pretest-befragung-in-einrichtungen.html

Schröttle, Monika, Hornberg, Claudia (2014): Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en). Abschlussbericht. http://www.bmas.de/DE/ Service/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb447.html.

Schülle, Mirjam, Hornberg, Claudia (2016): Barrieren der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung. Fördernde und hemmende Faktoren bei der Etablierung medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZEB). In: Bundesgesundheitsblatt 59: 1117-1124.

Schütte, Wolfgang (Hrsg.) (2011): Abschied vom Fürsorgerecht. Von der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ zum Recht auf soziale Teilhabe, LIT-Verlag: Münster – Hamburg – London.

UN-BRK (2008): 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).

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

Wacker, Elisabeth (2014): Verwobene Behinderungsprobleme. Diversität und Inklusivität als Spagat und Zwickmühle. In: Soziale Probleme 25: 231-266

Wacker, Elisabeth (2015a): Behinderung und Rehabilitation aus soziologischer Sicht. In guter Verfassung? Von notwendigen Metamorphosen. In: Masuch, Peter, Spellbrink, Wolfgang, Becker, Ulrich, Leibfried, Stephan (Hrsg.). Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung. Bd. 2. Erich Schmidt: Berlin, 647-667.

Wacker, Elisabeth (2015b): Tätiges Leben und Teilhabe – Eingliederung, Beteiligungschancen und Erwerbsleben für Menschen mit Beeinträchtigung. In: Becker, Ulrich, Wacker, Elisabeth, Banafsche, Minou (Hrsg.). Homo faber disabilis? Teilhabe am Erwerbsleben. Nomos: Baden-Baden, 31-59.

Wacker, Elisabeth (2016): Beeinträchtigung – Behinderung – Teilhabe für alle. Neue Berichterstattung der Bundesregierung zur Teilhabe im Licht der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. In: Bundesgesundheitsblatt 59:1093-1102.

Waldschmidt, Anne (2014): Macht der Differenz. Perspektiven der Disability Studies auf Diversität, Intersektionalität und soziale Ungleichheit. In: Soziale Probleme 25: 173-193.

Wansing, Gudrun (2014): Konstruktion – Anerkennung – Problematisierung. Ambivalenzen der Kategorie Behinderung im Kontext von Inklusion und Diversität. In: Soziale Probleme 25: 209-230.

Wansing, Gudrun (2015): Was bedeutet Inklusion? Annäherungen an einen vielschichtigen Begriff. In: Degener, Theresia; Diehl, Ulrike (Hrsg.). Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht. Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 1506, Bonn, 43-54.

Weinbach, Hanna (2016): Soziale Arbeit mit Menschen mit Behinderungen. Das Konzept der Lebensweltorientierung in der Behindertenhilfe. Beltz, Juventa: Weinheim, Basel.

Wenzel, Tobias-Raphael, Morfeld, Matthias (2016): Das biopsychosoziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Beispiele für die Nutzung des Modells, der Teile und der Items. In: Bundesgesundheitsblatt 59:1125-1132.

WHO – World Health Organization, World Bank (2011): World Report on Disability, World Health Organization: Geneva.

Zander, Michael (2016): Disability Studies: Gesellschaftliche Ausgrenzung als Forschungsgegenstand. In: Bundesgesundheitsblatt 59:1048-1052.

2. Grunddaten zu den Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen

2.1 Anzahl und soziodemografische Merkmale der Menschen mit Beeinträchtigungen

Im Jahr 2013 lebten in Deutschland insgesamt 12,77 Mio. Menschen mit Beeinträchtigungen, dies entspricht einem Anteil von 15,8% der Bevölkerung (Tabelle 1). Davon waren 6,34 Mio. Männer (16,0% der männlichen Bevölkerung) und 6,43 Mio. Frauen (15,6% der weiblichen Bevölkerung). Am Jahresende 2013 waren 50,3% der Menschen mit Beeinträchtigungen weiblich und 49,7% von ihnen männlich.

Tabelle 1: Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland nach Geschlecht – Anzahl in 1.000

	Jahr			Veränderung 2005 - 2013
	2005	2009	2013	
Insgesamt	10.994	12.039	12.772	16%
Männer	5.583	6.050	6.345	14%
Frauen	5.411	5.988	6.426	19%
darunter: anerkannte Schwerbehinderung	6.728	7.102	7.549	12%
Männer	3.514	3.658	3.851	10%
Frauen	3.214	3.444	3.697	15%
anerkannte Behinderung GdB < 50	1.912	2.458	2.684	40%
Männer	1.113	1.362	1.433	29%
Frauen	799	1.095	1.251	57%
chronische Krankheit (ohne anerkannte Behinderung)	2.354	2.479	2.539	8%
Männer	956	1.030	1.061	11%
Frauen	1.398	1.449	1.478	6%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet); Schwerbehindertenstatistik 2005, 2009, 2013; Berechnung des ISG.

Die Zahl der Menschen in Deutschland mit einem GdB ab 50 (Schwerbehinderung) ist von 6,7 Mio. im Jahr 2005 über 7,1 Mio. im Jahr 2009 auf 7,5 Mio. Personen im Jahr 2013 angestiegen.[17] Dies entspricht einer Zunahme um 12%. Deutlich stärker ist in die-

[17] In der Pressemitteilung Nr. 381/16 vom 24. Oktober 2016 hat das Statistische Bundesamt erste Ergebnisse der Schwerbehindertenstatistik 2015 veröffentlicht. Demnach ist die Zahl der Menschen mit Schwerbehinderung in Deutschland bis zum Jahresende 2015 auf 7,6 Mio. Personen weiter angestiegen. Der vorliegende Bericht bezieht sich aber auf die Lebenslage

sem Zeitraum die Zahl der Menschen mit geringerem Behinderungsgrad gestiegen. Waren es im Jahr 2005 noch 1,9 Mio. Personen mit einem GdB unter 50, so ist deren Zahl über 2,5 Mio. im Jahr 2009 auf 2,7 Mio. Personen im Jahr 2013 gestiegen, dies sind 40% mehr als im Jahr 2005. Die Zahl der chronisch kranken Menschen ist von 2,4 Mio. Menschen im Jahr 2005 um 8% auf 2,5 Mio. Menschen in den Jahren 2009 und 2013 gestiegen. Rechnet man diese drei Personengruppen zusammen, so ist die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt von 10,99 Mio. im Jahr 2005 über 12,0 Mio. im Jahr 2009 auf 12,77 Mio. Personen im Jahr 2013 gestiegen. Dies entspricht einer Zunahme um 16% innerhalb von acht Jahren. Die Zahl der Männer mit Beeinträchtigungen ist in diesem Zeitraum um 14% gestiegen, die Zahl der Frauen mit Beeinträchtigungen um 19%.

Der Bevölkerungsanteil der Menschen mit Beeinträchtigungen steigt mit zunehmendem Alter an. Von den Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren sind 2,0% beeinträchtigt (2,3% der Jungen und 1,6% der Mädchen). Diese Bevölkerungsanteile steigen kontinuierlich an über 19,3% der 45- bis 64-Jährigen und 34,8% der 65- bis 79-Jährigen bis auf 47,4% der Bevölkerung ab 80 Jahren. Über 2 Mio. Menschen in dieser Altersgruppe sind beeinträchtigt, davon 780.000 Männer (52,4% aller Männer ab 80 Jahren) und 1,29 Mio. Frauen (44,8% aller Frauen ab 80 Jahren).

Beeinträchtigungen und demografische Entwicklung

Im Zuge der demografischen Entwicklung hat die Gesamtbevölkerung im Zeitraum von 2005 bis 2013 um 2% abgenommen (Tabelle 2). Dahinter stehen zwei unterschiedliche Tendenzen: Während die Zahl der Menschen unter 45 Jahren in diesem Zeitraum um 12% zurückging, ist die Zahl der Menschen ab 45 Jahren um 10% gestiegen, die der Älteren ab 80 Jahren sogar um 18%.

Die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen ist in der Altersgruppe unter 45 Jahren etwa konstant zwischen 1,6 und 1,7 Mio. Personen geblieben. In den Altersgruppen ab 45 Jahren sind dagegen starke Steigerungen zu beobachten: Die Zahl der 45- bis 64-Jährigen mit Beeinträchtigungen ist in diesen acht Jahren von 3,9 Mio. auf 4,7 Mio. Personen gestiegen. Dies bedeutet mit einer Zunahme um 22% ein erhebliche Steigerung, die unter anderem mit einer starken Zunahme von psychischen Beeinträchtigungen einhergeht (siehe Abschnitt 2.2 der Einleitung).

der Menschen mit Beeinträchtigungen im Jahr 2013, da eine Veröffentlichung mit differenzierten Ergebnissen der Schwerbehindertenstatistik 2015 zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vorlag und auch zu den anderen Formen der Beeinträchtigung (chronische Krankheit und anerkannte Behinderung mit einem GdB unter 50) keine aktuelleren Daten verfügbar sind.

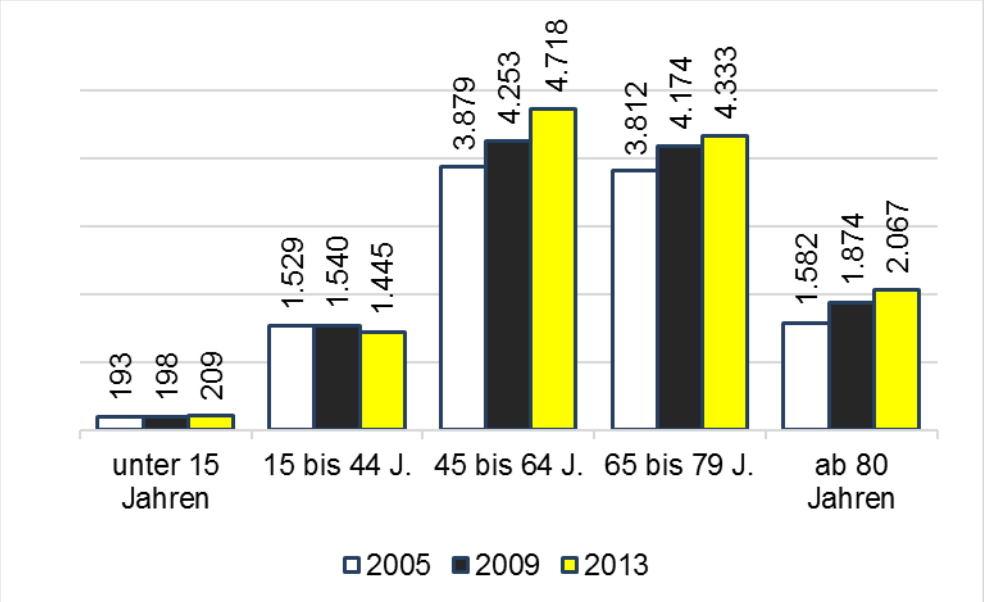
Tabelle 2: Menschen mit Beeinträchtigungen nach Alter und Geschlecht – Anzahl in 1.000

Alter	Insgesamt	Männer	Frauen
unter 15 Jahren	209	123	85
15 bis 44 Jahre	1.445	770	676
45 bis 64 Jahre	4.718	2.449	2.269
65 bis 79 Jahre	4.333	2.223	2.110
ab 80 Jahren	2.067	780	1.286
Insgesamt	12.772	6.344	6.426
Bevölkerungsanteil			
unter 15 Jahren	2,0%	2,3%	1,6%
15 bis 44 Jahre	5,0%	5,2%	4,7%
45 bis 64 Jahre	19,3%	20,1%	18,6%
65 bis 79 Jahre	34,8%	38,6%	31,4%
ab 80 Jahren	47,4%	52,4%	44,8%
Insgesamt	15,8%	16,0%	15,6%

Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Die Zahl der 65- bis 79-Jährigen mit Beeinträchtigungen ist in diesem Zeitraum von 3,8 Mio. auf 4,3 Mio. Personen gestiegen (+14%; Abbildung 3). Die Zahl der Hochaltrigen ab 80 Jahren, die beeinträchtigt sind, ist sogar um 31% von 1,6 Mio. im Jahr 2005 auf 2,1 Mio. Personen im Jahr 2013 gestiegen. In der längeren Lebenserwartung und der daher stark steigenden Zahl der Personen ab 80 Jahren kommt der demografische Wandel besonders markant zum Ausdruck.

Abbildung 3: Menschen mit Beeinträchtigungen nach Alter – Anzahl in 1.000

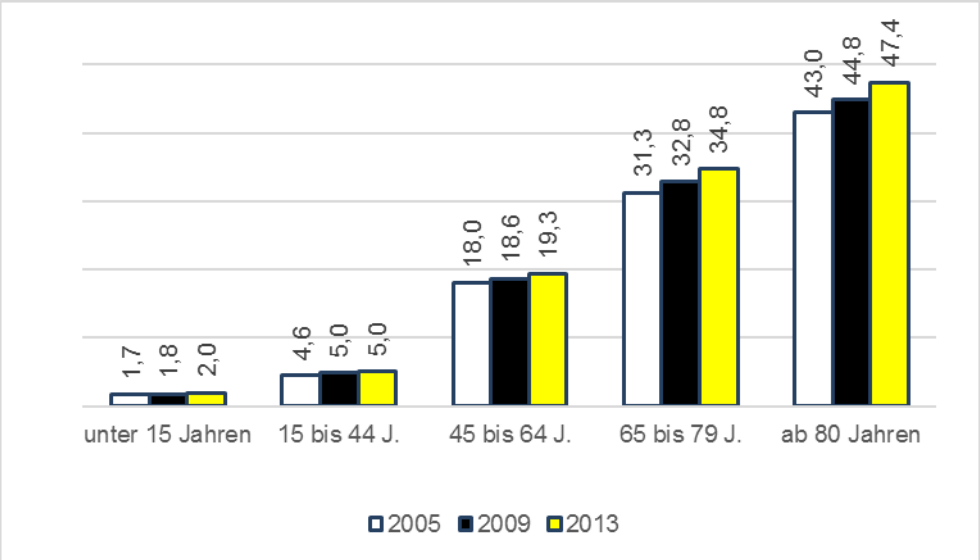


Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Nicht nur die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen steigt, sondern auch ihr Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung. Im Zeitraum von 2005 bis 2013 ist der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen unter 15 Jahren von 1,7% auf 2,0% gestiegen (Abbildung 4). In der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen ist der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen von 4,6% auf 5,0% gestiegen, in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen von 18,0% auf 19,3%, in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen von 31,3% auf 34,8% und in der Altersgruppe ab 80 Jahren von 43,0% auf 47,4%.

Somit wirken bei der Entwicklung der Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen zwei Faktoren zusammen: Zum einen steigt die Zahl der älteren Menschen und damit auch die Zahl derjenigen, die altersbedingt ein höheres Risiko der Beeinträchtigung aufweisen. Zum andern steigen aber auch die Anteile der Menschen mit Beeinträchtigungen in den einzelnen Altersgruppen, und zwar in moderater Form auch im jüngeren Lebensalter. Beide Faktoren zusammen haben zur Folge, dass die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen in dem hier betrachteten Zeitraum von 2005 bis 2013 stark angestiegen ist. Erweitert man diese Betrachtung auf die Jahre davor, so ist diese Entwicklung bereits seit den frühen 1990er Jahren zu beobachten.

Abbildung 4: Menschen mit Beeinträchtigungen – Anteile an der gleichaltrigen Bevölkerung (in %)



Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Der Mikrozensus erfasst seit dem Jahr 2005 in differenzierter Form die in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund. Über die nichtdeutsche Bevölkerung hinaus werden dazu auch eingewanderte Deutsche und in Deutschland geborene Kinder von Migranten gezählt. Die Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund wird im Rahmen dieses Berichts in einem Schwerpunktkapitel behandelt (vgl. Teil III Kapitel 1).

2.2 Art der Beeinträchtigung und unterschiedliche Barrieren

Menschen mit Beeinträchtigungen werden in sehr verschiedener Weise eingeschränkt, und entsprechend unterschiedlich werden die Gegebenheiten der physischen und sozialen Umwelt als Barrieren wahrgenommen. Betrachtet man die verschiedenen Arten von Beeinträchtigung, so stehen dabei die unterschiedlichen Anforderungen an eine barrierefreie Gestaltung physischer und sozialer Umwelten im Vordergrund und nicht die traditionelle Vorstellung, dass Behinderung einzelnen Personen als Merkmal zuzuschreiben wäre.

Daten zur Art der Beeinträchtigung sind nicht unmittelbar zugänglich. In den hier ausgewerteten Befragungen Mikrozensus und SOEP wird nur das Vorliegen einer Beeinträchtigung, aber nicht deren Form erfasst. Für den Bereich der amtlich anerkannten Behinderungen liegen den dafür zuständigen Stellen der Länder und Kommunen entsprechende Angaben vor. Statistisch ausgewiesen werden sie aber nur alle zwei Jahre für Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung.[18]

Die Begrenzung auf Menschen mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung und die gewählte Systematik der Formen der Behinderung entspricht nicht dem in diesem Bericht vertretenen, an die ICF anknüpfenden Verständnis von Beeinträchtigung. Eine alternative Datenquelle, die diese Unterschiede sachgerechter erfasst, steht jedoch (noch) nicht zur Verfügung. Im Teilhabebericht 2013 wurden die in der Schwerbehindertenstatistik dokumentierten Formen von Behinderungen näherungsweise Formen der Beeinträchtigung zugeordnet. In Fortführung dieser Zuordnung ergibt sich die nachfolgend dargestellte Entwicklung im Zeitraum von 2005 bis 2013. Die Zahl der Menschen mit einer Schwerbehinderung mit einem GdB ab 50 ist von 6,8 Mio. im Jahr 2005 über 7,1 Mio. in 2009 auf 7,5 Mio. Personen im Jahr 2013 gestiegen (+12%; Tabelle 3). In diesem Maße sind auch die Zahlen der Menschen mit geistigen bzw. Lernbeeinträchtigungen (+13%) und der Menschen mit Sprach- und Hörbeeinträchtigungen gestiegen (+14%). Besonders stark hat in diesem Zeitraum die Zahl der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zugenommen, die von rd. 349.000 Personen im Jahr 2005 um 57% auf rd. 546.000 Personen im Jahr 2013 angewachsen ist. Dagegen ist die Zahl der Menschen mit Sehbeeinträchtigungen in diesem Zeitraum nur um 3% auf 357.000 im Jahr 2013 gestiegen, und auch der Zuwachs der größten Teilgruppe, der Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, fällt mit +6% nicht so stark aus wie im Durchschnitt insgesamt.

[18] Zu den Datengrundlagen und Auswertungsmethoden siehe Kapitel „In eigener Sache“ am Ende des Berichts sowie den Kommentar zu Daten und Methoden in Abschnitt I.2.4.

Tabelle 3: Menschen mit Schwerbehinderung nach Form der schwersten Behinderung – Anzahl in 1.000

Form der schwersten Behinderung	Jahr			Veränderung 2005-2013
	2005	2009	2013	
Körperliche Behinderung	4.445	4.523	4.699	6%
Blindheit und Sehbehinderung	347	353	357	3%
Sprach- oder Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörung	276	295	316	14%
Psychische Behinderung	349	433	546	57%
Geistige Behinderung, Lernbehinderung	264	277	299	13%
Sonstige Behinderung	1.084	1.221	1.332	23%
Insgesamt	6.765	7.102	7.549	12%

Quelle: Schwerbehindertenstatistik 2005, 2009, 2013; Berechnung des ISG.

Die Anteile von Männern und Frauen mit Schwerbehinderung sind insgesamt über alle Formen der Beeinträchtigung ausgeglichen (Tabelle 4). Unterschiede bestehen bei Blindheit und Sehbeeinträchtigungen, wovon Frauen mit rd. 60% betroffen sind gegenüber einem Männeranteil von 40%, und umgekehrt bei geistigen Beeinträchtigungen und Lernbeeinträchtigungen, dort liegt der Männeranteil bei rd. 60% und der Frauenanteil bei rd. 40%.

Tabelle 4: Menschen mit Schwerbehinderung nach Alter, Geschlecht und Form der schwersten Behinderung

Form der schwersten Behinderung	Geschlecht		Altersgruppe		
	Männer	Frauen	unter 45 J.	45-64 J.	ab 65 J.
Körperliche Behinderung	52%	48%	7%	32%	61%
Blindheit und Sehbehinderung	41%	59%	9%	22%	70%
Sprach- oder Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörung	53%	47%	13%	29%	58%
Psychische Behinderung	48%	52%	18%	57%	25%
Geistige Behinderung, Lernbehinderung	59%	41%	59%	33%	9%
Sonstige Behinderung	51%	49%	15%	36%	48%
Insgesamt	51%	49%	12%	34%	54%

Quelle: Schwerbehindertenstatistik 2013; Berechnung des ISG.

Starke Unterschiede bestehen bezüglich der Altersstruktur. Ältere ab 65 Jahren machen 54% der Menschen mit Schwerbehinderung aus, noch höher ist dieser Anteil bei körperlichen Beeinträchtigungen (61%) und vor allem bei Blindheit und Sehbeeinträchtigungen (70%), die sich mit zunehmendem Alter verstärken. Von psychischen Beeinträchtigungen sind vor allem Menschen im mittleren Alter zwischen 45 und 64 Jahren betroffen, hier liegt deren Anteil mit 57% deutlich über dem Durchschnitt dieser Altersgruppe von 34%. Kinder und junge Erwachsene unter 45 Jahren machen insgesamt nur 12% der

Menschen mit Schwerbehinderung aus. Eine Ausnahme bilden geistige Beeinträchtigungen und Lernbeeinträchtigungen, die sich überwiegend schon im jungen Lebensalter bemerkbar machen. 59% der davon betroffenen Menschen sind unter 45 Jahre alt (darunter 26% unter 25 Jahren). Auch psychische Beeinträchtigungen treten häufig schon im jungen Erwachsenenalter auf, 18% der davon betroffenen Personen sind jünger als 45 Jahre.

Wenn auch eine Schwerbehinderung in der Regel bereits anzeigt, dass eine erhebliche Beeinträchtigung vorliegt, können in bestimmten Umgebungskonstellationen (z.B. bezüglich der Chancen auf dem Arbeitsmarkt) wiederum Unterschiede zwischen Behinderungen des Grades 50 bis 80 einerseits und des Grades 90 oder 100 andererseits wirksam werden. Insgesamt werden 71% der Schwerbehinderungen einem GdB zwischen 50 und 80 zugeordnet und 29% einem GdB von 90 bis 100 (Tabelle 5). Ausnahmen bilden zum einen Blindheit und Sehbehinderungen, wovon 61% einem GdB von 90 bis 100 zugeordnet wurden, und zum andern geistige Behinderungen und Lernbehinderungen, wovon 57% einem GdB von 90 bis 100 zugeordnet wurden.

Tabelle 5: Strukturmerkmale der schwersten Behinderung

Form der schwersten Behinderung	**GdB**		**Ursache**			
	50-80	90-100	Geburt	Unfall	Krankheit	Sonstiges
Körperliche Behinderung	73%	27%	2%	3%	87%	9%
Blindheit und Sehbehinderung	39%	61%	3%	2%	87%	8%
Sprach- oder Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörung	69%	31%	8%	1%	83%	8%
Psychische Behinderung	87%	13%	0%	0%	89%	11%
Geistige Behinderung, Lernbehinderung	43%	57%	49%	0%	46%	5%
Sonstige Behinderung	70%	30%	3%	2%	86%	9%
Insgesamt	71%	29%	4%	2%	85%	9%

Quelle: Schwerbehindertenstatistik 2013; Berechnung des ISG.

Schwerbehinderung geht meist auf eine Krankheit zurück, in 85% der Fälle ist dies die Ursache. In 4% der Fälle bestehen die Behinderungen bereits von Geburt an, in 2% der Fälle gehen sie auf einen Unfall zurück und in 9% der Fälle auf sonstige Ursachen.

Durch gesellschaftliche Entwicklungen verändern sich Barrieren in der Umwelt, und dies wirkt sich je nach Form der Beeinträchtigung in unterschiedlicher Weise aus. Während z.B. der Trend zu stärkerer Visualisierung von Computeranwendungen und Smartphone-Geräten für manche Menschen mit Hörbeeinträchtigungen eine Erleichterung bedeutet, wird dadurch für Menschen mit Sehbeeinträchtigungen die Umwelt komplexer, und neue Barrieren entstehen. Zwar werden gleichzeitig Hilfsmittel technisch weiterentwickelt,

aber wenn dieser Prozess mit der Geschwindigkeit der technologischen Entwicklung insgesamt nicht Schritt hält, hat dies eine Erhöhung von Barrieren zur Folge (siehe Abschnitt 4.3.3).

2.3 Menschen mit Beeinträchtigungen in stationären Wohneinrichtungen

Der weit überwiegende Teil der Menschen mit Beeinträchtigungen wohnt in Privathaushalten und ein kleinerer Teil in Einrichtungen. Eine Reihe der in diesem Bericht ausgewerteten Statistiken umfassen beide Personengruppen, dies gilt für die Schwerbehindertenstatistik, die Pflegestatistik, die Schulstatistik, die Kinder- und Jugendhilfestatistik und die Statistik der Eingliederungshilfe nach SGB XII.

Am Jahresende 2014 lebten 11.751 Kinder und Jugendliche mit (drohenden) seelischen Behinderungen (§ 35a SGB VIII) in einer Einrichtung, darunter 65% Jungen und 34% Mädchen (Tabelle 6). Die meisten davon (71%) waren unter 18 Jahre alt, die übrigen zwischen 18 und 21 Jahre alt. Im Leistungsbereich der Eingliederungshilfe nach § 53 ff SGB XII wurden zum gleichen Zeitpunkt 193.770 Personen in Wohnheimen registriert, davon waren 60% männlich und 40% weiblich. Darunter waren 189.163 Erwachsene und 4.607 Kinder unter 18 Jahren mit geistiger, körperlicher oder Sinnesbeeinträchtigung (2,4%). Nach der Pflegestatistik wohnten am Jahresende 2013 insgesamt 743.430 Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege nach § 43 SGB XI, hier liegt der Frauenanteil mit 73% deutlich über dem Männeranteil von 27%. Die Zahl der pflegebedürftigen Kinder unter 15 Jahren, die in Pflegeeinrichtungen leben, ist mit 331 bzw. 0,04% aller in stationären Einrichtungen versorgten Pflegebedürftigen recht niedrig. Stationäre Pflegeleistungen beziehen vor allem ältere Menschen, zu 93% sind sie im Alter ab 65 Jahren. Hinzu kommen 24.160 Personen mit Bezug von stationärer Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Eine Addition dieser Zahlen ergibt, dass (unter der Annahme, dass die Zahl der Pflegebedürftigen im Verlauf des Jahres 2014 weiter gestiegen ist) am Jahresende 2014 etwa 1 Mio. Personen mit Beeinträchtigungen in stationären Wohneinrichtungen lebten.

Tabelle 6: Menschen mit Beeinträchtigungen in stationären Einrichtungen

Art des Leistungsbezugs und Rechtsgrundlage	Insgesamt	Geschlecht		Altersgruppe		
		Männlich	Weiblich	unter 18 J.	18-64 J.	ab 65 J.
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (§ 35a SGB VIII)	11.751	7.663	4.088	8.388	3.363	0
Eingliederungshilfe zum Wohnen in einer Wohneinrichtung (§§ 53 ff SGB XII)	193.770	115.410	78.360	4.607	168.671	20.492
Vollstationäre Dauerpflege (§ 43 SGB XI)	743.430	201.886	541.544	331*	55.122*	687.977
Hilfe zur Pflege ohne Leistungsbezug der Pflegeversicherung (§ 61 SGB XII)	24.160	8.130	16.030	0	4.160	20.000
Personen insgesamt	973.111	333.089	640.022	13.326	231.316	728.469
Anteil	100%	34%	64%	1%	23%	75%

Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2014; Sozialhilfestatistik 2014; Pflegestatistik 2013, Berechnung des ISG.
* Pflegestatistik: Altersabgrenzung unter 15 J. bzw. 15-64 Jahre

Über die Lebenssituation und die Meinungen dieser Personen ist wenig bekannt, da Befragungen wie SOEP oder GEDA nur in Privathaushalten durchgeführt werden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales plant die Einführung eines Teilhabesurveys, mit dem Menschen mit Beeinträchtigungen zu ihrer Lebenslage und ihren Selbsteinschätzungen sowohl in Privathaushalten als auch in Einrichtungen differenziert befragt werden sollen. Wenn diese Daten vorliegen, kann die Teilhabeberichterstattung auf die in Einrichtungen lebenden Menschen mit Beeinträchtigungen besser eingehen.

2.4 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zu Daten und Methoden

Jede Auswertung ist nur so gut wie die ihr zugrundeliegenden Informationen. Im Falle dieses Berichts wurde alles Mögliche getan, um umfassende und korrekte Daten zu Behinderungen und Beeinträchtigungen sowie zu ihrem Zusammenspiel mit Lebenslagen zu erhalten. Allerdings hat jede verfügbare Datenquelle ihre ganz eigenen Einschränkungen und Probleme. Dies betrifft alle Schritte des Prozesses, von der Auswahl der Befragten über der Art der Erhebung, Formulierung der Fragen und Einteilung der Antwortkategorien bis zur Analyseform. Unterschiedliche Methoden schränken einerseits die Aussagekraft und andererseits die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Erhebungen und Auswertungen ein. Dies heißt nicht, dass keine Aussagen getroffen werden können. Es ist aber wichtig, in jedem Falle zu wissen, was die Grundlage der jeweiligen

Auswertung ist und damit einschätzen zu können, welche Schlüsse auf dieser Basis zulässig sind – und welche eben nicht. In vielen Fällen kann man zudem sogar die Richtung angeben, in die eine etwaige Verzerrung vermutlich gehen wird.

Aus diesem Grunde wird im 1. Kapitel des Teils IV ein für einen solchen Bericht vergleichsweise ausführlicher Methodenbericht gegeben, dessen Hauptaussage ist: Gerade Personen mit schwereren Beeinträchtigungen sind in den vorhandenen Datenquellen vermutlich unzureichend erfasst, und zwar u.a. aus folgenden Gründen (siehe dazu im Überblick Brandt, Kaschowitz und Lazarevic 2016 und ausführlich z.B. Schnell 1991 und 1997):

- Bei Stichprobenziehungen sind „schwer erreichbare“ und „schwer befragbare“ Personen (z.B. in Institutionen untergebrachte und solche mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen) tendenziell unterrepräsentiert.
- Nachgelagerte statistische Korrekturen (z.B. durch Gewichtung) sind nur eingeschränkt möglich, da sie nur dann vorgenommen werden können, wenn hinreichende Details über die nicht-repräsentierte/n Gruppe/n bekannt sind.
- Selbst wenn alle erreicht werden könnten, sind die am schwersten Beeinträchtigten in höherem Alter oder mit fortschreitender Zeit eher verstorben („Survivorship bias“).
- Über sehr seltene Erkrankungen oder Lebenslagen können aufgrund der geringen Zahl keine statistisch verlässlichen Aussagen gemacht werden.
- Die Administration des Fragebogens (Telefon, Papier, computergestützt; Sprachen, Visualisierungsformen, etc.) hat Auswirkungen auf die Befragbarkeit unterschiedlicher Gruppen und schließt bestimmte Personenkreise (Obdachlose, Nicht-Muttersprachler, Seh- oder Kommunikations-Beeinträchtigte, etc.) systematisch aus.
- Kognitive Beeinträchtigungen (wie z.B. auch weit verbreitete demenzielle Erkrankungen) erschweren systematisch die Gewinnung von Informationen aus Sicht des Betroffenen; hier werden häufig sog. Proxy-Interviews und Beobachtungen eingesetzt, die wiederum nicht vergleichbar sind mit Selbstberichten.
- Bei Selbstberichten kann das Antwortverhalten (gerade im Beisein eines Interviewers oder einer Aufsichtsperson, z.B. durch soziale Erwünschtheit) objektive Tatsachen verzerren.
- Beeinträchtigungen sind häufig mit anderen Lebenslagen verknüpft, die in ihrer Gesamtheit auch eher zur Entscheidung führen, nicht an einer Umfrage teilnehmen zu wollen (z.B. geringer Verdienst, Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation etc.).

Damit sind alle Ergebnisse in diesem Bericht (ähnliches gilt auch für die meisten anderen Studien, die auf Umfragen basieren) eher „konservative“ und damit hier auch „optimistische“ Schätzungen – die Zahl der Beeinträchtigten ist eher höher und die Unterschiede zwischen beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten Personen sind eher ausgeprägter als in verfügbaren Daten festgehalten. Noch dazu sind die Messungen von Beeinträchtigungen aufgrund unterschiedlicher Fragen und Operationalisierungen nicht vergleichbar zwischen den verschiedenen Informationsquellen, die für diesen Bericht hinzugezogen wurden.[19]

Die grundlegenden *Mechanismen,* die Lebenslagen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen unterscheiden, sind jedoch vermutlich häufig dieselben und damit auch aus Analysen unterschiedlichster Informationsquellen zu lesen. Die Lösung für viele der genannten Herausforderungen steht zudem in Aussicht: ein „Bundesteilhabesurvey“, der spezifisch für die Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen konzipiert ist und o.a. Probleme eindämmt und wenn schon nicht in Gänze löst, so doch besser quantifizierbar (und damit auch korrigierbar) macht.

Entwicklungen und Zukunftsperspektiven

Dieser Bericht hat – trotz aller methodischen Einschränkungen – zum Ziel, ein möglichst korrektes und umfassendes Bild vom Leben mit Beeinträchtigungen, ihrer Verschränkung mit Lebenslagen, und der Entwicklung von Teilhabechancen in unserer Gesellschaft zu zeichnen. Wo möglich wird daher in Fortschreibung des ersten Teilhabeberichts 2013 die Entwicklung zentraler Indikatoren über die Zeit analysiert. Die Integration einer solchen Längsschnittperspektive ist ein großer Schritt in die richtige Richtung, allerdings mit teilweise ernüchternden inhaltlichen Ergebnissen.

Einerseits wächst der Kreis der Personen mit Beeinträchtigungen nahezu sprunghaft. Über die dahinterliegenden Gründe kann man zum Teil nur spekulieren; sichtbar ist jedoch, dass die „dreifache Alterung“ (die relative Zunahme des Anteils Älterer sowie der absolute Anstieg der Zahl Älterer und Hochaltriger, z.B. Tews & Naegele 1989) mit einer Zunahme von altersabhängigen Beeinträchtigungen in der Gesellschaft verbunden ist (wobei die Frage, inwieweit die „beeinträchtigungsfreie“ oder „gesunde“ Lebenszeit ansteigt, nicht leicht zu beantworten ist) und dass der Anteil (in den Daten erfasster) psychischer Beeinträchtigungen enorm gestiegen ist.

[19] Im Falle von Gesundheit (Kapitel II.5) lassen sich zudem abhängige Variable (gesundheitliche Verfassung) und unabhängige Variable (Beeinträchtigungen) nicht in allen Analysen klar trennen und operationalisieren; d.h. sie hängen schon „technisch“ automatisch zusammen – was ja aber inhaltlich durchaus realitätsnah ist.

Andererseits ändert sich in vielerlei Hinsicht trotz der Steigerung von Ausgaben (auch pro Fall[20]) wenig; sprich die Teilhabechancen und deren Ergebnisse scheinen sich im (zugegebenermaßen kurzen) erfassten Zeitraum von 2005 bis 2013 in vielen Bereichen nicht substantiell verbessert zu haben. Umso wichtiger ist es also, die Wirksamkeit von Interventionen zu evaluieren und politische Maßnahmen über die Zeit weiterhin wissenschaftlich zu begleiten.

Wenn es um die Aufdeckung von Mechanismen und Kausalitäten geht (d.h. wie wirken sich bestimmte Maßnahmen tatsächlich aus), müssen bestimmte Personen über die Zeit und Veränderungen des Kontextes hinweg beobachtet werden. In einem solchen „Panel" zeigt sich dann, ob eine zuvor gegebene Situation sich infolge einer Intervention verändert – unter Berücksichtigung der weiteren Eigenschaften der Person und ihrer Lage. Im Hinblick auf sozialpolitische Ziele und Konsequenzen lohnt unter Umständen auch ein Blick in die Nachbarländer und auf andere Wohlfahrtsstaaten. Die europäische oder gar globale Einordnung der deutschen Gegebenheiten in Bezug auf Integration und Teilhabe bestimmter (Alters-) Gruppen ist ein weiteres Desiderat, dem in Zukunft mithilfe international vergleichender (z.B. SHARE und internationale Partner; Börsch Supan et al 2013) oder mit anderen nationalen Datensätzen vergleichbarer (z.B. SOEP, Frick et al 2007) Daten nachgegangen werden sollte; ein gemeinsamer europäischer Teilhabesurvey ist hingegen aus nachvollziehbaren Gründen wohl noch in weiterer Ferne.

Literatur zu diesem Kommentar

Börsch-Supan, A.; Brandt, M.; Hunkler, C.; Kneip, T.; Korbmacher, J.; Malter, F.; Schaan, B.; Stuck, S.; Zuber, S. (2013): Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). International Journal of Epidemiology DOI: 10.1093/ije/dyt088.

Brandt, M.; Kaschowitz, J.; Lazarevic, P. (2016): Gesundheit im Alter. Ein Überblick über den Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung. In: Jungbauer-Gans, M. & Kriwy, P.: Handbuch Gesundheitssoziologie (im Erscheinen).

Frick, J. R.; Jenkins, S. P.; Lillard, D. R.; Lipps, O.; Wooden, M. (2008): Die internationale Einbettung des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) im Rahmen des Cross-National Equivalent File (CNEF). Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 77(3): 110-129.

Schnell, R. (1991): Wer ist das Volk? Zur faktischen Grundgesamtheit bei „allgemeinen Bevölkerungsumfragen": Undercoverage, Schwererreichbare und Nichtbefragbare. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 43(1): 106–137.

Schnell, R. (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen: Ausmaß, Entwicklung und Ursachen, Opladen.

Tews, H. P.; Naegele, G. (1993): Theorieansätze und -kritik zur Altersentwicklung – Neue und alte sozialpolitische Orientierungen. In: Naegele, G. & Tews, H. P. (Hrsg.), Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik, Opladen, S. 329–367.

[20] Leider konnten die Angaben zu Fall-Ausgaben nicht kaufkraftbereinigt werden, was ihre tatsächliche Aussagekraft einschränkt. Im Methodenkapitel wird lediglich auf die Veränderung des allgemeinen Verbraucherpreisindex hingewiesen.

II Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen

Der zweite Teil dieses Berichts beschreibt die Lage von Menschen mit Beeinträchtigungen differenziert nach verschiedenen Lebensbereichen.

- Im Kapitel „Familie und soziales Netz“ werden die Familien- und Haushaltsformen von Menschen mit Beeinträchtigungen dargestellt. Hier wird auch thematisiert, auf welche sozialen Unterstützungsnetze sie zurückgreifen können.
- Das zweite Kapitel „Bildung und Ausbildung“ befasst sich mit den Möglichkeiten des Lernens von vorschulischer Betreuung über schulische und berufliche Bildung bis zur Weiterbildung.
- Im dritten Kapitel „Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation“ stehen die Zugänge zum Arbeitsmarkt und der darüber ermöglichte Einkommenserwerb im Vordergrund.
- Das vierte Kapitel „Alltägliche Lebensführung“ stellt die Lebenslagebereiche der Wohnsituation, Mobilität und selbstbestimmten Lebensführung dar.
- Das fünfte Kapitel befasst sich mit Fragen der „Gesundheit“, der Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung und Angeboten der Prävention und Rehabilitation.
- Das sechste Kapitel „Freizeit, Kultur und Sport“ behandelt die Teilhabemöglichkeiten an geselligen und sportlichen, kulturellen, kreativen und rekreativen Angeboten.
- Im siebten Kapitel werden „Sicherheit und Schutz der Person“ mit den Aspekten der Persönlichkeitsrechte und deren Gefährdung sowie Schutz vor unterschiedlichen Formen der Gewalt thematisiert.
- Das achte Kapitel „Politische und gesellschaftliche Partizipation“ geht unter anderem Fragen der Wahlbeteiligung und des zivilgesellschaftlichen Engagements von Menschen mit Beeinträchtigungen nach.

In jedem Kapitel wird zuerst der Bereich der Lebenslage inhaltlich beschrieben. Daran schließt eine kurze Darstellung der aktuellen Diskussion an, in der die Verpflichtungen der UN-BRK und Forderungen zu ihrer Umsetzung aus verschiedenen Stellungnahmen skizziert werden. Darauf folgt eine Analyse statistischer Daten zur Lage von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen im Vergleich. Anschließend werden zentrale Ergebnisse zusammengefasst, Entwicklungen der Teilhabe bewertet und Datenlücken benannt. Im abschließenden Abschnitt „Weiterführende Informationen“ finden sich Informationen über Leistungen des Staates und weiterer Leistungsträger, die der Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen dienen sollen.[21]

[21] Wenn hierbei von einer Steigerung der Ausgaben pro Leistungsbeziehenden berichtet wird, ist zu bedenken, dass dies nicht unbedingt mit einem finanziellen Zugewinn für die Leistungsbeziehenden verbunden ist (z.B. wegen Inflation oder einem Anstieg der Lebenshaltungskosten).

1. Familie und soziales Netz

Faktenblatt „Familie und soziales Netz“

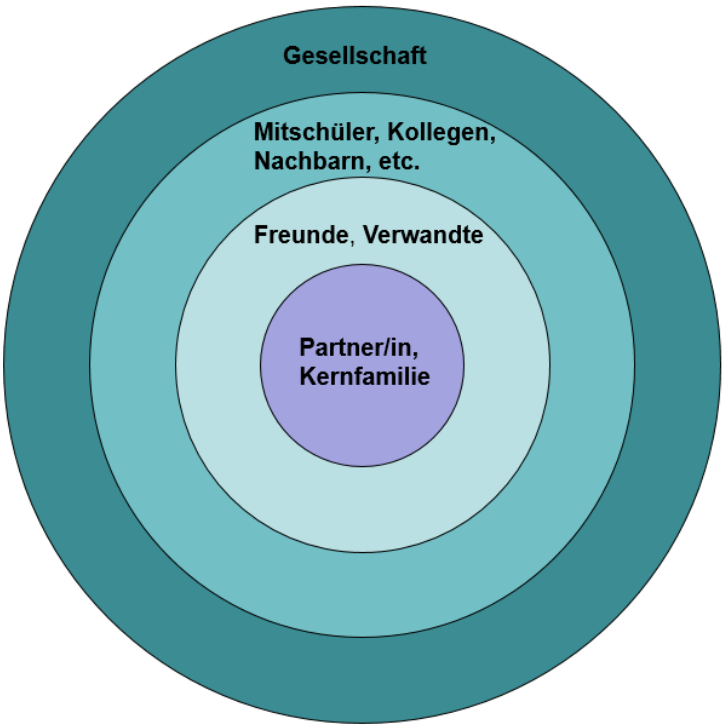
- Menschen mit Beeinträchtigungen leben am häufigsten in Zwei-Personen-Haushalten, überwiegend als Paare ohne Kinder (44%). 31% sind alleinlebend, und nur 7% leben in Paarbeziehungen mit Kindern. Menschen ohne Beeinträchtigungen leben dagegen am häufigsten in Paarbeziehungen mit Kindern (35%) oder in Paarbeziehungen ohne Kinder (25%), von ihnen leben nur 18% allein.
- Rd. 290.000 volljährige Menschen mit Beeinträchtigungen leben als Kind im Haushalt ihrer Eltern bzw. eines Elternteils. Überwiegend handelt es sich dabei um Personen im Alter von 18 bis 44 Jahren (80%), 20% sind 45 bis 64 Jahre und 1% ab 65 Jahre alt.
- Für 87% der Menschen mit Beeinträchtigungen und 92% der Menschen ohne Beeinträchtigungen hat eine Ehe oder feste Partnerschaft eine hohe Bedeutung. Etwa 80% der Männer mit und ohne Beeinträchtigungen, denen dies sehr wichtig ist, leben auch in einer Partnerschaft. Nur 73% der Frauen mit Beeinträchtigungen, denen eine feste Partnerschaft sehr wichtig ist, leben in einer Paarbeziehung. Bei den Frauen ohne Beeinträchtigungen sind dies hingegen 83%.
- 75% der 25- bis 59-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen und 79% der Menschen ohne Beeinträchtigungen wünschen sich Kinder. Menschen mit Beeinträchtigungen leben jedoch seltener in Haushalten mit minderjährigen Kindern als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- In der Altersgruppe von 18 bis 49 Jahren leben 11% der Frauen und 2% der Männer mit Beeinträchtigungen in einem Alleinerziehenden-Haushalt. Die entsprechenden Anteile der Menschen ohne Beeinträchtigungen sind ähnlich hoch.
- Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen leben häufiger in Ein-Eltern-Familien als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen. Von den Kindern im Kindergartenalter leben 8% ohne Beeinträchtigungen und 14% mit Beeinträchtigungen in Ein-Eltern-Familien. Von den 14- bis 17-Jährigen leben 14% ohne Beeinträchtigungen in Ein-Eltern-Familien im Vergleich zu 22% der gleichaltrigen Jugendlichen mit Beeinträchtigungen.
- Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Familienleben gibt es nur geringfügige Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“) liegt die Zufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen bei 7,5 und die Zufriedenheit von Menschen ohne Beeinträchtigungen bei 8,0.
- Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen sind etwas häufiger der Meinung, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen, als Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen. Dieser Unterschied ist bei den 14- bis 17-Jährigen am deutlichsten: 88% der Kinder und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen sagen, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen, bei den Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen sind dies nur 81%.

- Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen haben seltener mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen. Dieser Unterschied ist bei den 7- bis 10-Jährigen am deutlichsten: Nur 76% der Kinder mit Beeinträchtigungen haben einen guten Freund oder eine gute Freundin, bei den Kindern mit Beeinträchtigungen sind dies 82%.
- 25% der Menschen mit Beeinträchtigungen berichten von einer geringen Unterstützung durch ihr soziales Umfeld. Von den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind dies nur 14%.
- Über die Hälfte der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen hat täglich oder mindestens einmal in der Woche gegenseitige Besuche von Familienmitgliedern, Freundinnen und Freunden oder Nachbarinnen und Nachbarn. Menschen mit Beeinträchtigungen geben zu einem höheren Anteil (16%) an, seltener als einmal im Monat oder nie Besuchskontakte zu haben, als Menschen ohne Beeinträchtigungen (10%).
- Menschen mit Beeinträchtigungen haben zu einem größeren Anteil (16%) oft das Gefühl, dass ihnen die Gesellschaft anderer fehlt, als Menschen ohne Beeinträchtigungen (9%).
- Entwicklungen der Teilhabe können an der Zufriedenheit mit dem Familienleben abgebildet werden. Hier zeigt sich im Vergleich der Jahre 2010 und 2014 insgesamt eine leicht positive Veränderung. Der geringfügige Abstand zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ist in diesem Zeitraum gleich geblieben, so dass hier keine Angleichung der Lebensverhältnisse festzustellen ist. Im Zeitverlauf zeigt sich außerdem, dass die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die eine geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld angeben, nahezu unverändert geblieben sind, so dass auch hier keine Verbesserung der Teilhabe festzustellen ist.

Familiäre und partnerschaftliche Beziehungen sind für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen eine wichtige Ressource, wenn eine dauerhafte und solidarische Verbindung entsteht, in der sich ihre Mitglieder gegenseitig stützen. Diese kann von sozialer Anerkennung und Geborgenheit bis zu konkreten Hilfen z.B. bei der Arbeitsplatzsuche, der Pflege im Krankheitsfall oder der Kompensation geringen Einkommens reichen (Engelbert, 2012). Weitere soziale Kontakte mit Verwandten, Freunden und Freundinnen, Nachbarn und Nachbarinnen sowie Bekannten beeinflussen die Handlungsspielräume einer Person. Das Unterstützungspotential durch soziale Beziehungen lässt sich anhand verschiedener Merkmale beschreiben. So ist zum einen von Bedeutung, ob überhaupt soziale Kontakte vorhanden sind oder nicht. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob bei Bedarf Unterstützung erfolgt bzw. ob grundsätzlich die Bereitschaft zur Unterstützung von Seiten der Bezugspersonen besteht.

Abbildung 5 zeigt die verschiedenen Elemente, die das soziale Netz einer Person ausmachen.

Abbildung 5 Soziale Kreise



Quelle: Eigene Darstellung des ISG.

Als Familie wird eine Lebensform bezeichnet, die mindestens ein Kind und mindestens ein soziales oder biologisches Elternteil umfasst (Statistisches Bundesamt, 2014a). Nach dem Achten Familienbericht der Bundesregierung ist die Familie eine Verantwortungs- und Solidargemeinschaft, deren Mitglieder nicht zwingend zusammen wohnen oder über verwandtschaftliche Beziehungen miteinander verbunden sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012). Familien erfüllen in der Gesellschaft unterschiedliche Funktionen. Dazu zählen die Erziehung von Kindern, das gemeinsame Erwirtschaften des Lebensunterhalts, emotionale Geborgenheit und die gegenseitige Unterstützung von Familienmitgliedern. Dabei stehen Familien gesellschaftlichen Erwartungen gegenüber, die ein hohes Maß an zeitlichen und organisatorischen Ressourcen sowie an Flexibilität erfordern (Engelbert, 2012).

Eltern mit Beeinträchtigungen sowie Eltern mit beeinträchtigten Kindern leben in gleicher Weise als Familien zusammen und erleben die gleichen Vorteile und Belastungen wie Familien ohne beeinträchtigte Mitglieder. Allerdings stellen sich manche Belastungen für Familien mit beeinträchtigten Mitgliedern in besonderer Ausprägung dar. Im alltäglichen Familienleben können Barrieren auftreten, zu deren Bewältigung die Familien Unterstützung benötigen. Diese kann von Informationsangeboten bis hin zu umfassenden Unterstützungsleistungen reichen und sollte auf die spezifische Lage der jeweiligen Familie abgestimmt sein.

Unterschiedliche Anforderungen an Familien können zu Vereinbarkeitsproblemen z.B. zwischen familiärer Betreuung, Berufstätigkeit sowie Betreuungszeiten in Kindertagesstätten oder Schulen führen. Inwieweit es Familien mit beeinträchtigten Mitgliedern gelingt, diese Anforderungen zu bewältigen, hängt neben der Art und Schwere der Beeinträchtigungen des Kindes oder des Elternteils auch von den persönlichen, materiellen und sozialen Ressourcen der Familie sowie den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab (Beck, 2002).

Die Möglichkeit, partnerschaftliche Beziehungen einzugehen und ein selbstbestimmtes Sexualleben zu führen, ist eine notwendige Bedingung für eine Familiengründung. Für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen sowie Menschen, die in einer Einrichtung leben, kann sich dies schwieriger gestalten als für andere (Römisch, 2011). Weiterhin gibt es gesellschaftliche Vorbehalte gegenüber der Elternschaft von Frauen mit Beeinträchtigungen. „Schwangerschaft und Mutterschaft von Frauen mit Behinderungen werden noch immer als Bruch gesellschaftlicher Normvorstellungen betrachtet“ (Pixa-Kettner, 2012: 229).

In Artikel 23 UN-BRK wird der Schutz von Partnerschaft, Ehe, Familie und Elternschaft für Menschen mit Behinderungen in gleichem Maß wie für Menschen ohne Behinderungen festgeschrieben. Artikel 23 UN-BRK legt überdies großes Gewicht auf Unterstützungsdienste für Eltern mit Behinderungen und fordert, dass die Mitgliedstaaten der UN-BRK insoweit konkrete Handlungsaufträge zur Sicherstellung der zugänglichen und inklusiven gemeindenahen Unterstützungs- und Schutzmechanismen schaffen, damit sie ihre Elternpflichten erfüllen können (so auch die Empfehlung des CRPD-Fachausschusses an Deutschland, CRPD 2015, Ziff. 44 b). Um diesen Schutz auch faktisch zu gewährleisten, haben sich die Vertragsstaaten zu geeigneten Maßnahmen verpflichtet. In den Abschließenden Bemerkungen des Vertragsausschusses zum ersten Staatenbericht Deutschlands (CRPD, 2015) zeigt sich der Ausschuss besorgt darüber, dass keine ausreichenden staatlichen Unterstützungsmöglichkeiten für Familien mit beeinträchtigten Mitgliedern bereitstehen. Er fordert die Vertragsstaaten dazu auf, entsprechende Unterstützungsleistungen, insbesondere auch solche für Menschen mit Migrationshintergrund, zur Verfügung zu stellen. Zudem werden gesetzliche Regelungen gefordert, die verhindern, dass Kinder aufgrund der Behinderung ihrer Eltern von diesen getrennt werden dürfen.[22]

Im Kapitel zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich Familie und soziales Netz werden folgende Aspekte dargestellt:

[22] Darüber hinaus wird in den Abschließenden Bemerkungen Besorgnis über die Praxis der Zwangssterilisation und Zwangsabtreibung bei Erwachsenen mit Behinderungen bei ersetzter Entscheidung geäußert, die eine Verletzung des in Artikel 23 Absatz 1 der UN-BRK verankerten Rechts auf Behalt der Fruchtbarkeit darstelle und die Selbstbestimmung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Bezug auf die Familiengründung verhindere.

- Haushaltsformen, Familienleben und soziales Netzwerk: Familiäre und soziale Netzwerkbeziehungen stellen eine wesentliche Ressource für das Wohlbefinden einer Person dar. Zudem bieten sie Unterstützungsmöglichkeiten in vielerlei Hinsicht. Es stellt sich die Frage, welche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in Bezug auf die Haushaltsformen, in denen sie leben, das Zusammenleben in der Familie und die außerfamiliären Beziehungen bestehen.
- Partnerschaft, Sexualität und Familiengründung: Es stellt sich die Frage, inwiefern Menschen mit Beeinträchtigungen Partnerschaften eingehen, eine selbstbestimmte Sexualität leben und eine Familie gründen können.
- Unterstützungsleistungen: Familien mit beeinträchtigten Mitgliedern müssen oftmals besondere Alltagsanforderungen und Belastungen bewältigen. Die Frage, inwiefern diese Familien entsprechende Unterstützungsleistungen nutzen können, ist daher ebenfalls relevant.

In diesem Kapitel erfolgt zunächst ein Überblick über die Haushaltsformen, in denen Menschen mit Beeinträchtigungen leben, wobei insbesondere Partnerschaften thematisiert werden (1.1). Anschließend werden die Themen Familiengründung sowie das Familienleben mit beeinträchtigten Mitgliedern in den Blick genommen (1.2). Zum Schluss werden die über die Familie hinausgehenden sozialen Netzwerkverbindungen thematisiert (1.3).

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

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen in allen Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaften betreffen, um zu gewährleisten, dass

a) das Recht aller Menschen mit Behinderungen im heiratsfähigen Alter, auf der Grundlage des freien und vollen Einverständnisses der künftigen Ehegatten eine Ehe zu schließen und eine Familie zu gründen, anerkannt wird;

b) das Recht von Menschen mit Behinderungen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände sowie
auf Zugang zu altersgemäßer Information sowie Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung anerkannt wird und ihnen die notwendigen Mittel zur Ausübung dieser Rechte zur Verfügung gestellt werden;

c) Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern, gleichberechtigt mit anderen ihre Fruchtbarkeit behalten.

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

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

Familien frühzeitig umfassende Informationen, Dienste und Unterstützung zur Verfügung zu stellen.

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

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

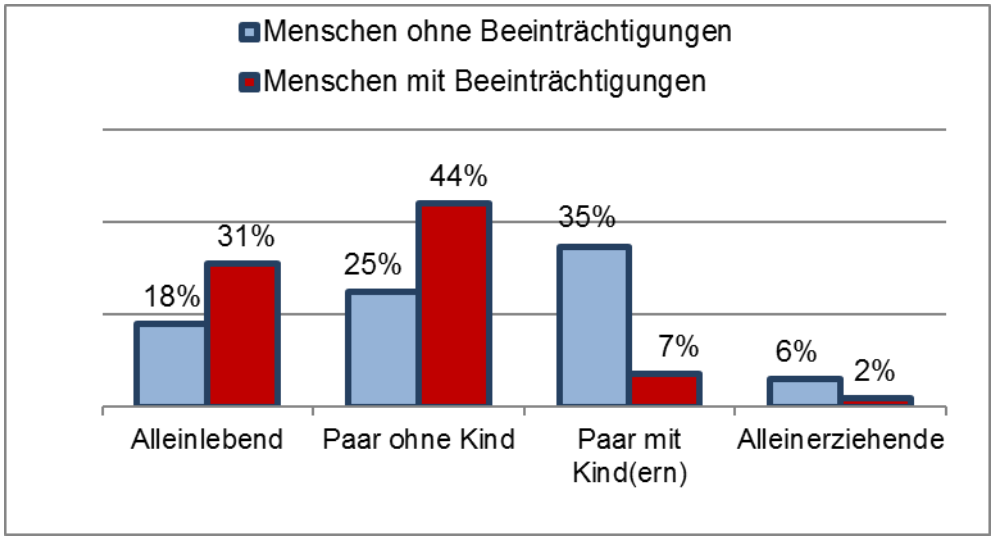
1.1 Haushaltsformen

Als Haushaltsform bezeichnet man die Art und Weise, in der Menschen innerhalb eines Haushaltes zusammenleben. Hier wird unterschieden zwischen Alleinlebenden, Paaren mit Kindern, Alleinerziehenden sowie Paaren ohne Kinder. Die Haushaltsform, in der eine Person lebt, gibt einen ersten wichtigen Anhaltspunkt zu ihrer Lebenssituation. Die Möglichkeiten der Kommunikation und des Wirtschaftens, aber auch die Erfordernisse zur Organisation des Familienlebens unterscheiden sich zwischen Alleinlebenden, Paaren mit und ohne Kindern und Alleinerziehenden.

Familien und Alleinlebende

Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen unterscheiden sich hinsichtlich der Haushaltsformen, in denen sie leben. So leben Menschen mit Beeinträchtigungen am häufigsten in Zwei-Personen-Haushalten ohne minderjährige Kinder (44%), und zwar überwiegend als Paar, zu einem geringeren Teil auch als volljähriges Kind mit einem Elternteil (Abbildung 6). Die zweithäufigste Haushaltsform ist die der Alleinlebenden (31%), wohingegen nur 7% der Menschen mit Beeinträchtigungen in Paarbeziehungen mit (minderjährigen) Kindern leben. Der Großteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen lebt hingegen in Paarbeziehungen mit minderjährigen Kindern (35%), gefolgt von Paarbeziehungen ohne Kinder (25%). 18% der Menschen ohne Beeinträchtigungen sind alleinstehend, dies liegt deutlich unterhalb des Anteils alleinstehender Menschen mit Beeinträchtigungen. In Haushalten von Alleinerziehenden leben 6% der Menschen ohne Beeinträchtigungen, aber nur 2% der Menschen mit Beeinträchtigungen.

Abbildung 6: Haushaltsformen



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen ohne Beeinträchtigungen sind bezüglich der Haushaltsform nur geringfügig, meist weichen sie nur um 1 bis 2 Prozentpunkte voneinander ab (Tabelle 7). Zwischen Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen zeigen sich dagegen deutliche Unterschiede. Im Jahr 2013 lebten Frauen mit Beeinträchtigungen häufiger allein (38%) als Männer mit Beeinträchtigungen (24%). Ebenfalls lebten Frauen mit Beeinträchtigungen seltener als Männer in Paarbeziehungen ohne Kinder, in dieser Form lebten 38% der Frauen und 50% der Männer mit Beeinträchtigungen. In Familien mit minderjährigen Kindern lebten 9% der Männer und 9% der Frauen mit Beeinträchtigungen.

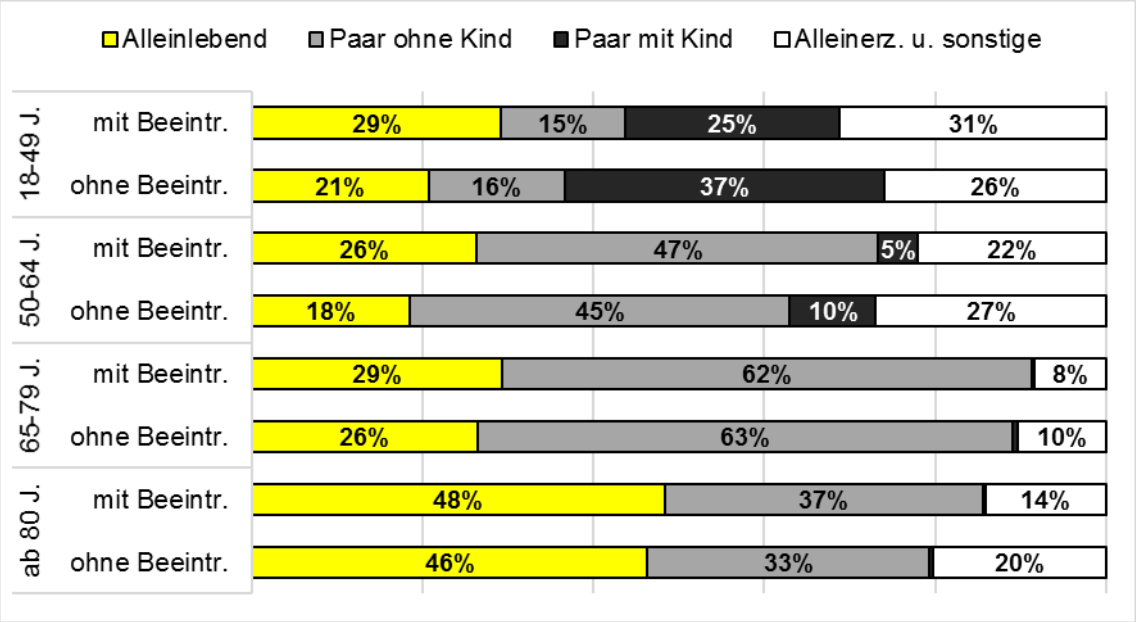
Tabelle 7: Haushaltsformen* nach Geschlecht

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Insgesamt						
alleinlebend	16%	18%	18%	28%	30%	31%
Paar ohne Kind	24%	25%	25%	44%	44%	44%
Paar mit Kind	37%	35%	35%	9%	8%	7%
alleinerziehend	5%	6%	6%	2%	2%	2%
Männer						
alleinlebend	16%	18%	18%	19%	22%	24%
Paar ohne Kind	24%	24%	25%	51%	51%	50%
Paar mit Kind	39%	36%	36%	10%	10%	8%
alleinerziehend	4%	4%	5%	1%	1%	1%
Frauen						
alleinlebend	17%	17%	18%	36%	38%	38%
Paar ohne Kind	25%	25%	25%	37%	37%	38%
Paar mit Kind	36%	34%	33%	7%	7%	6%
alleinerziehend	7%	7%	7%	2%	2%	3%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009 und 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.
*Die Summe der Anteile ist kleiner als 100. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden sonstige Haushaltsformen nicht dargestellt.

Im Lebensverlauf ändern sich die Haushaltsformen und damit verbunden auch die Haushaltsgröße. Der Anteil der Alleinlebenden unter den Menschen mit Beeinträchtigungen steigt von 29% der 18- bis 49-Jährigen auf 48% der Älteren ab 80 Jahren an (Abbildung 7). Der Anteil der Paarhaushalte ohne Kinder unter den Menschen mit Beeinträchtigungen steigt von 15% der 18- bis 49-Jährigen auf 62% im Alter von 65 bis 79 Jahren an und geht dann auf 37% der Älteren ab 80 Jahren zurück. In der Haushaltsform Paar mit Kindern leben im Alter von 18 bis 49 Jahren 25% der Menschen mit Beeinträchtigungen und 37% der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil dieser Haushaltsform ab und spielt ab 65 Jahren keine Rolle mehr. Auch Haushalte von Alleinerziehenden und andere Haushaltsformen spielen im mittleren Lebensalter eine größere Rolle als im Seniorenalter. Dieser Verlauf gilt für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen. Allerdings ist der Anteil der Alleinlebenden unter den Menschen mit Beeinträchtigungen durchgängig höher als unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 7 Haushaltsformen im Lebensverlauf



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Der höhere Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die alleine leben, erweist sich bei weiterer Unterscheidung von Teilgruppen als uneinheitlich: Etwa ein Drittel der chronisch Kranken lebt allein, unter den Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung ist dieser Anteil ähnlich hoch (Tabelle 8). Dagegen leben Menschen mit einem GdB unter 50 zu einem geringeren Anteil allein (26%). In allen Teilgruppen ist der Anteil der Alleinlebenden zwischen 2005 und 2013 leicht gestiegen.

Tabelle 8: Alleinlebende nach Teilgruppen der Beeinträchtigung

	2005	**2009**	**2013**
ohne Beeinträchtigungen	16%	18%	18%
mit anerkannter Behinderung	26%	29%	30%
darunter:			
GdB < 50	22%	24%	26%
GdB ab 50	28%	31%	32%
chronisch Kranke (ohne anerkannte Behinderung)	31%	32%	34%

Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Nach vorliegenden Forschungsergebnissen (z.B. Dieckmann, 2012) hängt die Haushaltsform, in der Menschen mit Beeinträchtigungen leben, auch davon ab, in welchem Alter die Beeinträchtigung eingetreten ist und welcher Art sie ist. So leben Menschen, die ihre Beeinträchtigungen erst in einem vergleichsweise späten Alter erworben haben, in ähnlichen Haushaltsformen wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die familiäre Situation von Menschen, deren Beeinträchtigung von Geburt an besteht, unterscheidet sich hingegen deutlich hiervon: Sie sind überwiegend ledig und kinderlos. Menschen mit

körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen haben häufiger Kinder als Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen.

Rd. 300.000 volljährige Menschen mit Beeinträchtigungen leben als Kind im Haushalt ihrer Eltern bzw. eines Elternteils (Tabelle 9). Rd. 74% dieser Personengruppe sind im Alter von 18 bis 44 Jahren, 26% sind im Alter von 45 bis 64 Jahren und rd. 1.100 Personen (0,4%) im Alter ab 65 Jahren.

Tabelle 9: Volljährige Menschen mit Beeinträchtigungen, die bei ihren Eltern leben

Haushaltsgröße	18-44 J.	45-64 J.	ab 65 J.	Insgesamt	Anteil
2-Personen-Haushalt	43.833	46.062	997	90.892	30%
3-Personen-Haushalt	103.972	29.068	145	133.185	44%
4 und mehr-Personen-Haushalt	75.556	3.224	0	78.780	26%
Zusammen	223.361	78.354	1.142	302.857	100%
Anteil	73,8%	25,9%	0,4%	100%	

Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

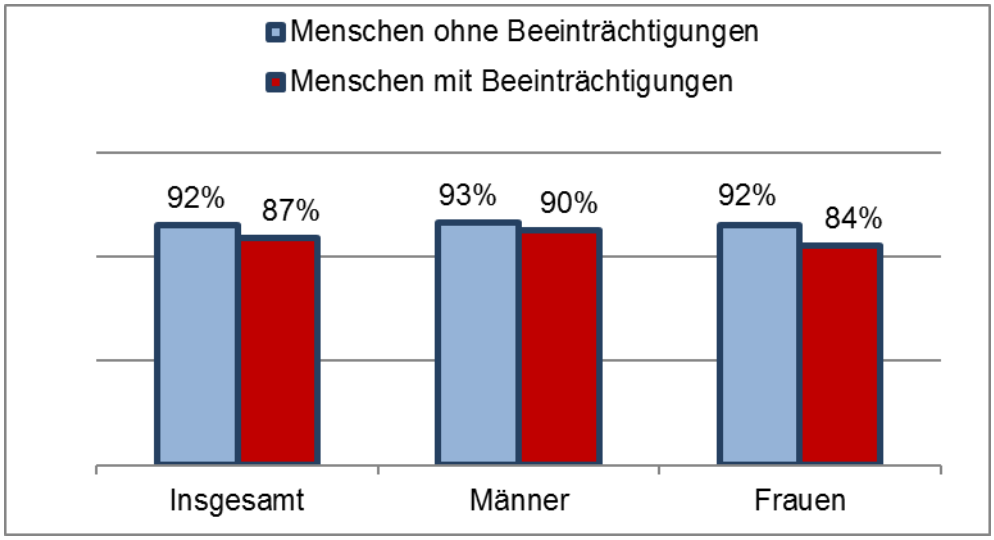
Mit einem Elternteil in einem Zwei-Personen-Haushalt leben 30% von ihnen. Dies trifft für 20% der 18- bis 44-Jährigen, für rd. 60% der 45- bis 64-Jährigen und für 87% der Älteren ab 65 Jahren zu. In einem Drei-Personen-Haushalt leben 44% und in einem noch größeren Haushalt 26% der volljährigen Kinder mit Beeinträchtigungen, in diesen Formen leben überwiegend die 18- bis 44-jährigen Kinder mit Beeinträchtigungen.

Partnerschaften

Das Zusammenleben in einer ehelichen Gemeinschaft oder festen Partnerschaft kann emotional positiv und stabilisierend wirken sowie das alltägliche Leben durch gemeinschaftliche Aufgabenteilung erleichtern. Etwa 90% aller Erwachsenen wünschen sich eine Partnerschaft (Abbildung 8). Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, für die eine Ehe oder feste Partnerschaft eine sehr hohe oder hohe Bedeutung hat, ist mit 87% etwas niedriger als der entsprechende Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen (92%). Auffallend ist, dass der Anteil der Frauen mit Beeinträchtigungen, für die eine Partnerschaft (sehr) wichtig ist, deutlich niedriger ist (84%) als der entsprechende Anteil an Männern mit Beeinträchtigungen sowie an Menschen ohne Beeinträchtigungen.[23]

[23] Fragen zur Bedeutung bestimmter persönlicher Aspekte (beruflich erfolgreich sein, ein eigenes Haus haben etc.) werden im SOEP alle vier Jahre erhoben, zuletzt im Jahr 2012. Bezogen auf die Bedeutung einer Partnerschaft wurden diejenigen einbezogen, denen es sehr wichtig oder wichtig ist, „eine glückliche Ehe/ Partnerschaft [zu] haben“.

Abbildung 8: Hohe Bedeutung einer Ehe oder festen Partnerschaft



Quelle: SOEP 2012 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Dieser Unterschied hat auch demografische Gründe: Eine nach Alter differenzierte Analyse ergibt, dass für Frauen mit zunehmendem Alter die Bedeutung einer Partnerschaft sinkt, während sie für Männer konstant bedeutend bleibt (Tabelle 10). Dieser Geschlechterunterschied besteht bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in ähnlichem Ausmaß.

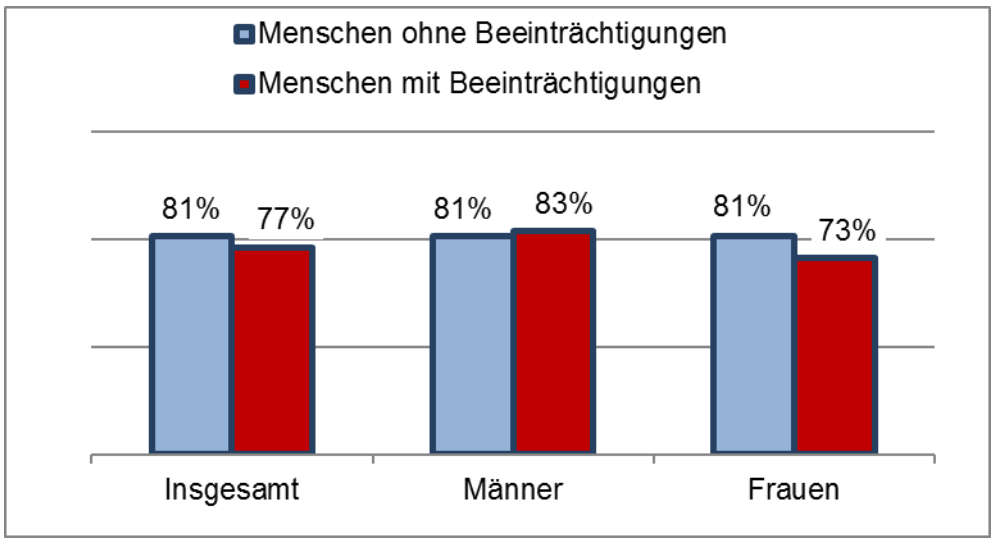
Tabelle 10: Hohe Bedeutung einer Ehe oder festen Partnerschaft nach Alter und Geschlecht

	18 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Männer			
ohne Beeinträchtigungen	93%	93%	93%
mit Beeinträchtigungen	89%	91%	90%
Frauen			
ohne Beeinträchtigungen	96%	91%	82%
mit Beeinträchtigungen	91%	88%	77%

Quelle: SOEP 2012 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Männer und Frauen ohne Beeinträchtigungen können ihren Wunsch nach einer Partnerschaft in gleichem Maße erfüllen: 81% derjenigen, denen dies sehr wichtig oder wichtig ist, leben in einer Ehe oder Partnerschaft (Abbildung 9). Bei den Menschen mit Beeinträchtigungen stellt sich dieses Bild anders dar: Männer mit Beeinträchtigungen leben zu einem höheren Anteil entsprechend ihrem Wunsch in einer Partnerschaft (83%), Frauen mit Beeinträchtigungen, denen dies (sehr) wichtig ist, dagegen mit 73% zu einem erheblich niedrigeren Anteil.

Abbildung 9: Anteil der Menschen, die in einer Partnerschaft leben, an allen, die sich dies wünschen



Quelle: SOEP 2012 (gewichtet), Berechnung des ISG.

In stationären Wohneinrichtungen können sich das Leben in einer Partnerschaft und ein selbstbestimmtes Sexualleben schwierig gestalten. Dies kann an strukturellen Bedingungen wie fehlenden Rückzugsräumen und mangelnder Privatsphäre liegen, aber auch an den Einstellungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wenn diese die Menschen mit Beeinträchtigungen in Fragen der Sexualität und Partnerschaft bevormunden. Auch können bestimmte Verhaltensregeln in Wohneinrichtungen einschränkend wirken. So gibt es z.B. aufwändige Verfahren zur Erlaubnis von Übernachtungsbesuchen, bei denen die Anmeldung des Besuchs bereits mehrere Tage im Voraus erfolgen muss und zudem eine feste Partnerschaft und ein vorheriges Kennenlernen der Partnerin oder des Partners durch das Personal der Einrichtung vorausgesetzt werden (Römisch, 2011). Besonders Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen wird oftmals das Recht auf Partnerschaft und Sexualität abgesprochen (Trescher & Börner, 2014).

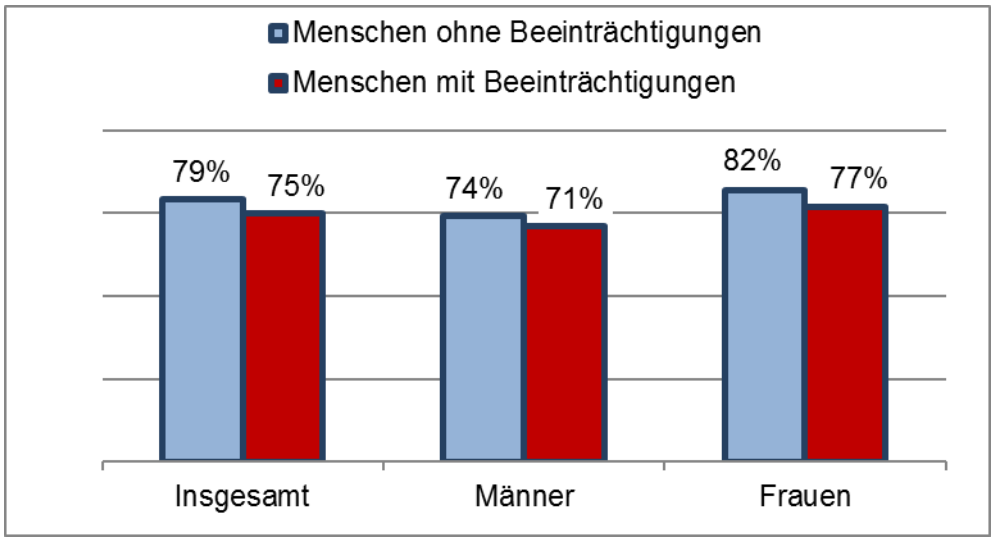
Diesbezügliche Forschungsergebnisse liegen derzeit nur in Form einzelner Fallstudien vor, z.B. zu Einstellungen und Problemen in Bezug auf Sexualität und Partnerschaft von Jugendlichen mit schweren kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen (Leue-Käding, 2014). Statistisch belastbare Daten zu den spezifischen Schwierigkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen in Bezug auf Partnerschaft und Sexualität gibt es bislang hingegen nicht. Auch zum Kenntnisstand von Pädagogen, Pflegekräften und Therapeuten über das Thema Sexualität von Menschen mit Beeinträchtigungen liegen keine repräsentativen Erkenntnisse vor. Eine Befragung von Lehrerinnen und Lehrern an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung hat einen erheblichen Informationsbedarf im Hinblick auf die sexuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen und die daraus resultierenden sexualpädagogischen Konsequenzen ergeben (Ortland, 2005).

1.2 Familienleben

1.2.1 Familiengründung und Familien mit beeinträchtigten Eltern

Wer sich Kinder wünscht, hat das Recht, diesen Wunsch zu verwirklichen (Artikel 23 Absatz 1 UN-BRK). Menschen ohne Beeinträchtigungen wünschen sich mit einem Anteil von 79% etwas häufiger Kinder als Menschen mit Beeinträchtigungen (75%) (Abbildung 10). Ein Kind zu haben, hat generell für Frauen einen höheren Stellenwert als für Männer.

Abbildung 10: 25- bis 59-Jährige mit Kinderwunsch



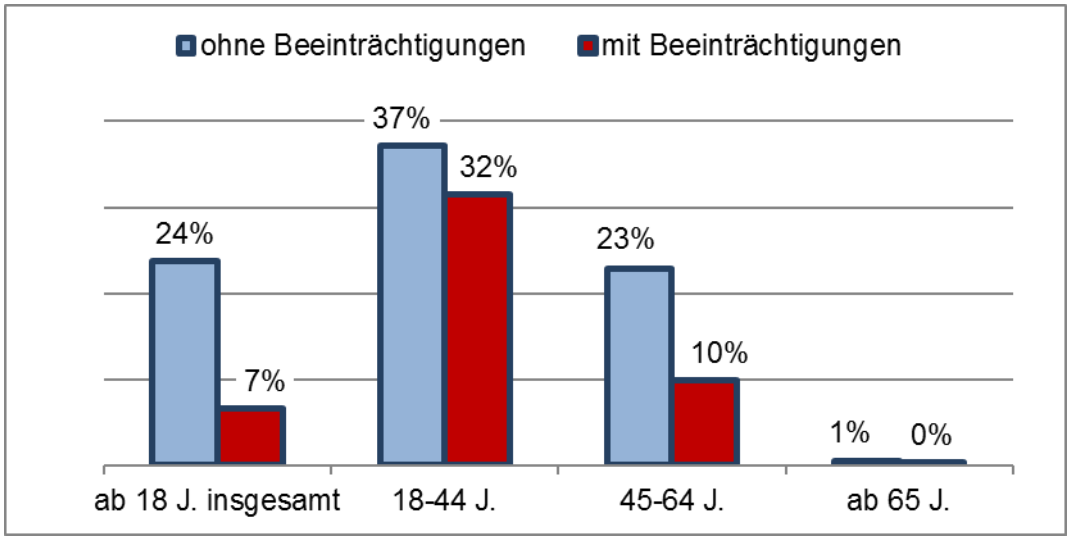
Quelle: SOEP Befragungswelle 2012 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Die Gründe für diesen Befund sind vermutlich vielschichtig und hängen von der individuellen Lebenssituation ab. Wenn eine stabile Partnerschaft vorhanden ist, scheinen bezüglich des Kinderwunsches keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen zu bestehen. So gaben unabhängig von einer vorhandenen Beeinträchtigung 83% derjenigen, die in einer Partnerschaft leben, an, ein Kind haben zu wollen. Von Personen, die nicht in einer Partnerschaft leben, wird möglicherweise ein Kinderwunsch auch deshalb nicht geäußert, weil er für unrealistisch gehalten wird.

24% der Erwachsenen ohne Beeinträchtigungen leben in Haushalten mit mindestens einem minderjährigen Kind gegenüber 7% der Erwachsenen mit Beeinträchtigungen (Abbildung 11). Dieser starke Unterschied ist vor allem durch den hohen Anteil älterer Menschen mit Beeinträchtigungen bedingt, denn ab einem Alter von 65 Jahren lebt kaum noch jemand mit minderjährigen Kindern zusammen. Auch im mittleren Lebensalter ist der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die in einem Haushalt mit Minderjährigen zusammenleben, kleiner als der entsprechende Anteil von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Im Alter von 18 bis 44 Jahren leben 37% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 32% der Menschen mit Beeinträchtigungen in einem Haushalt mit Kindern (-5 Prozentpunkte). In der Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahren sinken diese Anteile,

und der Unterschied zwischen Menschen ohne Beeinträchtigungen (23%) und Menschen mit Beeinträchtigungen (10%), die in einem Haushalt mit Kindern leben, wird größer.

Abbildung 11 Haushalte mit minderjährigen Kindern nach Alter



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG. Die Unterschiede zwischen den ab 65-Jährigen mit und ohne Beeinträchtigungen sind nicht signifikant.

Der Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen im Alter von 18 bis 44 Jahren, in deren Haushalten minderjährige Kinder leben, ist von 46% im Jahr 2005 auf 37% in den Jahren 2009 und 2013 zurückgegangen (Tabelle 11). Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen in diesem Alter mit minderjährigen Kindern im Haushalt ist erheblich niedriger und hat sich von 34% im Jahr 2005 auf 32% im Jahr 2013 leicht verringert. Dieser Anteil ist bei chronisch Kranken ohne anerkannte Behinderung in diesem Zeitraum von 42% auf 35% gesunken. Bei Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50 ist dieser Anteil von 42% (2005) auf 40% (2013) zurückgegangen. Bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung ist dieser Anteil am niedrigsten, er lag im Jahr 2005 bei 27% und ist um 4 Prozentpunkte auf 23% im Jahr 2013 gesunken.

Tabelle 11: Haushalte von Erwachsenen im Alter von 18 bis 44 Jahren mit minderjährigen Kindern

	2005	2009	2013
Menschen ohne Beeinträchtigungen	46%	37%	37%
Menschen mit Beeinträchtigungen	34%	32%	32%
darunter: chronisch Kranke (ohne anerkannte Behinderung)	42%	37%	35%
anerkannte Behinderung GdB < 50	42%	40%	40%
anerkannte Behinderung GdB ab 50	27%	24%	23%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009 und 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Alleinerziehende sind vor besondere Herausforderungen gestellt, da sie nicht auf die Unterstützung eines Partners bzw. einer Partnerin zurückgreifen können und oft auch finanziell schlechter gestellt sind. Signifikante Unterschiede bestehen diesbezüglich zwischen Männern und Frauen, da 86% der Alleinerziehenden weiblich sind (Statistisches Bundesamt, 2014b). In der Altersgruppe von 18 bis 49 Jahren leben 11% der Frauen und 2% der Männer mit Beeinträchtigungen in einem Alleinerziehenden-Haushalt (Tabelle 12). Die entsprechenden Anteile der Menschen ohne Beeinträchtigungen sind ähnlich hoch, der Anteil der alleinerziehenden Frauen mit Beeinträchtigungen ist etwas höher als derjenige der alleinerziehenden Frauen ohne Beeinträchtigungen. Seit 2005 ist der Anteil der Alleinerziehenden ohne Beeinträchtigungen konstant geblieben und der Anteil der Alleinerziehenden mit Beeinträchtigungen geringfügig gestiegen.

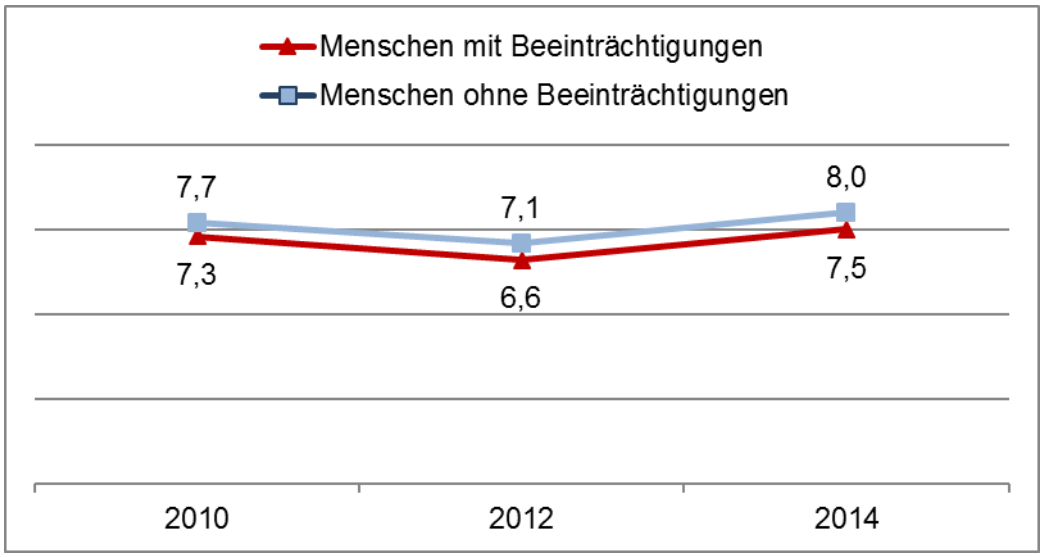
Tabelle 12: Alleinerziehende im Alter von 18 bis 49 Jahren nach Geschlecht

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Insgesamt	5%	5%	5%	5%	5%	6%
Männer	2%	2%	2%	1%	2%	2%
Frauen	8%	8%	9%	9%	9%	11%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Menschen ohne Beeinträchtigungen sind zufriedener mit ihrer familiären Situation als Menschen mit Beeinträchtigungen: Auf einer Skala von 0 „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“ lag im Jahr 2014 der Mittelwert ihrer Zufriedenheit bei 8,0 im Vergleich zu 7,5 von Menschen mit Beeinträchtigungen (Abbildung 12). Im Zeitverlauf seit 2010 schwankt dieser Wert geringfügig. Der Gruppenunterschied zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bleibt dabei unverändert bestehen.

Abbildung 12: Zufriedenheit mit dem Familienleben (Mittelwerte)



Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“), Berechnung des ISG.

Im Lebensverlauf steigt die Zufriedenheit mit der familiären Situation, dies gilt für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen (Tabelle 13). Allerdings bewerten Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Altersphasen ihre familiäre Situation schlechter als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen. Eine differenzierte Betrachtung nach Geschlecht zeigt, dass zwischen Männern und Frauen bezüglich ihrer Zufriedenheit keine nennenswerten Unterschiede bestehen. Sowohl Männer als auch Frauen ohne Beeinträchtigungen sind mit ihrem Familienleben zufriedener als Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen.

Tabelle 13: Zufriedenheit mit dem Familienleben (Mittelwerte) nach Alter und Geschlecht

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt	7,7	7,1	8,0	7,3	6,6	7,5
Alter						
18 bis 49	7,6	7,0	7,9	7,0	6,3	7,2
50 bis 64	7,7	7,0	7,8	7,2	6,4	7,3
65 bis 79	8,1	7,5	8,2	7,5	6,9	7,7
80 und älter	8,1	7,5	8,2	7,6	7,1	7,6
Geschlecht						
Männer	7,7	7,0	8,0	7,4	6,8	7,4
Frauen	7,8	7,1	8,0	7,2	6,4	7,5

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“), Berechnung des ISG.

Unterstützungsleistungen für Eltern mit Beeinträchtigungen

Eltern mit Behinderungen müssen nach Artikel 23 Absatz 2 Satz 2 UN-BRK ihrem Bedarf entsprechend unterstützt werden. Hierzu gehört es insbesondere auch, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es Eltern mit Behinderungen ermöglichen, ihr Recht auf eine selbstbestimmte Elternschaft wahrzunehmen (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2014). Das deutsche Sozialleistungsrecht enthält zahlreiche Leistungstatbestände in den unterschiedlichen Leistungsgesetzen, mit denen entsprechende Bedarfe von Eltern mit Beeinträchtigungen gedeckt werden können. In § 9 Absatz 1 Satz 3 SGB IX wird festgehalten, dass den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Beeinträchtigungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages Rechnung zu tragen ist.[24] Die Ermittlung der Bedarfe und die Feststellung der erforderlichen Leistungen zu

[24] Der Begriff der „Elternassistenz“ wird im allgemeinen Sprachgebrauch insbesondere auf Eltern mit körperlichen oder Sinnesbehinderung bezogen, die ihre Erziehungsaufgaben selbst planen und steuern können, für die Ausführung aber Unterstützung benötigen. Für Eltern mit

deren Deckung erfolgt idealerweise trägerübergreifend. In einem Urteil des LSG NRW zum „Anspruch behinderter Eltern auf staatliche Unterstützung bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder (Elternassistenz) im eigenen Haushalt“ wurde entschieden, dass es sich hierbei um eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft handelt (LSG NRW, 2012). Dieses Urteil wurde im Jahr 2013 vom Bundessozialgericht bestätigt (BSG, 2013).

Die Ergebnisse einer Online-Umfrage zur Elternassistenz zeigen, dass Eltern mit Beeinträchtigungen mit den verfügbaren Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten unzufrieden sind und sich insbesondere von Ämtern und Behörden nicht gut beraten fühlen (Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern, 2015). Die Bedeutung von Unterstützungsleistungen für Eltern mit Beeinträchtigungen ist hoch, und im Beziehungsgeflecht von Familien werden die notwendigen Unterstützungsleistungen vorwiegend durch ihr privates und soziales Umfeld erbracht.

1.2.2 Pflegende Angehörige

Unterstützung im Fall einer chronischen Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit wird häufig von nahestehenden Angehörigen erbracht. Etwa 70% der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt, davon zwei Drittel ausschließlich durch Angehörige (Statistisches Bundesamt, 2015c). Eine repräsentative Befragung (Bestmann, Wüstholz & Verheyen, 2014) kommt zu dem Ergebnis, dass sich pflegende Angehörige durch die Pflegesituation häufig stark belastet fühlen. Neben körperlichen Beschwerden werden auch psychische Probleme, wie z.B. das Gefühl von Stress, Erschöpfung und Ausgebranntsein sowie Schlafstörungen genannt. Entlastungsangebote werden jedoch häufig nicht genutzt. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von mangelnder Bekanntheit der Angebote über zu hohe Kosten bis hin zu Vorbehalten seitens der Pflegebedürftigen selbst oder ihrer Angehörigen (Bestmann, Wüstholz & Verheyen, 2014; Döhner, Kohler & Lüdecke, 2007). Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben Anspruch auf eine individuelle und umfassende Pflegeberatung. Diese wird durch das Zweite und Dritte Pflegestärkungsgesetz (2016; 2017) ausgeweitet.

Eine besonders schutzbedürftige Gruppe stellen minderjährige pflegende Angehörige dar. Schätzungen zufolge gab es in Deutschland im Jahr 2007 etwa 72.000 pflegende Kinder und Jugendliche, aktuellere Daten liegen derzeit nicht vor (Metzing, 2007). Sie helfen im Haushalt, den jüngeren Geschwistern oder pflegen die hilfebedürftige Person.

Lernschwierigkeiten wird eher der Begriff der „begleiteten Elternschaft“ verwendet. Ein Bestandteil der Begleitung besteht darin, die Eltern darin zu unterstützen, die Bedürfnisse ihrer Kinder wahrzunehmen, zu verstehen und ihnen nachzukommen. Für die besonderen Anforderungen an Unterstützungsleistungen für Eltern mit einer psychischen Beeinträchtigung sowie bei Kombination verschiedener Bedarfslagen wurden bislang noch keine eigenen Begrifflichkeiten geprägt. Vgl. hierzu Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2014).

Dabei übernehmen sie eine hohe Verantwortung, häufig ohne adäquat entlastet zu werden (Hermes, 2003; Schmitt, 2014). Wenn chronische Krankheit und Behinderung einen schleichenden Verlauf nehmen, steigen die Anforderungen an die Kinder allmählich an, dennoch sind sie in diese Verpflichtung so eingebunden, dass sie kaum „aussteigen". Diese Belastung wirkt sich auch psychosomatisch aus: Pflegende Kinder leiden nach eigenen Angaben deutlich öfter unter Müdigkeit, Schlafproblemen, Rücken- und Kopfschmerzen. Verglichen mit Gleichaltrigen ohne pflegerische Verpflichtung geben sie häufiger an, dass sie sich „oft sorgen" und „oft traurig" sind. Ob sie jedoch eine „verlorene Kindheit" erleben oder ob mit dieser Verantwortung auch Gewinne verbunden sind, ist wenig erforscht (Klößinger, 2015).

Familien mit beeinträchtigten Kindern

Familien mit beeinträchtigten Kindern sind höheren Belastungen ausgesetzt als vergleichbare Familien, in denen keine Kinder mit Beeinträchtigungen leben (Engelbert, 2012). Diese Belastungen können für Alleinerziehende besonders stark sein. Kinder mit Beeinträchtigungen leben signifikant häufiger mit nur einem Elternteil zusammen als Kinder ohne Beeinträchtigungen (Tabelle 14). Insbesondere ab dem Schulalter steigt dieser Anteil deutlich an, und etwa jedes fünfte Kind dieser Altersgruppe mit Beeinträchtigungen lebt in einer Ein-Eltern-Familie.

Tabelle 14: Kinder und Jugendliche in Ein-Eltern-Familien

Alter in Jahren	Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen	Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen
0 bis 2	6%	8%
3 bis 6	8%	14%
7 bis 10	11%	19%
11 bis 13	12%	18%
14 bis 17	14%	22%

Quelle: KiGGS 2003-2006, Antworten des Elternfragebogens, Berechnungen der Prognos AG (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 74).

Die subjektive Bewertung des Familienlebens kann auf Basis des KiGGS aus Sicht der Kinder im Alter von 11 bis 17 Jahren dargestellt werden. Unabhängig von einer vorliegenden Beeinträchtigung sind die jüngeren Kinder (11 bis 13 Jahre) häufiger der Ansicht, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen, als die befragten Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren (Tabelle 15). Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen sind in beiden Altersgruppen seltener der Ansicht, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen, als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen.

Tabelle 15: Kinder und Jugendliche, die sagen, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen

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

Quelle: KiGGS 2003-2006, Antworten des Elternfragebogens, Berechnungen der Prognos AG (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 75).

Unterstützungsleistungen für Familien mit beeinträchtigten Kindern

Neben allgemeinen familienbezogenen Leistungen wie dem Kindergeld und den Frühen Hilfen nach dem Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) haben Familien mit beeinträchtigten Kindern Anspruch auf zusätzliche spezifische Leistungen.[25] Eine zentrale Rolle bei der Unterstützung von Familien mit beeinträchtigten Familienmitgliedern spielt das Angebot der familienentlastenden Dienste, auch als „familienunterstützende Dienste“ oder „Fachdienste für offene Hilfen“ bezeichnet. 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. Weiterhin werden sozialpädagogische Betreuung und Begleitung von Familien, Hilfen bei der Vermittlung von Gastfamilien sowie sozialrechtliche und psychosoziale Beratung angeboten. Schließlich gehören Begleitung und Assistenz beim Besuch von Kindergarten und Schule, in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit sowie individuelle Schwerstbehindertenbetreuung und Fahrdienste ebenfalls zu den familienentlastenden Diensten. In Abhängigkeit vom Einzelfall kann persönliche Assistenz in Anspruch genommen werden.

Diese 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 (§§ 39, 45a SGB XI), die Eingliederungshilfe (§§ 53, 54 SGB XII) oder die Jugendhilfe (§ 35a SGB VIII). Insbesondere in der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung werden Helfer eingesetzt, die einen Bundesfreiwilligendienst oder ein Freiwilliges Soziales Jahr absolvieren. Über die bundesweite Verbreitung der familienunterstützenden Dienste und die Entwicklung der Inanspruchnahme liegen keine Daten vor. Ebenso wenig kann eine zahlengestützte Darstellung einzelner Angebote erfolgen.

[25] Soweit es sich um bildungsbezogene Leistungen handelt, werden diese im Kontext des Teilhabefeldes „Bildung und Ausbildung“ dargestellt, soweit es sich um gesundheitsbezogene Leistungen handelt, im Teilhabefeld „Gesundheit“.

Auch zur Wirksamkeit der Unterstützungsleistungen liegen keine Forschungsergebnisse vor.

Finanzielle Belastungen von Familien mit beeinträchtigten Mitgliedern

Artikel 23 UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, wirksame Maßnahmen zu treffen, um eine Gleichberechtigung von Menschen mit und ohne Behinderungen in allen Fragen der Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaft zu gewährleisten. Mit Blick auf die finanzielle Situation von Familien und Partnerschaften mit beeinträchtigten Mitgliedern wird kritisch gesehen, dass das Einkommen des Partners bzw. der Partnerin herangezogen wird, wenn bestimmte Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen werden. Die Möglichkeit zu erben und zu vererben wird für Menschen mit Beeinträchtigungen, die Eingliederungshilfe beziehen, dadurch eingeschränkt, dass der Sozialhilfeträger im Falle einer Erbschaft seine Kosten für vorangegangene Leistungen einfordern kann, lediglich das sogenannte „Schonvermögen" bleibt hiervon unangetastet. In seinen Abschließenden Bemerkungen empfiehlt der Vertragsausschuss Deutschland eine umgehende Prüfung des Umfangs vorzunehmen, in dem Menschen mit Beeinträchtigungen ihr persönliches Einkommen und Vermögen aufwenden müssen, um ihre Bedürfnisse zu decken (CRPD, 2015). Finanzielle Belastungen können auch dadurch entstehen, dass Hilfsmittel und Hilfeleistungen privat finanziert werden müssen.

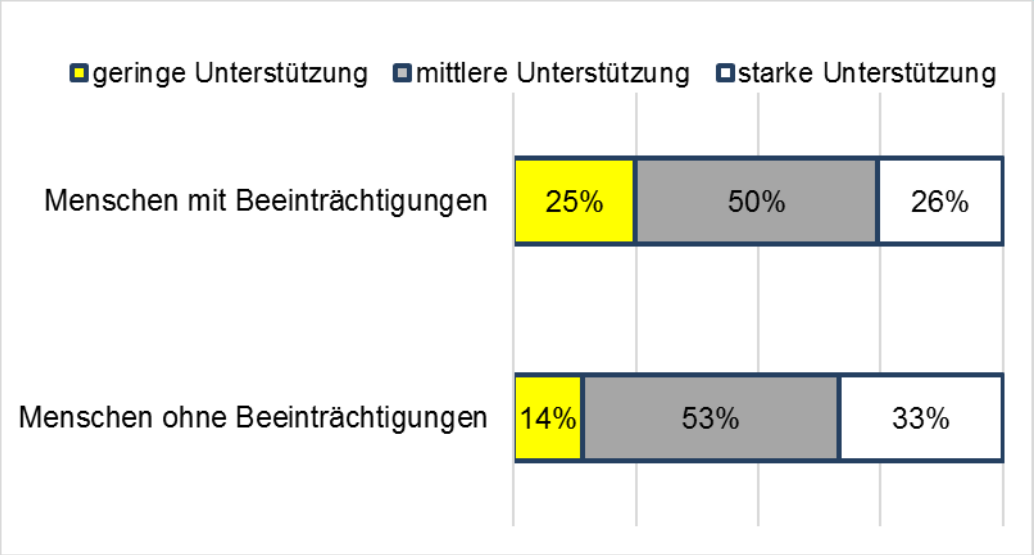
1.3 Soziale Kontakte und soziale Unterstützung

Neben der Familie ist ein tragfähiges soziales Netzwerk von Freunden, Nachbarn und Bekannten eine wichtige Unterstützungsressource. Gegenseitige Hilfsbereitschaft und Unterstützung stellen wesentliche Faktoren dar, die die Lebensqualität erhöhen und zur Bewältigung von Krisen beitragen können.

Ein Drittel der Menschen ohne Beeinträchtigungen (33%) erhält eine starke Unterstützung durch das soziale Umfeld,[26] während dies nur auf knapp 26% der Menschen mit Beeinträchtigungen zutrifft (Abbildung 13). Etwa die Hälfte der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen stuft die durch das soziale Umfeld erhaltene Unterstützung im mittleren Bereich ein. Jede achte Person ohne Beeinträchtigungen (14%) erlebt den eigenen Angaben zufolge eine nur geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld, dies betrifft dagegen jede vierte Person mit Beeinträchtigungen (25%).

[26] Der Indikator „soziale Unterstützung" wird in der GEDA-Studie anhand der Oslo-3 Social Support Scale erfasst. Hier wird erfragt, (1) auf wie viele Menschen man sich bei ernsten persönlichen Problemen erfassen kann, (2) wie viel Interesse und Anteilnahme andere Menschen an dem, was man tut zeigen und (3) wie leicht es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten (Robert Koch-Institut, 2014: 110).

Abbildung 13: Unterstützung durch das soziale Umfeld



Quelle: GEDA 2012/2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Der Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die die Unterstützung durch ihr soziales Umfeld als gering empfinden, bleibt im Vergleich der Jahre 2010 und 2013 etwa gleich (Tabelle 16). Eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Altersgruppen ergibt, dass sich die Einschätzung der sozialen Unterstützung mit zunehmendem Alter verschlechtert. Unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung berichten Menschen im Alter von 18 bis 29 Jahren deutlich seltener von einer geringen Unterstützung durch das soziale Umfeld als Menschen im Alter von 80 und mehr Jahren. Im direkten Vergleich zeigt sich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in sämtlichen Altersgruppen häufiger eine nur geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld berichten. Diese Unterschiede sind im Jahr 2013 bei den 30- bis 49-Jährigen, den 50- bis 64-Jährigen und den 65- bis 79-Jährigen besonders ausgeprägt. Bei den über 80-Jährigen nehmen die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen hingegen deutlich ab. Im Vergleich von Männern und Frauen zeigen sich im Jahr 2013 keine nennenswerten Unterschiede, wobei Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen entsprechend dem Gesamtbild deutlich häufiger eine geringe soziale Unterstützung erfahren als Männer und Frauen ohne Beeinträchtigungen.

Tabelle 16: Geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld nach Alter und Geschlecht

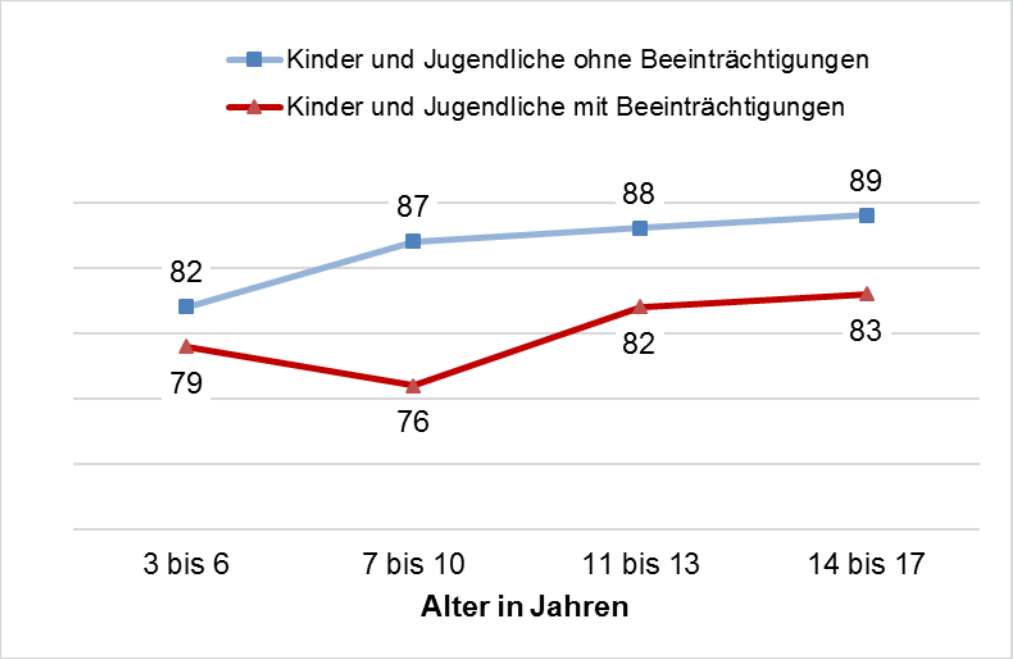
	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	2010	2013	2010	2013
Insgesamt	13%	14%	23%	25%
Alter				
18 bis 29	8%	9%	11%	14%
30 bis 49	13%	13%	22%	22%
50 bis 64	14%	16%	22%	24%
65 bis 79	19%	20%	24%	29%
80 und älter	28%	30%	33%	33%
Geschlecht				
Männer	13%	13%	21%	25%
Frauen	13%	15%	25%	25%

Quelle: GEDA 2012/2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Die sozialen Netzwerke von Kindern und Jugendlichen spiegeln sich in Freundschaften wider. Im Rahmen von KiGGS wurden hierzu Kinder und Jugendliche im Alter von die 11 bis 17 Jahren selbst befragt. Für Kinder unter 11 Jahren machten die Eltern entsprechende Angaben.[27] In sämtlichen Altersgruppen hat der Großteil der Kinder mit und ohne Beeinträchtigungen eine gute Freundin oder einen guten Freund oder mehrere gute Freundinnen und Freunde (Abbildung 14). Während diesbezüglich im Kindergartenalter (3 bis 6 Jahre) keine nennenswerten Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen festgestellt werden können, geben deutlich weniger Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen im Grundschulalter (7 bis 10 Jahre) an, ihr Kind habe mindestens eine gute Freundin oder einen guten Freund (76%), als dies bei Kindern ohne Beeinträchtigungen (87%) der Fall ist. Die Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen nehmen in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen deutlich ab. Nach eigenen Aussagen haben 82% dieser Kinder mit Beeinträchtigungen mindestens eine gute Freundin oder einen guten Freund, von den Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen sind dies 88%. Bei den 14- bis 17-Jährigen bleibt dieser Unterschied nahezu unverändert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a).

[27] 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 Dificulties Questionaire“ Screening-Instruments.

Abbildung 14: Kinder und Jugendliche, die mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin haben, nach Alter



Quelle: KiGGS 2003-2006, Antworten basieren auf Elternfragebogen, Berechnung der Prognos AG (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013a: 77).

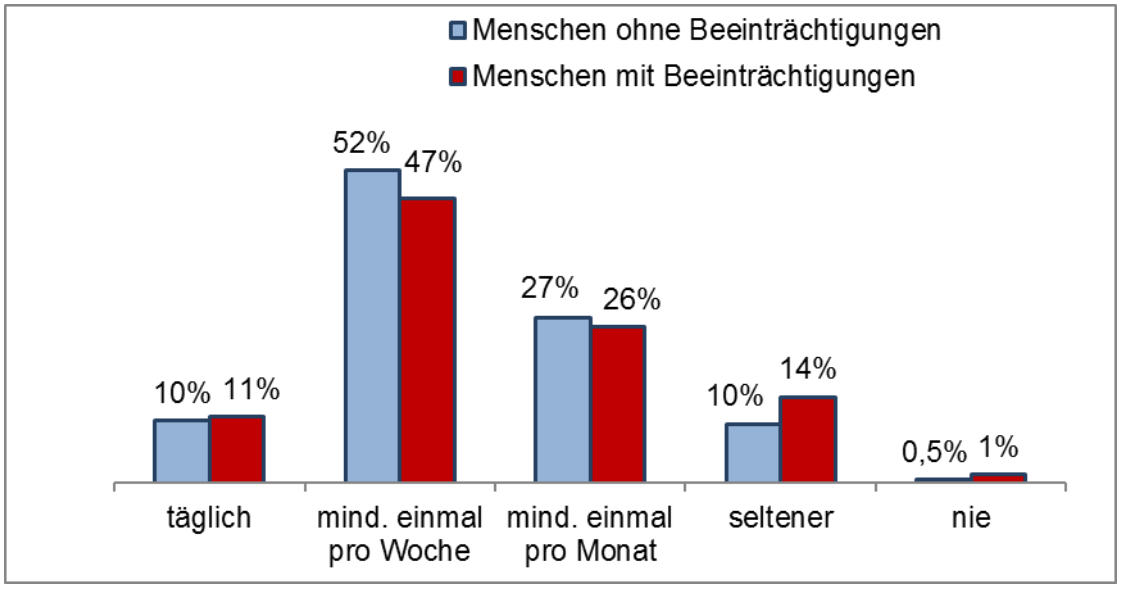
Soziale Kontakte, kommunikativer Austausch und Geselligkeit werden in gegenseitigen Besuchen von Familienmitgliedern, Verwandten, Freundinnen und Freunden, Bekannten oder Nachbarinnen und Nachbarn gepflegt. Eine Benachteiligung kann darin bestehen, dass gegenseitige Besuche durch Barrieren erschwert werden. Eine weitere Frage ist, ob man sich mehr oder weniger Kontakte wünscht als man hat.

Gegenseitige Besuche

Über die Hälfte der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen hat täglich oder mindestens einmal in der Woche soziale Kontakte in Form gegenseitiger Besuche von Familienmitgliedern, Verwandten, Freundinnen und Freunden oder Nachbarinnen und Nachbarn (Abbildung 15).[28] Gut ein Viertel der Menschen ohne Beeinträchtigungen (27%) und der Menschen mit Beeinträchtigungen (26%) pflegt solche Besuche mindestens einmal pro Monat. Mit 14% geben Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger an, dass diese Besuchskontakte seltener als einmal monatlich sind, als Menschen ohne Beeinträchtigungen (10%). Gar keine Besuchskontakte haben nach eigenen Angaben 0,5% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 1% der Menschen mit Beeinträchtigungen.

[28] Soziale Kontakte werden in der SOEP-Befragung 2013 mit zwei Fragen erhoben: „Gegenseitige Besuche von Freunden, Nachbarn und Bekannten“ und „Gegenseitige Besuche von Familienmitgliedern und Verwandten“, die hier zusammengefasst dargestellt werden.

Abbildung 15: Häufigkeit gegenseitiger Besuche



Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2013/2014 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Dieses Ergebnis zeigt auf den ersten Blick eine recht hohe Übereinstimmung der Besuchshäufigkeit von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Gleichzeitig geben Menschen mit Beeinträchtigungen zu einem höheren Anteil an, seltener als einmal im Monat Besuchskontakte mit Familienangehörigen oder Freundinnen und Freunden zu haben. Dieser Aspekt wurde deshalb differenziert für verschiedene Teilgruppen untersucht mit folgendem Ergebnis:

Menschen im Erwerbsalter ohne Beeinträchtigungen sind seltener von fehlenden Besuchskontakten betroffen als Gleichaltrige mit Beeinträchtigungen (Tabelle 17). So geben nur 7% der 18- bis 49-Jährigen ohne Beeinträchtigungen an, seltener als einmal im Monat oder nie Besuchskontakte zu haben, von den Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen sind dies 11%. Unter den 50- bis 64-Jährigen ohne Beeinträchtigungen geben 13% an, selten oder nie Besuchskontakte zu haben, von den Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen sind dies 17%. Mit zunehmendem Alter nehmen diese Besuchskontakte ab. Von den Älteren ab 65 Jahren haben 15% derjenigen ohne Beeinträchtigungen und 17% derjenigen mit Beeinträchtigungen seltener als einmal im Monat oder nie Besuchskontakte.

Frauen haben mehr Besuchskontakte als Männer. So haben 12% der Männer ohne Beeinträchtigungen seltener als einmal monatlich oder nie Besuchskontakte mit Freunden, Nachbarn oder mit Familienangehörigen, von den Frauen ohne Beeinträchtigungen sind dies 9%. Menschen mit Beeinträchtigungen haben weniger Besuchskontakte als Menschen ohne Beeinträchtigungen, dies gilt insbesondere für Männer: Während 13% der Frauen mit Beeinträchtigungen nur selten oder nie Besuchskontakte haben, sagen dies 18% der Männer mit Beeinträchtigungen. Der Anteil der Menschen, die seltener als einmal im Monat oder nie Besuchskontakte mit Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen

und Nachbarn oder Familienangehörigen haben, nimmt mit dem Grad der Behinderung zu. 13% der Menschen mit einem GdB unter 50 haben nur seltene oder keine Besuchskontakte, dieser Anteil steigt bei einem GdB von 50 oder mehr auf 18%.

Tabelle 17: Seltene oder keine Besuchskontakte nach Alter und Geschlecht

	Menschen ohne Beeinträchtigungen	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	10%	16%
Alter		
18 bis 49	7%	11%
50 bis 64	13%	17%
65 und älter	15%	17%
Geschlecht		
Männer	12%	18%
Frauen	9%	13%
darunter mit anerkannter Behinderung		
GdB unter 50		13%
GdB 50 bis 80		18%
GdB 90 bis 100		18%

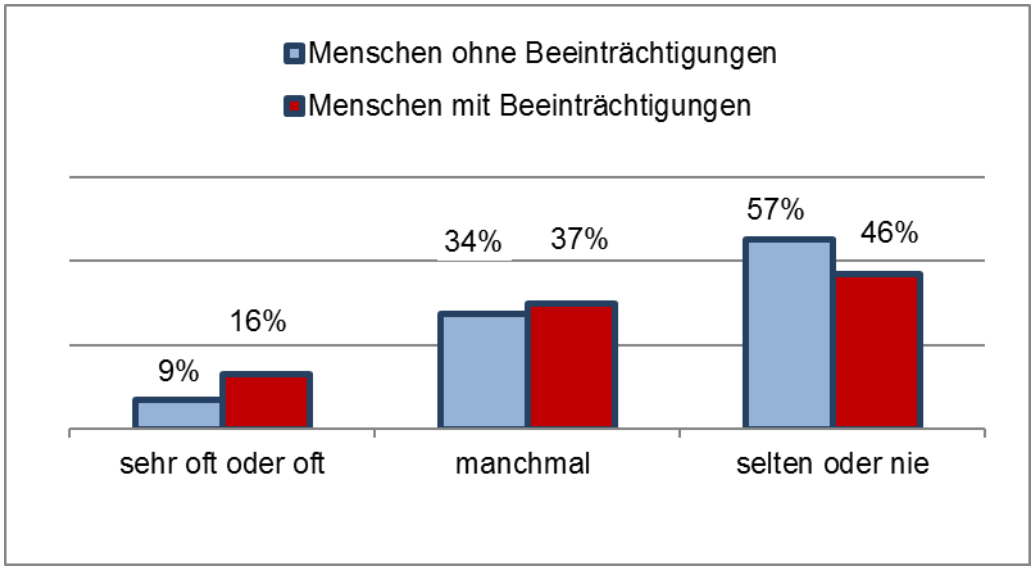
Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2013/2014 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Es gibt vielfältige Gründe dafür, dass ältere Menschen und Menschen mit Beeinträchtigungen weniger soziale Kontakte haben als jüngere Menschen und Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die mit dem Alter und mit der Schwere der Beeinträchtigungen verbundene Abnahme der Kontakthäufigkeit lässt darauf schließen, dass durch fehlende Teilhabe am Arbeitsleben, Barrieren der Teilhabe an kulturellen und anderen Aktivitäten (s.u.) sowie durch die Form der Beeinträchtigung auch die Möglichkeiten des Aufbaus und der Pflege von sozialen Kontakten erschwert werden.

Gefühl der Einsamkeit

Die Häufigkeit gegenseitiger Besuchskontakte korrespondiert mit dem Gefühl der Einsamkeit aufgrund fehlender sozialer Kontakte zu anderen Menschen. Ein höherer Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen (16%) hat sehr oft oder oft das Gefühl, dass die Gesellschaft anderer fehlt, als dies bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (9%) der Fall ist (Abbildung 16). Gleichzeitig hat fast die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen (46%) dieses Gefühl selten oder nie, bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen liegt dieser Anteil mit 57% jedoch deutlich darüber.

Abbildung 16: Gefühl fehlender Gesellschaft



Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Menschen mit Beeinträchtigungen vermissen die Gesellschaft anderer in stärkerem Maße als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Auch mit steigendem Alter bleibt dieser Unterschied bestehen (Tabelle 18). Fast einem Viertel (24%) der sehr schwer behinderten Menschen mit einem GdB von 90 oder 100 fehlt die Gesellschaft anderer sehr oft oder oft.

Frauen haben zwar häufiger Besuchskontakte als Männer, aber auch der Anteil derer, die sich einsam fühlen, ist unter Frauen höher als unter Männern. Auch dies gilt für Menschen mit Beeinträchtigungen in stärkerem Maß als für Menschen ohne Beeinträchtigungen. So geben 7% der Männer ohne Beeinträchtigungen an, sehr oft oder oft die Gesellschaft anderer zu vermissen, bei den Männern mit Beeinträchtigungen ist dieser Anteil doppelt so hoch (14%). 10% der Frauen ohne Beeinträchtigungen vermissen sehr oft oder oft die Gesellschaft anderer, während dies 18% der Frauen mit Beeinträchtigungen so geht.

Tabelle 18: Gefühl fehlender Gesellschaft nach Alter, Geschlecht und GdB

	Menschen ohne Beeinträchtigungen	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	9%	16%
Alter		
18 bis 49	9%	16%
50 bis 64	6%	16%
65 und älter	7%	16%
Geschlecht		
Männer	7%	14%
Frauen	10%	18%
mit anerkannter Behinderung		
GDB unter 50		10%
GDB 50 bis 80		14%
GDB 90 bis 100		24%

Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2013/2014 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Die Bedeutung von gegenseitigen Besuchen nimmt zu, wenn der Aktionsradius kleiner und die Teilhabe an anderen Aktivitäten schwieriger wird. So bestehen zwischen älteren Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen keine signifikanten Unterschiede bezogen auf seltene oder fehlende Besuchskontakte, diese wiegen für Ältere mit Beeinträchtigungen insofern schwerer, als ihnen häufiger die Gesellschaft anderer fehlt. Besonders betroffen sind ebenfalls schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von 90 oder 100: Sie haben zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil selten oder nie Besuchskontakte und fühlen sich ebenso überdurchschnittlich häufig einsam.

1.4 Teilhabebereich Familie und soziales Netz im Überblick

1.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Haushaltsformen

Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die allein leben, ist mit 31% höher als dieser Anteil an Menschen ohne Beeinträchtigungen (18%). Unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung steigt im hohen Lebensalter der Anteil der Alleinlebenden an – allerdings ist dieser Anteil bei Menschen mit Beeinträchtigungen in sämtlichen Altersgruppen höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Auch mit dem Grad der Behinderung steigt der Anteil Alleinlebender deutlich an. Menschen mit Beeinträchtigungen leben seltener in Paarbeziehungen mit Kindern im eigenen Haushalt (7%) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (35%). Sie leben mit einem Anteil von 44% dagegen häufiger in Paarbeziehungen ohne Kinder als Menschen ohne Beeinträchtigungen (25%). Frauen

mit Beeinträchtigungen leben deutlich häufiger allein (38%) als Männer mit Beeinträchtigungen (24%). Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen leben häufiger in Haushalten von Alleinerziehenden als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen.

Partnerschaft und Sexualität

Der Anteil derjenigen, für die eine Ehe oder feste Partnerschaft von hoher Bedeutung ist, liegt bei Menschen mit Beeinträchtigungen mit 87% etwas niedriger als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (92%). Hierbei sind jedoch deutliche Geschlechtsunterschiede zu verzeichnen. So ist der Anteil derer, für die eine Ehe oder feste Partnerschaft von hoher Bedeutung ist, bei Männern mit und ohne Beeinträchtigungen (90% bzw. 93%)etwa gleich hoch. Frauen mit Beeinträchtigungen geben mit 84% hingegen deutlich seltener eine hohe Bedeutung von Ehe oder fester Partnerschaft an als Frauen ohne Beeinträchtigungen (92%). Unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung nimmt die Bedeutung einer Partnerschaft bei Frauen mit zunehmendem Lebensalter ab, während sie bei Männern konstant bleibt. Frauen und Männer ohne Beeinträchtigungen können ihren Wunsch nach einer Partnerschaft in gleichem Maße leben: 81% der Männer und Frauen, die sich dies wünschen, leben auch in einer Paarbeziehung. Auch ein großer Teil der Männer mit Beeinträchtigungen (83%), die sich dies wünschen, lebt in einer Ehe oder Partnerschaft. Für Frauen mit Beeinträchtigungen ist dies hingegen nicht in gleichem Maße möglich (73%).

Die Ergebnisse einzelner Fallstudien deuten darauf hin, dass vor allem Menschen mit Beeinträchtigungen, die in stationären Wohneinrichtungen leben, mit besonderen Schwierigkeiten in Bezug auf eine selbstbestimmte Sexualität und das Eingehen von Partnerschaften konfrontiert sind. Repräsentative Daten in Bezug auf diese spezifischen Probleme liegen derzeit jedoch nicht vor.

Familienleben

Menschen ohne Beeinträchtigungen wünschen sich häufiger Kinder als Menschen mit Beeinträchtigungen. Der Kinderwunsch ist bei Frauen generell stärker ausgeprägt als bei Männern. In der Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen leben Menschen mit Beeinträchtigungen mit einem Anteil von 32% etwas seltener in Haushalten mit mindestens einem minderjährigen Kind als Menschen ohne Beeinträchtigungen (37%). Der Anteil an Haushalten mit minderjährigen Kindern ist bei Menschen mit einer Schwerbehinderung mit 23% deutlich niedriger als bei den übrigen Menschen Beeinträchtigungen. Weiterhin sind Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger alleinerziehend als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Die subjektive Zufriedenheit mit dem Familienleben, gemessen auf einer Skala von 0 („ganz und gar nicht zufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“), ist bei Menschen mit Beeinträchtigungen nur unwesentlich geringer als bei Menschen ohne Beeinträchtigun-

gen. Auch zwischen Männern und Frauen bestehen hierbei keine nennenswerten Unterschiede. Unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung steigt die Zufriedenheit mit dem Familienleben mit zunehmendem Alter an. Hinsichtlich der Wirksamkeit von Unterstützungsleistungen für Eltern mit Beeinträchtigungen liegen bislang kaum Erkenntnisse vor. Einer empirischen Untersuchung zur Elternassistenz zufolge kritisieren Eltern mit Beeinträchtigungen jedoch einen Mangel an Informationen und eine unzureichende Beratung seitens der Ämter und Behörden.

Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen leben häufiger in einer Ein-Eltern-Familie als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen. Besonders ab dem Schulalter verstärkt sich diese Diskrepanz. Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen haben darüber hinaus seltener den Eindruck, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen, als Kinder ohne Beeinträchtigungen.

Pflegende Angehörige

Im Falle von Erkrankung und Pflegebedürftigkeit leisten die Angehörigen der betroffenen Person oftmals Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen. Zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Privataushalten werden ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Schätzungen zufolge gab es im Jahr 2007 rd. 72.000 pflegende Kinder und Jugendliche (Metzing, 2007). Die Pflege eines Angehörigen ist mit vielerlei Belastungen verbunden, die sich bei den Pflegenden häufig in Form von gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowohl körperlicher als auch psychischer Art äußern. Spezielle Entlastungsangebote für pflegende Angehörige werden jedoch häufig aufgrund von z.B. mangelnder Bekanntheit entsprechender Angebote, hohen Kosten oder Vorbehalten auf Seiten der Pflegenden und der Pflegebedürftigen nicht genutzt (Bestmann, Wüstholz & Verheyen 2014; Döhner, Kohler & Lüdecke, 2007). Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben Anspruch auf eine individuelle und umfassende Pflegeberatung, die mit dem Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetz (2016; 2017) ausgeweitet wurde.

Soziale Unterstützung und Geselligkeit

Menschen mit Beeinträchtigungen erfahren eine geringere Unterstützung durch das soziale Umfeld als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Auch gegenseitige Besuchskontakte, um Geselligkeit und kommunikativen Austausch zu pflegen, geben Menschen mit Beeinträchtigungen seltener an als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Gleichzeitig ist die Häufigkeit gegenseitiger Besuchskontakte geringer, je älter die betrachtete Personengruppe ist. Schwerbehinderte Menschen haben zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil (18%) selten oder nie Besuchskontakte. Die mit dem Alter und mit der Schwere der Behinderung abnehmende Häufigkeit gegenseitiger Besuche lässt vermuten, dass durch fehlende Teilhabe am Arbeitsleben, geringere Möglichkeiten der Teilnahme an kulturellen und anderen Aktivitäten sowie durch eine ggf. erschwerte Mobilität auch die Möglichkeiten des Aufbaus und der Pflege von Kontakten erschwert werden. Gleichzeitig

nimmt die subjektive Bedeutung gegenseitiger Besuche aber dann zu, wenn andere Aktivitäten schwieriger werden. So geben überdurchschnittlich hohe Anteile der sehr schwer behinderten Menschen an (24%), oft das Gefühl zu haben, dass die Gesellschaft anderer fehlt.

Auch bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen zeigen sich ab einem gewissen Alter Unterschiede im Hinblick auf ihre sozialen Kontakte. Während sich im Kindergartenalter bei Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen noch keine nennenswerten Unterschiede mit Blick auf die Anzahl ihrer Freunde zeigen, berichten Kinder mit Beeinträchtigungen ab dem Schulalter dagegen seltener, dass sie mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin haben, als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen.

1.4.2 Entwicklung der Teilhabe

Die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen kann im Bereich von familiären und partnerschaftlichen Beziehungen nur zu einem Teil anhand repräsentativer empirischer Daten untersucht werden. So liegen zwar Informationen zu den Haushaltsformen, dem Leben in Partnerschaft und in Familien sowie zur Zufriedenheit mit der familiären Situation vor. Im Hinblick auf weitere relevante Themen wie z.B. besondere Belastungen von Familien mit beeinträchtigten Mitgliedern oder die Zugänglichkeit und Wirksamkeit von Unterstützungsleistungen für diese Familien mangelt es hingegen an Forschungsergebnissen. Gleiches gilt auch für die Probleme von Menschen mit Beeinträchtigungen im Hinblick auf das Eingehen von Partnerschaften und eine selbstbestimmte Sexualität.

Die Entwicklung der Teilhabe im Zeitverlauf kann im Bereich Familie und soziales Netz am ehesten am Indikator der Zufriedenheit mit dem Familienleben abgebildet werden. Hier zeigt sich im Vergleich der Jahre 2010 und 2014 (nachdem es im Jahr 2012 zu einer Abnahme der Zufriedenheit kam) insgesamt eine geringfügig positive Veränderung. Der Abstand zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ist im betrachteten Zeitraum gleich geblieben, so dass hier keine Angleichung der Lebensverhältnisse beider Gruppen festzustellen ist.

Das Ausmaß sozialer Unterstützung durch Familie, Freunde, Bekannte und Nachbarn kann als ein weiterer Indikator für die Entwicklung der Teilhabe interpretiert werden. Das Ausmaß der Unterstützung ist einerseits von den individuellen Möglichkeiten und der Bereitschaft des sozialen Umfelds zur Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen abhängig. Andererseits spielen hierbei auch gesellschaftliche Wertvorstellungen eine Rolle – vor allem, wenn wie im vorliegenden Kapitel auch das Interesse bzw. die Anteilnahme anderer Menschen als Maßstab für soziale Unterstützung herangezogen werden. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die eine geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld angeben, nahezu unverändert geblieben sind, so dass in dieser Hinsicht keine Veränderung der Teilhabe festzustellen ist.

Im Hinblick auf die Entwicklung der Teilhabe von Kindern mit Beeinträchtigungen können zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussagen getroffen werden. Grundsätzlich werden in der KiGGS-Studie zwar Informationen zu sozialen Netzwerken erhoben. Während in der ersten KiGGS-Erhebung das Vorliegen von Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen erfasst wurde, wurde diese Information in der Folgeerhebung jedoch nicht mehr abgefragt.

1.5 Weiterführende Informationen

Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Für die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege von krankenversicherten Kindern, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder behindert und auf Hilfe angewiesen sind, besteht im Fall ihrer Erkrankung nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) Anspruch auf Krankengeld. Diese Leistung wird für bis zu 10 Arbeitstage pro Kalenderjahr und Kind gewährt, wenn es nach ärztlichem Attest erforderlich ist, dass ein Elternteil die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes übernimmt (für weitere Details vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 275). Wenn laut ärztlichem Attest eine schwere unheilbare Erkrankung des beeinträchtigten Kindes vorliegt, besteht nach § 45 Absatz 4 SGB V ein zeitlich unbeschränkter Anspruch auf diese Form des Krankengeldes. In diesem Fall hat ein Elternteil Anspruch auf Krankengeld für die gesamte Dauer der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege und Anspruch gegen den Arbeitgeber auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung.

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 zur Vollendung des 18. Lebensjahres erbracht werden. Die Krankenkassen finanzieren diese Leistungen, wenn es sich um chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder oder Jugendliche 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.

1.6 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel 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. Sie sind notwendige, aber nicht allein ausreichende Bedingungen für die Lebensbewältigung. Soziale Netzwerke stellen dem Individuum Ressourcen („soziales Kapital") bereit und sind entscheidend für die Lebensqualität. Soziale Einbindung und Kontakte 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 sowie Belastungen und Krisen im besonderen erwiesen (Beck & Greving 2012; Hradil 2012: 127; Fend et al. 2009; Filipp & Aymanns 2010; Stegbauer & Häußling 2010; Castel 2008; Stauber et al. 2007; Bauer & Otto 2005; Putnam 2000; Antonovsky 1998; Pfaff 1989; Badura et al. 1987; Lazarus & Folkman 1984).

Soziale Netzwerke können Belastungen, die auch aus eingeschränkten Handlungsressourcen erwachsen, bis zu einem gewissen Grad kompensieren und stellen zusammen mit der Erwerbstätigkeit einen der bedeutendsten Indikatoren für soziale Teilhabe dar (Castel 2008). Erwerbsbiographien und soziale Beziehungen sind insofern miteinander verwoben, als prekäre Erwerbssituationen den Verlust der sozialen Verortung nach sich ziehen, weil stabile Beziehungen, die Anerkennung, Zugehörigkeit und Vertrauen erzeugen, verloren gehen können. Andererseits können soziale Beziehungen bei der Jobsuche helfen oder für die Arbeitsübernahme notwendige Unterstützung bereitstellen (z.B. Brandt 2006). Aber auch Gesundheit, soziale Beziehungen und soziale Einbettung stehen auf unterschiedlichen Ebenen über den Lebenslauf in engem Zusammenhang (Deindl et al. 2016; Hank et al. 2013; Brandt et al. 2012); sei es im Hinblick auf positive Auswirkungen sozialer Kontakte und gesellschaftlicher Einbettung auf die Lebenszufriedenheit, sei es aufgrund sozialer Kontrolle im Hinblick auf Gesundheitsverhalten, oder auch über soziale Unterstützung, die – bei gegebenem Unterstützungsbedarf – zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen kann. Kausalitäten und Mechanismen (also was beeinflusst was wie genau?) sind hier nicht immer leicht zu ergründen, aber sicher ist: Arbeit, Familie (als essentieller Teil des engeren sozialen Netzwerkes) und Gesundheit sind zentrale, miteinander verwobene Lebenslaufstränge, die eingebunden in einen sozialen und sozialpolitischen Kontext ihre Entwicklung nehmen und Wirkungen entfalten (Hank & Brandt 2014). Dabei hängt soziale Unterstützung aus dem Netzwerk auch von professionellen Hilfeangeboten ab, international vergleichende Studien belegen die Komplementarität informeller und formeller Leistungen (z.B. Deindl & Brandt 2016; Brandt 2013).

Der Begriff „Soziales Netzwerk“ bezeichnet in der Sozialwissenschaft die vielfältigen Verbindungen von Menschen zu anderen Menschen, aber auch von Organisationen zu anderen Organisationen (zu den Grundlagen s. z.B. Jansen 1999). Im vorliegenden Kapitel stehen persönliche 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. Die Ergebnisse stehen jedoch in Einklang mit anderen Studien (z.B. Heckmann 2012; Pfaff 2012). Die Art des Zusammenlebens variiert mit dem Alter; auch hat sich die Zahl der Single-Haushalte, u.a. in den jüngeren Kohorten, 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 deutlich häufiger alleine leben, und wenn sie Partner haben, dann doch deutlich seltener Kinder. Dies trifft auf Frauen stärker als auf Männer zu; auch mit dem Grad der anerkannten Behinderung scheinen sich die Chancen auf Zusammenleben zu verringern. Und dies, obwohl der Wert, der Partnerschaften zugemessen wird, und Kinderwünsche sich – zumindest auf Basis der Auswertungen des SOEP – kaum unterscheiden. So klaffen gerade bei Frauen mit Beeinträchtigungen Wunsch und Realität im Hinblick auf das Familienleben auseinander, und die Zufriedenheit mit dem Familienleben ist bei Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt nach wie vor geringer.

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, und, so Daten des SOEP, auch weniger Besuchskontakte haben und sich eher einsam fühlen. Dies bedeutet also nicht nur eingeschränkte Möglichkeiten der Geselligkeit, sondern auch eingeschränkte informelle Unterstützung bei der Alltagsbewältigung oder in besonderen

Belastungssituationen – gerade bei Menschen, die diese besonders benötigen. Die Diskrepanz in der subjektiv wahrgenommenen und selbstberichteten sozialen Einbindung zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigung hat sich also seit dem letzten Teilhabebericht nicht wesentlich verändert. Die Gewährleistung einer selbstständigen und selbst bestimmten Lebensführung hängt u. U. noch immer gänzlich von der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Qualität von Assistenzleistungen ab, die aber weder flächendeckend noch bedarfsgerecht ausgebaut sind (siehe Kapitel II.4 Alltägliche Lebensführung). Die Verpflichtung zum Ausbau etwa von Assistenzleistungen ergibt sich auch aus den progressiv zu verwirklichenden staatlichen Aufgaben nach Artikel 19 BRK und gebietet die künftige Erhebung von relevanten Daten nach Artikel 31 UN-BRK. Für Menschen mit geistigen und psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere für diejenigen, die in Wohneinrichtungen 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 (zusammenfassend Heckmann 2012, s.a. Franz & Beck 2015).

Dass Netzwerkgrößen in Zusammenhang mit Statusmerkmalen stehen, belegen Studien, die Einschränkungen auch bei anderen Bevölkerungsgruppen, z.B. bei Arbeitslosen oder Alleinerziehenden nachweisen (Bullinger & Nowak 1998). 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“ (Europäische Kommission 2009: 7–9). 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. Der Erhalt von sozialer Unterstützung ist generell voraussetzungsvoll und die Bewältigung einer Problemlage umfeldabhängig: Die Quellen müssen überhaupt vorhanden und außerdem zugänglich sein. Der oder die Einzelne muss sie erkennen und 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. Die Daten zeigen, dass beeinträchtigte Menschen trotz nachteilig wirkender Bedingungen Bindungen und ein Familienleben aufbauen und aktiv

gestalten. Es fehlen jedoch bisher verlässliche und vergleichbare Informationen zur tatsächlichen und erlebten Eingebundenheit beeinträchtigter Menschen.

Leider wurden seit dem letzten Bericht auch keine neueren Informationen zur Teilhabe von Kindern mit Beeinträchtigungen erhoben und nach wie vor ist nichts über die Situation der „vergessenen Minderheit“ (Thimm & Wachtel 2002) der Kinder in Einrichtungen bekannt. Diese Aufgabe obliegt der Bundesrepublik Deutschland aber eindeutig als Vertragspflicht, die sich aus den Artikeln 7 und 19 UN-BRK ergeben. Dasselbe gilt auch noch immer für die Situation der etwa 300.000 Menschen mit Beeinträchtigungen, die auch noch im Erwachsenenalter in ihrer Herkunftsfamilie leben (siehe Tabelle 9). Deren Versorgung und Unterstützung wird häufig vorrangig durch die engen Angehörigen gewährleistet und nicht immer durch weitere Beziehungen aus dem sozialen Netzwerk und professionelle Angebote ergänzt (Ergebnisse einer regionalen Studie für Westfalen–Lippe: Schäfers & Wansing 2009). Thimm & Wachtel stellen in ihrer Untersuchung von regionalen Angebotsstrukturen fest, dass „vorhandene Hilfsmöglichkeiten nicht bekannt sind, nicht genutzt werden oder dass an sich mögliche Hilfen vor Ort unkoordiniert nebeneinander herlaufen oder im Kompetenzgerangel unterschiedlicher Zuständigkeiten erst gar nicht etabliert werden. Die problematische Situation dieser Familien ist auch ein Problem der mangelnden Effektivität und der Dislokation vorhandener Ressourcen“ (Thimm & Wachtel 2002: 14). Dabei belegen die Befragungsergebnisse, dass die Hauptbetreuungspersonen nach wie vor die Mütter sind und – im Vergleich mit Familien ohne Kinder mit Beeinträchtigungen – eine deutlich geringere mütterliche Erwerbstätigkeit besteht (Schäfers & Wansing 2009; Thimm & Wachtel 2002). Beschränkte Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit stehen auch im Zusammenhang mit einem unzureichenden Angebot an Betreuungsplätzen für beeinträchtigte Kinder, gerade im Krippenbereich, sowie mit 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). 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 (1999; 2012) sowie Lang et al. (2012). Demnach wirken sich emotionale Unterstützung und Austausch im sozialen Netzwerk sowohl auf das familiale 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 blei-

ben, 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. Belastbare Informationen zur Adäquanz von (informellen und formellen) Leistungen und ihrem Zusammenspiel fehlen jedoch. Familie, soziales Netzwerk und formelle Unterstützungsleistungen, das zeigen internationale Studien zur Versorgung älterer Pflegebedürftiger, verdrängen sich nicht gegenseitig, sondern arbeiten Hand in Hand – und diese Arbeitsteilung entlastet sowohl die Geber als auch die Empfänger von Leistungen, sie eröffnet die Möglichkeit freiwilliger Unterstützung und reduziert Abhängigkeiten von einzelnen Helfenden (z.B. Deindl & Brandt 2016; Brandt 2013). Und positiv erlebte soziale Einbettung auf allen Ebenen ist wichtig für gesundes, aktives, „erfolgreiches“ Altern (z.B. Brandt et al. 2012). Die Ergebnisse der GEDA-Studie zeigen, dass sich die Einschätzung der sozialen Unterstützung mit zunehmendem Alter verschlechtert. Fast ein Drittel der Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 65 bis 79 Jahren erfährt nach eigenen Angaben geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld (im Vergleich zu einem Fünftel in der gleichen Altersklasse ohne Beeinträchtigungen). Auch wenn repräsentative Informationen zu sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen in stationären Wohneinrichtungen im Rentenalter (wie auch insgesamt) fehlen, kann – vor dem Hintergrund ihrer institutionell geprägten Biografien – davon ausgegangen werden, dass ihre soziale Einbindung und Möglichkeiten sozialer Unterstützung außerhalb von professioneller Unterstützung noch stärker eingeschränkt sind. Befragungen von Menschen mit (lebenslangen) Beeinträchtigungen im Ruhestand (bzw. im Übergang in den Ruhestand) aus Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie die Erfassung ihrer Lebensgeschichten im Rahmen eines überregionalen Projektes (vgl. Roters-Möller 2011; Mair et al. 2008) bestätigen die geringe Verfügbarkeit sozialer Ressourcen bei diesem Personenkreis. „Der überwiegende Teil der Nutzer war zeitlebens ‚Single‘, nur die wenigsten berichteten von einer länger währenden Partnerschaft oder einer Ehe; ihre sozialen Netzwerke waren (und sind) vergleichsweise klein. Die Verbindung zur Herkunftsfamilie ist – spätestens mit dem Versterben der Eltern – brüchig geworden, eine Familie haben sie nie gegründet“ (Mair et al. 2008: 143). Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Altersstruktur von Menschen mit (vor allem kognitiver) Beeinträchtigung in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe, die zukünftig einen hohen Anteil von Menschen im Rentenalter erwarten lässt (vgl. Dieckmann et al. 2010), stellen die Förderung und der Erhalt von sozialen Netzwerken für diesen Personenkreis eine wichtige Aufgabe dar.

Immer mehr Repräsentativumfragen wie zum Beispiel das SOEP (www.diw.de/de/soep; Wagner et al. 2007), aber auch Studien im Hinblick auf die ältere Bevölkerung wie z.B. SHARE (www.share-project.org; Börsch-Supan et al. 2013) oder DEAS (https://www.dza.de/forschung/deas.html; Motel-Klingebiel et al. 2010) nehmen Fragen zu den Strukturen und Funktionen sozialer Netzwerke auf. Studien zu Menschen mit Beeinträchtigungen, die egozentrierte Netzwerke und weitere soziale Kontexte erfassen und Differenzierungen nach Arten von Beeinträchtigungen und anderen Merkmalen wie

Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Sozialstatus erlauben, gibt es hingegen (noch) nicht. Unterstützungsbedarfe, -potentiale und deren Erfüllung variieren aber vermutlich stark in Abhängigkeit von diesen Merkmalen und müssen über die Zeit auch in Abhängigkeit vom sozialpolitischen Kontext betrachtet werden. Um (erstmals) zu erfassen, wie soziale Netzwerke und formelle und informelle soziale Unterstützung die Lebenslage und das Wohlbefinden beeinträchtigter Menschen beeinflussen (und umgekehrt), ist die Erhebung egozentrierter Netzwerke und deren Veränderungen in einer repräsentativen Stichprobe über einen längeren Zeitraum dringend geboten. Neben der Erfassung differenzierter Indikatoren für funktionale Netzwerkmerkmale sind auch Indikatoren für die strukturelle Einbettung wichtig, die soziale Isolation im Sinne einer Kumulation von Ressourcenbeschränkungen und Exklusionsdimensionen anzeigen. Die Orientierung am Inventar oben genannter Studien bietet sich an, um die Ergebnisse mit anderen Zielgruppen und Ländern vergleichen zu können und damit generell zugrunde liegenden Mechanismen ein Stück näher zu kommen – und gegebenenfalls sozialpolitische Rahmenbedingungen für alle sinnvoll (um) zu gestalten.

Literatur zu diesem Kommentar

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.

Börsch-Supan, A. et al. (2013): Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). In: International Journal of Epidemiology, 42 (4): S. 992-1101.

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

Brandt, M., Deindl, C., Hank, K. (2012): Tracing the Origins of Successful Aging: The Role of Childhood Conditions and Social Inequality in Later Life Health. In: Social Science & Medicine, 74 (9): S. 1418–1425.

Bullinger, H., Nowak, J. (1998): Soziale Netzwerkarbeit. Freiburg im Breisgau.

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

Deindl, C., Brandt, M. (2016): Support Networks of Older Childless People. Formal and Informal Assistance in Europe. In: Ageing & Society (online first).

Deindl, C., Brandt, M., Hank, K. (2016): Social Networks, Social Cohesion, and Later-life Health. In: Social Indicators Research, 126 (3): S. 1175-1187.

Dieckmann, F. et al. (2010): Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe, Münster.

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.

Franz, D., Beck, I. (2015): Evaluation des Ambulantisierungsprogramms in Hamburg. Forschungsbericht. Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (AGFW) Hamburg e.V. (Hrsg.). Hamburg: Eigendruck der AGFW.

Hank, K., Brandt, M. (2014): Health, Families, and Work in Later Life: A Review of Current Research and Perspectives. In: Analyse und Kritik, 35 (2): S. 303-320.

Hank, K., Deindl, C., Brandt, M. (2013): Changes in Older Europeans' Health Across Two Waves of SHARE: Life-course and Societal Determinants. In: Journal of Population Ageing, 6 (1): S. 85-97.

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.

Jansen, D. (1999): Einführung in die Netzwerkanalyse. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Opladen.

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: Vierteljah-resschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 2/2012: S. 112-123.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984): Stress, Appraisal and Coping. New York.

Mair, H. et al. (2008): Den Ruhestand gestalten lernen. Erhebung von Praxiserfahrung und Entwicklung von Perspektiven für ältere Menschen mit Behinderung. Abschlussbericht, Universität Münster.

Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart.

Pfaff, H. (1989): Stressbewältigung und soziale Unterstützung. Weinheim.

Pfaff, H. (2012): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2009. In: Wirtschaft und Statistik: S. 262 – 243.

Putnam, R. (2000): Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York.

Roters-Möller, S. (2011): Den Ruhestand gestalten lernen. Menschen mit Behinderung in einer alternden Gesellschaft. In: Böllert, K. (Hrsg.): Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion. Wiesbaden: S. 47-69.

Schäfers, M., Wansing, G. (2009): Familienunterstützende Hilfen. Alternativen zum betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderung. Projektbericht der Technischen Universität Dortmund. Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Münster. http://www.lwl.org/spur-download/fuh/fuh-bericht.pdf

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.

Wagner, G. G., Frick, J. R., Schupp, J. (2007): The German Socio-Economic Panel Study (SOEP) - Scope, Evolution and Enhancements. In: Schmollers Jahrbuch, 127 (1): S. 139-169.

2. Bildung und Ausbildung

Faktenblatt „Bildung und Ausbildung“

- 90% der Kinder mit Beeinträchtigungen im Vorschulalter werden gemeinsam mit Kindern ohne Beeinträchtigungen in Tageseinrichtungen betreut, und nur 10% besuchen spezielle Tageseinrichtungen für behinderte Kinder.
- Die Zahl der Kinder, die heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten, ist von rund 67.000 im Jahr 2007 auf rund 97.000 im Jahr 2014 gestiegen. Zwei Drittel von ihnen sind Jungen und ein Drittel Mädchen.
- Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung ist von rd. 487.000 im Jahr 2005 auf rd. 508.000 im Jahr 2014 gestiegen. Gleichzeitig ist aber die Zahl der Schülerinnen und Schüler insgesamt zurückgegangen.
- Immer mehr Schülerinnen und Schülern wird sonderpädagogischer Förderbedarf attestiert. Im Jahr 2014 besuchten 34% der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung eine Regelschule. Dieser Anteil lag im Jahr 2005 noch bei 14% und ist bis zum Jahr 2014 kontinuierlich angestiegen, d.h. immer mehr Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung besuchen eine Regelschule. Diese Entwicklung vollzieht sich je nach Förderschwerpunkt unterschiedlich.
- Von den Schülerinnen und Schülern, die eine Förderschule besuchen, erreichen 71% keinen Hauptschulabschluss (Schulabgang insgesamt: 6% ohne Hauptschulabschluss).
- Von den Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung auf weiterführenden Regelschulen besucht die Mehrheit eine Integrierte Gesamtschule (38%), gefolgt von der Hauptschule (24%). 21% besuchen Schularten mit mehreren Bildungsgängen und jeweils 6% eine schulartunabhängige Orientierungsstufe, ein Gymnasium oder eine Realschule.
- Menschen, die in frühen Lebensjahren eine Beeinträchtigung erworben haben, verfügen häufiger über niedrigere Schulabschlüsse als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Eine Fachhochschulreife oder Abitur haben 41% der 20- bis 64-Jährigen ohne Beeinträchtigungen und 19% der Menschen mit Beeinträchtigungen. Einen Realschulabschluss haben 30% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 26% der Menschen mit Beeinträchtigungen. 27% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 46% der Menschen mit Beeinträchtigungen haben einen Hauptschulabschluss, und (noch) keinen Schulabschluss haben 2% der Menschen ohne Beeinträchtigungen gegenüber 8% der Menschen mit Beeinträchtigungen.
- Verbesserungen der Teilhabe zeigen sich darin, dass relativ mehr Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung eine Regelschule besuchen, während der Anteil von ihnen, der in Förderschulen unterrichtet wird, zurückgeht. Der Anteil der inklusiv beschulten Schülerinnen und Schüler ist auch deswegen angestiegen, weil an allgemeinbildenden Schulen häufiger Förderbedarfe diagnostiziert werden. Der Rückgang der Schülerinnen und Schüler in Förderschulen ist dagegen sehr gering.

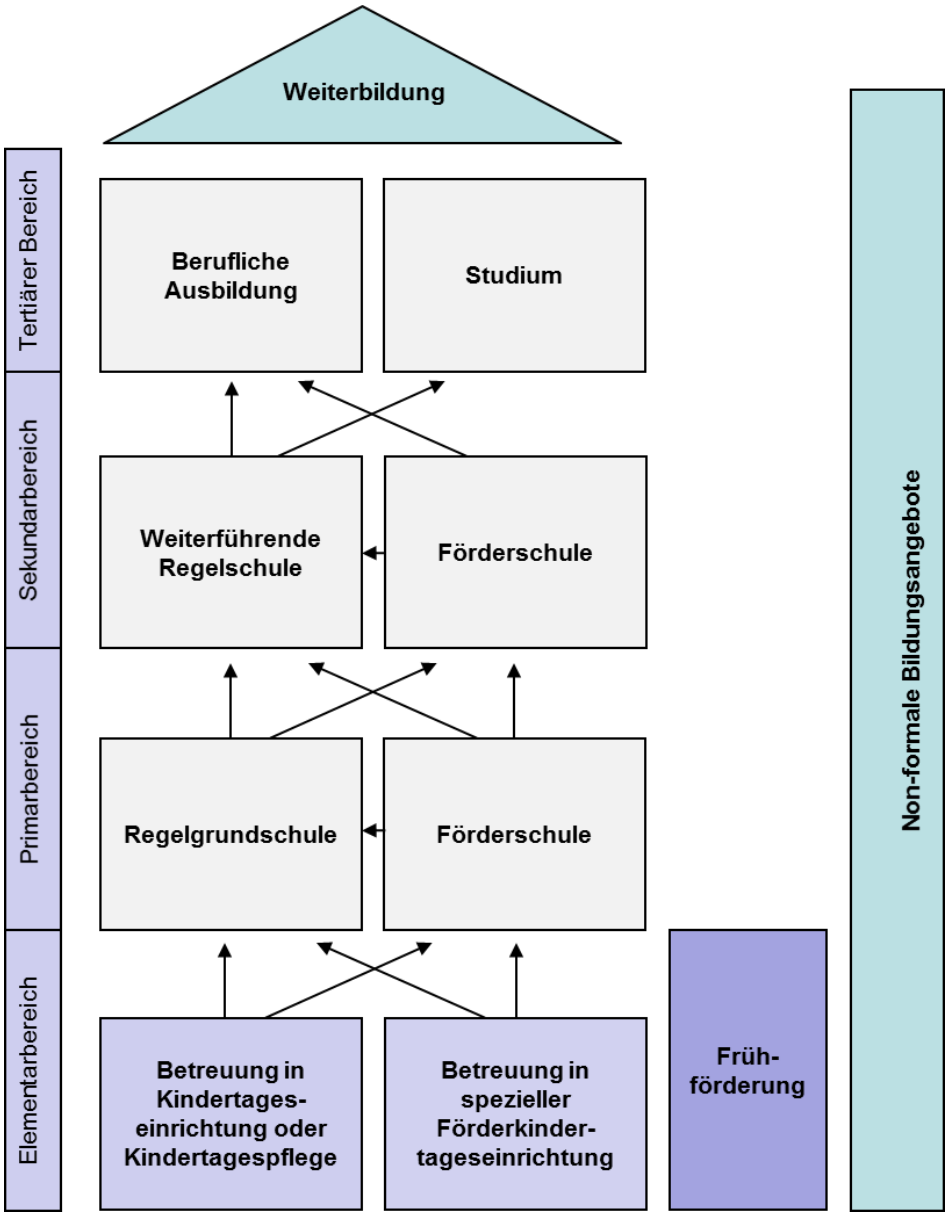
- Der Anteil mit Abschlüssen der (Fach-) Hochschulreife nimmt im Zeitraum von 2005 bis 2013 unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen von 30% auf 41% zu. Bei Menschen mit Beeinträchtigungen ist dieser Anteil mit 19% deutlich niedriger, aber auch hier ist seit 2005 (mit 14%) ein Anstieg des Qualifikationsniveaus festzustellen.
- Im Jahr 2014 gab es rd. 9.600 Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen in Berufen für Menschen mit Behinderung, dies entspricht einem Rückgang von rd. 40% im Vergleich zum Jahr 2007. Zum Teil ist diese Entwicklung durch den demografischen Rückgang der Zahl von Jugendlichen bedingt. Ob dies weiterhin darauf zurückzuführen ist, dass nur ein kleiner Teil der Jugendlichen mit Beeinträchtigungen nach dem Schulabschluss eine solche Ausbildung anstrebt und dass es mehr von ihnen gelingt, eine reguläre Ausbildung zu machen, ist nicht bekannt.
- 7% der Studierenden haben gesundheitliche Beeinträchtigungen, die sie in ihrem Studium einschränken. Hochschulen sind oftmals nicht barrierefrei gestaltet, wodurch das Studium für Studierende mit Beeinträchtigungen erschwert wird.
- 21% der Menschen mit Beeinträchtigungen haben keinen beruflichen Abschluss, 64% haben einen mittleren Abschluss (Lehrausbildung oder schulische Berufsausbildung), 6% haben einen höheren beruflichen Abschluss (Meister, Techniker oder Fachschulabschluss) und 10% haben einen (Fach-) Hochschulabschluss. Von den Menschen ohne Beeinträchtigungen haben dagegen nur 12% keinen beruflichen Abschluss, 59% haben einen mittleren beruflichen Abschluss, 7% haben einen höheren Berufsabschluss und 22% haben einen (Fach-)Hochschulabschluss (jeweils bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren).Von 2005 bis 2013 sind die Anteile der 30- bis 64-Jährigen ohne beruflichen Abschluss um 5-6 Prozentpunkte gesunken. Stärker gingen diese Anteile an den Menschen mit Migrationshintergrund zurück, und zwar bei denjenigen ohne Beeinträchtigungen um 12 Prozentpunkte und bei denen mit Beeinträchtigungen um 7 Prozentpunkte.
- 13% der Menschen ohne Beeinträchtigungen haben im Jahr 2013 an einer beruflichen Weiterbildung teilgenommen, bei den Menschen mit Beeinträchtigungen war dies in geringerem Maße der Fall. Zu einem besonders geringen Anteil nehmen chronisch kranke Menschen (5%) und Menschen mit einer Schwerbehinderung (3%) an beruflicher Weiterbildung teil.

Der Bildung kommt eine zentrale Bedeutung im Lebensverlauf zu, da sie eine Voraussetzung für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und für die Teilhabe am Arbeitsleben ist. Gleichberechtigte Bildungschancen sind daher besonders wichtig, aber für Menschen mit Beeinträchtigungen kann der Zugang zu Bildung erschwert sein. Dies hat weitreichende Konsequenzen für viele andere Lebensbereiche. Bildung trägt zur Entwicklung von Individualität und Persönlichkeit sowie zur Entfaltung von Talenten bei. Sie soll dazu verhelfen, Problemlagen analysieren und Handlungsmöglichkeiten nutzen zu können. Dem Bildungsbericht 2014 folgend ist das Ziel von Bildung, individuelle „Regulationsfähigkeit“ zu entwickeln, gesellschaftliche Teilhabe und Chancengleichheit zu er-

möglichen sowie Wissen zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Individuelle Regulationsfähigkeit bedeutet „die Fähigkeit des Individuums, sein Verhalten und sein Verhältnis zur Umwelt, die eigene Biografie und das Leben in der Gemeinschaft selbstständig zu planen und zu gestalten“ (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2014: 1).

Bildungseinrichtungen sollen Chancengleichheit und gesellschaftliche Teilhabe unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Beeinträchtigung sowie nationaler oder ethnischer Zugehörigkeit fördern und ermöglichen. Menschen mit guter schulischer und beruflicher Bildung können Berufe nach ihren eigenen Interessen und Fähigkeiten ausüben. Sie sind Arbeitskräfte, die der allgemeine Arbeitsmarkt benötigt (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2014: 95).

Abbildung 17 Bildungsorte



Quelle: Eigene Darstellung des ISG.

Abbildung 17 stellt verschiedene Bildungsorte im Lebensverlauf dar. Im Bereich der formalen Bildung lassen sich diese dem Elementarbereich (Betreuung in Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege oder in speziellen Förderkindertageseinrichtungen), dem Primarbereich (Regelgrundschule oder Förderschule), dem Sekundarbereich (Weiterführende Regelschule oder Förderschule) und dem tertiären Bereich (berufliche Ausbildung oder Studium) zuordnen. Neben diesen institutionalisierten Bildungsangeboten gibt es weitere Bildungsformen wie die Weiterbildung im Erwachsenenalter sowie nonformale Bildungsangebote für verschiedene Altersgruppen.

Die UN-BRK erkennt in Artikel 24 das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung an. Dieses Recht basiert auf dem Prinzip der Gleichberechtigung und gewährleistet ein einbeziehendes („inklusives“) Bildungssystem auf allen Ebenen sowie lebenslanges Lernen. Die mit dem Recht auf Bildung verbundenen Ziele präzisiert Artikel 24 Absatz 1 UN-BRK dahingehend, dass Bildung die Persönlichkeit von Menschen zur Entfaltung bringen und die Achtung vor der menschlichen Vielfalt stärken soll.

Inklusive Bildung wird somit als Schlüssel dafür gesehen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen an der Gesellschaft teilhaben können (Mißling & Ückert, 2014: 6). Nach Artikel 4 Absatz 2 UN-BRK sind die Vertragsstaaten zu einer schrittweisen Verwirklichung eines inklusiven Bildungssystems verpflichtet. Dieses umfasst alle Einrichtungen und Orte, an denen Bildung stattfindet – von der Kindertagesbetreuung im frühkindlichen Alter über die Schule und berufliche Ausbildung einschließlich der Hochschulbildung bis hin zu Weiterbildung und lebenslangem Lernen. Dabei sind insbesondere die Übergänge innerhalb des Bildungssystems von Bedeutung. „Übergänge sind im deutschen Bildungssystem entscheidende Weichenstellungen für Bildungserfolg, beruflichen Einstieg und gesellschaftliche Partizipation“ (Bellenberg & Forell, 2013: 9). Bildung ist ein lebenslanger Prozess, da Kompetenzen im gesamten Lebenslauf erworben und weiterentwickelt werden.

Der Vertragsausschuss äußert in seinen Abschließenden Bemerkungen zum ersten Staatenbericht Deutschlands (CRPD, 2015) Kritik daran, dass der Großteil der Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen eine Förderschule besucht. Er empfiehlt daher die Entwicklung eines Aktionsplans inklusive eines Zeitplans und spezifischer Zielvorgaben, um bundesweit den Zugang zu einem inklusiven, qualitativ hochwertigen Bildungssystem zu gewährleisten.

Einen kritischen Blick auf den Stand der Inklusion im deutschen Bildungssystem werfen auch die BRK-Allianz (BRK-Allianz, 2013) und die Monitoring-Stelle zur UN-BRK (DIMR, 2015a). Bereits im Elementarbereich mangelt es demnach an einer systematischen Integration von Frühförderung und integrativer pädagogischer Arbeit in Kindertagesstätten. Im Bereich der schulischen Bildung verstärke sich die Exklusion von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, was daran erkennbar sei, dass der Großteil der Schülerinnen und Schüler mit Beeinträchtigungen segregierte Förderschulen besucht.

Auch der überdurchschnittlich hohe Anteil von Schulabgängerinnen und Schulabgängern von Förderschulen ohne Schulabschluss wird bemängelt. Darüber hinaus werden auch im Hochschulbereich vielfältige Barrieren für Studierende mit Beeinträchtigungen genannt, die sich z.B. in Form fehlender Beratungsangebote, mangelnder Möglichkeiten zum Nachteilsausgleich bei der Erbringung von Studienleistungen und einer ungesicherten Studienfinanzierung äußern.

Hieran anknüpfend thematisiert der vorliegende Bericht die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich Bildung hinsichtlich folgender Aspekte:

- Vorschulische Bildung, Schulbildung und Berufsbildung: Wie gestaltet sich die Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen in den verschiedenen Bildungsinstitutionen im Lebensverlauf (Kindertagesstätten, Schulen, Ausbildungsbetriebe, Hochschulen)? Von zentraler Bedeutung sind dabei Übergänge z.B. zwischen Schule und Ausbildung ebenso wie der Bildungserfolg, der sich an den erreichten Schul- und Ausbildungsabschlüsse bemisst.
- Lebenslanges Lernen: Über die grundlegende Schul- und Berufsausbildung hinaus erhalten Fortbildungs- und Weiterbildungsangebote zur Weiterentwicklung von Qualifikationen und Fähigkeiten im späteren Lebensverlauf zunehmend Bedeutung. In diesem Zusammenhang ist zu untersuchen, ob ggf. wie sich Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Fort- und Weiterbildung unterscheiden.

Im folgenden Kapitel werden alle Bildungsbereiche von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter berücksichtigt. Im Unterkapitel 2.1 werden aktuelle Daten zu Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit zusammengestellt. Anschließend folgt die Darstellung der Situation im Schulsystem (2.2). Hier geht es insbesondere um die Frage, wie viele Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung eine Regelschule besuchen. In den anschließenden Kapiteln zur beruflichen Bildung (2.3) und Hochschulbildung (2.4) steht die Ausbildungssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen im Vordergrund. Da die Art des erreichten Schulabschlusses entscheidend für weitere Bildungsmöglichkeiten und Qualifikationen ist, werden relevante Daten dazu im Unterkapitel 2.5 zusammengefasst. Bildung als lebenslanger Prozess wird unter Bezugnahme auf das in Artikel 24 der UN-BRK ausdrücklich erwähnte lebenslange Lernen in Abschnitt 2.6 dargestellt.

Artikel 24 UN-BRK: Bildung

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung. Um dieses Recht ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen, gewährleisten die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen mit dem Ziel,
a) die menschlichen Möglichkeiten sowie das Bewusstsein der Würde und das Selbstwertgefühl des Menschen voll zur Entfaltung zu bringen und die Achtung vor den Menschenrechten, den Grundfreiheiten und der menschlichen Vielfalt zu stärken;

b) Menschen mit Behinderungen ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und ihre Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung bringen zu lassen;

c) Menschen mit Behinderungen zur wirklichen Teilhabe an einer freien Gesellschaft zu befähigen.

(2) Bei der Verwirklichung dieses Rechts stellen die Vertragsstaaten sicher, dass

a) Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden und dass Kinder mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden;

b) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen in der Gemeinschaft, in der sie leben, Zugang zu einem integrativen, hochwertigen und unentgeltlichen Unterricht an Grundschulen und weiterführenden Schulen haben;

c) angemessene Vorkehrungen für die Bedürfnisse des Einzelnen getroffen werden;
d) Menschen mit Behinderungen innerhalb des allgemeinen Bildungssystems die notwendige Unterstützung geleistet wird, um ihre erfolgreiche Bildung zu erleichtern;

e) in Übereinstimmung mit dem Ziel der vollständigen Integration wirksame individuell angepasste Unterstützungsmaßnahmen in einem Umfeld, das die bestmögliche schulische und soziale Entwicklung gestattet, angeboten werden.

(3) Die Vertragsstaaten ermöglichen Menschen mit Behinderungen, lebenspraktische Fertigkeiten und soziale Kompetenzen zu erwerben, um ihre volle und gleichberechtigte Teilhabe an der Bildung und als Mitglieder der Gemeinschaft zu erleichtern. Zu diesem Zweck ergreifen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen; unter anderem

a) erleichtern sie das Erlernen von Brailleschrift, alternativer Schrift, ergänzenden und alternativen Formen, Mitteln und Formaten der Kommunikation, den Erwerb von Orientierungs- und Mobilitätsfertigkeiten sowie die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen und das Mentoring;

b) erleichtern sie das Erlernen der Gebärdensprache und die Förderung der sprachlichen Identität der Gehörlosen;

c) stellen sie sicher, dass blinden, gehörlosen oder taubblinden Menschen, insbesondere Kindern, Bildung in den Sprachen und Kommunikationsformen und mit den Kommunikationsmitteln, die für den Einzelnen am besten geeignet sind, sowie in einem Umfeld vermittelt wird, das die bestmögliche schulische und soziale Entwicklung gestattet.

(4) Um zur Verwirklichung dieses Rechts beizutragen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen zur Einstellung von Lehrkräften, einschließlich solcher mit Behinderungen, die in Gebärdensprache oder Brailleschrift ausgebildet sind, und zur Schulung von Fachkräften sowie Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen auf allen Ebenen des Bildungswesens. Diese Schulung schließt die Schärfung des Bewusstseins für Behinderungen und die Verwendung geeigneter ergänzender und alternativer Formen, Mittel und Formate der Kommunikation sowie pädagogische Verfahren und Materialien zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen ein.

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

2.1 Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit

Zur Prävention von Beeinträchtigungen ist es wichtig, dass Förderbedarfe möglichst früh erkannt werden. Nur so können pädagogische und therapeutische Maßnahmen ergriffen

werden, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen zu mildern oder zu verhindern. Zur Erkennung von Förderbedarfen tragen auch die Frühen Hilfen bei, die im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe Beratung und Unterstützung für Familien mit Kleinkindern erbringen. Ein vernetztes Präventions- und Hilfesystem kann dazu beitragen, dass diese Unterstützung frühzeitig und bedarfsgerecht geleistet wird und dass Fehlentwicklungen auf diese Weise vorgebeugt werden kann.

Die Unterstützungsleistungen in dieser Phase umfassen regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, Leistungen der Frühförderung und Bildungsangebote für Kinder mit Beeinträchtigungen, die in spezialisierten Förder-Kindertageseinrichtungen und in integrativen bzw. inklusiven Kindertageseinrichtungen angeboten werden. Die UN-BRK enthält in Artikel 7 die Verpflichtung zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können. Bei allen Maßnahmen, die Kinder mit Behinderungen betreffen, ist das Wohl des Kindes vorrangig zu berücksichtigen.

2.1.1 Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege

Der Kindertageseinrichtung als Ort frühkindlicher Bildung kommt für die spätere schulische Entwicklung eine immer größere Bedeutung zu. Seit August 2013 haben Kinder ab Vollendung des ersten Lebensjahres bis zum dritten Lebensjahr einen einklagbaren Rechtsanspruch auf Frühförderung in einer Tageseinrichtung oder in der Kindertagespflege. Dieser ist in § 24 Achtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verankert. Insbesondere die Betreuungsquoten der Kinder unter drei Jahren nehmen kontinuierlich zu, d.h. immer mehr Kinder unter drei Jahren besuchen eine Kindertageseinrichtung oder werden in der Kindertagespflege[29] betreut. Im März 2016 war fast jedes dritte Kind unter drei Jahren in einer Kindertagesbetreuung (32,7%). Von den Kindern im Alter von drei bis fünf Jahren besuchten 95% eine Kindertagesstätte oder werden in der Kindertagespflege betreut (Statistisches Bundesamt, 2016).

Die Zahl der Kindertageseinrichtungen für Kinder mit Beeinträchtigungen ist in den letzten Jahren gestiegen (Tabelle 19). Hierbei ist zu unterscheiden zwischen integrativen Kindertageseinrichtungen und sogenannten Einrichtungen für behinderte Kinder. In einer integrativen Kindertageseinrichtung werden Kinder mit und ohne Beeinträchtigungen gemeinsam betreut. In der Regel sind neben den Erzieherinnen und Erziehern auch spezialisierte Kräfte im Team, die die individuelle Förderung der Kinder mit Beeinträchtigungen unterstützen sollen. Die Zahl der integrativen Kindertageseinrichtungen ist von rund 14.300 im Jahr 2009 auf knapp 18.600 im Jahr 2015 gestiegen, dies entspricht einer Zunahme von 30%. Die Anzahl der spezialisierten Tageseinrichtungen für behinderte Kinder ist dagegen von 365 im Jahr 2009 auf 260 im Jahr 2015 zurückgegangen, dies

[29] In einer Kindertagespflege werden die Kinder von Tagesmüttern bzw. -vätern in Kleingruppen betreut.

entspricht einem Rückgang von 29%. Es ist davon auszugehen, dass dieser Rückgang auf den Inklusionsprozess und die Bemühungen, inklusive Kindertageseinrichtungen zu schaffen, zurückzuführen ist.

Tabelle 19: Kindertageseinrichtungen für Kinder mit Beeinträchtigungen nach Einrichtungsart

	integrative Tageseinrichtungen*	Tageseinrichtungen für behinderte Kinder**
2009	14.296	365
2010	15.474	347
2011	16.397	299
2012	17.048	318
2013	17.864	285
2014	17.875	262
2015	18.572	260
Veränderung 2009-2015	+30%	-29%

Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik 2009 bis 2015, Darstellung des ISG

* Bis zum Berichtsjahr 2011 wurde „integrative Tageseinrichtung“ dokumentiert, wenn in der Einrichtung behinderte Kinder integrativ betreut wurden. Ab dem Berichtsjahr 2012 werden hierunter alle Einrichtungen gezählt, in denen mindestens 1 Kind Eingliederungshilfe nach SGB VIII oder SGB XII wegen körperlicher, geistiger oder (drohender) seelischer Behinderung erhält.

** Bis zum Berichtsjahr 2011 wurde gesondert erfragt, ob in der Einrichtung ausschließlich Kinder mit Behinderung betreut wurden. Ab dem Berichtsjahr 2012 werden hier Einrichtungen gezählt, in denen mindestens 90% der Kinder Eingliederungshilfe nach SGB VIII oder SGB XII wegen körperlicher, geistiger oder (drohender) seelischer Behinderung erhalten.

Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf haben Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Im Jahr 2015 haben rund 75.400 Kinder unter acht Jahren, die noch keine Schule besuchen, diese Leistungen aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigung erhalten (Tabelle 20). Vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2015 ist ihre Anzahl um 27% gestiegen, in diesem Zeitraum ist die Zahl der Kinder dieser Altersgruppe insgesamt um 0,5% gesunken. Hinzu kommen knapp 4.900 Schulkinder unter 14 Jahren, die Eingliederungshilfe in einer Kindertagesbetreuung bzw. Hortbetreuung erhalten. Jungen erhalten deutlich häufiger Leistungen der Eingliederungshilfe als Mädchen. Zu beachten ist, dass nur Kinder statistisch erfasst werden, die institutionell betreut werden und Eingliederungshilfe aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung gemäß SGB XII bzw. SGB VIII erhalten.[30] Da nicht alle Kinder mit Beeinträchtigungen (im hier verwendeten Sinn) eine Kindertageseinrichtung besuchen bzw.

[30] Seit 2013 wird in der entsprechenden Statistik „Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege“ die Kategorie „mindestens eine Behinderung“ ausgewiesen. Diese ist die Basis für die Angaben in der obigen Tabelle.

nicht bei allen ein Eingliederungshilfebedarf festgestellt wurde, sind die angegeben Zahlen nur ein Ausschnitt der Kinder mit Beeinträchtigungen, die noch nicht zur Schule gehen.

Tabelle 20: Kinder unter acht Jahren in der Kindertagesbetreuung mit Bezug von Eingliederungshilfe nach SGB VIII oder SGB XII (2008 bis 2015)

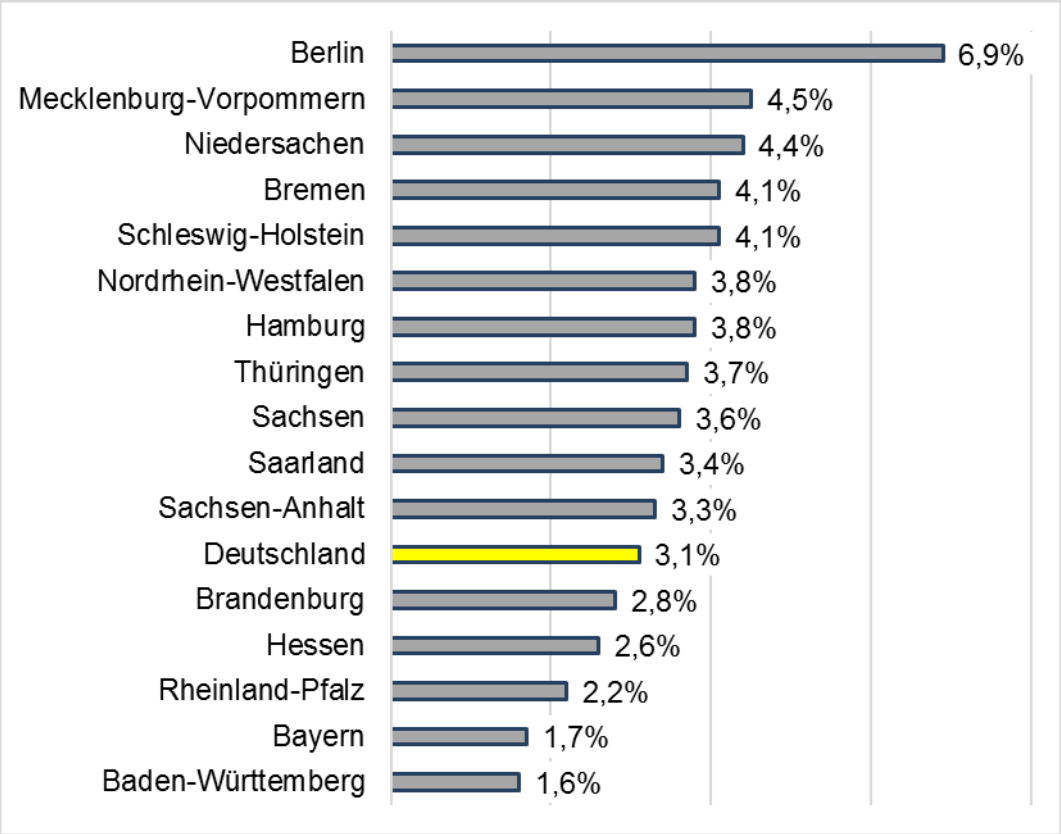
	Insgesamt	Jungen	Anteil Jungen	Mädchen	Anteil Mädchen
2008	59.209	38.729	65,4%	20.480	34,6%
2009	62.519	40.628	65,0%	21.891	35,0%
2010	64.958	42.360	65,2%	22.598	34,8%
2011	69.046	45.176	65,4%	23.870	34,6%
2012*					
2013	76.219	50.316	66,0%	25.903	34,0%
2014	75.113	49.317	65,7%	25.796	34,3%
2015	75.397	49.801	66,1%	25.596	33,9%
Veränderung 2008-2015	+27%	+29%		+25%	

Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik 2008 bis 2015, Berechnung des ISG. Jeweils zum Stichtag 1. März. Bezogen auf alle 0- bis unter 8-Jährigen, die noch keine Schule besuchen

* für 2012 ist aufgrund veränderter Datenerhebung keine Angabe möglich.

Der Anteil der Nichtschulkinder in Kindertagesbetreuung, die Eingliederungshilfe erhalten, an allen gleichaltrigen Kindern in Kindertagesbetreuung (Betreuungsquote) lag im Jahr 2015 bei 3,1% (Abbildung 18). Die Betreuungsquoten in den Bundesländern unterscheiden sich teilweise stark. Da Kinder ab drei Jahren häufiger und regelmäßiger eine Kindertagesbetreuung besuchen als jüngere Kinder, sind die Betreuungsquoten von Kindern ab drei Jahren besser vergleichbar. Daher wird in der folgenden Abbildung auf die Altersgruppe der 3- bis unter 8-Jährigen eingegangen. Die höchsten Anteile von Nichtschulkindern in Kindertageseinrichtungen, die Eingliederungshilfe erhalten, finden sich in Berlin (6,9%) und Mecklenburg-Vorpommern (4,5%), die niedrigsten Anteile in Bayern (1,7%) und Baden-Württemberg (1,6%). Brandenburg (2,8%), Hessen (2,6%) und Rheinland-Pfalz (2,2%) liegen ebenfalls unter dem Bundesdurchschnitt von 3,1%. Die Betreuungsquoten der anderen Länder liegen oberhalb des Bundesdurchschnitts. Gründe für diese erhebliche Spreizung liegen unter anderem auch darin, dass bundesweit einheitliche Kriterien zur Bedarfsfeststellung fehlen. So ist nicht zu klären, ob in einigen Bundesländern Kinder unterversorgt bzw. in anderen Ländern überversorgt sind.

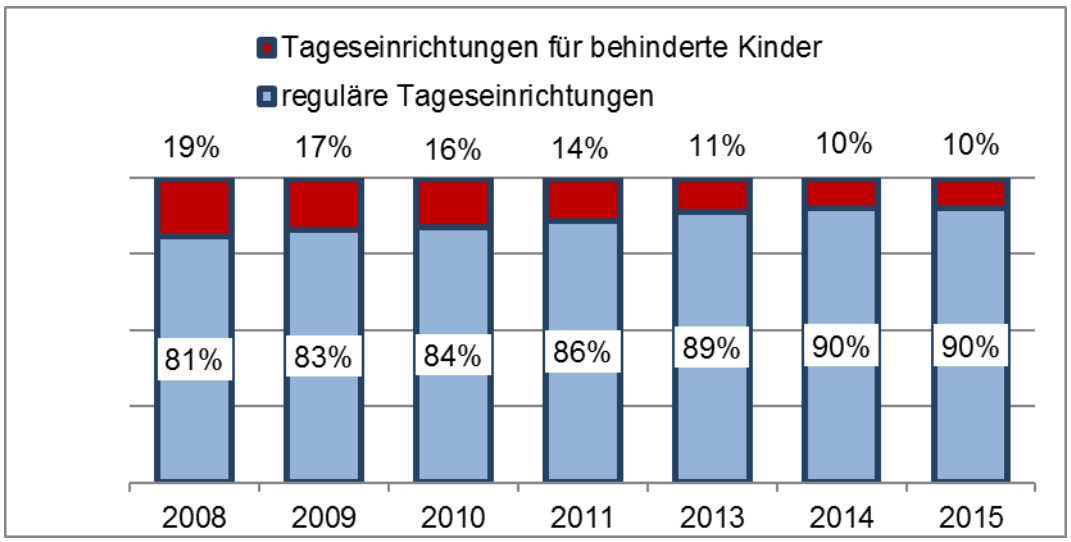
Abbildung 18: Anteil der Nichtschulkinder von 3 bis unter 8 Jahren, die Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen erhalten, an allen gleichaltrigen Nichtschulkindern in Kindertageseinrichtungen, nach Bundesländern



Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik 2015, Berechnung des ISG. Ohne öffentlich geförderte Kindertagespflege. Jeweils zum Stichtag 1. März 2015. Bezogen auf alle 3- bis unter 8-Jährigen, die noch keine Schule besuchen.

Nach Artikel 24 UN-BRK haben Kinder mit Behinderungen ein Recht darauf, in Tageseinrichtungen gemeinsam mit anderen Kindern betreut zu werden. Abbildung 19 zeigt, wie viele Nichtschulkinder, die Eingliederungshilfe erhalten, in spezialisierten Tageseinrichtungen für behinderte Kinder betreut werden und wie viele von ihnen reguläre Tageseinrichtungen besuchen, in denen Kinder mit und ohne Beeinträchtigungen gemeinsam betreut werden. Von 2008 bis 2015 ist der Anteil der Kinder in speziellen Tageseinrichtungen für Kinder mit Beeinträchtigungen von 19% auf 10% gesunken. So besuchen immer mehr Kinder, die Eingliederungshilfe erhalten, integrative Tageseinrichtungen mit gemeinsamer Betreuung von Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 19: Kinder von 3 bis unter 8 Jahren, die noch keine Schule besuchen, mit Bezug von Eingliederungshilfe nach Einrichtungsart*



Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik. Berechnung des ISG. Ohne öffentlich geförderte Kindertagespflege. Jeweils zum Stichtag 1. März.

** für 2012 ist aufgrund veränderter Datenerhebung keine Angabe möglich.

Die verfügbaren Statistiken ermöglichen weder Aussagen darüber, ob die Versorgung in der Kindertagesbetreuung für Kinder mit Beeinträchtigungen den Bedarf deckt, noch wie die Situation im Vergleich zu Kindern ohne Beeinträchtigungen ist. Sie sagen auch nichts über die Betreuungsqualität in beiden Einrichtungsformen aus.

2.1.2 Heilpädagogische Leistungen und Frühförderung

Beeinträchtigungen von Kindern im Vorschulalter werden nach einer eigenständigen Systematik erfasst, indem ihr Förderbedarf durch Begutachtung festgestellt wird mit dem Ziel, durch Früherkennung und Frühförderung eine Behinderung zu mindern oder eine drohende Behinderung zu vermeiden (§ 30 SGB IX). Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder im Alter bis zum Schuleintritt umfassen neben den Leistungen in Kindertageseinrichtungen (integrativ oder heilpädagogisch spezialisiert) auch Leistungen der Früherkennung und Frühförderung, die je nach landesspezifischen Gegebenheiten von Frühförderstellen oder Sozialpädiatrischen Zentren erbracht werden, sowie (in sehr geringem Umfang und mit abnehmender Tendenz) Leistungen der stationären Unterbringung.

Nach § 30 Absatz 1 SGB IX werden die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühbehandlung in Kombination mit heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX als Komplexleistung erbracht. Gemeinsame Leistungsträger sind die Sozialhilfeträger, die Träger der Jugendhilfe und die Krankenkassen. Die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung erfolgt in den Ländern und Kommunen sehr unterschiedlich. Diese Leistungen können von Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren

erbracht werden. Interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne der Frühförderungsverordnung (FrühV) „sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht“ (§ 3 FrühV). Sozialpädiatrische Zentren im Sinne der FrühV sind „zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigte Einrichtungen. Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf Kinder ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen behandelt werden können“ (§ 4 FrühV).

In Deutschland gab es im Jahr 2011 insgesamt 247 Interdisziplinäre Frühförderstellen, 134 Sozialpädiatrische Zentren und 481 allgemeine Frühförderstellen. Hinzu kommen 82 spezialisierte Frühförderstellen für Kinder mit (drohenden) Sinnesbehinderungen. Die länderspezifische Ausgestaltung zeigt sich unter anderem daran, dass es in Baden-Württemberg zusätzlich 378 Sonderpädagogische Beratungsstellen gibt, darunter auch Beratungsstellen für sinnesbehinderte Kinder. Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen sind landesweit flächendeckend in allen Landkreisen und kreisfreien Städten an den Sonderschulen eingerichtet. Niedersachsen hat als länderspezifische Besonderheit in diesem Bereich 17 Interdisziplinäre Beratungs- und Früherkennungsteams eingerichtet. In Berlin werden alle Leistungen der Frühförderung in Sozialpädiatrischen Zentren erbracht, in Rheinland-Pfalz in Zentren für Sozialpädiatrie & Frühförderung (Engel & Engels, 2012).

Die Zahl der Beziehenden von heilpädagogischen Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe stieg von rund 67.000 am Jahresende 2007 auf rund 97.000 am Jahresende 2014 und somit um 45% (Tabelle 21). Zwei Drittel von ihnen sind Jungen und ein Drittel Mädchen (mit leichter Angleichungstendenz). Bei diesen Leistungen handelt es sich im Wesentlichen um Leistungen, die in Frühförderstellen und Förder- bzw. Integrationskindergärten erbracht werden. Leistungen, die in Sozialpädiatrischen Zentren erbracht werden, sind darin nicht enthalten.

Tabelle 21: Bezug von heilpädagogischen Leistungen für Kinder unter 7 Jahren

Jahresende	Insgesamt	Anteil Jungen	Anteil Mädchen
2007	67.035	65,8%	34,2%
2008	70.754	65,6%	34,4%
2009	79.244	65,3%	34,7%
2010	90.348	65,2%	34,8%
2011	91.515	65,4%	34,6%
2012	96.688	65,5%	34,5%
2013	96.730	65,3%	34,7%
2014	96.919	64,6%	35,4%
Veränderung 2007-2014	+45%	-2%	+4%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2007 bis 2014, Berechnung des ISG

Angaben zu den Kindern, die Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren erhalten, werden nicht statistisch erfasst. Nach Berechnungen auf Basis einer Befragung zum Jahr 2010 war zu diesem Zeitpunkt (ohne Doppelzählung der Kinder, die sowohl Leistungen in einer Frühförderstelle als auch in einem SPZ erhalten) von einer Gesamtzahl von rd. 112.000 Kindern auszugehen, die Leistungen der Frühförderung erhalten. Bezogen auf alle Kinder unter 7 Jahren entspricht dies einer Versorgungsquote von 2,3% (Engel & Engels, 2012).

2.1.3 Qualität und Barrierefreiheit der Bildungs- und Betreuungsangebote

In den letzten Jahren ist ein wachsendes Bewusstsein für Qualitätsentwicklung in der frühkindlichen Bildung festzustellen. Bislang liegen jedoch kaum empirische Erkenntnisse zur Qualität von Betreuungs- und Bildungsangeboten in Kindertagesstätten vor. Eine Ausnahme bildet eine Studie zur Qualität von integrativen Kindertagesstätten in München, bei der eine umfassende Evaluation von Qualitätsaspekten in verschiedenen Bereichen (z.B. Betreuung und Pflege der Kinder, Aktivitäten und Interaktionen, Strukturierung der pädagogischen Arbeit, Elternarbeit) aus Sicht der pädagogischen Fachkräfte und Eltern durchgeführt wurde (Heimlich & Behr, 2008). Die untersuchten Kindertageseinrichtungen erreichen hierbei im Vergleich zu Kindertagesstätten, bei denen keine Inklusion von Kindern mit Beeinträchtigungen stattfindet, überdurchschnittlich hohe Werte. Weiterentwicklungsbedarf wird jedoch mit Blick auf die Barrierefreiheit der baulichen Gegebenheiten einiger Einrichtungen festgestellt, z.B. hinsichtlich der sanitären Anlagen, der Höhe der Spielgeräte oder der Treppenhäuser. Eine weitere Pilotstudie, die sich mit Aspekten der Qualität und der Inklusion in Kindertagesstätten aus Sicht 4- bis 6-jähriger Kinder mit und ohne besondere Bedürfnisse befasst, kommt ebenfalls zu einer positiven Einschätzung der Betreuungsqualität. Demnach fühlen sich die meisten der 14 befragten Kinder in der Kindertagesstätte sehr wohl. Obwohl festzustellen ist, dass sie nicht gleichermaßen an Freundschaften beteiligt sind, bedeutet dies in ihrer eigenen Wahrnehmung

nicht zwangsläufig ein Empfinden mangelnder sozialer Integration (Behr, 2009, zur Elternperspektive vgl. auch Berger, 2011).

Festzuhalten bleibt, dass die vorgestellten Forschungsarbeiten aufgrund der geringen Fallzahlen nur einen kleinen Ausschnitt der Lebenslage von Kindern mit Beeinträchtigungen beschreiben. Repräsentative Daten, wie sie z.B. mit Blick auf die Zufriedenheit von Eltern mit der Betreuung in der Kindertagespflege vorliegen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014), gibt es bezogen auf Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen bislang nicht.

2.2 Bildung im Schulalter

Kinder mit Beeinträchtigungen haben das gleiche Anrecht auf eine angemessene schulische Förderung wie Kinder ohne Beeinträchtigungen. Nach Artikel 24 UN-BRK ist Deutschland dazu verpflichtet, das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung durch ein inklusives Bildungssystem auf allen Ebenen und im gesamten Lebensverlauf umzusetzen. Im schulischen Bereich finden Beeinträchtigungen ihren Niederschlag in einem durch Begutachtung ermittelten sonderpädagogischen Förderbedarf. Bei diesem Verfahren stehen nicht die Feststellung persönlicher Einschränkungen, sondern die geeigneten Maßnahmen zur Unterstützung der kindlichen Entwicklung im Vordergrund. Deren Ziel ist, das Eintreten einer Behinderung durch präventive Maßnahmen zu vermeiden. Diese Verfahren sind von der o.g. Anerkennung einer Behinderung durch die zuständigen Behörden unabhängig. Ein solcher Förderbedarf ist bei Kindern und Jugendlichen anzunehmen, die in ihrer schulischen Entwicklung und beim Übergang in den Beruf besondere pädagogische Unterstützung benötigen, um die Bildungsziele zu erreichen, die den jeweils individuellen Möglichkeiten entsprechen (KMK, 1994).

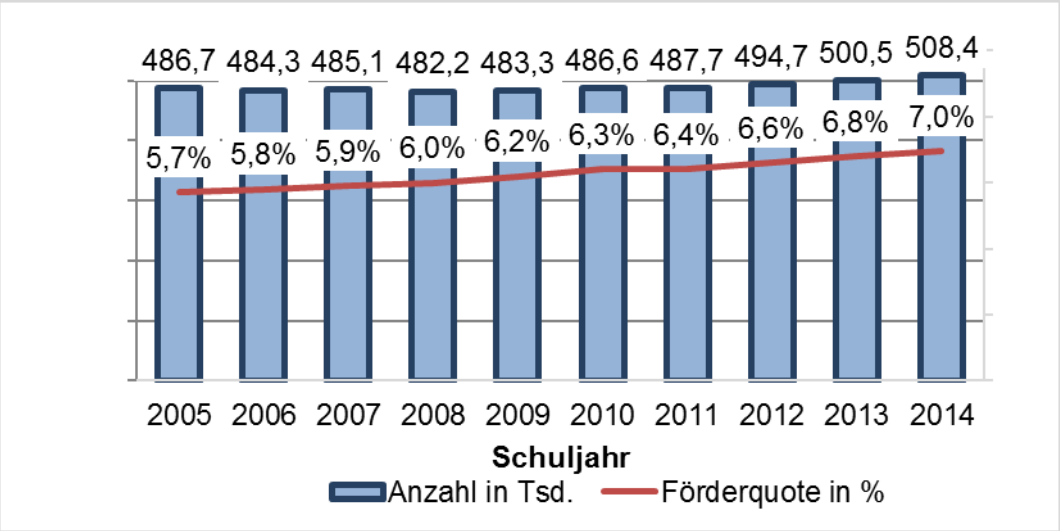
Die Ausgestaltung und Organisation der schulischen Bildung ist Aufgabe der Länder. Daher gibt es je nach Bundesland unterschiedliche Formen, Schülerinnen und Schüler mit Beeinträchtigungen zu unterrichten. Über die Kultusministerkonferenz (KMK) koordinieren die Länder ihre Bildungspolitik. 2011 haben die Kultusministerien der Länder mit einer gemeinsamen Empfehlung „Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen in Schulen“ das Ziel formuliert, die gemeinsame Bildung und Erziehung für Kinder und Jugendliche zu verwirklichen und die erreichten Standards sonderpädagogischer Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote abzusichern und weiterzuentwickeln (KMK, 2011). Die meisten Länder haben zudem rechtliche Anpassungen in ihren Schulgesetzen vorgenommen, um inklusive Bildung zu verbessern. Die in den Schulgesetzen festgelegten Änderungen und Maßnahmen unterscheiden sich von Land zu Land stark (Döttinger & Hollenbach-Biele, 2015; Mißling & Ückert, 2014; Werning & Thoms, 2015). Daher wird im Folgenden mehrfach die Situation auf Länderebene dargestellt.

2.2.1 Unterricht in verschiedenen Schulformen

Informationen über die Lebenslage von Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen enthält die KMK-Statistik. Allerdings sind dort nur Angaben zu den Kindern mit festgestelltem sonderpädagogischem Förderbedarf enthalten. Zu Kindern, die eine Behinderung oder Beeinträchtigungen haben, aber keine sonderpädagogische Förderung erhalten, können auf dieser Basis keine Aussagen gemacht werden.

Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf besuchen unterschiedliche Schulformen. Der Unterricht kann inklusiv in Regelschulen oder an Förderschulen erfolgen. Die Anzahl der Schüler und Schülerinnen mit sonderpädagogischer Förderung ist von rd. 487.000 im Jahr 2005 um 4% auf rd. 508.000 im Jahr 2014 gestiegen (Abbildung 20). Gleichzeitig ist aber die Zahl der Schülerinnen und Schüler insgesamt zurückgegangen. Daher ist der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht[31] – auch als „Förderquote“ bezeichnet – im selben Zeitraum deutlich stärker gestiegen. Im Jahr 2005 lag die Förderquote bei 5,7% und stieg bis zum Jahr 2014 auf 7,0%. Das bedeutet, dass bei insgesamt sinkender Schülerzahl der relative Anteil von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung gestiegen ist.

Abbildung 20: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung (Anzahl in Tausend) und Förderquote (Anteil an allen Schüler/innen in %)



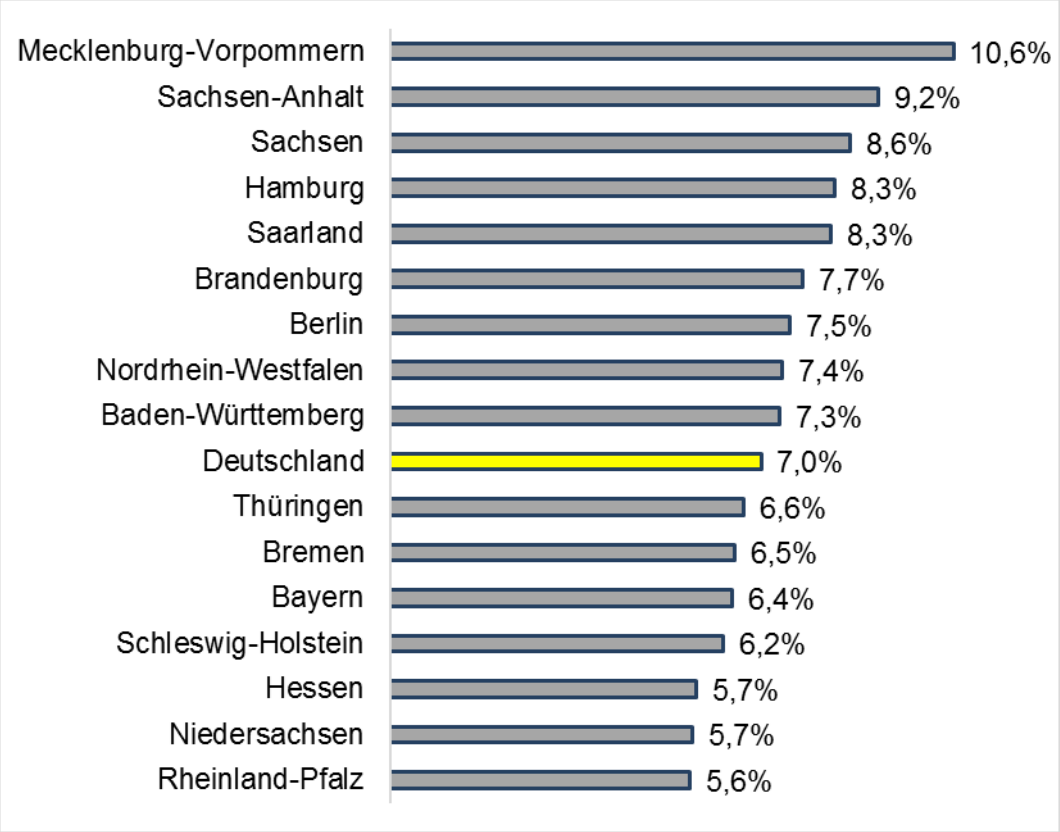
Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung an Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG.

Die Bundesländer weisen sehr unterschiedliche Förderquoten auf (Abbildung 21). Im Schuljahr 2014/2015 war die Förderquote in Mecklenburg-Vorpommern mit 10,6% am höchsten, gefolgt von Sachsen-Anhalt (9,2%), Sachsen (8,6%) und Hamburg (8,3%).

[31] Die Vollzeitschulpflicht umfasst je nach Bundesland die Klassenstufen 1 bis 9 bzw. 10 der allgemeinbildenden Schulen.

Insgesamt liegen die Förderquoten in den ostdeutschen Bundesländern über dem Bundesdurchschnitt von 7,0%. Die niedrigsten Förderquoten unter 6% haben Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz. Wie bereits bei dem Anspruch auf Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen festgestellt, so ist auch hier nicht eindeutig zu beantworten, ob und inwieweit länderspezifische Unterschiede in der Bedarfsfeststellung oder andere länderspezifische Besonderheiten zu dieser erheblichen Spreizung führen.

Abbildung 21: Förderquoten nach Bundesländern, Schuljahr 2014/15

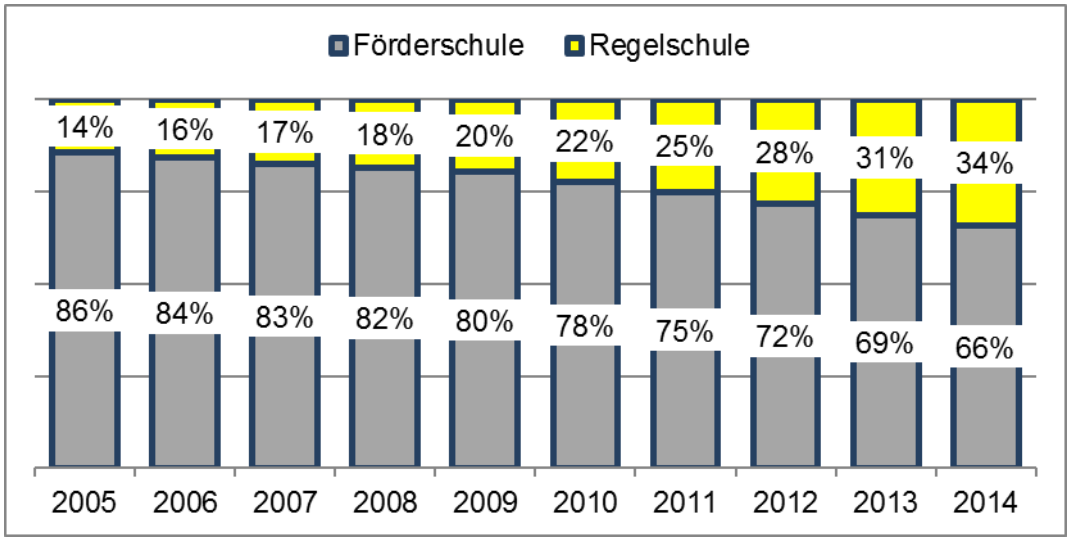


Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung an Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG.

Im Jahr 2014 nahmen 34% der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung am Unterricht in einer Regelschule teil. Dieser Anteil stieg im Zeitraum von 2005 (mit 14%) bis 2014 kontinuierlich an, d.h. immer mehr Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung besuchen eine Regelschule, während der Anteil von ihnen, der in Förderschulen unterrichtet wird, seit 2008/2009 nur geringfügig zurückgeht, nämlich von 4,9% auf 4,6% aller Schülerinnen und Schüler (sog. Exklusionsquote). Dies deutet darauf hin, dass der Inklusionsprozess auch im Bildungssystem immer weiter fortschreitet, jedoch fast ohne Bezug zum Abbau von Förderschulen. Der Anstieg der Förderquote könnte auf einen bisher verdeckten Förderbedarf hinweisen. Mögliche Gründe können auch darin liegen, dass sich die Instrumente und Vorgehensweisen bei der Feststellung von Förderbedarf verändert haben (Döttinger & Hollenbach-Biele, 2015). „Ein

weiterer Grund für den Anstieg der Quoten könnte sein, dass ein […] sonderpädagogischer Förderbedarf in Gesellschaft und Bildungssystem heute stärker akzeptiert ist. Es ist zu vermuten, dass Eltern und Kinder im Zuge der Diskussionen über Inklusion ihre Ängste vor der offiziellen Feststellung eines Förderbedarfs abbauen und mehr darauf vertrauen, dass die Kinder eben nicht stigmatisiert oder exkludiert werden, sondern gemeinsam mit allen anderen lernen und dadurch besser gefördert werden können“ (ebd., 37 f.). Festgestellte Förderbedarfe sichern der einzelnen Schule aber auch zusätzliche Ressourcen (über die möglichen Gründe für einen Anstieg der Förderquoten in den Ländern vgl. Döttinger & Hollenbach-Biele, 2015). Im Jahr 2014 besuchten 66% der Kinder und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf und damit nach wie vor die deutliche Mehrheit eine Förderschule (Abbildung 22).

Abbildung 22: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in Förderschulen und Regelschulen, 2005 bis 2014

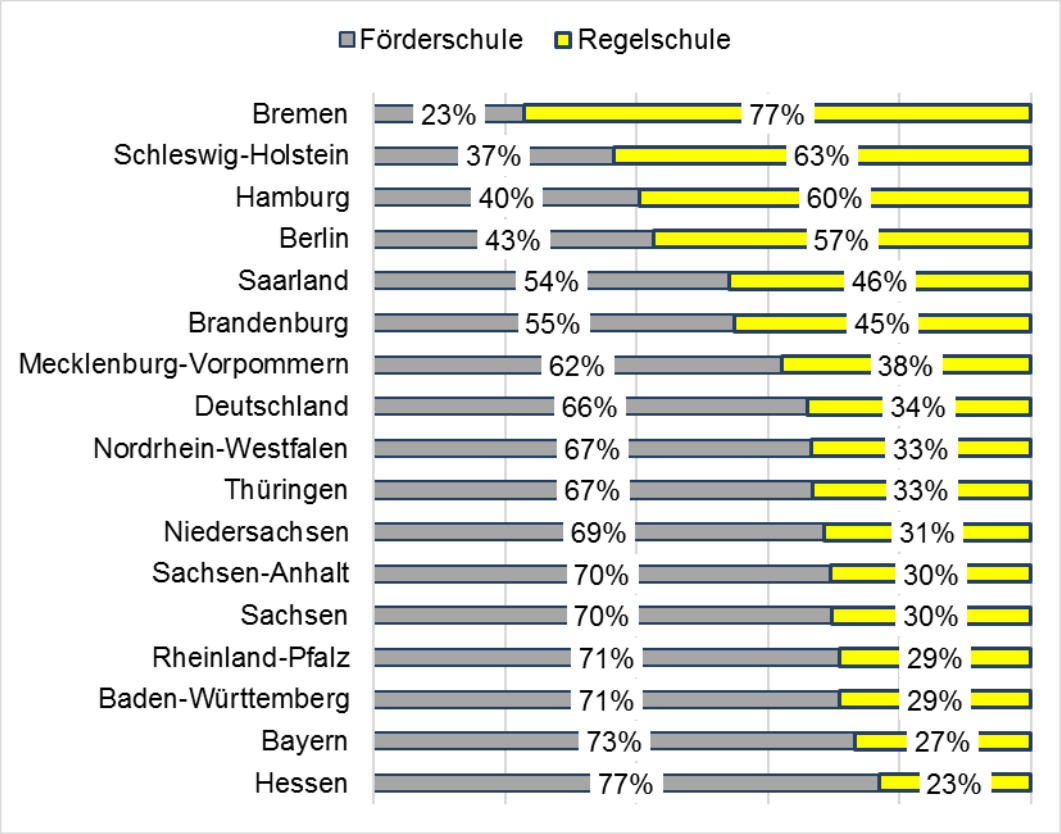


Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung an Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG

Für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bestehen besondere Barrieren im Zugang zu Bildung (vgl. dazu Teil III, Kapitel 1).

Wie die Förderquoten insgesamt, so unterscheidet sich auch die Verteilung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung auf Förderschulen oder Regelschulen zwischen den Bundesländern (Abbildung 23).

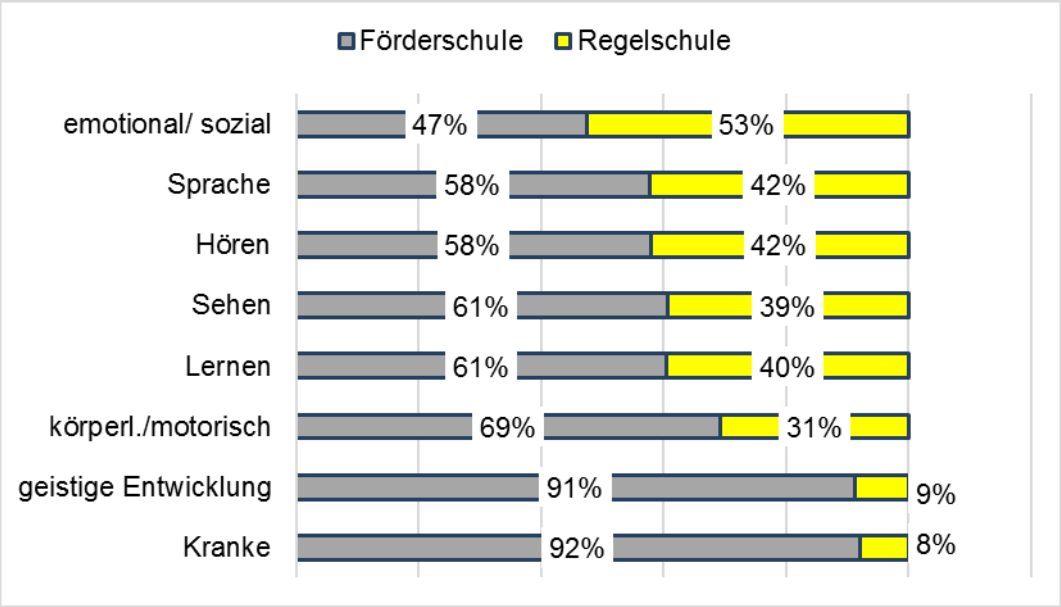
Abbildung 23: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in Förderschulen und Regelschulen nach Ländern, Schuljahr 2014/2015



Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung an Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG.

In Bremen (77%), Schleswig-Holstein (63%), Hamburg (60%) und Berlin (57%) nahmen im Schuljahr 2014/2015 mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit sonderpädagogischer Förderung am Unterricht in Regelschulen teil. In Hessen ist dieser Anteil mit 23% am niedrigsten. Wie viele Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung eine Regelschule statt einer Förderschule besuchen, variiert auch nach der Art des Förderbedarfs. Am häufigsten wurden im Schuljahr 2014/2015 Schüler und Schülerinnen mit Förderbedarf im Bereich der emotionalen oder sozialen Entwicklung an Regelschulen unterrichtet (47%; Abbildung 24). Von den Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Sprache, Hören und Sehen besuchen zwischen 39% und 42% eine Regelschule. 31% der Schüler und Schülerinnen mit einem Förderbedarf der körperlichen und motorischen Entwicklung besuchen eine Regelschule. In den Förderschwerpunkten Krankheit und geistige Entwicklung ist der Besuch einer Regelschule eher selten (8-9%).

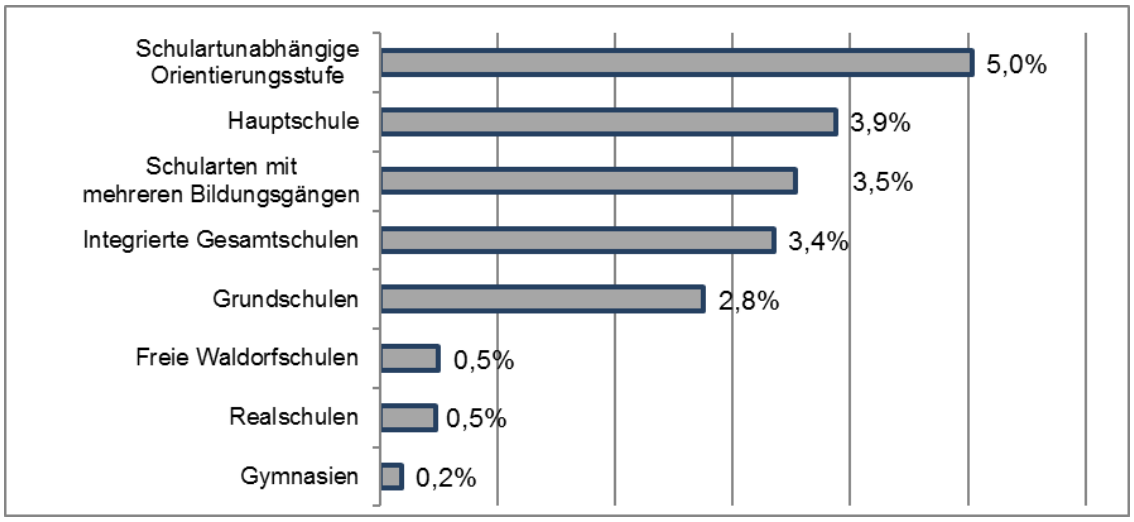
Abbildung 24: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in Förderschulen und Regelschulen nach Förderschwerpunkt, Schuljahr 2014/15



Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung an Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG.

Der überwiegende Teil der Schüler und Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf wird nach wie vor in Förderschulen unterrichtet. Wie Abbildung 25 zeigt, lag im Schuljahr 2014/2015 der höchste Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Regelschulen mit 5% in schulartunabhängigen Orientierungsstufen. In Hauptschulen (3,9%), in Schularten mit mehreren Bildungsgängen (3,5%) und in Integrierten Gesamtschulen (3,4%) lag er über 3%, in Grundschulen (2,8%) knapp darunter. Deutlich unter 1% lag dieser Anteil dagegen in Waldorfschulen (0,5%), Realschulen (0,5%) und vor allem in Gymnasien (0,2%).

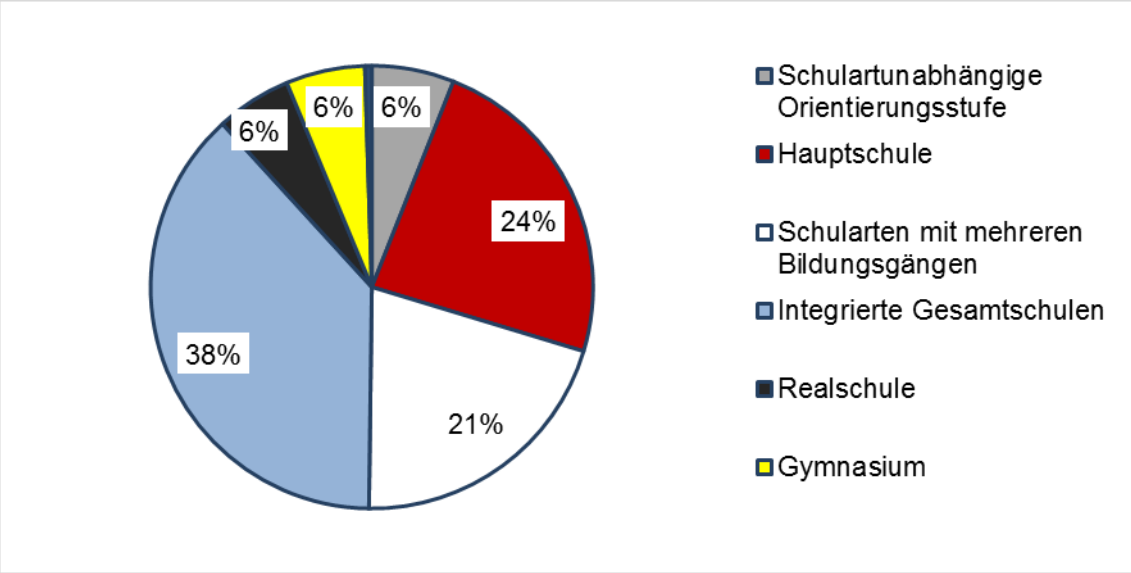
Abbildung 25: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung nach Schulform, Schuljahr 2014/15



Quelle: Statistisches Bundesamt (2015a), Berechnung des ISG

An weiterführenden allgemeinen Schulen besucht die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung eine Integrierte Gesamtschule (38%), gefolgt von der Hauptschule (24%). 21% gehen auf Schularten mit mehreren Bildungsgängen und jeweils 6% auf eine schulartunabhängige Orientierungsstufe,[32] ein Gymnasium oder eine Realschule (Abbildung 26).

Abbildung 26: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an weiterführenden Schulen nach Schulform, Schuljahr 2014/2015



Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung an Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG

Neben Unterschieden im Zugang zu regulären Formen der schulischen Bildung sind weiterhin non-formale und informelle Bildungskomponenten zu berücksichtigen, die unterschiedliche Chancen zur Folge haben. Diese Komponenten reichen von der Teilnahme an Klassenfahrten über Praktika während der Schulzeit und die Möglichkeit zur Teilnahme an freiwilligen schulischen Veranstaltungen bis hin zur Wahrnehmung von Auslandsaufenthalten. Derartige Lernerfahrungen erhalten zunehmendes Gewicht. Ob Schülerinnen und Schüler mit Beeinträchtigungen diese Möglichkeiten in gleicher Weise nutzen können wie Schülerinnen und Schüler ohne Beeinträchtigungen ist nicht bekannt, verdient aber zunehmend Beachtung.

[32] Schulartunabhängige Orientierungsstufen sind schulartübergreifende Einrichtungen der Klassenstufen 5 und 6. Soweit die Orientierungsstufen aus organisatorischen Gründen bei einzelnen Schularten integriert sind, werden sie – ohne die Möglichkeit einer Trennung – bei diesen nachgewiesen. In Rheinland-Pfalz bilden alle Klassen der Klassenstufen 5 und 6 in der Hauptschule, Realschule und dem Gymnasium die Orientierungsstufe; sie ist schulartabhängig oder schulartübergreifend eingerichtet. Auch wenn sie schulartübergreifend geführt wird, gehört sie organisatorisch zu einer der beteiligten Schulen, sie wird deshalb statistisch den beteiligten Schularten zugeordnet (Statistisches Bundesamt, 2010).

2.2.2 Unterricht an Förderschulen

Förderschulen haben in der Regel den gleichen Bildungsauftrag wie die übrigen allgemeinbildenden Schulen. Sie dienen der Förderung und Betreuung körperlich, geistig und seelisch beeinträchtigter sowie sozial gefährdeter Kinder, die nicht oder nicht mit ausreichendem Erfolg in Regelschulen unterrichtet werden können (Statistisches Bundesamt, 2015a). Im Jahr 2014 gab es in Deutschland insgesamt 2.072 Förderschulen mit Ganztagsschulbetrieb (Tabelle 22). Dies entspricht 69% aller Förderschulen. Die Anzahl der Förderschulen mit Ganztagsschulbetrieb ist seit dem Jahr 2009 kontinuierlich gestiegen. Förderschulen zählen damit zu den Schularten, die am häufigsten ein Ganztagsangebot haben (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2014). Ihre Zahl ist im selben Zeitraum gestiegen, d.h. die Ganztagsbetreuung wurde weiter ausgebaut, und die nachmittägliche Betreuung von Schulkindern gewinnt an Bedeutung.

Bei dieser Entwicklung ist zu berücksichtigen, dass für die Nachmittagsbetreuung nach dem Schulunterricht in Förderschulen die wegen der Beeinträchtigung des Kindes erforderlichen Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe bedürftigkeitsunabhängig (d.h. unabhängig von Einkommen und Vermögen der Eltern) geleistet werden. Notwendige Assistenzleistungen in allgemeinen Schulen werden nur dann bedürftigkeitsunabhängig gewährt, wenn sie auf dem Schulweg, während des Schulunterrichts und in den Schulpausen erforderlich sind. Die Unterstützung einer Nachmittagsbetreuung, die auch dazu dienen kann, den Eltern eine Vollzeit-Erwerbstätigkeit zu ermöglichen, wird hingegen den bedürftigkeitsabhängigen Leistungen zur sozialen Teilhabe zugerechnet. Die Eltern müssen in dem Fall, dass sie für ihr förderbedürftiges Kind die Nachmittagsbetreuung in einer allgemeinen Schule in Anspruch nehmen wollen, einen Kostenbeitrag für die Unterstützungsleistungen erbringen.

Tabelle 22: Förderschulen in Deutschland im Ganztagsschulbetrieb

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Förderschulen mit Ganztagsschulbetrieb	2.004	2.034	2.075	2.078	2.076	2.072
Anteil an allen Förderschulen	61,7%	63,1%	65,4%	65,7%	67,3%	69,0%

Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung an Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG

Im Zeitverlauf seit 2009 ist die Zahl der Schülerinnen und Schüler gestiegen, die in einer Förderschule mit Ganztagsbetreuung unterrichtet werden. Im Jahr 2014 besuchte rd. die Hälfte aller Schülerinnen und Schüler an Förderschulen eine Schule mit Ganztagsbetreuung (Tabelle 23).

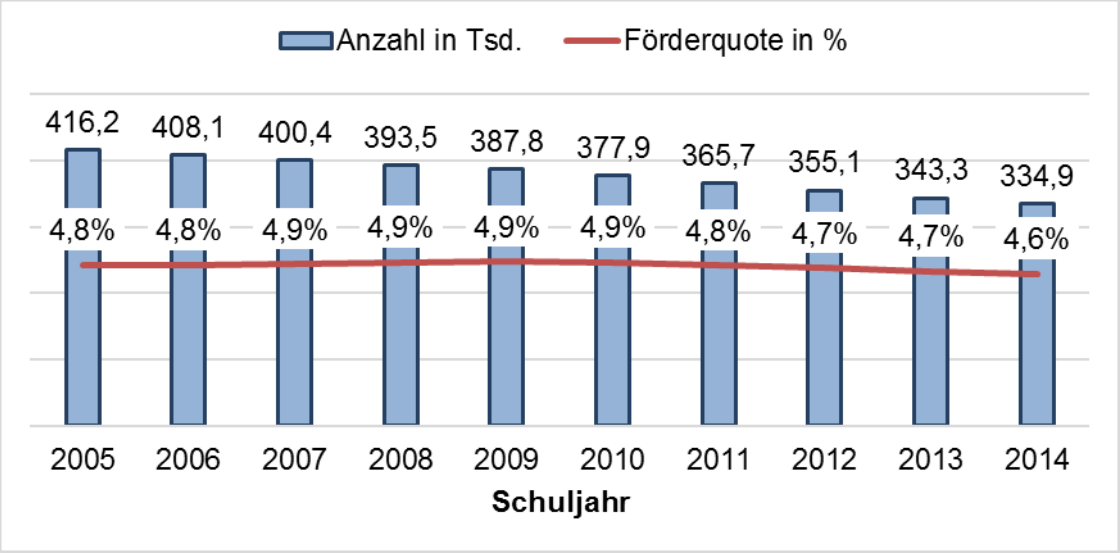
Tabelle 23: Schülerinnen und Schüler an Förderschulen mit Ganztagsschulbetrieb und Anteil an allen Schülerinnen und Schülern mit Ganztagsschulbetrieb

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anzahl Schülerinnen und Schüler	169.734	167.119	168.327	166.821	167.730	171.571
Anteil an allen Schülerinnen und Schülern an Förderschulen	44,8%	45,3%	47,3%	48,3%	50,2%	52,7%

Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung an Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG

In Förderschulen wurden im Jahr 2014 insgesamt knapp 335.000 Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf unterrichtet, dies sind 4,6% aller Schülerinnen und Schüler im Alter der Vollzeitschulpflicht (Abbildung 27). Dieser Anteil hat sich von 2005 bis 2011 kaum verändert und ist seither leicht zurückgegangen. Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, die in Förderschulen unterrichtet werden, ist in diesem Zeitraum um 81.000 bzw. 20% zurückgegangen. Die Zahl der Schülerinnen und Schüler insgesamt ist in diesem Zeitraum um 15% zurückgegangen. Der stärkere Rückgang in Förderschulen steht mit der zunehmenden Zahl von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung in Zusammenhang, die in Regelschulen unterrichtet werden (vgl. Abschnitt 2.2.1).

Abbildung 27: Schülerinnen und Schüler an Förderschulen und Förderquote



Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung an Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG.

Die Mehrheit aller Förderschülerinnen und Förderschüler ist männlich (64,4%). Der Förderschwerpunkt „Lernen“ ist mit rd. 35% der umfangreichste, rd. 40% der Förderschülerinnen und rd. 32% der Förderschüler weisen diesen Förderbedarf auf (Tabelle 24). Mit rd. 22% steht der Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“ an zweiter Stelle, diesen Förderbedarf haben rd. 22% der Förderschüler und rd. 24% der Förderschülerinnen. Rd.

11% der Förderschülerinnen und Förderschüler haben einen Förderbedarf im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung, hier ist der Anteil an den Förderschülern mit rd. 15% deutlich höher als der Anteil an den Förderschülerinnen mit rd. 5%. Die wenigsten Schülerinnen und Schüler finden sich im Schwerpunkt „Sehen“ mit 1,4% (1,3% der Jungen und 1,7% der Mädchen).

Tabelle 24: Schülerinnen und Schüler an Förderschulen nach Förderschwerpunkten und Geschlecht, Schuljahr 2014/15

	Insgesamt		Jungen		Mädchen	
Förderschwerpunkt	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Lernen	116.036	34,6%	69.142	32,1%	46.894	39,3%
Sehen	4.787	1,4%	2.818	1,3%	1.969	1,7%
Hören	10.734	3,2%	6.492	3,0%	4.242	3,6%
Sprache	31.819	9,5%	22.182	10,3%	9.637	8,1%
Körperliche und motorische Entwicklung	24.621	7,3%	15.653	7,3%	8.968	7,5%
Geistige Entwicklung	74.489	22,2%	46.319	21,5%	28.170	23,6%
Emotionale und soziale Entwicklung	38.316	11,4%	32.198	14,9%	6.118	5,1%
Förderschwerpunkt übergreifend	14.019	4,2%	8.644	4,0%	5.375	4,5%
Ohne Zuordnung	9.724	2,9%	6.476	3,0%	3.248	2,7%
Kranke	10.463	3,1%	5.796	2,7%	4.667	3,9%
Insgesamt	335.008	100%	215.720	100%	119.288	100%

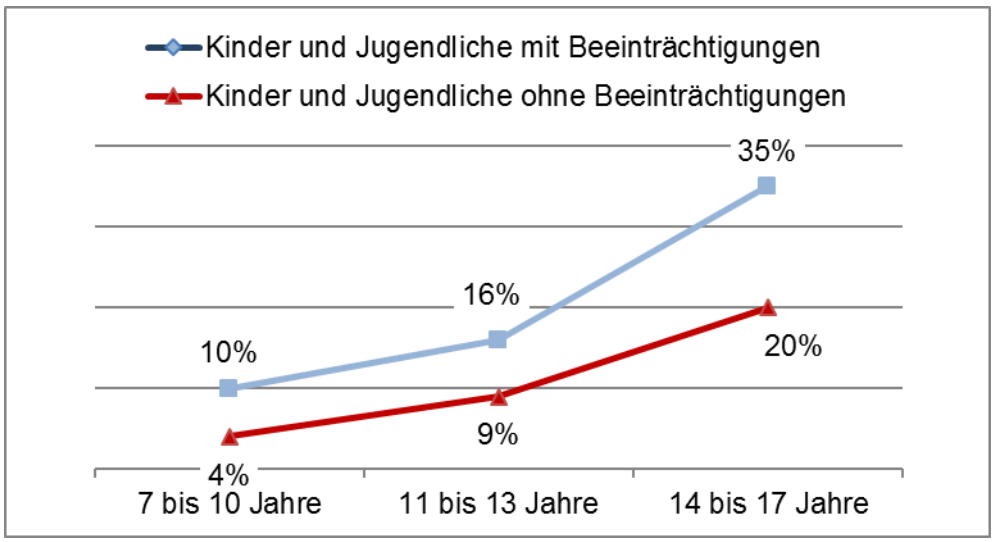
Quelle: Statistisches Bundesamt (2015a), Berechnung des ISG.

Unter den insgesamt 335.008 Förderschülern befinden sich 33.737 ausländische Schülerinnen und Schüler. Dies entspricht einem Anteil von rd. 10% (Statistisches Bundesamt, 2015). Ausländische Schülerinnen und Schüler sind besonders häufig dem Förderschwerpunkt Lernen zugeordnet. Rd. 43% aller ausländischen Förderschülerinnen und Förderschüler weisen diesen Förderschwerpunkt auf (KMK, 2016: XXII).

Weitere Informationen zum Schulverlauf von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen lassen sich der KiGGS-Studie entnehmen. Abbildung 28 bezieht sich auf die Basiserhebung aus den Jahren 2003 bis 2006. Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigung[33] in der Schulzeit häufiger eine Klasse wiederholen als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen (für weitere Ausführungen vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 99 f.).

[33] Dies ist ein weiter gefasster Personenkreis als in der KMK-Statistik, die sich nur auf Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischer Förderung bezieht.

Abbildung 28: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die seit dem Schuleintritt mindestens eine Klasse wiederholt haben, nach Alter



Quelle: KiGGS 2003-2006, Antworten basieren auf Elternfragebogen, Berechnung der Prognos AG (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a).

Die Differenzierung nach Geschlecht zeigt, dass Jungen insgesamt häufiger in ihrer Schulzeit eine Klasse wiederholen als Mädchen (Tabelle 25). Besonders groß sind die Unterschiede bei den Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren: 45% der Jungen mit Beeinträchtigungen in diesem Alter sind mindestens einmal nicht versetzt worden. Bei den Jungen ohne Beeinträchtigungen ist dieser Anteil mit 24% deutlich geringer. Der Anteil der Mädchen im vergleichbaren Alter liegt sowohl bei denen mit Beeinträchtigungen als auch ohne Beeinträchtigungen unter diesem Wert.

Tabelle 25: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die seit dem Schuleintritt mindestens eine Klasse wiederholt haben, nach Alter und Geschlecht

	Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen		Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen	
Alter in Jahren	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, Antworten basieren auf Elternfragebogen. Berechnung der Prognos AG (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a).

2.2.3 Bildung im Schulalter aus Sicht von Schülern, Eltern und Lehrkräften

Die Frage, wie Inklusion im Bildungssystem umgesetzt wird und wie die Rahmenbedingungen dafür gestaltet sein müssen, wird viel diskutiert. So gab es z.B. auf der 6. Nürnberger Bildungskonferenz „Inklusive Bildung im Lebenslauf“ im Dezember 2014 ein Forum, das die schulische Bildung aus der Elternperspektive thematisierte. Ein Ergebnis der Diskussion war, dass die Entwicklung eines inklusiven Schulsystems ein langjähri-

ger, aber sehr wichtiger Prozess sei. Allerdings sollten bei diesem Prozess Förderschulen erhalten bleiben, solange nur diese die notwendigen Rahmenbedingungen bieten könnten. Vor allem das Wahlrecht zwischen Regelschule und Förderschule sei aus Elternperspektive wichtig (Bildungsbüro Stadt Nürnberg, 2014: 11). Repräsentative Daten zur Einschätzung und Bewertung der Bildungsangebote für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen aus Schüler- und Elternsicht liegen nicht vor.

Von entscheidender Bedeutung für das Gelingen eines inklusiven Unterrichts sind auch die Einstellungen der Lehrkräfte. Eine bundesweite Befragung von 1.003 Lehrerinnen und Lehrern aus dem Jahr 2015 lässt in dieser Hinsicht jedoch deutliche Vorbehalte erkennen. So halten es 41% der Befragten auch im Falle von ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen für sinnvoll, dass Kinder mit Beeinträchtigungen in speziellen Förderschulen unterrichtet werden. Diese Einschätzung wird auch von 45% der Lehrkräfte in Förderschulen geäußert. Als Argumente gegen einen gemeinsamen Unterricht von Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen werden u.a. mangelnde individuelle Fördermöglichkeiten und finanziell begrenzte Ressourcen der Schulen genannt. Weitere Probleme können demnach in einer Überforderung von Kindern mit Beeinträchtigungen in der Regelschule einerseits und in einer Überforderung der Lehrkräfte andererseits bestehen. Jedoch erachten insgesamt 57% der Befragten einen gemeinsamen Unterricht von Kindern mit und ohne Beeinträchtigung für sinnvoll. Als Argumente für einen gemeinsamen Unterricht werden die Förderung sozialer Kompetenzen (Toleranz) und eine bessere Integration von Kindern mit Beeinträchtigungen genannt (Forsa, 2015).

2.2.4 Qualität und Barrierefreiheit von schulischen Bildungsangeboten

Ziel einer inklusiven Schule ist, allen Kindern und Jugendlichen unabhängig von „finanziellen, ethnischen, kognitiven oder religiösen Voraussetzungen die gleichen Bildungschancen“ zu eröffnen (Antoni, 2012: 1). In der aktuellen Fachdiskussion stellt sich daher die Frage, wie „Bildungsgerechtigkeit“ zu definieren ist und worauf sie sich konkret bei Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen bezieht (Ahrbeck, 2014). Wegen der großen Variationsbreite von Formen des gemeinsamen Unterrichts einerseits und fehlenden empirischen Daten andererseits lassen sich keine Aussagen zur Form und Qualität des Unterrichts für Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf machen. Teilweise werden auch gleiche Begriffe unterschiedlich definiert: „Gemeinsamer Unterricht ist demnach nicht gleichzusetzen mit inklusivem Unterricht“ (Werning & Thoms, 2015: 256).

Ein mögliches Qualitätskriterium des Unterrichts von Schülerinnen und Schülern mit Förderbedarf ist die fachliche Qualifikation der Lehrkräfte und weiterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bildungswesens. In Artikel 24 Absatz 4 UN-BRK wird z.B. die Notwendigkeit von speziell geschulten Lehrkräften (z.B. im Bereich von Brailleschrift und Gebärdensprache) betont. Die Schulung des Personals solle demnach grundsätzlich auch auf eine Schärfung des Bewusstseins für die Bedürfnisse von Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen abzielen und die Lehrkräfte für die Verwendung von geeigneten

Formen der Kommunikation, pädagogischen Verfahren und Materialien sensibilisieren. Entsprechende Daten liegen bislang jedoch nicht vor. Eine Voraussetzung für den Zugang zu Bildungsangeboten ist die barrierefreie Gestaltung von schulischen Einrichtungen. Hierbei ist zu beachten, dass je nach Art der individuellen Beeinträchtigungen unterschiedliche Anforderungen an die bauliche Gestaltung und technische Ausstattung gegeben sind. Repräsentative Daten zum Stand der Barrierefreiheit in Schulen liegen nicht vor, so dass hierzu keine Einschätzung getroffen werden kann.

2.3 Berufliche Bildung

Die Phase der beruflichen Ausbildung ist entscheidend dafür, wie gut der Einstieg in das Arbeitsleben gelingt. An dieser Schnittstelle zwischen Schule und Beruf setzt eine Reihe von Unterstützungsmaßnahmen an, um Jugendlichen mit Beeinträchtigungen einen möglichst gelingenden Zugang zur Erwerbstätigkeit zu erschließen.

2.3.1 Formen der beruflichen Ausbildung

Das Berufsbildungsgesetz (BBiG) ist die gesetzliche Grundlage für die Berufsausbildung von Menschen mit Beeinträchtigungen im dualen System. Dort ist das Recht verankert, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ebenso wie Menschen ohne Beeinträchtigungen in anerkannten Ausbildungsberufen ausgebildet werden sollen (§ 64 BBiG). Dabei sollen die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt werden; dies gilt insbesondere für die zeitliche und sachliche Gliederung der Ausbildung (§ 65 Absatz 1 BBiG). Die berufliche Qualifizierung im Rahmen einer dualen Ausbildung erfolgt in Betrieben mit parallelem Unterricht in einer Berufsschule. Ziel dieser Ausbildung, die je nach Fachrichtung zwischen zwei und dreieinhalb Jahren dauert, ist ein Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf. Die Ausbildungsplätze können sowohl in Betrieben der Wirtschaft als auch in vergleichbaren Einrichtungen außerhalb der Wirtschaft, insbesondere des öffentlichen Dienstes, der Angehörigen freier Berufe und in Haushalten angesiedelt sein (§ 2 Absatz 1 BBiG).

Die berufliche Bildung von Menschen mit Beeinträchtigungen kann somit in verschiedenen Formen erfolgen. Die größte Praxis- und Arbeitsmarktnähe ist bei einer betrieblichen Ausbildung gegeben. Für Jugendliche, denen wegen Art oder Schwere der Beeinträchtigung eine allgemeine betriebliche Ausbildung nicht möglich ist, besteht alternativ das Angebot einer außerbetrieblichen Ausbildung in Berufsbildungswerken oder vergleichbaren Einrichtungen. In Berufsbildungswerken besteht zudem die Möglichkeit einer verzahnten Ausbildung mit größerer Betriebsnähe. Hierbei werden mindestens sechs Monate der praktischen Ausbildung nicht im Berufsbildungswerk absolviert, sondern in einem Unternehmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009b). Im Rahmen einer betrieblichen Ausbildung können Maßnahmen der Assistierten Ausbildung zum Einsatz kommen (Bundesagentur für Arbeit, 2015b). Seit dem Jahr 2013 besteht auch die Möglichkeit der begleiteten betrieblichen Ausbildung für Menschen mit besonderem Förderbedarf (Bundesagentur für Arbeit 2016a).

Weiterhin ist zu unterscheiden zwischen einer Ausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen und einer an die besondere Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen angepassten Ausbildungsregeln (Fachpraktiker-Ausbildung) mit reduzierten Anforderungen (sog. Berufe für Menschen mit Behinderung). In den Fällen, in denen aufgrund der Art und Schwere der Beeinträchtigung eine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf nicht in Betracht kommt, treffen die zuständigen Stellen auf Antrag individuelle Ausbildungsregelungen nach § 66 BBiG oder § 42m Handwerksordnung (HwO). Zurzeit gibt es entsprechende Ausbildungsregelungen in 68 Bereichen.[34]

2.3.2 Ausbildungseinstieg

Der Übergang von der Schule in die Ausbildung ist eine wichtige Schlüsselpassage, die großen Einfluss auf den weiteren Lebensverlauf hat. Ist das Ziel die Aufnahme einer regulären Ausbildung, erleben Menschen mit Beeinträchtigungen oftmals besondere Schwierigkeiten: „Die Rahmenbedingungen für einen erfolgreichen Übergang von der Schule in die Berufsausbildung und die betriebliche Übernahme sind in den letzten Jahren deutlich komplexer geworden. Ein nahtloser Wechsel in die betriebliche Ausbildung und auf den ersten Arbeitsmarkt stellt für viele Jugendliche mit Behinderung eher die Ausnahme dar“ (Niehaus & Kaul, 2012: 7).

Eine wesentliche Hürde für Jugendliche mit Beeinträchtigungen bildet ihr oftmals geringes schulisches Qualifikationsniveau. Vor allem junge Menschen ohne Hauptschulabschluss haben besondere Schwierigkeiten beim Übergang von der Schule in den Beruf bzw. in eine Ausbildung. Im Jahr 2012 mündeten knapp drei Viertel der Jugendlichen ohne Hauptschulabschluss nach Verlassen der Schule in das Übergangssystem (berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen) ein (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2014). Im Jahr 2014 verließen 71% der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen diese ohne Hauptschulabschluss (KMK, 2016: XXI). Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, einen allgemeinbildenden Abschluss an einer beruflichen Schule nachträglich zu erwerben. Daten darüber, wie viele Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf nachträglich einen solchen Abschluss an einer beruflichen Schule erwerben, werden in den relevanten Statistiken bislang jedoch nicht erhoben (Niehaus & Kaul, 2012).

Das Angebot an Ausbildungsplätzen ist in den letzten Jahren zurückgegangen. Im Jahr 2014 wurden bundesweit 559.300 Ausbildungsplatzangebote registriert (-3.900 bzw. -0,7% im Vergleich zum Vorjahr), darunter waren 539.200 betriebliche Angebote (-2.400 bzw. -0,4% im Vergleich zum Vorjahr) und 20.100 außerbetriebliche Angebote (-1.500 bzw. -7,1% im Vergleich zum Vorjahr) (Matthes et al., 2015). Förderschulabsol-

[34] http://www.planet-beruf.de/schuelerinnen/mein-beruf/berufe-von-a-z/uebersicht-der-ausbildungsberufe-fuer-menschen-mit-behinderung.

ventinnen und -absolventen mit und ohne (Hauptschul-)Abschluss konkurrieren mit Absolventinnen und Absolventen der Hauptschulen um einen schmaler werdenden Bereich von Ausbildungsplätzen (Galiläer, 2011). Repräsentative Daten darüber, wie sich Übergänge zwischen Schule und Ausbildung bei Menschen mit Beeinträchtigungen gestalten, liegen bislang nicht vor. Die bisher vorliegenden Studien in diesem Bereich beziehen sich vor allem auf Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen und behandeln oftmals sehr spezifische Fragestellungen. Somit sind auch verallgemeinerbare Aussagen darüber, welche Zugangswege in eine Berufsausbildung Menschen mit Beeinträchtigungen nutzen, welchen Problemen sie hierbei begegnen und welche Unterstützungsleistungen sie in diesem Zusammenhang nutzen, nicht möglich. „Aus der Perspektive der Ausbildungsanbieter ist ebenfalls nicht erforscht, wie die Rekrutierungsprozesse von Auszubildenden und speziell von Auszubildenden mit Behinderungen standardisiert sind und welche Maßnahmen zur Integration und Inklusion in betriebliche Strukturen angewendet werden“ (Niehaus & Kaul, 2012: 69).

Eine explorative Studie, bei der 14 Personen über Erfahrungen in Rekrutierungs- und Ausbildungsprozessen befragt wurden (darunter auch vier Jugendliche mit Beeinträchtigung), kommt zu dem Ergebnis, dass junge Menschen mit Beeinträchtigungen oftmals die Erfahrung machen, trotz fachlich gleichwertiger Qualifikationen aufgrund behinderungsbedingter Einschränkungen anderen Jugendlichen in Auswahlverfahren unterlegen zu sein. Seitens der Ausbildungsanbieter wird dagegen angegeben, dass Jugendliche mit Beeinträchtigungen häufig nicht den kognitiven oder körperlichen Anforderungen der Ausbildung und Beschäftigung in ihrem Unternehmen gewachsen seien (Niehaus & Kaul, 2012). Forschungsdefizite in Bezug auf die Gestaltung von Übergängen zwischen Schule und Ausbildung bestehen auch mit Blick darauf, ob Menschen mit Beeinträchtigungen eine Ausbildung gemäß ihrem individuellen Ausbildungswunsch beginnen können. Derzeit liegen zu dieser Thematik keine repräsentativen Daten vor.

2.3.3 Auszubildende

In Deutschland befanden sich zum Ende des Jahres 2014 gut 1,4 Mio. Menschen in Ausbildung (rd. 60% männliche und 40% weibliche Auszubildende). Hierunter waren rd. 25.000 Auszubildende, die eine Ausbildung in Berufen für Menschen mit Beeinträchtigungen nach §§ 64ff BBiG bzw. § 42m HwO absolvieren. Die Zahl der Ausbildungsverhältnisse ist insgesamt rückläufig, seit 2007 ist sie um 15% zurückgegangen, wobei der Rückgang der Ausbildungsverhältnisse in besonderen Berufen für Menschen mit Behinderungen überdurchschnittlich hoch ist (-37%).[35]

[35] „Datensystem Auszubildende“ des Bundesinstituts für Berufsbildung auf Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, abrufbar unter: https://www.bibb.de/dazubi (11.05.2016), Berechnung des ISG. - Die Zahl der Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren ist in diesem Zeitraum um rd. 4% gesunken, in dieser Größenordnung liegt somit der demografische Anteil an dieser Entwicklung.

In allgemeinen Ausbildungsberufen wurden nach den Angaben von Betrieben mit 20 oder mehr Arbeitsplätzen im Durchschnitt des Jahres 2012 rd. 6.500 schwerbehindere oder gleichgestellte Menschen ausgebildet. Die Anzahl der schwerbehinderten Auszubildenden nahm dabei in den letzten zehn Jahren von 4.411 Ausbildungsverhältnissen im Jahr 2003 kontinuierlich zu (+47%) (Bundesagentur für Arbeit, 2014). Über zukünftige Entwicklungen im Ausbildungsbereich geben neu abgeschlossene Ausbildungsverträge Aufschluss. Neuabschlüsse sind definiert als die in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach BBiG bzw. HwO eingetragenen Berufsausbildungsverträge, die im jeweiligen Kalenderjahr begonnen haben und die am 31. Dezember noch bestehen (Definition bis 2006) bzw. die bis zum 31. Dezember nicht gelöst wurden (Definition seit 2007); dabei werden nur solche Ausbildungsverhältnisse erfasst, die auch angetreten wurden. Zudem ist zu beachten, dass Neuabschlüsse nicht mit Ausbildungsanfängern gleichzusetzen sind, da Ausbildungsverträge auch dann neu abgeschlossen werden, wenn sogenannte Anschlussverträge vorliegen oder wenn nach Abschluss einer dualen Berufsausbildung noch eine Zweitausbildung begonnen wird. Außerdem schließt ein Teil der Auszubildenden mit vorzeitiger Lösung eines Ausbildungsvertrages bei Wechsel des Ausbildungsbetriebs und/ oder des Ausbildungsberufs erneut einen Ausbildungsvertrag ab.[36]

Im Jahr 2014 gab es insgesamt rund 518.000 Neuabschlüsse, darunter knapp 9.600 in Berufen für Menschen mit Behinderung (2%; Tabelle 26). Die Anzahl der Neuabschlüsse insgesamt ist im Zeitraum von 2007 bis 2014 kontinuierlich um 17% zurückgegangen. Noch stärker ist der Rückgang bei den Neuabschlüssen in Berufen für Menschen mit Behinderung (-38%). Seit 2010 ist auch der Anteil der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge in Berufen für Menschen mit Behinderung geringer geworden. Ob dieser Rückgang darauf zurückzuführen ist, dass nur ein kleiner Teil der Jugendlichen mit Beeinträchtigungen nach dem Schulabschluss eine solche Ausbildung anstrebt und dass es mehr von ihnen gelingt, eine reguläre Ausbildung zu machen, ist nicht bekannt. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in Berufen für Menschen mit Behinderung das Angebot übersteigt (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2014).

[36] „Datensystem Auszubildende“ des Bundesinstituts für Berufsbildung 2016, a.a.O., Berechnung des ISG.

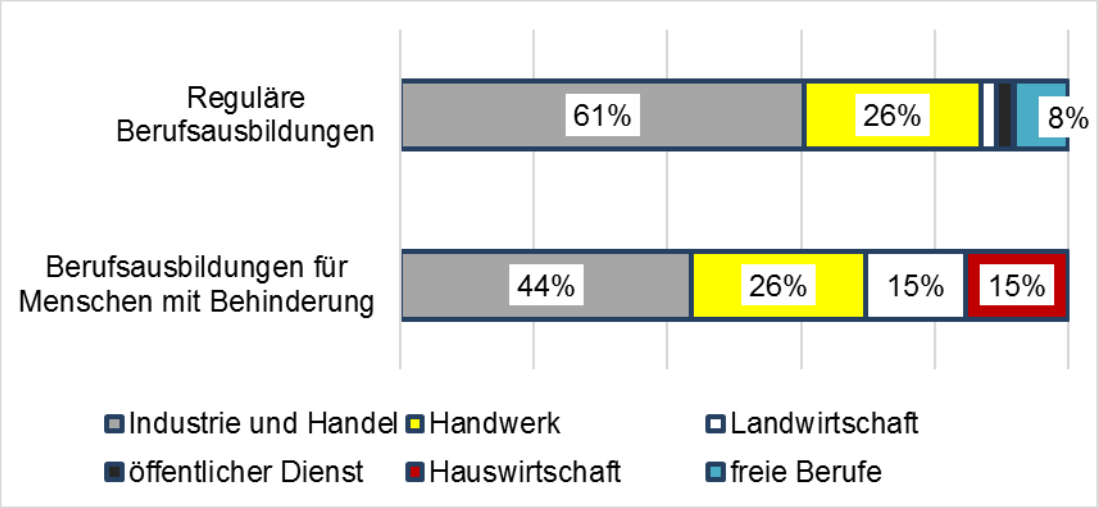
Tabelle 26: Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen

Jahr	Neuabschlüsse insgesamt	darunter in Berufen für Menschen mit Behinderung	Anteil
2007	624.177	15.474	2,5%
2008	607.566	14.841	2,4%
2009	561.171	14.178	2,5%
2010	559.032	12.336	2,2%
2011	565.824	11.625	2,1%
2012	549.003	10.380	1,9%
2013	525.897	10.224	1,9%
2014	518.394	9.588	1,8%
Veränderung 2007-2014	-17%	-38%	

Quelle: BiBB, Auszubildenden-Daten der Berufsbildungsstatistik 2014 (Datenabruf in DAZUBI), Berechnung des ISG.

Im öffentlichen Dienst sowie in den freien Berufen gab es im Jahr 2014 keine Neuabschlüsse in Berufen für Menschen mit Behinderung (Abbildung 29). Diese Ausbildungsberufe werden im Vergleich zu den regulären Ausbildungsberufen häufiger in den Bereichen Landwirtschaft und Hauswirtschaft angeboten.

Abbildung 29: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in regulären Ausbildungsberufen und in Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderung nach Zuständigkeitsbereichen (2014)



Quelle: BiBB, Auszubildenden-Daten der Berufsbildungsstatistik 2014 (Datenabruf in DAZUBI), Anteile unter 2% werden in der Abbildung aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht dargestellt, Berechnung des ISG.

Deutliche Unterschiede zwischen regulären Berufsausbildungen und Berufsausbildungen für Menschen mit Behinderung zeigen sich bei einer nach Geschlecht differenzierten

Betrachtung der Arbeitsbereiche (Tabelle 27). 37% der Frauen, die einen Ausbildungsvertrag nach § 66 BBiG bzw. § 42m HwO abschließen, machen eine Ausbildung im Bereich Hauswirtschaft. In den regulären Berufsausbildungen trifft dies nur auf 0,4% der Frauen zu. Auch im Bereich der Landwirtschaft zeigen sich klare Unterschiede: Während 19% der Männer mit Behinderung eine entsprechende Ausbildung machen, entfallen in den regulären Ausbildungen nur 3% auf diesen Bereich.

Tabelle 27: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderung und regulären Ausbildungsberufen nach Arbeitsbereichen und Geschlecht (2014)

	Ausbildungen für Menschen mit Behinderung		Reguläre Berufsausbildungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Industrie und Handel	42%	47%	61%	60%
Handwerk	36%	8%	34%	16%
Landwirtschaft	19%	8%	3%	1%
Hauswirtschaft	3%	37%	0%	0,4%
öffentlicher Dienst	0%	0%	1%	4%
freie Berufe	0%	0%	1%	19%
Insgesamt	100%	100%	100%	100%
Anzahl insgesamt	6.075	3.513	304.359	204.447

Quelle: BiBB, Auszubildenden-Daten der Berufsbildungsstatistik 2014 (Datenabruf in DAZUBI)

Begonnene Ausbildungsverhältnisse werden nicht immer bis zum Abschluss gebracht. Die Quote der Vertragslösungen lag den Berechnungen des BiBB zufolge im Jahr 2013 bei 25%, wovon über die Hälfte im ersten Ausbildungsjahr erfolgen. Bei den Ausbildungsverhältnissen in Berufen für Menschen mit Behinderungen lag die Quote der Vertragslösungen mit 29% nur geringfügig über dem Gesamtwert.[37]

2.3.4 Übergang von der Ausbildung in den Beruf

Eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Übergang in den Beruf ist eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung. Die Erfolgsquote der Absolventinnen und Absolventen insgesamt ebenso wie bei den Absolventinnen und Absolventen in Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderungen (§§ 64ff BBiG bzw. § 42m HWO) lag im Jahr 2013 bei 90%. Die Absolventinnen sind mit einer Erfolgsquote von 91% etwas erfolgreicher als ihre männlichen Kollegen mit 89%.[38] Einzelnen Erfahrungsberichten zufolge gestaltet sich der Übergang von der Ausbildung in den Beruf für Menschen mit

[37] Quelle: „Datensystem Auszubildende“ des Bundesinstituts für Berufsbildung auf Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, abrufbar unter: https://www.bibb.de/dazubi (11.05.2016), Berechnung des ISG.

[38] Datensystem Auszubildende des BiBB, a.a.O., Berechnung des ISG.

Beeinträchtigungen oftmals schwierig, vor allem in Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Allerdings liegen derzeit keine repräsentativen Daten zum Verbleib von Menschen mit Beeinträchtigungen im Anschluss an die Berufsausbildung vor. In einer Studie stellen Niehaus und Kaul (2012) Einflussfaktoren heraus, die den Übergang von der Ausbildung in den Beruf für Menschen mit Beeinträchtigungen erleichtern können. Hierzu zählen gezielte Maßnahmen des Kompetenztrainings und der Kompetenzentwicklung sowie eine Kooperation und Vernetzung der relevanten Akteure. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Forschung zum Übergang von der Ausbildung in den Beruf bislang noch lückenhaft ist.

2.4 Hochschulbildung

Artikel 24 Absatz 5 der UN-BRK fordert nicht nur die Inklusion im Bereich der Schulbildung, sondern hält die Vertragsstaaten auch dazu an, sicherzustellen, dass „Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen Zugang zu allgemeiner Hochschulbildung (…) haben“. Wie für die schulische Bildung sind die Bundesländer auch für die Hochschulbildung zuständig. In den Hochschulgesetzen der Länder ist festgelegt, dass Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung[39] in ihrem Studium nicht benachteiligt werden dürfen und die Angebote der Hochschulen möglichst ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen können. Des Weiteren wollen die Hochschulen in der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) gemäß ihrer Selbstverpflichtung die Chancengleichheit für Studierende mit Behinderungen und chronischer Erkrankung fördern (HRK, 2009).

Studierende mit Beeinträchtigungen

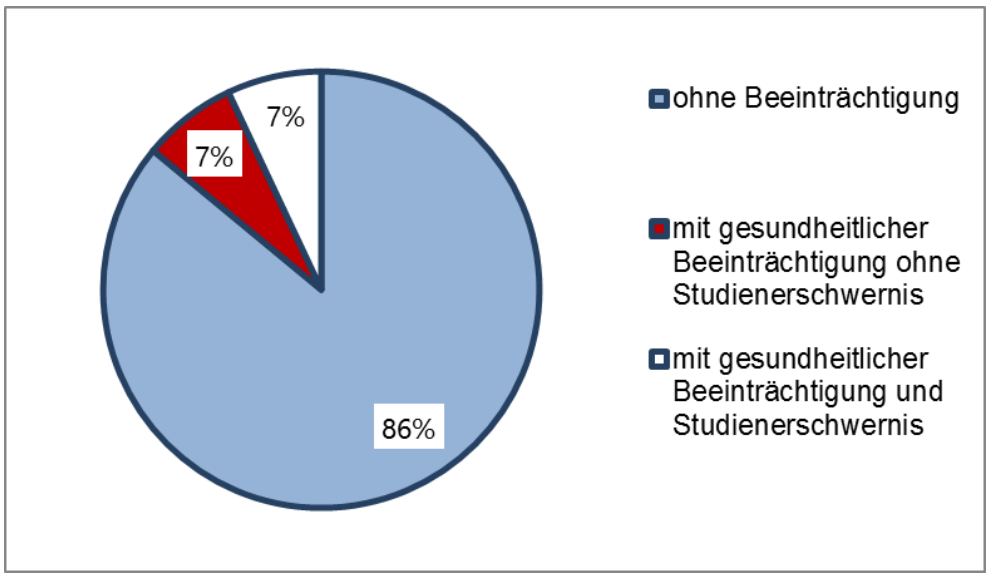
Im Jahr 2012 waren nach der 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks bundesweit 14% der Studierenden beeinträchtigt (Abbildung 30). Bei 7% aller Studierenden wirken sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen studienerschwerend aus. 3% von diesen gaben eine schwache, 2% eine mittlere und 2% eine starke Studienerschwernis an. Neuere Daten hierzu werden nach den gegenwärtigen Planungen im zweiten Quartal 2017 vorliegen.[40] Aus diesem Grund werden im Folgenden die Daten und Ergebnisse aus dem Teilhabebericht 2013 (mit Bezug auf das Erhebungsjahr 2012) im Überblick dargestellt.

---

39 In den Landesgesetzen wird überwiegend diese Terminologie verwendet.

40 Die 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (DSW) wird gemeinsam mit dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) vorbereitet und umgesetzt. Statt als papierbasierte Erhebung soll sie als Online-Befragung mit einer größeren Stichprobe als bisher durchgeführt werden. Das ermöglicht eine zielgruppenspezifische Erhebung der Studien- und Lebenssituation auch sehr unterschiedlicher und teilweise kleiner Studierendengruppen, für die erstmals differenzierte Ergebnisse generiert werden. Aufgrund dieser Umstellung wird diese Befragung erst im Sommersemester 2016 durchgeführt, Ergebnisse werden voraussichtlich im II. Quartal 2017 veröffentlicht.

Abbildung 30: Studierende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Grad der Studienerschwernis



Quelle: 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, Darstellung nach Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013a:106).

Studienrelevante Beeinträchtigungen wirken sich auf den Studienverlauf aus. So wechseln Studierende mit studienrelevanten Beeinträchtigungen zu 28% und damit häufiger den Studiengang als Studierende ohne Beeinträchtigungen (16%). Auch wechseln Studierende mit Beeinträchtigungen häufiger die Hochschule (24%) als Studierende ohne Beeinträchtigungen (16%). Deutliche Unterschiede zwischen Studierenden mit und ohne Beeinträchtigungen zeigen sich zudem bei der Häufigkeit von Studienunterbrechungen. 27% der Studierenden mit studienerschwerenden Beeinträchtigungen haben während ihres Studiums pausiert, während dies bei den Studierenden ohne vergleichbare Beeinträchtigungen nur für 8% gilt. Dies kann darauf hinweisen, dass Studierende mit Beeinträchtigungen vor Studienbeginn möglicherweise die vorhandenen Barrieren am Studienstandort oder die Anforderungen des Studienfachs hinsichtlich ihrer Beeinträchtigungen aufgrund eines Mangels an Informationen nicht richtig einschätzen konnten (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 108).

Ergebnisse des 12. Deutschen Studierendensurveys aus dem Wintersemester 2012/ 2013 benennen Probleme von Studierenden mit Beeinträchtigungen. Demnach werden fehlende Arbeitsgruppen und Kontakte zu Kommilitonen, Anonymität, Konkurrenzsituationen und der Umgang mit Lehrenden als problematisch erlebt. Die Studie kommt darüber hinaus zu dem Ergebnis, dass nicht nur die sozialen Kontakte innerhalb der Universität als nicht zufriedenstellend erlebt werden. So haben Studierende mit Beeinträchtigungen im Vergleich zu Studierenden ohne Beeinträchtigungen seltener Kontakt zu Freunden und Bekannten sowie auch zu ihren Eltern und Geschwistern (Ramm & Simeaner, 2014).

Eine wichtige Datengrundlage zur Situation von Studierenden mit Beeinträchtigungen ist die bundesweite Umfrage des Deutschen Studentenwerks „beeinträchtigt studieren“, die

2011 durchgeführt wurde (Deutsches Studentenwerk, 2012). Hier wurden ausschließlich Studierende befragt, die nach eigenen Angaben studienerschwerende gesundheitliche Beeinträchtigungen haben.[41] 13% der in dieser Studie befragten Studierenden gaben an, eine amtlich festgestellte Behinderung zu haben, darunter besaßen 8% einen Schwerbehindertenausweis. Tabelle 28 zeigt, wie sich die Studierenden, die sich an dieser Umfrage beteiligten, auf verschiedene Arten der Beeinträchtigungen verteilen. Bei mehrfachen Beeinträchtigungen wurde die Beeinträchtigungsart gewählt, die sich nach Aussagen der Befragten am stärksten auf den Studienverlauf auswirkt. Als häufigster Grund für eine Studienerschwernis wird von den befragten Studierenden eine psychische Beeinträchtigung bzw. eine seelische Erkrankung angegeben (45%). 95% der Befragten, die diese Beeinträchtigungen angaben, fühlen sich mindestens im mittleren Maße dadurch beeinträchtigt. Zweithäufigster Grund ist eine chronisch-somatische Krankheit (20%), wodurch sich 83% der Befragten mindestens mittelstark beeinträchtigt fühlen. In der Studie wird darauf hingewiesen, dass es für die geschätzte Auswirkung von Beeinträchtigungen im Studienverlauf unerheblich ist, ob eine Behinderung amtlich anerkannt ist oder nicht.

Tabelle 28: Studierende mit studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigung

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 Beeinträchtigungen *und* chronisch-somatische Erkrankung	3%	98%
Andere Mehrfachbeeinträchtigungen*	10%	96%
Insgesamt	100%	89%

Quelle: Deutsches Studentenwerk (2012); Darstellung nach Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013a: 107).

* hier wurden Studierende zusammengefasst, die in mehreren Kategorien in gleichem Maßen im Studium beeinträchtigt sind

Ein mittlerweile stark beachtetes Qualifikationsmerkmal von Absolventinnen und Absolventen sind Studienaufenthalte im Ausland. Studierende mit Beeinträchtigungen werden

[41] Da hierzu momentan ebenfalls keine neueren Daten vorliegen, wird im Folgenden auch hier auf die Ergebnisse des Teilhabeberichts 2013 Bezug genommen.

hierbei mit erheblichen Barrieren konfrontiert. Hierzu gehören z.B. verschiedene Hürden im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung, die insbesondere Studierenden mit chronischen Erkrankungen und/ oder Pflegebedarf Grenzen für Auslandsaufenthalte setzen. Für die Eingliederungshilfe gilt seit 2012, dass verbesserte Berufschancen auch einen freiwilligen Studienaufenthalt oder ein Praktikum begründen können (BAGüS, 2012).

Barrierefreie Hochschule

Bauliche Barrierefreiheit ist eine grundlegende Zugangsvoraussetzung für den Besuch einer Hochschule. Die im Rahmen der Studie „beeinträchtigt studieren“ befragten Studierenden machten Aussagen zu Barrieren bezogen auf Raumqualität, Raumangebot, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Gebäuden. Tabelle 29 zeigt, dass insgesamt 38% der Befragten aufgrund ihrer Beeinträchtigungen einen besonderen Bedarf hinsichtlich der Raumqualität und des Raumangebots haben. Dies bedeutet, dass z.B. der Raum entsprechende Sichtverhältnisse, eine entsprechende akustische Qualität oder bestimmte Belüftungsbedingungen haben muss. Aber auch das Vorhandensein von Rückzugsräumen ist an dieser Stelle relevant. 13% der Befragten haben aufgrund ihrer Beeinträchtigungen einen entsprechenden Bedarf an barrierefreien Zugängen und einer barrierefreien Gestaltung von Gebäuden. Dies sind sowohl bauliche Standards wie Aufzüge, Sanitärräume, breite Türen etc. als auch die Ausstattung von Arbeitsplätzen und Orientierungshilfen. Die Mehrheit der Befragten gab an, dass die Bedarfe, die sie aufgrund ihrer Beeinträchtigungen haben, nicht oder nur teilweise ausreichend gedeckt sind (Deutsches Studentenwerk, 2012).

Tabelle 29: Beeinträchtigungsbedingter Bedarf nach Art der Beeinträchtigung

Art der Beeinträchtigung, die sich am stärksten im Studium auswirkt	Raumqualität und Raumangebote	Barrierefreie Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Gebäuden
Psychische Beeinträchtigung/ seelische Erkrankung	34%	7%
Chronisch-somatische Erkrankung	34%	13%
Teilleistungsstörung	22%	6%
Sehbeeinträchtigung	61%	24%
Sonstige Beeinträchtigung/ Erkrankung	37%	12%
Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigung	26%	48%
Hör-/ Sprechbeeinträchtigung	61%	9%
Psychische Beeinträchtigungen *und* chronisch-somatische Krankheit	47%	14%
Andere Mehrfachbeeinträchtigungen	52%	24%
Studierende mit Bedarf insgesamt	38%	13%

Quelle: Deutsches Studentenwerk 2012; Darstellung nach Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013a: 109)

Neben baulichen Barrieren berichten die Befragten von weiteren Barrieren wie z.B. dem vorgegebenen Leistungspensum je Semester (52%), Anwesenheitspflicht (48%), einer hohen Prüfungsdichte (44%) oder zeitlichen Vorgaben in Prüfungssituationen oder bei Abgabefristen (41%). Darüber hinaus sind auch Fragen zu Barrierefreiheit in den Bereichen Information und Kommunikation relevant. Die Mehrheit der befragten Studierenden kennt beeinträchtigungsspezifische Beratungs- und Informationsangebote (80% kennen mindestens ein Angebot), allerdings nutzte 2011 nur ein Viertel eines dieser Angebote. Gründe hierfür waren z.B., dass derzeit kein Bedarf an Beratung bestand, dass man sich nicht angesprochen fühlte oder auch verhindern wollte, dass Beeinträchtigungen bekannt werden (Deutsches Studentenwerk, 2012).

Zu einer Barriere kann auch die finanzielle Situation werden, insbesondere dann, wenn aufgrund von Beeinträchtigungen ein finanzieller Mehrbedarf vorhanden ist. In der Befragung „beeinträchtigt studieren“ gaben 71% der Befragten an, dass sie beeinträchtigungsbedingte Zusatzkosten haben. Diese entstehen für 67% – und damit besonders häufig – für nicht-studienbezogene Mehraufwendungen: insbesondere für Arztbesuche (47%), Ernährung/ Medikamente/ Hygieneartikel (41%) und Psychotherapie (27%). Studienbezogene Zusatzkosten, wie z.B. für technische Hilfsmittel zum Studium, spezielle Lehr- und Lernmaterialien oder Studienassistenzen haben 9% der befragten Studierenden. Für 15% der Studierenden mit beeinträchtigungsbedingten Zusatzkosten ist der Lebensunterhalt nicht oder nur unzureichend gesichert. Gründe hierfür sind eine nicht die beeinträchtigungsbedingten Zusatzkosten deckende Zuwendungssumme von Familie,

Partner/in, BAföG, Stipendien sowie beeinträchtigungsbedingt eingeschränkte Möglichkeiten einer Erwerbstätigkeit oder eine unzureichende Kostenübernahme durch Krankenkassen. „Obwohl 71% der Studierenden angeben, beeinträchtigungsbedingte Zusatzkosten zu haben, beziehen nur 2,4% Sozialleistungen zur Deckung beeinträchtigungsbedingter Bedarfe. Im Sommersemester 2011 bezogen 0,6% der befragten Studierenden Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung zur Finanzierung von Studienassistenzen, Mobilitätshilfen, Gebärdensprachdolmetscher/innen und anderen studienbezogenen Hilfen. Mehr als die Hälfte der Anträge auf Eingliederungshilfe im Studienjahr 2010/11 wurde nicht bewilligt“ (Deutsches Studentenwerk, 2012: 199).

Nachteilsausgleiche sollen Benachteiligungen, die aufgrund von Beeinträchtigungen bestehen, individuell ausgleichen und können sowohl für die Organisation und Durchführung des Studiums beantragt werden als auch bei Prüfungen und Leistungsnachweisen. Allerdings hat nur jeder dritte Befragte einen entsprechenden Antrag gestellt. Über die Hälfte der Studierenden gab an, dass sie keine Kenntnisse über Nachteilsausgleiche haben und aus diesem Grund keinen Antrag stellten. Ein Drittel möchte vermeiden, dass Beeinträchtigungen bekannt werden (Deutsches Studentenwerk, 2012: 159).

Die Angaben der Studierenden, denen zufolge Barrieren in vielfältigen studienbezogenen Bereichen vorliegen, decken sich weitestgehend mit der Einschätzung der Hochschulen selbst. Im Jahr 2009 verabschiedete die Mitgliederversammlung der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) die Empfehlung „Eine Hochschule für alle“ (HRK, 2009). Deren Ziel war es, die chancengerechte Teilhabe von Studierenden mit Beeinträchtigungen durch gezielte Maßnahmen zur Überwindung von Barrieren zu verbessern. Diese Maßnahmen sollten neben der Umgestaltung der Curricula auch die Gewährung von Nachteilsausgleichen sowie bauliche Veränderungen umfassen. Eine Befragung der Mitgliedshochschulen der HRK im Sommersemester 2012 zum Stand der Umsetzung dieser Empfehlung zeigt jedoch, dass das Konzept der baulichen Barrierefreiheit bis zu diesem Zeitpunkt nur teilweise umgesetzt wurde (Hochschulrektorenkonferenz, 2013). Auch die notwendige technische Ausstattung mit Hörgeräteverstärkern, Induktionsschleifen oder Braille-Displays steht nur bei etwa 30% der Hochschulen, die hierzu eine Angabe machten, in ausreichendem Maße zur Verfügung. Differenziert nach verschiedenen Formen von Beeinträchtigungen schätzen die Hochschulen das Ausmaß der Barrierefreiheit für mobilitätseingeschränkte Personen zumindest auf Teilen des Campus relativ gut ein, während sich mit Blick auf die Barrierefreiheit des Campus für Personen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen deutlicher Handlungsbedarf abzeichnet. Konzepte zur flächendeckenden Umsetzung der baulichen Barrierefreiheit sind nach Angaben der meisten Hochschulen jedoch nicht vorhanden. Positiver fällt die Einschätzung der Hochschulen mit Blick auf die barrierefreie Kommunikation und Information aus. Etwa 60% der befragten Hochschulen schätzen ihren Webauftritt als barrierefrei ein, die Angebote von Beratungsstellen sind bei der Mehrzahl der befragten Hochschulen ebenfalls barrierefrei. Obwohl zum Zeitpunkt der Evaluation nur die Hälfte der Bundesländer dies gesetzlich vorsieht, gibt es bei über 90% der evaluierten Hochschulen eine Beauftragte

bzw. einen Beauftragten für die Belange von Studierenden mit Beeinträchtigungen. Ein Großteil der befragten Hochschulen gibt jedoch an, dass die Beauftragten für die Belange von Studierenden mit Beeinträchtigungen nicht mit den erforderlichen personellen und finanziellen Mitteln ausgestattet sind. Ebenso defizitär ist das Vorhandensein von Regelungen zu Nachteilsausgleichen. Während die meisten Hochschulen zwar entsprechende Regelungen zur Ausgestaltung von Prüfungen formuliert haben, ist die Anzahl der Hochschulen mit Regelungen von Nachteilsausgleichen bei der Gestaltung zeitlicher Fristen und der Gestaltung von Lehrveranstaltungen deutlich geringer.

Studienwunsch und tatsächliche Aufnahme eines Studiums

40% der Studierenden, deren Beeinträchtigungen bereits vor Studienbeginn aufgetreten sind, gaben bei der Umfrage an, dass ihr derzeitiger Studiengang nicht ihr ursprünglicher Wunschstudiengang war. Fast jede/r Vierte davon sieht die Gründe dafür in der Beeinträchtigung. Insgesamt studieren demnach 9% aller Studierenden aus beeinträchtigungsbedingten Gründen nicht ihr ursprüngliches Wunschstudienfach (Deutsches Studentenwerk, 2012: 74). Dabei studieren überproportional häufig Befragte mit psychischen Beeinträchtigungen, auch in Kombination mit chronisch-somatischen Erkrankungen sowie Mehrfachbeeinträchtigungen, ein anderes Fach als das von ihnen favorisierte.

Die Empfehlung der HRK zur Förderung der Chancengleichheit von Studierenden mit Beeinträchtigungen sieht vor, dass Schülerinnen und Schüler mit Beeinträchtigungen bereits in der Oberstufe über die bestehenden Studienmöglichkeiten umfassend informiert werden. Die Evaluation der Umsetzung dieser Empfehlung zeigt, dass die meisten Hochschulen entsprechende Informationen für diese Schülergruppe aufbereitet haben. Insbesondere auf ihrer Homepage bieten knapp 70% der Hochschulen Informationen zum Thema „Studium mit Beeinträchtigung“ an (Hochschulrektorenkonferenz, 2013). Viele Hochschulen machen weitere Angebote, wie z.B. Einzelberatung oder „Schnupperstudien“ für Schülerinnen und Schüler mit Beeinträchtigungen. Inwiefern sich die Zahl der Schülerinnen und Schüler mit Beeinträchtigungen, die sich für ein Studium entscheiden, erhöht, ist nicht bekannt. Ebenso liegen keine Informationen darüber vor, wie viele Schülerinnen und Schüler mit Beeinträchtigungen sich gegen ein Studium entscheiden, weil sie an den Hochschulen die Voraussetzungen für ein barrierefreies Studium nicht erfüllt sehen.

2.5 Schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse

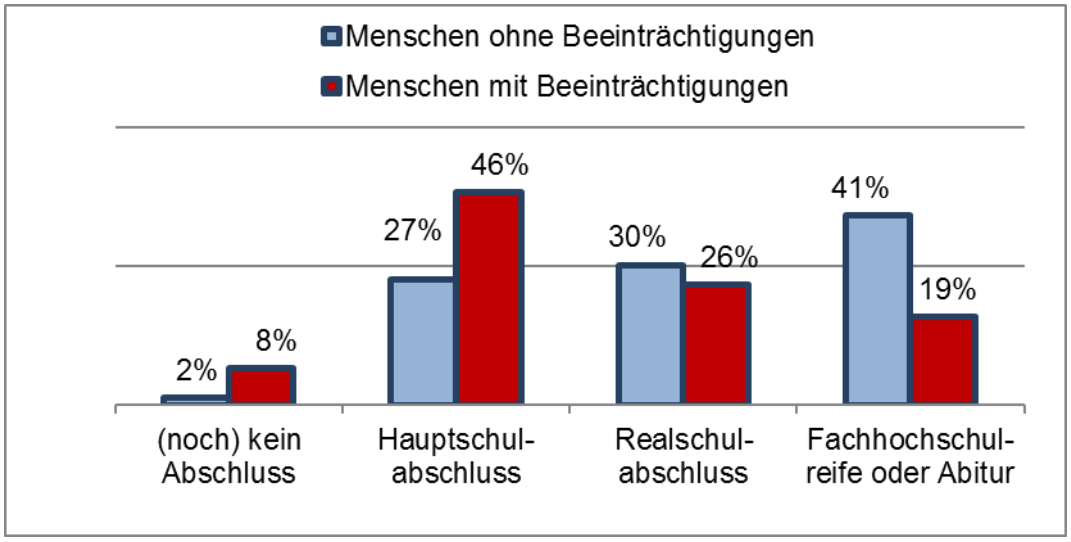
2.5.1 Schulabschlüsse

Die Art des erreichten Schulabschlusses entscheidet in besonderer Weise darüber, welche hieran anschließenden schulischen und beruflichen Bildungsmöglichkeiten offenstehen und somit, welche weiteren Qualifikationen erworben werden können.

Menschen mit Beeinträchtigungen haben häufiger Schulabschlüsse mit geringerem Abschlussniveau als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Im Jahr 2013 haben 41% der

20- bis 64-Jährigen ohne Beeinträchtigungen und 19% der Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen eine Fachhochschulreife oder Abitur (Abbildung 31). Einen Realschulabschluss haben 30% dieser Altersgruppe ohne und 26% mit Beeinträchtigungen. 27% dieser Altersgruppe ohne Beeinträchtigungen und 46% mit Beeinträchtigungen haben einen Hauptschulabschluss, und (noch) keinen Schulabschluss haben in dieser Altersgruppe 2% der Menschen ohne Beeinträchtigungen gegenüber 8% der Menschen mit Beeinträchtigungen.[42] Während bei mittleren Schulabschlüssen die Anteile beider Gruppen relativ ausgewogen sind, erreichen Menschen mit Beeinträchtigungen zu deutlich geringeren Anteilen eine Hochschulreife und zu deutlich höheren Anteilen einen niedrigeren oder gar keinen Abschluss als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Hierzu passt der Befund, dass im Jahr 2014 71% der Absolventinnen und Absolventen einer Förderschule keinen Hauptschulabschluss erreichten (KMK: 2014: XXI).

Abbildung 31: Höchster Schulabschluss von Menschen im Alter von 20 bis 64 Jahren



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

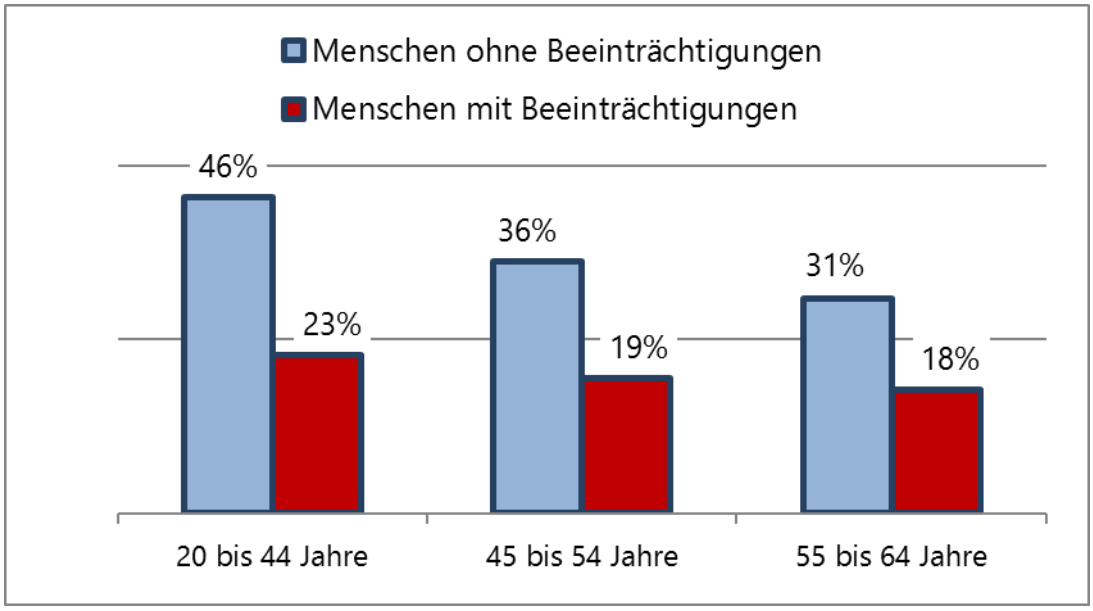
Höherer Schulabschluss

Nicht zuletzt in Folge der Bildungsexpansion in den 1970er Jahren hat sich das Schulsystem im Zeitverlauf verändert und damit einhergehend auch das Niveau erreichter Schulabschlüsse. Grundsätzlich haben jüngere Menschen häufiger Fachhochschulreife oder Abitur als die Älteren. Von der Bevölkerung im Alter von 20 bis 44 Jahren haben 44% einen (Fach-) Hochschulabschluss, in der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen sind es 34% und in der Altersgruppe ab 65 Jahren haben nur 27% einen höheren Schulabschluss (Mikrozensus 2013).

[42] Abschlüsse an Förderschulen, die nicht mindestens einem Hauptschulabschluss gleichwertig sind, werden in dieser Statistik als „kein Abschluss“ gezählt (s. u. „Abschlüsse an Förderschulen“).

Die beschriebene Tendenz steigender Anteile mit (Fach-) Hochschulabschluss zeigt sich in deutlich abgeschwächter Form auch bei den Menschen mit Beeinträchtigungen, allerdings liegt der Anteil an höheren Schulabschlüssen durchgängig in jeder Altersgruppe unter dem der Menschen ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 32). In der Gruppe der 20- bis 44-Jährigen ist die Spreizung besonders groß, nur 23% der jüngeren Menschen mit Beeinträchtigungen haben eine Fachhochschulreife oder Abitur im Gegensatz zu 46% dieser Altersgruppe ohne Beeinträchtigungen (Differenz 23 Prozentpunkte). Der Abstand zwischen beiden Gruppen verringert sich, je älter die Kohorten sind. Von den 45- bis 54-Jährigen haben 36% ohne Beeinträchtigungen und 19% mit Beeinträchtigungen einen höheren Schulabschluss (Differenz 17 Prozentpunkte), und von den 55- bis 64-Jährigen sind es 31% ohne Beeinträchtigungen und 18% mit Beeinträchtigungen (Differenz 13 Prozentpunkte). Eine mögliche Begründung hierfür ist, dass es für Menschen, deren Beeinträchtigungen bereits vor bzw. während der Schulphase auftreten, schwieriger ist, einen höheren Schulabschluss zu erreichen. Treten Beeinträchtigungen dagegen erst im höheren Alter auf, bestanden zuvor bessere Bildungschancen.

Abbildung 32: (Fach-) Hochschulreife der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

In Hinblick auf das Erreichen eines höheren Schulabschlusses bestehen kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Tabelle 30). Eine differenzierte Betrachtung der Menschen mit Beeinträchtigungen nach Teilgruppen zeigt, dass Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung mit 18% seltener einen höheren Schulabschluss haben als chronisch kranke Menschen mit 22%.

Im untersuchten Zeitraum nimmt unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen der Anteil von Abschlüssen der (Fach-) Hochschulreife von 30% im Jahr 2005 über 34% im

Jahr 2009 auf 41% im Jahr 2013 zu (+11 Prozentpunkte). Auf Menschen mit Beeinträchtigungen trifft dieser Anstieg des Qualifikationsniveaus hingegen nicht in gleichem Maße zu, deren Anteile mit (Fach-) Hochschulreife steigen von 14% im Jahr 2005 über 16% im Jahr 2009 auf 19% im Jahr 2013 (+5 Prozentpunkte).

Tabelle 30: Fachhochschulreife oder Abitur der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren nach Geschlecht, Altersgruppe und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Insgesamt	30%	34%	41%	14%	16%	19%
Geschlecht						
Männer	32%	35%	41%	15%	16%	19%
Frauen	28%	33%	40%	13%	15%	20%
Alter						
20-44 Jahre	35%	40%	46%	18%	19%	23%
45-54 Jahre	26%	29%	36%	15%	16%	19%
55-64 Jahre	20%	25%	31%	13%	14%	18%
Teilgruppen der Beeinträchtigung						
chronisch Kranke ohne anerkannte Behinderungen				15%	19%	22%
Menschen mit einer anerkannten Behinderung GdB < 50				14%	15%	20%
Menschen mit einer anerkannten Behinderung GdB ab 50				14%	15%	18%

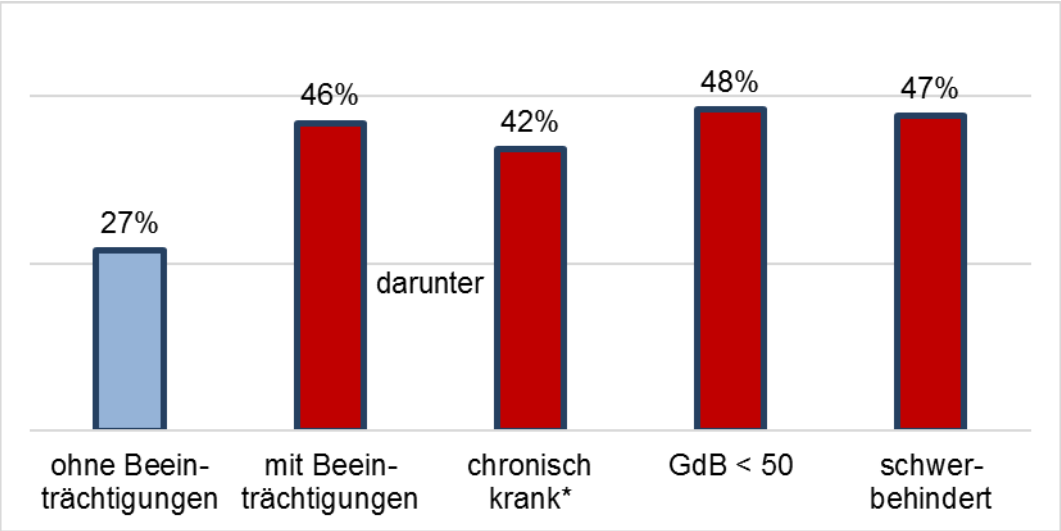
Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Niedrige Schulabschlüsse

Schon ein Hauptschulabschluss wird in vielen Regionen Deutschlands als ein so geringes Schulbildungsniveau bewertet, dass nur geringe Chancen bestehen, damit einen Platz für eine berufliche Ausbildung zu erhalten. Mit einem fehlenden Schulabschluss ist dies ungleich schwieriger. Im Folgenden werden die Hauptschulabschlüsse und die fehlenden Schulabschlüsse getrennt voneinander dargestellt.

Die 20- bis 64-jährige Bevölkerung mit Beeinträchtigungen hat häufiger einen Hauptschulabschluss (46%) als die gleichaltrige Bevölkerung ohne Beeinträchtigungen (27%; Abbildung 33). Insbesondere Menschen mit einer anerkannten Behinderung erwerben häufig einen Hauptschulabschluss (48% mit GdB unter 50 und 47% mit GdB ab 50), unter den chronisch Kranken ist dieser Anteil mit 42% etwas niedriger.

Abbildung 33: Hauptschulabschluss der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren nach Teilgruppen der Beeinträchtigung



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

* ohne anerkannte Behinderung

Keinen Schulabschluss haben 2% der 20- bis 64-Jährigen ohne Beeinträchtigungen gegenüber 8% der Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen, darunter 3% der Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50, 7% der chronisch Kranken ohne anerkannte Behinderung und 11% der Menschen mit Schwerbehinderung (Tabelle 31). Von der Personengruppe mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund haben 15% keinen Schulabschluss gegenüber 6% derjenigen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund.

Der Anteil der 20- bis 64-Jährigen ohne Schulabschluss ist im Zeitraum von 2005 bis 2013 leicht gesunken. Der stärkste Rückgang ist bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund festzustellen (-6 Prozentpunkte), dagegen blieb dieser Anteil bei Menschen mit Schwerbehinderung sowie bei Menschen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund in gleicher Höhe.

Eine Kumulation von Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund ist mit besonders hohen Anteilen niedriger Schulabschlüsse verbunden, wodurch der Zugang zu weiteren Lebenschancen erheblich erschwert werden kann (vgl. hierzu das Schwerpunktkapitel zu Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund).

Tabelle 31: Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren ohne Schulabschluss nach Teilgruppen der Beeinträchtigung und Migrationshintergrund

	2005	2009	2013
Menschen ohne Beeinträchtigungen	3%	2%	2%
Menschen mit Beeinträchtigungen	9%	7%	8%
Darunter: chronisch Kranke (ohne anerkannte Behinderung)	9%	6%	7%
anerkannte Behinderung GdB < 50	4%	3%	3%
anerkannte Schwerbehinderung	11%	10%	11%
mit Migrationshintergrund	21%	19%	15%
ohne Migrationshintergrund	6%	5%	6%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnungen des ISG.

Abschlüsse an Förderschulen

Förderschulabschlüsse liegen unter dem Niveau eines Hauptschulabschlusses und werden statistisch als „kein Schulabschluss“ erfasst. Allerdings können an Förderschulen auch andere Schulabschlüsse erreicht werden, wobei insbesondere das Erreichen eines Hauptschulabschlusses angestrebt wird. Realschul- und höhere Schulabschlüsse kommen nur selten vor, am ehesten in Förderschulen für Schülerinnen und Schüler mit Sinnesbeeinträchtigungen. Im Zeitverlauf nehmen der Anteil der Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen ohne Hauptschulabschluss von 75% im Jahr 2010 auf 71% im Jahr 2014 leicht ab und der Anteil mit einem Hauptschulabschluss von 22% im Jahr 2010 auf 26% im Jahr 2014 leicht zu (Tabelle 32). Die Realschul- und höheren Abschlüsse bleiben auf niedrigem Niveau. Nur rd. 4% der Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen haben einen Realschulabschluss und weniger als 1% einen (Fach-) Hochschulabschluss.

Tabelle 32: Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen nach Art des Abschlusses

Abschluss	2010	2011	2012	2013	2014
ohne Hauptschulabschluss	75%	74%	72%	71%	71%
mit Hauptschulabschluss	22%	23%	25%	25%	26%
Realschulabschluss	2,2%	2,6%	2,7%	3,5%	3,6%
(Fach-) Hochschulabschluss	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%

Quelle: KMK-Statistik zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG.

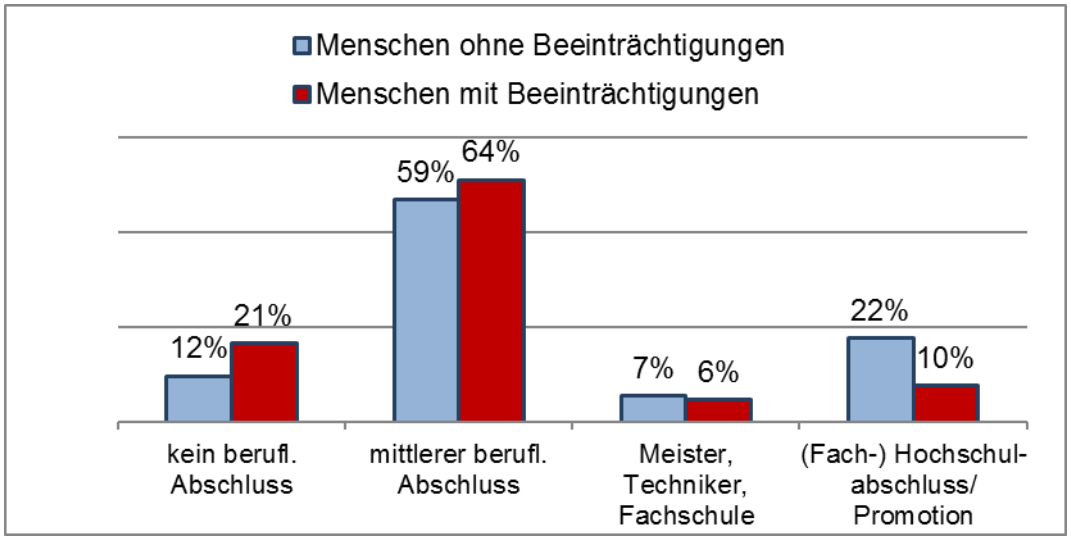
2.5.2 Berufsqualifizierende Abschlüsse

Auf die abgeschlossene Schulausbildung aufbauend erfolgen weitere schulische oder berufliche Qualifizierungen mit entsprechenden Abschlüssen. Unterschieden werden dabei (Fach-) Hochschulabschluss einschließlich Promotion sowie mittlerer und höherer beruflicher Abschluss.[43] Eine weitere Kategorie ist die eines fehlenden beruflichen Abschlusses, die im Hinblick auf die beruflichen Inklusionschancen als besonders prekär zu bewerten ist. Im Folgenden werden die beruflichen Abschlüsse der Personen im Alter von 30 bis 64 Jahren dargestellt. Bei der unteren Altersgrenze kann davon ausgegangen werden, dass die Phase der beruflichen Ausbildung überwiegend abgeschlossen ist. Personen im Rentenalter werden nicht berücksichtigt, weil der Zusammenhang zwischen beruflichem Abschluss und beruflicher Tätigkeit bei den älteren Personengruppen weniger eindeutig ist.

Die meisten Erwachsenen im Alter von 30 bis 64 Jahren haben einen mittleren beruflichen Abschluss, dazu gehören Lehrausbildungen und schulische Berufsausbildungen. Im Jahr 2013 verfügen darüber 64% der Menschen mit Beeinträchtigungen und 59% der Menschen ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 34). Verhältnismäßig wenige Menschen (mit Beeinträchtigungen 6%, ohne Beeinträchtigungen 7%) haben einen höheren beruflichen Abschluss (Meister, Techniker, Fachschulabschluss). Unterschiedlich ist der Anteil der akademischen Abschlüsse (Fachhochschul- oder Hochschulabschluss, Promotion), über die 22% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 10% der Menschen mit Beeinträchtigungen verfügen. Mit 21% haben verhältnismäßig mehr Menschen mit Beeinträchtigungen keinen beruflichen Abschluss als Menschen ohne Beeinträchtigungen (12%). Im Gesamtbild verfügen Menschen mit Beeinträchtigungen zu höheren Anteilen über keinen Abschluss oder einen mittleren beruflichen Abschluss und zu kleineren Anteilen über höhere Abschlüsse als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

[43] Die Abschlüsse werden anhand der International Standard Classification of Education (ISCED) abgebildet.

Abbildung 34 Höchster beruflicher Abschluss der 30- bis 64-Jährigen



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Dieses Ergebnis kann in direkten Bezug zu den schulischen Abschlüssen gesetzt werden: Auch hier erzielten die Menschen mit Beeinträchtigungen niedrigere Abschlüsse als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Werden schulische Abschlüsse und berufliche Qualifikationen zueinander in Beziehung gesetzt, zeigt sich, dass Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen etwa zu gleichen Anteilen einen ihrem Schulabschluss entsprechenden beruflichen Abschluss erreichen.[44] Menschen, die maximal über einen Realschulabschluss oder eine berufliche Ausbildung verfügen, sind fast vollständig in nicht akademischen Berufen tätig. Menschen mit Beeinträchtigungen, die die Hochschulreife oder einen akademischen Abschluss haben, sind zu 53% in akademischen Berufen tätig. Bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind dies 58%.

Höhere berufliche Abschlüsse

Mit einem höheren beruflichen Abschluss oder dem Abschluss eines Studiums (im Folgenden zusammenfassend als „höhere Abschlüsse“ bezeichnet) können im weiteren Lebenslauf höhere berufliche Positionen und bessere Einkommenschancen erreicht werden als mit mittleren Abschlüssen oder ohne beruflichen Abschluss. Im Jahr 2013 erreichten 29% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 15% der Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 30 bis 64 Jahren einen höheren beruflichen oder akademischen Abschluss, wobei – unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung – mehr Männer als Frauen einen höheren Abschluss aufwiesen (Tabelle 33). So haben im Jahr 2013 in dieser Altersgruppe 35% der Männer und 24% der Frauen ohne Beeinträchti-

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

gungen einen höheren beruflichen oder akademischen Abschluss, von den gleichaltrigen Menschen mit Beeinträchtigungen trifft dies auf 18% der Männer und 13% der Frauen zu.

Tabelle 33 Höherer beruflicher und akademischer Abschluss der Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren nach Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Insgesamt	27%	30%	29%	17%	17%	15%
Geschlecht						
Männer	32%	34%	35%	19%	19%	18%
Frauen	21%	25%	24%	13%	15%	13%
Teilgruppen der Beeinträchtigung						
chronisch Kranke				14%	18%	15%
mit anerkannter Behinderung GdB < 50				18%	18%	16%
mit anerkannter Behinderung GdB ab 50				16%	17%	15%

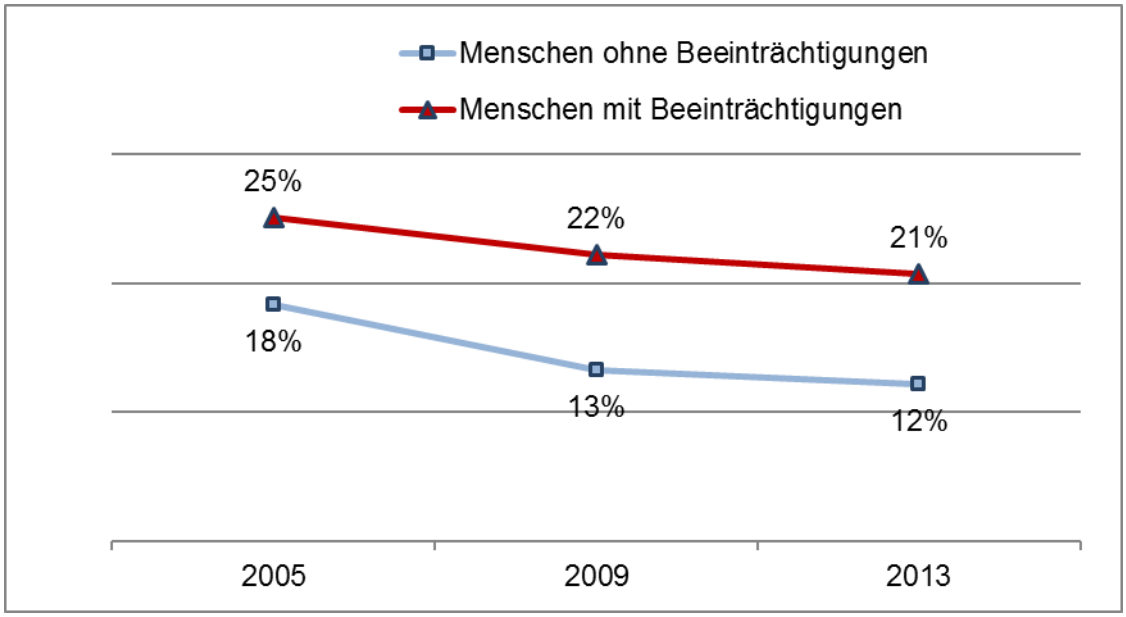
Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Im Zeitverlauf lässt sich hinsichtlich des Anteils höherer beruflicher und akademischer Abschlüsse keine eindeutige Entwicklung feststellen. Bei den meisten hier differenziert betrachteten Personengruppen ist dieser Anteil zwischen den Jahren 2005 und 2009 leicht gestiegen und danach bis zum Jahr 2013 leicht gesunken.

Fehlender beruflicher Abschluss

Personen ohne beruflichen Abschluss sind einem höheren Risiko von Arbeitslosigkeit oder atypischen Beschäftigungsformen mit schlechter Vergütung ausgesetzt. Menschen mit Beeinträchtigungen haben häufiger keinen beruflichen Abschluss (21% im Jahr 2013) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (12%; Abbildung 35). Im Jahr 2005 lagen diese Anteile noch deutlich höher, als im Alter von 30 bis 64 Jahren 25% der Menschen mit Beeinträchtigungen und 18% der Menschen ohne Beeinträchtigungen keinen beruflichen Abschluss hatten. Bis zum Jahr 2009 sind diese Anteile um 3-5 Prozentpunkte zurückgegangen, bis zum Jahr 2013 dann nochmal um 1 Prozentpunkt.

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



Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Frauen haben häufiger keinen beruflichen Abschluss als Männer (Tabelle 34). Dieser Befund zeigt sich sowohl für Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen, wenngleich auf unterschiedlichem Niveau. Im Jahr 2013 hatten 14% der Frauen ohne Beeinträchtigungen und 24% der Frauen mit Beeinträchtigungen keinen beruflichen Abschluss. Demgegenüber hatten 10% der Männer ohne Beeinträchtigungen und 18% der Männer mit Beeinträchtigungen keinen beruflichen Abschluss.

Die doppelte Benachteiligung durch einen Migrationshintergrund und eine Beeinträchtigung wird daran deutlich, dass 42% dieser Personengruppe keinen beruflichen Abschluss hatten gegenüber 17% der Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund (vgl. Kapitel zu Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund).

Eine Differenzierung nach der Form der Beeinträchtigung ergibt im Jahr 2013, dass Menschen mit Schwerbehinderung zu 24% und damit zu höheren Anteilen keinen Abschluss haben als Menschen mit chronischer Krankheit (22%) und Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50 (15%). Im Zeitraum von 2005 bis 2013 sanken die Anteile derjenigen, die keinen beruflichen Abschluss haben, um etwa 4-6 Prozentpunkte. Stärker gingen diese Anteile an den Menschen mit Migrationshintergrund zurück, und zwar bei denjenigen ohne Beeinträchtigungen um 12 Prozentpunkte und bei denen mit Beeinträchtigungen um 6 Prozentpunkte. Vergleichsweise gering fiel dieser Rückgang dagegen bei Menschen mit anerkannter Behinderung mit -4 Prozentpunkten aus.

Tabelle 34: Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren ohne beruflichen Abschluss nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Insgesamt	18%	13%	12%	25%	22%	21%
Geschlecht						
Männer	15%	11%	10%	20%	18%	18%
Frauen	22%	16%	14%	31%	27%	24%
Migrationshintergrund						
ohne Migrationshintergrund	13%	9%	8%	21%	18%	17%
mit Migrationshintergrund	43%	33%	31%	48%	46%	42%
Teilgruppen der Beeinträchtigung						
chronisch Kranke				27%	22%	22%
mit anerkannter Behinderung GdB < 50				19%	16%	15%
mit anerkannter Behinderung GdB ab 50				28%	25%	24%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

2.6 Lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung

Bildung wird zunehmend als ein lebenslanger Prozess gesehen, der eine persönliche und berufliche Weiterentwicklung ermöglicht. Ebenso wie der Zugang zur allgemeinen Schulbildung, Berufsausbildung und Hochschulbildung soll auch der Zugang zu Erwachsenenbildung und zu lebenslangem Lernen gleichberechtigt mit anderen gewährleistet werden. Durch berufliche Weiterbildung werden die Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben verbessert („formale Bildung“, zur Unterscheidung der Formen der Erwachsenenbildung vgl. Eurostat, 2006). Darüber hinaus bieten Institutionen der Erwachsenenbildung weitere Lernmöglichkeiten für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen („non-formale Bildung“). Außerdem bestehen in Alltagssituationen, in der Schule und am Arbeitsplatz vielfältige Möglichkeiten des Lernens, die als „informelles Lernen“ bezeichnet werden (Behringer & Schönfeld, 2014).

In einer Gesellschaft des langen Lebens spielt Bildung bis ins hohe Lebensalter eine zentrale Rolle, wenn es gilt, die damit verbundenen Chancen – etwa die Erschließung und Förderung von Potenzialen des Alters – zu nutzen. Zudem trägt lebenslanges Lernen dazu bei, auch Menschen im dritten und vierten Lebensalter zu Selbstbestimmtheit und gesellschaftlicher Teilhabe zu befähigen.

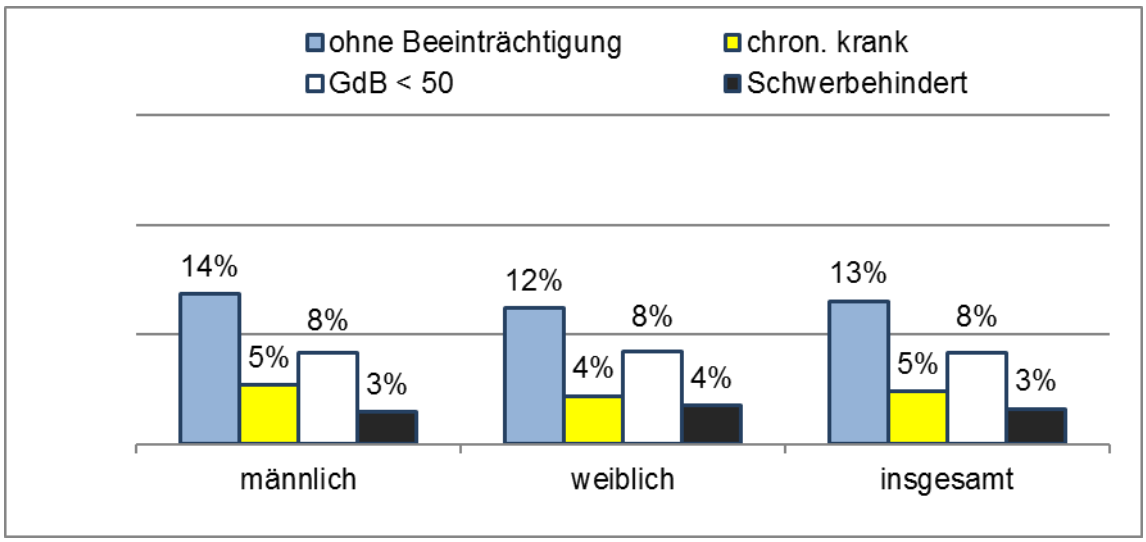
Angebote der Erwachsenenbildung machen insbesondere Volkshochschulen und vergleichbare Bildungsträger. Dort gibt es Kurse und Angebote speziell für Erwachsene mit Beeinträchtigungen ebenso wie inklusiv gestaltete Angebote. Es werden aber weder die Anzahl und Inhalte dieser Angebote noch ihre Inanspruchnahme durch Menschen mit Beeinträchtigungen statistisch erfasst. Daten zu dem bildungs- und sozialpolitisch relevanten Thema „Weiterbildung und Behinderung“ wurden erstmals im Rahmen der wbmonitor-Umfrage 2012 des BiBB und des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung – Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen e.V. (DIE) aus Anbietersicht erhoben. Dabei geht es zum einen um die räumliche Barrierefreiheit von Angeboten, da die Möglichkeit der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen an Angeboten auch von den räumlichen Gegebenheiten abhängt. Bislang haben 35% der Weiterbildungsanbieter eine vollständige Barrierefreiheit sowohl von Veranstaltungsräumen als auch von Sanitärräumen umgesetzt. Zum anderen wurde nach den Formen von Angeboten zum Thema Behinderung, nach der Anzahl von Veranstaltungen sowie nach der Teilnahme von Menschen mit Behinderungen gefragt. Ein zentrales Ergebnis der Befragung ist, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in Einrichtungen der Erwachsenenbildung unterrepräsentiert sind (Koscheck, Weiland & Ditschek, 2012).

Vor diesem Hintergrund und um den Gedanken der Inklusion, wie er in der UN-BRK formuliert ist, weiter zu fördern, haben das DIE und die Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V. Deutschland (GEB) eine Kooperation vereinbart. Sie sieht u.a. vor, Themen aus dem Bereich der allgemeinen Erwachsenenbildung aufzugreifen, um sie unter dem Blickwinkel der Bildungsbedarfe und Bildungswünsche von Menschen mit (geistiger) Behinderung zu bearbeiten. Damit wollen das DIE und die GEB gemeinsam dazu beitragen, den Ausbau einer inklusiven Erwachsenenbildung zu fördern (DIE; 2013).

Teilnahme an beruflicher Weiterbildung

Aussagen zur Teilnahme von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen an Angeboten der beruflichen Weiterbildung lassen sich auf Basis des Mikrozensus machen. Im Jahr 2013 gaben insgesamt 12% aller Erwerbstätigen an, dass sie innerhalb der letzten 12 Monate an einer allgemeinen oder beruflichen Weiterbildung teilgenommen haben (Abbildung 36). Von den Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen sagten dies 5% und damit weniger als halb so viele wie von den Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen (13%). Die Teilgruppen der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen unterscheiden sich dahingehend, dass 8% der Erwerbstätigen mit einem GdB unter 50, aber nur 5% der chronisch Kranken und 3% der Erwerbstätigen mit Schwerbehinderung an einer solchen Weiterbildung teilgenommen haben. Zwischen Frauen und Männern gibt es unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung keine Unterschiede hinsichtlich der Teilnahme an einer Weiterbildung.

Abbildung 36: Teilnahme von Erwerbstätigen an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung in den letzten 12 Monaten



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Die Finanzierung der beruflichen Weiterbildung erfolgt grundsätzlich durch Unternehmen, staatliche Unterstützung und Eigenbeiträge der Teilnehmenden, je nachdem, ob sie eher im Interesse des Unternehmens oder eher im persönlichen Interesse des Arbeitnehmers liegt. Weiterbildungsmaßnahmen für Arbeitslose werden im Rahmen des SGB III durch die Bundesagentur für Arbeit finanziert. Die non-formalen Bildungsangebote der Volkshochschulen und vergleichbarer Bildungsträger werden durch die Grundförderung der Länder und Kommunen sowie durch Beiträge der Teilnehmenden finanziert.

2.7 Teilhabe im Bereich Bildung und Ausbildung – Überblick

2.7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Vorschulische Betreuung

Die Zahl der Kinder, die vor dem Schulalter in Kindertageseinrichtungen betreut werden, ist in den letzten Jahren (hier: 2008 bis 2015) gestiegen. Dabei hat die Zahl der integrativen Kindertageseinrichtungen zugenommen, während die Zahl spezialisierter Tageseinrichtungen für behinderte Kinder zurückgegangen ist. Der Anteil der Kinder unter acht Jahren mit Förderbedarf, die integrativ in einer regulären Tageseinrichtung betreut werden, ist von 81% im Jahr 2008 auf 90% im Jahr 2015 gestiegen, d.h. nur noch 10% dieser Kinder werden in spezialisierten Tageseinrichtungen betreut. Dabei gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die Zahl der Kinder, die Leistungen der Frühförderung in Frühförderstellen und Förder- bzw. Integrationskindergärten erhalten, ist im Zeitraum von 2007 bis 2014 um 45% gestiegen.

Bildung im Schulalter

Die Zahl der Schüler und Schülerinnen mit sonderpädagogischer Förderung ist von rd. 487.000 im Jahr 2005 um 4% auf rd. 508.000 im Jahr 2014 gestiegen. Da gleichzeitig die Schülerzahl insgesamt zurückgegangen ist, stieg der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an allen Schülerinnen und Schülern in diesem Zeitraum von 5,7% auf 7,0%. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, die in einer Regelschule unterrichtet werden, ist von 14% im Jahr 2005 auf 34% im Jahr 2014 gestiegen. Gleichzeitig ist der Anteil der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen nahezu konstant geblieben. Dies deutet darauf hin, dass der Inklusionsprozess im Bildungssystem im Verhältnis von Regelschulen und Förderschulen weiter fortschreitet, ohne dass aber die Anzahl der Schülerinnen und Schüler in Förderschulen abgenommen hat.

Die Quote der Schüler mit sonderpädagogischer Förderung unterscheidet sich nach der Schulform, in Realschulen und Gymnasien ist sie deutlich niedriger als in Grundschulen und Gesamtschulen. Zwei Drittel der Schüler mit sonderpädagogischer Förderung werden in Förderschulen unterrichtet. Dies gilt insbesondere für Schüler mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, während Schüler mit den Förderschwerpunkten emotionale und soziale Entwicklung sowie Sehen, Hören und Sprechen zu höheren Anteilen eine Regelschule besuchen. Sowohl hinsichtlich des Anteils der Schüler mit sonderpädagogischer Förderung als auch hinsichtlich der Relation zwischen Regelschule und Förderschule unterscheiden sich die Bundesländer erheblich voneinander.

Deutliche Unterschiede bestehen hinsichtlich der Schulabschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Eine Fachhochschulreife oder ein Abitur haben 41% der 20- bis 64-Jährigen ohne Beeinträchtigungen und 19% in diesem Alter mit Beeinträchtigungen. Während bei mittleren Abschlüssen der Unterschied geringer ausfällt, haben 29% dieser Altersgruppe ohne Beeinträchtigungen gegenüber 54% mit Beeinträchtigungen einen Hauptschulabschluss oder keinen Schulabschluss.

Berufliche Ausbildung

Beim Übergang von der Schule in eine Ausbildung erweist sich ein niedriger oder fehlender Schulabschluss als Barriere für Jugendliche mit Beeinträchtigungen. Im Jahr 2014 verließen 71% der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen diese ohne Hauptschulabschluss, und etwa drei Viertel der Jugendlichen ohne Hauptschulabschluss münden nach Verlassen der Schule in das Übergangssystem berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen ein. Im Jahr 2014 gab es insgesamt rund 518.000 Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen, darunter knapp 9.600 in Berufen für Menschen mit Behinderungen nach §§ 64ff BBiG bzw. § 42m HwO, dies sind 2% aller Ausbildungen. Berufe für Menschen mit Behinderungen werden stärker in praktischen Berufsfeldern mit reduzierten theoretischen Anforderungen angeboten. Die Zahl dieser Ausbildungsplätze geht zurück.

In der Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren verfügen 64% der Menschen mit Beeinträchtigungen und 59% der Menschen ohne Beeinträchtigungen über einen mittleren beruflichen Abschluss (Lehrausbildungen oder schulische Berufsausbildung). 6% der Menschen mit Beeinträchtigungen haben einen höheren beruflichen Abschluss (Meister, Techniker, Fachschulabschluss) gegenüber 7% der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Unterschiedlich ist der Anteil der akademischen Abschlüsse (Fachhochschul- oder Hochschulabschluss, Promotion), über die 22% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 10% der Menschen mit Beeinträchtigungen verfügen. Keinen beruflichen Abschluss haben 21% der Menschen mit Beeinträchtigungen gegenüber 12% der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen haben mehr Menschen mit Beeinträchtigungen keinen Abschluss oder einen mittleren beruflichen Abschluss, und weniger Menschen mit Beeinträchtigungen haben höhere berufliche Abschlüsse.

Hochschulausbildung

Einer repräsentativen Umfrage zufolge weisen 13% der Studierenden an deutschen Hochschulen eine amtlich festgestellte Behinderung auf, darüber hinaus haben weitere Studierende eine Beeinträchtigung. Als häufigster Grund für eine Studienerschwernis wird eine psychische Beeinträchtigungen bzw. eine seelische Erkrankung angegeben (45%). Neuere Daten liegen hierzu nicht vor. Zum Stand der Barrierefreiheit der Hochschulen liegen keine bundesweit repräsentativen Daten vor.

Erwachsenenbildung

Inwiefern zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen Unterschiede bezüglich der Teilnahme an Angeboten der Erwachsenenbildung bestehen, ist nicht bekannt. Unter den Erwerbstätigen ist der Anteil derjenigen, die innerhalb eines Jahres Angebote der allgemeinen oder beruflichen Weiterbildung wahrgenommen haben, mit 5% weniger als halb so hoch, wenn eine Beeinträchtigung vorliegt, als wenn dies nicht der Fall ist (13%).

2.7.2 Entwicklung der Teilhabe

Im Bereich der vorschulischen Betreuung kann der Anteil der Kinder mit Bezug von Eingliederungshilfe, die in regulären Kindertageseinrichtungen betreut werden, an allen Kindern mit Bezug von Eingliederungshilfe als Indikator der Teilhabe betrachtet werden. Dieser Anteil ist von 81% im Jahr 2008 auf 91% im Jahr 2015 gestiegen, variiert aber stark zwischen den Bundesländern. Grundsätzlich ist in diesem Bereich von einer Verbesserung der Teilhabe auszugehen. Der starke Anstieg des Leistungsbezugs der Frühförderung kann nicht als Teilhabewirkung interpretiert werden, da damit lediglich ein gestiegener Bedarf gedeckt und vermutlich das Niveau der Bedarfsdeckung konstant gehalten wurde. Hierzu liegen keine belastbaren Daten vor.

Eine zunehmende Zahl von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung besuchen eine Regelschule, während der Anteil von ihnen, der in Förderschulen unterrichtet wird, zurückgeht. Dies lässt sich (unter Absehung der genaueren Umstände, unter denen inklusiver Unterricht jeweils gestaltet wird) als Fortschritt im Inklusionsprozess interpretieren. Somit ist der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, die eine Regelschule besuchen, an allen Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung ein Indikator für Teilhabewirkungen, der sowohl Veränderungen im Zeitverlauf als auch zwischen den Bundesländern aufzeigt.

Weiterhin sagt das unterschiedliche Niveau der schulischen Abschlüsse etwas über Teilhabeunterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen aus.

Im Bereich der beruflichen Ausbildung gibt es kaum Daten, die sich im Hinblick auf Teilhabefortschritte bewerten lassen. Ob der Rückgang der Zahl der Ausbildungen in Berufen für Menschen mit Behinderung ein Zeichen für mehr reguläre Ausbildungen oder für eine weitere Ausgrenzung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist, ist nicht einschätzbar. Die Differenz der höheren Ausbildungsabschlüsse zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen kann im Sinne von Teilhabewirkungen interpretiert werden. Als Bildungsfortschritt kann gewertet werden, dass die Anteile ohne beruflichen Abschluss in den vergangenen Jahren zurückgegangen sind, und zwar bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen von 18% (2005) auf 12% (2013) und bei Menschen mit Beeinträchtigungen von 26% (2005) auf 21%. Unter Gesichtspunkten einer gleichberechtigten Teilhabe ist dies aber kein Fortschritt, da der Unterschied zwischen beiden Gruppen von 8 Prozentpunkten im Jahr 2005 auf 9 Prozentpunkte im Jahr 2013 zugenommen hat.

Zu den Bedingungen des Hochschulstudiums und zu allgemeinen Angeboten der Erwachsenenbildung liegen keine Längsschnittdaten vor. Daher können Entwicklungen der Teilhabe in diesen Bereichen nicht bewertet werden.

2.8 Weiterführende Informationen

2.8.1 Hilfen zu einer angemessenen Schulausbildung

Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII gehören auch Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung (§ 54 SGB XII). Diese Hilfen sollen behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen einen Schulbesuch im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht ermöglichen. Sie werden für den Besuch einer Regelschule erbracht und umfassen z.B. die Kostenübernahme für Schulbegleiter, Sonderbeförderung und behinderungsbedingte Mehrkosten bei Klassenfahrten.

Am Ende des Jahres 2014 bezogen 55.870 Schülerinnen und Schüler diese Leistungen, dies entspricht etwa 8% aller gewährten Einzelleistungen der Eingliederungshilfe. Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Leistungsbeziehenden dieser Hilfen von 2008 bis 2014. Dabei wird unterschieden zwischen der Gesamtzahl aller Personen, die im Laufe eines Jahres Hilfen empfangen haben, und der Anzahl der Personen, die am

Stichtag am Ende des Jahres (31.12.) diese Hilfen erhielten. Die Anzahl der Leistungsbeziehenden ist seit 2008 kontinuierlich gestiegen, die Zahl der Beziehenden am Jahresende 2014 lag um 22% über der des Jahres 2008. Im Laufe des Jahres 2014 erhielten insgesamt 74.879 Personen Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung. Auch die Ausgaben für Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung sind seit 2008 stark gestiegen. Im Jahr 2014 lagen sie bei 1.243,74 Mio. Euro, dies entspricht einer Zunahme um 44% im Vergleich zum Jahr 2008. Die Ausgaben pro Leistungsbezieherin bzw. Leistungsbezieher sind im Zeitverlauf ebenfalls angestiegen, dieser Anstieg fällt mit +19% jedoch weniger stark aus.

Tabelle 35: Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung in und außerhalb von Einrichtungen

	Leistungsbeziehende im Laufe des Berichtsjahres	Leistungsbeziehende am Jahresende	Ausgaben (in Mio. EUR)	Ausgaben pro Fall
2008	63.513	45.924	861,18	18.752
2009	65.225	46.744	914,14	19.556
2010	66.889	48.232	958,53	19.873
2011	67.233	49.941	971,91	19.461
2012	72.345	54.221	1.064,16	19.626
2013	73.775	54.281	1.145,90	21.110
2014	74.879	55.870	1.243, 74	22.261
Veränderung 2007-2014	+18%	+ 22%	+44%	+19%

Quelle: Sozialhilfestatistik, 2008 bis 2014, Darstellung des ISG

*Die Ausgaben pro Fall beziehen sich auf die Leistungsbeziehenden am Jahresende.

2.8.2 Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf

Die statistische Erfassung der Studierenden, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, vermittelt kein klares Bild, da diese Leistungen früher unter der Rubrik „Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule“ registriert wurden, jetzt aber teilweise auch unter der Rubrik „Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“. Festzuhalten ist jedoch der starke Anstieg der Ausgaben pro Leistungsbezieherin bzw. Leistungsbezieher im Zeitverlauf (+60%; Tabelle 36).

Tabelle 36: Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule in und außerhalb von Einrichtungen

Jahr	Leistungs-beziehende	Ausgaben (in Mio. EUR)	Ausgaben pro Fall*
2006	881	12,00	13.617
2007	618	10,46	16.924
2008	1.870	14,41	7.705
2009	4.972	14,03	2.822
2010	5.489	13,85	2.524
2011	5.170	32,20	6.228
2012	1.992	10,50	5.274
2013	623	9,09	14.593
2014	673	14,70	21.844
Veränderung 2006-2014	-24%	+23%	+60%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2006 bis 2008, Daten zum Jahresende.

* Die Ausgaben pro Fall beziehen sich auf die Leistungsbeziehenden zum Jahresende.

2.8.3 Berufliche Orientierung im Rahmen der Initiative Inklusion

Eine systematische und professionell begleitete berufliche Orientierung ist die wesentliche Grundlage für eine nachhaltige Eingliederung junger Menschen mit Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt. Die Bundesagentur für Arbeit und die für die Schulen zuständigen Länder tragen für die berufliche Orientierung eine gemeinsame Verantwortung.

Im Rahmen der Initiative Inklusion (siehe auch 3.7.2.7) fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales seit 2011 die berufliche Orientierung von schwerbehinderten Schülerinnen und Schülern, insbesondere mit sonderpädagogischem Förderbedarf. Gerade für diesen Personenkreis ist es wichtig, dass noch in der Schule alle Möglichkeiten für den Übergang ins Erwerbsleben ausgelotet und Alternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen geprüft werden. 40.000 schwerbehinderte Schülerinnen und Schüler sollen umfassend über ihre beruflichen Möglichkeiten informiert und beraten und ihr Übergang von der Schule in das Arbeitsleben unterstützt werden.

Ziel ist, dass die geförderten Maßnahmen nach Auslaufen des Programms in eine Regelförderung durch Bund und Länder übergehen. Zu diesem Zweck wurde in 2016 die rechtliche Grundlage dafür geschaffen, dass die Integrationsämter der Länder die Fortführung dieser Berufsorientierung künftig teilweise aus ihren Ausgleichsabgabemitteln finanzieren können. Damit können die Integrationsämter dazu beitragen, ergänzend zu den Aktivitäten der Kultusressorts der Länder den Landesanteil für die berufliche Orientierung aufzubringen, etwa im Rahmen der Initiative Bildungsketten. In diesem Zusam-

menhang strebt der Bund Vereinbarungen mit den Ländern an mit dem Ziel, die Instrumente von Bund und Bundesagentur für Arbeit, die auf eine Ausbildung zielen, kohärent mit der Länderkonzeption im Übergangsbereich abzustimmen und in diese einzubetten. Dem Gedanken der Inklusion entsprechend setzt sich der Bund dafür ein, dass die Vereinbarungen die Jugendlichen mit Beeinträchtigungen selbstverständlich mit einbeziehen und den spezifischen Belangen - wo erforderlich - Rechnung tragen. Dies gilt insbesondere für die Fortführung von Maßnahmen der beruflichen Orientierung, die im Rahmen der Initiative Inklusion anschubweise finanziert wurden.

2.9 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Bildung und Ausbildung

Bildungschancen beeinflussen in mehrfacher Weise die individuelle Lebenslage: Der Bildungsabschluss ist eine wesentliche Determinante für den sozialen Status (Beschäftigung, Einkommen, Anerkennung und Prestige), und er impliziert damit automatisch eine vorteilhafte oder nachteilige Bedingung für die Lebenslage. Bildung kann Optionen für die Lebensgestaltung und Persönlichkeitsentwicklung eröffnen, indem Handlungsmöglichkeiten verfügbar werden und die eigene Lebensführung und Lebenserfahrung, die eigene Identität nicht nur als schicksalhaft oder von außen determiniert erlebt werden. Lernen und Bildung sind eine zentrale Bedingung dafür, Handlungsspielräume erkennen und nutzen zu können. Bildung heißt auch, über Kompetenzen und Bewältigungsfähigkeiten zu verfügen, die für die Gestaltung der eigenen sozialen Beziehungen sowie für die Bewältigung des Alltags, aber auch von Belastungen, die sich im Lebenslauf jedes Menschen stellen, wichtig sind. Bildung ist ein Prozess der aktiven Auseinandersetzung des Einzelnen mit seiner Umwelt durch Lernen. Zugleich ist dieser Prozess abhängig und wesentlich beeinflusst von familiären Sozialisationsbedingungen, von den Strukturen und Prozessen der vielfältigen Orte der Bildung und von den Zielen, Kompetenzen und Haltungen der pädagogischen Fachkräfte. Das pädagogische Handeln erschöpft sich aber nicht einzig in der Förderung des Lernens. Im Kindes- und Jugendalter ist die Erziehung eine ebenso zentrale Aufgabe. Helfendes, begleitendes und assistierendes Handeln ist ganz allgemein und über die Lebensspanne hinweg Teil und häufig sogar Voraussetzung für Bildungsprozesse. Begleitung und Hilfe, Therapie und Pflege sollen in den pädagogischen Prozess eingebettet und auf dessen Ziele bezogen sein.

Die in Demokratie- und Partizipationstheorien geläufige Unterscheidung von Teilhabe und Teilnahme (vgl. Beck 2013; Hoecker 2006; Kaase 1994; Lange 1997; Schnurr 2005) verweist auf eine wichtige Differenz: Teilnahme ist aktiv und bezieht sich auf das Individuum; zur Realisierung muss der Einzelne teilnehmen wollen, er braucht dafür aber auch zugängliche Kontexte. Damit wird das Wechselspiel auf der Meso- und Mikro-Ebene betont; der rechtliche Anspruch auf Inklusion bzw. Teilhabe allein reicht nicht aus. Neben die Förderung des Einzelnen tritt deshalb notwendigerweise die Gestaltung von Strukturen und Prozessen, so dass sie die Aneignung von Bildung ermöglichen und fördern. Das aktive Teilnehmen, Gestalten, Mitwirken und Mitbestimmen sowie Einschluss- und

Ausschlusskriterien (Inklusion und Exklusion), die die Teilnahme und Teilhabe eröffnen oder begrenzen, sind zentrale Bedingungen des Handlungsspielraums. Inklusion kann begrenzt sein, z.B. inhaltlich oder zeitlich, sie kann prekär sein, z.B. wenn angemessene Hilfen fehlen, und all das kann in Sonder- oder Regeleinrichtungen der Fall sein. Mit Inklusionszahlen allein ist nicht gesagt, ob und wie Bildungschancen verbessert werden.

Bildungsprozesse vollziehen sich über die Lebensspanne hinweg und strukturieren den Lebenslauf nicht nur durch den Erwerb von Zugangsberechtigungen, sondern auch, weil sie mit bedeutenden Übergängen im Lebenslauf verknüpft sind und zugleich eine Voraussetzung für die Übergangsbewältigung darstellen. Übergänge sind Phasen in der Entwicklung, die durch markante Ereignisse ausgelöst werden, wie z.B. der Übergang von der Schule in die Ausbildung. Die äußeren Anforderungen verändern sich, und die erworbenen individuellen Fähigkeiten müssen entsprechend erweitert werden. Häufig ist nicht nur ein, sondern es sind mehrere Lebensbereiche und soziale Rollen betroffen. So ist der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter gekennzeichnet durch die Ablösung vom Elternhaus, das selbstständige Eingehen und Gestalten von Beziehungen und das Treffen von Entscheidungen für den eigenen Lebensweg. Übergänge wirken sich auf das Selbstkonzept, die Identität und die soziale Integration aus (vgl. Heinz 2012; Stauber, Pohl, Walther 2007); im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMAS 2013) stellen solche Übergänge ein Schlüsselthema dar, weil hier Risiken der Exklusion besonders deutlich werden. Die Weichenstellungen für Risiken, wie z.B. ein fehlender Schulabschluss, erfolgen dabei früh und können langfristige Wirkungen entfalten.

Bei der Bewältigung von Übergängen handelt es sich vorrangig um Lernprozesse, um das „Streben nach psychosozialer Handlungsfähigkeit“ (Böhnisch 1997 zit. nach Walther, Stauber 2007: 29). Handlungsfähigkeit ist mehr und anderes als das Meistern einer (akuten oder kurzfristigen) Krise: sie ist auf die „sinnhafte Gestaltung des eigenen Lebens“ gerichtet (Walther, Stauber 2007: 30). Der Einzelne nimmt Anforderungen wahr und muss dafür Kompetenzen und Motivation entwickeln. Je länger, unsicherer und prekärer der Übergang aufgrund der Voraussetzungen und Statuszuweisungen ist, desto mehr Motivation ist gefragt. Die biographischen Entscheidungen und Entwicklungen sind dabei geprägt und beeinflusst von institutionellen Vorgaben und Möglichkeiten. Die spezifische Verbindung sozio-ökonomischer Strukturen, institutioneller Arrangements und soziokultureller Muster in einem Land nennen Walther und Stauber (2007) „Übergangsregimes“. Regimetypen lassen sich im internationalen Vergleich danach unterscheiden, ob die Schule eher selektiv oder chancengleich strukturiert, das Berufsbildungssystem mehr oder weniger standardisiert ist, ob die Arbeitsmärkte eher flexibel oder geschlossen sind, die Zuschreibung von Benachteiligung eher individuell oder strukturell erfolgt und die Politik eher auf Rechte und Partizipation oder eher an Problemlagen und Schutz/Korrektur ausgerichtet ist (ebd.: 25). Die Handlungs- und Gestaltungsspielräume des Einzelnen werden durch diese strukturellen Aspekte mal mehr, mal weniger eröffnet bzw. begrenzt. So binden sich die Arbeitsmärkte in Deutschland stark an Abschlüsse,

das Bildungssystem ist eher standardisiert und wenig flexibel, Zugangsberechtigungen sind stark reglementiert, die Wege sind vorgegeben. Ein fehlender Schulabschluss wirkt sich gravierend auf die Ausbildungschancen aus. Auf der anderen Seite weist das deutsche Bildungssystem eine ausgeprägte und sehr vielfältige Förderstruktur auf. Sie ist jedoch hochgradig nach rechtlichen Zuständigkeiten, Zugangsbedingungen, Trägerschaften, Organisationsformen, Zielgruppen und Aufgaben zersplittert. Außerdem erfolgt eine Konzentration auf die Erwerbstätigkeit, während andere Bereiche des Übergangs wie das Wohnen oder die sozialen Beziehungen nicht systematisch mit in den Blick genommen werden. Auch die konkreten Bedingungen vor Ort, die Infrastrukturen, wie z.B. das Ausbildungsangebot in einer Region, und schließlich die mikrostrukturellen Bedingungen, wie das Maß sozialer Bindung und Unterstützung, über das eine Person verfügt, wirken auf die individuellen Handlungsmöglichkeiten und Erwartungen ein.

Statusmerkmale wie „behindert“, „Abgängerin oder Abgänger einer Sonderschule“ oder „Abgängerin oder Abgänger ohne Schulabschluss“ strukturieren die Lage vor, weil sie die Erfahrung von sozialer Ungleichheit, von Positionshindernissen und Abhängigkeit mit sich bringen können. Dennoch individualisiert sich die Lage in den konkreten Lebensbedingungen, Erfahrungen, Aktivitäten und Denkweisen des Einzelnen. Es macht einen großen Unterschied, ob jemand im Erwachsenenalter eine Beeinträchtigung erwirbt oder die Beeinträchtigung von Kindheit an besteht; es macht einen Unterschied, ob ein unterstützendes soziales Netzwerk vorhanden ist und belastende Erfahrungen wie z.B. Stigmatisierungen in einem Lebensbereich durch positive in einem anderen ausgeglichen werden können oder nicht. Deshalb ist einerseits entscheidend, auf welche Bildungsressourcen zurückgegriffen werden kann bzw. welche im Prozess der Bildung gefördert werden, wie z.B. das Selbstwirksamkeitserleben und Kontrollgefühl, und wie viel soziale Unterstützung vorhanden ist. Auf der anderen Seite stehen die strukturellen Bedingungen: Auf welche Infrastruktur der Beratung und Unterstützung stößt man vor Ort? Welche Weichen werden mit der Zuweisung zu einem System jeweils gestellt? Fragen nach Teilhabewirkungen im Bereich Bildung sind somit Fragen nach der Ermöglichung der Bewältigung des Überganges von der Schule in Ausbildung, Beruf und eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung durch Bildung, also nach der Herstellung von Handlungsspielräumen für den Einzelnen, die seinem Bedarf und seinen Wünschen entsprechen und die seine Identität, soziale Zugehörigkeit und seine Lebensführung sichern.

Im Bereich der frühen Bildung und Erziehung vor dem Schulalter tragen grundlegend die Familien die Aufgaben der Anregung, Begleitung, Betreuung und Erziehung; Angebote wie Kindertageseinrichtungen und die Familien übernehmen eine „wechselseitige Ergänzungsfunktion“ (Schwarzburg-von Wedel/Weiß 2010: 255). 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, frühe Erziehungshilfen durch die Kinder- und Jugendhilfe bei prekären Lebenslagen der Familie und kindlichen Entwicklungsauffälligkeiten sowie die speziellen Leistungen der heilpädagogischen 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 für Kinder mit drohenden oder bestehenden Beeinträchtigungen (Sarimski 2009: 256) und verbindet dabei gemäß dem Prinzip der ganzheitlichen und systemischen Förderung medizinisch-therapeutische, psychologische, heilpädagogische und soziale Leistungen. Deshalb ist es wichtig, dass die Leistungen integriert als Komplexleistung angeboten werden und die Interdisziplinarität gesichert ist. Dies ist derzeit nicht ausreichend der Fall. Des Weiteren sollte es nicht zu Wartezeiten, Informationsdefiziten oder selektiven Wirkungen kommen, die die Inanspruchnahme und Wirksamkeit begrenzen. Hierzu besteht, ebenso wie zur Frage der Qualität der Prozesse, der Qualifikationen und Stellenschlüssel in Relation zum Bedarf und zur Barrierefreiheit von der Krippe über die Frühförderung bis zu den Kindertageseinrichtungen ein erheblicher Forschungsbedarf.

Die frühen Hilfen zur Erziehung angesichts von Entwicklungsauffälligkeiten einerseits und die Leistungen zur Frühförderung andererseits sollten nicht getrennt voneinander und nicht getrennt von früher Bildung und Erziehung im Allgemeinen gesehen werden. De facto steht aber eine strukturelle und rechtliche Verknüpfung weiterhin aus. So bemängeln die BRK-Allianz (2013) und die Monitoring-Stelle zur UN-BRK (DIMR, 2014) die fehlende systematische Integration von Frühförderung und integrativer pädagogischer Arbeit in Kindertagesstätten im Elementarbereich. Diese Position ist allerdings noch zu erweitern. Es gilt, die Kinder- und Jugendhilfe insgesamt „zu einem inklusiven, effizienten und dauerhaft tragfähigen und belastbaren Hilfesystem“ weiterzuentwickeln, zu dem „geeignete Finanzierungsmodelle für systemische Unterstützungsformen“ gehören (DJI 2015: 6). Dies stellt einen zentralen Baustein zur Überwindung der Schnittstellen von SGB VIII und SGB XII dar. Diese Schnittstellen erweitern sich jedoch mit Blick auf den Schulträger und bezogen auf Bildungsprozesse über die Lebensspanne hinweg auf Berufs-, Erwachsenen-, Weiter- und Hochschulbildungsträger. Hinzugedacht werden müssen aber auch Schnittstellen zum Pflege- und Gesundheitssystem. Eine zu enge Zielgruppenorientierung, vor allem aber Bruchstellen zwischen den unterschiedlichen Systemen von Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Pflege usw. wirken sich erheblich auf Bedarfsgerechtigkeit und Zugangschancen aus. Gerade im frühen Kindesalter sind passgenaue, koordinierte und wirksame Unterstützungsleistungen von enormer Bedeutung; fehlende oder unzureichende frühe Hilfen stellen zusammen mit prekären Sozialisationsbedingungen erhebliche Risiken für eingeschränkte Teilhabechancen im weiteren Lebensverlauf dar.

Die für den Bereich der frühen Erziehung und Bildung vorliegenden Daten geben, wie die Daten zu den anderen Bildungsbereichen, kaum Einblick in den Gesamtzusammenhang bzw. dessen Ausprägung. Die begrenzte Perspektive lässt im Wesentlichen nur Aufschlüsse über Fallzahlen bzw. vorhandene Plätze zu – im Krippenbereich ist noch nicht mal dies bekannt –, nicht aber über die zentralen Aspekte der Qualität und Bedarfsdeckung. Die offenkundigen Disparitäten, was die länderspezifischen Betreuungsquoten

der unter achtjährigen Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen betrifft, deuten nicht nur auf hochgradig variierende Bedarfserhebungen, sondern auch auf sehr unterschiedliche quantitative und qualitative Angebotsstrukturen. So erweist sich die hohe Inklusionsquote in den Kindertagesstätten zwar als wichtiger quantitativer Indikator der Zugänglichkeit, aber diese stellt sich in den Bundesländern sehr unterschiedlich dar. Die Gründe für die steigenden Fallzahlen sind nicht bekannt; sie können durch eine erhöhte Sensibilisierung und bessere Erfassung, aber auch erhöhte Leistungsanforderungen, vermehrte familiäre Problemlagen oder durch strukturelle Effekte (rechtliche Regelungen, administrative Praktiken usw.) verursacht sein. Für letzteres spricht, dass auch im Schulbereich die Förderquote länder- und vermutlich sogar regionsspezifisch höchst unterschiedlich steigt. In jedem Fall deutet sich an, dass die Fallzahlen aufgrund der enormen Spreizung nicht nur zwischen Bundesländern, sondern auch zwischen den Förderschwerpunkten nicht oder nur in geringem Maß in direktem Zusammenhang mit Art und Ausmaß einer je vorhandenen Beeinträchtigung stehen können.

Zu gravierenden Unterschieden kommt es auch, was die schulischen Inklusionschancen bezogen auf die Bundesländer und die einzelnen Förderschwerpunkte betrifft. Zudem ist nicht bekannt, welche Form der Inklusion sich hinter den jeweiligen Quoten verbirgt. Hierauf macht die Monitoring-Stelle aufmerksam, wenn sie in ihrer Stellungnahme zur Umsetzung der UN-BRK fordert, „über die Zahl der Kinder Bericht zu erstatten, die im Regelschulsystem integriert sind, wenn die sogenannten ‚Außen- und Integrationsklassen' (Sonderklassen für Schülerinnen und Schüler mit besonderem Förderbedarf unter dem Dach von Regelschulen) nicht in der Integrationsquote enthalten sind" und zu erläutern, „ob die Berechnung der Inklusions- und Exklusionsquoten in den Bundesländern nach einheitlichen Methoden erfolgt". Im Zusammenhang mit den steigenden Fallzahlen und den divergierenden Quoten müsste deshalb untersucht werden, welche Rolle hier, aber auch in den anderen Feldern der Bildungsteilhabe, strukturelle Effekte spielen. In solchen Untersuchungen müsste auch geklärt werden, welchen Einfluss Faktoren wie die soziale Herkunft, Behinderungsart, Migrationshintergrund und Geschlecht besitzen. So weisen Lelgemann u.a. (2012) nach, dass der Unterstützungs-, Pflege- und Therapiebedarf der von ihnen untersuchten Schülerinnen und Schüler in Förderschulen für körperliche und motorische Entwicklung „derzeit deutlich über dem der Schüler in den (untersuchten) integrativen/inklusiven Schulen liegt" (ebd.: 317). Schülerinnen und Schüler mit erhöhtem Pflegebedarf fänden „überhaupt nur in den seltensten Fällen Aufnahme in einer allgemeinen Schule" (ebd.: 318). Für Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung ist eine deutliche Unterrepräsentanz gegenüber anderen Gruppen sonderpädagogisch förderbedürftiger Schülerinnen und Schüler nachgewiesen. „Dieser durch die statistischen Zahlen eindeutig belegte Zustand scheint auch strukturell intendiert. So lässt sich in den bildungspolitischen Debatten um schulische Inklusion eine klare Fokussierung auf die Förderschwerpunkte Lernen, Sprache und Verhalten identifizieren, bei deutlicher Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen mit

Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung und mit komplexen Beeinträchtigungen (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2013: 46). Hinsichtlich des Migrationshintergrundes ist eine Überrepräsentanz im Förderschwerpunkt Lernen belegt. Für die anderen Förderschwerpunkte wäre aber auch zu fragen, wie und wo es vor dem Hintergrund einer bestimmten kulturellen oder sozialen Herkunft zu welchen Zuweisungen kommt. Die für die Förderschwerpunkte geistige sowie körperliche und motorische Entwicklung benannten Entwicklungen könnten zu einer stärkeren Homogenisierung der Schülerschaft an Sonderschulen führen. Unter dem Aspekt der Wahlmöglichkeit der Beschulungsform ist dies als ebenso kritisch anzusehen wie unter dem Aspekt des wechselseitigen Lernens und Anregens. Wenig Beachtung finden bislang auch Fragen des Wandels von Bedarfslagen. So haben Veränderungen im Bereich der medizinischen Störungen und Verbesserungen der medizinischen Versorgung der letzten Dekaden nach Fröhlich (2014: 381) dazu geführt, dass jüngere Generationen mit komplexen körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen andere gesundheits- und aktivitätsbezogene Probleme haben als die älteren; die „besonderen Bedürfnisse […] und das Gesamtbild der Behinderung“ (ebd.) seien deutlich verschieden.

Wahlmöglichkeiten zu erhalten ist eines der zentralen Anliegen der UN-BRK; die Monitoring-Stelle fordert in diesem Zusammenhang, „über die Zahl der Fälle Bericht zu erstatten, in denen ein Kind mit besonderem Förderbedarf gegen seinen Willen auf eine Sonderschule geschickt wurde, unter Angabe der Zahlen für jedes Bundesland in jedem Jahr“ (DIMR 2014: 23). Über die Einstellungen von Eltern, deren Kind eine Förder- oder eine inklusive Schule besucht, und die Gründe für ihre Wahl gibt eine Studie der Konrad-Adenauer-Stiftung (2015) Aufschluss, auch darüber, wie wichtig den Eltern die Wahlmöglichkeit ist, dass die Entscheidung für Regel- oder Sonderschule von vielen Faktoren beeinflusst wird und wie sich die sozialen Kontakte der Kinder jeweils gestalten. Die auf den Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung bezogene Studie von Lelgemann u.a. (2012) gibt ebenfalls wichtige Hinweise auf die Wünsche der Eltern und auf Aspekte der Qualität der besonderen und inklusiven Beschulung.

Ein Bereich, der bezüglich der inklusiven Bildung im Kindes- und Jugendalter noch kaum in den Blick rückt, ist die Offene Kinder- und Jugendhilfe. Dabei müssen hier mit Blick auf die Ganztagsbildung und sozialräumliche Schulentwicklung zum einen Fragen nach der Zugänglichkeit, Qualität und Kooperation gestellt werden. Zum anderen geht es um die vielfältigen Angebote der nonformalen Bildung, wie sie in Kinder- und Jugendzentren, -verbänden, Spiel- und Sportangeboten, Treffpunkten usw. bestehen. Im Kinder- und Jugendhilfegesetz ist Partizipation Strukturmaxime und Handlungsprinzip, die Offene Kinder- und Jugendarbeit ein bedeutsames Feld demokratischer Bildung. Das Recht auf Bildung (Artikel 24 UN-BRK) und das Recht auf Zugang zu allgemeinen kulturellen Leistungen und Diensten verweist hier auf Veränderungsbedarf für die Kinder- und Jugendhilfe im Allgemeinen (vgl. Beck 2016a; Voigts 2015). Aus den speziell auf Kinder bezogenen Ausführungen leiten sich sehr konkrete Anforderungen an die Partizipation behinderter Kinder und Jugendlicher an Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe ab. In Artikel

30 Absatz 5 UN-BRK wird sichergestellt, dass „Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern an Spiel-, Erholungs-, Freizeit– und Sportaktivitäten teilnehmen können“ (Beauftragte 2014: 47). Dabei müssen auch die besonderen Bedürfnisse behinderter Kinder hinsichtlich spezieller Hilfen oder des Diskriminierungsschutzes berücksichtigt werden. Voigts kommt in ihrer breit angelegten Untersuchung zur Inklusion in Jugendverbänden zu dem Schluss, dass „Jugendverbände durchaus einen inklusiven Arbeitsansatz“ aufweisen, und zwar „strukturell – im Sinne ihrer pragmatischen Konzeptionen“, die vom Prinzip der Offenheit geprägt sind (Voigts 2015: 300). „Gleichzeitig ist auf der Grundlage des Interviewmaterials sehr prägnant zu konstatieren, dass Jugendverbände über eine Vielzahl von Zugangsbarrieren verfügen, insbesondere für Kinder aus Armutslagen und/oder mit einem Migrationshintergrund sowie Kinder mit Behinderungen“ (ebd.). Dass die Jugendverbände sich der Inklusion gegenüber öffnen, aber den damit einhergehenden Bedarf nicht erfüllen können (ebd.), verweist exemplarisch auf die Dringlichkeit von sozialräumlichen Strategien, die die Zielgruppenspezifik (auch eine nur auf Behinderung bezogene) ebenso überwinden wie die rechtlichen und strukturellen Schnittstellen.

Exklusionsrisiken koppeln sich deutlich an Schulabschlüsse; die soziale Ungleichheit, die mit Merkmalen wie „sonderpädagogischer Förderbedarf“, „schwerbehindert“, „Migrationshintergrund“ einhergeht, weist im zeitlichen Verlauf deutliche Dynamiken auf. Während im frühen Kindesalter die Bildungsinklusion noch sehr wahrscheinlich ist, nimmt sie mit jeder Schwelle danach ab. Dass sich Ausbildungs-, Erwerbs- und Einkommenschancen an Merkmale wie „leichter beeinträchtigt“ oder „Regelschulabschluss“ binden, verweist ebenso auf den Einfluss von Statusmerkmalen und sozialer Ungleichheit wie der Umstand, dass das Risiko einer Behinderungsgenese auch im späteren Lebensverlauf schichtspezifisch ungleich verteilt ist. Das Faktum der hohen Zahl von beeinträchtigten Menschen ohne Berufsausbildung belegt, dass Hilfen zu spät einsetzen, dass jeder Übergang riskanter wird und Gefahren der Verfestigung und Ausweitung von zunächst umgrenzten Bereichen von Beeinträchtigungen zu Behinderungen, auch und vor allem im Bereich des Lernens oder der emotionalen und sozialen Entwicklung, bestehen, die bis hin zu umfassenden Entkoppelungen und Exklusionsverkettungen reichen können.

Am Beispiel der beruflichen Bildung lässt sich zeigen, wie wichtig die Erhöhung der Vielfalt und Durchlässigkeit der Bildungsangebote als Schlüsselfaktor für das Aufbrechen einer institutionell zu eng ausgerichteten Förderlogik ist (vgl. Beck 2015). Der Bereich der beruflichen Bildung für Jugendliche mit Behinderung ist nicht im zentralen Blickwinkel der Berufspädagogik. Die Sonderpädagogik wiederum bewegt sich zum großen Teil im Vorfeld beruflicher Bildung. „Dieses Feld ist […] nicht nur der öffentlichen, sondern auch der bildungswissenschaftlichen Aufmerksamkeit entzogen. Behinderten- wie Benachteiligtenbereich haben im Blick auf berufliche Bildung nur vorläufige und oft unzureichende pädagogisch-didaktische Konturen entfaltet“ (Bojanowski 2012: 3). Man kann derzeit nicht von allgemein anerkannten und geteilten Konzeptionen ausgehen, jenseits dessen, was in den unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen und den Institutionen

der beruflichen Bildung und Eingliederung entwickelt wird. Dieses Feld reicht von der regulären dualen Ausbildung, den Berufsschulen und Fach- und Fachoberschulen über die Berufsbildungswerke, berufsvorbereitenden Maßnahmen bis zur Werkstatt für behinderte Menschen. Entsprechend unzureichend stellt sich derzeit der Forschungsstand dar, insbesondere, was Inklusionserfahrungen und die Wirksamkeit von Formen und Instrumenten betrifft (vgl. Riecken/Jöns-Schnieder 2014). Das Feld der erschwerten beruflichen Bildung und Teilhabe lässt sich anhand der amtlichen Statuszuschreibungen nicht angemessen erfassen. Die Statuszuweisungen erfolgen weder transparent noch nach einer eindeutigen Logik. Sowohl die als behindert als auch die als benachteiligt geltenden Gruppen eint das Risiko der erschwerten Einmündung auf den ersten Arbeitsmarkt. Als Gruppen seien sie, wie Bojanowski (2012) sagt, „nur noch über klassifikatorische Zuschreibungen und Förderwege unterscheidbar, sie stehen aber unter identischen gesellschaftlichen Nötigungen“ (ebd.: 3). Der berufliche Bildungsbereich werde, „vielfältig zersplittert zwischen Allgemeinbildung und Arbeitsmarkt situiert – von völlig verschiedenen Förderlogiken und Pfadimperativen beherrscht“ (ebd.: 1). Auch erfolgt eine Konzentration auf die Erwerbstätigkeit, während andere Bereiche des Übergangs wie das Wohnen oder die sozialen Beziehungen nicht systematisch mit in den Blick genommen werden, was sich, mit Blick auf die typischen Teilhabekonstellationen, wie sie in Kapitel III.3 dargestellt werden, als gravierendes Defizit erweist. „Mit den vorliegenden Statistiken (können) die Wege junger Menschen mit Behinderung von der Schule in das Maßnahmen-, Ausbildungs- und Arbeitsmarksystem nicht analysiert werden“ (vgl. BMBF 2012: 10). Jeder bzw. jede vierte deutsche Jugendliche mündet in das Benachteiligtensystem, darunter überproportional viele Jugendliche mit Migrationshintergrund, die sich wiederum in der Schulzeit überdurchschnittlich häufig im Förderschwerpunkt Lernen finden.

In den „Sonderarbeitsmarkt“ WfbM hinein kann der Weg sowohl aus dem „Behinderten“- als auch aus dem „Benachteiligten“system führen, auch später im Lebenslauf. Gleichzeitig gelangt aber ein bestimmter Personenkreis noch nicht einmal in die WfbM hinein, sondern verbleibt „ganz unten“, in den Tagesförderstätten, die systematisch und formal weder an das System beruflicher Bildung noch an das der beruflichen Eigliederung angeschlossen sind. Die WfbM wiederum ist zu wenig nach oben hin an das berufsbildende System angeschlossen. Mit dem ersten Arbeitsmarkt sind beide Institutionen systematisch kaum verbunden. Die dort erworbenen Qualifikationen lassen sich nicht zwanglos am ersten Arbeitsmarkt ummünzen bzw. werden dort kaum die Arbeitsplätze bereit gestellt, die an die erworbene Qualifikation angepasst sind. Zu prüfen wäre, ob die gesetzlich getrennten Bereiche von Behinderung und Benachteiligung nicht zusammengeführt und eine Einordnung unter einem gemeinsamen, regelhaften Dach eines Systems der beruflichen Bildung und beruflichen Teilhabe vorgenommen werden sollte. Auch müssten Teilqualifikationen Anerkennung finden und entsprechend Zugänge ermöglichen.

Zusammengefasst stechen anhand der vorliegenden Daten vor allem folgende übergeordnete Themen hervor, die für die Teilhabewirkungen bedeutsam sind und derzeit problematisch erscheinen:

- die Gestaltung der Übergänge als Schlüsselfaktoren für die Verhinderung von Bruchstellen im Teilhabeprozess. An den Übergängen werden erhebliche Exklusionsrisiken deutlich; sie verweisen auf strukturelle Probleme und auf die unzureichende Beachtung von Kontextfaktoren der Lebenssituation als Ganzes und der Art und Weise, wie die Kontextfaktoren zueinander in Beziehung stehen (z.B. Schulabschluss, Ausbildung und soziale Beziehungen).
- die Gestaltung von Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Zuständigkeiten und Leistungserbringern. Sie ist Schlüsselfaktor sowohl für individuell bedarfsgerechte als auch für sozialräumlich zu planende und vorzuhaltende Leistungen, die eine barrierefreie Bildungsteilhabe im Gemeinwesen über die Lebensspanne hinweg gewährleisten (vgl. Beck 2016b; Rohrmann 2016);
- die Umsetzung von Partizipation in allen Dimensionen (sozial und politisch) und auf allen Ebenen als Struktur- und Handlungsprinzip. Sie ist Schlüsselfaktor für die Konkretisierung und Bewertung der Qualität (Wirksamkeit, Angemessenheit, Wahlmöglichkeiten, gleichberechtigte Teilhabe und selbstbestimmte, wirksame und zufriedenstellende Teilnahme und Beteiligung), für die Entwicklung inklusiver Strategien und für den Abbau der sozialen Ungleichheit durch die Veränderung sozial ungleicher im Sinne ungerechter Zugangschancen. Zugleich ist sie zentrales Mittel der Förderung der Interessensartikulation und des demokratischen Handelns;
- das konzeptionelle Verständnis von Bildung und Bildungschancen (im Sinne eines ganzheitlichen und über formale Lernprozesse hinausreichenden Ansatzes) und die Vielfalt, Angemessenheit und Durchlässigkeit der Bildungsangebote. Sie stellen Schlüsselfaktoren für das Aufbrechen einer zu engen und zu stark institutionell ausgerichteten Förderlogik nach Statuszuschreibungen und Etiketten dar, die die Maßgabe von personzentrierten Angeboten kaum motivieren und zu Schwarz-Weiß-Lösungen führen (entweder Sondereinrichtung oder Inklusion; entweder kompletter Abschluss oder gar keiner usw.);
- die strukturellen Effekte, die sich aufgrund der länderspezifischen, aber auch regionalen und kommunalen Besonderheiten abzeichnen. Sie stellen Schlüsselfaktoren für die hochgradigen Disparitäten der Quantität von Bedarfslagen und der Qualität der Angebote dar.

Was den Forschungsbedarf betrifft, so sind Untersuchungen erforderlich, die, unter Einbezug der Aspekte Geschlecht und Migrationshintergrund sowie bundeslandspezifischer Regelungen und gewachsener Angebotsstrukturen, Aufschluss über die Frage geben,

wann, wie und bei welchen Problemlagen es zur Zuerkennung eines besonderen Bedarfes kommt. Bezüglich der Realisierung bedarfsgerechter Lern- und Entwicklungschancen muss der Zusammenhang zwischen Strukturen, Konzeptionen, Qualifikationen auf der einen Seite und den Bedarfslagen auf der anderen Seite analysiert werden. Wirksamkeit, Angemessenheit und Vielfalt der Leistungsformen sollten in Relation zu sozialräumlich identifizierten Bedarfslagen erhoben werden. Dies sollte insbesondere mit Blick auf Übergänge im zeitlichen Verlauf, aber auch, was den Stellenwert einzelner Leistungsformen im Gesamtkontext einer Lebenssituation betrifft, geschehen. So könnten z.B. notwendige Vernetzungen oder aber Bedarfslücken bzw. kontraproduktive Wirkungen und vor allem strukturelle Effekte und Schnittstellenprobleme erkannt werden. Von besonderem Interesse sind Verläufe und Bruchstellen der biographischen Bildungsprozesse. Weitere wichtige Themen sind Zugänglichkeit und Qualität von Beratung und Information sowie die Barrierefreiheit, die, wie das Beispiel der Erwachsenenbildung zeigt, einer erheblich stärkeren Umsetzung bedarf, was materiell-funktionale Aspekte betrifft, aber ebenso, was finanzielle, rechtliche und soziale Aspekte betrifft. Die Erhebung des Studierendenwerkes verweist hier beispielhaft auf Probleme wie den Erhalt von Nachteilsausgleichen, aber auch auf eingeschränkte soziale Unterstützung. Erforderlich sind systematische, keine Insellösungen anzielende Inklusionsstrategien in allen Bildungsbereichen mit entsprechenden Assistenzsystemen – materiell wie personell –, die über entsprechende Qualifikationen verfügen. Die Verbesserung der statistischen Grundlagen soll hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden.

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, stellt sich eine inklusionsgerechte Bildungsinfrastruktur als dringlich dar. Herkömmliche Grenzen zwischen Leistungsträgern wie Schule, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe müssen dafür ebenso überwunden werden wie zu enge Zielgruppenorientierungen. Kommunale 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. Optionen für die eigene Lebensführung zu erhöhen heißt, die Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung zu vergrößern. Dieses Ziel muss sich an der Eröffnung von Chancen auf eine Erwerbstätigkeit orientieren, darf sich aber darin nicht erschöpfen; dies belegt die große Bedeutung der sozialen Eingebundenheit für die Lebensbewältigung.

Literatur zu diesem Kommentar

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2013): Diskriminierung im vorschulischen und schulischen Bereich. Eine sozial- und erziehungswissenschaftliche Bestandsaufnahme. Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Im Internet unter: http://www.antidiskrimi nierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_ Diskriminierung_im_vorschulischen_und_schulischen_Bereich.pdf?__blob=publicationFile [14.07.2016]

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

Beck, I. (2013): Partizipation – Aspekte der Begründung und Umsetzung im Feld von Behinderung. In: Teilhabe 1: 4-11.

Beck, I. (2015): Unterstützte oder gestützte Beschäftigung? Vielfalt, Angemessenheit und Nutzen beruflicher Eingliederung – Eignung als Exklusionsfaktor? In: Becker, U./Wacker, E./Banafsche, M. (Hrsg.): Homo faber disabilis? Teilhabe am Erwerbsleben. Studien aus dem Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik Band 63, Baden-Baden: 65-81.

Beck, I. (2016a): Partizipation und Inklusion in der Kinder- und Jugendhilfe. – In: Knauer, R./Sturzenhecker, B. (Hg.): Demokratische Partizipation von Kindern, Weinheim: 74-89.

Beck, Iris (2016b): Historische und aktuelle Begründungslinien, Theorien und Konzepte. – In: Beck, I. (Hg.), 2016: Inklusion im Gemeinwesen. Band 4 der Reihe Inklusion in Schule und Gesellschaft, Stuttgart: 17-84.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg., 2013): Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Unter: http://www.bmas.de/ SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf;jsessionid=6C2484DF90DFDA5FE81F5A6043EE68FD?__blob=publicationFile&v=2 [14.07.2016]

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg., 2012): Zugangswege junger Menschen mit Behinderung in Ausbildung und Beruf. Band 14 der Reihe Berufsbildungsforschung. Bonn/Berlin, Unter: https://www.bmbf.de/pub/band_vierzehn_berufsbildungsforschung.pdf [14.07.2016]

Böhnisch, L. (1997): Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. Juventa Verlag, Weinheim/München.

Bojanowski, A. (2012): Expertise für den Nationalen Bildungsbericht 2014: Berufliche Inklusion Behinderter und Benachteiligter. Unter: http://www.bildungsbericht.de/de/schwerpunktthemen/pdfs/expertenworkshop-2012-bojanowski1112.pdf [14.07.2016]

Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen zur UN-Behindertenrechtskonvention (Hrsg., 2013): Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Unter: http://www.brk-allianz.de/attachments/article/93/beschlossene_fassung_final_endg-logo.pdf [14.07.2016]

Deutsches Institut für Menschenrechte (2014): Eingabe der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention an den UN-Fachausschuss der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen anlässlich der Vorbereitung einer Frageliste im Prüfverfahren des ersten deutschen Staatenberichts im Jahr 2015.

Deutsches Jugendinstitut (2015): Entkoppelt vom System. Jugendliche am Übergang ins junge Erwachsenenalter und Herausforderungen für Jugendhilfestrukturen. Eine Studie des Deutschen Jugendinstituts im Auftrag der Vodafone Stiftung Deutschland, Düsseldorf. Unter: https://www.vodafone-stiftung.de/uploads/tx_newsjson/Entkoppelt-vom-System_01.pdf. [14.07.2016]

Fröhlich, A. (2014): Inklusion für Menschen mit schwerer Behinderung. – Zeitschrift für Heilpädagogik S. 379-384.

Heinz, W. (2012): Sozialisation, Biographie und Lebenslauf. – In: Beck, I.;Greving, H.: Lebenslage, Lebensbewältigung. Band 5 des Enzyklopädischen Handbuchs der Behindertenpädagogik, hrsg. von Beck, I.; Jantzen, W.; Feuser, G.; Wachtel, P. Stuttgart: 60-86.

Herzog, R. u.a. (Hrsg., 1997): Evangelisches Staatslexikon. Band 2, 3. erw. Aufl., Stuttgart.

Hoecker, B. (2006): Politische Partizipation: systematische Einführung. In: Hoecker, B. (Hrsg.): Politische Partizipation zwischen Konvention und Protest, Opladen: 3-20.

Holtmann, E. (Hrsg., 1994): Politik-Lexikon, München.

Kaase, M. (1994): Partizipation. In: Holtmann, E. (Hrsg.): Politik-Lexikon, München: 443-445.

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

Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (Hrsg., 2015): Jedes Kind ist anders. Einstellungen von Eltern, deren Kinder sonderpädagogischen Förderbedarf haben. Sankt Augustin/Berlin. Im Internet unter: http://www.kas.de/wf/doc/kas_42672-544-1-30.pdf?150929110643 [14.07.2016]

Lange, K. (1997): Partizipation. In: Herzog, R. u.a. (Hrsg.): Evangelisches Staatslexikon. Band 2, 3. erw. Aufl., Stuttgart: 2447-2452.

Lelgemann, R.; Lübbeke, J.; Singer, C. (2012): Qualitätsbedingungen schulischer Inklusion für Kinder und Jugendliche mit dem Förderschwerpunkt Körperliche und motorische Entwicklung. Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Auftrag des Landschaftsverbandes Rheinland. Online-Dokument Universität Würzburg/Forschung/Forschungsberichte.

Riecken, I.; Jöns-Schnieder, K. (2014): Berufliche Inklusion und Teilhabe am Arbeitsleben. In: Hensen. G. u.a. (Hg.): Inklusive Bildung. Organisations- und professionsbezogene Aspekte eines sozialen Programms, Weinheim: 149-205.

Rohrmann, A. (2016): Lokale und kommunale Teilhabeplanung. – In: Beck, I. (Hg): Inklusion im Gemeinwesen, Stuttgart: 145-183.

Sarimski, K. (2009): Frühförderung behinderter Kleinkinder: Grundlagen, Diagnostik und Intervention, Göttingen: 60–102.

Schnurr, S. (2005): Partizipation. In: Thiersch, H.; Otto, H.-U. (Hrsg.): Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. 2. Auflage Berlin: 1330-1345.

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

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

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

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

Walther, A.; Stauber, B. (2007): Übergänge in Lebenslauf und Biographie. In: Stauber, B., Pohl, A., Walther, A. (Hrsg.): Subjektorientierte Übergangsforschung. Rekonstruktion und Unterstützung biographischer Übergänge junger Erwachsener, Weinheim: 19-40.

3. Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation

Faktenblatt „Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation“

- Im Jahr 2013 waren 49% der Menschen mit Beeinträchtigungen und 80% der Menschen ohne Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter erwerbstätig. Erwerbslos waren zu diesem Zeitpunkt jeweils 4% der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Der Anteil derjenigen, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen (Nichterwerbspersonen) an den Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter ist mit 46% deutlich höher als dieser Anteil an den Menschen ohne Beeinträchtigungen (16%).
- Im Zeitraum von 2005 bis 2013 hat die Erwerbstätigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Teilgruppen zugenommen. Die Erwerbstätigenquote ist um 5 Prozentpunkte bei chronisch Kranken und 6 Prozentpunkte bei Menschen mit Schwerbehinderung und um 9 Prozentpunkte bei Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50 angestiegen.
- Fast 1,2 Mio. schwerbehinderte Arbeitnehmer oder ihnen Gleichgestellte wurden im Jahr 2014 beschäftigt. Die Ist-Quote der Besetzung von Pflichtarbeitsplätzen mit schwerbehinderten Arbeitnehmern ist von 4,2% im Jahr 2007 stetig auf 4,7% im Jahr 2014 gestiegen. Dennoch liegt sie im Jahr 2014 unterhalb der für Arbeitgeber mit mindestens 20 Beschäftigten gesetzlich vorgeschriebenen Quote von 5%.
- 75% der Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen und 66% der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen sind in Vollzeit erwerbstätig. Der Anteil der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen, die Teilzeit arbeiten, ist mit 22% etwas höher als an den Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen (16%). Der Anteil der Beschäftigten mit geringfügigem Arbeitsumfang ist bei Menschen mit Beeinträchtigungen mit 12% nur wenig höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (9%).
- Von den Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen sind 60% als Selbstständige, Beamte oder Angestellte tätig gegenüber 40% Arbeitern und sonstigen Erwerbstätigen. Bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind 72% der Erwerbstätigen als Selbstständige, Beamte oder Angestellte tätig gegenüber 28% Arbeitern und sonstigen Erwerbstätigen.
- Die Zahl der Beschäftigten mit Schwerbehinderung in Integrationsprojekten ist von 6.825 im Jahr 2007 um 62% auf 11.052 Beschäftigte im Jahr 2014 angestiegen.
- In Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) waren zum Jahresende 2014 insgesamt 264.842 Menschen mit Beeinträchtigungen im Arbeitsbereich tätig. Seit dem Jahr 2007 mit 220.227 Beschäftigten im Arbeitsbereich der WfbM ist deren Zahl kontinuierlich angestiegen (+20%).
- Menschen mit Beeinträchtigungen sind weniger zufrieden mit ihrer Arbeit als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Auf einer Skala von 0 (geringe) bis 10 (hohe Zufriedenheit) lag die Zufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen bei 6,4 und die Zufriedenheit von Menschen ohne Beeinträchtigungen bei 7,2.

- Im Jahr 2014 befanden sich 15% der Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen in einem atypischen Beschäftigungsverhältnis, unter den Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen war dieser Anteil mit 13% etwas niedriger.
- Die Arbeitslosenquote der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung (auf Basis der eingeschränkten Bezugsgröße) lag 2015 bei 13,4%. Seit 2011 ist sie zwar um 0,9 Prozentpunkte gesunken, lag jedoch im Jahr 2015 noch um mehr als 5 Prozentpunkte über der allgemeinen Arbeitslosenquote von 8,6%.
- Arbeitslose mit einer Schwerbehinderung sind länger arbeitslos als Arbeitslose insgesamt. Im Jahr 2015 beendeten Arbeitslose mit Schwerbehinderung durchschnittlich nach 52 Wochen ihre Arbeitslosigkeit, Arbeitslose insgesamt nach 37 Wochen. Die Dauer der Arbeitslosigkeit von Arbeitslosen mit Schwerbehinderung sank von 63 Wochen im Jahr 2007 auf durchschnittlich 52 Wochen im Jahr 2015.
- Der weit überwiegende Teil aller Arbeitsuchenden mit und ohne Beeinträchtigungen schätzt die Chancen, eine geeignete Stelle zu finden, als „schwierig“ (58% bzw. 57%) ein. Sogar als „praktisch unmöglich“ sehen ihre Arbeitsplatzchancen 17% der Arbeitsuchenden ohne Beeinträchtigungen, aber 34% der Arbeitsuchenden mit Beeinträchtigungen.
- 74% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ohne Beeinträchtigungen bestreiten ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus ihrer Erwerbstätigkeit. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen geben mit 40% deutlich weniger das Erwerbseinkommen als Haupteinkommensquelle an.
- Zwischen den Erwerbstätigen mit und ohne Beeinträchtigungen bestehen keine signifikanten Unterschiede der Stundenvergütungen, wenn nach der Qualifikation unterschieden wird.
- Im Jahr 2013 beträgt die Armutsrisikoquote der Menschen mit Beeinträchtigungen etwa 20%. Sie liegt damit deutlich über der Armutsrisikoquote von Menschen ohne Beeinträchtigungen (13,4%).
- Menschen mit Beeinträchtigungen beziehen zu einem höheren Anteil Leistungen der Mindestsicherung (11,1%) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (5,3%).
- Im Jahr 2014 war es 45% der Menschen mit Beeinträchtigungen nicht möglich, regelmäßig Geld zurückzulegen und auf diese Weise ein Sparguthaben aufzubauen. Von den Menschen ohne Beeinträchtigungen gaben dies 38% an.
- Menschen mit Beeinträchtigungen sind weniger zufrieden mit ihrem Haushaltseinkommen als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- 14% der Menschen ohne Beeinträchtigungen haben große Sorgen um ihre persönliche wirtschaftliche Lage, bei den Menschen mit Beeinträchtigungen ist dieser Anteil mit 21% erheblich größer.

Die Möglichkeit zu arbeiten wirkt sich in vielfältiger Weise auf die persönliche Entwicklung und die Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben aus. Insbesondere eine reguläre Beschäftigung oder selbstständige Erwerbstätigkeit ermöglicht den Erwerb des eigenen Lebensunterhalts, wirkt sinnstiftend und fördert die persönliche Entwicklung. Mit der Teilhabe am Arbeitsleben sind auch soziale Einbindung und wechselseitige Anerkennung verbunden. Somit sind die Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe insgesamt in hohem Maße abhängig vom Ausmaß und der Qualität der Erwerbsbeteiligung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 163). Auch andere Tätigkeitsformen wie ehrenamtliches Engagement oder Familienarbeit können mit sozialer Einbindung und persönlichem Gewinn verbunden sein, im Folgenden steht aber die Erwerbsarbeit im Blickpunkt. Der Grad der Teilhabe an Erwerbsarbeit bestimmt das Niveau des materiellen Lebensstandards. Der Erwerb eines eigenen Einkommens trägt wesentlich zur materiellen Unabhängigkeit und damit zur Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebens bei. Darüber hinaus werden mit regulärer Beschäftigung sozialversicherungsrechtliche Ansprüche erworben. Gelingt der Aufbau von Rentenansprüchen im Erwerbsalter nicht oder nur in geringem Umfang, droht das Risiko von Altersarmut, wenn kein anderweitiges Vermögen vorhanden ist.

Beeinträchtigungen können die Teilhabe am Arbeitsleben erschweren. Von Art und Schwere einer Beeinträchtigung hängen der Grad der Erwerbsfähigkeit und – unter Bedingungen eines nicht inklusiven Arbeitsmarktes – auch die beruflichen Chancen ab. Der Zeitpunkt im Lebensverlauf, an dem Beeinträchtigungen entstehen, hat erhebliche Auswirkungen auf die beruflichen Chancen und die materielle Sicherung: Wenn Beeinträchtigungen erst im fortgeschrittenen Erwerbsalter auftreten, kann bis zu diesem Zeitpunkt ein bestimmter Stand der Teilhabe durch berufliche Entwicklung, Aufbau von Sozialversicherungsansprüchen und ggf. auch von Vermögen erreicht werden. Wenn Beeinträchtigung dagegen angeboren ist oder bis zum frühen Erwachsenenalter eintritt, werden bereits die schulische und berufliche Qualifizierung sowie der Einstieg ins Berufsleben dadurch erschwert. Die Teilhabechancen hängen dann auch von der Einstellung des Arbeitgebers und der Belegschaft sowie von der Gestaltung einer barrierefreien Arbeitsumgebung ab.

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

mit Beeinträchtigungen beim Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, die Förderung des beruflichen Wiedereinstiegs von Menschen mit Beeinträchtigungen und um die gleichberechtigte Wahrnehmung von Arbeitnehmerrechten.

Alle Rechte und Ansprüche, die im Zusammenhang mit Arbeit im Allgemeinen bestehen (z.B. Recht auf Fort- und Weiterbildung, gewerkschaftliche Interessenvertretung u.a.m.) gelten für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in gleicher Weise. Die Verantwortung des öffentlichen Sektors für die Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen wird besonders hervorgehoben, und für den privaten Sektor sollen Anreize gesetzt und Fördermaßnahmen etabliert werden, um auch dort die Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen zu erhöhen. Angemessene Vorkehrungen zur bedarfsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes sollen getroffen werden. Arbeitserfahrungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sollen gefördert werden.

Die staatlichen Unterstützungsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weisen eine erhebliche Bandbreite auf und reichen von der Arbeitsförderung und Beschäftigungspflicht (nach § 71 SGB IX) über Rehabilitations- und Integrationsleistungen der Rehabilitationsträger und Integrationsämter bis hin zu Integrationsprojekten und Beschäftigungsprogrammen (insbesondere §§ 33 ff und 101 ff SGB IX). Wenn eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in arbeitsmarktnahen Bereichen nicht erreicht wird, ermöglicht die Beschäftigung in gesonderten Einrichtungen wie Werkstätten für behinderte Menschen eine Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 39 und 136 ff SGB IX). Solche Sondereinrichtungen bieten einerseits eine geschützte Arbeitsmöglichkeit, können andererseits aber auch aus dem regulären Arbeitsmarkt ausgrenzen. Die Übergänge von diesen Einrichtungen in eine reguläre Beschäftigung sind von besonderem Interesse.

Artikel 28 UN-BRK betrifft das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard für jeden Einzelnen und ggf. seine Angehörigen sowie auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen. Hierbei spielt das eigene Einkommen aus Erwerbstätigkeit eine zentrale Rolle, denn es trägt wesentlich zu einer selbstbestimmten Lebensführung bei. Weitere Einkommensarten aus Vermögen sowie (im Anschluss an eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung) der Arbeitslosen- und Rentenversicherung stehen ebenfalls in unmittelbarem Zusammenhang mit der Höhe des Erwerbseinkommens. Einkommen aus Erwerbsarbeit und Vermögen bilden die Grundlage für den Lebensstandard eines Menschen. Sie schaffen materielle Spielräume für Rücklagen und eine soziale Absicherung. Gelingt eine eigene finanzielle Absicherung nicht, so sind die Vertragsstaaten verpflichtet, den Zugang zu staatlicher Förderung einschließlich finanzieller Unterstützung zu gewährleisten.

Die Allgemeinen Bemerkungen des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD, 2015) kritisieren den Ausschluss vom allgemeinen Arbeitsmarkt, finanzielle Fehlanreize, die Menschen mit Beeinträchtigungen am Eintritt oder Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt hindern, und den Umstand, dass Werkstätten

für behinderte Menschen weder auf den Übergang zum allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereiten noch diesen Übergang fördern.

Der Ausschuss empfiehlt daher, durch entsprechende Vorschriften wirksam einen inklusiven, mit dem Übereinkommen in Einklang stehenden Arbeitsmarkt zu schaffen durch

- die Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten an barrierefreien Arbeitsplätzen gemäß der Allgemeinen Bemerkung Nr. 2 (DIMR, 2014), insbesondere für Frauen mit Beeinträchtigungen;
- die schrittweise Abschaffung der Werkstätten für behinderte Menschen durch sofort durchsetzbare Ausstiegsstrategien und Zeitpläne sowie durch Anreize für die Beschäftigung bei öffentlichen und privaten Arbeitgebern im allgemeinen Arbeitsmarkt;
- die Sicherstellung, dass Menschen mit Beeinträchtigungen keine Minderung ihres sozialen Schutzes bzw. der Alterssicherung erfahren, die gegenwärtig an die Werkstätten für behinderte Menschen geknüpft sind;
- die Sammlung von Daten über die Barrierefreiheit von Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die BRK-Allianz (2013) und die Monitoring-Stelle zur UN-BRK (DIMR, 2015a) unterstützen diese kritische Sichtweise. Die BRK-Allianz weist in ihrem Parallelbericht (2013) auch auf die hohe Arbeitslosenquote von Menschen mit Behinderungen in Deutschland hin. Diese sei auch auf unzureichende arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, einen Mangel an Angeboten zur beruflichen Qualifikation und Weiterbildung für Menschen mit Behinderungen sowie auf unzureichende Angebote zur Information, Vermittlung und Begleitung für arbeitslose Menschen mit Behinderungen zurückzuführen. Zudem seien Betriebe generell nicht zur barrierefreien Gestaltung von Arbeitsstätten verpflichtet, viele Arbeitsplätze sind damit für Menschen mit Behinderungen nicht zugänglich. Die BRK-Allianz (ebd.) kritisiert, dass die erzielten Erwerbseinkünfte von Menschen mit Behinderungen häufig nicht ausreichen, um sich einen angemessenen Lebensstandard leisten zu können, zumal Menschen mit Behinderungen neben niedrigeren Einkommen auch einen höheren finanziellen Aufwand haben, um behinderungsbezogene Barrieren zu kompensieren. In diesem Zusammenhang kritisiert auch der Bericht der Monitoring-Stelle zur UN-BRK, dass „Werkstattbeschäftigung nicht als Arbeitsverhältnis gilt und deshalb von dem vom Vertragsstaat 2015 eingeführten allgemeinen Mindestlohn abgekoppelt ist“ (DIMR, 2015a: 28).

In diesem Kapitel werden die folgenden Aspekte dargestellt:

- Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit: Erwerbsarbeit stellt eine wichtige Voraussetzung für materielle Unabhängigkeit und damit auch für die Möglichkeit einer eigenständigen Lebensführung dar. Es ist zu untersuchen, inwiefern Unterschiede zwi-

schen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen im Hinblick auf ihre Erwerbsbeteiligung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und die Zufriedenheit mit ihrer Arbeit bestehen. Darüber hinaus wird über die Beschäftigung in gesonderten Einrichtungen wie Werkstätten für behinderte Menschen berichtet. Von besonderem Interesse ist auch die unterschiedliche Betroffenheit der Menschen im erwerbsfähigen Alter mit und ohne Beeinträchtigungen von Arbeitslosigkeit.

- Erwerbseinkommen und materielle Situation: Die Beteiligung an Erwerbstätigkeit wirkt sich unmittelbar auf die materielle Situation aus. Dargestellt wird erstens die Einkommenssituation unter Berücksichtigung eigenen Erwerbseinkommens, erworbener Rentenleistungen sowie ergänzender Leistungen der Grundsicherung zum Lebensunterhalt, sofern das eigene Einkommen nicht ausreicht. Ein zweiter Aspekt ist die Vermögenssituation, wobei sowohl die Möglichkeiten, eigenes Vermögen aufzubauen und zu erhalten als auch die Verschuldung betrachtet werden. Daran anknüpfend stellt sich die Frage nach Unterschieden zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen im Hinblick auf Armutsgefährdung, die Zufriedenheit mit dem Einkommen sowie wirtschaftliche Sorgen.

Artikel 27 UN-BRK: Arbeit und Beschäftigung

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. Die Vertragsstaaten sichern und fördern die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, einschließlich für Menschen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erwerben, durch geeignete Schritte, einschließlich des Erlasses von Rechtsvorschriften, um unter anderem

a) Diskriminierung aufgrund von Behinderung in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit einer Beschäftigung gleich welcher Art, einschließlich der Auswahl-, Einstellungs- und Beschäftigungsbedingungen, der Weiterbeschäftigung, des beruflichen Aufstiegs sowie sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen, zu verbieten;

b) das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen, einschließlich Chancengleichheit und gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit, auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen, einschließlich Schutz vor Belästigungen, und auf Abhilfe bei Missständen zu schützen;

c) zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen ihre Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsrechte gleichberechtigt mit anderen ausüben können;

d) Menschen mit Behinderungen wirksamen Zugang zu allgemeinen fachlichen und beruflichen Beratungsprogrammen, Stellenvermittlung sowie Berufsausbildung und Weiterbildung zu ermöglichen;

e) für Menschen mit Behinderungen Beschäftigungsmöglichkeiten und beruflichen Aufstieg auf dem Arbeitsmarkt sowie die Unterstützung bei der Arbeitsuche, beim Erhalt und der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes und beim beruflichen Wiedereinstieg zu fördern;

f) Möglichkeiten für Selbständigkeit,

Unternehmertum, die Bildung von Genossenschaften und die Gründung eines eigenen Geschäfts zu fördern;

g) Menschen mit Behinderungen im öffentlichen Sektor zu beschäftigen;

h) die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen im privaten Sektor durch geeignete Strategien

und Maßnahmen zu fördern, wozu auch Programme für positive Maßnahmen, Anreize und andere Maßnahmen gehören können;

i) sicherzustellen, dass am Arbeitsplatz angemessene Vorkehrungen für Menschen mit Behinderungen getroffen werden;

j) das Sammeln von Arbeitserfahrung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch Menschen mit Behinderungen zu fördern;

k) Programme für die berufliche Rehabilitation, den Erhalt des Arbeitsplatzes und den beruflichen Wiedereinstieg von Menschen mit Behinderungen zu fördern.

(2) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass Menschen mit Behinderungen nicht in Sklaverei oder Leibeigenschaft gehalten werden und dass sie gleichberechtigt mit anderen vor Zwangs- oder Pflichtarbeit geschützt werden.

Artikel 28 UN-BRK: Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz

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

(2) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf sozialen Schutz und den Genuss dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts, einschließlich Maßnahmen, um

a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zur Versorgung mit sauberem Wasser und den Zugang zu geeigneten und erschwinglichen Dienstleistungen, Geräten und anderen Hilfen für Bedürfnisse im Zusammenhang mit ihrer Behinderung zu sichern;

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;

c) in Armut lebenden Menschen mit Behinderungen und ihren Familien den Zugang zu staatlicher Hilfe bei behinderungsbedingten Aufwendungen,

einschließlich ausreichender Schulung, Beratung, finanzieller Unterstützung sowie Kurzzeitbetreuung, zu sichern;

d) Menschen mit Behinderungen den Zugang zu Programmen des sozialen Wohnungsbaus zu sichern;

e) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen und Programmen der Altersversorgung zu sichern.

3.1 Erwerbsbeteiligung

Zur Beschreibung der Erwerbsbeteiligung wird das Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) herangezogen, wonach alle Personen als erwerbstätig gelten, die in der Woche vor der Befragung mindestens eine Stunde gegen Entgelt gearbeitet haben. Hierzu gehören auch Personen, die aufgrund von Krankheit, Urlaub, schlechtem Wetter

oder aus anderen Gründen zeitweise nicht gearbeitet haben. Entsprechend gelten als erwerbslos diejenigen Personen, die nicht im genannten Umfang gegen Entgelt gearbeitet und gleichzeitig in den letzten vier Wochen aktiv nach einer Stelle gesucht haben. Die dritte Gruppe – die Nichterwerbspersonen – wird nach diesem Konzept definiert als Personen im erwerbsfähigen Alter, die in der letzten Woche ebenfalls nicht gearbeitet und nicht nach einer Stelle gesucht haben. In der deutschen Arbeitsverwaltung wird die Grenzziehung zwischen Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit anders vorgenommen (Konzept der Bundesagentur für Arbeit): Nach § 16 SGB III gilt als arbeitslos, wer vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht, arbeitslos gemeldet ist und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht. Eine Tätigkeit im Umfang von weniger als 15 Stunden pro Woche ist mit dieser Definition von Arbeitslosigkeit vereinbar, während nach der ILO-Definition bereits als „erwerbstätig" gilt, wer mindestens eine Stunde pro Woche arbeitet.[45]

Die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 64 Jahren ist von 5,4 Mio. im Jahr 2005 auf 6,2 Mio. im Jahr 2013 gestiegen (Tabelle 37).

Tabelle 37: Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre)

Typ der Beeinträchtigung	2005	2009	2013	2013 in %	Veränderung 2005 - 2013
Insgesamt	5.408	5.793	6.164	100%	14%
Männer	2.961	3.080	3.218	52%	9%
Frauen	2.447	2.713	2.946	48%	20%
darunter: mit anerkannter Schwerbehinderung GdB ab 50	3.054	3.109	3.325	54%	9%
Männer	1.696	1.676	1.765	29%	4%
Frauen	1.358	1.433	1.560	25%	15%
Anerkannte Behinderung GdB unter 50	1.353	1.619	1.749	28%	29%
Männer	792	898	939	15%	19%
Frauen	561	721	810	13%	44%
Chronische Krankheit (ohne anerkannte Behinderung)	1.001	1.065	1.090	18%	9%
Männer	473	506	514	8%	9%
Frauen	528	559	576	9%	9%

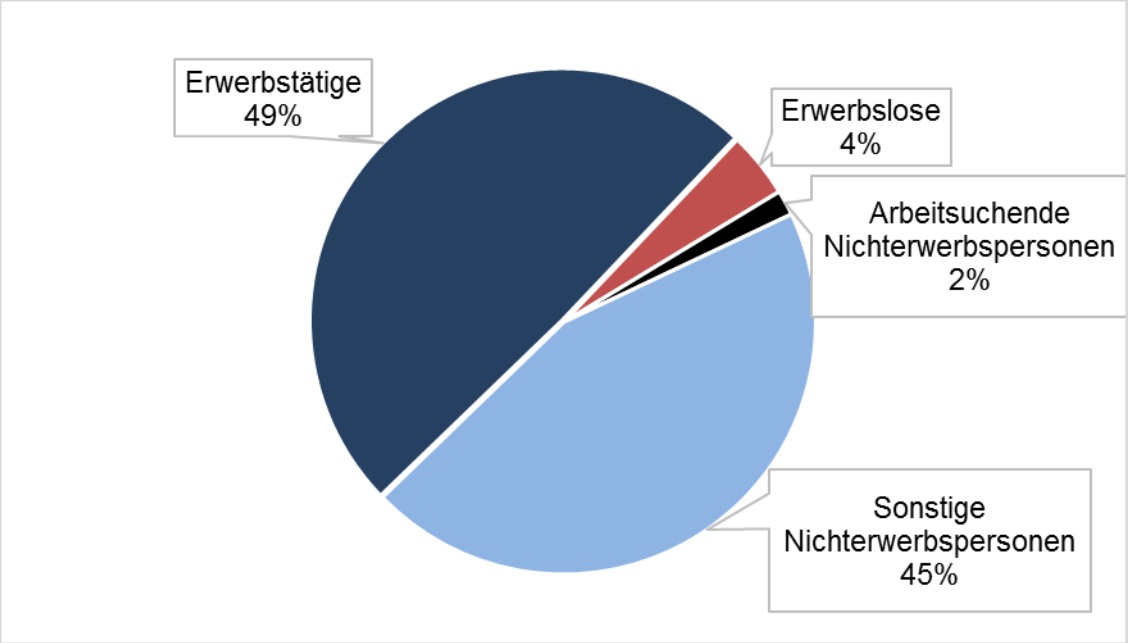
Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013; Berechnungen des ISG

[45] Das im Mikrozensus abgebildete ILO-Konzept erlaubt in Verbindung mit weiteren Merkmalen eine differenziertere Analyse der Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen als die amtliche Arbeitsmarktstatistik. Daher wird im Folgenden – wie aus dem gleichen Grund auch bereits im Teilhabebericht 2013 – das ILO-Konzept der Erwerbsbeteiligung herangezogen.

3.1.1 Grad der Erwerbsbeteiligung

Im Jahr 2013 waren in Deutschland nach Auswertung des Mikrozensus 38,8 Mio. Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren erwerbstätig, dies entspricht 76% der Bevölkerung in diesem Alter. 2,16 Mio. Personen bzw. 4% der Bevölkerung in diesem Alter waren erwerbslos. 9,7 Mio. Personen bzw. 20% der Bevölkerung in diesem Alter waren Nichterwerbspersonen (Abbildung 37). In dieser Altersgruppe waren 80% der Menschen ohne Beeinträchtigungen (35,9 Mio. Personen) und 49% der Menschen mit Beeinträchtigungen (2,9 Mio. Personen) erwerbstätig.

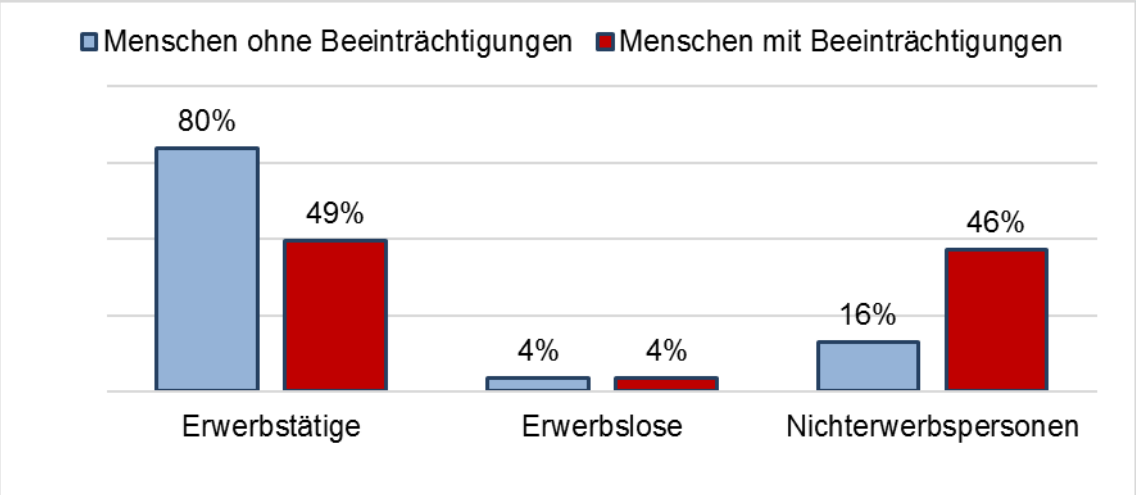
Abbildung 37: Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Der Grund für die deutlich geringere Erwerbsbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen liegt weniger an dem Anteil der Erwerbslosen, der mit 4% ebenso hoch ist wie bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen, als vielmehr an dem deutlich höheren Anteil der Nichterwerbspersonen. Insgesamt sind 2,8 Mio. Personen im erwerbsfähigen Alter Nichterwerbspersonen. Ihr Anteil an den Menschen mit Beeinträchtigungen ist mit 46% deutlich höher als der entsprechende Anteil an den Menschen ohne Beeinträchtigungen mit 16% (Abbildung 38). Darunter befinden sich neben denjenigen, die sich dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stellen möchten, auch Personen mit voller Erwerbsminderung.

Abbildung 38: Erwerbsbeteiligung der 18- bis 64-Jährigen



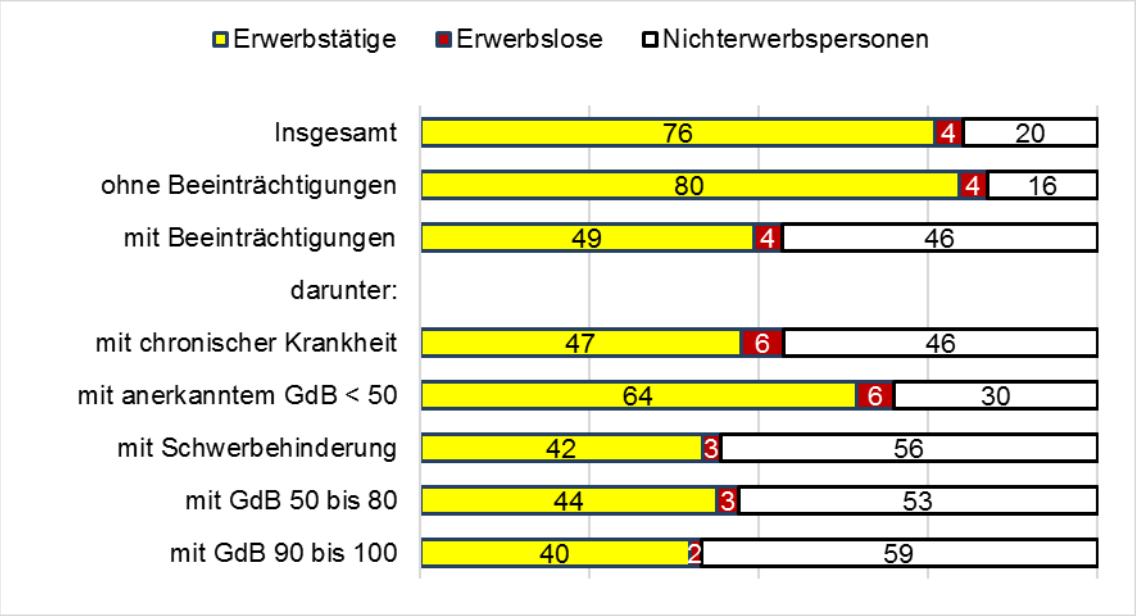
Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Betrachtet man die Erwerbsbeteiligung der einzelnen Teilgruppen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter, so zeigt sich: Von den rd. 1,1 Mio. chronisch Kranken ohne anerkannte Behinderung sind rd. 510.000 erwerbstätig (47%). Von den rd. 4,9 Mio. Personen in diesem Alter mit anerkannter Behinderung sind 2,4 Mio. Personen bzw. 50% erwerbstätig (Abbildung 39). Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50 sind zu 64% erwerbstätig (1,1 Mio. Personen). Von den rd. 2,4 Mio. Schwerbehinderten mit einem GdB von 50 bis 80 ist ein etwas höherer Anteil erwerbstätig (1,1 Mio. Personen bzw. 44%) als von den rd. 880.000 Schwerbehinderten in dieser Altersgruppe mit einem GdB von 90 bis 100 (350.000 Personen bzw. 40%).

Die Anteile der Erwerbslosen an den Erwerbspersonen mit anerkannter Schwerbehinderung sind mit 3% niedriger als bei chronisch Kranken und Menschen mit einem GdB unter 50 (6%).

Die Anteile der Nichterwerbspersonen reichen von 30% der Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50 über 46% der chronisch Kranken und 56% der Menschen mit Schwerbehinderung bis zu 59% derjenigen darunter, die einen GdB von 90 bis 100 haben.

Abbildung 39: Erwerbsbeteiligung der 18- bis 64-Jährigen nach Teilgruppen der Beeinträchtigung (Anteile in %)



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Im Zeitraum von 2005 bis 2013 ist der Anteil der Erwerbstätigen an den Menschen ohne Beeinträchtigungen von 71% auf 80% gestiegen (+9 Prozentpunkte; Tabelle 38). Gleichzeitig sind die Anteile der Erwerbslosen von 9% auf 4% (-5 Prozentpunkte) und der Nichterwerbspersonen von 21% auf 16% (-5 Prozentpunkte) gesunken.

Tabelle 38: Erwerbsbeteiligung der 18- bis 64-Jährigen nach Geschlecht

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Insgesamt						
Erwerbstätige	71%	75%	80%	42%	48%	49%
Erwerbslose	9%	6%	4%	8%	5%	4%
Nichterwerbspersonen	21%	18%	16%	49%	47%	46%
Männer						
Erwerbstätige	77%	81%	85%	46%	51%	52%
Erwerbslose	10%	7%	5%	9%	6%	5%
Nichterwerbspersonen	13%	12%	11%	45%	43%	44%
Frauen						
Erwerbstätige	64%	70%	74%	39%	43%	47%
Erwerbslose	8%	5%	4%	8%	5%	4%
Nichterwerbspersonen	28%	25%	22%	54%	52%	50%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Im gleichen Zeitraum ist auch der Anteil der Erwerbstätigen an den Menschen mit Beeinträchtigungen gestiegen, aber auf niedrigerem Niveau. Im Jahr 2005 lag dieser Anteil bei 42% und ist bis zum Jahr 2013 um 7 Prozentpunkte auf 49% gestiegen. Somit haben

auch Menschen mit Beeinträchtigungen am Beschäftigungszuwachs der vergangenen Jahre profitiert, aber nicht in einem Maße, das den großen Niveauunterschied in der Erwerbstätigkeit gegenüber Menschen ohne Beeinträchtigungen verringert hätte. Auch bei den Menschen mit Beeinträchtigungen sind die Anteile von Arbeitslosen (um 4 Prozentpunkte) und der Nichterwerbspersonen (um 3 Prozentpunkte) zurückgegangen.

Die Erwerbstätigenquote der Männer mit Beeinträchtigungen liegt mit 52% deutlich unter der Erwerbstätigenquote der Männer ohne Beeinträchtigungen von 85%. Beide Quoten sind von 2005 bis 2013 um 7-8 Prozentpunkte gestiegen. Auch die Erwerbstätigenquote von Frauen mit Beeinträchtigungen (47%) liegt deutlich unter der Erwerbstätigenquote von Frauen ohne Beeinträchtigungen (70%), beide Quoten sind von 2005 bis 2013 um 8-10 Prozentpunkte gestiegen. Der entsprechende Rückgang der Anteile von Erwerbslosen ebenso wie von Nichterwerbspersonen erfolgt in diesem Zeitraum bei Männern und Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen in gleichem Maße, wenn auch auf unterschiedlichen Niveaus der Beteiligung.

Die Erwerbsbeteiligung der Menschen mit Migrationshintergrund liegt – unabhängig von einer vorliegenden Beeinträchtigung – unter dem Gesamtdurchschnitt (vgl. hierzu das das Schwerpunktkapitel zu Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund).

3.1.2 Nichterwerbspersonen

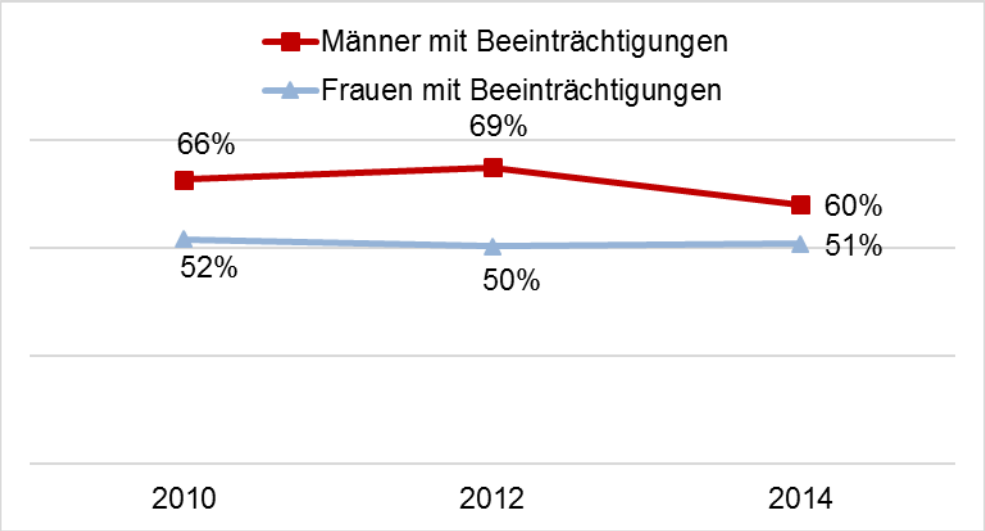
Innerhalb der Nichterwerbspersonen sind drei Teilgruppen zu unterscheiden: Ein Teil dieser Personengruppe ist nicht an Erwerbsarbeit interessiert bzw. wird durch Familienarbeit und Kindererziehung daran gehindert. Ein weiterer Teil ist zwar aktuell nicht arbeitsuchend, wäre aber unter bestimmten Bedingungen zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bereit (diese Gruppe wird auch als „stille Reserve“ des Arbeitsmarktes bezeichnet). Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen gibt es drittens die Gruppe der voll erwerbsgeminderten Personen, die dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen. Die individuellen Gründe, dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung zu stehen, können anhand der zur Verfügung stehenden Daten nicht vertiefend analysiert werden. Es kann aber dargestellt werden, wie hoch der Anteil an dieser Personengruppe ist, der Rentenleistungen wegen voller Erwerbsminderung bezieht.

Im Jahr 2014 erhielten knapp 55% der 18- bis 64-jährigen Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen eine eigene Rente.[46] Die männlichen Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen beziehen zu 60% eine Rente, während der entsprechende Anteil an der weiblichen Vergleichsgruppe nur 51% beträgt (Abbildung 40). Dieser Unterschied

[46] Im SOEP werden eigene Renten von Hinterbliebenenrenten abgegrenzt, nicht aber Altersrenten und andere Renten z.B. wegen Erwerbsminderung unterschieden. Letztere können aber durch die altersbezogene Abgrenzung des Personenkreises unter 65 Jahren näherungsweise identifiziert werden.

hat sich zuletzt reduziert, was auch auf das Auslaufen von Frühverrentungsregelungen zurückzuführen ist.[47]

Abbildung 40: Nichterwerbspersonen im Alter von 18 bis 64 Jahren mit eigener Rente



Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

3.2 Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Eine Erwerbstätigkeit unter den gleichen Bedingungen, unter denen Menschen ohne Beeinträchtigungen arbeiten, ist das vorrangige Ziel auch für Menschen mit Beeinträchtigungen. Inwieweit dies erreicht wird, lässt sich den Erwerbstätigenquoten unterschiedlicher Teilgruppen entnehmen. Weiterhin wird der Grad der Teilhabe am Arbeitsleben anhand der Indikatoren Umfang und Qualität der Arbeit, atypische Beschäftigungsverhältnisse, Entlohnung sowie Zufriedenheit mit der Arbeitssituation in den Blick genommen.[48]

3.2.1 Teilhabe an Erwerbstätigkeit

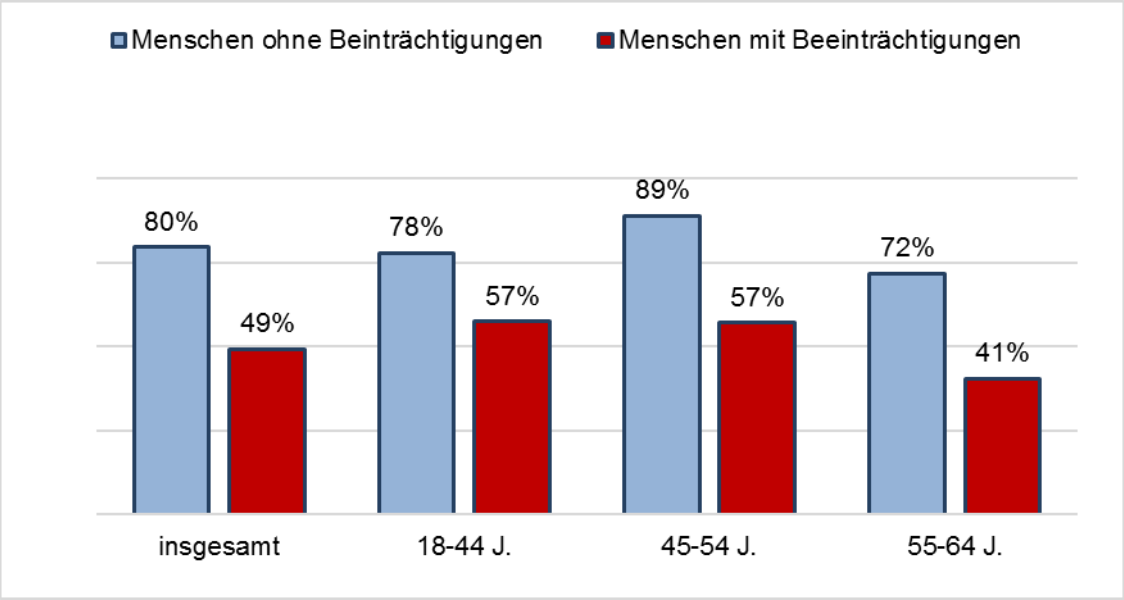
Im Jahr 2013 waren 38,8 Mio. Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren erwerbstätig, davon 35,9 Mio. Menschen ohne Beeinträchtigungen und 2,9 Mio. Menschen mit Beeinträchtigungen. Der Anteil der Erwerbstätigen an allen Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren (Erwerbstätigenquote) betrug bei Menschen ohne Beeinträchtigungen 80% und lag bei Menschen mit Beeinträchtigungen mit 49% deutlich darunter (Abbildung 41). Die Erwerbstätigenquote verändert sich mit dem Alter: Bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen steigt die Erwerbstätigenquote von 78% der 18- bis 44-Jährigen auf 89% der 45- bis 54-Jährigen an und geht danach auf 72% in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen zurück. Für die Menschen mit Beeinträchtigungen stellt sich dieses Bild anders

[47] Zu weiteren Ausführungen zu den Rentenleistungen s. Abschnitt „Weiterführende Informationen“.

[48] Auch hier wird das ILO-Konzept zugrunde gelegt.

dar: In der Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen mit Beeinträchtigungen sind 57% erwerbstätig. Dieser Anteil bleibt in der Altersgruppe von 45 bis 54 Jahren auf gleicher Höhe und sinkt in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen mit Beeinträchtigungen auf 41%. Der Unterschied der Erwerbstätigenquoten von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen beträgt bei jungen Erwachsenen 21 Prozentpunkte und steigt auf 32 Prozentpunkte im Alter von 45 bis 54 Jahren bzw. 31 Prozentpunkte im Alter von 55 bis 64 Jahren.

Abbildung 41: Erwerbstätigenquoten der 18- bis 64-Jährigen nach Alter



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Eine nach den Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen differenzierte Auswertung ergibt, dass chronisch kranke Menschen ohne anerkannte Behinderung in geringerem Maß erwerbstätig sind (47% im Jahr 2013) als Menschen mit einer anerkannten Behinderung und einem GdB unter 50 (64%; Tabelle 39). Menschen mit Schwerbehinderung weisen mit 42% eine niedrigere Erwerbstätigenquote auf. Dieses Verhältnis ist zwischen Männern und Frauen ähnlich, wobei in allen Teilgruppen die Erwerbstätigenquote der Frauen unter derjenigen der Männer liegt.

Tabelle 39: Erwerbstätigenquoten der 18- bis 64-Jährigen mit Beeinträchtigungen nach Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	2005	2009	2013
Insgesamt			
chronisch krank (ohne anerkannte Behinderung)	42%	48%	47%
mit anerkannter Behinderung	42%	48%	50%
darunter:			
GdB < 50	56%	62%	64%
GdB ab 50	36%	40%	42%
Männer			
chronisch krank (ohne anerkannte Behinderung)	48%	53%	51%
mit anerkannter Behinderung	45%	51%	52%
darunter:			
GdB < 50	59%	66%	67%
GdB ab 50	38%	43%	43%
Frauen			
chronisch krank (ohne anerkannte Behinderung)	37%	43%	44%
mit anerkannter Behinderung	39%	44%	47%
darunter:			
GdB < 50	51%	56%	61%
GdB ab 50	34%	37%	40%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Im Zeitraum von 2005 bis 2013 hat die Erwerbstätigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Teilgruppen zugenommen. Die Erwerbstätigenquote ist um 5 Prozentpunkte bei chronisch Kranken, um 6 Prozentpunkte bei Menschen mit Schwerbehinderung und um 9 Prozentpunkte bei Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50 angestiegen.

Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen haben nach § 71 SGB IX die Pflicht, fünf Prozent ihrer Arbeitsplätze mit Menschen mit Schwerbehinderung zu besetzen. Bei Nicht-Erfüllung dieser Quote wird eine Ausgleichsabgabe erhoben.[49] Diese Beschäftigungspflicht stellt ein indirektes Mittel zur Förderung der Teilhabe von Menschen mit Schwerbehinderung am allgemeinen Arbeitsmarkt dar. Die Zahl der Beschäftigten mit

[49] Hierfür sind die Integrationsämter zuständig. Vgl. zu weiteren Daten, insbesondere Verwendung der Ausgleichsabgabe weiter unten (Abschnitt Integrationsämter).

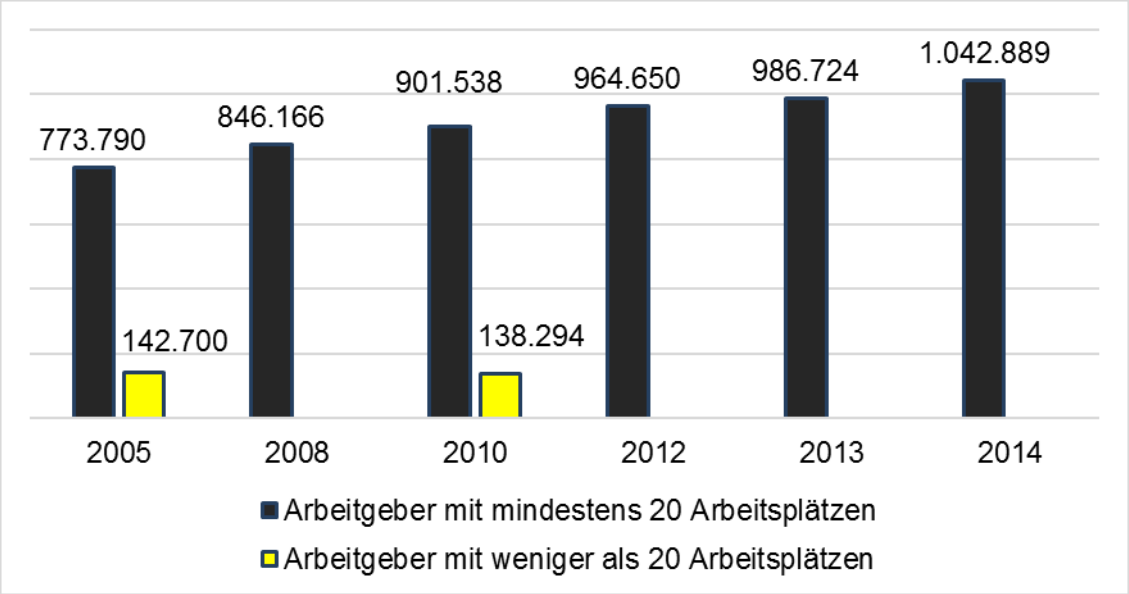
einer anerkannten Schwerbehinderung oder einer Gleichstellung[50] wird von diesen Arbeitgebern im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach § 80 Absatz 2 SGB IX gemeldet.[51] Ergänzend zum Anzeigeverfahren führt die Bundesagentur für Arbeit bei Arbeitgebern mit weniger als 20 Beschäftigten alle fünf Jahre eine repräsentative Teilerhebung über die dort beschäftigten Menschen mit einer Schwerbehinderung oder Gleichgestellte durch. Demnach wurden im Jahr 2010 bei diesen Arbeitgebern 138.294 Beschäftigte mit Schwerbehinderung oder Gleichgestellte erfasst (Abbildung 42). Es kann davon ausgegangen werden, dass auch in den Jahren zwischen den Teilerhebungen geschätzt rd. 140.000 schwerbehinderte Menschen auf Arbeitsplätzen bei nicht beschäftigungspflichtigen Arbeitgebern beschäftigt werden. Im Jahr 2014 wurden 1.042.889 Menschen mit einer Schwerbehinderung oder Gleichgestellte auf sogenannten Pflichtarbeitsplätzen nach § 71 Absatz 1 SGB IX beschäftigt. Nimmt man die geschätzt 140.000 schwerbehinderten Menschen auf Arbeitsplätzen bei nicht beschäftigungspflichtigen Arbeitgebern hinzu, gab es im Jahr 2014 fast 1,2 Mio. beschäftigte schwerbehinderte Arbeitnehmer oder ihnen Gleichgestellte. Seit 2005 steigt die Zahl der gemeldeten Beschäftigungen bei Arbeitgebern mit mindestens 20 Beschäftigten kontinuierlich an (von 2005 bis 2014 um 35%).

---

50 Schwerbehinderten Menschen werden Menschen mit einem GdB zwischen 30 und 50 gleichgestellt, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen Arbeitsplatz nicht erlangen oder behalten können (§ 2 Absatz 3 SGB IX).

51 Arbeitgeber mit mindestens 20 Beschäftigten sind gesetzlich verpflichtet, wenigstens 5 Prozent der Arbeitsplätze mit Beschäftigten mit Schwerbehinderung zu besetzen. Wird diese Quote nicht erreicht, müssen die Arbeitgeber Ausgleichsabgaben zahlen. Die Unternehmen müssen im Rahmen des Anzeigeverfahrens einen Beschäftigungsnachweis von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Schwerbehinderung beim zuständigen Integrationsamt einreichen. Für die Gruppe 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, diese Gruppe zu beschäftigen. Vgl. Erläuterungen zum Anzeigeverfahren der Bundesagentur für Arbeit unter: http://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mjez/~edisp/l6019022dstbai615903.pdf (14.04.2015)

Abbildung 42: Gemeldete beschäftigte Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und Gleichgestellte*



Quelle: a) Bundesagentur für Arbeit (2005, 2008, 2010, 2012-2016): 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.

Angaben bis einschl. 2009 liegen zum Oktober des jeweiligen Jahres vor, ab 2010 im Jahresdurchschnitt.

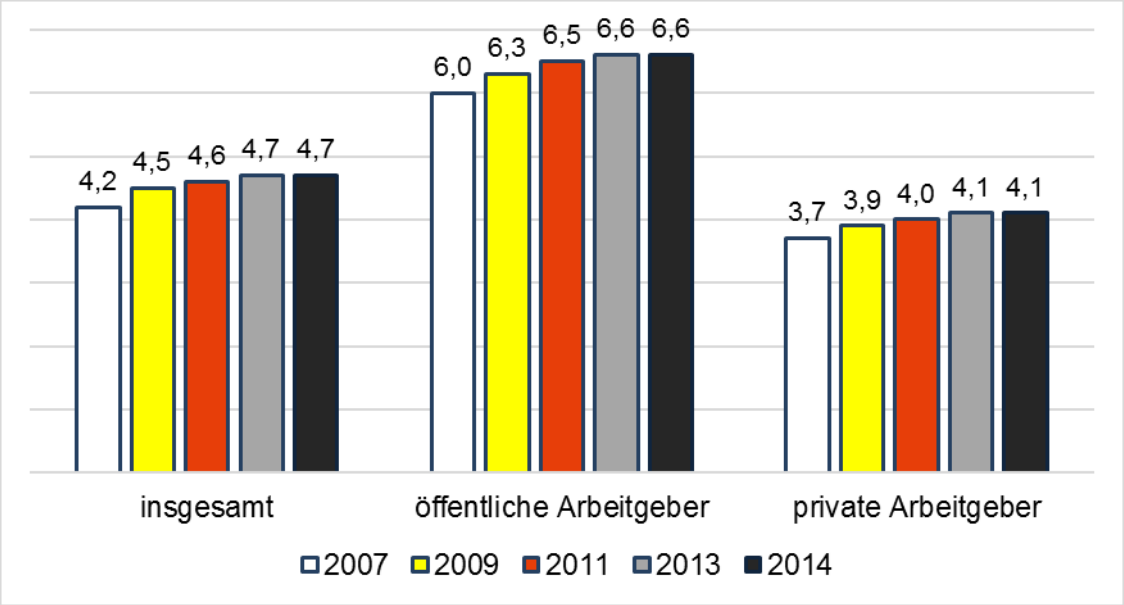
*Die Angaben zu Arbeitgebern mit weniger als 20 Arbeitsplätzen werden im Abstand von fünf Jahren erhoben.

Diese Entwicklung kann durch mehrere Faktoren bedingt sein: Die positive Arbeitsmarktentwicklung der vergangenen Jahre und eine gestiegene Wertschätzung für die Leistungsfähigkeit von Menschen mit Behinderung könnten zu verstärkten Einstellungen geführt haben. Möglicherweise kommt aber hierin lediglich der demografische Effekt einer Alterung der Arbeitnehmerschaft insgesamt zum Ausdruck: Die oberen Altersgruppen der Beschäftigten sind stärker besetzt als in früheren Jahren, und mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Beschäftigten mit Beeinträchtigungen zu. Außerdem wurde die Möglichkeit der Frühverrentung abgeschafft, die in früheren Jahren besonders von Beschäftigten mit Beeinträchtigungen in Anspruch genommen wurde. Der enge Zusammenhang von höherem Alter und Behinderungsrisiko hat somit zu einer höheren Zahl von Arbeitnehmern mit Schwerbehinderung geführt, ohne dass daraus auf eine gestiegene „Inklusivität“ des Arbeitsmarktes geschlossen werden könnte.

Abbildung 43 zeigt die Entwicklung des Anteils der mit Menschen mit Schwerbehinderung besetzten Arbeitsplätze an allen hierfür zu zählenden Arbeitsplätzen (Ist-Quote). Bei dieser Darstellung wird zwischen privaten und öffentlichen Arbeitgebern unterschieden. Die Ist-Quote der Besetzung von Pflichtarbeitsplätzen mit schwerbehinderten Arbeitnehmern ist von 4,2% im Jahr 2007 stetig auf 4,7% im Jahr 2014 gestiegen. Dennoch liegt sie im Jahr 2014 unterhalb der gesetzlich festgelegten Quote von 5%. Öffentliche Arbeitgeber haben im betrachteten Zeitraum eine Ist-Quote von 6,6% erreicht, während

die Ist-Quote der privaten Arbeitgeber mit 4,1% unter dem Grenzwert von mindestens 5% liegt.

Abbildung 43: Ist-Quote der mit Menschen mit Schwerbehinderung besetzten Pflichtarbeitsplätze

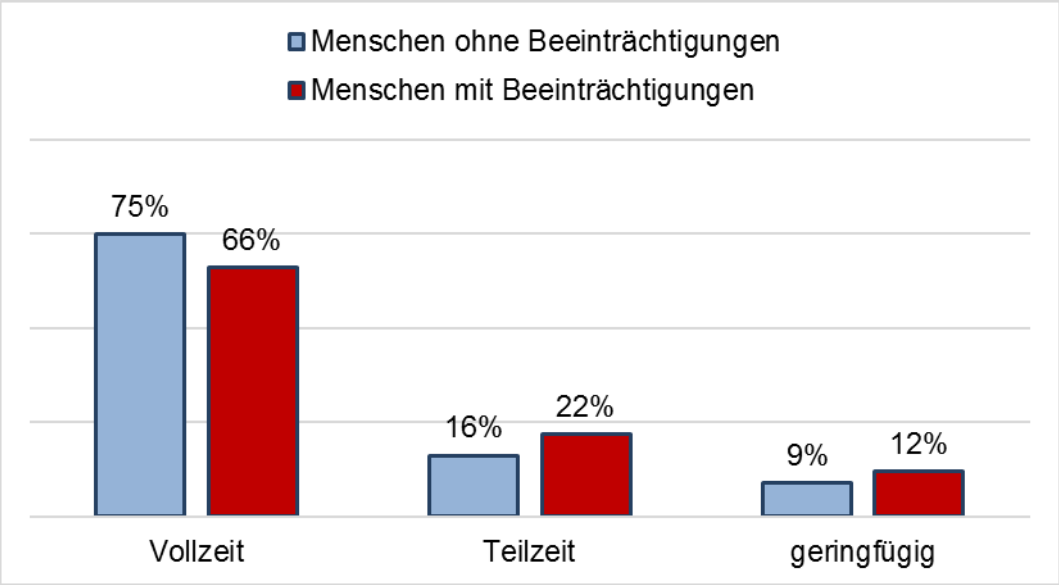


Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2007, 2009, 2011, 2013, 2016b): Statistik zum Anzeigeverfahren nach SGB IX; Arbeitgeber mit 20 und mehr Beschäftigten.

3.2.2 Umfang und Qualität der Erwerbstätigkeit

Der Grad der Teilhabe am Arbeitsleben lässt sich anhand des Arbeitsumfangs sowie der Qualität der Erwerbstätigkeit bemessen. Anhand der Indikatoren Stellung im Beruf, Vergütung sowie atypische Beschäftigungsformen kann die Qualität eines Arbeitsverhältnisses beschrieben werden. Weiterhin ist zwischen geringfügigem Arbeitsumfang unter 15 Stunden, Teilzeittätigkeit von 15 bis unter 32 Stunden und Vollzeittätigkeit ab 32 Stunden zu unterscheiden. Im Jahr 2014 waren 75% der Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen und 66% der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen in Vollzeit erwerbstätig (Abbildung 44). Demgegenüber ist der Anteil der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen, die Teilzeit arbeiten, mit 22% etwas höher als bei den Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen (16%). Der Anteil der Beschäftigten mit geringfügigem Arbeitsumfang ist mit 9% (ohne Beeinträchtigung) bzw. 12% (mit Beeinträchtigung) vergleichsweise niedriger. Erwerbstätige mit Beeinträchtigungen arbeiten somit eher mit reduzierter Arbeitszeit als Erwerbstätige ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 44: Arbeitsumfang von Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren*



Quelle: SOEP 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

* Durchschnittliche tatsächliche Wochenarbeitszeit einschließlich eventueller Überstunden.

Die Unterschiede hinsichtlich des Arbeitsumfangs der Erwerbstätigen sind zwischen Männern und Frauen erheblich größer als zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen (Tabelle 40). Im Jahr 2014 waren 92% der Männer ohne Beeinträchtigungen und 83% der Männer mit Beeinträchtigungen in Vollzeit beschäftigt. Bei den erwerbstätigen Frauen lag der Anteil der Vollzeitbeschäftigten bei 57% (ohne Beeinträchtigung) bzw. 52% (mit Beeinträchtigung). Im Zeitraum von 2010 bis 2014 ist der Anteil der Männer mit Beeinträchtigungen, die in Vollzeit tätig sind, um 9 Prozentpunkte gesunken und der Anteil der in Vollzeit tätigen Frauen mit Beeinträchtigungen um 7 Prozentpunkte gestiegen. Die Anteile von Teilzeitbeschäftigungen sind bei den Männern mit Beeinträchtigungen (auf niedrigem Niveau) leicht gestiegen und bei den Frauen mit Beeinträchtigungen (von einem hohen Niveau aus) leicht gesunken. Die Anteile der geringfügig Beschäftigten sind insgesamt angestiegen, nur bei Frauen mit Beeinträchtigungen sind sie leicht zurückgegangen.

Tabelle 40: Arbeitsumfang von Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren nach Geschlecht*

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt						
Vollzeit	75%	75%	75%	66%	69%	66%
Teilzeit	19%	18%	16%	23%	23%	22%
geringfügig	6%	6%	9%	11%	7%	12%
Männer						
Vollzeit	93%	94%	92%	92%	88%	83%
Teilzeit	6%	4%	5%	6%	8%	10%
geringfügig	2%	2%	4%	2%	3%	7%
Frauen						
Vollzeit	55%	56%	57%	45%	53%	52%
Teilzeit	33%	33%	28%	37%	36%	31%
geringfügig	11%	11%	14%	18%	11%	16%

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

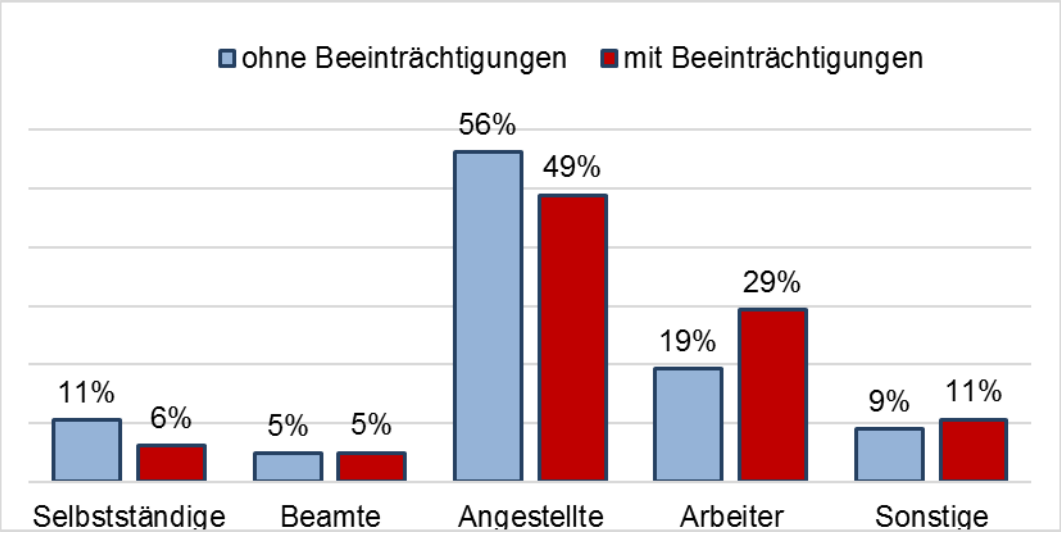
* Durchschnittliche tatsächliche Wochenarbeitszeit einschließlich eventueller Überstunden.

Stellung im Beruf

Der Grad der Teilhabe am Arbeitsleben bemisst sich vor allem an der beruflichen Stellung, die erreicht wird.[52] Die meisten Erwerbstätigen sind Angestellte, hierauf entfallen 56% der Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen und 49% der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen (-7 Prozentpunkte; Abbildung 45). Der Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter an den Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen von 29% ist dagegen um 10 Prozentpunkte höher als dieser Anteil an den Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen (19%). Die Anteile von Beamten mit jeweils 5% und sonstigen Berufen mit 9-11% sind ähnlich hoch, aber Selbstständige machen unter den Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen mit 11% einen höheren Anteil aus als unter Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen (6%). Zusammengefasst sind 72% der Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen als Selbstständige, Beamte oder Angestellte tätig gegenüber 28% Arbeitern und sonstigen Erwerbstätigen. Von den Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen sind 60% als Selbstständige, Beamte oder Angestellte tätig gegenüber 40% Arbeitern und sonstigen Erwerbstätigen. Männer sind etwa zu gleichen Anteilen Beamte wie Frauen, aber zu höheren Anteilen Arbeiter und zu niedrigeren Anteilen Angestellte. Dies gilt für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen.

[52] Zur Stellung im Beruf gibt es auf internationaler Ebene mehrere Klassifikationsverfahren oder Indizes, die in einer vertiefenden Untersuchung analysiert werden könnten. An dieser Stelle wird auf eine Klassifikation des Statistischen Bundesamts zurückgegriffen, die eine grobe Zuordnung der beruflichen Stellung vornimmt. Es handelt sich um eine Durchschnittsbetrachtung, die von möglichen Statusüberschneidungen zwischen den Gruppen absieht.

Abbildung 45: Stellung im Beruf von Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Im Zeitraum von 2005 bis 2013 lassen sich vor allem zwei Trends beobachten: Der Anteil der Angestellten steigt, und der Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter geht zurück (Tabelle 41). Bei Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen steigt der Anteil der Angestellten in diesem Zeitraum von 46% auf 53% (+7 Prozentpunkte), gleichzeitig sinkt der Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter von 39% auf 29% (-10 Prozentpunkte). Bei Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen fällt diese Entwicklung etwas schwächer aus (Angestellte +5 Prozentpunkte, Arbeiter -7 Prozentpunkte). Bei Frauen mit Beeinträchtigungen (Angestellte +9 Prozentpunkte, Arbeiterinnen -11 Prozentpunkte) sind beide Trends etwas stärker ausgeprägt als bei Männern mit Beeinträchtigungen (Angestellte +6 Prozentpunkte, Arbeiter -7 Prozentpunkte).

Tabelle 41: Stellung im Beruf der 18-bis 64-Jährigen nach Geschlecht

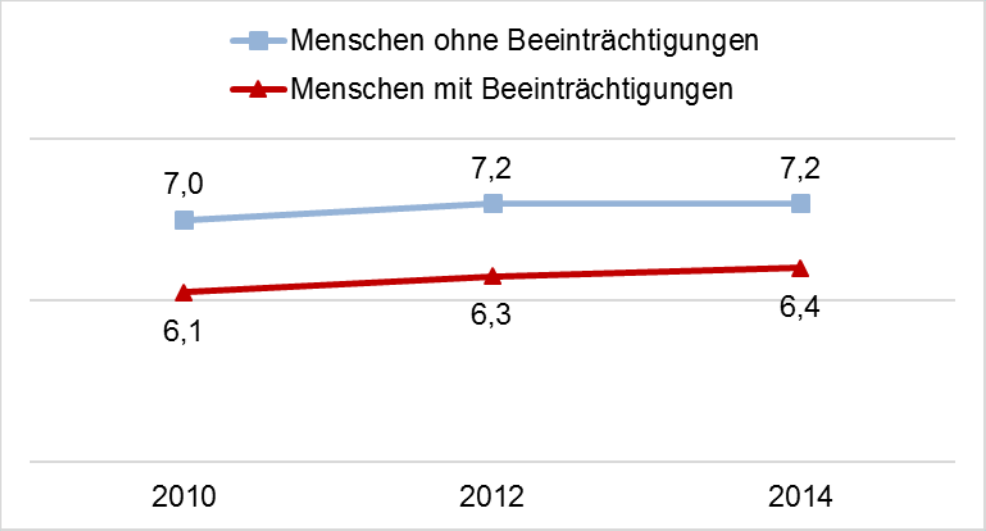
	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Insgesamt						
Selbstständige	12%	11%	11%	8%	7%	5%
Beamte	6%	5%	5%	6%	5%	5%
Angestellte	51%	54%	56%	46%	49%	53%
Arbeiter	27%	24%	19%	39%	35%	29%
Sonstige	4%	6%	9%	2%	3%	7%
Männer						
Selbstständige	14%	13%	13%	10%	9%	6%
Beamte	7%	6%	5%	6%	6%	5%
Angestellte	41%	44%	47%	37%	40%	43%
Arbeiter	33%	31%	26%	45%	42%	38%
Sonstige	5%	6%	9%	2%	3%	8%
Frauen						
Selbstständige	9%	8%	8%	6%	5%	4%
Beamte	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Angestellte	63%	66%	67%	58%	61%	67%
Arbeiter	19%	16%	12%	29%	25%	18%
Sonstige	4%	6%	9%	1%	3%	6%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009 und 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Subjektive Bewertung der persönlichen Arbeitssituation

Die Zufriedenheit mit der Arbeit ist ein subjektiver Indikator, der darüber Auskunft gibt, ob das Arbeitsumfeld, die Arbeitszeit sowie die Arbeitsinhalte den Wünschen und Bedürfnissen der Erwerbstätigen mit und ohne Beeinträchtigungen entsprechen. Der Grad der Zufriedenheit wurde als Mittelwert einer 10er-Skala von 0 „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“ berechnet. Im Jahr 2014 sind Erwerbstätige ohne Beeinträchtigungen (Mittelwert von 7,2) insgesamt zufriedener mit ihrer Arbeitssituation als Erwerbstätige mit Beeinträchtigungen (Mittelwert von 6,4; Abbildung 46). Im Zeitverlauf zeigt sich unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung ein leichter Anstieg der Zufriedenheit mit der Arbeit.

Abbildung 46: Zufriedenheit von Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren mit ihrer Arbeit (Mittelwerte)



Quelle: SOEP 2010, 2012 und 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Eine differenzierte Analyse nach Alter und Geschlecht ergibt, dass die Zufriedenheit mit dem Arbeitsleben bei den meisten Altersgruppen der Erwerbstätigen mit und ohne Beeinträchtigungen zugenommen hat (Tabelle 42). Eine Ausnahme stellen Menschen mit Beeinträchtigungen der Alterskohorte von 60 bis 64 Jahren dar, deren Zufriedenheit zwischen 2012 und 2014 leicht zurückgegangen ist. Unterschiede nach Geschlecht sind dagegen nicht erkennbar.

Tabelle 42: Zufriedenheit von Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren mit ihrer Arbeit (Mittelwerte) nach Alter und Geschlecht

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt						
	7,0	7,2	7,2	6,1	6,3	6,4
Alter						
18 bis 24	7,2	7,5	7,4	/	/	/
25 bis 49	7,0	7,2	7,3	6,0	6,3	6,5
50 bis 59	6,9	7,1	7,0	6,0	6,1	6,4
60 bis 64	7,1	7,3	7,4	6,7	6,8	6,3
Geschlecht						
Männer	7,0	7,2	7,2	6,2	6,2	6,3
Frauen	7,0	7,2	7,2	6,1	6,4	6,4

Quelle: SOEP Befragungswellen 2010, 2012 und 2014, Berechnung des ISG. Mittelwerte auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“).

Die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen mit Beeinträchtigungen wird aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht gesondert ausgewiesen.

3.2.3 Einkommen aus Erwerbstätigkeit

Die Vergütung der geleisteten Arbeit gibt ebenfalls Aufschluss über eine gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben. Im Jahr 2014 bezogen Erwerbstätige ohne Beeinträchtigungen einen durchschnittlichen Bruttostundenlohn in Höhe von 16,20 EUR und Erwerbstätige mit Beeinträchtigungen in Höhe von 15,33 EUR (Tabelle 43). Werden die Bruttostundenlöhne differenziert nach dem höchsten beruflichen Abschluss betrachtet, so ergibt sich zwischen Erwerbstätigen ohne beruflichen Abschluss und Erwerbstätigen mit beruflichem Ausbildungsabschluss eine Differenz zwischen 1,30 und 1,40 Euro pro Stunde. Zwischen Erwerbstätigen mit beruflichem Ausbildungsabschluss und Hochschulabschluss ist die Differenz der Stundenlöhne mit 6 bis 7 EUR größer. Zwischen den Erwerbstätigen mit und ohne Beeinträchtigungen bestehen keine signifikanten Unterschiede der Stundenvergütungen, wenn nach der Qualifikation unterschieden wird. Im Zeitraum von 2010 bis 2014 sind die Bruttostundenlöhne sowohl von Erwerbstätigen mit als auch ohne Beeinträchtigungen um 6% gestiegen. Es scheinen also bei der Bezahlung keine zusätzlichen Nachteile für Menschen mit Beeinträchtigungen zu bestehen.

Tabelle 43: Mittlere Bruttostundenlöhne (Median) von Erwerbstätigen in Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung im Alter von 18 bis 64 Jahren nach beruflicher Qualifikation*

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt	15,23	15,33	16,20	14,37	14,74	15,33
Qualifikation						
ohne berufl. Abschluss	12,26	12,26	12,92	12,26	12,59	13,03
beruflicher Abschluss	14,36	14,22	14,37	13,79	14,33	14,37
(Fach-)Hochschulabschluss	21,16	21,49	21,78	18,89	21,84	19,96
Alter						
18 bis 49 Jahre	14,93	14,93	15,92	13,90	14,10	14,34
50 bis 64 Jahre	16,09	16,48	17,47	14,77	15,57	15,63

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnungen des ISG.

* Errechnet anhand des imputierten aktuellen Bruttoarbeitseinkommens in Relation zur vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit. Zur Methodik der generierten Variablen im SOEP vgl. DIW Berlin (2014).

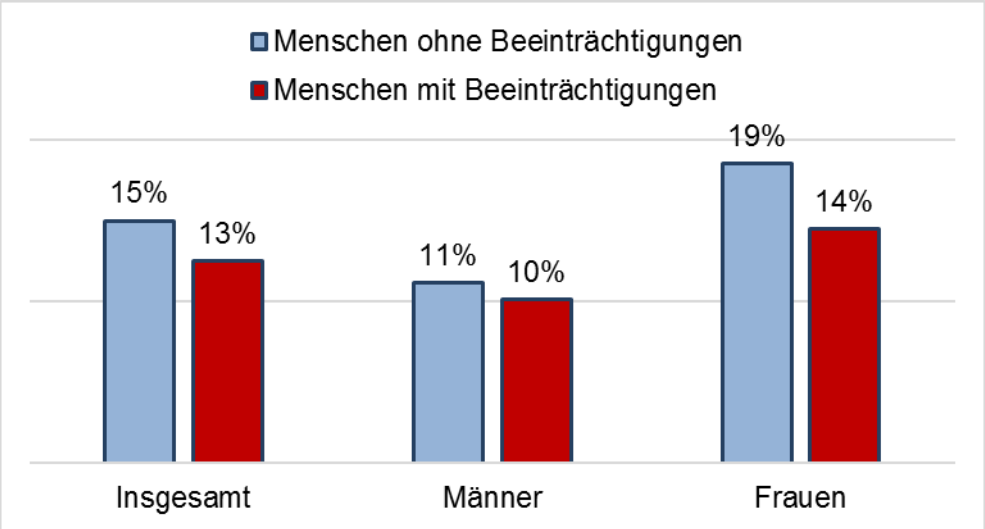
3.2.4 Atypische Beschäftigungsformen

Zeitarbeit, befristete Arbeitsverhältnisse, Teilzeitarbeit mit maximal 20 Arbeitsstunden pro Woche sowie geringfügig entlohnte Beschäftigung und Beschäftigung in der Gleitzone (letztere werden auch bezeichnet als „Minijobs“ bzw. „Midijobs“) können sich je nach Beschäftigungsform von festen betrieblichen Anstellungen durch eine größere Unsicherheit des Arbeitsverhältnisses, ggf. wechselnde Einsatzorte, häufig eine geringere

Vergütung der Arbeitsleistung und (im Falle der geringfügigen Beschäftigung) einen geringeren Sozialversicherungsschutz unterscheiden. Grundsätzlich können diese Beschäftigungsformen auch den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt erschließen, allerdings ist von einer „Brückenfunktion“ atypischer Beschäftigungsverhältnisse nur in eingeschränktem Maße auszugehen (Lehmer & Ziegler, 2010; Lehmer 2012).

Im Jahr 2014 befanden sich 15% der Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen in einem atypischen Beschäftigungsverhältnis,[53] unter den Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen war dieser Anteil mit 13% etwas niedriger (Abbildung 47). Der Anteil von Männern mit und ohne Beeinträchtigungen, die in einem atypischen Beschäftigungsverhältnis arbeiten, ist etwa gleich hoch. Frauen ohne Beeinträchtigungen arbeiten mit einem Anteil von 19% verhältnismäßig öfter in atypischen Beschäftigungsverhältnissen als Frauen mit Beeinträchtigungen, deren Anteil in atypischer Beschäftigung bei 14% liegt.

Abbildung 47: Erwerbstätige im Alter von 25 bis 64 Jahren in einem atypischen Beschäftigungsverhältnis



Quelle: SOEP 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Von 2010 bis 2012 haben die Anteile der Erwerbstätigen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen zunächst zugenommen und sind dann bis 2014 wieder zurückgegangen (Tabelle 44). Dieser Verlauf betrifft sowohl Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen. Die Anteile atypisch Beschäftigter sind in jüngeren Altersgruppen höher als im fortgeschrittenen Erwerbsalter.

[53] Als „atypische Beschäftigungsformen“ werden im SOEP Zeitarbeits- bzw. Leiharbeitsverhältnisse, befristete Arbeitsverhältnisse, gemeinnützige Arbeit (1-Euro-Job) oder Arbeitsverhältnisse mit einem Beschäftigungsumfang nach der 450- bzw. 850-Euro-Regelung (Mini- bzw. Midi-Job) erhoben.

Tabelle 44: Anteil der Erwerbstätige im Alter von 25 bis 64 Jahren in einem atypischen Beschäftigungsverhältnis nach Alter und Geschlecht

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt	15%	19%	15%	18%	23%	13%
Alter						
25 bis 49	17%	19%	18%	18%	23%	17%
50 bis 59	12%	20%	9%	17%	23%	10%
60 bis 64	15%	21%	9%	18%	22%	8%
Geschlecht						
Männer	9%	15%	11%	12%	23%	10%
Frauen	22%	24%	19%	23%	24%	14%

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

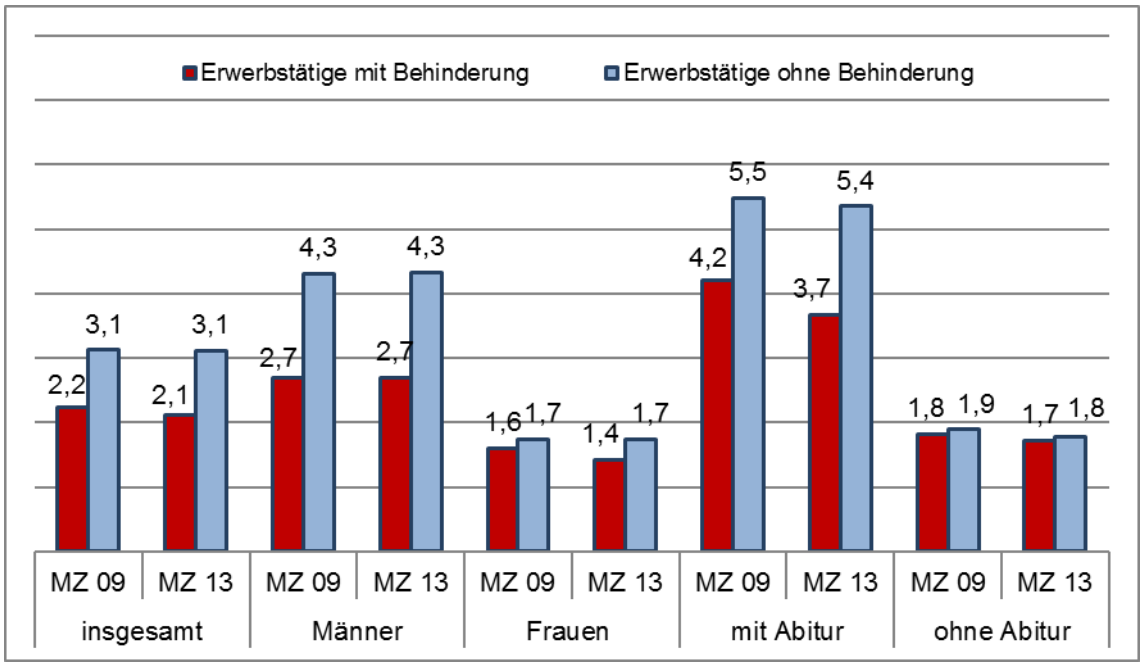
3.2.5 Digitalisierung der Arbeitswelt

Der Prozess der Digitalisierung der Arbeitswelt kann für Menschen mit Beeinträchtigungen einerseits eine Erleichterung der Arbeitsbedingungen und neue Beschäftigungsfelder mit sich bringen, andererseits aber auch neue Hürden aufbauen. In der diesbezüglichen Literatur wird häufig auf neue Möglichkeiten durch orts- und zeitungebundenes Arbeiten hingewiesen, die für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen Erleichterungen bringen können.

Mit dem Förderprogramm „Zukunft der Arbeit“ fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung technologische und soziale Innovationen vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung der Arbeitswelt. Durch Forschung und Entwicklung sollen auch Möglichkeiten der verbesserten Teilhabe im Arbeitsleben erkannt und in die wirtschaftliche Praxis umgesetzt werden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat im Jahr 2015 den Dialogprozess „Arbeiten 4.0“ gestartet, um zu erörtern, welche Gestaltungschancen es vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung für die Zukunft der Arbeitswelt gibt. Im Rahmen des Dialogprozesses befasst sich eine Kurzexpertise mit den Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen (Engels, 2016). Eine in diesem Rahmen vorgenommene Auswertung des Mikrozensus 2009 und 2013 kommt zu dem Ergebnis, dass die Erwerbsbeteiligung von Menschen mit und ohne amtlich anerkannte Behinderung in den Branchen der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT), der hochwertigen Technik und der Spitzentechnologie von 2009 bis 2013 etwa gleich geblieben ist (Abbildung 48). Dabei sind in diesem Bereich die Quoten der Erwerbstätigen mit einer anerkannten Behinderung etwa ein Drittel niedriger als die Quoten der Erwerbstätigen ohne amtlich anerkannte Behinderung.

Abbildung 48: Erwerbstätige in der IKT-Branche nach Geschlecht und Schulabschluss



Quelle: Mikrozensus 2009 und 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Erwerbstätige mit Abitur sind zu höheren Anteilen in diesen Bereichen tätig, aber der Anteil der Erwerbstätigen mit Abitur und Beeinträchtigungen ist in diesem Bereich in den letzten Jahren zurückgegangen. Im Bereich der Spitzentechnologie ist der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 2009 und 2013 leicht gestiegen, davon haben besonders Erwerbstätige mit Abitur und darunter auch diejenigen mit Beeinträchtigungen profitiert. Steigende Zahlen von Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen sind allerdings nicht ohne weiteres als ein Beleg gestiegener „Inklusivität“ dieser Branchen zu werten. Hintergrund ist auch, dass Behinderungen im Alter häufiger auftreten und Frühverrentungsmöglichkeiten abgeschafft wurden, so dass ältere Beschäftigte mit Behinderungen länger im Erwerbsleben aktiv verbleiben.

Die mit der Digitalisierung verbundenen Chancen und Risiken für Menschen mit Beeinträchtigungen wurden im Rahmen der genannten Studie von Engels (2016) auch in Experteninterviews erörtert. Den befragten Experten und Expertinnen zufolge können digitale Technologien die Inklusion von benachteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verbessern, zum Beispiel durch den Einsatz von Assistenz- oder Tutorensystemen. In gewissem Maße können assistive Technologien dazu beitragen, dass insbesondere Beeinträchtigungen durch Körper- und Sinnesbehinderungen teilweise kompensiert werden, sofern die Umgebungsbedingungen im Sinne eines „Design für alle“ darauf abgestimmt werden und die in einem Arbeitsbereich verwendete Software über eine Schnittstelle zu behinderungskompensierenden Programmen verfügt. Dies gelingt aber nur unter der Voraussetzung, dass diese Technologien auch gut zugänglich sind und ggf. der

Arbeits- und Zeitdruck reduziert werden kann. Menschen mit Beeinträchtigungen benötigen in der Ausbildung ebenso wie bei der Arbeitsplatzgestaltung förderliche Rahmenbedingungen, um ihre Potenziale entwickeln und berufliche Kompetenzen erlernen zu können. Der erleichterte und möglichst barrierefreie Zugang zu digitalen Anwendungen und Prozessen ist daher ein wichtiges Element bei der Gestaltung einer modernen Arbeitswelt. Durch individuell abgestimmte Bildungspläne sind im Hinblick auf eine digitalisierte Arbeitswelt Lernerfolge erzielbar. Dies erfordert jedoch die Anwendung neuer Methoden jenseits der traditionellen beruflichen Bildung.

Auch die neuen Möglichkeiten durch orts- und zeitungebundenes Arbeiten können für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen Erleichterungen bringen. Durch flexible Arbeitszeiten und das Arbeiten im Homeoffice können diese Personen die Arbeitszeit und Arbeitsplatzgestaltung an ihre Bedürfnisse anpassen. Die befragten Experten und Expertinnen rechnen aber auch damit, dass der Prozess der Digitalisierung aufgrund der zunehmenden Komplexität von Arbeitsprozessen die Hürden für Menschen mit Behinderung anhebt und ihre Beschäftigungschancen vermindert.

Eine hohe Qualifikation ist für Menschen mit Beeinträchtigungen dann von Vorteil, wenn diese so spezifisch ist und auf eine solche Nachfrage trifft, dass die beeinträchtigungsbedingten Nachteile dadurch ausgeglichen werden. Beispielhaft wurde in den Experteninterviews darauf hingewiesen, dass für WfbM und Integrationsfirmen durch die Digitalisierung von Dokumenten oder durch eine Zweitverwertung von nicht mehr benötigter Firmenhardware neue Arbeitsfelder entstehen können. Dabei handelt es sich aber um Nischen, die sich nicht beliebig ausweiten lassen. Sofern Beschäftigungschancen in neu erschlossenen Bereichen wie z.B. der Softwareentwicklung entstehen (National Council on Disability, 2011), eröffnet dies eher hoch qualifizierten Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen neue Chancen.

3.3 Erwerbslosigkeit und Arbeitsuche

3.3.1 Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit

Erwerbslosigkeit ist ein zentraler Indikator für den unfreiwilligen Ausschluss vom allgemeinen Arbeitsmarkt. Zur Beschreibung der Erwerbslosigkeit werden unterschiedliche Konzepte verwendet. Im vorliegenden Teilhabebericht werden die Begriffe „Erwerbslose“ im Sinne der ILO und „Arbeitslose“ im Sinne des SGB III „Arbeitsförderung“ verstanden:

- Nach der Definition der ILO sind alle Personen erwerbslos, die derzeit nicht oder weniger als eine Stunde pro Woche arbeiten und aktiv und aktuell eine Arbeit suchen (ökonomisches Konzept). Dieses Konzept wurde im Rahmen des SOEP anhand von zwei Fragen operationalisiert, wonach Personen als erwerbslos definiert werden, die in der Woche vor der Befragung weniger als eine Stunde gegen Entgelt gearbeitet und gleichzeitig in den letzten vier Wochen aktiv nach einer Stelle gesucht haben.

- Gemäß § 16 SGB III sind alle Personen als arbeitslos zu zählen, die vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung suchen, die dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben und nicht Teilnehmende an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik sind (sozialpolitisches Konzept).

Die Unterschiede zwischen Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit beruhen somit auf verschiedenen Erhebungsmethoden (Stichprobenbefragung versus Registererfassung) und unterschiedlichen Definitionen von Begriffsmerkmalen.[54]

Erwerbslosigkeit

Im Jahr 2013 waren 4% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und ebenfalls 4% der Menschen mit Beeinträchtigungen erwerbslos (Tabelle 45). Einige Personengruppen waren in höherem Maß von Erwerbslosigkeit betroffen als andere: die 18- bis 44-Jährigen mit Beeinträchtigungen (6%) sowie Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigungen (6%). Erwerbspersonen im Alter von 55 bis 64 Jahren sind in vergleichsweise geringerem Maß erwerbslos, was damit zu erklären ist, dass hier die Definition der ILO verwendet wird, die auf aktive Arbeitsuche abzielt; dies trifft für viele Personen in diesem Alter nicht mehr zu.

Tabelle 45: Erwerbslosenquoten der 18- bis 64-Jährigen nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Insgesamt	9%	6%	4%	8%	5%	4%
Alter						
18 bis 44	9%	7%	5%	11%	8%	6%
45 bis 54	9%	6%	4%	11%	6%	5%
55 bis 64	7%	5%	4%	5%	4%	3%
Geschlecht						
Männer	10%	7%	5%	9%	6%	5%
Frauen	8%	5%	4%	8%	5%	4%
mit Migrationshintergrund	13%	10%	6%	14%	8%	6%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Im Zeitverlauf seit 2005 ist der Anteil der Erwerbslosen unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung in allen Altersgruppen zurückgegangen. Bei den 18- bis 44-Jährigen

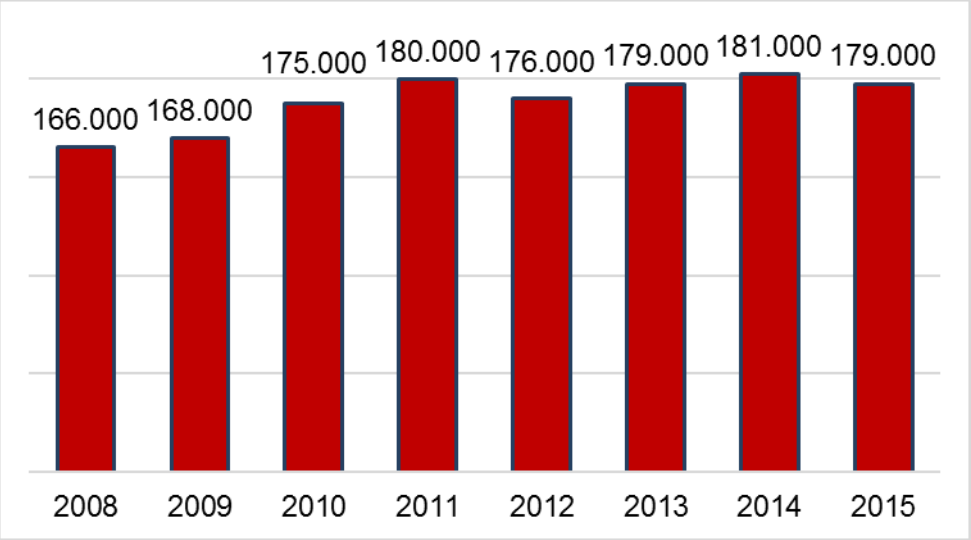
[54] Z.B. liegt nach dem SGB III Arbeitslosigkeit auch dann vor, wenn eine Beschäftigung von weniger als 15 Wochenstunden ausgeübt wird, während nach dem ILO-Konzept schon eine Wochenstunde Arbeit ausreicht, um nicht mehr erwerbslos zu sein.

ohne Beeinträchtigungen ist die Erwerbslosenquote von 9% im Jahr 2005 auf 5% im Jahr 2013 gesunken (-4 Prozentpunkte), bei den Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen ist die Erwerbslosenquote in diesem Zeitraum von 11% auf 6% gesunken (-5 Prozentpunkte). Auch bei Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigungen ist mit einem Rückgang von 14% auf 6% (-8 Prozentpunkte) eine positive Entwicklung zu beobachten.

Arbeitslosigkeit

Neben der Darstellung der Erwerbslosigkeit nach dem Konzept der ILO geben Daten der Bundesagentur für Arbeit Auskunft zur Arbeitslosigkeit im Sinne des § 16 SGB III. Herangezogen werden dabei die Arbeitslosenzahlen und -quoten für Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung in Verbindung mit den allgemeinen Arbeitslosenquoten.[55] Demnach ist die Zahl der Arbeitslosen mit einer anerkannten Schwerbehinderung im Zeitraum von 2008 (166.000 Personen) bis 2011 (180.000 Personen) kontinuierlich angestiegen (Abbildung 49).

Abbildung 49: Arbeitslose mit anerkannter Schwerbehinderung

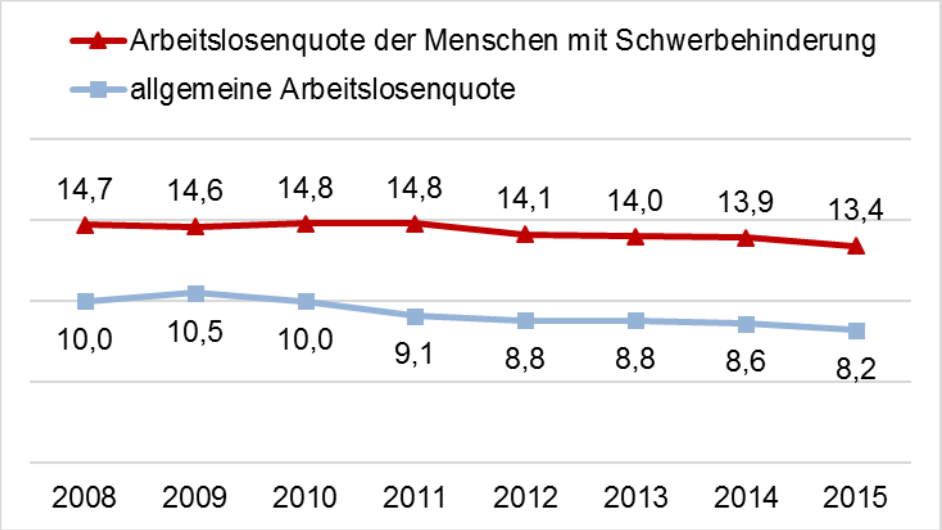


Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2015c, 2016c), gerundete Werte.

[55] Berechnung der Arbeitslosenquote: Arbeitslose des jeweiligen Jahres bezogen auf die Anzahl der abhängigen zivilen Erwerbspersonen (Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Beamte und Arbeitslose) des Vorjahres. In die Berechnung der allgemeinen Arbeitslosenquote werden alle Arbeitslosen und Erwerbspersonen einbezogen, für die Berechnung der Arbeitslosenquote für Schwerbehinderte fehlen jedoch Angaben zu den Erwerbspersonen mit einer Schwerbehinderung. Daher wird eine Arbeitslosenquote mit eingeschränkter Bezugsgröße ermittelt, auf die sich dieser Abschnitt bezieht. Zu Vergleichszwecken wird auch für alle Erwerbspersonen eine personenübergreifende Referenzquote analog berechnet, deren Niveau höher liegt.

Im Jahr 2012 ist deren Zahl gesunken, um dann in den Folgejahren wieder anzusteigen. Im Jahr 2015 beläuft sich die Anzahl der Arbeitslosen mit einer anerkannten Schwerbehinderung auf rd. 179.000. Im betrachteten Zeitraum von 2008 bis 2014 ist die Anzahl der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen um 9% gestiegen (Abbildung 50). Die Arbeitslosenquote der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung lag 2015 bei 13,4%. Damit lag sie um 1,3 Prozentpunkte unter dem Niveau von 2008. Der leichte Anstieg der Arbeitslosenquote der Menschen mit Schwerbehinderung von 2008 bis 2011 wird mit dem Auslaufen vorruhestandsähnlicher Regelungen seit dem 1. Januar 2008 begründet (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 143). Seit 2011 (14,8%) ist die Arbeitslosenquote zwar gesunken, lag jedoch im Jahr 2015 immer noch um mehr als 5 Prozentpunkte über der allgemeinen Arbeitslosenquote von 8,2%.

Abbildung 50: Arbeitslosenquote



Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2015a, 2016c), Darstellung des ISG; Arbeitslosigkeit auf Basis eingeschränkter Bezugsgrößen

Eine Differenzierung der Arbeitslosigkeit nach Rechtskreisen ergibt, dass die Arbeitslosenquote der Menschen mit Schwerbehinderung nach dem SGB III, das für Arbeitslose i.d.R. bis zu einem Jahr gilt und mit einem Anspruch auf Arbeitslosengeld verbunden ist, von 5,5% im Jahr 2008 auf 5,0% im Jahr 2015 zurückgegangen ist (-9%; Tabelle 46). Sie liegt nach wie vor um 2,5 Prozentpunkte über der allgemeinen Arbeitslosenquote im Rechtskreis des SGB III. Die Arbeitslosenquote der Menschen mit Schwerbehinderung nach dem SGB II, das für Arbeitslose ohne Ansprüche nach dem SGB III gilt und mit Lohnersatzleistungen auf dem Niveau der Grundsicherung verbunden ist, lag im Jahr 2008 bei 9,2% und ist bis zum Jahr 2015 auf 8,4% gesunken (-9%). Da die allgemeine Arbeitslosenquote im Rechtskreis des SGB II in diesem Zeitraum stärker gesunken ist (-17%), hat sich der Abstand der Quote der Arbeitslosen mit Schwerbehinderung zur allgemeinen Quote im Bereich des SGB II von 2,3 Prozentpunkten im Jahr 2008 auf 2,7 Prozentpunkte im Jahr 2015 vergrößert. Somit ist insbesondere im Rechtskreis des

SGB II die Arbeitslosigkeit von Menschen mit Schwerbehinderung weniger gesunken als die Arbeitslosigkeit in diesem Bereich insgesamt.

Tabelle 46 Arbeitslose nach Rechtskreisen

	Arbeitslose insgesamt			Arbeitslose mit Schwerbehinderung		
Jahr	Insgesamt	SGB III	SGB II	Insgesamt	SGB III	SGB II
2008	10,0	3,1	6,9	14,7	5,5	9,2
2009	10,5	3,7	6,9	14,6	5,8	8,8
2010	10,0	3,3	6,7	14,8	6,2	8,6
2011	9,1	2,7	6,4	14,8	5,9	8,9
2012	8,8	2,7	6,1	14,1	5,4	8,6
2013	8,8	2,9	5,9	14,0	5,3	8,6
2014	8,6	2,8	5,8	13,9	5,2	8,6
2015	8,2	2,5	5,7	13,4	5,0	8,4
Veränderung 2008-2015	-18%	-19%	-17%	-9%	-9%	-9%

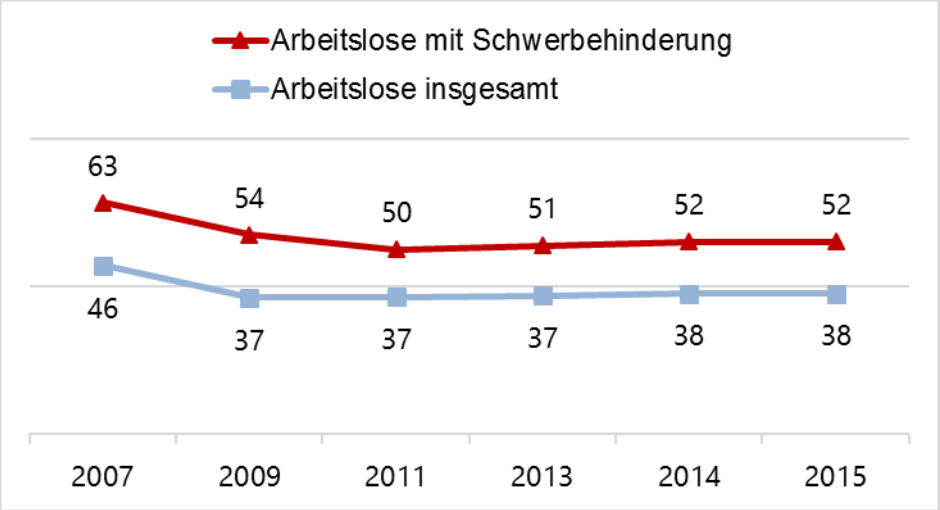
Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2014a, 2015c), Berechnung des ISG.

Dauer der Arbeitslosigkeit

Je länger die Arbeitslosigkeit dauert, desto geringer werden die Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben. Zur Dauer der Arbeitslosigkeit von schwerbehinderten Arbeitslosen liegen Daten der Bundesagentur für Arbeit vor.[56] Diese Statistik gibt Auskunft darüber, wie viele Wochen die bisherige Arbeitslosigkeit von im Erfassungsjahr arbeitslos gemeldeten Personen andauerte. Demnach sind Arbeitslose mit einer Schwerbehinderung länger arbeitslos als Arbeitslose insgesamt. Im Jahr 2015 beendeten Arbeitslose mit Schwerbehinderung nach durchschnittlich 52 Wochen ihre Arbeitslosigkeit, Arbeitslose insgesamt nach 38 Wochen (Abbildung 51). Von 2007 bis 2009 sank die Dauer der Arbeitslosigkeit insgesamt und bleibt seitdem auf etwa gleichem Niveau. Die Dauer der Arbeitslosigkeit von Arbeitslosen mit Schwerbehinderung sank von 63 Wochen im Jahr 2007 um 11 Wochen auf durchschnittlich 52 Wochen im Jahr 2015.

[56] Im Teilhabebericht 2013 wurden zusätzlich Daten zur subjektiv eingeschätzten Dauer der Arbeitslosigkeit von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen auf Basis der GEDA-Studie berechnet. Diese Angaben wurden in der GEDA-Welle 2012/2013 nicht mehr erhoben und können daher nicht fortgeschrieben werden.

Abbildung 51: Dauer der abgeschlossenen Arbeitslosigkeit in Wochen

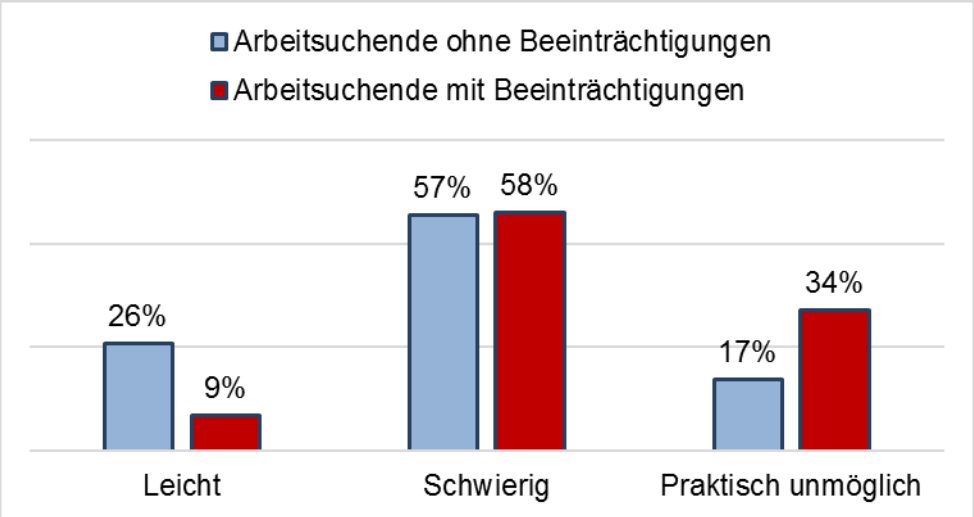


Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2014b, 2016c), Darstellung des ISG.

3.3.2 Arbeitsuche

Als subjektiver Indikator wird die Einschätzung von Nichterwerbstätigen zu ihren Erfolgsaussichten bei der Arbeitsuche herangezogen. Arbeitsuchende mit Beeinträchtigungen schätzen insgesamt ihre Chancen schlechter ein als Arbeitsuchende ohne Beeinträchtigungen. Der weit überwiegende Teil aller Arbeitsuchenden mit und ohne Beeinträchtigungen schätzt die Chancen, eine geeignete Stelle zu finden, als „schwierig“ (57-58%) ein (Abbildung 52). Sogar als „praktisch unmöglich“ sehen ihre Arbeitsplatzchancen 17% der Arbeitsuchenden ohne Beeinträchtigungen, aber 34% der Arbeitsuchenden mit Beeinträchtigungen. Nur 9% der Arbeitsuchenden mit Beeinträchtigungen geben an, es sei leicht, eine geeignete Stelle zu finden, gegenüber 26% der Arbeitsuchenden ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 52: Einschätzung der 18- bis 64-Jährigen Arbeitsuchenden zur Möglichkeit, eine geeignete Stelle zu finden



Quelle: SOEP 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Die derzeit günstige Arbeitsmarktlage wirkt sich dahingehend aus, dass Arbeitsuchende ohne Beeinträchtigungen im Jahr 2014 ihre Chancen optimistischer einschätzen als vier Jahre zuvor, dies gilt für Männer und Frauen (Tabelle 47). Für Arbeitsuchende mit Beeinträchtigungen zeigt sich dagegen eine schwierigere Situation: Zwar schätzten sie ihre Arbeitsmarktchancen im Jahr 2012 besser ein als im Jahr 2010, aber bis zum Jahr 2014 ist dieser Optimismus wieder etwas zurückgegangen. Die Einschätzung, es sei leicht, eine Stelle zu finden, ist im gesamten Zeitraum von 7% auf 9% leicht angestiegen, zugleich ist aber auch die Einschätzung, dass dies „praktisch unmöglich" sei, von 32% auf 34% gestiegen. Diese Trends sind für Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen etwa gleich.

Tabelle 47: Einschätzung der 18- bis 64-Jährigen Arbeitsuchenden zur Möglichkeit, eine geeignete Stelle zu finden, nach Geschlecht

	Arbeitsuchende ohne Beeinträchtigungen			Arbeitsuchende mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt						
Leicht	18%	24%	26%	7%	13%	9%
Schwierig	62%	61%	57%	60%	57%	58%
Praktisch unmöglich	20%	15%	17%	32%	30%	34%
Männer						
Leicht	18%	24%	27%	2%	12%	9%
Schwierig	64%	62%	57%	61%	55%	54%
Praktisch unmöglich	19%	15%	16%	36%	33%	38%
Frauen						
Leicht	19%	24%	25%	11%	14%	8%
Schwierig	61%	61%	57%	60%	58%	61%
Praktisch unmöglich	20%	15%	18%	29%	28%	31%

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

3.4 Teilhabe am Arbeitsleben in unterstützter Form

Unterstützung der Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leisten insbesondere die Bundesagentur für Arbeit und die Integrationsämter. Wer wegen Art und Schwere einer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden kann, hat nach § 136 SGB IX einen Anspruch auf Teilhabe am Arbeitsleben in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). In diesem Rahmen wird eine geschützte Form der Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht, die aber nicht zu einer Ausgrenzung aus dem Arbeitsmarkt führen darf. Eine solche Ausgrenzung würde der völkerrechtlichen Verpflichtung widersprechen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf eine Arbeit haben, „die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird" (Artikel 27 Absatz 1 UN-BRK). Daher

ist ständig zu prüfen, ob Menschen mit Behinderungen, denen ein Werkstattplatz angeboten wird, nicht doch noch mit der geeigneten Unterstützung alternative Möglichkeiten eröffnet werden können.

Eine Beschäftigungsform auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen, die zur Teilhabe am Arbeitsleben Unterstützung benötigen, sind Integrationsprojekte bzw. Integrationsunternehmen, in denen Menschen mit und ohne Behinderungen zusammen arbeiten. Auch für diejenigen, die schon längere Zeit in einer WfbM arbeiten, ist immer wieder zu prüfen, ob ein Übergang in ein Integrationsunternehmen oder in eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglicht werden kann.

3.4.1 Unterstützung einer regulären Beschäftigung

Für schwerbehinderte Menschen gibt es nach Kapitel 6 SGB IX besondere Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sofern diese nicht durch freie Entschließung der Arbeitgeber erfüllt werden, werden sie von den Integrationsämtern und der Bundesagentur für Arbeit in enger Zusammenarbeit durchgeführt (§ 101 Absatz 1 SGB IX). Die Aufgaben der Integrationsämter umfassen nach § 102 Absatz 1 SGB IX neben der Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe den Kündigungsschutz sowie begleitende Hilfen im Arbeitsleben, die sie in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit und den übrigen Rehabilitationsträgern erbringen (§ 102 Absatz 2 Satz 1). Sie können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für begleitende Hilfen am Arbeitsleben auch Geldleistungen an Schwerbehinderte, an Arbeitgeber, an die Träger von Integrationsfachdiensten sowie an Integrationsprojekte (s.u.) erbringen (§ 102 Absatz 3 SGB IX).

Tabelle 48 zeigt Leistungen der Integrationsämter zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. Die in der letzten Spalte ausgewiesenen Veränderungen im Zeitverlauf von 2010 bis 2014 zeigen Verschiebungen bei den einzelnen Leistungsarten. Im Jahr 2014 wurden am häufigsten Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen gewährt (37.659 Leistungen bzw. 38% mehr als im Jahr 2010). An zweiter Stelle folgen Leistungen zur Einrichtung behinderungsgerechter Arbeits- und Ausbildungsplätze mit 10.253 Leistungen (16% mehr als 2010). Gestiegen sind auch die Zahl der Leistungen der Arbeitsassistenz (3.009 im Jahr 2014, 32% mehr als 2010) und die Prämien und Zuschüsse für Berufsausbildung (289 im Jahr 2014, 94% mehr als 2010). Im gleichen Zeitraum sind andere Leistungen zum Teil erheblich gesunken: die Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen ist seit 2010 um 11% auf 2.412 Leistungen im Jahr 2014 gesunken, und die Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten sind seit 2010 um 27% auf 1.742 Leistungen im Jahr 2014 zurückgegangen.

Tabelle 48: Leistungen der Integrationsämter für schwerbehinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben

	2010	2011	2012	2013	2014	Veränderung 2010-2014
Arbeitsassistenz	2.283	2.425	2.474	2.622	3.009	+32%
Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen	27.364	29.344	31.707	34.106	37.659	+38%
Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	2.698	2.732	2.501	2.306	2.412	-11%
Behinderungsgerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	8.848	9.379	9.963	9.678	10.253	+16%
Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten	2.387	1.569	*	1.787	1.742	-27%
Prämien und Zuschüsse für Berufsausbildung	149	199	162	171	289	+94%

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2009/2010 bis 2014/2015).

* Keine Darstellung wegen eines Erfassungsfehlers in einem Bundesland.

Arbeitgeber sind verpflichtet, allen Beschäftigten, die länger als sechs Wochen krank sind, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten (§ 84 SGB IX). Ziele des BEM sind der Erhalt der Arbeitsfähigkeit sowie der Erhalt des Arbeitsplatzes. Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein BEM einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern. In der Statistik der Integrationsämter zum BEM werden seit 2011 ausschließlich die Prämien zur Förderung des BEM, nicht aber die Zahl der in diesem Rahmen begleiteten Beschäftigten ausgewiesen. Die Ausgaben für diese Prämien lagen im Jahr 2014 bei rd. 260.000 EUR und haben sich seit 2011 mehr als verdoppelt (Tabelle 49). Wie sich die Zahl der begleiteten Personen entwickelt hat, ist nicht bekannt. Der Umsetzungsstand des BEM wird derzeit in einer Studie evaluiert, Ergebnisse werden im Jahr 2017 erwartet.

Tabelle 49: Ausgaben der Integrationsämter für Betriebliches Eingliederungsmanagement

2011	2012	2013	2014	Veränderung
in Tsd. Euro				2011 - 2014
120	160	190	260	117%

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2011/2012 bis 2014/2015).

3.4.2 Integrationsprojekte

Integrationsprojekte (Integrationsunternehmen, Integrationsbetriebe, Integrationsabteilungen) ermöglichen schwerbehinderten Menschen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die nur unter großen Schwierigkeiten eine reguläre Arbeit annehmen können, für die aber zugleich eine Werkstatt für behinderte Menschen keine adäquate Beschäftigungsmöglichkeit bietet. Darüber hinaus gehören zu den Aufgaben von Integrationsprojekten arbeitsbegleitende Betreuung und – sofern erforderlich – u.a. auch Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung, Unterstützung des Übergangs in eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie Maßnahmen zur Vorbereitung auf eine Beschäftigung in einem Integrationsprojekt (§ 133 SGB IX). Integrationsprojekte werden aus Mitteln der Ausgleichsabgabe gefördert (§ 134 SGB IX).

Integrationsprojekte können nach § 132 SGB IX unterschiedlich umgesetzt werden:

- Integrationsunternehmen – rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen. Sie beschäftigen mindestens 25 Prozent schwerbehinderte Menschen. Ihr Anteil soll gleichzeitig 50% nicht überschreiten.
- Integrationsbetriebe – unternehmendintern oder von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe.
- Integrationsabteilungen – Abteilungen innerhalb von Unternehmen.

Die Anzahl der geförderten Integrationsprojekte hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen und ist von 517 im Jahr 2007 auf 842 im Jahr 2014 gestiegen, dies entspricht einem Zuwachs um 63% (Tabelle 50). Dagegen hat der Anteil von Beschäftigten mit einer Schwerbehinderung an allen Beschäftigten in Integrationsprojekten im Zeitverlauf abgenommen. Während im Jahr 2007 rund 50% der Beschäftigten eine Schwerbehinderung aufwiesen, waren dies im Jahr 2014 nur noch 46%.

Die Zahl der Beschäftigten mit Schwerbehinderung in Integrationsprojekten ist von 6.825 im Jahr 2007 um 62% auf 11.052 Beschäftigte im Jahr 2014 angestiegen. Gesondert ausgewiesen wird die Gruppe der besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen, die trotz umfangreicher Unterstützung durch den Integrationsfachdienst nicht oder noch nicht in der Lage sind, in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes Fuß zu fassen. Dazu zählen Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung, die eine individuelle arbeitsbegleitende Betreuung benötigen, Menschen mit einer schweren Sinnes-, Körper- oder Mehrfachbehinderung, Beschäftigte einer WfbM, die auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln möchten sowie Abgängerinnen und Abgänger von Sonder- bzw. Förderschulen, die ohne Unterstützung nicht den Weg ins Berufsleben schaffen würden (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2013: 26).

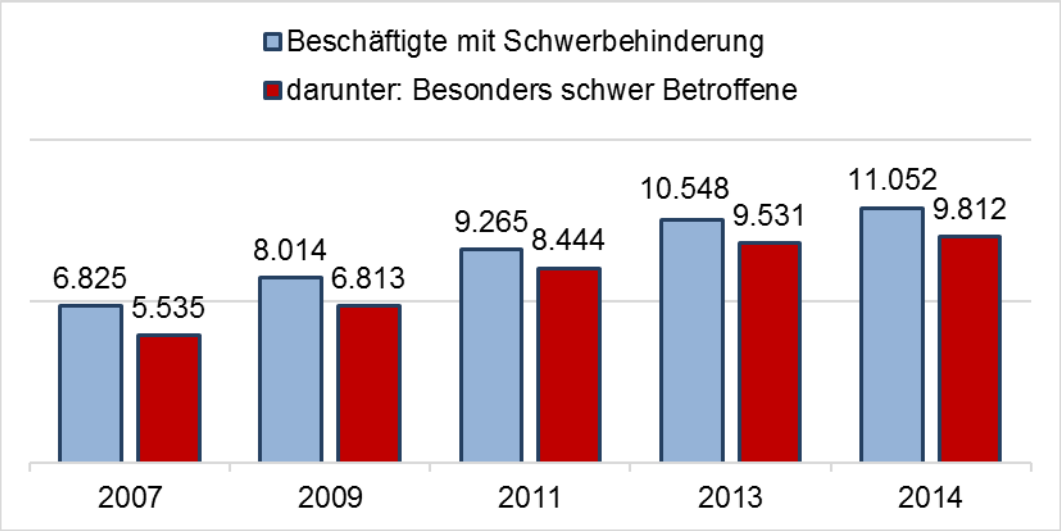
Tabelle 50: Geförderte Integrationsprojekte und Beschäftigte

	2007	2009	2011	2013	2014	Veränderung 2007 - 2014
geförderte Projekte	517	592	684	799	842	+63%
Beschäftigte insgesamt	13.694	22.416	25.190	22.532	23.993	+75%
darunter: schwerbehinderte Beschäftigte	6.825	8.014	9.265	10.548	11.052	+62%
darunter: besonders schwer Betroffene	5.535	6.813	8.444	9.531	9.812	+77%

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2007/2008 bis 2014/2015).

Werden nur die besonders schwer betroffenen Menschen[57] betrachtet, ist im Zeitraum von 2007 bis 2014 sogar ein Anstieg um 77% festzustellen (Abbildung 53). Dementsprechend hat sich der Anteil der besonders schwer Betroffenen an allen Beschäftigten mit Schwerbehinderung in den Integrationsprojekten erhöht.

Abbildung 53: Beschäftigte mit Schwerbehinderung in Integrationsprojekten



Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2007/2008 bis 2014/2015).

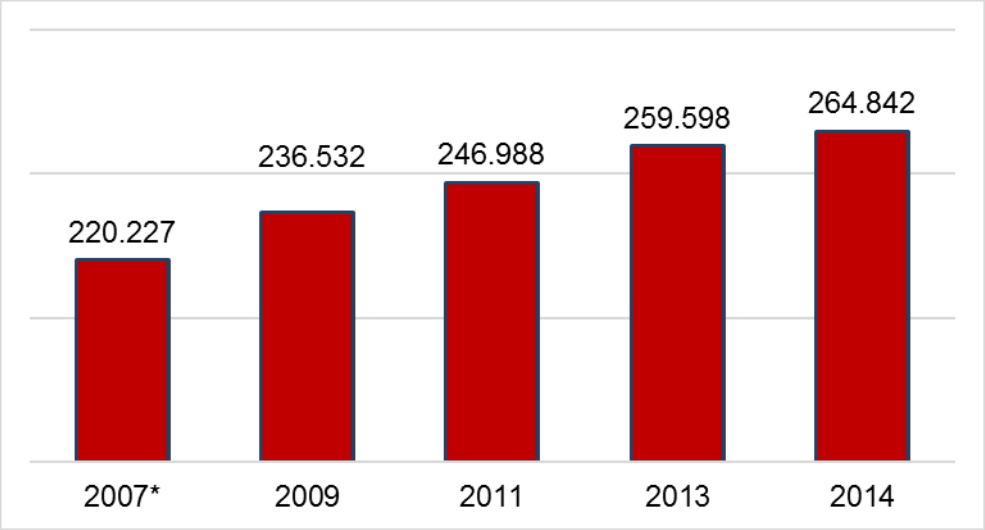
[57] Nach § 72 SGB IX sind nach Art und Schwere besonders betroffene Menschen mit Schwerbehinderung solche, die „1. a) zur Ausübung der Beschäftigung wegen ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend einer besonderen Hilfskraft bedürfen, b) deren Beschäftigung infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend mit außergewöhnlichen Aufwendungen für den Arbeitgeber verbunden ist, oder c) die infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend eine wesentlich verminderte Arbeitsleistung erbringen können, oder d) bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 allein infolge geistiger oder seelischer Behinderung oder eines Anfallsleidens vorliegt, oder e) die wegen Art und Schwere der Behinderung keine abgeschlossene Berufsbildung im Sinne des Berufsbildungsgesetzes haben, 2. Schwerbehinderte Menschen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben."

3.4.3 Werkstätten für behinderte Menschen

Werkstätten mit allgemeinem Versorgungsauftrag nehmen grundsätzlich alle Menschen mit Behinderungen aus ihrem Einzugsgebiet auf, die die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, und zwar unabhängig von Ursache, Art und Schwere der Behinderung. Die WfbM führt Eingangsverfahren durch, verfügt über einen Berufsbildungsbereich sowie einen Arbeitsbereich. Leistungen im Eingangsverfahren dienen insbesondere zur Feststellung, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist. Im Berufsbildungsbereich der Werkstätten sollen vor allem die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen verbessert oder wiederhergestellt werden. Sie sollen nach der Teilnahme an diesen Maßnahmen in der Lage sein, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen, so dass sie einer Beschäftigung in der Werkstatt nachgehen können. Im Arbeitsbereich einer Werkstatt sind Personen tätig, die voll erwerbsgemindert sind oder bei denen wegen Art und Schwere ihrer Behinderung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder berufliche Ausbildung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen. Diese Form der Teilhabe am Arbeitsleben soll die Ausübung einer geeigneten Beschäftigung ermöglichen und ist grundsätzlich darauf ausgerichtet, einen Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen. Die WfbM soll mit einem ausreichend differenzierten Angebot an Arbeitsplätzen auf die unterschiedliche Leistungsfähigkeit, die Entwicklungsmöglichkeiten, die behinderungsspezifischen Bedürfnisse und die Interessen der Menschen mit Behinderungen abgestimmt sein. Die Werkstätten müssen darüber hinaus wirtschaftliche Arbeitsergebnisse anstreben. Sie haben damit eine doppelte Aufgabenstellung: Sie sind einerseits Rehabilitationseinrichtungen, andererseits aber auch Wirtschaftsbetriebe.

In Deutschland gibt es rd. 700 Hauptwerkstätten mit über 2.700 Betriebsstätten. Im Arbeitsbereich der WfbM waren zum Jahresende 2014 insgesamt 264.842 Personen tätig (Abbildung 54). Seit dem Jahr 2007 mit 220.227 Beschäftigten ist deren Zahl kontinuierlich angestiegen (+20%).

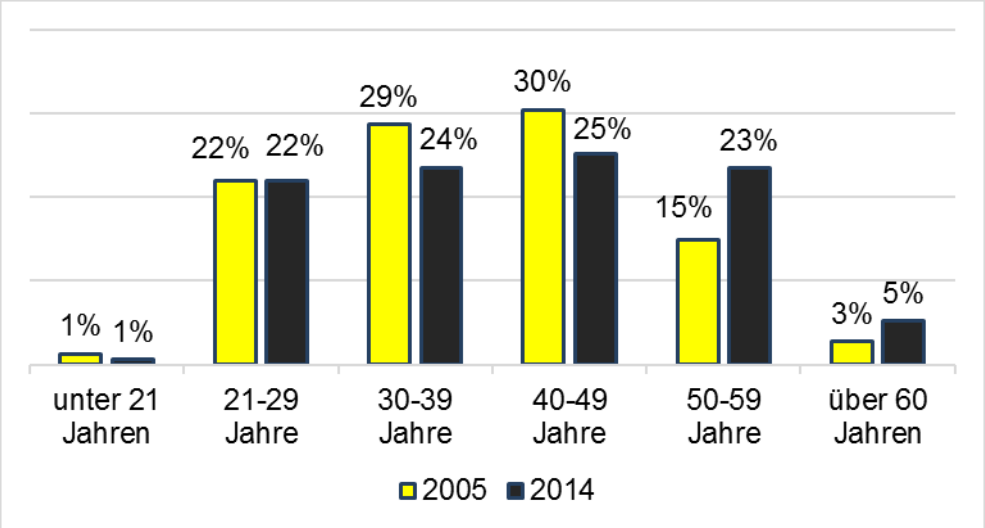
Abbildung 54: Beschäftigte in den Arbeitsbereichen der WfbM



Quelle: Sozialhilfestatistik 2007-2014, Daten zum Jahresende.
* 2007: Deutschland ohne die Angaben für Bremen

Im Hinblick auf die Altersstruktur der Beschäftigten in Werkstätten für behinderte Menschen zeigt sich, dass bereits im kurzfristigen Zeitverlauf seit 2005 eine Veränderung hin zu einem größeren Anteil der Werkstattbeschäftigten ab 50 Jahren stattgefunden hat (Abbildung 55).

Abbildung 55 Beschäftigte in WfbM nach Alter*



Quelle: Sozialhilfestatistik 2005, 2014, Daten zum Jahresende.

*Daten für 2005 ohne Bremen.

Zusätzlich zu diesen Werkstätten für behinderte Menschen gibt es 23 Blindenwerkstätten mit rd. 6.500 Beschäftigten, die aber zu Einrichtungen des allgemeinen Arbeitsmark-

tes zählen. Eine Bestands- und Bedarfserhebung für Werkstätten für behinderte Menschen, die im Jahr 2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales durchgeführt wurde (Con_sens, 2003), hatte einen Rückgang der Beschäftigtenzahlen in den WfbM prognostiziert. Der entgegen dieser Prognose erfolgte Anstieg im Zeitverlauf wird auf den starken Zuwachs an älteren Werkstattbeschäftigten sowie auf die starke Zunahme an Werkstattbeschäftigten mit psychischen Erkrankungen zurückgeführt.

3.4.4 Gestaltung von Übergängen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt

Die Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt stellt eine wesentliche Anforderung der UN-BRK dar. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch die Gestaltung von Übergängen und Übergangsformen in den Blick genommen. So soll mit dem „Fachkonzept WfbM“ der Bundesagentur für Arbeit der Berufsbildungsbereich neu ausgerichtet werden. Dabei stehen insbesondere die Personen- und Kompetenzorientierung sowie eine enge Anbindung an Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Arbeitserprobung etc.) im Fokus (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 302). Die Gestaltung des Übergangs von der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gewinnt zunehmend an Bedeutung. So arbeiten Sozialhilfeträger eng mit den Integrationsämtern zusammen, um Übergänge personen- und passgenau zu gestalten. Die beauftragten Integrationsfachdienste begleiten Arbeitnehmer bei diesem Übergang (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2014: 7).

Ziel des Budgets für Arbeit ist, eine Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen, wobei der Übergang von der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie von der Förderschule in die berufliche Bildung im Fokus steht. Das Budget für Arbeit wird als persönliches Budget nach § 17 SGB IX gewährt. Nur wenige Bundesländer setzen bislang das Budget für Arbeit um, dabei werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Das Budget für Arbeit ist, wie z.B. in NRW, als Komplexleistung aus Mitteln der überörtlichen Sozialhilfeträger und Integrationsämter ausgestaltet, oder es wird als Geldleistung an den Arbeitgeber ausschließlich durch den überörtlichen Sozialhilfeträger geleistet wie z.B. in Rheinland-Pfalz.

Die Bundesländer haben im Zusammenhang mit der Initiative Inklusion der Bundesregierung besondere Maßnahmen zur Förderung von Übergängen ergriffen. In einigen Ländern werden diese Maßnahmen in die Initiative aufgenommen oder zusätzlich Maßnahmen und Aktionen initiiert (Nebe & Waldenburger, 2014).

3.5 Materielle Lebenssituation

3.5.1 Einkommen

Eigenes Erwerbseinkommen

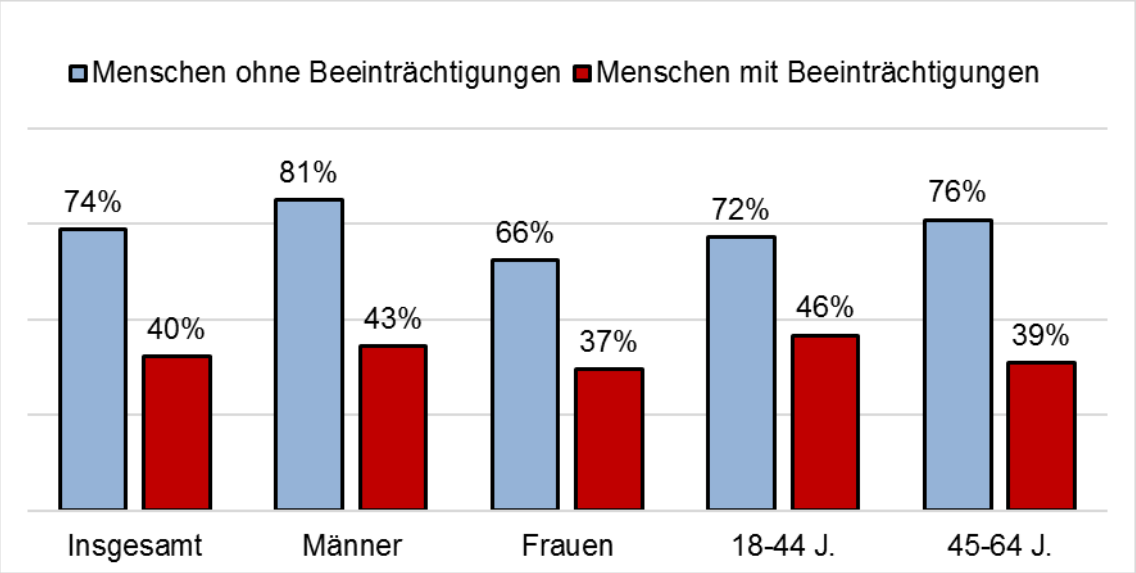
Ein guter Lebensstandard setzt ein angemessenes Einkommen voraus, und auch in nichtmateriellen Lebensbereichen werden die Entfaltungsmöglichkeiten durch materielle Ressourcen mit beeinflusst. Für den überwiegenden Teil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter stellt das Erwerbseinkommen die Haupteinkommensquelle dar. Im Jahr 2013 war das Erwerbseinkommen für 69% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 18 bis 64 Jahren das Haupteinkommen, gefolgt von Einkommen des Partners oder der Partnerin, der Eltern oder anderer Angehöriger (dies wurde von Frauen drei Mal so oft genannt wir von Männern). Weiterhin gaben 6% eine Rente oder Pension als Haupteinkommen an (Ältere weitaus häufiger als Jüngere) und 5% Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II. Im erwerbsfähigen Alter bilden Renteneinkommen für 30% der Menschen mit Beeinträchtigungen die Haupteinkommensquelle, dieser Anteil ist zehn Mal so hoch wie unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen mit 3%. Auch bei den Leistungen der Mindestsicherung (Grundsicherung nach SGB II und Sozialhilfe nach SGB XII) gibt es gravierende Unterschiede, sie bilden für 15% der Menschen mit Beeinträchtigungen gegenüber 5% der Menschen ohne Beeinträchtigungen die Haupteinkommensquelle.

Der Stellenwert des Erwerbseinkommens als Haupteinkommensquelle kann als ein Indikator für selbstständige Lebensführung gesehen werden. Er unterscheidet sich zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, Männern und Frauen sowie unterschiedlichen Altersgruppen (Abbildung 56):

- 74% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ohne Beeinträchtigungen bestreiten ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus ihrer Erwerbstätigkeit. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen geben mit 40% deutlich weniger das Erwerbseinkommen als Haupteinkommensquelle an.
- Frauen bestreiten ihren Lebensunterhalt seltener durch eigenes Erwerbseinkommen als Männer. 81% der Männer gegenüber 66% der Frauen ohne Beeinträchtigungen bestritten im Jahr 2013 ihren Lebensunterhalt vor allem durch ihr Erwerbseinkommen (-15 Prozentpunkte). Zwischen Frauen und Männern mit Beeinträchtigungen fällt dieser Unterschied geringer aus, Männer mit Beeinträchtigungen nannten zu 43% und Frauen mit Beeinträchtigungen zu 37% ein Haupteinkommen aus Erwerbstätigkeit (-6 Prozentpunkte).
- Unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen steigt der Anteil derer, die ihren Lebensunterhalt aus eigenem Erwerbseinkommen bestreiten, mit zunehmendem Alter an, und zwar von 72% der Altersgruppe von 18 bis 44 Jahren auf 76% der Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren. Bei den Menschen mit Beeinträchtigungen geht dieser

Anteil dagegen mit zunehmendem Alter von 46% der 18- bis 44-Jährigen auf 39% der 45- bis 64-Jährigen zurück.

Abbildung 56: Bestreitung des persönlichen Lebensunterhalts überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen nach Geschlecht und Alter



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Seit dem Jahr 2005 hat das Erwerbseinkommen als Haupteinkommensquelle bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen kontinuierlich an Bedeutung gewonnen (Tabelle 51). Der entsprechende Anteil ist bis zum Jahr 2013 um 8 Prozentpunkte gestiegen, und zwar bei Frauen (+10 Prozentpunkte) stärker als bei Männern (+6 Prozentpunkte). Bei den Menschen mit Beeinträchtigungen ist der Anteil dieser Einkommensart niedriger, aber auch hier steigt die Bedeutung des Erwerbseinkommens, wenn auch auf niedrigerem Niveau. Insgesamt ist dieser Anteil von 37% (2005) auf 40% (2013) gestiegen, und auch hier bei Frauen mit Beeinträchtigungen (+5 Prozentpunkte) stärker als bei Männern mit Beeinträchtigungen (+2 Prozentpunkte). Im jüngeren Erwerbsalter von 18 bis 44 Jahren steigt die Bedeutung des Erwerbseinkommens als Haupteinkommensquelle bei Menschen ohne Beeinträchtigungen von 67% auf 72% (+5 Prozentpunkte), während sie bei Menschen mit Beeinträchtigungen in dieser Altersgruppe von 49% auf 46% zurückgeht (-3 Prozentpunkte). Im höheren Erwerbsalter von 45 bis 64 Jahren ist der Stellenwert des Erwerbseinkommens gestiegen, und zwar bei Menschen ohne Beeinträchtigungen mit +13 Prozentpunkten stärker als bei Menschen mit Beeinträchtigungen mit +7 Prozentpunkten. Besonders niedrig ist dieser Anteil bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund (vgl. hierzu das Schwerpunktkapitel zu Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund).

Tabelle 51: Bestreitung des persönlichen Lebensunterhalts überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen nach Geschlecht und Alter

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Insgesamt	66%	70%	74%	37%	40%	40%
Geschlecht						
männlich	75%	78%	81%	41%	45%	43%
weiblich	56%	62%	66%	32%	35%	37%
Alter						
18 bis 44	67%	70%	72%	49%	48%	46%
45 bis 64	63%	71%	76%	32%	37%	39%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen geben diejenigen mit einem GdB unter 50 häufiger ein eigenes Erwerbseinkommen als Haupteinkommensquelle an (57%) als Menschen mit chronischer Krankheit (39%) und Menschen mit einer Schwerbehinderung (31%; Tabelle 52). Eine Rente wegen Erwerbsminderung ist für 30% der Menschen mit Beeinträchtigungen die Haupteinkommensquelle, und zwar für Menschen mit Schwerbehinderung (42%) in höherem Maße als für Menschen mit einem GdB unter 50 (19%) und chronisch Kranke (13%). Leistungen der Mindestsicherung bilden für 15% der Menschen mit Beeinträchtigungen die Haupteinkommensquelle, darunter für 24% der Menschen mit chronischer Krankheit, für 14% der Menschen mit Schwerbehinderung und für 10% der Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50.

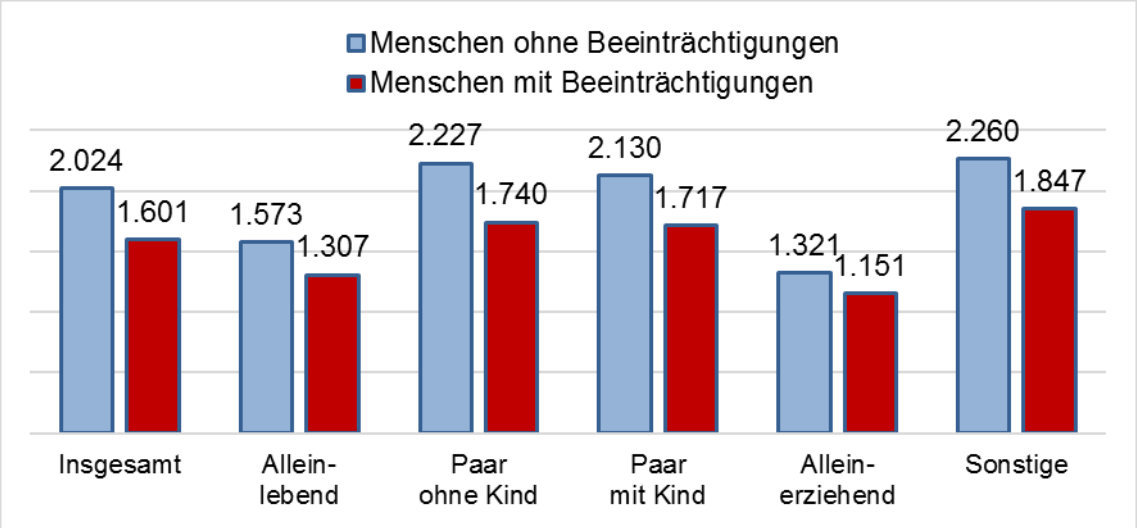
Tabelle 52: Haupteinkommensquelle nach Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Insgesamt	chron. krank	GdB < 50	GdB ab 50
Eigene Erwerbstätigkeit	40%	39%	57%	31%
Rente, Pension	30%	13%	19%	42%
Einkünfte der Partner, Eltern, anderen Angehörigen	9%	14%	8%	8%
Arbeitslosengeld I (ALG I)	2%	4%	3%	1%
Sozialhilfe	5%	4%	1%	8%
Leistungen nach Hartz IV (ALG II, Sozialgeld)	9%	20%	9%	6%

Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet, Berechnung des ISG.

Die Nettoeinkommen von Menschen mit Beeinträchtigungen sind niedriger als die von Menschen ohne Beeinträchtigungen in vergleichbaren Lebenslagen (Abbildung 57). Um Einkommensbeträge von Personen in Haushalten unterschiedlicher Größe vergleichbar zu machen, wird das gesamte Nettoeinkommen eines Haushalts den einzelnen Haushaltsmitgliedern anhand von Äquivalenzgewichten der neuen OECD-Skala zugerechnet.[58] Personen in Paarhaushalten haben ein höheres Einkommensniveau als Alleinlebende und Personen, die in Haushalten von Alleinerziehenden leben. Durchgängig haben Menschen mit Beeinträchtigungen ein niedrigeres Einkommen als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 57: Durchschnittliches Nettoeinkommen pro Person nach Haushaltstyp (äquivalenzgewichtet, in EURO pro Monat)



Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Die Relation, in der die Einkommen von Menschen mit Beeinträchtigungen im Vergleich zu den Einkommen von Menschen ohne Beeinträchtigungen stehen, wird in Tabelle 53 dargestellt. Demnach verfügen Menschen mit Beeinträchtigungen über durchschnittlich 79% des Einkommensbetrages, über den Menschen ohne Beeinträchtigungen verfügen. Am größten ist der Abstand zum Einkommen von chronisch kranken Menschen, die nur 74% des Einkommens von Menschen ohne Beeinträchtigungen zur Verfügung haben. Geringer ist der Unterschied gegenüber Menschen mit einer Behinderung und einem GdB unter 50, die durchschnittlich 84% des Einkommens haben, das Menschen ohne Beeinträchtigungen zur Verfügung steht. Da erwerbstätige Menschen mit Beeinträchtigungen bei gleicher Qualifikation auch gleiche Bruttostundenvergütungen erzielen (vgl.

[58] In der neuen OECD-Skala geht der Hauptbeziehende des Einkommens in die Berechnung mit dem Faktor 1,0 ein, Haushaltsmitglieder ab 14 Jahren mit dem Faktor 0,5 und alle anderen Haushaltsmitglieder mit dem Faktor 0,3.

oben Abschnitt 3.2.3), hängen diese Unterschiede des Nettohaushaltseinkommens damit zusammen, dass mehr Menschen mit Beeinträchtigungen in beruflichen Positionen mit geringer Vergütung beschäftigt sind und dass ein höherer Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen Nichterwerbspersonen sind.

Tabelle 53: Einkommen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Relation zum Einkommen von Menschen ohne Beeinträchtigungen

Personenkreis	ohne Beeinträchtigungen	mit Beeinträchtigungen	chronisch krank	GdB < 50	Schwerbehinderung
Einkommensanteil	100%	79%	74%	84%	79%

Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Beim Vergleich der Nettoeinkommen ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei nicht um das für Menschen mit Beeinträchtigungen tatsächlich verfügbare Einkommen handelt. So wird im Mikrozensus lediglich nach dem Nettoeinkommen insgesamt gefragt. Nicht berücksichtigt wird hierbei der Umstand, dass im Rahmen des SGB XII eine Einkommensanrechnung für Leistungen der Eingliederungshilfe erfolgt, so dass das tatsächlich verfügbare Einkommen für die Beziehenden von Eingliederungshilfe deutlich unterhalb der angegeben Ergebnisse liegen kann.

3.5.2 Leistungen der Grundsicherung nach SGB II bzw. SGB XII

Grundsicherung nach dem SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ bzw. SGB XII „Sozialhilfe“ erhalten Personen, die nicht in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt aus eigenem Einkommen und Vermögen zu bestreiten.

Anspruchsberechtigt in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II sind Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet aber noch nicht die Altersgrenze zum Bezug einer Altersrente erreicht haben (65 bis 67 Jahre gestaffelt), erwerbsfähig und hilfebedürftig sind und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Die Leistungen der Grundsicherung nach SGB II umfassen das Arbeitslosengeld II für erwerbsfähige Leistungsberechtigte und Sozialgeld für Nichterwerbspersonen, die in Haushalten von Personen mit Bezug von Arbeitslosengeld II leben. Die SGB II-Statistik differenziert nicht nach Behinderung oder Beeinträchtigung, nur für arbeitslos gemeldete Personen mit Bezug von Arbeitslosengeld II wird das Merkmal „Schwerbehinderung“ ausgewiesen (vgl. Abschnitt 3.3.1.2).

Die Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) ist das letzte Auffangnetz für hilfebedürftige Personen, die im erwerbsfähigen Alter wegen vorübergehender Erwerbsminderung keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II haben und nicht für ihren Lebensunterhalt sorgen können (Leistungsanspruch nach dem Dritten Kapitel SGB XII). Hilfebedürftigen Menschen, die das 18. Lebensjahr vollendet und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind oder mit Vollendung des 65. Lebensjahres das aktive

Erwerbsleben beendet haben und eine Altersrente beziehen, mit der der Lebensunterhalt nicht sichergestellt werden kann, erhalten die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII.

Im Jahr 2014 bezogen 487.258 Personen Grundsicherung wegen voller Erwerbsminderung, dies sind 43% mehr als im Jahr 2007 (Tabelle 54). Der Anteil der Frauen an den Leistungsbeziehenden der Grundsicherung liegt in diesem gesamten Zeitraum konstant bei rd. 44%, der Anteil der Männer bei rd. 56%.

Tabelle 54: Leistungsbeziehende von Grundsicherung bei voller Erwerbsminderung im Alter von 18 bis 64 Jahren

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
2007	340.234	189.222	151.012
2008	357.724	199.721	158.003
2009	364.027	204.163	159.864
2010	384.565	215.904	168.661
2011	407.820	229.356	178.464
2012	435.010	244.539	190.471
2013	462.892	260.997	201.895
2014	487.258	276.108	211.150
Veränderung 2007-2014	43%	46%	40%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2007 bis 2014; Berechnung des ISG.

Werden die Leistungen der Grundsicherung nach SGB II und nach SGB XII zusammen betrachtet, zeigt sich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen zu einem höheren Anteil (13%) Grundsicherung beziehen als Menschen ohne Beeinträchtigungen (9%). Insbesondere sind Menschen mit Beeinträchtigungen im Erwerbsalter betroffen, 23% der jüngeren (30- bis 49-Jährigen) und 18% der älteren (50- bis 64-Jährigen) mit Beeinträchtigungen beziehen Leistungen der Grundsicherung. Im Rentenalter sinkt dieses Risiko stark ab und beträgt bei den Menschen mit Beeinträchtigungen noch 4% bis 5%. Der Anteil der Grundsicherungsbeziehenden an allen 30- bis 49-Jährigen mit Beeinträchtigungen ist im Zeitverlauf gestiegen bei gleichzeitigem Rückgang dieses Anteils in der Alterskohorte der 50- bis 64-Jährigen mit Beeinträchtigungen. Eine rückläufige Grundsicherungsquote ist schließlich in der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigungen feststellbar. Dennoch liegt sie mit einem Anteil von 20% weiterhin auf vergleichsweise hohem Niveau.

Eine zusammengefasste Auswertung beider Formen der Mindestsicherung nach dem SGB II und nach dem SGB XII auf Basis des Mikrozensus 2013 kommt zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Beeinträchtigungen zu einem höheren Anteil Leistungen der Mindestsicherung beziehen (11,1%) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (5,3%; Tabelle

55).[59] Dieser Unterschied ist mit 5,8 Prozentpunkten größer als im Jahr 2009 mit 4,1 Prozentpunkten. Die Bezugsquoten von Männern und Frauen unterscheiden sich kaum voneinander. Starke Unterschiede bestehen aber zwischen den Altersgruppen: Personen, die bereits im jungen Erwerbsalter beeinträchtigt sind, beziehen in hohem Maße (30%) Leistungen der Mindestsicherung, und auch die Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen weist mit 15,5% noch eine überdurchschnittliche Bezugsquote auf. Im Alter ab 65 Jahren geht diese Bezugsquote deutlich zurück.

Tabelle 55: Menschen, die in einem Haushalt mit Leistungsbezug der sozialen Grundsicherung leben, nach Alter und Geschlecht

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	2009	2013	2009	2013
Insgesamt	5,5%	5,3%	9,6%	11,1%
Geschlecht				
Männlich	5,5%	5,2%	10,0%	11,6%
Weiblich	5,5%	5,4%	9,2%	10,5%
Alter				
unter 18 J.	3,0%	5,6%	5,1%	9,2%
18 bis 44	7,3%	6,3%	27,5%	30,0%
45 bis 64	6,7%	5,5%	13,4%	15,5%
ab 65 J.	2,0%	2,3%	2,8%	3,7%
Teilgruppen der Beeinträchtigung				
chronisch Kranke			12,1%	14,2%
GdB < 50			8,2%	8,7%
GdB ab 50			9,2%	10,9%

Quelle: Mikrozensus 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Von den Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen weisen die chronisch Kranken mit 14,2% eine höhere Bezugsquote auf als diejenigen mit Schwerbehinderung (10,9%). Noch etwas niedriger ist die Bezugsquote der Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50 (8,7%). In allen hier betrachteten Teilgruppen ist der

[59] Der Bezug von Mindestsicherung wird in Haushaltsbefragungen wie dem Mikrozensus grundsätzlich untererfasst, so dass die Bezugsquoten etwas niedriger ausfallen als bei einer Auswertung der Gesamtstatistik, die allerdings keine Angaben zu Beeinträchtigungen enthält. Im Mikrozensus 2005, dem Jahr der Einführung des SGB II, wurde der Bezug von SGB II-Leistungen noch nicht zuverlässig erfasst, so dass sich der Zeitvergleich hier auf die Jahre 2009 und 2013 beschränkt.

Anteil mit Bezug von Leistungen der Mindestsicherung zwischen den Jahren 2009 und 2013 gestiegen.

3.5.3 Armutsrisiko

Armut als Mangel an materiellen Mitteln zur Bestreitung des Lebensunterhalts wirkt sich entscheidend auch auf andere Lebensbereiche aus. Neben dem Indikator der Angewiesenheit auf Grundsicherungsleistungen wird das Armutsrisiko im Sinne eines relativ niedrigen Einkommens berechnet (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013b: 433). Von einem relativen Armutsrisiko ist der Bevölkerungsteil betroffen, dessen Einkommen unter der Armutsrisikogrenze liegt. Um die günstigere Wirtschaftlichkeit von großen Haushalten zu berücksichtigen, wird das gesamte Nettoeinkommen eines Haushalts den einzelnen Haushaltsmitgliedern anhand von Äquivalenzgewichten der neuen OECD-Skala zugerechnet. Wenn die äquivalenzgewichteten Einkommen der Bevölkerung in eine Rangfolge gesetzt werden, ist das Medianeinkommen dasjenige, das in der Mitte liegt. Als „armutsgefährdet“ gilt dann der Bevölkerungsteil, dem weniger als 60% des Medianeinkommens zur Verfügung stehen.

Im Jahr 2013 beträgt die Armutsrisikoquote bei Menschen mit Beeinträchtigungen etwa 20% (Tabelle 56). Sie liegt damit deutlich über der Armutsrisikoquote von Menschen ohne Beeinträchtigungen (13%). Eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Altersgruppen zeigt folgendes Bild: Von den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind vor allem die 18- bis 44-Jährigen (16%) und die ab 65-Jährigen (16%) überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen sind dies ebenfalls die 18- bis 44-Jährigen und weiterhin die 45- bis 64-Jährigen. Bis auf die Altersgruppe der Personen im Alter ab 65 Jahren liegt die Armutsrisikoquote von Menschen mit Beeinträchtigungen in sämtlichen Alterskohorten der Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich über dem entsprechenden Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Während die Armutsrisikoquoten von Männern und Frauen ohne Beeinträchtigungen annähernd gleich sind, zeigen sich bei den Menschen mit Beeinträchtigungen geschlechterbezogene Unterschiede. Die Armutsrisikoquote der Männer mit Beeinträchtigungen beträgt 22%, die Armutsrisikoquote der Frauen ist mit 19% etwas niedriger. Eine Betrachtung der verschiedenen Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt darüber hinaus, dass vor allem chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung) ein deutlich erhöhtes Armutsrisiko aufweisen (26%). Erheblich niedriger sind die Armutsrisikoquoten von Menschen mit einem GdB unter 50 (17%) und von Menschen mit einer Schwerbehinderung (19%).

Im Zeitraum von 2005 bis 2013 ist das Armutsrisiko der Menschen ohne Beeinträchtigungen auf einem etwa gleichen Niveau geblieben. Die Armutsrisikoquoten der Menschen mit Beeinträchtigungen sind hingegen stetig angestiegen von 13% im Jahr 2005 über 17% im Jahr 2009 bis auf 20% im Jahr 2013. Dieser Anstieg lässt sich für Männer ebenso wie für Frauen und auch für unterschiedliche Altersgruppen beobachten. In diesem Zeitraum ist das Armutsrisiko von chronisch kranken Menschen von einem hohen

Niveau aus (19% im Jahr 2005) nochmals angestiegen auf den mit 26% höchsten Wert im Jahr 2013. Die Armutsrisikoquote von Menschen mit Schwerbehinderung ist in diesem Zeitraum von 12% (2005) auf 19% (2013) gestiegen.

Bei der Berechnung der Armutsrisikoquote spielen mehrere Faktoren eine Rolle, so dass über die Gründe von Veränderungen nur Annahmen getroffen werden können. Die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen im jüngeren und mittleren Lebensalter ist im Zeitraum von 2005 bis 2013 stark angestiegen, was unter anderem auf eine Zunahme psychischer Beeinträchtigungen zurückzuführen ist. Wenn Beeinträchtigungen schon in frühen Lebensjahren auftreten, können dadurch die Chancen der beruflichen Entwicklung und damit auch des Einkommenserwerbs eingeschränkt werden, und entsprechend hoch ist das Armutsrisiko. Auch die Armutsrisikoquote der älteren Menschen mit Beeinträchtigungen ist gestiegen, und zwar im gleichen Maße wie die Armutsrisikoquote der älteren Gesamtbevölkerung. Diesbezüglich kommt auch der wachsende Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in den höheren Altersgruppen als Einflussgröße in Frage, weil deren Einkommensposition im Durchschnitt relativ niedrig ist.

Tabelle 56: Armutsrisikoquoten nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Insgesamt	14%	14%	13%	13%	17%	20%
Alter						
unter 18	18%	19%	10%	19%	21%	13%
18 bis 44	16%	15%	16%	24%	26%	31%
45 bis 64	10%	11%	11%	15%	20%	23%
ab 65	10%	13%	16%	9%	13%	16%
Geschlecht						
Männer	14%	14%	13%	13%	16%	22%
Frauen	14%	15%	14%	14%	18%	19%
Teilgruppen der Beeinträchtigung						
chronisch krank (ohne anerkannte Behinderung)				19%	23%	26%
mit anerkannter Behinderung						
GDB < 50				11%	14%	17%
GDB ab 50				12%	16%	19%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009 und 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

3.5.4 Vermögen und Schulden

Neben dem Einkommen ist das Vermögen eine wichtige Komponente des materiellen Wohlstands und der materiellen Absicherung. Der Aufbau von Vermögen erfolgt im Lebensverlauf, daher verfügen ältere Menschen über durchschnittlich höhere Vermögen

als jüngere Menschen. Wenn Beeinträchtigungen im fortgeschrittenen Lebensalter eintreten, konnten zuvor oft neben Sozialversicherungsansprüchen auch Vermögenswerte aufgebaut werden. Wegen des Grundsatzes der Nachrangigkeit und dem Vorrang der Selbsthilfe, auch durch den Einsatz eigenen Vermögens, ist es Menschen mit Beeinträchtigungen, die Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Hilfe zur Pflege beziehen, kaum möglich, Vermögen aufzubauen. Wenn Beeinträchtigungen schon bei Geburt oder in frühen Lebensjahren eintreten und Sozialhilfeleistungen benötigt werden, ist die Möglichkeit, Vermögen zu bilden, daher stark eingeschränkt. Allerdings gilt im Sozialhilferecht z.B. selbst genutztes Wohneigentum in angemessenem Umfang als geschütztes Vermögen.

Nach Auswertung des SOEP 2012[60] wurden zu diesem Zeitpunkt in Deutschland durchschnittlich Nettovermögen in Höhe von 86.147 EUR pro Person ermittelt, davon macht selbstgenutztes Wohneigentum mit 69.404 EUR einen hohen Anteil aus. Menschen mit Beeinträchtigungen verfügen mit durchschnittlich 86.063EUR über etwa gleich hohe Vermögen wie Menschen ohne Beeinträchtigungen (86.176 EUR), und das selbst genutzte Wohneigentum von Menschen mit Beeinträchtigungen ist mit 74.484 EUR höher als das von Menschen ohne Beeinträchtigungen mit 67.616 EUR (Tabelle 57). Dieser auf den ersten Blick überraschende Befund lässt sich dadurch erklären, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im Durchschnitt älter sind als die übrige Bevölkerung. Da Vermögen im Lebensverlauf aufgebaut wird, wirkt sich in diesem Gesamtergebnis der hohe Anteil älterer Menschen mit Beeinträchtigungen aus. Differenziert man aber nach Altersgruppen, so wird dieser Effekt aufgehoben. Dann wird deutlich, dass im mittleren Erwachsenenalter von 18 bis 59 Jahren die Nettovermögen der Menschen ohne Beeinträchtigungen mit 69.007 EUR um 24% höher sind als die Nettovermögen der Menschen mit Beeinträchtigungen desselben Alters in Höhe von 55.669 EUR. Das selbst genutzte Wohneigentum beläuft sich in dieser Altersgruppe in ähnlicher Höhe (Menschen mit Beeinträchtigungen 51.898 EUR, Menschen ohne Beeinträchtigungen 49.528 EUR). In der oberen Altersgruppe ab 60 Jahren haben Menschen ohne Beeinträchtigungen ein Nettovermögen von 136.528 EUR, dies liegt um 26% über dem Nettovermögen von Menschen mit Beeinträchtigungen (108.409 EUR). Darunter entfallen auf selbst genutztes Wohneigentum bei Menschen ohne Beeinträchtigungen 120.662 EUR und bei Menschen mit Beeinträchtigungen 91.088 EUR. Da aber bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen das Vermögen im Alter höher ist als in jüngeren Jahren, führt der höhere Anteil älterer Menschen mit Beeinträchtigungen zu vergleichsweise hohen Durchschnittsbeträgen.

---

[60] Die Erhebung von Vermögen erfolgt im SOEP alle fünf Jahre. Dabei werden alle Vermögensarten (Geldvermögen, Immobilien und darunter selbst genutztes Wohneigentum, weitere Sachvermögen und der Wert von Lebensversicherungen) nach ihrem Marktwert erhoben, ebenso werden Schulden bzw. Hypotheken erhoben. Das sog. „Nettovermögen“ ist der Marktwert des Vermögens abzüglich der Schulden oder Belastungen.

Tabelle 57: Vermögensbestände einschließlich Wohneigentum nach Alter

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	Nettovermögen insgesamt	darunter: selbst genutztes Wohneigentum	Nettovermögen insgesamt	darunter: selbst genutztes Wohneigentum
Insgesamt	86.176	67.616	86.063	74.484
18 bis 59 Jahre	69.007	49.528	55.669	51.898
ab 60 Jahren	136.528	120.662	108.409	91.088

Quelle: SOEP 2012 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Als Gegenteil von Vermögenswerten sind weiterhin Schulden im Sinne eines „negativen" Vermögens in die Betrachtung einzubeziehen. Eine Verschuldung kann durch Konsumentenkredite oder Hypothekenbelastungen entstehen, und in der Regel stehen ihr entsprechende Gegenwerte gegenüber bzw. die vereinbarten Ratenzahlungen zur Schuldentilgung können durch laufendes Einkommen gedeckt werden. Wenn die Verschuldung aber mit dem verfügbaren Einkommen auf absehbare Zeit nicht mehr getilgt werden kann, d.h. „wenn Einkommen und Vermögen aller Haushaltsmitglieder über einen längeren Zeitraum trotz Reduzierung des Lebensstandards nicht ausreichen, um fällige Forderungen zu begleichen", spricht man von „Überschuldung" (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013b: 360).

Den Daten des SOEP 2012 lässt sich diese Differenzierung nicht unmittelbar entnehmen, sondern nur der Anteil der Personen, die verschuldet sind (d.h. bei denen die Aufsummierung von Vermögenswerten und Schulden einen negativen Wert ergibt), und wie hoch der durchschnittliche Schuldenbetrag dieses Personenkreises ist. In diesem Sinne sind 7,3% der erwachsenen Personen in Deutschland verschuldet, dieser Anteil ist bei Menschen mit Beeinträchtigungen (mit 7,0%) etwa gleich hoch wie bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (7,4%) (Tabelle 58). Die Höhe der Schulden ist bei den verschuldeten Menschen mit Beeinträchtigungen mit 20.013 EUR etwas höher als bei verschuldeten Menschen ohne Beeinträchtigungen mit 16.868 EUR.

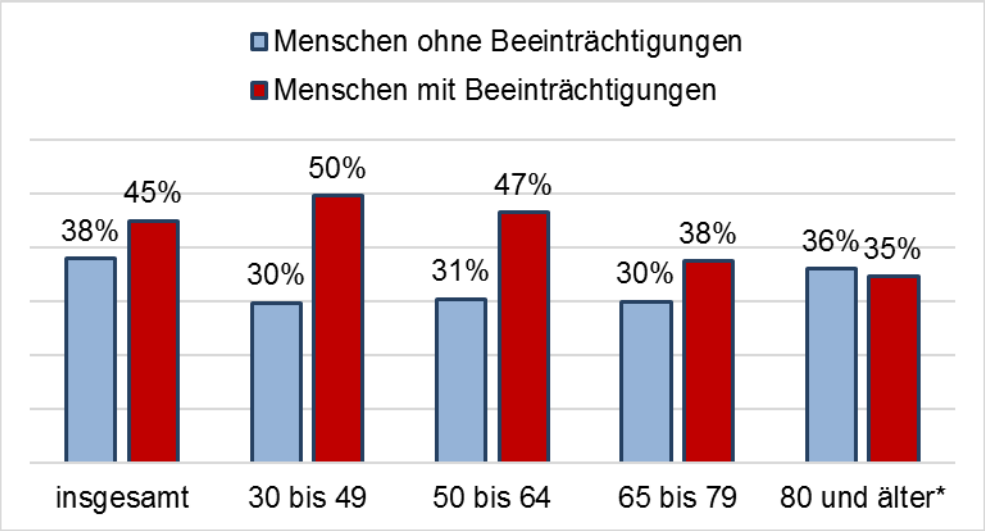
Tabelle 58: Verschuldung und Schuldenhöhe

	Menschen ohne Beeinträchtigungen	Menschen mit Beeinträchtigungen
Anteil mit Verschuldung	7,4%	7,0%
Durchschnittliche Höhe der Schulden in Euro	-16.868	-20.013

Quelle: SOEP 2012 (gewichtet), Berechnungen des ISG.

Ein weiterer Indikator, der Auskunft über die Vermögensbildung gibt, ist die Möglichkeit, sparen zu können. Menschen mit Beeinträchtigungen (und darunter insbesondere Leistungsbeziehende von Eingliederungshilfe) haben seltener die Möglichkeit, regelmäßig Geld zurückzulegen und auf diese Weise ein Sparguthaben aufzubauen. Im Jahr 2014 war dies 45% von ihnen nicht möglich, während im Vergleich dazu nur 38% der Menschen ohne Beeinträchtigungen kein Sparvermögen aufbauen können (Abbildung 58). Generell erfolgt der Vermögensaufbau im Lebensverlauf, daher steigt die Möglichkeit zu sparen im Lebensverlauf an, und die diesbezüglichen Unterschiede zwischen den Alterskohorten mit und ohne Beeinträchtigungen nehmen ab. Zwischen den ab 80-Jährigen mit und ohne Beeinträchtigungen ist schließlich kein Unterschied feststellbar.

Abbildung 58: Menschen, deren Haushalt in der Regel im Monat kein Geld zurücklegen kann, nach Alter



Quelle: SOEP 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

* Die Unterschiede zwischen Hochaltrigen mit und ohne Beeinträchtigungen sind nicht signifikant.

Chronisch kranke Menschen sind gleich häufig nicht in der Lage zu sparen wie Menschen mit einer anerkannten Erwerbsminderung oder Behinderung (jeweils 43%; Tabelle 59). Die Gruppe mit einer anerkannten Behinderung und einem GdB von weniger als 50 ist bezogen auf ihre Sparmöglichkeiten vergleichbar mit Menschen ohne Beeinträchtigungen (jeweils 38% ohne Sparmöglichkeit).

Tabelle 59: Menschen, deren Haushalt in der Regel im Monat kein Geld zurücklegen kann, nach Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt	39%	35%	38%	45%	43%	45%
Alter						
18 bis 29	46%	43%	40%	/	/	/
30 bis 49	36%	33%	30%	51%	54%	50%
50 bis 64	40%	34%	31%	52%	49%	47%
65 bis 79	38%	31%	30%	38%	34%	38%
80 und älter*	45%	30%	36%	38%	30%	35%*
Teilgruppen der Beeinträchtigung						
chronisch krank mit Aktivitätseinschränkungen (ohne anerkannte Erwerbsminderung / Behinderung)				47%	45%	43%
mit anerkannter Erwerbsminderung/ Behinderung				44%	41%	43%
darunter						
GDB < 50				39%	36%	38%
GDB ab 50				45%	42%	45%

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

* Unterschiede zwischen Hochaltrigen mit und ohne Beeinträchtigungen nicht signifikant

Weiterhin kann der Besitz von Wertanlagen (Sparbuch, Spargirokonto, Bausparvertrag, Lebensversicherung, festverzinsliche Wertpapiere, andere Wertpapiere, Betriebsvermögen) als Hinweis auf die Möglichkeit zur Vermögensbildung herangezogen werden (Tabelle 60). 15% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 25% der Menschen mit Beeinträchtigungen besitzen keine Wertanlagen. Während bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen der Anteil derjenigen, die keine Wertanlagen haben, über die Alterskohorten zwischen 30 und 79 Jahren relativ konstant bleiben, besitzen insbesondere die 30- bis 64-Jährigen mit Beeinträchtigungen keine Wertanlagen. Vor allem die Situation der Alterskohorte der 30- bis 49-Jähringen hat sich im Zeitverlauf verschlechtert. So ist der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen ohne Wertanlagen von 25% im Jahr 2010 auf einen Anteil von 32% im Jahr 2014 gestiegen. Chronisch kranke Menschen sind etwas häufiger nicht in der Lage zu sparen (24%) als Menschen mit einer anerkannten Erwerbsminderung oder Behinderung (21%). Differenziert nach der Schwere der Beeinträchtigung zeigt sich, dass Menschen mit einem GdB über 50 zu einem größeren Anteil (22%) über keine Wertanlagen verfügen als Menschen mit einem GdB unter 50 (17%).

Tabelle 60: Menschen in Haushalten ohne Wertanlagen nach Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt						
	18%	18%	15%	24%	25%	25%
Alter						
18 bis 29	22%	23%	22%	/	/	/
30 bis 49	17%	16%	16%	25%	34%	32%
50 bis 64	19%	17%	15%	27%	28%	30%
65 bis 79	17%	15%	15%	21%	17%	20%
80 und älter*	20%	19%	19%	20%	22%	17%*
Teilgruppen der Beeinträchtigung						
chronisch krank mit Aktivitätseinschränkungen (ohne anerkannte Erwerbsminderung/ Behinderung)				26%	26%	24%
mit anerkannter Erwerbsminderung/ Behinderung				22%	24%	21%
darunter						
GdB < 50				16%	20%	17%
GdB > 50				25%	25%	22%

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

* Die Unterschiede zwischen Hochaltrigen mit und ohne Beeinträchtigungen sind nicht signifikant.

3.5.6 Zufriedenheit mit der materiellen Lebenslage und wirtschaftliche Sorgen

Die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bezüglich ihrer objektiven materiellen Situation spiegeln sich in der subjektiven Zufriedenheit mit dem Einkommen des Haushalts. Auf der Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“) liegt der Mittelwert nach Einschätzung der Menschen ohne Beeinträchtigungen im Jahr 2014 bei 6,8 und nach Einschätzung der Menschen mit Beeinträchtigungen mit 6,1 darunter (Tabelle 61). Insbesondere die 30- bis 49-Jährigen mit Beeinträchtigungen sind weniger zufrieden mit ihrer Einkommenssituation. Die Unterschiede zwischen den Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen werden mit zunehmendem Alter geringer, denn je später Beeinträchtigungen im Lebensverlauf auftreten, desto geringer sind ihre Auswirkungen auf die materielle Situation.

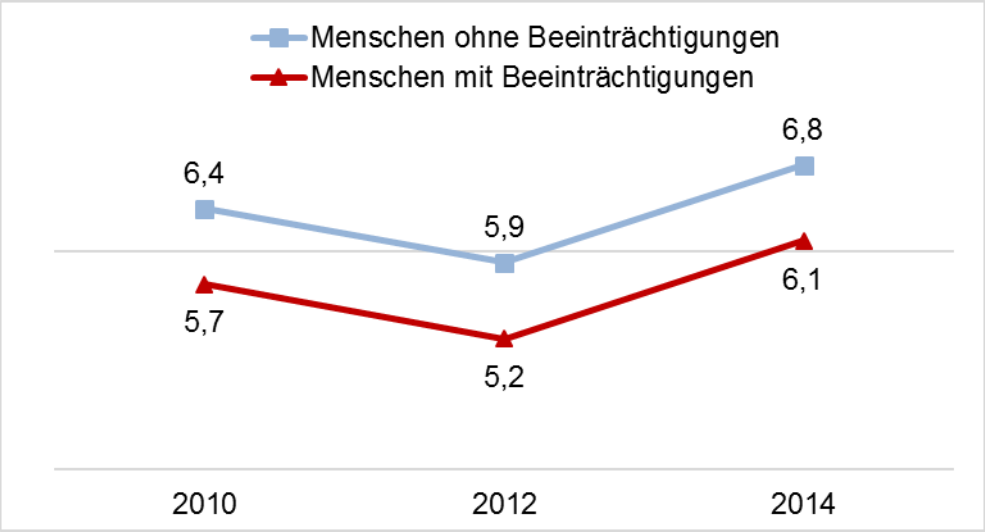
Tabelle 61: Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen nach Alter

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt	6,4	5,9	6,8	5,7	5,2	6,1
Alter						
18 bis 29	6,2	5,6	6,6	/	/	/
30 bis 49	6,3	5,9	6,9	5,2	4,7	5,4
50 bis 64	6,3	5,9	6,8	5,2	4,8	5,7
65 bis 79	6,8	6,2	7,2	6,1	5,6	6,4
80 und älter	6,9	6,5	7,4	6,9	6,3	6,7

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.
Die Altersklasse der 18- bis 29-Jährigen mit Beeinträchtigungen wird aufgrund kleiner Fallzahlen nicht angegeben.

Im Zeitverlauf seit 2010 ist die Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen im Jahr 2012 sowohl bei den Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen gesunken, bevor sie im Jahr 2014 deutlich ansteigt und sogar über dem Niveau von 2010 liegt (Abbildung 59).

Abbildung 59: Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen



Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Ein weiterer subjektiver Indikator zur Einschätzung der materiellen Lebenslage ist die Sorge um die wirtschaftliche Situation. 14% der Menschen ohne Beeinträchtigungen haben große Sorgen um ihre persönliche wirtschaftliche Lage, bei den Menschen mit Beeinträchtigungen ist dieser Anteil mit 21% erheblich größer (Tabelle 62). Die Sorgen um die persönliche wirtschaftliche Lage nehmen mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab, diese Tendenz ist bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen festzustellen.

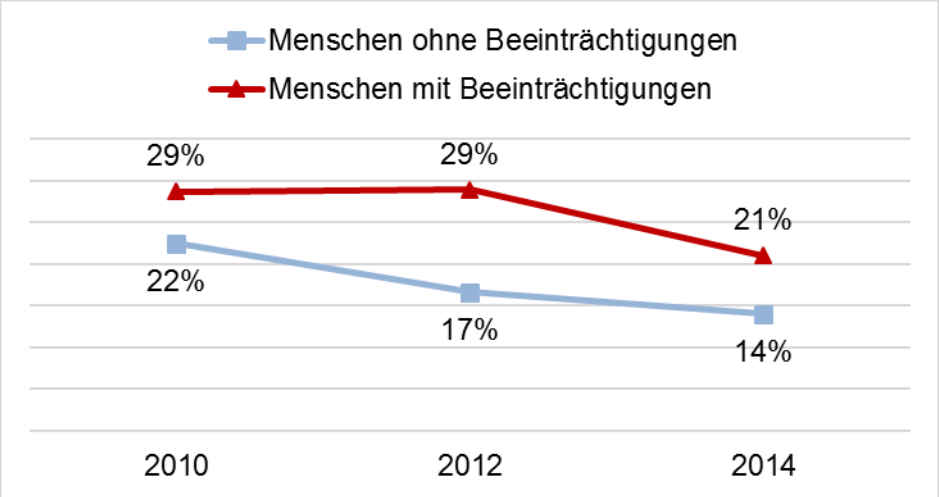
Tabelle 62: Personen mit großer Sorge um ihre wirtschaftliche Lage nach Alter

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt	22%	17%	14%	29%	29%	21%
Alter						
18 bis 29	26%	20%	16%	/	/	/
30 bis 49	25%	19%	15%	43%	39%	34%
50 bis 64	23%	15%	12%	36%	35%	27%
65 bis 79	12%	10%	7%	20%	21%	13%
80 und älter	13%	9%	5%	11%	15%	9%

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.
Die Altersklasse der 18- bis 29-Jährigen mit Beeinträchtigungen wird aufgrund kleiner Fallzahlen nicht angegeben.

Im Zeitverlauf seit 2010 ist der Anteil derjenigen, die sich große Sorgen um ihre wirtschaftliche Lage machen, deutlich zurückgegangen (Abbildung 60). Diese Entwicklung fällt bei den Menschen mit Beeinträchtigungen sogar positiver aus als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen. Trotzdem liegt der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich große Sorgen um ihre wirtschaftliche Lage machen, zu sämtlichen Beobachtungszeitpunkten deutlich über dem entsprechenden Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 60: Personen, die sich große Sorgen um ihre wirtschaftliche Lage machen



Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

3.6 Teilhabe im Bereich Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation – Überblick

3.6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Erwerbstätigkeit

Im Jahr 2013 waren 49% der Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter gegenüber 80% der Menschen ohne Beeinträchtigungen erwerbstätig. Mit besonderen Barrieren sind Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund konfrontiert, ihre Erwerbstätigenquote liegt nur bei 43%. Während sich mit Blick auf die Erwerbsbeteiligung bei Menschen ohne Beeinträchtigungen deutliche geschlechterbezogene Unterschiede zeigen (85% der Männer und 74% der Frauen sind erwerbstätig), sind diese Unterschiede bei Menschen mit Beeinträchtigungen schwächer ausgeprägt (52% der Männer und 47% der Frauen). Differenziert nach verschiedenen Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt sich, dass Menschen mit einem GdB unter 50 deutlich häufiger erwerbstätig sind (64%) als Menschen mit chronischer Krankheit (47%) und Menschen mit Schwerbehinderung (42%). Im Zeitraum von 2005 bis 2013 ist die Erwerbstätigenquote um 5 Prozentpunkte bei chronisch Kranken, um 6 Prozentpunkte bei Menschen mit Schwerbehinderung und um 9 Prozentpunkte bei Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50 angestiegen.

In Bezug auf die Erwerbstätigkeit von Menschen mit einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung liegen vertiefende Informationen vor. Im Jahr 2014 waren 1.042.889 Menschen mit einer Schwerbehinderung oder Gleichgestellte auf Pflichtarbeitsplätzen nach § 71 Absatz 1 SGB IX bei Arbeitgebern mit mehr als 20 Arbeitsplätzen beschäftigt. Dies entspricht einer Quote von 4,7% aller hierfür zu zählenden Arbeitsplätze (Ist-Quote), was unterhalb der gesetzlich festgelegten Quote von 5% liegt. Eine weitere Möglichkeit zur Teilhabe von Menschen mit Schwerbehinderung am allgemeinen Arbeitsmarkt ist die Beschäftigung in Integrationsprojekten. Im Jahr 2014 waren etwa 11.100 Beschäftigte mit Schwerbehinderung in Integrationsprojekten beschäftigt, darunter etwa 9.800 besonders schwer betroffene Menschen mit Schwerbehinderung.

Wer wegen Art und Schwere einer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden kann, hat nach § 136 SGB IX einen Anspruch auf Teilhabe am Arbeitsleben in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Im Jahr 2014 waren etwa 264.800 Menschen in diesen Werkstätten beschäftigt.

Umfang und Qualität der Erwerbstätigkeit

Im Jahr 2014 waren 75% der Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen und 66% der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen in Vollzeit erwerbstätig. Demgegenüber ist der Anteil der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen, die in Teilzeit arbeiten, mit 22% etwas

höher als bei den Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen (16%). Der Anteil der geringfügig Beschäftigten beträgt 9% (ohne Beeinträchtigung) bzw. 12% (mit Beeinträchtigung).

Als Indikator für eine unsichere Qualität der Arbeit kann der Anteil der Menschen in atypischer Beschäftigung dienen (Zeitarbeit, befristete Arbeitsverhältnisse, Teilzeitarbeit mit maximal 20 Arbeitsstunden pro Woche sowie geringfügig entlohnte Beschäftigung und Beschäftigung in der Gleitzone). Diese Arbeitsformen unterscheiden sich von festen betrieblichen Anstellungen durch eine größere Unsicherheit des Arbeitsverhältnisses, ggf. wechselnde Einsatzorte, häufig eine geringere Vergütung der Arbeitsleistung und (im Falle der geringfügigen Beschäftigung) einen geringeren Sozialversicherungsschutz. Im Jahr 2014 befanden sich 15% der Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen in einem atypischen Beschäftigungsverhältnis, unter den Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen war dieser Anteil mit 13% etwas niedriger. Der Anteil von Männern mit und ohne Beeinträchtigungen, die in einem atypischen Arbeitsverhältnis arbeiten, ist etwa gleich hoch. Frauen ohne Beeinträchtigungen arbeiten zu 19% in atypischen Beschäftigungsverhältnissen und damit öfter als Frauen mit Beeinträchtigungen, von denen 14% in atypischer Beschäftigung tätig sind.

Ein weiterer Hinweis auf die Qualität der Erwerbstätigkeit ist die subjektive Zufriedenheit mit den eigenen Arbeitsbedingungen. Im Jahr 2014 sind Erwerbstätige mit Beeinträchtigungen insgesamt etwas unzufriedener (Mittelwert von 6,4 auf einer Skala von 0 „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“) mit ihrer persönlichen Arbeitssituation als Erwerbstätige ohne Beeinträchtigungen (Mittelwert von 7,2). Die Zufriedenheit mit dem Arbeitsleben hat bei den meisten Altersgruppen der Erwerbstätigen mit und ohne Beeinträchtigungen zugenommen. Eine Ausnahme stellen Menschen mit Beeinträchtigungen der Alterskohorte 60 bis 64 Jahre dar. Unterschiede nach Geschlecht sind dagegen nicht erkennbar.

Stellung im Beruf

49% der Menschen mit Beeinträchtigungen und 56% der Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen sind Angestellte. Deutlichere Unterschiede zeigen sich mit Blick auf den Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter. Dieser liegt bei Menschen mit Beeinträchtigungen (29%) zehn Prozentpunkte höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (19%). Dagegen machen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen Selbstständige (6%) einen geringeren Anteil aus als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (11%). Die Anteile von Beamten (jeweils 5%) und sonstigen Berufen (9 bzw. 11%) sind dagegen bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ähnlich hoch.

Einkommen aus Erwerbstätigkeit

Im Jahr 2014 bezogen Erwerbstätige mit Beeinträchtigungen mit 15,33 Euro einen geringeren Bruttostundenlohn als Menschen ohne Beeinträchtigungen (16,20 Euro). Werden die Bruttostundenlöhne differenziert nach dem höchsten beruflichen Abschluss betrachtet, bestehen zwischen den Erwerbstätigen mit und ohne Beeinträchtigungen keine signifikanten Unterschiede der Stundenvergütungen.

Digitalisierung der Arbeitswelt

Die zunehmende Digitalisierung der Arbeitswelt kann für Menschen mit Beeinträchtigungen neue Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben eröffnen, da durch die sich verändernden Arbeitsbedingungen orts- und zeitungebundenes Arbeiten ermöglicht wird. Für viele Menschen mit Beeinträchtigungen werden mit dieser Entwicklung aber die Barrieren erhöht, da Arbeitsprozesse dadurch komplexer, schneller und stärker visualisiert werden. Die Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Branchen der Informations- und Kommunikationstechnologie, der hochwertigen Technik und der Spitzentechnologie ist im Jahr 2013 um etwa ein Drittel niedriger als die entsprechenden Quoten von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Unter den Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen dieser Branchen befinden sich vergleichsweise mehr Menschen mit Abitur als solche ohne Abitur. Somit ist davon auszugehen, dass nicht alle Menschen mit Beeinträchtigungen gleichermaßen von dem Prozess der Digitalisierung der Arbeitswelt profitieren, sondern hauptsächlich Menschen mit einer hohen Qualifikation.

Erwerbslosigkeit/ Arbeitslosigkeit

Im Jahr 2013 waren 4% der Menschen im erwerbsfähigen Alter mit und ohne Beeinträchtigungen erwerbslos. Die Anzahl der Arbeitslosen mit einer anerkannten Schwerbehinderung liegt im Jahr 2015 bei etwa 179.000, dies entspricht einer Arbeitslosenquote (auf Basis der eingeschränkten Bezugsgröße) von 13,4%. Im Vergleich dazu liegt die allgemeine Arbeitslosenquote mit 8,2% deutlich niedriger. Menschen mit Beeinträchtigungen sind auch mit Blick auf die Dauer der Arbeitslosigkeit benachteiligt. Bezogen auf Arbeitslose mit einer anerkannten Schwerbehinderung betrug die Dauer der Arbeitslosigkeit nach Abgang im Jahr 2015 durchschnittlich 52 Wochen, dies liegt deutlich über der Dauer der durchschnittlichen Arbeitslosigkeit nach Abgang der Arbeitslosen insgesamt (38 Wochen).

Die Schwierigkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen mit Blick auf die Teilhabe am Erwerbsleben spiegeln sich auch in der subjektiven Einschätzung von Nichterwerbstätigen zu ihren Erfolgsaussichten bei der Arbeitsuche wider. Der Anteil der Arbeitsuchenden, die ihre Chancen, eine geeignete Stelle zu finden, als „schwierig“ einschätzen, ist bei Menschen ohne und mit Beeinträchtigungen gleich (57 bzw. 58%), aber deutlich mehr Arbeitsuchende mit Beeinträchtigungen (34%) sehen ihre Arbeitschancen als

„praktisch unmöglich“ an als Menschen ohne Beeinträchtigungen (17%). Nur 9% der Arbeitsuchenden mit Beeinträchtigungen geben an, es sei leicht, eine geeignete Stelle zu finden gegenüber 26% der Arbeitsuchenden ohne Beeinträchtigungen.

Nichterwerbspersonen

Der Grund für die insgesamt deutlich geringere Erwerbsbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen liegt weniger an Erwerbslosigkeit, sondern an dem deutlich höheren Anteil an Nichterwerbspersonen an den Menschen mit Beeinträchtigungen (46%) im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen (16%). Die Gründe für eine fehlende Erwerbsbeteiligung sind vielfältig und reichen von freiwilliger Erwerbslosigkeit über Erwerbsunfähigkeit bis hin zu erfolglosen Versuchen, eine Arbeit zu finden. Diese individuellen und vielschichtigen Gründe können anhand der zur Verfügung stehenden Daten nicht analysiert werden. Auch Rentenbeziehende zählen zur Gruppe der Nichterwerbspersonen. Im Jahr 2014 erhielten knapp 55% der 18- bis 64-jährigen Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen eine eigene Rente. Die männlichen Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen beziehen zu 60% eine Rente, von den weiblichen Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen beziehen 51% eine Rente.

Materielle Lebenssituation

Im Jahr 2013 konnten 74% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ohne Beeinträchtigungen ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus ihrer Erwerbstätigkeit bestreiten gegenüber 40% der Menschen mit Beeinträchtigungen. Frauen bestreiten ihren Lebensunterhalt seltener durch ihr eigenes Einkommen als Männer. Im Jahr 2013 betrug der Abstand zwischen Frauen und Männern ohne Beeinträchtigungen 15 Prozentpunkte, zwischen Frauen und Männern mit Beeinträchtigungen fällt dieser Unterschied geringer aus (6 Prozentpunkte).

Die verfügbaren (äquivalenzgewichteten) Einkommen von Menschen mit Beeinträchtigungen sind niedriger als die von Menschen ohne Beeinträchtigungen in vergleichbaren Lebenslagen. Personen in Paarhaushalten haben ein höheres Einkommensniveau als Alleinlebende und Personen, die in Haushalten von Alleinerziehenden leben. Durchgängig haben Menschen mit Beeinträchtigungen ein niedrigeres Einkommen als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Neben dem Einkommen ist das Vermögen eine wichtige Komponente der materiellen Absicherung. Im Jahr 2012 verfügten Menschen mit Beeinträchtigungen mit durchschnittlich 86.063 EUR über etwa gleich hohe Vermögen wie Menschen ohne Beeinträchtigungen (86.176 EUR), und das selbst genutzte Wohneigentum von Menschen mit Beeinträchtigungen ist mit 74.484 EUR höher als das von Menschen ohne Beeinträchtigungen mit 67.616 EUR. Dieser Befund lässt sich dadurch erklären, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im Durchschnitt älter sind als die übrige Bevölkerung. Da Vermögen im Lebensverlauf aufgebaut wird, wirkt sich in diesem Gesamtergebnis der hohe Anteil

älterer Menschen mit Beeinträchtigungen aus. Differenziert man aber nach Altersgruppen, so wird dieser Effekt aufgehoben und es wird deutlich, dass im mittleren Erwachsenenalter von 18 bis 59 Jahren die Nettovermögen der Menschen ohne Beeinträchtigungen um 24% höher sind als die Nettovermögen der Menschen mit Beeinträchtigungen.

Ein weiteres Merkmal der materiellen Lebenslage ist die Möglichkeit, sparen zu können. Im Jahr 2014 war dies 45% der Menschen mit Beeinträchtigungen nicht möglich gegenüber 38% der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die Unterschiede in der Möglichkeit zur Vermögensbildung spiegeln sich auch darin wider, dass im Jahr 2014 25% der Menschen mit Beeinträchtigungen keine Wertanlagen besitzen, dies trifft lediglich auf 15% der Menschen ohne Beeinträchtigungen zu. Personen, die nicht in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt aus eigenem Einkommen und Vermögen zu bestreiten, erhalten Leistungen der Grundsicherung. Im Jahr 2014 bezogen 487.258 Personen Grundsicherung wegen voller Erwerbsminderung (SGB XII). Der Anteil der Frauen an den Leistungsbeziehenden der Grundsicherung liegt im Durchschnitt der vergangenen Jahre bei 44%, der Anteil der Männer bei 56%. Werden die Leistungen der Grundsicherung nach SGB II und nach SGB XII zusammen betrachtet, zeigt sich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen zu einem höheren Anteil (11%) Grundsicherung beziehen als Menschen ohne Beeinträchtigungen (5%). Insbesondere sind Menschen mit Beeinträchtigungen im Erwerbsalter betroffen, 30% der jüngeren (18- bis 44-Jährigen) und 16% der älteren (45- bis 64-Jährigen) mit Beeinträchtigungen beziehen Leistungen der Grundsicherung.

Die Armutsrisikoquote von Menschen mit Beeinträchtigungen betrug im Jahr 2013 etwa 20% und lag damit deutlich über der von Menschen ohne Beeinträchtigungen (13%). Seit 2005 ist diese Quote angestiegen, während die der Menschen ohne Beeinträchtigungen in etwa gleich geblieben ist. Vor allem chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung) tragen ein deutlich erhöhtes Armutsrisiko (26%). Die Armutsrisikoquote von Menschen mit anerkannter Behinderung ist mit 17% (GdB unter 50) bzw. 19% (Menschen mit Schwerbehinderung) etwas niedriger als die der chronisch Kranken, aber deutlich höher als die der Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bezüglich ihrer objektiven materiellen Situation spiegeln sich auch in der subjektiven Zufriedenheit mit dem Einkommen des Haushalts. Auf der Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“) liegt der Mittelwert nach Einschätzung der Menschen ohne Beeinträchtigungen im Jahr 2014 bei 6,8 und nach Einschätzung der Menschen mit Beeinträchtigungen mit 6,1 darunter. Ein weiterer subjektiver Indikator zur Einschätzung der materiellen Lebenslage ist die Sorge um die eigene wirtschaftliche Situation. Während 14% der Menschen ohne Beeinträchtigungen große Sorgen um ihre persönliche wirtschaftliche Lage haben, ist dieser Anteil bei den Menschen mit Beeinträchtigungen mit 21% erheblich größer.

3.6.2 Entwicklung der Teilhabe

Erwerbstätigkeit

Die Erwerbsbeteiligung und die Erwerbstätigkeit sind in Deutschland in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Ob Menschen mit Beeinträchtigungen an dieser Entwicklung gleichermaßen teilhaben oder nicht, kann – unabhängig von den persönlichen Gründen, nicht arbeiten zu gehen – als Indikator für eine gleichberechtigte Teilhabe interpretiert werden. Dies gilt für alle Teilgruppen mit Beeinträchtigung: für Männer und Frauen, Jüngere und Ältere, Personen mit und ohne Migrationshintergrund.

Ein Indikator für Teilhabefortschritte ist auch die Zahl der Beschäftigten mit Schwerbehinderung in Integrationsprojekten. Diese Beschäftigungsform stellt eine arbeitsmarktnahe Alternative für Werkstattarbeitsplätze dar. Dieser Indikator kann durch die Förderbereitschaft der öffentlichen Hand beeinflusst werden und ist daher als Teilhabeindikator ebenso wie als Indikator für politische Schwerpunktsetzung geeignet, auch wenn er nur eine relativ kleine Teilgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen betrifft.

Menschen, die aufgrund der Art und Schwere ihrer Beeinträchtigungen in besonderem Maße in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, partizipieren nicht gleichermaßen an der Inklusion in den allgemeinen Arbeitsmarkt. So stieg die Anzahl der Menschen, die in WfbM beschäftigt sind, von etwa 220.230 Beschäftigten im Jahr 2007 auf etwa 264.800 Personen im Jahr 2014 – dies entspricht einem Anstieg um 20%. Diese Entwicklung hat Vor- und Nachteile: Für Menschen, die keine realistische Chance auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben, bieten WfbM die Möglichkeit einer Teilhabe am Arbeitsleben. Für diejenigen, die zu einer arbeitsmarktnäheren Beschäftigung in der Lage wären, stellen sie die schlechtere Alternative dar. Da nicht bekannt ist, für wie viele Werkstattbeschäftigte mit intensiver Förderung eine Alternative geschaffen werden könnte, erscheint dieser Sachverhalt nicht als Indikator für Teilhabeentwicklungen geeignet.

Qualität und Umfang der Erwerbstätigkeit

Im Zeitraum von 2010 bis 2014 ist der Anteil der Männer mit Beeinträchtigungen, die in Vollzeit tätig sind, um 9 Prozentpunkte gesunken und der Anteil der in Vollzeit tätigen Frauen mit Beeinträchtigungen um 7 Prozentpunkte gestiegen. Die Anteile von Teilzeitbeschäftigungen sind bei den Männern mit Beeinträchtigungen leicht gestiegen und bei den Frauen mit Beeinträchtigungen leicht gesunken. Diese Entwicklungen sind uneindeutig, da Teilzeitarbeit manchmal ungewollt und manchmal als Entlastung bewusst gewählt wird. Von 2010 bis 2012 haben die Anteile der Erwerbstätigen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen zunächst zugenommen und sind dann bis 2014 wieder zurückgegangen. Dieser Verlauf betrifft sowohl Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen. Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen in atypischer Beschäftigung lag in den Jahren 2010 und 2012 über dem entsprechenden Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen und ist im Jahr 2014 unter diesen Vergleichswert gesunken. Diese

Entwicklung kann als Teilhabefortschritt bewertet werden. Ein weiterer Indikator zur Qualität der Erwerbstätigkeit ist die subjektive Zufriedenheit mit der Arbeit. Die Zufriedenheit der Menschen mit Beeinträchtigungen liegt kontinuierlich unter der Zufriedenheit der Menschen ohne Beeinträchtigungen, so dass in dieser Hinsicht keine Verbesserung der Teilhabefortschritte zu verzeichnen ist.

Einkommen aus Erwerbstätigkeit

Die Bruttostundenlöhne von Menschen mit Beeinträchtigungen sind niedriger als die Bruttostundenlöhne der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Im Vergleich der Jahre 2010 und 2014 zeigt sich keine Verringerung dieser Unterschiede. Diese bestehen jedoch nicht mehr, wenn nach Qualifikationsniveau unterschieden wird. Somit ist dieser Indikator in der Differenzierung nach Qualifikationsniveau aussagekräftig.

Erwerbslosigkeit / Arbeitslosigkeit

Die derzeit günstige Arbeitsmarktlage wirkt sich dahingehend aus, dass die Arbeitslosigkeit rückläufig ist. Inwieweit Menschen mit Beeinträchtigungen von dieser Entwicklung profitieren oder nicht, ist ein aussagekräftiger Indikator für eine gleichberechtigte Teilhabe an Erwerbstätigkeit.

Materielle Lebenssituation

Dass der Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen bestritten werden kann, ist ein Qualitätsmerkmal. Als besonders schwierig erweist sich die Lage von schwerbehinderten Menschen, von denen nur 40% ihren Lebensunterhalt aus eigenem Einkommen bestreiten gegenüber 74% der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Wenn der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigung, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Einkommen bestreiten, von 35% im Jahr 2010 auf 40% im Jahr 2012 angestiegen ist, kann dies daher als Teilhabefortschritt gesehen werden.

Das durchschnittliche (äquivalenzgewichtete) Nettoeinkommen kann als Indikator zum Vergleich der materiellen Lebenssituation herangezogen werden. Allerdings sollte neben der Haushaltssituation auch – ähnlich wie bei den Einkommen aus Erwerbstätigkeit – nach Qualifikationsniveau unterschieden werden.

Die steigende Zahl der Grundsicherungsbeziehenden und deren steigender Anteil an den Menschen mit Beeinträchtigungen können verschiedene Gründe haben, in dieser Entwicklung greifen demografische Faktoren und einkommensbezogene Faktoren ineinander. Grundsätzlich ist eine steigende Angewiesenheit auf Leistungen der Grundsicherung als Teilhaberückschritt zu werten, allerdings müsste ein Vergleich der Bezugsquoten von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen die verschiedenen Einflussfaktoren auf diese Entwicklung in differenzierter Weise berücksichtigen.

Im Vergleich der Jahre 2010 und 2014 ist die Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen sowohl bei den Menschen mit als auch bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen leicht angestiegen. Der Gruppenunterschied zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ist jedoch gleichbleibend, so dass diesbezüglich keine Teilhabefortschritte festzustellen sind. Auch der Anteil derjenigen, die sich große Sorgen um ihre wirtschaftliche Lage machen, hat sich im Zeitverlauf seit 2010 sowohl bei Menschen mit Beeinträchtigungen als auch bei Menschen ohne Beeinträchtigungen verringert. Trotzdem liegt der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigung, die sich große Sorgen um ihre wirtschaftliche Lage machen, zu sämtlichen Beobachtungszeitpunkten deutlich über dem entsprechenden Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Diese Unterschiede können als Indikator dafür gewertet werden, dass sich in diesen Bereichen keine Annäherung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen vollzogen hat.

3.7 Weiterführende Informationen

3.7.1 Förderung von Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Menschen mit Beeinträchtigungen werden in vielfältiger Weise und durch unterschiedliche Träger darin unterstützt, Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu erhalten oder zu behalten. Die Formen der Unterstützung richten sich nach den individuellen persönlichen und leistungsrechtlichen Bedingungen. Dabei soll sichergestellt werden, dass jede leistungsberechtigte Person unabhängig von einer Beeinträchtigung oder Behinderung die Unterstützungsleistungen erhält, die sie benötigt.

In diesem Zusammenhang sind zunächst die allgemeinen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der aktiven Arbeitsförderung im Rahmen der Arbeitsförderung (§ 115 und § 116 SGB III) sowie im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (§ 16 Absatz 1 Satz 3 SGB II) geregelten Eingliederungsleistungen für erwerbsfähige behinderte Leistungsberechtigte zu nennen. Sofern diese allgemeinen Leistungen zur Überwindung behinderungsbedingter Nachteile nicht ausreichen, stehen besondere Leistungen nach § 117 und § 118 SGB III zur Verfügung, die speziell auf Menschen mit Behinderungen ausgerichtet sind. Die zuständigen Rehabilitationsträger sind nach § 6 SGB IX:

- Träger der gesetzlichen Krankenkassen
- Bundesagentur für Arbeit
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- Träger der Kriegsopferfürsorge
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- Träger der Sozialhilfe.

Darüber hinaus beraten und fördern die Integrationsämter sowie die Bundes- und Landesministerien im Rahmen von arbeitsmarktpolitischen Programmen Menschen mit Schwerbehinderung.

Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit ist zuständiger Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sofern kein anderer Träger zuständig ist. Darüber hinaus ist sie auch zuständiger Rehabilitationsträger für erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit Behinderung, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II erhalten, sofern kein anderer Träger zuständig ist. Hier klärt sie als Reha-Prozess- und Verfahrensverantwortliche die Zuständigkeit, stellt den Rehabilitationsbedarf fest und erstellt einen Eingliederungsvorschlag. Die Entscheidung über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben treffen die Jobcenter. Die Jobcenter sind auch grundsätzlich für die Leistungserbringung verantwortlich. Für die meisten Leistungen zur Ersteingliederung bleiben aber die Agenturen für Arbeit leistungsverantwortlich wegen des grundsätzlichen Vorrangs der Ausbildungsförderungen vor den SGB II-Förderungen.

Nach § 19 SGB III benötigen Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 SGB IX nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind, Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Explizit eingeschlossen sind Menschen mit einer Lernbehinderung.

Die Bundesagentur für Arbeit verfügt über verschiedene Fachkonzepte zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen (Bundesagentur für Arbeit, 2015, für weitere Informationen vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 289 f.).

Hierzu gehören

- Betreuung und Vermittlung arbeitsloser Menschen mit Behinderungen
- Berufsorientierung für junge Menschen nach Beendigung der Schulzeit oder für Berufstätige im Rahmen einer beruflichen Veränderung aufgrund einer drohenden Beeinträchtigung
- Unterstützte Beschäftigung für Menschen mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen, für die eine Tätigkeit in einer WfbM nicht erforderlich, „aber eine Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt über andere Teilhabeleistungen, insbesondere Leistungen zur Berufsvorbereitung und Berufsausbildung bzw. Weiterbildung, nicht erfolgversprechend erscheint“ (Bundesagentur für Arbeit, 2015: 15).
- Betriebliche oder zumindest betriebsnahe Gestaltung der Ausbildung
- Betriebsnahe Gestaltung der beruflichen Rehabilitation Erwachsener.

Die folgende Übersicht zeigt eine Reihe von Leistungen, die die Bundesagentur für Arbeit zur Förderung von Rehabilitanden nach § 19 SGB III erbringt (Tabelle 63). Hierin nicht enthalten sind Leistungen in WfbM sowie Förderleistungen zugelassener kommunaler Träger.

Tabelle 63: Förderung von Rehabilitanden nach § 19 SGB III

	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung 2011-2015
Aktivierung und berufl. Eingliederung	6.707	8.157	7.638	8.434	7.979	+19%
Berufswahl- und Berufsausbildung	6.599	6.533	6.190	6.140	6.319	-4%
Berufliche Weiterbildung	4.229	4.443	4.076	4.205	3.781	-11%
Aufnahme einer Erwerbstätigkeit	20.748	15.077	13.232	13.822	14.576	-30%
Besondere Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben	22.461	22.256	21.822	21.206	21.750	-3%
Beschäftigung schaffende Maßnahmen	10.734	9.524	8.412	7.259	5.735	-47%
Freie Förderung, sonstige Förderung	554	798	463	517	837	+51%

Quelle: Förderstatistik der Bundesagentur für Arbeit 2013, 2016), Daten zum Jahresende.

Im Vergleich der Jahre 2011 und 2015 ist bei den Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung sowie bei der freien oder sonstigen Förderung ein Anstieg der Maßnahmen zu verzeichnen, während die sonstigen Leistungen rückläufig sind.

Gesetzliche Rentenversicherung

Sozialrechtliche Grundlage der Leistungen, die die gesetzliche Rentenversicherung für Menschen mit Behinderungen erbringt, ist das Sozialgesetzbuch VI „Gesetzliche Rentenversicherung“. Auf dieser Grundlage werden Leistungen zur Prävention (§ 31 Abs.1 Nr. 2 SGB VI), zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI), zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI) sowie Nachsorgeleistungen (§ 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI) und ergänzende Leistungen wie das Übergangsgeld oder die Erstattung von Fahrkosten (§ 28 SGB VI) erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen zu fördern, wiederherzustellen und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Leistungsberechtigt sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung gemindert oder gefährdet ist und bei denen gleichzeitig die Chance besteht, dass durch Teilhabeleistungen der Rentenversicherung ihre Erwerbsfähigkeit verbessert und so der bestehende Arbeitsplatz erhalten oder die Eingliederung auf einem neuen Arbeitsplatz gefördert wird.

Tabelle 64 zeigt die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Gesetzlichen Rentenversicherung. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 152.938 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgeschlossen. Differenziert nach verschiedenen Leistungsarten zeigt sich im Zeitverlauf ein uneinheitliches Bild. Während einige Leistungen zugenommen haben, wurden andere Leistungen in teilweise deutlich geringerer Zahl erbracht.

Tabelle 64: Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung 2010-2015
Erhaltung / Erlangung eines Arbeitsplatzes, Eignungsabklärung / Arbeitserprobung	66.569	68.106	65.993	70.995	81.543	89.801	+ 35%
Berufsvorbereitung	11.321	6.553	6.505	6.405	6.983	7.217	-36%
Berufliche Bildung	31.561	29.895	28.843	27.154	29.248	30.546	-3%
Leistungen an Arbeitgeber	10.512	11.224	10.350	9.248	9.245	10.065	-4%
Sonstige Leistungen*	15.248	15.110	15.226	14.716	15.304	15.309	+0,4%
Leistungen insgesamt	135.211	130.888	126.917	128.518	142.323	152.938	+13%

Quelle: Statistik zu den abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Datenabruf aus dem Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung.

* Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen, Leistungen zur Rehabilitation für psychisch kranke Menschen und Kfz-Hilfen.

Gesetzliche Unfallversicherung

Die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) erbringen auf Grundlage des Sozialgesetzbuches VII alle Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation im Falle eines Arbeitsunfalls (einschließlich Wegeunfall) oder einer Berufskrankheit eines Versicherten. Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der GUV ist es, die Leistungsfähigkeit der Betroffenen möglichst wiederherzustellen und damit Erwerbstätigkeit zu ermöglichen (§ 35 SGB VII). Die folgenden Zahlen der Leistungsbeziehenden von Hilfen zur Teilhabe am allgemeinen Arbeitsleben beziehen sich ausschließlich auf die Berufsgenossenschaften. Der Grund hierfür ist, dass die entsprechenden Daten der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand nicht in entsprechender Aufbereitung

vorliegen. So lassen nur die Daten der gewerblichen Berufsgenossenschaften eine Trennung in Leistungen für die Teilhabe am allgemeinen Arbeitsleben und Leistungen in WfbM zu.

Im Jahr 2013 wurden für die im Berichtsjahr abgeschlossenen Reha-Fälle insgesamt 14.230 Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erbracht (Tabelle 65). Im Vergleich zum Jahr 2008 sind die erbrachten Maßnahmen deutlich gesunken (-32%).

Tabelle 65: Erbrachte Reha-Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Jahr	Anzahl
2010	21.049
2011	20.0927
2012	18.888
2013	14.230
Veränderung 2010-2013	-32%

Quelle: Deutsche Gesetzlichen Unfallversicherung (2011 bis 2014).

Eingliederungshilfe

Leistungen der Eingliederungshilfe nach Kapitel 6 SGB XII werden je nach landesspezifischen Regelungen von den örtlichen oder überörtlichen Trägern der Eingliederungshilfe erbracht. Leistungsberechtigt sind nach § 53 SGB XII Personen, die durch eine Behinderung (§ 2 Absatz1 SGB IX) wesentlich in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, an der Gesellschaft teilzuhaben oder denen eine solche Einschränkung droht. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden nach dem Subsidiaritätsprinzip nachrangig nur dann erbracht, wenn andere Träger nicht zuständig sind.

Die Anzahl der Personen, die jeweils zum Jahresende Leistungen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben bezogen haben, bewegt sich in den Jahren 2007 bis 2011 um etwa 6.000 und ist in den Jahren 2012, 2013 und 2014 auf rund 1.800 Leistungsbeziehende gesunken (Tabelle 66). Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen leistet, fällt quantitativ stärker ins Gewicht (siehe oben Abschnitt 3.4). Auch die Ausgaben für Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind im Zeitverlauf gesunken (-83%). Dies ist einerseits auf die sinkende Zahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher zurückzuführen (-71%), andererseits jedoch auch auf die sinkenden Ausgaben pro Fall (-44%).

Tabelle 66: Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Jahr	Leistungs-beziehende	Ausgaben (in Mio.)	Ausgaben pro Fall
2007	6.268	195,99	31.269
2008	7.320	182,81	24.973
2009	5.893	144,91	24.591
2010	6.031	205,23	34.030
2011	6.296	218,73	34.741
2012	1.810	38,90	21.493
2013	1.840	33,05	17.963
2014	1.843	32,49	17.627
Veränderung 2007-2014	-71%	-83%	-44%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2007 bis 2014.

* Die Ausgaben pro Fall beziehen sich auf die Leistungsbeziehenden zum Jahresende.

Kriegsopferfürsorge

Die Träger der Kriegsopferfürsorge erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Grundlage des Bundesversorgungsgesetzes (BVG). Einen Anspruch auf diese Leistungen haben Kriegsopfer sowie Wehr- und Zivildienstgeschädigte, Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten und staatlichen Unrechts in der DDR sowie deren jeweilige Hinterbliebene. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden nach § 26 BVG i.V.m. §§ 33 bis 38a, 40 SGB IX erbracht und sollen eine erstmalige Eingliederung oder Wiedereingliederung des gesundheitlich geschädigten Menschen in Arbeit und Beruf sicherstellen. Voraussetzung hierfür ist ein Zusammenhang zwischen der anerkannten Schädigung und der bereits eingetretenen oder drohenden beruflichen Betroffenheit.

Zum Jahresende 2014 erhielten insgesamt rd. 29.331 Personen laufende Leistungen der Kriegsopferfürsorge. Davon bezogen 608 Personen (rd. 2,1%) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. ergänzende Leistungen.[61] Diese Anzahl ist im Vergleich zum Jahresende 2012 leicht angestiegen. Im Jahresverlauf 2014 wurden des Weiteren in 385 Fällen einmalige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form von Beihilfen oder Darlehen erbracht, im Jahresverlauf 2012 in 413 Fällen (Statistisches Bundesamt, 2013: 8).

Jugendhilfe

Die Träger der Jugendhilfe finanzieren im Rahmen der Jugendsozialarbeit sozialpädagogische Hilfen, die der Förderung ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung sowie

[61] Ausgewiesen werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen, eine weitere Differenzierung, die ausschließlich die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausweist, ist nicht verfügbar.

der Eingliederung in die Arbeitswelt und der sozialen Integration dienen. In diesem Teilhabebericht wurde die berufliche Ausbildung in Teilhabefeld 2 „Bildung und Ausbildung“ behandelt. Hier finden sich die entsprechenden Leistungen der Jugendhilfe. Die Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe weisen über die Ausbildung hinausgehende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht aus.

Beschäftigungsprogramme

Eine Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben wird darüber hinaus im Rahmen von Programmen oder durch Änderung von Rahmenbedingungen durch die Bundesministerien und -behörden angestrebt. Hierzu gehören verschiedene Arbeitsmarktprogramme (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 310). Das Bundesarbeitsmarktprogramm „Initiative Inklusion“ ist Teil des Nationalen Aktionsplans und startete Ende 2011. Das maximale Fördervolumen beträgt auf Bundesebene 140 Mio. Euro. Das Programm fördert die Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben in vier Handlungsfeldern (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011b):

- Berufsorientierung für 40.000 schwerbehinderte Schülerinnen und Schüler, insbesondere mit sonderpädagogischem Förderbedarf, um den Übergang in berufliche Ausbildung zu erleichtern;
- Schaffung von 1.300 neuen Ausbildungsplätzen für schwerbehinderte junge Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt;
- Schaffung von 4.000 neuen Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Arbeitslose und Arbeitsuchende, die das 50. Lebensjahr vollendet haben;
- Aufbau von Inklusions-Kompetenz in den Kammern.

Derzeit wird die „Initiative Inklusion“ evaluiert, die Ergebnisse werden erst in den nächsten Teilhabebericht einfließen können.

Weitere Initiativen

In Ergänzung zur Initiative Inklusion hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Oktober 2013 mit den maßgeblichen Arbeitsmarktakteuren (BA, BDA, DIHK, ZDH, DGB, DLT, BIH, DBR, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen) die Inklusionsinitiative für Ausbildung und Beschäftigung vereinbart. Die Initiative zielt mit verschiedenen Maßnahmen und Kampagnen auf eine Ausweitung betrieblicher Ausbildungen und sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Im Mittelpunkt der Initiative steht die verstärkte Sensibilisierung von Betrieben und Unternehmen für das Arbeitskräftepotenzial und die Leistungsfähigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen. Einen Schwerpunkt der Inklusionsinitiative für Ausbildung und Beschäftigung bildet das Förderprogramm zur intensivierten Eingliederung und Beratung von schwerbehinderten Menschen mit einem finanziellen Volumen von bis zu 80 Mio.

Euro aus dem Ausgleichsfonds. Damit sollen Konzepte mit fortschrittlichen und strategisch sinnvollen Ansätzen für eine existenzsichernde und nachhaltige berufliche Integration von schwerbehinderten Menschen gefördert werden, die von den Trägern der Arbeitsvermittlung (SGB II und SGB III) im Rahmen ihrer Zuständigkeiten entwickelt werden.

Im Mai 2016 hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Umsetzung eines Beschlusses des Deutschen Bundestagen das Förderprogramm „Inklusionsinitiative II – Alle Im Betrieb“ mit einem Fördervolumen von 150 Mio. Euro aus Mitteln des Ausgleichsfonds gestartet. Die Mittel werden den Integrationsämtern der Länder zur Verfügung gestellt und dienen der Förderung des Ausbaus zusätzlicher Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen in Integrationsprojekten.

Mit dem zum 1. August 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der beruflichen Weiterbildung und des Versicherungsschutzes in der Arbeitslosenversicherung (AWStG) wurde die Förderung der Aufnahme einer selbstständigen, hauptberuflichen Tätigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Bundesagentur für Arbeit gestärkt. Die neue Vorschrift ermöglicht die Förderung von behinderten Menschen mit einem Gründungszuschuss, wenn ein Anspruch von weniger als 150 Tagen oder kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht. Mit dem Gesetz soll auch die durch die Bundesagentur für Arbeit geförderte abschlussbezogene Weiterbildung gestärkt werden. Die Teilnahme an einer mehrjährigen, abschlussbezogenen Weiterbildung stellt für erwachsene Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit und ohne Beeinträchtigungen hohe Anforderungen an Motivation und Durchhaltevermögen. Dies gilt für Arbeitslose, aber insbesondere auch für beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Betreuungs- und Familienpflichten. Mit der Einführung von Erfolgsprämien i. H. v. 1.000 Euro bzw. 1.500 Euro für das Bestehen einer durch Gesetz oder Verordnung geregelten Zwischenprüfung und der Abschlussprüfung soll die Motivation erhöht werden, eine solche berufliche Weiterbildung aufzunehmen, durchzuhalten und erfolgreich abzuschließen.

Weitere Initiativen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind z.B. die RehaFutur-Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sowie der IT-Ausbildungsverbund, gefördert vom Bundesministerium des Inneren. Ziel der RehaFutur-Initiative ist es, Ideen, Konzepte und Aktivitäten zu bündeln, die eine innovative und zukunftsorientierte berufliche Rehabilitation gewährleisten. Durch den IT-Ausbildungsverbund soll eine Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen im Rahmen der beruflichen Ausbildung erreicht werden.

3.7.2 Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Rehabilitationsträger verzeichnen, entsprechend ihrer Förderaufgaben, Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in unterschiedlicher Höhe. Den höchsten Ausgabenanteil haben die Sozialhilfeträger mit etwa 4,3 Mrd. Euro im Jahr 2014, diese

entfallen fast ausschließlich auf Leistungen in WfbM (Tabelle 67). In den Jahren 2008 bis 2014 sind die Ausgaben der Sozialhilfeträger insgesamt um 20% gestiegen, darunter die Ausgaben für Leistungen in WfbM um 25%. Auch bei den weiteren Rehabilitationsträgern ist ein Ausgabenanstieg im Zeitverlauf festzustellen. Besonders stark fällt er mit 52% bei den Integrationsämtern aus.

Tabelle 67: Ausgaben für Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. Euro

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	Veränderung 2008-2014
Bundesagentur für Arbeit (ohne zugelassene kommunale Träger)*	2.419	2.420	2.341	2.269	2.234	2.266	-12%
Gesetzliche Rentenversicherung	1.107	1.262	1.228	1.172	1.194	1.246	+13%
Gesetzliche Unfallversicherung	161	180	187	185	183	186	+16%
Integrationsämter	334	370	397	429	447	507	+52%
Sozialhilfeträger	3.563	3.896	4.070	3.894	4.070	4.274	+20%
darunter: in WfbM	3.380	3.691	3.851	3.855	4.037	4.241	+25%
Kriegsopferfürsorge**	6,0	6,9		7,2		6,4	+7%

Quelle: Förderstatistik der Bundesagentur für Arbeit 2008 bis 2012, Deutsche Rentenversicherung Bund (2015), Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014), Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Statistik der Kriegsopferfürsorge 2008, 2010, 2012, 2014, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2016; Berechnung des ISG.
* ab 2013 wegen Statistikumstellung nur eingeschränkt mit Vorjahren vergleichbar
**Daten werden im 2-Jahres-Rhythmus erhoben.

Die Bundesagentur für Arbeit, Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung sowie die Träger der Kriegsopferfürsorge erbringen Leistungen im Rahmen des Eingangsverfahrens und im Berufsbildungsbereich der WfbM. Die Angaben dieser Rehabilitationsträger sind nur eingeschränkt vergleichbar, weil unterschiedliche Bezugsrahmen (Jahresdurchschnitt, abgeschlossene Leistungen, Stichtagszahlen zum Jahresende) verwendet werden, sie geben aber einen Anhaltspunkt über die Größenordnung der Leistungen der genannten Rehabilitationsträger in diesem Bereich. Die Zahl der Beziehenden von Leistungen dieser Träger im Eingangs- und Berufsbildungsbereich der WfbM ist von insgesamt rd. 37.000 Personen im Jahr 2010 auf rd. 33.000 Personen im Jahr 2015 gesunken (-11%).

Steuerliche Erleichterungen für Menschen mit Beeinträchtigungen

Menschen mit Beeinträchtigungen haben häufig Mehraufwendungen für Hilfen bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des alltäglichen Lebens.

Zur Abgeltung dieser Aufwendungen wird ihnen als außergewöhnliche Belastung nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) ein Pauschbetrag zugestanden. Der Pauschbetrag kann jährlich ohne Einzelnachweis der Aufwendungen und ohne Minderung um eine zumutbare Belastung abgezogen werden. Ausschlaggebend für die Höhe des Pauschbetrags ist der festgestellte dauernde Grad der Behinderung. Statt eines Pauschbetrags können auch die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Aufwendungen nach § 33 EStG unter Beachtung der zumutbaren Belastung berücksichtigt werden. Neben dem Pauschalbetrag können alle übrigen krankheits- und behinderungsbedingten Kosten sowie unter bestimmten Voraussetzungen Aufwendungen für ein Kraftfahrzeug berücksichtigt werden.

Weitere steuerliche Erleichterungen, wie z.B. bei der Umsatzsteuer (für Selbstständige) oder der Hundesteuer sind abhängig vom Behinderungsgrad i.V.m. dem eingetragenen Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis.

Sofern ein Kind wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, für sich selbst zu sorgen und die Behinderung vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten ist, haben Eltern für ein volljähriges Kind Anspruch auf Kindergeld oder auf die Freibeträge für Kinder. Unter dieser Voraussetzung können sie den Pauschbetrag (s.o.) für ihr behindertes Kind auf sich übertragen lassen, sofern das Kind ihn nicht selbst in Anspruch nimmt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 304 f.).

Rentenleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen

Die wichtigsten Einkommensersatzleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter sind Erwerbsminderungsrenten. Versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Erwerbsfähigkeit aufgrund eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit länger als 26 Wochen um mindestens 20 Prozent gemindert ist, erhalten im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung eine Verletztenrente.[62] Im Jahr 2014 bezogen 716.864 Personen Renten für Verletzte und Erkrankte der Gesetzlichen Unfallversicherung (Tabelle 68). Im Zeitverlauf ist die Zahl der Leistungsbeziehenden von Renten für Verletzte und Erkrankte der GUV ist von 2007 bis 2014 kontinuierlich um insgesamt 7% gesunken.

---

[62] Eine Ausnahme gilt bei Versicherungsfällen ab dem 01.01.2008 bei landwirtschaftlichen Unternehmern, deren Ehegatten und Familienangehörigen. Hier ist eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von wenigstens 30% Voraussetzung für einen Rentenanspruch an die Gesetzliche Unfallversicherung.

Tabelle 68: **Renten der GUV für Verletzte und Erkrankte**

2007	2009	2011	2012	2013	2014	Veränderung 2007-2014
789.655	767.350	750.005	737.860	727.162	716.864	-7%

Quelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014), Darstellung des ISG.

Personen, denen es aufgrund einer Krankheit oder Beeinträchtigungen auf längere Zeit nicht möglich ist, täglich mindestens sechs Stunden (teilweise erwerbsgemindert) oder mindestens drei Stunden (voll erwerbsgemindert) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter üblichen Bedingungen zu arbeiten, haben Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente der Gesetzlichen Rentenversicherung (§ 43 SGB VI).

Die Altersrente für schwerbehinderte Menschen können Frauen und Männer erhalten, die bei Beginn der Rente schwerbehindert sind[63] und die Mindestversicherungszeit (Wartezeit) von 35 Jahren erfüllen. Schwerbehinderte Menschen, die diese besonderen Voraussetzungen nicht erfüllen, erhalten die Regelaltersrente, sofern sie die Mindestversicherungszeit von 5 Jahren erfüllen.

Der Bestand an Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit lag im Jahr 2015 bei rund 1,79 Mio. und ist seit 2005 um 8% gestiegen (Tabelle 69). Der Bestand an Altersrenten für Menschen mit Schwerbehinderung lag im Jahr 2015 mit knapp 1,8 Mio. etwas höher und ist im Vergleichszeitraum um 49% angestiegen. Dies ist insbesondere auf die zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen zurückzuführen, die sich positiv auf die Zahl der anspruchsberechtigten Frauen auswirkt.

Ein Blick auf die absoluten Zahlen zeigt jedoch, dass fast doppelt so viele Männer anspruchsberechtigt sind wie Frauen. Ein Grund hierfür sind vermutlich die langen Wartezeiten (35 Jahre) bei der Altersrente für Menschen mit Schwerbehinderung. Bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind dagegen keine geschlechtsspezifischen Niveauunterschiede feststellbar.

[63] Bei vor 1951 geborenen Versicherten reicht die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nach dem bis Ende 2000 geltenden Recht.

Tabelle 69: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Altersrenten für Menschen mit Schwerbehinderung nach Geschlecht - Anzahl in 1.000

	Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit			Altersrente für Menschen mit Schwerbehinderung		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
2005	1.650	892	758	1.229	920	309
2007	1.584	844	739	1.356	984	372
2009	1.569	822	746	1.514	1.056	459
2011	1.634	844	790	1.681	1.127	553
2013	1.719	868	851	1.777	1.159	618
2014	1.755	875	880	1.820	1.170	650
2015	1.788	880	908	1.831	1.159	672
Veränderung 2005-2015	+8%	-1%	+20%	+49%	+26%	+117%

Quelle: Deutschen Rentenversicherung Bund (2016), Darstellung des ISG.

3.7.3 Leistungen der Sozialen Entschädigung

Die Leistungen der Sozialen Entschädigung lassen sich in Versorgungsleistungen und fürsorgerische Leistungen unterteilen. In § 9 BVG wird das Leistungsspektrum beschrieben. Sie reichen von Heil- und Krankenbehandlung bis hin zu Kriegsopferfürsorge, Beschädigtenrente, Bestattungsgeld und Hinterbliebenenrente. Im April 2016 erhielten 69.251 Beschädigte sowie 69.745 Hinterbliebene Versorgungsleistungen der Sozialen Entschädigung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016).[64]

3.8 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation

Weil die Aussagen, die der wissenschaftliche Beirat im Teilhabebericht 2013 hinsichtlich der Teilhabemöglichkeiten im Bereich Erwerbsarbeit und Einkommen getätigt hat, noch aktuell sind, wird der vorliegende Kommentar mit einigen Zusammenfassungen der damaligen Ausführungen und wenigen Zitaten eingeleitet.

Die Beteiligung am gesellschaftlichen Teilsystem Erwerbsarbeit bildet einen wesentlichen Faktor für den Umfang und die Qualität von Inklusion. Teilhabe an der gesellschaftlichen Arbeit vermittelt Bedeutung, Selbstwert, Sinn und Kommunikation in einer auf Wettbewerb angelegten Arbeitsgesellschaft. Sie ermöglicht, den Lebensunterhalt selbstständig zu erwirtschaften und ist in manchen Fällen ein Ausgleich für Möglichkeiten der Lebensgestaltung, die aufgrund unterschiedlicher Gegebenheiten ausgeschlossen sind.

[64] Nicht enthalten in der Anzahl der Versorgungsberechtigten sind die Berechtigten nach dem Soldatenversorgungsgesetz. Hierzu liegen dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales derzeit keine Angaben vor.

So kann ein blinder Mensch nicht selbstständig motor- oder segelfliegen, ein Rollstuhlfahrer nicht bergsteigen. Erwerbsarbeit kann aber eine Möglichkeit darstellen, Lebensfreude und Selbstvertrauen durch berufliche Leistung zu stärken.

Strukturwandel im System Arbeit – etwa die zunehmend um sich greifende Digitalisierung der Arbeitswelt – ist aufmerksam zu beobachten hinsichtlich Art, Umfang, Qualität, Rahmenbedingungen (etwa Zugänglichkeit und Barrierefreiheit), Entgelt und Grad der sozialen Sicherung für Menschen mit Beeinträchtigungen.

Der ausschließliche Blick auf Erwerbsarbeit stellt eine gewisse Verengung des Untersuchungsgegenstandes dar, denn andere individuell wichtige, gesellschaftlich bedeutsame und sinnstiftende Tätigkeiten wie Kindererziehung, Pflegeleistungen u.a.m. bleiben auch im Kapitel „Erwerbsarbeit und Einkommen“ des zweiten Teilhabeberichts wiederum weitgehend außer Betracht. Andere Arbeitsformen wie Ehrenamt (Kapitel 8) und Familienarbeit (Kapitel 1) werden im Rahmen anderer Berichtsteile behandelt.

Zu untersuchen ist die Teilhabe an „qualitativ hochwertiger Arbeit“, und kritisch zu bedenken ist das Ausmaß, in dem Menschen mit Beeinträchtigungen prekärer Beschäftigung, unterwertiger Arbeit, ungewollter Teilzeit oder Befristung, Entgeltdiskriminierung oder Fehlleitungen durch die oder bei der WfbM-Beschäftigung ausgesetzt sind.

Besorgniserregend sind die vergleichsweise geringe Beteiligung am Erwerbsleben und das Ausmaß, in dem beeinträchtigte Menschen dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgegliedert sind.

Auch das Ausmaß an registrierter Arbeitslosigkeit ist im Vergleich so hoch, dass dies nicht tragbar ist. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Betroffenheit (des Umfangs und der Häufigkeit, in denen beeinträchtigte Menschen arbeitslos werden) als auch der Dauer, die sie unfreiwillig in diesem Zustand verbringen müssen. Das Ausmaß von unfreiwilliger zeitweiser Ausgliederung aus Erwerbstätigkeit, dem Menschen mit Beeinträchtigungen ausgesetzt sind, ist insbesondere nicht hinnehmbar, soweit und solange es die durchschnittliche Belastung der Allgemeinheit übersteigt.

Bedeutsam und dringend differenzierter zu untersuchen ist das hohe Ausmaß der dauerhaften Nichtbeteiligung am Erwerbsleben beeinträchtigter Menschen. Diese lässt sich analytisch unterteilen in Personen, die freiwillig aus individuellen Motiven kein Arbeitsangebot abgeben, diejenigen, die – freiwillig oder mangels einer Beschäftigungsalternative – verrentet sind und diejenigen, die man als „Stille Reserve“ des Arbeitsmarktes bezeichnet.

Das hohe Ausmaß an Arbeitslosigkeit sowie insbesondere der Nichtbeteiligung am Erwerbsleben kennzeichnet hohe Zugangshürden (Marktwiderstand) gegenüber der beruflichen Teilhabe beeinträchtigter Menschen; hier liegt Ausgliederung und Diskriminierung in erheblichem Ausmaß vor. Der Handlungsdruck ist hoch, die Handlungsnotwendigkeit dringend.

Ziel der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik für benachteiligte Menschen entsprechend Art. 27 UN-BRK ist die Nichtdiskriminierung in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Nichtdiskriminierung bedeutet hier nicht nur das Wegräumen von Hindernissen gegenüber der Arbeitsaufnahme oder gegenüber der beruflichen Weiterbildung oder der Sicherung eines Arbeitsplatzes; als notwendiger Faktor zählt dazu ebenfalls die Gestaltung von vorausschauenden angemessenen Vorkehrungen für die berufliche Inklusion beeinträchtigter Menschen (Barrierefreiheit, Zugänglichkeit, Nutzbarkeit z.B. der natürlichen Umwelt für körperbehinderte und des Internets für blinde Personen).

Die Verhinderung von Diskriminierung beeinträchtigter Menschen auf dem Arbeitsmarkt und die Verwirklichung von Arbeit als Menschenrecht ist nicht allein Pflicht der Arbeitgeber, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Das vorliegende Kapitel ist im Vergleich zu den übrigen Kapiteln sehr umfangreich. Dennoch sind der Beantwortung bedeutsamer Fragen zumeist enge Grenzen gesetzt, da bislang lediglich Auswertungen bestehender statistischer Berichtssysteme möglich sind.

Die statistischen Berichtssysteme der Bundesagentur für Arbeit (BA) ermöglichen lediglich Aussagen zu anerkannt schwerbehinderten Menschen ohne weitere Binnendifferenzierung nach Art und/oder Grad der Behinderung, die Beschäftigtenstatistik ebenso. Um Aussagen zu Arbeitsmarkt und Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen zu erhalten, ist man auf den Mikrozensus und den darin integrierten „Labour-Force-Survey“ der Internationalen Arbeitsorganisation angewiesen, eine regelmäßige Befragung, auf die unten näher eingegangen wird.

Untersuchungen nach Art und Intensität der Beeinträchtigungen, ihrer Auswirkungen auf die Inklusionslagen im System Arbeit und Beruf und – nicht zuletzt – Untersuchungen der Bildung und Einsatzmöglichkeiten zielgerichteter arbeitsmarktpolitischer Instrumente waren im ersten Teilhabebericht nicht möglich und sind es auch dieses Mal nicht.

Zum ersten Teilhabebericht führte der wissenschaftliche Beirat aus:

> „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. 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.“ (Teilhabebericht 2013: 164)

Ebenso wenig ist nach wie vor die Differenzierung nach dem Zeitpunkt des Auftretens der Beeinträchtigung und ihrem weiteren Verlauf sowie dem Einfluss dieser Umstände auf Art, Grad und Qualität der beruflichen Inklusion möglich.

Des Weiteren fehlen auch in diesem Bericht Angaben zum subjektiven Unterstützungsbedarf und zur Notwendigkeit personeller Assistenz als Voraussetzung, um im Berufsleben erfolgreich sein zu können.

Schließlich liegen bislang keine hinreichenden empirischen Untersuchungsergebnisse zu individuellen Berufswünschen und zu den Möglichkeiten und Grenzen der beruflichen Verwirklichung persönlicher Interessen und Fähigkeiten vor.

Zusammenfassend führte der Kommentar des wissenschaftlichen Beirates zum Teilhabebericht 2013 aus:

> „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.“ (Teilhabebericht 2013: 165)

Im Bereich Erwerbsarbeit kann der wissenschaftliche Beirat lediglich geringe Fortschritte auf diesem Weg konstatieren.

Datenbasis

Die Ausführungen zu „Erwerbsarbeit und Einkommen“ bilden den bei Weitem umfangreichsten Bericht über einen Lebensbereich. Dies ist sicherlich der gesellschaftlichen Bedeutung dieser Themen geschuldet. Der vorliegende zweite Teilhabebericht weist Fortschritte im empirischen Bereich gegenüber dem ersten Bericht auf, die im nächsten Bericht weiter ausgebaut werden können (s.u.).

(1) Durch die Absicherung der statistischen Aussagen auf der Grundlage des Mikrozensus (MZ) erhalten die Daten ein solideres Fundament, denn die Datenbasis des MZ ist wesentlich breiter als die der zuvor ausschließlich verwendeten SOEP-Ergebnisse. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass solche MZ-Ergebnisse nach gegenwärtiger Datenlage lediglich im vierjährigen Rhythmus vorliegen. Das SOEP bietet Daten im jährlichen Turnus.

(2) Mit dem zweiten Teilhabebericht stehen zum ersten Mal auf breiterer Basis Zeitreihen zur Verfügung, also erste und ausbaufähige zeitliche Vergleichsmöglichkeiten.

Die Angewiesenheit auf Sekundärauswertungen bestehender statistischer Berichtssysteme macht es schwer, die Personenkreise zu identifizieren, die der Bericht als Menschen mit Beeinträchtigungen im Fokus hat. Die deutsche Arbeitsmarktstatistik erlaubt dies nicht; sie grenzt lediglich anerkannt schwerbehinderte Menschen ohne weitere Binnendifferenzierung nach Art oder Grad der Behinderung ein. Bei der Beschäftigtenstatistik verhält es sich ebenso.

Erwerbstätigkeit

So lange Teilhabeberichte nicht auf für ihre Zwecke entwickelte Befragungen zurückgreifen können (und dies wird noch eine Reihe von Jahren in Anspruch nehmen, wenn auch die Vorbereitungsarbeiten für einen Teilhabesurvey angelaufen sind), besteht lediglich die Möglichkeit, auf die Zahlenangaben zurückzugreifen, die der MZ und die SOEP-Befragungen zur Verfügung stellen. Diese erlauben sowohl Analysen nach dem Konzept der internationalen Arbeitsorganisation (ILO) als auch der BA. Nur so können derzeit Daten für Menschen mit Beeinträchtigungen abgeleitet werden.

Die nach dem ILO-Konzept verwendeten Abgrenzungen von Erwerbstätigkeit, Erwerbslosigkeit und Nichterwerbstätigkeit erscheinen für Analysen, wie sie vom Teilhabebericht erwartet werden, reichlich grob, ungenau und möglicherweise irreführend.

Erwerbstätig ist nach dieser Abgrenzung, wer in der Woche vor der Befragung zumindest eine Stunde gegen Entgelt gearbeitet hat. Die Einbeziehung gering(st)er wöchentlicher Arbeitszeiten bei der Abgrenzung von Erwerbstätigkeit passt aber nicht zu dem deutschen Arbeits- und Sozialrecht, denn:

- Personen, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zumindest drei Stunden täglich (15 Stunden wöchentlich) erwerbstätig zu sein, gelten nach deutschem Sozialrecht (§ 43 SGB III) als voll erwerbsgemindert (erwerbsunfähig) und haben daher Anspruch auf Sicherung ihres Lebensunterhaltes durch Rente (Erwerbsminderungsrente) oder Grundsicherung.
- Beide Merkmale werden nicht in den nationalen Arbeitslosigkeitsregistern geführt. Durch die Abgrenzung nach dem ILO-Konzept entsteht für Deutschland ein unzutreffender Eindruck vom Umfang der Erwerbstätigkeit.
- Arbeitslos gemeldete Personen können bis unter 15 Stunden wöchentlich gegen Entgelt erwerbstätig sein, ohne dass dies ihrem Status als Arbeitslose entgegensteht (§ 138 SGB III).
- Das deutsche Arbeitsrecht grenzt als Sonderformen z.B. geringfügig entlohnte Beschäftigung und kurzzeitige Beschäftigung ab und bringt damit zum Ausdruck, dass es sich hierbei um zusätzliche Einkommensquellen handelt, die den Lebensunterhalt nicht sichern können und auch nicht den vollen Schutz der Sozialversicherungen gewährleisten.

Die Erwerbsbeteiligung nach dem Labour-Force-Konzept der ILO ist somit erheblich umfangreicher als eine solche nach Abgrenzung einer Teilhabe am Erwerbsleben, wie sie Art. 27, 28 UN-BRK zugrunde liegt. So viel zur Kritik am ILO-Konzept.

Die Erwerbsbeteiligung der Menschen ohne Beeinträchtigungen hat laut MZ von 2005 – 2013 von 71% auf 80% zugenommen, also um 12% (vgl. Tab. 38), die der Menschen mit Beeinträchtigung von 42% auf 49%, also um 16%. Die Zahl der mit anerkannt schwerbehinderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern besetzten Pflichtarbeitsplätze ist im gleichen Zeitraum um 35% angestiegen (vgl. Abb. 42). Trotz einiger Unterschiede im Detail stellt der Vergleich fest: Die Entwicklungsrichtung ist dieselbe.

Erwerbslosigkeit – Arbeitslosigkeit

Problematisch erscheinen die Ergebnisse der Ableitungen von Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit im Vergleich.

Die Erwerbslosigkeit lag 2013 mit 4% bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen auf gleichem Niveau. Sie wies in 2005 mit 8% bei Menschen mit Beeinträchtigungen ein um 2% niedrigeres Niveau auf als bei den übrigen mit 9% (vgl. Tab. 38). 2009 war sie mit 5% um 11% niedriger als die allgemeine Erwerbslosigkeit mit 6%.

Die deutsche amtliche Arbeitsmarktstatistik erhebt lediglich die Arbeitslosenquote von amtlich anerkannt schwerbehinderten Menschen. Diese lag 2014 bei 13,9 Prozent. Im Jahr 2008 waren es 14,7%. Die allgemeine Arbeitslosenquote lag 2014 bei 8,6%, 2008 waren es noch 10% (vgl. Abb. 50). Nicht nur in den hier angeführten, sondern in allen betrachteten Jahren lag die Arbeitslosenquote der anerkannt schwerbehinderten Menschen deutlich über der allgemeinen Arbeitslosenquote; in 2014 um 62%, in 2008 um 47%.

Von 2005 an sanken sowohl die Erwerbslosigkeit beeinträchtigter als auch nicht beeinträchtigter Menschen in erstaunlichem Umfang: Bei den Menschen mit Beeinträchtigungen bis 2009 von 8% auf 5%, das sind 3 Prozentpunkte und -35%. Von 2005 bis 2013 sank die Erwerbslosigkeit von 8% auf 4%, das sind 4 Prozentpunkte und -50%.

Die Arbeitsmarktstatistik weist – wiederum lediglich für die Teilgruppe der anerkannt schwerbehinderten unter den beeinträchtigten Personen – ebenfalls eine Verbesserung der Arbeitslosensituation aus, allerdings in weit bescheidenerem Ausmaß. Von 2008 bis 2014 sank die Arbeitslosenquote der anerkannt schwerbehinderten Personen von 14,7% auf 13,9%, also um 0,8 Prozentpunkte, das sind -5%. Die allgemeine Arbeitslosenquote sank von 10% auf 8,6%, also um 1,4 Prozentpunkte, das sind -14%.

Die vergleichende Betrachtung von Erwerbslosigkeitsquoten und Arbeitslosigkeitsquoten zeigt ähnliche Entwicklungspfade, aber unterschiedliche Niveaus bei beeinträchtigten gegenüber amtlich anerkannt schwerbehinderten Menschen. Zwar umfasst die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen zusätzlich zu den anerkannt schwerbehinderten anerkannt behinderte (mit GdB unter 50) und chronisch kranke Menschen. So

ist die Hypothese zu prüfen, ob die vermutete Entwicklung der Arbeitslosigkeit bei diesen Teilgruppen derart positiv gewesen sein kann, dass insgesamt auch das Niveau der Arbeitslosigkeit beeinträchtigter Menschen im betrachteten Zeitraum demjenigen der nicht beeinträchtigten entsprochen hat bzw. z.T. deutlich günstiger ausgefallen ist.

Der Anteil der anerkannt schwerbehinderten unter den beeinträchtigten Menschen im Erwerbsalter umfasste 2013 mit 54% mehr als die Hälfte aller Betrachteten, ihre Zahl hat in den Jahren 2005 bis 2013 um 9% zugenommen. Die anerkannt behinderten Personen mit GdB unter 50 hatten 2013 einen Anteil von 28%; ihre Zunahme war mit 29% stärker. Die Personen mit chronischer Krankheit (ohne anerkannte Behinderung) bildeten 2013 einen Anteil von 18%; ihre Zahl hatte sich seit 2005 um 9% erhöht (siehe Tabelle 37).

Man kann also weder unter Struktur- noch unter Entwicklungsgesichtspunkten annehmen, dass sich die uns nicht bekannten Arbeitsmarktverhältnisse für anerkannt behinderte und chronisch kranke Menschen mit Beeinträchtigungen in solchem Umfang positiv haben entwickeln können, dass die Entwicklung bei den anerkannt schwerbehinderten Menschen damit mehr als ausgeglichen (überkompensiert) worden ist. Es erscheint daher ausgeschlossen, dass eine solche Entwicklung bei den übrigen Teilgruppen stattgefunden haben könnte, die in 2014 zu gleichen Niveaus bei der Arbeitslosenquote beeinträchtigter und nicht beeinträchtigter Menschen geführt hätte. Ebenfalls ausgeschlossen erscheint, dass in den Jahren 2005 und 2009 bei deutlich schlechterer Arbeitsmarktlage in Deutschland die vermutete Arbeitslosenquote beeinträchtigter Menschen deutlich unterhalb der allgemeinen gelegen haben könnte.

Ein kompensierender Faktor sollte allerdings erwähnt werden: Bei der Beachtung des Konzepts der Arbeitslosigkeit nach § 138 SGB III ist zu berücksichtigen, dass arbeitsuchende Menschen, die nicht in der Lage oder bereit sind, im Umfang von 15 oder mehr Stunden wöchentlich einer bezahlten Beschäftigung nachzugehen, nicht als Arbeitslose registriert und gezählt werden. Als Erwerbslose i.S. des MZ treten sie jedoch auf. Dies beeinflusst die oben skizzierte Entwicklung jedoch nur marginal, denn geringfügig Beschäftigte hatten 2013 lediglich einen Anteil von 6,9% an allen Beschäftigten,[65] der größten Teilgruppe unter den Erwerbstätigen.

Die obigen Überlegungen zeigen deutlich, wie wichtig es ist, valide Angaben über quantitative Strukturen und Entwicklungen bei der Unterbeschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen zu erhalten. Im Vergleich von Erwerbslosigkeit und registrierter Arbeitslosigkeit hinsichtlich des Einsatzes arbeitsmarktpolitischer Strategien und Instrumente erscheint Erwerbslosigkeit als Kriterium weniger relevant, denn Nachteilsausgleiche und Maßnahmen der Beschäftigungsförderung knüpfen nicht an das Merkmal Erwerbslosigkeit, sondern, wo erforderlich, an das Merkmal registrierte Arbeitslosigkeit oder drohende Arbeitslosigkeit an. Dies ist z.B. der Fall beim Eingliederungszuschuss für anerkannt be-

65 Zeitreihen bzw. aktuelle Strukturdaten zur atypischen Beschäftigung bei destatis.

hinderte und schwerbehinderte Menschen (§ 90 SGB III), Förderung aus dem Vermittlungsbudget (§ 44 SGB III), Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (§ 45 SGB III), Probebeschäftigung und Arbeitshilfe für behinderte Menschen (§ 46 SGB III) sowie die interne ganzheitliche Integrationsberatung für arbeitsuchende Personen mit Vermittlungshemmnissen und bereits sechs Monate andauernder Arbeitslosigkeit. Das Kriterium Erwerbslosigkeit spielt in all diesen Fällen keine Rolle.

Der wissenschaftliche Beirat regt daher an zu prüfen, inwiefern Befragungsergebnisse des MZ noch intensiver genutzt werden können, um Angaben zur Arbeitslosigkeit für die Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt sowie für ihre Teilgruppen anerkannt behinderte Menschen sowie chronisch kranke Menschen zu ermitteln. dies könnte geschehen, indem aus dem MZ die Fragen 225 und 443 herangezogen werden, um die Arbeitslosigkeit aktuell und im Verlauf für Menschen mit Beeinträchtigungen und ihre Teilgruppen zu ermitteln. In Frage 225 geben die Befragten an, ob sie in den vergangenen vier Wochen bei der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter arbeitslos registriert (gewesen), als lediglich Arbeitsuchende gemeldet sind oder ob keine dieser Kategorien zutrifft. In Frage 443 des MZ wird erhoben, in welchem Erwerbsstatus oder sonstigem gesellschaftlichen Teilbereich (Bildung, Ruhestand, …) sich die Befragten vor einem Jahr befunden haben. Dort wird auch die Kategorie „Arbeitsloser“ angeboten. Die zu erwartenden Ergebnisse dieser Forschung könnten äußerst interessant werden. Damit wären wahrscheinlich einige wesentliche Kritikpunkte dieses Kommentars erledigt.

In einer Vergleichsrechnung wurde die Überschneidung zwischen Erwerbslosigkeit nach dem ILO-Konzept und Arbeitslosigkeit nach dem BA-Konzept auf Basis des MZ 2009 überprüft mit dem Ergebnis:

- Von den Erwerbslosen nach ILO sind 75% amtlich arbeitslos gemeldet, 14% bei der Arbeitsagentur als arbeitsuchend registriert und 10% keins von beiden.
- Von den amtlich arbeitslos gemeldeten sind nach ILO-Konzept 14% erwerbstätig, 62% erwerbslos, 7% arbeitsuchende Nichterwerbspersonen und 17% sonstige Nichterwerbspersonen.

Wenn man beide Quoten für die Teilgruppen der Beeinträchtigung berechnet, zeigt sich, dass ein Teil der Menschen mit Beeinträchtigungen arbeitslos gemeldet ist, aber wegen geringfügiger Tätigkeiten nach dem ILO-Konzept als erwerbstätig gilt. Daran lassen sich wichtige Fragestellungen für künftige Analysen anknüpfen.

Arbeitslosigkeit auf dem Prüfstand

Gesunken ist, wie Abbildung 50 darstellt, die Arbeitslosenquote anerkannt schwerbehinderter Menschen wie auch die allgemeine Arbeitslosenquote.

Von 2008 bis 2014 sank die der ersteren von 14,7% auf 13,9%, also um 0,8 Prozentpunkte. Die allgemeine Arbeitslosenquote sank von 10% auf 8,6%, also um 1,4 Prozentpunkte. Mit anderen Worten: 2008 lag die Schwerbehinderten-Arbeitslosenquote um

47% über der allgemeinen, 2014 war diese Benachteiligung auf 62% angestiegen. Das relativ ausgeglichene Bild, das Abbildung 50 vermitteln mag, täuscht bei näherem Hinsehen.

Ebenso kann der Eindruck täuschen, den Abbildung 51 zur Dauer der Arbeitslosigkeit (gemessen in Wochen) nahelegt. Am Beginn der Beobachtungsperiode 2007 lag die durchschnittliche Arbeitslosigkeitsdauer bei 46 Wochen für nicht behinderte Menschen und bei 63 Wochen bei anerkannt schwerbehinderten Menschen, im Jahr 2014 bei 38 bzw. 52 Wochen. Eine erfreuliche Entwicklung? Die Dauer war bei schwerbehinderten Menschen mit 11 Wochen stärker gesunken als allgemein mit 8 Wochen. Die Dauer der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Arbeitsloser lag allerdings zu Beginn wie zum Ende um 37% über derjenigen der übrigen.

Zur Darstellung des jahresdurchschnittlichen Arbeitslosenbestandes anerkannt schwerbehinderter Menschen ist in Abbildung 49 ein Diagramm mit Jahressäulen verwendet worden. Diese Darstellungsweise legt die Vorstellung nahe, es handele sich bei der Arbeitslosigkeit anerkannt schwerbehinderter Menschen um einen mehr oder weniger monolithischen Block mit geringen Bewegungsvorgängen.

Die dargestellten Änderungen im Bestand arbeitsloser Menschen von einem Jahr zum nächsten lassen die auf den Arbeitsmärkten gegebene Dynamik nicht erkennen. Der Arbeitslosenbestand am Ende einer Beobachtungsperiode ergibt sich aus dem Bestand zu Beginn der Periode, den Zugängen in und den Abgängen aus Arbeitslosigkeit im Verlauf dieser Periode. Zugänge in und Abgänge aus Arbeitslosigkeit sind also die wirklich wichtigen Informationsquellen, um die Belastung (Betroffenheit und Dauer) der anerkannt schwerbehinderten Menschen mit Arbeitslosigkeit zu beurteilen. Zwar stehen Zahlenangaben hierfür nicht zur Verfügung. Allerdings signalisiert die um 37% oder mehr höhere Arbeitslosigkeitsdauer eine im Vergleich geringere Dynamik der Arbeitsmärkte bei den anerkannt schwerbehinderten Personen.

Zusätzlich wäre interessant zu analysieren, aus welchen Gründen die Menschen arbeitslos werden und in welche anderen gesellschaftlichen Teilsysteme sie übergehen – Arbeit, Bildung, Reha, Rente, Mutterschaft etc. Sämtliche hierfür notwendige Daten liegen vor, aber angesichts der zum Teil relativ kleinen Kohorten der Teilgruppen könnten datenschutzrechtliche Bedenken greifen.

Nichterwerbstätige

Im Jahr 2013 waren laut Tab. 38 lediglich 49% der beeinträchtigten Menschen im Erwerbsalter auch erwerbstätig. Die Erwerbslosigkeit der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen lag 2013 bei 4%.

Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die auf dem Arbeitsmarkt aktuell oder dauerhaft nicht in Erscheinung treten, war 2013 äußerst hoch, nämlich mit 46% knapp drei Mal so hoch wie bei den übrigen (16%), und nur geringfügig kleiner als der Anteil

der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen. Zwar hatte sich auch der Anteil dieser Personengruppen in den acht Jahren zuvor verringert, bei den beeinträchtigten Menschen um 10%, bei den übrigen jedoch um 24%. Nicht-Erwerbsperson ist man laut MZ, wenn man in der Woche vor der Befragung nicht gegen Entgelt gearbeitet und in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht aktiv nach bezahlter Arbeit gesucht hat.

Bedeutsam und dringend differenzierter zu untersuchen ist dieses hohe Ausmaß der dauerhaften Nichtbeteiligung beeinträchtigter Menschen am Erwerbsleben. Drei Untergruppen lassen sich herausbilden, wenn man nach der Motivations- oder Zwangslage der betroffenen Menschen unterscheidet (vgl. Abschnitt 3.1.2):

- Es kann sich um Personen handeln, die freiwillig aus individuellen Motiven kein Arbeitsangebot abgeben.
- Es können Personen sein, die ihren Lebensunterhalt aus Renten- oder Vorruhestandsleistungen bestreiten, die daher kein Arbeitsangebot mehr abgeben oder abgeben dürfen. Zwar sind diese Regelungen sozialpolitisch motiviert, um z.B. erwerbsunfähigen Menschen ein Ein- und Auskommen ohne Arbeit zu sichern. Es kann aber durchaus auch die Verschlossenheit des Arbeitsmarktes Motiv zur Verrentung sein. So ist der Übergang zur dritten Gruppe fließend.
- Es sind Menschen, die man als „Stille Reserve“ des Arbeitsmarktes bezeichnet. Diese Personen sehen angesichts der gegebenen Arbeitsmarktbedingungen keine Chance auf Beschäftigung, werden jedoch unter günstigeren Bedingungen ein Arbeitsangebot abgeben.

So notwendig und wichtig die stärkere Durchleuchtung des nicht erwerbstätigen Anteils der Personen mit Beeinträchtigungen ist – es handelte sich 2013 um 2,8 Millionen gegenüber lediglich 2,9 Millionen Erwerbstätigen – so ist bei der gegenwärtigen Datenlage für den Teilhabebericht eine solche wichtige Differenzierung nicht möglich. Es sei daran erinnert: Wenn eine durch den MZ befragte Person angibt, sie sei in der abgelaufenen Woche lediglich eine Stunde gegen Entgelt beschäftigt gewesen, zählt sie zu den Erwerbstätigen.

Weiterführende empirische Befunde

Aktuelle Studien, die einen nach Art der Behinderung differenzierteren Einblick gewähren, sind nicht bekannt. Daher werden an dieser Stelle exemplarisch zwei ältere Studien zur Arbeitsmarktsituation vorgestellt, die tieferen Einblick in besondere Problemlagen gewähren.[66] Allerdings ist nicht zu erwarten, dass heutige Erhebungen ein gänzlich an-

[66] Schröder (1997): Die Beschäftigungssituation von Blinden. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung bei Blinden und Unternehmen, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 2/97. Schröder, Steinwede (2004): Arbeitslosigkeit und Integrationschancen

deres Bild zeigen. Teilhabefortschritte im System Arbeit stellen eher längerfristige Entwicklungen dar. Einen Beleg dafür bildet der Vergleich der Teilhabeberichte 2013 und 2016.

Die erste Studie (Schröder; Steinwede 2004) stellt die Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Beeinträchtigungen unter dem Aspekt der Differenzierung nach der Art der Behinderung dar.

Die zweite Studie aus den 1990er Jahren stellt dar, wie blinde Menschen in diesem Jahrzehnt beruflich integriert gewesen sind. Die Wiedergabe dieser älteren Studie rechtfertigt sich vor allem, da nach Aussagen der entsprechenden Selbsthilfeorganisationen und Vermittlungsfachleute die dort geschilderten Problemlagen nach wie vor bestehen, weniger im Detail, aber in der Struktur.

Beides lässt sich bei der gegenwärtigen Datenlage im Teilhabebericht nicht systematisch darstellen. Die hier angeführten Studien geben jedoch einen Eindruck davon, was notwendig ist, um gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen am Arbeitsmarkt und in Arbeit und Beruf zu bewirken.

Üblicherweise wird unter „Diskriminierung“ diejenige beeinträchtigter Menschen gegenüber nicht beeinträchtigten Menschen verstanden. Es gibt auf den Arbeitsmärkten zusätzlich Benachteiligungen, die darin bestehen, dass bei Personalentscheidungen nach Ausprägungen von Beeinträchtigungen ausgewählt wird. Dies ist nicht als solches verwerflich. Alle Menschen tätigen ständig Auswahlhandlungen, bei der Produktwahl, der Partnerwahl, aber auch bei angebotenen Arbeitsplätzen. Dasselbe geschieht auf Arbeitgeberseite. Es ist jedoch wichtig, solche Auswahl- bzw. Schichtungsprozesse zu erkennen und zu untersuchen, welchen Menschen mit Beeinträchtigungen ein geringer, welchen ein besonders hoher Marktzutrittswiderstand gegenübersteht. Dies hat nicht nur theoretischen Wert, sondern ist unmittelbar Grundlage zu Politikgestaltung in der Weise, dass den als besonders intensiv benachteiligten Personengruppen besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Öffentlichkeitsarbeit, Beratung, Betreuung, Vermittlung und ggf. Nachbetreuung sollten hier verstärkt ansetzen, damit jedweder „Darwinismus“ unter den Betroffenen verschiedener Beeinträchtigungsarten nicht aufkommt oder bestehen bleibt. Kriterium ist auch hier, dass nicht nur z.B. die Arbeitslosenquote der Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt diejenige der Menschen ohne Beeinträchtigungen nicht übersteigt, sondern der Anspruch muss lauten, dass ebenfalls unter den verschiedenen Gruppen von Betroffenen verschiedener Beeinträchtigungen keine (wesentlichen) Belastungsunterschiede herrschen.

schwerbehinderter Menschen. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Band 285, Nürnberg.

Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen im Vergleich

Einen prägnanten Eindruck von tatsächlichen Unterschieden in den Chancen zur Teilhabe an Arbeit und Beruf vermittelt die von der BA in Auftrag gegebene und 2004 erschienene Studie „Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen“. Da zu diesen Fragen bis heute keine nach Art der Beeinträchtigung differenzierten statistischen Angaben zur Verfügung stehen, ist es ein Verdienst dieser Studie, die Aufmerksamkeit auf Sachverhalte gerichtet zu haben, zu denen aktuell noch stets weiterer Forschungsbedarf besteht.

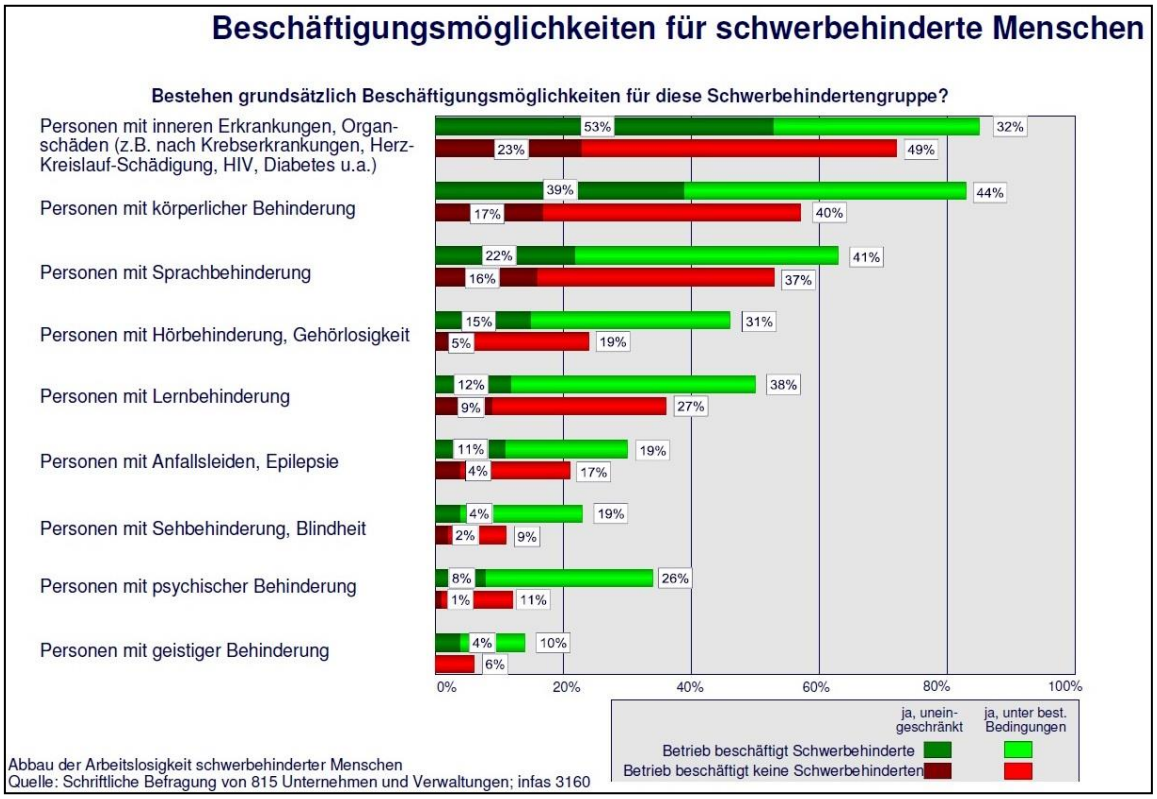
Will man Zugangsbedingungen von schwerbehinderten Arbeitsuchenden einschätzen, so ist eine differenzierende Betrachtung der Marktchancen in Abhängigkeit von der Art der Behinderung notwendig. Ein solcher Vergleich zwischen verschiedenen Behindertengruppen weist auf besondere „Problemgruppen“ am ersten Arbeitsmarkt hin.

Die Unternehmen und Verwaltungen[67] wurden für Betroffene von neun verschiedenen Behinderungsarten gefragt,

- ob für diese schwerbehinderten Arbeitsuchenden ohne weitere Einschränkungen Beschäftigungsmöglichkeiten bestehen,
- ob die Beschäftigung unter Umständen möglich ist, das heißt bei entsprechender technischer und finanzieller Unterstützung,
- oder ob dies selbst bei entsprechenden Hilfen nicht möglich ist.

Die damals erhobenen Befunde dürften auch heute noch Gültigkeit besitzen. Wie die folgende Grafik deutlich macht, bestehen beträchtliche Unterschiede hinsichtlich des Marktwiderstands je nachdem, welche Art von Beeinträchtigung vorliegt. Darüber hinaus bestehen signifikante Unterschiede in der Einschätzung der Eingliederungsmöglichkeiten nach Wirtschaftszweigen und Betriebsgrößen: In Großunternehmen und im öffentlichen Dienst ist die Beschäftigungsbereitschaft vergleichsweise groß. Darüber hinaus ermittelt die Studie teils überraschende Ergebnisse, auf die an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen werden soll.

[67] 815 Unternehmen und Verwaltungen wurden im Rahmen dieser Untersuchung befragt (Schröder, Steinwede, 2004: 65ff.)



Die damalige Untersuchung lässt somit deutlich werden, wie vielschichtig sich die beruflichen Eingliederungsprobleme darstellen und dass es einer individuell maßgeschneiderten Arbeitsförderung bedarf. Vermittlungsvorschläge auf vorhandene offene Stellen erscheinen im Licht dieser Untersuchung für einen Teil des Klientels wenig zielführend. Hier erscheinen Suchstrategien erfolgreicher, die zuerst an den Persönlichkeitsmerkmalen der Bewerberinnen und Bewerber ansetzen, um die jeweils (best-) geeigneten Beschäftigungsmöglichkeiten für das Individuum zu finden oder auch zusammenzustellen und zu gestalten. Diese an den Talenten ansetzende Suchstrategie weist wichtige Merkmale des Coachings auf.

Die Befragungsergebnisse zeigen nicht zuletzt, wie stark das defizitorientierte Denken bei der Beschäftigung beeinträchtigter Menschen vorherrscht, dies allerdings vor dem Hintergrund verschiedener Arten von anerkannter Schwerbehinderung in erheblich unterschiedlichem Ausmaß. Weiterhin wird deutlich: Je differenzierter die Kenntnisse über und Erfahrungen mit Menschen mit Beeinträchtigungen im Unternehmen oder der Verwaltung sind, umso weniger spielen defizitorientierte Beweggründe eine Rolle. Dies gilt für Personalverantwortliche, Vorgesetzte, Kollegen, Kunden und nicht zuletzt für das arbeitsvermittelnde Fachpersonal gleichermaßen.

Die obigen Schlussfolgerungen führen unmittelbar zu den Ausführungen der zweiten Studie.

Die Situation blinder Menschen im Erwerbsleben

Die Studie „die berufliche Integration von Blinden“ wurde 1993 durch das infas-Institut Bonn im Auftrag des Landschaftsverbandes Rheinland durchgeführt. Ihre Grundgesamtheit bilden mehr als 1.000 befragte blinde und hochgradig sehbehinderte Personen im Erwerbsalter, Vorgesetzte bei Firmen und Verwaltungen und Vermittlungs- und Beratungspersonal. Die Studie war die erste und ist bislang die einzige dieser Art in Deutschland. Deutlich wird auch hier, wie wichtig und dringlich differenzierte Befragungen von Menschen mit derart schwerwiegenden Beeinträchtigungen hinsichtlich der Beschäftigungsmöglichkeiten sind. Es besteht hier dringender Forschungsbedarf.

„Lediglich ein Drittel der Blinden im erwerbsfähigen Alter ist hauptberuflich erwerbstätig. Rund ein Drittel befindet sich im Ruhestand. Die übrigen Befragten sind nicht erwerbstätig wegen einer längeren Krankheit (6%), wegen Arbeitslosigkeit (7%), wegen Haushaltsarbeit bzw. Kindererziehung (11%) oder wegen Ausbildung, Umschulung oder Fortbildung (8%). Der Erwerbsstatus der Blinden weicht damit deutlich von der übrigen Bevölkerung ab. (…) Auch wenn man den überdurchschnittlich hohen Anteil der Blinden über 50 Jahren in Rechnung stellt, ist die Erwerbsquote der Untersuchungsgruppe nur halb so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt[68]“ (Schröder 1997: 153).

„Sieben Prozent der befragten Blinden und hochgradig Sehbehinderten bezeichnen sich als arbeitslos. (Dies stellt eine spezifische Arbeitslosenquote von knapp 20% dar; d. Verf.) Davon sind 10 Prozent weniger als ein Jahr ohne Arbeit, 14 Prozent sind es seit ein bis zwei Jahren. Über 20 Prozent sind nach eigenem Bekunden bereits 3 bis 9 Jahre arbeitslos und mehr als die Hälfte sogar schon 10 Jahre und länger. Im Durchschnitt sind es 11 Jahre“ (Schröder 1997: 507)

Die Studie macht deutlich, wie schwer von Blindheit betroffene Menschen es im System Arbeit und Beschäftigung haben, in welch geringem Umfang sie Teilhabe an Erwerbsarbeit haben, dass eher Ausgliederung als Eingliederung vorherrschend ist, Rehabilitation systematisch zum beruflichen Abstieg führt und dass Langzeitarbeitslosigkeit in großem Ausmaß stattfindet. Die wissenschaftliche Aufmerksamkeit ist deshalb erneut auf diese Zusammenhänge zu richten.

Vermögen und besondere Personengruppen

Die im Bericht angeführte Datenlage zur materiellen Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen ist nicht geeignet, einen Einblick in die besondere Situation von Menschen zu vermitteln, die Leistungen der Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege nach SGB XII beziehen. Während Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, ungeachtet ihrer konkreten Lebensumstände, grundsätzlich in der Lage sind, Vermögen aufzubauen

---

[68] Zum gleichen Ergebnis kommt auf der Grundlage des Teilhabeberichtes der Bundesregierung 2013 und eigener Berechnungen Bach 2014/2015. Er weist darüber hinaus nach, dass die Datenlage in vielen anderen europäischen Staaten nicht besser ist.

und damit nicht zuletzt für eine ausreichende materielle Absicherung im Alter zu sorgen, ist dies für Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege nach SGB XII beziehen, nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich. Die Höhe ihres Vermögens ist auf 2.600 EUR begrenzt, die Höhe des Vermögens an selbst genutztem Wohneigentum, sofern dies überhaupt vorhanden ist bzw. erworben werden kann, ist an das Kriterium der Angemessenheit gebunden und die Altersvorsorge ist auf staatlich geförderte Arten beschränkt. Zudem beziehen sich diese Restriktionen hinsichtlich des Aufbaus von Vermögen nicht nur auf die Person mit Beeinträchtigung selbst, sondern auch auf deren Partnerin und Partner, sofern eine sogenannte Bedarfsgemeinschaft existiert. Diese gegenwärtigen Regelungen gelten auch für diejenigen, die in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt und ihre Altersvorsorge durch eigenes Erwerbseinkommen ausschließlich selbst zu erwirtschaften.

Artikel 28 UN-BRK (Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz) definiert in Absatz 1 „das Recht von Menschen mit Behinderungen auf einen angemessenen Lebensstandard für sich selbst und ihre Familien (...) sowie auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen (...) ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“. Demgegenüber definiert Artikel 28 Absatz 2 UN-BRK das Recht auf sozialen Schutz. Die UN-BRK unterscheidet also zwischen einem angemessenen Lebensstandard einschließlich stetiger Verbesserungen und einer grundlegenden sozialen Absicherung.

Durch die Verortung der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege im Armenrecht und der damit einhergehenden weitgehenden Enteignung der Menschen mit Beeinträchtigungen und ihrer Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner stellt sich generell die Frage nach der Übereinstimmung der deutschen Sozialgesetzgebung mit Artikel 28 UN-BRK. Denn die genannten Hilfearten folgen ausschließlich dem sich aus Absatz 2 ergebenden Aspekt des sozialen Schutzes und verhindern für den hier behandelten Personenkreis strukturell den Zugang zu dem in Absatz 1 definierten Recht.

Die Auswirkungen dessen, nicht nur für den Bereich der materiellen Absicherung, sondern im Hinblick auf die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt, werden in den Abschnitten 1.1 unter „Beeinträchtigungen und Sozialhilfe“ sowie 3.5.1 des vorliegenden Berichts skizziert. Insofern stellt sich nicht nur die Frage nach der Übereinstimmung deutschen Sozialrechts mit Artikel 28 UN-BRK, sondern auch mit den menschenrechtlichen Aspekten, wie sie z. B. in den Artikeln 19 (Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft), 23 (Achtung der Wohnung und der Familie), 24 (Bildung) und 27 (Arbeit und Beschäftigung) der UN-BRK enthalten sind.

Literatur zu diesem Kommentar

Bach, H.W. (2014): Blinde Menschen im Erwerbsleben (Teil I), in: Horus - Marburger Beiträge zur Integration Blinder und Sehbehinderter Band 3, Marburg, S. 135-138; (Teil II) in: Horus, Band 4, Marburg, S. 187-191; (Teil III) in: Horus, Band 1/2015, Marburg, S. 18 – 22.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabe, Beeinträchtigung, Behinderung – Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen der Menschen mit Beeinträchtigungen, Berlin.

Mehls, H. (2002): Doch die nicht sehen, zählt man nicht: Die Notwendigkeit einer zuverlässigen Statistik über Blinde und Sehbehinderte, in: Horus - Marburger Beiträge zur Integration Blinder und Sehbehinderter Heft 1/2002, Marburg, Teil 1, S. 7 – 14.

Müther-Lange, H. (1995): Die berufliche Integration von Blinden, Abschlussbericht über das Projekt an die rheinische Hauptfürsorgestelle, Bonn.

Schröder, H. (1997): Die Beschäftigungssituation von Blinden. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung bei Blinden und Unternehmen, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 2/97, S. 503 ff.

Schröder H.; Steinwede J. (2004): Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Band 285/2004, Nürnberg.

Destatis: Arbeitskräfteerhebung, in: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/TabellenArbeitskraefteerhebung/AtypKernerwerbErwerbsformZR.html

4. Alltägliche Lebensführung

Faktenblatt „Alltägliche Lebensführung“

- Die Zahl der Menschen, die Hilfen zum selbstbestimmten Leben in stationären Wohneinrichtungen erhalten, ist von 167.161 im Jahr 2008 um 16% auf 193.770 Personen im Jahr 2014 gestiegen. Die Zahl der Menschen, die Leistungen des ambulant betreuten Wohnens erhalten, hat sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt, sie ist von 83.023 Personen (2008) um 95% auf 161.896 Personen (2014) gestiegen.
- Von den Bewohnern stationärer Einrichtungen haben 64% eine geistige Beeinträchtigung, 27% eine psychische und 9% eine körperliche Beeinträchtigung. Leistungen des ambulant betreuten Wohnens beziehen hingegen zu 25% Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, zu 70% Menschen mit psychischer und zu 4% Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung.
- Am Jahresende 2014 bezogen insgesamt 12.995 Kinder mit körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen Leistungen der Eingliederungshilfe in stationären Wohneinrichtungen, dies waren 29% mehr als im Jahr 2008.
- Menschen mit Beeinträchtigungen machen häufiger die Erfahrung, dass andere über ihr Leben bestimmen, als Menschen ohne Beeinträchtigung: 15% der Menschen mit Beeinträchtigungen gegenüber 10% der Menschen ohne Beeinträchtigungen gaben an, diese Erfahrung zu machen.
- Mit dem Persönlichen Budget sollen Menschen mit Beeinträchtigungen die Möglichkeit erhalten, die für sie notwendigen Sach- und Dienstleistungen selbstbestimmt zu organisieren. Am Jahresende 2014 nahmen insgesamt 9.473 Personen ein Persönliches Budget in Anspruch. Die Anzahl der Budgetnehmenden stieg seit 2010 um 78%.
- Vorausberechnungen zufolge sind bis zum Jahr 2030 rund 2,9 Mio. zusätzliche barrierearme bzw. -freie Wohnungen erforderlich. Bereits heute lebt ein erheblicher Anteil von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen in Wohnungen, die eine selbstbestimmte Bewegungsfreiheit in der Wohnung und im unmittelbaren Wohnumfeld nicht oder in nur eingeschränktem Maß zulassen.
- Der Studie „Aktion Mensch Barriereindex 2012“ zufolge sehen rd. 90% der befragten Menschen mit Beeinträchtigungen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Barrierefreiheit der öffentlichen Infrastruktur und der Zugänglichkeit von öffentlichen Gebäuden und Plätzen. Dem entspricht auch der Befund, dass Angebote des ÖPNV bislang nicht flächendeckend barrierefrei ausgebaut sind.

Alltagshandeln bezeichnet das individuelle und sozial eingebundene Handeln in umfassender Weise: Berufstätigkeit und Tätigkeit im privaten Haushalt, soziale Interaktion, Aktivitäten im Rahmen von Bildung und Weiterbildung, Aktivitäten in der Freizeit im Bereich von Kultur, Sport, politischem und ehrenamtlichem Engagement, kurz: die Gesamtheit

des sozialen, kulturellen, kreativen und rekreativen Handelns in unterschiedlichen Lebensbereichen. Die „alltägliche Lebensführung“ ist die Art und Weise, in der eine Person die verschiedenen an sie gerichteten Handlungsanforderungen mit ihrer eigenen Lebensplanung vereinbart.[69] Das der ICF zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell setzt die individuellen Möglichkeiten bzw. Einschränkungen in einen engen Bezug zu den persönlichen Faktoren ebenso wie zu den äußeren Bedingungen, unter denen die Lebensführung erfolgt. Daran anknüpfend verpflichtet Artikel 19 UN-BRK „Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ die Vertragsstaaten dazu, Menschen mit Behinderungen das Recht zu gewährleisten, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben. Zu gewährleisten ist dabei, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt ihren Aufenthaltsort wählen und darüber entscheiden können, wo und mit wem sie leben. In dem Maße, wie sie im Umgang mit ihren Behinderungen eine Unterstützung benötigen, sollen unterstützungsleistende Dienste gemeindenah zugänglich sein. Hiermit eng verbunden ist die Verpflichtung, „Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, (...) sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“ (Artikel 26 UN-BRK).

Für eine selbstständige Lebensführung bedarf es darüber hinaus einer barrierefrei gestalteten Umwelt. Dies betont die UN-BRK an verschiedenen Stellen: In Artikel 3 f), wonach Zugänglichkeit zu den Grundsätzen der UN-BRK zählt, und nach Artikel 9 UN-BRK, wonach Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und uneingeschränkte Teilhabe in allen Lebensbereichen ermöglicht werden soll, um ihnen einen gleichberechtigten Zugang zu allen Lebensbereichen zu sichern. Der gleichberechtigte Zugang bezieht sich auf den öffentlich zugänglichen Raum, öffentliche Verkehrsmittel, Information und Kommunikation (einschl. Informations- und Kommunikationstechnologien) sowie andere Einrichtungen und Dienste, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden. Der Aspekt der allgemeinen Barrierefreiheit in Bezug auf die Mobilität wird ergänzt um die persönliche Mobilität. Nach Artikel 20 UN-BRK treffen die Vertragsstaaten wirksame Maßnahmen, um für Menschen mit Behinderungen persönliche Mobilität mit größtmöglicher Unabhängigkeit sicherzustellen.

Nach Artikel 21 UN-BRK treffen die Vertragsstaaten die dort näher benannten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf freie Meinungsäußerung und Meinungsfreiheit haben einschließlich der Freiheit, Informationen und Gedankengut sich zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben. Sie sollen gleichberechtigt mit anderen alle von ihnen gewählten Formen der Kommunikation im Sinne des Artikels 2 der UN-BRK ausüben können.

---

[69] Neben „Lebensführung“ oder „Lebensgestaltung“ wird auch von „Lebensbewältigung“ gesprochen; vgl. Beck und Greving (2012: 46 f.).

Der Begriff der Zugänglichkeit nach der UN-BRK und der Begriff der Barrierefreiheit sind eng miteinander verbunden: „Ob Zugänglichkeit gegeben ist oder nicht, kann nur vom Ergebnis her und nur unter Betrachtung des Einzelfalls beantwortet werden: Zugänglichkeit kann durch Gewährung angemessener Vorkehrungen einzelfallbezogen hergestellt werden, auch wenn allgemein betrachtet noch Zugangsbarrieren bestehen, und umgekehrt enthebt ein weitgehend barrierefreies Produkt oder Gebäude angesichts der Vielfallt individueller Beeinträchtigungen nicht der Pflicht, im Bedarfsfall angemessene Vorkehrungen zu treffen“ (DIMR, 2014: 5).

Das Thema Zugänglichkeit wurde auch im Rahmen des Dialogs zwischen dem UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen und der Bundesregierung anlässlich der Staatenprüfung Deutschlands im März 2015 thematisiert. Im Anschluss daran wurde in den Abschließenden Bemerkungen (CRPD, 2015) in Bezug auf Artikel 9 UN-BRK die Empfehlung ausgesprochen, wirksame Maßnahmen, Überwachungsmechanismen und Sanktionen zu etablieren, um das Recht auf Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen in allen Sektoren und Lebensbereichen einschließlich des Privatbereichs zu gewährleisten. Insbesondere öffentliche und private Rundfunkanstalten sollten dazu angehalten werden, ihre Arbeit mit Blick auf die Umsetzung des Rechts auf Zugänglichkeit zu evaluieren. Auch in Bezugnahme auf weitere Artikel der UN-BRK werden Maßnahmen zur Verbesserung der Zugänglichkeit gefordert. Zur Umsetzung von Artikel 13 (Zugang zur Justiz) fordert der Fachausschuss neben gezielten Maßnahmen zur Steigerung der physischen und kommunikativen Zugänglichkeit von Gerichten, Justizbehörden und anderen Einrichtungen der Rechtspflege auch spezifische verfahrensbezogene Vorkehrungen für Menschen mit Behinderungen in rechtlichen Verfahren. Auch wirksame Schulungen des Personals im Justiz-, Polizei- und Strafvollzugssystem zur Förderung und zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen werden empfohlen. Unter Bezugnahme auf Artikel 25 (Gesundheit) empfiehlt der Ausschuss, Pläne für die Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten zu erarbeiten, wobei auch ausdrücklich entsprechende Dienste für Flüchtlinge erforderlich seien.

In seinen Abschließenden Bemerkungen äußert sich der UN-Fachausschuss ferner besorgt über den hohen Grad der Institutionalisierung und den Mangel an alternativen Wohnformen beziehungsweise einer geeigneten Infrastruktur, durch den für Menschen mit Behinderungen zusätzliche finanzielle Barrieren entstehen (CRPD 2015, 7 f.). Außerdem sollen ausreichende Finanzmittel verfügbar gemacht werden, um die De-Institutionalisierung und selbstbestimmtes Leben zu fördern, einschließlich höherer Finanzmittel für die Bereitstellung ambulanter Dienste in der Gemeinde, die Menschen mit geistigen oder psychosozialen Behinderungen auf der Grundlage der freien und informierten Einwilligung der/des Betroffenen bundesweit die erforderliche Unterstützung gewähren. Schließlich soll nach Auffassung des Ausschusses der Zugang zu Programmen und Leistungen verbessert werden, die das Leben in der Gemeinschaft unterstützen und behinderungsbedingte Aufwendungen decken.

In den Allgemeinen Bemerkungen Nr. 2 des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (DIMR, 2014) wird die Verpflichtung der Vertragsstaaten der UN-BRK betont, geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zu Gebäuden, Transportmitteln, Information und Kommunikation und weiteren Einrichtungen und Dienstleistungen zu gewährleisten. Eine Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Anbietern bzw. Eigentümern von Gebäuden, Infrastruktur, Produkten und Dienstleistungen sei unzulässig. „Solange Güter, Produkte und Dienstleistungen der Öffentlichkeit offen stehen oder für sie bereitgestellt werden, müssen sie für alle zugänglich sein, unabhängig davon, ob sie im Eigentum einer staatlichen Behörde oder eines privaten Unternehmens sind und/oder von ihr/ihm bereitgestellt werden“ (DIMR, 2014: 12).

Im Parallelbericht der Monitoring-Stelle (DIMR, 2015a: 17, 25) und im Bericht der BRK-Allianz (ebd.: 36) wird kritisiert, dass es in Deutschland an flächendeckenden Angeboten für Menschen mit Behinderungen im Hinblick auf vielfältige Bereiche des alltäglichen Lebens wie z.B. Wohnen, Beratungsleistungen sowie Assistenzleistungen zur Kommunikation und Mobilität mangele. Hieraus resultieren Einschränkungen des Rechts auf eine freie Wahl des Aufenthaltsortes. Damit einhergehend könne auch das Recht auf eine freie Wahl der Wohnform dadurch verletzt werden, dass Menschen mit einem hohen Hilfebedarf in stationären Wohneinrichtungen leben, statt dass ihnen das Leben in einer eigenen Wohnung durch die Bereitstellung bedarfsgerechter Assistenzleistungen ermöglicht wird (BRK-Allianz, 2013: 36).

Auch im Bereich Mobilität weist der Bericht der Zivilgesellschaft auf Defizite hin. Diese betreffen einerseits die mangelnde Barrierefreiheit öffentlicher Verkehrsmittel einschließlich des Straßen-, Bahn- und Flugverkehrs. Andererseits stehen auch Hilfen zur persönlichen Mobilität wie Fahrdienste und geeignete Hilfsmittel nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Der Mangel an Barrierefreiheit betrifft auch den Zugang zu Kommunikations- und Informationsmedien, dies umfasst neben Internetseiten und Programmoberflächen auch Lern- und Lehrmaterialien (BRK-Allianz, 2013: 23 f.).

Mit Blick auf das Thema Barrierefreiheit wird grundsätzlich ein oftmals unzureichendes Verständnis dieses Begriffs bemängelt. Während das Bewusstsein für notwendige Maßnahmen zur Herstellung von Barrierefreiheit für Menschen mit Körper- und Sinnesbeeinträchtigungen weiter verbreitet ist, werden die Barrieren, die sich aufgrund der Komplexität der Umwelt für Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen ergeben, oft unterschätzt (BRK-Allianz, 2013: 38). Darüber hinaus kritisiert der Bericht der Zivilgesellschaft einen erheblichen Einsparungsdruck und die komplizierten Verfahren zur Bedarfsermittlung bei der Gewährung von Unterstützungsleistungen wie z.B. dem Persönlichen Budget (BRK-Allianz, 2013: 37 f.).

Wie einzelne Personen ihre alltägliche Lebensführung gestalten, kann in diesem Rahmen nicht dargestellt werden, wohl aber die Rahmenbedingungen des Wohnens, der

Kommunikation und der Inanspruchnahme von Unterstützung, unter denen sie dieses tun:

- Wohnen: Wohnangebote müssen so gestaltet sein, dass Menschen mit Beeinträchtigungen die gewünschte Wohnform und ihren Wohnort frei wählen können. In diesem Zusammenhang ist auch das Angebot an barrierefreien Wohnmöglichkeiten relevant.
- Barrierefreiheit: Eine weitere notwendige Bedingung für eine selbstbestimmte Lebensführung ist Barrierefreiheit im Hinblick auf den öffentlichen Raum, Mobilität, Information, Kommunikation und Beratungsleistungen.
- Unterstützungsleistungen: Es ist darzustellen, ob bedarfsgerechte Unterstützungsmöglichkeiten für eine selbstbestimmte Lebensführung zur Verfügung stehen.

Abschnitt 4.1 dieses Kapitels befasst sich mit dem Wohnen von Menschen mit Beeinträchtigungen sowohl in Privathaushalten als auch in verschiedenen Formen des betreuten Wohnens. Unter der Überschrift „Barrierefreiheit“ (Abschnitt 4.2) werden der öffentlich zugängliche Raum, Mobilität und Kommunikation einschließlich des Zugangs zu Informationen dargestellt. Angesichts ihres hohen Stellenwerts in der UN-BRK ist die selbstbestimmte Lebensführung ein zentrales Thema. Die wahrgenommene Selbst- bzw. Fremdbestimmung, die Selbsthilfe sowie persönliche und sächliche Unterstützungsleistungen zu einem selbstbestimmten Leben sind dabei wesentliche Aspekte (Abschnitt 4.3).

Artikel 9 UN-BRK: Zugänglichkeit

(1) Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten. Diese Maßnahmen, welche die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und –barrieren einschließen, gelten unter anderem für

a) Gebäude, Straßen, Transportmittel sowie andere Einrichtungen in Gebäuden und im Freien, einschließlich Schulen, Wohnhäusern, medizinischer Einrichtungen und Arbeitsstätten;

b) Informations-, Kommunikations- und andere Dienste, einschließlich elektronischer Dienste und Notdienste.

(2) Die Vertragsstaaten treffen außerdem geeignete Maßnahmen,

a) um Mindeststandards und Leitlinien für die Zugänglichkeit von Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, auszuarbeiten und zu erlassen und ihre Anwendung zu überwachen;

b) um sicherzustellen, dass private Rechtsträger, die Einrichtungen und Dienste, die der Öffentlichkeit

offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, anbieten, alle Aspekte der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen berücksichtigen;

c) um betroffenen Kreisen Schulungen zu Fragen der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen anzubieten;

d) um in Gebäuden und anderen Einrichtungen, die der Öffentlichkeit

offenstehen, Beschilderungen in Brailleschrift und in leicht lesbarer und verständlicher Form anzubringen;

e) um menschliche und tierische Hilfe sowie Mittelspersonen, unter anderem Personen zum Führen und Vorlesen sowie professionelle Gebärdensprachdolmetscher und –dolmetscherinnen, zur Verfügung zu stellen mit dem Ziel, den Zugang zu Gebäuden und anderen Einrichtungen, die der Öffentlichkeit offenstehen, zu erleichtern;

.f) um andere geeignete Formen der Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen zu fördern, damit ihr Zugang zu Informationen gewährleistet wird;

g) um den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu den neuen Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, einschließlich des Internets, zu fördern;

h) um die Gestaltung, die Entwicklung, die Herstellung und den Vertrieb zugänglicher Informations- und Kommunikationstechnologien und -systeme in einem frühen Stadium zu fördern, sodass deren Zugänglichkeit mit möglichst geringem Kostenaufwand erreicht wird.

Artikel 19 UN-BRK: Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass

a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;

b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist;

c) gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

Artikel 20 UN-BRK: Persönliche Mobilität

Die Vertragsstaaten treffen wirksame Maßnahmen, um für Menschen mit Behinderungen persönliche Mobilität mit größtmöglicher Unabhängigkeit sicherzustellen, indem sie unter anderem

a) die persönliche Mobilität von Menschen mit Behinderungen in der Art und Weise und zum Zeitpunkt ihrer Wahl und zu erschwinglichen Kosten erleichtern;

b) den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu hochwertigen Mobilitätshilfen, Geräten, unterstützenden Technologien und menschlicher und tierischer Hilfe sowie Mittelspersonen erleichtern, auch durch deren Bereitstellung zu erschwinglichen Kosten;

c) Menschen mit Behinderungen und Fachkräften, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten, Schulungen in Mobilitätsfertigkeiten anbieten;

d) Hersteller von Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien ermutigen, alle Aspekte der Mobilität für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

Artikel 21 UN-BRK: Freie Meinungsäußerung, Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen

Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf freie Meinungsäußerung und Meinungsfreiheit, einschließlich der Freiheit, Informationen und Gedankengut sich zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben, gleichberechtigt mit anderen und durch alle von ihnen gewählten Formen der Kommunikation im Sinne des Artikels 2 ausüben können, unter anderem indem sie

a) Menschen mit Behinderungen für die Allgemeinheit bestimmte Informationen rechtzeitig und ohne zusätzliche Kosten in zugänglichen Formaten und Technologien, die für unterschiedliche Arten der Behinderung geeignet sind, zur Verfügung stellen;

b) im Umgang mit Behörden die Verwendung von Gebärdensprachen, Brailleschrift, ergänzenden und alternativen Kommunikationsformen und allen sonstigen selbst gewählten zugänglichen Mitteln, Formen und Formaten der Kommunikation durch Menschen mit Behinderungen akzeptieren und erleichtern;

c) private Rechtsträger, die, einschließlich durch das Internet, Dienste für die Allgemeinheit anbieten, dringend dazu auffordern, Informationen und Dienstleistungen in Formaten zur Verfügung zu stellen, die für Menschen mit Behinderungen zugänglich und nutzbar sind;

d) die Massenmedien, einschließlich der Anbieter von Informationen über das Internet, dazu auffordern,

ihre Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen zugänglich zu gestalten;

e) die Verwendung von Gebärdensprache anerkennen und fördern.

Artikel 26 UN-BRK**: Habilitation und Rehabilitation**

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme

a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;

b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

(2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.

(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.

4.1 Wohnen

Ausreichender Wohnraum und eine gute Wohnqualität gehören zu den menschlichen Grundbedürfnissen und sind eine Voraussetzung für eine individuelle und selbstbestimmte Lebensgestaltung. Die Wohnung ist einerseits ein Ort der sozialen Kontakte und des gemeinschaftlichen Lebens, andererseits aber auch eine Möglichkeit für einen Rückzug in die Privatsphäre. Menschen mit Beeinträchtigungen müssen ihren Wohn- und Lebensraum ihren Bedürfnissen entsprechend gestalten können.

Dies wird erleichtert, wenn die eigene Wohnung barrierearm oder barrierefrei gestaltet ist. Wenn darüber hinaus weitere Unterstützungsleistungen benötigt werden, stehen betreute Wohnmöglichkeiten in unterschiedlicher Ausgestaltung zur Verfügung. Diese reichen von Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen im eigenen Haushalt über Angebote betreuter Wohngruppen oder von Gast- und Pflegefamilien bis hin zu stationären Angeboten für Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. Pflegebedarf.

4.1.1 Barrierefreies Wohnen - Definition, Bestand und Bedarf

Im Jahr 2013 hatten rd. 25% der in Privathaushalten lebenden Menschen eine Beeinträchtigung, darunter 12% eine anerkannte Behinderung (9% mit Schwerbehinderung) und ca. 2% einen festgestellten Pflegebedarf.[70] Damit es trotz vorliegender Beeinträchtigung, Behinderung und/oder Pflegebedarf möglich ist, eigenständig in einem Privathaushalt zu wohnen, müssen barrierefreier Wohnraum und ein barrierefreies Wohnumfeld sowie bedarfsgerechte Unterstützungs-, Assistenz- bzw. Pflegeleistungen vorhanden sein.

In welcher Weise eine Wohnung sowie der Zugang zu ihr und die nähere Umgebung einer Wohnung ausgestattet sein müssen, um als barrierefrei zu gelten, wird in der DIN-Norm 18040-2 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 2: Wohnungen“ dargestellt. In dieser Norm werden die Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen berücksichtigt: Sehbehinderung oder Hörbehinderung, motorische Einschränkungen, Angewiesenheit auf Mobilitätshilfen und Rollstühle, Groß- und Kleinwüchsigkeit sowie kognitive Einschränkungen. Weiterhin wird auf besondere Bedarfe z.B. von Älteren oder Kindern eingegangen (zur Definition des Begriffs Barrierefreiheit vgl. Abschnitt 4.2).[71]

---

[70] Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2013 und Pflegestatistik 2013, Berechnung des ISG.

[71] Diese DIN-Norm stellt eine Weiterentwicklung auf Grundlage des BGG und der UN-BRK dar. Dabei wurde „auf die Einbeziehung Betroffener und die Umsetzung ihrer Erfahrungen in bauliche Anforderungen [...] besonders Wert gelegt.“ NA 005 DIN-Normenausschuss Bauwesen (NABau), unter www.nabau.din.de.

Diese DIN-Norm stellt vergleichsweise hohe Anforderungen an die Barrierefreiheit von Wohnungen und von dem unmittelbaren Wohnumfeld. Vielen Menschen mit Beeinträchtigungen ist aber auch schon mit barrierearmen Wohnungen gedient, die z.B. stufenlos und ohne Treppen zugänglich sind, aber die weiteren DIN-Kriterien nicht erfüllen, weil deren Herstellung baustrukturell häufig nicht möglich ist. Die Kriterien der KfW-Bankengruppe (KfW) zur Förderungsbewilligung eines barrierereduzierenden Umbaus stellen hingegen geringere technische Anforderungen.

Konzepte zu behindertengerechten oder altersgerechten, d.h. barrierefreien oder zumindest barrierearmen Bauweisen sind nicht exakt definiert. Dies erschwert eine umfassende Bestandsaufnahme der wohnräumlichen Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen und führt im Ergebnis zu einer insgesamt sehr lückenhaften Datenlage (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumordnung & Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2014: 78).

Die vorliegenden Studien befassen sich vorwiegend mit altersgerechtem Wohnen und zeigen allein für diesen Bereich bereits Defizite des Gebäudebestands in Deutschland auf. So haben nach den Ergebnissen der Studie „Wohnen im Alter“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2011) insgesamt 75% der Wohnungen älterer Menschen Treppenstufen im Eingangsbereich, darunter 32% mehr als drei Stufen. In der Hälfte der Wohnungen gibt es keinen schwellenfreien Zugang zu Außenflächen wie Balkon, Terrasse oder Garten und bei einem Viertel der Wohnungen sind die Bewegungsflächen im Bad zu klein (für weitere Ausführungen vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 171 f.). Im Rahmen der „Evaluation des KfW-Programms Altersgerecht Umbauen“ (Prognos, 2014) wurde bis zum Jahr 2030 allein für die Personengruppe der über 65-Jährigen mit Bewegungseinschränkungen ein Bedarf an 2,9 Mio. altersgerechten Wohneinheiten ermittelt. Dem steht ein Bestand von rd. 700.000 entsprechenden Wohneinheiten im Jahr 2013 gegenüber. Bund und KfW haben mit dem Förderprogramm „Altersgerecht umbauen“ seit dem Jahr 2009 bis Ende September 2016 die altersgerechte Sanierung von zusammen mehr als 280.000 Wohnungen unterstützt.

Bundesweite Erhebungen zum Stand der Barrierefreiheit in Haushalten von Menschen mit Beeinträchtigungen liegen derzeit nicht vor. Weitere Forschungsarbeiten sind notwendig, um ein umfassenderes Bild zum Stand der Barrierefreiheit in Häusern oder Wohnungen von Menschen mit Beeinträchtigungen zu erlangen. Von Interesse sind hierbei auch lokale Unterschiede, z.B. im Vergleich von städtischen und ländlichen Regionen, und zwar auch unter dem Aspekt, inwiefern barrierefreier Wohnraum infrastrukturell angebunden ist. So ist es nicht nur erforderlich, dass barrierefreie Wohnungen überhaupt zur Verfügung stehen, sondern sie müssen an grundlegende Versorgungsmöglichkeiten (wie z.B. Gesundheitsversorgung, Einkaufsmöglichkeiten oder Freizeitangebote) angebunden sein, um eine gute Wohnqualität für Menschen mit Beeinträchtigungen zu gewährleisten. Auch hierzu liegen bislang keine verallgemeinerbaren Forschungsergebnisse vor, so dass keine entsprechenden Einschätzungen getroffen werden können.

Vertiefende Informationen zu Unterstützungsleistungen zur barrierefreien Ausgestaltung des Wohnraums, die im Rahmen der Eingliederungshilfe geleistet werden, finden sich im Teil „weiterführende Daten“ (4.5.1.1).

4.1.2 Unterstützte Formen des Wohnens

Auf die Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen, denen ein eigenständiges Leben in Privathaushalten Schwierigkeiten bereitet, sind spezifische Wohnformen mit Unterstützung abgestimmt. Zu den organisierten Formen des Zusammenlebens zählen neben ambulant betreutem Einzelwohnen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften auch stationäre Wohneinrichtungen. Inwieweit Menschen mit Behinderungen ihren Wohnort tatsächlich ihren Wünschen entsprechend frei wählen können, wie es Artikel 19 UN-BRK als Ziel definiert, wurde bisher noch nicht auf repräsentativer Grundlage untersucht. Neben dem Angebot an geeigneten Wohnungen spielen hierbei weitere Faktoren wie das Alter, in dem Beeinträchtigungen erworben wurde, und die Unterstützungsressourcen der Angehörigen eine Rolle.

So leben Menschen mit früh erworbener Beeinträchtigung häufig bis in das späte Erwachsenenalter im Haushalt ihrer Eltern, während die Wohnformen von Menschen mit spät erworbener Beeinträchtigung eher denen der übrigen Bevölkerung gleichen. Auch die Art der Beeinträchtigungen und das Ausmaß des individuellen Hilfebedarfs können bestimmte Wohnbedarfe begründen. So lebten im Jahr 2000 etwa 90% der geistig mehrfach beeinträchtigten Menschen, die Unterstützung im Wohnalltag benötigen, in stationären Wohneinrichtungen (Dieckmann, 2012). Diese Wohnform entspricht nicht immer den Wohnpräferenzen der Menschen mit Beeinträchtigungen. Einer Befragung von 764 jungen Erwachsenen mit geistigen Beeinträchtigungen zufolge bevorzugt ein Großteil von ihnen ambulante Wohnangebote (Metzler & Rauscher, 2004).

Trend zum ambulant betreuten Wohnen

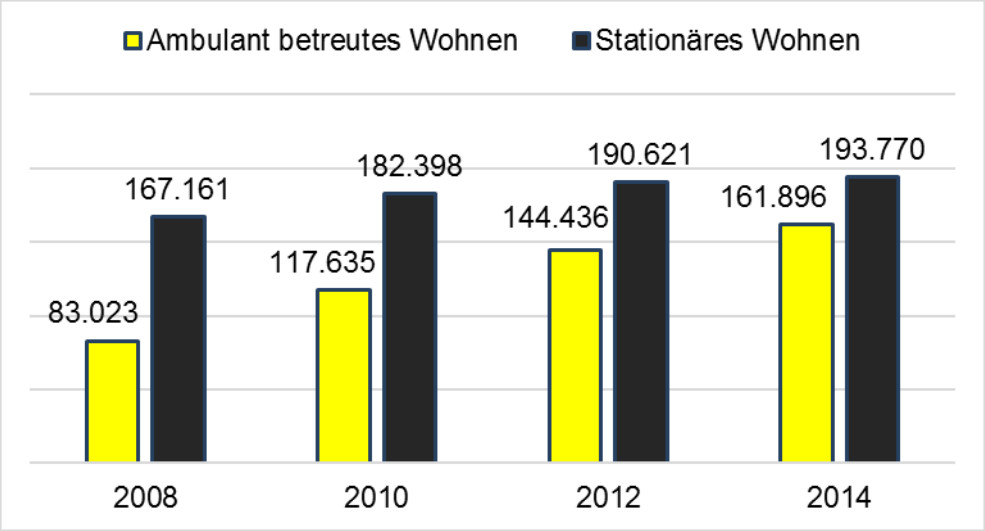
Das ambulant betreute Wohnen in einem Privathaushalt ermöglicht ein höheres Maß an selbstbestimmter Lebensführung als stationäre Wohnformen. Daher wird seit mehreren Jahren versucht, ambulant betreutes Wohnen zu stärken.

Evaluationsstudien zu diesem Prozess bestätigen, dass durch den Wechsel aus einer stationären Wohngruppe in einen eigenständigen Haushalt, wenn er durch eine konzeptionelle Weiterentwicklung der ambulanten Betreuung und eine Stärkung von Netzwerkbeziehungen begleitet wird, positive Veränderungen der Lebenssituation vollziehen. Die Wahrnehmung der eigenen Handlungsfähigkeit kann gestärkt werden, auch das Gefühl einer weitergehenden Eigenverantwortung und Selbstbestimmung im Alltag (Franz; Beck 2013: 106).

Im Zuge dieses Trends zur Stärkung ambulant betreuter Wohnformen ist ein Ausbau von Angeboten des ambulant betreuten Wohnens zu verzeichnen (Con_sens, 2015: 10 ff.).

Die Entwicklung der Zahl der Leistungsbeziehenden, die im Rahmen der Eingliederungshilfe Hilfen zum selbstbestimmten Leben im ambulant betreuten oder stationären Wohnen erhalten, unterstreicht diese Tendenz: Die Zahl der Leistungsbeziehenden des stationären Wohnens ist von 167.161 im Jahr 2008 um 16% auf 193.770 Personen im Jahr 2014 gestiegen (Abbildung 61). Die Zahl der Leistungsbeziehenden des ambulant betreuten Wohnens hat sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt, sie ist von 83.023 Personen (2008) um 95% auf 161.896 Personen (2014) gestiegen.

Abbildung 61: Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben im ambulant betreuten und stationären Wohnen nach § 53 SGB XII



Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Daten zum Jahresende, Darstellung des ISG.

Während von den insgesamt rd. 250.000 Leistungsbeziehenden zum selbstbestimmten Wohnen im Jahr 2008 noch ein Drittel Hilfen zum ambulant betreuten Wohnen erhielten, stieg dieser Anteil bis zum Jahr 2014 auf 46% der insgesamt rd. 356.000 Leistungsbeziehenden. Gleichzeitig wurden die Hilfen im Bereich des stationären Wohnens in diesem Zeitraum nicht abgebaut, aber die Zuwachsraten stiegen hier langsamer als die des ambulant betreuten Wohnens.

Eine nach dem Alter differenzierte Betrachtung zeigt, dass die jüngeren Leistungsberechtigten relativ häufiger Leistungen des ambulant betreuten Wohnens in Anspruch nehmen als die älteren (Tabelle 70). So lebten im Jahr 2014 die 18- bis 30-jährigen Leistungsberechtigten (49%) und die 30- bis 50-jährigen Leistungsberechtigten (51%) anteilig häufiger in ambulant betreuten Wohnmöglichkeiten als die 50- bis 65-jährigen Leistungsberechtigten mit 43% und die Leistungsberechtigten ab 65 Jahren mit 27%.

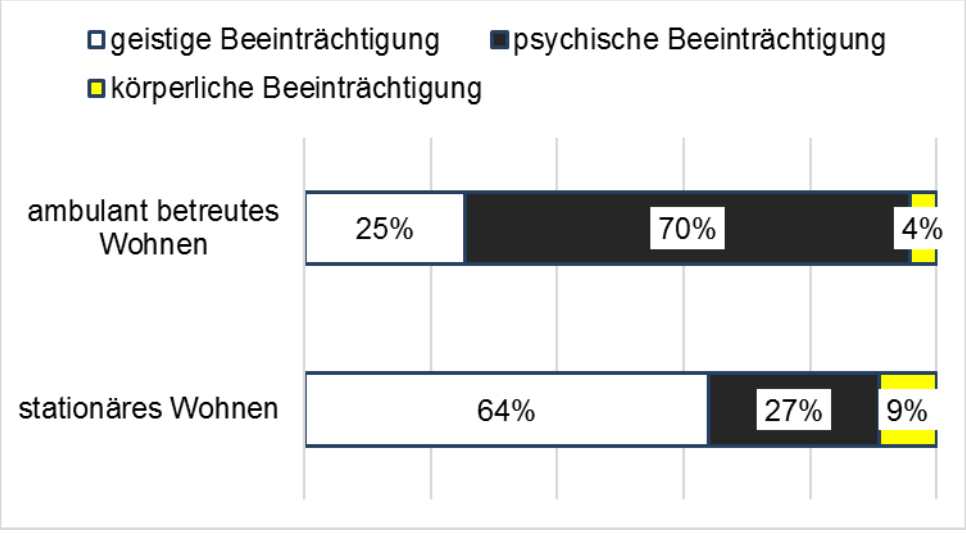
Tabelle 70: Leistungsbeziehende im ambulant betreuten und stationären Wohnen

	Insgesamt	Ambulant betreutes Wohnen		Stationäres Wohnen	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Zusammen	355.666	161.896	46%	193.770	54%
Alter					
bis 18	4.829	222	5%	4.607	95%
18 - 30	60.779	29.867	49%	30.912	51%
30 - 50	146.021	74.844	51%	71.177	49%
50 - 65	115.876	49.294	43%	66.582	57%
ab 65	28.161	7.669	27%	20.492	73%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2014, Daten zum Jahresende; Darstellung des ISG.

Spezifische Anforderungen an die Form der Wohnunterstützung unterscheiden sich auch nach der Form der Beeinträchtigung. Von den Bewohnern stationärer Einrichtungen haben 64% eine geistige Beeinträchtigung, 27% eine psychische und 9% eine körperliche Beeinträchtigung (Abbildung 62). Leistungen des ambulant betreuten Wohnens beziehen hingegen zu 25% Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, zu 70% Menschen mit psychischer und zu 4% Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung. Darin kommt zum Ausdruck, dass vor allem Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen von stationärem in ambulant betreutes Wohnen gewechselt sind.[72]

Abbildung 62: Form des unterstützten Wohnens nach Art der Beeinträchtigung



Quelle: Con_sens (2015), Darstellung des ISG.

[72] Weiterführende Informationen zu Hilfen zum selbstbestimmten Leben, die im Rahmen der Eingliederungshilfe geleistet werden, finden sich in Abschnitt 4.5.1.2.

Die Unterstützungsform des ambulant betreuten Wohnens unterscheidet weiterhin zwischen 143.318 Hilfen, die in der eigenen Wohnung geleistet werden (89% der Hilfen zum ambulant betreuten Wohnen), und 18.578 Hilfen in betreuten Wohngemeinschaften (11% der Hilfen zum ambulant betreuten Wohnen; (Tabelle 71). Die Zahl der Leistungsbeziehenden in dieser Wohnform hat sich im Zeitraum von 2008 bis 2014 mehr als verdoppelt.

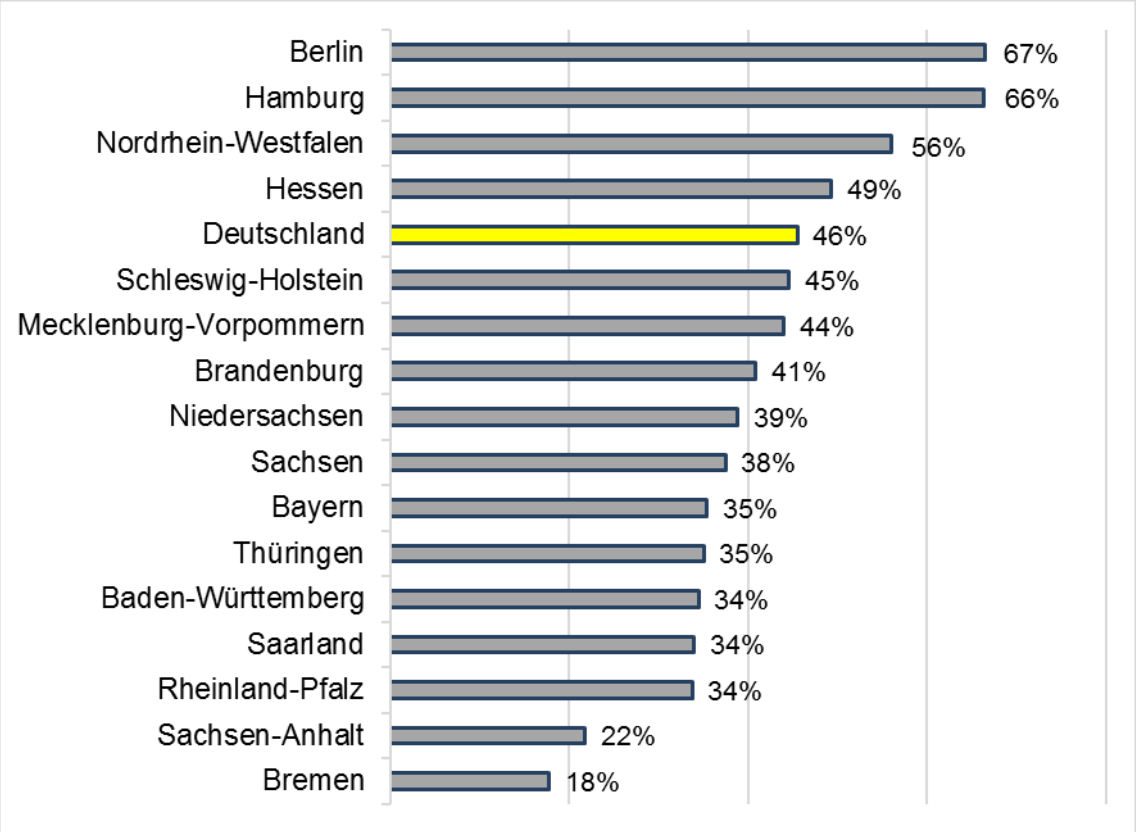
Tabelle 71: Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in einer ambulant betreuten Wohnform nach § 53 SGB XII

Jahr	Insgesamt	In eigener Wohnung	In einer Wohngemeinschaft
2008	83.023	74.301	8.722
2009	96.272	84.056	12.216
2010	117.635	104.471	13.164
2011	134.715	120.684	14.031
2012	144.436	128.829	15.607
2013	153.581	136.671	16.910
2014	161.896	143.318	18.578
Veränderung 2008 - 2014	+95%	+93%	+113%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Daten zum Jahresende, Darstellung des ISG.

Der Trend vom stationären Wohnen hin zum ambulanten Wohnen ist in den Bundesländern unterschiedlich fortgeschritten. Abbildung 63 zeigt für die einzelnen Bundesländer, wie hoch der jeweilige Anteil der Leistungsberechtigten, die ambulant betreut wohnen, an allen Leistungsberechtigten im Bereich des Wohnens ist. In Berlin (67%), Hamburg (66%) und Nordrhein-Westfalen (56%) liegt der Anteil der ambulant betreuten Leistungsberechtigten erheblich über dem bundesweiten Durchschnitt von 46%. Die Quoten weiterer vier Länder (Hessen, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg) liegen mit 41% bis 49% in etwa im bundesweiten Durchschnitt. Deutlich unterdurchschnittliche Quoten (18% bis 39%) weisen neun Bundesländer auf (Niedersachsen, Sachsen, Bayern, Thüringen, Baden-Württemberg, Saarland, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Bremen).

Abbildung 63: Anteil der Leistungsberechtigten, die ambulant betreut wohnen, an allen Leistungsberechtigten im Bereich des Wohnens



Quelle: Sozialhilfestatistik 2014, Daten zum Jahresende; Darstellung des ISG.

Wohnen in Gast- und Pflegefamilien

Eine weitere unterstützte Wohnform ist das Betreute Wohnen in Familien (BWF). Nach diesem Konzept lebt der Mensch mit Beeinträchtigungen bei einer Gastfamilie und wird von ihr umfassend betreut und begleitet. Mit dem Konzept des BWF sollen die personenzentrierte Betreuung entsprechend dem individuellen Hilfebedarf, die von der Gastfamilie geleistet wird, und die Gemeindeintegration erreicht werden. Die Auswahl und Begleitung der Gastfamilie und des bzw. der Betroffenen erfolgt durch einen Fachdienst (vgl. auch Konrad, Becker & Eisenhut, 2012). Die Finanzierung des Betreuten Wohnens in Familien ist vorwiegend eine Leistung der Sozialhilfe nach SGB XII und hat mehrere Bestandteile. Das Betreuungsentgelt an die Gastfamilie wird im Rahmen der Sozialhilfe durch die Eingliederungshilfe (Kap. 6 SGB XII) oder die Hilfe zur Pflege (Kap. 7 SGB XII) finanziert, Unterkunft und Verpflegung sowie Taschengeld durch die Hilfe zu Lebensunterhalt (Kap. 3 SGB XII).

Die Betreuung von Kindern mit einer Behinderung in einer Pflegefamilie wird nach § 54 Absatz 3 SGB XII dann gewährt, wenn eine geeignete Pflegeperson Kinder bzw. Jugendliche über Tag und Nacht in ihrem Haushalt versorgt und dadurch der Aufenthalt in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe vermieden oder beendet werden

kann.[73] Informationen über Anzahl der in Pflegefamilien betreuten Kinder mit Behinderungen sowie über die hierfür entstehenden Kosten werden in der Sozialhilfestatistik nicht gesondert ausgewiesen.

Betreute Wohneinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen

Im Rahmen der Jugendhilfe werden nach § 35a SGB VIII Leistungen in betreuten Wohneinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit (drohenden) seelischen Behinderungen sowie für junge Erwachsene unter 27 Jahren mit (drohenden) seelischen Behinderungen erbracht. Zum Jahresende 2014 lebten 11.751 Kinder, Jugendliche sowie junge Erwachsene mit (drohenden) seelischen Behinderungen in betreuten Wohneinrichtungen, darunter waren 8.388 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Diese Anzahl ist seit dem Jahr 2008 um 34% gestiegen.

Für Kinder und Jugendliche mit geistiger oder körperlicher Behinderung ist die Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel SGB XII zuständig. Am Jahresende 2014 lebten 4.607 dieser Kinder in stationären Wohneinrichtungen, dies sind 22% mehr als im Jahr 2008 (Tabelle 72). Rechnet man beide Formen der Eingliederungshilfe zusammen, so bezogen am Jahresende 2014 insgesamt 12.995 Kinder mit Behinderungen Leistungen der Eingliederungshilfe in stationären Wohneinrichtungen (29% mehr als im Jahr 2008).

Tabelle 72 Leistungsbeziehende von Eingliederungshilfe unter 18 Jahren in stationären Wohneinrichtungen

Jahr	nach § 35a SGB VIII	nach SGB XII	Insgesamt
2008	6.277	3.791	10.068
2009	6.869	3.714	10.583
2010	7.419	4.063	11.482
2011	7.760	4.112	11.872
2012	7.646	4.420	12.066
2013	8.173	4.360	12.533
2014	8.388	4.607	12.995
Veränderung 2008-2014	34%	22%	29%

Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2008 bis 2014, Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Daten zum Jahresende, Berechnung des ISG.

[73] Derzeit benötigt die Pflegeperson eine Erlaubnis nach § 44 SGB VIII. Diese Regelung tritt am 31. Dezember 2018 außer Kraft.

4.1.3 Wohnsituation von Menschen mit Pflegebedarf

Aufgrund von schweren Beeinträchtigungen kann Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) bestehen. Angesichts der demografischen Entwicklung ist künftig von einer starken Zunahme der Menschen mit Pflegebedarf auszugehen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008).

Am Jahresende 2013 bezogen insgesamt 2,63 Mio. Personen Leistungen der Pflegeversicherung (3,3% der Bevölkerung), davon wohnten 764.431 Personen in stationären Pflegeeinrichtungen (29%) und 1,86 Mio. Personen in Privathaushalten (71%; Tabelle 73). Seit dem Jahr 2007 ist die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,22 Mio. um 18% auf 2,63 Mio. Personen gestiegen. In diesem Zeitraum ist die Zahl der Pflegebedürftigen, die in stationären Pflegeeinrichtungen wohnen, um 11% gestiegen, die Zahl der Pflegebedürftigen in Privathaushalten dagegen um 21%.

Tabelle 73: Pflegebedürftige nach Wohnsituation

Jahr	Pflegebedürftige insgesamt	In stationären Einrichtungen	In Privathaushalten
2007	2.223.600	686.082	1.537.518
2009	2.338.254	717.491	1.620.763
2011	2.501.441	743.120	1.758.321
2013	2.626.206	764.431	1.861.775
Veränderung seit 2007	+18%	+11%	+21%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015c), Daten zum Jahresende, Darstellung des ISG.

Von den rd. 1,86 Mio. pflegebedürftigen Menschen in Privathaushalten wurden im Jahr 2013 rd. 1,25 Mio. allein durch Angehörige gepflegt und rd. 600.000 zusammen mit oder durch ambulante Pflegedienste (Tabelle 74). Seit 2007 ist die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause durch Angehörige oder durch ambulante Pflegedienste gepflegt werden, um jeweils etwa 20% gestiegen.

Tabelle 74: Pflegebedürftige in häuslicher Pflege

Jahr	Pflege allein durch Angehörige	Pflege durch ambulante Pflegedienste
2007	1.033.286	504.232
2009	1.065.564	555.198
2011	1.182.057	576.264
2013	1.245.929	615.846
Veränderung 2007 – 2013	+21%	+22%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015c), Berechnung des ISG.

4.2 Barrierefreiheit

„Barrierefreiheit bedeutet einen umfassenden Zugang und uneingeschränkte Nutzungschancen aller gestalteten Lebensbereiche.“[74] Nach § 4 BGG sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen dann barrierefrei, „wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind“ (ebd.). Eine barrierefreie Gestaltung des öffentlich zugänglichen Raums und des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs sind ebenso wie Möglichkeiten einer barrierefreien Kommunikation und Informationsbeschaffung wesentliche Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Gestaltung des alltäglichen Lebens und damit der Teilhabe. Nach Artikel 9 UN-BRK treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen den gleichwertigen Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln und zur Kommunikation sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten zu gewährleisten, die der Bevölkerung offenstehen oder für sie bereitgestellt werden.

4.2.1 Öffentlich zugänglicher Raum

Hinsichtlich der Gestaltung des öffentlich zugänglichen Raums ist es eine Aufgabe insbesondere der Kommunen, die entsprechenden Vorgaben des Artikel 9 UN-BRK umzusetzen. So ist es erforderlich, Wohnquartiere so umzubauen bzw. zu gestalten, dass eine möglichst selbstständige Lebensführung in der Wohnung und Wohnumgebung möglich ist. Hinzu kommt die Verpflichtung zu einer barrierefreien Gestaltung öffentlich zugänglicher Gebäude sowie des öffentlichen Verkehrs- und Freiraumes. Die DIN-Norm 18040-1 „Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen - Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude“ bezieht sich insbesondere auf[75]

- Einrichtungen der Kultur und des Bildungswesens,
- Sport- und Freizeitstätten,
- Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Büro-, Verwaltungs- und Gerichtsgebäude,
- Verkaufs- und Gaststätten,
- Stellplätze, Garagen und Toilettenanlagen.

Die DIN-Norm 18040-3 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen: Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum“ beinhaltet weitere Bestimmungen zur Barrierefreiheit im öffentlichen Raum. Diese beziehen sich u.a. auf

---

[74] Homepage der Behindertenbeauftragten zum Thema: Was ist Barrierefreiheit?, unter http://www.behindertenbeauftragte.de

[75] Die genannte DIN-Norm 18040-1 hat DIN 18024-2:1996-11 ersetzt. Die Einführung der Norm bzw. einzelner Punkte in den technischen Baubestimmungen liegt in der Zuständigkeit der Länder.

- Wegeverbindungen und –ketten, Flächen- und Raumbedarf
- Bodenbeläge
- Leitsysteme wie z.B. Bodenindikatoren und akustische Signale
- Rampen, Aufzüge und Treppen
- Haltestellen und Gleise
- weitere Infrastrukturelemente wie z.B. die Möblierung im öffentlichen Raum, die Bedienung von Einbauten und Geldautomaten sowie die Gestaltung von Informationselementen und Hinweistafeln.

Landesrechtliche Bestimmungen konkretisieren die Umsetzung einer barrierefreien Gestaltung von öffentlich zugänglichen Gebäuden und des öffentlichen Raums. Einige Studien befassen sich mit kommunalen Strategien zur barrierefreien Gestaltung von Gebäuden und des Wohnumfelds (z.B. Arbeitsgemeinschaft Angewandte Geographie & Europäisches Institut Design für Alle in Deutschland, 2008; Böcker et al., 2012).

Erkenntnisse über die Barrierefreiheit des öffentlichen Raums aus Sicht von Menschen mit Beeinträchtigungen liegen auf Basis der Studie „Aktion Mensch Barriereindex 2012“ vor. Hiernach sehen rd. 90% der Menschen mit Beeinträchtigungen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Barrierefreiheit bei der öffentlichen Infrastruktur und der Zugänglichkeit von öffentlichen Gebäuden und Plätzen (Klenk & Hoursch, 2012).

Barrierefreiheit im öffentlich zugänglichen Raum betrifft auch Angebote von privaten Dienstleistern wie z.B. Cafés, Restaurants oder Gaststätten, also Orten des gesellschaftlichen Lebens, an denen soziale Beziehungen geknüpft und gepflegt werden. Im privatwirtschaftlichen Bereich gibt es keine gesetzliche Verpflichtung zur barrierefreien Gestaltung. Bei Neubauten sind nach den Bauordnungen der Länder Regelungen zur Barrierefreiheit zu beachten: „Bauliche Anlagen, die öffentlich zugänglich sind, müssen in den dem allgemeinen Besucher- und Benutzerverkehr dienenden Teilen barrierefrei sein“ (§ 50 Abs. 2 Musterbauordnung). Bundesweite Daten zum Stand der Barrierefreiheit in Gastronomiebetrieben liegen nicht vor. Regional begrenzte Studie zeigen jedoch auf, dass selbst in urbanisierten Gegenden wie z.B. in Münster weniger als 10% der Restaurants, Gaststätten und Cafés barrierefrei für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen sind (Foschepoth et al., 2009).

4.2.2 Mobilität

Eine gleichberechtigte Teilhabe umfasst auch die Möglichkeit, ungehindert die Orte erreichen zu können, die man erreichen will. Dies gilt ausdrücklich nicht nur für die Erreichbarkeit eines Arbeitsplatzes, sondern bezieht sich auf alle Lebensbereiche. Dabei ergänzen sich auf Basis der UN-BRK zwei Aspekte: Erstens die Zielvorgabe des gleichberechtigten Zugangs zu Transportmitteln aller Art nach Artikel 9 UN-BRK und zweitens die

Frage der persönlichen Mobilität und der hierfür bereitzustellenden Hilfsmittel nach Artikel 20 UN-BRK.

Öffentlicher Personenverkehr

Für einen barrierefreien Personenverkehr bedarf es zum einen barrierefreier Fahrzeuge und zum anderen barrierefreier Zugänge zu ihnen. Wichtige Anbieter im öffentlichen Personenverkehr sind die Deutsche Bahn AG (DB AG) sowie die Verkehrsunternehmen des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV). Die DB Station & Service AG betreibt bundesweit rund 5.400 Bahnhöfe, von denen im Jahr 2016 rd. 76% insofern barrierefrei gestaltet waren, als die Bahnhöfe stufenfrei vom öffentlichen Raum über Gehwege, höhengleiche Gleisübergänge, lange Rampen oder Aufzüge erreichbar waren. Jährlich werden nach Angaben des Unternehmens rd. 100 Bahnhöfe barrierefrei ausgebaut. Ein Kriterium für Barrierefreiheit ist auch die Höhe der Bahnsteige. Sofern passende Fahrzeuge eingesetzt werden, war im Jahr 2016 bei etwa 59% der Bahnsteige ein niveaugleicher Einstieg möglich. Die Erhöhung der niedrigeren Bestandsbahnsteige wird nach Angaben der DB eine Aufgabe für die nächsten Jahrzehnte bleiben (Deutsche Bahn AG, 2016).

Für blinde und sehbehinderte Menschen sind bisher ca. 4.650 Bahnsteige (50%) mit einem taktilen Leitsystem aus sogenannten „Bodenindikatoren“ (im Boden eingelassene Orientierungshilfen) ausgestattet. Weitere Ausstattungen für barrierefreie Zugänge wie Handlaufbeschriftungen mit Prismen- oder Brailleschrift an den Treppen zu den Bahnsteigen und in den Bahnhofshallen sowie Tafeln mit taktilen, per Hand ertastbaren Lageplänen gibt es bislang nur in wenigen Bahnhöfen (Deutsche Bahn AG, 2016).

Der Fuhrpark im Fernverkehr (ICE und IC) wird nach Angaben der DB AG sukzessive barrierefrei gestaltet. Neuere ICE-Züge verfügen über zwei Rollstuhlstellplätze mit Hubtisch und Serviceruf, ein taktiles Leitsystem, Haltestangen in längeren Gangbereichen sowie über eine verbesserte Trittstufen- und Innentürenkennzeichnung. Die Sitze sind mit Haltegriffen und taktilen Sitzplatznummern ausgestattet (Deutsche Bahn AG, 2016). Im Jahr 2015 wiesen jedoch viele ältere IC und ICE-Züge mit Blick auf die Barrierefreiheit noch Defizite auf. Somit waren im gesamten Bestand lediglich 4% der ICE-Züge vollständig barrierefrei, 16% waren weitgehend barrierefrei gemäß der Technischen Spezifikation für Interoperabilität für mobilitätseingeschränkte Reisende (TSI PRM) und 79% waren nur teilweise barrierefrei. Bei den IC-Zügen war der Stand der Barrierefreiheit noch weniger fortgeschritten. So waren 6% vollständig barrierefrei, 15% weitgehend barrierefrei und weitere 42% nur teilweise barrierefrei. 37% der IC-Züge waren hingegen nicht barrierefrei (Deutsche Bahn Fernverkehr AG, 2016).

Im Bereich des Schienenpersonennahverkehrs sind 60 Prozent der von der DB AG eingesetzten Fahrzeuge barrierefrei mit fahrzeuggebundener Ein- und Ausstiegshilfe, rollstuhlgerechten Toiletten und digitalen Informationssystemen ausgestattet (Deutsche

Bahn AG, 2016). Die Wettbewerber der DB AG im Schienenpersonennahverkehr erbringen inzwischen aber fast 30% der Verkehrsleistung; insoweit liegen keine Zahlen vor.

Nach Angaben des Verbandes Deutscher Verkehrsunternehmen (VDV)[76] waren zum Ende des Jahres 2014 insgesamt 51% aller Busse als Niederflurbusse im Einsatz; im innerstädtischen Verkehr waren es 87%, aber im Überlandverkehr offenbar nur 13% (Tabelle 75).

Tabelle 75: Busse im VDV – Anteile der Niederflurbusse

	2010		2014	
	Anzahl	davon Niederflurbauweise	Anzahl	davon Niederflurbauweise
eigene und angemietete Busse zusammen				
Insgesamt	36.451	67%	36.128	51%
Stadtbusse	21.002	87%	18.610	87%
Überlandbusse	15.373	40%	17.447	13%
Trolleybusse	76	keine Angabe	71	87%
nur eigene Busse von VDV-Unternehmen				
Insgesamt	23.242	78%	22.187	64%
Stadtbusse	15.290	92%	14.128	87%
Überlandbusse	7.876	51%	7.988	22%
Trolleybusse	76	keine Angabe	71	87%

Quelle: VDV (2010, 2014), Daten zum Stichtag 31.12., Darstellung des ISG.

Im Vergleich mit dem Jahr 2010 scheint vor allem der Anteil der Überlandbusse mit Niederflurbauweise stark abgenommen zu haben. Diese Abnahme resultiert jedoch daraus, dass seit 2013 keine differenzierte Angabe mehr über die Zuordnung der im Bestand der DB-Gruppe befindlichen Busse erfolgt. Der aktuelle Anteil der Niederflurbusse an den Überlandbussen ist demzufolge nicht identifizierbar (2010 lag er bei 40%). Gleichwohl ist aufgrund des Vergleichs von Stadt- und Überlandbussen davon auszugehen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im ländlichen Raum mit besonderen Zugangsbarrieren zum ÖPNV konfrontiert sind.

Bei dem Prozess zur Schaffung barrierefreier Mobilität insgesamt kommt es darauf an, dass die einzelnen Komponenten reibungslos ineinandergreifen. So müssen auch die

[76] Der Verband deutscher Verkehrsunternehmen ist ein Zusammenschluss von Verkehrsunternehmen mit bundesweit rd. 600 Mitgliedern aus dem Öffentlichen Personennahverkehr und dem Schienengüterverkehr.

Übergänge zwischen den verschiedenen Systemen der Personenbeförderung barrierefrei sein, damit eine geschlossene Beförderungskette gesichert ist. Darüber, in welchem Ausmaß es bei diesen Übergängen zu Schwierigkeiten kommt, liegen keine Daten vor.[77]

Nach dem „Aktion Mensch Barriereindex 2012“ beurteilen weniger als die Hälfte der befragten Menschen mit Beeinträchtigungen den öffentlichen Nahverkehr, Fernbahnhöfe sowie Flughäfen als „uneingeschränkt zugänglich“ (Klenk & Hoursch, 2012).

Die gewerbliche Beförderung von Personen in Schienenfahrzeugen wie Straßen-, Stadt- und U-Bahnen sowie Bussen ist im Personenbeförderungsgesetz (PBefG) geregelt. Nach seiner Novellierung im Jahr 2013 müssen im Nahverkehrsplan, den die für den öffentlichen Personennahverkehr zuständigen Aufgabenträger in der Regel erstellen, die Belange der in ihrer Mobilität oder sensorisch eingeschränkten Menschen mit dem Ziel berücksichtigt werden, für die Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs bis zum 1. Januar 2022 eine vollständige Barrierefreiheit zu erreichen (§ 8 Absatz 3, Satz 3 PBefG). Soweit dies nachweislich aus technischen oder wirtschaftlichen Gründen unumgänglich ist, können die Länder außerdem den Zeitpunkt abweichend festlegen sowie Ausnahmetatbestände bestimmen, die eine Einschränkung der Barrierefreiheit rechtfertigen. Eine Nichteinhaltung der genannten Frist muss konkret benannt und begründet werden. Der VDV erarbeitete einen diesbezüglichen Leitfaden für die Verkehrsunternehmen, in dem die Möglichkeiten und insbesondere auch die Grenzen für die Umsetzung der Anforderungen dargestellt werden sollen. Allerdings bezweifeln die Verkehrsunternehmen schon aufgrund des Nachholbedarfs, dass bis zum Jahr 2022 eine vollständige Barrierefreiheit erreicht werden kann (Verband Deutscher Verkehrsunternehmen, 2015: 53).

Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft ÖPNV (BAG ÖPNV) bezieht Stellung zum novellierten PBefG und kritisiert eine mangelnde Definition des Begriffs der vollständigen Barrierefreiheit sowie die fehlende Verbindlichkeit der gesetzlichen Regelung: „Betrachtet man das Gesetzgebungsverfahren, wird zunächst zumindest deutlich, dass der Gesetzgeber bei dem Begriff der ‚vollständigen‘ Barrierefreiheit nicht von einer vollständigen Nachbesserung des bestehenden ÖPNV-Systems schon bis 2022 ausging, sondern von einer schrittweisen Umsetzung im Rahmen anstehender Modernisierungs- und Investitionsmaßnahmen und –zyklen“ (BAG ÖPNV, 2014: 7). Gesetzlich verpflichtend sei zudem lediglich, das Ziel der vollständigen Barrierefreiheit zu verfolgen, nicht jedoch die tatsächliche Beseitigung von bestehenden Barrieren. Die BAG ÖPNV betont jedoch die Notwendigkeit der Umrüstung von bestehenden Anlagen und Fahrzeugen bereits vor

[77] Hierzu gibt es einzelne Erfahrungsberichte. So verfügt z.B. der ICE-Bahnhof in Ludwigslust (zwischen Hamburg und Berlin) als Umsteigebahnhof für Reisende nach Schwerin, Rostock oder Wismar über keinen Fahrstuhlzugang zu den Bahnsteigen. Hier umsteigende Rollstuhlfahrer werden nach Anmeldung von einigen Ehrenamtlichen über die Treppen getragen.

den vorhergesehenen Modernisierungs- und Investitionszyklen. Hierfür sei eine sachgerechte personelle und finanzielle Ausstattung der Aufgaben- und Baulastträger vom Bund und den Ländern erforderlich (ebd. 4 ff.).

Weitere Mobilitätshemmnisse im öffentlichen Raum

Zu weiteren Mobilitätshemmnissen im öffentlichen Raum für Menschen mit Beeinträchtigungen liegen bislang keine bundesweiten Informationen vor. Einen Eindruck über grundsätzliche Probleme, die sich in diesem Zusammenhang ergeben, können erneut nur regional begrenzte Studien liefern. In einer Erhebung zur Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen in München berichtet ein Großteil der Befragten von Mobilitätshemmnissen im öffentlichen Raum. Als wesentliche Mobilitätshemmnisse werden an erster Stelle fehlende barrierefreie öffentliche Toiletten genannt, gefolgt von zu kurzen Grünphasen bei Ampelanlagen. Auch weitere Probleme im Straßenverkehr wie z.B. die Breite der Gehwege, fehlende Übergänge für Fußgänger sowie ein Mangel an Behindertenparkplätzen werden als Mobilitätshemmnisse genannt (Sozialreferat der Landeshauptstadt München, 2014: 55). Auch der Sozialverband VdK benennt Mobilitätshemmnisse für Menschen mit Beeinträchtigungen im öffentlichen Raum. Neben baulichen Barrieren und unzureichenden Servicezeiten in Bahnhöfen wird auf eine mangelnde Barrierefreiheit von Taxen und Mietwagen hingewiesen. Darüber hinaus ist auch der Flugverkehr aufgrund fehlender Barrierefreiheit des Kabinendesigns (z.B. Sitzplätzen, Toiletten) für Menschen mit Beeinträchtigungen nicht uneingeschränkt nutzbar (VdK, o.J.).

Weiterführende Informationen zu mobilitätsbezogenen Hilfen finden sich in Abschnitt 4.5.3.

4.2.3 Information und Kommunikation

Eine Grundvoraussetzung gesellschaftlicher Teilhabe ist die Möglichkeit, ungehindert mit anderen kommunizieren zu können. Ebenso muss der Zugang zu allen benötigten Informationen uneingeschränkt möglich sein. Unter dem Begriff „Zugänglichkeit“ werden nach Artikel 9 UN-BRK neben dem räumlichen Aspekt auch der Zugang zu Informationen im Allgemeinen und insbesondere zu neueren Informations- und Kommunikationstechnologien betont. Ergänzend hervorzuheben ist das Recht von Menschen mit Behinderungen auf gleichberechtigten Zugang zu Informationen nach Artikel 21 UN-BRK.

Bereitstellung barrierefreier Information

Der Fachausschuss der Vereinten Nationen mahnt in seinen Abschließenden Bemerkungen in Bezug auf das Recht auf Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport nach Artikel 30 UN-BRK (CRPD, 2015) an, dass Deutschland geeignete Maßnahmen treffen soll, um blinden und sehbehinderten Personen oder Personen, die sonstige Schwierigkeiten beim Zugang zu veröffentlichten Werken aller Art haben, den Zugang hierzu zu erleichtern. Insbesondere wird die Ratifizierung des Vertrags von

Marrakesch zur Erleichterung des Zugangs zu veröffentlichten Werken für blinde, sehbehinderte oder sonst lesebehinderte Personen empfohlen, die bislang noch nicht erfolgt ist und derzeit auf EU-Ebene verhandelt wird (Stand 01.12.2015). Über die Anzahl der verfügbaren Werke für blinde und sehbehinderte Personen liegen keine belastbaren Informationen vor. Einschätzungen des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbands (DBSV), des Deutschen Vereins der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf (DVBS) und der Mediengemeinschaft für blinde und sehbehinderte Menschen (MediBuS) zufolge sind lediglich drei Prozent aller Literatur im deutschsprachigen Raum für blinde und sehbehinderte Menschen zugänglich. Unterhaltungsliteratur macht dabei den größten Anteil der verfügbaren Literatur aus.

Die Bereitstellung von Texten und Broschüren sowie die Gestaltung von Internetseiten in leichter Sprache sind wichtig, um Menschen mit Lernbeeinträchtigungen, Einschränkungen der Lesefähigkeit oder weniger guten Deutschkenntnissen den Zugang zu Informationen zu ermöglichen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat in Zusammenarbeit mit dem „Netzwerk Leichte Sprache“ eine Broschüre mit Richtlinien und Empfehlungen herausgegeben (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014c). Über den Stand der Verfügbarkeit von Informationen in leichter Sprache liegen derzeit keine repräsentativen Daten vor.

Leitsysteme und Orientierungshilfen im öffentlichen Raum ermöglichen bzw. erleichtern es, persönliche Angelegenheiten selbstbestimmt erledigen zu können. Die Möglichkeit, Medien (Printmedien, Radio, Fernsehen, Internet) zur Informationsbeschaffung zu nutzen, ist ein weiterer Aspekt der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Nach § 11 BGG sind Träger öffentlicher Gewalt[78] aufgefordert, ihre Internetauftritte und -angebote sowie die von ihnen zur Verfügung gestellten grafischen Programmoberflächen, die mit Mitteln der Informationstechnik dargestellt werden, so zu gestalten, dass sie von Menschen mit Beeinträchtigungen grundsätzlich uneingeschränkt genutzt werden können.

Für einen barrierefreien Zugang zu Informationen müssen alle Formen von Kommunikationsbeeinträchtigungen in den Blick genommen werden. Aufgrund der Vielschichtigkeit und Komplexität dieser Thematik liegen zur Bereitstellung barrierefreier Informationen nur punktuell Daten vor. Eine Studie der Aktion Mensch zur Nutzung von Web 2.0-Anwendungen durch Menschen mit Beeinträchtigungen beschäftigt sich z.B. mit Barrieren im Internet. Ziel ist es, innovative Lösungen zum Abbau dieser Barrieren zu entwickeln

[78] Dies sind nach § 7 Absatz 1 Satz 1 BGG Einrichtungen der Bundesverwaltung, einschließlich der bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts sowie Landesverwaltungen, einschließlich der landesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts, soweit sie Bundesrecht ausführen.

und zu verbreiten. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass eine mangelnde Barrierefreiheit im Internet insbesondere Menschen mit Sehbeeinträchtigungen und Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen betrifft. Während die zunehmend visuelle Ausrichtung von Internetseiten Menschen mit Sehbeeinträchtigungen vor Probleme stellt, ist für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen vor allem das Verständnis der angebotenen Informationen problematisch (Aktion Mensch, 2010). An dieser Stelle bedarf es eines weiteren Ausbaus des Informationsangebots in leichter Sprache. Inwiefern weitere Kommunikationsmedien sowie Informations- und Beratungsangebote von Menschen mit Beeinträchtigungen genutzt werden können, bleibt aufgrund fehlender empirischer Daten unklar.

Einzelne Erhebungen vermitteln einen Eindruck davon, welche Teilhabebarrieren bestehen können. So waren etwa in 2015 rund 96% der TV-Angebote der acht größten Privatsender in Deutschland nicht untertitelt, d.h. für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen kaum nutzbar. Neben fehlenden barrierefreien Angeboten von privaten Fernsehsendern weist der VdK darauf hin, dass auch private Internetportale für Menschen mit Beeinträchtigungen oftmals nicht nutzbar seien. Der VdK plädiert daher für eine gesetzliche Verpflichtung von privaten Dienstleistern zur barrierefreien Gestaltung ihrer Angebote.[79]

Bei Kinofilmen hat der Bundesgesetzgeber im Filmförderungsgesetz bereits dafür Sorge getragen, dass alle von der Filmförderungsanstalt geförderten Filme mit einer Untertitelung bzw. Audiodeskription versehen sind. Der Regierungsentwurf für das Filmförderungsgesetz 2017 schreibt zudem ausdrücklich vor, dass diese barrierefreien Filmfassungen auch marktgerechte und kinogeeignete Qualität haben müssen. Damit das Publikum auch tatsächlich in ihren Genuss kommt, ist die Förderung u.a. von Kinos an die Voraussetzung geknüpft, dass die barrierefreie Fassung Filme auch in geeigneter Weise zugänglich macht. Da sich die meisten deutschen Filmförderungseinrichtungen am Filmförderungsgesetz orientieren, ist gewährleistet, dass alle geförderten deutschen Kinofilme in barrierefreier Fassung vorliegen.

Vertiefende Informationen zu Unterstützungsleistungen zur Kommunikation finden sich in Abschnitt 4.5.4.

4.3 Selbstbestimmte Lebensführung

Menschen mit Beeinträchtigungen werden in vielfältiger Weise behindert, ihr Leben selbstbestimmt zu führen. Deshalb kommt Selbsthilfeorganisationen und Betroffenenverbänden eine wichtige Funktion bei der Durchsetzung der Rechte auf ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Beeinträchtigungen zu. Darüber hinaus gibt es eine

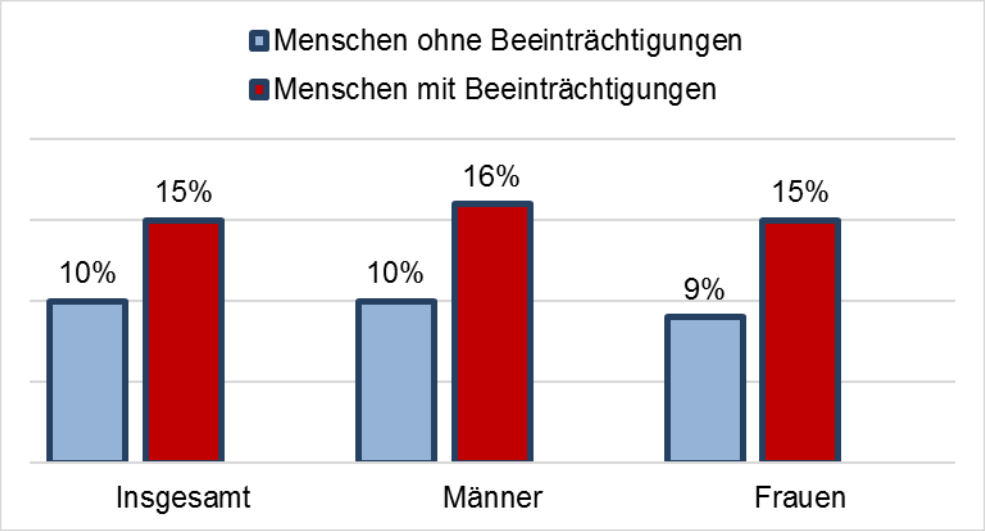
[79] Vgl. Themenblatt des Sozialverbands VdK „Barrierefreiheit bei privaten Gütern und Dienstleistungen“, http://www.weg-mit-den-barrieren.de/fileadmin/downloads/VdK_Private_ Gueter_ und_Dienstleistungen.pdf (29.04.2016).

Reihe weiterer Unterstützungsleistungen, um Menschen mit Beeinträchtigungen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.

4.3.1 Erfahrene Fremdbestimmung

Menschen mit Beeinträchtigungen machen häufiger die Erfahrung, dass andere über ihr Leben bestimmen, als Menschen ohne Beeinträchtigung: Im Jahr 2010 gaben 15% der Menschen mit Beeinträchtigungen gegenüber 10% der Menschen ohne Beeinträchtigungen an, diese Erfahrung zu machen (Abbildung 64).[80] Zwischen Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen bestehen keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die erfahrene Fremdbestimmung.

Abbildung 64: Erfahrungen der Fremdbestimmung

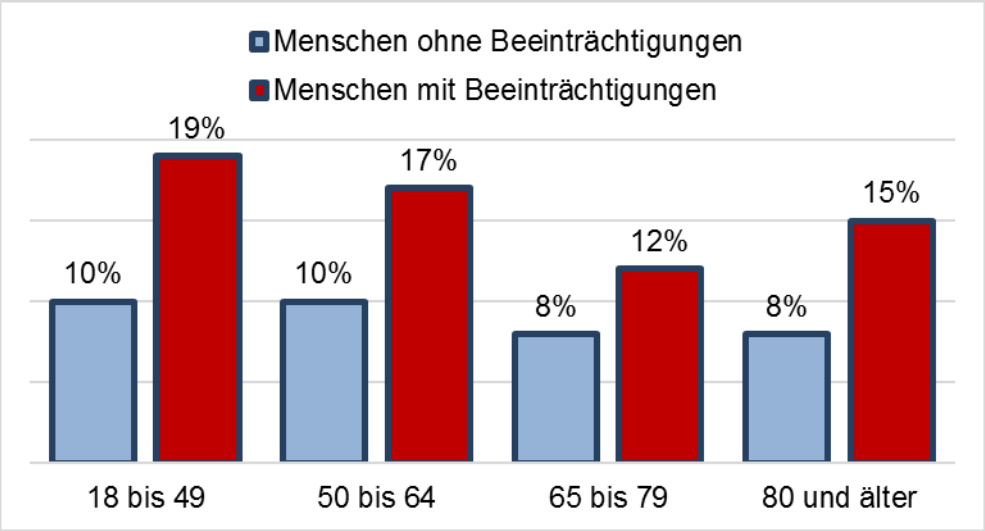


Quelle: SOEP 2010 (gewichtet), Zustimmung zu der Aussage: „Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen“ auf einer siebenstufigen Skala von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 „stimme voll und ganz zu“, hier die Ausprägungen 6 bis 7, Berechnung des ISG.

Jüngere Menschen ohne Beeinträchtigungen erfahren häufiger Fremdbestimmung (10%) als ältere und hochaltrige Menschen ohne Beeinträchtigungen (8%; Abbildung 65). Bei den Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt sich ein etwas anderer altersabhängiger Verlauf. So machen 19% der jüngeren Menschen mit Beeinträchtigungen (18 - 49 Jahre) häufig die Erfahrung, dass andere über ihr Leben bestimmen. Dieser Anteil nimmt im weiteren Lebensverlauf ab und beträgt bei den 65- bis 79-Jährigen mit Beeinträchtigungen 12%. Die erfahrene Fremdbestimmung steigt mit zunehmendem Alter wieder an und liegt bei den Hochaltrigen mit Beeinträchtigungen bei 15%.

[80] In den nachfolgenden Befragungswellen 2012 und 2014 des SOEP wurde die Frage nach der erfahrenen Fremdbestimmung nicht aufgenommen, so dass hier lediglich die Ergebnisse aus der Befragungswelle 2010 abgebildet werden können. Vgl. hierzu auch Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013a: 182 f.).

Abbildung 65: Erfahrungen der Fremdbestimmung nach Alter



Quelle: SOEP 2010 (gewichtet); Berechnung des ISG.

In diesem Zusammenhang ist besonders zu berücksichtigen, dass die dargestellten Ergebnisse auf der Befragung von Personen beruhen, die in Privathaushalten leben. Bei Personen, die in Wohneinrichtungen leben, ist die Erfahrung von Fremdbestimmung vermutlich noch ausgeprägter.

4.3.2 Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbände

Selbsthilfeorganisationen und Verbände behinderter Menschen leisten einen bedeutenden Beitrag zur gleichberechtigten Teilhabe beeinträchtigter und von Beeinträchtigungen bedrohter Menschen am gesellschaftlichen Leben. Der Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK formuliert das Ziel, die Handlungskompetenz der Verbände behinderter Menschen zur Inanspruchnahme der ihnen zustehenden Rechte zu stärken und betont gleichzeitig den Wert dauerhafter Vernetzung der Selbsthilfe untereinander (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011: 84 f.).

In Deutschland gibt es zahlreiche Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen sowie von Menschen mit chronischen Erkrankungen.

Die Behindertenverbände vertreten die sozialpolitischen Interessen ihrer Mitglieder in Fragen des Versorgungsrechts, Sozialrechts und Sozialversicherungsrechts sowie in allen Angelegenheiten, die mit beruflicher und gesellschaftlicher Teilhabe behinderter Menschen zu tun haben. Dabei sind sie auch Gesprächspartner der verschiedenen im Sozialbereich tätigen Behörden und Einrichtungen. In dem auf Bundesebene tätigen Deutschen Behindertenrat sind a) traditionelle Sozialverbände, b) die BAG SELBSTHILFE, ihre Mitgliedsverbände und andere behinderungsspezifische Verbände sowie c) unabhängige Behindertenverbände als Aktionsbündnis zusammengeschlossen. Die

Aufgabe des Deutschen Behindertenrates ist es, Interessen von Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen verbandsübergreifend zu vertreten (vgl. Deutscher Behindertenrat, 2013).

Die Behindertenverbände haben nach § 63 SGB IX und § 15 BGG ein besonderes Verbandsklagerecht; danach können sie mit dem Einverständnis von behinderten Menschen deren Rechte stellvertretend geltend machen.[81] Weiterführende Informationen zur Förderung der Selbsthilfe finden sich in Abschnitt 4.5.5.

4.3.3 Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung

Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile

Zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile können Menschen, die im Sinne des Sozialrechts als behindert bzw. schwerbehindert gelten, Leistungen zur verbesserten Teilhabe erhalten. Die Gewährung der verschiedenartigen Ausgleichsleistungen ist vom Grad der festgestellten Behinderung und oftmals zusätzlich auch von der Art der Beeinträchtigung, die im Schwerbehindertenausweis als Merkzeichen eingetragen ist, abhängig. SGB IX Teil 2 enthält besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Neben zahlreichen Regelungen für den Bereich Arbeit und Beschäftigung ist in Kapitel 13 SGB IX die unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind (Merkzeichen G), hilflos (Merkzeichen H) oder gehörlos sind (Merkzeichen Gl) im öffentlichen Personenverkehr verankert.

Steuerliche Erleichterungen für außergewöhnliche Belastungen können nach § 33 Einkommensteuergesetz (EStG) geltend gemacht werden. In § 33b EStG werden „Pauschbeträge für behinderte Menschen, Hinterbliebene und Pflegepersonen“ in Abhängigkeit vom Grad der Behinderung festgelegt. Bei Personen, die Leistungen nach SGB XII, z.B. im Rahmen der Eingliederungshilfe, erhalten, werden die steuerliche Erleichterungen grundsätzlich als Einkommenszuwachs gewertet und vom Sozialhilfeträger bei der Ermittlung von Kostenbeiträgen angerechnet.

Privatpersonen können für ihre Wohnung unter bestimmten Voraussetzungen eine Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht oder eine Ermäßigung des Rundfunkbeitrags beantragen. Für Menschen mit Behinderung gelten folgende Regelungen: Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde, zahlen einen Drittelbeitrag (seit April 2015 sind dies monatlich 5,83 Euro). Menschen mit Behinderungen, die Sozialleistungen (wie Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe) erhalten, sind vollständig vom Rundfunkbeitrag befreit. Taubblinde Menschen oder Sonderfürsorgeberechtigte im Sinne des

[81] Vgl. Fachlexikon der BIH, Stichwort Behindertenverbände (www.integrationsaemter.de).

§ 27e Bundesversorgungsgesetz (BVG) können ebenfalls vollständig von der Beitragspflicht befreit werden.[82] Als weitere behinderungsbedingte Nachteilsausgleiche sind die Benutzung von Behindertenparkplätzen, Parkerleichterungen sowie ermäßigter Eintritt zu Veranstaltungen zu nennen.[83] Letzteres ist jedoch abhängig vom jeweiligen Veranstalter und gilt daher nicht für alle Veranstaltungen. Wie viele Menschen die genannten behinderungsbedingten Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen, wird auf Bundesebene nicht erfasst. Potentiell berechtigt hierzu waren im Jahr 2013 rd. 7,5 Mio. Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung.

Hilfsmittel

Geeignete und funktionstüchtige Hilfsmittel sind für eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erforderlich. Häufig können Menschen mit Beeinträchtigungen erst mit Hilfsmitteln wesentliche Aktivitäten wie Mobilität, Alltagsverrichtungen, Lernen und Bildung, Kommunikation und soziale Interaktion, Teilhabe an der modernen Medienwelt und am Arbeitsleben durchführen. Daher fördern Hilfsmittel Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, verringern den Bedarf an Assistenz und Pflege und dienen damit dem Ausgleich einer Behinderung oder beugen dieser vor (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2006: 5). Somit kommt einer optimierten Hilfsmittelversorgung eine hohe Bedeutung für ein selbstbestimmtes Leben und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu.

Die technologische Entwicklung im Bereich der Hilfsmittel und Prothetik hat in den vergangenen Jahren zu deutlichen Fortschritten geführt (vgl. für die weiteren Ausführungen Engels, 2016). In gewissem Maße können assistive Technologien dazu beitragen, dass Beeinträchtigungen teilweise kompensiert werden, sofern die Umgebungsbedingungen darauf abgestimmt werden. Für Sehbeeinträchtigte bedeuten assistive Technologien wie z.B. Bildschirmleseprogramme (Screen-Reader) eine Erleichterung, die aber auf passende Geräte mit entsprechender Schnittstellenkonfiguration angewiesen sind. Dass Anwendersoftware immer komplexer und visueller wird und zudem laufend verändert wird, erschwert diese Anpassung. Für viele Menschen mit Hörbeeinträchtigungen oder ohne Hörvermögen können Implantate eine wesentliche Hilfe darstellen und die Möglichkeit der Beteiligung an Kommunikation verbessern. Es müssen jedoch weitere Voraussetzungen gegeben sein, Teilhabe sicher zu stellen. Für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen sind z.B. das Mundbild des Gesprächspartners, eine störungsfreie akustische Umgebung und der Einsatz weiterer Hilfen wie z.B. Mikrofonanlagen und Induktionsschleifen wichtig.

---

82 Vgl. Informationen zur Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht und zur Ermäßigung des Rundfunkbeitrags von ARD, ZDF und Deutschlandradio, unter http://www.rundfunkbeitrag.de/informationen/buergerinnen_und_buerger/index_ger.html (18.07.2015).

83 Zur Liste der behinderungsbedingten Nachteilsausgleiche siehe auch die Homepage Einfach teilhaben, (http://www.einfach-teilhaben.de) Rubrik Schwerbehinderung.

Für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen kann z.B. die Nutzung eines Computers durch elektronische Hilfsmittel wie Spezialtastaturen erschlossen werden, die auf individuelle Bedienungsbeeinträchtigungen eingestellt werden können; auch diese Technologie muss mit den angewandten Geräten und Programmen kompatibel sein. Prothesen für fehlende Gliedmaßen ermöglichen den betroffenen Menschen zumindest in Teilen einen Rückgewinn der verlorenen Fähigkeiten bzw. (bei angeborener Gliedmaßen-Fehlbildung) einen Zugewinn an Möglichkeiten. Während bei Verlust unterer Gliedmaßen durch derzeit verfügbare Fuß- und Beinprothesen eine vergleichsweise gute kompensatorische Funktion erfüllt wird, sind die oberen Gliedmaßen aufgrund ihrer höheren Komplexität noch nicht in gleichem Maße ersetzbar. Feinmotorische Tätigkeiten wie die Nutzung von Computermaus und Tastatur sind aufgrund der stark eingeschränkten Beweglichkeit der Finger derzeit noch in sehr begrenztem Maße möglich. Die aktuelle Prothesenforschung und -entwicklung konzentriert sich daher darauf, Optimierungen in diesem Bereich zu erzielen.

Allen diesen technologisch hoch entwickelten Hilfsmitteln ist gemeinsam, dass sie Beeinträchtigungen teilweise, aber nicht vollständig kompensieren können, und dass sie auf eine passende Umgebungsgestaltung angewiesen sind. Assistive Technologien können nur wirken, wenn sie (a) hinreichend und für alle, die sie benötigen, zugänglich sind, (b) über eine Schnittstelle mit den eingesetzten Geräten und Programmen kompatibel sind und (c) durch weitere Rahmenbedingungen wie hinreichend Zeit, Orientierungshilfen und unterstützendes soziales Setting ergänzt werden.

Sozialrechtliche Rahmenbedingungen

Sozialrechtlich ist die Hilfsmittelversorgung eine Querschnittsaufgabe, an der als Leistungsträger alle Rehabilitationsträger nach SGB IX sowie die Pflegeversicherung beteiligt sind. Weiterhin werden Vertragsärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen etc. eingebunden und schließlich sind Industrie und Handwerk der Medizintechnik und behinderungskompensierender Technologien als Hersteller beteiligt (Welti, 2013: 1). Nähere Informationen zu den Ausgaben für Hilfsmittel finden sich in Abschnitt 4.5.6.

Eine Expertise zur Versorgung mit Hilfsmitteln (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2006) zeigt auf, dass für Menschen mit Beeinträchtigungen der Zugang zu den benötigten Hilfsmitteln oft schwierig ist. Probleme bestehen u.a. in hohen eigenen Kosten, einer mangelhaften Anpassung der Hilfsmittel an die individuellen Bedarfe, langwierigen Beantragungsverfahren, hohem bürokratischem Aufwand und fehlender ärztlicher Kompetenz der Bedarfsermittlung. Zudem werden Anträge für notwendige Hilfsmittel von Seiten des Kostenträgers teilweise ohne ausreichende Begründung abgelehnt. In der Folge kann es dazu kommen, dass die Hilfsmittelversorgung nicht rechtzeitig, nicht bedarfsgerecht oder nur unter hohem persönlichem Aufwand und teilweise erheblicher finanzieller Eigenbeteiligung sichergestellt wird. Die Einschätzungen der genannten Expertise beru-

hen auf Rückmeldungen von Betroffenen, Ärzten, Therapeuten, Selbsthilfeorganisationen und Sanitätshäusern. Eine repräsentative Studie liegt hierzu bislang hingegen nicht vor.

Persönliche Assistenz

Das Konzept der persönlichen Assistenz wurde im Rahmen des Diskurses um selbstbestimmtes Leben mit dem Ziel entwickelt, Entscheidungsmöglichkeiten bei der Auswahl von Leistungsangeboten und bei der Gestaltung der Leistungserbringung zu stärken. Eine Vorreiterrolle übernahmen hier insbesondere die Verbände von Menschen mit körperliche Beeinträchtigungen. Ein zentrales Merkmal der persönlichen Assistenz ist eine individuelle Unterstützung, die unabhängig von institutionalisierten Hilfen und deren Anforderungen, die häufig als regulierender Eingriff in die Selbstbestimmung wahrgenommen werden, geleistet wird. Persönliche Assistenz kann in Form eines Arbeitgebermodells erfolgen, bei dem die Assistenznehmenden die Assistenzkraft selbst einstellen und die individuellen Anforderungen aushandeln. Die Assistenznehmenden können auch einer „Assistenzgenossenschaft“ beitreten, die dann die Arbeitgeberfunktion übernimmt. Schließlich kann die persönliche Assistenz auch von Dienstleistungserbringern bereitgestellt werden.

Nach den Vorstellungen dieses Konzepts soll die Finanzierung der persönlichen Assistenz durch das Persönliche Budget nach § 17 SGB IX erfolgen (s.u.), wobei die Assistenznehmenden einen Betrag erhalten und dann selbstständig die benötigte Assistenz einkaufen können. Bei Pflegebedarf oder (im Sinne der Pflegeversicherung) besonders eingeschränkter Alltagskompetenz leistet die Pflegeversicherung Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegeleistungen (Arbeitgebermodell) und erbringt Pflegesachleistungen (Organisation über ambulante Pflegedienste). Diese Leistungen können bei Bedarf durch Hilfe zur Pflege (nach SGB XII oder BVG) ergänzt werden. Dazu, in welchem Umfang von den verschiedenen Angeboten der persönlichen Assistenz Gebrauch gemacht wird, liegen keine Daten vor. Auch zur Qualität der persönlichen Assistenz und der Zufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen mit entsprechenden Assistenzleistungen liegen bislang keine verallgemeinerbaren Daten vor.

Von der Leistungsform der persönlichen Assistenz sind Leistungen zu unterscheiden, die von den Rehabilitationsträgern als Leistungen zur Teilhabe erbracht werden.

Persönliches Budget

Mit dem Persönlichen Budget sollen Menschen mit Beeinträchtigungen die Möglichkeit erhalten, die für sie notwendigen Sach- und Dienstleistungen selbstbestimmt zu organisieren. Gesetzliche Grundlage für das Persönliche Budget ist § 17 Absatz 2 bis 6 SGB IX, der zufolge seit 2008 ein Rechtsanspruch auf diese Leistungsform besteht. Das Budget kann für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie für Leistungen der medizinischen Rehabilitation gewährt werden.

Sofern mehrere Leistungsträger beteiligt sind, wird das Persönliche Budget trägerübergreifend ausgeführt. Nach § 17 Absatz 3 SGB IX wird das Persönliche Budget in der Regel als Geldleistung gewährt und so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. Bei einer Umstellung auf diese Leistungsform soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten für die bisherigen Leistungen nicht überschreiten.

Am Jahresende 2014 nahmen insgesamt 9.473 Personen ein Persönliches Budget in Anspruch, die meisten davon (9.119 bzw. 96%) im Rahmen der Eingliederungshilfe (Tabelle 76). Die Anzahl der Budgetnehmenden stieg seit 2010 um 78%.

Tabelle 76: Leistungsbeziehende von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen bzw. Hilfe zur Pflege in Form eines Persönlichen Budgets

Jahr	Insgesamt	Eingliederungshilfe	Hilfe zur Pflege
2010	5.331	5.073	258
2011	6.932	6.628	304
2012	8.749	8.403	346
2013	8.905	8.516	389
2014	9.473	9.119	354
Veränderung 2010-2014	+78%	+80%	+37%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2010 bis 2014, Daten zum Jahresende, Berechnung des ISG.

8% der Persönlichen Budgets in Trägerschaft der Eingliederungshilfe werden trägerübergreifend ausgeführt, indem auch die Hilfe zur Pflege zu einem Budget beiträgt. Umgekehrt werden 23% der Persönlichen Budgets in der Hilfe zur Pflege trägerübergreifend ausgeführt. Seit dem Jahr 2010 ist eine rückläufige Tendenz festzustellen. So betrug der Anteil der trägerübergreifend ausgeführten Budgets im Jahr 2010 in der Eingliederungshilfe 12% und in der Hilfe zur Pflege 45%.

Wegen der zunächst nur zögerlichen Inanspruchnahme setzte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein Förderprogramm zur Strukturverstärkung und Verbreitung von Persönlichen Budgets um. In den Jahren 2008 bis 2010 wurde das Persönliche Budget bundesweit in 30 Projekten erprobt. Dadurch konnten die Informationslage und die Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets verbessert werden.[84]

Eine bundesweite Befragung von 521 Budgetbeziehenden aus dem Jahr 2012 kommt zu dem Ergebnis, dass die Budgetnehmenden vor allem bei der ersten Antragstellung auf Hilfe angewiesen sind. Dies geschieht durch rechtliche Betreuerinnen und Betreuer,

[84] Vgl. http://www.budget.bmas.de/MarktplatzPB/DE/StdS/Foerderprogramm/foerderprogramm_node.html (29.04.2016).

Leistungserbringer, Familienangehörige, Freundinnen und Freunde oder Beratungsstellen. Mit dem Verfahren der Antragstellung zeigen sich die befragten Budgetnehmenden insgesamt zufrieden, wobei jedoch spezifische Aspekte der Antragstellung kritisch bewertet werden. Hierzu zählen neben der Dauer der Antragsbewilligung auch die Ungewissheit darüber, ob das bewilligte Budget für die Deckung des persönlichen Hilfebedarfs ausreicht. In Bezug auf die Handhabung im Alltag berichtet etwa ein Drittel der Befragten von Problemen, einen Leistungserbringer vor Ort zu finden, der sie über das Persönliche Budget unterstützt. Diesbezüglich bestehen keine gravierenden Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Wohnorten. Trotz der genannten Schwachstellen ist die Zufriedenheit mit dem Persönlichen Budget insgesamt hoch: Rd. 90% der Budgetnehmenden haben den Eindruck, dass sich ihre Selbstständigkeit durch das Persönliche Budget verbessert hat (Prognos AG, 2012).

Weiterführende Informationen zu den Ausgaben in Form des Persönlichen Budgets finden sich im Anhang dieses Kapitels.

4.4 Teilhabe im Bereich Alltägliche Lebensführung – Überblick

4.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Wohnen

Im Jahr 2013 hatten rd. 25% der in Privathaushalten lebenden Menschen Beeinträchtigungen unterschiedlicher Art. Damit sie trotz ihrer Beeinträchtigungen eigenständig in ihrer Wohnung oder in ihrem Haus leben können, bedarf es barrierefreien Wohnraums und eines barrierefreien Wohnumfeldes. Bis 2030 sind rd. 2,9 Mio. zusätzliche barrierefreie bzw. barrierearme Wohnungen in Deutschland erforderlich (Prognos, 2014). Zurzeit lebt ein erheblicher Anteil an Menschen mit Mobilitätseinschränkungen in Wohnungen, die eine selbstbestimmte Bewegungsfreiheit in der Wohnung und im unmittelbaren Wohnumfeld nicht oder in nur eingeschränktem Maß zulassen. Diese bereits derzeit unzureichende Lage wird sich in den kommenden Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung weiter verschärfen.

Das ambulant betreute Wohnen in einem Privathaushalt ermöglicht ein höheres Maß an selbstbestimmter Lebensführung, daher wird ambulant betreutes Wohnen stärker ausgebaut als stationäre Wohnformen. Die Zahl der Leistungsbeziehenden von Hilfen zum selbstbestimmten Wohnen ist von rd. 250.000 im Jahr 2008 um 42% auf rd. 356.000 Leistungsbeziehende im Jahr 2014 gestiegen. Der Anteil des ambulant betreuten Wohnens an allen Beziehenden dieser Leistungen ist von 33% im Jahr 2008 auf 45% im Jahr 2014 gestiegen.

Darüber, inwiefern Menschen mit Beeinträchtigungen ihren Wohnort entsprechend ihrer persönlichen Wohnwünsche frei wählen können, liegen derzeit keine repräsentativen Daten vor. Einige Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen wie z.B. Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen leben zu höheren Anteilen in stationären Wohnformen

als andere. Dies entspricht nicht immer den Wohnpräferenzen von Menschen mit Beeinträchtigungen, von denen viele die ambulant betreute Wohnformen dem Leben in stationären Einrichtungen vorziehen. Der Trend vom stationären Wohnen hin zum ambulanten Wohnen ist in den Bundesländern unterschiedlich fortgeschritten.

Am Jahresende 2014 bezogen insgesamt 12.995 Kinder mit körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen Leistungen der Eingliederungshilfe in stationären Wohneinrichtungen, dies waren 29% mehr als im Jahr 2008.

Öffentlicher Raum, Mobilität, Information und Kommunikation

Eine selbstbestimmte Lebensführung erfordert auch barrierefrei zugängliche Einrichtungen des öffentlichen Raumes. Der Studie „Aktion Mensch Barriereindex 2012“ zufolge sehen rd. 90% der befragten Menschen mit Beeinträchtigungen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Barrierefreiheit der öffentlichen Infrastruktur und der Zugänglichkeit von öffentlichen Gebäuden und Plätzen. Dem entspricht auch der Befund, dass Angebote des ÖPNV bislang nicht flächendeckend barrierefrei ausgebaut sind. Weitere Forschungsergebnisse weisen darüber hinaus auf weitere Mobilitätshemmnissen im öffentlichen Raum hin, darunter z.B. fehlende barrierefreie öffentliche Toiletten, zu kurze Grünphasen bei Ampelanlagen und fehlende Behindertenparkplätze.

Zur Nutzbarkeit von Informations- und Kommunikationsmedien und entsprechenden Technologien liegen bislang kaum Erkenntnisse vor. Eine Studie zur Barrierefreiheit des Internets weist jedoch auf bestehende Barrieren vor allem für Menschen mit Sehbeeinträchtigungen und geistigen Beeinträchtigungen hin.

Selbstbestimmte Lebensführung

Menschen mit Beeinträchtigungen erfahren in vielfältiger Weise Behinderungen, ihr Leben selbstbestimmt zu führen. Repräsentative Daten belegen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger die Erfahrung machen, dass andere über ihr Leben bestimmen, als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Besonders betroffen hiervon sind jüngere Menschen mit Beeinträchtigungen (18 – 49 Jahre). Im weiteren Lebensverlauf nimmt die erfahrene Fremdbestimmung ab und steigt erst bei den Hochaltrigen mit Beeinträchtigungen (ab 80 Jahren) wieder an.

Unterstützungsleistungen

Zur Unterstützung der selbstständigen Lebensführung stehen vielfältige Angebote für Menschen mit Beeinträchtigungen zur Verfügung. Diese umfassen z.B. die Ausstattung mit Hilfsmitteln, persönliche Assistenz und das Persönliche Budget. Studienergebnisse zur Effektivität dieser Unterstützungsleistungen und zur diesbezüglichen Zufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen stehen bislang überwiegend nicht zur Verfügung. Eine Ausnahme stellt eine Befragung von Bezieherinnen und Beziehern des Persönli-

chen Budgets dar. Hierbei zeigte sich insgesamt eine hohe Zufriedenheit der Budgetnehmenden, wobei jedoch noch Verbesserungsbedarf mit Blick auf die Dauer der Antragsbewilligung besteht. Zudem werden auch Probleme berichtet, einen geeigneten Leistungserbringer vor Ort zu finden. Mit Blick auf die Hilfsmittelversorgung berichtet die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation von vielfältigen Problemen, die sich z.B. auf eine mangelhafte Anpassung der Hilfsmittel, langwierige Beantragungsverfahren oder eine häufige Ablehnung entsprechender Anträge durch die Kostenträger beziehen. Repräsentative Daten liegen hierzu bislang jedoch nicht vor.

4.4.2 Entwicklungen der Teilhabe

In Bezug auf sämtliche in diesem Kapitel thematisierten Aspekte der alltäglichen Lebensführung ist die Datenlage lückenhaft. Insbesondere Entwicklungen im Zeitverlauf können aufgrund fehlender Forschungsergebnisse nicht abgebildet werden. Im Bereich des unterstützten Wohnens kann jedoch die Entwicklung des Anteils der Leistungsbeziehenden von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben, die in der eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft ambulant betreut werden, im Vergleich zum stationären Wohnen als Indikator einer sich verbessernden Teilhabe angesehen werden. Einem intensiven Ausbau des ambulant betreuten Wohnens (seit 2008 Anstieg um 95%) steht ein deutlich geringerer Ausbau des stationären Wohnens gegenüber (seit 2008 um +16%).

Auch in den Bereichen Mobilität, Information und Kommunikation weisen die bislang verfügbaren Daten auf Einschränkungen der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen aufgrund fehlender Barrierefreiheit bzw. Zugänglichkeit entsprechender Angebote hin. Auch dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu dem in der UN-BRK festgeschriebenen Recht von Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben (Artikel 19), dem Recht auf einen gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt zu Transportmitteln, Information und Kommunikation (Artikel 9), dem Recht der freien Meinungsäußerung und Meinungsfreiheit einschließlich des Zugangs zu Information (Artikel 21) und dem Recht auf die Ermöglichung der vollen Teilhabe an allen Aspekten des Lebens durch Maßnahmen der Habilitation und Rehabilitation (Artikel 26). Entwicklungen im Zeitverlauf können aufgrund mangelnder Daten jedoch nicht abgebildet werden, so dass über Entwicklungen der Teilhabe in diesem Bereich keine Aussagen getroffen werden können. Schließlich kann der Aufbau von Selbsthilfestrukturen als positive Entwicklung gewertet werden, ohne dass aber diese Entwicklung mit quantitativen Indikatoren abgebildet werden könnte.

4.5 Weiterführende Informationen

4.5.1 Wohnen

Förderung von barrierefreiem Wohnraum

Zur Herstellung barrierefreien bzw. altersgerechten Wohnraums gibt es verschiedene Förderprogramme auf Bundes- sowie auf Landesebene. Darüber hinaus gibt es sowohl

im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach dem SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ als auch nach dem SGB XI „Soziale Pflegeversicherung“ Unterstützungsleistungen, um Wohnungen sowie das Wohnumfeld bedarfsgerecht zu gestalten.

Allgemeine Förderung

Die KfW fördert den Barriereabbau in Wohngebäuden und im unmittelbaren Wohnumfeld durch zinsverbilligte Kredite oder durch Investitionszuschüsse im Programm „Altersgerecht Umbauen“. Die Förderung richtet sich insbesondere an die Eigentümerinnen und Eigentümer (vgl. zu weiteren Förderprogrammen auch Zimmermann, o.J.). Private Eigentümerinnen und Eigentümer, Mieterinnen und Mieter können – unabhängig von Einkommen und Alter – Fördermittel beantragen, um Barrieren in Wohngebäuden abzubauen und bauliche Maßnahmen zur Einbruchsicherung vorzunehmen. Der Bundeszuschuss betrug ehemals etwa 80 bis 100 Mio. Euro in den Jahren 2009 bis 2011 (in 2010: 80 Mio. Euro für Zinsverbilligungen, 20 Mio. Euro für Investitionszuschüsse), 54 Mio. Euro in den Jahren 2014 und 2015 sowie rund 50 Mio. Euro im Jahr 2016.[85] Die Mittel waren aufgrund der großen Nachfrage im Juli 2016 ausgeschöpft.

Im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung kann auch die Schaffung barrierefreier Wohnungen gefördert werden. Durch die Föderalismusreform I ist seit 2007 die Zuständigkeit für die soziale Wohnraumförderung vollständig auf die Länder übertragen worden. Als Ausgleich für den Wegfall der früheren Bundesfinanzhilfen für die soziale Wohnraumförderung gewährt der Bund den Ländern bis 2019 sogenannte Kompensationsmittel. Hierfür leistet der Bund Ausgleichszahlungen an die Länder, die sich bis Ende 2019 auf 518,2 Mio. Euro jährlich belaufen.[86] Diese Mittel sind gemäß Art. 143 c Abs. 3 Grundgesetz seit 2014 für investive Zwecke zu verwenden. Im Zusammenhang mit dem gestiegenen Bedarf an Sozialwohnungen sowie der hohen Anzahl an Asyl- und Schutzsuchenden, die vor Krieg, Verfolgung und Not aus ihrer Heimat geflüchtet sind, hat der Bund zu Beginn des Jahres 2016 die Kompensationsmittel auf 1.018,2 Mio. Euro jährlich für den Zeitraum 2016 bis 2019 erhöht. Zudem haben sich Bund und Länder Anfang Juli 2016 bei ihren Gesprächen über die Beteiligung des Bundes an den Kosten der Integration darauf verständigt, die Kompensationsmittel für die Jahre 2017 und 2018 um jeweils weitere 500 Mio. Euro jährlich aufzustocken. In diesem Zeitraum wird der Bund den Ländern nunmehr jährlich 1,5 Mrd. Euro zur Unterstützung der sozialen Wohnraumförderung zur Verfügung stellen. Je nach politischer Schwerpunktsetzung können die Mittel von den Ländern auch für den Bau neuer barrierefreier Wohnungen oder den Barriereabbau im Wohnungsbestand eingesetzt werden.

---

85 Dies bezieht sich auf den Investitionszuschuss. Das Darlehensprogramm bestreitet die KfW seit 2012 aus Eigenmitteln.

86 Vgl. auch http://www.einfach-teilhaben.de, Stichwort: Soziale Wohnraumförderung

Unterstützung zur Gestaltung der Wohnung und des Wohnumfeldes

Das SGB IX sieht im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung vor, die den besonderen Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung entspricht (§ 55 Absatz 2 Nr. 5 SGB IX). Im Jahr 2014 wurden insgesamt 1.179 Maßnahmen im Rahmen der Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung im Rahmen der Eingliederungshilfe gewährt, darunter 797 außerhalb von und 385 in Einrichtungen (Tabelle 77). Im Zeitraum von 2008 bis 2014 ist die Anzahl der Maßnahmen außerhalb von Einrichtungen um 39% gestiegen, wobei kein einheitlicher Trend zu verzeichnen ist, sondern die Zeitreihe deutliche Schwankungen aufweist. Die Anzahl der Maßnahmen in Einrichtungen stieg seit 2008 zunächst an und erreichte im Jahr 2014 in etwa wieder das Niveau von 2008.

Tabelle 77: Leistungsbeziehende von Hilfen zur Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach SGB IX

Jahr	Insgesamt	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
2008	934	574	378
2009	1.210	752	460
2010	1.333	822	511
2011	1.092	659	433
2012	1.130	684	447
2013	1.104	720	386
2014	1.179	797	385
Veränderung 2008 – 2014	+ 26%	+39%	+2%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Daten im Jahresverlauf, Darstellung des ISG.

Die Ausgaben für die Hilfen zur Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung betrugen im Jahr 2014 insgesamt 15,9 Mio. Euro, wovon 8,2 Mio. Euro auf Hilfen außerhalb von Einrichtungen entfielen (Tabelle 78). Die Ausgaben für die entsprechenden Hilfen in Einrichtungen waren in den Jahren 2008 und 2009 außergewöhnlich hoch. In den Jahren 2010 bis 2013 sind dagegen deutlich geringere Ausgaben zu verzeichnen, bevor die Ausgaben im Jahr 2014 erneut stark ansteigen. Im direkten Vergleich der Jahre 2008 und 2014 sind die Ausgaben jedoch gesunken, dies betrifft sowohl die Ausgaben insgesamt als auch die Ausgaben pro Leistungsbezieherin bzw. Leistungsbezieher. Dies betrifft insbesondere die Ausgaben pro Fall außerhalb von Einrichtungen (-33%).

Tabelle 78: Ausgaben für Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach SGB IX im Rahmen der Eingliederungshilfe

	außerhalb von Einrichtungen		in Einrichtungen	
Jahr	Insgesamt (in Mio. EUR)	Ausgaben pro Fall	Insgesamt (in Mio. EUR)	Ausgaben pro Fall
2008	8,80	15.333	10,69	28.275
2009	8,51	11.520	5,71	12.421
2010	7,63	9.288	0,17	330
2011	8,70	13.207	0,17	386
2012	8,65	12.649	0,13	296
2013	8,14	11.303	0,06	163
2014	8,25	10.345	7,67	19.918
Veränderung 2008-2014	-6%	-33%	-28%	-30%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Berechnung des ISG.

* Die Ausgaben pro Fall beziehen sich auf die Leistungsbeziehenden im Jahresverlauf.

Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes von Personen mit anerkanntem Pflegebedarf gewähren, z.B. für Wohnungsanpassung oder technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz angehobenen Zuschüsse betragen nunmehr je Maßnahme maximal 4.000 Euro; wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen, können diese Zuschüsse bis zu einer Obergrenze von 16.000 Euro je Maßnahme reichen (§ 40 Absatz 4 SGB XI). Mit dem „Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz“ wurde mit Wirkung vom 30. Oktober 2012 eine zuvor notwendige Eigenbeteiligung gestrichen. Inwieweit diese Zuschüsse die für diese Maßnahmen anfallenden Kosten abdecken, ist nicht bekannt. Die anfallenden Kosten schwanken je nach Umfang der erforderlichen Anpassungen zwischen 2.000 bis 40.000 Euro und mehr (Verband der Privaten Bausparkassen, o. J.).

Die Pflegestatistik weist die Ausgaben für Wohnungsanpassungen nicht separat aus, sondern stellt die Leistungen nach § 40 SGB XI „Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ zusammengefasst dar.

Ausgaben für betreutes Wohnen

Die Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfen zum Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten nach SGB XII beliefen sich im Jahr 2014 insgesamt auf 8,16 Mrd. Euro, davon entfielen rd. 1,7 Mrd. Euro auf Leistungen außerhalb von und rd. 6,45 Mrd. Euro auf Leistungen in Einrichtungen (Tabelle 79). Seit 2008 wurden die Hilfen außerhalb von Einrichtungen

deutlich ausgebaut, was sich in einem Anstieg der Ausgaben (seit 2008 um 96%) widerspiegelt. Dass der Ausgabenanstieg allein auf die Fallzahlsteigerung zurückzuführen ist, belegen die Ausgaben je Leistungsbeziehenden: Im betrachteten Zeitraum belaufen sich diese – nach einem kurzen Absinken in den Jahren 2009 bis 2013 – im Jahr 2014 wieder auf einem ähnlichen Niveau wie im Jahr 2008. Die Ausgaben für Hilfen zum Wohnen in Einrichtungen sind im gleichen Zeitraum um 29% gestiegen. Diese Kostensteigerung ist zu einem Teil dem Anstieg der Fallzahlen und zum anderen Teil dem Anstieg der Ausgaben je Leistungsbeziehenden geschuldet, letztere stiegen im betrachteten Zeitraum um 12%.

Tabelle 79: Ausgaben für Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten nach SGB XII

	außerhalb von Einrichtungen		in Einrichtungen	
Jahr	Insgesamt (Mrd. Euro)	Ausgaben pro Fall	Insgesamt (Mrd. Euro)	Ausgaben pro Fall
2008	0,87	10.479	4,99	29.851
2009	1,00	10.387	5,65	31.874
2010	1,16	9.861	5,60	30.702
2011	1,28	9.502	5,76	31.724
2012	1,43	9.901	6,13	32.158
2013	1,55	10.092	6,27	32.725
2014	1,70	10.528	6,45	33.296
Veränderung seit 2008	+96%	+0,4%	+29%	+12%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Berechnung des ISG.

4.5.2 Leistungen für Pflegebedürftige

Leistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung

Im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung erhalten anerkannt pflegebedürftige Menschen, die zu Hause leben, Leistungen bei häuslicher Pflege. Sie haben nach den §§ 36 bis 38 SGB XI Anspruch auf Pflegesachleistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegedienste oder auf Geldleistungen für selbstbeschaffte Pflegehilfen (i.d.R. durch Angehörige). Möglich ist zudem, Pflegesachleistungen und Geldleistungen für selbstbeschaffte Pflegehilfen zu kombinieren. Diese Kombinationsleistungen werden statistisch in der Kategorie Pflegesachleistungen erfasst, sodass in der Kategorie „Pflegegeld“ die Pflegebedürftigen erfasst werden, die ausschließlich von Angehörigen gepflegt werden.

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflege betrugen im Jahr 2014 insgesamt 22,87 Mrd. Euro, davon wurden für die

ambulante und teilstationäre Pflege 12,34 Mrd. Euro und für die vollstationäre Pflege 10,53 Mrd. Euro aufgewendet (Tabelle 80).

Tabelle 80 Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege

Jahr	Zusammen (in Mrd.)	ambulante/ teilstationäre Pflege* (in Mrd.)	Ausgaben pro Fall	vollstationäre Pflege** (in Mrd.)	Ausgaben pro Fall
2007	17,03	7,96	5.861	9,07	13.515
2008	17,73	8,44	5.892	9,29	13.643
2009	18,63	9,09	5.907	9,54	13.606
2010	19,48	9,66	6.122	9,82	13.832
2011	19,89	9,92	6.192	9,97	13.938
2012	20,81	10,59	6.352	10,22	14.009
2013	21,98	11,66	6.704	10,32	13.941
2014	22,87	12,34	6.787	10,53	14.023
Veränderung 2007-2014	+34%	+55%	+16%	+16%	+4%

Quelle: Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung, bezogen auf die Empfängerzahl am Jahresende, Berechnung des ISG.

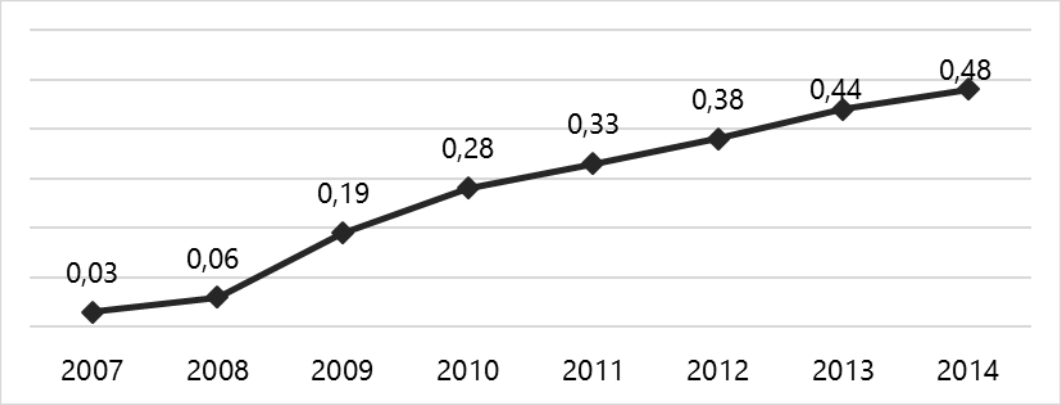
* Enthalten sind Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Pflegeurlaub, Tages- und Nachtpflege, zusätzliche ambulante Betreuungsleistungen, Kurzzeitpflege und häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson.

** Enthalten sind vollstationäre Pflege und vollstationäre Pflege in Behindertenheimen.

Seit dem Jahr 2007 sind die Ausgaben für ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflege zusammen um 34% angestiegen. Der Ausgabenanstieg für die ambulante und teilstationäre Pflege ist dabei überdurchschnittlich hoch (+55%), während im Betrachtungszeitraum der Ausgabenanstieg für die vollstationäre Pflege mit 16% niedriger ausfiel. Die Ausgaben pro Fall sind im Zeitverlauf ebenfalls angestiegen. Der Ausgabenanstieg bei der ambulanten bzw. teilstationären Pflege ist mit einer Steigerung von 16% vergleichsweise höher als die Ausgaben pro Fall bei der vollstationären Pflege.

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI betrugen im Jahr 2014 rd. 480 Mio. Euro. Seit 2007 sind die Ausgaben für diese Leistung stark gestiegen (Abbildung 66).

Abbildung 66: Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI (in Mrd. Euro)



Quelle: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung 2007 bis 2014, Darstellung des ISG.

Sofern Pflegebedürftigkeit durch eine Schädigung nach § 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) eingetreten ist, wird gem. § 35 BVG eine Pflegezulage gezahlt. Des Weiteren leisten die Träger der Kriegsopferfürsorge für den Kreis ihrer Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG. Diese Leistung ist den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI gegenüber nachrangig, aber vorrangig vor den Hilfen zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach Kapitel 7 SGB XII.

Leistungen der Sozialhilfe

Die Sozialhilfe unterstützt pflegebedürftige Personen mit Einkommen unterhalb der Einkommensgrenzen, indem sie die mit der Pflege verbundenen Kosten ganz oder teilweise übernimmt, soweit sie nicht von der Pflegeversicherung getragen werden. Am Jahresende 2014 erhielten insgesamt rd. 350.000 Personen Hilfe zur Pflege nach SGB XII; rd. 253.000 Personen erhielten diese Leistung in Einrichtungen und rd. 99.000 Personen außerhalb von Einrichtungen.[87] Die Zahl der Leistungsbeziehenden von Hilfen zur Pflege insgesamt stieg innerhalb von fünf Jahren um 17%.

Die Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach SGB XII betrugen im Jahr 2014 insgesamt rd. 4 Mrd. Euro (netto: 3,5 Mrd. Euro), davon rd. 0,93 Mrd. Euro außerhalb von Einrichtungen (23%) und rd. 3,08 Mrd. Euro in Einrichtungen (77%; Tabelle 81). Seit dem Jahr 2008 sind die Ausgaben für Hilfe zur Pflege um 23% gestiegen, wobei auch hier – wie in der Sozialen Pflegeversicherung – die Ausgaben für Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen stärker angestiegen sind (+36%) als die der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen (+19%). Die Ausgaben der Hilfe zur Pflege entwickeln sich damit aber weniger dynamisch als die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung.

---

[87] Teilstationäre Leistungen der Hilfe zur Pflege werden statistisch als Leistungen in Einrichtungen erfasst. Personen, die gleichzeitig teilstationäre Leistungen (z.B. Tagesstätten) und ambulante Leistungen erhalten, werden in beiden Kategorien erfasst, in der Gesamtzahl aber – soweit erkennbar – nur einmal ausgewiesen.

Tabelle 81: Ausgaben für Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach SGB XII (in Mrd. Euro)

Jahr	Insgesamt	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
2008	3,26	0,68	2,58
2009	3,33	0,74	2,60
2010	3,44	0,79	2,65
2011	3,58	0,83	2,75
2012	3,72	0,87	2,85
2013	3,82	0,89	2,94
2014	4,01	0,93	3,08
Veränderung seit 2008	+23%	+36%	+19%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Berechnung des ISG.

4.5.3 Mobilitätsbezogene Hilfen

Erleichterungen und Hilfen im Personenverkehr

Schwerbehinderte Menschen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind, haben nach §§ 145 ff. SGB IX Anspruch darauf, im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) unentgeltlich befördert zu werden. Das betrifft gehbehinderte, außergewöhnlich gehbehinderte, hilflose, gehörlose und blinde Menschen. Das Merkzeichen B im Schwerbehindertenausweis berechtigt darüber hinaus zur kostenfreien Mitnahme einer Begleitperson (vgl. hierzu und zu weiteren Mobilitätserleichterungen Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015: 133).

Die DB AG hat für mobilitätseingeschränkte Fahrgäste sowie für Familien mit kleinen Kindern und ältere Menschen die Mobilitätsservice-Zentrale (MSZ) eingerichtet, durch die Reisende bei der Planung einer Bahnreise unterstützt werden, einschließlich der Organisation notwendiger Hilfen an den Bahnsteigen. Im Jahr 2013 wurden von hier aus über 570.000 Hilfestellungen organisiert (DB Mobility Logistics, 2014: 1).

Die DB AG bietet in diesem Zusammenhang auch Hilfestellungen für den Einstieg und Ausstieg für mobilitätseingeschränkte Reisende an. Mit Ausnahme großer Bahnhöfe ist die Hilfestellung jedoch auf den Zeitraum von 6:00 bis 22:30 Uhr begrenzt, in kleineren Bahnhof ist dieses Zeitfenster sogar noch eingeschränkter (DB, o.J.).

Flugpassagiere mit Mobilitätseinschränkung oder Behinderung haben in der Europäischen Union seit Mitte 2008 besondere Rechte: Flughäfen, Fluggesellschaften sowie Reiseveranstalter sind zu besonderen Unterstützungs- und Informationsleistungen verpflichtet, die die Vorbereitung und die Flugreise erleichtern. Diese Serviceleistungen sind ohne zusätzliche Kosten für Reisende mit Beeinträchtigungen zu erbringen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015a: 133). Entsprechende Rechte haben Fahrgäste

mit Mobilitätseinschränkungen oder Behinderung seit Ende 2012 auch im See- und Binnenschiffsverkehr.

Hilfen bei Mobilitätseinschränkungen

Nach § 33 SGB V stellen die Krankenkassen für Versicherte mit Mobilitätseinschränkungen Hilfsmittel in Form von Kranken- oder Behindertenfahrzeugen sowie Mobilitätshilfen zur Verfügung. Hierunter fallen insbesondere Rollstühle unterschiedlicher Bauweise und Ausstattung. Mobilitätshilfen dienen dazu, elementare Grundbedürfnisse wie z.B. Aufrichten oder Fortbewegen weitgehend selbstständig ausführen zu können. Hierzu gehören neben Umsetz- und Aufrechthilfen auch Lifter, Rampen etc.[88]

Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung zum Erreichen ihres Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes nicht nur vorübergehend auf die Nutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges angewiesen sind, erhalten vom Rehabilitationsträger Finanzierungshilfen zur Beschaffung eines geeigneten Fahrzeugs. Diese Hilfen schließen die behindertengerechte Zusatzausstattung und die Erlangung einer Fahrerlaubnis ein (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015a: 144).

Sofern Menschen den öffentlichen Personenverkehr oder das Taxi aufgrund ihrer Behinderung oder Mobilitätseinschränkung nicht nutzen können, leisten Fahrdienste einen Beitrag zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Gesetzliche Grundlage hierfür sind § 54 Absatz 1 SGB XII i.V.m. § 55 Absatz 2 Nr. 7 SGB IX. Nach § 58 SGB IX umfasst diese Leistung vor allem die Hilfe zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit nicht behinderten Menschen sowie Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen.

4.5.4 Hilfen zur Kommunikation

Hilfsmittel zur Kommunikation

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert, sofern ärztlich verordnet, Hilfsmittel zur Kommunikation. Hierzu zählen Hörhilfen, die als technische Hilfen die angeborenen oder erworbenen Hörfunktionsminderungen, die nicht therapierbar sind, möglichst weitgehend ausgleichen.[89] Laut Heil- und Hilfsmittelreport der Barmer GEK (ebd., 2014) betrug

---

88 Produktgruppenverzeichnis der GKV, unter: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de (06.08.2015).

89 Z.B. klassische „Hinter dem Ohr" (HdO)-Geräte, „Im Ohr" (IO)-Geräte, Taschengeräte, Knochenleitungshörgeräte, Mehrkanal-Verstärkertechnik, Digitale Signalverarbeitung, Signalaufnahme, Ohrpassstücke, Zubehör, Drahtlose Übertragungsanlage, C.R.O.S.- und BI-C.R.O.S.-Anschlusssätze (Contralateral Routing of Signals, d.h. Leitung des Schallsignals von einer Kopfseite zur anderen), Hörverstärker/ Kinnbügelhörer, Implantierbare Hörgeräte, wie z.B. Mittelohrimplantate und Cochlea-Implantate, Tinnitusgeräte. Vgl. Produktgruppenverzeichnis der GKV, unter: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de (07.08.2015).

im Jahr 2013 der Anteil der Ausgaben für Hörhilfen an den Gesamtausgaben für Hilfsmittel 8,2%. Unter der Voraussetzung, dass dieser Anteil dem der übrigen Krankenkassen entspricht, lässt sich die Höhe der Ausgaben für Hörhilfen im Jahr 2013 auf rd. 610 Mio. Euro schätzen.

Ein großes Problem für hörbehinderte Menschen ist häufig die Frage nach der Kostenerstattung von Hörhilfen. Bestehen Funktionsdefizite des Hörorgans, ist es im gegliederten Sozialleistungssystem vorrangig Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, die Versorgung mit Hörhilfen zu gewährleisten. Sie hat hörbehinderte Menschen mit Hörhilfen zu versorgen, die nach dem Stand der Technik eine optimale Angleichung an das Hörvermögen Gesunder ermöglichen. Die indikationsgerechte Ausstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung kann im Rahmen der beruflichen Rehabilitation z.B. durch die Rentenversicherung ergänzt werden, wenn darüber hinaus ein berufsbezogener Bedarf besteht.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) haben eine Empfehlung zum Verfahren bei Beteiligung verschiedener Leistungsträger im Rahmen der Hörhilfenversorgung vereinbart. Diese ist nach einer längeren Erprobungsphase am 14. März 2016 von den Vereinbarungspartnern beschlossen worden. Ihr ist als Anlage ein Orientierungsrahmen, der die Beurteilung eines möglichen beruflichen Mehrbedarfs erleichtert, beigefügt. Bei besonderen, im beruflichen Umfeld vorliegenden Schallbedingungen bzw. Höranforderungen ist demnach regelmäßig ein berufsbedingter Mehrbedarf zu prüfen.

Förderung der Verständigung mit der Umwelt

Sofern Menschen mit Hörbehinderungen oder anderen Behinderungen zur Verständigung mit der Umwelt aus besonderem Anlass der Hilfe anderer bedürfen, werden ihnen die erforderlichen Hilfen zur Verfügung gestellt oder angemessene Aufwendungen hierfür erstattet (§ 57 SGB IX). In der Statistik der Eingliederungshilfe nach Kap. 6 SGB XII werden Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt ausgewiesen. Im Jahr 2014 wurden 1.555 Maßnahmen bewilligt, die Ausgaben hierfür betrugen insgesamt rd. 4,8 Mio. Euro (Tabelle 82). Seit 2008 sind die Zahl der Maßnahmen um 41% und die Ausgaben um 45% gesunken. Der tiefste Stand im betrachteten Zeitraum zeigt sich im Jahr 2011, seitdem steigen die Zahlen wieder leicht an.

Tabelle 82: Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt nach SGB XII

Jahr	Anzahl der Maßnahmen	Ausgaben in Mio. Euro
2008	2.622	8,61
2009	2.207	6,44
2010	1.748	4,03
2011	1.448	4,60
2012	1.458	4,76
2013	1.516	4,95
2014	1.555	4,76
Veränderung seit 2008	-41%	-45%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Daten im Jahresverlauf, Berechnung des ISG.

Einschränkungen der Kommunikation erschweren eine Teilhabe am Arbeitsleben. Etwa 5% der schwerbehinderten Menschen waren Ende 2013 blind oder sehbehindert und 4% waren schwerhörig, gehörlos oder hatten Gleichgewichts- oder Sprachstörungen (Statistisches Bundesamt, 2014c). Eine Aufgabe der Integrationsämter ist es neben anderen, die Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen technisch behindertengerecht auszustatten. Hierzu gehört auch die arbeitsplatzbezogene technische Ausstattung für Menschen mit Sinnesbehinderungen. Der Einsatz von Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern wird ebenfalls anlassbezogen finanziert (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2014). Detaillierte Daten zu den Leistungen mit Bezug auf Kommunikation liegen nicht vor.

Kommunikation mit Trägern öffentlicher Gewalt und Sozialleistungsträgern

Hör- oder sprachbehinderte Menschen haben das Recht, mit Trägern öffentlicher Gewalt in Deutscher Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärden oder über andere geeignete Kommunikationshilfen zu kommunizieren, soweit dies zur Wahrnehmung eigener Rechte im Verwaltungsverfahren erforderlich ist. Die Träger öffentlicher Gewalt haben dafür auf Wunsch der Berechtigten im notwendigen Umfang die Übersetzung durch Gebärdensprachdolmetscher oder die Verständigung mit anderen geeigneten Kommunikationshilfen sicherzustellen und die notwendigen Aufwendungen zu tragen (§ 9 Absatz 1 BGG).

Mögliche Kommunikationsmethoden und -mittel sind nach der zugehörigen Kommunikationshilfenverordnung - KHV[90]

- Kommunikationshelferinnen und -helfer:
  Schriftdolmetscherinnen und -dolmetscher, Simultanschriftdolmetscherinnen und -dolmetscher, Oraldolmetscherinnen und -dolmetscher sowie Kommunikationsassistenteninnen und -assistenten
- Kommunikationsmethoden:
  Lormen und taktil wahrnehmbare Gebärden, gestützte Kommunikation für Menschen mit autistischer Störung
- Kommunikationsmittel:
  Akustisch-technische Hilfen sowie grafische Symbol-Systeme.

Sofern ein Mensch mit Hörbehinderung im Rahmen der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen Gebärdensprache verwendet, sind die für die Sozialleistung zuständigen Kostenträger nach § 17 Absatz 2 SGB I (Allgemeiner Teil) verpflichtet, die Kosten für diese Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen zu tragen.

4.5.5 Förderung der Selbsthilfe

Die Förderung der Selbsthilfe ist im SGB IX insofern verankert, als die Rehabilitationsträger nach § 29 SGB IX Selbsthilfegruppen, -organisationen und Selbsthilfekontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, nach einheitlichen Grundsätzen fördern sollen. Nach § 13 Absatz 2 Nr. 6 SGB IX wurde eine gemeinsame Empfehlung darüber abgeschlossen, in welcher Weise und in welchem Umfang diese Förderung erfolgt. In der Rahmenempfehlung zur Förderung der Selbsthilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 2012) wird in § 1 klargestellt, dass die Vorschrift nach § 29 SGB IX keine allgemeine Leistungspflicht begründet und die Leistungsvoraussetzungen in den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger geregelt sind. Nach § 4 Rahmenempfehlung erfolgt die Förderung der Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zweckgebunden, und zwar durch finanzielle Zuschüsse der Rehabilitationsträger in Form projektbezogener Zuwendungen. Daneben ist eine infrastrukturelle und ideelle Förderung durch alle Vereinbarungspartner möglich. Informationen über den Umfang der Förderung liegen nicht vor.

Die Rechtsgrundlagen der verschiedenen Rehabilitationsträger zur Aufgabe der Förderung der Selbsthilfe unterscheiden sich bislang (für eine Übersicht vgl. BAR, 2012). Nach

---

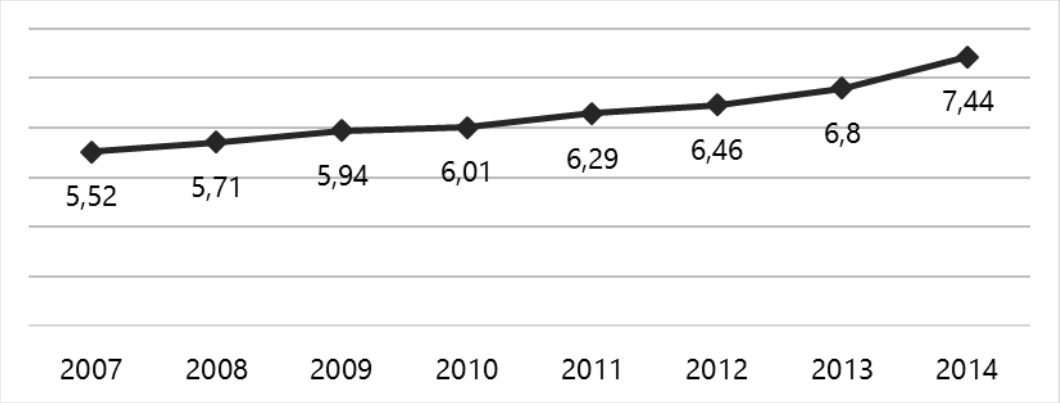
[90] Verordnung zur Verwendung von Gebärdensprache und anderen Kommunikationshilfen im Verwaltungsverfahren nach dem BGG (Kommunikationshilfenverordnung - KHV) vom 17. Juli 2002 (BGBl. I S. 2650), die durch Artikel 15 des Gesetzes vom 19.Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) geändert worden ist.

§ 20h Absatz 1 SGB V fördern die Krankenkassen und ihre Verbände Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie in festgelegtem Umfang Selbsthilfekontaktstellen. Der GKV-Spitzenverband (2013) hat mit Beteiligung von Selbsthilfeorganisationen und -verbänden den Leitfaden zur Selbsthilfeförderung erstellt, in dem der Rahmen für die Umsetzung der Selbsthilfeförderung auf verschiedenen Förderebenen (Bundes-, Landes- und Ortsebene) beschrieben und die Inhalte und Verfahren der Förderung definiert werden. Die Ausgaben für die Förderung sind festgelegt, sie betrugen im Jahr 2006 je versicherter Person 0,55 Euro und wurden in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch angepasst. Die Ausgaben betrugen in den Jahren 2009 bis 2012 knapp 40 Mio. Euro und wurden im Jahr 2013 auf 41,3 Mio. Euro erhöht, dies entspricht 0,59 Euro je versicherter Person.

4.5.6 Hilfsmittel

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Hilfsmittel betrugen im Jahr 2014 rd. 7,44 Mrd. Euro (Abbildung 67). Sie sind seit dem Jahr 2007 mit Ausgaben in Höhe von 5,52 Mrd. Euro um insgesamt 35% angestiegen.

Abbildung 67: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Hilfsmittel in Mrd. Euro



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Darstellung des ISG.

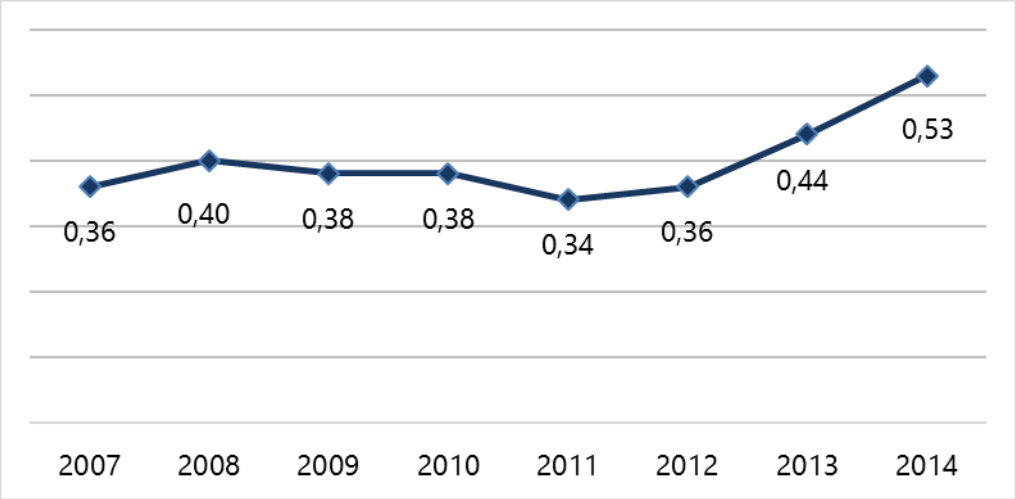
Im Rahmen der Eingliederungshilfe wurden im Jahr 2014 für Hilfsmittel rd. 5,2 Mio. Euro ausgegeben,[91] dies sind 25% mehr als im Jahr 2008 mit 4,16 Mio. Euro.

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI betrugen im Jahr 2014 insgesamt 0,53 Mrd. Euro (Abbildung 68). In den Jahren 2007 bis 2012 blieben sie relativ konstant zwischen

[91] Hilfsmittel der medizinischen und beruflichen Rehabilitation nach §§ 26, 33 SGB IX sowie Hilfsmittel nach § 31 SGB IX sind hierin nicht enthalten.

0,34 und 0,4 Mrd. Euro und steigen seit 2013 aufgrund von Leistungsverbesserungen sichtbar an.

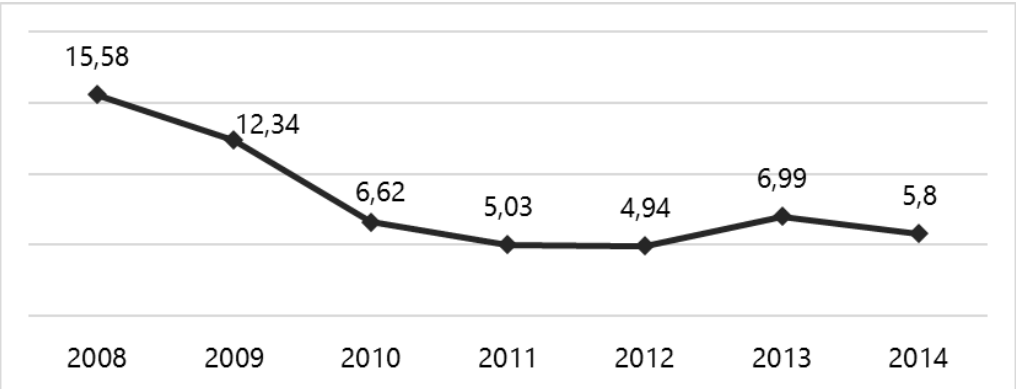
Abbildung 68: Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI (in Mrd. Euro)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Darstellung des ISG

Nachrangig gegenüber den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung wird im Rahmen der Sozialhilfe Hilfe zur Pflege gewährt (Kap. 7 SGB XII). Die Ausgaben für Hilfsmittel im Rahmen der Hilfe zur Pflege betrugen im Jahr 2014 rd. 5,8 Mio. Euro (Abbildung 69). Seit dem Jahr 2008, mit Ausgaben in Höhe von 15,58 Mio. Euro, haben sich diese Ausgaben für Hilfsmittel um zwei Drittel reduziert.

Abbildung 69: Ausgaben für Hilfsmittel im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII (in Mio. Euro)



Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Darstellung des ISG.

Die Gesamtkosten für Hilfsmittel, die aus öffentlichen Mitteln bestritten werden, betragen rd. 10 Mrd. Euro. Die zusätzlichen Ausgaben der Betroffenen in Höhe von weiteren 6 Mrd. Euro (Schütze, 2013) belegen zum einen die hohe Bedeutung von Hilfsmitteln für Menschen mit Beeinträchtigungen und zeigen zum anderen, dass die Möglichkeiten zur Hilfsmittelbeschaffung in recht hohem Maß von der Einkommenssituation der Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. ihrer Angehörigen abhängt.

4.5.7 Persönliches Budget

Die Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) erfasst die Ausgaben der Rehabilitationsträger für Rehabilitation und Teilhabe. Hierin sind Angaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Rentenversicherung (GRV) sowie der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Integrationsämter (IA) darüber enthalten, in welcher Höhe Ausgaben auf das Persönliche Budget entfallen. Keine Angaben hierzu liegen seitens der Gesetzlichen Unfallversicherung sowie seitens der Sozialhilfe vor. Im Jahr 2013 betrugen die Ausgaben der GKV für das Persönliche Budget 11,6 Mio. Euro, und die Ausgaben der BA betrugen 8 Mio. Euro (Tabelle 83). Die Ausgaben der GRV und der IA für die Ausführung von Leistungen als Persönliches Budget beliefen sich im Jahr 2013 auf jeweils 0,5 Mio. Euro.

Tabelle 83: Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe in Form des Persönlichen Budgets (in Mio. Euro)

	GKV	GRV	BA	IA
2011	5,7	0,1	5,8	0,3
2012	8,6	0,3	6,7	0,1
2013	11,6	0,5	8,0	0,5
Veränderung seit 2011	+104%	+400%	+38%	+67%

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2015), Berechnung des ISG.

Seit dem Jahr 2011 stiegen die Ausgaben für Persönliche Budgets zum Teil erheblich an. So verdoppelten sich die Ausgaben der GKV und die der GRV stiegen um das Vierfache. Die BA verzeichnete im betrachteten Zeitraum einen Anstieg der Ausgaben um 38% und die Integrationsämter um 67%.

4.6 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Alltägliche Lebensführung

Zentrale Indikatoren für die Beurteilung des Grades der selbstbestimmten Bewältigung des Alltags sind

- 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,

- die Zugänglichkeit zu und Nutzbarkeit von Informations- und Kommunikationsmedien,
- die Möglichkeit, mit Personen, Institutionen und Dienstleistern zu kommunizieren sowie
- die sachgerechte, d. h. auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse abgestimmte Verfügbarkeit von Assistenzen und technischen Hilfsmitteln.

Die Datenlage zur 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.

Der Bericht verdeutlicht auf der Grundlage einzelner Studien den eklatanten Mangel an geeignetem Wohnraum für Menschen mit Beeinträchtigungen. Die vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass allein die infrastrukturellen Voraussetzungen dafür, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im Sinne von Artikel 19 UN-BRK entscheiden können, wo sie leben, vielfach nicht gegeben sind. Zugleich problematisiert der Bericht zurecht, dass eine ausreichende Datenlage nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Begrifflichkeiten wie zum Beispiel „barrierefrei“, „barrierearm“ oder „barrierereduzierend“ sowie der damit einhergehenden baulichen Qualitäten vermutlich auch für die Zukunft nicht zu erwarten ist. Damit werden positive wie negative Entwicklungen nur schwer nachzuvollziehen sein. Als realistischer Ausweg aus diesem Dilemma erscheint neben der nach wie vor notwendigen Analyse unterschiedlicher Strukturdaten die Erhebung von Daten, welche die von Menschen mit Beeinträchtigungen subjektiv erfahrenen Barrieren in Bezug auf ein selbstbestimmtes Wohnen abbilden.

Die Ermöglichung einer selbstbestimmten Lebensführung erfolgt neben der Bereitstellung geeigneten barrierefreien Wohnraums wesentlich über Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf Unterstützungsformen. Ob und in welcher Weise beeinträchtigte Menschen das Recht „ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben“ umsetzen können und sie „nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“ (Art. 19 a UN-BRK), 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 wohnbezogenen Hilfen. Dies gilt insbesondere für Personen mit kognitiven und/oder erheblichen körperlichen und Sinnesbeeinträchtigungen, die auf umfassende und häufig dauerhafte personelle Unterstützung zur Bewältigung ihres Alltags (z. B. Haushaltsführung, Gesundheitsförderung und Pflege, psychosoziale Unterstützung) angewiesen sind. 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. Der Ausschuss der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen äußert sich in den abschließenden Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands zur Umsetzung der UN-BRK besorgt über den hohen Grad der Institutionalisierung und den Mangel an alternativen Wohnformen (Vereinte Nationen 2015: 7). Als mögliche Hürden erweisen sich im derzeitigen Unterstützungssystem:

- sozialrechtliche bzw. ökonomische Voraussetzungen, die das Wunsch- und Wahlrecht unter einen Kostenvorbehalt stellen,
- administrative Hürden bei der Verwirklichung trägerübergreifender Lösungen, insbesondere an der unzureichend geklärten Schnittstelle von Eingliederungshilfe und Pflege sowie bei der Umsetzung des Persönlichen Budgets
- institutionelle und organisatorische Voraussetzungen einer traditionell pauschalen und versorgungsorientierten Angebotslandschaft,
- ein quantitativ und qualitativ unzureichendes Angebot an offenen, flexiblen sozialen Diensten und Assistenz im Gemeinwesen.

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. Die Grundlagen der Eingliederungshilfe wurden durch das neue Bundesteilhabegesetz (BTHG) reformiert.

Die Zivilgesellschaft hat sich hier vor einigen Jahren bereits eindeutig positioniert. Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Teilhabe des Forums behinderter Juristinnen und Juristen wurde 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 (Forum behinderter Juristinnen und Juristen 2011). 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 von Menschen mit Beeinträchtigungen werden im vorliegenden Bericht an verschiedenen Stellen gestreift.

Der Teilhabebericht zu unterstützten Formen des Wohnens zeigt bei insgesamt steigenden Fallzahlen bei den wohnbezogenen Hilfen einen deutlichen Trend zur Ambulantisierung. Das Verhältnis der Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen hält sich im bundesweiten Durchschnitt in etwa die Waage. Inwieweit die jeweils verwirklichten Wohnformen den Wünschen der Leistungsbezieherinnen und -beziehern entsprechen bzw. sie das Ergebnis freier Entscheidungen sind, lässt sich nicht beurteilen. Hierzu sind repräsentative Studien erforderlich, die insbesondere die Wünsche und Bewertungen der Menschen mit Beeinträchtigungen erheben. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die sozialen und psychologischen Funktionen des Wohnens wie Privatheit und Intimität, Selbstbestimmung und Persönlichkeitsentfaltung bzw. zentrale Aspekte von Wohnqualität für alle Menschen in gleicher Weise Gültigkeit haben (vgl. Wacker 2016). Zugleich weisen vorliegende (regionale und qualitative) Studien zu Wohnwünschen und zu Bewertungen der Wohnsituation von Menschen mit wohnbezogenen Unterstützungsbedarfen 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 (vgl. Metzler, Rauscher 2004; Schäfers 2008; Seifert 2010). Der Bericht zeigt, dass die Chancen auf ambulant unterstütztes Wohnen regional sehr unterschiedlich verteilt sind und dass Menschen in Abhängigkeit von Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen bzw. des Unterstützungsbedarfs in unterschiedlicher Weise die insgesamt zunehmenden Möglichkeiten des ambulant unterstützten Wohnens nutzen (können). Während Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zahlenmäßig am deutlichsten vom Zuwachs an ambulanten Angeboten profitieren, gibt es für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (und hohen Unterstützungsbedarfen) nach wie vor wenig Alternativen zu einem Leben in einem Wohnheim oder dem Verbleib in der Herkunftsfamilie.

Artikel 23 UN-BRK legt überdies auch großes Gewicht auf Unterstützungsdienste für Eltern mit Behinderungen, wie der CRPD-Fachausschuss 2015 in seinen Abschließenden Bemerkungen zu Deutschland betonte: „sicherzustellen, dass Eltern mit Behinderungen zugängliche und inklusive gemeindenahe Unterstützung und Schutzmechanismen zur Verfügung stehen, damit sie ihre elterlichen Rechte ausüben können“ (CRPD 2015: Ziff. 44b). Aus den in der UN-BRK formulierten Staatenpflichten für Deutschland ergeben sich folglich politische Handlungsaufträge, die es zu verwirklichen gilt.

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 sowie der sozialen Einbindung und der Partizipation im Gemeinwesen seitens beeinträchtigter Menschen. Insbesondere gilt es die Datenlage zur Situation von Menschen in stationären Wohneinrichtungen zu aktualisieren (zuletzt Wacker et al. 1998) und die Datenlücke zur Situation von beeinträchtigten Menschen zu schließen, die in ihren Herkunftsfamilien leben. Dies ergibt sich unmittelbar aus Artikel 31 UN-BRK, wonach die Vertragsstaaten verpflichtet sind, wirksame Schritte zu unternehmen, um die Datenlage zu verbessern, als Grundlage für effektive politische, rechtliche und administrative Schritte auf dem Gebiet der Wohnsituation beeinträchtigter Menschen. Dies ist ein wichtiger Handlungsauftrag für die Bundesrepublik Deutschland, zu dem sie sich verpflichtet hat.

Die bereits vorliegende Studie „Pretest Befragung in Einrichtungen“ (Schäfers et al. 2016) trägt dazu bei, das methodische Fundament für eine repräsentative Befragung (Teilhabesurvey) zu den Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland zu schaffen. Sie liefert ein Erhebungsinstrument, das Menschen mit kognitiv-kommunikativen Beeinträchtigungen, die in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe leben, einbezieht.

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. Darüber hinaus ist die Dimension der Zugänglichkeit gemäß Artikel 3 f UN-BRK zu betrachten. Diese umfasst zum einen die Barrierefreiheit im Allgemeinen, im Sinne der Umsetzung entsprechender technischer Regelwerke, zum anderen aber auch konkret individuelle Aspekte (Palleit 2012).

Bisherige Bestandsaufnahmen beschränken sich weitgehend auf die Evaluation der Wirksamkeit bestehender rechtlicher Instrumente, wie sie durch die Gleichstellungsgesetze auf Bundes- und Länderebene geschaffen bzw. modifiziert wurden (vgl. Blennemann et al. 2004, BMAS 2014) sowie auf die Darstellung von Best Practice (Verband Deutscher Verkehrsunternehmen – VDV-Förderkreis (2012). Gepflogenheiten und Praktiken (vgl. Artikel 4, Absatz 1 Buchstabe b UN-BRK), die die Herstellung von Barrierefreiheit beeinträchtigen und damit das selbstbestimmte Leben von Menschen mit Beeinträchtigungen im Alltag behindern, wurden bislang noch gar nicht untersucht (Sieger 2010).

Der Grad der Barrierefreiheit im Bereich der Mobilität (i. S. v. Artikel 9 UN-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. Entsprechende Strukturdaten hierzu sind aber zwingend erforderlich, um Teilhabemöglichkeiten und -einschränkungen feststellen zu können. Entsprechend Artikel 9 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 (vgl. Office for National Statistics (UK) 2010).

Der Bericht stellt fest, dass hinsichtlich Information und Kommunikation kaum verwertbare personenbezogene oder Strukturdaten vorliegen. Damit können derzeit im Bereich des Alltagslebens keinerlei Aussagen über die Teilhabe von Menschen mit sensorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen getroffen werden. Es ist angesichts der bestehenden Rechtslage sowie der einschlägigen Berichte und Forderungen aus der Zivilgesellschaft allerdings davon auszugehen, dass auf dem Feld der Information und Kommunikation, nicht nur im Alltag, zahlreiche Exklusionsfaktoren existieren, die Menschen mit sensorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen eine selbstbestimmte Lebensführung – teils deutlich – erschweren (vgl. Frehe, Welti 2010, Deutscher Gehörlosen-Bund 2011; Deutscher Behindertenrat 2010; www.weg-mit-den-barrieren.de, Themenblatt Private Güter und Dienstleistungen).

Zugänglichkeit und Nutzbarkeit des öffentlichen und öffentlich zugänglichen Raumes 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 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. Vor diesem Hintergrund ist äußerst kritisch zu bewerten, dass mit der 2016 vollzogenen Novellierung des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) (Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/7824) die Potenziale, die dem BGG innewohnen, insbesondere im Hinblick auf die Schaffung eines barrierefreien öffentlichen Raumes durch die Privatwirtschaft, keinesfalls ausgeschöpft worden sind. Zwar wurde mit der Einrichtung der Bundesfachstelle für Barrierefreiheit (§ 13 BGG neu) ein Beratungsangebot geschaffen, das vor allem auf die Privatwirtschaft zielende, bislang fast bedeutungslose (Welti et al.2014) Instrument der Zielvereinbarung (§ 5 BGG neu) wurde hingegen unverändert beibehalten. Bei einer zukünftigen Novellierung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes gilt es dementsprechend, gerade die Privatwirtschaft bei der Herstellung von Barrierefreiheit stärker in die Pflicht zu nehmen.

Da eine Erhebung aussagekräftiger Strukturdaten angesichts der ausdifferenzierten Rechtslage sowie der unterschiedlichen Zuständigkeiten in Bezug auf die Errichtung und Modernisierung von Gebäuden und anderen baulichen Anlagen, die Beschaffung und den Betrieb von Verkehrsmitteln sowie die Beschaffung und Anwendung von Informations- und Kommunikationsmitteln und -technologien schwierig ist, sind insbesondere regelmäßige Befragungen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Bezug auf ihre Teilhabeeinschränkungen erforderlich, um Hinweise auf mögliche Fortschritte bei der Herstellung von Barrierefreiheit zu erhalten (vgl. Office for National Statistics (UK) 2010). Dies soll in Zukunft im Rahmen eines Teilhabesurveys erfolgen.

Literatur zu diesem Kommentar

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.

Palleit, L. (2012): Systematische „Enthinderung". In: Positionen Nr. 7 der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention.

Schäfers, M. (2008): Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen. Wiesbaden.

Schäfers, M.; Schachler, V.; Schneekloth, U.; Wacker, E.; Zeiler, E. (2016): Pretest Befragung in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Im Auftrag des BMAS. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb471-pretest-befragung-in-einrichtungen.pdf?__blob=publicationFile&v=1

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.

Vereinte Nationen (Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen) (2015): Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands. Deutsche Übersetzung der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention. http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/UN-Dokumente/CRPD_Abschliessende_Bemerkungen_ueber_den_ersten_Staatenbericht_Deutschlands.pdf

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.

Wacker, E. (2016): „Wohnen". In: Dederich, M.; Beck, I.; Bleidick, U.; Antor, G. (Hg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart, S. 305-310.

Welti, F. et al. (2014): Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales – Abschlussbericht.

5. Gesundheit

Faktenblatt „Gesundheit“

- Im Jahr 2014 beschrieben 59% der Menschen ohne Beeinträchtigungen gegenüber 12% der Menschen mit Beeinträchtigungen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut.
- Auch Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen (bzw. deren Eltern) schätzen ihren Gesundheitszustand eher als mittelmäßig oder (sehr) schlecht ein als gleichaltrige Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen.
- Über die Hälfte (56%) der Menschen ohne Beeinträchtigungen schätzt ihr psychisches Wohlbefinden als gut bis sehr gut ein. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen sagen dies mit 39% erheblich weniger.
- Auch Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen weisen – laut Angaben ihrer Eltern – ein schlechteres psychisches Wohlbefinden auf als gleichaltrige Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen.
- Menschen ohne Beeinträchtigungen sind innerhalb eines Jahres durchschnittlich sieben Tage krankheitsbedingt eingeschränkt, Menschen mit Beeinträchtigungen durchschnittlich 34 Tage. Die Hälfte der Menschen ohne Beeinträchtigungen (49%) war nach eigener Einschätzung innerhalb der letzten zwölf Monate keinen Tag so erkrankt, dass dies zu Einschränkungen geführt hätte. Dies gilt ebenfalls für einen hohen Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen (45%).
- Wenn Menschen ohne Beeinträchtigungen erkranken, dann meist für bis zu 30 Krankheitstage (47%), nur ein kleiner Teil (4%) ist im Laufe eines Jahres länger als 30 Tage erkrankt. Im Gegensatz dazu sind etwa ein Fünftel (19%) der Menschen mit Beeinträchtigungen mehr als 30 Tage im Jahr krankheitsbedingt eingeschränkt, darunter 13% zwischen 30 und 180 Tagen und 6% mehr als 180 Tage.
- Menschen mit Beeinträchtigungen melden sich seltener wegen kurzer Bagatellerkrankungen beim Arbeitgeber arbeitsunfähig. Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich in den letzten zwölf Monaten keinen Tag krank gemeldet haben, ist mit 30% höher als dieser Anteil an Menschen ohne Beeinträchtigungen (23%).
- Etwa die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen (53%) sucht bis zu fünf Mal innerhalb eines Jahres einen Arzt auf. Ein Drittel (34%) der Menschen mit Beeinträchtigungen sucht 6 bis 12 Mal im Jahr eine Arztpraxis auf und 14% der Menschen mit Beeinträchtigungen sind schließlich auf eine sehr engmaschige ärztliche Versorgung mit mehr als 12 Arztbesuchen pro Jahr angewiesen.
- Die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der Gesundheitsversorgung kann näherungsweise anhand einer bundesweiten Abfrage der Stiftung Gesundheit dargestellt werden. Von insgesamt 196.000 Arzt- und Zahnarztpraxen sowie psychotherapeutischen Praxen, die im Ärzteportal aufgenommen sind, gaben nur 11% an, mindestens drei von insgesamt zwölf Kriterien der Barrierefreiheit zu erfüllen.

„Gesundheit“ ist ein Zustand des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlergehens. Eine gute gesundheitliche Verfassung fördert die produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale und kann auch die Bereitschaft zu gesellschaftlicher Beteiligung erhöhen (Hurrelmann, 2006). Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft kann sich wiederum positiv auf das Wohlbefinden und damit auch auf die Gesundheit auswirken. Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen sind nach diesem Verständnis nicht mit Krankheit identisch (zur Definition von Gesundheit und Krankheit vgl. Greb, 2012). Gleichzeitig stehen Gesundheit bzw. Krankheit in einem engen Bezug zu Behinderung, weil 85% der Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung diese im Laufe ihres Lebens in Folge einer Krankheit erwerben (Statistisches Bundesamt, 2014a). Somit kommen der gesundheitlichen Prävention und der Rehabilitation im Falle gesundheitlicher Probleme erhebliche Bedeutung zu. So setzt eine gute gesundheitliche Versorgung ein qualitativ und quantitativ gutes Angebot an Gesundheits-, Präventions- und Rehabilitationsleistungen einschließlich ihrer Zugänglichkeit und Nutzbarkeit voraus. Dies gilt ausdrücklich auch für Menschen mit Beeinträchtigungen, die spezifische Anforderungen an die Qualität, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit gesundheitlicher Dienstleistungen haben, die je nach Art der Beeinträchtigungen unterschiedlich sein können.

Das Recht von Menschen mit Behinderungen „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ ist in Artikel 25 Satz 1 UN-BRK verankert. Entsprechend dürfen Menschen mit Behinderungen nicht von Angeboten der allgemeinen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden. Sie müssen von ihrem Wohnsitz aus in gut erreichbarer Nähe Zugang zu niedergelassenen Arztpraxen der verschiedenen Fachrichtungen, therapeutischen Praxen, klinischer Versorgung etc. haben. Spezielle, aufgrund der Beeinträchtigungen benötigte Gesundheitsdienstleistungen sind ebenfalls zur Verfügung zu stellen. Menschen mit Behinderungen müssen darüber hinaus die Möglichkeit haben, ihre gesundheitlichen Belange selbstbestimmt wahrnehmen zu können, dies schließt entsprechende Wahlmöglichkeiten ein. Hierfür müssen die notwendigen Informationen bereitgestellt sowie eine geeignete Kommunikation sichergestellt werden. Darüber hinaus fordert Artikel 26 Absatz 1 Satz 1 UN-BRK wirksame und geeignete Maßnahmen des Staates, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit sowie die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.

In den Abschließenden Bemerkungen des Vertragsausschusses zum ersten Staatenbericht Deutschlands (CRPD, 2015) kritisiert der Ausschuss den Zugang zu Gesundheitsleistungen und vertritt die Meinung, dass insbesondere Asylsuchende und Flüchtlinge einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen hätten.[92] Die Sicherstellung des

[92] Diese Kritik berücksichtigt noch nicht die zum März 2015 in Kraft getretene Änderung von § 2 AsylbLG, der zufolge bereits nach 15 Monaten (statt bisher nach 4 Jahren) für diesen

Zugangs ist dabei umfassend gemeint und beinhaltet u.a. Informationen über Leistungen, die Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften in Hinblick auf die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen, die direkte Kommunikation im Verlauf einer Behandlung sowie die Achtung der informierten und freien Einwilligung des Einzelnen.[93]

Im Parallelbericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-BRK (BRK-Allianz, 2013) wird über die bereits genannten Aspekte hinaus auch die Meinung vertreten, dass die Aufklärung von Menschen mit Behinderungen über medizinische Maßnahmen von Seiten des medizinischen Fachpersonals und die mangelnde Einbeziehung in die Entscheidung über solche Maßnahmen zu verbessern seien. Die BRK-Allianz weist außerdem auf die „zunehmenden Privatisierungstendenzen der gesetzlichen Krankenversicherung“ (z.B. in Form von Zuzahlungen) hin, wodurch Menschen mit Behinderungen benachteiligt werden könnten. Kritik wird auch an den komplexen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen im Gesundheitsbereich geäußert: „Gerichtliche Wege zur Klärung oder Durchsetzung von Ansprüchen, die nicht selten von Betroffenen, Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern gegangen werden müssen, sind langwierig und finanziell aufwändig. Leistungsträger lassen es häufig auf Widersprüche oder Klagen ankommen, womit viele der betroffenen Personen aus Unkenntnis oder Resignation überfordert sind und darauf verzichten“ (BRK-Allianz, 2013: 52).

Hieran anknüpfend werden zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich Gesundheit folgende Aspekte dargestellt:

- Gesundheitliche Verfassung: Gesundheit hat einen entscheidenden Einfluss auf die individuelle Leistungsfähigkeit eines Menschen und damit auch auf die Fähigkeit zur Erwerbsarbeit. Auch für das Wohlbefinden und die Möglichkeit einer eigenständigen Lebensführung ist Gesundheit zentral. Daher ist zu beleuchten, welche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in Bezug auf ihre gesundheitliche Verfassung bestehen.
- Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen: Die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen einschließlich der Gesundheitsförderung hängt in entscheidendem Maß davon ab, inwieweit sie barrierefrei zugänglich sind und ob entsprechende Angebote wohnortnah zu erreichen sind.
- Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung: Menschen mit Beeinträchtigungen haben das Recht auf eine gleichwertige Behandlung in allen gesundheitlichen Belangen. Um dies zu erreichen, bedarf es u.a. jeweils geeigneter Kommunikationsformen; das Gesundheitspersonal muss entsprechend geschult werden und die zeitlichen

Personenkreis Analogleistungen zum SGB XII einschließlich der Hilfen zur Gesundheit gewährt werden.

93 Zum ebenfalls genannten Aspekt der Hilfsmittel vgl. Kapitel 4 „Allgemeine Lebensführung“.

Ressourcen hierfür müssen zur Verfügung gestellt werden. Menschen mit Beeinträchtigungen haben gleichzeitig das Recht auf spezielle Gesundheitsleistungen, die sie aufgrund ihrer Beeinträchtigungen benötigen.

- Gesundheitliche Prävention und Rehabilitation dienen der Vermeidung von gesundheitlichen Risiken, der Prophylaxe, der Wiederherstellung von Gesundheit sowie der Abwendung einer Behinderung bzw. Milderung ihrer Folgen. Menschen mit Behinderungen haben das Recht auf gleichberechtigten Zugang zu allen Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation (Artikel 25, 26 UN-BRK).

Artikel 25 UN-BRK: Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;

b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;

c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;

d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;

f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

Artikel 26 UN-BRK: Habilitation und Rehabilitation

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme

a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;

b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

(2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.

(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.

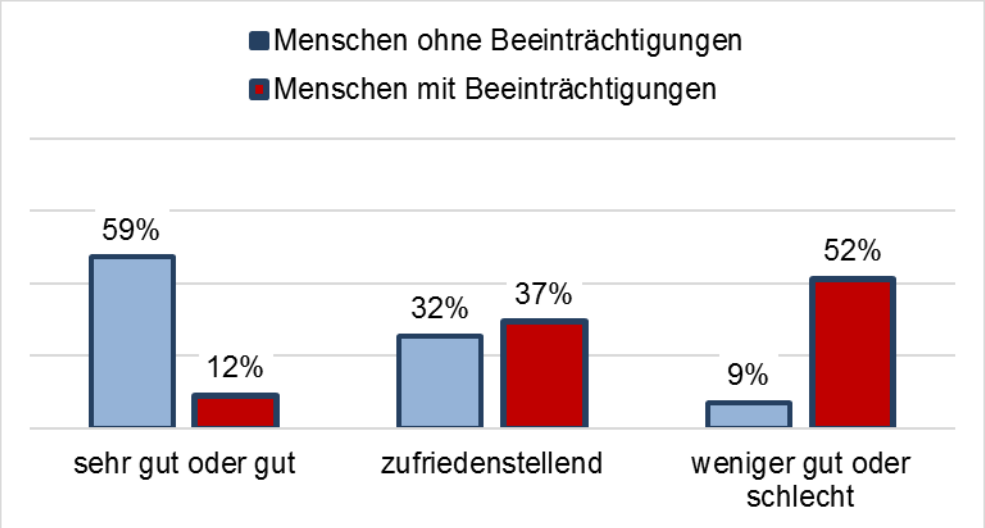
5.1 Gesundheitliche Verfassung

Im folgenden Abschnitt werden Unterschiede der gesundheitlichen Verfassung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen thematisiert. Dazu werden im Rahmen der verfügbaren Daten die Einschätzungen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen herangezogen. Die gesundheitliche Verfassung wird dabei anhand eigener Einschätzungen des Gesundheitszustandes, von Krankheitsphasen sowie anhand des psychischen Wohlbefindens beschrieben. Es wird darauf hingewiesen, dass nach der hier zugrunde gelegten Definition und Datenquelle Menschen mit chronischer Erkrankung der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen zugerechnet werden. Dies ist bei der Interpretation von Unterschieden zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in Bezug auf gesundheitsbezogene Aspekte zu berücksichtigen.

5.1.1 Eigene Einschätzung der gesundheitlichen Verfassung

Beeinträchtigungen haben erheblichen Einfluss auf die Wahrnehmung des Gesundheitszustandes: Im Jahr 2014 beschrieben 59% der Menschen ohne Beeinträchtigungen gegenüber 12% der Menschen mit Beeinträchtigungen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (Abbildung 70). Gleichzeitig beschrieben 9% der Menschen ohne Beeinträchtigungen, aber über die Hälfte (52%) der Menschen mit Beeinträchtigungen ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht.

Abbildung 70: Subjektive Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands



Quelle: SOEP 2014 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Die Einschätzung des Gesundheitszustands verändert sich mit dem Alter: Jüngere Menschen bewerten ihre Gesundheit besser als ältere. 7% der Menschen ohne Beeinträchtigungen zwischen 18 und 49 Jahren beurteilen ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht (Tabelle 84). Dieser Anteil steigt kontinuierlich an, und 15% der hochaltrigen Menschen ohne Beeinträchtigungen schätzen ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht ein. Dieser Alterseffekt zeigt sich ebenso bei Menschen mit Beeinträchtigungen, allerdings bei insgesamt schlechterer Einschätzung des Gesundheitszustands. Von den jüngeren Menschen mit Beeinträchtigungen (18-49 Jahre) schätzen 45% ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht ein. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter an bis auf 59% unter den Hochaltrigen ab 80 Jahren mit Beeinträchtigungen.

Frauen schätzen ihre Gesundheit etwas schlechter ein als Männer: 8% der Männer und 10% der Frauen ohne Beeinträchtigungen schätzen ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht ein. Zwischen Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen zeigt sich eine gleiche Tendenz: 49% der Männer und 54% der Frauen bewerten ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht.

Tabelle 84: Einschätzung des Gesundheitszustands als weniger gut oder schlecht nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	9%	52%
Alter		
18 bis 49	7%	45%
50 bis 64	9%	53%
65 bis 79	12%	51%
80 und älter	15%	59%
Geschlecht		
Männer	8%	49%
Frauen	10%	54%
Teilgruppen der Beeinträchtigung		
Menschen mit anerkannter Behinderung		48%
chronisch kranke Menschen, die in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind (ohne anerkannte Behinderung)		58%

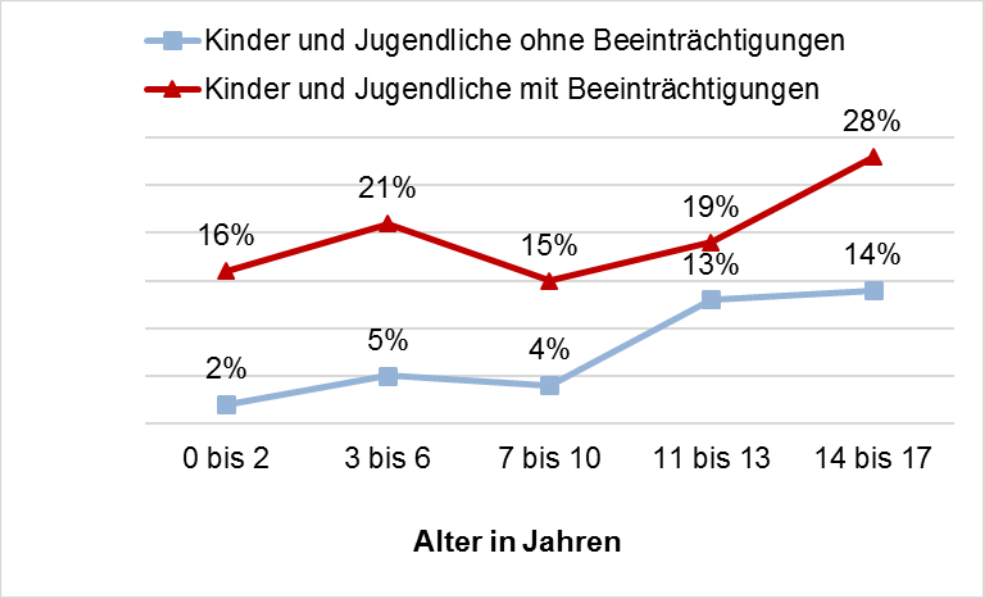
Quelle: SOEP 2014 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Menschen mit chronischen Erkrankungen und zusätzlichen Teilhabeeinschränkungen (ohne eine anerkannte Behinderung) schätzen ihre Gesundheit schlechter ein als Menschen mit einer anerkannten Behinderung. Über die Hälfte (58%) der chronisch Kranken schätzt sie als weniger gut oder schlecht ein. Der Anteil der Menschen mit einer anerkannten Behinderung, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einschätzen, liegt mit 48% deutlich darunter.

Die Gesundheitsunterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen zeigen sich bereits im Kindes- und Jugendalter.[94] So schätzen mehr Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen (bzw. deren Eltern) ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig oder (sehr) schlecht ein als gleichaltrige Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 71). Diese Unterschiede sind bei den Altersgruppen unter 2 Jahren sowie bei den 3- bis 6-Jährigen und den 14- bis 17-Jährigen besonders ausgeprägt.

[94] Hierzu liegen allerdings lediglich Daten des KiGGS aus 2003 bis 2006 vor.

Abbildung 71: Kinder und Jugendliche mit mittlerem oder schlechtem Gesundheitszustand* nach Alter



Quelle: KiGGS 2003-2006, Berechnung und Darstellung der Prognos AG (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 194).

* Die Angaben für die unter 10-Jährigen beruhen auf der Einschätzung der Eltern.

Über die gesundheitliche Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen, die in stationären Einrichtungen leben, liegen derzeit keine bundesweiten Informationen vor. Im Rahmen der bundesweiten Studie „Betreuung von Menschen mit Behinderungen in Deutschland“ wird u.a. gezeigt, dass ein positiver Zusammenhang zwischen dem Betriebsklima in stationären Einrichtungen und der gesundheitliche Situation der Bewohnerinnen und Bewohner besteht (Habermann-Horstmeier & Limbeck, 2015).

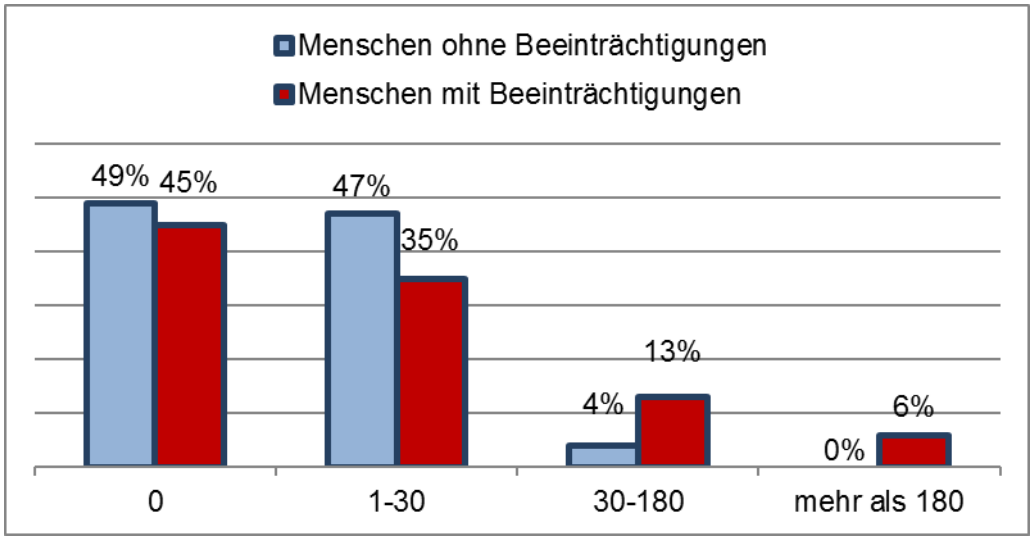
5.1.2 Krankheitsphasen

Die im Abschnitt zuvor abgebildeten deutlichen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in der Einschätzung der eigenen gesundheitlichen Situation werden durch den weiteren Indikator „Anzahl der Tage mit krankheitsbedingten Einschränkungen“ ergänzt. Im Rahmen der GEDA-Studie wurden Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen danach gefragt, wie viele Tage sie in den letzten zwölf Monaten so krank waren, dass sie ihren üblichen Tätigkeiten im privaten wie im beruflichen Leben nicht nachgehen konnten.

Menschen ohne Beeinträchtigungen sind innerhalb eines Jahres durchschnittlich sieben Tage krankheitsbedingt eingeschränkt, Menschen mit Beeinträchtigungen durchschnittlich 34 Tage. Knapp die Hälfte der Menschen ohne Beeinträchtigungen (49%) war nach eigener Einschätzung innerhalb der letzten zwölf Monate keinen Tag so erkrankt, dass dies zu Einschränkungen geführt hätte (Abbildung 72). Dies gilt ebenfalls für einen recht hohen Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen (45%). Wenn Menschen ohne Be-

einträchtigungen erkranken, dann meist für bis zu 30 Krankheitstage (47%), nur ein kleiner Teil (4%) ist im Laufe eines Jahres länger als 30 Tage erkrankt. Im Gegensatz dazu sind etwa ein Fünftel (19%) der Menschen mit Beeinträchtigungen mehr als 30 Tage im Jahr krankheitsbedingt eingeschränkt, darunter 13% zwischen 30 und 180 Tagen und 6% mehr als 180 Tage.

Abbildung 72: Anzahl der Tage mit krankheitsbedingten Einschränkungen in den letzten zwölf Monaten

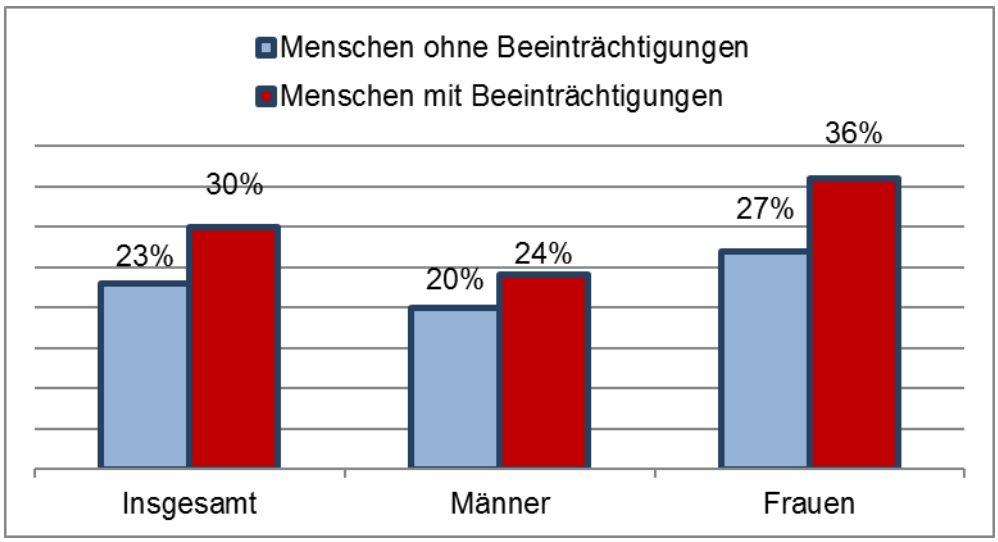


Quelle: GEDA Befragungswelle 2012/2013, Berechnung des ISG.

Der Zusammenhang von Gesundheit und Behinderung ist also komplex: Einerseits hat eine Beeinträchtigung nicht zwangsläufig eine krankheitsbedingte Einschränkung im alltäglichen Leben zur Folge; die jeweiligen Anteile der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die keine krankheitsbedingten Einschränkungen haben, unterscheiden sich nur geringfügig voneinander. Andererseits entstehen Beeinträchtigungen auch infolge von Erkrankungen, und Menschen mit Beeinträchtigungen sind, sofern sie erkranken, länger krankheitsbedingt eingeschränkt als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Hinsichtlich der Anzahl der Krankheitstage bestehen zwischen Männern mit Beeinträchtigungen und Frauen mit Beeinträchtigungen keine signifikanten Unterschiede.

Weiterhin zeigt sich, dass sich Menschen mit Beeinträchtigungen seltener wegen kurzer Bagatellerkrankungen beim Arbeitgeber arbeitsunfähig melden. Betrachtet man zunächst diejenigen, die sich in den letzten zwölf Monaten keinen Tag krank gemeldet haben, so ist deren Anteil an Menschen mit Beeinträchtigungen mit 30% höher als der Anteil an Menschen ohne Beeinträchtigungen (23%; Abbildung 73). Dieser Befund bestätigt, dass ein erheblicher Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen keine gesundheitsbedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit wegen kurzer Erkrankungen aufweist.

Abbildung 73: Menschen, die sich keinen Tag bei ihrem Arbeitgeber krankgemeldet haben, nach Geschlecht



Quelle: GEDA 2012/2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

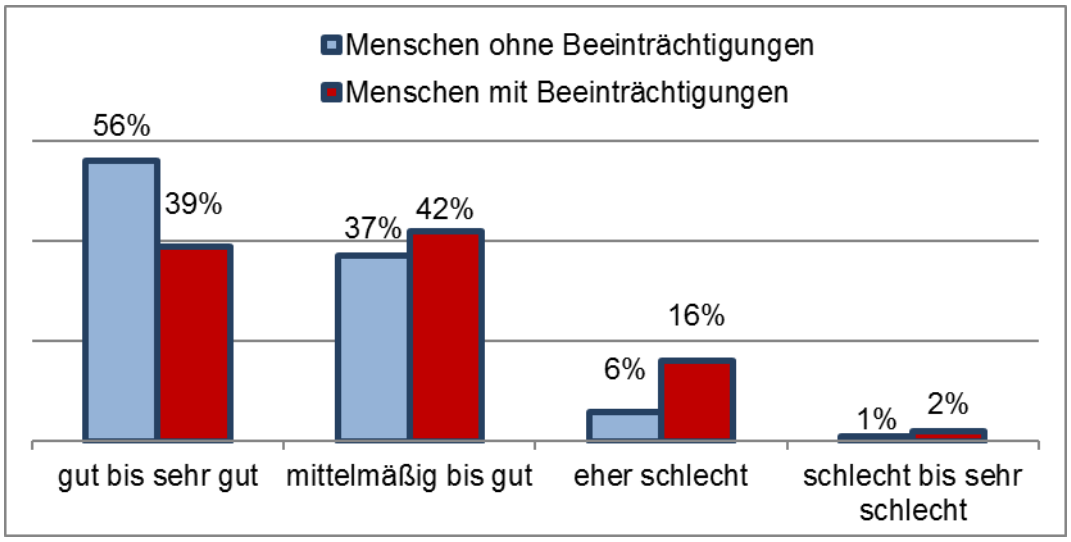
Frauen melden sich seltener krank als Männer. Während bei allgemeinen krankheitsbedingten Einschränkungen keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen (s.o.), ist der Anteil der Frauen (mit und ohne Beeinträchtigungen), die sich bei ihrem Arbeitgeber innerhalb eines Jahres keinen Tag krank gemeldet haben, erheblich höher; der Anteil der Frauen mit Beeinträchtigungen liegt hier mit 36% am höchsten, von den Frauen ohne Beeinträchtigungen sind es 27%. Bei den Männern liegt der Anteil derjenigen, die sich bei ihrem Arbeitgeber innerhalb eines Jahres keinen Tag krank gemeldet haben, generell niedriger, wobei der Anteil der Männer mit Beeinträchtigungen ohne Krankmeldungen mit 24% über dem der Männer ohne Beeinträchtigungen (20%) liegt.

Wenn aber Menschen mit Beeinträchtigungen durch eine Krankheit eingeschränkt werden, treten häufiger recht lange Krankheitsphasen auf. So weist knapp ein Viertel (24%) der Menschen mit Beeinträchtigungen zwischen 18 und 64 Jahren mehr als 30 Krankheitstage innerhalb eines Jahres auf; von den Menschen ohne Beeinträchtigungen waren es knapp 5%. In der Nacherwerbsphase (ab 65 Jahren) werden krankheitsbedingte Einschränkungen möglicherweise nicht mehr so stark bewertet, denn der Anteil der Menschen ab 65 Jahren mit mehr als 30 Krankheitstagen geht sowohl bei Menschen mit Beeinträchtigungen (10%) als auch bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (knapp 3%) zurück. Die Einschätzung der Befragten zur Anzahl krankheitsbedingter Ausfalltage hat sich im Zeitraum von 2009/2010 bis 2012/2013 nicht signifikant verändert.

5.1.3 Psychisches Wohlbefinden

Lebensqualität wird neben körperlichem Wohlergehen maßgeblich auch durch das psychische Wohlbefinden beeinflusst.[95] Über die Hälfte (56%) der Menschen ohne Beeinträchtigungen schätzt ihr psychisches Wohlbefinden als gut bis sehr gut ein (Abbildung 74). Von den Menschen mit Beeinträchtigungen sagen dies mit 39% erheblich weniger. Als (eher) schlecht schätzen ihr psychisches Wohlbefinden 18% der Menschen mit Beeinträchtigungen gegenüber 7% der Menschen ohne Beeinträchtigungen ein.

Abbildung 74: Psychisches Wohlbefinden in den letzten vier Wochen

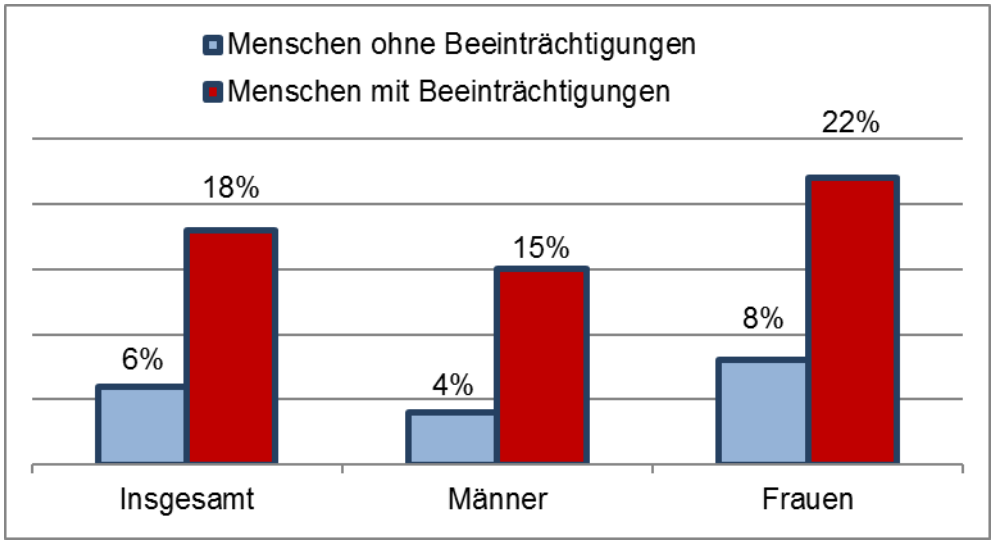


Quelle: GEDA 2012/2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Werden die beiden Kategorien „eher schlecht“ und „schlecht bis sehr schlecht“ zusammengezogen, so gaben 4% der Männer ohne Beeinträchtigungen an, dass es ihnen in den letzten vier Wochen psychisch schlecht ging, von den Männern mit Beeinträchtigungen waren dies mit 15% fast vier Mal so viele (Abbildung 75). 8% der Frauen ohne Beeinträchtigungen ging es nach eigenen Angaben in den letzten vier Wochen nicht gut. Frauen mit Beeinträchtigungen sind am stärksten psychisch belastet, 22% von ihnen gaben an, dass es ihnen in den letzten vier Wochen psychisch nicht gut ging.

[95] Das Robert-Koch-Institut hat auf der Basis von Einzelfragen einen international vergleichbaren Index für psychisches Wohlbefinden mit Werten von 0 („sehr schlecht“) bis 100 („sehr gut“) berechnet, wobei auf das psychische Wohlbefinden in den letzten 4 Wochen abgestellt wird. Für die Darstellung des psychischen Wohlbefindens wurden vier Ausprägungen gebildet: „sehr gut bis gut“ (Punktwerte: 76-100); „mittelmäßig bis gut“ (51-75); „eher schlecht“ (26-50); „schlecht bis sehr schlecht“ (0-25).

Abbildung 75: Menschen mit eher schlechtem psychischem Befinden nach Geschlecht

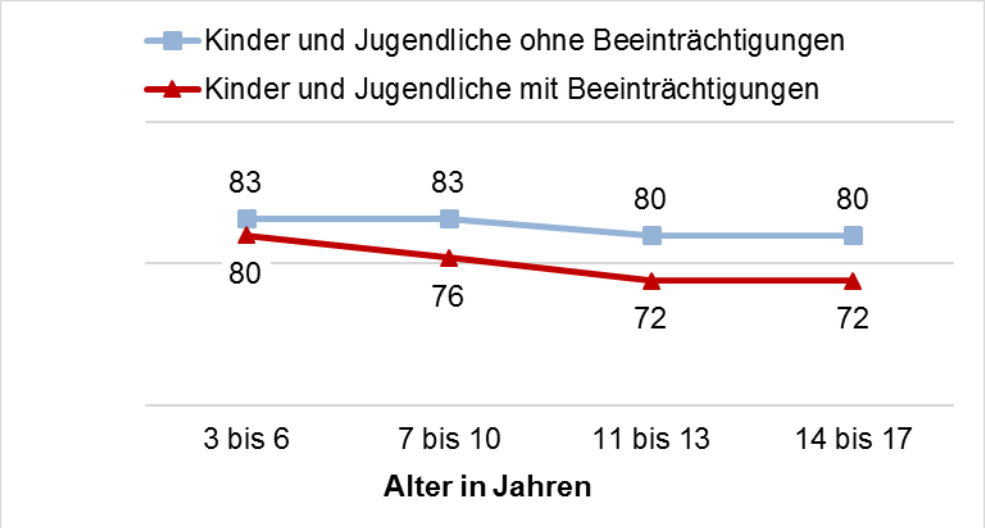


Quelle: GEDA 2012/2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Im Gesamtbild scheinen Frauen mit Beeinträchtigungen in besonderem Maß belastet zu sein: Über die Hälfte von ihnen schätzt den eigenen Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht ein, und einem vergleichsweise recht hohen Anteil geht es nach eigenen Angaben psychisch nicht gut. Gleichzeitig meldet sich ein überdurchschnittlich hoher Anteil der Frauen mit Beeinträchtigungen im Erwerbsalter nicht krank, was ein Hinweis auf eine zusätzlich belastende Arbeitssituation sein kann.

Auch Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen weisen – laut Angaben ihrer Eltern – ein schlechteres psychisches Wohlbefinden auf als gleichaltrige Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 76). Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen nehmen mit steigendem Lebensalter zu und sind bei den 11- bis 13-Jährigen und den 14- bis 17-Jährigen am stärksten ausgeprägt. Grundsätzlich bewerten ältere Kinder und Jugendliche unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung ihr Wohlbefinden schlechter als jüngere Kinder. Die Abnahme des psychischen Wohlbefindens mit zunehmendem Alter ist bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen jedoch besonders deutlich.

Abbildung 76: Psychisches Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen nach Alter (Mittelwerte)



Quelle: KiGGS 2003-2006, Antworten basieren auf dem Elternfragebogen; Mittelwerte von 0 „schlecht“ bis 100 „sehr gut“. Berechnung und Darstellung der Prognos AG (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 196)

5.2 Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen und Produkten

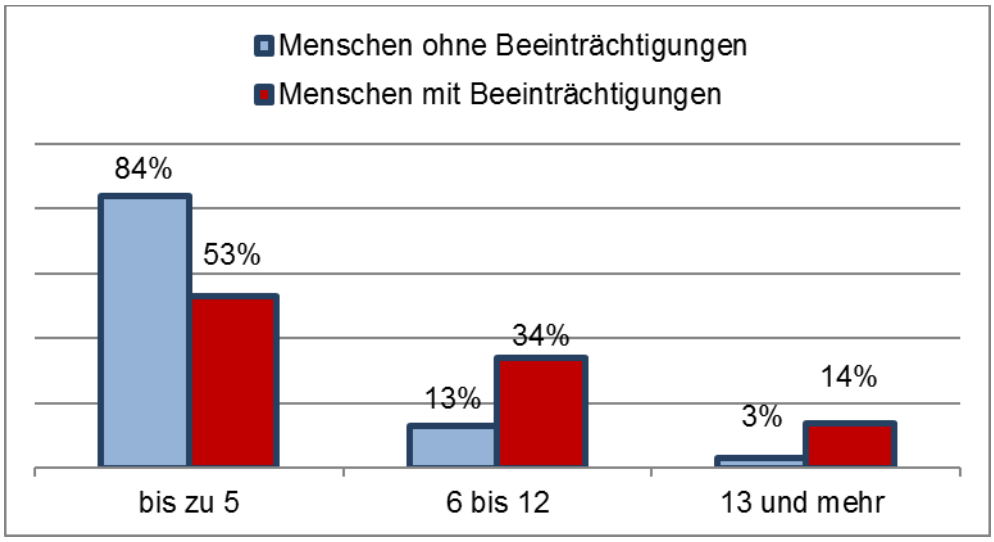
Das Recht von Menschen mit Beeinträchtigungen auf eine barrierefreie und diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung zielt auf eine gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen. Eine bestmögliche Versorgung mit gesundheitlichen Dienstleistungen und Produkten ist eine wesentliche Voraussetzung hierfür. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen am Beispiel der Häufigkeit von Arztbesuchen ist ein Anhaltspunkt für das besondere Erfordernis einer guten und gut erreichbaren gesundheitlichen Versorgung. So ist die barrierefreie Zugänglichkeit zu gesundheitlichen Dienstleistungen eine wesentliche Voraussetzung für deren Inanspruchnahme. In diesem Zusammenhang ist zu überprüfen, ob der Zugang zu Arztpraxen und Gesundheitsdiensten barrierefrei ist und ob es auch in ländlichen Regionen eine ausreichende Anzahl barrierefreier Arztpraxen und Gesundheitseinrichtungen gibt, um dem Wunsch- und Wahlrecht zu genügen. In Artikel 25 Satz 2 UN-BRK ist darüber hinaus das Recht auf geschlechtsspezifische Dienste verankert, was die Frage aufwirft, ob auch geschlechtsspezifische Versorgungsangebote wie z.B. gynäkologische Praxen barrierefrei zugänglich sind.

Der Zugang von Asylsuchenden und Flüchtlingen zu Leistungen der Gesundheitsversorgung wird in § 3 Abs. 1, § 4 und in § 6 Abs. 1 AsylbLG gesichert. Asylsuchende und Flüchtlinge, die sich seit 15 Monaten in Deutschland aufhalten, haben nach § 2 Abs. 1 AsylbLG einen Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel SGB XII. Auch dem Ausschuss für die Rechte der Menschen mit Behinderungen ist es wichtig, dass Asylsuchenden und Flüchtlingen mit Beeinträchtigungen ein barrierefreier Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet wird.

5.2.1 Arztbesuche

Ein Indikator für die Inanspruchnahme medizinischer Behandlung ist die Anzahl der Arztbesuche. Menschen mit Beeinträchtigungen suchen häufiger niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Etwa die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen (53%) sucht diese bis zu fünf Mal innerhalb eines Jahres auf (Abbildung 77).[96] Dagegen sucht etwa ein Drittel (34%) der Menschen mit Beeinträchtigungen 6 bis 12 Mal im Jahr eine Arztpraxis auf; von den Menschen ohne Beeinträchtigungen geben mit einem Anteil von 13% erheblich weniger diese Häufigkeit an. 14% der Menschen mit Beeinträchtigungen nehmen eine sehr engmaschige Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit mehr als 12 Arztbesuchen pro Jahr in Anspruch, dies gilt für nur 3% der Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 77: Anzahl der Arztbesuche in den letzten zwölf Monaten



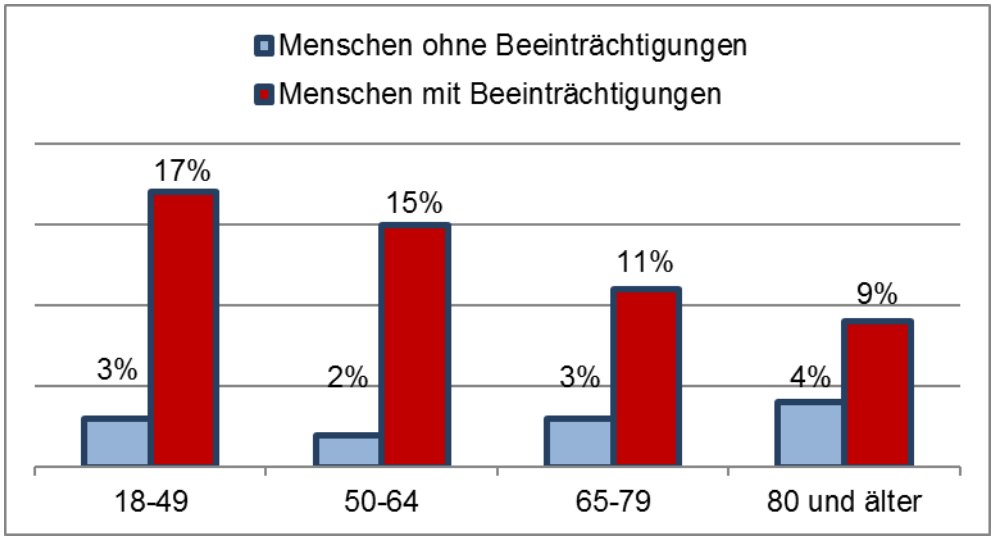
Quelle: GEDA 2012/2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Zwischen Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen bestehen bezogen auf die Häufigkeit von Arztbesuchen nur geringfügige Unterschiede. Der Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen, die mehr als 12 Arztbesuche pro Jahr angeben, ist in der Altershorte der 50- bis 64-Jährigen mit 2% am niedrigsten und in der Kohorte der hochaltrigen Menschen ab 80 Jahren mit einem Anteil von 4% am höchsten (Abbildung 78). Bei den Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt sich hier ein vollständig anderes Bild, hier ist der Anteil der jüngeren Menschen im Alter von 18 bis 49 Jahren, die eine engmaschige ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen, mit 17% überdurchschnittlich hoch und sinkt bei den nachfolgenden Alterskohorten kontinuierlich ab auf einen Anteil von 9% der hochaltrigen Menschen mit Beeinträchtigungen.

---

[96] Diese Ergebnisse basieren auf Selbstauskunft im Rahmen der GEDA-Studie. Gefragt wurde nach Besuchen von Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Das Abholen eines Rezepts gilt dabei als ein Arztbesuch. Zahn- und Betriebsärzte waren explizit ausgenommen, Vorsorgeuntersuchungen sind dagegen enthalten.

Abbildung 78: Häufige Arztbesuche nach Alter



Quelle: GEDA 2012/2013 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche ist im Zeitverlauf zurückgegangen. Suchten Menschen mit Beeinträchtigungen laut GEDA-Befragung 2009/2010 durchschnittlich 10,7 Mal im Jahr eine Arztpraxis auf, so waren es bei der Befragung 2012/2013 noch 9,1 Besuche. Auch bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen ist die Anzahl der Arztbesuche von durchschnittlich 3,8 Besuchen auf 3,6 Besuche leicht zurückgegangen.[97]

5.2.2 Zugang zu Gesundheitsleistungen

Barrierefreie Zugänglichkeit von Gesundheitseinrichtungen

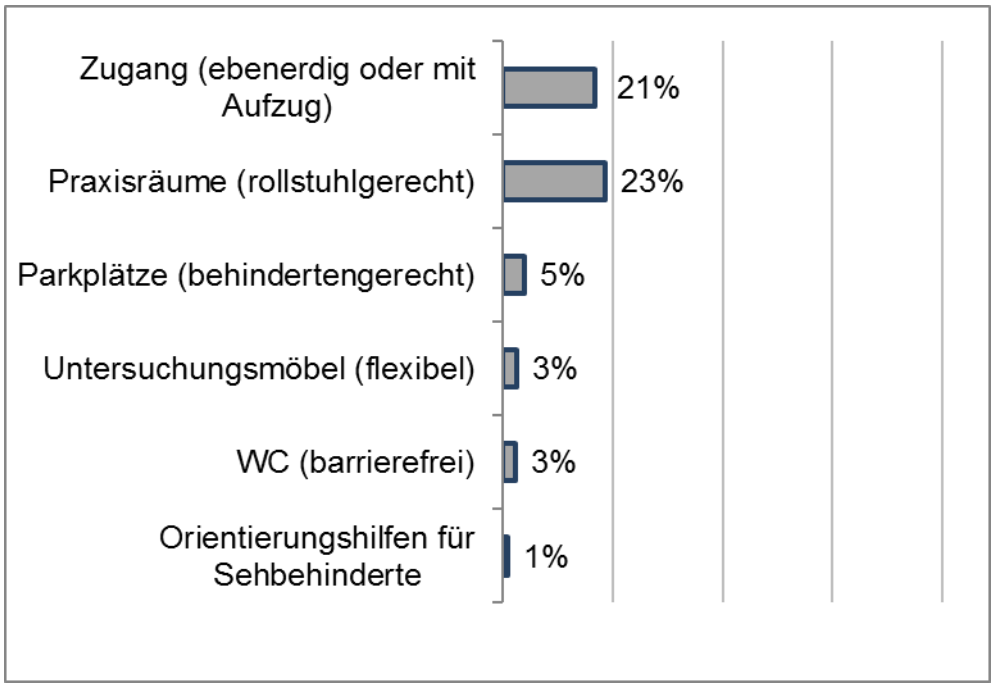
Für alle Patienten ist es von Vorteil, wenn Arztpraxen, Therapiepraxen, Krankenhäuser und andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung barrierefrei zugänglich sind. Für Menschen mit Beeinträchtigungen ist dies besonders wichtig. Zur Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Gesundheitseinrichtungen liegen auf Bundesebene keine gesicherten Daten vor. Die räumliche Zugänglichkeit und Nutzbarkeit kann näherungsweise anhand einer bundesweiten Abfrage der Stiftung Gesundheit dargestellt werden.[98] Von insgesamt 196.000 Arzt- und Zahnarztpraxen sowie psychotherapeutischen Praxen, die im genannten Ärzteportal des VDEK und der Stiftung Gesundheit aufgenommen sind, gaben nur 11% an, mindestens drei von insgesamt zwölf Kriterien der Barrierefreiheit zu erfüllen. Bei diesen Kriterien handelt es sich um einen barrierefreien Zugang, barrierefreie Räumlichkeiten (einschließlich Leitsysteme für sehbehinderte

97 GEDA Befragungswellen 2009/2010 und 2012/2013; Berechnung des ISG.

98 Der Verband der Ersatzkassen (vdek) hat in Zusammenarbeit mit der Stiftung Gesundheit ein Ärzteportal entwickelt, in dem bundesweit rd. 196.000 Praxen eingetragen sind. Die Ergebnisse beruhen auf einer Selbstauskunft von Ärzten/Ärztinnen in niedergelassenen Haus- und Facharztpraxen sowie von psychotherapeutischen Praxen und stellen insofern eine Positivauswahl dar.

Menschen, barrierefreies WC) sowie barrierefreie Kommunikation. Dieser Befragung zufolge sind 21% der Praxen ebenerdig oder mit Aufzug erreichbar, und 23% verfügen über rollstuhlgerechte Praxisräume (Abbildung 79). Diese Räume sind nur dann barrierefrei, wenn auch der Zugang zu diesen Räumlichkeiten barrierefrei möglich ist. Nur sehr wenige Praxen (5% und darunter) verfügen über behindertengerechte Parkplätze, flexible Untersuchungsmöbel, ein barrierefreies WC und/ oder Orientierungshilfen für Menschen mit Sehbeeinträchtigung.

Abbildung 79: Barrierefreiheit von Arzt- psychotherapeutischen Praxen



Quelle: Auswertung der Daten des Ärzteportals www.vdek-arztlotse.de; Darstellung des ISG

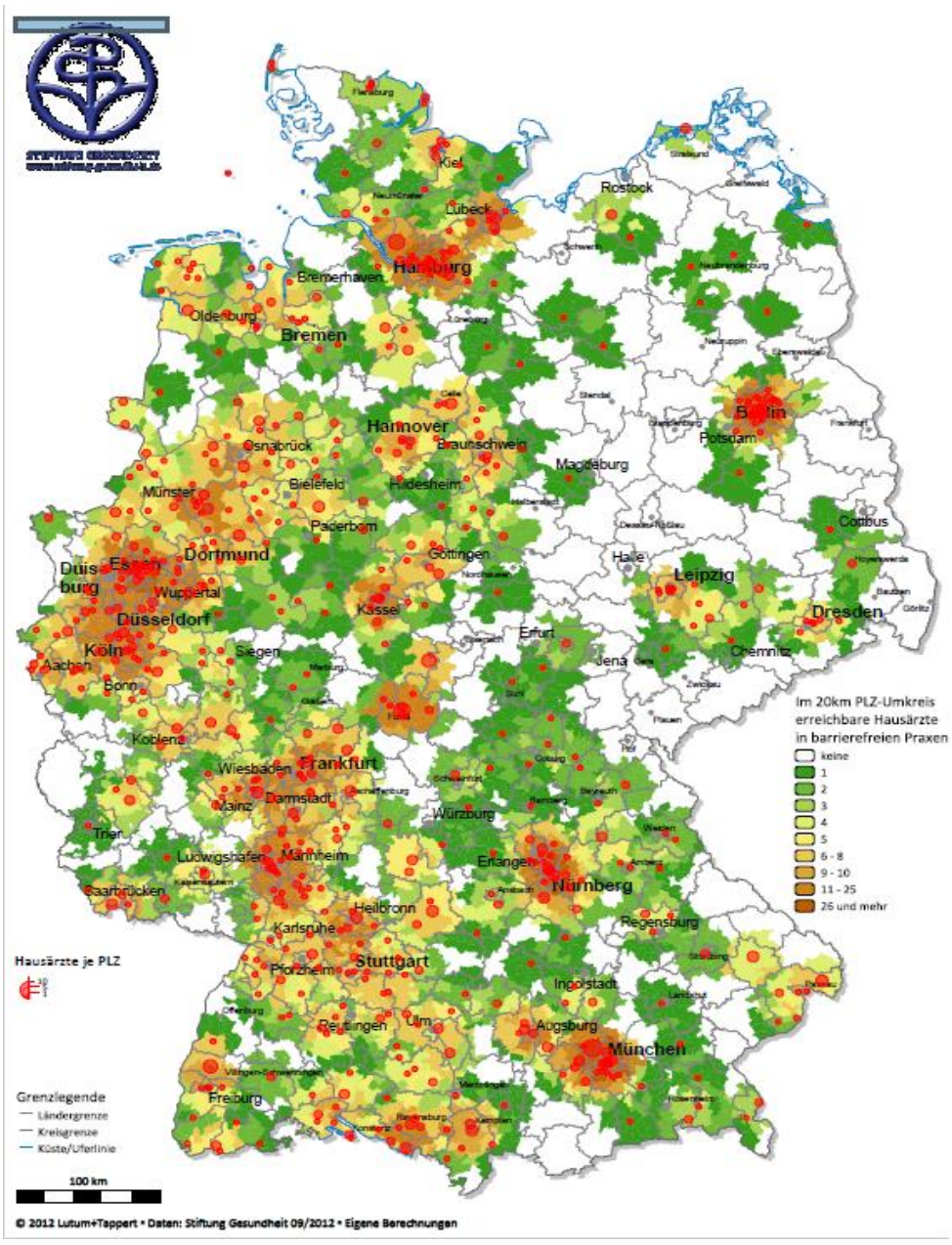
Dass in Bezug auf die Barrierefreiheit von Arztpraxen noch Verbesserungsbedarf besteht, bestätigt auch der Verband der Ersatzkassen (2014). Bundesweit liegen keine Daten dazu vor, inwieweit Krankenhäuser und andere stationäre gesundheitliche Angebote barrierefrei gestaltet sind. Von Bedeutung ist dabei neben baulicher Barrierefreiheit insbesondere auch die Ausstattung mit entsprechenden Leitsystemen für Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung sowie mit leicht verständlichen Orientierungshilfen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.

Die Barrierefreiheit des Gesundheitswesens bemisst sich auch daran, ob Informationsangebote über Gesundheitsleistungen und verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens für Menschen mit Beeinträchtigungen zugänglich sind. Über den Stand der Barrierefreiheit solcher Informationsangebote gibt es keine belastbaren Forschungsergebnisse.Ein weiterer Aspekt ist das in Artikel 25 UN-Behindertenrechtkonvention verankerte Recht auf Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten einschließlich der Reproduktionsmedizin. Auch hierzu liegen derzeit keine Daten vor, in welchem Umfang der Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten ermöglicht wird.

Wohnortnahe Verfügbarkeit barrierefreier gesundheitlicher Angebote

Die Versorgung mit niedergelassenen Praxen muss wohnortnah gewährleistet sein. Nach einer regionalisierten Sonderauswertung der Arztauskunft der Stiftung Gesundheit ist die hausärztliche Versorgung nur in städtischen Regionen mit einer hinreichenden Anzahl barrierefreier Hausarztpraxen gewährleistet. In zahlreichen ländlichen Regionen – insbesondere in den östlichen Bundesländern – ist in einem Umkreis von 20 km entweder keine oder nur eine hausärztliche Praxis mit barrierefreiem Zugang und barrierefreien Räumlichkeiten zu erreichen (Lutum & Tappert, 2012).

Abbildung 80: Erreichbarkeit von räumlich barrierefreien Hausarztpraxen



Quelle: Lutum & Tappert (2012).

Demnach sind Menschen mit Beeinträchtigungen in zahlreichen ländlichen Regionen entweder hausärztlich nicht wohnortnah versorgt, oder aber das Wunsch- und Wahlrecht kann bei nur einer barrierefreien Praxis nicht ausgeübt werden. Abbildung 80 zeigt diese Problematik eindrücklich. Weitere regionale Auswertungen zur Barrierefreiheit von Facharztpraxen verschiedener Fachrichtungen liegen nicht vor, es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die Versorgungslage mit Facharztpraxen besser ist als die mit hausärztlichen Praxen.

Schließlich benötigen Patientinnen und Patienten Informationen darüber, wo Praxen mit welchen barrierefreien Ausstattungen vorhanden sind. Die Krankenkassen bieten z.T. Internetportale zur Arzt- und Krankenhaussuche an, die auch Angaben zu verschiedenen Merkmalen der Barrierefreiheit enthalten.[99] Diese Angaben sind jedoch nur eingeschränkt verlässlich, da sie in der Regel auf Selbstauskünften beruhen und nicht anhand eines verbindlichen Kriterienkataloges überprüft werden. Darüber, wie gut diese Portale von Menschen mit Beeinträchtigungen genutzt werden, ob und ggf. welche Barrieren es bei deren Nutzung gibt, liegen keine Informationen vor.

5.3 Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung

Menschen mit Behinderungen haben das Recht auf eine gleichwertige Behandlung in allen gesundheitlichen Belangen. Nach Artikel 25 Satz 3 Buchstabe d UN-BRK hat diese Behandlung auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung zu erfolgen. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist die barrierefreie Kommunikation zwischen den Dienstleistern und den beeinträchtigten Personen sowie ein auf die jeweilige Beeinträchtigung abgestimmter Umgang mit den Patientinnen und Patienten. Um dies zu erreichen, wurden Fortbildungen zu einer entsprechenden Schulung des Gesundheitspersonals entwickelt.

Wird eine klinische Behandlung erforderlich, besteht für diejenigen, die ihre Assistenz im Rahmen des Arbeitgebermodells organisieren, die Möglichkeit, sich von selbst organisierter Assistenz in das Krankenhaus begleiten zu lassen. Menschen mit geistigen und/ oder psychischen Beeinträchtigungen benötigen darüber hinaus besondere Maßnahmen, damit auch für sie eine gleichwertige gesundheitliche Versorgung gewährleistet werden kann.

5.3.1 Ermöglichung informierter Entscheidungen

Barrierefreie Kommunikation

Damit Menschen mit Beeinträchtigungen ihr Recht auf eigene informierte Entscheidungen über ihre gesundheitliche Behandlung wahrnehmen können, dürfen keine Kommunikationsbarrieren bestehen. Je nach Art der Beeinträchtigung werden verschiedene Kommunikationsformen benötigt.

---

[99] Zu finden bspw. unter www.vdek-arztlotse.de oder www.aok-gesundheitsnavi.de.

Sofern ein Mensch mit einer Hörbeeinträchtigung im Rahmen der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache verwendet, sind die für die Sozialleistung zuständigen Kostenträger nach § 17 Absatz 2 SGB I i.V.m. § 19 SGB X verpflichtet, die Kosten für diese Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen zu tragen. Über den Umfang der Inanspruchnahme dieser Leistungen und die Frage, ob dabei Schwierigkeiten auftreten, liegen keine Informationen vor. Menschen mit einer Hörschädigung ohne Gebärdensprachkenntnisse benötigen andere Kommunikationsformen, u.a. auch schriftliche Informationen in leichter Sprache. Auch Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung benötigen Informationen in leichter Sprache – sowohl schriftlich als auch verbal. Darüber, in wie vielen Praxen Informationen in leichter Sprache vorliegen oder mündlich kommuniziert werden können, liegen bundesweit keine Informationen vor. Gleiches gilt auch für Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung.

Aus- und Fortbildungen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen sollen mit beeinträchtigten Patientinnen und Patienten je nach Art ihrer Beeinträchtigung in spezifischer Weise kommunizieren und umgehen. Damit dies gewährleistet ist und die Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht erfolgen kann, bedarf es adäquater zielgruppenspezifischer Aus- und Fortbildungen. So hat z.B. die Bundesärztekammer eine Fortbildungsreihe zur medizinischen Betreuung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen konzipiert (Bundesärztekammer, 2011). Wie viele Mitarbeitende der verschiedenen gesundheitlichen Professionen an Fortbildungen zur medizinischen Betreuung und Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen teilnehmen, ist aber nicht bekannt.

5.3.2 Stationäre Gesundheitsversorgung

Ein stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus ist für jeden Menschen eine belastende Situation. Zur Unterstützung in dieser Situation haben Menschen mit Beeinträchtigungen, die ihre Assistenz im Rahmen des Arbeitgebermodells organisieren, die Möglichkeit, eine Assistentin oder einen Assistenten in das Krankenhaus mitzunehmen (§ 11 Abs.3 SGB V). Weiterhin besteht ein Anspruch auf Mitnahme einer Begleitperson, wenn dies aus medizinischen Gründen geboten ist. Darüber hinaus können je nach Form einer Beeinträchtigung weitere Hilfeleistungen erforderlich werden.

Die medizinische Versorgung der zunehmenden Zahl von älteren Menschen mit kognitiven Einschränkungen, sowohl von bereits bekannten als auch von Einschränkungen, die anlässlich einer stationären Behandlung erstmals auffallen, ist ein noch ungelöstes Problem (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2015). Weder Laienhilfe (Eggenberger et al.,

2013) oder Mitarbeiterschulung (Gurlit et al., 2013) noch einzelne geriatrische Abteilungen (Hofmann et al., 2014) können den dadurch entstehenden Bedarf an qualifizierter medizinischer Versorgung decken.

Assistenz bei stationären Aufenthalten

Für pflegebedürftige Menschen, die Assistenz nach dem Arbeitgebermodell (§ 37 SGB XI sowie § 66 Absatz 4 Satz 1 SGB XII) organisieren, ermöglichen das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus (2009) und das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (2012), dass Assistenzkräfte in diese Einrichtungen mitgenommen werden können und die hierfür erforderlichen Geldleistungen der sozialen Pflegeversicherung bzw. der Hilfe zur Pflege durchgehend gezahlt werden. Außerdem trägt die GKV die durch die Aufnahme der Assistenzkraft verursachten Kosten.

Diese gesetzlichen Regelungen sind beschränkt auf Assistenzkräfte, die nach dem Arbeitgebermodell (SGB XI, SGB XII) finanziert werden. Sie gelten weder für Betroffene, die ihren Bedarf über Assistenzdienste organisieren, noch für Bewohnerinnen bzw. Bewohner von stationären Einrichtungen. Aber auch für die Menschen mit Beeinträchtigungen, die normalerweise keine dauerhafte Assistenz benötigen, also z.B. für Personen mit Sinnesbeeinträchtigungen, kann eine solche in der Krisensituation eines Klinikaufenthalts erforderlich werden. Eine im Mai 2012 hierzu eingereichte Petition, die darauf abzielte, die Weiterfinanzierung der Assistenz im Falle eines Klinikaufenthalts für alle Menschen mit Beeinträchtigungen zu gewährleisten, blieb erfolglos.[100]

Besonderer Unterstützungsbedarf

Eine besonders vulnerable Gruppe in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung in Krankenhäusern sind Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen. Nach Artikel 25 UN-BRK besteht das Recht auf eine gleichwertige gesundheitliche Versorgung, nach der selbstbestimmte Behandlungsentscheidungen ermöglicht und behinderungsspezifische Bedarfe berücksichtigt werden.

Bei Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen weisen Erkrankungen zum Teil eine andere Symptomatik auf als bei Menschen ohne diese Beeinträchtigungen. Sie nehmen Schmerzen teilweise anders wahr oder können ihr Schmerzempfinden nur schwer auf verständliche Weise mitteilen. In der unmittelbaren Kommunikation ist der Einsatz leichter Sprache erforderlich. Es werden genügend zeitliche Ressourcen benötigt, um über Behandlungen in angemessener Form zu informieren und Entscheidun-

[100] Vgl. Petition 24616: Hilfe für Behinderte - Finanzierung der persönlichen Assistenz bei Klinikaufenthalt vom 16.05.2012, unter: https://epetitionen.bundestag.de/petitionen

gen hierüber vorzubereiten. Darüber hinaus reagieren Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen auf Stress zum Teil anders als Menschen ohne diese Beeinträchtigungen.

Über die derzeitige gesundheitliche Versorgungssituation von Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen – insbesondere auch in Krankenhäusern – liegen keine bundesweiten Erkenntnisse vor. Auf dem 122. Deutschen Ärztetag wurde gefordert, die Diagnostik, Therapie und Begleitung von Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen besser zu erforschen (Bundesärztekammer, 2009: 36). Aus vorliegenden explorativen, nicht repräsentativen Studien (bhz Stuttgart & Diakonie-Klinikum Stuttgart, 2015; Steffen & Blum, 2011) lassen sich Hinweise darauf entnehmen, dass es in Krankenhäusern zahlreiche Probleme in der Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen gibt. Diese betreffen neben den bereits genannten Aspekten auch die fehlende Praxis im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen. Dies kann sich auf die Kommunikation und auf die Betreuungsqualität auswirken.

5.4 Gesundheitliche Prävention und Rehabilitation

Neben der kurativen Behandlung von Krankheiten gibt es auch den Ansatz, diese möglichst zu vermeiden oder ihre Auswirkungen zu reduzieren. Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung). Die Art und Weise der Leistungserbringung und das Nähere über die gemeinsame nationale Präventionsstrategie werden in §§ 20 bis 20i SGB V dargestellt. Der GKV-Spitzenverband legt für die Leistungen einheitliche Handlungsfelder und Kriterien fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 wurde sichergestellt, dass der GKV-Spitzenverband bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe Menschen mit Behinderung einbezieht. Die unterschiedlichen Präventionsansätze richten sich sowohl an die Verhaltensänderung Einzelner als auch auf die gesundheitsförderliche Einflussnahme auf die Lebensbedingungen. So ist die Prävention nach § 20a Absatz 1 SGB V auf verschiedene „Lebenswelten“ zu beziehen, worunter „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ verstanden werden. Hinzu kommen Präventionsleistungen im Arbeitsleben (betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V).[101]

[101] Für Präventionsleistungen nach §§ 20a bis 20c SGB V sollen insgesamt ab dem Jahr 2016 Mittel in Höhe von 7 Euro je versicherter Person eingeplant werden, darunter mindestens 2 Euro je versicherter Person jeweils für Leistungen nach den §§ 20a und 20b SGB V.

Gesundheitliche Prävention setzt an verschiedenen Stellen an: Sie kann durch Vermeidung oder Verhinderung von Risiken und auch durch die Förderung der individuellen gesundheitlichen Ressourcen helfen, den Eintritt einer Krankheit zu vermeiden. Zu den Maßnahmen einer solchen Primärprävention und Gesundheitsförderung gehören z.B. Impfungen sowie Aufklärung und Beratung zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Sport oder Suchtverhalten. Weiterhin sollen durch Sekundärprävention bzw. medizinische Intervention Krankheiten in einem frühen Stadium erkannt und behandelt werden; hierzu gehören insbesondere Vorsorgeuntersuchungen. Demgegenüber dient die Rehabilitation bzw. medizinische Nachsorge dazu, eine Verschlimmerung der Krankheit bzw. den Eintritt einer Behinderung zu vermeiden, wozu Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren dienen. Spezifische Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche leisten einen erheblichen Beitrag zu deren Teilhabechancen.

Im vorliegenden Zusammenhang stellt sich die Frage, wie gut Menschen mit Beeinträchtigungen von Präventionsmaßnahmen erreicht werden bzw. ob es bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Maßnahmen Zugangsbarrieren gibt.

5.4.1 Primär- und Sekundärprävention

Erfolg von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

Zu den Maßnahmen der Primärprävention gehören unter anderem Aufklärungskampagnen und Beratungen zu einer gesunden Lebensführung, die die Krankenkassen ggf. in Kooperation mit geeigneten Partnern erbringen sollen (§ 20a SGB V). Menschen mit Beeinträchtigungen werden mit allgemeinen Aufklärungskampagnen möglicherweise kaum erreicht, wenn sie besondere Kommunikationsbedürfnisse haben. Hierzu gehören z.B. Menschen mit einer früh erworbenen Hörschädigung sowie Menschen mit geistiger oder psychischer Beeinträchtigung.

Inwieweit Menschen mit Behinderungen durch Präventionsmaßnahmen erreicht werden, ist nicht bekannt. Hinweise können Kampagnen zu Rauch- und Suchtverhalten oder gesundheitsbewusster Ernährung im Verhalten von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen geben. In den größeren Bevölkerungsbefragungen[102] sind entsprechende Fragestellungen enthalten. Dabei werden jedoch ausschließlich Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten einbezogen. Vermutlich sind Menschen mit Beeinträchtigungen in stationären Wohneinrichtungen oder in WfbM tätige Menschen schwieriger befragbar und werden daher vermutlich auch von Aufklärungskampagnen schlechter erreicht. Es liegen keine Informationen darüber vor, ob bzw. wie gut auch Menschen mit Beeinträchtigungen, die nicht leicht befragbar sind, von Aufklärungskampagnen oder Kursen zum Gesundheitsverhalten erreicht werden können.

---

[102] Daten zum Gesundheitsverhalten werden im SOEP alle zwei Jahre, im Mikrozensus alle vier Jahre und in der in zwei- bzw. dreijährlichen Abständen durchgeführten GEDA-Befragung erhoben.

Die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen ist ein weiterer Indikator dafür, ob die Primärprävention für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen erfolgreich ist. Die Ergebnisse der GEDA-Studie (Erhebung 2012/ 2013) zeigen diesbezüglich keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. So beträgt der Anteil derjenigen, die in den letzten 10 Jahren eine Tetanusimpfung erhalten haben, unabhängig davon, ob eine Beeinträchtigung vorliegt, jeweils 79%. Menschen mit Beeinträchtigungen lassen sich zu einem etwas höheren Anteil über Impfungen beraten. Die im Rahmen des Beratungsgesprächs erhaltenen Informationen bewerten Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleich gut: Jeweils 80% geben an, sich gut über Nutzen und Risiken informiert zu fühlen.[103]

Zur Mitwirkung an präventiven Maßnahmen gehört auch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Im Rahmen der GEDA-Studie wird das Vorsorgeverhalten bezogen auf Zahnvorsorgeuntersuchungen (§§ 21 bis 22 SGB V) und auf Krebsfrüherkennung (§ 25a SGB V) untersucht. Die Beteiligung daran unterscheidet sich nicht zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen.

Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe

Die gesetzlichen Krankenkassen fördern im Rahmen der Präventionsförderung die Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen (§ 20h SGB V). Der GKV-Spitzenverband hat im Jahr 2013 mit Beteiligung von Selbsthilfeorganisationen und -verbänden einen Leitfaden zur Selbsthilfeförderung erstellt, in dem der Rahmen für die Umsetzung der Selbsthilfeförderung auf verschiedenen Förderebenen (Bundes-, Landes- und kommunale Ebene) beschrieben und die Inhalte und Verfahren der Förderung definiert werden. Ein wichtiges Anliegen der Förderung ist es, „Selbsthilfestrukturen und -aktivitäten zu unterstützen, die für Betroffene leicht zugänglich sind und die sich durch eine neutrale und unabhängige Ausrichtung auszeichnen“(GKV-Spitzenverband, 2013: 6).

Die Ausgaben für die Förderung der Selbsthilfe betrugen in den Jahren 2009 bis 2012 knapp 40 Mio. Euro und wurden im Jahr 2013 auf 41,3 Mio. Euro erhöht, dies entspricht 0,59 Euro je versicherter Person. Mit dem Präventionsgesetz wird die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe um 30 Mio. Euro erhöht. Für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen müssen die Krankenkassen ab dem Jahr 2016 je versicherter Person 1,05 Euro zur Verfügung stellen (§ 20h Absatz 3 SGB V).

Mit der Novellierung des BGG wird es künftig möglich sein, im Rahmen der Partizipationsförderung Organisationen von Menschen mit Behinderungen zu fördern, „um die Interessen von Menschen mit Behinderungen in die Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten einzubringen“ (Bundesregierung, 2016: 2).

[103] Quelle: GEDA Befragungswelle 2012/2013, Berechnung des ISG.

5.4.2 Rehabilitation und Behandlung chronischer Krankheiten

Medizinische Rehabilitation

Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung besteht entweder, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht; oder wenn Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist (§§ 40; 43 SGB V). Nach § 26 Absatz 1 SGB IX hat die medizinische Rehabilitation zum Ziel, Behinderungen und chronische Krankheiten abzuwenden oder zu beseitigen und insbesondere Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind nach § 6 i.V.m. § 5 SGB IX die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, die gesetzlichen Krankenkassen und nachrangig die Träger der Jugendhilfe sowie der Sozialhilfe zuständig. Die Ausgaben für Leistungen der medizinischen Rehabilitation betrugen im Jahr 2013 insgesamt rd. 11,2 Mrd. Euro.

In ihren Anmerkungen zur medizinischen Rehabilitation im Parallelbericht zur Umsetzung der UN-BRK weist die BRK-Allianz (2013) darauf hin, dass diese Angebote überwiegend stationär durchgeführt werden. Demzufolge erbrachte im Jahr 2013 die gesetzliche Rentenversicherung 13% und die gesetzliche Krankenversicherung 20% der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ambulanter Form.

Leistungen der medizinischen Rehabilitation dienen der Abwendung von Krankheitsfolgen und damit der Vermeidung langfristiger Beeinträchtigungen. Darüber, ob die Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit bereits vorhandenen Beeinträchtigungen in gleicher Weise zur Verfügung stehen wie für Menschen ohne Beeinträchtigungen, liegen keine Informationen vor. Die Anforderungen an die Barrierefreiheit im Zugang zu und in der Nutzung von Rehabilitationseinrichtungen und -dienstleistungen entsprechen denen an alle Gesundheitseinrichtungen (s.o.).

Strukturierte Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen

Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert in der Regel eine intensive Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen sowie durch Therapeutinnen und Therapeuten weiterer Heilberufe. Aus diesem Grund wurden die strukturierten

Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen (Disease Management Programme, DMP) initiiert und im SGB V (§§ 137f und 137g) verankert.[104] In diesen Programmen arbeiten Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen und Versorgungssektoren sowie Therapeutinnen und Therapeuten anderer Heilberufe koordiniert zusammen und behandeln nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft mit Methoden, deren Wirksamkeit und Sicherheit überprüft sind. Die Qualität der strukturierten Behandlungsprogramme wird in jährlichen Qualitätsberichten bewertet, und die Wirkungen dieser Programme werden durch regelmäßige Evaluationen überprüft.

Mit diesen Programmen sollen chronisch kranke Patientinnen und Patienten selbst befähigt werden, sich aktiv am Behandlungsprozess zu beteiligen, um eine Verschlimmerung der Krankheit und das Entstehen von Folgeerkrankungen zu vermeiden. Hierzu werden unter anderem qualifizierte Schulungen für Patientinnen und Patienten angeboten, die Teilnahme an einem solchen Behandlungsprogramm ist freiwillig.[105]

Derzeit gibt es strukturierte Behandlungsprogramme für sechs Formen chronischer Erkrankungen: für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, für koronare Herzkrankheiten, für Asthma bronchiale, für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) und für Brustkrebs. Zum Ende des Jahres 2015 gab es insgesamt über 6,6 Millionen eingeschriebene Versicherte, die zum Teil an mehr als einem DMP teilnehmen.[106]

5.4.3 Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Unmittelbar nach der Geburt setzen derzeit zu zehn Untersuchungszeitpunkten Gesundheitsuntersuchungen für Kinder an (U1 bis U9). Bei Jugendlichen wird im Alter zwischen 12 und 14 Jahren eine weitere Gesundheitsuntersuchung (J1) durchgeführt. Deren Ziel ist es, möglichst frühzeitig Erkrankungen und Auffälligkeiten in der Entwicklung zu erkennen und Maßnahmen einleiten zu können, durch die gesundheitliche Beeinträchtigungen verhindert oder gemildert werden können. Laut der ersten KiGGS-Folgebefragung, der KiGGS-Welle 1, werden die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder insgesamt sehr gut angenommen: So nahmen an den Untersuchungen im ersten Lebensjahr durchschnittlich zwischen 96% und 98% der Kinder teil. Bei den Untersuchungen vom zweiten

---

104 Strukturierte Behandlungsprogramme wurden erstmals am 1. Juli 2002 per Rechtsverordnung mit Nennung der inhaltlichen Anforderungen in Kraft gesetzt. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, zu den strukturierten Behandlungsprogrammen eigene Richtlinien zu erlassen. Die bisherigen Empfehlungen werden in diesem Prozess in Richtlinien überführt. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL), in Kraft getreten am 7.Januar 2015.

105 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: www. bmg.bund.de.

106 Vgl. Bundesversicherungsamt: Statistik DMP zum 31.12.2014.

bis zum sechsten Lebensjahr werden noch Teilnahmeraten zwischen 91% und 96% im Durchschnitt erreicht (mit Ausnahme der jüngst eingeführten U7a). Bei der Inanspruchnahme zeigen sich soziale Unterschiede, die jedoch in den letzten Jahren deutlich reduziert werden konnten. So nahmen im Jahr 2012 87% der Kinder mit hohem Sozialstatus sämtliche zehn Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch im Vergleich zu 74% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus. Letztere nahmen damit häufiger einzelne Untersuchungen nicht wahr (Robert Koch-Institut, 2014a: 884).

Kinder, die nicht gesund aufwachsen, haben ein höheres Risiko, im späteren Lebensverlauf chronisch zu erkranken oder eine Beeinträchtigung zu erwerben, denn 85% der Schwerbehinderungen werden durch Krankheit verursacht (Statistisches Bundesamt, 2014c). Dabei hat das Bildungsniveau der Eltern einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder: Einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand haben 53% der 3- bis 10-jährigen Mädchen und 43% der gleichaltrigen Jungen von Eltern mit einem hohen Bildungsniveau. Bei gleichaltrigen Kindern aus bildungsfernen Familien gehen die Anteile mit gutem Gesundheitszustand auf 35% der Mädchen und 32% der Jungen zurück (Lampert, Hagen & Heizmann, 2010: 50).

Mit dem Präventionsgesetz wurde die Altersgrenze deutlich ausgeweitet, so dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Möglichkeit hat, regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr einzuführen. Künftig soll – neben der Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsauffälligkeiten – auch ein verstärktes Augenmerk auf die Erkennung von individuellen Risiken und Belastungen des Kindes gelegt werden. Der Arzt oder die Ärztin soll dann die Eltern gezielt dazu beraten, wie sie die Entwicklung ihres Kindes fördern können. Dabei soll er bei Bedarf auch eine Präventionsempfehlung ausstellen können und auch auf regionale Unterstützungsangebote hinweisen, wie zum Beispiel auf Angebote der Frühen Hilfen.

Frühförderung

Zur Förderung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern von der Geburt bis zum Schuleintritt dient die Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX. Medizinische Leistungen der Früherkennung und Frühförderung werden bei Bedarf gemeinsam mit heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX als Komplexleistung erbracht. Gemeinsame Leistungsträger sind die Träger der Sozialhilfe oder der Kinder- und Jugendhilfe und die Krankenkassen. Die Komplexleistung kann in interdisziplinären Frühförderstellen sowie in sozialpädiatrischen Zentren erbracht werden. Die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung erfolgt in den Ländern und Kommunen in sehr unterschiedlicher Dichte und mit verschiedenen Ausprägungen (Engel & Engels, 2012).[107]

[107] Da im Zusammenhang mit der Diskussion um die Komplexleistung Frühförderung insbesondere der heilpädagogische Aspekt betont wird, s. hierzu auch Abschnitt 2.1 „Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit“.

Für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, drohenden und manifesten Behinderungen sowie Verhaltensbeeinträchtigungen oder seelischen Beeinträchtigungen stehen bundesweit insgesamt 146 sozialpädiatrische Zentren (SPZ) nach § 119 SGB V zur Verfügung. Sie stellen eine institutionelle Sonderform der ambulanten Krankenbehandlung dar und sind interdisziplinär besetzt. Ihr Aufgabenspektrum umfasst neben der Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen innerhalb ihres sozialen Umfelds auch die Beratung und Anleitung von Bezugspersonen.[108]

5.5 Teilhabe im Bereich Gesundheit – Überblick

Nach Artikel 25 UN-BRK haben Menschen mit Behinderungen ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung. Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zu allen Gesundheitsleistungen einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation haben. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse zur Teilhabe im Bereich Gesundheit zusammenfassend dargestellt und der Entwicklungsstand der Teilhabe diskutiert.

5.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Gesundheitliche Verfassung

Menschen mit Beeinträchtigungen sind in höherem Maß gesundheitlich belastet als Menschen ohne Beeinträchtigungen, wobei zu berücksichtigen ist, dass ein erheblicher Teil der Beeinträchtigungen nach einer Krankheit eintritt. Nur 12% der Menschen mit Beeinträchtigungen beschreiben ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, während dieser Anteil mit 61% bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen deutlich höher ist.

Im Krankheitsfall besteht ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Dauer von Krankheitsphasen. Wenn Menschen mit Beeinträchtigungen gesundheitsbedingt eingeschränkt sind, erstreckt sich dies über einen erheblich längeren Zeitraum als bei erkrankten Menschen ohne Beeinträchtigungen. Beschäftigte mit Beeinträchtigungen melden sich seltener bei ihrem Arbeitgeber wegen Bagatellerkrankungen krank als Beschäftigte ohne Beeinträchtigungen. 30% der Beschäftigten mit Beeinträchtigungen und 23% der Beschäftigten ohne Beeinträchtigungen haben sich innerhalb eines Jahres keinen Tag krank gemeldet. Insbesondere Frauen mit Beeinträchtigungen melden sich seltener krank. Dieses Ergebnis kann auch ein höheres Maß an atypischen Arbeitsverhältnissen von Frauen mit Beeinträchtigungen widerspiegeln, da der Fortbestand solcher Arbeitsverhältnisse durch einen hohen Krankheitsstand gefährdet werden kann.

[108] Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. unter www.dgspj.de

Menschen mit Beeinträchtigungen schätzen auch ihr psychisches Wohlbefinden deutlich schlechter ein als Menschen ohne Beeinträchtigungen, dies gilt vor allem für Frauen. So berichten Frauen mit Beeinträchtigungen mit 22% deutlich häufiger von einem eher schlechten psychischen Befinden als Männer mit Beeinträchtigungen (15%). Auch Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen weisen einen schlechteren Gesundheitszustand und ein geringeres psychisches Wohlbefinden auf als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen.[109]

Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen und Produkten

Für Menschen mit Beeinträchtigungen ist es wichtig, dass Arztpraxen, Therapiepraxen, Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens barrierefrei sind. Es gibt auf Bundesebene wenig gesicherte Daten zur Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Gesundheitseinrichtungen. Nach einer bundesweiten Abfrage der Stiftung Gesundheit bei niedergelassenen Arzt- und Psychotherapiepraxen erfüllen nur 11% der befragten Praxen mindestens drei von insgesamt zwölf Kriterien der Barrierefreiheit. Inwieweit Krankenhäuser und andere stationäre gesundheitliche Angebote barrierefrei gestaltet sind, ist nicht bekannt.

Barrierefreie hausärztliche Praxen sind in Deutschland nicht flächendeckend wohnortnah erreichbar. Insbesondere in ländlichen Gebieten ist in einem Radius von 20 km häufig keine oder nur eine barrierefreie Praxis erreichbar. Entsprechend sind Menschen mit Beeinträchtigungen in zahlreichen ländlichen Regionen entweder hausärztlich nicht wohnortnah versorgt oder können wegen des geringen Angebots ihr Wunsch- und Wahlrecht nicht ausüben. Regionale Auswertungen zur Barrierefreiheit von Facharztpraxen liegen nicht vor. Über den Zugang von Asylsuchenden und Flüchtlingen mit Beeinträchtigungen zur gesundheitlichen Versorgung liegen keine verlässlichen Informationen vor.

Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung

Damit Menschen mit Beeinträchtigungen ihr Recht auf eine eigene informierte Entscheidung über ihre gesundheitliche Behandlung wahrnehmen können, dürfen keine Kommunikationsbarrieren bestehen. In wie vielen Praxen, Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung Informationen in leichter Sprache vorliegen oder mündlich kommuniziert werden können, ist nicht bekannt. Ebenfalls liegen keine Informationen dazu vor, wie viele Mitarbeitende der verschiedenen gesundheitlichen Professionen an Fortbildungsreihen zur medizinischen Betreuung und Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen teilnehmen.

---

[109] Die in diesem Kapitel vorgestellten Daten der KiGGS-Studie („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) beziehen sich allerdings auf den Zeitraum 2003 bis 2006. Da in der KiGGS-Folgebefragung jedoch das Vorliegen von Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen nicht mehr erfasst wurde, liegen derzeit keine aktuelleren Daten vor. Somit können auch Entwicklungen im Zeitverlauf nicht abgebildet werden.

Bei stationären Aufenthalten besteht die Möglichkeit, eine Assistenzkraft mitzunehmen, sofern diese nach dem Arbeitgebermodell selbst organisiert ist. Für Menschen mit Beeinträchtigungen, die nur in einer solchen besonderen Situation im Krankenhaus eine Assistenz benötigen, wird diese derzeit nicht finanziert. In der Krankenhausversorgung sind Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen eine besonders vulnerable Gruppe, und zwar sowohl in medizinischer (Diagnostik, Therapie) als auch in sozialer Hinsicht (Umgang, Kommunikation).

Gesundheitliche Prävention

Zu den Maßnahmen der Primär- und der Sekundärprävention gehören Impfungen, Aufklärung und Beratung zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Sport oder Suchtverhalten sowie Prophylaxemaßnahmen. Zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in Privathaushalten leben und über gängige Kommunikationsmedien erreichbar sind, bestehen bezüglich der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen keine Unterschiede. Es liegen derzeit keine Informationen dazu vor, ob und inwieweit auch Menschen mit solchen Beeinträchtigungen, die ihre Möglichkeiten der Kommunikation einschränken, von den Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention erreicht werden.

Die Förderung der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie strukturierte Behandlungsprogrammen stellen zusätzlich zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation wichtige Präventionsmaßnahmen dar. Darüber, ob diese Angebote ausreichen und ob es Zugangsschwierigkeiten zu diesen Leistungen gibt, liegen keine Informationen vor.

Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

Mit den Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) beginnt die Gesundheitsprävention schon im frühen Kindesalter. An den Untersuchungen im ersten Lebensjahr nahmen durchschnittlich zwischen 96% und 98% der Kinder teil. Bei den Untersuchungen vom 2. bis zum 6. Lebensjahr werden noch Teilnahmeraten zwischen 91% und 96% im Durchschnitt erreicht. Allerdings nehmen Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus seltener an der gesamten Untersuchungsreihe teil als Kinder aus Familien mit höherem Sozialstatus. Gleichzeitig hängt der Gesundheitszustand von Kindern in hohem Maß vom Bildungsniveau der Eltern ab, mit der Folge, dass Kinder aus bildungsfernen Familien ein deutlich höheres Risiko haben, im späteren Lebensverlauf chronisch zu erkranken.

Die bis zum Schuleintritt gewährte Komplexleistung Frühförderung für Kinder mit heilpädagogischem und medizinisch-therapeutischem Förderbedarf wird in den Ländern und Kommunen in sehr unterschiedlicher Dichte und in verschiedenen Formen umgesetzt. Für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, drohenden und manifesten Behinderungen sowie Verhaltens- oder seelischen Beeinträchtigungen stehen sozialpädiatrische Zentren (SPZ) zur Verfügung.

5.5.2 Entwicklungen der Teilhabe

Um den Beitrag der dargestellten gesundheitlichen Versorgungsstrukturen zur gesellschaftlichen Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen untersuchen zu können, sind verlässliche Datengrundlagen erforderlich. Die Datenlage zum Zugang zu Gesundheitsleistungen ist bislang aber nicht zufriedenstellend. Die fehlenden Informationen betreffen zum einen Informationen zur derzeitigen Situation, d.h. zum Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen,

- die von Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen berichten,
- die aufgrund von Barrieren auf die Inanspruchnahme verzichten,
- die Gesundheitsleistungen in Folge zu hoher Kosten nicht in Anspruch nehmen,
- deren Bedarfe aufgrund unzureichender Angebote nicht gedeckt werden,
- deren Wunsch- und Wahlrecht im Bereich der gesundheitlichen Versorgung eingeschränkt ist,
- die auf ihre Beeinträchtigungen bezogene Benachteiligungen durch Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen erleben.

Zum anderen fehlen Informationen darüber, welche Art von Barrieren besondere Schwierigkeiten bereiten, welche Benachteiligungserfahrungen gemacht werden und wie betroffene Menschen mit Beeinträchtigungen den Zugang zu und die Nutzbarkeit von Gesundheitsleistungen subjektiv bewerten. Diese Informationen sollen in Zukunft im Rahmen eines Teilhabesurveys gewonnen werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014b).

Das unterschiedliche Ausmaß gesundheitlicher Belastungen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen kann zur Beschreibung ihrer Lebenslage dienen, gibt aber keine Auskunft über den Entwicklungsstand der Teilhabe. Dieser bemisst sich eher an der Zugänglichkeit der Angebote der gesundheitlichen und rehabilitativen Versorgung. Nicht nur eine schlechte Zugänglichkeit von Arztpraxen, sondern auch eine mangelnde Verständlichkeit der Diagnosen und unzureichende Zeit für eine Beratung über gesundheitsbewusstes Verhalten können den Effekt der Ausgrenzung von einer angemessenen Gesundheitsversorgung haben. Eine verbesserte Barrierefreiheit in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie eine Berücksichtigung von Beeinträchtigungen in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient sind daher für Menschen mit Beeinträchtigungen von hoher Relevanz, sie sind durch das Sozialgesetzbuch geboten (vgl. § 17 Absatz 1 SGB I) und wären aussagekräftige Indikatoren für Teilhabefortschritte. Hierüber gibt die amtliche Statistik aber keine Auskunft, so dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur die auf Selbstauskunft beruhenden Strukturdaten der Stiftung Gesundheit zur Barrierefreiheit von ärztlichen und therapeutischen Praxen als Indikator zum Entwicklungsstand der Teilhabe im Bereich Gesundheit herangezogen werden können.

Die Leistungen der Rehabilitationsträger für die medizinische Rehabilitation sind in den vergangenen Jahren gestiegen, was darauf hinweist, dass der Bedarf an dieser Form der Unterstützung zugenommen hat. Ob diese Leistungen bedarfsdeckend sind oder nicht, lässt sich daraus nicht ableiten. Insbesondere liegen auch keine Daten über die regionale Verteilung von Rehabilitationsangeboten sowie über möglicherweise bestehende Barrieren im Zugang vor, so dass über den Entwicklungsstand der Teilhabe in diesem Bereich nichts ausgesagt werden kann.

5.6 Weiterführende Informationen

5.6.1 Prävention, medizinische Rehabilitation und Nachsorge der Gesetzlichen Rentenversicherung

Die steigende Lebenserwartung, die Zunahme chronischer Krankheiten sowie die Verlängerung der Lebensarbeitszeit der Beschäftigten sind Entwicklungen, denen sich auch die Rentenversicherung stellen muss. Verschiedene Träger der Rentenversicherung haben modellhaft erprobt, welche Leistungen der Prävention sie an ihre Versicherten erbringen können, damit erste gesundheitliche Beeinträchtigungen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden, erkannt und möglichst behoben werden, um so ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten und späteren Rehabilitationsbedarf zu vermeiden. Basierend auf den in diesen Modellprojekten gewonnenen Erfahrungen hat die Deutsche Rentenversicherung Bund ein für alle Träger der Rentenversicherung verbindliches Rahmenkonzept erarbeitet. Auf dieser Basis bieten die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherten, die durch belastende Arbeitsumstände und ggf. hinzukommende Belastungen aus ihrem sozialen Umfeld einem höheren gesundheitlichen Risiko unterliegen, spezifische Präventionsleistungen zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz und Beschäftigungsfähigkeit an.

Mit dem vom Deutschen Bundestag am 21.10.2016 verabschiedeten Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) werden die Leistungen zur Prävention der Rentenversicherung als Pflichtleistungen ausgestaltet. Um ihrer zunehmenden Bedeutung Rechnung zu tragen, werden sie aus dem Katalog der sonstigen Leistungen herausgelöst und als eigenständige Leistung zur Teilhabe verbindlich geregelt.

Die Behandlung während der medizinischen Rehabilitation setzt sich je nach Bedarf aus verschiedenen Bausteinen zusammen. Hierzu gehören u.a. ärztliche Behandlung, Heil- und Hilfsmittel, arbeitsbezogene Maßnahmen wie z.B. Belastungserprobung, Schulungen und Beratung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014: 23).

In der Statistik der Gesetzlichen Rentenversicherung wird die Anzahl der im jeweiligen Jahr abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dargestellt. Im Jahr

2015 wurden insgesamt rd. 1 Mio. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgeschlossen, davon wurden rd. 846.000 stationär und 148.000 ambulant erbracht (Tabelle 85). Weitere rd. 34.000 Leistungen entfielen auf die Kinderheilbehandlung. Seit 2008 ist die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen um 9% gestiegen, wobei die Entwicklung im betrachteten Zeitraum von 2008 bis 2015 uneinheitlich ist.

Ein kontinuierlicher Anstieg von 2008 bis 2015 ist bei den ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation um insgesamt 48% zu verzeichnen, während die Zahl der stationären Leistungen in diesem Zeitraum recht konstant geblieben ist (+5%).

Tabelle 85: Abgeschlossene Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation

Jahr	Gesamt	Stationäre Leistungen	Ambulante Leistungen	Kinderheil-behandlung
2008	942.622	804.006	99.820	38.796
2009	978.335	829.822	111.022	37.491
2010	996.154	837.864	122.835	35.455
2011	966.323	810.664	122.726	32.933
2012	1.004.617	843.319	127.642	33.656
2013	988.380	827.080	129.073	32.227
2014	1.014.763	840.639	141.147	32.977
2015	1.027.833	845.825	147.783	34.225
Veränderung 2008-2015	+9%	+5%	+48%	-12%

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (2016), Berechnung des ISG.

Die Ausgaben der Gesetzliche Rentenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beliefen sich im Jahr 2015 auf insgesamt rd. 4,5 Mrd. Euro, davon entfielen rd. 3,9 Mrd. Euro auf medizinische und sonstige Leistungen und rd. 636 Mio. Euro auf das Übergangsgeld (Tabelle 86).

Tabelle 86: Ausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation (in Mio. Euro)

Jahr	Insgesamt	Medizinische und sonstige Leistungen	Übergangsgeld für medizinische und sonstige Leistungen
2008	3.746,4	3.319,3	427,1
2009	3.932,4	3.470,4	462,0
2010	4.014,1	3.510,0	504,1
2011	4.122,3	3.596,6	525,7
2012	4.362,3	3.741,8	620,5
2013	4.311,9	3.722,2	589,7
2014	4.434,3	3.815,4	618,8
2015	4.544,9	3.909,4	635,5
Veränderung 2008-2015	+21%	+18%	+49%

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (2016), Berechnung des ISG.

Seit dem Jahr 2008 sind die Gesamtausgaben der GRV für Leistungen der Rehabilitation um 21% gestiegen. Die Ausgaben für die medizinischen und sonstigen Leistungen sind mit 18% geringer angestiegen (allerdings auf einem deutlich höheren Niveau) als die Ausgaben für das Übergangsgeld (+49%).

Für einen Teil der chronisch Erkrankten ist die zeitlich begrenzte Rehabilitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung nicht ausreichend, um den Behandlungserfolg auch anhaltend zu stabilisieren. Viele Therapien sind langfristig effektiver, wenn sie über den Zeitraum der Rehabilitation hinaus fortgeführt werden. Eine Möglichkeit, die berufliche Wiedereingliederung und den Transfer des Gelernten in den Alltag zu unterstützen, bietet die in der Regel wohnortnahe Reha-Nachsorge. Rehabilitation und Nachsorge sind aufeinander bezogene Behandlungselemente.

Die von den Trägern der Deutschen Rentenversicherung finanzierten Nachsorge-Angebote umfassen zeitlich begrenzte, an eine medizinische Rehabilitation anschließende, allgemein anerkannte Nachsorgeprogramme. Aber auch die Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen sowie Funktionstraining und Rehabilitationssport (letztere als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) gehören zu den bewährten Angeboten der Deutschen Rentenversicherung. Sie sind Gegenstand des Rahmenkonzeptes zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung vom 9. Juni 2015, das die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahr 2007 abgelöst hat. Sie werden mit dem am 21.10.2016 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Flexirentengesetz – ebenso wie die Leistungen der Rentenversicherung zur Prävention – als Pflichtleistungen ausgestaltet. Versicherte, die die persönlichen Voraussetzungen für diese Leistungen erfüllen, haben nun einen Anspruch auf Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung.

5.6.2 Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung ist grundsätzlich und umfassend dafür zuständig, nach Arbeitsunfällen oder bei Berufskrankheiten die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen (§ 1 Absatz 2 SGB VII). Damit ist die gesetzliche Unfallversicherung im Falle eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zuständig für alle Rehabilitationsleistungen und Leistungen zur Teilhabe nach § 5 SGB IX einschließlich Rentenleistungen bei dauerhafter Minderung der Erwerbsfähigkeit oder im Todesfall an die Hinterbliebenen. Entsprechend dieser Zuständigkeitsreglung umfassen die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung im Bereich der Gesundheit sämtliche gesundheitlichen Leistungen mit Ausnahme der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder.

Im Jahr 2013 wurden in diesem Rahmen rd. 231.500 Fälle der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen (Tabelle 87). In der Statistik werden zu jedem abgeschlossenen Fall alle durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen erfasst, auch wenn sich die Rehabilitation über mehrere Jahre erstreckt. Für die im Jahr 2013 abgeschlossenen Fälle wurden insgesamt 310.054 Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht; je Fall sind dies durchschnittlich 1,34 Maßnahmen. Seit dem Jahr 2009 hat sich die Anzahl der abgeschlossenen Fälle je Jahr kontinuierlich um insgesamt 49% erhöht. Die Anzahl der für diese Fälle durchgeführten Maßnahmen hat sich ebenfalls erhöht, mit einer Steigerung um 40% allerdings weniger stark. Somit wurden je Fall weniger Maßnahmen erbracht; die Anzahl der Maßnahmen ist von durchschnittlich 1,43 je Fall im Jahr 2009 auf 1,34 im Jahr 2013 gesunken.

Tabelle 87: Im Berichtsjahr abgeschlossene Fälle medizinischer Reha-Maßnahmen

Jahr	Abgeschlossene Fälle	Maßnahmen zur medizinischen Reha	Erbrachte Maßnahmen je Fall
2009	155.528	222.152	1,43
2010	157.421	219.523	1,39
2011	165.258	232.386	1,41
2012	215.471	286.510	1,33
2013	231.505	310.054	1,34
Veränderung seit 2009	49%	40%	-6%

Quelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014), Berechnung des ISG.

Auf Heilbehandlungen, darunter v.a. stationäre, entfällt bei den Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation der größte Anteil (Tabelle 88). Für die im Jahr 2013 abgeschlossenen Fälle wurden rd. 242.200 stationäre Heilbehandlungen, rd. 44.500 ambulante Operationen und ca. 15.100 Belastungsproben durchgeführt. Teilstationäre Heilbehandlungen machen in den Jahren 2009 bis 2012 einen verhältnismäßig kleinen Anteil aus.

Für das Jahr 2013 ist eine Differenzierung zwischen stationären und teilstationären Heilbehandlungen nicht möglich.

Tabelle 88: Art der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation

Jahr	Insgesamt	Heilbehandlung	davon teilstationär	Ambulante Operationen	Belastungsproben
2009	222.152	186.123	774	23.320	12.709
2010	219.523	181.994	773	24.369	13.160
2011	232.386	192.365	674	26.875	13.146
2012	286.510	232.242	604	39.453	14.815
2013	310.054	242.167	*	44.466	15.086
Veränderung seit 2009	40%	30%	*	91%	19%

Quelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014), Berechnung des ISG.

*Für das Jahr 2013 erfolgt in der Statistik keine getrennte Darstellung für stationäre und teilstationäre Heilbehandlungen, so dass Veränderungen im Hinblick auf teilstationäre Heilbehandlungen im Zeitverlauf nicht abgebildet werden können.

Eine Betrachtung der Entwicklung im Zeitverlauf zeigt, dass Heilbehandlungen seit 2009 um 30% und insbesondere ambulante Operationen stark zugenommen haben (91%). Ein geringerer Anstieg zeigt sich bei den Belastungsproben (19%). Demgegenüber sind teilstationäre Maßnahmen in den Jahren 2009 bis 2012 rückläufig.

Die GUV verzeichnet im Jahr 2014 Ausgaben für Leistungen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation in Höhe von rd. 3,97 Mrd. Euro, wovon die größten Anteile auf die ambulante Heilbehandlung (1,4 Mrd. Euro) und auf die stationäre Heilbehandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege (rd. 1,1 Mrd. Euro) entfallen (Tabelle 89).

Tabelle 89: Ausgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen der medizinischen Heilbehandlung (in Mio. Euro)

Jahr	Insgesamt	Heilbehandlung			Verletztengeld und besondere Unterstützung
		Ambulant	Stationär	Sonstige	
2008	3.114,2	1.116,0	893,7	589,3	515,2
2009	3.284,6	1.157,2	948,9	621,7	556,7
2010	3.496,9	1.233,4	1.028,7	651,0	583,8
2011	3.610,3	1.274,6	1.046,7	686,8	602,1
2012	3.677,8	1.308,0	1.053,2	714,0	602,5
2013	3.813,6	1.347,8	1.078,8	747,0	640,1
2014	3.966,0	1.402,3	1.117,2	787,7	658,8
Veränderung seit 2008	27%	26%	25%	34%	28%

Quelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2009 - 2014), sowie DGUV: Zahlen und Fakten zu Aufwendungen Heilbehandlung unter: http://www.dguv.de/de/Zahlen-und-Fakten; Darstellung des ISG.

Die Gesamtausgaben der GUV sind von 2008 bis 2014 um 27% angestiegen, die beiden größten Ausgabenbereiche – ambulante und stationäre Heilbehandlung – stiegen in diesem Zeitraum jeweils um 26% bzw. 25% an. Die Ausgaben für sonstige Leistungen der Heilbehandlung (hierunter fallen insbesondere Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld, Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege sowie Pflegegeld) stiegen im Vergleichszeitraum um 34% und das Verletztengeld sowie besondere Unterstützungsleistungen um 28%.

5.6.3 Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation werden gewährt, wenn kein anderer Rehabilitationsträger, insbesondere die gesetzliche Rentenversicherung oder die gesetzliche Unfallversicherung (s.o.) zuständig ist.

Im Jahr 2014 verzeichnete die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt rd. 976.800 Leistungsfälle für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (Tabelle 90). Im Rahmen ambulanter Leistungen wurden rd. 106.500 Leistungen der Vorsorge, rd. 29.500 Rehabilitationsleistungen und rd. 57.000 Anschlussrehabilitationen (AR) erbracht. Von den stationären Leistungen wurden im Jahr 2014 rd. 130.000 als Vorsorgeleistungen, rd. 125.500 als Rehabilitationsleistungen und rd. 528.200 in Form von Leistungen der AR erbracht.

Tabelle 90: Leistungsfälle von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Jahr	Gesamt	Ambulante Leistungen			Stationäre Leistungen		
		Vorsorge	Reha*	AR	Vorsorge	Reha*	AR
2009	1.098.526	168.830	25.915	47.418	136.691	146.671	573.001
2010	1.071.868	144.192	22.425	52.900	139.435	156.262	556.654
2011	978.839	118.838	25.327	53.511	113.082	108.630	559.451
2012	1.010.873	110.321	28.566	54.222	130.706	128.727	558.331
2013	965.871	110.937	25.908	48.398	135.007	117.628	527.993
2014	976.760	106.477	29.487	57.008	130.040	125.527	528.221
Veränderung seit 2009	-11%	-37%	14%	20%	-5%	-14%	-8%

Quelle: KG 5-Statistik– Gesetzliche Krankenversicherung (2009 – 2014), Daten im Jahresverlauf; Berechnung des ISG.
*Ohne Leistungen der Anschlussrehabilitation (AR)

Die Anzahl der Leistungsfälle der GKV insgesamt ist von 2009 bis 2014 gesunken (-11%), was auf einen Rückgang der ambulanten Vorsorgeleistungen (-37%), der stationären Maßnahmen der Vorsorge (-5%), der medizinischen Rehabilitation (-14%) und der AR (-8%) zurückzuführen ist. Gestiegen sind dagegen die ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (+14%) sowie die ambulant erbrachten AR-Maßnah-

men (+20%), die bislang nur einen verhältnismäßig kleinen Anteil am gesamten Leistungsvolumen ausmachen. Insgesamt wird deutlich, dass die Zahl der Leistungsfälle im beobachteten Zeitraum stark schwankt.

Für Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbringt die gesetzliche Krankenversicherung weitgehend die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Finanzierung erfolgt pauschaliert nach den §§ 19, 20 BVG. Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung lagen im Jahr 2014 bei insgesamt 193,63 Mrd. Euro (GKV-Spitzenverband, 2015: 4). Darunter entfielen 3,05 Mrd. Euro auf Ausgaben für Präventionsleistungen und Leistungen der medizinischen Rehabilitation (ohne Frühförderung). Den größten Anteil hieran bilden die Ausgaben für stationäre Leistungen mit 1,73 Mrd. Euro für stationäre AR, 397 Mio. Euro für stationäre Rehabilitations- und 370 Mio. Euro für stationäre Vorsorgemaßnahmen (Tabelle 91). Die Ausgaben für ambulante medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen waren im Jahr 2014 erheblich niedriger. Sie betrugen rd. 52 Mio. Euro für ambulante Vorsorgeleistungen, 37 Mio. Euro für ambulante Rehabilitationsleistungen und 79 Mio. Euro für ambulante Maßnahmen der AR.

Tabelle 91: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (in Mio. Euro)

Jahr	Gesamt	Ambulante Leistungen			Stationäre Leistungen			Sonstige
		Vorsorge	Reha	AR	Vorsorge	Reha	AR	
2009	2.784	79	41	68	327	354	1.680	234
2010	2.780	68	37	69	300	343	1.680	282
2011	2.778	57	36	73	294	326	1.677	315
2012	2.847	55	37	73	335	344	1.682	321
2013	2.951	54	38	75	375	378	1.691	339
2014	3.054	52	37	79	390	397	1.730	370
Veränderung seit 2009	10%	-34%	-10%	16%	19%	12%	3%	58%

Quelle: KJ 1-Statistik – Gesetzliche Krankenversicherung, Daten im Jahresverlauf; Berechnung des ISG. *Ohne Leistungen der AR

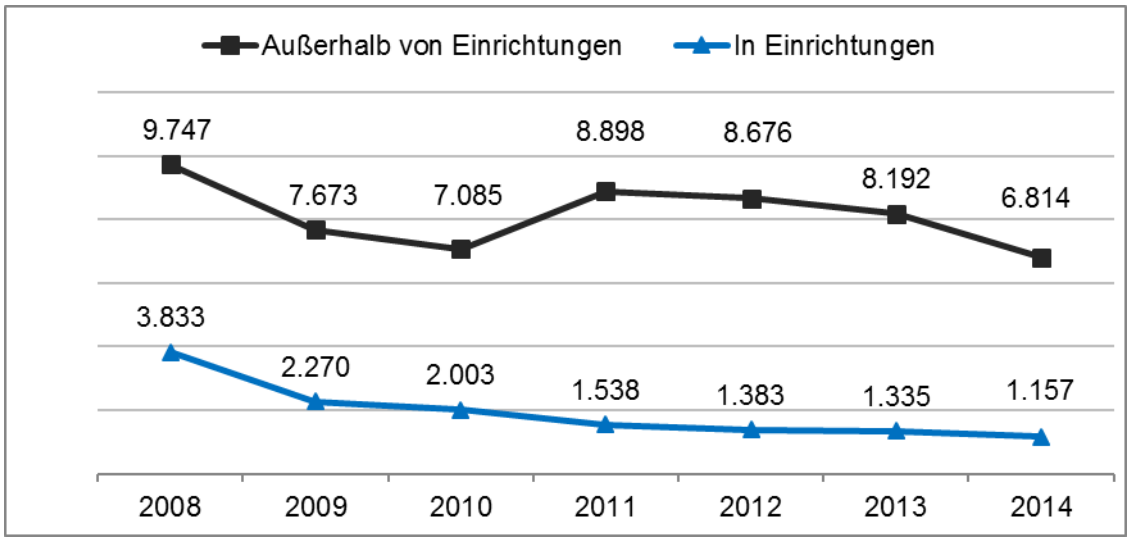
Von 2009 bis 2014 sind die Ausgaben für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen insgesamt um 10% gestiegen, darunter insbesondere sonstige Ausgaben (+58%), Ausgaben für stationäre Vorsorgemaßnahmen (+19%) sowie die Ausgaben für ambulante AR (+16%). Die Ausgaben für stationäre AR sind mit einem Anstieg von 3% nahezu konstant geblieben. Gesunken sind die Kosten für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (um -34% bzw. -10%).

5.6.4 Medizinische Rehabilitation der Sozialhilfe

Die Sozialhilfeträger erbringen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese Maßnahmen entsprechen denen der

gesetzlichen Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation und werden gemäß dem Subsidiaritätsprinzip nachrangig zu diesen erbracht. Im Jahr 2014 wurden 6.814 Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation außerhalb von Einrichtungen und 1.157 Maßnahmen in Einrichtungen erbracht (Abbildung 81).

Abbildung 81: Maßnahmen der Sozialhilfe zur medizinischen Rehabilitation



Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Daten im Jahresverlauf; Darstellung des ISG.

Die Anzahl der erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation außerhalb von Einrichtungen fiel von rd. 9.750 Maßnahmen im Jahr 2008 auf rd. 7.100 im Jahr 2010. Nach einem erneuten Anstieg bis zum Jahr 2011 ist seit 2012 eine rückläufige Tendenz feststellbar. Eine erhebliche Abnahme erfolgte im Jahr 2014. Die Anzahl der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen sinkt seit 2008 kontinuierlich. Der Rückgang der Maßnahmen in den Jahren 2009 und 2010 kann durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) bewirkt worden sein. Demzufolge besteht seit dem 1. Januar 2009 für alle Einwohnerinnen und Einwohner die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen, wenn kein ausreichender anderer Schutz besteht (§ 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V).

Die Ausgaben der Sozialhilfe für Leistungen der medizinischen Rehabilitation betrugen im Jahr 2014 insgesamt 35,7 Mio. Euro, davon entfielen 15,6 Mio. Euro auf Leistungen in und 20,1 Mio. Euro auf Leistungen außerhalb von Einrichtungen (Tabelle 92).

Tabelle 92: Ausgaben der Träger der Sozialhilfe für Leistungen der medizinischen Rehabilitation (in Mio. Euro)

Jahr	Gesamt	Außerhalb von Einrichtungen	In Einrichtungen
2008	61,0	30,3	30,7
2009	57,6	33,2	24,5
2010	55,5	23,5	32,0
2011	41,3	24,7	16,6
2012	38,6	22,2	16,3
2013	34,6	18,9	15,7
2014	35,7	20,1	15,6
Veränderung seit 2008	-41%	-33%	-49%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014; Berechnung des ISG.

Die Sozialhilfeausgaben für Leistungen der medizinischen Rehabilitation insgesamt sind seit dem Jahr 2008 um 41% gesunken, wobei sich die Ausgaben für Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen nahezu halbiert haben (-49%). Auch die Ausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation außerhalb von Einrichtungen sind rückläufig. Diese Abnahme ist mit 33% weniger stark ausgeprägt.

5.7 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Gesundheit

Trotz der nach wie vor ungenügenden Datenlage macht der Teilhabebericht deutlich, dass es bezüglich der gesundheitlichen Versorgung behinderter Menschen noch einiges zu tun gibt, bevor sie das in Artikel 25 UN-BRK geforderte „erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ erreichen wird. Auch der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen äußert sich in seinen Abschließenden Bemerkungen vom 17. April 2015 bzgl. des deutschen Gesundheitssystems „besorgt über Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung“ (CRPD 2015: 9). Dies betrifft zum einen die allgemeine Barrierefreiheit im Gesundheitssystem – hier insbesondere für Menschen mit sogenannten geistigen oder komplexen Behinderungen –, zum anderen aber auch die sog. „besonderen Vorkehrungen“, insbesondere die Assistenz im Krankenhaus. In besonderem Maße problematisch ist die gesundheitliche Versorgung von behinderten Flüchtlingen, auf die der Ausschuss ebenfalls verweist (ebd.).[110]

Die im Bericht abgebildete Karte zeigt sehr eindrucksvoll, dass es in Deutschland keine flächendeckende Versorgung mit barrierefreien Arztpraxen gibt; dies trifft in besonderem Maße auf ländliche Regionen und die neuen Bundesländer zu. Hiermit steht die aktuelle Situation in eklatantem Widerspruch zu der in Art. 25 geforderten Versorgung, die „so

[110] Hierzu ausführliche Ausführungen im Kommentar zu Migration und Behinderung.

gemeindenah wie möglich (..), auch in ländlichen Gebieten“ sein soll. Auch können somit behinderte Patientinnen und Patienten ihr Recht auf freie Arztwahl nicht wahrnehmen und sind gegenüber nicht beeinträchtigten Menschen in mehrfacher Hinsicht benachteiligt.

Aus der abgebildeten Karte geht nicht hervor, ob es sich bei den aufgeführten barrierefreien Praxen um allgemein- oder fachärztliche Praxen handelt. Auch ist nicht bekannt, was jeweils mit barrierefrei bezeichnet wird, da es sich um Selbsterhebungen der Praxen handelt. Barrierefreiheit bezieht sich im Gesundheitskontext nicht nur auf stufenlose Zugänge. Wenn man Barrierefreiheit als „hinkommen, reinkommen, klarkommen“ fasst, und dies für Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen in Bezug auf Arztpraxen „durchdekliniert“, wird schnell deutlich, dass weitere physische Voraussetzungen wie barrierefreies WC, angemessen großer Umkleideraum, Hebelifter, höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl erfüllt sein müssen. Wichtig sind darüber hinaus jedoch auch die barrierefreie Zugänglichkeit von Informationen und die Erreichbarkeit mit PKW (Parkplatz) und ÖPNV. Ein Kriterium, das mit Richtlinien zur Barrierefreiheit nicht gefasst werden kann bzw. verändert werden kann, sind die „Barrieren im Kopf“, die viele Ärztinnen und Ärzte wie sonstiges medizinisches Personal haben, wenn es um den Umgang mit behinderten Patientinnen und Patienten geht und die bei diesen zu massiven Diskriminierungserfahrungen führen können.

Artikel 25 UN-BRK fordert auch den gleichwertigen Zugang zu „sexual- und fortpflanzungsmedizinischen Gesundheitsleistungen“. Für Frauen werden diese hauptsächlich in gynäkologischen Praxen erbracht. Für behinderte Frauen, insbesondere mit eingeschränkter Mobilität, liegt dieser gleichwertige Zugang nach wie vor in weiter Ferne, da es derzeit nur wenige barrierefreie gynäkologische Praxen gibt (Böllert 2015), sodass behinderte Frauen oftmals lange Wartezeiten und Anfahrten haben – oder aber überhaupt keine Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen. Ein weiteres Problem, das hier deutlich wird, sind die Vergütungsrichtlinien der Krankenkassen: Viele behinderte Patientinnen und Patienten benötigen neben einer barrierefreien Ausstattung der Praxis deutlich mehr Zeit zum Aus- und Ankleiden; bei Menschen mit kognitiven oder Hörbeeinträchtigungen wird mehr Zeit für die Kommunikation benötigt; Zeit, in der die Ärztinnen und Ärzte weitere Patientinnen bzw. Patienten behandeln könnten. Für Ärztinnen und Ärzte, die Menschen mit Beeinträchtigungen behandeln gibt es jedoch keinerlei Möglichkeit, den erhöhten zeitlichen Aufwand in der Abrechnung geltend zu machen. Dadurch haben diese Ärztinnen und Ärzte finanzielle Einbußen gegenüber denjenigen Kolleginnen und Kollegen, die keine behinderten Menschen behandeln.

Ein weiterer Bereich, in dem behinderte Menschen im Gesundheitswesen benachteiligt sind, ist die Problematik der Assistenz im Krankenhaus. Zwar sichert das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus diese für diejenigen behinderten Menschen ab, die ihre Assistenz nach dem Arbeitgeberprinzip organisieren. Diese Regelung benachteiligt damit alle behinderten Menschen, die ihre Assistenz anderweitig

(z.B. über ambulante Hilfsdienste oder Assistenzgenossenschaften) organisieren. Ebenfalls benachteiligt werden assistenznutzende Menschen, deren Kostenträger *nicht* der Sozialhilfeträger ist sowie diejenigen, die in Einrichtungen leben. Gerade Menschen mit sog. schweren geistigen oder komplexen Behinderungen sind in fremder Umgebung, insbesondere in medizinischen Notsituationen, auf Unterstützung, vor allem im Bereich der Kommunikation, angewiesen. Zwar gab es bereits Gerichtsurteile im Sinne der Assistenznehmerinnen und Assistenznehmer. Doch nur die wenigsten haben a) die Kraft, solche Verfahren durchzustehen und b) die finanziellen Rücklagen, die Assistenz bis zum Urteilsspruch zu finanzieren.[111] Diese Situation bringt auf Assistenz angewiesene behinderte Menschen, die ohne ihre Assistenz ins Krankenhaus müssen, in Lebensgefahr, insbesondere, wenn es sich um Notfälle handelt. Als Notfälle eingelieferte Patientinnen bzw. Patienten mit Assistenzbedarf sind unter den üblichen Krankenhausbedingungen z.B. nicht in der Lage, sich im Falle von Atemnot oder anderen bedrohlichen Zuständen bemerkbar zu machen und können somit völlig unnötig in lebensbedrohliche Situationen geraten.

Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL) hat 2015 eine (nicht repräsentative) Umfrage unter „Menschen mit Behinderungen, Assistenzdiensten und (…) Krankenhauspersonal“ (ISL 2015a, 2) zu diesem Themenkomplex durchgeführt und ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben. „Die Ergebnisse zeigen: Es besteht dringender Handlungsbedarf“ (ebd.). Zu den Faktoren, die das Leben von auf Assistenz im Krankenhaus angewiesenen Menschen gefährden, werden, neben dem bekannten Zeitmangel des Krankenhauspersonals, von den Befragten insbesondere folgende Umstände angegeben: geringes Wissen des Krankenhauspersonals über Beeinträchtigungen, Probleme des Personals, beeinträchtigungsbedingte Bedürfnisse behinderter Patientinnen und Patienten zu erkennen und darauf reagieren zu können (ebd.). In der Konsequenz werden Krankenhausaufenthalte von auf Assistenz angewiesenen behinderten Menschen „so lange wie möglich hinausgezögert“ (ebd.) – was wiederum zu lebensbedrohlichen Situationen führen kann.

Um diese in keiner Weise mit Artikel 25 BRK vereinbare Situation zu verändern, fordert die ISL unter anderem die Streichung des letzten Halbsatzes in § 11, Absatz 3 SGB V (der die Beschränkung der Finanzierung von Assistenz im Krankenhaus auf das Arbeitgebermodell enthält) sowie die Angleichung der Regelungen in den Sozialgesetzbüchern XI und XII (ebd., 3). Gefordert werden weiter die Ergänzung der Krankenhausgesetze der Länder um einen Abschnitt/Paragraphen, der „nach dem Vorbild des ThürKHG § 20a ‚Belange von Menschen mit Behinderung‘ ergänzt“ (ebd.) sowie eine repräsentative Datenerhebung im Sinne der UN-BRK, um die Problematik sichtbar zu machen (ebd.). Dabei muss dann auch die oftmals ungenügende Barrierefreiheit von Krankenhäusern in den Blick genommen werden.

---

[111] http://www.kobinet-nachrichten.org/de/1/nachrichten/34275/Assistenz-im-Krankenhaus-sicher-stellen.htm.

Besonders schwierig ist die Situation von Menschen mit sogenannten geistigen, insbesondere komplexen Behinderungen im Gesundheitssystem. So weisen Sappok und Dern (Sappok, Dern 2011) beispielhaft auf die besonderen Probleme von Menschen mit Beeinträchtigungen aus dem Autismus-Spektrum hin. In dem Artikel werden vor allem die „Besonderheiten im Denken und Wahrnehmen von Menschen mit Autismus“ (ebd.: 2326) und die sich daraus ergebenden kommunikativen Herausforderungen betont. Zugleich wird im Text darauf hingewiesen, dass bei Krankenhauspersonal inklusive der Ärztinnen und Ärzte wenig Wissen über kognitive Beeinträchtigungen wie auch solche aus dem Autismus-Spektrum vorhanden ist. Hinzu kommt die fehlende Erfahrung im Umgang mit behinderten Menschen. Die daraus resultierende Unsicherheit beeinträchtigt wiederum das Arzt-Patientenverhältnis sowie den Umgang des Pflegepersonals mit Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen. Das Spektrum der nicht angemessenen, die medizinische Versorgung erschwerdenden, Verhaltensweisen reicht dabei von Ungeduld über entwürdigende Behandlung bis hin zu Vermeidungsverhalten (Habermann-Horstmeier 2015: 11). Neben den aus mangelnder Barrierefreiheit resultierenden Beschränkungen ergeben sich gerade für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen im Krankenhaus noch weitere spezifische Probleme: So werden zu viele oder zu wenig Medikamente verordnet, weil die tatsächliche Krankheitssituation nicht erkannt wird, Symptome werden fehlinterpretiert und falsche Diagnosen gestellt, aus Angst vor schlechter Versorgung erfolgt die Einlieferung ins Krankenhaus zu spät und die Entlassung erfolgt – auf Grund der „Schwierigkeit“ der Patientinnen und Patienten – zu früh und auch die Grundpflege lässt oftmals zu wünschen übrig (ebd.: 12ff.).

Hinzu kommen Entwicklungen im Gesundheitssystem durch die, insbesondere für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung, neue Barrieren geschaffen werden. So weisen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung darauf hin, „dass die Anforderungen an alle Patienten im Hinblick auf Mitwirkung, Übernahme von Eigenverantwortung und Selbstmanagement immer größer werden und Menschen mit Behinderung damit oft überfordert sind. Zugleich müssen Menschen mit Behinderung das Gesundheitssystem aufgrund von Begleit- oder Folgekrankheiten ihrer Beeinträchtigung stärker in Anspruch nehmen als Menschen ohne Behinderung.“ (Die Fachverbände 2015, 1)

Auf die schwierige Situation der medizinischen Versorgung insbesondere für *erwachsene* Menschen mit sogenannten geistigen oder komplexen Behinderungen machen seit Jahren immer wieder die Bundesvereinigung Lebenshilfe sowie die Fachverbände für Menschen mit Behinderung aufmerksam. Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung dieser Personengruppe haben die Verbände 2015 eine „Rahmenkonzeption Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)“ verabschiedet, für die das Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 die rechtlichen Grundlagen geschaffen hat. Diese Zentren seien für die medizinische Versorgung „im Hinblick auf bestimmte fachliche Erfordernisse für Erwachsene mit Behinderung (…) in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren als Ergän-

zung des Regelversorgungssystems unentbehrlich. Im gestuften ambulanten medizinischen Versorgungssystem sollen spezialisierte ambulante Behandlungszentren nach der Stufe der hausärztlichen Grundversorgung und nach der Stufe der fachärztlichen Versorgung die dritte Stufe der spezialisierten Versorgung bilden." (Die Verbände 2015a: 1) Diese interdisziplinär und multidisziplinär besetzten Zentren sollen für Erwachsene mit komplexen Behinderungen eine medizinische Versorgung im Sinne des Art. 25 UN BRK sicherstellen.

Die ISL begrüßte die beschlossene Einrichtung dieser Zentren, verwies jedoch gleichzeitig auf eine Problematik, die aus der Existenz von „Sonderzentren" resultieren kann: „Bevor man spezielle Versorgungszentren schafft, muss klargestellt werden, dass diese auf keinen Fall Orte der Abschiebung einer „schwierigen" Patientenklientel werden dürfen. Es muss gesichert sein, dass auch für diese Patientinnen und Patienten grundsätzlich und jederzeit die gesundheitliche Regelversorgung zuständig ist und zur Verfügung steht. (…) Die Einrichtung der medizinischen Versorgungszentren darf keinesfalls dazu führen, dass notwendige Anstrengungen zur Schaffung einer durchgängig barrierefreien allgemeinen Gesundheitsversorgung nachlassen oder unterbleiben." (ISL 2015b: 5f.)

In Deutschland gibt es medizinische/orthopädische Hilfsmittel von hervorragender Qualität; leider ist die bedarfsgerechte Versorgung nicht immer sichergestellt. So hat insbesondere die zunehmende Praxis der Krankenkassen, Hilfsmittel (bundesweit) auszuschreiben, dazu geführt, dass die Hilfsmittelversorgung und –reparatur nicht mehr vom Sanitätshaus des Vertrauens vor Ort erbracht werden können. Vielmehr muss jeweils der Anbieter, der bei der Ausschreibung den Zuschlag bekommen hat, akzeptiert werden, auch wenn dieser sich in größerer Entfernung vom Wohnort befindet und somit keine zeitnahe Reparatur oder Ersatzversorgung im Notfall durchführen kann (ISL 2015b: 6).

Zu den bereits bestehenden Problemlagen bzgl. der Versorgung behinderter Menschen im Gesundheitssystem werden, sofern diesen nicht mit entsprechenden Maßnahmen begegnet wird, weitere entstehen, die aus dem demographischen Wandel resultieren. So muss sich das Gesundheitssystem im ambulanten wie stationären Bereich zum einen allgemein auf die Zunahme der hochaltrigen Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichsten Erkrankungen einstellen. Gleichzeitig erreicht der demographische Wandel auch die Gruppe der behinderten Menschen, womit erstmalig in Deutschland eine große Gruppe behinderter Menschen das Rentenalter erreicht. Diese Erstmaligkeit liegt vor allem an zwei Faktoren: Viele behinderte Menschen aus der Vorkriegs- und Kriegsgeneration wurden Opfer des Mordprogramms der Nationalsozialisten. Zudem hat der medizinische Fortschritt dazu geführt, dass viele Menschen mit Beeinträchtigungen inzwischen eine mit der Durchschnittsbevölkerung vergleichbare Lebenserwartung haben (Berlin Institut 2009: 4) Dieser Umstand führt auch dazu, dass es mit dieser Altersgruppe behinderter Menschen in Deutschland noch wenig Erfahrungen gibt.

Mit einer Beeinträchtigung alt zu werden bedeutet, dass sich einerseits die bereits vorliegende Beeinträchtigung verstärken bzw. Folgeerkrankungen, z.B. durch dauerhafte Fehlbelastungen, entstehen können. Zum anderen können sich behinderte Menschen in fortgeschrittenem Alter, wie andere ältere Menschen auch, zusätzlich „altersbegleitende Erkrankungen“ (ebd.: 12) wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zuziehen. Dies bedeutet dann für die Betroffenen, dass sie häufiger medizinische Behandlungen benötigen und dabei zunehmend auf verschiedene Fachärztinnen bzw. Fachärzte angewiesen sind. Setzt man dies in Beziehung zu den im Bericht dargestellten Daten zur Verfügbarkeit barrierefreier Praxen wird deutlich, dass die unzureichende gesundheitliche Versorgung sich für ältere Menschen mit Beeinträchtigungen dramatisch verschlechtern wird, ganz besonders, wenn sie im ländlichen Raum leben und auf öffentliche Transportmittel angewiesen sind.[112]

Im Alternativbericht der Zivilgesellschaft zum offiziellen Staatenbericht der Bundesregierung hat die BRK-Allianz eine umfängliche Liste von Forderungen zur Gesundheitsversorgung veröffentlicht, mit deren Umsetzung die flächendeckende gesundheitliche Versorgung behinderter Menschen gemäß Art. 25 UN-BRK erreicht werden kann. Hierzu zählen die Forderungen nach bedarfsgerechter Versorgung, nach Stärkung von ambulanter und integrierter Versorgung psychisch Kranker sowie die angemessene Vergütung des zeitlichen Mehraufwandes bei der ärztlichen Versorgung behinderter Menschen. Weitere Forderungen beziehen sich auf den Abbau von „Zugangsbarrieren (in Form von Einstellung, Wissen, Handlungskompetenzen, Kommunikationskompetenzen, interkulturellen Kompetenzen, wohnortferne(r) Erbringung der Leistungen, bauseitige(n) Barrieren, Kommunikationstechniken, Stigmatisierung usw.)“ (BRK-Allianz 2013: 56), um so das Ziel eines flächendeckenden Angebots barrierefreier Praxen zu erreichen. Um den immer wieder festgestellten Wissensdefiziten zum Thema Behinderung bei im Gesundheitswesen Tätigen entgegenzuwirken, werden darüber hinaus umfassende Maßnahmen zur Sensibilisierung, Aus-, Fort- und Weiterbildung gefordert, was „u.a. durch die Überarbeitung der ärztlichen Approbationsordnung oder der Ausbildungscurricula der anderen Heilberufe erfolgen“ (ebd.) könne. Auch soll zukünftige medizinische und Versorgungsforschung nicht nur die Belange behinderter Menschen berücksichtigen, sondern diese auch an Planung, Durchführung und Auswertung von Forschungsvorhaben beteiligen (ebd.: 56f.).

Mit Umsetzung dieser Forderungen könnte die Forderung der UN aus den abschließenden Bemerkungen weitgehend erreicht werden: „Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat, Pläne für die Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten, einschließlich Diensten für Flüchtlinge, zu erarbeiten und umzusetzen sowie entsprechende Mittel bereitzustellen für die rechtebasierte Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften, die

[112] Der Allgemeine Behindertenverband in Deutschland (ABiD) führt derzeit in den neuen Bundesländern ein Forschungsprojekt zum Thema „Altwerden mit Behinderung“ durch. Leider waren bei Veröffentlichung des Teilhabeberichtes noch keine Ergebnisse veröffentlicht.

Kommunikation, die Information, die Achtung der freien, informieren Einwilligung des Einzelnen und für Hilfsmittel nach universellem Design.“ (CRPD 2015: 9).

Literatur zu diesem Kommentar

Berlin Institut (2009): Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt, Berlin, http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Alt_behindert/Alt_und_behindert_online.pdf, (02.08.2016)

BRK-Allianz (2013): Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland, Berlin, http://www.brk-allianz.de/attachments/article/93/beschlossene_fassung_final_endg-logo.pdf, (02.08.2016)

CRPD Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015): Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, dreizehnte Tagung, 25. März-17. April 2015, Version vom 13. Mai 2015.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2015a): Rahmenkonzeption Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB), Fassung vom 12.10.2015, http://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption_MZEB_2015.pdf, (01.08.2016)

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2015b): Stellungnahme der Fachverbände zum Bundesteilhabegesetz – hier: Leistungen zur Teilhabe im Hinblick auf die Bewältigung von Krankheit und Förderung der Gesundheit, http://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-11-27-Stellungnahme-der-Fachverbaende-zur-Gesundheitsbezogenen-Teilhabe.pdf, (01.08.2016)

Habermann-Horstmeier, Lotte (2015): Teilhabe braucht Gesundheit. Zwischen Ansprüchen der UN-Behindertenrechtskonvention, Kostendämpfung und Wirklichkeit, Vortrag auf der Tagung an der Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart “Alle inklusive?! Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen im Krankenhaus“ Stuttgart – 07. Oktober 2015, http://www.studium-public-health.de/unser-team-1/habermann-horstmeier/ (15.09.2016)

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland (2015a): Behinderte Menschen im Krankenhaus. Empfehlungen zur Sicherung der notwendigen Assistenz, Berlin, http://www.isl-ev.de/index.php?option=com_content&view=article&id=1447:assistenz-im-krankenhaus-dringender-handlungsbedarf-besteht&catid=90&Itemid=410&lang=de, (01.08.2016)

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland (2015b): Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung am 06. Mai 2015 zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten, BT - Drucksache 18/3155, https://www.bundestag.de/blob/373468/16193fe83abbd4b6275cebb5b7e89fdf/interessenvertretung-selbstbestimmt-leben-in-deutschland-e--v---isl--data.pdf, (01.08.2016)

Sappok, Tanja; Dern, Sebastian (2011): Barrierefreier Zugang zur Versorgung, in: Deutsche Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 44, November 2011, S. 2326-2328.

6. Freizeit, Kultur und Sport

Faktenblatt „Freizeit, Kultur und Sport“

- 33% der Menschen ohne Beeinträchtigungen machen mindestens einmal im Monat einen Ausflug oder unternehmen eine kurze Reise, von den Menschen mit Beeinträchtigungen sind dies nur 22% (SOEP 2013). Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, der nie einen Ausflug macht oder kurz verreist, ist mit 25% erheblich höher als der von Menschen ohne Beeinträchtigungen (11%).
- 48% der Deutschen mit Beeinträchtigungen würden häufiger reisen, wenn es mehr barrierefreie Angebote gäbe, und etwa 37% sind in der Vergangenheit nicht gereist, weil sie kein geeignetes barrierefreies Ziel fanden (World Travel Trends Report 2012/2013). 60% der im Rahmen dieser Studie Befragten mit Beeinträchtigungen wären bereit, für eine bessere Zugänglichkeit am Urlaubsort mehr Geld zu zahlen.
- Über die Hälfte der Menschen ohne Beeinträchtigungen und etwas weniger als die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen gehen Freizeitaktivitäten nach oder sind selbst künstlerisch oder musikalisch aktiv. Menschen mit Beeinträchtigungen sind zu jeweils geringeren Anteilen musisch oder künstlerisch aktiv als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Entsprechend ist der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die nie musisch oder künstlerisch aktiv sind, mit 56% höher als der Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen (46%).
- 80% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 61% der Menschen mit Beeinträchtigungen besuchen regelmäßig oder zumindest gelegentlich kulturelle Veranstaltungen. Angebote der in der Regel öffentlich finanzierten klassischen Kultur (Oper, klassische Konzerte, Theater, Ausstellungen etc.) nehmen 59% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 50% der Menschen mit Beeinträchtigungen wahr. Bei den überwiegend frei finanzierten Veranstaltungen wie Kino, Jazz- oder Popkonzerten, Tanzveranstaltungen etc. zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Diese Veranstaltungen besuchen 71% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 44% der Menschen mit Beeinträchtigungen regelmäßig oder zumindest gelegentlich.
- 57% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 41% der Menschen mit Beeinträchtigungen sind in ihrer Freizeit mindestens einmal im Monat sportlich aktiv, darunter 15% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 12% der Menschen mit Beeinträchtigungen sogar täglich. Dagegen geben nur 28% der Menschen ohne Beeinträchtigungen an, nie Sport zu treiben, während dies bei den Menschen mit Beeinträchtigungen fast die Hälfte (46%) ist.
- Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen treibt mindestens einmal pro Woche Sport. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, die Sport treiben, ist jedoch in sämtlichen Altersgruppen etwas niedriger als bei den Kindern und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen.

- Im Deutschen Behindertensportverband waren im Jahr 2014 insgesamt rd. 640.400 Menschen mit Beeinträchtigungen Mitglied. Die Mitgliederzahlen sind bis zum Jahr 2012 kontinuierlich angestiegen, im Jahr 2013 leicht zurückgegangen und im Jahr 2014 erneut angestiegen.
- Menschen mit Beeinträchtigungen besuchen seltener Sportveranstaltungen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. So besuchen 16% der Menschen ohne Beeinträchtigungen mindestens einmal im Monat und 33% zumindest gelegentlich eine Sportveranstaltung, bei den Menschen mit Beeinträchtigungen sind diese Anteile mit 9% regelmäßiger und 22% gelegentlicher Besuche erheblich geringer.
- 60% der Jugendzentren geben an, dass ihre Angebote von Kindern und Jugendliche mit Beeinträchtigungen genutzt werden (Deutsches Jugendinstitut 2011). Für einige Gruppen von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen bestehen jedoch besondere Zugangsbarrieren, dazu zählen Kinder und Jugendliche mit Sinnesbeeinträchtigungen, psychischen Beeinträchtigungen und Mehrfachbeeinträchtigungen.
- Im Jahr 2014 waren knapp 70% der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen mit ihrer Freizeitgestaltung zufrieden. Der Anteil derjenigen, die mit ihrer Freizeitgestaltung unzufrieden sind, lag bei den Menschen mit Beeinträchtigungen mit 9% um ein Drittel höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (6%).

Freizeit ist die Zeit, über die frei verfügt und die selbstbestimmt gestaltet werden kann. In welchem Umfang in der Freizeit Raum für selbstbestimmte Aktivitäten besteht, hängt davon ab, wie viel individuell gestaltbare Zeit nach Erwerbsarbeit, Familien- bzw. Hausarbeit oder auf Lernen und Ausbildung verwendete Zeit verbleibt. In dieser freien Zeit können Menschen kulturellen, kreativen und rekreativen Aktivitäten individuell oder gemeinschaftlich nachgehen. Zu dem breiten Spektrum dieser Aktivitäten gehören z.B. Entspannung und Erholung, Abwechslung und Zerstreuung, Geselligkeit und Sport, Kultur und Bildung. Auch Identitätsbildung und Selbstverwirklichung, die in allen Lebensbereichen relevant sind, gehören hierzu. Allgemein kann Freizeit somit als der Lebensbereich definiert werden, der sowohl zur individuellen Erholung, Weiterentwicklung und Identitätsbildung als auch zur Pflege sozialer Kontakte und gemeinschaftlicher Aktivitäten dient (Lamprecht & Stamm, 1994: 29 f).

In der fachlichen Diskussion wird dem Lebensbereich Freizeit ein hoher Stellenwert für die Persönlichkeitsentwicklung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen eingeräumt, der gleichwertig zu den Lebensbereichen Arbeit, Wohnen, Kultur und Bildung anzusehen ist. Zudem wird der Freizeitgestaltung ein großes Potential für Inklusionsprozesse beigemessen, da „gerade in der Freizeit aufgrund der relativen Freiheit von Zwängen und Leistungsdruck Begegnungen“ (Niehoff, 2006: 408) zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen möglich sind.

Menschen mit Beeinträchtigungen haben die gleichen Bedürfnisse, ihre Freizeit selbstbestimmt zu gestalten, wie Menschen ohne Beeinträchtigungen, sie haben aber ggf. mit

besonderen Hindernissen zu kämpfen. So kann es sein, dass weniger Zeit zur Freizeitgestaltung zur Verfügung steht, weil mehr Zeit für gesundheitliche Belange oder für die Verrichtung alltäglicher Dinge benötigt wird. Zudem kann gewünschten Freizeitaktivitäten ggf. nicht oder nur mit Schwierigkeiten nachgegangen werden, wenn Veranstaltungsorte nicht barrierefrei erreichbar, zugänglich oder nutzbar sind. Weitere Hindernisse können darin liegen, dass benötigte Informationen über Veranstaltungen nicht barrierefrei gestaltet sind. Schließlich kann eine selbstbestimmte Freizeitgestaltung auch dadurch erschwert werden, dass diese nicht allein organisiert werden kann.[113]

Nach Artikel 30 UN-BRK besteht ein gleichberechtigtes Recht von Menschen mit und ohne Behinderungen, am kulturellen Leben teilzunehmen, und die Mitgliedstaaten haben hierzu geeignete Maßnahmen zu treffen. Hierzu gehören u.a. der barrierefreie Zugang zu Freizeitangeboten wie z.B. zu Fernsehprogrammen, Filmen, Theatervorstellungen, zu Orten kultureller Darbietungen (Museen, Kinos, Konzertsäle etc.) sowie zu Dienstleistungen (z.B. Hotellerie, Veranstaltungsinformationen, Tourismusdienste). Möglichkeiten zur Entfaltung des kreativen, künstlerischen und intellektuellen Potentials müssen ebenso gegeben sein wie die gleichberechtigte Teilnahme an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten. Die UN-BRK bezieht in die zu treffenden Maßnahmen für eine gleichberechtigte Teilnahme an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten Kinder mit Behinderungen ausdrücklich mit ein (Artikel 30 Absatz 5 Buchstabe d UN-BRK).

Enge Bezugspunkte ergeben sich zwischen Artikel 30 und Artikel 8 UN-BRK. Artikel 8 UN-BRK fordert, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um in der gesamten Gesellschaft das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen sowie die Achtung ihrer Rechte zu fördern, Klischees und Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderungen zu bekämpfen und das Bewusstsein für ihre Fähigkeiten zu fördern.

Der Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-BRK (BRK-Allianz, 2013: 71) weist auf bestehende Barrieren in Museen, Ausstellungen und anderen kulturellen Veranstaltungen sowie weiterhin meist getrennt stattfindende sportliche Aktivitäten hin.

Schließlich stellt barrierefreier Tourismus eine besondere Herausforderung dar, weil hier verschiedene Angebote zu einer barrierefreien Kette miteinander verknüpft werden müssen. So müssen die An- und Abreise, der Aufenthaltsort (Hotel, Pension, Ferienwohnung etc.) und die gewünschten Aktivitäten vor Ort barrierefrei erreichbar und nutzbar sein. Bei der Planung einer Reise müssen die Informationen hierüber vollständig und verlässlich sein.

Im Bereich Freizeit, Kultur und Sport wird die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen unter den folgenden Aspekten behandelt:

---

[113] Markowetz (2006: 56) spricht im Zusammenhang von Freizeitgestaltung und geistiger Behinderung von „behinderter Freizeit“.

- Freizeitgestaltung: Für die Bereiche Erholung und Reisen, kulturelle Aktivitäten und Sport ist getrennt voneinander zu beleuchten[114], wie sich die Freizeitgestaltung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen darstellt. Die Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gibt Aufschluss über die subjektive Einschätzung der Teilhabe in diesem Bereich.
- Barrierefreiheit: Eine wesentliche Voraussetzung für eine selbstbestimmte Freizeitgestaltung ist ein barrierefreier Zugang zu entsprechenden Aktivitäten und Angeboten. Inwiefern Menschen mit Beeinträchtigungen mit besonderen Barrieren im Hinblick auf die Gestaltung ihrer Freizeitaktivitäten konfrontiert sind, ist daher von zentralem Interesse.
- Unterstützung der Freizeitgestaltung: Darüber hinaus ist zu untersuchen, welche Unterstützungsmöglichkeiten zur Gestaltung von Freizeitaktivitäten für Menschen mit Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen und in welchem Umfang diese in Anspruch genommen werden.

Im Folgenden werden zunächst die Bereiche Erholung und Reisen (6.1), Kultur (6.2) und Sport (6.3) dargestellt, bevor ein besonderes Augenmerk auf spezielle Freizeitangebote für Menschen mit Beeinträchtigungen und darunter für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen (6.4) gelegt wird. Das Kapitel schließt mit der Darstellung der subjektiven Zufriedenheit mit der Freizeit (6.5) und der Darstellung von Unterstützungsleistungen zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten (6.6).

Artikel 8 UN-BRK: Bewusstseinsbildung

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

a) in der gesamten Gesellschaft, einschließlich auf der Ebene der Familien, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern;

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

c) das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen zu fördern.

[114] Hierzu wurden v.a. Daten des SOEP ausgewertet. Angaben zu Freizeitaktivitäten werden im SOEP alle vier Jahre erhoben, zuletzt in den Jahren 2009 und 2013. Damit die Ergebnisse der Befragung zur Freizeit auf die Personenkreise mit und ohne Beeinträchtigungen bezogen werden können, wurde der Aufbau des SOEP als Panelbefragung genutzt, indem die Befragungsergebnisse zur Freizeit aus dem Jahr 2013 den Daten der Befragungswelle 2014 personengenau zugespielt wurden. Eine verhältnismäßig kleine Ungenauigkeit liegt darin, dass zu einigen Personen, die zwischen 2013 und 2014 aus der Befragung ausgestiegen sind, keine Angaben zur Freizeit vorliegen.

(2) Zu den diesbezüglichen Maßnahmen gehören

a) die Einleitung und dauerhafte Durchführung wirksamer Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit mit dem Ziel,

i) die Aufgeschlossenheit gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen zu erhöhen,

ii) eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen und ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber zu fördern,

iii) die Anerkennung der Fertigkeiten, Verdienste und Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen und ihres Beitrags zur Arbeitswelt und zum Arbeitsmarkt zu fördern;

b) die Förderung einer respektvollen Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen auf allen Ebenen des Bildungssystems, auch bei allen Kindern von früher Kindheit an;

c) die Aufforderung an alle Medienorgane, Menschen mit Behinderungen in einer dem Zweck dieses Übereinkommens entsprechenden Weise darzustellen;

d) die Förderung von Schulungsprogrammen zur Schärfung des Bewusstseins für Menschen mit Behinderungen und für deren Rechte.

Artikel 30 UN-BRK: Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen, gleichberechtigt mit anderen am kulturellen Leben teilzunehmen, und treffen alle geeigneten Maßnahmen, um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen

a) Zugang zu kulturellem Material in zugänglichen Formaten haben;

b) Zugang zu Fernsehprogrammen, Filmen, Theatervorstellungen und anderen kulturellen Aktivitäten in zugänglichen Formaten haben;

c) Zugang zu Orten kultureller Darbietungen oder Dienstleistungen, wie Theatern, Museen, Kinos, Bibliotheken und Tourismusdiensten, sowie, so weit wie möglich, zu Denkmälern und Stätten von nationaler kultureller Bedeutung haben.

(2) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit zu geben, ihr kreatives, künstlerisches und intellektuelles Potenzial zu entfalten und zu nutzen, nicht nur für sich selbst, sondern auch zur Bereicherung der Gesellschaft.

(3) Die Vertragsstaaten unternehmen alle geeigneten Schritte im Einklang mit dem Völkerrecht, um sicherzustellen, dass Gesetze zum Schutz von Rechten des geistigen Eigentums keine ungerechtfertigte oder diskriminierende Barriere für den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu kulturellem Material darstellen.

(4) Menschen mit Behinderungen haben gleichberechtigt mit anderen Anspruch auf Anerkennung und Unterstützung ihrer spezifischen kulturellen und sprachlichen Identität, einschließlich der Gebärdensprachen und der Gehörlosenkultur.

(5) Mit dem Ziel, Menschen mit Behinderungen die gleichberechtigte Teilnahme an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen,

a) um Menschen mit Behinderungen zu ermutigen, so umfassend wie möglich an breitensportlichen Aktivitäten auf allen Ebenen teilzunehmen, und ihre Teilnahme zu fördern;

b) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, behinderungsspezifische Sport- und Erholungsaktivitäten zu organisieren, zu entwickeln und an solchen teilzunehmen, und zu diesem Zweck die Bereitstellung eines geeigneten Angebots an Anleitung, Training und Ressourcen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen zu fördern;

c) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu Sport-, Erholungs- und Tourismusstätten haben;

d) um sicherzustellen, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern an Spiel-, Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten teilnehmen können, einschließlich im schulischen Bereich;

e) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu Dienstleistungen der Organisatoren von Erholungs-, Tourismus-, Freizeit- und Sportaktivitäten haben.

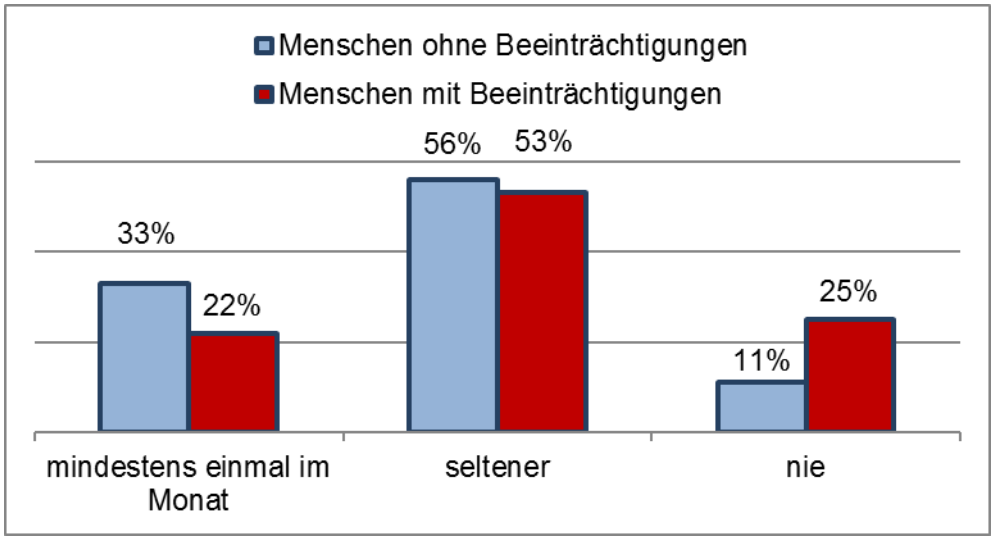
6.1 Erholung und Reisen

Für Menschen mit Beeinträchtigungen ist es wichtig, dass sie über die Arrangements des Alltagslebens hinaus in gleichem Maße die Möglichkeit zu Unternehmungen und Reisen haben wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Daher hat die Möglichkeit zu touristischen Aktivitäten einen hohen Stellenwert, die hier in Form von Ausflügen und kurzen Reisen sowie von längeren Urlaubsreisen dargestellt wird.

6.1.1 Ausflüge und kurze Reisen

Menschen mit Beeinträchtigungen unternehmen seltener Ausflüge oder kurze Reisen als Menschen ohne Beeinträchtigungen.[115] So machen 33% der Menschen ohne Beeinträchtigungen mindestens einmal im Monat einen Ausflug oder unternehmen eine kurze Reise, von den Menschen mit Beeinträchtigungen aber nur 22% (Abbildung 82). Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, der nie einen Ausflug macht oder kurz verreist, ist mit 25% erheblich höher als der von Menschen ohne Beeinträchtigungen (11%).

Abbildung 82: Häufigkeit von Ausflügen oder kurzen Reisen



Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013 (gewichtet); Berechnung des ISG.

[115] Im SOEP wird die Frage nach Freizeitaktivitäten alle vier Jahre erhoben, zuletzt in den Jahren 2009 und 2013. In 2013 wurden die Fragen zur Freizeitgestaltung anders gestellt als im Jahr 2009, und die Skalierung der Antworten wurde umgestellt. Aus diesen Gründen wird auf eine Darstellung im Zeitverlauf verzichtet.

Mit zunehmendem Alter wird Reisen beschwerlicher, daher steigt der Anteil derjenigen, die nie einen Ausflug oder eine kurze Reise unternehmen, ab einem Alter von 80 Jahren bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen stark an (Tabelle 93). Gleichzeitig liegen die Anteile derjenigen, die keine Ausflüge oder kurzen Reisen machen, bei den Menschen mit Beeinträchtigungen über alle Altersgruppen hinweg erheblich höher. So unternehmen 9% der 18- bis 49-Jährigen ohne Beeinträchtigungen nie einen Ausflug oder eine kurze Reise, bei den Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen sind dies 20%. Dieser Anteil beträgt bei den Hochaltrigen (80 Jahre und älter) ohne Beeinträchtigungen 33% und bei den Hochaltrigen mit Beeinträchtigungen unternimmt über die Hälfte (55%) nie einen Ausflug oder eine kurze Reise.

Tabelle 93: Keine Unternehmung von Ausflügen oder kurzen Reisen nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	11%	25%
Alter		
18 bis 49	9%	20%
50 bis 64	11%	21%
65 bis 79	14%	23%
80 und älter	33%	55%
Geschlecht		
Männer	11%	23%
Frauen	11%	27%
darunter: mit anerkannter Behinderung		
GdB unter 50		15%
GdB 50 bis 80		26%
GdB 90 bis 100		39%

Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Wenn keine Beeinträchtigungen vorliegen, ist der Anteil an Männern und Frauen, die nie einen Ausflug oder eine kurze Reise machen, mit 11% gleich hoch. Bei Menschen mit Beeinträchtigungen gibt es dagegen geschlechtsspezifische Unterschiede: Der Anteil der Frauen mit Beeinträchtigungen, die nie einen Ausflug oder eine kurze Reise machen, liegt mit 27% über dem Anteil der Männer mit Beeinträchtigungen von 23%. Mit dem Grad der Behinderung steigt auch der Anteil derjenigen, die nie einen Ausflug machen. Liegt dieser Anteil bei den Menschen mit einem GdB unter 50 mit 15% erheblich unter dem entsprechenden Anteil an den Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt (25%), so steigt er mit zunehmendem GdB erheblich an. 39% der Menschen mit einem GdB von 90 oder 100 machen gar keine Ausflüge oder kurze Reisen.

Dieser Befund zeigt eindrücklich, dass es für Menschen mit Beeinträchtigungen erheblich schwieriger ist, sich durch Tagesausflüge oder Kurzurlaube zu erholen als für Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die Gründe hierfür liegen vermutlich insbesondere darin, dass die Erreichbarkeit der Ausflugsorte und die Nutzung der Angebote vor Ort durch Barrieren erschwert werden, die je nach Art der Beeinträchtigungen unterschiedlich sind. Hierüber bedarf es insbesondere auch entsprechender Informationen, die vorab barrierefrei abrufbar sein müssen. Die erforderliche Verkettung verschiedener barrierefreier Angebote – Anreise, Verkehr vor Ort, Veranstaltungsort, ggf. Hotel oder Pension etc. – erschwert die Organisation erheblich.

6.1.2 Urlaubsreisen

Die Organisation von längeren Urlaubsreisen ist noch aufwendiger als die von Kurzurlauben, weil hier oftmals vor Ort weitere Ausflüge in die Umgebung geplant werden. Dies bedeutet, dass die Anforderungen an die Barrierefreiheit auf das weitere Umfeld des Urlaubsziels ausgeweitet werden müssen. Menschen mit Beeinträchtigungen unternehmen seltener längere Urlaubsreisen als Menschen ohne Beeinträchtigungen (Neumann et al., 2008). Dass Menschen mit Beeinträchtigungen mit besonderen Reiseschwierigkeiten konfrontiert sind, zeigt auch der World Travel Trends Report 2012/2013. Demnach gibt es zu wenige Urlaubsangebote für Menschen mit Beeinträchtigungen. So würden 48% der Deutschen mit Beeinträchtigungen häufiger reisen, wenn es mehr barrierefreie Angebote gäbe, und etwa 37% sind in der Vergangenheit nicht gereist, weil sie kein geeignetes barrierefreies Ziel fanden. Wie unbefriedigend die derzeitige Situation ist, zeigt schließlich die Aussage, nach der 60% der im Rahmen dieser Studie Befragten mit Beeinträchtigungen bereit wären, für eine bessere Zugänglichkeit am Urlaubsort mehr Geld zu zahlen (ITB Berlin, 2012: 26).

Spezifische Angebote unterstützen Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Organisation von Urlauben. So wurde die NatKo „Tourismus für Alle Deutschland e.V."[116] von sieben Behindertenverbänden auf Bundesebene mit dem Ziel gegründet, die deutschlandweiten Aktivitäten der Selbsthilfeorganisationen im Bereich „Tourismus für Alle" zu bündeln und zu koordinieren. Sie ist eine Anlaufstelle für die Planung einer Reise und zentraler Kooperationspartner bei Projekten zur Weiterentwicklung der Barrierefreiheit im Tourismus, wie z.B. bei den vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie geförderten Projekten „Entwicklung und Vermarktung barrierefreier Angebote und Dienstleistungen im Sinne eines Tourismus für Alle in Deutschland" und „Einführung des Kennzeichnungssystems Reisen für Alle im Sinne eines Tourismus für Alle in Deutschland“ (vgl. Abschnitt 6.8).

[116] www.natko.de

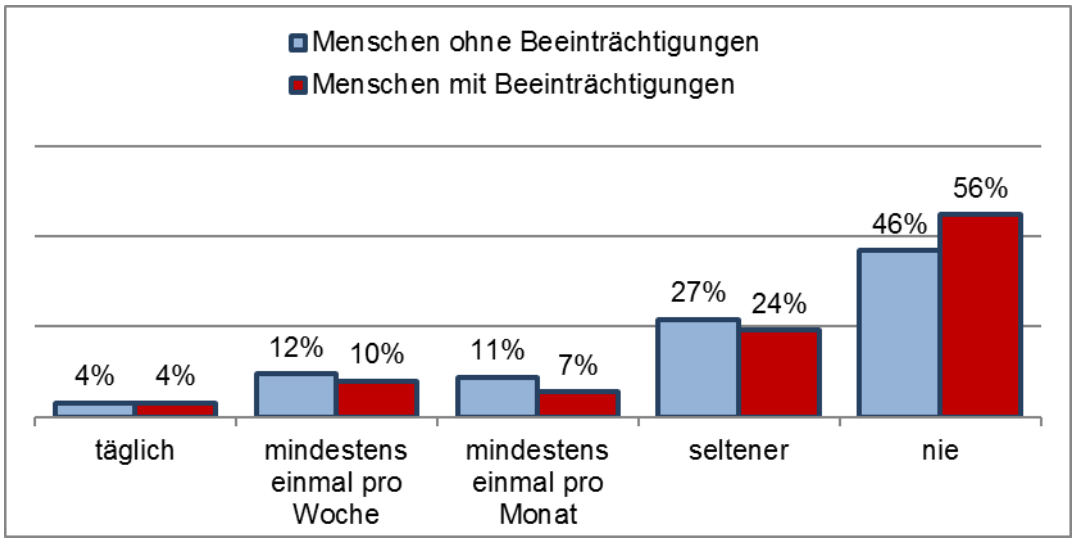
6.2 Kultur

Der Bereich Kultur nimmt zum einen eigene kulturelle – musische oder künstlerische – Aktivitäten und zum andern den Besuch von kulturellen Veranstaltungen in den Blick. Dabei werden klassische Kulturveranstaltungen wie Oper, klassische Konzerte, Theater oder Ausstellungen von populärkulturellen Veranstaltungen wie Kino, Pop- und Jazz-Konzerten sowie Tanzveranstaltungen unterschieden.

6.2.1 Eigene kulturelle Aktivitäten

In Aktivitäten wie Musizieren, Theaterspielen, Malen, Fotografieren oder Schreiben kann sich Kreativität entfalten. Über die Hälfte der Menschen ohne Beeinträchtigungen und etwas weniger als die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen gehen diesen Freizeitaktivitäten mehr oder weniger regelmäßig nach. Der Anteil derjenigen, die täglich musizieren oder sich anderweitig künstlerisch betätigen, beträgt sowohl bei den Menschen ohne als auch mit Beeinträchtigungen 4% (Abbildung 83). Menschen mit Beeinträchtigungen sind zu jeweils geringeren Anteilen mindestens einmal in der Woche, einmal im Monat oder seltener musisch oder künstlerisch aktiv als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Entsprechend ist der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die nie musisch oder künstlerisch aktiv sind, mit 56% höher als der entsprechende Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen (46%).

Abbildung 83: Künstlerische oder musische Aktivitäten



Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Im Folgenden werden diejenigen, die täglich, regelmäßig wöchentlich oder monatlich oder zumindest gelegentlich („seltener“) künstlerisch oder musisch aktiv sind, in den Blick genommen, wobei nach Alter, Geschlecht und Grad der Behinderung differenziert wird. Mit zunehmendem Alter nehmen die eigenen musischen und künstlerischen Tätigkeiten ab. Geben 58% der 18- bis 49-Jährigen ohne Beeinträchtigungen an, künstlerischen oder musischen Aktivitäten nachzugehen, so sinkt dieser Anteil mit zunehmendem

Alter kontinuierlich, und nur noch 31% der Hochaltrigen ohne Beeinträchtigungen betätigen sich künstlerisch oder musisch (Tabelle 94). Der Rückgang dieser Aktivitäten mit dem Alter gilt für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen. Diese Entwicklung ist bei den Menschen mit Beeinträchtigungen stärker ausgeprägt: Ausgehend von einem gleich hohen Anteil musisch oder künstlerisch Aktiver unter den 18- bis 49-Jährigen nimmt dieser bei den Menschen mit Beeinträchtigungen stärker ab als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen und liegt bei den Hochaltrigen mit Beeinträchtigungen bei nur 19%.

57% der Frauen ohne Beeinträchtigungen sind in der kreativen Freizeitgestaltung aktiv, von den Männern ohne Beeinträchtigungen ist es die Hälfte (50%). Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen sind in geringerem Maß musisch oder künstlerisch aktiv (43% bzw. 45%), und der Unterschied zwischen ihnen ist geringer als zwischen Männern und Frauen ohne Beeinträchtigungen. Entsprechend ist der Unterschied zwischen Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen größer (12 Prozentpunkte) als der zwischen Männern mit und ohne Beeinträchtigungen (7 Prozentpunkte).

Tabelle 94: Künstlerisch oder musisch Aktive nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	54%	44%
Alter		
18 bis 49	58%	58%
50 bis 64	52%	48%
65 bis 79	47%	40%
80 und älter	31%	19%
Geschlecht		
Männer	50%	43%
Frauen	57%	45%
anerkannte Behinderung		
GdB unter 50		53%
GdB 50 bis 80		43%
GdB 90 bis 100		36%

Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Eine Differenzierung nach dem Grad der Behinderung zeigt hinsichtlich der eigenen musischen oder künstlerischen Aktivitäten nur geringfügige Unterschiede zwischen Menschen ohne Beeinträchtigungen (54%) und Menschen mit einer anerkannten Behinderung unter einem GdB von 50 (53%). Mit zunehmendem GdB sinkt der Anteil der Menschen, die sich musisch oder künstlerisch betätigen. Von den Menschen mit einem GdB von 90 oder 100 sind 36% in dieser Form aktiv.

Für die Befunde zu den eigenen musischen oder künstlerischen Aktivitäten kann es unterschiedliche Gründe geben. Je nach Art der Aktivitäten werden hochentwickelte Hörfähigkeit, gutes Sehvermögen oder feinmotorische körperliche Fertigkeiten benötigt, die

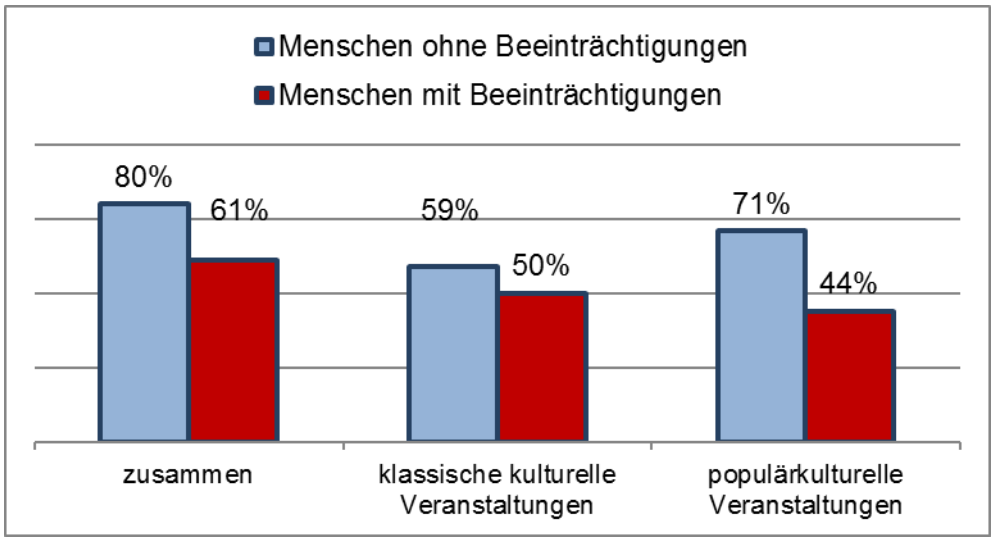
im Alter ggf. abnehmen. Je schwerer die Behinderung ist, desto weniger werden musische oder künstlerische Aktivitäten wahrgenommen, was ebenfalls mit diesen Anforderungen zusammenhängen kann, aber auch damit, dass freie Zeit für musische oder künstlerische Aktivitäten in geringerem Maß zur Verfügung steht, weil sie für beeinträchtigungsbedingte Aktivitäten aufgewendet werden muss. Schließlich fehlen vermutlich barrierefreie oder mit spezifischer Unterstützung versehene Angebote, damit Menschen mit Beeinträchtigungen musisch oder künstlerisch ebenso aktiv sein können wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Flächendeckende Informationen darüber, in welcher Art und welchem Umfang derartige Angebote benötigt werden und welche Angebote es bereits gibt, liegen nicht vor.

6.2.2 Besuch von kulturellen Veranstaltungen

Im SOEP werden zwei Formen kultureller Veranstaltungen unterschieden: Die in der Regel öffentlich finanzierten klassischen Kulturveranstaltungen wie Oper, klassische Konzerte, Theater, Ausstellungen und die in der Regel frei finanzierten populärkulturellen Veranstaltungen wie Kino, Pop-, Jazz-Konzerte sowie Tanzveranstaltungen. Je nach Vorliebe werden eher die einen oder die anderen Veranstaltungen besucht. Wie regelmäßig kulturelle Veranstaltungen besucht werden, hängt von vielen Faktoren ab. Im Rahmen des Teilhabeberichts wird deshalb dargestellt, ob Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen generell an kulturellen Veranstaltungen teilnehmen.

Werden beide Arten kultureller Veranstaltungen zusammengenommen, so besuchen 80% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 61% der Menschen mit Beeinträchtigungen kulturelle Veranstaltungen (Abbildung 84). Angebote der in der Regel öffentlich finanzierten klassischen Kultur (Oper, klassische Konzerte, Theater, Ausstellungen etc.) nehmen 59% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 50% der Menschen mit Beeinträchtigungen wahr. Bei diesen kulturellen Angeboten ist der Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen verhältnismäßig geringer als bei den überwiegend frei finanzierten Veranstaltungen wie Kino, Jazz- oder Popkonzerten, Tanzveranstaltungen etc. Diese Veranstaltungen besuchen 71% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 44% der Menschen mit Beeinträchtigungen.

Abbildung 84: Regelmäßige oder gelegentliche Besuche von kulturellen Veranstaltungen



Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen nehmen die beiden verschiedenen Arten kultureller Angebote in unterschiedlichem Ausmaß wahr. Eine Ursache für diese Diskrepanz liegt vermutlich darin, dass ältere Menschen mit erworbenen Beeinträchtigungen ihr Kulturleben eher fortsetzen, während jüngere Menschen mit Beeinträchtigungen von vornherein größere Teilhabeschwierigkeiten haben. Weiterhin sind öffentlich finanzierte klassische Kulturveranstaltungen eher barrierefrei erreichbar und nutzbar, als die in der Regel frei finanzierten populärkulturellen Veranstaltungen. Um Menschen mit Beeinträchtigungen den Kinobesuch zu erleichtern, sieht das Filmförderungsgesetz vor, dass Kinos für Maßnahmen, die der Herstellung von Barrierefreiheit dienen, einen bis zu 100%-igen Zuschuss bei der Filmförderungsanstalt beantragen können.

Klassische kulturelle Veranstaltungen

Ältere Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sind an klassischen Kulturveranstaltungen interessierter als jüngere Menschen. So steigt der Anteil derjenigen, die derartige Veranstaltungen besuchen, von 57% der 18- bis 49-Jährigen ohne Beeinträchtigungen kontinuierlich an und beträgt bei den 65- bis 79-Jährigen ohne Beeinträchtigungen 66% (Tabelle 95). Für die Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt sich der gleiche Alterseffekt, allerdings liegt der Anteil derjenigen von ihnen, die klassische Kulturveranstaltungen besuchen, in jeder Altersgruppe um zehn Prozentpunkte niedriger als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen. Hochaltrige (80 Jahre und älter) besuchen seltener kulturelle Veranstaltungen; bei den Hochaltrigen ohne Beeinträchtigungen sind dies 47% und bei denen mit Beeinträchtigungen ein Drittel (33%).

Männer besuchen – unabhängig von Beeinträchtigungen – seltener klassische Kulturveranstaltungen als Frauen. Allerdings besuchen anteilig weniger Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen klassische Kulturveranstaltungen: Zwischen Männern ohne Beeinträchtigungen (56%) und Männern mit Beeinträchtigungen (48%) ist ein Unterschied

von acht Prozentpunkten zu verzeichnen. Der entsprechende Anteil an Frauen ohne Beeinträchtigungen von 62% liegt um zehn Prozentpunkte über dem der Frauen mit Beeinträchtigungen (52%).

Tabelle 95: Regelmäßige oder gelegentliche Besuche klassisch-kultureller Veranstaltungen nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	59%	50%
Alter		
18 bis 49	57%	47%
50 bis 64	62%	52%
65 bis 79	66%	56%
80 und älter	47%	33%
Geschlecht		
Männer	56%	48%
Frauen	62%	52%
anerkannte Behinderung		
GdB unter 50		58%
GdB 50 bis 80		51%
GdB 90 bis 100		36%

Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Mit zunehmendem Grad der Behinderung sinkt der Anteil der Menschen, die an klassischen Kulturveranstaltungen teilnehmen. So liegt der Anteil der Menschen mit einem GdB unter 50, die klassische Kulturveranstaltungen besuchen, mit 58% in etwa auf dem Niveau der Menschen ohne Beeinträchtigungen insgesamt (59%), bei den Menschen mit einem GdB von 50 bis 80 liegt er mit einem Anteil in Höhe von 51% in etwa auf dem Niveau der Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt (50%). Dagegen besucht nur gut ein Drittel (36%) der Menschen mit einem GdB von 90 oder 100 klassische kulturelle Veranstaltungen; dieser Anteil liegt in etwa auf gleicher Höhe wie der der Hochaltrigen mit Beeinträchtigungen.

Populärkulturelle Veranstaltungen

Jüngere Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen interessieren sich in höherem Maß für populärkulturelle Veranstaltungen als ältere. So liegt der Anteil derjenigen, die solche Veranstaltungen besuchen, bei 84% der 18- bis 49-Jährigen ohne Beeinträchtigungen und nimmt mit zunehmendem Alter ab (Tabelle 96). 19% der hochaltrigen Menschen ohne Beeinträchtigungen besuchen solche Kulturveranstaltungen. Für die Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt sich das gleiche Bild im Altersverlauf. Jedoch liegt der Anteil derjenigen, die zumindest gelegentlich ein Kino, ein Pop- oder Jazzkonzert oder eine

Tanzveranstaltung besuchen, deutlich niedriger als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. 72% der 18- bis 49-Jährigen mit Beeinträchtigungen, 50% der 50- bis 64-Jährigen und 30% der 65- bis 79-Jährigen mit Beeinträchtigungen besuchen populärkulturelle Veranstaltungen. Auch besuchen anteilig weniger hochaltrige Menschen mit Beeinträchtigungen populärkulturelle Veranstaltungen als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen.

Männer und Frauen ohne Beeinträchtigungen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Teilnahme an populärkulturellen Veranstaltungen. So gaben jeweils 71% an, solche Veranstaltungen zu besuchen. Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen unterscheiden sich geringfügig und 46% der Männer mit Beeinträchtigungen bzw. 43% der Frauen mit Beeinträchtigungen gehen öfter oder gelegentlich ins Kino, zu einem Pop- oder Jazzkonzert oder zu einer Tanzveranstaltung.

Tabelle 96: Regelmäßige oder gelegentliche Besuche populärkultureller Veranstaltungen nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	71%	44%
Alter		
18 bis 49	84%	72%
50 bis 64	67%	50%
65 bis 79	43%	30%
80 und älter	19%	12%
Geschlecht		
Männer	71%	46%
Frauen	71%	43%
anerkannte Behinderung		
GdB unter 50		54%
GdB 50 bis 80		19%
GdB 90 bis 100		15%

Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Mit zunehmendem Grad der Behinderung sinkt der Anteil der Menschen, die an populärkulturellen Veranstaltungen teilnehmen. Dabei ist ein erheblicher Sprung zwischen den Menschen mit einem GdB unter 50 mit einem Anteil von 54%, die regelmäßig oder unregelmäßig ins Kino, zu einem Pop- oder Jazzkonzert oder zu einer Tanzveranstaltung gehen, und den schwerbehinderten Menschen ab einem GdB von 50 zu verzeichnen mit Anteilen von 19% bzw. 15%. Somit nehmen Menschen mit Beeinträchtigungen in geringerem Maß an kulturellen Veranstaltungen teil als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dies gilt über alle soziodemografischen Merkmale hinweg. Bei den in der Regel öffentlich finanzierten klassischen Kulturveranstaltungen ist dabei die Diskrepanz zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen kleiner als bei den in der Regel privat finanzierten populärkulturellen Veranstaltungen, was unter anderem auch an ermäßigten

Eintrittspreisen für Menschen mit Behinderungen liegen kann. Gründe für die generell geringere Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen sind vermutlich insbesondere auch mangelnde Barrierefreiheit der Veranstaltungsorte und mangelnde Barrierefreiheit der Informationen über die Veranstaltungen und deren Barrierefreiheit. Eigene Aussagen, aus welchen Gründen Menschen mit Beeinträchtigungen auf den Besuch kultureller Veranstaltungen ggf. vollständig verzichten, liegen nicht vor.

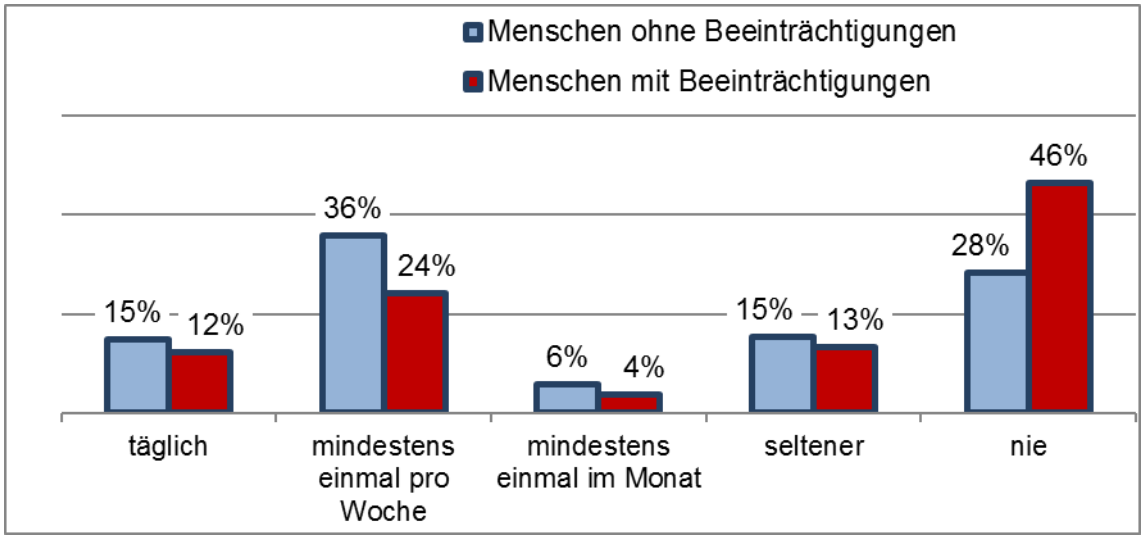
6.3 Sport

Für viele Menschen ist der Sport eine wichtige Freizeitbeschäftigung. Eigene sportliche Aktivitäten wirken in der Regel gesundheitsfördernd und steigern die Leistungsfähigkeit, sie werden im Rahmen der Sportförderung unterstützt. Auch der Besuch von Sportveranstaltungen gehört zu den beliebten Freizeitaktivitäten.

6.3.1 Eigene sportliche Aktivitäten

Über die Hälfte (57%) der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 40% der Menschen mit Beeinträchtigungen sind in ihrer Freizeit mindestens einmal im Monat sportlich aktiv, darunter 15% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 12% der Menschen mit Beeinträchtigungen sogar täglich (Abbildung 85). Dagegen geben nur 28% der Menschen ohne Beeinträchtigungen an, nie Sport zu treiben, während dies bei den Menschen mit Beeinträchtigungen fast die Hälfte (46%) ist. Dabei kann nicht unterschieden werden zwischen sportlichen Aktivitäten als Freizeitgestaltung und solchen aufgrund gesundheitlicher Erfordernisse.

Abbildung 85: Häufigkeit sportlicher Aktivitäten



Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

78% der 18- bis 49-Jährigen ohne Beeinträchtigungen treiben in ihrer Freizeit regelmäßig oder gelegentlich Sport, bei den Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen liegt dieser Anteil mit 54% erheblich niedriger (Tabelle 97). Die Anteile der aktiven Sportlerinnen und

Sportler sinken in beiden betrachteten Gruppen mit zunehmendem Alter. 64% der 65- bis 79-Jährigen ohne Beeinträchtigungen sowie knapp die Hälfte (49%) der Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen treiben regelmäßig oder gelegentlich Sport. Die Hochaltrigen treiben überwiegend keinen Sport, wobei auch hier ein beträchtlicher Unterschied zwischen den Hochaltrigen mit und ohne Beeinträchtigungen festzustellen ist.

Tabelle 97: Regelmäßige oder gelegentliche sportliche Aktivitäten nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	72%	54%
Alter		
18 bis 49	78%	65%
50 bis 64	68%	61%
65 bis 79	64%	49%
80 und älter	37%	24%
Geschlecht		
Männer	72%	54%
Frauen	71%	54%
anerkannte Behinderung		
GdB unter 50		61%
GdB 50 bis 80		55%
GdB 90 bis 100		38%

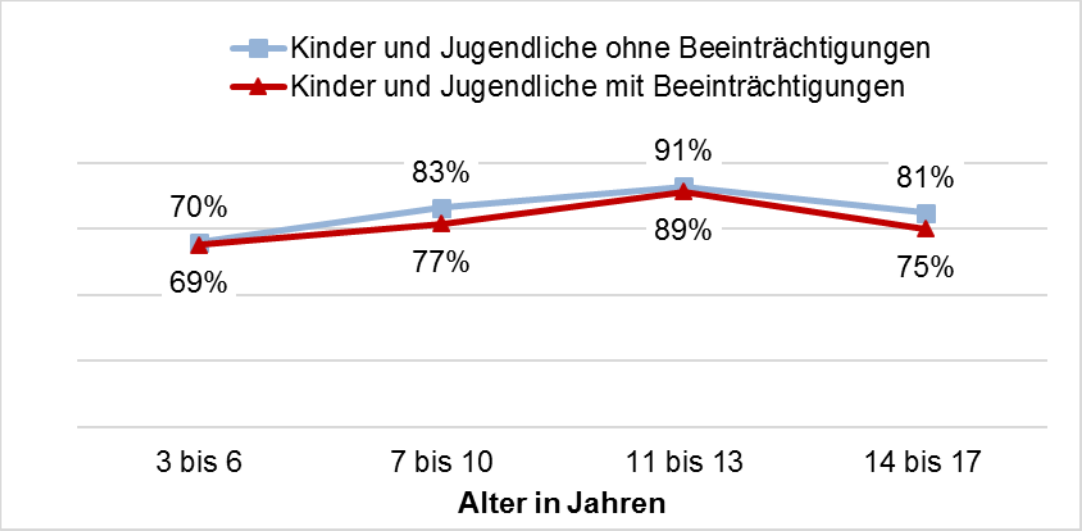
Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Männer und Frauen unterscheiden nicht in ihren sportlichen Aktivitäten: 72% der Männer und 71% der Frauen ohne Beeinträchtigungen treiben in ihrer Freizeit regelmäßig oder gelegentlich Sport; bei den Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen sind dies jeweils 54%. Mit dem Grad der Behinderung sinkt der Anteil derjenigen, die Sport treiben, liegt dabei aber insgesamt recht hoch: 61% der Menschen mit einem GdB unter 50 treiben Sport; dieser Anteil liegt über dem Durchschnitt aller Menschen mit Beeinträchtigungen (54%). Der Anteil der schwerbehinderten Menschen mit einem GdB von 50 bis 80, die Sport treiben, liegt bei 55%, und 38% der schwerbehinderten Menschen mit einem GdB von 90 oder 100 treiben regelmäßig oder gelegentlich Sport.

Die Gründe für die geringere Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen an sportlichen Aktivitäten können ähnlich gelagert sein wie bei den künstlerischen und musischen Aktivitäten. Auf der einen Seite können zeitliche Beschränkungen oder hohe Anforderungen an körperliche und Sinnesleistungen eine Rolle spielen, auf der anderen Seite aber auch die Art der Angebote, deren mangelnde Barrierefreiheit bzw. unzureichende Informationen zu den Angeboten und deren Barrierefreiheit.

Daten der KiGGS-Studie (2003 bis 2006) belegen, dass ein Großteil der Kinder und Jugendlichen mindestens einmal pro Woche Sport treibt. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, die Sport treiben, ist jedoch in sämtlichen Altersgruppen geringfügig niedriger als bei den Kindern und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 86).[117]

Abbildung 86 Kinder und Jugendliche, die mindestens einmal pro Woche Sport treiben, nach Alter



Quelle: KiGGS 2003-2006, Berechnung und Darstellung der Prognos AG (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a:. 223).

Der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) ist mit rd. 90.000 Vereinen und rd. 27 Mio. Mitgliedern die zentrale Dachorganisation des organisierten Sports in Deutschland. Der DOSB hat im Januar 2015 ein Strategiekonzept zur Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen vorgelegt, das konkrete Ziele für eine verbesserte Inklusion enthält (Deutscher Olympischer Sportbund, 2015). Darüber, wie viele Menschen mit Beeinträchtigungen Mitglied in den verschiedenen Vereinen des DOSB sind, liegen keine Informationen vor.

Im Deutschen Behindertensportverband (DBS) sind zahlreiche Sportangebote des Breiten-, Spitzen- und Rehabilitationssports für Menschen mit Beeinträchtigungen gebündelt.[118] Im DBS waren im Jahr 2014 insgesamt rd. 640.400 Menschen mit Beeinträchtigungen Mitglied (Tabelle 98). Die Mitgliederzahlen sind bis zum Jahr 2012 kontinuierlich

[117] Eine Darstellung der Daten im Zeitverlauf ist nicht möglich, da nur in der ersten KiGGS-Erhebung das Vorliegen von Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen erfasst wurde, nicht aber in der Folgeerhebung.

[118] Sein Ursprung geht auf die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Deutscher Versehrtensport“ (ADV) zurück. Hieran beteiligt waren neben Vertretern des Versehrtensports Bundesministerien, Kriegsopferverbände und Länder. Im gleichen Jahr wurde der ADV bereits Mitglied des Deutschen Olympischen Sportbundes. Vgl. hierzu auch Wedemeyer-Kolwe, B. (2011).

angestiegen, im Jahr 2013 leicht zurückgegangen und anschließend erneut angestiegen.

Tabelle 98: Mitglieder im Deutschen Behindertensportverband

Jahr	**Mitglieder insgesamt**	darunter: **Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre**	
		Anzahl	Anteil an Mitgliedern insgesamt
2008	468.928	46.947	10%
2009	531.671	51.055	10%
2010	574.887	53.295	9%
2011	618.621	55.949	9%
2012	650.986	54.668	9%
2013	633.278	52.433	8%
2014	640.362	47.795	7%
Veränderung 2008 – 2014	37%	2%	

Quelle: Statistik zur Entwicklung des der Gesamtmitgliederzahlen des Deutschen Behindertensportverbands (2008 - 2014); Darstellung des ISG.

Von den 640.362 Mitgliedern im Jahr 2014 waren rd. 47.800 Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren. Diese Zahlen sind seit dem Jahr 2011 rückläufig, und ihr Anteil an der Gesamtmitgliederzahl sinkt kontinuierlich. Dieser Effekt ist insbesondere auf die demografische Entwicklung zurückzuführen, da die Zahl der Kinder und Jugendlichen insgesamt rückläufig ist. So bleibt der Anteil der Mitglieder im DBS an allen Kindern und Jugendlichen mit Behinderung nahezu konstant.

Laut einer Umfrage der Aktion Mensch zur Inklusion im Sport ist die Nachfrage nach inklusiven Sportmöglichkeiten größer als das Angebot. Demnach finden mehr als zwei Drittel (68%) der befragten Sportlerinnen und Sportler mit Behinderung und ein ebenso hoher Anteil ohne Behinderung es wünschenswert oder sehr wünschenswert, inklusiv zu trainieren. In den Vereinen von drei Vierteln (75%) der Sportlerinnen und Sportler mit Behinderungen gibt es inklusive Sportangebote. Dagegen gab nur die Hälfte der Sportlerinnen und Sportler ohne Behinderungen an, dass in ihrem Verein die Möglichkeit besteht, inklusiv trainieren zu können (Klenk & Hoursch, 2014).

Menschen mit Beeinträchtigungen sind auch im Spitzensport vertreten und erbringen dort ebenso Höchstleistungen wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Sportliche Großereignisse wie z.B. Paralympics, Deaflympics oder Special Olympics bilden die Plattformen, auf denen der sportliche Wettbewerb von Menschen mit Beeinträchtigungen ausgetragen wird. Neben dem Breitensport wird auch der Leistungssport für Menschen mit Behinderungen gefördert. Diese Förderungen gelten der Möglichkeit der Teilhabe

von Menschen mit Behinderungen am Spitzensport, zielen dabei jedoch nicht auf Inklusion, sondern es bleiben letztlich separate Veranstaltungen.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unterstützt als Träger der Bundesjugendspiele gemeinsam mit der Ständigen Kultusministerkonferenz der Länder (KMK) und dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB)/der Deutschen Sportjungend (dsj) die Bundesjugendspiele. Deren Hauptanliegen deckt sich mit dem des verbindlichen Sportunterrichts, das Interesse von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung an sportlicher Aktivität zu wecken und zu lebenslangem Sporttreiben zu motivieren. Mit der Erweiterung dieses Angebots um das „Programm Bundesjugendspiele für Schülerinnen und Schüler mit Behinderung“ im Schuljahr 2009/2010 wurde die gleichberechtigte Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung an den Bundesjugendspielen verankert. Hierdurch wurde eine Lücke geschlossen und dem berechtigten Anliegen vieler Schülerinnen, Schüler und Eltern Rechnung getragen.

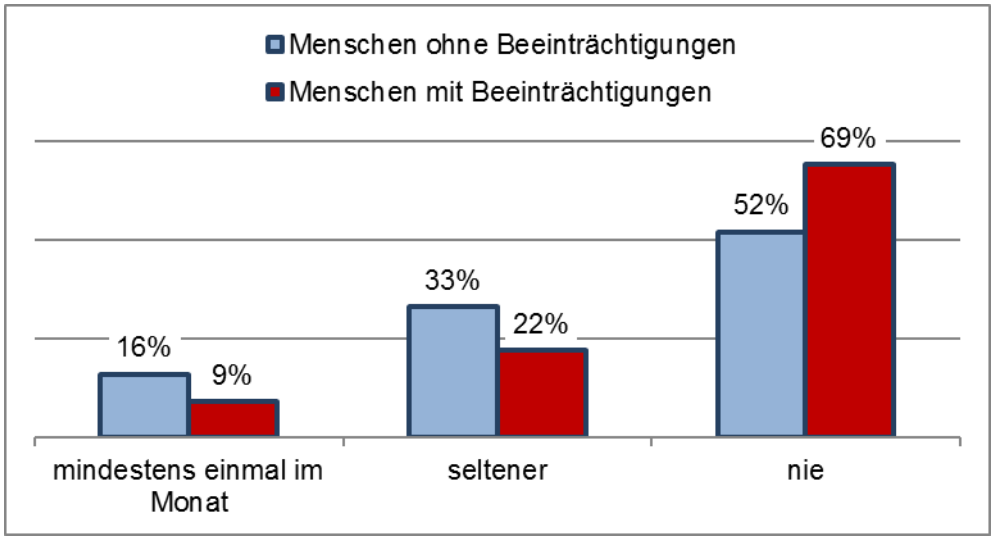
Die Bundesjugendspiele folgen dabei konsequent einem pädagogischen Ansatz, der die Wertschätzung aller teilnehmenden Kinder und Jugendlichen entsprechend ihrem individuellen Leistungsvermögen zum Ziel hat. Es ist daher nur folgerichtig und ein Beispiel für gelungene Inklusion, Schülerinnen und Schülern mit Behinderung die gleichberechtigte Teilnahme an den Bundesjugendspielen zu ermöglichen.

Die Ergebnisse der NAP-Evaluierung (NAP 1.0) haben aus Sicht der UN-Behindertenrechtskonvention ausgewiesen, dass die erfolgte Erweiterung der Bundesjugendspiele um dieses Programm einen aktiven Beitrag zur Integration von jungen Menschen mit Behinderung leistet.

6.3.2 Besuch von Sportveranstaltungen

Menschen mit Beeinträchtigungen besuchen seltener Sportveranstaltungen als Menschen ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 87). So besuchen 16% der Menschen ohne Beeinträchtigungen mindestens einmal im Monat und 33% zumindest gelegentlich eine Sportveranstaltung, bei den Menschen mit Beeinträchtigungen sind diese Anteile mit 9% regelmäßiger und 22% gelegentlicher Besuche erheblich geringer.

Abbildung 87: Besuch von Sportveranstaltungen



Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Das Interesse an Sportveranstaltungen nimmt bei den Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in den höheren Alterskohorten ab, wobei der Abstand zwischen den jeweils Gleichaltrigen mit und ohne Beeinträchtigungen durchgängig etwa zehn Prozentpunkte beträgt (Tabelle 99). 55% der 18- bis 49-Jährigen ohne Beeinträchtigungen und 45% der Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen besuchen regelmäßig oder gelegentlich eine Sportveranstaltung. Diese Anteile sinken mit zunehmendem Alter: 20% der Hochaltrigen ohne Beeinträchtigungen und 9% der Hochaltrigen mit Beeinträchtigungen besuchen zumindest gelegentlich eine Sportveranstaltung.

Tabelle 99: Regelmäßige oder gelegentliche Besuche von Sportveranstaltungen nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	48%	31%
Alter		
18 bis 49	55%	45%
50 bis 64	47%	34%
65 bis 79	35%	26%
80 und älter	20%	9%
Geschlecht		
Männer	58%	42%
Frauen	40%	22%
anerkannte Behinderung		
GdB unter 50		40%
GdB 50 bis 80		30%
GdB 90 bis 100		26%

Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012/2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Männer sind interessierter an Sportveranstaltungen als Frauen. 58% der Männer ohne Beeinträchtigungen besuchen regelmäßig oder gelegentlich Sportveranstaltungen, bei den Männern mit Beeinträchtigungen ist dieser Anteil mit 42% erheblich geringer. Der Anteil der Frauen ohne Beeinträchtigungen, die zumindest gelegentlich eine Sportveranstaltung besuchen, liegt mit 40% deutlich über dem der Frauen mit Beeinträchtigungen (22%). Mit steigendem Grad der Behinderung nimmt der Anteil derjenigen, die Sportveranstaltungen besuchen, ab. Auch beim Besuch von Sportveranstaltungen zeigt sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Die Gründe hierfür liegen vermutlich insbesondere in mangelnder Barrierefreiheit. Zu den Gründen aus Sicht der Menschen mit Beeinträchtigungen liegen keine Informationen vor.

6.4 Freizeitangebote für Menschen mit Beeinträchtigungen

Häufig nutzen Menschen mit Beeinträchtigungen spezielle Angebote zur Freizeitgestaltung von Trägern der Behindertenhilfe. Es liegen keine Daten darüber vor, inwiefern diese Angebote den Wünschen und Bedürfnissen von Menschen mit Beeinträchtigungen gerecht werden. Aus einer Untersuchung der Freizeitangebote der Lebenshilfe wurde jedoch eine Reihe von Schlussfolgerungen abgeleitet, die zu einer Verbesserung bestehender Angebote beitragen sollen. Zunächst sind hierbei stärkere Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten mit Blick auf die Angebotsgestaltung zu nennen. Als besonders wichtig wird gesehen, bedarfsgerechte Angebote für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen sowie für Kinder, Jugendliche und alte Menschen mit Beeinträchtigungen

zu konzipieren. Diese Zielgruppen werden in der Angebotsgestaltung bislang nicht ausreichend berücksichtigt (Theunissen et al., 2000).

Freizeitgestaltung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen

Angesichts des starken Einflusses von Freizeitaktivitäten auf die Persönlichkeitsentwicklung und das Wohlbefinden wird der Freizeitgestaltung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen bislang wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Zudem bieten Freizeitangebote die Möglichkeit, Begegnungen außerhalb des Elternhauses zu schaffen. Einrichtungen der offenen Jugendarbeit stellen ein breites Spektrum unterschiedlicher Freizeitangebote zur Verfügung, die je nach organisatorischer Ausgestaltung für Kinder und Jugendliche vom Schulalter bis hin zum jungen Erwachsenenalter genutzt werden können. Neben offenen Angeboten gibt es auch Einrichtungen mit zusätzlichen spezifischen Angeboten z.B. für Menschen mit Beeinträchtigungen.[119]

Nach Artikel 30 Absatz 5 Buchstabe d UN-BRK sind die Vertragsstaaten dazu verpflichtet, geeignete Maßnahmen zu treffen, damit Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern an Spiel-, Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten teilnehmen können. Die Träger der offenen Jugendhilfe sind bislang nicht verpflichtet, ihre Angebote barrierefrei und inklusiv zu gestalten.

In einer Befragung des Deutschen Jugendinstituts zur Freizeitgestaltung aus dem Jahr 2011 wurden über 1.000 Jugendzentren unter anderem zu den Teilhabemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen befragt. Etwa 60% der befragten Jugendzentren geben an, dass ihre Angebote von Kindern und Jugendliche mit Beeinträchtigungen genutzt werden. Differenziert man die Nutzerinnen und Nutzer der Angebote nach Art der Beeinträchtigung, werden mit Abstand am häufigsten Kinder und Jugendliche mit Lernbeeinträchtigungen genannt (47%), gefolgt von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Beeinträchtigungen oder körperlichen Beeinträchtigungen (jeweils rd. 25%) sowie Kindern und Jugendlichen mit Sinnesbeeinträchtigungen (rd. 20%) und psychischen Beeinträchtigungen (rd. 19%). Für Kinder und Jugendliche mit Mehrfachbeeinträchtigungen bestehen besondere Zugangs- und Nutzungshürden. So geben nur 10% der befragten Einrichtungen an, dass ihre Angebote von Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachbeeinträchtigungen genutzt werden (Seckinger et al., 2016).

Darüber hinaus zeigt sich bei einer näheren Differenzierung der Jugendzentren im Hinblick auf die eingesetzten Personalressourcen, dass in Einrichtungen mit hauptamtlichem Personal die Zugangs- und Nutzungsschwellen für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen abgesenkt werden können. Hier ist der Anteil an Einrichtungen, die von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen genutzt werden, deutlich höher als in Einrichtungen ohne hauptamtliches Personal. Ist in den Einrichtungen auch heil-

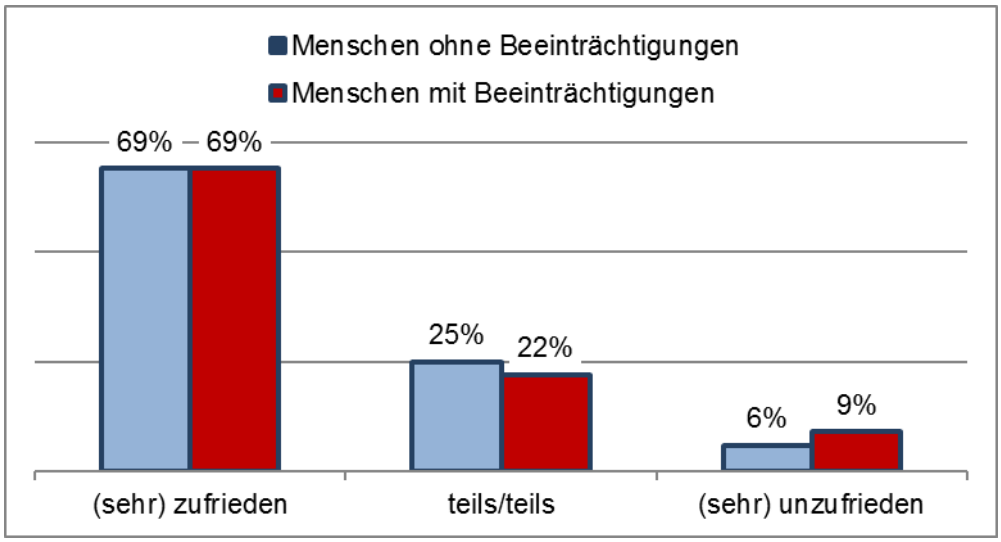
[119] Deutsches Jugendinstitut: http://www.dji.de.

oder sonderpädagogisches Fachpersonal beschäftigt, zeigt sich eine geringere Teilnahme der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen an allgemeinen, inklusiven Angeboten; stattdessen werden dort eher spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen genutzt. Die Befragung zeigt auch, dass nur wenige Jugendzentren aktive Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit ergreifen, um Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen gezielt anzusprechen. Weitere Defizite sind mit Blick auf die Barrierefreiheit der Einrichtungen zu verzeichnen. Nur rd. 30% der befragten Jugendzentren sind vollständig barrierefrei, bei 40% trifft dies nur auf einen Teil der Räumlichkeiten zu. Je barrierefreier die Einrichtungen baulich gestaltet sind, desto wahrscheinlicher nutzen Kinder und Jugendliche mit Behinderungen der Studie zufolge diese Angebote.

6.5 Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung

Die Erhebung der Beteiligung an Freizeitaktivitäten im SOEP umfasst auch die subjektive Bewertung der Befragten selbst, wie zufrieden sie mit ihrer Teilhabe in diesem Bereich sind. Im Jahr 2014 waren knapp 70% der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen mit ihrer Freizeitgestaltung zufrieden (Abbildung 88). Gleichzeitig lag der Anteil derjenigen, die mit ihrer Freizeitgestaltung unzufrieden sind, bei den Menschen mit Beeinträchtigungen mit 9% um ein Drittel höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (6%).

Abbildung 88: Zufriedenheit mit der Freizeit



Quelle: SOEP 2014 (gewichtet); Berechnung des ISG.
Auf einer 10-Punkte-Skala: 0 bis 3 Punkte = „sehr unzufrieden oder unzufrieden“, 4 bis 6 Punkte = „teils/ teils“, 7 bis 10 Punkte = „sehr zufrieden oder zufrieden“.

Menschen im erwerbsfähigen Alter sind häufiger unzufrieden mit ihrer Freizeit als Menschen im Rentenalter (Tabelle 100). Dies gilt für die Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen. Dies kann daran liegen, dass in dieser Lebensphase aufgrund der Beanspruchung durch Erwerbstätigkeit und Familie weniger Zeit zur individuellen Freizeitgestaltung zur Verfügung steht. Der Anteil derjenigen, die unzufrieden mit ihrer

Freizeit sind, ist unter den Menschen mit Beeinträchtigungen durchgehend deutlich höher als unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen. Im Jahr 2014 waren 8% der 18- bis 49-Jährigen ohne Beeinträchtigungen in dieser Hinsicht unzufrieden, von den Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen waren es 17%. Der Anteil derjenigen, die unzufrieden mit ihrer Freizeit sind, ist bei den 50- bis 64-Jährigen etwas geringer und lag bei 6% (Menschen ohne Beeinträchtigungen) bzw. bei 10% (Menschen mit Beeinträchtigungen). Eine deutliche Abnahme dieses Anteils ist mit dem Eintritt in das Rentenalter zu erkennen, so waren 2014 nur 2% der 65- bis 79-Jährigen ohne Beeinträchtigungen unzufrieden mit ihrer Freizeit. Auch bei den Menschen mit Beeinträchtigungen nimmt dieser Anteil ab, lag aber mit 4% über dem der Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen. Schließlich sind nur 1% der Hochaltrigen ohne Beeinträchtigungen mit ihrer Freizeit unzufrieden, bei den Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen ist dieser Anteil mit 6% deutlich höher.

Tabelle 100: Unzufriedenheit mit der Freizeitgestaltung nach Alter und Geschlecht

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			**Menschen mit Beeinträchtigungen**		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt	7%	6%	6%	11%	9%	9%
Alter						
18 bis 49	9%	8%	8%	17%	15%	17%
50 bis 64	8%	7%	6%	14%	11%	10%
65 bis 79	3%	2%	2%	6%	5%	4%
80 und älter	2%	1%	1%	7%	7%	6%
Geschlecht						
Männer	7%	6%	6%	9%	9%	9%
Frauen	8%	7%	6%	13%	10%	10%

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Zwischen Männern und Frauen bestehen keine Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung: 10% der Frauen und 9% der Männer mit Beeinträchtigungen waren im Jahr 2014 unzufrieden mit ihrer Freizeit, bei den Frauen und Männern ohne Beeinträchtigungen waren es jeweils 6%.

Im Zeitraum von 2010 bis 2014 hat sich der Anteil derjenigen, die unzufrieden mit ihrer Freizeit sind, verringert oder ist konstant geblieben. Eine positive Entwicklung ist bei den Menschen ab 50 Jahren mit Beeinträchtigungen zu verzeichnen. Hier ist der Anteil der mit der Freizeit Unzufriedenen gesunken, und zwar unter den 50- bis 64-Jährigen mit Beeinträchtigungen um vier Prozentpunkte, unter den 65- bis 79-Jährigen um zwei und unter den Hochaltrigen mit Beeinträchtigungen leicht um einen Prozentpunkt. Gleichzeitig ist der Anteil der mit ihrer Freizeit Unzufriedenen in der recht großen Gruppe der 18- bis 49-Jährigen mit Beeinträchtigungen mit 17% vergleichsweise hoch und nach einer

zwischenzeitlichen Verbesserung in den Jahren 2010 bis 2012 im Jahr 2014 wieder auf das Niveau von 2010 angestiegen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass ältere Menschen zufriedener mit ihrer Freizeitgestaltung sind als jüngere, was mit größeren zeitlichen Freiräumen oder auch geringeren eigenen Ansprüchen an die Freizeitaktivitäten zusammenhängen kann. Gleichzeitig ist in der Tendenz eine leichte Verbesserung der Zufriedenheit festzustellen, und zwar von Menschen mit Beeinträchtigungen etwas stärker als von Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Über die Ursachen für die insgesamt geringere Zufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen mit den Möglichkeiten ihrer Freizeitgestaltung lassen sich anhand der verfügbaren Daten keine Schlüsse ziehen. Es bleibt festzuhalten, dass eine unerfüllte Freizeitgestaltung nicht zwangsläufig das Ergebnis von Beeinträchtigungen ist: „Allgemein ist davon auszugehen, dass die Freizeitgestaltung von Menschen mit Behinderung weder einheitlich positiv noch generell negativ eingeschätzt werden kann. Eine Behinderung ist zwar keine zu vernachlässigende Einflussgröße, sie muss aber nicht automatisch zu einer unbefriedigenden, fremdbestimmten oder von der Hilfe anderer abhängigen Freizeitsituation führen“ (Markowetz, 2012: 260). Vielmehr hängt das Freizeitverhalten von Menschen mit Beeinträchtigungen von einer Vielzahl verschiedener Faktoren ab. Hierzu zählen neben der Schwere der Beeinträchtigungen auch Einflussgrößen wie Alter, Geschlecht, Wohnverhältnisse, familiäre und soziale Netze, das verfügbare barrierefreie Angebot sowie die Qualität materieller und persönlicher Hilfen (Markowetz, 2006: 56).

6.6 Unterstützung der Teilnahme an Freizeitaktivitäten

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfassen neben anderen auch Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (§ 55 Absatz 2 Nr. 7 SGB IX). Hierzu gehören nach § 58 SGB IX vor allem Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgang mit nichtbehinderten Menschen sowie zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit und der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen. Sie umfassen darüber hinaus die Bereitstellung von Hilfsmitteln, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen, wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung anders eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nur unzureichend möglich ist.

Für die genannten Leistungen können nach §§ 5, 6 SGB IX die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen der sozialen Entschädigung sowie die Jugendhilfeträger und die Träger der Sozialhilfe zuständig sein. Differenzierte Daten zu den Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben liegen seitens der Sozialhilfestatistik vor. Im Jahr 2013 machten

die „Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“ 7% aller im Rahmen der Eingliederungshilfe geleisteten Maßnahmen aus.[120] Grundsätzlich ist auch eine Ermutigung von Menschen mit Beeinträchtigungen, sich an Freizeitaktivitäten zu beteiligen, im Sinne eines „Empowerment“ anzustreben.

Zur Wirksamkeit der Unterstützungsleistungen zur Freizeitgestaltung liegen keine Forschungsergebnisse vor.

6.7 Teilhabe im Bereich Freizeit, Kultur und Sport – Überblick

Menschen mit und ohne Behinderungen haben nach Artikel 30 UN-BRK das gleiche Recht, am kulturellen Leben teilzunehmen, ihr kreatives, künstlerisches und intellektuelles Potenzial zu entfalten sowie sich an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten zu beteiligen.

6.7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Reisen und Erholung

Für Menschen mit Beeinträchtigungen ist es mit erheblich mehr Schwierigkeiten verbunden, Tagesausflüge oder Kurzurlaube zu unternehmen, als für Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die Gründe hierfür liegen vermutlich insbesondere darin, dass die Ausflugsorte je nach Art der Beeinträchtigungen barrierefrei erreichbar und vor Ort barrierefrei nutzbar sein müssen. Hierüber bedarf es insbesondere auch entsprechender Informationen, die vorab barrierefrei abrufbar sein müssen. Diese Verkettung verschiedener barrierefreier Angebote – Anreise, Verkehr vor Ort, Veranstaltungsort, ggf. Hotel oder Pension etc. – erschwert die Organisation solcher Reisen erheblich. Dieses Problem gestaltet sich bei längeren Urlaubsreisen noch komplexer, da diese noch schwieriger zu organisieren sind als Kurzurlaube. Deutlich werden die vorhandenen Schwierigkeiten daran, dass knapp die Hälfte der Befragten mit Beeinträchtigungen häufiger reisen würden, wenn es mehr barrierefreie Angebote gäbe, knapp 40% in der Vergangenheit aufgrund fehlender Barrierefreiheit des Urlaubsziels nicht gereist sind und 60% bereit wären, für eine bessere Zugänglichkeit am Urlaubsort mehr Geld zu zahlen.

An einer Verbesserung der derzeitigen Situation arbeitet z.B. der Verein NatKo „Tourismus für Alle Deutschland e.V." mit dem Ziel eines barrierefreien Tourismus in Kombination mit einer Datenbank zu barrierefreien Angeboten.

[120] Eine detaillierte Darstellung der Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben findet sich im Kapitel zu den ergänzenden Informationen.

Kultur und Sport

Menschen mit Beeinträchtigungen gehen zu einem höheren Anteil nie eigenen musischen, künstlerischen oder sportlichen Aktivitäten nach als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Zudem nehmen die Aktivitäten mit dem Alter sowie mit der Schwere der Behinderung ab. Die Gründe hierfür liegen ggf. an körperlichen Anforderungen, aber auch daran, dass für musische, künstlerische oder sportliche Aktivitäten dann in geringerem Maß zeitliche Ressourcen vorhanden sind, wenn sie für beeinträchtigungsbedingte Aktivitäten aufgewendet werden müssen. Insbesondere fehlen vermutlich barrierefreie oder beeinträchtigungsspezifische Angebote, damit Menschen mit Beeinträchtigungen so aktiv sein können wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Hierzu liegen jedoch keine ausreichenden Informationen vor.

Menschen mit Beeinträchtigungen nehmen zudem in geringerem Maß an kulturellen oder sportlichen Veranstaltungen teil als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Ein Grund dafür kann in der mangelnden Barrierefreiheit sowohl der Veranstaltungsorte als auch der Informationen über die Veranstaltungen und deren Barrierefreiheit liegen. Eigene Aussagen, aus welchen Gründen Menschen mit Beeinträchtigungen auf den Besuch kultureller oder sportlicher Veranstaltungen ggf. vollständig verzichten, liegen nicht vor.

Im Bereich des Sports gibt es spezielle Angebote von Vereinen in Mitgliedschaft des Deutschen Behindertensportverbandes. Diese ermöglichen die Teilhabe an sportlichen Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen, oft ermöglichen sie aber keine gemeinsamen Sportaktivitäten von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, wie sie sich zahlreiche Sportlerinnen und Sportler mit und ohne Beeinträchtigungen wünschen. Gleiches gilt für die geförderten sportlichen Großereignisse für Menschen mit Behinderungen. Die Gründe für die geringere Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen können auch hier in der fehlenden Barrierefreiheit der Veranstaltungsorte und der Informationen hierüber liegen. Wie viele und welche Sportveranstaltungen barrierefrei erreicht und genutzt werden können, ist nicht bekannt. Die gleichberechtigte Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung an den Bundesjugendspielen wird seit dem Schuljahr 2009/2010 mit dem „Programm Bundesjugendspiele für Schülerinnen und Schüler mit Behinderung“ unterstützt. Die Sportförderung insbesondere auch für Menschen mit Beeinträchtigungen ermöglicht die Teilhabe an sportlichen Aktivitäten, sie ist aber nicht notwendigerweise inklusiv ausgerichtet.

Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung

Ein recht hoher Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen (knapp 70%) ist mit der Freizeitgestaltung zufrieden. Auf der anderen Seite ist ein höherer Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen mit der Freizeitgestaltung unzufrieden als der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dies gilt in besonderem Maß für Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 18 bis 49 Jahren. Ein Grund hierfür liegt vermutlich auch darin, dass diese Altersgruppe zu höheren Anteilen die überwiegend privatwirtschaftlich

organisierten Sport- und populärkulturellen Veranstaltungen besucht bzw. selbst aktiv ist oder wäre, wenn es keine Barrieren gäbe.

Freizeitgestaltung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen

Auf die Bedeutung der Freizeitgestaltung von Kindern und Jugendlichen wird wiederholt hingewiesen. Aktuelle Daten liegen jedoch kaum vor. Bezogen auf sportliche Aktivitäten zeigen Daten der KiGGS-Studie, dass ein Großteil der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen regelmäßig Sport treibt. Im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen sind hierbei nur geringfügige Unterschiede festzustellen.

Nach einer Befragung des Deutschen Jugendinstituts zur Freizeitgestaltung werden mehr als die Hälfte der befragten Jugendzentren von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen genutzt. Hierbei bestehen je nach Art der Beeinträchtigungen jedoch deutliche Unterschiede. Während Kinder und Jugendliche mit Lernbeeinträchtigungen vergleichsweise häufig zu den Nutzerinnen und Nutzern solcher Angebote zählen, sind Kinder und Jugendliche mit geistigen, körperlichen, psychischen und Sinnesbeeinträchtigungen deutlich seltener vertreten. Der Besuch von Jugendzentren durch Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen ist jedoch nicht per se als Teilhabefortschritt zu sehen: Ist in den entsprechenden Einrichtungen heil- oder sonderpädagogisches Personal vertreten, nutzen diese Kinder und Jugendlichen verstärkt spezielle Angebote, anstatt gemeinsam mit den anderen Kindern und Jugendlichen an allgemeinen Aktivitäten teilzunehmen. Zudem sind nur die wenigsten Einrichtungen vollständig barrierefrei und somit für Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen nutzbar.

6.7.2 Entwicklung der Teilhabe

Die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen ist in vielen Bereichen der Freizeitgestaltung eingeschränkt. Dieser Befund zeigt sich sowohl bezogen auf den Besuch von kulturellen oder sportlichen Veranstaltungen als auch bezogen auf eigene musische, künstlerische oder sportliche Aktivitäten. Dies hat unter anderem auch zur Folge, dass insbesondere Menschen im jüngeren, aktiveren Alter von 18 bis 49 Jahren unzufrieden mit ihrer Freizeitgestaltung sind. Zudem unternehmen Menschen mit Beeinträchtigungen seltener Ausflüge, kurze Reisen oder Urlaubsreisen.

Die Teilnahme an Kultur- und Sportveranstaltungen hängt nicht nur von deren Zugänglichkeit, sondern auch vom individuellen Interesse daran ab; dieses verändert sich wiederum mit dem Alter. Nimmt man an, dass das Kultur- und Sportinteresse innerhalb einer Altersgruppe zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleich ausgeprägt ist, dann dienen die altersgruppenspezifischen Quoten der Inanspruchnahme als Indikator für den Stand der Teilhabe. Wenn sich die altersgruppenspezifischen Inanspruchnahmequoten von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen aneinander annähern, ist dies ein Zeichen für eine inklusivere Freizeitgestaltung.

Inklusionsentwicklungen im Zeitverlauf können in diesem Bereich am ehesten am Indikator der Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung bemessen werden. Hier zeigen sich für die Jahre 2010 bis 2014 insgesamt geringfügig positive Veränderungen, wobei der Abstand zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in etwa gleich geblieben ist. Dazu, in welchem Umfang Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen in ihrer Teilhabe an allen genannten Formen der Freizeitgestaltung eingeschränkt sind, liegen keine Daten vor, die eine Beurteilung von Veränderungen im Zeitverlauf erlauben würden.

6.8 Weiterführende Informationen

Hilfen zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten

Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (§ 55 Absatz 2 Nr. 7 SGB IX) umfassen vor allem Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit nichtbehinderten Menschen sowie zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit und der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen (§ 58 SGB IX). Sie umfassen darüber hinaus auch die Bereitstellung von Hilfsmitteln, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen, wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung anders eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nur unzureichend möglich ist. Differenzierte Daten zu den Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben liegen seitens der Sozialhilfestatistik vor, nicht aber von den anderen dafür zuständigen Rehabilitationsträgern.

Am Ende des Jahres 2014 bezogen rd. 49.000 Menschen Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben im Rahmen der Eingliederungshilfe (Tabelle 101). Die Anzahl der Maßnahmen ist seit dem Jahr 2008 gesunken (-22%), besonders deutlich zwischen den Jahren 2010 und 2011. Die Ausgaben insgesamt sind von 263 Mio. im Jahr 2008 auf 192 Mio. im Jahr 2014 um 27% zurückgegangen. Der Großteil dieses Rückgangs ist auf die gesunkene Anzahl an Leistungsbeziehenden zurückzuführen, die Ausgaben pro Fall haben sich jedoch auch um 6% verringert.

Tabelle 101 Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben in und außerhalb von Einrichtungen

Jahr	Leistungs-beziehende	Ausgaben (in Mio.)	Ausgaben pro Fall
2008	62.996	263	4.169
2009	54.747	164	2.998
2010	55.710	192	3.440
2011	43.837	184	4.186
2012	42.990	170	3.957
2013	44.737	162	3.624
2014	49.129	192	3.901
Veränderung 2008-2014	-22%	-27%	-6%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Daten zum Jahresende, Berechnung des ISG.

Andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden in deutlich geringerem Umfang erbracht. Am Ende des Jahres 2014 bezogen rd. 8.600 Menschen diese Leistungen (Tabelle 102). Im Vergleich zum Jahr 2008 ist die Zahl der Leistungsbeziehenden sehr stark angestiegen (+364%). Die Ausgaben sind von 113 Mio. im Jahr 2008 auf 166 Mio. im Jahr 2014 ebenfalls deutlich gestiegen (+47%). Dieser Anstieg ist auf die zunehmende Zahl der Leistungsbeziehenden zurückzuführen. Die Ausgaben pro Fall sind um fast 70% gesunken.

Tabelle 102 Andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Jahr	Leistungs-beziehende	Ausgaben (in Mio.)	Ausgaben pro Fall
2008	1.851	113	60.798
2009	3.617	125	34.433
2010	5.097	154	30.194
2011	6.683	161	24.023
2012	7.830	147	18.760
2013	7.890	151	19.104
2014	8.594	166	19.299
Veränderung 2008-2014	+364%	+47%	-68%

Quelle: Sozialhilfestatistik 2008 bis 2014, Daten zum Jahresende, Berechnung des ISG.

Geförderte Projekte im Bereich Tourismus

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) hat im Jahr 2008 das Projekt „Barrierefreier Tourismus für Alle in Deutschland - Erfolgsfaktoren und Maßnahmen zur Qualitätssteigerung“ gefördert. Im Ergebnis dieses Projekts bildete sich die „Arbeitsgemeinschaft Barrierefreie Reiseziele in Deutschland“. Dies ist ein Verbund aus Städten und Tourismusregionen, die sich der Entwicklung des barrierefreien Tourismus in Deutschland in besonderem Maße verschrieben haben.

Eine der großen Hürde für die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen am Tourismus ist der Mangel an belastbaren, umfassenden und bundesweiten Informationen über barrierefreie Angebote entlang der touristischen Servicekette. Zur Beseitigung dieses Informationsdefizites fördert das BMWi die Einführung eines einheitlichen Kennzeichnungs- und Zertifizierungssystem, dessen Inhalte Menschen mit Behinderungen über eine digitale Plattform zugänglich gemacht werden können. Das Projekt „Einführung des Kennzeichnungssystems Reisen für Alle“ ist Grundlage für die Prüfung der Eignung touristischer Angebote für Menschen mit Behinderungen und das Kommunizieren der Ergebnisse.

Das Projekt, das auch zum Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung in Umsetzung der UN-BRK beiträgt, baut auf einem Förderprojekt des BMWi (2011 bis 2014) auf, mit dem in enger Abstimmung mit Behindertenverbänden, der Tourismuswirtschaft und den

Bundesländern die Standards für das einheitliche Kennzeichnungs- und Zertifizierungssystem für barrierefreie Reiseangebote entwickelt wurden. Zu dem laufenden Projekt gehören auch die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen zur Barrierefreiheit und zur Qualitätssicherung barrierefreier Angebote.Der spätere Betrieb des Systems soll sich über Lizenzgebühren und Gebühren für die Zertifizierung ohne weitere öffentliche Mittel selbst finanzieren.

Die Deutsche Zentrale für Tourismus e.V. (DZT), die im Auftrag des BMWi für das Reiseland Deutschland im Ausland wird, richtet seit 2012 jährlich den Tag des barrierefreien Tourismus im Rahmen der Internationalen Tourismus-Börse (ITB) gemeinsam mit der NatKo: Tourismus für Alle e.V. aus. Die Veranstaltung, die auch 2017 wieder stattfinden wird, bringt Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft und Behindertenorganisationen aus dem In- und Ausland zum Erfahrungs- und Meinungsaustausch zusammen.

6.9 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Freizeit, Kultur und Sport

Die Bereiche Freizeit, Kultur und Sport sind im Hinblick auf Verhalten und Verhältnisse sowie Ausschluss und Einbindung bei Beeinträchtigungen mit großen gesellschaftlichen und individuellen Erwartungen belegt. Dort hofft man besonders darauf, dass Grenzen zwischen gesellschaftlichen Gruppen keine Wirkmacht haben, dass eine Begegnung im kulturellen Zusammenklang Verschiedenheit aufhebt und Menschen zusammenführt. Kurz: Diese Felder werden für Gestalter von sozialem Miteinander als Problemlöser eingestuft oder von Individuen sogar als Heimat erlebt (Meier et al. 2016). Für soziale Vernetzung, Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch für das eigene Selbstwertgefühl verbunden mit kultureller Prägung und Selbstverwirklichung sollen sie wesentlichen Raum bieten. Diese Erwartungen erfüllen sich – wie der Berichtsteil verdeutlicht – für Menschen mit Beeinträchtigungen in geringerem Ausmaß im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Denn ihre Teilhabe ist in allen Bereichen und bei allen mit Freizeit, Kultur und Sport verbundenen Aktivitäten eingeschränkt. Dies gilt für Aktivitäten in globaler, nationaler, kommunaler und häuslicher Ausprägung gleichermaßen. Erholung und Reisen, Besuch kultureller Angebote und Teilhabe am organisierten Sport in aktiver, passiver und inklusiver Form zeigen die Breite möglicher Teilhabefelder, in denen sich ungleiche Chancen zeigen und die damit Veränderungen erfordern. Ausschlusskriterien sind häufig nur als Wechselwirkung beschreibbar, sie lassen sich festmachen an baulichen oder räumlichen Barrieren, an Zulassungs- und Anerkennungseinschränkungen, in Regelwerken oder sozialen Situationen, in Erfordernissen materieller Ressourcen, die zu Hindernissen werden, aber auch in Selbstbeschränkungen der Menschen mit Behinderungserfahrung. Oft mangelt es an Information, auch wegen ungleicher Aufmerksamkeit der Medien für die Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen. Es bestehen besondere Risiken hinsichtlich des respektvollen Miteinanders oder der Anerkennung verschiedener Leistungsmöglichkeiten. Insofern sind die bestehenden Beschränkungen auch Ausdruck einer sozialen Distanz, die sich sowohl in der Interaktion als auch auf der Ebene

organisierter Angebote zeigt. Die konkrete Datenlage erweist sich jedoch als nur begrenzt aussagekräftig, insbesondere auch bezogen auf die Erfassung von Teilhabechancen und -grenzen bei organisierten Angeboten freier und öffentlicher Träger sowie generell zur Situation beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher. Wenig reflektiert wird auch die Benachteiligung bei der Verfügbarkeit „freier Zeit“ vieler Menschen mit Beeinträchtigungen, weil sie für die Grundverrichtungen des täglichen Lebens ebenso wie für Wege erheblich höhere Zeit- und Geldressourcen benötigen. Hier wird erwartet, dass der in Vorbereitung stehende Bundesteilhabesurvey wesentliche Datenlücken schließen kann, auch erweitert um Daten, inwiefern Angebote die Vorstellungen von Menschen mit Beeinträchtigungen erfüllen.

Die vorliegenden Daten zu Ausflügen und kurzen Reisen sowie zu Urlaubsreisen verdeutlichen die großen Teilhabeeinschränkungen, die Menschen mit Beeinträchtigungen auf diesem Feld erfahren. Ausflüge und Reisen hängen wesentlich von der Anzahl an Unterkünften ab, die ganz oder teilweise den Anforderungen verschiedener Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen entsprechen. Ihr Anteil am Gesamtmarkt dürfte derzeit gering sein, entsprechend eingeschränkt wird vermutlich die Chance auf ganz oder teilweise barrierefrei zugängliche und nutzbare Unterkünfte sein. Zu erwarten ist, dass die wachsende Zahl älterer Reisender die Angebotslage positiv beeinflusst. Fehlende Strukturdaten lassen hier derzeit jedoch keine seriösen Auskünfte zu. Dies unterscheidet sich kaum von der Datenlage in Bezug auf die Barrierefreiheit öffentlich zugänglicher Gebäude. Dass hier vieles im Argen liegt, zeigen neuere kommunale Studien. Zuverlässige Daten wären über eine flächendeckende Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen wünschenswert, die vor allem die von ihnen erfahrenen Zugangsbarrieren ermittelt. Positiv sei darauf hingewiesen, dass inzwischen Buchungsportale und manche touristische Publikationen Informationen für Menschen mit Beeinträchtigungen zur Verfügung stellen. Deren Zuverlässigkeit und Aktualität und damit der Nutzwert für Reisende mit Beeinträchtigungen sind jedoch kaum zu bewerten.

Die geringe Anzahl barrierefreier Unterkünfte ist nur ein Aspekt bestehender Teilhabeeinschränkungen von Menschen mit Beeinträchtigungen beim Reisen. Weitere Exklusionsrisiken finden sich entlang der gesamten touristischen Servicekette. Der im Bericht erwähnte Aufbau einer entsprechenden Datenbank mit Informationen über barrierefreie Angebote wäre ein wichtiger Schritt für (potenzielle) Reisende mit Beeinträchtigungen, um Reisen besser planen und realisieren zu können. Maßnahmen oder sogar Verpflichtungen im Hinblick auf eine Erhöhung der Anzahl inklusiver touristischer Angebote sind damit allerdings nicht verbunden. Hier wäre ein wirksamer Diskriminierungsschutz, beispielsweise im Rahmen einer Novellierung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes, wünschenswert und zielführend.

> Neben der Barrierefreiheit einzelner Orte oder Angebote ist beim Verreisen auch die Destination als Ganze von Bedeutung. Artikel 30 UN-BRK verlangt u. a. den Zugang zu Dienstleistungen der Freizeit- und Tourismusanbieter. Wenn Zugänglichkeit die bestim-

mungsgemäße Nutzung einschließt, bedeutet dies, dass Organisatoren von Reiseangeboten, die mehr als die reine Unterkunft vermitteln, auch zu Auskünften und Maßnahmen unter dem Gesichtspunkt der Inklusion verpflichtet sein sollten (Palleit 2012). Hierzu wäre ein inklusives Destinationsmanagement erforderlich. Erste Ansätze hierzu bieten neun Regionen Deutschlands, dies geht über Modellcharakter jedoch nicht hinaus.[121] Auch hier sind die tatsächlichen Teilhabeeinschränkungen nur über entsprechende Befragungen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Erfahrung zu bringen. Dies wäre eine verlässliche Planungsbasis für Organisatoren von Freizeit- und Tourismusaktivitäten, um ihre Dienstleistungen insgesamt inklusiv ausrichten zu können, im Sinne eines Mainstreaming. Ungeachtet dessen erscheint es ratsam, im Rahmen entsprechender Forschungen zu untersuchen, wie und mit welchen Mitteln Dienstleistungen im Zusammenhang mit Freizeit- und Tourismusaktivitäten inklusiv ausgerichtet werden können.

Bei insgesamt dünner Datenbasis lassen sich z.B. anhand des „Aktion Mensch Barriereindex“ (siehe Kapitel Alltägliche Lebensführung) Anhaltspunkte finden dafür, dass Gebäude und andere bauliche Anlagen nur unzureichend zugänglich und nutzbar sind. Folgerichtig zeigte der Teilhabebericht 2013, dass Menschen mit Beeinträchtigungen sich u. a. weniger gesellig mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn zusammenfinden als Menschen ohne Beeinträchtigungen (siehe auch Teil II.1.3 in diesem Bericht). Die fehlende Barrierefreiheit entsprechender Lokalitäten, in denen Geselligkeit üblicherweise stattfindet, wie z. B. Gaststätten, deutet aber darauf hin, dass keine substantiellen positiven Veränderungen stattgefunden haben. Der im Kapitel „Alltägliche Lebensführung“ aufgezeigte Mangel an barrierefreiem Wohnraum führt zudem dazu, dass Freunde, Verwandte oder Nachbarn auch in deren Wohnungen nur schwer zu besuchen sind. Auch dies trägt dazu bei, dass die Chance auf Geselligkeit bei Menschen mit Beeinträchtigungen geringer ist als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (siehe Kapitel Familie und soziales Netz), ohne dass hier differenziert werden könnte zwischen dem aktiven Besuchen in anderen Wohnungen und dem Besuchtwerden im eigenen Zuhause.

Fehlende oder unzureichende Barrierefreiheit ist neben weiteren ausschließenden Faktoren sehr wahrscheinlich ein wichtiger Grund für den mit dem Grad der (anerkannten) Behinderung steigenden Anteil von Menschen, die in ihrer Freizeit nie künstlerischen oder musischen Tätigkeiten nachgehen bzw. die nie kulturelle Veranstaltungen, Kinos, Tanz- oder Sportveranstaltungen besuchen. Dabei spielen allerdings nicht nur physische Barrieren eine Rolle oder finanzielle Hürden. Denn alleine sich im Internet zu verabreden zu geselligen Aktivitäten über einschlägige soziale Netzwerke erfordert barrierefreien Zugang zum Internet. Entsprechendes gilt für die Zugänglichkeit von Kultur-, Sport- oder Freizeitangeboten vor Ort. Darunter fallen auch Informationen über besondere Angebote (wie Reha-Sportgruppen) oder inklusive Angebote, die oft nicht unkompliziert, vollständig und in aktueller Form erhältlich sind. Hier fehlen jedoch – wie bereits oben genannt – Studien, die Art und Ausmaß dieser Hürden erfassen und bewerten können. Auch eine Angebotslandkarte wäre zu wünschen. Denn derzeit kann nichts darüber ausgesagt werden, ob, wie und von wem organisierte Angebote wie die von Sport- oder Kulturvereinen,

[121] http://www.barrierefreie-reiseziele.de/, letzter Zugriff: 09.06.2016

Freizeitstätten usw. inklusiv - im Sinne der gleichberechtigten Adressierung - nutzbar sind und inwieweit z. B. nur eine bestimmte Zahl beeinträchtigter Menschen pro Angebot (etwa bei einem Sport- oder Tanzkurs) zugelassen wird.[122] Beispiele liefern zwei Studien in deutschen Großstädten, nach der Maßgabe der Bundesteilhabeberichterstattung (Eckhardt et al. 2014; 2016: 85-90). Es zeigt sich eine tendenzielle Unzufriedenheit mit den verfügbaren Möglichkeiten, es mangelt an Zugängen zu Oper, Schwimmbad oder anderen Freizeitstätten, an Begleitpersonen und barrierefreien Informationen. Auch die Trends zur Isolation manifestieren sich hier, u.a. aus Mangel an geeigneten Treffpunkten, aber ebenso wegen der unzureichenden Möglichkeit der Mobilität zu späteren Tageszeiten.

Für beeinträchtigte Kinder und Jugendliche erweisen sich oft bereits Spielplätze als nicht „barrierefrei". Kommunale Planungen der Kinder- und Jugendhilfe erfolgen noch immer oftmals exklusiv. Initiativen zum Bau barrierefreier Spielplätze gehen häufig von Interessengruppen oder kommunalen Behindertenbeiräten bzw. -beauftragten aus. Im Bereich der Offenen Kinder- und Jugendarbeit, die eine wichtige Funktion zur Ermöglichung aktiver Partizipation einnimmt, gibt es zwar inklusive Angebote, diese sind aber weder flächendeckend, 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, müssen zudem Leistungen für die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft nach dem SGB XII beantragen, z. B. wenn eine Begleitung erforderlich ist. Dies kann eine weitere Belastung darstellen, die sich oft als sehr zeit- und kraftraubend für die Eltern erweist. Die Zuständigkeitstrennung von Angeboten von Trägern, baulichen oder Mobilitätshürden und gerechter Chance auf Inanspruchnahme müssen entsprechend überwunden werden.

Für die Errichtung und Modernisierung von Gebäuden und anderer baulicher 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 (ONS 2010). 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

[122] Einblick in die inklusive Freizeitgestaltung gibt Markowetz (2012).

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 dringend mit Blick auf die Situation beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher verbessert werden.

In einer gerade abgeschlossenen explorativen Studie zur Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, wurde auch die Frage nach verschiedenen Freizeitaktivitäten gestellt und ihre Häufigkeit berücksichtigt. Es zeigt sich ein Trend, dass Besuche von Cafés, Kneipen oder Restaurants eher selten sind (weniger als einmal pro Monat), man hingegen häufiger etwas im Sportbereich unternimmt (dies kommt eher wöchentlich vor). Als Hinderungsgründe werden selten die „Einstellungen anderer, andere Menschen sind dagegen“ oder „Barrieren hindern mich daran“ genannt. Das mag an dem Setting Wohnheim liegen. Häufigere Hinderungsgründe sind an erster Stelle „kein Geld/zu teuer“, aber auch „meine Beeinträchtigung/Behinderung“.

Literatur zu diesem Kommentar

Eckhardt, J., Frings, S. & Wacker, E. (2014): Sozialbericht Stadt Duisburg. Teilhabecheck zu den Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung in Duisburg. Duisburg.

Eckhardt, J., Schüller, S. & Wacker, E. (2016): Dortmund – sozial-innovative Stadt für Teilhabe (Do-iT), Bericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung in Dortmund. Dortmund

Markowetz, R. (2012): Freizeit. In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.) Lebenslage und Lebendbewältigung. Kohlhammer: Stuttgart 257-262

Meier, H., Riedl, L. & Kuku, M. (Hrsg.) (2016): Migration, Inklusion und Integration. Soziologische Beobachtung des Sports. Baltmannsweiler.

ONS - 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.

7. Sicherheit und Schutz der Person

Faktenblatt „Sicherheit und Schutz der Person“

- Am Jahresende 2014 war für rd. 1,3 Mio. Personen eine rechtliche Betreuung eingerichtet. Im langfristigen Trend seit dem Jahr 1995, als 624.965 Betreuungen bestanden, hat sich die Anzahl der Betreuungsverfahren mehr als verdoppelt.
- Seit 2013 zeichnet sich eine Umkehr dieses Trends ab, was auch auf die zunehmende Zahl von Vorsorgevollmachten zurückgeführt wird.
- Im Laufe des Jahres 2014 gab es rd. 234.000 Genehmigungsverfahren über freiheitsentziehende Unterbringungen und über freiheitsentziehende Maßnahmen. Im selben Jahr wurden für Menschen in Einrichtungen mit angeordneter Betreuung oder entsprechender Vorsorgevollmacht rd. 60.400 Genehmigungen für freiheitsentziehende Maßnahmen erteilt. Untersuchungen zur Praxis freiheitsentziehender Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen ergeben, dass die Voraussetzung einer gerichtlichen Genehmigung nicht immer erfüllt wird.
- Im Jahr 2014 wurde bundesweit in 36 Fällen von Menschen mit rechtlicher Betreuung eine Sterilisation genehmigt, in 21 Fällen wurde der Antrag zurückgewiesen.
- Verschiedene Studien zeigen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger Opfer von Gewalt sind als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dies gilt sowohl für körperliche Gewalt als auch für psychische Gewalt und sexualisierte Gewalt.
- Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich im Jahr 2014 große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland machten, lag bei 42%, bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen waren dies mit 28% erheblich weniger.

Sicherheit und Schutz der Person sind basale Rechte aller Menschen, die auf der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Vereinte Nationen, 1948) fußen: Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren (Artikel 1), und jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person (Artikel 3). Nach Artikel 1 Satz 1 Grundgesetz ist die Würde des Menschen unantastbar und der Staat hat die Pflicht, sie zu achten und zu schützen.

Diese Rechte gelten für alle Menschen gleichermaßen und werden in den Allgemeinen Grundsätzen des Artikel 3 UN-BRK ausdrücklich noch einmal auf Menschen mit Behinderungen bezogen. Artikel 4 Absatz 1 UN-BRK fordert die Vertragsstaaten ausdrücklich auf, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung zu gewährleisten und zu fördern.

Die generelle Achtung des Rechts von Menschen mit Behinderungen, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden (Artikel 12 Absatz 1 UN-BRK) in Verbindung mit der Aussage in Artikel 12 Absatz 2 UN-BRK, wonach Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen, ist ein wesentlicher Aspekt der umfassenden Durchsetzung von Persönlichkeitsrechten. Hierzu

gehört auch die Gewährung von Unterstützung im Sinne von Artikel 12 Absatz 3 UN-BRK, wonach die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen treffen sollen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen. Das Betreuungsrecht in Deutschland – geregelt im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) – setzt diese Anforderungen um und ist so gestaltet, dass dabei die rechtliche Handlungsfähigkeit im Regelfall voll erhalten bleibt. Eine Betreuung darf nicht gegen den freien Willen einer Person angeordnet werden, und die Betreuerinnen und Betreuer sind grundsätzlich verpflichtet, dem Willen der betreuten Person zu entsprechen.

Der UN-Fachausschuss äußert sich in seinen abschließenden Bemerkungen (CRPD, 2015) besorgt über die seiner Meinung nach bestehende „Unvereinbarkeit des im deutschen Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) festgelegten und geregelten Instruments der rechtlichen Betreuung mit dem Übereinkommen“. Er empfiehlt, alle Formen der ersetzten Entscheidung abzuschaffen und ein System der unterstützten Entscheidung zu etablieren. Außerdem sollten professionelle Qualitätsstandards für Mechanismen der unterstützten Entscheidung entwickelt werden.

Die persönliche Integrität von Menschen mit Behinderungen wird auch durch Artikel 14 UN-BRK geschützt, demzufolge Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit haben. Eine Freiheitsentziehung darf nicht rechtswidrig oder willkürlich erfolgen und nicht allein darauf gestützt werden, dass der Betroffene eine Behinderung hat. Artikel 15 UN-BRK stellt sicher, dass niemand der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen wird. Artikel 16 UN-BRK hält das Recht auf Schutz „vor jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch“ fest. Diese Gefährdungen können für unterschiedlich vulnerable Personengruppen in unterschiedlicher Form auftreten, so dass die erforderlichen Schutzmaßnahmen „das Alter, das Geschlecht und die Behinderung der betroffenen Personen berücksichtigen“ sollen (Artikel 16 Absatz 2 UN-BRK). Nach Artikel 17 UN-BRK hat jeder Mensch mit Behinderungen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit. Bezugspunkte ergeben sich zudem auch zu Artikel 10 UN-BRK (Recht auf Leben) und zu Artikel 18 UN-BRK (Freizügigkeit und Staatsangehörigkeit).

Neben willkürlicher Gewalt gibt es auch institutionalisierte Formen der Gewalt wie Zwangsunterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen, die für die Personen, gegen die sich diese Maßnahmen richten, ebenfalls eine erhebliche Einschränkung ihrer persönlichen Integrität darstellen können. Dabei stehen „Freiheit“ und „Selbstbestimmung“ einerseits und „Schutz vor Gewalt“ andererseits in einem komplexen Verhältnis zueinander: Für psychisch erheblich erkrankte Menschen, deren Krankheit mit einem hohen Gewaltpotenzial verbunden ist, kann eine Unterbringung und Behandlung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus als Schutzmaßnahme gegen Selbst- und Fremd-

gefährdung erforderlich sein, auch wenn diese Maßnahme gegen den Willen des Patienten gerichtet ist (Deinert, 2000: 191). Dabei handelt es sich um Formen von (in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder) rechtlich legitimierter Gewalt mit der Funktion, die von der Krankheit ausgehenden Gewaltpotenziale einzudämmen. Eine solche Maßnahme erfordert eine genaue Prüfung und gerichtliche Anordnung.

Ein größerer Personenkreis ist betroffen, wenn es um Maßnahmen medikamentöser Sedierung oder mechanischer Fixierung geht, die bei manchen Bewohnern stationärer Einrichtungen angewandt werden. Auch diese Maßnahmen erfordern eine genaue fachliche Prüfung und gerichtliche Anordnung und dürfen nicht zur Arbeitserleichterung des Personals angewandt werden (Hoffmann & Klie, 2004).

Die Sensibilität des Verhältnisses von Freiheitsentzug und Schutz greift die UN-BRK mit der bereits erwähnten Bestimmung auf, dass zur Durchsetzung von Freiheit und Sicherheit der Person zu gewährleisten ist, 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 eine Freiheitsentziehung wegen einer Behinderung in keinem Fall gerechtfertigt ist (Artikel 14, Absatz 1 UN-BRK).

In diesem Zusammenhang geht der UN-Fachausschuss nicht auf die mögliche Funktion freiheitseinschränkender Maßnahmen im Behandlungskontext ein, sondern kritisiert die seiner Einschätzung nach in Deutschland „verbreitete Praxis der Zwangsunterbringung von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen in Einrichtungen, den mangelnden Schutz ihrer Privatsphäre sowie den Mangel an verfügbaren Daten über ihre Situation“ (CRPD, 2015: 29).

Um überwachen zu können, ob Menschen mit Behinderungen wirksam vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch geschützt werden (Artikel 16 UN-BRK), hält der UN-Fachausschuss unabhängige Überwachungsbehörden zur Untersuchung von Übergriffen in und außerhalb von Einrichtungen sowie unabhängige Beschwerdemechanismen für erforderlich (CRPD, 2015: 7).

Auf dieser Grundlage sind in Bezug auf Schutz und Sicherheit von Menschen mit Beeinträchtigungen folgende Aspekte zu untersuchen:

- Persönlichkeitsrechte und rechtliche Betreuung: Ausgehend von dem Recht auf Unversehrtheit der Person sind insbesondere die unterstützte Entscheidungsfindung und Hilfen zur Durchsetzung von Persönlichkeitsrechten durch das Betreuungswesen und dessen Ausgestaltung zu beleuchten (7.1).
- Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte: Durch Gewalterfahrungen wird die persönliche Unversehrtheit beeinträchtigt, daher ist darzulegen, inwieweit Menschen mit Beeinträchtigungen hiervon in besonderem Maße betroffen sind (7.2).

- Institutionalisierte Gewalt: Zwangsmaßnahmen werden in dem schwierigen Spannungsfeld zwischen Behandlungserfordernissen und Eingriff in die persönliche Integrität kritisch thematisiert (7.3).
- Schutz und Hilfen: Der Schutz der Unversehrtheit der Person ist ein staatlicher Auftrag, der Gewaltprävention sowie Hilfen bei Gewalterfahrungen vorsieht. Dabei sind Menschen mit Beeinträchtigungen, die in stationären Einrichtungen leben, in besonderem Maß vulnerabel, so dass darzulegen ist, welche Schutzmaßnahmen für sie getroffen werden (7.4).

Artikel 10 UN-BRK: Recht auf Leben

Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass jeder Mensch ein angeborenes Recht auf Leben hat, und treffen alle erforderlichen Maßnahmen, um den wirksamen und gleichberechtigten Genuss dieses Rechts durch Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.

Artikel 12 UN-BRK: Gleiche Anerkennung vor dem Recht

(1) Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.

(2) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.

(3) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.

(4) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass zu allen die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit betreffenden Maßnahmen im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen geeignete und wirksame Sicherungen vorgesehen werden, um Missbräuche zu verhindern. Diese Sicherungen müssen gewährleisten, dass bei den Maßnahmen betreffend die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit die Rechte, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden, es nicht zu Interessenkonflikten und missbräuchlicher Einflussnahme kommt, dass die Maßnahmen verhältnismäßig und auf die Umstände der Person zugeschnitten sind, dass sie von möglichst kurzer Dauer sind und dass sie einer regelmäßigen Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Behörde oder gerichtliche Stelle unterliegen. Die Sicherungen müssen im Hinblick auf das Ausmaß, in dem diese Maßnahmen die Rechte und Interessen der Person berühren, verhältnismäßig sein.

(5) Vorbehaltlich dieses Artikels treffen die Vertragsstaaten alle geeigneten und wirksamen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht wie andere haben, Eigentum zu besitzen oder zu erben, ihre finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln und gleichen Zugang zu Bankdarlehen, Hypotheken und anderen Finanzkrediten zu haben, und gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen nicht willkürlich ihr Eigentum entzogen wird.

Artikel 13 UN-BRK: Zugang zur Justiz

(1) Die Vertragsstaaten gewährleisten Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksamen Zugang zur Justiz, unter anderem durch verfahrensbezogene und altersgemäße Vorkehrungen, um ihre wirksame unmittelbare und mittelbare Teilnahme, einschließlich als Zeugen und Zeuginnen, an allen Gerichtsverfahren, auch in der Ermittlungsphase und in anderen Vorverfahrensphasen, zu erleichtern.

(2) Um zur Gewährleistung des wirksamen Zugangs von Menschen mit Behinderungen zur Justiz beizutragen, fördern die Vertragsstaaten geeignete Schulungen für die im Justizwesen tätigen Personen, einschließlich des Personals von Polizei und Strafvollzug.

Artikel 14 UN-BRK: Freiheit und Sicherheit der Person

(1) 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.

(2) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.

Artikel 15 UN-BRK: Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe

(1) Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden.

(2) Die Vertragsstaaten treffen alle wirksamen gesetzgeberischen, verwaltungsmäßigen, gerichtlichen oder sonstigen Maßnahmen, um auf der Grundlage der Gleichberechtigung zu verhindern, dass Menschen mit Behinderungen der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.

Artikel 16 UN-BRK: Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial-, Bildungs- und sonstigen Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wohnung vor jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschließlich ihrer geschlechtsspezifischen Aspekte, zu schützen.

(2) Die Vertragsstaaten treffen außerdem alle geeigneten Maßnahmen, um jede Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu verhindern, indem sie unter anderem geeignete Formen von das Geschlecht und das Alter berücksichtigender Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien und Betreuungspersonen gewährleisten, einschließlich durch die Bereitstellung von Informationen und Aufklärung darüber, wie Fälle von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch verhindert, erkannt und angezeigt werden können. Die Vertragsstaaten sorgen dafür, dass Schutzdienste das Alter, das Geschlecht und die Behinderung der betroffenen Personen berücksichtigen.

(3) Zur Verhinderung jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch stellen die Vertragsstaaten sicher, dass alle Einrichtungen und Programme, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, wirksam von unabhängigen Behörden überwacht werden.

(4) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um die körperliche, kognitive und psychische Genesung, die Rehabilitation und die soziale Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen, die Opfer irgendeiner Form von Ausbeutung, Gewalt oder Missbrauch werden, zu fördern, auch durch die Bereitstellung von Schutzeinrichtungen.

Artikel 17 UN-BRK: Schutz der Unversehrtheit der Person

Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

7.1 Persönlichkeitsrechte und rechtliche Betreuung

Der Ausgangspunkt aller Menschenrechte sind die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte wie das Recht auf Leben, das Recht auf körperliche Unversehrtheit, die Freiheit der Person und die allgemeine Handlungsfreiheit. Diese Rechte haben ohne Einschränkungen auch für Menschen mit Beeinträchtigungen Gültigkeit. Die UN-BRK erkennt allen Menschen mit Behinderungen unabhängig von Art und Ausmaß der Beeinträchtigung die volle Rechtsfähigkeit sowie die volle Handlungsfähigkeit in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen zu. Ziel ist es, alle Menschen mit und ohne Behinderungen vor dem Recht gleichzustellen.

Nach Artikel 12 UN-BRK sollen Menschen mit Behinderungen, die bei Entscheidungen in verschiedenen Lebenssituationen auf Unterstützung angewiesen sind, Zugang zu entsprechenden Unterstützungssystemen erhalten. In Deutschland ist seit 1992 die rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff BGB ein Instrument zur Unterstützung und Sicherung der Teilhabe von Menschen, die nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen. Das Betreuungsrecht trat an die Stelle des früheren Rechts über Vormundschaften und Pflegschaften für Volljährige. Die reformleitende und damit wesentliche Wertentscheidung des Betreuungsrechts bestand in einer Ausrichtung der gesetzlichen Vertretung an dem grundgesetzlich garantierten Selbstbestimmungsrecht (Lipp, 2000, 2008). Alle Grundrechte gelten danach uneingeschränkt für die Betreuten. Die Achtung des Willens und der Selbstbestimmung der betreuten Person wurde mit Einführung des Betreuungsrechts ein verpflichtendes und zentrales Element. Zugleich ist sicherzustellen, dass die Unterstützung auf den individuellen Bedarf und die spezielle Lebenslage zugeschnitten ist. Eine hilfebedürftige Person erhält durch einen Betreuer oder eine Betreuerin Unterstützung, der/die ihre Angelegenheiten in einem gerichtlich genau festgelegten Aufgabenkreis rechtlich besorgt. Diese Betreuungsperson wird nicht willkürlich ausgewählt, sondern vom Betreuungsgericht nach sorgfältiger Prüfung ihrer Eignung für die Besorgung der Angelegenheiten des Betroffenen im konkreten Fall bestellt. Dabei soll nach Möglichkeit eine natürliche Person ausgewählt werden (§ 1897 Absatz 1 BGB), dabei sind die von den Betroffenen geäußerten Wünsche, wer die Betreuung übernehmen soll, zu berücksichtigen. Abgesehen davon haben die Personen Vorrang, die für die Betreuungsführung geeignet und zur ehrenamtlichen Übernahme der Betreuung bereit sind. Das Selbstbestimmungsrecht des betroffenen Menschen soll dabei gewahrt bleiben, und die Wünsche der betroffenen Person haben grundsätzlich Vorrang.[123]

Eine Aufgabe der rechtlichen Betreuung ist auch der Schutz der betroffenen Person vor Schädigungen, insbesondere vor Gefahren, die diese krankheits- oder behinderungsbedingt nicht selbst erkennen kann. Dieser Schutzgedanke zeigt sich im Betreuungsrecht

[123] Vgl. auch die aktuelle Informationsbroschüre des BMJV zum Betreuungsrecht 2015 unter http://www.bmjv.de.

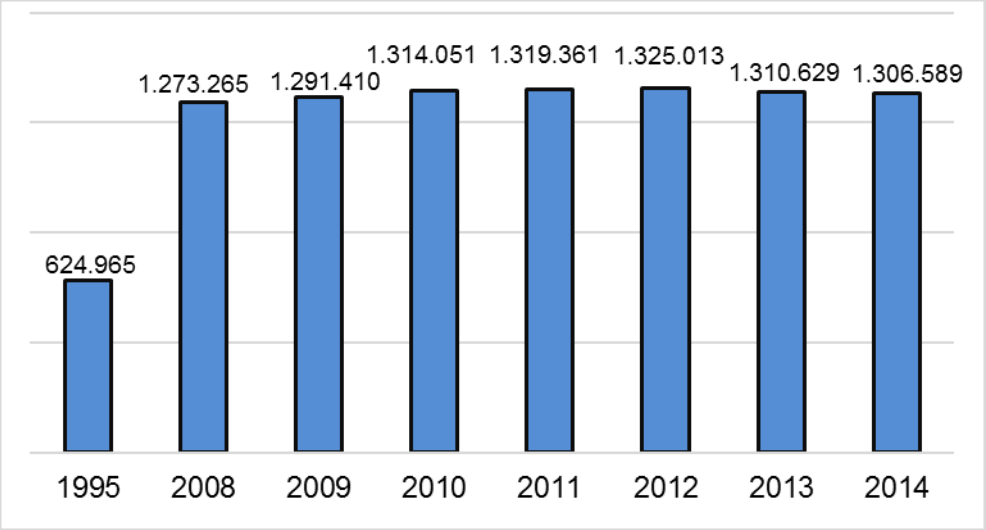
in der Möglichkeit, zur Vermeidung einer Selbstschädigung einen Betreuer oder eine Betreuerin auch gegen den freien Willen der betroffenen Person zu bestellen, einen Einwilligungsvorbehalt anzuordnen und im Rahmen von § 1906 BGB Zwangsmaßnahmen zu veranlassen. In diesem Rahmen kann der Betreuungsperson auch eine Befugnis zu einer ersetzenden Entscheidung eingeräumt werden. Für alle Schutzmaßnahmen und Maßnahmen der Rechtsfürsorge gelten die gesetzlichen Pflichten der §§ 1901, 1901a BGB sowie der Grundsatz der persönlichen Betreuung.

Die Betreuungsperson hat den Wünschen der Betreuten zu entsprechen, soweit diese Wünsche deren Wohl nicht zuwiderlaufen (§ 1901 Absatz 3 BGB) – eine Einschränkung, die als Ermöglichung ersetzender Entscheidungen interpretiert werden kann. Der UN-Fachausschuss fordert, alle Formen der ersetzenden Entscheidung abzuschaffen und ein System der unterstützten Entscheidung an ihre Stelle treten zu lassen sowie professionelle Qualitätsstandards und Fortbildungsprogramme für alle relevanten Akteure zu entwickeln, die der Allgemeinen Bemerkung Nr. 1 des UN-Fachausschusses entsprechen (CRPD, 2015: 5). Auch die Monitoring-Stelle zur UN-BRK kritisiert, dass durch unbestimmte Rechtsbegriffe ersetzende Entscheidungen statt der anzustrebenden unterstützten Entscheidungsfindung der Betreuten ermöglicht werden (DIMR, 2015a: 19).

Die Debatte um Artikel 12 der UN-BRK hat den Fokus der Qualität in der rechtlichen Betreuung erneut auf die Verwirklichung der Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit betreuter Menschen gerichtet. Deren Umsetzung zeigt in der Betreuungsrealität erhebliche Unterschiede (Brosey, 2013), wobei Betreuerinnen und Betreuer unterschiedliche Rollen übernehmen, die sich häufig nicht mit der gesetzlichen Absicht einer rechtlichen Interessenvertretung decken (During, 2001).

Am Jahresende 2014 war für 1.306.589 Personen eine rechtliche Betreuung eingerichtet (Abbildung 89). Im langfristigen Trend seit dem Jahr 1995, als 624.965 Betreuungen bestanden, hat sich die Anzahl der Betreuungsverfahren mehr als verdoppelt. Im Jahr 2012 wurde der Höchststand mit 1.325.013 laufenden Betreuungen erreicht, im Jahr 2013 ist die Anzahl auf 1.310.629 erstmals gesunken, ein Trend, der sich auch im Jahre 2014 fortsetzt.

Abbildung 89 Laufende Betreuungsverfahren



Quelle: GÜ2-Statistik des Bundesamts für Justiz, Auswertung Deinert (Daten jeweils zum 31.12. des Jahres, Angaben der Betreuungsgerichte bzw. der Notariate in Württemberg), Darstellung des ISG.

Die Zahl der Erstbestellungen von Betreuerinnen und Betreuern (Gesamtzahl der Verfahren) ist bis 2009 auf 239.962 kontinuierlich angestiegen und seitdem auf 198.832 im Jahr 2014 gesunken.

In bestimmten Fällen kann ein Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 BGB angeordnet werden, der Rechtsgeschäfte der betreuten Person an die Zustimmung der betreuenden Person bindet, wenn ansonsten eine Selbstgefährdung droht. Diese Form der Einschränkung erfolgte im Jahr 2015 in 12.429 von 405.622 aller Verfahren, in denen ein Betreuer bestellt, der Aufgabenkreis erweitert oder die Betreuung verlängert wurde (dies entspricht 3%; Bundesamt für Justiz 2016).

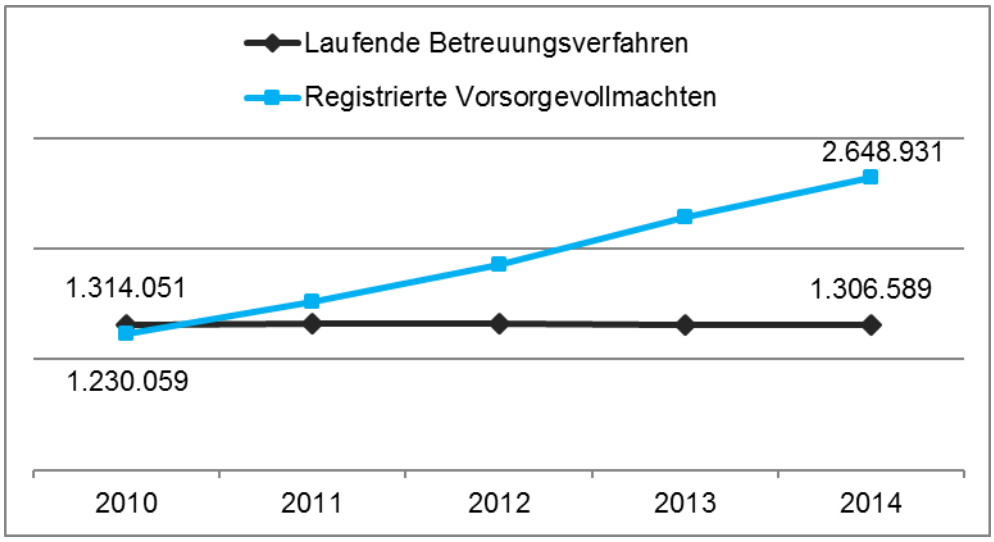
Eine rechtliche Betreuung kann durch eine Vorsorgevollmacht vermieden werden. Wenn und soweit Bevollmächtigte die Angelegenheiten der Betroffenen ebenso gut wie eine Betreuerin oder ein Betreuer regeln können, ist die Bestellung einer Betreuungsperson durch das Betreuungsgericht nicht erforderlich (§ 1896 Absatz 2 Satz 2 BGB). Damit wird das Recht auf Selbstbestimmung gestärkt: Mit einer Vorsorgevollmacht kann die Vertrauensperson selbst ausgewählt werden, die bei später eintretender Geschäfts- oder Einwilligungsunfähigkeit entscheidet und handelt. Für welche Lebensbereiche die Vorsorgevollmacht gilt, kann ebenfalls bestimmt werden. Aber auch mit der Vorsorgevollmacht kann die Entscheidung über Eingriffe in die eigenen Rechte (Aufenthaltsbestimmung, persönliche Freiheit) an Dritte übertragen werden.

Der Verbreitungsgrad von Vorsorgevollmachten lässt sich empirisch nur bedingt feststellen. Einen Indikator bietet das Zentrale Vorsorgeregister, das einen stetigen Anstieg von eingetragenen Vorsorgevollmachten verzeichnet. Da die Registrierung freiwillig erfolgt, ist von einer weitaus höheren Zahl von Vorsorgevollmachten in Deutschland auszuge-

hen, als dort registriert sind. Auf der anderen Seite besteht keine Verpflichtung, das Erlöschen einer Vorsorgevollmacht bei Widerruf oder im Falle des Todes des oder der Vollmachtgebenden dem Zentralen Vorsorgeregister mitzuteilen. Eine Löschung von Amts wegen erfolgt erst 110 Jahre nach Geburt des oder der Vollmachtgebenden. Daher ist davon auszugehen, dass diese Datengrundlage auch einen Überhang an nicht mehr aktuellen Daten enthält.

Angaben über registrierte Vorsorgevollmachten liegen seit Ende des Jahres 2004 vor, seitdem stieg die Anzahl der Eintragungen stark an: 2004 waren es 199.847 registrierte Vollmachten, Ende 2014 waren rd. 2,6 Mio. Vorsorgeurkunden registriert (Abbildung 90). Die Anzahl der Personen, für die eine Vorsorgevollmacht registriert ist, ist also etwa doppelt so hoch wie die Zahl der Personen mit einem bestellten Betreuer bzw. einer Betreuerin. Während die Anzahl der Betreuungen seit dem Jahr 2010 nahezu konstant geblieben ist, hat sich im gleichen Zeitraum die Anzahl der registrierten Vorsorgevollmachten mehr als verdoppelt.

Abbildung 90: Laufende Betreuungsverfahren und registrierte Vorsorgevollmachten



Quelle: GÜ2-Statistik des Bundesamts für Justiz 2010 bis 2014, Auswertung Deinert (Daten jeweils zum 31.12. des Jahres, Angaben der Betreuungsgerichte bzw. der Notariate in Württemberg), ZVR-Statistiken der Bundesnotarkammer Darstellung des ISG.

Die erhebliche Zunahme der registrierten Vorsorgevollmachten ist unter anderem durch die Zunahme der Anzahl älterer Menschen in Deutschland zu erklären. Sie zeigt auch, dass die Möglichkeit, eine Vertrauensperson sowie die Lebensbereiche, für die eine Vollmacht erteilt werden soll, selbst auszuwählen, gut angenommen wird.

Zu den Erfahrungen von Menschen mit rechtlicher Betreuung hinsichtlich der Wahrung ihrer Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrechte liegen keine Informationen vor. Auch über die Anzahl der Betreuungsverfahren, für die eine Betreuerin bzw. ein Betreuer durchschnittlich zuständig ist, gibt es keine aktuellen Daten. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2006 zeigt jedoch einen Anstieg der durchschnittlichen Verfahren pro Betreuerin

bzw. pro Betreuer auf (Köller & Engels, 2009: 120). Darüber, ob eine steigende Anzahl an Betreuungsfällen mit Einbußen in der Qualität der Betreuung einhergeht, gibt es bisher noch keine Untersuchungen. Von Betroffenenverbänden wird regelmäßig eine Fallzahlbegrenzung gefordert, zuletzt auf 50 Fälle pro Betreuerin bzw. Betreuer. Im Jahr 2014 wurde dies in einer Stellungnahme des Deutschen Bundestages abgelehnt.[124] Ein weiteres mögliches Qualitätsmerkmal für die rechtliche Betreuung ist die Bestimmung der Aufgabenkreise der Betreuerin oder des Betreuers. So kann die Betreuerin bzw. der Betreuer nach der gerichtlichen Entscheidung die Betreuung in sämtlichen Belangen des Betreuten übernehmen oder nur für bestimmte Aufgabenkreise (z.B. Vermögenssorge, Gesundheitssorge oder Aufenthaltsbestimmungsrecht) eingesetzt werden. Entsprechende Daten liegen jedoch nicht vor, so dass keine Einschätzung über die Aufgabenkreise von Betreuerinnen und Betreuern möglich ist.[125]

7.2 Verletzung der persönlichen Integrität durch Gewalt und Unsicherheit

Gewalt erzeugt besonders schwerwiegende Verletzungen der persönlichen Integrität. Von körperlicher, sexualisierter oder psychischer Gewaltausübung kann prinzipiell jeder Mensch betroffen sein, aber vulnerable Personengruppen wie Kinder, ältere Menschen und auch Menschen mit Beeinträchtigungen sind in höherem Maße gefährdet als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Frauen mit Beeinträchtigungen sind besonders von Gewalt in jeglicher Form betroffen (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld 2013a). Bei Forschungsergebnissen zu Gewalterfahrung ist jedoch zu beachten, dass es sich hierbei um ein sehr sensibles Thema handelt. Betroffene sind z.B. aus Scham oftmals nicht bereit, über erfahrene Gewalt zu berichten, so dass Studien möglicherweise zu verzerrten Ergebnissen kommen.

Körperliche Gewalt

Nach einer WHO-Studie (Jones et al., 2012), in der nationale Studien aus 17 einkommensreichen Ländern ausgewertet wurden, sind Kinder mit Behinderungen 3,6 Mal so häufig Opfer von körperlicher Gewalt wie Kinder ohne Beeinträchtigungen (Jones et al., 2012: 906). Zum Ergebnis unterschiedlicher Gewalterfahrungen kommt auch die KiGGS-Studie (2003 – 2006), in deren Rahmen Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren allgemein nach Gewalterfahrungen in den letzten zwölf Monaten befragt wurden. 9% der

---

124 Vgl.https://www.openpetition.de/petition/online/betreuungsrecht-begrenzung-der-zahl-betreuungen-pro-berufsbetreuer (18.04.2016).

125 Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) hat vor diesem Hintergrund ein Forschungsvorhaben zur Qualität der rechtlichen Betreuung sowie ein Forschungsvorhaben zur Umsetzung des Erforderlichkeitsgrundsatzes in der betreuungsrechtlichen Praxis im Hinblick auf vorgelagerte „andere Hilfen“ in Auftrag gegeben. Ergebnisse beider Forschungsvorhaben werden für Ende August 2017 erwartet.

Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen wurden in diesem Zeitraum Opfer körperlicher Gewalt, bei den Jugendlichen mit Beeinträchtigungen war dieser Anteil mit 17% fast doppelt so hoch. Der Anteil der Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, die innerhalb eines Jahres mehrmals Opfer von Gewalt wurden, lag bei 5% und damit 2,5 Mal so hoch wie der entsprechende Anteil von Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen (2%).[126]

Frauen mit Beeinträchtigungen erleben Forschungsergebnissen zufolge im Vergleich mit der weiblichen Durchschnittsbevölkerung häufiger und auch schwerere körperliche Gewalt (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013a: 179 f.). Auch in einer weiteren Studie (Schröttle & Müller, 2004) gab etwa ein Drittel (35%) aller befragten Frauen unter 65 Jahren an, im Erwachsenenalter mindestens einen körperlichen Übergriff erlebt zu haben. Unter den Frauen mit Beeinträchtigungen war dieser Anteil mit 62% fast doppelt hoch, wenn sie in Privathaushalten wohnten, und mit 73% noch einmal höher, wenn sie in Einrichtungen lebten. Diese Personengruppe machte zudem am häufigsten keine Angabe hierzu, was auf eine erhöhte Dunkelziffer hindeuten kann. Darüber hinaus sind Frauen mit Beeinträchtigungen tendenziell häufiger Opfer schwererer Gewalthandlungen (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013a: 183).

Studien zufolge sind auch Männer mit Beeinträchtigungen häufiger von Gewalterfahrungen betroffen als Männer ohne Beeinträchtigungen. 43% der männlichen Durchschnittsbevölkerung waren mindestens einmal von körperlicher Gewalt betroffen, bei den Männern mit Beeinträchtigungen liegt dieser Anteil mit 71% etwa 1,6 Mal so hoch (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013b). Männer mit Beeinträchtigungen, die Opfer körperlicher Gewalt waren, erfuhren sie verhältnismäßig häufig durch unbekannte bzw. kaum bekannte (i.d.R. männliche) Angreifer (49%) oder im Kontext ihrer Arbeit (20%). Auch bei der männlichen Durchschnittsbevölkerung sind dies die am häufigsten genannten Täter bzw. Tatorte, wenngleich auf niedrigerem Niveau (24% bzw. 9%). Frauen werden dagegen seltener von unbekannten Menschen oder im Kontext der Arbeit, dagegen aber häufiger im häuslichen Kontext vom Partner oder von Familienangehörigen körperlich attackiert. Über die Situation von Männern mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, liegen keine Daten vor.

Sexualisierte Gewalt

Sexualisierte Gewalt umfasst alle Facetten der Gewaltausübung mit Bezug auf die Sexualität. Diese Gewalterfahrungen sind durch Befragungen besonders schwierig zu erfassen, da sie in einer Befragungssituation ggf. aus Scham nicht genannt oder als traumatisierende Erlebnisse verdrängt werden. Für manche Opfer, insbesondere für Kinder,

[126] Quelle: KiGGS 2003-2006 (gewichtet), Berechnung des ISG.

kann es schwierig sein, einen sexuell motivierten Übergriff als solchen zu erkennen und zu benennen. Aus diesen Gründen ist zu vermuten, dass das Ausmaß sexualisierter Gewalt insgesamt eher unterschätzt wird.

Kinder mit Beeinträchtigungen sind nach der zitierten WHO-Studie 2,9 Mal so häufig Opfer sexueller Gewalt wie Kinder ohne Beeinträchtigungen. Dabei sind Kinder mit geistiger oder intellektueller Beeinträchtigungen besonders betroffen; ihr Risiko, Opfer sexueller Gewalt zu werden, ist nach dieser Studie 4,6 Mal so hoch wie das von nicht beeinträchtigten Kindern (Jones et al. 2012: 906).

Forschungsergebnisse zeigen darüber hinaus, dass Frauen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten in ihrer Kindheit und Jugend zwei bis drei Mal häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen waren als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013a: 167). Entsprechende Daten für Männer liegen nicht vor. Im Erwachsenenalter wird etwa jede vierte Frau mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten (26%) Opfer sexualisierter Gewalt im engeren Sinne,[127] dieser Anteil ist doppelt so hoch wie bei der weiblichen Durchschnittsbevölkerung (13%). Besonders betroffen sind Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben und im Rahmen der Studie in allgemeiner Sprache befragt wurden. Bei dieser Teilgruppe liegt der Anteil derjenigen, die mindestens eine Situation sexualisierter Gewalt erlebt haben, bei 38%. Auffallend ist zudem, dass Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben und in vereinfachter Sprache befragt wurden, sich zu einem vergleichsweise recht hohen Anteil (bis zu 23%) zu den Fragen sexueller Gewalt nicht äußerten. Dies kann ein Hinweis auf eine höhere Dunkelziffer sein. Werden Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend sowie im Erwachsenenalter zusammengenommen, so haben der oben genannten Studie zufolge 43% der Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Privathaushalten leben, und über die Hälfte (56%) der Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben und in allgemeiner Sprache befragt wurden, sexualisierte Gewalt erlebt. Diese Anteile sind deutlich höher als in der weiblichen Gesamtbevölkerung mit 19%.

Mit einem Anteil von 5% sind Männer mit Beeinträchtigungen 2,5 Mal so häufig Opfer sexualisierter Gewalt im Erwachsenenalter wie Männer im Bevölkerungsdurchschnitt (2%). Über die Situation von Männern mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, liegen keine Informationen vor. Zu sexueller Gewalterfahrung von Männern in ihrer Kindheit und Jugend liegen für die Gesamtbevölkerung keine vergleichbaren Informationen vor (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013b: 82).

---

[127] Hierzu gehören alle erzwungenen Handlungen mit Bezug auf die Sexualität durch körperlichen Zwang und/oder Drohungen oder durch das Ausnutzen eines Abhängigkeitsverhältnisses. Vgl. Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (2013a: 196), weitere Berechnung des ISG.

Psychische Gewalt

Psychische Gewalt hat verschiedene Dimensionen, die verbale Gewalt, Bedrohung, Demütigung, Unterdrückung und Schikane, Verleumdung, Zwang, Benachteiligung und Ausgrenzung sowie Psychoterror und andere verletzende Handlungen umfassen.[128] Nach internationalen Forschungsergebnissen sind Kinder mit Beeinträchtigungen 4,4 Mal so häufig von psychischer Gewalt betroffen wie Kinder ohne Beeinträchtigungen (Jones et al., 2006, 906). Auch nach den Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung sind Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen häufiger Hänseleien oder Schikanen ausgesetzt als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen.

Studien zeigen, dass 46% der Männer und 45% der Frauen in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands seit ihrem 16. Lebensjahr mindestens einen psychischen Übergriff erlebt haben. Menschen mit Beeinträchtigungen haben erheblich häufiger psychische Gewalt im Erwachsenenalter erlebt, dies gilt für Frauen mit Beeinträchtigungen (77% mit Erfahrungen psychischer Gewalt) noch stärker als für Männer mit Beeinträchtigungen (65%). Besonders betroffen hiervon sind Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben: Von diesen gaben 90% an, mindestens einmal im Erwachsenenalter psychische Gewalt erlebt zu haben. Zur Gewalterfahrung von Männern mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, liegen keine Informationen vor (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013a, 2013b).

7.3 Sicherheitsempfinden

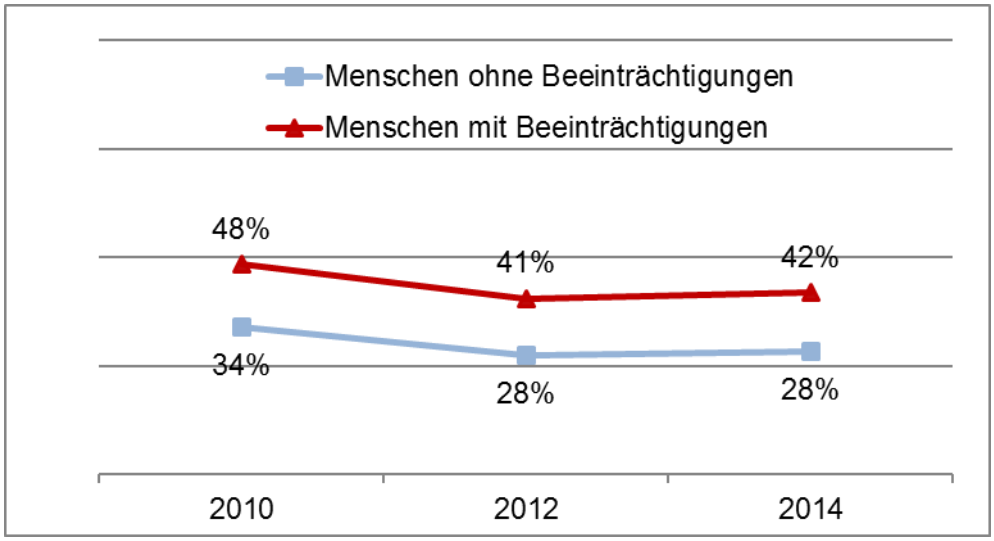
Sicherheit und ein positives Sicherheitsempfinden sind wichtige Komponenten der Lebensqualität. Die höhere Vulnerabilität von Menschen mit Beeinträchtigungen begründet deren erhöhtes Schutzbedürfnis, das auch in ihrer subjektiven Wahrnehmung zum Ausdruck kommt. Ein eingeschränktes Sicherheitsgefühl engt den Aktionsradius ein, reduziert das Wohlbefinden und kann dazu führen, unsicher erscheinende Orte zu bestimmten Zeiten zu vermeiden. Hierzu gehört z.B. spät abends oder nachts allein im Dunkeln nach Hause zu gehen. Nach der Bielefelder Frauenstudie (2013) fühlen sich Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen eher unsicher in einer solchen Situation und unterscheiden sich hierin nur geringfügig. Körperbehinderte und blinde Frauen sind innerhalb der Gruppe der Frauen mit Beeinträchtigungen in stärkerem Maße betroffen als andere Frauen mit Beeinträchtigungen: Ein Sechstel der blinden und ein Fünftel der körperbehinderten Frauen mieden solche Situationen vollständig. Diese Anteile sind deutlich höher als der Anteil aller Frauen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten von 4% (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesund-

[128] Vgl. auch zu den nachfolgenden Daten, sofern nicht anders gekennzeichnet Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) und Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (2013a: 169).

heitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013a: 295). Männer mit Beeinträchtigungen fühlen sich demgegenüber in einer solchen Situation sicherer. So gaben 71% der Männer mit Beeinträchtigungen an, sich in dieser Situation sicher zu fühlen, während es bei den Frauen mit Beeinträchtigungen nur ein gutes Drittel war. Dazu, ob sich Männer mit und ohne Beeinträchtigungen diesbezüglich unterscheiden, liegen keine Daten vor (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013b: 48).

Da Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger Opfer kriminellen Handelns als Menschen ohne Beeinträchtigungen sind (s.o.), kann die Sorge über die Entwicklung der Kriminalität als Indikator für eine subjektiv wahrgenommene Vulnerabilität herangezogen werden. Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich im Jahr 2014 große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland machten, lag bei 42%, bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen waren dies mit 28% erheblich weniger (Abbildung 91). Seit 2010 ist der Anteil derjenigen, die sich große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland machen, leicht gesunken. Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich große Sorgen hierüber machen, liegt nach wie vor um 14 Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 91: Große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland



Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Im Jahr 2014 machten sich 26% der Männer und 31% der Frauen ohne Beeinträchtigungen große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität, von den Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen waren dies 40% bzw. 44% (Tabelle 103). Der Anteil derjenigen, die sich große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität machen, steigt mit den Alterskohorten an, wobei der Abstand zwischen den Gleichaltrigen mit und ohne Beein-

trächtigungen leicht variiert. Schließlich machen sich von den Menschen mit Migrationshintergrund 29% derjenigen ohne Beeinträchtigungen gegenüber 38% derjenigen mit Beeinträchtigungen große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität.

Tabelle 103: Große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland nach Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigung			Menschen mit Beeinträchtigung		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt	34%	28%	28%	48%	41%	42%
Geschlecht						
Männer	32%	25%	26%	44%	38%	40%
Frauen	36%	30%	31%	52%	43%	44%
Alter						
18 bis 49 Jahre	29%	24%	23%	38%	34%	33%
50 bis 64 Jahre	36%	28%	31%	49%	37%	37%
65 bis 79 Jahre	47%	36%	36%	55%	47%	48%
80 Jahre und älter	53%	39%	40%	46%	44%	50%
mit Migrationshintergrund	32%	29%	29%	48%	37%	38%

Quelle: SOEP 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Sicherheitsempfinden in Einrichtungen

Zum Sicherheitsempfinden von Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, liegen Informationen zur Einschätzung von Frauen vor (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013a). Bezogen auf Männer gibt es keine entsprechenden Daten. Demnach fühlen sich etwa drei Viertel der befragten Frauen mit Beeinträchtigungen in Einrichtungen sicher oder sehr sicher, wenn sie mit einer Pflege- oder Betreuungskraft allein sind (13% machten hierzu keine Angaben), und nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Frauen fühlt sich sicher oder sehr sicher, wenn sie mit anderen Bewohnerinnen oder Bewohnern allein sind. Zudem haben Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, zu einem erheblichen Anteil Angst vor körperlichen oder sexuellen Angriffen oder Verletzungen durch Personen aus dem Bekanntenkreis (26%) sowie durch Familienmitglieder bzw. den Partner/die Partnerin (21%), bei den in Privathaushalten lebenden Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen sind dies weniger als 10%. Die in Einrichtungen lebenden Frauen mit Beeinträchtigungen äußern darüber hinaus erhöhte Ängste vor Personen aus der Einrichtung (21%) und aus dem Arbeitskontext (17%). Vor professionell Helfenden in Pflege, Betreuung und gesundheitlicher Versorgung haben 9% erhöhte Ängste. Diesen Ergebnissen zufolge haben diese Frauen in

allen Lebenssituationen ein nur eingeschränktes Vertrauen in die körperliche Unversehrtheit und ihre sexuelle Integrität. Ein Grund hierfür können bereits erlittene Gewalterfahrungen sein, von denen Frauen mit Beeinträchtigungen in Einrichtungen überdurchschnittlich häufig betroffen sind (s.o.) (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013a: 84).

7.4 Persönliche Integrität und institutionelle Zwangsmaßnahmen

Neben willkürlicher Gewalt gibt es auch institutionalisierte Formen der Gewalt wie Zwangsbehandlungen von krankheitsbedingt nicht einwilligungsfähigen Personen. Zwangsunterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen durch mechanische Vorrichtungen oder Medikamentierung können einerseits Teil der Behandlung sein, stellen andererseits aber für die betroffene Person einen Eingriff in ihre persönliche Integrität dar.

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist in Deutschland an strenge gesetzliche Voraussetzungen geknüpft. Im Rahmen des Betreuungsrechts ist eine freiheitsentziehende Unterbringung (Zwangsunterbringung) mit richterlichem Beschluss gegen den Willen des Betroffenen möglich, „solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist“ (§ 1906 Absatz 1 BGB). Neben dieser auf Eigenfährdung abstellenden Regelung für Menschen mit Beeinträchtigungen, für die bereits eine Betreuerin oder ein Betreuer bestellt ist, kann nach §§ 1908i Absatz 1 Satz 1, 1846 BGB das Betreuungsgericht anstelle einer noch zu bestellenden Betreuungsperson unter denselben Voraussetzungen, unter denen auch die Betreuungsperson handeln kann, sogenannte einstweilige Maßregeln treffen. Zusätzlich gibt es landesrechtliche Regelungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, nach denen ebenfalls freiheitsentziehender Unterbringungen angeordnet werden können.[129] Hiernach können auch Behörden (z.B. psychiatrische Dienste) einen Antrag auf eine freiheitsentziehende Unterbringung stellen. Neben der Selbstgefährdung wird in diesem Rahmen auch eine Fremdgefährdung als Rechtfertigung für die Unterbringung anerkannt. Freiheitsentziehende Maßnahmen in stationären Einrichtungen sind bei betreuten Personen mit gerichtlichem Beschluss nach § 1906 Absatz 4 BGB zur Abwendung von Eigengefährdung oder erheblichem gesundheitlichem Schaden möglich.

Solche Zwangsmaßnahmen können einerseits Teil einer notwendigen Behandlung sein und dem Schutz der betroffenen Person gegenüber ihrer eigenen Krankheit dienen, andererseits stellen sie aus menschenrechtlicher Perspektive einen Eingriff in die persönlichen Freiheitsrechte sowie eine Einschränkung der persönlichen Integrität dar. Der UN-

[129] In den meisten Bundesländern Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG), in Baden-Württemberg Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG), in Bayern und Saarland Unterbringungsgesetz (UnterbrG, UBG), in Hessen Freiheitsentziehungsgesetz (HFEG). Im Folgenden werden die verschiedenen Bezeichnungen unter „PsychKG/ UBG“ zusammengefasst.

Fachausschuss hat hierzu in den Abschließenden Bemerkungen kritisch Stellung genommen und in Bezug auf Artikel 14 UN-BRK (siehe oben) gefordert, alle unmittelbar notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um Zwangsunterbringungen durch Rechtsänderungen zu verbieten und alternative Maßnahmen zu fördern (CRPD, 2015: 6). Außerdem fordert der Fachausschuss in Bezug auf Artikel 15 UN-BRK, jede Anwendung körperlicher und medikamentöser Freiheitseinschränkungen in der Altenpflege und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu verbieten.

7.4.1 Freiheitsentziehende Unterbringung und andere freiheitsentziehende Maßnahmen

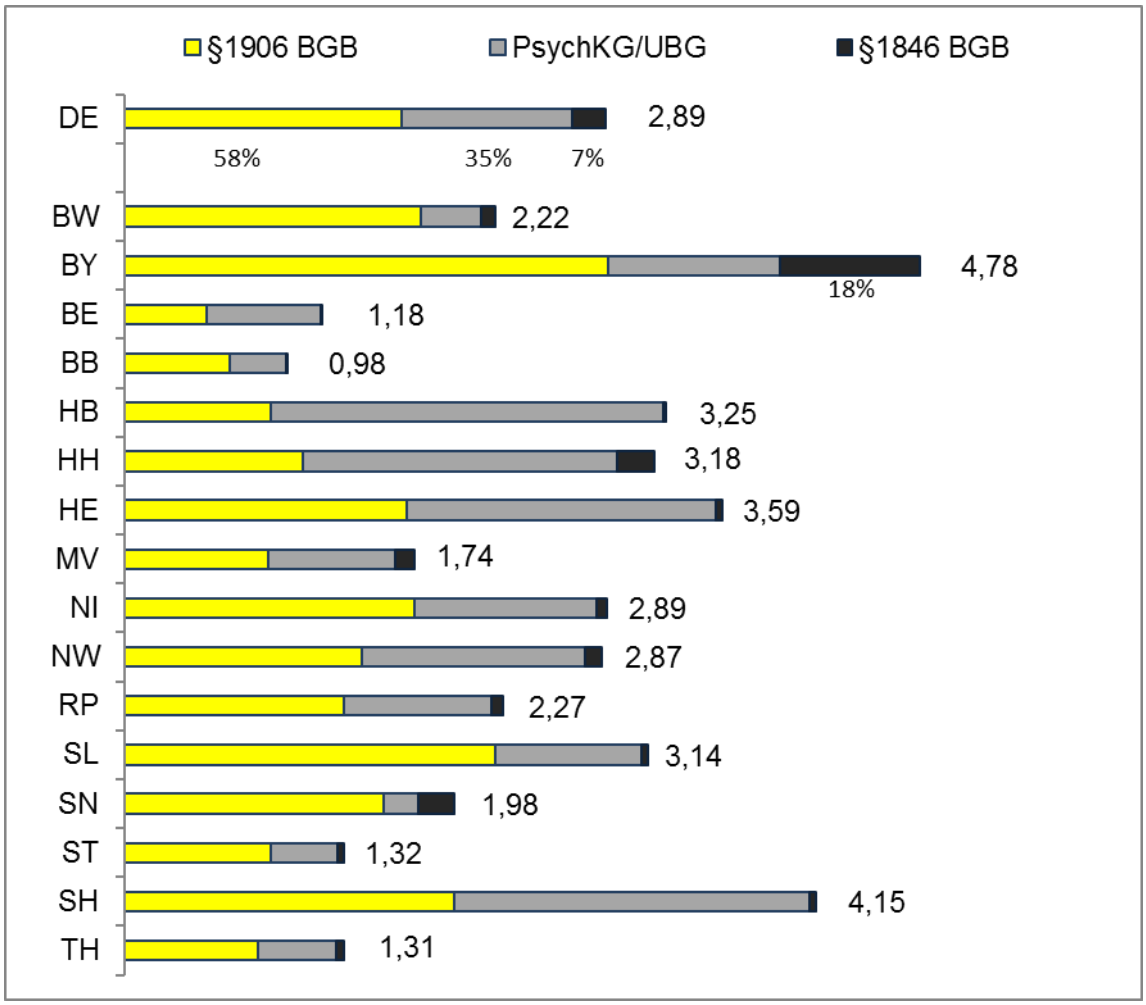
Ein Verfahren über eine Zwangsunterbringung beginnt mit dem Antrag auf gerichtliche Genehmigung oder Anordnung einer Freiheitsentziehung und endet entweder mit der endgültigen Ablehnung einer Unterbringung oder, sofern diese zwischenzeitlich genehmigt wurde, mit der Beendigung der Maßnahme (Entlassung des Betroffenen, anschließend Aufhebung des Beschlusses oder planmäßiges Auslaufen des Beschlusses ohne Verlängerung). Zu den gerichtlichen Genehmigungsverfahren nach § 312 ff des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) liegt statistisches Material vor. Besonders häufig sind ältere Menschen von Zwangsunterbringung betroffen (Juckel & Haussleiter, 2015).

In Deutschland wurden im Laufe des Jahres 2014 rd. 234.000 Verfahren nach §§ 1906, 1864 BGB[130] oder landesrechtlichen Regelungen (PsychKG, UBG) anhängig, dies entspricht 2,89 Verfahren je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Zwischen den Bundesländern bestehen erhebliche Unterschiede in der Anzahl der im Jahresverlauf anhängigen Verfahren über Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen. In Brandenburg waren mit 0,98 Verfahren je 1.000 EW die wenigsten Verfahren anhängig, während es in Bayern mit 4,78 Verfahren je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner anteilig die meisten waren. Die folgende Abbildung weist zudem aus, nach welchen Regelungen die Genehmigungen bzw. Anordnungen beantragt wurden. In Deutschland insgesamt machen Genehmigungsverfahren nach § 1906 Absatz 1, 2 und 4 BGB mehr als die Hälfte dieser Verfahren aus (58%), Anordnungsverfahren nach PsychKG/ UBG ein gutes Drittel (35%) und Verfahren über einstweilige Maßregeln nach § 1908i Absatz 1 Satz 1 i.V.m. § 1846 BGB (Eilverfahren) 7%. Auch diesbezüglich bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. So spielen z.B. in Sachsen (SN) Anordnungsverfahren nach landesrechtlichen Regelungen (PsychKG/ UBG) nur eine untergeordnete Rolle, während auf dieser Grundlage in Bremen (HB) der weit überwiegende Anteil der Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen beantragt wird. Einstweilige Maßre-

[130] Nicht unterschieden werden dabei Unterbringungsverfahren nach § 1906, Absatz 1 und 2 BGB und Verfahren über andere freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Fixierungen etc.) nach § 1906 Absatz 4 BGB.

geln nach § 1908i Absatz 1 Satz 1 i.V.m. § 1846 BGB machen in den meisten Bundesländern einen verhältnismäßig kleinen Anteil aus (unter 10%). Eine Ausnahme ist hier Bayern mit einem erheblichen Anteil von 18% an allen Anordnungs- und Genehmigungsverfahren.

Abbildung 92: Anhängige Genehmigungsverfahren zur freiheitsentziehenden Unterbringung 2014 – Anteile je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Quelle: GÜ2-Statistik des Bundesamts für Justiz 2014, Auswertung Deinert, Darstellung des ISG.

Die erheblichen Unterschiede zwischen den Bundesländern beruhen vermutlich unter anderem auf landestypischen Gesetzesregelungen zur Unterbringung, dem unterschiedlichen Ausbau sozialpsychiatrischer Dienste und einer abweichenden Diagnosenverteilung in den Versorgungskliniken (Brieger et al., 2015; Valdes-Stauber et al., 2011). Diese Daten geben keine Auskunft darüber, wie viele Menschen tatsächlich von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind, und sie geben insbesondere auch keine Auskunft

darüber, für welche Zeiträume Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen jeweils genehmigt werden.[131]

Seit dem Jahr 2010 ist die Quote anhängiger Verfahren über Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner nahezu konstant geblieben (-2%; Tabelle 104). Im Jahr 2011 ist diese Quote am höchsten, danach ist sie rückläufig. Bei diesen Verfahren hat sich eine Verschiebung von Verfahren nach Bundesrecht auf das Landesrecht vollzogen: Die Quote der anhängigen Genehmigungsverfahren nach § 1906 Absatz 1 und 4 BGB ist um 11% zurückgegangen, während im gleichen Zeitraum die Quote der Verfahren nach den landesrechtlichen Regelungen um 17% gestiegen ist.

Tabelle 104: Anhängige Verfahren über Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen – Anteile je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Jahr	Insgesamt	darunter:		
		§ 1906 BGB	PsychKG/UBG	§ 1846 BGB
2010	2,94	1,87	0,87	0,20
2011	3,07	1,91	0,95	0,21
2012	3,06	1,86	1,00	0,20
2013	2,95	1,74	1,02	0,19
2014	2,89	1,66	1,02	0,20
Veränderung 2010-2014	-2%	-11%	17%	1%

Quelle: GÜ2-Statistik des Bundesamts für Justiz 2010 bis 2014, Auswertung Deinert, Darstellung des ISG.

Im Jahr 2011 befasste sich das Bundesverfassungsgericht in zwei Beschlüssen[132] mit den rechtlichen Voraussetzungen von Zwangsbehandlungen im Maßregelvollzug und bei einer Unterbringung nach landesrechtlicher Regelung (PsychKG). In Folge dieser Beschlüsse wurde eine Debatte über Zwangsbehandlungen nach Betreuungsrecht geführt, die zur Schaffung einer eigenen Rechtsgrundlage für ärztliche Zwangsmaßnahmen nach § 1906 Absatz 3, 3a BGB führte.

Freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen

Zur Abwendung von Eigengefährdung oder erheblichem gesundheitlichem Schaden sind nach § 1906, Absatz 4 BGB freiheitsentziehende Maßnahmen in stationären Ein-

[131] Für die Maßnahmen nach Betreuungsrecht gibt die Betreuungsstatistik Auskunft über die Anzahl der Genehmigungen bzw. Anordnungen (s.o.). Dabei können sich mehrere Genehmigungen auf dieselbe Person beziehen, so bei Verlängerungen oder erneuten Genehmigungen. Deshalb dürfte die betroffene Personenzahl geringer sein als in der Betreuungsstatistik ausgewiesen.

[132] 2 BvR 882/09, Beschluss vom 23.03.2011 und 2 BvR 633/11, Beschluss vom 12.10.2011.

richtungen möglich. Zu diesen freiheitsentziehenden Maßnahmen, die ebenfalls gerichtlich zu genehmigen sind, gehören mechanische Vorrichtungen (z.B. Bettgitter, Fixierungen, ggf. komplizierte Schließmechanismen an Türen) sowie Medikamente (Psychopharmaka), die über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig wiederkehrend angewendet werden. Nach § 1906 Absatz 4 BGB wurden im Jahr 2014 für Menschen in Einrichtungen mit angeordneter Betreuung oder entsprechender Vorsorgevollmacht rd. 60.400 Genehmigungen für freiheitsentziehende Maßnahmen erteilt, dies entspricht 0,74 Genehmigungen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Tabelle 105). Die Anzahl freiheitsentziehender Maßnahmen nach § 1906 Absatz 4 BGB ist seit dem Jahr 2010 um 38% gesunken.

Tabelle 105: Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen für Personen mit angeordneter Betreuung oder Vorsorgevollmacht (§ 1906, Absatz 4 BGB) – Anzahl und Anteile je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Jahr	Anzahl	je 1.000 Einwohner
2010	98.119	1,20
2011	89.074	1,01
2012	85.132	1,06
2013	75.727	0,94
2014	60.438	0,74
Veränderung seit 2012	-38%	-38%

Quelle: Bundesamt für Justiz, Betreuungsstatistik 2010-2015, Darstellung des ISG.

Auch hier zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern: Im Jahr 2014 wurden in Bremen 89 freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Absatz 4 BGB genehmigt, dies entspricht 0,13 Maßnahmen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die relativ höchste Zahl gibt es in Bayern mit rd. 18.300 genehmigten freiheitsentziehenden Maßnahmen, dies entspricht 1,44 Maßnahmen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.[133] Über die Dauer einzelner freiheitsentziehender Maßnahmen sowie über die Regelmäßigkeit ihrer Anwendung liegen keine Informationen vor. Ebenso liegen keine Daten dazu vor, in wie vielen Fällen und in welchem Ausmaß freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen von Unterbringungen (s.o.) durchgeführt werden.

Untersuchungen zur Praxis freiheitsentziehender Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen haben ergeben, dass die Voraussetzung einer gerichtlichen Genehmigung nicht immer erfüllt wird. Laut Pflege-Qualitätsbericht wurden im Jahr 2013 im Bereich der Pflege in stationären Einrichtung bei 12,5% der in die Prüfung einbezogenen Bewohner und Bewohnerinnen freiheitseinschränkende Maßnahmen durchgeführt (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2014: 34 f.). In 8% der Fälle lag keine hierfür erforderliche Einwilligung oder Genehmigung vor. Zudem wurde bei 15%

[133] Quelle: Bundesamt für Justiz, Betreuungsstatistik 2014.

dieser Bewohnerinnen und Bewohner nicht regelmäßig überprüft, ob die freiheitseinschränkenden Maßnahmen weiterhin erforderlich waren oder ob Maßnahmen mit geringeren Einschränkungen ausgereicht hätten. Im vorherigen Prüfzeitraum (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2012) betrugen die jeweiligen Anteile an freiheitseinschränkenden Maßnahmen 20%, davon ohne Einwilligung oder Genehmigung 11% und ohne regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit 22% (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2014: 34 f.). Die Situation hat sich somit zwar verbessert, ist jedoch noch nicht zufriedenstellend.

Zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen wurde die „Leitlinie FEM: Mehr Freiheit wagen“ im Rahmen der Initiative zur Begrenzung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der Altenpflege[134] entwickelt. Ein verfahrensrechtlicher Ansatz zur Vermeidung von Fixierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen (Bauchgurte, Bettgitter, Vorsatztische etc.) in Einrichtungen ist der „Werdenfelser Weg“.[135] Er setzt über die Bestellung eines ausgebildeten Verfahrenspflegers am gerichtlichen Genehmigungsverfahren nach § 1906 Absatz 4 BGB an, um die Entscheidungsprozesse über die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen zu verbessern und Fixierungen auf ein unumgängliches Minimum zu reduzieren.

7.4.2 Zwangsbehandlung

Eine Behandlung ohne Einwilligung oder gegen den Willen des behandelten Menschen ist ein schwerer Eingriff in das Grundrecht jedes Menschen auf Autonomie. Dies gilt umso mehr, wenn der Eingriff unter Einsatz von Zwangsmaßnahmen ausgeführt wird. Zwangsbehandlungen sind daher sehr sorgfältig auf ihre Vermeidbarkeit hin zu prüfen, generell sind ihnen auf der Grundlage des Grundgesetzes, der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UN und der Europäischen Menschenrechtskonvention enge menschenrechtliche Grenzen gesetzt, deren Geltungskraft mit der UN-BRK noch einmal ausdrücklich auf Menschen mit Behinderungen bezogen wird. Wie diese Grenzen genau zu definieren sind, wird kontrovers diskutiert.

Menschen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind bzw. sich betreuungsrechtlich in einer freiheitsentziehenden Unterbringung befinden, konnten bis zum Jahr 2011 ohne weitere gerichtliche Genehmigung zwangsbehandelt werden. Nach der bis dahin geltenden Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs umfasste die Genehmigung zu einer betreuungsrechtlichen Unterbringung nach § 1906 Absatz 1 Nummer 2 BGB auch eine Zwangsbehandlung. Mit den beiden Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2011[136] und zwei hierauf fußenden Beschlüssen des Bundesgerichtshofs im Juni

---

134 http://www.leitlinie-fem.de/

135 http://werdenfelser-weg-original.de/

136 Beschluss vom 23.03.2011, Az.: 2 BvR 882/09, BtPrax 2011, 112 und Beschluss vom 12.10.2011, 2 BvR 633/11, BtPrax 2011, 253.

2012[137] gab es für Zwangsbehandlungen in Unterbringungseinrichtungen des Maßregelvollzugs sowie im Rahmen einer betreuungsrechtlichen Unterbringung keine gesetzliche Grundlage mehr. Danach konnten Betroffene freiheitsentziehend untergebracht, aber nicht mehr gegen ihren Willen behandelt werden. Die Zahl von aggressiven Auseinandersetzungen und von Fixierungen unbehandelter Patienten stieg an (Flammert & Steinert, 2015; Müller et al., 2012). Das Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme vom 18. Februar 2013[138] soll diese gesetzliche Lücke schließen. Damit steht eine Behandlung gegen den natürlichen Willen eines Menschen, der etwa aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht einwilligungsfähig ist, nach mindestens einem vergeblichen Überzeugungsversuch nur noch als letztes Mittel zur Verfügung, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden. Alte Menschen mit kognitiven Störungen und nachweisbaren Hirnerkrankungen lehnen besonders häufig Pflege und Medikamentenbehandlung ab (Wetterling, 2015). Eine Untersuchung in Bayern über das Jahr 2014 zeigt, dass weniger als 2% der in Bezirkskrankenhäusern stationär aufgenommenen Patienten eine Behandlung mit Psychopharmaka ablehnten und bei weniger als 0,5% eine Zwangsbehandlung durchgeführt wurde. Begonnen wurde diese Behandlung im Durchschnitt erst mit vierwöchiger Verzögerung (Albus et al. 2015).[139]

Zum quantitativen Umfang von Zwangsbehandlungen lagen bisher kaum Daten vor. Statistische Daten zu den gerichtlichen Genehmigungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen auf Grundlage der Neuregelung in § 1906 Absatz 3 und 3a BGB werden erst seit Januar 2014 erhoben. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 6.089 Genehmigungsverfahren registriert mit dem Ergebnis, dass 5.682 Anträge genehmigt und 407 Anträge abgelehnt wurden. Nach Erfahrungsberichten aus der Praxis sollen ärztliche Zwangsmaßnahmen wesentlich seltener als nach früherem Recht zur Anwendung kommen (Jürgens, 2014).

7.4.3 Sterilisation nach Betreuungsrecht

Sterilisationen gegen den (natürlichen) Willen der Betreuten und somit „Zwangssterilisationen“ sind nach deutschem Recht nicht erlaubt (§ 1905 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 BGB). Entsprechend kritisch wurde die Formulierung des UN-Fachausschusses aufgenommen, der zufolge „die Praxis der Zwangssterilisierung und Zwangsabtreibungen an Erwachsenen mit Behinderungen bei ersetzter Entscheidung“ als besorgniserregend bezeichnet wird (CRPD, 2015: 7).

---

137 Beschlüsse vom 20.06.2012, XII ZB 99/12; XII ZB 130/12.

138 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013.

139 Verschiedentlich wurde darauf hingewiesen, dass eine Nicht-Behandlung in psychiatrischen Kliniken die Risiken für Komplikationen und Chronifizierung steigert, Mitpatienten erheblich belastet und gefährdet, das therapeutische Milieu stationärer Einrichtungen zunichte machen kann und erhebliche Ressourcen bindet, wobei alternative, nicht medizinische Einrichtungen für eine Verwahrung von nicht-behandlungswilligen Menschen derzeit noch nicht zur Verfügung stehen (Pollmächer, 2015; Vollmann, 2015).

Zu betreuungsgerichtlich genehmigten Sterilisationen nach § 1905 BGB kommt es verhältnismäßig selten. Seit Einführung des Betreuungsrechts im Jahr 1992 wurden etwa zwischen 40 und 80 Sterilisationen pro Jahr genehmigt, seit 2012 ist diese Zahl niedriger (Tabelle 106). Bei ca. 1,3 Millionen Betreuten wurde im Jahr 2015 bundesweit in 26 Fällen eine Sterilisation genehmigt, in 13 Fällen wurde der Antrag zurückgewiesen. Die Tatsache der Genehmigung sagt noch nichts darüber aus, ob die Sterilisation auch tatsächlich durchgeführt wurde. Damit eine Betreuerin oder ein Betreuer mit gerichtlicher Genehmigung in die Sterilisation eines oder einer Betreuten einwilligen darf, müssen strenge rechtliche Vorgaben erfüllt sein. Die Sterilisation darf nicht dem (natürlichen) Willen der bzw. des dauerhaft einwilligungsunfähigen Betreuten widersprechen. Weitere wesentliche Voraussetzungen nach § 1905 BGB sind, dass anzunehmen ist, dass es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde, dass diese nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden kann und dass infolge der Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren zu erwarten wäre, die nicht auf zumutbare Weise abgewendet werden könnte.

Tabelle 106 Genehmigte und abgelehnte Anträge auf Sterilisation

	1992	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Genehmigt	65	91	68	38	41	32	36	36	26
Abgelehnt	7	22	13	23	17	36	26	21	13

Quelle: Bundesamt für Justiz, Betreuungsstatistik, Darstellung des ISG.

7.4.4 Behandlung intersexueller Menschen

Die Behandlung von intersexuellen Menschen setzt wie jede therapeutische Maßnahme die Einwilligung dieser Personen voraus. Die erforderliche Einwilligung ist nur dann rechtswirksam, wenn die betroffene Person zuvor umfassend über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden ist, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie (vgl. § 630e Absatz 1 BGB). Ist die Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung der hierzu Berechtigten einzuholen (§ 630d Absatz 1 Satz 2 BGB). Bei noch nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen sind die gesetzlichen Vertreter - in der Regel die Eltern im Rahmen der elterlichen Sorge (§ 1626 BGB) - zur Einwilligung in eine medizinische Behandlung befugt. Die Aufklärungspflichten nach § 630e Absatz 1 BGB bestehen in diesem Fall gegenüber den Eltern (§ 630e Absatz 4 BGB). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Eingriffe dann keine Heilbehandlung im o.g. Sinne darstellen, wenn sie dazu dienen, das äußere Erscheinungsbild des Kindes weiblicher oder männlicher erscheinen zu lassen und keine zwingende medizinische Notwendigkeit besteht (Bundesärztekammer 2015; Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. et al. 2016). Der UN-Fachausschuss äußert sich besorgt darüber, dass die „Wahrung der körperlichen Unversehrtheit von intersexuellen Kindern“ nicht hinreichend gesichert sei (CRPD, 2015: 7). Eine

vom Bundesfamilienministerium geförderte Studie „Zur Aktualität kosmetischer Operationen ‚uneindeutiger' Genitalien im Kindesalter" von Ulrike Klöppel, Wissenschaftlerin an der Berliner Humboldt-Universität, kommt zu dem Ergebnis, dass in Deutschland nach wie vor „feminisierende" und „maskulinisierende" Genitaloperationen an Säuglingen und Kindern vorgenommen werden.[140]

7.5 Schutz und Hilfen

Wer Gewalt erfahren hat, benötigt zeitnah wirksame Hilfen, die unmittelbar dem Schutz vor weiterer Gewalt und mittelbar der Verarbeitung des Erlebten und der Gewaltprävention dienen (7.5.1). Besonderer Schutzmaßnahmen bedarf es in stationären Einrichtungen, in denen die persönliche Integrität durch Personen aus dem persönlichen Umfeld, durch Mitbewohnerinnen bzw. Mitbewohner sowie durch Personen des Hilfesystems verletzt werden kann (7.5.2). Die zum Schutz geeigneten Hilfen sind auf ihre jeweilige Lebenssituation abzustimmen.

7.5.1 Hilfen bei Gewalterfahrung

Notrufe müssen gut erreichbar, zugänglich und nutzbar sein. Um Gewalterfahrungen verarbeiten und Schutzstrategien vor Gewaltanwendung einüben zu können, müssen Hilfeangebote barrierefrei zur Verfügung stehen. Auf kommunaler Ebene gibt es verschiedene Hilfeangebote für Menschen, die Gewalt erfahren haben. Über die barrierefreie Zugänglichkeit zu diesen Hilfeangeboten sowie ihre Nutzbarkeit für Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen liegen keine flächendeckenden Informationen vor.

Auf Bundesebene hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahr 2013 das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen" eingerichtet. Es ist rund um die Uhr erreichbar, davon 15 Stunden täglich auch mit Gebärdendolmetschung. Das Hilfetelefon steht allen von Gewalt Betroffenen und denen, die diese unterstützen möchten, offen. Es ist barrierefrei gestaltet, und die eingesetzten Fachberaterinnen berücksichtigen die spezifischen Bedarfe von Frauen mit Beeinträchtigungen, unter anderem in Form von leichter Sprache. Im Jahr 2015 suchten 1.903 Personen mit Beeinträchtigungen Unterstützung durch das Hilfetelefon (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesamt für zivilgesellschaftliche Aufgaben, 2015: 8). Beeinträchtigungen wurden erfasst, soweit sie im Verlauf des Beratungsgesprächs thematisiert wurden. Vor dem Hintergrund, dass rund 16% der weiblichen Bevölkerung beeinträchtigt sind und Menschen mit Beeinträchtigungen in höherem Maß von Gewalt betroffen sind (s. Abschnitt 7.2.1), ist dieser Anteil recht gering. Ein Grund kann darin liegen, dass es für Menschen mit Beeinträchtigungen schwieriger ist, den Zugang zum Hilfetelefon zu finden. Seit dem Jahr 2013 ist die Anzahl der Personen mit Beeinträchtigungen, die Unterstützung über das Hilfetelefon suchten, um 38% gestiegen.

---

[140] https://www.gender.hu-berlin.de/de/publikationen/gender-bulletins/texte-42/kloeppel-2016_zur-aktualitaet-kosmetischer-genitaloperationen.

In sehr kleinem Umfang suchen auch von Gewalt betroffene Männer Unterstützung durch das Hilfetelefon. Weitere Hilfesysteme, die sich speziell an Männer richten und auch explizit Männer mit Beeinträchtigungen einbeziehen, sind nicht bekannt.

7.5.2 Schutzmaßnahmen in Einrichtungen

Im Kontext von Artikel 16 UN-BRK hat der UN-Fachausschuss Deutschland in seinen Abschließenden Bemerkungen empfohlen, eine umfassende, wirksame und mit angemessenen Finanzmitteln ausgestattete Strategie aufzustellen, um in allen öffentlichen und privaten Umfeldern den wirksamen Gewaltschutz für Frauen und Mädchen mit Behinderungen zu gewährleisten. Außerdem wird Deutschland empfohlen, umgehend unabhängige Stellen zur Verhinderung von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch einzurichten oder zu bestimmen sowie die unabhängige Bearbeitung von Beschwerden in Einrichtungen sicherzustellen (CRPD, 2015: 7).

In ihrer Stellungnahme vom April 2016 hat die Bundesregierung betont, dass der Schutz von Frauen und Mädchen mit Behinderungen vor Gewalt auf allen staatlichen Ebenen im Sinne eines inklusiven Ansatzes integraler Bestandteil aller Strategien zur Weiterentwicklung von Hilfesystemen und aller Maßnahmen zur Verbesserung der Rechte und des Schutzes von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen ist. Auf Bundesebene wird der Schutz von Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigungen durch eine Vielzahl von Maßnahmen gewährleistet. Dabei geht es zum einen um gezielte Maßnahmen der Gewaltprävention, insbesondere in Einrichtungen, z.B. durch eine verstärkte Sensibilisierung der Verantwortlichen vor Ort, aber auch um die Beratung und Unterstützung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigungen durch die Schaffung geeigneter Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsangebote. Mit dem von der Bundesregierung geförderten bundesweiten Modellprojekt „Beraten und Stärken“ sollen Mädchen und Jungen mit Beeinträchtigungen vor sexualisierter Gewalt in Institutionen geschützt werden.[141]

Mit der Föderalismusreform 2006 wurde der öffentlich-rechtliche Teil des Heimrechts in die Gesetzgebungskompetenz der Länder übertragen. Zwischenzeitlich haben alle Länder eigene Gesetze zum Heimrecht erlassen, die sich bezogen auf den Gewaltschutz erheblich unterscheiden: In zahlreichen Bundesländern gibt es keine expliziten Regelungen zum Gewaltschutz, das Heimrecht einiger Bundesländer beinhaltet dagegen kon-

[141] Durchgeführt wird das Modellprojekt (Laufzeit bis Ende 2018) in bundesweit 80 - 100 Einrichtungen, in denen Mädchen und Jungen mit Beeinträchtigungen leben und betreut werden. Die drei zentralen Maßnahmen des Projekts sind die Implementierung und Optimierung von Kinderschutzkonzepten, die Sensibilisierung und Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieser Einrichtungen zum Thema sexualisierte Gewalt und die Durchführung und Implementierung von Präventionsveranstaltungen für dort lebende Mädchen und Jungen.

krete Vorschriften zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, zum Beschwerdemanagement sowie zu Präventionsstrategien. Darüber hinaus ist das Thema Gewaltschutz in Landesaktionsplänen, Schutzkonzepten sowie Strategien zum Gewaltschutz und zur Gewaltprävention festgeschrieben und somit auch zentraler Teil des politischen Gestaltungsauftrags in den Ländern. Dessen ungeachtet ist zu konstatieren, dass die uneinheitlichen Regelungen zum Gewaltschutz in Einrichtungen zu einer unterschiedlichen Praxis führen. Die Meldepflicht bei Gewaltvorkommnissen ist in den Landesgesetzen ebenfalls nicht einheitlich geregelt. So gibt es in einigen Bundesländern hierzu dezidierte Vorschriften, in anderen nicht.

Die Aufsicht über stationäre Einrichtungen ist in verschiedenen Behörden bzw. Stellen auf Landes- bzw. kommunaler Ebene angesiedelt.. Inwieweit diese Behörden die Aufgaben nach Artikel 16 Absatz 3 UN-BRK vor dem Hintergrund ihrer Organisationsstruktur und personellen Ausstattung in wirksamer Form leisten, wird kontrovers diskutiert. In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, welche Anforderungen an die Qualifizierung der Aufsichtsbehörden für das Thema Gewaltschutz für Menschen mit Behinderungen zu stellen sind (vgl. hierzu auch DIMR, 2015b).

In Werkstätten für behinderte Menschen soll es in Zukunft Frauenbeauftragte geben. Denn Frauen mit Beeinträchtigung, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben oder arbeiten, erfahren besonders häufig Gewalt. Zudem erleben sie geschlechtsspezifische Diskriminierungen, Grenzüberschreitungen und Strukturen, die Gewalt begünstigen (Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung & Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2013a). Frauenbeauftragte können dem entgegenwirken, indem sie den Betroffenen als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung stehen und sie dabei unterstützen, ihre Rechte selbst wahrzunehmen. Zu diesem Ergebnis kommt auch das von „Weibernetz e.V." im Auftrag des BMFSFJ von Ende 2008 bis Mai 2011 durchgeführte Modellprojekt „Frauenbeauftragte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und Wohneinrichtungen". Als Frauenbeauftragte haben die beauftragten Frauen zu den Ratsuchenden einen Zugang „auf gleicher Augenhöhe" und können somit besonders gut der Diskriminierung von Frauen in Einrichtungen im Sinne des Peer Support entgegen wirken. Durch die Vorbildfunktion der Frauenbeauftragten werden Frauen in Einrichtungen gestärkt und unterstützt, auch selbst für die Wahrung der Rechte und die Verwirklichung von Gleichberechtigung einzutreten. Mit Abschluss des vom BMFSFJ geförderten Anschluss-Projektes „Frauenbeauftragte in Einrichtungen: Eine Idee macht Schule!" im September 2016 gibt es etwa 80 amtierende und aktuell in Ausbildung befindliche Frauenbeauftragte sowie 20 Trainerinnen-Tandems für Frauenbeauftragte aus 10 Bundesländern. Das BMFSFJ fördert ab dem 01. Oktober 2016 für drei Jahre ein Projekt zum Aufbau eines „Bundes-Netzwerks für Frauenbeauftragte in Einrichtungen", das vom Verein Weibernetz e. V. durchgeführt wird. Ziel ist der Aufbau einer bundesweiten Vernetzungsstruktur für Frauenbeauftragte in Einrichtungen, ihre Unterstützerinnen und die Trainerinnen für Frauenbeauftragte.

7.6 Teilhabefeld Sicherheit und Schutz der Person im Überblick

Die Durchsetzung der Persönlichkeitsrechte sowie persönlicher Schutz ohne jede Diskriminierung sind grundlegende Forderungen der UN-BRK. Hierzu gehört u.a. auch die generelle Anerkennung des Rechts von Menschen mit Behinderungen, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden. Sofern hierfür Unterstützung benötigt wird, sind entsprechende Unterstützungsmechanismen einzurichten, die unter anderem im Betreuungsrecht geregelt werden.

Die Verletzung der persönlichen Integrität durch Gewalt wird von Frauen und Männern mit und ohne Beeinträchtigungen unterschiedlich erfahren. Schutz vor Gewalt, insbesondere in Einrichtungen, sowie Hilfen bei Gewalterfahrung sind staatlicher Auftrag. In den folgenden Abschnitten werden ausgehend von den Forderungen der UN-BRK die zentralen Ergebnisse zur Teilhabe im Bereich Persönlichkeitsrechte und Schutz der Person dargestellt und die Entwicklung der Teilhabe in diesem Bereich diskutiert.

7.6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Betreuungswesen

Die rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff BGB ist ein Instrument zur Unterstützung und Sicherung der Teilhabe von Menschen, die nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen. Dabei soll das grundgesetzlich garantierte Selbstbestimmungsrecht gewahrt bleiben. Gleichzeitig besteht, ausgehend von einem Schutzgedanken, die Möglichkeit, Zwangsmaßnahmen zu veranlassen (§ 1906 BGB). Der Fokus der Qualitätsdebatte in der rechtlichen Betreuung richtet sich auf die Verwirklichung der Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit betreuter Menschen.

Informationen darüber, wie sich die Betreuungspraxis bundesweit darstellt und insbesondere, wie das Postulat der unterstützten Entscheidung im Gegensatz zur ersetzenden Entscheidung umgesetzt wird, liegen nicht vor. Zudem liegen keine Informationen zu Erfahrungen der Menschen mit rechtlicher Betreuung hinsichtlich der Wahrung ihrer Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrechte vor. Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz führt jedoch zur Zeit ein Forschungsvorhaben zum Thema „Qualität der rechtlichen Betreuung“ durch. Damit sollen empirische Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Qualitätsstandards in der Praxis der rechtlichen Betreuung eingehalten werden, ob und ggf. welche strukturellen Qualitätsdefizite in der beruflichen und ehrenamtlichen Betreuung vorliegen und auf welche Ursachen mögliche Qualitätsdefizite zurückgeführt werden können. Im Fokus der Untersuchung stehen dabei auch die Erfahrungen und die Sichtweise von Betroffenen. Ergebnisse des Forschungsvorhabens werden für Ende August 2017 erwartet.

Eine rechtliche Betreuung kann durch eine Vorsorgevollmacht vermieden werden. Zum Ende des Jahres 2014 gab es 2,6 Mio. registrierte Vorsorgevollmachten und rd. 1,3 Mio.

rechtliche Betreuungsverfahren. Die erhebliche Zunahme der registrierten Vorsorgevollmachten zeigt, dass es attraktiv ist, ohne Einschaltung des Gerichts selbst auszuwählen, welcher Person für welche Lebensbereiche eine Vollmacht erteilt werden soll.

Verletzung der persönlichen Integrität durch Gewalterfahrungen

Männer, Frauen und Kinder mit Beeinträchtigungen sind in erheblich höherem Ausmaß von Gewalt betroffen als Männer, Frauen und Kinder ohne Beeinträchtigungen. Dies gilt durchgängig für körperliche, sexualisierte und psychische Gewalt. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es insbesondere bei der sexualisierten Gewalt, von der Frauen fünf bis sechs Mal so häufig betroffen sind wie Männer. Besonders prekär ist die Situation von Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben; sie sind von allen Gewaltformen am häufigsten betroffen. Über die Situation von Männern mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, liegen keine Daten vor. Kinder mit Beeinträchtigungen sind ebenfalls häufiger Opfer körperlicher, sexualisierter sowie psychischer Gewalt als Kinder ohne Beeinträchtigungen. Besonders betroffen sind hierbei Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen. Auch beim Sicherheitsempfinden zeigt sich, dass sich Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, unsicherer fühlen als Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen, die in Privathaushalten leben. Informationen zu der Situation von Männern mit Beeinträchtigungen in Einrichtungen liegen nicht vor.

Persönliche Integrität und institutionalisierte Gewalt

In Deutschland sind nach dem BGB unter bestimmten Voraussetzungen freiheitsentziehende Unterbringungen, andere freiheitsentziehende Maßnahmen und Zwangsbehandlungen möglich. Hinzu kommen unterschiedliche landesrechtliche Regelungen zu freiheitsentziehenden Unterbringungen, die zu unterschiedlicher Umsetzung in der Praxis führen. Im Jahr 2014 gab es insgesamt rd. 135.000 anhängige Genehmigungsverfahren über freiheitsentziehende Unterbringungen und andere freiheitsentziehenden Maßnahmen, mit denen den Betroffenen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen wird. Im Jahr 2014 wurden bei Menschen in Einrichtungen mit angeordneter Betreuung oder entsprechender Vorsorgevollmacht rd. 60.400 entsprechende Genehmigungen für solche freiheitsentziehenden Maßnahmen erteilt. Darüber hinaus ist von einer Dunkelziffer auszugehen: So lag laut Pflege-Qualitätsbericht im Jahr 2013 bei 8% der in die Prüfung einbezogenen Bewohner und Bewohnerinnen mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen keine hierfür erforderliche Einwilligung oder Genehmigung vor.

Eine Verletzung der persönlichen Integrität kann insbesondere bei irreversiblen und besonders intensiven Eingriffen in den Körper von Menschen mit Beeinträchtigungen vorliegen. Daher sind entsprechende Maßnahmen (z.B. wissenschaftliche Forschung, chirurgische Eingriffe bei intersexuellen Menschen) nur in engen gesetzlichen Grenzen zulässig. Nach der geltenden Rechtslage erfordert Forschung am Menschen grundsätzlich eine informierte Einwilligung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Eine Einwilligung der

oder des Sorgeberechtigten im Rahmen von klinischen Prüfungen ist nur in den nach den in §§ 40 ff. AMG näher bestimmten Ausnahmefällen zulässig.

Vor dem Hintergrund der genannten gesetzlichen Rahmenbedingungen wurden im Jahr 2015 26 Sterilisationen betreuungsgerichtlich genehmigt, wobei Sterilisationen nicht gegen den natürlichen Willen der betroffenen Person vorgenommen werden dürfen. Auch eine Behandlung transsexueller Kinder ist an eng gefasste gesetzliche Regelungen gebunden. Daten über Einwilligungsverfahren und Einwilligungen zur Forschung an Menschen mit Beeinträchtigungen sowie zu chirurgischen Anpassungsmaßnahmen bei intersexuellen Kindern liegen nicht vor.

Sicherheit und Schutz vor Gewalt

Für einen wirksamen Gewaltschutz sind geeignete Strategien zu entwickeln, um jede Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch von Menschen mit Beeinträchtigungen in Einrichtungen zu verhindern und dies durch unabhängige Behörden zu überwachen. Die Bundesländer nehmen diesen Themenkomplex in ihren landesrechtlichen Regelungen zum Teil gar nicht und ansonsten in unterschiedlicher Weise auf. Dazu, wie sich der praktische Schutz vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch in Einrichtungen darstellt, welche Mechanismen besonders wirksam sind und welche Veränderungen hierdurch bewirkt werden, liegen keine flächendeckenden Informationen vor. Ob und inwieweit die Heimaufsichten geeignet sind, die Einrichtungen in Bezug auf einen wirksamen Gewaltschutz zu überwachen, wird kontrovers diskutiert. Flächendeckende Informationen der Aufsichtsbehörden zur Organisation und personellen Ausstattung sowie zu den Aktivitäten zum Gewaltschutz in stationären Einrichtungen liegen nicht vor.

7.6.2 Entwicklung der Teilhabe

Die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich der Persönlichkeitsrechte und des persönlichen Schutzes kann nur zu einem geringen Teil durch empirische Berichterstattung abgebildet werden. Zum einen handelt es sich hier weitgehend um rechtliche Fragestellungen dazu, ob die derzeitigen die Persönlichkeitsrechte betreffenden rechtlichen Regelungen in Deutschland in Übereinstimmung mit den Verpflichtungen der UN-BRK stehen. Auch vor dem Hintergrund der Position des UN-Fachausschusses werden diesbezügliche Fragestellungen kontrovers diskutiert und müssen letztendlich durch Rechtsexpertise geklärt werden. Zum anderen ist die Datenlage zur Wahrung von Persönlichkeitsrechten und diesbezüglichen Schutzmaßnahmen unzureichend.

Die Zahl der Betreuungen in Deutschland ist in den vergangenen Jahren auf über 1,3 Mio. gestiegen. Diese Entwicklung kann aber nicht als Teilhabefortschritt gewertet werden, da diese Form der Unterstützung kontrovers diskutiert wird. So kann eine rechtliche Betreuung erforderlichenfalls mit gravierenden Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte bis hin zur Durchsetzung von Zwangsbehandlungen verbunden sein. Die Betreuerinnen und

Betreuer sind jedoch dazu verpflichtet, in jeder Situation die Autonomie und Würde der Betreuten zu wahren und die Betreuten bei einer selbstbestimmten Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Über Gewalterfahrungen von Menschen mit Beeinträchtigungen im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen liegen einige wenige Studien vor, eine regelmäßige Berichterstattung gibt es hierzu aber nicht. Um Entwicklungen des subjektiven Sicherheitsempfindens darzustellen, kann behelfsweise der Indikator der Kriminalitätsangst, die im SOEP erhoben wird, interpretiert werden. Demnach wäre es als Fortschritt zu werten, wenn Menschen mit Beeinträchtigungen keine größere Sorge vor Kriminalität haben müssten als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Seitens des UN-Fachausschusses werden die rechtliche Zulässigkeit sowie die Anwendung verschiedener Formen von Zwangsmaßnahmen kritisch gesehen. Die großen Unterschiede in der Umsetzungspraxis von Zwangsmaßnahmen zwischen den Bundesländern lassen darauf schließen, dass Verbesserungspotentiale bezogen auf die Durchsetzung von Persönlichkeitsrechten und damit einhergehend auch die Verringerung von Zwangsmaßnamen bestehen. Indikatoren für den Entwicklungsstand der Teilhabe lassen sich aus diesem sensiblen Bereich nicht gewinnen.

Zum Schutz der Person vor Gewalt gibt es Maßnahmen und Einrichtungen zur Gewaltprävention sowie Hilfen bei Gewalterfahrungen. Beide Unterstützungsformen sind barrierefrei zu gestalten, so dass Menschen mit Beeinträchtigungen, die in besonderem Maße auf diese Hilfen angewiesen sind, diese auch unmittelbar in Anspruch nehmen können. Anzeichen dafür, dass dies gelingt, gibt es zwar teilweise, aber die vorliegenden Daten ermöglichen nicht zu beurteilen, ob dies flächendeckend der Fall ist. Auch in diesem Bereich ist nicht mit Indikatoren messbar, ob es Fortschritte der Teilhabe gibt.

7.7 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Sicherheit und Schutz der Person

Zum Zeitpunkt der Erstellung des letzten Teilhabeberichtes lag die Studie zur Betroffenheit behinderter Frauen von sexualisierter und anderer Gewalt bereits vor (Schröttle et al 2012). Diese zeigte erschreckend deutlich, dass das Zusammenspiel von weiblichem Geschlecht und dem Vorliegen einer Beeinträchtigung zu einem dramatischen Anstieg gewaltsamer Handlungen gegen behinderte Frauen führt. Vergleichbare Zahlen für behinderte Männer lagen zum damaligen Zeitpunkt noch nicht vor. Inzwischen wurden jedoch die Ergebnisse der vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Auftrag gegebenen Studie „Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland“ veröffentlicht (Jungnitz et al 2013). Ziel der Studie war „die Auseinandersetzung mit der Frage, ob Behinderungen oder Beeinträchtigungen (auch) bei Männern das Risiko erhöhten, Opfer von Gewalt zu werden“ (ebd.: 8). Der Bericht hält als Ergebnis fest:

> „Männer mit Behinderungen und Beeinträchtigungen waren im Erwachsenenleben körperlicher und psychischer Gewalt deutlich häufiger ausgesetzt als Männer im Bevölkerungsdurchschnitt. Unabhängig von Behinderungen und Beeinträchtigungen widerfährt Männern jedoch deutlich seltener sexuelle Gewalt als Frauen." (Ebd.: 12)

In dieser Studie wurden nur Männer in Privathaushalten befragt. Aufgrund der Gewalt begünstigenden Bedingungen in Einrichtungen (Klauß 2013) kann vermutet werden, dass die Betroffenheit von Gewalt bei dieser Gruppe noch einmal deutlich höher ausfällt. In der Konsequenz bedeutet das, dass nicht nur flächendeckend Maßnahmen zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt an sowie zur Stärkung von behinderten Frauen entwickelt und etabliert werden müssen, sondern grundsätzlich Strategien zur Verhinderung gewaltsamer Übergriffe auf behinderte Menschen jedes Geschlechts benötigt werden.

Ein deutlicher Schritt in Richtung der Gleichstellung vor dem Recht wurde mit der am 7. Juli 2016 beschlossenen Sexualstrafrechtsreform erreicht. Vor der Reform wurde sexualisierte Gewalt an als „widerstandsunfähig" geltenden Personen – und dazu wurden behinderte Opfer sexualisierter Gewalt oftmals gezählt – mit einem geringeren Strafmaß geahndet, seit der Reform gilt hier ein höheres Strafmaß. Damit wurde die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen gestärkt und deutlich gemacht, dass „widerstandsunfähige" Menschen keine Opfer 2. Klasse sind.

Inzwischen sind einige Maßnahmen ergriffen worden, um von (sexualisierter) Gewalt betroffenen behinderten Menschen Unterstützung anzubieten bzw. präventiv zu agieren. So wurde 2013 das bundesweite Notruftelefon in barrierefreier Ausstattung – mit Gebärdendolmetschung, wenn auch nicht rund-um-die-Uhr – gestartet. Die im Bericht zitierten Zahlen zeigen, dass das Telefon auch von behinderten Menschen, überwiegend Frauen, genutzt wird. Unklar ist allerdings, wie hoch die Dunkelziffer bzw. die Quote derjenigen ist, die zwar Gewalt erleben, aber keinen Zugang zum Notruf haben, z.B. weil sie in Einrichtungen keinen freien Zugang zum Telefon haben oder die Täterinnen bzw. Täter ihnen den Zugang verwehren. Es bedarf deshalb begleitender Maßnahmen.

Eine davon ist das Konzept „Frauenbeauftragte in Einrichtungen", das bis jetzt lediglich von einigen Einrichtungen auf freiwilliger Basis umgesetzt wurde. Ab 2017 soll dies in der dann überarbeiteten Werkstättenmitwirkungsverordnung fest verankert sein. Allerdings gibt es am Entwurf der Verordnung Kritik seitens des Weibernetzes[142], das maßgeblich an der Entwicklung des Konzeptes beteiligt war. Damit die Frauenbeauftragten tatsächlich ihrer Aufgabe gerecht werden können wird u.a. gefordert, dass die Frauenbeauftragten ein eigenes Stimmrecht bekommen, dass die Position der Frauenbeauftragten „in Leitlinien und Handlungsrichtlinien der Einrichtung verankert werden" (Weibernetz 2016) und ein Recht auf Schulung in der Verordnung festgeschrieben wird.

---

[142] Weibernetz e.V. ist ein bundesweiter Zusammenschluss behinderter Frauen, der deren politische Vertretung vornimmt.

Für Wohneinrichtungen ist derzeit nichts Vergleichbares geplant; eine Möglichkeit hier könnte ein transparentes bundesweites Beschwerdemanagement sein. Wie der Bericht feststellt, gibt es dies derzeit nicht, da die Bundesländer unterschiedliche diesbezügliche Regelungen haben. Dies wird in den Abschließenden Bemerkungen des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen (im Weiteren „Ausschuss“) thematisiert. Um Abhilfe zu schaffen wird die Bundesrepublik aufgefordert, eine bundesweit einheitliche Strategie für „wirksamen Gewaltschutz von Frauen und Mädchen mit Behinderungen zu gewährleisten“, diese mit ausreichend finanziellen Ressourcen auszustatten und die „unabhängige Bearbeitung von Beschwerden in Einrichtungen sicherzustellen“ (CRPD 2015: 7).

Der Ausschuss bemängelt weiter den mangelnden Schutz der Privatsphäre von in Einrichtungen lebenden behinderten Menschen (ebd.: 6) sowie „fehlende Daten über die nicht freiwillige Unterbringung und Behandlung“ (ebd.: 7). Auch der Teilhabebericht stellt in diesem Kontext zum einen fest, dass die Zahlen der Genehmigungsverfahren zu freiheitsentziehenden Maßnahmen pro tausend Einwohnerinnen und Einwohnern zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich variieren, dass aber andererseits diese Daten auf unterschiedlichen Grundlagen erhoben werden und somit nur begrenzt aussagefähig sind. Zur Behebung dieser Mängel empfiehlt der Ausschuss die Einrichtung einer unabhängigen Enquete, die auch „eine menschenrechtsbasierte Überprüfung der psychiatrischen Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen“ (ebd.: 6) durchführen soll. Weiter verlangt der Ausschuss im Kontext des Artikels 17 UN-BRK, dass psychiatrische Behandlungen zukünftig ausschließlich „auf der Grundlage der freien und informierten Einwilligung“ (ebd.: 7) der Betroffenen durchgeführt werden sollen, sowie die „Wahrung der körperlichen Unversehrtheit von intersexuellen Kindern“ (ebd.).

Eine weitere auf der Basis von Artikel 17 UN-BRK an die Bundesrepublik gerichtete Forderung ist das grundsätzliche Verbot von Sterilisationen und Abtreibungen bei sog. einwilligungsunfähigen Personen. Um auch Sterilisationen von Frauen mit einer sog. geistigen Behinderung effektiv zu verhindern, die mit deren Zustimmung, jedoch nicht im eigentlichen Sinne freiwillig, sondern aufgrund des Drucks ihres Umfeldes erfolgen, müssen diese a) über ihre produktiven Rechte gem. Artikel 23 UN-BRK aufgeklärt, bundesrechtlich ein umfassender Anspruch auf begleitete Elternschaft verankert, flächendeckend Angebote der begleiteten Elternschaft eingerichtet und barrierefreie Zugänge zu unabhängiger Beratung eröffnet werden. Diese Maßnahmen würden in erheblichem Maße dazu beitragen, dass die Entscheidungen für oder gegen eine Sterilisation auf wirklich informierter Basis stattfinden.

In den Bereich des Schutzes vor Gewalt fällt auch der Schutz vor sog. fremdnütziger Forschung. Unter fremdnütziger Forschung wird – im Gegensatz zu eigennütziger – Forschung verstanden, deren Ergebnisse nicht den beforschten Personen zugutekommen. D.h die Probandinnen und Probanden werden hier Gefahren ausgesetzt, ohne dass sie

eine positive Veränderung ihrer gesundheitlichen Situation zu erwarten haben (Graumann 2004). Besonders fragwürdig wird diese, wenn sie an Menschen durchgeführt werden soll, die nicht die für Versuche am Menschen geforderte „informierte Zustimmung" geben können. Die Bioethik-Konvention des Europarates von 1997, die die BRD nicht unterschrieben hat, wollte bereits fremdnützige Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen ermöglichen, was zu heftigen Protesten führte. Die BRK-Allianz führte in Ihrem Alternativbericht von 2013 hierzu aus:

> „Unabdingbare Voraussetzung für Forschung am Menschen muss die freie und informierte persönliche Einwilligung der Versuchsperson (informed consent) nach einer bestmöglichen ärztlichen Aufklärung sein. Das Verbot der fremdnützigen Forschung an Menschen, die keine Zustimmung zu dem Eingriff erteilen, darf nicht durch andere Regelungen aufgeweicht werden. Die Bundesregierung hat auch auf europäischer Ebene für die Schaffung und Aufrechterhaltung dieser Standards einzutreten und hierdurch zu verhindern, dass diese im Zuge von für die BR Deutschland verbindlichen EU-Rechts-Regelungen reduziert werden" (BRK-Allianz 2013: 29).

Nun sieht der aktuelle Entwurf der Bundesregierung für das „Vierte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften" vor, Forschung an Personen zuzulassen, die „Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung" nicht erkennen und somit nicht informiert zustimmen können (Deutscher Bundestag 2016: § 40b Absatz 4). Diese Regelung des Gesetzentwurfes widerspricht einer 2013 vom Bundestag verabschiedeten Erklärung, die sehr klar benennt, dass „(b)ei Forschung an nicht einwilligungsfähigen Erwachsenen ein direkter individueller Nutzen vorauszusetzen (ist)" (Deutscher Bundestag 2013: 3). Mit der im Entwurf vorgesehenen Regelung würde eine besonders vulnerable Gruppe außerhalb derzeit geltender medizinethischer Regelungen gestellt. Auch widerspricht dies Art. 17 der UN BRK, da der „Schutz der Unversehrtheit der Person" dann nicht mehr gewährleistet ist.

Der „Schutz der Unversehrtheit der Person" war auch für diejenigen nicht gewährleistet, die bis Mitte der 1970er Jahre in Psychiatrien oder Einrichtungen der Behindertenhilfe eingesperrt, geschlagen und (sexuell) misshandelt wurden. Bereits 2012 wurde ein Fonds „Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1949 bis 1975" eingerichtet; dieser berücksichtigte jedoch nur diejenigen, die in „Säuglings-, Kinder- und Jugendheimen in der Bundesrepublik Deutschland"[143] Gewalt und Entrechtung erfahren mussten. Erst auf Druck der Verbände und Organisationen behinderter Menschen wurde mit Unterstützung der Beauftragten für die Belange behinderter Menschen, Verena Bentele, ein zweiter Fonds beschlossen, dessen Umsetzung jedoch nur schleppend voranschreitet. So klagt die Vorsitzende des Sprecherrats des Deutschen Behindertenrats

[143] https://www.fonds-heimerziehung.de/. Der Fonds gilt auch für Gewaltopfer der Heime der ehemaligen DDR.

(DBR) in einer Erklärung vom 15.06.2016 über „Verzögerungen und Geschacher um die Finanzierung der Stiftung“ (DBR 2016). In der gleichen Erklärung werden ein unkompliziertes Verfahren zur Glaubhaftmachung erlittenen Leides sowie eine wissenschaftliche Aufarbeitung der Vorkommnisse gefordert. Vor allen Dingen aber müsse die finanzielle Entschädigung – und damit die „sichtbare Anerkennung“ (ebd.) des erlittenen Leides – der des Fonds „Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1949 bis 1975“ entsprechen, alles andere sei eine erneute Diskriminierung.

Nur eine solche Regelung würde auch den Forderungen des Ausschusses der Vereinten Nationen entsprechen, der explizit die Untersuchung der Menschrechtsverletzungen in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung anmahnt (CRPD 2015: 7). Auch macht das lange Schweigen über die dort erlebte Gewalt und die Widerstände bei der Aufarbeitung und Entschädigung noch einmal deutlich, dass es, um zukünftigen andauernden Erfahrungen von Gewalt vorzubeugen, „unabhängiger Beschwerdemechanismen in Einrichtungen“ (ebd.) und deren unabhängiger Bearbeitung bedarf.

Literatur zu diesem Kommentar

BRK-Allianz (2013): Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland, Berlin http://www.brk-allianz.de/attachments/article/93/beschlossene_fassung_final_endglogo.pdf

CRPD Vereinte Nationen, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015): Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, Übersetzung durch die Monitoringstelle, http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/UN-Dokumente/CRPD_Abschliessende_Bemerkungen_ueber_den_ersten_Staatenbericht_Deutschlands_ENTWURF.pdf, (01.08.2016)

Deutscher Behindertenrat (2016): Deutscher Behindertenrat fordert: Neuer Hilfsfonds für ehemalige Heimkinder in Behinderteneinrichtungen und Psychiatrien ohne weitere Verzögerungen und Diskriminierungen, http://www.deutscher-behindertenrat.de/ID183917, (03.08.2016)

Deutscher Bundestag (2013): Antrag der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN EU-weite Regelungen zur Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln – Schutz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sicherstellen, hier: Stellungnahme des Deutschen Bundestages nach Artikel 23 Absatz 3 des Grundgesetzes i.V. m. § 9 des Gesetzes über die Zusammenarbeit von Bundesregierung und Deutschem Bundestag in Angelegenheiten der Europäischen Union, Drucksache 17/12183, http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/121/1712183.pdf

Deutscher Bundestag (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Drucksache 18/8034, http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/080/1808034.pdf

Graumann, Sigrid (2004): Ethik der klinischen Forschung, IMEW konkret Nr. 5, Februar 2004, http://www.imew.de/de/imew-publikationen/imew-konkret/ethik-der-klinischen-forschung/

Jungnitz, Ludger; Puchert, Ralf; Schrimpf, Nora; Schröttler, Monika; Mecke, Daniel; Hornberg, Claudia (2013): Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland, Berlin, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDFPublikationen/Forschungsberichte/fb435.pdf?__blob=publicationFile (25.05.2016)

Klauß, Theo (2013): Theo Klauß: Ab sofort wird alles besser. Möglichkeiten der Gewaltprävention in Einrichtungen der Behindertenhilfe, https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/wp/wp-klauss/Gewalt_und_GB_Rothenburg_2013.pdf, (01.08.2016)

Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia; Glammeier, Sandra; Sellach, Brigitte; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. http://www.aoef.at/images/05_angebot/5-05_studien-zugewalt/Kurzfassung_Studie%20Gewalt%20an%20Frauen%20mit%20Behinderungen,(Kurzfassung) (15.05.2016)

Weibernetz e.V. (2016): Appell an die Bundesregierung! http://www.weibernetz.de/frauenbeauftragte/download/Appell_5_Kernpunkte_WMVO.pdf (15.07.2016)

8. Politische und gesellschaftliche Partizipation

Faktenblatt „Politische und gesellschaftliche Partizipation“

- Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich an der Bundeswahl 2009 beteiligten, war ebenso hoch wie der entsprechende Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen (80% bzw. 81%). An der Bundestagswahl 2013 haben sich 84% der Menschen ohne Beeinträchtigungen beteiligt gegenüber 78% der Menschen mit Beeinträchtigungen.
- Im Jahr 2014 gaben 44% der Menschen mit Beeinträchtigungen an, sich stark für Politik (darunter 11% sehr stark) zu interessieren. Von den Menschen ohne Beeinträchtigungen gab mit 41% ein etwas geringerer Anteil an, sich stark für Politik zu interessieren (darunter 8% sehr stark). Gleichzeitig interessiert sich ein leicht höherer Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen gar nicht für Politik (14%) als dies bei Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall ist (12%).
- Bei einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung kommt politisches Interesse in einer aktiven Beteiligung in Bürgerinitiativen, Parteien oder in der Kommunalpolitik zum Ausdruck. Im Jahr 2013 waren 12% der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in dieser Form häufig oder zumindest ab und zu politisch aktiv.
- In Deutschland engagiert sich ein knappes Drittel (30%) der Menschen ohne Beeinträchtigungen regelmäßig oder gelegentlich in Vereinen oder Verbänden, in sozialen Diensten oder Selbsthilfegruppen. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen engagiert sich mit 25% ein etwas geringerer Anteil. Unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung engagieren sich Männer häufiger als Frauen: 33% der Männer ohne Beeinträchtigungen und 28% der Männer mit Beeinträchtigungen engagieren sich in dieser Form gegenüber 27% der Frauen ohne Beeinträchtigungen bzw. 21% der Frauen mit Beeinträchtigungen.

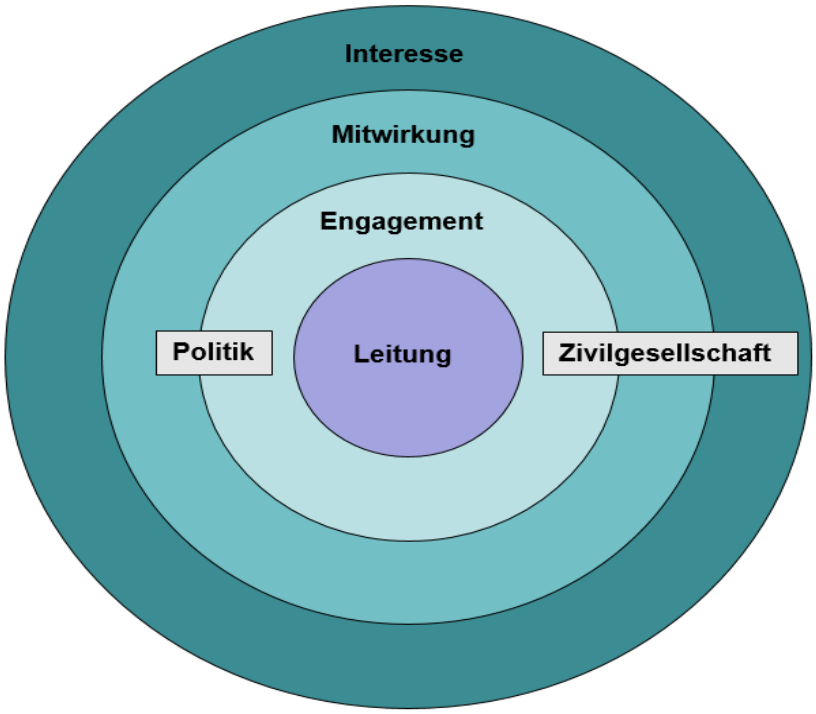
Es ist Aufgabe und Ziel der Politik, das Gemeinwesen zu gestalten, dabei die Interessen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen auszugleichen und damit zur Erhöhung des Gemeinwohls beizutragen (von Prittwitz, 1994: 48). In einem demokratisch verfassten Staat ist diese politische Gestaltungsaufgabe eng verbunden mit Strukturen der Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger. Diese reichen von formalen politischen Organisationen über informelle politische Initiativen bis zu Formen des zivilgesellschaftlichen Engagements, in denen unterschiedliche Bevölkerungsgruppen sich mit ihren Interessen und Gestaltungsvorschlägen einbringen (Weisser; 2012). Als partizipative Strukturen, in denen Mitwirkung organisiert wird, lassen sich unterscheiden:

- Die staatliche Politik, die in Deutschland als repräsentative Demokratie auf den Ebenen des Bundes, der Länder und der Kommunen organisiert ist; diesem Wirkungsbereich sind auch die politischen Parteien mit ihrer Funktion, Interessen zu bündeln und zu organisieren, zuzuordnen.

- Politische Strukturen und Verfahren zur Gestaltung und zur Klärung von Interessenunterschieden in allen gesellschaftlichen Bereichen, z.B. in der Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik mit ihren sozialpartnerschaftlichen Strukturen, in der Bildungspolitik, Gesundheitspolitik und anderen bereichspolitischen Zusammenhängen.
- Vielfältige Formen des zivilgesellschaftlichen Engagements in Vereinen und Verbänden, Kirchen und Bürgerinitiativen bis hin zu Selbsthilfegruppen und engagierten Aktivitäten auf lokaler Ebene.

Grundlegend für eine demokratische Politikgestaltung sind freie Wahlen, bei denen die Bürgerinnen und Bürger sich beteiligen (aktives Wahlrecht) und sich wählen lassen können (passives Wahlrecht). Zu einer aktiven Teilnahme an der Gestaltung des Gemeinwesens gehören darüber hinaus vielfältige Formen des politischen und zivilgesellschaftlichen Engagements. Durch ungehinderten Zugang und tatsächliche Mitwirkungsmöglichkeiten ist eine gleichberechtigte Teilhabe an der politischen und sozialen Gestaltung der Gesellschaft für alle Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten. Dies gilt für alle Formen und Bereiche des Engagements als politisches, soziales, kulturelles Engagement oder Engagement im Sport. Dabei können die einzelnen Tätigkeiten eher helfend und unterstützend sein oder bis zu Vorstands- und Leitungsfunktionen reichen – in jedem Fall werden Lebensbedingungen aktiv mitgestaltet. Abbildung 93 veranschaulicht diese unterschiedlichen Ebenen der politischen und gesellschaftlichen Partizipation.

Abbildung 93 Ebenen der politischen und gesellschaftlichen Partizipation



Quelle: Eigene Darstellung des ISG.

Eine gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen am gesellschaftlichen Leben wird in § 1 und § 4 Absatz 1 Nr. 4 SGB IX in einem engen Zusammenhang mit ihrer Selbstbestimmung gesehen. Um einseitige Perspektiven zu vermeiden, hat der Gesetzgeber an diesen zentralen Stellen das wechselseitige Verhältnis von Selbstbestimmung und Teilhabe betont: Individuelle Selbstbestimmung muss mit gesellschaftlicher Einbindung verknüpft sein, um in den Lebensverhältnissen wirksam werden zu können. Im Rahmen des Leistungsbezugs konkretisiert sich diese Beteiligung unter anderem als Mitwirkung des Leistungsberechtigten an Inhalt und Form der Leistung durch das Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX), und auch die Feststellung des Bedarfs sowie die Teilhabeplanung erfolgen gemäß § 10 Absatz 1 SGB IX unter Einbeziehung der Leistungsberechtigten.

In der Lebenslagenforschung gewinnt der Partizipationsbegriff zunehmend an Bedeutung. Partizipation ist hierbei als gleichberechtigte Teilhabe an sämtlichen Bereichen der Gesellschaft zu verstehen und umfasst somit auch das Recht auf eine aktive Gestaltung der Politik. Die UN-BRK sieht Partizipation als Querschnittsanliegen an und schreibt vor, dass Menschen mit Behinderungen bzw. die sie vertretenden Organisationen aktiv an der Gestaltung und Umsetzung der Konvention zu beteiligen sind (Artikel 4 Absatz 3 UN-BRK). Somit darf kein Gesetz, keine Verwaltungsvorschrift oder Maßnahme entwickelt und durchgeführt werden, ohne Menschen mit Behinderungen umfangreich und aktiv einzubeziehen. In diesem Sinne ist Partizipation als Grundsatz und Strukturprinzip zu verstehen (Hirschberg, 2010).

Das Recht auf Partizipation schließt Menschen aller Altersgruppen ein. In Artikel 4 Absatz 3 UN-BRK wird ausdrücklich auf die Verpflichtung der Vertragsstaaten hingewiesen, auch Kinder mit Behinderungen bzw. die sie vertretenden Organisationen in die Umsetzung der Konvention aktiv einzubeziehen. Dies setzt jedoch voraus, dass der Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen ausreichende Ressourcen und Befugnisse zur Verfügung stehen, um ihre Aufgaben wahrzunehmen, sowie dass ihre Einbindung in politische Abstimmungsprozesse institutionell gesichert ist.

Damit Menschen mit Beeinträchtigungen ihre Anliegen und Interessen in gesellschaftliche Gestaltungsprozesse einbringen können, stehen ihnen – neben den normalen Formen politischer Teilhabe im demokratischen Staat – entsprechende Organisationsformen zur Verfügung (für einen Überblick vgl. Heiden, 2014). Auf den staatlichen Ebenen sind dies Beauftragte und Beiräte für die Belange von Menschen mit Behinderungen.

Eine Voraussetzung für eine effektive politische Teilhabe ist die Informiertheit über politische Themen, Strukturen und Prozesse sowie die Möglichkeit, eigene Interessen und Vorschläge publik machen zu können. Eine zentrale Funktion im System der repräsentativen Demokratie kommt daher der Öffentlichkeit zu. Hier bringen Personen, Gruppen oder Organisationen Themen auf und tauschen Meinungen, Informationen und Argumente aus. Auf diese Weise entstehen öffentliche Meinungen, die den Staat mit Bedürf-

nissen der Gesellschaft konfrontieren (Habermas, 1990: 89). Ein freier Zugang zu Medien wie Printmedien und Hörfunk, Fernsehen und Internet muss daher ermöglicht werden, um an der politischen Gestaltung mitwirken zu können. Artikel 4 Absatz 3 UN-BRK fordert zudem von den Vertragsstaaten, bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung des Übereinkommens enge Konsultationen mit den Menschen mit Behinderungen und ihren Verbänden durchzuführen. Die Vertragsstaaten sind insoweit dazu verpflichtet, aktiv ein Umfeld zu fördern, in dem eine solche Partizipation möglich ist. Dazu gehört auch die Interessenvertretung auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene.

Die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an allen Bereichen des politischen und öffentlichen Lebens ist Gegenstand des Artikel 29 UN-BRK. Dieser enthält die staatliche Verpflichtung, (a) sicherzustellen, dass alle Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen unmittelbar oder durch Vertretungspersonen vermittelt am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können einschließlich des Rechts und der Möglichkeit, selbst zu wählen und sich wählen zu lassen; (b) ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt und ohne Diskriminierung umfassend an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten mitwirken können. Hierzu gehört zum Beispiel das zivilgesellschaftliche Engagement, also die Mitarbeit in nichtstaatlichen Organisationen und Vereinigungen, die sich mit dem öffentlichen und politischen Leben ihres Landes befassen. Ebenso gehört die Bildung von und Mitwirkung in Organisationen dazu, die die Interessen von Menschen mit Beeinträchtigungen auf allen Ebenen vertreten.

In den Abschließenden Bemerkungen des Vertragsausschusses der Vereinten Nationen zum ersten Staatenbericht Deutschlands bemängelt der Ausschuss grundlegend, dass Menschen mit Behinderungen die „sinnstiftende und wirksame Partizipation an ihr Leben berührenden Entscheidungen nicht garantiert wird“ (CRPD, 2015: 2). Er äußert insbesondere Besorgnis über den Ausschluss bestimmter Gruppen von Menschen mit Behinderungen vom allgemeinen Wahlrecht sowie über die praktischen Barrieren für Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung des aktiven Wahlrechts. Dies betrifft Menschen, für die eine gesetzliche Betreuung in allen Angelegenheiten bestellt wurde, sowie Menschen, die sich aufgrund einer Anordnung nach § 63 i.V.m. § 20 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden. Diese Kritik wird auch im Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-BRK formuliert. Darüber hinaus werden auch Schwierigkeiten bei der Ausübung von Ehrenämtern sowie eine mangelhafte Unterstützung von politischen Selbstvertretungsorganisationen genannt (BRK-Allianz 2013: 69 f.).

Mit der Weiterentwicklung des BGG wurden die Rahmenbedingungen für Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen durch gezielte finanzielle Förderung (§19 BGG) verbessert, um ihnen eine umfassendere Teilhabe an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten zu ermöglichen.

In Bezug auf die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich Politik und Öffentlichkeit sind folgende Aspekte zu untersuchen:

- Ausübung des Wahlrechts: Freie Wahlen sind eine grundlegende Voraussetzung für eine demokratische Politikgestaltung. In diesem Zusammenhang ist u.a. zu beleuchten, welche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bei der Ausübung des Wahlrechts bestehen.
- Politisches Interesse, politische Aktivitäten und zivilgesellschaftliches Engagement: Zur aktiven Gestaltung des Gemeinwesens zählen auch eigenes politisches und zivilgesellschaftliches Engagement, und es ist darüber zu berichten, in welchem Ausmaß sich Menschen mit Beeinträchtigungen aktiv politisch und zivilgesellschaftlich engagieren.
- Interessenvertretung: Zur Vertretung ihrer Interessen und Anliegen stehen Menschen mit Beeinträchtigungen verschiedene Organisationsformen zur Verfügung, die in diesem Zusammenhang dargestellt werden.

Die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen werden somit dadurch beeinflusst, welche faktische Möglichkeit sie zur politischen Mitgestaltung haben (8.1), inwieweit sie sich gleichberechtigt mit anderen zivilgesellschaftlich engagieren (8.2) und inwieweit sie gleichberechtigt ihre Interessen vertreten können (8.3).

Artikel 4 UN-BRK: Allgemeine Verpflichtungen

(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern. Zu diesem Zweck verpflichten sich die Vertragsstaaten:

a) alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen;

b) alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen darstellen;

c) den Schutz und die Förderung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen in allen politischen Konzepten und allen Programmen zu berücksichtigen;

d) Handlungen oder Praktiken, die mit diesem Übereinkommen unvereinbar sind, zu unterlassen und dafür zu sorgen, dass die staatlichen Behörden und öffentlichen Einrichtungen im Einklang mit diesem Übereinkommen handeln;

e) alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung aufgrund von Behinderung durch Personen, Organisationen oder private Unternehmen zu ergreifen;

f) Forschung und Entwicklung für Güter, Dienstleistungen, Geräte und Einrichtungen in universellem Design, wie in Artikel 2 definiert, die den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen mit möglichst geringem Anpassungs- und Kostenaufwand gerecht werden, zu betreiben oder zu fördern, ihre Verfügbarkeit und Nutzung zu fördern und sich bei der Entwicklung von Normen und Richtlinien für universelles Design einzusetzen;

g) Forschung und Entwicklung für neue Technologien, die für Menschen mit Behinderungen geeignet sind, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien, Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien, zu betreiben oder zu fördern sowie ihre Verfügbarkeit

und Nutzung zu fördern und dabei Technologien zu erschwinglichen Kosten den Vorrang zu geben;

h) für Menschen mit Behinderungen zugängliche Informationen über Mobilitätshilfen, Geräte und unterstützende Technologien, einschließlich neuer Technologien, sowie andere Formen von Hilfe, Unterstützungsdiensten und Einrichtungen zur Verfügung zu stellen;

i) die Schulung von Fachkräften und anderem mit Menschen mit Behinderungen arbeitendem Personal auf dem Gebiet der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu fördern, damit die aufgrund dieser Rechte garantierten Hilfen und Dienste besser geleistet werden können.

(2) Hinsichtlich der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte verpflichtet sich jeder Vertragsstaat, unter Ausschöpfung seiner verfügbaren Mittel und erforderlichenfalls im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit 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.

(3) Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv ein.

(4) Dieses Übereinkommen lässt zur Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Behinderungen besser geeignete Bestimmungen, die im Recht eines Vertragsstaats oder in dem für diesen Staat geltenden Völkerrecht enthalten sind, unberührt. Die in einem Vertragsstaat durch Gesetze, Übereinkommen Verordnungen oder durch Gewohnheitsrecht anerkannten oder bestehenden Menschenrechte und Grundfreiheiten dürfen nicht unter dem Vorwand beschränkt oder außer Kraft gesetzt werden, dass dieses Übereinkommen derartige Rechte oder Freiheiten nicht oder nur in einem geringeren Ausmaß anerkennen.

(5) Die Bestimmungen dieses Übereinkommens gelten ohne Einschränkung oder Ausnahme für alle Teile eines Bundesstaats.

Artikel 29 UN-BRK: Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben

(1) Die Vertragsstaaten garantieren Menschen mit Behinderungen die politischen Rechte sowie die Möglichkeit, diese gleichberechtigt mit anderen zu genießen, und verpflichten sich,

a) sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können, sei es unmittelbar oder durch frei gewählte Vertreter oder Vertreterinnen, was auch das Recht und die Möglichkeit einschließt, zu wählen und gewählt zu werden; unter anderem

i) stellen sie sicher, dass die Wahlverfahren, -einrichtungen und -materialien geeignet, zugänglich und leicht zu verstehen und zu handhaben sind; ii) schützen sie das Recht von Menschen mit Behinderungen, bei Wahlen und Volksabstimmungen in geheimer Abstimmung ohne Einschüchterung ihre Stimme abzugeben, bei Wahlen zu kandidieren, ein Amt wirksam innezuhaben und alle öffentlichen Aufgaben auf allen Ebenen staatlicher Tätigkeit wahrzunehmen, indem sie gegebenenfalls die Nutzung unterstützender und neuer Technologien erleichtern;

iii) garantieren sie die freie Willensäußerung von Menschen mit Behinderungen als Wähler und Wählerinnen und erlauben zu diesem Zweck im Bedarfsfall auf Wunsch, dass sie sich bei der Stimmabgabe durch eine Person ihrer Wahl unterstützen lassen;

b) aktiv ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten mitwirken können, und ihre Mitwirkung an den öffentlichen Angelegenheiten zu begünstigen, unter anderem

i) die Mitarbeit in nichtstaatlichen Organisationen und Vereinigungen, die sich mit dem öffentlichen und politischen Leben ihres Landes befassen, und an den Tätigkeiten und der Verwaltung

politischer Parteien; ii) die Bildung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen, die sie auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene vertreten, und den Beitritt zu solchen Organisationen.

8.1 Politische Beteiligung

8.1.1 Wahlrecht und Wahlbeteiligung

Die Möglichkeit, politische Repräsentantinnen und Repräsentanten zu wählen und selbst als gewählte Repräsentantin oder gewählter Repräsentant an der Gestaltung von Politik und Gesellschaft mitzuwirken, stellt ein Grundrecht der deutschen Staatsbürgerinnen und Staatsbürger dar, das in Artikel 38 (Bundesebene) und Artikel 28 (Ebene der Länder und Kommunen) Grundgesetz verankert ist. Nach dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Allgemeinheit der Wahl steht in Deutschland Menschen mit Beeinträchtigungen selbstverständlich das aktive und passive Wahlrecht zu.

Die Beteiligung an Wahlen ist eine grundlegende Möglichkeit der politischen Mitgestaltung. Damit auch Menschen mit Beeinträchtigungen diese Möglichkeit nutzen können, sind ein barrierefreier Zugang zu Informationen, Wahlveranstaltungen, Wahllokalen etc. einschließlich ggf. notwendiger Assistenz sicher zu stellen. Die Bundeswahlordnung sieht vor, die Wahlberechtigten in schriftlicher Form darüber zu informieren, ob der zugeordnete Wahlraum barrierefrei ist und darüber hinaus Hinweise darauf zu geben, wo Wahlberechtigte Informationen über barrierefreie Wahlräume und Hilfsmittel erhalten können (§19 BWO).

Bei der Bundestagswahl 2013 wurde ein barrierefreier Zugang zu Informationen und Wahlveranstaltungen ansatzweise umgesetzt, indem eine Informationsbroschüre zur Wahl in leichter Sprache erstellt und bundesweit über die Blindenverbände Wahlschablonen herausgegeben wurden, um blinde und hochgradig sehbehinderte Personen bei der Inanspruchnahme ihres Wahlrechts zu unterstützen.[144]

Die Bekanntheit und Verfügbarkeit solcher Unterstützungsformen ist jedoch noch unzureichend. Auch dies kann ein Grund für die geringere Wahlbeteiligung insbesondere von jüngeren Menschen mit Beeinträchtigungen im Vergleich zu gleichaltrigen Menschen ohne Beeinträchtigungen sein (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013: 246). Im Rahmen des SOEP wurden in den Befragungswellen 2010 und 2014 die Teilnehmenden zu den jeweils letzten Bundestagswahlen (September 2009 und 2013) befragt.[145]

---

144 Broschüre „Wählen ist einfach: Die Bundestagswahl“, siehe http://www.behindertenbeauftragte.de/DE/Themen/Barrierefreiheit/Wahlen/Wahlen_node.html

145 Die Fragestellung zur Bundestagswahl wurde in der Befragungswelle 2014 allerdings so verändert, dass eine Fortschreibung seit 2010 nicht ohne Weiteres möglich ist. In der SOEP-Befragungswelle 2010 wurde allgemein nach der Teilnahme an der Bundestagswahl 2009 gefragt. In der Befragungswelle des SOEP 2014 wurde nicht allgemein nach der Teilnahme

Das Niveau der Wahlbeteiligung ist auf den verschiedenen politischen Ebenen unterschiedlich ausgeprägt: Bei Bundestagswahlen ist die Wahlbeteiligung generell höher als bei Wahlen auf der Landes- und kommunalen Ebene; am niedrigsten ist sie bei Wahlen zum Europäischen Parlament.[146] Daher kann sich eine Zeitreihenbetrachtung nur auf die gleiche politische Wahlebene beziehen (hier: Bundestagswahlen).

Vom aktiven und passiven Wahlrecht ausgeschlossen sind nach bundesdeutschem Recht Personen, für die durch richterliche Entscheidung im Einzelfall ein Betreuer oder eine Betreuerin zur Besorgung aller Angelegenheiten nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt wurde (§ 13 Nr. 2 in Verbindung mit § 15 Absatz 2 Nr. 1 Bundeswahlgesetz - BWG). Weiterhin sind Personen ausgeschlossen, die sich aufgrund einer Anordnung nach § 63 i.V.m. § 20 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden (§ 13 Nr. 3 BWG).

Der Ausschluss dieser Personen vom allgemeinen Wahlrecht ist umstritten. Der Vertragsausschuss der Vereinten Nationen kritisiert in Bezug auf Artikel 29 UN-BRK diese Einschränkung im deutschen Wahlrecht und empfiehlt, alle Gesetze und sonstigen Vorschriften aufzuheben, durch die Menschen mit Behinderungen das Wahlrecht vorenthalten wird, Barrieren abzubauen und angemessene Unterstützungsmechanismen einzurichten (CRPD, 2015: 10). Er teilt damit die bereits seit längerem formulierten Forderungen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Palleit, 2010), die Empfehlungen des Parallelberichts (DIMR, 2015a: 28 f.) und die Forderungen der BRK-Allianz (ebd., 2013: 69 f.).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat im Rahmen des Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-BRK (NAP) und in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium des Inneren und dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz die Durchführung einer Studie zu den Wahlrechtsauschlüssen beauftragt. Ziel der Studie war es zu erfahren, welche Personenkreise in welchem Ausmaß nach § 13 Bundeswahlgesetz (BWG) von den Wahlrechtsausschlüssen betroffen sind sowie ob die Anknüpfung von Wahlrechtsausschlüssen an die dauerhafte richterliche Anordnung der Betreuung in allen Angelegenheiten bzw. an die richterliche Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 i.V.m. § 20 StGB in praktischer und rechtlicher Hinsicht erforderlich und gerechtfertigt ist. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass insgesamt 84.550 Personen (dies entspricht 0,83% der Menschen mit Behinderung bzw. 0,14% der Wahlberechtigten) nach § 13 BWG vom Wahl-

gefragt, sondern nach den Parteien, die gewählt wurden, weitere Antwortoptionen waren „nicht gewählt“ sowie „nicht wahlberechtigt“.

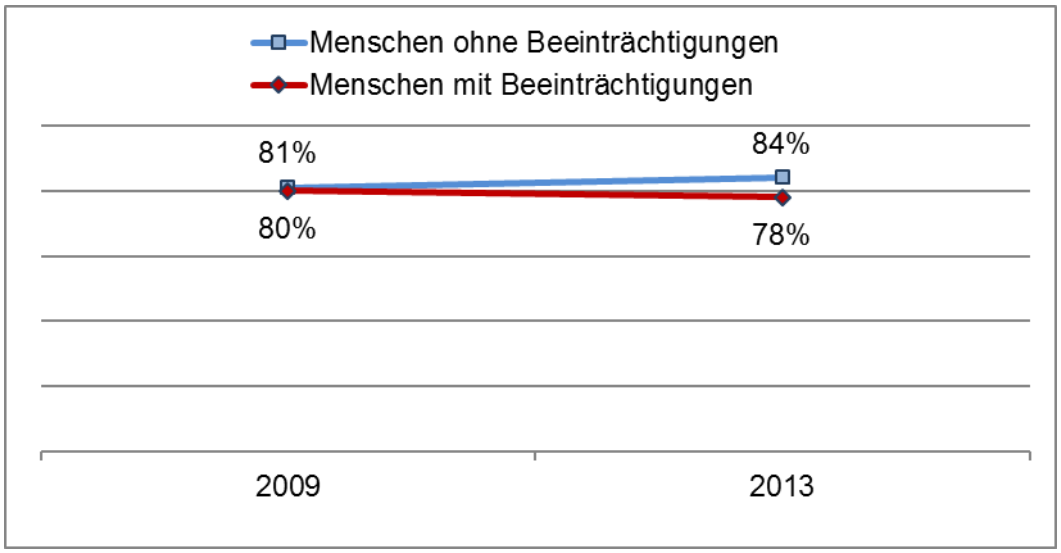
146 Die Wahlbeteiligung lag bei der Bundestagswahl 2013 bei 71,5%, bei den jeweils letzten Landtagswahlen zwischen 2011 und 2015 bei 57,8% (ungewichteter Durchschnitt) und bei der Wahl zum Europäischen Parlament 2014 bei 48,1%; Statistisches Bundesamt (2015b: 289-294), Berechnung des ISG.

recht ausgeschlossen sind (Lang et al., 2016). Bei der überwiegenden Zahl (81.220 Personen) handelt es sich um Menschen, die unter „dauerhafter Vollbetreuung“ stehen (§ 13 Nr. 2 BWG). 3.330 Personen, die sich aufgrund einer Anordnung nach § 63 i.V.m. § 20 des Strafgesetzbuches in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden, sind ebenfalls vom Wahlrecht ausgeschlossen (§ 13 Nr. 3 BWG). Dabei zeigt die Studie große Unterschiede zwischen den Ländern auf. Nach Einschätzung der Autoren erfordert die geltende Rechtslage weder verfassungsrechtlich (insb. unter Würdigung von Art. 38 Abs. 1 S. 1 GG i.V.m. Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG) noch völkerrechtlich, d.h. unter Berücksichtigung der Regelungen der UN-BRK (insb. Art. 29) eine Anpassung des nationalen Rechts. Gleichwohl sehen die Autoren Möglichkeiten, die geltende Rechtslage weiterzuentwickeln.

Wahlbeteiligung

An der Bundestagswahl 2009 beteiligten sich 80,5% der Wahlberechtigten, die in der SOEP-Befragungswelle 2010 danach gefragt wurden, während sich 19,5% der Befragten nicht an dieser Wahl beteiligten. Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich an der Wahl beteiligten, war mit 80% in etwa ebenso hoch wie der entsprechende Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen von 81% (Abbildung 94). An der Bundestagswahl 2013 haben sich 84% der Menschen ohne Beeinträchtigungen beteiligt gegenüber 78% der Menschen mit Beeinträchtigungen (SOEP 2014). Die Wahlbeteiligung der Menschen ohne Beeinträchtigungen ist somit von 2009 bis 2013 leicht angestiegen (81% gegenüber 84%), während die Wahlbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen in diesem Zeitraum leicht zurückgegangen ist (80% gegenüber 78%). Die Differenz zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen im Hinblick auf die Wahlbeteiligung ist auf rd. 6 Prozentpunkte gestiegen.

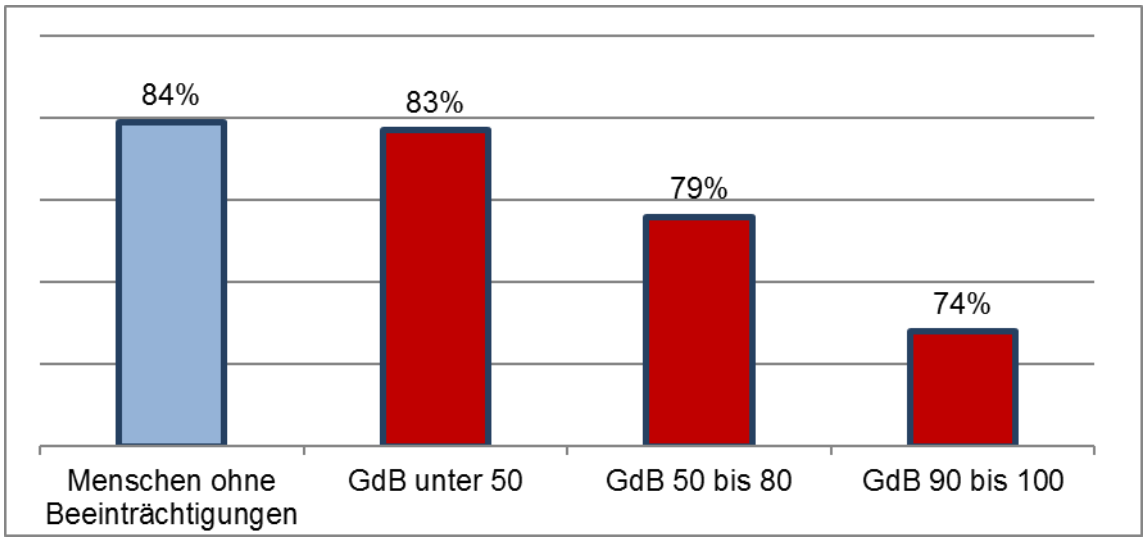
Abbildung 94 Beteiligung an den Bundestagswahlen 2009 und 2013



Quelle: SOEP 2010, 2014 (gewichtet), Berechnungen des ISG.

Mit zunehmendem Grad der Behinderung nimmt die Wahlbeteiligung ab (Abbildung 95). Der Anteil der Menschen mit einem GdB von 90 oder 100, die sich an der Bundestagswahl 2013 beteiligt haben, beträgt 74% und liegt damit um 10 Prozentpunkte unter der Wahlbeteiligung der Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 95 Beteiligung an der Bundestagswahl 2013 nach GdB



Quelle: SOEP 2014 (gewichtet); Berechnungen des ISG.

Männer beteiligen sich etwas stärker an Wahlen als Frauen (Tabelle 107). Bei Menschen ohne Beeinträchtigungen beträgt der Unterschied nach Geschlecht im Jahr 2013 lediglich einen Prozentpunkt (84% gegenüber 83%), bei Menschen mit Beeinträchtigungen beträgt er 3 Prozentpunkte (80% gegenüber 77%).

Tabelle 107: Beteiligung an der Bundestagswahl 2009 und 2013 nach Geschlecht, Alter, Bildungsabschluss und GdB

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
Bundestagswahl	2009	2013	2009	2013
Insgesamt	81%	84%	80%	78%
Geschlecht				
Männer	82%	84%	82%	80%
Frauen	80%	83%	78%	77%
Alter:				
18 bis 44	76%	78%	68%	62%
45 bis 64	83%	85%	80%	75%
65 und älter	88%	92%	83%	84%
Bildungsabschluss				
niedrige Bildung	65%	70%	70%	67%
mittlere Bildung	79%	82%	80%	78%
höhere Bildung	93%	93%	91%	90%
anerkannte Behinderung				
GDB unter 50			85%	83%
GDB 50 bis 80			82%	79%
GDB 90 bis 100			72%	74%

Quelle: SOEP 2010, 2014 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Jüngere Menschen beteiligen sich in geringerem Maße an Wahlen als ältere Menschen, und in jeder Altersgruppe ist die Wahlbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen niedriger als die der Menschen ohne Beeinträchtigungen, auch wenn nur Personen in Privathaushalten berücksichtigt werden. Die Wahlbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen steigt von 62% der 18- bis 44-Jährigen über 75% der 45- bis 64-Jährigen auf 84% der Älteren ab 65 Jahren an. Durchgehend über alle Altersgruppen bleibt aber der Abstand zwischen der Wahlbeteiligung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bestehen: Die Wahlbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen ist bei den 18- bis 44-Jährigen um 16 Prozentpunkte niedriger als die der Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen. Mit steigendem Alter verringert sich dieser Unterschied, doch auch im Seniorenalter ist die Wahlbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen um 8 Prozentpunkte niedriger als die der Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen.

Ein deutlicher Unterschied in der Wahlbeteiligung besteht auch nach dem Bildungsgrad. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen mit niedrigem Bildungsabschluss haben sich 67% an der Bundestagswahl beteiligt, von denen mit einem mittleren Bildungsabschluss 78% und von denen mit Hochschulabschluss 90%. Diese Tendenz ist bei Menschen

ohne Beeinträchtigungen ähnlich, deren Wahlbeteiligung bei niedriger und höherer Bildung um 3 Prozentpunkte, bei mittlerer Bildung um 4 Prozentpunkte über derjenigen der Menschen mit Beeinträchtigungen liegt.

Die Wahlbeteiligung von Menschen mit anerkannter Behinderung beträgt 83% bei einem GdB unter 50 und 79% bei einem GdB von 50 bis 80. Ab einem GdB von 90 bis 100 geht sie auf 74% zurück. Aus welchen Gründen Menschen mit Beeinträchtigungen ggf. nicht wählen, ist nicht bekannt. An einem geringeren Interesse an Politik liegt dies wohl eher nicht, denn Menschen mit Beeinträchtigungen interessieren sich ebenso für Politik wie Menschen ohne Beeinträchtigungen (s. u. Abschnitt 8.1.2). Es liegen keine repräsentativen Daten darüber vor, ob es bei der Bundestagswahl 2013 in Bezug auf die Barrierefreiheit Schwierigkeiten gegeben hat, die Wahlkabine zu erreichen, barrierefreie Wahlunterlagen zu erhalten oder eine Assistenz bei der Stimmabgabe mitnehmen zu können.[147] Gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass das Thema Barrierefreiheit eine Rolle bei der Nichtbeteiligung gespielt hat. Schließlich gibt es auch keine Informationen darüber, welche Schwierigkeiten bestehen, im Vorfeld einer politischen Wahl an adäquate Informationen, etwa in leichter Sprache, Gebärdensprache oder mittels Untertiteln und Audiodeskription, zu gelangen. Dies kann erst durch eine repräsentative Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen ermittelt werden.

In Bezug auf die geringere Wahlbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist auf den Zusammenhang zwischen politischer Beteiligung und sozialer Ungleichheit hinzuweisen, der in der Partizipationsforschung vielfach belegt wurde. So beteiligen sich Personen mit niedrigerem sozialem Status in geringerem Maße an politischen Diskussions- und Entscheidungsprozessen. Diese ungleiche politische Beteiligung kann wiederum dazu führen, dass sich soziale Ungleichheiten weiter verstärken (Nieß, 2016). Auch weitere Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass das Vorliegen einer Beeinträchtigung immer nur in Verbindung mit anderen Merkmalen wie z.B. Alter, Geschlecht und Bildungsstand betrachtet werden sollte, wenn die politische Partizipation von Menschen mit Beeinträchtigungen erörtert wird (Waldschmidt, 2009: 145).

8.1.2 Interesse an Politik und eigene politische Aktivitäten

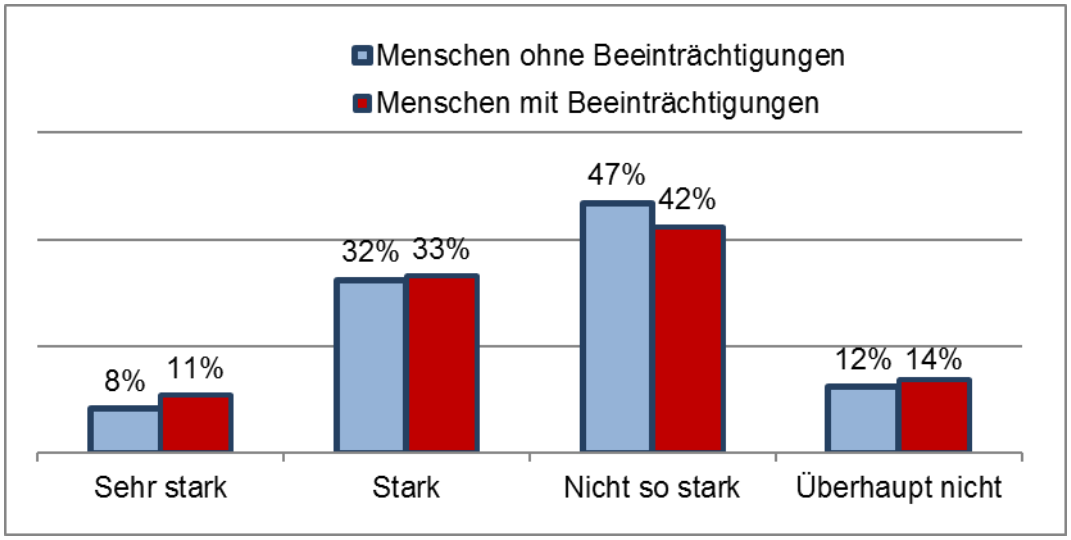
Interesse an Politik

Politisches Engagement wird von dem Interesse an Politik getragen. Aus diesem Interesse heraus informiert man sich über politische Entwicklungen und beteiligt sich aktiv an deren Gestaltung. Daher ist ein ungehinderter Zugang zu Informationen eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich politisches Interesse entwickeln kann. Zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die mit Haushaltsbefragungen erreicht werden,

[147] Einzelberichte über solche Barrieren finden sich in der Presse und auf den Webseiten der Behindertenverbände, z.B. http://www.maz-online.de/Brandenburg/Behinderte-am-Urnengang-gehindert.

gibt es in dieser Hinsicht nur geringfügige Unterschiede. Im Jahr 2014 interessierten sich 44% der Menschen mit Beeinträchtigungen stark für Politik (darunter 11% sehr stark) und damit etwas mehr als Menschen ohne Beeinträchtigungen, von denen sich 41% stark für Politik interessierten (darunter 8% sehr stark; Abbildung 96). Gleichzeitig interessiert sich ein leicht höherer Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen gar nicht für Politik (14%) als dies bei Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall ist (12%).

Abbildung 96: Interesse an Politik



Quelle: SOEP 2014 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Männer interessieren sich stärker für Politik als Frauen, dies gilt für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in gleichem Maße. Der Grad der Behinderung hat keinen Einfluss auf das Interesse an Politik. Eine Analyse nach dem Alter zeigt, dass Menschen in höherem Alter stärker an Politik interessiert sind als die Jüngeren und dass Menschen mit Beeinträchtigungen etwas weniger an Politik interessiert sind als die jeweils Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen. Das insgesamt höhere Interesse an Politik von Menschen mit Beeinträchtigungen ist somit auf einen Demografieeffekt zurückzuführen, weil der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen in den älteren Kohorten höher ist als in den jüngeren Alterskohorten.

Im Zeitverlauf seit 2010 ist das Interesse an Politik in allen betrachteten Alterskohorten gestiegen (Tabelle 108). Bei den Menschen mit Beeinträchtigungen sind dabei über alle Alterskohorten hinweg recht geringfügige Steigerungen zu verzeichnen. Bei den älteren Menschen ohne Beeinträchtigungen sind diese Steigerungen höher, so dass sich Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bezogen auf die Intensität ihres politischen Interesses aneinander angeglichen haben.

Tabelle 108: Starkes Interesse an Politik nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und GdB

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Insgesamt	36%	37%	41%	41%	42%	44%
Alter						
18 bis 49	30%	31%	35%	31%	31%	33%
50 bis 64	40%	41%	44%	36%	37%	38%
65 bis 79	51%	50%	58%	49%	51%	54%
80 und älter	43%	49%	57%	49%	48%	51%
Geschlecht						
Männer	46%	47%	52%	49%	50%	53%
Frauen	26%	27%	31%	34%	34%	35%
mit Migrationshintergrund						
	39%	39%	43%	43%	43%	45%
anerkannte Behinderung						
GdB unter 50				40%	40%	45%
GdB 50 - 80				44%	45%	45%
GdB 90 bis 100				37%	38%	44%

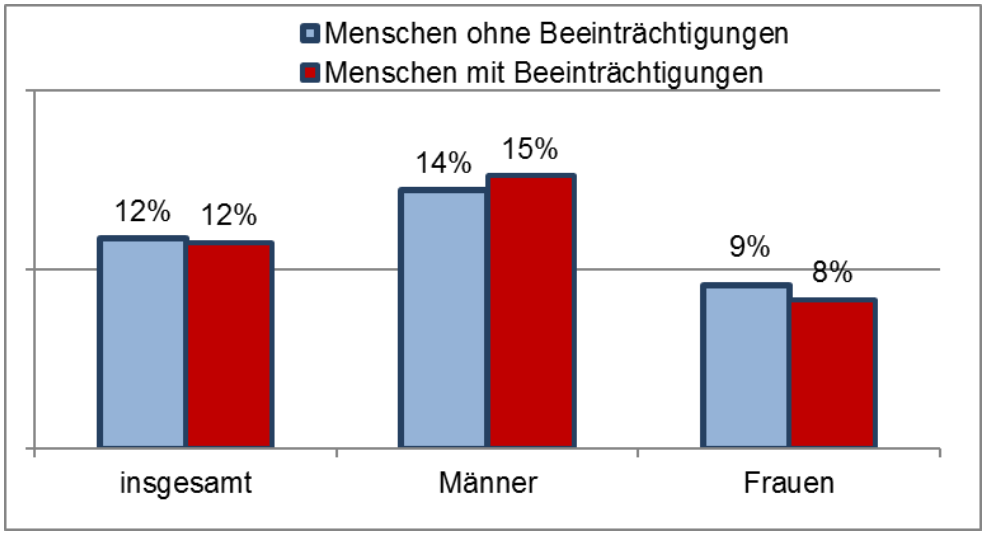
Quelle: SOEP Befragungswellen 2010, 2012, 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass sich Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt in etwas stärkerem Maße für Politik interessieren als Menschen ohne Beeinträchtigungen, was auch darauf zurückzuführen ist, dass Menschen mit Beeinträchtigungen durchschnittlich älter sind.

Eigene politische Aktivitäten

Bei einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung kommt politisches Interesse in einer aktiven Beteiligung in Bürgerinitiativen, Parteien oder in der Kommunalpolitik zum Ausdruck. Im Jahr 2013 waren etwa 12% der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in dieser Form häufig oder zumindest ab und zu politisch aktiv (Abbildung 97). Männer sind dabei aktiver als Frauen, wobei auch hier keine signifikanten Unterschiede bezogen auf Beeinträchtigungen bestehen.

Abbildung 97: Politische Beteiligung in der Freizeit

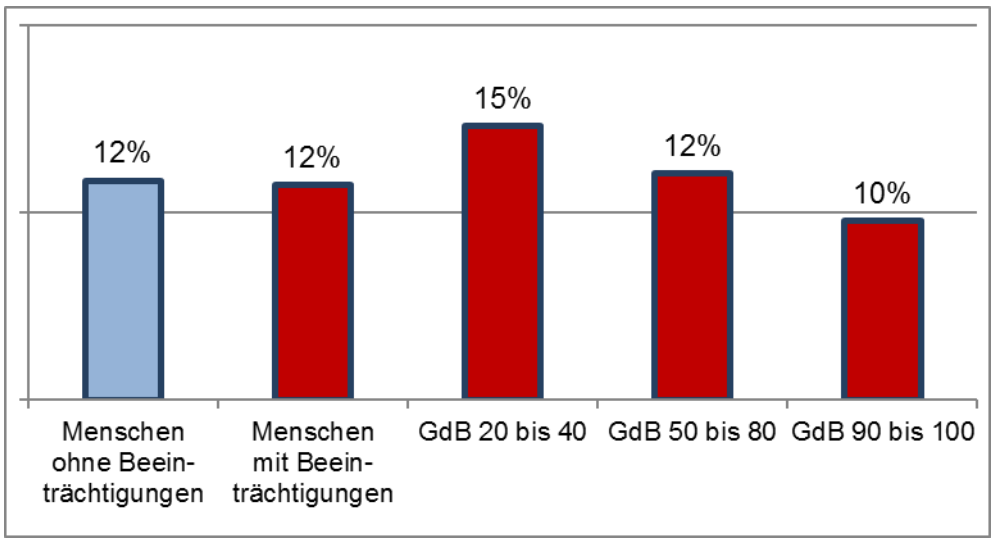


Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012 und 2013 (gewichtet), die Unterschiede sind durchgängig nicht signifikant; Berechnung des ISG.

Eine Differenzierung nach dem Alter zeigt, dass sich Menschen mittleren Alters zu höheren Anteilen politisch beteiligen als die jüngeren und die hochbetagten Menschen. Auch hier bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den jeweiligen Gleichaltrigen mit und ohne Beeinträchtigungen.

Die politische Beteiligung von Menschen mit einer anerkannten Behinderung hängt auch vom Grad der Behinderung ab. So sind Menschen mit einer anerkannten Behinderung mit einem GdB unter 50 überdurchschnittlich häufig zumindest gelegentlich politisch aktiv (15%; Abbildung 98). Schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von 50 bis 80 sind mit einem Anteil von 12% durchschnittlich häufig politisch aktiv. Bei den schwerbehinderten Menschen mit einem GdB von 90 oder 100 geht dieser Anteil auf 10% zurück.

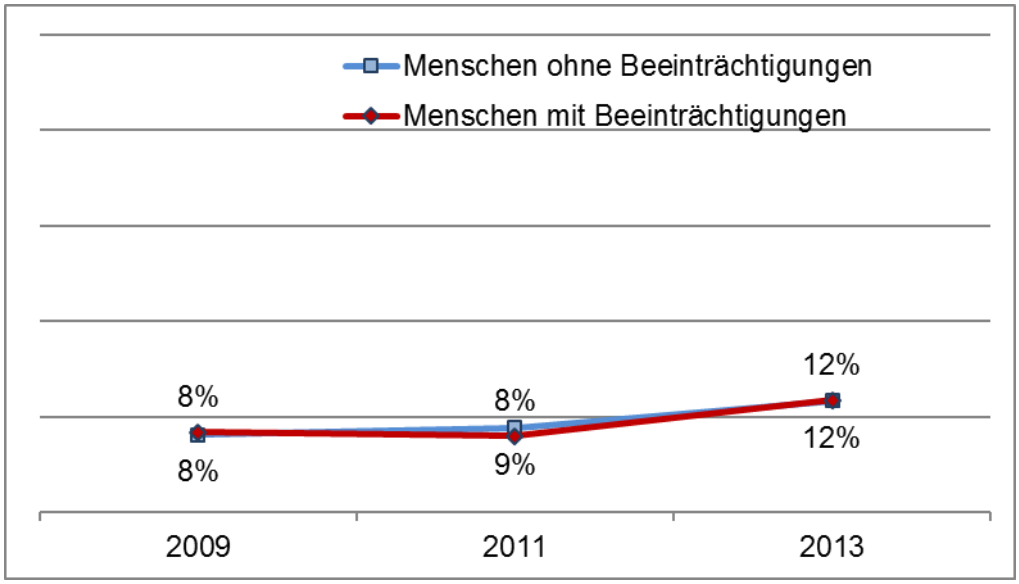
Abbildung 98: Politische Beteiligung in der Freizeit nach GdB



Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012 und 2013 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Seit 2009 hat die Beteiligung an Bürgerinitiativen, Parteien oder an der Kommunalpolitik insgesamt zugenommen (Abbildung 99). Zu diesem Zeitpunkt lag der Anteil der politisch Aktiven noch bei 8%, ebenfalls ohne Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Diese Entwicklung ist bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in gleichem Maße zu beobachten, diesbezüglich bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Abbildung 99: Politische Beteiligung im Zeitverlauf



Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2009/2010, 2011/2012 und 2013/2014 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Innerhalb der politischen Parteien haben Menschen mit Beeinträchtigungen Arbeitskreise aufgebaut mit dem Ziel, die Interessen von Menschen mit Beeinträchtigungen auf unterschiedlichen politischen Ebenen durchzusetzen.[148] Die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen, die politisch aktiv sind und in einer Partei, Gewerkschaft oder Nichtregierungsorganisation mitarbeiten, ist aber nicht bekannt. Ebenso wenig ist bekannt, wie viele Abgeordnete mit Beeinträchtigungen in den Parlamenten von Bund und Ländern sitzen.[149]

---

148 Vgl. etwa die „Arbeitsgemeinschaft selbst aktiv – Menschen mit Behinderungen in der SPD“ unter http://www.selbstaktiv.de/, die „Bundesarbeitsgemeinschaft Behindertenpolitik“ der Grünen unter http://gruene-behindertenpolitik.de/die-bag/, die „Bundesarbeitsgemeinschaft selbstbestimmte Behindertenpolitik“ der Partei Die Linke unter http://www.bag-selbstbestimmte-behindertenpolitik.de/behindertenpolitik/ sowie auf Landesebene das Netzwerk „Menschen mit Behinderung“ der CDU Nordrhein-Westfalen.

149 Die statistische Informationen über die Abgeordneten des Deutschen Bundestags enthalten Angaben zu Alter, Geschlecht, Familienstand, Konfession und Beruf, aber nicht zum Vorliegen einer Beeinträchtigung; vgl. https://www.bundestag.de/bundestag/abgeordnete18/mdb_zahlen.

8.1.3 Zufriedenheit mit dem derzeitigen politischen System

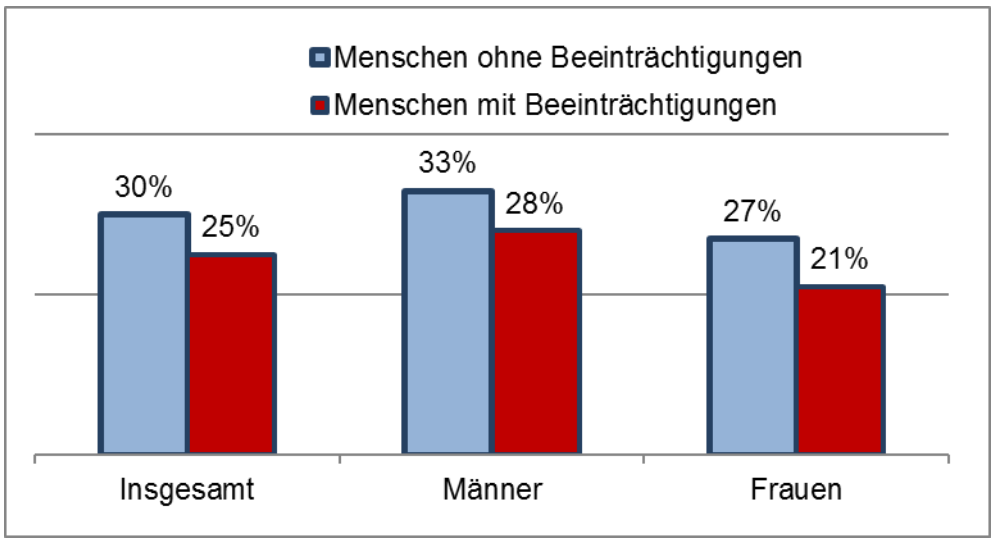
Die Zufriedenheit mit dem derzeitigen politischen System kann als Indikator dafür herangezogen werden, in welchem Maß die Interessen einer Gruppe vertreten werden. Das SOEP der Befragungswelle 2010 enthielt eine Frage zur Zufriedenheit mit der Demokratie in Deutschland. Das Ergebnis war, dass Menschen mit Beeinträchtigungen unzufriedener mit der Demokratie in Deutschland sind als Menschen ohne Beeinträchtigungen. In den Wellen 2012 und 2014 der SOEP-Befragung war diese Frage nicht mehr enthalten, so dass hierzu keine weiteren Aussagen getroffen werden können.

8.2 Zivilgesellschaftliches Engagement

Zivilgesellschaftliches Engagement ist ebenso wie politisches Engagement eine Handlungsform, in der Bürgerinnen und Bürger an der Gestaltung ihrer gesellschaftlichen Lebensverhältnisse mitwirken. Formen des zivilgesellschaftlichen Engagements finden sich in allen Lebensbereichen: z.B. als Elternselbsthilfe im Bildungsbereich, in Form von Gesundheitsselbsthilfegruppen, in Arbeitsloseninitiativen oder in Bürgerinitiativen zur Gestaltung des Wohnquartiers. Die Chancen zu einer Mitgestaltung in diesem Sinne können für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichem Maße bestehen, denn die Motivation zu diesem Engagement wird auch von den Teilhabechancen in den Bereichen Bildung, Einkommen, soziale Netzwerke und Integration ins Wohnquartier beeinflusst. Besonders engagierte Personen sind oft in mehrere gesellschaftliche Bereiche gut eingebunden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013b: 255 f.).

Nach einer Studie im Auftrag des Europäischen Parlaments (ebd., 2011) ist europaweit ein knappes Viertel der Bevölkerung (24%) regelmäßig oder gelegentlich ehrenamtlich aktiv. In Deutschland engagiert sich ein knappes Drittel (30%) der Menschen ohne Beeinträchtigungen regelmäßig oder gelegentlich in Vereinen oder Verbänden, in sozialen Diensten oder Selbsthilfegruppen (Abbildung 100). Von den Menschen mit Beeinträchtigungen engagiert sich mit 25% ein etwas geringerer Anteil. Unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigungen engagieren sich Männer häufiger als Frauen: 33% der Männer ohne Beeinträchtigungen und 28% der Männer mit Beeinträchtigungen engagieren sich in dieser Form gegenüber 27% der Frauen ohne Beeinträchtigungen bzw. 21% der Frauen mit Beeinträchtigungen.

Abbildung 100: Ehrenamtlich Tätige in Vereinen, Verbänden und sozialen Diensten nach Geschlecht



Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2012 und 2013 (gewichtet); Berechnung des ISG.

Auch über alle Altersklassen hinweg engagieren sich Menschen mit Beeinträchtigungen in geringerem Maße in sozialen Organisationen. Ist diese Differenz bei jungen Erwachsenen mit 3 Prozentpunkten noch gering ausgeprägt, nimmt der Abstand mit steigendem Alter über 6 Prozentpunkte der 50- bis 64-Jährigen und 7 Prozentpunkte der 65- bis 79-Jährigen zu. Bei den hochaltrigen Menschen (80 Jahre und älter) nimmt der Anteil der ehrenamtlich Tätigen insgesamt ab: 22% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und 12% der Menschen mit Beeinträchtigungen in dieser Altersklasse sind zivilgesellschaftlich engagiert, die Differenz zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen liegt in dieser Altersgruppe bei 10 Prozentpunkten. Frauen engagieren sich unabhängig vom Vorliegen von Beeinträchtigungen seltener als Männer. Auch Menschen mit Migrationshintergrund engagieren sich seltener ehrenamtlich: 22% derjenigen ohne Beeinträchtigungen und 17% derjenigen mit Beeinträchtigungen sind in dieser Form gesellschaftlich eingebunden. Menschen mit einer anerkannten Behinderung und einem GdB von unter 50 sind mit 29% zu einem etwas höheren Anteil zivilgesellschaftlich engagiert als Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt. Der Anteil der zivilgesellschaftlich engagierten schwerstbehinderten Menschen (GdB 90 bis 100) liegt mit 17% unter diesem Durchschnitt.

Im Zeitraum von 2009 bis 2013 sind die Anteile derjenigen, die sich ehrenamtlich in Vereinen oder Verbänden, in sozialen Diensten oder Selbsthilfegruppen engagieren, in etwa gleich geblieben (Tabelle 109). Die Engagementquoten der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sind von 2009 bis 2011 leicht angestiegen und dann wieder auf das vorherige Niveau zurückgegangen. Die Engagementquoten der Menschen mit Beeinträchtigungen lagen in den Jahren 2009 und 2011 um 7 Prozentpunkte unter denen der Menschen ohne Beeinträchtigungen, im Jahr 2013 hat sich diese Differenz auf 5 Prozentpunkte verringert.

Tabelle 109: Ehrenamtlich Tätige in Vereinen, Verbänden, sozialen Diensten nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und GdB

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2009	2011	2013	2009	2011	2013
Insgesamt	31%	34%	30%	24%	27%	25%
Alter						
18 bis 49	31%	34%	29%	27%	31%	26%
50 bis 64	32%	34%	33%	28%	29%	27%
65 bis 79	31%	34%	32%	25%	30%	25%
80 und älter	19%	21%	22%	11%	12%	12%
Geschlecht						
Männer	33%	35%	33%	28%	31%	28%
Frauen	29%	32%	27%	22%	24%	21%
mit Migrationshintergrund						
	22%	24%	22%	9%	21%	17%
anerkannte Behinderung						
GdB unter 50				30%	33%	29%
GdB 50 bis 80				23%	27%	26%
GdB 90 bis 100				16%	16%	17%

Quelle: SOEP Verknüpfung der Befragungswellen 2009/ 2010, 2011/2012, 2012/ 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Die Gründe für die geringere Beteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen an zivilgesellschaftlichem Engagement können unterschiedlich sein: Menschen mit Beeinträchtigungen haben behinderungsbedingt oftmals weniger Zeit zur freien Verfügung, aber auch fehlende barrierefreie Informationen über Möglichkeiten dieses Engagements sowie Barrieren bei der Zugänglichkeit zu Veranstaltungen oder Sitzungen von Vereinen können eine Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen erschweren.[150] Belastbare Daten zu den Gründen einer Nichtbeteiligung sowie zu Art und Umfang möglicherweise bestehender Schwierigkeiten liegen aber nicht vor. Mit der SOEP-Befragung werden schwer befragbare Personen nicht erreicht, so dass auch auf dieser Basis keine Informationen darüber vorliegen, in welchem Maß sich Menschen mit Beeinträchtigungen, insbesondere mit Schwierigkeiten in der Kommunikation oder mit kognitiven Beeinträchtigungen, ehrenamtlich engagieren (können).

[150] Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e.V. möchte im Rahmen des Projektes „bagfa-Inklusion“ diese Gründe ermitteln und zur Beseitigung von Engagementbarrieren beitragen; vgl. http://bagfa-inklusion.de.

Eine spezifische Form des Engagements, das mit einer Selbstverpflichtung über einen bestimmten Zeitraum verbunden ist, stellen die Freiwilligendienste dar. Zu den seit längerem bestehenden Jugendfreiwilligendiensten „Freiwilliges soziales Jahr“ (FSJ) und „Freiwilliges ökologisches Jahr“ (FÖJ) kam nach Aussetzung des Zivildienstes im Jahr 2011 der Bundesfreiwilligendienst (BFD) hinzu. Während FSJ und FÖJ für junge Menschen unter 27 Jahren offen sind, besteht die Möglichkeit zu einem Engagement im BFD ohne Altersbegrenzung. In einer Evaluation der Freiwilligendienste in den Jahren 2012 bis 2015 wurde ermittelt, dass von den Freiwilligendienstleistenden unter 27 Jahren 1% eine anerkannte Behinderung haben, dies sind etwas weniger als in der gleichaltrigen Bevölkerung. Weitere 2% von ihnen gaben an, eine (noch) nicht anerkannte Behinderung zu haben. Darüber hinaus gaben 7% der Freiwilligen unter 27 Jahren an, eine Teilleistungsschwäche zu haben, darunter 4% eine Lese- oder Rechtschreibschwäche, 2% ein Aufmerksamkeits-Defizit- oder Hyperaktivitäts-Syndrom und 1% eine Rechenschwäche. (Huth et al., 2015: 75f.)

Von den Teilnehmenden ab 27 Jahren haben 11% eine anerkannte Behinderung, dieser Anteil ist etwas höher als in der gleichaltrigen Bevölkerung.[151] Eine nicht anerkannte Behinderung haben darüber hinaus 4% der Freiwilligen ab 27 Jahren. Somit bieten die Freiwilligendienste Menschen mit Beeinträchtigungen auch eine Möglichkeit, sich ehrenamtlich zu engagieren. Ehrenamtliches Engagement kommt auch Menschen mit Beeinträchtigungen zugute: Unter den Zielgruppen der Freiwilligendienste stehen Menschen mit Behinderungen (von 36% der Freiwilligen genannt) an zweiter Stelle (Huth et al., 2015: 129).

Weitere Daten zum zivilgesellschaftlichen Engagement werden im Abstand von fünf Jahren im Rahmen des Freiwilligensurveys erhoben. Neben differenzierten Angaben zur Engagementquote in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen einschließlich des zeitlichen Umfangs dieses Engagements werden auch Motivationen und Potenziale für zukünftiges Engagement erhoben. Zudem werden individuelle Merkmale wie Geschlecht, Alter und Bildung sowie Gesundheit herangezogen, um über gruppenspezifische Engagementquoten zu berichten. Das Vorliegen einer anerkannten Behinderung wird nicht erhoben, aber eine dauerhaft starke Einschränkung im Alltag durch Krankheit. Nach dem Freiwilligensurvey 2014 engagieren sich Personen, die durch Krankheit dauerhaft stark eingeschränkt sind, mit 26% deutlich seltener freiwillig als Personen, die durch Krankheit nicht eingeschränkt sind, mit 47% und als Personen, die keine Erkrankung haben, mit 49%. Im Freiwilligensurvey wird auch erfasst, an welche Zielgruppen das freiwillige Engagement gerichtet ist. In dieser Stichprobe geben von allen Engagierten 11% an, dass sich ihre freiwillige Tätigkeit (auch) an die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen richtet. Freiwillig Engagierte ab 65 Jahren engagieren sich sogar zu 19% Prozent für diese Zielgruppe, 14- bis 29-jährige Engagierte immerhin zu 9%.

---

[151] Eine anerkannte Schwerbehinderung hatten zum Zeitpunkt der Befragung im Alter von 25 bis 69 Jahren 8% der Bevölkerung; vgl. Statistisches Bundesamt (2012).

8.3 Interessenvertretung

Formen der Interessenvertretung

Zur Vertretung ihrer Interessen stehen Menschen mit Behinderung auf allen staatlichen Ebenen Organisationsformen auf gesetzlicher Grundlage zur Verfügung. Nach § 17 BGG bestellt die Bundesregierung für den Zeitraum einer Legislaturperiode eine Beauftragte oder einen Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Deren Aufgabe ist es, „darauf hinzuwirken, dass die Verantwortung des Bundes, für gleichwertige Lebensbedingungen für Menschen mit und ohne Behinderungen zu sorgen, in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens erfüllt wird“ (§ 18 Absatz 1 BGG). Um diese Aufgabe erfüllen zu können, bestehen weiterhin die Verpflichtung aller Bundesministerien zur Einbindung der Beauftragten in alle relevanten Entscheidungen sowie die Verpflichtung aller staatlichen Stellen, die Beauftragten bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen (§ 18 Absatz 2 und 3 BGG). Die Beauftragten sind nicht nur innerhalb der Bundesregierung zentrale Ansprechperson in allen Angelegenheiten, die Menschen mit Beeinträchtigungen berühren, sondern sie sind mit den Verbänden, Selbsthilfegruppen und Organisationen behinderter Menschen vernetzt.[152]

Auch auf den Ebenen der Länder und Kommunen gibt es Beauftragte für die Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen, die meist durch einen Beirat unterstützt werden. Auf diesen Ebenen wirken die Beauftragten auch an der Gestaltung der Lebensbedingungen von Menschen mit Beeinträchtigungen durch Teilhabeplanungen mit (Evers-Meyer, 2012).

Wie gut diese Einbeziehung funktioniert, inwieweit die Beauftragten über ausreichende Ressourcen und Befugnisse verfügen und in welchem Maße ihre Einbindung in politische Abstimmungsprozesse nicht nur formal, sondern auch faktisch umgesetzt wird, ist nicht bekannt, da hierzu nur einzelne qualitative Tätigkeitsberichte, aber keine bundesweiten Daten vorliegen.

Im zivilgesellschaftlichen Rahmen werden die Anliegen und Interessen von Menschen mit Beeinträchtigungen durch Interessenverbände und Selbsthilfeorganisationen oder gewählte Gremien vertreten. Deren Ziel ist es, in allen politischen und gesellschaftlichen Bereichen für eine Verbesserung der eigenen Lebenssituation einzutreten. In dieser Mitwirkung in Form einer selbst aufgebauten, eigenständigen Interessenvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen wird der Leitsatz „Nicht über uns ohne uns“ umgesetzt (Evers-Meyer, 2012: 306). Diese Formen der Interessenvertretung sind im Kontext eines umfassenden Verständnisses von Partizipation als gleichberechtigter Teilhabe in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu sehen (Nieß, 2016: 67 f).

Die größte Dachorganisation zur Interessenvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist die „Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung

[152] http://www.behindertenbeauftragte.de/DE/DieBeauftragte/DieAufgabe/Aufgabe_node.html

und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V." (BAG Selbsthilfe), der bundesweit 116 Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen angehören. Auf Länderebene ist die BAG Selbsthilfe in 13 Landesarbeitsgemeinschaften sowie vier Fachverbände gegliedert.

Die BAG Selbsthilfe, die großen Sozialverbände sowie unabhängige Behindertenverbände haben im Jahr 1999 den Deutschen Behindertenrat gegründet, um die Interessen von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen verbandsübergreifend zu vertreten. Ziel ist es, eine Gleichstellung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen zu erreichen, Diskriminierung entgegenzuwirken und somit eine gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen zu realisieren (Deutscher Behindertenrat, 2013).

Als spezifische Interessenvertretung von Frauen mit Behinderung gibt es seit 1998 bundesweit den Verein Weibernetz e.V. mit dem Ziel, die Lebenssituation von Frauen und Mädchen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen zu verbessern.[153]

Eine weitere Dachorganisation auf Bundesebene wurde im Dezember 2015 mit der „LIGA Selbstvertretung – DPO Deutschland" gegründet, die sich als politische Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen in Deutschland versteht. Dieser Zusammenschluss von zunächst elf bundesweit organisierten Interessenverbänden will für Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit Ansprechpartner sein, um die Umsetzung der UN-BRK zu unterstützen und sich mit gemeinsamen inhaltlichen Stellungnahmen und Positionspapieren zu aktuellen behindertenpolitischen Fragen äußern.

In Betrieben und Behörden des öffentlichen Dienstes sind die Personal- und Betriebsräte grundsätzlich dazu verpflichtet, die Eingliederung von Menschen mit Beeinträchtigungen zu fördern und darauf zu achten, dass die entsprechenden Verpflichtungen der Arbeitgeber eingehalten werden (§ 93 SGB IX). In Betrieben oder Dienststellen mit mindestens fünf Beschäftigten sind gewählte Schwerbehindertenvertretungen vorgesehen, die unter anderem auf die Wahrung der Rechte von Beschäftigten mit Behinderung achten und als Ansprechperson für Beschwerden bereitstehen (§§ 94-97 SGB IX). Über die genaue Zahl der Schwerbehindertenvertretungen in Deutschland liegen keine Statistiken vor. An den Informationsveranstaltungen der Integrationsämter haben im Jahr 2014 insgesamt 44.190 Personen teilgenommen, darunter waren rd. 19.400 Mitglieder von Schwerbehindertenvertretungen (BIH Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2015: 57 f.).

Zur Mitwirkung an der Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Werkstätten für behinderte Menschen gibt es Werkstatträte, die in den Betrieben von den dort Tätigen gewählt werden (§ 139 SGB IX). Menschen mit Beeinträchtigungen, die in stationären

[153] Vgl. http://www.weibernetz.de/ (19.05.2016).

Wohneinrichtungen leben, können Heimbeiräte zur Vertretung ihrer Interessen gegenüber dem Einrichtungsträger wählen. Die gesetzliche Grundlage hierfür bilden die Heimgesetze bzw. Heimmitwirkungsverordnungen auf Länderebene. Wie viele dieser Interessenvertretungen es bundesweit gibt, ist nicht bekannt. Es liegen auch keine Daten darüber vor, wie viele Menschen mit Beeinträchtigungen in betrieblichen oder überbetrieblichen Mitbestimmungsstrukturen aktiv sind.

Zur Interessenvertretung von Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Wohnheimen wohnen oder in Werkstätten arbeiten, wurden im Rahmen eines Modellprojektes des Bundes in den Jahren 2008 bis 2011 „Frauenbeauftragte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und Wohneinrichtungen“ gefördert. Die Projektträger Weibernetz e.V. und Mensch zuerst e.V. fordern nach Abschluss der Erprobung, diese Struktur der Interessenvertretung und Anlaufstellen bundesweit zu implementieren und Frauen aus diesen Einrichtungen durch Schulungen auf diese Aufgabe vorzubereiten (Weibernetz e.V., 2014).

Künftig ist eine verstärkte finanzielle Förderung der Interessenvertretung vorgesehen. Der Bund fördert nach § 19 BGG Maßnahmen insbesondere von Selbstvertretungsorganisationen, die zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten dienen.

Grundsatz umfassender Partizipation

Um Menschen mit Beeinträchtigungen eine eigenverantwortliche Gestaltung der persönlichen Lebensumstände zu ermöglichen, sieht das SGB IX eine personenzentrierte Planung und Koordinierung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vor. In § 9 SGB IX wird ausdrücklich auf das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten verwiesen. Auf Seiten der Menschen mit Beeinträchtigungen kann jedoch ein Mangel an Informationen über diese Rechte und ihre Durchsetzung bestehen, unter anderem auch, wenn Leistungsträger im Rahmen von Beratungen nicht explizit auf das Wunsch- und Wahlrecht hinweisen (zum Bereich der medizinischen Rehabilitation siehe (Ramm, Bendig & Welti, 2011). Auch die sehr geringe Inanspruchnahme von Leistungen in Form des Persönlichen Budgets deutet auf eine unzureichende Bekanntheit dieser Form der Leistungsgewährung hin (siehe auch Abschnitt 4.5.7).

Über die Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe hinausgehend ist auch die kommunale Teilhabeplanung eine wichtige Möglichkeit der Partizipation von Menschen mit Beeinträchtigungen an der Gestaltung ihrer persönlichen Lebensumstände. Nach Artikel 19 Satz 1 c) UN-BRK sind gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen, die der Allgemeinheit offenstehen, so zu gestalten, dass sie den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen entsprechen und somit für alle Menschen gleichberechtigt zur Verfügung stehen. Auch in Artikel 4 Abs. 1 c) UN-BRK wird auf die Bedeutung eines „disability mainstreaming“ hingewiesen. Hierzu ist es notwendig, dass Menschen mit Behinderungen in die Angebots- und Versorgungsplanung in sämtlichen

Lebensbereichen einbezogen werden. Dies schließt neben der Kinder- und Jugendhilfe, der Schulentwicklung, der Gesundheits- und Wohnungspolitik auch die Altenhilfe ein. Eine solche Planung wird jedoch bereits dadurch erschwert, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in kommunalen und regionalen Sozialstatistiken oftmals nicht erfasst werden, so dass es an grundlegenden Informationen zur Angebotsplanung fehlt.

8.4 Teilhabefeld politische und gesellschaftliche Partizipation - Überblick

Eine gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an allen Bereichen des politischen und öffentlichen Lebens ist eine grundlegende Forderung der UN-BRK. Hierzu gehören neben der Möglichkeit zur Ausübung des aktiven und passiven Wahlrechts auch das zivilgesellschaftliche Engagement und die Bildung und Mitwirkung in Organisationen zur Interessenvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Ausgehend von den Forderungen der UN-BRK werden in den folgenden Abschnitten die zentralen Ergebnisse zur Teilhabe im Bereich politische und gesellschaftliche Partizipation zusammenfassend dargestellt und der erreichte Entwicklungsstand der Teilhabe diskutiert.

8.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Politisches und zivilgesellschaftliches Engagement sind Formen der Mitgestaltung der Gesellschaft und damit praktisch gelebte Demokratie. Eine gleichberechtigte Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen an dieser Mitgestaltung ist daher ein zentraler demokratischer Grundwert.

Wahlrecht und Wahlbeteiligung

Eine niedrigschwellige Form der politischen Partizipation stellt die Beteiligung an Wahlen dar. Inwieweit bei Wahlen in Deutschland die Voraussetzungen barrierefreier Information über die wählbaren Parteien, eines barrierefreien Zugangs zu Wahllokalen und ungehinderter bzw. im Bedarfsfall assistierter Stimmabgabe erfüllt waren, lässt sich nur in Einzelfällen, aber nicht empirisch gesichert feststellen. Der rechtliche Wahlausschluss von Menschen mit dauerhafter und umfänglicher Betreuung sowie von Straftätigen, die nach § 20 StGB in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht sind, wird aus Perspektive der UN-BRK stark kritisiert.

Die Beteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen an den Bundestagswahlen 2009 und 2013 ist niedriger als die der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen von Wahlberechtigten ist in diesem Zeitraum größer geworden. Die Wahlbeteiligung jüngerer Menschen ist niedriger als die der Älteren, und die Differenz zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ist bei den Jüngeren besonders ausgeprägt.

Politisches Interesse, eigenes politisches und zivilgesellschaftliches Engagement

Das Interesse an Politik ist dagegen bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ähnlich hoch und hat sich in den vergangenen Jahren aneinander angenähert. Auch die aktive Partizipation in Form politischen Engagements ist gleich ausgeprägt; sie unterscheidet sich zwar stark zwischen Männern und Frauen, aber kaum zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen.

30% der Menschen ohne Beeinträchtigungen sind zumindest gelegentlich zivilgesellschaftlich engagiert gegenüber 25% der Menschen mit Beeinträchtigungen. Auch diese Differenz hat im Zeitverlauf leicht abgenommen. Menschen mit Beeinträchtigungen engagieren sich einerseits aktiv in Freiwilligendiensten und gehören andererseits zu den wichtigsten Zielgruppen dieser Form des Engagements. Nach dem Freiwilligensurvey 2014 sind Menschen mit dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen in deutlich geringerem Maße zivilgesellschaftlich engagiert (26%) als Menschen ohne Erkranungen (49%).

Interessenvertretung

Strukturen der Interessenvertretung gibt es auf unterschiedlichen Ebenen, sie reichen von informellen Initiativen und Selbsthilfeorganisationen bis zu formalen Vertretungsorganen auf der politischen Ebene. Über deren Wirkungen liegen keine Untersuchungsergebnisse oder Einschätzungen vor.

8.4.2 Entwicklung der Teilhabe

Einstellungen und Meinungsäußerungen wie etwa das in diesem Kapitel dargestellte Interesse an Politik werden durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Welche Rolle dabei gesellschaftliche Barrieren spielen, wurde bisher nicht analysiert. Daher erscheinen die empirischen Ergebnisse zum tatsächlichen Partizipationsverhalten als Indikatoren für den Entwicklungsstand der Teilhabe besser geeignet als Einstellungen. Zum unterschiedlichen Partizipationsverhalten liegen folgende Ergebnisse vor:

- Wahlbeteiligung: Menschen mit Beeinträchtigungen nehmen in etwas geringerem Maße an Bundestagswahlen teil als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Da das Niveau der Wahlbeteiligung auch von den Kandidaten und Themen des jeweiligen Jahres abhängen kann, ist als Indikator nicht dieses Niveau, sondern nur die Differenz der Wahlbeteiligung zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen aussagekräftig. Diese Differenz ist von 1 Prozentpunkt bei der Bundestagswahl 2009 (SOEP 2010) auf 6 Prozentpunkte bei der Bundestagswahl 2013 (SOEP 2014) gestiegen, was (unter Absehung von weiteren Faktoren, deren Einfluss nicht bekannt ist) als Verschlechterung des Teilhabestandes gewertet werden kann.
- Aktives politisches Engagement: Die aktive Beteiligung an der politischen Gestaltung der Gesellschaft ist von 8% (SOEP 2009 und 2011) auf 12% (SOEP

2013) gestiegen. Im Hinblick auf das politische Engagement ist dies als Fortschritt zu werten. Im Hinblick auf die Entwicklung der Teilhabe ist dabei entscheidend, dass zu keinem der drei Zeitpunkte eine Differenz zwischen den Quoten des politischen Engagements zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bestanden hat, so dass sich die Lebenssituation beider Personengruppe in dieser Hinsicht nicht nachweislich unterscheidet.

- Aktives zivilgesellschaftliches Engagement: Das Engagement in Vereinen oder Verbänden, in sozialen Diensten oder Selbsthilfegruppen hat sich zwischen 2009 und 2013 nur leicht verändert. Die Engagementquote der Menschen mit Beeinträchtigungen ist zu beiden Zeitpunkten niedriger als die Engagementquote der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die Differenz zwischen beiden Gruppen hat sich aber von 7 Prozentpunkten auf 5 Prozentpunkte verringert, was (unter Absehung von weiteren Faktoren, deren Einfluss nicht bekannt ist) als Verbesserung des Teilhabestandes gewertet werden kann.

Neben diesen quantitativen Entwicklungen könnte eine Aufhebung des Wahlrechtsausschlusses als ein qualitativer Fortschritt der Teilhabe gewertet werden; ob es dazu kommen wird, kann derzeit noch nicht eingeschätzt werden.

Die Situation der Interessenvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen kann lediglich als Strukturindikator, wie viele Vertretungen auf welchen Ebenen eingerichtet sind, beschrieben werden. Diese Feststellung sagt aber nichts über deren Wirksamkeit aus. Besser wäre ein Ergebnisindikator wie die Einschätzung der Wirksamkeit von Strukturen der Interessenvertretung aus Sicht der Menschen mit Beeinträchtigungen; diese könnte im Rahmen des vorgesehenen Teilhabesurveys ermittelt werden.

8.5 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel politische Beteiligung und gesellschaftliche Partizipation

Teilhabe und Mitgestaltung (auf der Basis anerkannter Selbstzuständigkeit) sind tragende Elemente gesellschaftlichen Zusammenlebens (Weinbach 2016); diese erforderliche „volle und wirksame Teilhabe [participation] an der Gesellschaft und Einbeziehung [inclusion] in die Gesellschaft“ wird ausgedrückt in den Grundsätzen des Übereinkommens der UN-BRK (Artikel 3 c). Die UN- BRK spricht im Original von ‚participation‘ und schließt damit an das sozialpolitische Verständnis von Teilhabe an im Sinne des gleichberechtigten Zugangs zu allen gesellschaftlichen Handlungsfeldern sowie zu den Gütern, die für die Lebensführung wichtig sind (soziale Dimension der Teilhabe). Sie hebt aber auch die politische Dimension von Partizipation als Kernbegriff der Demokratie und als Bedingung demokratischer Praxis hervor (Beck 2013): die aktive Teilnahme an und Einflussnahme auf Entwicklungen und Entscheidungen, die das eigene Leben betreffen, über vielfältige Formen der Beteiligung und vor allem von Beteiligungsrechten in Form von Anhörungs-, Mitwirkungs-, Mitbestimmungs- und Selbstbestimmungsrechten. Der Zugang muss also ebenso wie die tatsächliche Ausübung spezifischer individueller

Rechte gewährleistet werden, beispielweise das Recht auf Zugang zur Justiz oder die Ausübung des aktiven und passiven Wahlrechts (Hirschberg 2010: 2). Behinderte Menschen und ihre Organisationen müssen zudem bei der Gestaltung oder Umgestaltung gesellschaftlicher Bereiche wie des Bildungs- oder des Wohnungswesens einbezogen werden (Artikel 4 Absatz 3 UN-BRK). Damit geht es um Teilhaberechte sowie Zugangsmöglichkeiten auf der einen Seite und die Möglichkeit der aktiven Teilnahme, der Mitwirkung und Mitbestimmung, auf der anderen Seite. Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahmen zeigen sich darin, ob und wie Beteiligung ermöglicht wird. Hierin, so die Überzeugung der UN-BRK, kommt die Anerkennung als „Rechtssubjekte und Träger der menschlichen Würde“ (Hirschberg 2010: 3) zum Ausdruck. Partizipation ist entsprechend Grundsatz, Handlungs- und Strukturmaxime der UN-BRK, also „leitend für die Umsetzung der Konvention und das Verständnis der darin enthaltenen Rechte“ (ebd.).

Bürgerinnen und Bürger mit und ohne Beeinträchtigungen sollen u.a. gleichberechtigt teilhaben an den Handlungsfeldern der öffentlichen Meinungsbildung, an allen Institutionen politischen Lebens (wie Parlamente, Parteien, Regierungen), an staatlichen Organisationen oder Vergesellschaftungen (wie Vereinen, Verbänden, Selbsthilfegruppen, Interessenvertretungen, politischen Arbeitskreisen), Initiativen und Vertretungen bzw. Beauftragungen (wie Behindertenbeauftragte, Schwerbehindertenvertretungen) sowie an Mitbestimmungsformen (z.B. als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer u.a. in Betriebs- oder in Werkstatträten oder als Bewohnerinnen und Bewohner in Wohnbeiräten). Faktisch bedeutet dies, in einem „Gegenfeld“ von Armut oder Ausgrenzung müssen alle Bürgerinnen und Bürger sicher Fuß fassen und sich behaupten können sowie gleiche Teilhabechancen haben. Die Ausübung des Wahlrechts ebenso wie von Initiativrechten (Bewegungen bis zu spontanen Kundgebungen oder vielfältigem gesellschaftlichen Engagement) sollten Selbstverständlichkeiten sein, folgt man dem Geist des Artikels 29 UN-BRK.

Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerschaftliches Leben ist eng verwoben mit Teilhabe und Teilnahme, d.h. auch mit dem gleichberechtigten Zugang zu öffentlichen Räumen und Rollen sowie der Möglichkeit, sich hier aktiv beteiligen zu können. Jede Bürgerin und jeder Bürger darf durch eigenes Engagement etwas für die Gemeinschaft bewirken und zugleich erwarten, von anderen in diesem Engagement wahrgenommen, akzeptiert und anerkannt zu werden (BMFSFJ 2012). Entsprechende Bahnungen finden sich in der jüngeren Geschichte der Vereinten Nationen (insbesondere in den 22 Standardregeln zur „Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities“: UN 1993), in der Europäischen Union und in nationalen Diskursen zu Konzepten und Strukturen, die zur Sicherung von Chancengleichheit (equalization of opportunities), Teilhabe (full partizipation), Selbstbestimmung und Lebensqualität (quality of life) führen sollen (Wacker 2011). 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. (Bertmann, Demant

2014). Entsprechend muss – so mehr und mehr die allgemeine Haltung – im Zusammenhang mit der Frage nach den jeweils angemessenen Unterstützungsleistungen der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer und somit Expertinnen und Experten in eigener Sache Rechnung getragen werden, Wirkungen von Maßnahmen sollten über politiknahe Lebensqualitätsforschung erfasst werden. Sollen solche Haltungen und Praxis jedoch empirisch untermauert werden, ergeben sich aktuell Probleme, denn systematische Überprüfungen stehen weitgehend aus.

Allerdings laufen weitreichende Diskurse um das Recht auf Beteiligung an allen teilhaberelevanten Prozessen (Partizipation), d.h. eine reine Delegation der Anliegen von Menschen mit Beeinträchtigungen an demokratisch legitimierte oder selbsternannte Entscheidungsträger gerät mehr und mehr in Kritik, eine reine Zuschauerrolle oder Nehmerinnen- bzw. Nehmerrolle von Sozialleistungen erscheint nicht angemessen. Aus wissenschaftlicher Perspektive wird die Entwicklung partizipativ wirksamer Instrumente vorangebracht (von Unger 2014), die z. B. auch Personenkreise einschließen, die wegen ihrer kognitiven Beeinträchtigungen durch übliche Befragungen schwer erreicht werden (Schäfers 2008).

Zugangsbeschränkungen jeder Art werden kritisch geprüft, denn Herrschaftsverhältnisse lassen sich konkret danach bemessen, wer wie woran beteiligt ist (Weisser 2012: 174). Oder umgekehrt: Nichtbeteiligung weist keineswegs direkt auf Desinteresse hin, sondern kann als Indiz für ungleiche Chancen im sozialen Raum verstanden werden (Bourdieu 1987). Denn partizipatives Verhalten ist keine Eigenschaft einer Person oder Personengruppe, sondern etwas, was sich in Kontexten entwickeln oder misslingen kann (Waldschmidt, Schneider 2007).

Die aktuell vorliegenden Daten zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen weisen weiterhin einen Trend zu scheinbar politischem Desinteresse aus: Dies stellt sich ausgeprägter dar mit einem höheren Grad der Behinderung oder mit jüngerem Lebensalter sowie geringerem Bildungsabschluss. Inwiefern äußere Umstände (bauliche Barrieren oder Informationsdefizite) hier wirken, ist nicht bekannt, sollte aber dringend systematisch erforscht werden. Hier müsste auch, wie dies Nieß (2016) darlegt, Anschluss an die in der politischen Partizipationsforschung diskutierten Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und politischer Beteiligung genommen werden (Nieß 2016: 122). Das Engagementprofil behinderter Menschen reflektiere, so Waldschmidt (2009: 145), „im Wesentlichen die Situation der sozial Benachteiligten“, das „Differenzierungsmerkmal Behinderung“ solle „nicht isoliert, sondern immer nur in Verbindung mit anderen Variablen wie Berufsstatus sowie auch Alter und Geschlecht betrachtet werden“ (ebd. 145).

Insbesondere zur Situation von Menschen mit kognitiven und mehrfachen Beeinträchtigungen können keine empirisch fundierten Aussagen getroffen werden. Für diese Gruppe könnten die Barrieren zur politischen Beteiligung besonders hoch sein, die Ressourcen wiederum sehr gering (Nieß 2016: 14, auch unter Bezug auf den Bericht der

European Union Agency For Fundamental Rights zur politischen Partizipation behinderter Menschen in der Europäischen Union, FRA 2014).

Entsprechendes gilt für die Frage, warum Menschen mit Beeinträchtigungen seltener für ein politisches Engagement zur Verfügung stehen, obwohl sie durchaus politisches Interesse äußern. Vielleicht fände sich ein Zusammenhang dazu, dass im Wettstreit um „die Stimmen des Volkes“ die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen nicht als relevant adressiert wird, obwohl sie eine beträchtliche Anzahl wahlberechtigter Personen umfasst. Es könnte aber ebenso sein, dass bislang kaum gesellschaftliche Teilhabeerwartungen ausdrücklich artikuliert werden, durchaus in Übereinstimmung mit den (für die Entwicklung von Selbstbestimmung und Mitverantwortung wenig förderlichen) gesellschaftlichen Bildern von Menschen mit Beeinträchtigungen (Schmitt 2012). Zahlen zu aktiver Parteiarbeit von Menschen mit Beeinträchtigungen wären zu wünschen. Die geringere Beteiligung an Wahlen und Übernahme politischer Mandate schmälert zweifellos die Chance politischer Einflussnahme auf Themensetzung und Ergebnisse von Aushandlungsprozessen, und dies wirkt zugleich ein auf die Erfahrung von Selbstwirksamkeit (eigener Stärken und Kompetenzen) über Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft Gleichgesinnter oder gleich Interessierter. Je mehr sich allerdings die Übernahme von Mitverantwortung weitgehend auf andere Menschen, die ebenfalls von Beeinträchtigungen und Behinderungen betroffen sind, beschränkt, steigt das Risiko von bleibender Absonderung und nachhaltigem Ausschluss. Damit würde fortgeschrieben, wenn Personen bzw. Nutzerinnen und Nutzer erst über ein Stigma Zugang zu den sozialen Räumen erhalten, in denen sie Akzeptanz und Anerkennung erfahren.

Positiv zu werten ist, wenn sich die in Deutschland für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen engagierten Interessenvertretungen bzw. Behindertenorganisationen auch für das Engagement ihrer Zielgruppen (z. B. in Form von Mitgliedschaften und inneren Interessenvertretungen) öffnen und sie zunehmend an der Lobbyarbeit beteiligen. Aktuell sind hierzu hinreichend aussagekräftige Daten allerdings nicht verfügbar. Ebenso liegen keine empirischen Untersuchungen über die Wirkungen der Gremien- und Lobbyarbeit der Verbände behinderter Menschen vor (Evers-Meyer 2012: 307). Eine empirische Untersuchung der Zugänge zu und der Bedeutsamkeit der Interessenvertretung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Nieß 2016) zeigte anhand von Interviews mit 25 Interessenvertreterinnen und –vertretern aus den Gremientypen Wohnbeirat, Werkstattrat und Selbsthilfegruppen den großen Einfluss des sozialen Umfelds und die durch dieses kommunizierten Erwartungen auf. Von besonderer Relevanz für die Dauerhaftigkeit des politischen Engagements und die subjektive Bedeutsamkeit erweist sich die Erfahrung sozialer Wertschätzung.

Im 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) sowie 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 über die vor Ort vorhandenen Regeleinrichtungen (wie Schulen, Ämter, Stätten der Arbeit und Freizeit, Verkehrsmittel). Diese müssen so angepasst werden, dass sie für eine Vielfaltsgemeinschaft angemessen offen sind, unabhängig beispielsweise von den Formen und Ausprägungen von Beeinträchtigungen Einzelner (Schablon 2008: 302; Wacker 2013). Um Berücksichtigung zu finden, müssen die Interessen behinderter Menschen auf der kommunalen Ebene öffentlich sichtbar sein. Dafür ist eine unabhängige politische Interessenvertretung auf örtlicher Ebene durch die Menschen mit Beeinträchtigungen und ihre Organisationen erforderlich. Die Förderung der Partizipation reicht entsprechend von der Stützung der Selbsthilfe- und Interessenvertretung des Einzelnen über die der Selbsthilfegruppen, Behindertenbeiräte und -beauftragten vor Ort bis zur Interessenvertretung in den kommunalpolitischen Gremien. Formen der Beteiligung wie Anhörungen können aber nur dann ein Mittel zur Interessenartikulation darstellen, wenn sie auch eine Anbindung an kommunale Entscheidungsstrukturen haben, die Ergebnisse dort verbindlich einfließen und wenn andere, ebenfalls von einer Thematik Betroffene oder dafür wichtige Bündnispartner einbezogen sind.

Die UN-BRK gewährleistet in Artikel 7, dass Kinder mit Beeinträchtigungen das Recht haben, „ihre Meinung in allen sie berührenden Angelegenheiten gleichberechtigt mit anderen Kindern frei zu äußern, wobei ihre Meinung angemessen und entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife berücksichtigt wird, und behinderungsgerechte sowie altersgemäße Hilfe zu erhalten, damit sie dieses Recht verwirklichen können“. Die Interessenvertretung und politische Beteiligung von Kindern mit Beeinträchtigungen, sei es im Rahmen kommunaler Kinder- und Jugendbeiräte, in Vereins- oder Verbandsstrukturen oder in den explizit auf Partizipation zielenden Angeboten der Offenen Kinder- und Jugendarbeit ist derzeit ein kaum beachtetes Feld (Beck 2016); Potentiale, aber auch Grenzen inklusiver Jugendverbandsarbeit sind von Voigts (2015) anhand einer qualitativen und quantitativen Studie ausgelotet worden, die insbesondere Zugangsschwellen verdeutlicht und damit wiederum den erheblichen Forschungsbedarf an grundlegenden Kenntnissen über Barrieren und Förderfaktoren der politischen Beteiligung bestätigt.

Dass auf kommunaler Ebene ein Bewusstsein für die politische Beteiligung, für eine Orientierung an Nutzerinnen und Nutzern kommunaler Räume und Strukturen noch weiter wachsen soll, ist ein wichtiges Desiderat für die kommenden Jahre. Die Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben, wie sie in Artikel 29 UN-BRK eingefordert wird und sicherzustellen ist, ist insbesondere bezogen auf die Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten insgesamt noch sehr unklar, auch wenn der Bildung eigener Organisationen nichts entgegenzustehen scheint (Wacker 2014, 2016). Hier sind konkrete Forschungen dringend erforderlich.

Literatur zu diesem Kommentar

Beck, I. (2013): Partizipation – Aspekte der Begründung und Umsetzung im Feld von Behinderung. – Teilhabe 1: 4-11

Beck, I. (2016): Partizipation und Inklusion in der Kinder- und Jugendhilfe. – In: Knauer, R., Sturzenhecker, B. (Hrsg.): Demokratische Partizipation von Kindern. Weinheim: S. 74-89

Bertmann, Isabella, Demant, Luisa (2014): Inklusion und Gerechtigkeit. Voraussetzungen und Grenzen für Teilhabemöglichkeiten in der Gegenwartsgesellschaft In: Soziale Probleme 25 (2), S. 301-316

Bourdieu; Pierre (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt/M.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Erster Engagementbericht der Bundesregierung „Für eine Kultur der Mitverantwortung“, Berlin

Evers-Meyer, Karin (2012): Politische Beteiligungsverfahren und kommunale Interessenvertretung. In: Beck, Iris, Greving, Heinrich (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Kohlhammer: Stuttgart, S. 305-308

European Union Agency For Fundamental Rights (2014): The right to political participation of persons with disabilities. Summary. Wien: FRA

Nieß, Meike (2016): Partizipation aus Subjektperspektive - zur Bedeutung von Interessenvertretung für Menschen mit Lernschwierigkeiten. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden

Schablon, K.-U. (2008): Community Care. Professionell unterstützte Gemeinweseneinbindung erwachsener geistig behinderter Menschen. Lebenshilfe, Marburg.

Schäfers, Markus (2008): Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen, 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.

von Unger, Hella (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis Springer: Wiesbaden

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

Wacker, Elisabeth (2011): Behindertenpolitik, Behindertenarbeit. In: Otto, Hans-Uwe, Thiersch, Hans. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit, (4. völlig neu bearb. Aufl.), München, S. 87-100

Wacker, Elisabeth (2013): Versorgung und Inklusion behinderter Menschen in lokalen Strukturen. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden, S. 243-261

Wacker, Elisabeth (2014): Verwobene Behinderungsprobleme. Diversität und Inklusivität als Spagat und Zwickmühle. In: Soziale Probleme 25 (2), S. 231-266

Wacker, Elisabeth (2016): Schieflagen – Die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland: Teilhabe und Chancenverteilung in Balance? In: 117-136

Waldschmidt, Anne, Schneider, Werner (Hrsg.) (2007): Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung: Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld, transcript, Bielefeld

Waldschmidt, A. (2009): Politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen und Benachteiligungen. In: Stein, R., Orthmann Bless, D. (Hrsg.): Lebensgestaltung bei Behinderungen und Benachteiligungen im Erwachsenenalter und Alter. Basiswissen Sonderpädagogik 5. Baltmannsweiler: Schneider, S. 118 - 152

Weinbach, Hanna (2016) Soziale Arbeit mit Menschen mit Behinderungen. Das Konzept der Lebensweltorientierung in der Behindertenhilfe. BeltzJuventa: Weinheim, Basel

Weisser, Jan (2012): Politische und soziale Partizipation . In: Beck, Iris, Greving, Heinrich (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Kohlhammer: Stuttgart, S. 170-178

III Vertiefende Fragestellungen

Der vorliegende Teilhabebericht befasst sich mit zwei Schwerpunktthemen: Zum einen wird ein besonderer Fokus auf Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund gerichtet und auf die Barrieren, von denen diese aufgrund ihrer sprachlichen, kulturellen und sozialen Situation zusätzlich betroffen sind (Kapitel 1). Dieses Kapitel wurde von Mitgliedern des Beirats umfassend kommentiert, die Datengrundlagen wurden vom ISG zusammengestellt. Zum andern können Mehrfachbelastungen auch für Menschen mit Beeinträchtigungen entstehen, die wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind und die teilweise von den Angeboten des regulären Hilfesystems nicht erreicht werden (Kapitel 2). Dieses Kapitel wurde einschließlich der Auswertung verfügbarer Studien und einer Erhebung qualitativer Daten von einem Beiratsmitglied erstellt; eine differenzierte statistische Datengrundlage ist für diese Thematik nicht verfügbar. Schließlich werden in einer multivariaten Analyse mehrere Merkmale der Lebenslage im Kontext untersucht, um Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Einflussfaktoren berücksichtigen zu können (Kapitel 3).

1. Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

Für Menschen mit Beeinträchtigungen, die einen Migrationshintergrund haben, können mehrere Barrieren zusammenkommen. Zu den Barrieren, mit denen sie im Hinblick auf ihre Beeinträchtigung konfrontiert sind, können Probleme der sprachlichen Verständigung, kulturelle Unterschiede im Umgang mit der Beeinträchtigung, erfahrene Mehrfachdiskriminierung, Informationsdefizite über geeignete Unterstützungsmöglichkeiten sowie Unsicherheit über zustehende Leistungen und die Voraussetzungen zu deren Inanspruchnahme hinzukommen. Daraus ergibt sich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund einen spezifischen Unterstützungsbedarf haben können.

Wenn im Zusammenhang mit einem Migrationshintergrund die gesellschaftliche Teilhabe eingeschränkt ist, gilt das Ziel der Überwindung dieser Einschränkungen, um eine gleichberechtigte Teilhabe und Chancengleichheit in jeder Hinsicht zu erreichen. Ein Fortschritt der Teilhabe bemisst sich daran, dass sich die Lebensbedingungen von Personen mit und ohne Migrationshintergrund einander angleichen (Engels; Koopmans; Köller; Höhne, 2011: 10).

Die UN-Behindertenrechtskonvention unterstützt die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund zum einen implizit mit Artikel 5, nach dem Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung für alle Personengruppen mit Beeinträchtigungen zu garantieren sind, und zum andern mit Artikel 18, der transnationale Freizügigkeit und staatsbürgerschaftliche Rechte regelt.

1.1 Statistische Grundlagen

Ein Migrationshintergrund liegt nach der Definition des Statistischen Bundesamts unter den folgenden Voraussetzungen vor: [154]

- Als Person mit Migrationshintergrund gilt, wer eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt oder im Ausland geboren wurde und nach 1949 zugewandert ist; weiterhin, wer in Deutschland geboren ist und eingebürgert wurde oder ein Elternteil hat, das zugewandert ist, eingebürgert wurde oder eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt.
- Bei den Personen mit Migrationshintergrund wird weiterhin unterschieden, ob diese über *eigene Migrationserfahrung* verfügen oder nicht. Personen, die selbst eingewandert sind und damit eine eigene Migrationserfahrung haben, werden auch als Migrantinnen und Migranten (1. Generation) bezeichnet, während die in Deutschland geborenen Kinder von Migrantinnen und Migranten *ohne* eigene Migrationserfahrung sind und als „2. Generation“ bezeichnet werden.

Die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund umfasst somit selbst eingewanderte Ausländerinnen und Ausländer (1. Generation), in Deutschland geborene Ausländerinnen und Ausländer (2. Generation), Eingebürgerte („ehemalige Ausländer“), im Ausland geborene und selbst eingewanderte Deutsche (1. Generation) sowie deren Kinder (Abbildung 101).

[154] Die genaue Definition des Mikrozensus lautet: „Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen alle Ausländer und eingebürgerte ehemalige Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt, 2014).

Abbildung 101: Migrationshintergrund als Kombination von Staatsangehörigkeit, Zuwanderung und Zuwanderung der Eltern

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2"></th><th colspan="2">Geburtsland (Zuwanderung)</th></tr>
<tr><th>Deutschland</th><th>Ausland</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Staatsangehörigkeit</td><td>Nicht Deutsch</td><td>Migrationshintergrund
Ausländer ohne eigene Migrationserfahrung</td><td>Migrationshintergrund
Ausländer mit eigener Migrationserfahrung</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Deutsch</td><td>Migrationshintergrund
Wenn Zuwanderung mindestens eines Elternteils:
Deutsche ohne eigene Migrationserfahrung</td><td rowspan="2">Migrationshintergrund
Deutsche mit eigener Migrationserfahrung
Darunter:
Aussiedler / Spätaussiedler</td></tr>
<tr><td>Kein Migrationshintergrund
Wenn keine Zuwanderung beider Elternteile:
Deutsche ohne Migrationshintergrund</td></tr>
</table>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2012): Migrationshintergrund - Grundlagen der Erhebung

Der Mikrozensus und das SOEP bieten die Möglichkeit, Menschen mit Beeinträchtigungen nach den oben genannten Gruppen zu unterscheiden. Dies beschränkt sich aber auf die Migrantinnen und Migranten, die schon so lange in Deutschland leben, dass sie mit Befragungen in Privathaushalten erreicht werden. Die in den Jahren 2015 und 2016 eingereisten Flüchtlinge werden durch beide Datenerhebungen nur zum Teil erreicht, so dass über ihre Lebenslage in diesem Rahmen noch nichts ausgesagt werden kann.

Im Folgenden werden zunächst die Grunddaten zur Zahl und soziodemografischen Struktur der Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund präsentiert (1.1). Darauf aufbauend wird der Stand der Teilhabe dieser Personengruppe in den zentralen Lebensbereichen der Bildung (1.2), Erwerbstätigkeit (1.3), Gesundheit (1.4) und gesellschaftlichen Partizipation (1.5) dargestellt.

1.1.1 Grunddaten zu Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

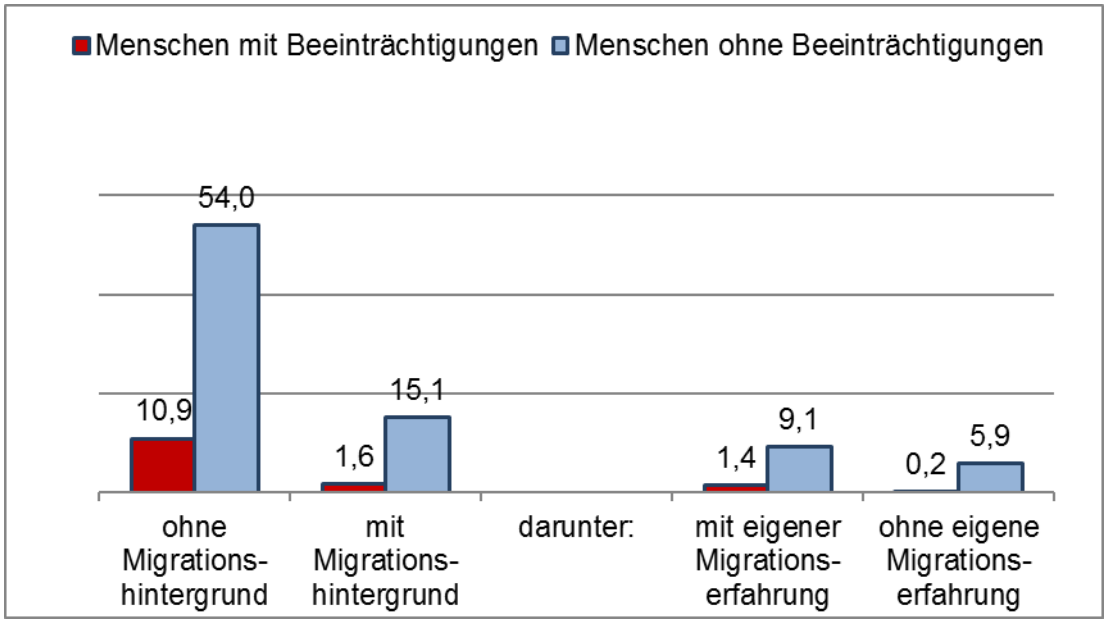
Im Jahr 2013 lebten in Deutschland 16,6 Mio. Personen mit Migrationshintergrund, dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 20,4%. Davon sind 10,5 Mio. Personen selbst nach Deutschland eingewandert (mit eigener Migrationserfahrung, 13% der Bevölkerung), während 6,1 Mio. Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland geboren sind (ohne eigene Migrationserfahrung, 7,5% der Bevölkerung). Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund weist im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund

durchschnittlich niedrigere Schulabschlüsse, höhere Arbeitslosenquoten und ein niedrigeres Einkommensniveau auf (Engels et al., 2011). Leben also Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell in stärker belasteten Lebenslagen, so können im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen Risiken und Belastungen kumulieren bzw. sich verschränken und wechselseitig beeinflussen (Wansing & Westphal, 2014).

Herkunftsländer der Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigungen

Von den 16,6 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund hatten 1.580.120 Menschen eine Beeinträchtigung (Abbildung 102), dies entspricht einem Anteil von 9,5%. Dieser Anteil ist niedriger als der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen an der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (16,7%). Von den Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund sind 1,4 Mio. Personen selbst zugewandert (mit eigener Migrationserfahrung) und rd. 180.000 Personen in Deutschland geboren (ohne eigene Migrationserfahrung).

Abbildung 102: Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund (Mio. Personen)



Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Von den 1,58 Mio. Personen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund im Jahr 2013 hatten 1,2 Mio. Personen eine anerkannte Behinderung, darunter 845.224 Personen eine Schwerbehinderung und 359.071 Personen eine Behinderung mit einem GdB unter 50 (Tabelle 110). Darüber hinaus waren 375.825 Personen chronisch krank ohne anerkannte Behinderung.

Tabelle 110: Beeinträchtigungen und differenzierter Migrationsstatus

Migrationsstatus	ohne Beeinträchtigungen	chron. krank	anerk. Beh. GdB < 50	Schwerbehinderung	Insgesamt	Anteil
Bevölkerung ohne Migrationshintergrund	53.966.149	2.032.901	2.317.001	6.503.941	64.819.992	79,6%
Bevölkerung mit Migrationshintergrund	15.053.670	375.825	359.071	845.224	16.633.790	20,4%
darunter: Ausländer mit eigener Migrationserfahrung	4.919.776	163.861	120.487	312.195	5.516.319	6,8%
Spätaussiedler/ Deutsche Zuwanderer ohne Einbürgerung	2.606.061	105.894	133.468	278.590	3.124.013	3,8%
(Sonstige) Eingebürgerte mit eigener Migrationserfahrung	1.623.709	60.430	72.917	151.833	1.908.889	2,3%
Ausländer ohne Migrationserfahrung	1.287.899	18.601	9.263	28.354	1.344.117	1,7%
Deutsche mit Migrationshintergrund ohne Migrationserfahrung	4.616.225	27.039	22.936	74.252	4.740.452	5,8%
Insgesamt	69.019.819	2.408.726	2.676.072	7.349.165	81.453.782	100,0%

Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Menschen mit Migrationshintergrund, die eine Beeinträchtigung haben, befinden sich schon länger in Deutschland als diejenigen ohne Beeinträchtigungen. Nahezu zwei Drittel der selbst zugewanderten Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigungen (63%) sind vor 1990 nach Deutschland zugewandert und nur 11% seit dem Jahr 2000 (Tabelle 111). Von den Menschen mit Migrationshintergrund, die keine Beeinträchtigungen haben, sind dagegen nur 33% vor 1990, aber 34% seit dem Jahr 2000 zugewandert. In dieser Verteilung kommt auch der „Healthy Migrant"-Effekt zum Ausdruck: Diejenigen, die erst vor kurzer Zeit zugewandert sind, weisen eine jüngere Altersstruktur und geringere Anteile von Menschen mit Beeinträchtigungen auf. Unter denen, die bereits seit längerer Zeit in Deutschland leben, steigt dagegen mit zunehmendem Alter auch der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen. Neben diesem Alterseffekt kann auch die oftmals schwere körperliche Arbeit, die vor allem von den ersten „Gastarbeiter"-Generationen geleistet wurde, das Risiko von Beeinträchtigungen erhöhen.

Tabelle 111: Beeinträchtigungen und Zuzugsjahr von Menschen mit eigener Migrationserfahrung

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
Zuzugsjahr	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1950 bis 1969	544.713	6%	268.879	20%
1970 bis 1989	2.430.316	27%	576.723	43%
1990 bis 1999	2.919.350	33%	361.896	27%
2000 bis 2009	2.056.489	23%	116.842	9%
2010 bis 2013	995.323	11%	24.913	2%
Insgesamt	7.950.868	100%	1.324.340	100%

Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Bezüglich der Herkunftsregionen, aus denen die Menschen zugewandert sind, bestehen nur geringfügige Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Von 4,3 Mio. Zugewanderten aus Osteuropa (insbesondere aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Polen) weisen rd. 483.300 Beeinträchtigungen auf (Tabelle 112). Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die aus Osteuropa kommen, ist mit 31% etwas höher als der Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen aus dieser Region (26%).

Rd. 2,9 Mio. Zugewanderte kommen aus der Türkei, darunter sind 241.500 Menschen mit Beeinträchtigungen. Rechnet man die 1,4 Mio. Zugewanderten aus der ehemaligen Sowjetunion und rd. 2,9 Mio. Zugewanderte aus anderen asiatischen Regionen hinzu, so liegt die Gesamtzahl der Zugewanderten aus Asien (einschließlich der Türkei und der ehemaligen Sowjetunion) bei über 7 Mio. Zugewanderten. Der Anteil dieser Zugewanderten aus Asien an allen Zugewanderten ohne Beeinträchtigungen beträgt 44% (darunter 18% aus der Türkei) und an den Zugewanderten mit Beeinträchtigungen 37% (darunter 15% aus der Türkei).

Aus Südeuropa stammen 1,6 Mio. Zugewanderte, sie machen 10% der Menschen ohne Beeinträchtigungen bzw. 11% der Menschen mit Beeinträchtigungen aus. Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen aus Afrika ist mit 2% niedriger als der entsprechende Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen von 4%.

Tabelle 112: Herkunftsregion der Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
Herkunftsregion	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Osteuropa	3.872.165	26%	483.287	31%
Südeuropa	1.463.263	10%	175.050	11%
Nordwesteuropa	1.030.855	7%	112.257	7%
Türkei	2.644.345	18%	241.511	15%
ehem. Sowjetunion	1.251.524	8%	124.030	8%
restliches Asien	2.677.282	18%	225.102	14%
Afrika	566.955	4%	31.253	2%
Sonstige	1.547.279	10%	187.631	12%
Insgesamt	15.053.670	100%	1.580.120	100%

Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund nach Alter und Geschlecht

Von den 12,6 Mio. Menschen mit Beeinträchtigungen im Jahr 2013 sind etwa gleich viele Männer und Frauen (Tabelle 113). Im Jahr 2005 war der Anteil der Männer mit Beeinträchtigungen noch etwas höher als der der Frauen mit Beeinträchtigungen, aber seither ist die Zahl der Frauen mit Beeinträchtigungen stärker gestiegen (+17%) als die der Männer mit Beeinträchtigungen (+13%), was zu dem ausgeglichenen Verhältnis geführt hat. Die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund lag im Jahr 2013 bei 1,58 Mio. Personen, dies waren 6% mehr als im Jahr 2005. In dieser Teilgruppe mit Migrationshintergrund ist die Zahl der Frauen mit Beeinträchtigungen deutlich stärker gestiegen (+11%) als die Zahl der Männer mit Beeinträchtigungen (+2%) mit der Folge, dass der Frauenanteil von 47% im Jahr 2005 auf 49% im Jahr 2013 (bei einem Männeranteil von 51%) gestiegen ist. Auch hier ist somit die Zahl der Männer und Frauen etwa gleich hoch.

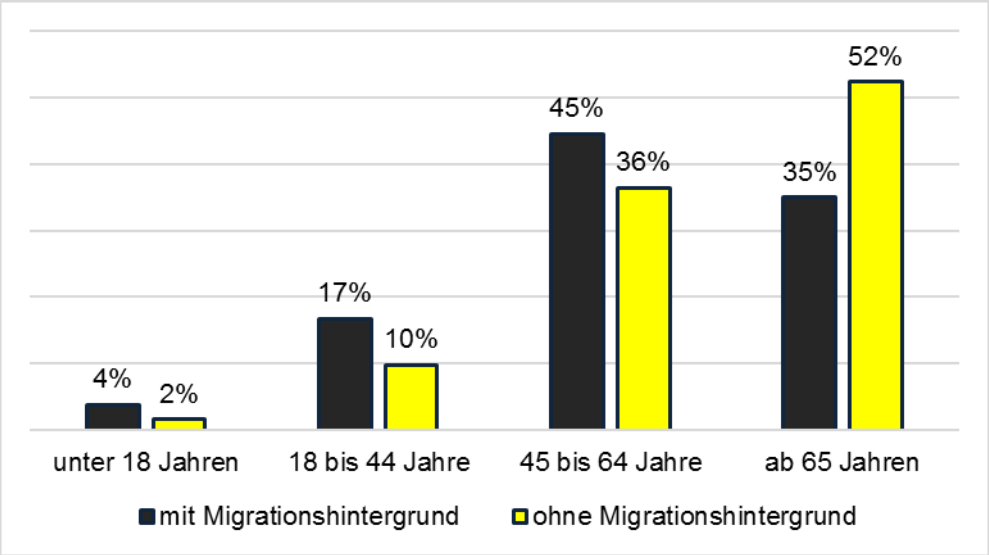
Tabelle 113: Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund nach Geschlecht – Anzahl in 1.000

Menschen mit Beeinträchtigungen	Jahr			Veränderung 2005 – 2013
	2005	2009	2013	
Insgesamt	10.994	12.039	12.634	15%
Männer	5.583	6.050	6.323	13%
Frauen	5.411	5.988	6.310	17%
darunter:				
mit Migrationshintergrund	1.486	1.758	1.580	6%
Männer	792	928	809	2%
Frauen	695	831	772	11%
ohne Migrationshintergrund	9.508	10.281	11.054	16%
Männer	4.791	5.122	5.514	15%
Frauen	4.716	5.157	5.539	17%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009 und 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Von den Menschen mit Beeinträchtigungen, die keinen Migrationshintergrund haben, sind 88% im Alter ab 45 Jahren, darunter 52% ab 65 Jahren (Abbildung 103). Die Menschen mit Beeinträchtigungen mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt jünger, von ihnen sind 79% im Alter ab 45 Jahren, darunter 35% im Alter ab 65 Jahren.

Abbildung 103: Menschen mit Beeinträchtigungen nach Altersgruppe und Migrationshintergrund

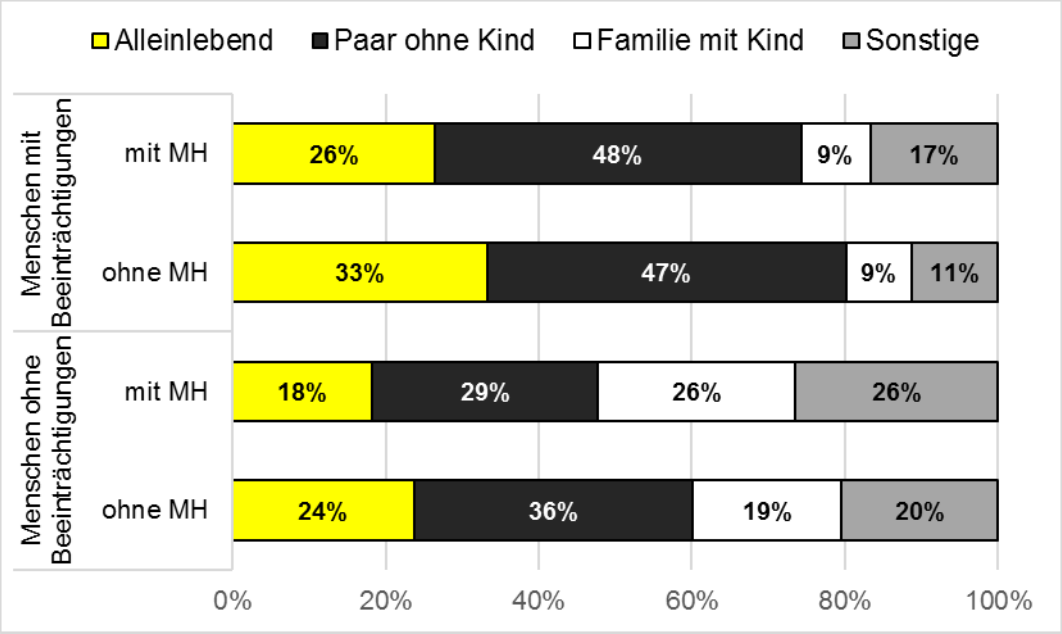


Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Familienformen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

Menschen mit Beeinträchtigungen sind im Durchschnitt älter als Menschen ohne Beeinträchtigungen und leben daher auch eher allein oder als Paar ohne Kind, während Menschen ohne Beeinträchtigungen etwas häufiger in Familien mit Kindern leben (s.o. Abschnitt 1.1). Bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund ist der Anteil Alleinlebender mit 26% etwas niedriger als bei Menschen mit Beeinträchtigungen, die keinen Migrationshintergrund haben (33%; Abbildung 104). Die Unterstützung eines Partners in einem Paar-Haushalt haben 47% (ohne Migrationshintergrund) bzw. 48% (mit Migrationshintergrund) der Menschen mit Beeinträchtigungen. In Familien mit Kindern lebt von den Menschen ohne Beeinträchtigungen ein höherer Anteil mit Migrationshintergrund (26%) als ohne Migrationshintergrund (19%). Von den Menschen mit Beeinträchtigungen leben (unabhängig vom Migrationshintergrund) 9% in einem solchen Haushalt.

Abbildung 104: Menschen mit Beeinträchtigungen nach Familientyp und Migrationshintergrund



SOEP 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG

1.1.2 Schulische und berufliche Bildung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

Für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bestehen besondere Barrieren im Zugang zu Bildung. So besuchen Kinder mit Migrationshintergrund im Vorschulter seltener Spielgruppen, Kindertagesstätten oder Kindertageseinrichtungen und werden in der Familie weniger stark gefördert (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2014: 6). Angesichts der hohen Bedeutung, die einer guten Schulbildung und beruflichen Ausbildung

für die weitere Entwicklung zukommt, sind Barrieren und Risiken, die durch die Kombination von Beeinträchtigungen bzw. Förderbedarf mit einem Migrationshintergrund entstehen, als besonders gravierend zu bewerten.

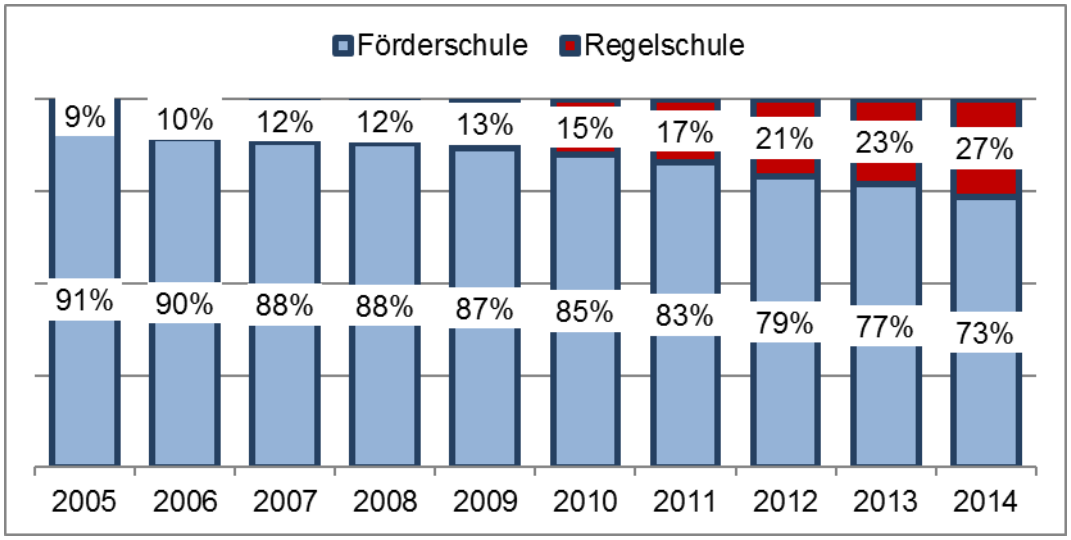
Schulbildung

Ein „Migrationshintergrund“ kann unterschiedlich definiert werden, daher werden in verschiedenen Befragungen und Statistiken verschiedene Konzepte verwendet. In der Schulstatistik der Kultusministerkonferenz (KMK), deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden, werden nur ausländische Schülerinnen und Schüler, d.h. Schülerinnen und Schüler mit einer nichtdeutschen Staatsangehörigkeit erfasst. Über Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und einer deutschen Staatsangehörigkeit sind dagegen auf Basis der KMK-Statistik keine Aussagen möglich.

Von den 7,3 Mio. Schülerinnen und Schülern des Schuljahresbeginns 2014 hatten rd. 612.600 Schülerinnen und Schüler eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit. Dies entspricht einem Anteil von 8,4% an allen Schülerinnen und Schülern. Rd. 335.000 Schülerinnen und Schüler besuchten zu diesem Zeitpunkt eine Förderschule, davon hatten 33.737 Schülerinnen und Schüler (10,1%) eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit.

Ausländische Schüler/innen mit sonderpädagogischer Förderung werden besonders häufig an Förderschulen unterrichtet (Abbildung 105). Zwar hat sich deren Anteil an Förderschulen von 91% im Jahr 2005 auf 73% im Jahr 2014 verringert, aber im Vergleich zu den Schüler/innen mit sonderpädagogischer Förderung in Förderschulen insgesamt (66%) ist der Anteil der ausländischen Schülerinnen und Schüler auch im Jahr 2014 überproportional hoch.

Abbildung 105: Anteile der ausländischen Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in Förderschulen und Regelschulen



Quelle: KMK-Statistik sonderpäd. Förderung an Schulen 2005 bis 2014, Berechnung des ISG

Der Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler in Förderschulen ist somit etwas höher als deren Anteil an den Schülerinnen und Schülern insgesamt, und ausländische Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf werden seltener inklusiv beschult (Tabelle 114).

Tabelle 114: Ausländische Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung insgesamt und in Förderschulen

Schüler/innen insgesamt						
Jahr	Anzahl	darunter ausländische Schüler/innen	Anteil	darunter: männlich	weiblich	Anteil weiblich
2008	7.992.315	805.979	10,1%	411.361	394.618	49%
2009	7.836.810	766.121	9,8%	391.161	374.960	49%
2010	7.664.442	727.030	9,5%	372.020	355.010	49%
2011	7.579.802	665.960	8,8%	340.803	325.157	49%
2012	7.480.139	627.995	8,4%	322.225	305.770	49%
2013	7.366.746	606.871	8,2%	312.216	294.655	49%
2014	7.308.553	612.598	8,4%	314.735	297.863	49%
Veränderung 2008-2014	-8,6%	-24,0%		-23,5%	-24,5%	
Schüler/innen in Förderschulen						
Jahr	Anzahl	darunter ausländische Schüler/innen	Anteil	darunter: männlich	weiblich	Anteil weiblich
2008	393.491	56.606	14,4%	34.256	22.350	39%
2009	387.792	53.279	13,7%	32.427	20.852	39%
2010	377.922	49.139	13,0%	29.996	19.143	39%
2011	365.719	44.080	12,1%	27.018	17.062	39%
2012	355.139	39.700	11,2%	24.299	15.401	39%
2013	343.343	36.008	10,5%	22.233	13.775	38%
2014	334.994	33.737	10,1%	20.805	12.932	38%
Veränderung 2008-2014	-14,9%	-40,4%		-39,3%	-42,1%	

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der allgemeinbildenden Schulen 2008 - 2014; Berechnung des ISG.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich das Staatsbürgerrecht für in Deutschland geborene Kinder mit ausländischen Eltern in den letzten Jahren geändert hat. Seit Einführung der Optionsregelung im Jahr 2000 besitzen Kinder ausländischer Eltern, die in Deutschland geboren werden, grundsätzlich die deutsche Staatsbürgerschaft mit der Möglichkeit, sich bei Vollendung des 21. Lebensjahres für die deutsche Staatsbürgerschaft oder diejenige ihrer Eltern entscheiden zu können.[155] Kinder, für die diese Regelung gilt, sind

[155] Nach § 29 Staatsangehörigkeitsgesetz erwerben seit dem Jahr 2000 Kinder von Ausländern bei Geburt in Deutschland die deutsche Staatsangehörigkeit, wenn ein Elternteil seit mindestens 8 Jahren rechtmäßig in Deutschland lebt und ein unbefristetes Aufenthaltsrecht besitzt. Diese Kinder müssen sich grundsätzlich mit Vollendung des 21. Lebensjahres zwischen der deutschen und der ausländischen Staatsangehörigkeit der Eltern entscheiden. Durch das

etwa ab dem Schuljahr 2006 in das schulpflichtige Alter gekommen. Seither ist somit das Merkmal der Staatsangehörigkeit noch weniger als früher geeignet, um die Situation von Kindern mit Migrationshintergrund abbilden zu können.

Diese Veränderung ist zu berücksichtigen, um die in Tabelle 115 dargestellte zeitliche Entwicklung verstehen zu können. Die Zahl der Schülerinnen und Schüler insgesamt ist im Zeitraum von 2008 bis 2014 aus demografischen Gründen um 9% zurückgegangen. Die mit 24% deutlich stärkere Abnahme der Zahl ausländischer Schülerinnen und Schüler ist neben dem demografischen Effekt weiterhin durch die zunehmend deutsche Staatsangehörigkeit der in Deutschland geborenen Kinder ausländischer Eltern bedingt. Die Zahl der Schülerinnen und Schüler in Förderschulen ist im Zeitraum von 2008 bis 2014 um rd. 15% zurückgegangen. Neben dem demografisch bedingten Rückgang kommt hier als weiterer Faktor hinzu, dass Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf mit zunehmender Tendenz in Regelschulen statt in Förderschulen unterrichtet werden (zum „inklusiven Schulunterricht“ siehe Kapitel II.2). In dem starken Rückgang der ausländischen Schülerinnen und Schüler, die eine Förderschule besuchen, von 56.600 im Jahr 2008 auf 33.737 im Jahr 2014 (-40%) kommen somit die Faktoren der demografischen Entwicklung, des veränderten Staatsbürgerrechts und des Trends zum inklusiven Unterricht zum Ausdruck. Dennoch ist der Anteil der ausländischen Schülerinnen und Schüler an Förderschulen um 1,6 Prozentpunkte höher als an allen Schulen insgesamt. Würde in der Schulstatistik nicht nur die Staatsangehörigkeit, sondern der Migrationshintergrund ausgewiesen, wäre dieser Anteil in Förderschulen deutlich höher.

Die schulischen Abschlüsse in der Bevölkerung lassen sich dem Mikrozensus entnehmen und können somit auch nach Migrationshintergrund ausgewertet werden. Im Folgenden werden die Schulabschlüsse der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren dargestellt – jüngere Personen befinden sich möglicherweise noch in der schulischen Ausbildung, und die Personen im Seniorenalter haben ihre Schulabschlüsse unter kaum noch vergleichbaren Bedingungen erworben.

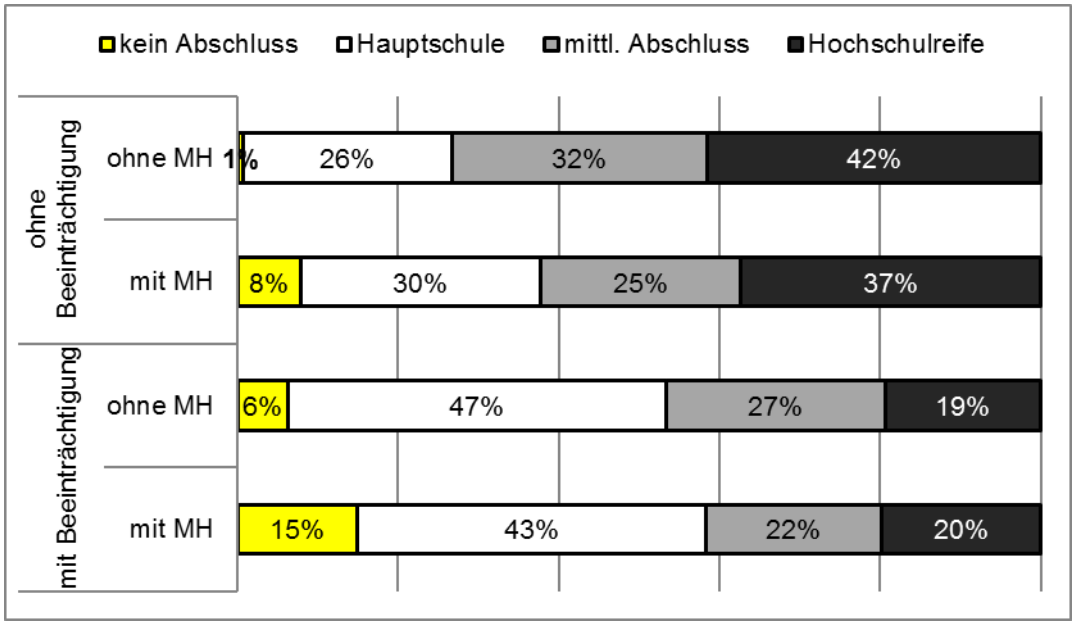
42% der Bevölkerung ohne Beeinträchtigungen und ohne Migrationshintergrund verfügen über die Hochschulreife (Abbildung 106). In der Bevölkerungsgruppe ohne Beeinträchtigungen mit Migrationshintergrund verfügen 37% über einen solchen Abschluss. In der Bevölkerungsgruppe mit Beeinträchtigungen ist dieser Anteil deutlich geringer, wobei es aber kaum Unterschiede zwischen denen mit Migrationshintergrund (20% mit Hochschulreife) und ohne Migrationshintergrund (19% mit Hochschulreife) gibt. Einen mittleren Schulabschluss haben 32% der Bevölkerung ohne Beeinträchtigungen und ohne Migrationshintergrund. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen haben 27%

---

am 20.12.2014 in Kraft getretene Zweite Gesetz zur Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes sind im Inland aufgewachsene Kinder sowie Personen, die neben der deutschen ausschließlich die Staatsangehörigkeit eines anderen EU-Staates oder der Schweiz besitzen, von der Optionspflicht befreit.

ohne Migrationshintergrund einen mittleren Abschluss gegenüber 22% mit Migrationshintergrund. Über maximal einen Hauptschulabschluss verfügen 27% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und ohne Migrationshintergrund (darunter 1% ohne Abschluss), 53% der Menschen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund (darunter 6% ohne Abschluss) und 58% der Menschen mit Beeinträchtigungen mit Migrationshintergrund (darunter 15% ohne Abschluss).

Abbildung 106: Schulabschlüsse der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren



Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Die Unterschiede im Schulabschluss nach Geschlecht bestehen vor allem darin, dass Männer ohne Beeinträchtigungen einerseits mehr Hauptschulabschlüsse haben und andererseits öfter die Hochschulreife erreichen als Frauen, diese haben dagegen einen höheren Anteil mittlerer Abschlüsse. Diese Verteilung zeigt sich auch bei Männern und Frauen ohne Beeinträchtigungen, die einen Migrationshintergrund haben, jedoch auf einem niedrigeren Niveau, d.h. mit geringeren Anteilen an mittleren und höheren Abschlüssen und höheren Anteilen ohne Abschluss oder mit Hauptschulabschluss. Auch Menschen mit Beeinträchtigungen weisen höhere Anteile mit niedrigem Schulabschluss und niedrigere Anteile mit höherem Abschluss auf als Menschen ohne Beeinträchtigungen, und auch hier haben Frauen häufiger einen mittleren Abschluss und Männer häufiger einen Hauptschulabschluss. Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund haben zu recht hohen Anteilen keinen Abschluss, dies gilt für Frauen (16%) und Männer (14%) in etwa gleichem Maße. Rd. 20% der Menschen mit Beeinträchtigungen verfügen über die Hochschulreife, und hier gibt es – anders als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen – keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit und ohne Migrationshintergrund.

Tabelle 115: Schulabschlüsse der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren nach Geschlecht

Schulabschluss nach Geschlecht	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
Insgesamt				
kein Abschluss	1%	8%	6%	15%
Hauptschule	26%	30%	47%	43%
mittl. Abschluss	32%	25%	27%	22%
Hochschulreife	42%	37%	19%	20%
Männer				
kein Abschluss	1%	7%	7%	14%
Hauptschule	28%	33%	50%	48%
mittl. Abschluss	28%	24%	24%	20%
Hochschulreife	43%	36%	19%	19%
Frauen				
kein Abschluss	1%	9%	6%	16%
Hauptschule	24%	26%	44%	39%
mittl. Abschluss	35%	26%	31%	24%
Hochschulreife	40%	39%	19%	21%

Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Berufliche Ausbildung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

Eine wichtige Voraussetzung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist, nach dem Schulabschluss eine berufliche Ausbildung zu absolvieren. Im Folgenden werden die beruflichen Abschlüsse nach Beeinträchtigung und Migrationshintergrund differenziert verglichen. Dabei wird die Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren betrachtet, um auch diejenigen einzubeziehen, die ihre berufliche Ausbildung nicht auf direktem Wege abgeschlossen haben oder die etwas mehr Zeit für ihr Studium benötigt haben.

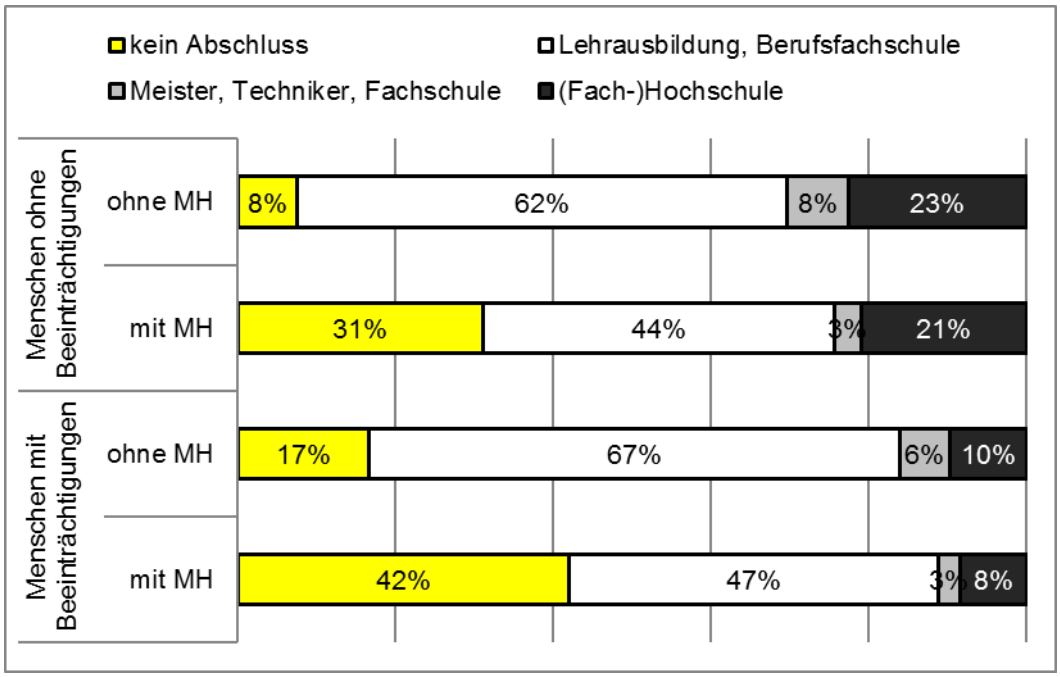
Die meisten 30- bis 64-Jährigen absolvieren eine Lehrausbildung bzw. eine Berufsfachschule, einen solchen Abschluss haben von den Menschen ohne Migrationshintergrund 62% (ohne Beeinträchtigungen) bzw. 67% (mit Beeinträchtigungen). Von den Menschen mit Migrationshintergrund haben 44% ohne Beeinträchtigungen und 47% mit Beeinträchtigungen einen solchen beruflichen Abschluss (Abbildung 107).

Deutlich höher als beim Schulabschluss sind aber die Anteile derer, die die Schwelle der Berufsausbildung nicht bewältigen oder keinen beruflichen Abschluss anstreben. Die doppelte Benachteiligung durch einen Migrationshintergrund und eine Beeinträchtigung wird im Hinblick auf fehlende berufliche Abschlüsse sehr deutlich: Im Jahr 2013 hatten 42% dieser Personengruppe keinen beruflichen Abschluss gegenüber 17% der Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund. Bei den Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen haben im Jahr 2013 31% derjenigen mit Migrationshintergrund gegenüber 8% derjenigen ohne Migrationshintergrund keinen beruflichen Abschluss.

Auf der anderen Seite gehen die Anteile mit (Fach-) Hochschulabschluss von über 20% der Menschen ohne Beeinträchtigungen zurück auf 10% der Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne Migrationshintergrund) bzw. 8% (mit Migrationshintergrund). Fasst man (Fach-) Hochschulabschlüsse und die Abschlüsse „Meister, Techniker, Fachschule“ zu höheren beruflichen Abschlüssen zusammen, so haben von den Menschen ohne Beeinträchtigungen 30% derjenigen ohne Migrationshintergrund gegenüber 24% derjenigen mit Migrationshintergrund einen höheren beruflichen Abschluss. Bei den Menschen mit Beeinträchtigungen liegen die entsprechenden Anteile bei 16% (ohne Migrationshintergrund) und 11% (mit Migrationshintergrund).

Die Auswertung zeigt, dass Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund Faktoren sind, die mit höheren Anteilen ohne beruflichen Abschluss und mit niedrigeren Anteilen an höher beruflichen Abschlüssen zusammenhängen. Dabei hat der Migrationshintergrund offenbar einen stärkeren Effekt als die Beeinträchtigungen darauf, keinen Abschluss zu erreichen. Für die niedrigeren Anteile mit akademischem Abschluss sind dagegen Beeinträchtigungen ausschlaggebender als ein Migrationshintergrund.

Abbildung 107: Berufliche Abschlüsse der Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren



Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen hinsichtlich der beruflichen Abschlüsse darin, dass mehr Männer einen Abschluss als Meister, Techniker oder Fachschüler haben als Frauen (Tabelle 116). Fasst man diese Abschlüsse mit der Lehrausbildung und Abschlüssen der Berufsfachschulen zusammen, so verfügen von den Menschen ohne Migrationshintergrund zwischen 68% (Männer ohne Beeinträchtigungen) und 76% (Männer mit Beeinträchtigungen) über einen solchen Abschluss. Die Anteile der Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen liegen mit 71-72% mit diesen Abschlüssen

ebenfalls in dieser Größenordnung. Wenn aber ein Migrationshintergrund vorliegt, reichen die Anteile dieser Abschlüsse von 45% (Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen) bis 54% (Männer mit Beeinträchtigungen). Deutlich höher sind hier vor allem bei Frauen die Anteile ohne beruflichen Abschluss, die von 34% (ohne Beeinträchtigungen) bis 46% (mit Beeinträchtigungen) reichen. Die Anteile der Männer mit Migrationshintergrund, die keinen beruflichen Abschluss haben, sind ebenfalls hoch, liegen aber um 6-8 Prozentpunkte niedriger als die der Frauen mit Migrationshintergrund.

Tabelle 116: Berufliche Abschlüsse der Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren nach Geschlecht

Berufsabschluss nach Geschlecht	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
Insgesamt				
kein Abschluss	8%	31%	17%	42%
Lehrausbildung, Berufsfachschule	62%	44%	67%	47%
Meister, Techniker, Fachschule	8%	3%	6%	3%
(Fach-)Hochschule	23%	21%	10%	8%
Männer				
kein Abschluss	6%	28%	14%	38%
Lehrausbildung, Berufsfachschule	57%	46%	67%	50%
Meister, Techniker, Fachschule	11%	5%	9%	4%
(Fach-)Hochschule	26%	20%	10%	8%
Frauen				
kein Abschluss	9%	34%	20%	46%
Lehrausbildung, Berufsfachschule	67%	43%	67%	44%
Meister, Techniker, Fachschule	5%	2%	4%	1%
(Fach-)Hochschule	19%	22%	9%	9%

Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Bei den akademischen Berufsabschlüssen wirken sich Beeinträchtigungen stärker aus als der Migrationshintergrund. Die Anteile mit einem solchen Abschluss an der Bevölkerung ohne Beeinträchtigungen reichen von rd. 20% der Frauen mit und ohne Migrationshintergrund bis zu 26% der Männer ohne Migrationshintergrund. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen erreichen nur zwischen 8% (Männer mit Migrationshintergrund) und 10% (Männer ohne Migrationshintergrund) einen solchen Abschluss, Frauen mit Beeinträchtigungen liegen mit 9% dazwischen (mit und ohne Migrationshintergrund).

1.1.3 Erwerbstätigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

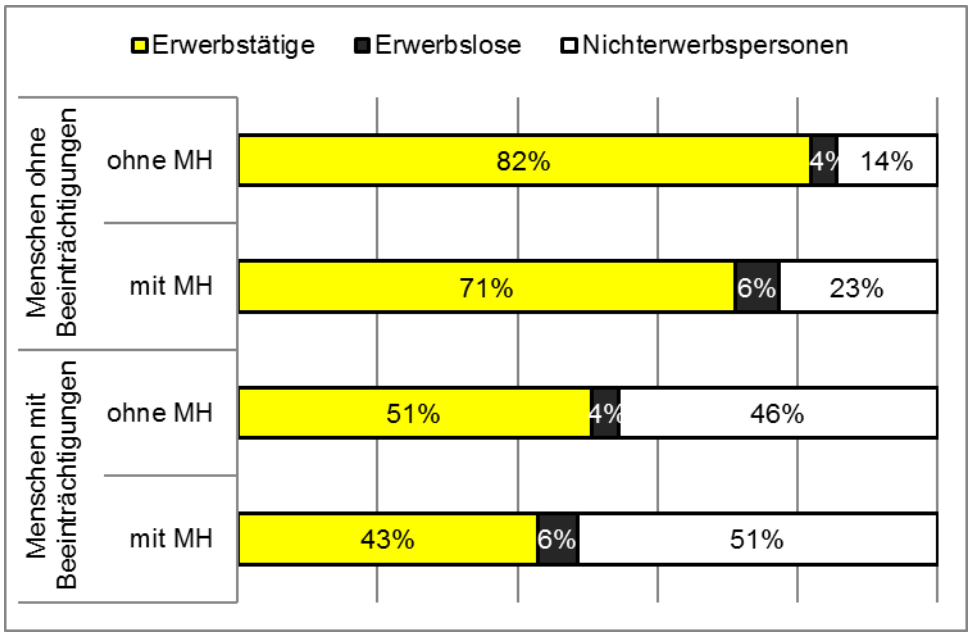
Das Einkommen aus der Erwerbstätigkeit ermöglicht es, den eigenen Lebensunterhalt eigenständig zu erwerben und eine Familie zu unterhalten. Darüber hinaus orientiert sich gesellschaftliche Anerkennung in hohem Maße an der erreichten beruflichen Stellung.

Menschen mit Migrationshintergrund erreichen in Deutschland durchschnittlich in geringerem Maße hoch angesehene und gut dotierte berufliche Positionen und weisen höhere Arbeitslosenquoten auf als Menschen ohne Migrationshintergrund (Köller; Engels 2013). Im Folgenden richtet sich der Fokus darauf, wie sich die Erwerbsbeteiligung entwickelt, wenn Migrationshintergrund und Beeinträchtigungen zusammentreffen.

Beteiligung an Erwerbstätigkeit

Der Anteil der Erwerbstätigen an allen Personen im erwerbsfähigen Alter (hier abgegrenzt von 18 bis 64 Jahren) beträgt 82% bei Menschen ohne Beeinträchtigungen, wenn sie keinen Migrationshintergrund haben, und sinkt um 11 Prozentpunkte auf 71%, wenn sie einen Migrationshintergrund haben (Abbildung 108). Die Anteile der Erwerbstätigen an den Menschen mit Beeinträchtigungen liegen um rd. 30 Prozentpunkte niedriger: Von den Menschen mit Beeinträchtigungen sind 51% ohne Migrationshintergrund und 43% mit Migrationshintergrund erwerbstätig.

Abbildung 108: Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren



Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Diese Unterschiede lassen sich nicht mit den Anteilen derer erklären, die erwerbslos sind, denn deren Anteile liegen zwischen 4% (ohne Migrationshintergrund) und 6% (mit Migrationshintergrund). Starke Unterschiede weisen hingegen die Anteile der Nichterwerbspersonen auf. Bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen zählen 14% (ohne Migrationshintergrund) bzw. 23% (mit Migrationshintergrund) hierzu. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen gehören deutlich mehr dieser Gruppe an, diese Anteile reichen von 46% (ohne Migrationshintergrund) bis zu 51% (mit Migrationshintergrund).

Die Anteile der Erwerbslosen weisen weder nach Beeinträchtigung oder Migrationshintergrund noch nach dem Geschlecht nennenswerte Unterschiede auf und liegen zwischen 3% und 7% (Tabelle 117). Die Anteile der Erwerbstätigen und der Nichterwerbspersonen unterscheiden sich hingegen deutlich zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 117: Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren nach Geschlecht und Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
Insgesamt				
Erwerbstätige	82%	71%	51%	43%
Erwerbslose	4%	6%	4%	6%
Nichterwerbspersonen	14%	23%	46%	51%
Männer				
Erwerbstätige	86%	79%	53%	47%
Erwerbslose	4%	7%	4%	6%
Nichterwerbspersonen	10%	14%	43%	47%
Frauen				
Erwerbstätige	78%	63%	48%	39%
Erwerbslose	3%	5%	3%	5%
Nichterwerbspersonen	19%	32%	48%	56%

Quelle: Mikrozensus 2013, gewichtet; Berechnung des ISG.

Gründe dafür, nicht als Erwerbstätige oder Arbeitsuchende auf dem Arbeitsmarkt aktiv zu sein, können Familienarbeit und Kindererziehung oder auch eine volle Erwerbsminderung sein (vgl. Abschnitt 3.1.2). Bei den Personen im erwerbsfähigen Alter ohne Beeinträchtigungen macht sich der Migrationshintergrund vor allem bei Frauen bemerkbar: 32% der Frauen mit Migrationshintergrund sind Nichterwerbspersonen gegenüber 19% der Frauen ohne Migrationshintergrund. Die Anteile der Nichterwerbspersonen unter den Männern ohne Beeinträchtigungen sind mit 10% (ohne Migrationshintergrund) bzw. 14% (mit Migrationshintergrund) deutlich geringer. Anders bei den Personen im erwerbsfähigen Alter mit Beeinträchtigungen: Etwa die Hälfte von ihnen sind Nichterwerbspersonen, und die Unterschiede nach Migrationshintergrund und Geschlecht sind eher geringfügig. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen sind 46% ohne Migrationshintergrund und 51% mit Migrationshintergrund Nichterwerbspersonen (Differenz 5 Prozentpunkte). Der Frauenanteil ist ohne Migrationshintergrund um 5 Prozentpunkte, mit Migrationshintergrund um 9 Prozentpunkte höher als der Männeranteil. Somit scheinen Beeinträchtigungen ein stärkeres Hindernis der Erwerbsbeteiligung als der Migrationshintergrund zu sein.

Die Erwerbsbeteiligung der Menschen mit Migrationshintergrund ohne Beeinträchtigungen hat sich von 61% (2005) um 10 Prozentpunkte auf 71% (2013) erhöht (Tabelle 118). Die Erwerbstätigenquote von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshinter-

grund lag im Jahr 2013 mit 43% weiterhin unter dem Durchschnitt der Erwerbstätigenquote aller Menschen mit Beeinträchtigungen, sie ist jedoch seit 2005 (mit 36%) um 7 Prozentpunkte gestiegen. Der Anteil der Nichterwerbspersonen an Menschen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund ging von 49% im Jahr 2005 auf 46% im Jahr 2013 zurück, während der Anteil der Nichterwerbspersonen an Menschen mit Beeinträchtigungen mit Migrationshintergrund etwa gleich geblieben ist (50-51%).

Tabelle 118: Erwerbsbeteiligung der 18- bis 64-Jährigen nach Migrationshintergrund im Zeitverlauf

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	**2009**	**2013**	**2005**	**2009**	**2013**
Insgesamt						
Erwerbstätige	71%	75%	80%	42%	48%	49%
Erwerbslose	9%	6%	4%	8%	5%	4%
Nichterwerbspersonen	21%	18%	16%	49%	47%	46%
mit Migrationshintergrund						
Erwerbstätige	61%	66%	71%	36%	40%	43%
Erwerbslose	13%	9%	6%	14%	8%	6%
Nichterwerbspersonen	26%	25%	23%	50%	52%	51%
ohne Migrationshintergrund						
Erwerbstätige	73%	78%	82%	44%	49%	51%
Erwerbslose	8%	5%	4%	7%	5%	4%
Nichterwerbspersonen	19%	17%	14%	49%	46%	46%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Einkommen, Armutsrisiko und Bezug von Grundsicherung

Vom Migrationshintergrund und dem Vorliegen einer Beeinträchtigung hängt auch ab, inwieweit das Erwerbseinkommen als Haupteinkommensquelle dient und damit zu einer selbstständigen Lebensführung beiträgt (vgl. Abschnitt 3.5.1). Besonders niedrig ist der Anteil mit Haupteinkommen aus eigener Erwerbstätigkeit bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund, er ist jedoch von 31% im Jahr 2005 auf 35% im Jahr 2013 gestiegen (Tabelle 119). Für Menschen mit Migrationshintergrund ohne Beeinträchtigungen ist dieser Anteil mit 64% (2013) deutlich höher, er ist seit 2005 (mit 56%) um 8 Prozentpunkte gestiegen.

Tabelle 119: Bestreitung des Lebensunterhalts überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen nach Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2005	**2009**	**2013**	**2005**	**2009**	**2013**
Insgesamt	66%	70%	74%	37%	40%	40%
mit Migrationshintergrund	56%	59%	64%	31%	33%	35%
ohne Migrationshintergrund	68%	73%	76%	38%	41%	41%

Quelle: Mikrozensus 2005, 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Das Risiko von Armut kann die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen (vgl. Abschnitt II.3.5.1). Da die Höhe des verfügbaren Einkommens in der Regel mit zunehmendem Alter steigt, ist dieses Risiko mit der Lebensphase verbunden. Menschen ohne Beeinträchtigungen und ohne Migrationshintergrund weisen mit durchschnittlich 12% ein geringes Armutsrisiko auf; in der Kindheit und im jüngeren Erwerbsalter liegt es bei 14% und sinkt im höheren Erwerbsalter auf 8% (Tabelle 120). Die Armutsrisikoquote von Menschen mit Migrationshintergrund beträgt 25% (ohne Beeinträchtigungen) bzw. 32% (mit Beeinträchtigungen) und ist etwa doppelt so hoch wie die der Menschen ohne Migrationshintergrund. Wenn Menschen mit Migrationshintergrund keine Beeinträchtigungen haben, können auch sie ihre Armutsrisikoquote von 29% in der Kindheit auf 20% im höheren Erwerbsalter absenken. Diese Entwicklung verläuft bei Menschen mit Beeinträchtigungen anders – unter ihnen weisen diejenigen im jüngeren Erwachsenenalter mit 30% (ohne Migrationshintergrund) bzw. 39% (mit Migrationshintergrund) das höchste Armutsrisiko auf.

Tabelle 120: Armutsrisikoquoten nach Alter und Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
Altersgruppe	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
Insgesamt	12%	25%	17%	32%
unter 18 J.	14%	29%	18%	28%
18-44 J.	14%	23%	30%	39%
45-64 J.	8%	20%	21%	32%
ab 65 J.	13%	32%	12%	30%

Quelle: Mikrozensus 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Leistungen der Grundsicherung nach SGB II und nach SGB XII zusammen werden von Menschen mit Beeinträchtigungen zu einem höheren Anteil (13%) bezogen als von Menschen ohne Beeinträchtigungen (9%; vgl. Abschnitt II.3.5.2). 22,5% der Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigungen bezogen im Jahr 2013 Leistungen der Mindestsicherung gegenüber 10,4% der Menschen mit Migrationshintergrund, die keine

Beeinträchtigungen haben (+12,1 Prozentpunkte; Tabelle 121). Auch unter den Menschen ohne Migrationshintergrund ist der Anteil der Leistungsbezieher höher, wenn sie Beeinträchtigungen haben (9,4%), und auch hier ist der Unterschied zu Menschen ohne Migrationshintergrund (3,9%) markant (+5,5 Prozentpunkte).

Tabelle 121: Menschen, die in einem Haushalt mit Leistungsbezug der sozialen Grundsicherung leben, nach Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	2009	**2013**	**2009**	**2013**
Insgesamt	5,5%	5,3%	9,6%	11,1%
mit Migrationshintergrund	10,3%	10,4%	20,7%	22,5%
ohne Mitgrationshinter-grund	4,3%	3,9%	8,1%	9,4%

Quelle: Mikrozensus 2009, 2013 (gewichtet), Berechnung des ISG.

Leistungsberechtigte, die mit ihrem Erwerbseinkommen den Lebensunterhalt nicht sichern können und ergänzende Leistungen (aufstockendes Arbeitslosengeld II) erhalten, verfügen aufgrund der Erwerbstätigenfreibeträge über ein Einkommen oberhalb des soziokulturellen Existenzminimums.

1.1.4 Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird der Migrationshintergrund als einer der Faktoren, die sich auf die gesundheitliche Lage auswirken können, untersucht. Die dort ausgewerteten Studien beziehen sich auf Aspekte der Prävention, Krankheitsrisiken und Inanspruchnahme der Angebote der gesundheitlichen Versorgung. Diese Studien haben gezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer „jüngeren“ Altersstruktur im Durchschnitt gesünder sind, aber auch die Angebote der Gesundheitsversorgung weniger nutzen als Menschen ohne Migrationshintergrund. „Viele Menschen mit Migrationshintergrund nehmen Gesundheitsleistungen bei gegebenem Bedarf aufgrund sprachlicher und kultureller Probleme oder infolge von Diskriminierungserfahrungen seltener in Anspruch“ (Robert Koch-Institut 2015: 181). Inwieweit dies auch für die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund gilt, ist noch nicht hinreichend untersucht worden.

Hinsichtlich der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands bestehen deutliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, während sich der Migrationshintergrund hier nicht auswirkt (Tabelle 122). Der Anteil der Frauen ohne Beeinträchtigungen, die sich gesundheitlich nicht gut fühlen, beträgt 43% und liegt geringfügig über dem entsprechenden Anteil der Männer. Der Anteil der Frauen mit Beeinträchtigungen, die sich gesundheitlich nicht gut fühlen, ist mehr als doppelt so hoch (90%) und

auch etwas höher als der der Männer mit Beeinträchtigungen (86-88%). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil derer, die sich gesundheitlich nicht gut fühlen. Bei jüngeren Menschen mit Beeinträchtigungen ist dieser Anteil aber mit 75-81% schon recht hoch. Der Migrationshintergrund spielt aber bei der Differenzierung nach Geschlecht oder Altersgruppe nur eine geringe Rolle. Höheres Alter und das Vorliegen von Beeinträchtigungen sind somit die entscheidenden Faktoren für eine mittlere bis schlechte Einschätzung des Gesundheitszustands.

Tabelle 122: Gesundheitszustand „mittel“ bis „schlecht“ nach Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		**Menschen mit Beeinträchtigungen**	
	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
Insgesamt	41%	39%	88%	89%
Männer	39%	36%	86%	88%
Frauen	43%	43%	90%	90%
18 bis 44 J.	28%	30%	75%	81%
45 bis 64 J.	47%	46%	88%	89%
ab 65 J.	56%	61%	92%	92%

SOEP 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG

1.1.5 Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund an Sport, Kultur und Freizeit

Menschen mit Beeinträchtigungen sind in geringerem Maße sportlich aktiv als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dieser Unterschied wird dadurch überlagert, dass Menschen mit Migrationshintergrund sportlich weniger aktiv sind als Menschen ohne Migrationshintergrund. Die Anteile derer, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen, reicht von 33% der Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund über 43% der Menschen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund bis zu 60% der Menschen ohne Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund (Spannbreite von 27 Prozentpunkten; Tabelle 123). Frauen mit Beeinträchtigungen sind sportlich aktiver als Männer mit Beeinträchtigungen, diese Differenz beträgt bei Menschen mit Migrationshintergrund 5 Prozentpunkte und bei Menschen ohne Migrationshintergrund 4 Prozentpunkte. Wenn keine Beeinträchtigungen vorliegen, fällt dieser Unterschied geringer aus (ohne Migrationshintergrund) oder besteht gar nicht (mit Migrationshintergrund).

Tabelle 123: Aktiver Sport mindestens einmal pro Monat nach Beeinträchtigung und Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
Insgesamt	60%	52%	43%	33%
Männer	58%	52%	41%	30%
Frauen	61%	52%	45%	35%

SOEP 2013/2014 (gewichtet), Berechnung des ISG

Die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen kann sowohl durch Beeinträchtigungen als auch durch einen Migrationshintergrund beeinflusst werden. Hier wurde die Inanspruchnahme klassischer Kulturangebote (wie Theater, Konzerte, Ausstellungen) und die Inanspruchnahme von Angeboten wie Kino, Pop- und Jazzkonzerten sowie Diskothekenbesuche zu einem weiten Kulturbegriff zusammengefasst. Die Anteile derer, die ein solches Angebot mindestens ab und zu nutzen, liegen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen bei 50% (mit Migrationshintergrund) bzw. 64% (ohne Migrationshintergrund), während von den Menschen ohne Beeinträchtigungen 76% (mit Migrationshintergrund) bis 83% (ohne Migrationshintergrund) solche Angebote nutzen (Tabelle 124). Frauen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund nehmen solche Angebote etwas häufiger in Anspruch (53%) als Männer, auf die beides zutrifft (47%); ansonsten gibt es hier keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 124: Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen nach Beeinträchtigung und Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
Insgesamt	83%	76%	64%	50%
Männer	83%	76%	62%	47%
Frauen	84%	76%	65%	53%

SOEP 2013/2014 (gewichtet), Berechnung des ISG

Mit den Möglichkeiten, ihre Freizeit zu gestalten, sind Menschen mit Migrationshintergrund etwas weniger zufrieden als Menschen ohne Migrationshintergrund (Differenz 3 bis 6 Prozentpunkte; Tabelle 125). Männer mit Beeinträchtigungen und mit Migrationshintergrund sind zu einem hohen Anteil zufrieden, im Übrigen ist die Zufriedenheit von

Menschen mit Beeinträchtigungen etwa ebenso hoch wie die Zufriedenheit von Menschen ohne Beeinträchtigungen und die von Frauen ähnlich ausgeprägt wie die von Männern.

Tabelle 125: Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung nach Beeinträchtigung und Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
Insgesamt	70%	65%	70%	67%
Männer	70%	64%	71%	71%
Frauen	69%	66%	69%	64%

SOEP 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG

1.1.6 Teilhabe an Politik und zivilgesellschaftlichem Engagement

Die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund ist in vielen Bereichen geringer ausgeprägt als die der Menschen ohne Migrationshintergrund (Engels et al. 2011). Ob dies durch das Vorliegen einer Beeinträchtigung noch verstärkt wird oder nicht, ist Gegenstand dieses Abschnitts.

Interesse an Politik

Das Interesse an Politik ist bei Menschen mit Beeinträchtigungen (44% im Jahr 2014) etwas stärker ausgeprägt als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (41%, Differenz 3 Prozentpunkte; Tabelle 126). Menschen ohne Migrationshintergrund interessieren sich stärker für Politik als Menschen mit Migrationshintergrund. Bei Menschen mit Migrationshintergrund ist der Unterschied zwischen denen mit und ohne Beeinträchtigungen etwas größer (6 Prozentpunkte) als bei Menschen ohne Migrationshintergrund (2 Prozentpunkte). Im Zeitvergleich von 2010 bis 2014 hat das Interesse an Politik insgesamt zugenommen.

Tabelle 126: Interesse an Politik nach Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen			Menschen mit Beeinträchtigungen		
	2010	**2012**	**2014**	**2010**	**2012**	**2014**
Insgesamt	36%	37%	41%	41%	42%	44%
mit Migrationshintergrund	24%	29%	33%	30%	33%	39%
ohne Migrationshintergrund	39%	39%	43%	43%	43%	45%

SOEP 2010, 2012 und 2014 (gewichtet), Berechnung des ISG

Engagement in der Zivilgesellschaft

Menschen mit Migrationshintergrund engagieren sich seltener ehrenamtlich als Menschen ohne Migrationshintergrund (Tabelle 127). Regelmäßig oder zumindest ab und zu engagieren sich von den Menschen ohne Beeinträchtigungen 36% ohne Migrationshintergrund gegenüber 24% mit Migrationshintergrund. Menschen ohne Beeinträchtigungen engagieren sich in etwas stärkerem Maße als Menschen mit Beeinträchtigungen, und auch von diesen sind diejenigen ohne Migrationshintergrund (28%) stärker in dieser Form gesellschaftlich eingebunden als Menschen mit Migrationshintergrund (21%). Männer engagieren sich in dieser Form stärker als Frauen, wobei dieser Unterschied bei denen ohne Migrationshintergrund (6-8 Prozentpunkte) größer ist als bei denen mit Migrationshintergrund (1-3 Prozentpunkte).

Tabelle 127: Ehrenamtliches Engagement nach Migrationshintergrund

	Menschen ohne Beeinträchtigungen		Menschen mit Beeinträchtigungen	
	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
Insgesamt	36%	24%	28%	21%
Männer	37%	28%	31%	20%
Frauen	31%	27%	23%	17%

SOEP 2013/2014 (gewichtet), Berechnung des ISG

1.2 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zu Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund [156]

1.2.1 Zur Relevanz der Verbindung von Beeinträchtigungen und Migration

Die Schnittstellen von Beeinträchtigungen, Behinderungen und Migration(shintergrund) erfahren gegenwärtig zunehmende Beachtung. Dies ist unter anderem auf die aktuellen Fluchtbewegungen und dem damit verbundenen starken Anstieg der Anzahl an Asylbewerberinnen und Asylbewerbern sowie Schutzsuchenden zurückzuführen. Es gibt vor diesem Hintergrund in Deutschland rein zahlenmäßig eine Zunahme von eingewanderten Menschen, die auch Beeinträchtigungen haben können. Diese können bereits vor bzw. mit Antritt der Flucht (z.B. als Folge von Folter oder kriegsbedingten Verletzungen) vorhanden sein oder während bzw. infolge der Fluchterfahrungen erworben werden (vgl. Abschnitt zur Flucht unten). Migrations- und Fluchtbewegungen sind aber grundsätzlich kein neues Phänomen, sondern auch in Deutschland faktisch bereits seit Jahrzehnten Realität (vgl. Bade, Oltmer 2004). Es gab und gibt seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges Einwanderinnen und Einwanderer, vor allem:

- als deutsche Vertriebene und Flüchtlinge (nach 1945),
- als (Spät-)Aussiedler seit 1950, verstärkt zwischen 1987 und 1993
- im Zuge der Arbeitsmigration der sogenannten Gastarbeiter (1955 bis 1973) und des Familiennachzuges (bis heute),
- als Flüchtlinge aus osteuropäischen Kriegs- und Krisengebieten wie Jugoslawien Mitte der 1990er Jahre
- sowie im Kontext insgesamt zunehmender Migrationsbewegungen im Zuge der Osterweiterung der Europäischen Union seit den 1990er Jahren und des EU-Rechts auf Freizügigkeit[157].

In Folge dieser Entwicklungen lebten bereits im Jahr 2013 in Deutschland etwa 20% der Bevölkerung mit einem Migrationshintergrund (StBA 2014). Im Jahr 2015 hat die Einwanderung durch die starke Zunahme an Asyl suchenden Menschen noch einmal erheblich an Dynamik gewonnen (BAMF 2016: 9). Als weiterer Kontext für die wachsende Aufmerksamkeit für die Verknüpfung von Beeinträchtigungen und Migration(shintergrund) sind Effekte einer geschärften Wahrnehmung und Anerkennung der Vielfalt und Verschiedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen anzunehmen. Die UN-BRK verankert in Artikel 3 Buchstabe d die Anerkennung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderung als zentralen Grundsatz. Menschen mit Beeinträchtigungen stellen keine homogene Gruppe dar, sondern es handelt sich um Personen mit sehr unter-

---

156 Dieser Teil wurde von Prof. Dr. Gudrun Wansing und Prof. Dr. Swantje Köbsell erstellt.

157 Im Jahr 2014 kamen fast drei Viertel aller zugewanderten Personen aus EU-Staaten, d.h. der Europäischen Union und europäische Drittstaaten inklusive der Türkei und der Russischen Föderation (vgl. BAMF 2016, 15).

schiedlichen Voraussetzungen. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf Ursachen, Erscheinungsweisen und Folgen von Beeinträchtigungen, sondern auch für verschiedene Zugehörigkeiten, Identitäten und Lebenslagen entlang von Unterschieden wie Alter, Geschlecht sowie ethnischer und kultureller Zugehörigkeit. Das Zusammenwirken verschiedener Merkmale (oder Zuschreibungen) einer Person kann sich vor- oder nachteilhaft auf Teilhabechancen auswirken. In der BRK wird Besorgnis geäußert „über die schwierigen Bedingungen, denen sich Menschen mit Behinderungen gegenübersehen, die mehrfachen oder verschärften Formen der Diskriminierung aufgrund der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen, ethnischen, indigenen oder sozialen Herkunft, der Geburt, des Alters oder des sonstigen Status ausgesetzt sind“ (Präambel, p). Zu Fragen mehrfacher Benachteiligungen und Diskriminierungen an der Schnittstelle unterschiedlicher Merkmale und Zuschreibungen besteht insgesamt erheblicher Forschungsbedarf[158]. Während Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen mit beispielsweise Geschlecht (z.B. Schildmann, Bretländer 2000, BMFSJ 2007; Schröttle, Glammeier, Sellach et al. 2013; Wollrad, Jakob, Köbsell 2010; Windisch, Monika 2014) oder Alter (z.B. Köhncke 2009; BMAS 2013: 358ff.) bereits seit einigen Jahren Berücksichtigung bei der Beschreibung von Lebenssituationen finden, wurden Migration und damit verbundene Unterschiede entlang von nationaler bzw. ethnisch-kultureller Herkunft bislang kaum fokussiert. Dies gilt auf der Ebene von Politik ebenso wie für die Wissenschaft, die bislang nur wenig systematische Beschäftigung mit den Schnittstellen von Beeinträchtigungen und Migration aufweist (vgl. für eine erste Zusammenschau Wansing, Westphal 2014).

1.2.2 Sozialstatistik und Sozialberichterstattung an der Schnittstelle von Beeinträchtigungen und Migration

So ist auch die Datenlage über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund insgesamt unbefriedigend. Dies ist zum einen auf eine traditionell getrennte Sozialstatistik und Sozialberichterstattung der Bevölkerungsgruppe mit Beeinträchtigungen und Behinderungen einerseits und der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund andererseits zurückzuführen (vgl. Westphal, Wansing 2012: 30ff.). Es gibt statistische Berichte über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer[159] in Deutschland (vgl. BfMFI 2014) sowie Integrationsindikatorenberichte (BfMFI 2009; 2011), die

---

158 In der Forschung gewinnt der Ansatz der „Intersektionalität“ (=Überschneidung, Schnittmenge) an Bedeutung. Intersektionale Analysen richten sich auf das Zusammenspiel sozialer Merkmale und Kategorien und auf ihre Wechselwirkungen auf soziale Ungleichheit (vgl. Winker, Degele 2010).

159 Der Titel folgt dem Gesetzestext zum Lagenbericht, er ist jedoch insofern irreführend als er faktisch über die Bevölkerung *mit Migrationshintergrund* berichtet, einschließlich der eingebürgerten Ausländerinnen und Ausländer sowie der als Deutsche geborenen Deutschen mit Migrationshintergrund. Diese Definition umfasst eine deutlich größere Gruppe (etwa 20% der

über die Lebenssituation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Fortschritte ihrer Integration berichten. Während in den Berichten gesundheitsbezogene Aspekte durchaus beleuchtet werden, werden Beeinträchtigungen und Behinderungen nicht als Merkmale berücksichtigt. Im Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer erscheint die Kategorie Behinderung lediglich im Zusammenhang mit rechtlichen Bestimmungen (z.B. Ausnahmeregelungen bei Voraussetzungen für Aufenthaltserlaubnisse oder Einbürgerung). Im ersten Integrationsindikatorenbericht wird eine amtliche anerkannte Behinderung im Lebensbereich Gesundheit als „Indikator für eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten infolge gesundheitlicher Einschränkungen“ (BfMFI 2009: 120) einbezogen. Der Bericht zeigt, dass eine anerkannte (Schwer-)Behinderung in der Migrationsbevölkerung deutlich seltener vorliegt als in der Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund. Gleichwohl wurde der Indikator Behinderung als nicht aussagekräftig für Integration eingeschätzt und seine Streichung empfohlen, weil „eine Angleichung der Anteile der amtlich anerkannten Behinderungen von Personen mit Migrationshintergrund an die Gesamtbevölkerung kein Fortschritt, sondern eine Verschlechterung darstellen würde“ (BfMFI 2009: 120f.). Es fehlen allerdings differenzierte, hypothesenbasierte Analysen zur Aufklärung der faktischen Gründe für die Diskrepanz zwischen der Häufigkeit von anerkannten Behinderungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Bevölkerungsgruppe der Menschen ohne Migrationshintergrund (s. u.).

Zusätzlich zur unzureichenden wechselseitigen Berücksichtigung der Kontexte von Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund in der Sozialberichterstattung sind Reichweite, Aussagekraft und Vergleichbarkeit verfügbarer sozialstatistischer Daten durch die jeweils unterschiedlichen zugrunde gelegten Kategorien erschwert. So wie für die Erfassung von Beeinträchtigungen und Behinderungen unterschiedliche Kategorien in verschiedenen Statistiken und Berichten verwendet werden (z.B. anerkannte Schwerbehinderung, sonderpädagogischer Förderbedarf, Erwerbsminderung, chronische Erkrankung), so werden auch Aspekte von Migration auf der Basis unterschiedlicher Konzepte erfasst. So unterscheiden zum Beispiel sowohl die Schulstatistik als auch die Schwerbehindertenstatistik nicht nach Migrationshintergrund, sondern lediglich nach Nationalität, d.h. entlang der Differenzlinie deutsch|nicht deutsch bzw. Deutsche|Nicht Deutsche bzw. Ausländerinnen und Ausländer. Dies bedeutet, dass zum Beispiel mögliche soziale Ungleichheiten und Diskriminierungen in der Zuschreibung sonderpädagogischer Förderbedarfe oder in der Zuweisung zu unterschiedlichen Schulformen (z.B. Förderschule/ inklusive Schule) in der deutschen Schülerschaft mit Migrationshintergrund nicht sichtbar werden. Andere Statistiken, wie der Mikrozensus, verwenden (auch) die Kategorie Migrationshintergrund. Diese wurde zunächst Ende der 1990er Jahre als sozialwissenschaftliches Konzept für die Datenerhebung eingeführt, um auch die Lebenssituation von (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler, eingebürgerten Ausländerinnen und Ausländern

Bevölkerung) als die Gruppe der Ausländerinnen und Ausländer (=8,4% der Bevölkerung) (vgl. StBa 2014).

sowie deren Nachkommen erfassen zu können. Inzwischen hat sich diese Ausdrucksweise in Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit sprachlich weitgehend durchgesetzt. Im statistischen Kontext umfasst die Kategorie Migrationshintergrund „alle Ausländer und eingebürgerte Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2014). Dies bedeutet, dass auch Personen ein Migrationshintergrund zugeschrieben wird, die weder selber eingewandert sind noch deren Eltern. Es stellt sich dann die Frage, was in diesem Fall konkret mit der Kategorie Migrationshintergrund erfasst werden soll. Zudem handelt es sich bei der großen Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund nicht um ein homogenes Kollektiv, sondern um höchst unterschiedliche Personen. Dies gilt bereits für migrationsspezifische Unterschiede wie Herkunftsland, Zeitpunkt und Motive der Zuwanderung (z.B. Flucht vor Krieg und Verfolgung, Partnerschaft/Familienzusammenführung, Bildung und Beschäftigung), Aufenthaltsdauer und rechtlicher Aufenthaltsstatus und darüber hinaus für eine Vielzahl an migrationsunspezifischen Identitäten und Zugehörigkeiten wie Alter, Geschlecht, Wertorientierungen, Bildungsniveaus, sozialer Status und Milieus (vgl. Statistisches Bundesamt 2014; Wippermann, Flaig 2009).

1.2.3 Häufigkeiten und Verteilung von Beeinträchtigungen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Der vorliegende Bericht zeigt, dass der Anteil von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich geringer ist als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (9,5% zu 16,7%). Besonders deutliche Diskrepanzen zeigen sich in der Häufigkeit anerkannter Schwerbehinderungen (5% zu 10%). Diese Unterschiede sind im Wesentlichen auf die verschiedenen Altersstrukturen zurückzuführen. So ist die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund mit einem Durchschnittsalter von etwa 35 Jahren deutlich jünger als die Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund mit einem Durchschnittsalter von etwa 47 Jahren (Mikrozensus 2014). Die Altersgruppen, in denen die Wahrscheinlichkeit für Beeinträchtigungen und Behinderungen erheblich steigt (65 Jahre und älter) sind in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich weniger vertreten. Zudem sind Menschen mit eigener Migrationserfahrung im Durchschnitt gesünder als die Bevölkerung sowohl im Herkunfts- als auch im Einwanderungsland („Healthy Migrant“-Effekt“).

Über diese demografischen Effekte hinaus lassen sich weitere mögliche Einflussfaktoren diskutieren (vgl. Westphal, Wansing 2012). So könnte die Unterrepräsentanz von Menschen mit Migrationshintergrund in der Gruppe der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung auch ein Hinweis auf mögliche Barrieren im Zugang zur amtlichen Anerkennung von Schwerbehinderung sein. Zu denken wäre hier an unzureichende Informationen über das System der Rehabilitation und Teilhabe und über mögliche Leistungsansprüche, an sprachliche Barrieren, Hemmschwellen im Umgang mit Behörden oder

an Ängste im Zusammenhang mit einem unsichereren Aufenthaltsstatus. Möglicherweise nehmen auch unterschiedliche Kulturkonzepte und Wahrnehmungsmuster von Beeinträchtigungen und Behinderungen Einfluss. Auch wird angenommen, dass einige der zugewanderten Personen bei Eintreten von schweren Erkrankungen und Beeinträchtigungen oder nach der Geburt eines Kindes mit Beeinträchtigungen in das Herkunftsland zurückkehren („selektive Rückkehr", vgl. RKI 2008: 131). Diese Aspekte lassen sich jedoch anhand der vorliegenden Datenquellen nicht beleuchten. Weitere Forschung ist notwendig, auch um mögliche Benachteiligungen und Diskriminierungen von Menschen mit Migrationshintergrund im Zugang zu sozialen Leistungen und damit verbundene Barrieren der Teilhabe zu identifizieren.

1.2.4 Lebenslagen an der Schnittstelle von Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

Gegenwärtig findet sich nur wenig systematisches und empirisch fundiertes Wissen über die Lebensbedingungen und die Verwirklichung gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund (für eine Übersicht vgl. Windisch, Matthias 2014). Der vorliegende Bericht berücksichtigt systematisch die Merkmalsausprägung Migrationshintergrund als Querschnittsthema bei der Auswertung der Indikatoren für Teilhabe, soweit dies möglich ist. Einige grundlegende Daten werden für die Bereiche Bildung, Erwerbstätigkeit, Gesundheit, Politik, Freizeit, Kultur und Sport abgebildet, die jedoch nicht alle gleichermaßen aussagekräftig sind. Die Daten zu den Bereichen Sport, Kultur und Freizeit verweisen darauf, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund in diesen Bereichen weniger aktiv sind als behinderte Menschen ohne Migrationshintergrund; auch eine geringere Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung wird ausgewiesen. Worin diese Unterschiede bzw. die Unzufriedenheit begründet sind, ist aus dem vorliegenden Datenmaterial jedoch nicht abzuleiten; auch hier bedarf es weiterer Forschung bzgl. der Fragen, was die Befragten gern in ihrer Freizeit unternehmen würden und warum sie dies nicht umsetzen können. Des Weiteren gibt es keine Informationen zur Verwirklichung von Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund in weiteren Lebenslagendimensionen, wie der alltäglichen Lebensführung. Auch im Themenfeld Sicherheit und Schutz der Person liegen keine Daten zu Zusammenhängen von Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund vor. Angesichts des erhöhten Risikos von Menschen mit Beeinträchtigungen Gewalt zu erfahren (vgl. Kap. 7.2) sowie zunehmender rechter und rassistisch motivierter Gewalttaten in Deutschland (vgl. Amnesty International 2016: 49ff.) ist hier dringender Forschungsbedarf angezeigt. Auch das Thema rechtliche Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund ist unterbelichtet, dies betrifft sowohl den Zugang zu rechtlicher Betreuung als auch ihre Qualität. Das Institut für transkulturelle Betreuung in Hannover geht auf der Basis einer regionalen Studie davon aus, dass der Anteil rechtlich betreuter Menschen mit Migrationshintergrund deutlich geringer ist als der Anteil in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und dass es qualitative Defizite im Hinblick auf eine

migrations- und kultursensible rechtliche Vertretung gibt (Menkhaus, Wöhler, Lippel 2002).

1.2.5 Schulische und berufliche Bildung

Wie der Bericht aufzeigt, gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines Migrationshintergrundes in Kombination mit einer Beeinträchtigung im Hinblick auf die schulische Bildung: Einerseits erreichen junge Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigungen deutlich seltener einen Schulabschluss als die Gruppen Gleichaltriger, die entweder eine Beeinträchtigung aber keinen Migrationshintergrund haben, aber auch die Gruppe derer, die einen Migrationshintergrund, aber keine Beeinträchtigung haben, wobei der Faktor weibliches Geschlecht die Chancen in beiden Gruppen noch einmal verschlechtert.

Gleichzeitig erhöht das Vorliegen eines Migrationshintergrundes die Wahrscheinlichkeit, dass ein sonderpädagogischer Förderbedarf zugeschrieben wird. Dies gilt vor allem für den Förderschwerpunkt Lernen. Dieses Phänomen lässt sich seit vielen Jahren empirisch beobachten; wie im Bericht festgestellt sind auch 2014 ausländische Schülerinnen und Schüler der Gruppe der Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf überproportional vertreten. Das Kriterium ausländisch bildet jedoch nur eine Teilgruppe der Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund ab, diejenigen mit deutscher Staatsangehörigkeit werden nicht erfasst – also diejenigen, deren Eltern eingebürgert wurden bzw. die nach 2000 Geborenen, die qua Geburt in Deutschland die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber ausländische Eltern haben. Hier wäre es hilfreich, differenziertere Daten zur Verfügung zu haben (vgl. Malecki 2014: 597). Auch lässt sich in der Überrepräsentanz von Kindern/Jugendlichen mit Migrationshintergrund unter denen, die einem Förderschwerpunkt zugeordnet werden, der Einfluss des Faktors Geschlecht feststellen: Ist es im Hinblick auf fehlende Schulabschlüsse das weibliche Geschlecht, das schlechter abschneidet, ist im Hinblick auf die Zuschreibung von sonderpädagogischem Förderbedarf das männliche Geschlecht, das die Wahrscheinlichkeit dieser Zuschreibung erhöht. Auch hier muss die Datenlage verbessert werden, „um einen belastbaren Zensus aller Kinder und Jugendlichen mit wahrgenommenen Beeinträchtigungen oder anerkannten Beeinträchtigungen oder Migrationserfahrung bzw. -hintergrund repräsentieren (zu können)“ (Powell, Wagner 2014: 183). Die Nationalität wird zudem nicht nur bei der Zuschreibung von sonderpädagogischem Förderbedarf als Unterscheidung wirksam, sondern auch bei der Zuweisung zur Schulform. Wie der vorliegende Bericht zeigt, ist der Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler in Förderschulen überproportional hoch; dies gilt vor allem im Förderschwerpunkt Lernen: Während etwa die Hälfte der deutschen Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Förderschwerpunkt Lernen in inklusiven Schulformen unterrichtet werden, besucht die Mehrheit (drei Viertel) der ausländischen Schülerinnen und Schüler im selben Förderschwerpunkt Förderschulen (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014). „Die von Gomolla/Radtke

bereits 2002 aufgezeigte Tendenz, dass bei Kindern mit Migrationshintergrund in Entscheidungsverfahren über den Förderort die sprachlichen Voraussetzungen weitgehend ignoriert und auch die Vorgaben zum Schutz vor einer Überweisung in die Förderschule häufig umgangen werden, scheint trotz der bildungspolitischen (zumindest rhetorischen) Weiterentwicklungen fortzubestehen“ (Wansing et al. 2016: 78). Insgesamt scheint die „ethnische Zugehörigkeit >nichtdeutsch<“ (Powell, Wagner 2014: 185) im Bildungssystem als nicht „inkludierbare“ Eigenschaft wahrgenommen zu werden.

Diese Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen eines Migrationshintergrundes, der Zuschreibung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs sowie des Besuchs einer Förderschule werden in der Bildungsberichterstattung jedoch nicht systematisch und kontinuierlich erfasst. So werden im aktuellen Bildungsbericht, der den Schwerpunkt „Bildung und Migration“ hat (Autorengruppe Bildungsbericht 2016: 161 ff.), die Bildungsdisparitäten von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund herausgearbeitet. In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass bei Kindern mit Migrationshintergrund zum Zeitpunkt der Einschulung oftmals ein „diagnostizierter Sprachförderbedarf“ (ebd.: 173) vorliege, der mitunter zu einem verspäteten Schuleintritt führe. Dass eine Vielzahl dieser Kinder über das Konstrukt des sonderpädagogischen Förderbedarfs im Schulsystem an den Rand gedrängt und ihnen damit die Chance auf Schulabschlüsse sowie Ausbildungen vorenthalten wird, wird nicht erwähnt. Der einzige Satz, der sich zu diesem Zusammenhang finden lässt, erweckt vielmehr den Eindruck, dass es gelingt, diese Kinder mittels spezifischer Maßnahmen schulisch zu inkludieren: „Vor allem Kinder, deren Sprachkenntnisse nicht für den Besuch einer Regelklasse ausreichen, werden durch zusätzliche Maßnahmen in das Schulsystem integriert" (ebd.: 187). Das Thema sonderpädagogischer Förderbedarf bzw. Förderschulbesuch kommt im Kapitel Migration ebenso wenig vor wie im Kontext von sonderpädagogischem Förderbedarf darauf hingewiesen wird, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund hier überproportional vertreten sind. Indem die hier stattfindenden Diskriminierungen und Ungleichheiten entlang von Nationalität/ Ethnizität/Sprache nicht sichtbar gemacht werden, gerät zum einen eine große Gruppe von Schülerinnen und Schüler aus dem Blick und zum anderen wird die Chance vertan zu analysieren, was beim Zusammentreffen von Migrationshintergrund und Regelschulsystem geschieht. Ohne eine solche Analyse kann jedoch der Chancenungleichheit im Hinblick auf Zugang und Erfolgsaussichten im System der schulischen Bildung nicht gegengesteuert werden, womit der Status quo fortgeschrieben wird. Wenn das deutsche Bildungssystem inklusiv werden soll, müssen auch diese Ausgrenzungsmechanismen in den Blick genommen und kritisch hinterfragt werden.

Gleiches gilt für die Systeme der beruflichen (Aus-)Bildung. Der vorliegende Bericht macht deutlich, dass das Zusammenwirken von Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund mit deutlich erhöhten Risiken im Hinblick auf berufliche Abschlüsse einhergeht. Indikatoren sind der höhere Anteil von Personen ohne beruflichen Abschluss sowie niedrigere Anteile an höherer beruflicher Bildung von Menschen mit Beeinträchtigungen und

Migrationshintergrund. Zudem zeigt sich auch bei den beruflichen Abschlüssen die Intersektionalität von Beeinträchtigungen, Migrationshintergrund und Geschlecht. So weist fast die Hälfte (46%) aller beeinträchtigten Frauen mit Migrationshintergrund keinen Berufsabschluss auf. Die Bildungsberichterstattungen (seit 2006, zuletzt Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2016) und Berufsbildungsberichte (vgl. BIBB-Datenreporte der letzten Jahre: www.bibb.de/datenreport) zeigen erhebliche Selektions- und Exklusionsrisiken im System der beruflichen Ausbildung nach Merkmalen wie Geschlecht, Migrationshintergrund/Staatsangehörigkeit[160] und Region auf, dies gilt vor allem am Übergang von der Schule in die Berufsausbildung. Empirisch lassen sich jene Personengruppen identifizieren, „die nach Maßgabe der bestehenden Zugangsregelungen eine geringe Chance haben, sich erfolgreich um eine duale Berufsausbildung zu bewerben, weil sie nicht über jene personalen, sozialen und organisatorischen Ressourcen verfügen, um sich einen Zugang in eine Berufsausbildungsstelle zu erschließen“ (Ulrich 2011: 6, zit. nach Bylinski, Rützel 2016: 12). So wird zum Beispiel die ungleiche Verteilung von deutschen und ausländischen Neuzugängen auf die drei Sektoren der Berufsausbildung nachgewiesen, nach der ausländische Jugendliche eine mehr als doppelt so hohe Quote im Übergangssystem aufweisen wie deutsche (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2016: 176). Eine Differenzierung der Übergangsquoten entlang des Merkmals Behinderung bzw. sonderpädagogischer Förderbedarf ermöglichen die Daten der Bildungsberichte jedoch nicht. Die Absolventinnen und Absolventen sowie Abgängerinnen und Abgänger der Förderschulen werden ohne weitere Unterscheidung in der Gruppe der Jugendlichen ohne Hauptschulabschluss erfasst, obwohl mehr als die Hälfte dieser Personen (im Jahr 2014) eine Förderschule besucht hat (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2016: 273). Insgesamt ermöglichen die Daten der Bildungsberichte keine Aussagen zu möglichen Benachteiligungen und Exklusionsrisiken im System der Berufsausbildung für Menschen mit Behinderung bzw. Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen. „Dies liegt teils an unterschiedlichen Zuweisungskriterien zwischen allgemeinbildenden Schulen und Trägern der Berufsausbildung, teils an der statistischen Erfassung. Für den Zugang zur Ausbildung kommen die Schul- und Berufsbildungsstatistik sowie – ersatzweise – die Statistik der Bundesagentur für Arbeit über Eingliederungsbeihilfen und Arbeitgeberzuschüsse für (Schwer-)Behinderte in Frage. Da auch die neue Berufsbildungsstatistik die Kategorie „Menschen mit Behinderungen“ oder „Behinderung“ nicht kennt, lassen sich mit ihr weder die Ausbildungsanfänger mit Behinderungen bzw. Neuzugänge zur Berufsausbildung im dualen System ausweisen noch die Ausbildungsabschlüsse oder Vertragsauflösungen dieser Personengruppe darstellen“ (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014: 182). Vor diesem Hintergrund sind auch Ana-

[160] Der Zugang zur beruflichen Ausbildung von Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund lässt sich nur nach Staatsangehörigkeit darstellen, da die Schul- und Berufsbildungsstatistik das Merkmal Migrationshintergrund nicht erfasst.

lysen zu möglichen Wechselwirkungen von Migrationshintergrund/Nationalität, Geschlecht und Beeinträchtigungen/Förderbedarf beim Zugang zu beruflicher (Aus-)Bildung nicht möglich. Entsprechende Differenzierungen in den Daten zukünftiger Bildungsberichte sind dringend erforderlich, auch um Effekte von klassifikatorischen Zuschreibungen abzubilden, die durch institutionelle und professionelle Strukturen und Praktiken des beruflichen Bildungssystems selbst hervorgebracht und stabilisiert werden. So werden beispielsweise entlang der Kategorien „behindert“ und „benachteiligt“ zwei unterschiedliche Fördersysteme mit jeweils unterschiedlichen rechtlichen, finanziellen, administrativen und professionellen Strukturen, Programmen und Handlungslogiken begründet, die den unterschiedlich kategorisierten Jugendlichen verschiedene Wege und Zugänge zur beruflichen (Aus-)Bildung eröffnen. Dabei zeigen sich aber faktisch hohe Überschneidungen der jeweils zugeordneten Personengruppen, die Übergänge sind fließend (vgl. Wansing et al. 2016).

1.2.6 Erwerbstätigkeit und Einkommen

Der Bericht bildet Unterschiede bezüglich der Erwerbstätigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen entlang des Merkmals Migrationshintergrund anhand von Indikatoren ab, die den grundsätzlichen Erwerbsstatus anzeigen, d.h. differenziert nach erwerbstätigen, erwerblosen und Nichterwerbspersonen[161]. Hier zeigt sich, dass sich Risiken der Nichterwerbsbeteiligung im Zusammenwirken von Beeinträchtigungen und Migration(shintergrund) potenzieren. So steigt der Anteil der Nichterwerbspersonen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen bei Vorliegen eines Migrationshintergrunds, dies gilt in verstärktem Ausmaß für Frauen. Gleichwohl zeigen die Daten, dass sich Beeinträchtigungen insgesamt in stärkerem Maße ungünstig auf die Erwerbsbeteiligung auszuwirken scheinen als ein Migrationshintergrund. Die Aussagekraft des Erwerbsstatus für die gleichberechtigte Verwirklichung der Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund bleibt allerdings äußerst begrenzt. Er liefert keine weiterführenden (menschenrechtsorientierten) Indikatoren für den Zugang zum Arbeitsmarkt und die Qualität der Arbeitsbedingungen, wie Arbeitslosenquote und -dauer, Umfang der Erwerbstätigkeit und Einkommen sowie Zufriedenheit mit der Erwerbstätigkeit. Daten hierzu gibt es bislang nur separat für die statistische Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen einerseits (vgl. Kapitel 3) und für die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund andererseits[162]. Die Daten zur Beschäftigungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund (BA 2012) zeigen in ähnlicher Weise Risiken am Arbeitsmarkt wie von Menschen mit Beeinträchtigungen. Sie sind häufiger und länger arbeitslos und ihre Qualifikationsstruktur ist insgesamt ungünstiger als in der Bevölkerung

[161] Basierend auf dem ILO Konzept von Erwerbsarbeit, vgl. Abschnitt II.3.1.

[162] Die Bundesagentur für Arbeit differenziert in ihren Statistiken nach § 281 Abs. 2 SGB III erst seit 2011 nicht nur nach Nationalität und Einwanderungsstatus, sondern auch nach Migrationshintergrund.

ohne Migrationshintergrund. Mehr als ein Drittel der Arbeitslosen im Jahr 2012 hatte einen Migrationshintergrund (35%, davon 34% Männer, 36% Frauen). Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an Langzeitarbeitslosen ist höher als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (35% : 32%). Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund ohne abgeschlossene Berufsausbildung ist unter den Arbeitslosen doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund (64% : 32%). Vor dem Hintergrund, dass sich sowohl Beeinträchtigungen als auch ein Migrationshintergrund nachteilig auf die Beschäftigungssituation auswirken können, liegt die Vermutung mehrfach erhöhter Risiken beim Zusammentreffen von Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund nahe. Diese Annahme wird gestützt durch die Daten dieses Berichtes zum Lebensunterhalt (vgl. Abschnitt III.1.1.3). Lediglich ein Drittel der Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund bestreitet den Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen. Das Armutsrisiko von Menschen mit Beeinträchtigungen verdoppelt sich bei Vorliegen eines Migrationshintergrundes. Die ökonomische Situation von Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland ist signifikant schlechter als die der restlichen Bevölkerung. Dies ist einer Vielzahl von Ursachen geschuldet, wie dem erschwerten Zugang zu und Verbleib in hochwertigen allgemeinbildenden Schulen (vgl. Powell, Wagner 2014), eingeschränkten Arbeitsmarktchancen, geringerem Einkommen sowie einem höheren Risiko, entlassen und arbeitslos zu werden (Seifert 2011: 125).

1.2.7 Gesundheit, Rehabilitation und Pflege

Wenngleich Menschen mit eigener Migrationserfahrung im Durchschnitt gesünder sind als die Bevölkerung sowohl im Herkunfts- als auch im Einwanderungsland („Healthy Migrant“-Effekt“), treten in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund spezifische gesundheitliche Risiken häufiger auf (z.B. chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 und psychische Erkrankungen) als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (vgl. im folgenden Brzoska, Razum 2015: 553). Als Einflussfaktor auf den Gesundheitsstatus wird zum einen ein geringerer sozioökonomischer Status (s.o.) genannt. Auch Menschen, die keine eigene Migrationserfahrung haben, sondern in zweiter Generation im Land leben, sind einem erhöhten Risiko auf Erwerb oder Verschlimmerung einer bestehenden Beeinträchtigung ausgesetzt. Hier spielt vor allem die schlechte ökonomische Situation vieler Familien mit Migrationshintergrund eine wichtige Rolle. Armut bewirkt die Häufung potentiell gesundheitsschädigender Bedingungen wie beispielsweise zu kleinen, dunklen, feuchten und/oder schimmeligen Wohnungen, aber auch des eingeschränkten Zugangs zu Gesundheitsversorgung und Präventionsmaßnahmen. Dies kann durch schlechte Sprachkenntnisse noch verstärkt werden (Razum et al. 2004).

Neben den sozioökonomischen Faktoren spielen belastende Arbeitsbedingungen im produzierenden Gewerbe eine Rolle für spezifische Gesundheitsrisiken. Daten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zeigen zum Beispiel für die Gruppe der ausländ-

dischen Erwerbspersonen[163], dass Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten häufiger vorkommen als bei deutschen, und dass die Erwerbsminderungsquoten höher ausfallen. Zugleich weisen Studien darauf hin, dass die gesundheitlichen Versorgungssysteme in Deutschland nicht ausreichend auf die Voraussetzungen und Bedürfnisse der Bevölkerung mit Migrationshintergrund eingestellt sind. In Abhängigkeit von ihrer Migrationsgeschichte haben Menschen mit Migrationshintergrund einen je unterschiedlichen rechtlichen Status (Debler, Gregor 2011), der neben anderen Dingen darüber entscheidet, ob bzw. wie viel Zugang sie beispielsweise zum Gesundheits- oder Sozialsystem haben. Fehlender Zugang zu Gesundheitsleistungen kann zum Entstehen bzw. zur Verschlimmerung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und zu Behinderungserfahrungen führen. Erfahrungen mit (Alltags-)Rassismus können hierbei ebenfalls eine Rolle spielen (Hutson 2010).

Barrieren zeigen sich auch im Bereich des Rehabilitationssystems, und zwar sowohl für den Zugang zu Leistungen als auch im Hinblick auf die Wirksamkeit bzw. Ergebnisse der Leistungen (vgl. im Folgenden Brzoska, Razum 2015). So nehmen Menschen mit Migrationshintergrund viele Angebote der Prävention und medizinischen Rehabilitation seltener in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Zudem fallen die Rehabilitationsergebnisse bei ausländischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ungünstiger aus, und zwar bezüglich der beruflichen Leistungsfähigkeit, des Risikos auf Erwerbsminderung und der subjektiven Zufriedenheit mit den Leistungen. Diese Befunde lassen sich nicht allein durch demografische, sozioökonomische und gesundheitliche Unterschiede zwischen Rehabilitanden deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit erklären. Qualitative Untersuchungen weisen darüber hinaus auf Barrieren im Rehabilitationssystem wie Informationsdefizite und Kommunikationsprobleme hin, die sich sowohl als Zugangsschwellen für die Inanspruchnahme rehabilitativer Angebote als auch auf die Qualität des Prozesses auswirken. Eine Rolle scheint auch die unzureichende Berücksichtigung kulturspezifischer Krankheitskonzepte und Bewältigungsstrategien zu spielen (ebd.).

Herausforderungen werden zudem im Kontext von Pflegebedürftigkeit und pflegerischer Versorgung sichtbar. Eine vom Bundesgesundheitsministerium durchgeführte repräsentative Studie, in deren Rahmen pflegebedürftige Personen befragt wurden, die sowohl in der Familie, als auch von ambulanten Diensten oder stationär versorgt werden, kam zu folgenden Ergebnissen:

> „So haben etwa 8% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten einen Migrationshintergrund. In der Eingruppierung in Pflegestufen zeigen sich Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund. So sind 54% der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in die Stufe I eingeordnet, während

[163] Die Routinedaten der Sozialversicherungsträger differenzieren nach Nationalität, nicht nach Migrationshintergrund.

> der Anteil bei Personen ohne Migrationshintergrund 59% beträgt (…). Dagegen ist in der Pflegestufe III der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Personengruppe ohne Migrationshintergrund überproportional hoch (15% zu 9%), während in der Pflegestufe II kaum Unterschiede festzustellen sind." (Kohls 2012: 2)

Die Befragten in Privathaushalten nahmen seltener Sachleistungen in Anspruch als Personen ohne Migrationshintergrund, auch wurde öfter der Wunsch geäußert, dass die Pflege nicht von Fremden erbracht werden sollte.

Im Zuge des demographischen Wandels wird es auch zu einer Zunahme der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund kommen. Viele werden keine familiären Bedingungen mehr vorfinden, die die Pflege zu Hause sicherstellen können. Andererseits sind ambulante wie auch stationäre Versorgungsmöglichkeiten wenig bekannt. „Gründe hierfür sind vor allem Sprachprobleme, Vorbehalte gegenüber Pflegeinstitutionen, das Vertrauen auf Pflege durch Kinder und Verwandte, die Unübersichtlichkeit des Pflegesystems sowie das Aufschieben einer möglichen Rückkehroption" (ebd.: 5).

1.2.8 Behinderte Frauen mit Migrationshintergrund

Zur Lebenssituation behinderter Frauen mit Migrationshintergrund gibt es bis jetzt kaum Veröffentlichungen und so gut wie keine Forschung. Allerdings lassen sich aus Erhebungen wie z.B. dem Mikrozensus Tendenzen erkennen. Auffällig ist hier zunächst, dass Frauen mit Migrationshintergrund – vor allem jüngere – wesentlich seltener eine Anerkennung als Schwerbehinderte haben als behinderte Frauen ohne und Männer mit Migrationshintergrund (vgl. Libuda-Köster, Sellach 2014: 313). Als Ursache hierfür wird vermutet, „dass Frauen mit Migrationshintergrund in jüngeren Jahren eher keinen Antrag auf Anerkennung ihrer Behinderung stellen wegen ihrer schlechten ökonomischen Situation verbunden mit der Sorge, wegen der Behinderung am Arbeitsmarkt benachteiligt zu werden" (ebd.: 315). Tatsächlich stellen behinderte Frauen mit Migrationshintergrund das Schlusslicht auf dem Arbeitsmarkt dar. Sie gehören anteilig am häufigsten zur Gruppe der Personen ohne Berufsabschluss (s.o. Tabelle 116) sowie zur Gruppe der Nichterwerbspersonen (s.o. Tabelle 117) und verfügen über das geringste Einkommen (Libuda-Köster, Sellach 2014: 316). Hier wird deutlich, wie das wechselseitige Zusammenwirken von Migration, Behinderung und Geschlecht Armut und Ausschluss von gesellschaftlicher Teilhabe bedingen kann.

Auffällig ist ebenfalls, dass nach den Zahlen des Mikrozensus „behinderte Frauen ohne Migrationshintergrund häufiger ledig sind als Migrantinnen und diese wiederum signifikant häufiger verheiratet waren" (ebd.: 315). Abgesehen davon, dass vermutlich auch nichtbehinderte Frauen mit Migrationshintergrund häufiger verheiratet sind als solche ohne, scheint hier das Phänomen der „verminderten Heiratsfähigkeit" (vgl. Ehrig 1996)

nicht in gleichem Maße zuzutreffen wie bei behinderten Frauen ohne Migrationshintergrund. Auch zu der Frage, ob Zwangsverheiratungen eine Rolle spielen, liegen in Deutschland keine Daten vor.

Hierzu gibt es derzeit genauso wenig Forschung wie im Hinblick auf Erfahrungen mit (sexualisierter) Gewalt. Betrachtet man die Befunde der Studien zur Gewalterfahrung von Frauen mit Migrationshintergrund sowie von behinderten Frauen ohne Migrationshintergrund, ist zu vermuten, dass behinderte Frauen mit Migrationshintergrund in besonderem Maße gefährdet sind Gewalt zu erfahren. Wie Schröttle und Glammeier (2014: 294) betonen, liegt dies nicht an der ethnischen Herkunft, vielmehr seien „die Migrationsfolgen und die mit ihnen einhergehenden sozialen Spannungen und Belastungen im Geschlechterverhältnis“ Gewalt fördernd. Auch muss in diesem Zusammenhang noch einmal die Heterogenität der Gruppe der „Menschen mit Migrationshintergrund“ betont und auf die Gefahr der Kulturalisierung dieser Fragen hingewiesen werden, denn „(b)ei der Diskussion um Gewalt gegen Migrantinnen geht es (…) nicht wirklich um alle Frauen mit Migrationshintergrund (…), sondern unausgesprochen werden nur bestimmte, als besonders unterdrückt, abhängig und/oder wehrlos imaginierte Gruppen (z.B. Frauen türkischer Herkunft mit geringem Bildungs- und sozialen Ressourcen, schwarze Frauen) thematisiert“ konstatieren Schröttle und Glammeier (ebd.: 300). Genauso wenig gibt es „die“ behinderte Frau mit Migrationshintergrund, denn auch hier ist davon auszugehen, dass die „Lebenssituation, Belastungen und Diskriminierungen, denen Migrantinnen mit Behinderung ausgesetzt sind, (...) entsprechend stark variieren“ (ebd.). Da jedoch zu dem gesamten Themenkomplex „behinderte Mädchen mit Migrationshintergrund“ kein gesichertes Datenmaterial vorliegt, ist man an vielen Stellen auf Vermutungen angewiesen. Fest steht jedoch, dass es sich hierbei um eine besonders vulnerable Personengruppe handelt, die durch das Zusammentreffen von weiblichem Geschlecht, Behinderung und Migrationshintergrund mit einer Vielzahl von Benachteiligungen konfrontiert sein kann.

1.2.9 Unsichtbarkeit im Hilfesystem

In der BRD gibt es gut ausgebaute Systeme an Beratungs- und Dienstleistungsangeboten sowohl für Menschen mit Beeinträchtigungen und ihre Angehörigen als auch für Menschen mit Migrationshintergrund. Da dies jedoch zwei (politisch, administrativ und professionell) völlig getrennte Systeme sind, fallen Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigungen häufig in die Lücke zwischen diesen beiden Angebotsstrukturen – sie sind mit ihren Voraussetzungen und Bedürfnissen im System bislang nicht vorgesehen und bleiben dort häufig benachteiligt und unterversorgt. Diese Situation entsteht, weil einerseits Beratungsangebote für Migrantinnen und Migranten schwerpunktmäßig auf rechtliche Aspekte bzw. die Integration in die Gesellschaft fokussieren und sich nicht mit Themen, die mit Behinderung zusammenhängen, beschäftigen. Andererseits kennt die Behindertenhilfe sich mit Letzterem gut aus, berücksichtigt aber in der Regel nicht

die mit Migrationsgeschichten zusammenhängenden Fragen. Hinzu kommt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die oftmals selbst keinen Migrationshintergrund haben, überwiegend mit einem westlich geprägten, kulturhomogenen Verständnis von Behinderung arbeiten, das problematisch sein kann, wenn es zu ausschließenden Praktiken führt, obwohl die Angebote vom Grundsatz her für alle Menschen mit Beeinträchtigungen vorgehalten werden (Kauczor 2008: 70f). Im Zusammenspiel mit einem Verständnis von Behinderung, das vor allem die Störung fokussiert, wird oft nur das scheinbar Offensichtliche als Problem wahrgenommen, nicht aber die Faktoren, die im Hintergrund behindernd wirken, so dass nicht der jeweiligen Situation angemessen gehandelt bzw. interveniert wird. Dies errichtet Barrieren, die Migrantinnen und Migranten den Zugang zum System der Behindertenhilfe erschweren (ebd.: 71) und ihre Unsichtbarkeit aufrechterhalten.

Eine große Barriere sind fehlende Sprachkompetenzen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe, aber auch bei den Behörden. Die Familien werden „wie viele Eltern ohne Migrationshintergrund (…) im Förderdschungel von einer Stelle zur nächsten geschickt“ (Amirpur 2015: 17; vgl. hierzu auch Amirpur 2016) ohne dabei begleitet zu werden, was oft zur Aufgabe führt. In vielen Herkunftsländern gibt es keine vergleichbaren Unterstützungsangebote, weshalb Migrantinnen und Migranten kultursensible Informationen in ihnen zugänglichen Formaten benötigen. Ebenso kann es sein, dass die Betroffenen wenig oder kein Wissen über die Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten des gesundheitlichen Problems bzw. der Beeinträchtigung verfügen. Auch hier ist es wichtig so aufzuklären, dass die Betroffenen in die Lage versetzt werden, sich für oder gegen eine bestimmte Maßnahme zu entscheiden. Zudem ist es möglich, dass Migrantinnen und Migranten mit Beeinträchtigungen nicht die in Deutschland vorherrschenden Vorstellungen im Hinblick auf Selbstbestimmung, (Un-)Abhängigkeit, Pflege und Therapie teilen, oder dass sie aus Angst vor Autoritäten ihre Bedürfnisse nicht formulieren. Zum Teil haben sie negative Erfahrungen mit deutschsprachigen Beratungsangeboten gesammelt; ihnen wurde nicht zugehört oder sie wurden ablehnend behandelt, so dass sie Beratungsangeboten misstrauen. Und nicht zuletzt wird immer wieder von Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen berichtet (ebd). Diese Konstellation kann die Situation von Familien mit behinderten Angehörigen negativ beeinflussen, weshalb „eingewanderte Eltern neben sachgerechten Informationen Begleitung brauchen, um sich im Hilfesystem zu behaupten“ (ebd.: 19).

Vor dem Hintergrund, dass sich die „offiziellen“ Strukturen nur langsam den Bedürfnissen insbesondere von Familien mit Migrationshintergrund und behinderten Angehörigen öffnen[164], haben sich inzwischen in vielen Orten Selbsthilfe-Gruppen gegründet, um

[164] Die großen Behindertenverbände wie die Lebenshilfe und der Verband körper- und mehrfachbehinderter Menschen, aber auch große Einrichtungen wie Bethel haben inzwischen Arbeitsschwerpunkte „Migration und Behinderung“ eingerichtet. Dennoch scheinen sich die Beratungsangebote vor Ort der Thematik nur langsam zu öffnen.

diese Lücke zu füllen bzw. Brücken zu bauen „zwischen den Strukturen des Hilfesystems und den eingewanderten Familien“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2015: 43). Die genaue Zahl dieser Gruppen ist nicht bekannt, allerdings fällt auf, dass die bekannten Initiativen immer eher von Familien oder Eltern ausgehen; behinderte Menschen mit Migrationshintergrund selbst tauchen nicht auf – sie bleiben auch hier unsichtbar. Herauszufinden, warum diese Stimmen ungehört bleiben, ist Aufgabe notwendiger Forschung.

1.2.10 Behinderung und Flucht

Unter den vielen Menschen, die seit 2015 auf der Suche nach Schutz und Sicherheit nach Deutschland gekommen sind, befinden sich auch Menschen mit Beeinträchtigungen. Da Beeinträchtigungen und Behinderungen nicht überall bzw. nicht systematisch bei der Erstregistrierung erhoben werden, ist nicht bekannt, wie hoch ihr Anteil an der Gesamtzahl der Geflüchteten ist. Auch zur Lebenssituation von geflüchteten Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt ist wenig bekannt.[165]

Da der weltweit größte Anteil von Kindern und Erwachsenen mit Beeinträchtigungen in Kriegsregionen lebt (vgl. Kastl 2010), liegt es auf der Hand, dass unter den Geflüchteten aus Kriegsgebieten wie Syrien auch Menschen mit Beeinträchtigungen sein müssen. So ist davon auszugehen, dass sich viele Menschen mit Kriegsverletzungen oder auch durch Folter bedingten Beeinträchtigungen auf die Flucht begeben. Hinzu kommen diejenigen, die schon im Herkunftsland mit Beeinträchtigungen gelebt haben bzw. Familien mit beeinträchtigten Kindern oder anderen Angehörigen. Aber auch die Flucht selbst erhöht das Risiko, eine Beeinträchtigung zu erwerben oder eine bereits bestehende zu verschlimmern, z.B. durch Infektionen, die nicht behandelt werden können, nicht versorgte Wunden oder Mangelernährung. Hinzu kommen psychische Problematiken durch Kriegs-, Folter- oder verfolgungsbedingte Traumata.

Eine 2014 vom Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (UNHCR) in 6 irakischen Flüchtlingslagern durchgeführte Erhebung kam zu dem Ergebnis, dass sich in fast jedem 10. Haushalt ein Mitglied mit einer Beeinträchtigung befand. Dabei handelte es sich überwiegend um Männer (62%) und Kinder (41%), die vor allem körperliche (50%) und psychische/kognitive Beeinträchtigungen aufwiesen, die mehrheitlich (53%) seit der Geburt bestanden; lediglich 3% waren die Folgen bewaffneter Konflikte (UNHCR 2014: 2). Eine

---

[165] Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung Berlin (DIW) und das Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) führen derzeit eine Langzeitstudie zur Lebenssituation von Menschen durch, die seit 2013 in Deutschland Schutz vor politischer Verfolgung und gewaltsamen Konflikten gefunden haben (Befragungen in 2016, 2017 und 2018). Im Rahmen der Flüchtlingsbefragung werden auch verschiedene Informationen über Gesundheit, Krankheiten und Beeinträchtigungen im Alltag und bei der Arbeit erhoben. (http://www.iab.de/de/iab-aktuell/fluechtlingsbefragung_2016.aspx)

ebenfalls 2014 von HelpAge International und Handicap International unter syrischen Flüchtlingen in verschiedenen Flüchtlingscamps durchgeführte Befragung mit dem Titel „Hidden Victims of the Syrian Crisis“ fand unter den Befragten 22,4% mit einer Beeinträchtigung, 15,6% mit chronischer Krankheit und 5,6% mit einer Verletzung, wobei nicht ausgewiesen wird, ob diese im Kontext eines bewaffneten Konfliktes erworben wurden[166].

Man muss also davon ausgehen, dass eine größere Anzahl der nach Deutschland gekommenen Flüchtlinge Beeinträchtigungen oder gesundheitliche Probleme haben, denen im Asylverfahren jedoch nicht Rechnung getragen wird. Unterkünfte sind nur selten barrierefrei, Zuständigkeiten oft unklar und Informationen über auf die Beeinträchtigung bezogene Unterstützungsmöglichkeiten selten zu erlangen. Nach deutschem Gesetz haben Asylsuchende nach dem Asylbewerberleistungsgesetz – solange sie keine Aufenthaltsgenehmigung besitzen – nur Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen, wozu weder Physio- noch Psychotherapie gehören, auch die Bewilligung notwendiger Hilfsmittel scheitert oft an dieser Hürde. Bis eine Aufenthaltsgenehmigung erteilt wird, vergeht jedoch oftmals viel Zeit, in der sich der Gesundheitszustand dramatisch verschlechtern kann.[167] Dies trifft Kinder mit Beeinträchtigungen in besonderem Maße, da sie auf diese Weise eingetretene Verschlimmerungen/ Chronifizierungen den Rest ihres Lebens begleiten werden. Bettina Eisenhardt von der Fachstelle Menschenkind in Berlin spricht in diesem Zusammenhang von einer strukturellen Unterversorgung und Menschenrechtsverletzungen (Eisenhardt 2014: 4).

---

166 HelpAge International, Handicap International (2014): Hidden victims of the Syrian crisis: disabled, injured and older refugees, http://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/handicapinternational/pages/454/attachments/original/1397045203/Hidden_Victims_of_the_Syrian_Crisis%E2%80%94disabled__injured_and_older_refugees.pdf?1397045203

167 Erschwerend kommt hinzu, dass jeder Arztbesuch beim Sozialamt beantragt werden muss. Dort entscheiden die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter als medizinische Laien über die Notwendigkeit der Behandlung. Falls die Behandlung als notwendig eingeschätzt wird, wird ein Behandlungsschein ausgestellt, der beim Arzt deutlich signalisiert: „Asylbewerberin bzw. Asylbewerber“. In Bremen und Hamburg erhalten Asylbewerberinnen und Asylbewerber bereits seit einigen Jahren die Gesundheitskarte der AOK. Hierdurch gibt es für beide Seiten positive Effekte: Den Geflüchteten bleibt das Antragstellen erspart und in den Praxen werden sie nicht sofort als Asylsuchende erkannt. Zugleich reduziert sich der Verwaltungsaufwand in den Behörden und die dort Beschäftigten haben mehr Zeit, ihren eigentlichen Aufgaben nachzugehen, schließlich wird auch tatsächlich Geld eingespart (Sell 2015). Inzwischen sind viele Kommunen diesem Beispiel gefolgt (so z.B. Berlin seit dem 1.1.2016), vielerorts wird jedoch die diskriminierende Praxis weiterhin fortgesetzt.

1.2.11 Handlungsaufforderung durch die United Nations

Bei der Staatenprüfung für Deutschland, die 2015 stattfand, wurde die Bundesrepublik in vielen Punkten bzgl. der Umsetzung der UN BRK kritisiert, wobei die strukturelle Vernachlässigung der Interessen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund mehrfach genannt wurde. In den Concluding Observations (United Nations 2015) wird zunächst auf Probleme bei der Umsetzung von Artikel 6 (Frauen mit Behinderung) aufmerksam gemacht. Das Prüfungskomitee zeigt sich „concerned about the insufficient action to prevent and combat multiple discrimination of women and girls with disabilities, particularly migrants and refugees, and the inadequate collection of relevant data“[168] Auch bzgl. der Umsetzung von Artikel 7 (Kinder mit Behinderungen) wird Vergleichbares angemerkt: „The Committee is concerned (…) about the unequal access to treatment and opportunities for children with disabilities of migrant or refugee parents.“[169] Und auch zur Umsetzung von Artikel 25 (Gesundheit) werden „barriers to gaining access to health care, particularly for asylum seekers and refugees with disabilities“[170] bemängelt. Abschließend wird die Regierung der Bundesrepublik dringlich aufgefordert „to ensure that all policies and programmes for migrant populations in the State party are fully accessible for persons with disabilities and that policies and programmes incorporate resources in the native languages of the main migrant communities”[171] (ebd.).

Es gilt also seitens der Bundesregierung sich zunächst einen Überblick über das Ausmaß der strukturellen Benachteiligung, die sich aus dem Zusammenfallen von Behinderung und Migrationshintergrund ergibt, zu verschaffen, um sodann angemessene Programme und Maßnahmen zu entwickeln, die dieser entgegenzuwirken.

---

168 „Der Ausschuss ist besorgt über die ungenügenden Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung einer Mehrfachdiskriminierung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen, insbesondere von Migrantinnen und weiblichen Flüchtlingen, und über die unzureichende Sammlung einschlägiger Daten.“ (Vereinte Nationen 2015: 3)

169 „Der Ausschuss ist besorgt (…) über den ungleichen Zugang zu Behandlung und Chancen für Kinder mit Behinderungen von Eltern mit Migrations- oder Flüchtlingsgeschichte.“ (Vereinte Nationen 2015, 4)

170 „Der Ausschuss ist besorgt über Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, besonders beim Zugang zu Gesundheitsversorgung für Asylsuchende und Flüchtlinge mit Behinderungen.“ (Ebd., 9)

171 „Der Ausschuss fordert den Vertragsstaat nachdrücklich auf, sicherzustellen, dass alle Konzepte und Programme für Bevölkerungsteile mit Migrationsgeschichte in dem Vertragsstaat Menschen mit Behinderungen uneingeschränkt zugänglich sind und dass die Konzepte und Programme Ressourcen in den Muttersprachen der wichtigsten Migrantengemeinschaften beinhalten.“ (Vereinte Nationen 2015, 7)

Literatur zu diesem Kapitel

Amirpur, Donja (2015): Über die Stärkung des Empowerments an der Schnittstelle von Migration und Behinderung, in: Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Hrsg.), Elternschaft, Migration, Behinderung. Wie Selbsthilfe gelingen kann, S. 15-25.

Amirpur, Donja (2016): Migrationsbedingt behindert? Familien im Hilfesystem. Eine intersektionale Perspektive, Bielefeld, Transcript.

Amnesty International (2016): Leben in Unsicherheit. Wie Deutschland die Opfer rassistischer Gewalt im Stich lässt, https://www.amnesty.de/files/Amnesty-Bericht-Rassistische-Gewalt-in-Deutschland-Juni2016.pdf.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.) (2014): Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen, Bielefeld, http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2014/bildung-in-deutschland-2014.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.) (2016): Bildung in Deutschland 2016. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration, Bielefeld, http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2016/pdf-bildungsbericht-2016/bildungsbericht-2016.

Bundesagentur für Arbeit (2012): Statistik. Arbeitslose mit Migrationshintergrund, Nürnberg, http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Methodenberichte/Arbeitsmarktstatistik/Generische-Publikationen/Methodenbericht-Arbeitslose-Migrationshintergrund-2012.pdf.

Bade, Klaus J.; Oltmer, Jochen (Hrsg.) (2004): Normalfall Migration. Bonn, bpb.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe –Beeinträchtigung – Behinderung, Berlin, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016): Migrationsbericht 2014, http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2014.html?nn=1362958.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2009): Integration in Deutschland. Erster Integrationsindikatorenbericht: Erprobung des Indikatorensets und Bericht zum bundesweiten Integrationsmonitoring. Erstellt für die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/2009-07-07-indikatorenbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=8.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2011): Zweiter Integrationsindikatorenbericht – erstellt für die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Köln/Berlin, https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/2012-01-12-zweiter-indikatorenbericht.html.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2014): 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2014-10-29-Lagebericht-lang.pdf?__blob=publicationFile&v=4.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007): Lebenslagen behinderter Frauen in Deutschland. Auswertung des Mikrozensus 2005, http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/lebenslagen-behinderter-frauen-deutschland-langfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf.

Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (2015): Elternschaft, Migration, Behinderung. Wie Selbsthilfe gelingen kann, Berlin.

Brzoska, Patrick; Razum, Oliver (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundesgesundheitsblatt 2015, 6, S. 553-559.

Bylinski, Ursula; Rützel, Josef (2016): Zur Einführung. Inklusion in der Berufsbildung: Perspektivwechsel und neue Gestaltungsaufgabe. In: dies. (Hrsg.): Inklusion als Chance und Gewinn für eine differenzierte Berufsbildung. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn, S. 9-23.

Debler, Georg; Gregor, Angelika (2011): Rechtlicher Status, in: Fischer, Veronika; Springer, Monika: Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die soziale Arbeit mit Familien, Schwalbach/Ts., Wochenschau, S. 100-110.

Ehrig, Heike (1996): „Verminderte Heiratschancen" oder Perspektivengewinn? Lebensentwürfe und Lebenswirklichkeit körperbehinderter Frauen, Bielefeld, Kleine.

Eisenhardt, Bettina (2014): Strukturelle Unterversorgung von Flüchtlingskindern mit Behinderung, in: MenschenKind u.a. (Hrsg.): (Keine)Zukunft. Flüchtlingskinder mit Behinderungen. Menschenrechtsverletzungen in Berlin, S. 4-5, http://www.hvd-bb.de/sites/hvd-bb.de/files/hvd_menschenkind_rz_online.pdf.

Hutson, Christiane (2010): Mehrdimensional verletzbar. Eine Schwarze Perspektive auf Verwobenheiten zwischen Ableism und Sexismus. in: Jacob, Jutta/ Köbsell, Swantje/ Wollrad, Eske (Hg.): Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht, Transcript, S. 61-72.

Kastl, Jörg (2010) Einführung in die Soziologie der Behinderung, Wiesbaden, VS.

Kauczor, Cornelia (2008): Migration, Flucht und Behinderung – Eine transkulturelle Behindertenhilfe als gesellschaftliche und institutionelle Herausforderung, in: Kauczor, Cornelia; Lorenzkowski, Stefan, Al Munaziel, Musa (Hrsg.): Migration, Flucht und Behinderung: Vorträge und Ergebnisse des Symposiums im Arbeitnehmerzentrum Königswinter (23.-25. Mai 2003), Essen, S. 69-80.

Köhncke, Ylva (2009): Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf Menschen mit Behinderung auswirkt. Hsrg. vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Alt_behindert/Alt_und_behindert_online.pdf.

Kohls, Martin (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migratinnen und Migranten im demographischen Wandel. Kurzfassung, http://www.awo-informationsservice.org/uploads/media/fb12-pflegebeduerftigkeit-kurzfassung.pdf

Libuda-Köster, Astrid; Sellach, Brigitte (2014): Lebenslagen und Diskriminierung behinderter Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Auswertung des Mikrozensus, in: Wansing, Gudrun; Westphal, Manuela (Hrsg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität, Wiesbaden, VS Springer, S. 309-335.

Malecki, Andrea (2014): Sonderpädagogischer Förderbedarf – eine differenzierte Analyse, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Oktober 2014, S. 591-601, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/BildungForschungKultur/SonderpaedagogischerFoerderbedarf_102014.pdf?__blob=publicationFile.

Menkhaus, Björn; Wöhler, Ulrich; Lippel; Kai (2002): Rechtliche Betreuung von Migranten in Niedersachen. Situationsbeschreibung, Analyse, Folgerungen. Institut für transkulturelle Betreuung e.V., Hannover, http://itb-ev.de/images/stories/dokumente/ITB-Publikationen/rechtliche_betreuung_von_migranten_in_niedersachsen-_situationsbeschreibungen_analyse_folgerungen.pdf.

Powell, Justin P.; Wagner, Sandra J. (2014): An der Schnittstelle Ethnie und Behinderung benachteiligt. Jugendliche mit Migrationshintergrund an deutschen Schulen weiterhin überrepräsentiert, in: Wansing, Gudrun; Westphal, Manuela (Hrsg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität, Wiesbaden, Springer VS, S. 177-199

Razum, Oliver; Geiger, Ingrid; Zeeb, Hajo; Ronellenfitsch, Ulrich (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt, 43, S. A2882-A2887, http://www.aerzteblatt.de/archiv/43977/Gesundheitsversorgung-von-Migranten

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin, http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/migration_node.html.

Schildmann, Ulrike; Bretländer, Bettina (Hrsg.) (2000): Frauenforschung in der Behindertenpädagogik. Systematik - Vergleich - Geschichte - Bibliographie, Münster: LIT.

Schröttle, Monika; Glammeier, Sandra; Sellach, Brigitte et al. (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht. Bielefeld/Frankfurt/Köln/München, https://www.bmfsfj.de/blob/jump/94206/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-langfassung-ergebnisse-der-quantitativen-befragung-data.pdf.

Schröttle, Monika; Glammeier, Sandra (2014): Gewalt gegen Mädchen und Frauen im Kontext von Behinderung, Migration und Geschlecht, in: Wansing, Gudrun; Westphal, Manuela (Hrsg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität, Wiesbaden, Springer VS, S. 285-308.

Seifert, Wolfgang (2011): Ökonomische Situation, in: Fischer, Veronika; Springer, Monika: Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die soziale Arbeit mit Familien, Schwalbach/Ts., Wochenschau, S. 111-126.

Sell, Dieter (2015): Medizinische Versorgung von Flüchtlingen auf den Prüfstand stellen, http://www.migazin.de/2015/06/03/medizinische-versorgnung-von-fluechtlingen-auf-den-pruefstand-stellen/(10.10.2016).

StBa – Statistisches Bundesamt (2014): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013 – Fachserie 1, Reihe 2.2, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220137004.pdf?__blob=publicationFile.

UNHCR (2014): Syrian refugees with disabilities living in camps in northern iraq, kurdistan region of iraq, assessment report, January 2014, *https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7451*

United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015): Concluding observations on the initial report of Germany, http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_state_report_germany_1_2011_ConObs_2015_en.pdf

Vereinte Nationen, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015): Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, nicht amtliche Übersetzung des Deutschen Instituts für Menschenrechte, http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/show/crpd-abschliessende-bemerkungen-ueber-den-ersten-staatenbericht-deutschlands/.

Wansing, Gudrun; Westphal, Manuela (Hrsg.) (2014): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden, VS Springer.

Wansing, Gudrun; Westphal, Manuela; Jochmaring, Jan; Schreiner, Mario (2016): Herstellungsweisen und Wirkungen von Differenzkategorien im Zugang zu beruflicher (Aus-)Bildung. In: Bylinski, Ursula; Rützel, Josef (Hrsg.): Inklusion als Chance und Gewinn für eine differenzierte Berufsbildung. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn, S. 71-85.

Westphal, Manuela; Wansing, Gudrun (2012): Zur statistischen Erfassung von Migration und Behinderung – Repräsentanz und Einflussfaktoren. In: Migration und Soziale Arbeit, 4, S. 365-373.

Windisch, Matthias (2014): Lebenslagenforschung im Schnittfeld zwischen Behinderung und Migration. Aktueller Stand und konzeptuelle Perspektiven. In: Wansing, Gudrun; Westphal, Manuela (Hrsg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden, Springer VS, S. 119-138.

Windisch, Monika (2014): Behinderung, Geschlecht, Soziale Ungleichheit. Intersektionelle Perspektiven. Bielefeld, Transcript.

Winker, Gabriele; Degele, Nina (2010): Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten. 2. unveränderte Auflage. Bielefeld, Transcript

Wippermann, Carsten; Flaig, Berthold Bodo (2009): Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten. Aus Politik und Zeitgeschichte, 5, 3-11, www.bpb.de/system/files/pdf/R32I01.pdf.

Wollrad, Eske; Jacob, Jutta; Köbsell, Swantje (2010): Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld, Transcript.

2. Menschen mit Beeinträchtigungen und Wohnungslosigkeit[172]

2.1 Wohnungslosigkeit und Behinderung: Datenlage

> „Wohnungslosigkeit ist die extremste Form sozialer Ausgrenzung. Wohnungslose Menschen sind nicht nur aus dem Wohnungsmarkt ausgegrenzt, sondern erfahren Ausgrenzung auch in anderen existenziellen Lebensbereichen". Rosenke 2016, S. 82

Wohnungslos und behindert: bislang fand diese Problematik so gut wie keine Beachtung in der Forschung, sieht man von eher medizinisch ausgerichteten Studien zum Gesundheitszustand und hier insbesondere zu psychischen Erkrankungen ab. „Zu diesem Thema liegen einige – zum Teil bereits ältere – epidemiologische Studien vor, die entsprechende Informationen liefern können. Die Fallzahlen sind dabei in aller Regel klein, die Repräsentativität ist meist eingeschränkt. Übereinstimmend weisen diese Untersuchungen auf eine schlechte gesundheitliche Lage wohnungsloser Menschen hin, die durch eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie einem Zusammentreffen verschiedener körperlicher Erkrankungen, Verletzungen, schlechter Zahngesundheit etc. geprägt ist", so die Bundesregierung 2015 (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/3940, 18. Wahlperiode 04.02.2015). Nach der Skizzierung der Datenlage, der Darstellung begrifflicher und rechtlicher Bestimmungen sowie sozialstruktureller Aspekte (Punkt 2) werden in Punkt 3 Hinweise auf Gesundheitszustand und -risiken gegeben. Punkt 4 ermöglicht Einblicke in Aspekte der Lebenslage, bevor das Leistungssystem einschließlich bestehender Schnittstellenprobleme (Punkt 5) thematisiert und der Forschungsbedarf (Punkt 6) abgeleitet werden.

Die Folgen von funktionellen Schädigungen oder Störungen im Sinne der Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Partizipation haben bislang keine systematische Beachtung gefunden, abgesehen von der Erhebung des Schwerbehindertenstatus durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (nachfolgend BAG W) im Rahmen ihrer regelmäßigen Datenerhebung (siehe Punkt 2). Auch in der Fachliteratur ist ein dahingehender Mangel zu konstatieren. Dem Behinderungsbegriff scheint keine Bedeutung im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit zuzukommen. Dabei lassen die Folgen von Wohnungslosigkeit im Sinne der prekären Lebensbedingungen ebenso Schlüsse auf ein erhöhtes Behinderungsrisiko zu wie die vorliegenden Kenntnisse zum Gesundheitszustand. Allerdings existieren auch zur Lebenssituation wohnungsloser Menschen im Allgemeinen nur begrenzte Erkenntnisse. Von der Bundesregierung wird keine Statistik zur Zahl der von Wohnungslosigkeit bedrohten und der wohnungslosen Menschen geführt, auch im Rahmen der Sozialberichterstattung des Bundes gibt es hierzu keine eigenen Erhebungen. Auf Landesebene führt nur Nordrhein-Westfalen eine offizielle Wohnungs-

[172] Dieser Teil wurde von Prof. Dr. Iris Beck erstellt.

notfallstatistik (MAIS NRW 2015; siehe auch BMAS 2013: 391). „Ein Blick auf die Sozialberichterstattung anderer europäischer Staaten zeigt, dass Länder wie Dänemark oder Finnland eine detaillierte nationale Wohnungslosenstatistik führen, welche – ebenso wie in Nordrhein-Westfalen – die Planungsgrundlage für staatliche Präventions- und Unterstützungsinitiativen zur Bekämpfung dieses Armutsphänomens bilden“ (DJI 2015: 39). „Insgesamt“, so das Deutsche Jugendinstitut (nachfolgend DJI) 2015 mit Blick auf die Datenlage, „muss an dieser Stelle konstatiert werden, gerade auch im Vergleich mit anderen europäischen Ländern (z.B. Finnland und Dänemark), dass es in Deutschland dringend einer fundierten Sozialberichterstattung zu dieser Thematik bedarf“ (ebd.: 44).

Aus Mangel an solchen Erhebungen in Deutschland greift die Armuts- und Sozialberichterstattung der Bundesregierung (z.B. im Kapitel zu Wohnungslosigkeit des 4. Armuts- und Reichtumsberichtes, BMAS 2013: 391 ff.) auf die Daten zurück, die die BAG W (2014a) zur Lebenssituation wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland anhand einer eigenen Erhebung unter den angeschlossenen Einrichtungen und Diensten der bundesdeutschen Wohnungslosenhilfe bereitstellt. Im Rahmen ihrer Statistikberichterstattung hat die BAG W die aktuellste Auswertung 2014 vorgelegt, die auf Daten aus 176 Einrichtungen und Diensten mit Angaben zu 31.088 Klientinnen und Klienten beruht (BAG W 2014a). Die Erhebung hat zwei Teile, eine durch die Gesellschaft für Standard-Dokumentation und Auswertung (GSDA) durchgeführte Klientendatenerhebung (KDE) und eine durch die BAG W durchgeführte Zusatzdatenerhebung (ZDE), aus der die den Daten zugrundeliegende Anzahl und Struktur teilnehmender Einrichtungen hervorgeht. Da sich die Berichterstattung der BAG W durch hohe Standards der Dokumentation und Statistik auszeichnet, werden vorrangig die Daten der BAG W für das vorliegende Kapitel herangezogen. Auch die aktuellen Schätzungen der BAG W zur Entwicklung der Zahlen können aufgrund der Methodik und der Breite der einbezogenen Quellen als begründete Prognosen betrachtet werden. Zur Situation von Jugendlichen, die in keinerlei institutionelle Bezüge eingebettet sind und aus Hilfeeinrichtungen und sozialen Netzwerken herausfallen, häufig gesundheitliche und psychische Probleme aufweisen und ebenfalls wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind, liegt eine aktuelle Studie des DJI vor (2015).

Ein unmittelbarer Bezug besteht zwischen Armut und Wohnungslosigkeit, ebenso zwischen psychosozialen Problemen und Wohnungslosigkeit. Insofern lassen sich unter Einbezug entsprechender aussagekräftiger Quellen der BAG W, des 4. Armuts- und Reichtumsberichtes (BMAS 2013) sowie des Berichtes zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016 (Der Paritätische Gesamtverband) weitere Bezüge herstellen.

Scheint schon das Problem der Wohnungslosigkeit an sich eine Marginalisierung zu erfahren, so kann Behinderung und Wohnungslosigkeit als der tote Winkel in einem nur schwach ausgeleuchteten Feld bezeichnet werden. Im vorliegenden Kapitel können daher hinsichtlich des Zusammenhangs von Behinderung und Wohnungslosigkeit nur erste

Hinweise gegeben und Thesen formuliert werden. Dabei werden Kenntnisse zu Exklusionsrisiken wohnungsloser Menschen heuristisch genutzt, um Verbindungen zu Teilhabeeinschränkungen aufzuzeigen und den Forschungsbedarf sichtbar zu machen.

2.2 Begriffsbestimmung, rechtliche Bezüge und sozialstrukturelle Daten

2.2.1 Fachliche und rechtliche Bestimmungen von Wohnungslosigkeit bzw. Wohnungsnotfall

In Deutschland leben ca. 335.000 wohnungslose Menschen; seit 2012 ist ihre Zahl um ca. 18% gestiegen (Stand 2014; BAG W 2016). Das gesellschaftliche Bild von Wohnungslosigkeit dürfte sich vorrangig mit auf der Straße lebenden, häufig als obdachlos bezeichneten Menschen verbinden. Aber nur ein geringer Teil aller wohnungslosen Menschen gehört zu dieser Gruppe. So beträgt die Zahl derer, „die ohne jede Unterkunft auf der Straße leben“ (BAGW 2016) lediglich ca. 39.000 Menschen. 2012 waren es noch ca. 26.000, das entspricht einem Anstieg um 50%. Von Wohnungslosigkeit betroffen zu sein, kann vielmehr auch bedeuten, in einer kommunalen Unterkunft untergebracht zu sein, ohne eigenen Mietvertrag und ohne Anspruch auf eine den gängigen Vorstellungen von privatem Wohnen nahekommende Ausstattung. Es kann bedeuten, bei Bekannten temporär Aufnahme zu finden oder wechselnde Schlafgelegenheiten aufzusuchen. Und nicht zuletzt sind auch jene Menschen als von Wohnungslosigkeit betroffen zu verstehen, deren Zwangsräumung unmittelbar bevorsteht oder denen der Verlust der Wohnung aus anderen Gründen, z.B. häuslichen Konflikten, bevorsteht. Die BAG W spricht deshalb vom Wohnungsnotfall als einem umfassenderen Begriff (siehe die im nächsten Absatz angeführten Kategorien). Die Übergänge, sowohl von der Situation des gesicherten Wohnens in die Wohnungslosigkeit als auch zwischen den unterschiedlichen Situationen der Wohnungslosigkeit stellen sich dabei häufig eher fließend dar. Vor dem Hintergrund dieser weiter gefassten Bestimmung erklärt sich die Gesamtzahl und zugleich die enge Verknüpfung der Problematik mit dem Wohnungsmarkt an sich, über die Frage der (Not-) Unterbringung der sogenannten obdachlosen Menschen hinaus: die aktuelle Vorausschätzung der BAG W bis 2018 prognostiziert einen Zuwachs um 200.000 wohnungslose Menschen – dies wäre ein Anstieg um 60% – „wenn die wohnungs- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen nicht nachhaltig geändert werden“ (ebd.). Für diese Schätzung greift die BAGW auf mehrere Quellen zurück: auf Angaben zu „Veränderungen des Wohnungs- und Arbeitsmarktes, der Zuwanderung, Sozialhilfebedürftigkeit sowie regionaler Wohnungslosenstatistiken und eigene […] Blitzumfragen“ (ebd.). Die Zuwanderung von EU-Bürgerinnen und –bürgern sowie Asylbewerberinnen und -bewerbern spiele laut BAG W „zwar eine Rolle als Katalysator und Verstärker, die wesentlichen Ursachen liegen jedoch in einer seit Jahrzehnten verfehlten Wohnungspolitik in Deutschland, in Verbindung mit einer unzureichenden Armutsbekämpfung“ (ebd.). Im Einzelnen werden hier genannt: zu wenig preiswerter Wohnraum, der Mangel an Sozialwohnungen und Sozialwohnungsbau, die Privatisierung öffentlicher Wohnungen, die Gentrifizierung in bestimmten Gebieten, der Mangel an kleinen Wohnungen; die Verfestigung der Armut

in den unteren Einkommensgruppen; „zu wenige Fachstellen zur Verhinderung von Wohnungsverlusten in den Kommunen und Landkreisen“, obwohl „bei Meldung des drohenden Wohnungsverlustes an eine entsprechende Fachstelle Wohnungslosigkeit vermieden“ werden kann und das SGB II und SGB XII hier gesetzliche Möglichkeiten vorsehen (ebd.). „Die Krise auf den Wohnungsmärkten mit ihrem Mangel an bezahlbarem Wohnraum hat ebenfalls zu einer Krise im ordnungsrechtlichen Unterkunftssektor geführt: Weil wohnungslose Menschen oft chancenlos auf dem Wohnungsmarkt sind, sitzen sie in den Unterkünften fest. Die Wohnungslosigkeit verfestigt sich und zugleich […] gibt es zu wenige freie Unterkunftsplätze“ (ebd.).

Für die Bestimmung der Problemlage und hierauf aufbauend die Erfassung der Lebenslagen sind für die BAG W zwei Begriffe leitend. Dies ist zum einen der Begriff „Wohnungsnotfall“ und zum anderen der Begriff der sozialen Ausgrenzung bzw. der „Personen in sozialen Schwierigkeiten“. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass prinzipiell alle Personen, die sich in einer Wohnungsnotfallsituation befinden, auch von sozialer Exklusion bzw. Desintegration betroffen sind (vgl. BAG W 2011: 1). Dabei entspricht der so erfasste Personenkreis dem Rechtsbegriff des § 67 SGB XII, nach dem für Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten erbracht werden müssen, wenn sie dazu aus eigener Kraft nicht in der Lage sind (ebd.). Nach Ansicht der BAG W ist es infolgedessen zuvörderst Aufgabe der Wohnungslosenhilfe, Hilfsangebote für Personen in sozialen Schwierigkeiten bereitzustellen. Da aber nicht alle Menschen, die in sozialer Ausgrenzung leben, auch wohnungslos, von Wohnungslosigkeit bedroht sind oder in prekären Wohnverhältnissen leben, bedarf es einer Eingrenzung des Zuständigkeitsbereichs: Das Wohnungslosenhilfesystem wird von der BAG W als *Hilfe gegen soziale Ausgrenzung mit dem Schwerpunkt auf Wohnungsnotfälle* verstanden (ebd.). Die Situation eines Wohnungsnotfalls umschließt unterschiedliche Kategorien prekärer Wohn- und Lebensverhältnisse und bezieht sich auf „Haushalte und Personen mit einem Wohnungsbedarf von hoher Dringlichkeit, die aufgrund besonderer Zugangsprobleme (finanzieller und/oder nicht-finanzieller Art) zum Wohnungsmarkt der besonderen institutionellen Unterstützung zur Erlangung und zum Erhalt von angemessenem Wohnraum bedürfen“ (ebd.). Dies betrifft Haushalte und Personen, die (ebd.: 1ff.)

A. aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind, und damit weder in einer eigenen mietrechtlich abgesicherten Wohnung (oder Wohneigentum) leben noch institutionell untergebracht sind unmittelbar von Wohnungslosigkeit betroffen sind, da der Verlust des Wohnraums (wegen Kündigung, Räumungsklage, Zwangsräumung oder aufgrund von sozialen Konflikten, Gewalt etc.) akut bevorsteht

B. in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben, d. h. von überhöhter Mietbelastung, gesundheitlichen und sozialen Notlagen, Konflikten oder Gewalt betroffen sind, und/oder in Wohnraum leben, der in Größe, Ausstattung und baulichem Zustand

nicht den Mindest-standards von Normalwohnraum entspricht und als unzureichend verstanden werden kann

C. als Zuwanderer und Zuwanderinnen in gesonderten Unterkünften (Haushalte und Personen mit Spät-Aussiedlerstatus und Geflohene mit Aufenthaltsstatus von länger als einem Jahr, die jeweils in speziellen Übergangsunterkünften untergebracht sind) von Wohnungslosigkeit aktuell betroffen sind

D. ehemals von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht waren, mit Normalwohnraum versorgt wurden und auf Unterstützung zur Prävention von erneutem Wohnungsverlust angewiesen sind und damit zur Zielgruppe von Angeboten der Wohnungslosenhilfe (stationäre Einrichtungen, Betreutes Wohnen, Beratungsangebote, kommunale Angebote der Wohnungsversorgung etc.) gehören.

Diese Definition weist große Übereinstimmung mit der Typologie des Europäischen Dachverbands der Wohnungslosenhilfe (FEANTSA) auf (Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung, ETHOS), die ebenfalls zur systematischen Erfassung dient. Ausgangspunkt ist die konzeptionelle Annahme, dass sich Teilhabe am Lebensbereich Wohnen an drei grundlegenden Komponenten zeigt: Ein Zuhause zu haben (im englischen wird von ‚home' gesprochen) beinhaltet demnach nicht nur den Zugang zu angemessenem Wohnraum und die Gelegenheit sich diesen zu eigen zu machen (physische Komponente), sondern auch die Möglichkeit, Privatsphäre zu haben und Beziehungen pflegen zu können (soziale Komponente), sowie das Vorhandensein legaler Besitzansprüche (rechtliche Komponente) (vgl. FEANTSA 2005). ETHOS klassifiziert Haushalte bzw. Personen deshalb nach ihrer konkreten Wohnsituation. Fehlt eine oder mehrere der angesprochenen Komponenten, ist im Verständnis des Dachverbands von einem Defizit an „Zuhause" auszugehen.

Die Kategorie der Ausgrenzung weist eine Übereinstimmung mit dem Behinderungsverständnis im SGB IX auf, und zwar mit Blick auf die soziale Dimension der erschwerten, besonderen Lebenslage; primär im Fokus – und dies ist wesentlich sowohl für die Zielsetzung als auch den Zugang zur Lebenslage – steht jedoch die Wohnungslosigkeit bzw. die soziale *Notlage*. Gleichsam ‚dahinter' liegen weitere Bedarfslagen, die neben anderem auch aufgrund von Beeinträchtigungen bestehen können. Gesetzlich sind hier die Leistungen des § 67 SGB XII angesprochen, die auf die Überwindung sozialer Schwierigkeiten an sich gerichtet sind. Da sie sich im Fall der Wohnungslosigkeit hierauf zentrieren, also den Kern der sozialen Schwierigkeiten bezeichnen, ergibt sich eine strukturelle Abgrenzung zwischen dem § 53 SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) und dem § 67 SGB XII. Verdeutlicht wird sie vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge in seinen Empfehlungen zur Anwendung der Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII (DV 2015) unter Bezug auf die jeweilige primäre Funktion der Hilfen: demnach ziele die Eingliederungshilfe auf die „Herstellung von Teilhabe und [...] Kompensation der zugrundeliegenden personalen Fähigkeitsbeeinträchtigung in Verbindung mit Barrieren in Umwelt und Gesellschaft (= Behinderung)" (ebd.: 8); die Funktion des §§ 67 ff.

SGB XII sei hingegen „die Überwindung der akuten situationsbezogenen sozialen Schwierigkeiten, die die Behebung einer konkreten sozialen Notlage ggf. mit umfasst“ (ebd.) und durch die „Hilfe zur Existenzsicherung […] die ‚Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft‘“ (ebd.: 8) ermöglicht. Die Abgrenzung zwischen Teilhabe im Fall von Behinderung, die sich auf prinzipiell alle zentralen Lebensbereiche bezieht, und der Teilnahme im Sinne der existentiellen Daseinssorge lässt sich auf ein Verständnis von sozialer Ausgrenzung als Zustand einer „existenziell bedrohlichen sozialen Lage“ zurückführen, die eine eigenständige, unverzügliche Hilfe erfordert (ebd.: 3). Damit werden andere Bedarfslagen nicht negiert. Es geht vielmehr darum, dass die Hilfe nach §§ 67 ff. dann „vorrangig heranzuziehen [ist], wenn damit in der besonderen von § 67 SGB XII erfassten sozialen Notlage tatsächlich zumindest teilweise geholfen wird“ (ebd.).

An der Beschreibung der Leistungen werden die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen bezüglich der Problemlage deutlich; auch die Leistungsarten und der Leistungsumfang unterscheiden sich: Die Leistungen nach § 68 (1) SGB XII umfassen „alle Maßnahmen, die notwendig sind, um die Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere Beratung und persönliche Betreuung für die Leistungsberechtigten und ihre Angehörigen, Hilfen zur Ausbildung, Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes sowie Maßnahmen bei der Erhaltung und Beschaffung einer Wohnung. Zur Durchführung der erforderlichen Maßnahmen ist in geeigneten Fällen ein Gesamtplan zu erstellen“. Aufgabe der Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII) ist es, „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“. Zugänge zu Hilfen nach § 53 SGB XII sind damit aber nicht ausgeschlossen, sondern können im Bedarfsfall unter bestimmten Bedingungen eröffnet werden (s.u. Abschnitt 2.5).

2.2.2 Sozialstrukturelle Daten

Dem Statistikbericht der BAG W (2014a) zufolge sind 23,9% der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen Frauen (Tabelle 128). Die allermeisten von ihnen befinden sich in ambulanter Betreuung (91,8%), nur 8,2% in teil- oder vollstationärer Betreuung. Von den wohnungslosen Männern sind es 82,7%, die ambulante Hilfen erhalten. Die Hilfedauer beträgt nur bei insgesamt 13,7% aller Wohnungslosen über ein Jahr (Männer: 14,3%; Frauen: 10,4%) und nur sehr wenige Menschen sind noch im Alter von über 60 Jahren Adressatinnen oder Adressaten der Wohnungslosenhilfe. Viele Wohnungslose sind sehr junge Menschen unter 25 Jahren, hierunter befinden sich etwas mehr Frauen; auch die Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen ist stark vertreten (Abbildung 109). Dass der Gruppe der sehr jungen wohnungslosen Menschen Beachtung geschenkt werden muss, zeigt der Blick auf den zeitlichen Verlauf der Entwicklung: „Im Jahr 2007 waren 57

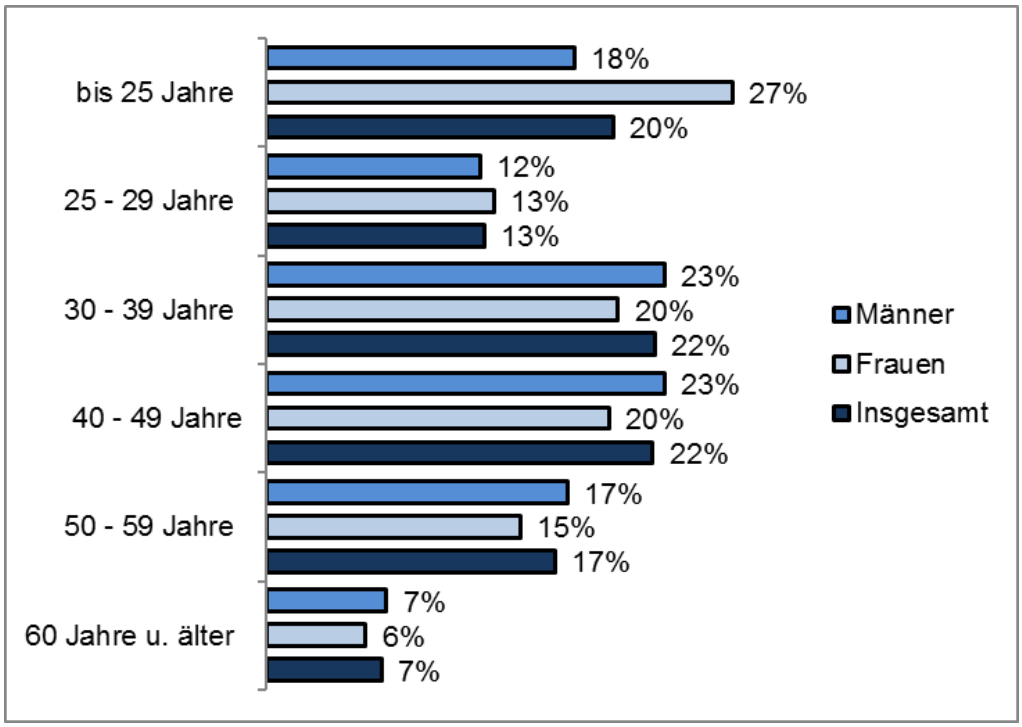
Prozent aller wohnungslosen Männer zwischen 30 und 49 Jahren, im Jahr 2010 ist deren Anteil an allen Wohnungslosen auf 50 Prozent zurückgegangen, was vor allem am Zuwachs der jungen Wohnungslosen liegt. Der Anteil der jungen Wohnungslosen steigt schon seit mehreren Jahren stetig an. Von 2007 bis 2010 ist der Anteil der Wohnungslosen unter 30 Jahren von 27 auf 32 Prozent gestiegen. Insbesondere von den weiblichen Wohnungslosen gehört ein hoher Anteil zu dieser Altersgruppe“ (BMAS 2013: 396).

Tabelle 128: Klienten und Klientinnen der Wohnungslosenhilfe nach Geschlecht

	2013		2014	
Geschlecht	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Frauen	6.561	23,9%	7.433	23,9%
Männer	20.882	76,1%	23.655	76,1%
Insgesamt	27.443	100,0%	31.088	100,0%

Quelle: BAG W (2016): Statistikbericht 2014

Abbildung 109: Klienten und Klientinnen der Wohnungslosenhilfe nach Altersgruppe und Geschlecht



Quelle: BAG W (2016): Statistikbericht 2014

Auch der Anteil von Menschen mit einem Migrationshintergrund weist nach dem Armuts- und Reichtumsbericht (BMAS 2013: 396) eine steigende Tendenz auf; wohnungslose Frauen kommen, bezogen auf ihren Gesamtanteil, häufiger aus Nicht-EU-Ländern bzw. haben häufiger einen Migrationshintergrund als wohnungslose Männer (Tabelle 129).

Tabelle 129: Wohnungslose nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht

Staatsangehörigkeit	Männer	Frauen	Gesamt
deutsch	80,2%	74,1%	78,7%
EU	9,1%	12,1%	9,8%
sonstige	10,7%	13,8%	11,4%
staatenlos	0,1%	0,1%	0,1%
Insgesamt	100%	100%	100%

Quelle: BAG W (2016): Statistikbericht 2014

Tabelle 130: Wohnungslose nach Migrationshintergrund und Geschlecht

	Insgesamt	darunter mit Migrationshintergrund		
Geschlecht	Anzahl	Anzahl	Struktur	Anteil
Frauen	7.433	2.562	28,3%	34,5%
Männer	23.655	6.500	71,7%	27,5%
Insgesamt	31.088	9.062	100,0%	29,1%

Quelle: BAG W (2016): Statistikbericht 2014

Es überwiegen niedrige Schulabschlüsse. Dabei haben Frauen tendenziell etwas höhere Bildungsabschlüsse als Männer (Tabelle 131).

Tabelle 131: Wohnungslose nach Bildungsqualifikation und Geschlecht

Bildung *	Männer	Frauen	Gesamt
Niedrig	73,7%	65,1%	71,7%
Mittel	17,2%	20,4%	17,9%
Hoch	7,4%	12,1%	8,5%
Sonstige	1,7%	2,4%	1,9%
Insgesamt	100%	100%	100%

Quelle: BAG W (2016): Statistikbericht 2014

* niedriger Abschluss: Sonderschulabschluss, Volks-/Hauptschulabschluss; mittlerer Abschluss: der polytechnischen Oberschule, Realschul- oder gleichwertiger Abschluss; höherer Abschluss: Fachhochschulabschluss, Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife

Dem Exklusionsrisiko eines niedrigen Bildungsabschlusses entspricht die sehr hohe Zahl wohnungsloser Menschen, die keine abgeschlossene Berufsausbildung haben, nämlich 51,8% der Männer und 62,4% der Frauen. Eine Anlernausbildung haben 7,4% der Männer und 5,5% der Frauen. Fachschul- bzw. (Fach-)Hochschulbezogene Berufsabschlüsse sind sehr gering vertreten, bei den Frauen noch eher (5,2%) als bei Männern (2,9%), aber bei den praxisbezogenen Berufsabschlüssen fallen die Frauen (25,5%) hinter die Männer zurück (36,9%). Arbeitslos bei Beginn der Hilfe sind 89,6% der Männer und 84,2% der Frauen.

Frauen sind häufiger verheiratet oder verheiratet gewesen und haben, bezogen auf den Beginn der Hilfe, fast doppelt so häufig einen Partner bzw. eine Partnerin (30,5%) wie Männer (15,7%). Sie haben auch häufiger minderjährige Kinder (24,6% gegenüber 11,3% der Männer) und geben deutlich seltener (4,7%) als Männer (12,1%) an, über gar keine Kontakte zu verfügen. Bereits an dieser Stelle zeichnet sich ab, dass sich die Ursachen der und Wege in die Wohnungslosigkeit geschlechtsspezifisch vermutlich zumindest in einigen Aspekten unterscheiden, aber auch, dass Exklusionsrisiken bei Behinderung, wie sie sich an den prekären Übergängen der Schulabgängerinnen und Schulabgänger mit sonderpädagogischem Förderbedarf oder den Beschäftigungsquoten generell zeigen, nahezu identisch mit denen im Fall von Wohnungslosigkeit sind. Auch die Einbindung in ein soziales Netz ist deutlich geringer ausgeprägt als bei den im Kapitel Familie und soziales Netz dargestellten Angaben zu den nicht beeinträchtigten Menschen und weist auf ähnliche Problematiken wie bei beeinträchtigten Menschen hin.

Ein Blick auf die Auslöser der Wohnungslosigkeit verdeutlicht Unterschiede zwischen Männern und Frauen vor allem, was Gewalterfahrungen auf Seiten der Frauen und Hafterfahrungen auf Seiten der Männer betrifft (Tabelle 132). Für beide Gruppen sind zudem Trennung/Scheidung, Mietschulden, Konflikte im Wohnumfeld, Ortswechsel und Auszug aus der elterlichen Wohnung Bruchstellen der eigenständigen Lebensführung. All diese Faktoren deuten auf erheblich benachteiligte Lebenslagen hinsichtlich des sozialen Status, des sozialen Netzes und des Wohnumfeldes sowie auf psycho-soziale und finanzielle Problemlagen, ja auf Armut, hin. Die Verbindung von Wohnungslosigkeit mit Armut auf der einen und mit psychosozialen Problemlagen auf der anderen Seite kann als Leitmotiv der fachlichen Auseinandersetzungen der Wohnungslosenhilfe gelten.

Tabelle 132: Auslöser des letzten Wohnungsverlustes nach Geschlecht

Auslöser	Männer	Frauen	Gesamt
Gewalt durch Partner/Partnerin	0,3%	7,4%	2,0%
Ortswechsel	16,8%	16,6%	16,7%
Arbeitsplatzverlust/-wechsel	6,3%	3,0%	5,5%
Krankenhausaufenthalt	2,1%	1,6%	2,0%
Haftantritt	10,8%	2,5%	8,8%
Trennung/Scheidung	17,2%	17,4%	17,2%
Auszug aus der elterlichen Wohnung	10,5%	13,8%	11,3%
höhere Gewalt	0,7%	0,9%	0,7%
Gewalt durch Dritte	1,4%	2,4%	1,6%
Haushaltszuwachs	0,2%	0,7%	0,3%
Tod von Familienangehörigen	1,3%	1,7%	1,4%
Miet- bzw. Energieschulden	18,9%	19,0%	18,9%
Konflikte im Wohnumfeld	13,6%	13,2%	13,5%
Insgesamt	100%	100%	100%

Quelle: BAG W (2016): Statistikbericht 2014

Frauen sind deutlich seltener schon wiederholt wohnungslos als Männer, wenn sie eine Hilfemaßnahme beginnen, und kommen auch tatsächlich häufiger aus Wohnungen oder der Familie, wenn sie ein Hilfeangebot in Anspruch nehmen (Tabelle 133). Die Gründe für den (letzten) Wohnungsverlust verteilen sich bei Männern und Frauen aber ähnlich: sehr häufig sind es Auszüge ohne eigene Kündigung, durch Kündigung des Vermieters bzw. der Vermieterin oder mit eigener Kündigung sowie Räumungen wegen Mietschulden.

Tabelle 133: Unterbringungssituation vor Hilfebeginn nach Geschlecht

Unterbringung	Männer	Frauen	Gesamt
Wohnung	20,4%	33,0%	23,5%
bei Familie, Partner/-in	8,2%	14,0%	9,6%
bei Bekannten	27,1%	27,7%	27,2%
sonstige Unterkunft	24,5%	17,0%	22,6%
ohne Unterkunft	19,8%	8,4%	17,0%
Insgesamt	100%	100%	100%

Quelle: BAG W (2016): Statistikbericht 2014

Bei jungen Menschen unter 25 Jahren sind es die Auszüge ohne Kündigung, die am häufigsten vorkommen, neben der Kündigung durch den Vermieter oder die Vermieterin (Tabelle 134). Außerdem fällt auf, dass diese bei Hilfebeginn viel häufiger als die älteren Menschen bei Bekannten und „irgendwo“ unterkommen, was andererseits heißt, dass dem Verlassen des Elternhauses oder der eigenen Wohnung eine Geschichte ungesicherten Wohnens folgt.

Tabelle 134: Unterbringungssituation vor Hilfebeginn nach Altersgruppe

	U-25		Gesamt	
Unterbringung	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Wohnung	715	12,3%	6.819	23,5%
bei Familie, Partner/-in	1.056	18,2%	2.787	9,6%
bei Bekannten	2.572	44,2%	7.897	27,2%
sonstige Unterkunft	819	14,1%	6.555	22,6%
ohne Unterkunft	653	11,2%	4.935	17,0%
Insgesamt	5.815	100%	28.993	100%

Quelle: BAG W (2016): Statistikbericht 2014

In der Berichterstattung der BAG W finden sich keine differenzierteren Hinweise zur Gruppe der jungen Menschen. Die Daten deuten aber an, dass die Wege in die Wohnungslosigkeit entweder mit dem Verlassen des Elternhauses, möglicherweise schon sehr früh, unter 18 Jahren und in dessen Folge mit einer Geschichte ungesicherter Unterkünfte beginnen oder, und dies könnten junge Erwachsene sein, aus der ersten eigenen Wohnung heraus. Ereignen sich solche Bruchstellen sehr früh, so ist davon auszugehen, dass sie, sofern der Übergang in Ausbildung und Beruf noch gar nicht begonnen

hat, mit erheblichen Problemlagen einhergehen oder aber, wenn sie später auftreten, auf eine missglückte Übergangsbewältigung deuten. Näheren Einblick hierin erlaubt die von der Vodafone-Stiftung in Auftrag gegebene Studie „Entkoppelt vom System“ des DJI (2015), auf deren Ergebnisse zu den Lebenslagen in Punkt 4. näher eingegangen wird. Bezüglich der Vorkommenshäufigkeit wurden Schätzungen für die Zahl derjenigen Minderjährigen in Deutschland vorgenommen, die „sich jenseits einer institutionellen Anbindung an Erwerbsarbeit, Bildungseinrichtungen oder Transferleistungen“ (DJI 2015: 33) bewegen, also von jeglicher institutioneller Einbindung entkoppelt sind. Deshalb liegen auch keine institutionellen Daten aus den entsprechenden Einrichtungen vor (z.B. der Bildungsstatistik). Zurückgegriffen wurde zunächst auf Daten aus Nordrhein-Westfalen, das als einziges Bundesland eine Wohnungslosenstatistik führt. Erfahrungswerten zufolge seien „etwa 10 Prozent der erfassten Wohnungslosen minderjährig […] teils jedoch in Begleitung eines oder beider Elternteile“ (ebd.: 28). „Für den Stichtag des 30. Juni 2013 werden dabei für Nordrhein-Westfalen ca. 2.300 minderjährige Wohnungslose ausgewiesen“ (ebd.: 39). Die Autorinnen und der Autor gehen von einer engen Verbindung von Armut und Wohnungslosigkeit aus; da diesbezüglich aber Nordrhein-Westfalen spezifische Merkmale aufweist, weil „die Armutsgefährdung von Kindern und Jugendlichen […] in diesem Bundesland deutlich höher als im übrigen Deutschland“ ist, wurde eine Berechnung zugrunde gelegt, die davon ausgeht, dass sich „die Wohnungslosigkeit Minderjähriger ebenso verteilt, wie die Armutsgefährdung“ (ebd.). Daraus folgt „eine gewichtete Schätzung von bundesweit ca. 8.500 Jugendlichen ohne festen Wohnsitz“ (ebd.). Diese Schätzung wurde anhand der in Dänemark und Finnland vorhandenen Statistiken geprüft und auf dieser Basis eine Hochrechnung vorgenommen: „In einer Näherungsschätzung, die das Dunkelfeld der „entkoppelten Jugendlichen“ betrachtet, kann davon ausgegangen werden, dass ca. 21.000 Minderjährige in Deutschland zu den „entkoppelten Jugendlichen“ gezählt werden. Dies sind also Jugendliche, die im Sinne unserer Arbeitsdefinition aus allen institutionellen Kontexten (wie z.B. Schule oder Ausbildung) herausgefallen sind. Davon gelten ca. 8.500 Minderjährige als wohnungslos“ (ebd.: 45).

Der Statistikbericht der BAG W (2014a) enthält zur Frage der Gesundheit nur drei Angaben, nämlich das Vorhandensein einer Krankenversicherung, den Besuch eines Hausarztes vor Hilfebeginn und den Arztbesuch bei Ende der Hilfe. Diese Angaben sind ohne Aussagekraft hinsichtlich des Gesundheitszustandes. Die BAG W erhebt allerdings im Rahmen ihrer Datenermittlung zu den Klientinnen und Klienten gesondert das Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises, dessen Inanspruchnahme eine ähnliche Höhe wie im Bevölkerungsschnitt erreicht (Tabelle 135). Seit 2007 erfolgt unter den teilnehmenden Einrichtungen die Erhebung anhand der Frage, ob eine festgestellte Behinderung vorliegt, und zwar entweder anhand einer ärztlichen Diagnose oder des Vorhandenseins eines Schwerbehindertenausweises. Zusätzlich wird angefragt, ob das Vorliegen ungeklärt ist, der Klient/die Klientin keine Angabe machen will oder kann und ob die Einrichtung dies nicht abgefragt hat.

Tabelle 135: Wohnungslose mit und ohne Behinderung nach Geschlecht 2014

	Männer			Frauen			keine Angabe/ nicht abgefragt		Gesamt		
Behinderung	Anzahl	Anteil	Anteil an gültigen Angaben	Anzahl	Anteil	Anteil an gültigen Angaben	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anteil an gültigen Angaben
nein	11.928	50%	85%	3.884	52%	85%	1	33%	15.813	51%	85%
ja	1.336	6%	10%	456	6%	10%	0	0%	1.792	6%	10%
ungeklärt	730	3%	5%	206	3%	5%	0	0%	936	3%	5%
keine Angaben	1.057	4%		246	3%		0	0%	1.303	4%	
nicht abgefragt	8.604	36%		2.641	36%		72	67%	11.317	36%	
Gesamt Anzahl	23.655			7.433			73		31.161		
Gesamt Prozent		100%	59%		100%	61%		100%		100%	59%
Gültige Angaben	Geschlecht:		31.088		Behinderung:		18.541		Insgesamt:		18.540

Quelle: BAG W (2016): Dokumentationssystem zur Wohnungslosigkeit (DzW), interne Auswertungen

Bezogen auf die Jahre 2003 bis 2014 liegt die Behinderungsquote unter Wohnungslosen minimal bei ca. 10% und maximal, d.h. inkl. der Kategorie ungeklärter Fälle bei ca. 15%. Diese Quote zeigt weder nach Geschlecht noch nach Alter eine signifikante Varianz. Da die Fallzahl (für 2014 sind es 31.161 Klientinnen und Klienten) relativ hoch ist, kann sie als aussagekräftig angesehen werden, auch wenn die Zahl der ungeklärten Fälle ebenfalls relativ hoch ist (Tabelle 136). Ungeklärt bleibt, seit wann die Behinderung bestand. Bezogen auf die Altersgruppen erscheinen in diesem Zusammenhang die Angaben für die jungen Wohnungslosen bemerkenswert, da sie bereits bei den 18- 29-Jährigen um 4% liegt. Das ist ein deutliches Indiz dafür, dass die Behinderung früh erworben wurde und möglicherweise der Wohnungslosigkeit vorausgeht, möglicherweise aber auch dafür, dass sich gesundheitliche Probleme in ihrer Folge zu Beeinträchtigungen und dann zu Behinderungen entwickeln.

Tabelle 136: Wohnungslose mit und ohne Behinderung nach Altersgruppe 2014 (Anteil an gültigen Angaben)

Altersgruppe	nein	ja	ungeklärt
unter 18 Jahre	94,1%	1,0%	5,0%
18-20 Jahre	92,4%	4,2%	3,5%
21-24 Jahre	92,5%	3,8%	3,6%
25-29 Jahre	92,1%	4,4%	3,5%
30-39 Jahre	89,4%	6,3%	4,3%
40-49 Jahre	82,5%	11,9%	5,6%
50-59 Jahre	77,0%	16,0%	6,9%
60 Jahre und älter	69,3%	22,9%	7,8%
Gesamt	85,3%	9,7%	5,0%

Quelle: BAG W (2016): Dokumentationssystem zur Wohnungslosigkeit (DzW), interne Auswertungen

Auch wenn die Quote mit der der Bevölkerung im Allgemeinen vergleichbar ist, lässt sich vermuten, dass längst nicht alle Klientinnen und Klienten mit einer Behinderung erfasst wurden bzw. eine amtlich anerkannte Behinderung haben. Die sozialstrukturellen Daten lassen bereits begründete Schlüsse auf ein erhöhtes Risiko des Vorkommens von Beeinträchtigungen und Behinderungen ziehen. Unter Berücksichtigung des sehr offenen Behinderungsbegriffes der ICF, der jede Störung oder Schädigung von physiologischen Funktionen oder Strukturen dann als Behinderung zählt, wenn sie mit Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Partizipation einhergeht, legen die gesundheitlichen Risiken von Armut und Wohnungslosigkeit ein erhöhtes Vorkommen unmittelbar nahe. Außerdem sind die Lebenslagen beider Gruppen – wohnungsloser und behinderter Menschen – von sehr ähnlichen Exklusionsrisiken geprägt, bis hin zum erhöhten Risiko, Opfer von Gewalt zu werden oder in einer Armutslage zu leben. Dies wird erst anhand einer intersektionalen Betrachtungsweise deutlich, die herkömmliche zielgruppenspezifische Denkweisen überwindet. Doch auch ein enger, an das SGB IX angelegter Behinderungsbegriff müsste eine erhebliche Zahl beeinträchtigter Menschen unter den Wohnungslosen ergeben. Es ist deshalb nach Schnitt-, aber auch Bruchstellen zwischen den Leistungssystemen und Zuständigkeiten zu fragen.

Die Verknüpfung der Problemlage ist dabei in mehrere Richtungen denkbar: Armut und/oder psychosoziale Problemlagen können Ursachen für Wohnungslosigkeit sein, die wiederum psychische Belastungen verfestigen oder aber zu körperlichen Beeinträchtigungen führen kann, was insbesondere für die auf der Straße lebenden Menschen gilt. Denkbar ist auch, dass Beeinträchtigungen unterschiedlicher Art, die zu erschwerter Teilhabe an Ausbildung und Beschäftigung führen, Armutslagen und Isolation bewirken die wiederum das Risiko der Wohnungslosigkeit bergen. Der Verbindung von psychischen Beeinträchtigungen und Wohnungslosigkeit kommt dabei besondere Bedeutung zu, vermutlich gilt dies aber auch für andere Arten von Beeinträchtigungen. Zu denken

ist des Weiteren an das Ausmaß von Gewalterfahrungen insbesondere von Frauen und an die Verkettung von benachteiligter Lebenslage, Zuweisung zu einem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt und erschwerter Einmündung bei Jugendlichen. Offensichtlich sind es insbesondere bei jüngeren Menschen die nicht gelungenen Übergänge, die im Zusammenhang mit weiteren Faktoren ein besonderes Risiko darstellen und zum Herausfallen aus Hilfesystemen führen.

2.3 Krankheit und Wohnungslosigkeit

Die Annahme eines erhöhten Risikos einer Behinderungsgenese wird anhand epidemiologischer Studien zur gesundheitlichen Situation Wohnungsloser erhärtet. So ergab sich in einer dänischen Untersuchung über 30.000 Wohnungslose eine mehr als 5-fach erhöhte Sterblichkeit und eine etwa 20 Jahre geringere Lebenserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Nielsen et al. 2011). Nach Studien aus dem deutschsprachigen Raum wies die Mehrzahl der untersuchten wohnungslosen Menschen behandlungsbedürftige somatische Erkrankungen auf, nämlich akute Verletzungen und Unfallfolgen, Erkrankungen des Stützapparates, der Atemwege, des Herz-Kreislaufsystems, des Verdauungsapparates einschließlich der Leber, bakterielle und Virusinfektionen, Haut- und Zahnerkrankungen. In jeder Untersuchung wiesen jeweils deutlich mehr als 20% der Untersuchten relevante Erkrankungen in den jeweils genannten Organsystemen auf (z.B. Egen 1998; Fichter et al. 2000; Salize et al. 2003). In kanadischen Studien zeigten sich bei 50% der wohnungslosen Männer Hinweise auf Schädel-Hirn-Verletzungen (Hwang et al. 2008; Topolovec-Vranic et al. 2014). Aus einer Übersicht über 24 einschlägigen Arbeiten ergab sich bei Wohnungslosen ein durchschnittlicher IQ von 85 bei allerdings sehr breiter Streuung; nennenswerte kognitiven Defizite bestanden bei 25% der Untersuchten (Depp et al., 2015).

Was psychische Erkrankungen betrifft, so ergeben sich im internationalen Vergleich trotz unterschiedlicher Settings und abweichender Methoden Übereinstimmungen dahingehend, dass, bei variierenden Prävalenzraten im Einzelnen, insgesamt von einer höheren Vorkommenshäufigkeit ausgegangen werden kann. Die Ergebnisse einer Meta-Analyse von 29 Studien (Fazel et al. 2008) deckt sich hinsichtlich der aktuellen Morbidität mit den Daten von zwei Untersuchungen in Deutschland (Längle et al. 2005; Bäuml 2016). Allerdings darf dabei nicht außer Acht gelassen werden, dass sich viele Studien auf die Menschen konzentrieren, die auf der Straße leben und für die eine höhere Belastung angenommen werden kann. Bei der Stichprobe der SEEWOLF-Studie (Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München; Bäuml, 2016) handelt es sich um eine bettenbezogene Zufallsstichprobe aus Wohnheimen und Unterkünften der Wohnungslosenhilfe in München. In der Studie wurden 232 Menschen untersucht (79% Männer; Alter 17 bis 74, im Durchschnitt 48 Jahre), im Blick waren neben der Häufigkeit, Art und dem Ausmaß psychischer und körperlicher Erkrankungen auch die Lebensverläufe sowie die Vorgeschichte der jeweiligen Erkrankungen. Die Stu-

die weist ein hohes Ausmaß an psychischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen nach und hebt die Notwendigkeit der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung hervor (Bäuml 2016).

2.4 Exklusion und Lebenslage angesichts von Behinderung und Wohnungslosigkeit

> „Wenn man von Teilhabe spricht, dann muss man Möglichkeiten schaffen. Und wir versuchen unsere Besucher raus aus diesem Defizitgedanken zu holen, wir gucken wo sind die Stärken und wie ist Teilhabe möglich. Wir versuchen jemanden aus dieser Normalität von Obdachlosigkeit rauszuholen und damit zu konfrontieren, dass es auch noch etwas anderes gibt. Dafür brauche ich aber die Möglichkeit, Perspektiven zu geben.“ Aus einem Interview mit Fachkräften der Wohnungslosenhilfe

Wie die typischen Teilhabekonstellationen in Kapitel 3 des Teilhabeberichtes verdeutlichen, bildet die Erwerbsarbeit einen zentralen Kontextfaktor für die Lebenslage. Ihr vorgelagert sind der Ausbildungs- und der Schulabschluss. Marginalisierung am Arbeitsmarkt, prekäre oder ganz fehlende Beschäftigungsverhältnisse sind Indikatoren für soziale Ausgrenzung (vgl. DJI 2015: 7). „Darüber hinaus finden sich Auswirkungen sozialer Exklusion vor allem auch in einer steigenden sozialen Isolation (Reißig 2010; Callies 2004). Neben der tatsächlichen Vereinzelung der Betroffenen meint es zugleich das Zurückgeworfensein auf ein soziales Umfeld, das sich in einer ähnlich prekären Lebenssituation befindet“ (ebd.). Auf der anderen Seite kann soziale Unterstützung und die Eingebundenheit in subjektiv befriedigend erlebte soziale Beziehungen Belastungen mildern, die aus objektiven Gegebenheiten entstehen. Für das Zustandekommen von Teilhabekonstellationen sind zusätzlich Faktoren wie Kontrollgefühl und Selbstwirksamkeit bedeutsam, die Bedingungen der Entfaltung von Interessen und Motivation sind und Handlungsfähigkeit fördern und voraussetzen.

In Abhängigkeit von den Erfahrungen, die gemacht wurden, und den Perspektiven, die vorhanden sind, entstehen biographische Entwicklungsverläufe, die sich als „Motivationskarrieren“ (Stauber/Pohl/Walther 2007) bezeichnen lassen. Dabei entstehen positive, aber auch negative Kreisläufe, indem unterschiedliche motivationsrelevante Erfahrungen vor dem Hintergrund der möglichen Optionen und strukturellen Bedingungen gleichsam „aufgeschichtet“ werden. Die Untersuchungen von Stauber, Pohl und Walther (2007) weisen am Beispiel von benachteiligten Jugendlichen ebenso wie die des DJI (2015) darauf hin, dass auch Menschen mit Multiproblemlagen aus negativen Kreisläufen ausbrechen können, wenn sie in Maßnahmen gelangen und Unterstützung bekommen, die sie als sinnhaft für sich erleben, die die Beteiligung, Selbstwirksamkeit und das Kontrollgefühl stärken, die sozialen Netzwerke stützen und ein Passungsverhältnis zwischen individuellen Bedingungen und strukturellen Anforderungen anstreben. Negative Motivationskarrieren enden in Fatalismus, Verweigerung und Rückzug; sie entstehen vor

dem Hintergrund strukturell eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten, einem Missverhältnis zwischen äußeren Anforderungen und individuellen Möglichkeiten und Wünschen, erlebter Sinnlosigkeit und mangelnder sozialer Unterstützung. Für den Weg in die Wohnungslosigkeit zeichnet sich ab, dass der Annahme einer Doppelung von strukturellen und statusbezogenen Exklusionsrisiken mit subjektiven, psychosozialen Problemlagen ein hoher Erklärungswert zukommt, wobei der Faktor Armut einen besonderen Stellenwert hat. Armut ist mehr als Einkommensarmt, sie kann sich als „Bildungs-, Status-, Gesundheits-, Einkommens-, politische […] Beteiligungsarmut sowie Armut an sozialer Teilhabe“ (DJI 2015: 7) zeigen. Diese Entkoppelung, wie sie vom DJI am Beispiel Jugendlicher beschrieben wird, hat zwei Seiten: sie zeigt sich sowohl auf der systemischen als auch auf der individuell-biographischen Ebene.

Bezogen auf den Lebenslauf stellt der Übergang von der Kindheit ins Jugend- und in das junge Erwachsenenalter eine Schwelle dar, die – darauf verweisen die steigenden Zahlen der sehr jungen wohnungslosen Menschen – ein besonderes Augenmerk verlangt. Daraus folgt gleichzeitig, dass auch der Zeit davor und damit den frühen Hilfen Beachtung geschenkt werden muss. Die Untersuchung des DJI (2015) thematisiert die Verbindung von familiären Problemlagen, unzureichenden Unterstützungsnetzwerken und schulischen Problemen, die durch sozialräumliche Aspekte des Wohnumfeldes im Sinne der Ausgrenzung verstärkt werden können. Den Hilfen durch das SGB VIII und der schulischen Förderung kommt hier eine zentrale Funktion zu. Im Fall der vom DJI untersuchten Jugendlichen stellte sich jedoch heraus, dass die Entkoppelung vom Hilfesystem für sie kennzeichnend ist: entweder sind es Jugendliche, die vom Hilfesystem nicht erreicht werden bzw. deren Problemlage als Ganzes nicht im Fokus steht oder es handelt sich um Jugendliche, deren „Unterstützungsprozesse genau am Übergang in das junge Erwachsenenalter oder in die Volljährigkeit“ (2015, S. 7) abbrechen, „zum einen weil entsprechende Angebote nicht (ausreichend) vorgehalten werden, zum anderen, weil die betroffenen Jugendlichen sich allein Zugang zu derartigen Angeboten schaffen müssen“ (ebd.). Die Entwicklungsverläufe führen in jedem Fall zu einem Aufschichten von Frustrationen, denen nicht durch eigenes Handeln begegnet werden kann. Auslöser können familiäre Problemlagen sein, mit denen bei den Kindern und Jugendlichen unzureichende, frustrierende Bildungsverläufe einhergehen. Zusammen mit mangelnden Zukunftsoptionen und Ängsten können psychische Problematiken entstehen, die möglicherweise zu Suchtverhalten oder Verschuldung führen. „Ein qualitativer Befund der Studie bestand darin, dass die befragten Jugendlichen zumeist einem familiären Hintergrund entstammten, der durch verschiedene Belastungsfaktoren auf eine zurückliegende Kindeswohlgefährdung schließen lässt. Dennoch hatte die Jugendhilfe vielfach keinerlei Kenntnis von dieser Gefährdungslage erhalten, woraus die Schlussfolgerung zu ziehen ist, dass ein stärkeres Augenmerk auf neue Wege einer früheren Feststellung von Umständen der Kindeswohlgefährdung in der Familie zu legen ist“ (ebd.: 49). Für diese Jugendlichen ist neben der pädagogischen Förderung auch zu beachten, inwieweit Abklärungen bezüglich möglicher psychischer Belastungen und Belastungsreaktionen wie

Ängsten, depressiven Verstimmungen usw. und damit die Kooperation mit dem Gesundheitssystem erforderlich sind. Zu vermuten ist, dass unter den jungen wohnungslosen Menschen auch Jugendliche sind, die als sonderpädagogisch förderbedürftig im Bereich des Lernens und der emotionalen und sozialen Entwicklung galten. Eine weitere Bruchstelle zeigt sich bei Jugendlichen, deren Hilfen enden, ohne dass sie den Übergang in die eigenständige Lebensführung bewältigen können oder die ohne vorherige Berührung mit dem Jugendhilfesystem gleich in das System der Arbeitsförderung (SGB II/SGB III) gelangen und keine weitere, soziale, psychologische oder pädagogische Unterstützung erhalten.

Das Eintreten eines Wohnungsnotfalls im jungen Erwachsenenalter hingegen kann nach einer Phase der mehr oder weniger eigenständigen Lebensführung eintreten. Allerdings scheinen bei dieser Gruppe die Einmündungen in Ausbildung und Beruf prekär oder nur zum Teil zu erfolgen. Verschuldung, Suchtverhalten, Beziehungsprobleme stehen hier als Auslöser der Gefährdung des eigenständigen Wohnens oft im Vordergrund; sie sind jedoch häufig Folge psycho-sozialer Problemlagen. Wenn dann eine Schuldnerberatungsstelle aufgesucht wird, stellt sich die Frage, ob solche Problemlagen dort erkannt werden (können) und inwieweit eine Vermittlung in entsprechende Unterstützungssysteme erfolgt. Ähnlich erklären sich dann auch Zusammenbrüche der Lebensführung bei den über 30-Jährigen. Hier ist zu vermuten, dass sich Verläufe gleichsam weiter aufschaukeln (wie dies eine Gefängnishaft als Auslöser nahelegt) oder aber Zusammenbrüche des sozialen Netzwerkes erfolgen (Trennung, Scheidung), die biographisch nicht bewältigt werden können, womöglich häufig vor dem Hintergrund einer ohnehin eher prekären Lebenssituation.

Somit ergibt sich das Bild einer aus in Folge der biographischen Erfahrungen erwachsenden eingeschränkten Bewältigungsfähigkeit, die sich – basierend auf Frustration, struktureller Chancenlosigkeit und wenig Selbstwirksamkeitserleben und einhergehend mit Ängsten und depressiven Verstimmungen – zu einer psychischen Beeinträchtigung verfestigen und in Wohnungslosigkeit münden kann. Dabei muss als Einflussfaktor für die Genese der Exklusionsverkettung auch das Thema Armut mitgedacht werden. Der Zusammenhang von Armut und psychischer Erkrankung kann dabei auch als umgekehrt wirksam angenommen werden: psychisch kranke Menschen „sind in hohem Maß von Exklusion und Ausgrenzung im Bereich Wohnen betroffen, so dass sie häufig keine eigenständigen Mietverträge abschließen können und dadurch auch auf ‚Sonderwohnformen' angewiesen sind" (Bösing/Schädle 2016: 19). Der Wohnungsmarkt ist angespannt, Stigmatisierung kann als Barriere hinzutreten, auch sind u.U. ambulante Hilfesysteme erforderlich; all diese Faktoren erschweren den Zugang zu einer Wohnung, insbesondere, wenn mehrere potentiell benachteiligende Faktoren zusammenkommen, z.B. eine psychische, eine Suchterkrankung und hohes Alter. Möglicherweise trifft dieser Zusammenhang auch auf körper- und sinnesbehinderte Menschen in prekären Lebenssituationen zu; hier muss zudem die Frage einer barrierefreien Wohnung und eines barriere-

freien Umfelds hinzugedacht werden. Auslöser eines Wohnungsnotfalles oder von Wohnungslosigkeit wäre dann ganz unmittelbar eine Beeinträchtigung, die zu Armut führt, und zwar nicht nur eine psychische.

Die BAG W konstatiert, dass es sich bei wohnungslosen Männern und Frauen „um eine durch psychische Störungen und Erkrankungen hoch belastete Personengruppe mit einer hohen Rate von Mehrfachdiagnosen handelt“, wobei Frauen in der Regel jedoch jünger und noch nicht so lange wohnungslos sind und in höherem Maße an psychischen Erkrankungen zu leiden scheinen (vgl. BAG W 2008: 1). Insbesondere Menschen mit langjähriger Psychiatrieerfahrung, die entweder noch in psychiatrischer Behandlung sind oder eine solche abgebrochen haben, Menschen, die zwar psychisch auffällig sind, bisher aber weder diagnostiziert noch behandelt wurden, sowie Menschen mit mehreren psychiatrischen Diagnosen oder der Doppeldiagnose Sucht- und psychische Erkrankung können von Wohnungslosigkeit oder von prekären Wohnverhältnissen betroffen sein (ebd.).

Fehlende Berufsausbildung oder niedrige Qualifizierung und „vielfach langjährige Pausen der Kindererziehung sowie atypische Beschäftigungsverhältnisse schwächen die Position von Frauen auf dem Arbeitsmarkt und führen nicht nur zu geringerem Einkommen, sondern auch zu einer schlechteren Alterssicherung. Insbesondere Alleinerziehende sind davon betroffen. Meist haben diese Frauen keine funktionierenden sozialen Netzwerke mehr. Fehlender Kontakt zur Herkunftsfamilie, fremduntergebrachte Kinder und fehlende oder gewaltgeprägte Partnerschaften führen zu extremer Vereinsamung, in deren Erleben sich die Frauen am Ende selbst aufgeben“ (BAG-S 2015: 21): so fasst der Evangelische Beratungsdienst für Frauen in München in einem auf dem Jahresbericht beruhenden Beitrag (ebd.) exemplarisch die Negativspirale zusammen, an deren Ende die Motivationslosigkeit steht. Sie wird häufig als Grund dafür angegeben, wenn wohnungslose Menschen Hilfen nicht in Anspruch nehmen oder keine Therapien durchführen wollen. Tatsächlich ist sie jedoch eine Folge der biographischen Entwicklung und sozialen Lage. Der Ev. Beratungsdienst stellt insbesondere die Gewalterfahrungen in den Mittelpunkt, wenn einerseits die Heterogenität der Gruppe der wohnungslosen Frauen betont und andererseits Gemeinsamkeiten skizziert werden. Demnach liegen diese in der häufig verdeckten Wohnungslosigkeit und in den Auslösern einer Trennung oder Scheidung sowie „erlittene[r] körperliche[r] Gewalt im häuslichen Umfeld. In einigen Fällen tritt sie aber auch nach der Entlassung aus einer Haftanstalt oder aus Krankenhäusern und Therapieeinrichtungen auf. Sexualisierte physische und psychische Gewalterfahrungen prägen die Lebensverläufe dieser Frauen in vielen Fällen schon von frühester Kindheit an und führen zu vielfältigen Traumatisierungsstörungen“ (ebd.). Psychische Beeinträchtigungen als Folge von Gewalt treten somit als weitere Bedingungsfaktoren der Behinderungsgenese hinzu. Grundsätzlich muss des Weiteren angenommen werden, dass die Folgen der Wohnungslosigkeit und der überaus erschwerten Lebensführung das Risiko einer Genese körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen bergen, die somit wiederum Folge der Wohnungslosigkeit sind.

2.5 Leistungssystem und Schnittstellenprobleme

In der Regel erhalten wohnungslose Menschen Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII. Hierunter stehen vielfältige ambulante und stationäre Leistungen bereit, die von der unmittelbaren Notversorgung über Tagesaufenthaltsstätten und Treffpunkte, Beratungsangebote bis zur Bereitstellung von Wohnunterkünften und zur Vermittlung von eigenem Wohnraum reichen. Diese Hilfen unterscheiden sich nach Zugangsvoraussetzungen und im Grad der Zugänglichkeit im Sinne der Barrierefreiheit. So sind Tagesaufenthalte, Cafés, Mittagstische usw. in der Regel sehr niedrigschwellig, es sind keine rechtlichen Ansprüche oder andere Voraussetzungen wie z.B. ein Meldenachweis erforderlich, um die Hilfe zu erhalten. Von Barrierefreiheit kann jedoch nicht ausgegangen werden, so dass bereits auf der Ebene rein funktioneller Zugänglichkeit bezogen auf körperliche Beeinträchtigungen Ausschlüsse geschehen können. Zudem gibt es in der Regel auch in den niedrigschwelligen Einrichtungen bestimmte Regeln, die einzuhalten sind, wie das Verbot von Drogen oder von Gewalt, die die Inanspruchnahme ausschließen, wenn diese Regeln nicht eingehalten werden. Um den Anspruch auf öffentlich rechtliche Unterbringung zu verwirklichen, ist eine Vorstellung bei der kommunalen Fachstelle für Wohnungslosenhilfe und die Prüfung des Anspruches erforderlich. Grundsätzlich unterstützen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe die Adressatinnen und Adressaten in der Frage des Zugangs zu Hilfen, häufig bestehen auch Kooperationen mit weiteren sozialen Diensten, den Arbeitsagenturen, Wohnungsgesellschaften und der Gesundheitsversorgung. Kenntnis der Hilfen, deren rechtliche und funktionale Zugänglichkeit und die Bereitschaft und Motivation, die Hilfe in Anspruch zu nehmen, sind zusammengenommen die Faktoren, die die Inanspruchnahme bedingen. Zum Teil gibt es auch aufsuchende Strukturen wie die Straßensozialarbeit, die als niedrigschwelligste Instanz überhaupt Kontakt herstellen und motivierend tätig werden kann, was andererseits auch Optionen struktureller Art voraussetzt. Die Aufnahme in eine Wohnunterkunft erfordert neben der Anspruchsprüfung auch die Akzeptanz der dortigen Gegebenheiten wie z.B. die Hausregeln oder eine Doppel- bzw. Mehrfachbelegung von Zimmern. Für weitergehende Hilfen, wie die Vermittlung einer Wohnung, sind wiederum Voraussetzungen auf Seiten der Adressatinnen und Adressaten erforderlich und die Bedingungen der lokalen Wohnungsmärkte entscheidend. An dieser Stelle kann ein Weg aus der Negativspirale angesichts der vielerorts angespannten Wohnungsmärkte auch wieder enden. Die kommunalen Unterkünfte hingegen stellen aufgrund der häufig nicht gewährleisteten Privatsphäre, des Aufeinandertreffens von Menschen in unterschiedlichsten Problemlagen mit teils schweren Traumatisierungen keine Perspektive dar, sondern können eher stigmatisierende und verfestigende Wirkung entfalten.

Der Artikel 19 der UN-BRK schreibt das Recht auf ein Leben im Gemeinwesen für beeinträchtigte Menschen fest, mit der Möglichkeit, zu wählen, ob sie in Sonder- oder regulären Wohnangeboten leben wollen. Artikel 28 UN-BRK fordert, den „gleichberechtigten Zugang zu Leistungen und Programmen des sozialen Wohnungsbaus zu sichern“.

Für ausreichend angemessenen Wohnraum im unteren Preissegment zu sorgen, ist Aufgabe des Bundes, der Länder und Kommunen, zusammen mit der Wohnungswirtschaft. Für wohnungslose Menschen mit Beeinträchtigungen bestehen dabei zusätzliche Hürden, und zwar auch mit Blick auf die von der Wohnungslosenhilfe bereitgestellten Unterkünfte: neben der Frage der Barrierefreiheit geht es auch um die grundsätzliche Ausstattung, z.B. ob jemand mit einer psychischen oder körperlichen Beeinträchtigung ein Einzelzimmer erhalten kann. Hinzu tritt die Frage nach der Qualifikation des Personals im Umgang mit Beeinträchtigungen, und auch mit Sinnes-, Körper- oder geistigen Beeinträchtigungen oder Demenzprozessen, neben den psychischen Problematiken. Als Bruchstelle erweist sich das in Abschnitt 2.2.1 aufgeführte strukturelle Problem der Leistungsgewährung bzw. -abgrenzung: § 67 SGB XII gewährt Leistungen der Wohnungslosenhilfe, aber nicht solche der Teilhabeförderung im Sinne des SGB IX. Um Eingliederungshilfen nach § 53 SGB XII in Anspruch zu nehmen, bedarf es der Erfüllung spezifischer Voraussetzungen, nämlich der Feststellung einer drohenden oder bestehenden Behinderung und der Aussicht auf das Erreichen der Ziele der Eingliederungshilfe. Die Wohnungslosenhilfe vermittelt und berät diesbezüglich, aber die Schwelle der Inanspruchnahme ist durch die erforderliche Feststellung der Behinderung ebenso hoch wie durch die Anforderungen der entsprechenden Angebote, was die Mitwirkung am Hilfeplan und das Erreichen der Ziele betrifft. Zudem kommt es zu Wartezeiten und es gibt Defizite in der Versorgungsstruktur: Einrichtungen der Behindertenhilfe sind auf den Personenkreis nicht eingestellt; die hier überwiegend unterstützten geistig und körperlich behinderten Menschen gelangen häufig früh im Lebenslauf und anhand fester Etikettierungen in das System der Eingliederungshilfe. Die Konzepte und Qualifikationen sind im Erwachsenenalter an der Unterstützung des Wohnens und einer Beschäftigung im Rahmen einer beeinträchtigungsbedingten Teilhabe-Erschwerung orientiert, nicht an übergreifenden, querliegenden Problematiken. Die Systeme können als weitestgehend getrennt angesehen werden. Da die Problematik von körperlichen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen nahezu hinter der Wohnungslosigkeit ‚verschwindet' bzw. wenn, dann als Gesundheitsproblem gefasst wird, kann, was Modelle oder aber konzeptionelle Vorstellungen für entsprechende Vernetzungen oder angepasste Angebotsstrukturen betrifft, von einer Leerstelle gesprochen werden. Thematisiert werden Zugangs- und Versorgungsfragen für die psychisch beeinträchtigten wohnungslosen Menschen, deren Zugang zu den psychiatrischen Hilfen nach § 53 SGB XII den gleichen Anforderungen wie im Fall von körperlichen, geistigen oder Sinnesbehinderungen unterliegt. Hier lassen sich Analogien bilden: so sei das sozial- bzw. gemeindepsychiatrische Hilfesystem „sehr stark auf das Krankheitsbild der Schizophrenie zugeschnitten, sodass dieser Personenkreis weitgehend in Heimen oder dem betreuten Wohnen untergebracht ist" (BAG-S 2015: 16). Die bei Wohnungslosen häufig vorkommenden Angst- oder Suchterkrankungen und Depressionen würden dieser Aussage zufolge weniger in das Handlungsfeld fallen. Auf der anderen Seite kann vermutet werden, dass diese Problematiken entweder hinter das zentrale Problem der Wohnungslosigkeit zurücktreten oder dass der Zugang

zu entsprechenden, auch und vor allem ambulanten Angeboten, nicht zu einem früheren Zeitpunkt erschlossen wird, wie das die Verläufe der jugendlichen Wohnungslosen nahelegen. Im Bereich der Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie muss, wie auch im Bereich niedergelassener psychiatrischer Praxen, zudem von Versorgungsdefiziten ausgegangen werden. Ähnliches gilt, was die ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten betrifft, ja auch für andere Gruppen beeinträchtigter Menschen.

Eine bedarfsgerechte Versorgung wohnungsloser Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder Suchterkrankungen kann von den bestehenden Hilfesystemen nicht immer in ausreichendem Maße gewährleistet werden. Dies liegt zum einen an historisch begründeten Vorbehalten sowohl seitens der Wohnungslosenhilfe als auch der Psychiatrie, ist jedoch auch auf die tendenzielle Überforderung der Wohnungslosenhilfe, auf strukturelle Defizite des psychiatrischen Versorgungssystems und das Fehlen geregelter Zuständigkeiten und Kooperationen zwischen den Hilfesystemen zurückzuführen (vgl. BAG W 2008: 2). Psychisch erkrankte und von Wohnungslosigkeit betroffene oder bedrohte Menschen bezeichnen sich häufig nicht selbst als psychisch krank. Des Weiteren ruft das Stichwort „Psychiatrie“ bei vielen Betroffenen Ängste und Vorstellungen von geschlossener Unterbringung oder medikamentöser Ruhigstellung hervor. Nach Ansicht der BAG W macht dies eine Vermittlung zum Facharzt schwierig (ebd.: 2f.). Erschwert wird die Versorgung wohnungsloser Menschen mit psychiatrischen Behandlungsangeboten auch dadurch, dass sich die Psychiatrie als strukturell hochschwellig charakterisiert. So weisen die Versorgungssysteme (Facharztpraxen, psychiatrische Kliniken, suchtmedizinische Fachkrankenhäuser, Tageskliniken, Ambulanzen, sozialpsychiatrische Dienste) fast ausschließlich eine Komm-Struktur auf. Wollen Betroffene ein entsprechendes Angebot in Anspruch nehmen, müssen sie außerdem behandlungsbereit, krankeneinsichtig und kooperationsfähig sein und sich an feste Termine halten. Von Klientinnen und Klienten wird damit „ein Verhalten erwartet, wie es nur eingebunden in ein festes soziales und familiäres Gefüge möglich wäre“, das soziale Problem der Wohnungslosigkeit wird dagegen nicht ausreichend berücksichtigt (ebd.: 3).

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe sind nicht nur deshalb häufig die ersten, manchmal auch die einzigen Ansprechpersonen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber auch mit körperlichen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen, die wohnungslos sind. Dabei werden sie gerade bei psychischen Beeinträchtigungen mit Problemkonstellationen und Fragestellungen konfrontiert, für deren Bearbeitung sie als Fachkräfte der sozialen Arbeit keine professionelle Ausbildung mitbringen. Im besten Fall sind sie in der Lage, den Betroffenen kurzfristig Entlastung zu verschaffen, eine bedürfnisorientierte Arbeit kann allerdings nur eingeschränkt geleistet werden. Außerdem schaffen es Betroffene oft zwar, die Kräfte vieler Helferinnen und Helfer punktuell intensiv zu nutzen, die Inanspruchnahme längerfristiger, koordinierter Hilfen bleibt jedoch häufig aus. In der Wohnungslosenhilfe kommt es deshalb vielfach zu Betreuungsbrüchen von beiden Seiten (BAG W 2008: 3). Um mit den Betroffenen auch „längerfristig die Sicherung der materiellen Existenz und menschenwürdige Lebensbedingungen

schaffen und erhalten zu können“, sind nach Ansicht der BAG W Vernetzung, Kooperation und interdisziplinäres Vorgehen zwingend notwendig (ebd.). Bestehen bereits interdisziplinäre Behandlungsteams, so umfassen diese zusätzlich zu den sozialpädagogischen Fachkräften neben ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorrangig Pflegekräfte und Allgemeinärztinnen und -ärzte. Da Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen in fachärztliche Hände gehören, zeigt sich allerdings auch ein dringender Bedarf an der dauerhaften Kooperation mit der ambulanten und stationären Psychiatrie (ebd.: 4).

Ist jedoch schon die medizinische Versorgung somatischer Erkrankungen – selbst im Rahmen interdisziplinärer Teams aus Sozialarbeit, Pflege und Medizin – ein langwieriges und häufig schwieriges Unterfangen, so führt die Konfrontation mit psychisch erkrankten Wohnungslosen zu zusätzlichen Herausforderungen (ebd.: 3f.): Von Seiten der Psychiatrie bedarf es zunächst der Berücksichtigung der spezifischen Lebenslage wohnungsloser Menschen, wenn geeignete medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen gefunden werden sollen. Außerdem müssen regelmäßige Kontakte auch im Rahmen aufsuchender medizinisch-psychiatrischer Hilfe und die Anbindung an ambulante psychiatrische Versorgungssysteme nach stationären Aufenthalten sichergestellt werden (ebd.: 4). In der Wohnungslosenhilfe sind dagegen verpflichtende Weiterbildungsangebote, Qualifizierungen und Schulungen von besonderer Bedeutung. Dies gilt nicht nur für die sozialpädagogischen und pflegerischen Fachkräfte, sondern auch für Ehrenamtliche und Zivildienstleistende, die in vielen Einrichtungen wichtiger Bestandteil des Personalkonzeptes sind. So sollte nach Ansicht der BAG W „die Vermittlung von Krankheitsbildern, Hilfen im Umgang mit psychisch kranken oder auffälligen Menschen, Informationen über das am Ort oder im näheren Umkreis befindliche Hilfesystem […], Hilfen zum Umgang mit akuten Krankheitszuständen wie Depressionen, Aggressivität, Gewalt und akuten Krisen“ zum festen Bestandteil kontinuierlicher Fortbildungen für alle in der Wohnungslosenhilfe beschäftigten Kräfte werden (ebd.).

Um wohnungslose Männer und Frauen mit psychischen Erkrankungen und/oder Suchterkrankungen längerfristig erreichen und bedarfsgerecht versorgen zu können, ist außerdem ein funktionierendes Netzwerk aus Psychiatrie, Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe mit klar geregelten Zuständigkeiten und Wissensaustausch zu schaffen. Dazu gehört auch die Etablierung koordinierender Maßnahmen (administrativ: Arbeitskreise, Planungsgremien, Fortbildungsveranstaltungen; versorgungspraktisch: psychiatrische Liaisondienste in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Case-Management, Schwerpunktpraxen für psychisch und/oder somatisch erkrankte Wohnungslose, etc.) zwischen den administrativ und finanzierungstechnisch getrennten Hilfesystemen (ebd.: 6). Analoges gilt für eine Vernetzung von Eingliederungs-, Wohnungslosen-, Gesundheits- und Suchtkrankenhilfe im Fall von körperlichen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen.

Eine weitere Bruchstelle ist die zwischen dem SGB VIII, dem SGB II und dem SGB XII bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: „Zwischen niedrigschwelliger Notversorgung und dem Case-Management der SGB II-Institutionen bedarf es einer wichtigen, dazwischen geschalteten, vermittelnden institutionalisierten Angebotsebene. Dabei hat sich eine Komm-Struktur für umfassende Beratungs- und Begleitungsarbeit, welche die Jugendlichen und jungen Erwachsenen kontinuierlich bei gleichbleibenden Bezugspersonen über längere Zeiträume unterstützt, bewährt“ (DJI 2015: 49). Des Weiteren sollten Jugendhilfeträger „durch Unterstützung der vor Ort zuständigen Kompetenzinstanzen in die Lage versetzt werden, einen unverzüglichen Zugang zu Wohnraum zu schaffen“ (ebd.). Das DJI schlägt für das SGB II einen inklusiven Ansatz vor, „der eine Fallbearbeitung mit benachteiligten Jugendlichen generell in multiprofessionellen Teams vorsieht, wobei eine Kooperation der verschiedenen Disziplinen, etwa von Sozial- und Berufspädagogen wie auch Psychologen, geboten ist“ (ebd.). Die Verknüpfung mit dem Gesundheitssystem müsste hier noch mitgedacht werden. Eine intensive Auseinandersetzung mit weitreichenden Empfehlungen zur Verbesserung der Rechtsansprüche junger Erwachsener in Wohnungsnot und sozialen Schwierigkeiten im Spannungsfeld von SGB II, SGB VIII und SGB XII hat die BAG W 2013 vorgelegt (BAG W 2013). Das Positionspapier zielt darauf, die durch Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen unterschiedlichen Kostenträgern erschwerte Hilfegewährung zu verbessern und zeigt dabei nicht nur Möglichkeiten verbesserter rechtlicher Regelungen (wie z.B. den Vorrang der Hilfen nach SGB VIII) auf, sondern legt auch Ansätze für Gesamtkonzepte auf regionaler bzw. kommunaler Ebene vor, die die Bedingungen und Strukturen einer intakten Kooperation und Vernetzung einschließlich der Überwindung der Zuständigkeitsprobleme verdeutlichen.

Prinzipiell liegt ein querschnitt-orientierter, herkömmliche Zielgruppen und Problemdefinitionen überschreitender Ansatz für das gesamte Feld nahe. Dies wird durch eine weitere Bruchstelle verdeutlicht, nämlich die zwischen der Wohnungslosen- und der Altenhilfe, wo Pflege- und Assistenzarrangements auch über die Pflegeversicherungsleistungen hinaus so gestaltet werden müssten, dass alte wohnungslose Menschen Zugang erhalten. „Zur Versorgung älterer drogenabhängiger Personen in Deutschland liegen Informationen aus dem von der Europäischen Union geförderten und vom Bundesministerium für Gesundheit kofinanzierten Forschungsprojekt ‚Senior Drug Dependents and Care Structures’ […] vor. Ein Bestandteil der Ergebnisse dieser Studie sind die Veröffentlichungen ‚Wohnen und Sucht. Wohnformen für Drogenabhängige und Soziale Arbeit’ sowie ‚Opiatabhängigkeit im Alter – mögliche Wohnversorgungskonzepte an der Schnittstelle zwischen Sucht- und Altenhilfe’ aus dem Jahr 2010“ (Deutscher Bundestag Drucksache 18/4261, 18. Wahlperiode 09.03.2015). Ansätze sind also vorhanden, allerdings sollte sich hier die Diskussion nicht auf die Frage des Suchtverhaltens beschränken, sondern müsste sich auf die Lebenserfahrung insgesamt einschließlich erlittener Traumata und vorhandener Ängste beziehen.

Die angedeuteten Schnittstellenprobleme weisen auf drei große Problemkreise hin:

- die Überwindung einer zu engen Zielgruppenspezifik und Zielsetzung der Wohnungslosenhilfe, ohne den Kern der sozialen Ausgrenzung durch Wohnungslosigkeit aufzugeben; dies würde eine flexiblere Gestaltung mindestens der Übergänge zwischen dem § 67 und § 53 des SGB XII erfordern;
- die Entwicklung umfassender, koordinierter Leistungen; dies würde auf regionaler bzw. kommunaler Ebene die Erhebung von Versorgungsdefiziten und eine ressortübergreifende Planung und Vernetzung ebenso erfordern wie eine abgesicherte Statistik, die bis zur Bildungsberichterstattung reicht;
- die erhebliche Stärkung der Prävention, die sich in mehrere Richtungen erstreckt: auf die Verhinderung von Armut, auf die Identifizierung von psycho-sozialen Problemlagen und auf die Wohnraumbewirtschaftung.

Das Projekt „Motiwohn“ kann beispielhaft für die Prävention von Wohnungsverlust durch psychologische Beratung und zwar in Kooperation mit Schuldnerberatungs- und Wohnungslosenstellen genannt werden (vgl. BAG-S 2015: 16 ff.). Hier wurde erfolgreich bei Menschen, denen aufgrund von Mietschulden der Wohnungsverlust droht, durch Einzel- oder Gruppengespräche auf unterliegende psychische Problematiken eingewirkt und zwar anhand einer motivierenden Gesprächsführung und Begleitung. Dafür ist es aber erforderlich, an entsprechenden Stellen wie der Schuldnerberatung oder den kommunalen Wohnungsstellen präventiv Psychologinnen und Psychologen einzusetzen, was derzeit über die Leistungen des Gesundheitssystems nicht finanziert wird. Überhaupt kommt der Früherkennung psychischer Problematiken eine überaus große Bedeutung zu (Strafvollzug; Jugendliche; Armutslagen).

2.6 Forschungsbedarf

Aus den vorangegangenen Ausführungen wird deutlich, dass ein grundlegender und breiter Forschungsbedarf besteht; dies auch schon bezogen nur auf das Thema Wohnungsnotfälle und Wohnungslosigkeit. Bereits die statistische Erhebung der Vorkommenshäufigkeiten stellt sich als großes Desiderat dar. Für die Verbesserung der statistischen Grundlagen liegen Beispiele anderer Länder und entsprechende Forderungen der BAG W und auch des DJI vor. Dazu bedarf es genauer Definitionen von Wohnungslosigkeit (hier kann auf die Wohnungsnotfalldefinition der BAG W oder ETHOS zurückgegriffen werden). Erhebungen des Vorkommens von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation und zwar bezogen auf unterschiedliche Arten von Beeinträchtigungen und in Abgrenzung zu rein gesundheitsbezogenen Untersuchungen stellen eine ebenso dringliche Aufgabe dar; sie bedürfen einer intensiven Klärung der Operationalisierung, insbesondere im Falle von psychischen Beeinträchtigungen. Eine Miterhebung von Beeinträchtigungen im Rahmen einer bundesweiten, eigenen Sozialberichterstattung zu Wohnungsnotfällen ist vorstellbar, sie müsste aber deutlich über die Abfrage des Vorliegens einer amtlich anerkannten Behinderung hinausgehen und sich an einer an

die ICF angelehnten Operationalisierung der Beeinträchtigung von Aktivitäten orientieren. Damit allein werden aber noch keine Aufschlüsse über Ursachen, Folgen und Schwere der Beeinträchtigung, zu Barrieren und zur Lebenslage gewonnen. In solche Erhebungen, die auch im Rahmen des vom BMAS vorgesehenen Teilhabesurveys stattfinden könnten, müssten Wohneinrichtungen der Wohnungslosenhilfe, aber auch ambulante Angebote bis hin zu Tagesaufenthalten etc. einbezogen werden. Zu denken wäre auch an den Einbezug kommunaler Fachstellen der Wohnungslosenhilfe, um Zugang zu Personen zu gewinnen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind. Erforderlich wäre eine genaue Differenzierung nach den Kategorien von Wohnungsnotfällen und es müssten weitere Ungleichheitsfaktoren wie Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund mit erhoben werden, ebenso wie Fragen zum Zeitpunkt des Eintretens der Beeinträchtigung und ihres Verlaufes und zu Beginn und Dauer der Wohnungsproblematik.

Da Wohnungslosigkeit und Notfallsituationen immer eine biographische und eine soziale Seite haben, also statusbezogene Aspekte wie Arbeitslosigkeit, unzureichende Bildungsabschlüsse usw. ebenso eine Rolle spielen wie Versorgungslücken bzw. -defizite, bedarf es Untersuchungen, die die Wege in die Wohnungslosigkeit aus beiden Perspektiven heraus beleuchten und dabei insbesondere das komplexe Zusammenspiel und Wechselwirkungen zwischen individuellen, strukturellen und sozialen Faktoren in den Blick nehmen. Der Umstand, dass dauerhafte Beeinträchtigungen Folge von Wohnungslosigkeit sein können, macht die Identifizierung von Wegen, aber auch und vor allem von Verläufen ebenso dringlich wie die deutlich werdenden Risiken insbesondere psychisch beeinträchtigter Menschen, wohnungslos zu werden.

Im Falle von vor der Wohnungslosigkeit bestehenden Beeinträchtigungen stellen sich vor allem Fragen zur Prävention der Wohnungslosigkeit. Dies umschließt die grundsätzliche Frage der Vernetzung und Koordination von Hilfen auf regionaler und kommunaler Ebene. Zentrale Fragen, die sich mit Blick auf das Unterstützungssystem stellen, sind: Welche besonderen Versorgungkonzepte und Finanzierungsvereinbarungen gibt es derzeit und reichen sie über gesundheitliche oder pflegerische Fragen hinaus – auch bis zur Frage der Teilhabeförderung? Wie werden insbesondere Zugänge für Menschen in Multi-Problemlagen (alt, körperlich beeinträchtigt, wohnungslos z.B.) eröffnet? Welche Problematiken ergeben sich aus den unterschiedlichen Zuständigkeiten (Psychiatrie vs. Wohnungslosenhilfe; Behindertenhilfe vs. Wohnungslosenhilfe; Kinder- und Jugendhilfe und Altenhilfe vs. Wohnungslosenhilfe) und wie äußert sich dies in der Praxis (Frage nach Netzwerken, festen Kooperationen)? Wie werden die Rechtsgrundlagen (§§ 53 ff. und §§ 67 ff. SGB XII) umgesetzt und welche Problematiken ergeben sich? Bedarf es spezifischer Hilfeangebote und/oder Fortbildungen für Fachkräfte der Wohnungslosenhilfe einschließlich der kommunalen Fachstellen (vgl. BAG W 2008)?

Damit ergeben sich mindestens vier große Themenbereiche für die Forschung (vgl. zu 3 und 4 auch CIHI 2007):

1. die Entwicklung einer differenzierten Sozialberichterstattung zu Vorkommenshäufigkeiten generell und bezogen auf Wohnungslosigkeit und Beeinträchtigung, verbunden mit Fragen nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund usw.
2. die Untersuchung der Lebenslagen einschließlich der Barrieren, die in funktionaler, struktureller, rechtlicher oder sozialer Hinsicht den Zugang zu Teilhabeleistungen erschweren;
3. die Untersuchung von Wegen in die Wohnungslosigkeit bei bestehenden Beeinträchtigungen und bei Beeinträchtigungen in Folge oder im Verlauf der Wohnungslosigkeit und die differenzierte Untersuchung von Verläufen hinsichtlich des Einflusses individuell-biographischer, sozialer und struktureller Aspekte und ihres Zusammenspiels;
4. die Untersuchung der Prävention und der (Re-)Habilitation, bezogen auf Wohnungsprogramme ebenso wie auf regionale und kommunale Angebotsstrukturen, auf die Vernetzung und Koordination sowie die rechtliche Steuerung.

Besonderes Augenmerk müsste in jedem der Bereiche, vor allem aber in den Bereichen 2 bis 4, auf besonders vulnerable Gruppen gelegt werden wie alleinerziehende Frauen oder Frauen mit Gewalterfahrungen; Kinder und Jugendliche von Familien in Problemlagen, z. B. Überschuldung oder häusliche Gewalt; Jugendliche und junge Erwachsene, die ‚entkoppelt' vom System sind; alte Menschen und generell Menschen mit Beeinträchtigungen in problematischen Lebenssituationen. Stressoren wie Gewalterfahrungen, finanzielle Notlagen, häusliche Problematiken, Arbeitsplatzverlust usw. können sich auf das psychische Wohlbefinden auswirken, insbesondere, wenn es an vertrauensvollen, stabilen sozialen Bindungen mangelt (soziale Unterstützung). Das psychische Wohlbefinden wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst; das Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Kontrollgefühl und Bewältigungsfähigkeiten gehören ebenso dazu wie sozio-ökonomische Determinanten der Lebenssituation. Bezüglich der Frage der psychischen Beeinträchtigungen wäre es – so schlägt es das Kanadische Institut für Gesundheitsinformation (Canadian Institute for Health Information – CIHI 2007) vor – möglicherweise gewinnbringend, zwischen psychischem Wohlbefinden oder psychischer Gesundheit (mental health) und psychischer Krankheit (mental illness) zu trennen. Die Begriffsvielfalt, die das CIHI bezüglich der Forschung zu Wohnungslosigkeit und psychischer Beeinträchtigung konstatiert und die auch im vorliegenden Kapitel deutlich wird, ("mental illness," "mental health problems," "mental health concerns" and "mental health difficulties"), weist nicht nur auf unzureichende wissenschaftliche Operationalisierungen hin; vielmehr drückt sich in ihr der Umstand aus, dass es neben den diagnostisch erfassbaren und festgelegten psychiatrischen Krankheitsbildern im engeren Sinn auch Problematiken der Lebensbewältigung sind, die die psychische Situation wohnungsloser Menschen beeinflussen, und dass es neben ‚klassischen' diagnosebezogenen Interventionen auch stark darum gehen muss, entsprechende Problemlagen sowie Stressoren und Bewältigungsressourcen zu identifizieren: „Increasingly, researchers are looking at

homelessness with more of a focus on mental health and well-being, rather than just a focus on the presence of mental illness […]. Findings indicate there may be value in clinical, outreach and research programs that target specific issues such as coping skills, self-worth and social support along with interventions and policies that target mental illness, addictions and the other determinants of homelessness such as housing, income and employment" (CIHI 2007: 38). Untersuchungen von Programmen zur Stärkung der Motivation, der sozialen Unterstützung, des Selbstwertgefühls setzen an einem bezüglich der Wirkungen für das Bewältigungsverhalten breiten und abgesicherten Forschungsstand an. Es müsste jedoch gleichzeitig untersucht werden, wo und wie solche Programme im Rahmen der bestehenden Zuständigkeiten wirksam verankert werden können und wie sie gleichzeitig mit Leistungen zur Verbesserung der sozialen Teilhabe verknüpft werden können, denn ebenso sehr, wie Behinderung sich als ein multifaktoriell beeinflusstes Geschehen darstellt, ist Wohnungslosigkeit ein strukturelles und soziales Problem vor dem Hintergrund eines biographischen Prozesses.

Literatur zu diesem Kapitel

Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. (Hrsg., 2015): »Wir müssen das Abrutschen in die Wohnungslosigkeit verhindern!« Psychisch krank und wohnungslos. In: Informationsdienst Straffälligenhilfe. Jg. 23, H. 1/2015. S. 16-18

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2016): Zahl der Wohnungslosen. Internetdokument. Im Internet unter: http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html. [Zugriff am 08.07. 2016]

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg., 2014a): Statistikbericht 2014. Auswertungstabellen. Aktuelle Daten zur Lebenslage wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland. PDF-Dokument der BAG W. Download: http://www.bagw.de/de/publikationen

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg., 2014b): Zahlen über das Vorhandensein einer Behinderung.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg., 2013): Positionspapier. Rechtsansprüche junger Erwachsener in Wohnungsnot und sozialen Schwierigkeiten verwirklichen und fortentwickeln! Im Internet unter: http://www.bagw.de/media/doc/POS_13_ Rechtsansprueche_junger_Erwachsener.pdf [Zugriff am 29.05.2016]

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg., 2011): Positionspapier. Wohnungsnotfalldefinition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. Bielefeld. Im Internet unter: http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/media/docPOS_10_BAGW_ Wohnungsnotfalldefintion.pdf [Zugriff am 29.05.2016]

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg., 2008): Positionspapier. Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern. Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe. 2008 erweitert um Beispiele aus der Praxis. Bielefeld. Im Internet unter: http://www.bagw.de/media/doc/POS_08_Psychische_Erkrankungen_1.pdf [Zugriff am 29.05.2016]

Bäuml, J. (2016): Wohnungslosenhilfe – „Psychiatrie light" für die von der Psychiatrie Vergessenen? Ergebnisse der SEEWOLF-Studie in München. Kerbe, Forum Soziale Psychiatrie

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg., 2013): Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn.

Bösing, Sabine; Schädle, Josef (2016): Zur Armutsgefährdung von Menschen mit psychischer Erkrankung. In: Der Paritätische Gesamtverband e.V. (Hrsg.): Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland. Berlin. S. 73-81. Im Internet unter: http://www.der-paritaetische.de/uploads/media/ab2016_komplett_web.pdf [Zugriff am 03.11.2016]

Callies, Oliver (2004): Konturen sozialer Exklusion. In: H-Soz-Kult: Mittelweg 36. Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung, Jg. 13, H. 4. S. 16-35

Canadian Institute for Health Information (Hrsg., 2007): Improving the Health of Canadians: Mental Health and Homelessness. Ottawa Im Internet unter: https://secure.cihi.ca/ free_products/mental_health_report_aug22_2007_e.pdf [Zugriff am 30.05.2016]

Depp, C. A. et al. (2015): A quantitative review of cognitive functioning in homeless adults. J Nerv Ment Dis

Der Paritätische Gesamtverband e.V. (Hrsg., 2016): Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland. Berlin. Im Internet unter: http://www.der-paritaetische.de/uploads/media/ab2016_komplett_web.pdf [Zugriff am 03.11.2016]

Deutscher Bundestag Drucksache 18/4261, 18. Wahlperiode 09.03.2015. Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Bekämpfung von Obdachlosigkeit, gesundheitlicher Ungleichheit und extremer Armut in Deutschland. Im Internet unter: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804261.pdf [Zugriff am 03.09.2016]

Deutscher Bundestag, Drucksache 18/3940, 18. Wahlperiode 04.02.2015. Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Bekämpfung von Obdachlosigkeit, gesundheitlicher Ungleichheit und extremer Armut in Deutschland. Im Internet unter: http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/039/1803940.pdf [Zugriff am 03.09.2016]

Deutsches Jugendinstitut (Hrsg., 2015): Entkoppelt vom System. Jugendliche am Übergang ins junge Erwachsenenalter und Herausforderungen für Jugendhilfestrukturen. Eine Studie des Deutschen Jugendinstituts im Auftrag der Vodafone Stiftung Deutschland. Düsseldorf. Im Internet unter: https://www.vodafone-stiftung.de/uploads/tx_newsjson/Entkoppelt-vom-System_01.pdf [Zugriff am 03.11.2016]

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg., 2015): Leistungsberechtigte in besonderen sozialen Schwierigkeiten bedarfsdeckend unterstützen. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Anwendung der Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII. Berlin. Im Internet unter: https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2015/dv-5-15_hilfe-nach-paragraf-67.pdf [Zugriff am 03.11.2016]

Egen, V. (1998): Morbidity spectrum and drug therapy of homeless persons in Munich. Gesundheitswesen

Fazel, S. et al. (2008): The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Revies an Meta Regression Analysis. In: PLoS Medicine 5, 12. S. 1670-1681. Im Internet unter: http://journals.plos.org /plosmedicine/article/asset?id=10.1371%2 Fjournal.pmed.0050225.PDF [Zugriff am 30.05.2016]

FEANTSA – Europäischer Dachverband der Wohnungslosenhilfe (Hrsg., 2005): ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. Brüssel. Im Internet unter: http://www.feantsa.org/spip.phpaction=acceder_document&arg=223&cle=eed8d27ffb96c46df4384095038ce2d142 c1b97a&file=pdf%2Fat.pdf [Zugriff am 29.05.2016]

Fichter, M. M. et al. (2001): Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. Acta Psychiat Scand

Fichter, M. M. et al. (2000): Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. Deutsches Ärzteblatt 97, S. 1148-1154

Hwang, S.W. et al. (2008): The effect of traumatic brain injury on the health of homeless people. Can Med Assoc J

Längle, G. et al. (2005): Prevalence of mental illness among homeless men in the community: approach to a full census in a Southern German university town. Soc Psychiat Psychiat Epidemiol

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Integrierte Wohnungsnotfall-Berichterstattung 2015 in Nordrhein-Westfalen. Im Internet unter: https://www.mais.nrw/sites/default/files/asset/document/wohnungsnotfaelle_2015_internet.pdf

Nielsen, S. F. et al. (2011): Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort-study. The Lancet

Parks, R. W. et al. (2007): A systematic review of cognition in homeless children and adolescents. J Roy Soc Med

Reißig, Birgit (2010): Biographien jenseits von Erwerbsarbeit. Prozesse sozialer Exklusion und ihre Bewältigung. Wiesbaden

Rosenke, W. (2016): Die Lebenssituation von Menschen in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot. In: Der Paritätische Gesamtverband e.V. (Hrsg.): Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland. Berlin. S. 82-92. Im Internet unter: http://www.der-paritaetische.de/uploads/media/ab2016_komplett_web.pdf [Zugriff am 03.11.2016]

Salize H. J. et al. (2003): Alkoholabhängigkeit und somatische Komorbidität bei alleinstehenden Wohnungslosen. Sucht aktuell, 2: 52-57

Stauber, Barbara; Pohl, Axel; Walther, Andreas (Hrsg., 2007): Subjektorientierte Übergangsforschung: Rekonstruktion und Unterstützung biografischer Übergänge junger Erwachsener. Weinheim/München

Topolovec-Vranic, J. et al. (2014): Traumatic brain injury among men in an urban homeless shelter: observational study of rates and mechanisms of injury. Can Med Assoc J

3. Typische Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen

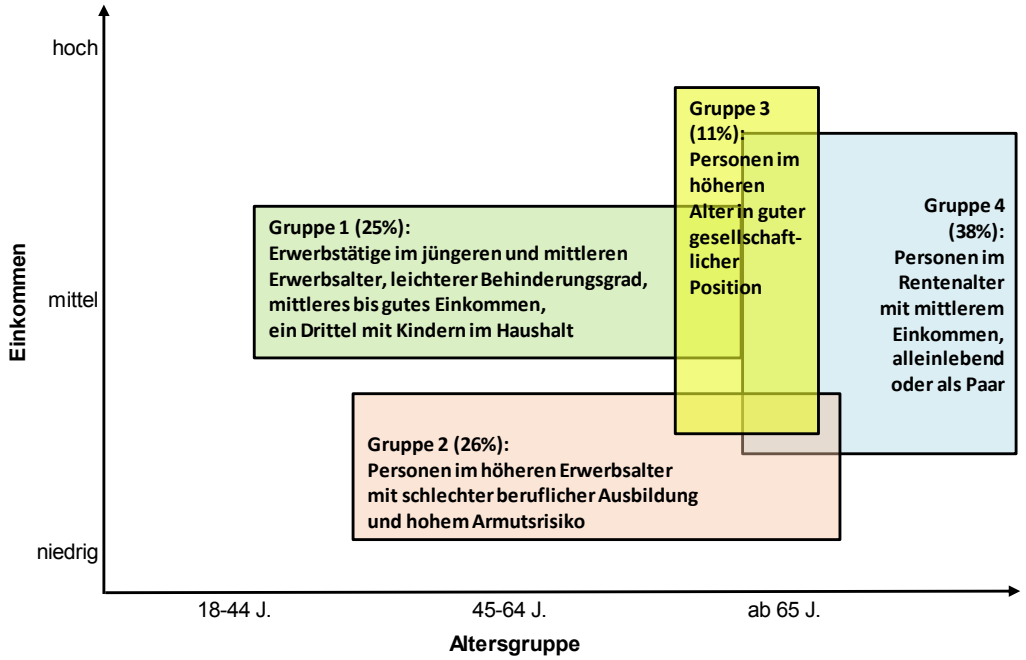
Die im zweiten Berichtsteil vorgestellten Ergebnisse basieren auf der Betrachtung einzelner Indikatoren zur Beschreibung der Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen. Einzelne Merkmale der Lebenslage wie Alter, Grad der Beeinträchtigung, Bildungsstand und Erwerbsbeteiligung können in einer multivariaten Analyse zu typischen Konstellationen der Lebenslage gebündelt werden. Mit einem statistischen Verfahren (Clusteranalyse) wurden unter den volljährigen Menschen mit Beeinträchtigungen vier Personengruppen bestimmt, die sich in jeweils ähnlichen Lebenslagen befinden und die innerhalb der Gesellschaft unterschiedliche Positionen einnehmen.[173]

Diese Analyse wurde für hochgerechnet 8,25 Mio. volljährige Menschen mit Beeinträchtigungen durchgeführt. Davon sind 51% männlich und 49% weiblich. Rd. 9% sind im jüngeren Erwerbsalter von 18 bis 44 Jahren, 37% im höheren Erwerbsalter von 45 bis 64 Jahren und 54% im Seniorenalter ab 65 Jahren. 24% von ihnen sind chronisch krank ohne eine anerkannte Behinderung, 23% haben eine anerkannte Behinderung mit einem GdB unter 50 und etwas mehr als die Hälfte (53%) haben eine Schwerbehinderung mit einem GdB ab 50.

Die statistische Zuordnung führt zu einer Gruppierung von Personen in vier typischen Lebenslagen (Abbildungen 110 und 111). Die Personen in den Gruppen 1 und 2 sind überwiegend im Erwerbsalter, während den Gruppen 3 und 4 überwiegend Personen im Seniorenalter zugeordnet wurden.

[173] Mit dem multivariaten Verfahren der Clusteranalyse werden Gruppen von Personen bestimmt, die sich im Hinblick auf ausgewählte Merkmale der Lebenslage ähnlich sind. Hier wurden für volljährige Menschen mit Beeinträchtigungen die Merkmale Geschlecht und Alter, Grad der Beinträchtigung, schulischer und beruflicher Bildungsabschluss, Erwerbsbeteiligung, Stellung im Beruf, atypische Beschäftigung und Einkommensposition sowie Haushaltsform gebündelt, um Strukturen der sozialen Positionierung darzustellen.

Abbildung 110: Typische Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen nach Alter und Einkommen



Quelle: Mikrozensus 2013, Berechnung des ISG

In der folgenden Tabelle werden die für die jeweilige Gruppe markanten Merkmale hervorgehoben.[174]

[174] Die Kategorie „arm“ bzw. armutsgefährdet bedeutet Einkommen weniger als 60% des äquivalenzgewichteten Medianeinkommens; mittel = 60% bis 200% des äquivalenzgewichteten Medianeinkommens; wohlhabend bzw. hohes Einkommen entspricht 200% und mehr des äquivalenzgewichteten Medianeinkommens.

Tabelle 137: Typische Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen

	Gruppe (Cluster)				Gesamt
	1. Erwerbstätige mit gutem Einkommen	2. im höheren Erwerbsalter mit Armutsrisiko	3. im höheren Alter, gutes Einkommen	4. im Rentenalter, mittleres Einkommen	
Anzahl (hochgerechnet)	2.026.168	2.173.810	940.786	3.109.544	8.250.307
Anteil an allen Menschen mit Beeinträchtigungen	25%	26%	11%	38%	100%
Geschlecht					
Männlich	56%	47%	**60%**	47%	51%
Weiblich	44%	**53%**	40%	53%	49%
Alter					
18-44 J.	**23%**	11%	6%	0%	9%
45-64 J.	**72%**	63%	25%	0%	37%
ab 65 J.	5%	26%	69%	**100%**	54%
Teilgruppen der Beeinträchtigung					
chronisch krank	21%	25%	24%	**26%**	24%
GdB unter 50	**39%**	20%	19%	16%	23%
GdB über 50t	40%	56%	58%	**58%**	53%
Schulabschluss					
kein Abschluss	3%	**9%**	0%	3%	4%
Hauptschule	43%	67%	3%	**80%**	58%
mittlerer Abschluss	**30%**	25%	4%	18%	21%
Hochschulreife	24%	0%	**93%**	0%	17%
Beruflicher Bildungsabschluss					
kein Abschluss	14%	**35%**	6%	29%	25%
Lehrausbildung, Berufsfachschule	**65%**	62%	24%	64%	59%
Meister, Techniker, Fachsch.	6%	3%	**8%**	7%	6%
(Fach-)Hochschule	14%	0%	**63%**	0%	11
Erwerbsbeteiligung					
erwerbstätig	**100%**	1%	3%	0%	25%
erwerbslos	0%	**6%**	3%	0%	2%
Nichterwerbsperson	0%	93%	9%	**100%**	73%
Stellung im Beruf					
nicht berufstätig	5%	27%	70%	**100%**	55%
sonstige Stellung im Beruf	2%	**73%**	30%	0%	23%
Arbeiter	**28%**	0%	0%	0%	6%
Angestellte	**53%**	0%	0%	0%	13%
Selbstständige	**6%**	0%	0%	0%	2%
Beamte	**6%**	0%	0%	0%	1%
Atypische Beschäftigung					
Nein	85%	99%	100%	100%	96%
Ja	**16%**	1%	1%	0%	4%
Haushaltsgröße					
Alleinlebend	24%	29%	28%	**37%**	31%
Zwei-Pers.-Haushalt	42%	48%	52%	**58%**	52%
Mehrpersonen-Haushalt	**35%**	23%	20%	5%	17%
Einkommensposition					
arm	8%	**55%**	14%	0%	18%
mittel	82%	44%	67%	**100%**	77%
wohlhabend	9%	1%	**19%**	0%	5%

Quelle: Mikrozensus 2013, Berechnung des ISG

Gruppe 1: Erwerbstätige im jüngeren und höheren Erwerbsalter, leichterer Behinderungsgrad, mittleres bis hohes Einkommen (25%)

In Gruppe 1 werden rd. 2 Mio. Personen überwiegend im Erwerbsalter zusammengefasst, sie machen ein Viertel der der Menschen mit Beeinträchtigungen aus. In dieser Gruppe sind 23% im Alter von 18 bis 44 Jahren, 72% im Alter von 45 bis 64 Jahren und nur 5% im Seniorenalter. Der Männeranteil ist mit 56% höher als der Frauenanteil mit 44%. Personen mit einem GdB unter 50 sind hier stärker vertreten (39%), Personen mit Schwerbehinderung sind seltener vertreten (40%) als unter den Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt. Die Anteile mit mittlerem Schulabschluss (30%) und Hochschulreife (24%) sind vergleichsweise hoch. Überwiegend verfügen sie über einen beruflichen Ausbildungsabschluss, darunter zwei Drittel (65%) über eine Lehrausbildung oder einen Berufsfachschulabschluss und 20% über einen höheren beruflichen Abschluss (Akademiker, Meister, Techniker, Fachschule). Alle in dieser Gruppe sind erwerbstätig, darunter zwei Drittel (65%) mit guter beruflicher Stellung (Angestellte, Selbstständige oder Beamte) und ein Drittel in einer schlechteren Stellung (28% Arbeiterinnen und Arbeiter, 2% in einer sonstigen beruflichen Stellung). 16% von ihnen sind in einer atypischen Beschäftigung. Der Anteil der Alleinlebenden ist hier am niedrigsten. Ein gutes Drittel lebt in einem Familienhaushalt mit Kind(ern). Vom Einkommen her gehören 82% zum Mittelstand, und mit 9% ist ein überdurchschnittlicher Anteil wohlhabend, während das Armutsrisiko mit 8% in dieser Gruppe gering ist.

Gruppe 2: Personen im höheren Erwerbsalter, höherer Behinderungsgrad, mit schlechter beruflicher Ausbildung und hohem Armutsrisiko (26%)

Gruppe 2 umfasst 2,17 Mio. Menschen mit Beeinträchtigungen, sie machen ein weiteres Viertel (26%) der Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt aus. Diese Gruppe ist im Durchschnitt etwas älter als die erste Gruppe. Drei Viertel sind im Erwerbsalter (11% im Alter von 18 bis 44 Jahren, 63% im Alter von 45 bis 64 Jahren) und ein Viertel im Seniorenalter. Der Frauenanteil ist in dieser Gruppe mit 53% etwas höher als der Männeranteil mit 47%. Der Anteil der Personen mit Schwerbehinderung liegt über dem Durchschnitt, der Anteil mit einem GdB unter 50 dagegen unter dem Durchschnitt. Drei Viertel von ihnen haben maximal einen Hauptschulabschluss (darunter 9% ohne Schulabschluss), keiner in dieser Gruppe hat Abitur. Überwiegend (62%) verfügen sie über eine Lehrausbildung, der Anteil ohne beruflichen Abschluss ist mit 35% jedoch sehr hoch. Diese Gruppe ist nicht im allgemeinen Arbeitsmarkt integriert: 6% von ihnen sind arbeitslos und 93% Nichterwerbspersonen. Der Anteil mit mittlerem Einkommen ist in dieser Gruppe mit 44% deutlich niedriger als in den anderen Gruppen, und Einkommensreichtum kommt hier so gut wie nicht vor. Der Anteil der Alleinlebenden liegt im Durchschnitt, ein knappes Viertel von ihnen lebt in einem Familienhaushalt mit Kind(ern). Über die Hälfte verfügt über ein Einkommen unter der Armutsgrenze, die Armutsrisikoquote fällt mit 55% sehr hoch aus.

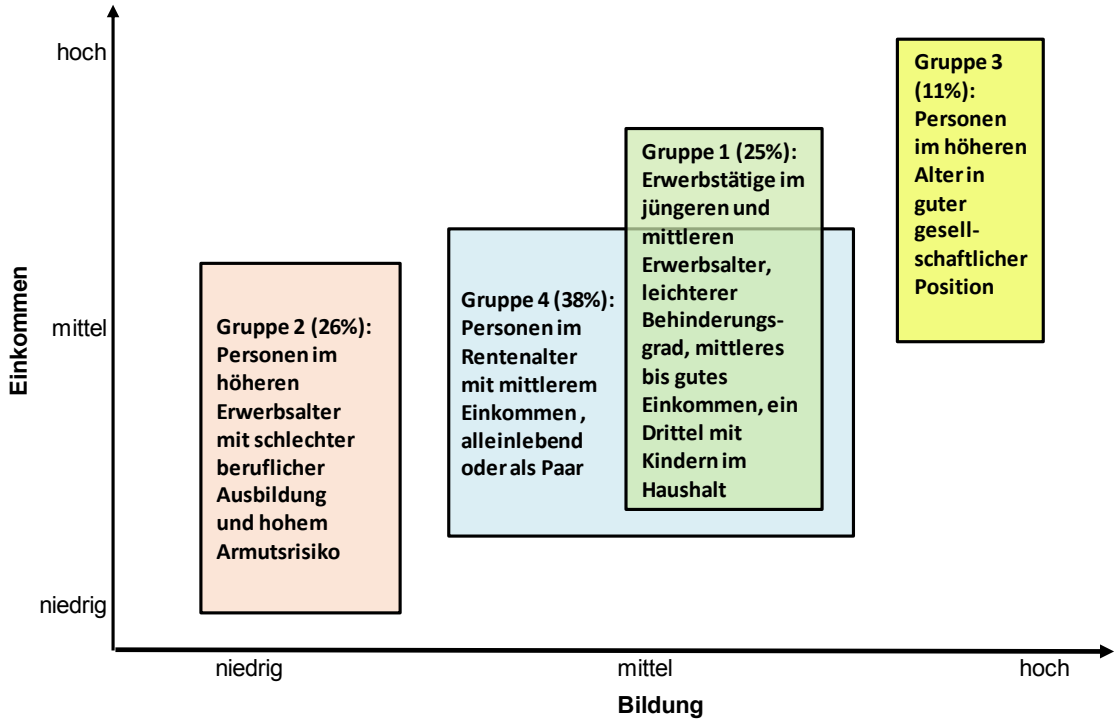
Gruppe 3: Personen im höheren Alter, höherer Behinderungsgrad, mittleres bis hohes Einkommen (11%)

Die dritte Gruppe umfasst rd. 941.000 Personen und damit 11% der Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt. Der Männeranteil ist hoch (60% gegenüber 40% Frauen). 69% von ihnen sind im Alter ab 65 Jahren, 25% im höheren Erwerbsalter von 45 bis 64 Jahren, junge Erwachsene unter 45 Jahren sind hier kaum vertreten (6%). Der Anteil mit Schwerbehinderung liegt mit 58% über dem Durchschnitt, der Anteil mit einem GdB unter 50 ist dagegen unterdurchschnittlich (19%). Fast alle Personen in dieser Gruppe haben einen guten Schulabschluss (93% mit Hochschulreife), und auch der Anteil mit guten beruflichen Abschlüssen ist hoch. Der Anteil ohne beruflichen Abschluss ist hier mit 6% am niedrigsten, und 24% haben eine Lehrausbildung oder einen Berufsfachschulabschluss, während 70% über einen höheren beruflichen Abschluss verfügen, darunter 8% über einen Meister- oder Technikerabschluss und 63% über einen akademischen Abschluss. Bei den 69% im Rentenalter lässt sich vermuten, dass sie im früheren Berufsleben eine gute berufliche Position erreicht haben. Dagegen sind die übrigen 30% in einer „sonstigen beruflichen Stellung“, wozu auch Tätigkeiten in Werkstätten für behinderte Menschen gehören. Für diejenigen mit (früher) guter beruflicher Position ist damit eine mittlere Einkommensposition (67%) verbunden, und mit 19% ist der Anteil der Einkommensreichen in dieser Gruppe recht hoch. Andererseits weisen 14% ein Armutsrisiko auf. Der Anteil der Alleinlebenden liegt im Durchschnitt, ein Fünftel lebt in einem Familienhaushalt mit Kind(ern).

Gruppe 4: Personen im Rentenalter, höherer Behinderungsgrad, mit mittlerem Einkommen (38%)

Zur 4. Gruppe gehören rd. 3,1 Mio. Personen im Rentenalter ab 65 Jahren, dies sind 38% der Menschen mit Beeinträchtigungen. Altersbedingt gehören dieser Gruppe etwas mehr Frauen (53%) als Männer an (47%). Die Anteile mit Schwerbehinderung (58%) und chronischer Krankheit (25%) sind höher als in den anderen Gruppen, der Anteil mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50 ist hier am niedrigsten (16%). In dieser Gruppe überwiegen Hauptschulabschluss (80% der Schulabschlüsse) und Lehrausbildung (64%). Mit 29% ist der Anteil ohne beruflichen Abschluss recht hoch. Akademiker befinden sich nicht in dieser Gruppe. Die meisten in dieser Gruppe leben allein oder in einem Zwei-Personen-Haushalt. diese Personen verfügen über mittlere Einkommen, hier gibt es weder Armut noch Reichtum.

Abbildung 111: Typische Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen nach Bildungsstand und Einkommen



Quelle: Mikrozensus 2013, Berechnung des ISG

IV In eigener Sache: Daten, Methoden und Literatur

1 Erläuterung zu Daten und Methoden

1.1 Indikatorengestützte Berichterstattung

Der Teilhabebericht ist als ein indikatorengestützter Bericht angelegt. Indikatoren sind komprimierte Kennzahlen auf der Basis statistischer Daten, die zum einen Vergleiche im Querschnitt (z.B. Schulformen der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Vergleich der Bundesländer) und zum anderen Entwicklungsanalysen im Längsschnitt ermöglichen (z.B. Entwicklung dieser Schulformanteile im Zeitverlauf). Im Rahmen der Teilhabeberichterstattung ist zu unterscheiden zwischen einem breiteren Kreis von deskriptiven Indikatoren, die über verschiedene Aspekte der Lebenssituation in unterschiedlichen Bereichen informieren, und solchen Indikatoren, die etwas über den Stand der Teilhabe im jeweiligen Bereich aussagen. Während mit deskriptiven Indikatoren die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen in vielfältiger Hinsicht beschrieben werden kann, konzentrieren sich die Indikatoren zur Messung von Teilhabeentwicklungen darauf, welche Unterschiede jeweils zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bestehen. Untersuchungen verschiedener Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen (z.B. mit anerkannter Schwerbehinderung) lassen zudem Aussagen darüber zu, ob bestimmte Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen besonders benachteiligt sind. Wenn zu beobachten ist, dass sich diese Unterschiede im Zeitverlauf verringern, kann dies ggf. (unter Berücksichtigung weiterer Faktoren) als Fortschritt der Ermöglichung von Teilhabe interpretiert werden. Bleibt dieser Unterschied bestehen oder nimmt sogar zu, so deutet dies darauf hin, dass sich die Bedingungen einer gleichberechtigten Teilhabe eher verschlechtert haben.

Die Lebenswirklichkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen kann nicht allein mit Indikatoren abgebildet werden, sondern umfasst auch Aspekte, die sich nicht in Form von Kennzahlen ausdrücken lassen. Deshalb werden darüber hinaus die Datenauswertungen mit weiteren Informationen z.B. aus qualitativen Studien angereichert, die nicht in Form von Indikatoren quantifizierbar sind, aber dennoch wichtige Gesichtspunkte zum Verständnis der Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen enthalten. Dies kann durch Auswertung von Dokumenten, Stellungnahmen oder weiteren Materialien erfolgen.

1.2 Datenquellen und Operationalisierung von Beeinträchtigungen

Die Teilhabeberichterstattung kann nicht auf eine umfassende Datenquelle zurückgreifen, die alle Angaben enthält, mit denen alle hier interessierenden Fragen beantwortet werden könnten. Vielmehr sind unterschiedliche Datenquellen daraufhin zu prüfen, welche Informationen sie jeweils mit welcher Datenqualität enthalten. So können für unterschiedliche Fragestellungen jeweils andere Datenquellen hinzugezogen werden.

Datengrundlagen

Zu den Datengrundlagen der Berichterstattung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen gehören zum einen Daten der *Amtlichen Statistik,* insbesondere:

- Statistisches Bundesamt: Schwerbehindertenstatistik, Sozialhilfestatistik (insbesondere Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach Kapitel 4 und Eingliederungshilfe nach Kapitel 6 SGB XII), Kinder- und Jugendhilfestatistik (insbesondere zu § 35a SGB VIII), Pflegestatistik, Schulstatistik und Ausbildungsstatistik
- Bundesagentur für Arbeit: Beschäftigten- und Arbeitslosenstatistik, Grundsicherungsstatistik nach SGB II
- Statistik der Kulturministerkonferenz (KMK-Statistik) zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen und zu den allgemeinbildenden Schulen in Ganztagsform.

Weiterhin stehen folgende *Mikrodatensätze* zur Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen zur Verfügung:

- Der Mikrozensus wird jährlich von den Statistischen Ämtern der Länder erhoben und enthält Informationen zu verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Bildung, Beruf, Einkommen, Wohnsituation, Gesundheit). Die Stichprobe umfasst rd. 700.000 deutschsprachige Personen in Privathaushalten, die anhand eines zufallsgenerierten Verfahrens zur verpflichtenden Studienteilnahme ausgewählt werden. Die Befragung erfolgt entweder im persönlichen Gespräch oder anhand eines schriftlichen Fragebogens.
- Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) wird jährlich vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung Berlin in Kooperation mit Infratest Sozialforschung erhoben und enthält Angaben zu verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Bildung, Beruf, Einkommen, Wohnsituation, Gesundheit). Die Stichprobe umfasst rd. 21.000 Befragungspersonen (bis 2013) bzw. 27.500 Befragungspersonen (im Jahr 2014) in Privathaushalten, die anhand eines Zufallsverfahrens zur freiwilligen Studienteilnahme ausgewählt werden. Die Befragung erfolgt entweder im persönlichen Gespräch oder anhand eines schriftlichen Fragebogens, der neben Deutsch auch in Englisch, Italienisch, Griechisch, Türkisch, Spanisch und Serbo-Kroatisch verfügbar ist.
- Die Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA) wird vom Robert-Koch-Institut durchgeführt und enthält detaillierte Angaben zum Gesundheitszustand, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems. Die Stichprobe der GEDA-Welle 2012 umfasst rd. 19.300 deutschsprachige Personen in Privathaushalten, die anhand einer zufallsgenerierten Telefonstichprobe zur freiwilligen Teilnahme ausgewählt wurden. Die Befragung erfolgt anhand von telefonischen Interviews.

- Der „Kinder- und Jugendgesundheitssurvey“ (KiGGS) wird vom Robert Koch-Institut durchgeführt und enthält detaillierte Informationen zum Gesundheitszustand, zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesen sowie zu sozialen Beziehungen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Die Einladung zur freiwilligen Studienteilnahme erfolgt anhand eines zufallsbasierten Auswahlverfahrens. Die Befragung findet im Rahmen von telefonischen und schriftlichen Interviews mit den Kindern und Jugendlichen sowie mit ihren Eltern statt. Ergänzend werden ärztliche Untersuchungen durchgeführt. Die Stichprobe der Basiserhebung (2003 bis 2006) umfasst rd. 17.600 Personen. In der Nachfolgeerhebung mit rd. 12.400 Kindern und Jugendlichen im Alter bis 24 Jahren (2009 bis 2012) wurden keine Angaben zu Beeinträchtigungen erhoben, so dass diese Daten für den Teilhabebericht nicht nutzbar sind.

Bei der Interpretation von Forschungsergebnissen, die auf den genannten Befragungen beruhen, ist zu bedenken, dass bestimmte Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen aus verschiedenen Gründen nicht oder nicht hinreichend in der jeweiligen Stichprobe repräsentiert sind. So werden in diesen Befragungen lediglich Menschen eingeschlossen, die in Privathaushalten leben. Bewohnerinnen und Bewohner mit Beeinträchtigungen von stationären Einrichtungen sind damit nicht in den Stichproben enthalten bzw. nur, wenn sie nach Studienbeginn aus einem Privathaushalt in eine stationäre Einrichtung umziehen. Zudem werden auch sogenannte „schwer befragbare Gruppen“, die aufgrund geistiger oder kommunikativer Beeinträchtigungen nicht anhand eines vorstrukturierten Fragebogens befragt werden können, in diesen Studien nicht berücksichtigt. Analysen auf der Grundlage dieser Datenquellen repräsentieren damit nur einen Ausschnitt der Menschen mit Beeinträchtigungen. Dies führt dazu, dass die Ergebnisse dieses Berichts nicht immer ein vollständiges Bild widerspiegeln, da die genannten Mikrodatensätze die am stärksten beeinträchtigten Personen aufgrund der genannten Besonderheiten im Erhebungsverfahren nicht oder zumindest nicht in ausreichendem Maße einbeziehen (zu den Möglichkeiten und Grenzen dieser Datenquellen vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 40 f.).

Sofern Werte in Zeitreihen auf Bevölkerungsdaten bezogen werden, ist zu berücksichtigen, dass die Daten zum Bevölkerungsstand auf Basis des Zensus 2011 revidiert wurden. So basieren die Ergebnisse der Mikrozensus-Auswertungen für die Jahre 2005 und 2009 auf der herkömmlichen Bevölkerungsfortschreibung, während die Daten des Mikrozensus 2013 auf revidierter Bevölkerungsgrundlage hochgerechnet wurden.

Bei der Interpretation von Ausgabenentwicklungen im Zeitverlauf ist die Preisentwicklung zu berücksichtigen. Da keine spezifischen Preisindizes für Dienstleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen vorliegen, sei an dieser Stelle auf die allgemeine Entwicklung der Verbraucherpreise hingewiesen. Dieser Preisindex ist im Zeitraum von 2008 bis 2014 um 8,0% bzw. im Zeitraum von 2010 bis 2014 um 5,7% gestiegen.

Die folgende Tabelle beschreibt die wichtigsten Datenquellen im Überblick.

Tabelle 138 Datenquellen im Überblick

Datenquelle	Inhalt	Stichprobe	Stand bei Berichtslegung
Mikrodatensätze			
Mikrozensus	Bevölkerung, darunter anerkannte Behinderung und chronische Krankheit	rd. 700.000 Personen in Privathaushalten, darunter rd. 86.240 mit Beeinträchtigungen, insgesamt 10% mit anerkannter Behinderung und 3% mit chronischer Krankheit	mit Erhebungsmerkmal Behinderung/ chron. Krankheit: 2013
SOEP	Bevölkerung, darunter anerkannte Behinderung und chronische Krankheit	rd. 27.500 Personen in Privathaushalten, darunter rd. 5.700 mit Beeinträchtigungen, insgesamt rd. 12% mit anerkannter Behinderung und 9% mit chronischer Krankheit und Teilhabeeinschränkungen	mit Erhebungsmerkmal Behinderung/ chron. Krankheit: 2014, z.T.2012/2013
GEDA	Gesundheitsbezogene Daten zur volljährigen Bevölkerung	rd. 19.300 Erwachsene in Privathaushalten mit telefonischem Festnetzanschluss, darunter rd. 5.500 mit Beeinträchtigungen, insgesamt je rd. 14% mit anerkannter Behinderung sowie chronischer Erkrankung mit Teilhabeeinschränkungen	2012
KiGGS	Gesundheitsbezogene Daten zu Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren	rd. 17.640 Kinder und Jugendliche in Privathaushalten, darunter 1.730 mit Beeinträchtigungen, insgesamt rd. 2% mit anerkannter Behinderung und 8% mit chronischer Krankheit und Teilhabeeinschränkungen	2003 – 2006
Amtliche Statistik			
Statistik schwerbehinderter Menschen	Menschen mit Grad der Behinderung ab 50 und gültigem Ausweis	Vollerhebung	2013
Kinder- und Jugendhilfestatistik	Kinder in Tageseinrichtungen und Tagesbetreuung, darunter mit heilpädagogischem Förderbedarf	Vollerhebung	2014
Schulstatistik	Schülerinnen und Schüler, darunter auch solche mit sonderpädagogischem Förderbedarf	Vollerhebung	Schuljahr 2014 / 2015
Arbeitsmarktstatistik	Beschäftigung und Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen	Vollerhebung	teilweise 2010, teilweise 2015
Sozialhilfestatistik	Beziehende von Eingliederungshilfe	Vollerhebung	2014
Pflegestatistik	Menschen mit Pflegebedarf nach SGB XI	Vollerhebung	2013
Statistik der Rentenversicherung	Bezieherinnen und Bezieher von Renten	Vollerhebung	2015

Zukünftig ist eine weitere Datengrundlage in Form des geplanten Teilhabesurveys vorgesehen, der differenzierte Auswertungen zur Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen sowohl in Privathaushalten als auch in Einrichtungen erlauben wird.

Das Vorliegen von Beeinträchtigungen wird in den verschiedenen Befragungen anhand unterschiedlicher Informationen erfasst. Im Mikrozensus sind dies Angaben zum Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung und einer länger andauernden Krankheit bzw. Unfallverletzung. Im SOEP können Angaben zum Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung bzw. Erwerbsminderung und länger andauernden Krankheiten und Beschwerden in Kombination mit Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten einbezogen werden. In der GEDA-Studie sind dies ebenfalls Informationen zum Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung und krankheitsbedingten Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten, die seit mindestens einem halben Jahr bestehen. In der KiGGS-Studie können Informationen zum Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung, dem Vorliegen von emotionalen, Entwicklungs- oder Verhaltensproblemen sowie zu besonderem medizinischem, therapeutischem oder psychosozialem Unterstützungsbedarf genutzt werden. Für die im Folgenden dargestellten Ergebnisse bedeutet dies, dass die Menschen mit Beeinträchtigungen jedoch nach verwendeter Datenquelle Personen mit unterschiedlichen Merkmalen repräsentieren.

Operationalisierung von „Beeinträchtigung“

In den verschiedenen Datensätzen gibt es kein einheitliches Konzept zur Beschreibung von Beeinträchtigungen. An dieser Stelle wird erläutert, in welcher Weise Beeinträchtigungen in den Datensätzen Mikrozensus, SOEP, GEDA und KiGGS für diesen Bericht operationalisiert wurden.

Mikrozensus

Zur Definition von Beeinträchtigungen wurden im Mikrozensus folgende Informationen herangezogen:

(1) Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung

a) „Ist für Sie Behinderung durch amtlichen Bescheid festgestellt worden?“

- durch Bescheid des Versorgungsamtes/amtlichen Schwer(Kriegs-) beschädigten-, Schwerbehinderten-Ausweis
- durch sonstigen amtlichen Bescheid (z.B. Rentenbescheid, Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung)
- sowohl durch Bescheid/Ausweis des Versorgungsamtes usw. als auch durch sonstigen amtlichen Bescheid

b) „Wie hoch ist der amtlich festgestellte Grad der Behinderung?“

(2) Vorliegen einer länger andauernden Krankheit oder Unfallverletzung

- „Waren Sie in den letzten vier Wochen krank?“ – „Wie lange dauert Ihre Krankheit oder Ihre Unfallverletzung an?“ (verwendete Ausprägungen für die Definition von Beeinträchtigungen: über 6 Wochen bis 1 Jahr, über 1 Jahr).

Das Vorliegen von Beeinträchtigungen wurde so operationalisiert, dass entweder eine amtlich anerkannte Behinderung oder eine länger andauernde Krankheit oder Unfallverletzung (d.h. länger als 6 Wochen) gegeben sein muss. Im Mikrozensus werden alle vier Jahre (zuletzt 2005, 2009 und 2013) Angaben zu Behinderung und chronischer Krankheit erfasst. Zu diesen Zeitpunkten kann das oben erläuterte Konzept von Beeinträchtigungen umgesetzt werden.

SOEP

Zur Definition von Beeinträchtigungen wurden im SOEP folgende Informationen herangezogen:

(1) Vorliegen einer amtlich festgestellten Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung

a) „Sind Sie nach amtlicher Feststellung erwerbsgemindert oder schwerbehindert?“

b) „Bitte geben Sie den Grad der Behinderung bzw. den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit an.“

(2) Vorliegen von länger andauernden Krankheiten oder Beschwerden in Kombination mit mindestens einer starken Beeinträchtigung bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten

a) „Leiden Sie seit mindestens einem Jahr oder chronisch an bestimmten Beschwerden oder Krankheiten?

b1) „Wenn Sie Treppen steigen müssen, also mehrere Stockwerke zu Fuß hochgehen: Beeinträchtigt Sie dabei Ihr Gesundheitszustand stark, ein wenig oder gar nicht?“ (verwendete Ausprägung zur Definition von Beeinträchtigungen: „stark“)

b2) „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? (verwendete Ausprägung zur Definition von Beeinträchtigung: „stark“)

b3) „Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen: Wie oft kam es vor...,

- dass Sie wegen gesundheitlicher Probleme körperlicher Art in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen … in der Art Ihrer Tätigkeit eingeschränkt waren?
- 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? (verwendete Ausprägungen zur Definition von Beeinträchtigungen: „immer“ und „oft“

Ab dem Jahr 2012 wurde zusätzlich die folgende Frage einbezogen:

b4) „Fühlen Sie sich durch das gesundheitliche Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Wenn ja: schon länger als halbes Jahr?“

Von Beeinträchtigungen wird in diesem Rahmen gesprochen, wenn entweder eine amtlich anerkannte Behinderung oder länger andauernde Krankheiten bzw. chronische Beschwerden vorliegen und zusätzlich mindestens eine starke Beeinträchtigung bei der Ausübung von alltäglichen Aktivitäten gegeben ist. Im SOEP werden alle zwei Jahre (zuletzt 2010, 2012 und 2014) Angaben zu Behinderung und chronischen Krankheiten bzw. Beschwerden erfasst. Zu diesen Zeitpunkten kann das oben erläuterte Konzept von Beeinträchtigungen umgesetzt werden.

GEDA

Zur Messung von Beeinträchtigungen in GEDA wurden folgende Informationen herangezogen:

(1) Vorliegen einer amtlich festgestellten Schwerbehinderung
   a) „Besteht bei Ihnen eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?“
   b) „Welcher Grad der Behinderung ist anerkannt?“
(2) Vorliegen von länger andauernden Beeinträchtigungen bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten
   „In welchem Ausmaß sind Sie durch Krankheit in der Ausübung Ihrer alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft, d.h. mindestens seit einem halben Jahr eingeschränkt?“ (verwendete Ausprägung: zur Definition von Beeinträchtigungen: „erheblich eingeschränkt“)

Von Beeinträchtigungen wird hier gesprochen, wenn entweder eine amtlich festgestellte Schwerbehinderung oder eine erhebliche, dauerhafte Einschränkung bei der Ausübung von alltäglichen Aktivitäten aufgrund von Krankheit vorliegt. Diese Angaben werden in jeder Befragungswelle von GEDA erhoben (zuletzt 2010, 2012 und 2014). Zu diesen Zeitpunkten kann das oben erläuterte Konzept von Beeinträchtigungen umgesetzt werden.

KiGGS

Zur Messung von Beeinträchtigungen in KiGGS wurden folgende Informationen herangezogen:

(1) Vorliegen einer amtlich festgestellten Schwerbehinderung
   a) „Hat Ihr Kind eine amtlich anerkannte Behinderung?“
(2) Vorliegen von Unterstützungsbedarf, einer Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit bei Aktivitäten und bei der Teilhabe:
   a) „Braucht Ihr Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist?“
   b) „Braucht oder bekommt Ihr Kind eine spezielle Therapie, wie, z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie?“
   c) „Hat Ihr Kind emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekommt?“
   d) „Ist Ihr Kind in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt oder daran gehindert, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können?“

Von Beeinträchtigungen wird in diesem Zusammenhang gesprochen, wenn entweder eine amtlich festgestellte Schwerbehinderung vorliegt, wenn die unter a), b) und c) genannten Therapien aufgrund eines gesundheitlichen Problems seit mehr als zwölf Monaten erforderlich sind oder wenn die unter d) genannten Einschränkungen aufgrund eines gesundheitlichen Problems seit mehr als zwölf Monaten bestehen. In diesem Bericht werden die Angaben der Basiserhebung von KiGGS (2003-2006) verwendet, da in der Folgeerhebung das Merkmal Behinderung nicht erfasst wurde.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Messung von Beeinträchtigungen je nach verwendeter Datengrundlage anhand unterschiedlicher Informationen erfolgt. Im Mikrozensus sind dies Angaben zum Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung und einer länger andauernden Krankheit bzw. Unfallverletzung. Im SOEP können Angaben zum Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung bzw. Erwerbsminderung und länger andauernden Krankheiten und Beschwerden in Kombination mit Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten ein-

bezogen werden. In der GEDA-Studie sind dies ebenfalls Informationen zum Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung und krankheitsbedingten Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten, die seit mindestens einem halben Jahr bestehen. In der KiGGS-Studie können Informationen zum Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung, dem Vorliegen von emotionalen, Entwicklungs- oder Verhaltensproblemen sowie zu besonderem medizinischem, therapeutischem oder psychosozialem Unterstützungsbedarf genutzt werden. Für die im Folgenden dargestellten Ergebnisse bedeutet dies, dass die Menschen mit Beeinträchtigungen jedoch nach verwendeter Datenquelle Personen mit unterschiedlichen Merkmalen repräsentieren.

Weitere methodische Erläuterungen

Repräsentativität und Gewichtung

In amtlichen Statistiken, die auf einer Vollerhebung oder auf Registerdaten beruhen, wird die Gesamtheit der Personen mit bestimmten Merkmalen bzw. in bestimmten Lebenslagen verhältnismäßig zuverlässig abgebildet. Bei Datensätzen, die auf der Befragung einer Stichprobe beruhen, stellt sich hingegen die Frage, wie gut diese Stichprobe die Gesamtbevölkerung abbildet. Die Struktur einer Stichprobe wird durch Gewichtungsfaktoren an die Grundgesamtheit angepasst, damit die Ergebnisse insgesamt repräsentativ für die Gesamtbevölkerung werden. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beruhen auf gewichteten Berechnungen. Bei der Verwendung von Gewichtungsfaktoren ist zu prüfen, ob auch für einzelne Teilgruppen der Stichprobe durch die Gewichtung eine Anpassung an die Struktur dieser Teilgruppe in der Gesamtbevölkerung gelingt. Im Mikrozensus wird diese Frage so gelöst, dass für die Teilgruppe der Menschen mit anerkannter Behinderung ein spezifischer Gewichtungsfaktor entwickelt wurde, mit dem eine Anpassung vorgenommen wird. Im SOEP und den anderen verwendeten Datenquellen wird eine solche unterschiedliche Gewichtung nicht vorgenommen. Trotz der Verwendung von Gewichtungsfaktoren bei fein gegliederten Auswertungen zu Teilgruppen kann das Problem entstehen, dass die Fallzahlen in einzelnen Kategorien zu klein werden, um belastbare Aussagen zu machen. Ergebnisse, die auf zu geringen Fallzahlen (unter 300) basieren, werden im Folgenden nicht ausgewiesen.

Signifikanz

Unterschiede werden als „signifikant“ bezeichnet, wenn es höchst unwahrscheinlich ist, dass sie auf Zufall beruhen. Im Folgenden werden nur statistisch signifikante Ergebnisse (5% Signifikanzniveau) interpretiert. Die Stichproben-Auswertungen im vorliegenden Bericht wurden anhand geeigneter statistischer Testverfahren ungewichtet, d.h. auf der Grundlage der tatsächlichen Fallzahlen und nicht anhand der mit den jeweiligen Gewichtungsfaktoren hochgerechneten Fallzahlen, auf Signifikanz hin überprüft. In den Fällen, in denen *keine* signifikanten Unterschiede vorliegen, wird dies angemerkt.

2 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 München, Lehrstuhl Diversitätssoziologie
Dr. Heinz Willi Bach	Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, Mannheim und Schwerin (a.D.), Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e.V. (2. Vorsitzender)
Prof. Dr. Iris Beck	Universität Hamburg, Lehrstuhl für Allgemeine Behindertenpädagogik und Soziologie der Behinderung
Prof. Dr. Martina Brandt	Technische Universität Dortmund, Lehrstuhl für Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften
Prof. Dr. Hans Förstl	Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Prof. Dr. Swantje Köbsell	Alice Salomon Hochschule University for Applied Sciences
Prof. Dr. Eibe Riedel	Visiting Professor, Geneva Academy of International Humanitarian Law and Human Rights.; Prof.(em.), Universität Mannheim.
Dr. Volker Sieger	VdK-Institut für barrierefreie Gestaltung und Mobilität
Prof. Dr. Gudrun Wansing	Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Fachgebiet Behinderung und Inklusion

Die Kommentare des Wissenschaftlichen Beirats zu den einzelnen Berichtskapiteln wurden jeweils von unterschiedlichen Beiratsmitgliedern verfasst und im gesamten Beirat diskutiert. Sie geben die Position des Beirats wieder.

3 Glossar

Armutsgefährdung Von einem armutsgefährdeten Haushalt wird gesprochen, wenn das bedarfsgewichtete Nettoeinkommen weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens (Median) in der Gesellschaft beträgt.

Persönliche Assistenz Persönliche Assistenz bezeichnet jede Art von persönlich erbrachter Hilfe, die Menschen mit Beeinträchtigungen ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft ermöglichen soll. Persönliche Assistenz kann sowohl pflegerische Tätigkeiten als auch Unterstützung bei der Haushaltsführung oder der Ausübung von Freizeitaktivitäten umfassen.

Ausbildungsberufe für Menschen mit Behinderung Menschen mit Behinderungen sollen in anerkannten Ausbildungsberufen ausgebildet werden. Dabei sollen die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt werden; dies gilt insbesondere für die zeitliche und sachliche Gliederung der Ausbildung. In den Fällen, in denen wegen Art und Schwere der Behinderung eine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf nicht in Betracht kommt, treffen die zuständigen Stellen auf Antrag individuelle Ausbildungsregelungen (vgl. § 66 BBiG, § 42 m HwO).

Barriere Barrieren sind Faktoren in der Umwelt einer Person, die die alltägliche Lebensführung und die gesellschaftliche Teilhabe einschränken. Beispiele sind bauliche Barrieren, mangelnde unterstützende Technologien oder negative Einstellungen gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen.

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, der →**ICF** und dem Behinderungsverständnis der →**UN-BRK** entsprechend von Behinderung gesprochen.

Bundesteilhabegesetz Das Bundesteilhabegesetz ist ein Gesetz zur Stärkung der →**Teilhabe** und Selbstbestimmung von behinderten Menschen. Es soll die nationale Behindertenpolitik unter Berücksichtigung der → **UN-BRK** reformieren.

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist eine Sozialleistung nach dem **SGB XII**. Ziel der Eingliederungshilfe ist, eine drohende → **Behinderung** zu verhüten, eine vorhandene Behinderung und ihre Folgen zu beseitigen oder mildern und die betroffenen Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.

Erwerbslosenquote Die Erwerbslosenquote beschreibt den Anteil der Erwerbslosen an allen Personen des gleichen Alters, die entweder erwerbstätig oder erwerbslos sind.

Erwerbstätigenquote Als Erwerbstätigenquote bezeichnet man den Anteil der Erwerbstätigen einer Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung im selben Alter.

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.

Förderquote Die Förderquote bezeichnet den Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht. Je nach Bundesland umfasst diese die Klassenstufen 1-9 bzw. 1-10 der allgemeinbildenden Schulen.

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“.

Funktionsfähigkeit Funktionsfähigkeit wird in der →**ICF** als das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen einem Gesundheitsproblem und Kontextfaktoren aufgefasst.

Grad der Behinderung Der Grad der Behinderung bemisst die Schwere von Beeinträchtigungen 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 Funktionsfähigkeit und Behinderungen, die mit einem Gesundheitsproblem verbunden sind.

Inklusion Inklusion bezeichnet den Grad der Einbeziehung von Menschen mit Beeinträchtigungen in verschiedene Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Durch den Abbau von →**Barrieren** soll die Teilhabe aller Menschen, mit oder ohne Behinderung, an der Gesellschaft ermöglicht werden. Dies ist in der →**UN-BRK** festgehalten.

Lebenslage Mit dem Begriff Lebenslage wird die Gesamtheit der Ressourcen und Beschränkungen bezeichnet, die eine Person bei der Verwirklichung eigener Lebensvorstellungen beeinflussen.

Leichte Sprache Leichte Sprache ist eine Ausdrucksweise des Deutschen, die auf eine leichte Verständlichkeit abzielt. Leichte Sprache unterliegt verschiedenen Regeln und umfasst z.B. die Verwendung kurzer Sätze und die Vermeidung von Fachwörtern.

Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung

Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der →**UN-BRK** dokumentiert die Maßnahmen, mit denen die Bundesregierung jetzt und zukünftig die Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft verfolgt.

Sonderpädagogischer Förderbedarf

Ein sonderpädagogischer Förderbedarf liegt nach KMK Empfehlung zur sonderpädagogischen Förderung bei Kindern und Jugendlichen vor, „die in ihren Bildung-, Entwicklungs- und Lernmöglichkeiten so beeinträchtigt sind, dass sie im Unterricht der allgemeinen Schule ohne sonderpädagogischer Unterstützung nicht hinreichend gefördert werden können."

Schwerbehinderung

Eine Schwerbehinderung liegt vor, wenn nach § 2 SGB IX der Grad der Behinderung bei mindestens 50 Prozent liegt.

Teilhabe

Mit Teilhabe (auch Partizipation) wird laut →**ICF** die „Einbezogenheit in eine Lebenssituation" bezeichnet. Die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen kann durch einstellungs- oder umweltbedingte Barrieren erschwert oder verhindert werden.

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 Behinderung 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.

4 Abkürzungsverzeichnis

ADV	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Versehrtensport
AR	Anschlussrehabilitation
ALG I	Arbeitslosengeld I nach SGB III
ALG II	Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II (sog. „Hartz IV“-Leistungen)
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAG ÖPNV	Bundesarbeitsgemeinschaft der ÖPNV-Aufgabenträger
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation
BB	Brandenburg
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BE	Berlin
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BFD	Bundesfreiwilligendienst
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBl	Bundesgesetzblatt
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
bhz	Behindertenzentrum
BiBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BtBG	Betreuungsbehördengesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
BW	Baden-Württemberg
BWF	Betreutes Wohnen in Familien
BWG	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BWO	Bundeswahlordnung
BY	Bayern
C.R.O.S	Contralateral Routing of Signals oder auch Leitung des Schallsignals von einer Kopfseite zur anderen
COPD	Chronische obstruktive Lungenerkrankung
CRPD	UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung
DAZUBI	„Datensystem Auszubildende“ des Bundesinstituts für Berufsbildung
DB	Deutsche Bahn
DBR	Deutscher Behindertenrat
DBS	Deutscher Behindertensportverband
DBSV	Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

DIE	Deutsches Institut für Erwachsenenbildung – Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen e.V.
DIHK	Deutscher Industrie- und Handelskammertag
DIMR	Deutsches Institut für Menschenrechte
DLT	Deutscher Landkreistag
DMP	Disease Management Programme oder Behandlungsprogramm für Menschen mit chronischen Erkrankungen
DMP-RL	Disease Management Programme Richtlinien
DOSB	Der Deutsche Olympische Sportbund
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSW	Deutsches Studentenwerk
DVBS	Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf
DZHW	Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung
DZT	Deutsche Zentrale für Tourismus e.V.
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FÖJ	„Freiwilliges ökologisches Jahr“ als Jugendfreiwilligendienst
FrühV	Frühförderungsverordnung
FSJ	„Freiwilliges soziales Jahr“ als Jugendfreiwilligendienst
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GdB	Grad der Behinderung
GEB	Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V. Deutschland
GEDA	Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HB	Bremen
HdO-Geräte	Hinter-dem-Ohr-Geräte
HE	Hessen
HFEG	Freiheitsentziehungsgesetz (Hessen)
HH	Hamburg
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
HwO	Handwerksordnung
IA	Integrationsämter
IC	Intercity der Deutschen Bahn
ICE	Intercity-Express der Deutschen Bahn
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IFF	Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
ILO	Internationale Arbeitsorganisation

IO-Geräte	Hörgeräte, welche im Ohr angebracht werden
IS-CED	International Standard Classification of Education
ITB	Internationale Tourismus-Börse
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KHV	Kommunikationshilfenverordnung
KiGGS	Studie „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“
KMK	Kultusministerkonferenz
Medi-BuS	Mediengemeinschaft für blinde und sehbehinderte Menschen
Merkzeichen AG	Außergewöhnliche Gehbehinderung
Merkzeichen Bl	Blindheit
Merkzeichen G	Gehbehindert
Merkzeichen Gl	Gehörlosigkeit
Merkzeichen H	Hilflosigkeit
MSZ	Mobilitätsservice-Zentrale
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NABau	DIN-Normenausschuss Bauwesen
NAP	Nationaler Aktionsplan
NI	Niedersachsen
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PBefG	Personenbeförderungsgesetz
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PsychKHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (Baden-Württemberg)
RF	Rundfunkbeitrag
SH	Schleswig-Holstein
SGB	Sozialgesetzbuch
SN	Sachsen
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPZ	Sozialpädiatrische Zentren
ST	Sachsen-Anhalt
StGB	Strafgesetzbuch
TH	Thüringen
UBG oder UnterbrG	Unterbringungsgesetz
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
VdEK	Verband der Ersatzkassen
VdK	Ursprünglich: Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e. V. Heute nur noch Sozialverband VdK Deutschland e. V.
VDV	Verband Deutscher Verkehrsunternehmen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZDH	Zentralverband des Deutschen Handwerks

5 Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1 Bio-psycho-soziales Modell der ICF 15

Abbildung 2 Beeinträchtigungen, Behinderungen und anerkannte Behinderung 17

Abbildung 3: Menschen mit Beeinträchtigungen nach Alter – Anzahl in 1.000 43

Abbildung 4: Menschen mit Beeinträchtigungen – Anteile an der gleichaltrigen Bevölkerung (in %) 44

Abbildung 5 Soziale Kreise 56

Abbildung 6: Haushaltsformen 60

Abbildung 7 Haushaltsformen im Lebensverlauf 62

Abbildung 8: Hohe Bedeutung einer Ehe oder festen Partnerschaft 64

Abbildung 9: Anteil der Menschen, die in einer Partnerschaft leben, an allen, die sich dies wünschen 65

Abbildung 10: 25- bis 59-Jährige mit Kinderwunsch 66

Abbildung 11 Haushalte mit minderjährigen Kindern nach Alter 67

Abbildung 12: Zufriedenheit mit dem Familienleben (Mittelwerte) 68

Abbildung 13: Unterstützung durch das soziale Umfeld 74

Abbildung 14: Kinder und Jugendliche, die mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin haben, nach Alter 76

Abbildung 15: Häufigkeit gegenseitiger Besuche 77

Abbildung 16: Gefühl fehlender Gesellschaft 79

Abbildung 17 Bildungsorte 95

Abbildung 18: Anteil der Nichtschulkinder von 3 bis unter 8 Jahren, die Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen erhalten, an allen gleichaltrigen Nichtschulkindern in Kindertageseinrichtungen, nach Bundesländern 102

Abbildung 19: Kinder von 3 bis unter 8 Jahren, die noch keine Schule besuchen, mit Bezug von Eingliederungshilfe nach Einrichtungsart* 103

Abbildung 20: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung (Anzahl in Tausend) und Förderquote (Anteil an allen Schüler/innen in %) 107

Abbildung 21: Förderquoten nach Bundesländern, Schuljahr 2014/15 108

Abbildung 22: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in Förderschulen und Regelschulen, 2005 bis 2014 109

Abbildung 23: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in Förderschulen und Regelschulen nach Ländern, Schuljahr 2014/2015 110

Abbildung 24: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in Förderschulen und Regelschulen nach Förderschwerpunkt, Schuljahr 2014/15 111

Abbildung 25: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung nach Schulform, Schuljahr 2014/15 111

Abbildung 26: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an weiterführenden Schulen nach Schulform, Schuljahr 2014/2015 112

Abbildung 27: Schülerinnen und Schüler an Förderschulen und Förderquote 114

Abbildung 28: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die seit dem Schuleintritt mindestens eine Klasse wiederholt haben, nach Alter 116
Abbildung 29: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in regulären Ausbildungsberufen und in Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderung nach Zuständigkeitsbereichen (2014) 122
Abbildung 30: Studierende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Grad der Studienerschwernis 125
Abbildung 31: Höchster Schulabschluss von Menschen im Alter von 20 bis 64 Jahren ... 131
Abbildung 32: (Fach-) Hochschulreife der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren 132
Abbildung 33: Hauptschulabschluss der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren nach Teilgruppen der Beeinträchtigung 134
Abbildung 34 Höchster beruflicher Abschluss der 30- bis 64-Jährigen 137
Abbildung 35 Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren ohne beruflichen Abschluss .. 139
Abbildung 36: Teilnahme von Erwerbstätigen an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung in den letzten 12 Monaten 142
Abbildung 37: Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter 168
Abbildung 38: Erwerbsbeteiligung der 18- bis 64-Jährigen 169
Abbildung 39: Erwerbsbeteiligung der 18- bis 64-Jährigen nach Teilgruppen der Beeinträchtigung (Anteile in %) 170
Abbildung 40: Nichterwerbspersonen im Alter von 18 bis 64 Jahren mit eigener Rente .. 172
Abbildung 41: Erwerbstätigenquoten der 18- bis 64-Jährigen nach Alter 173
Abbildung 42: Gemeldete beschäftigte Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und Gleichgestellte 176
Abbildung 43: Ist-Quote der mit Menschen mit Schwerbehinderung besetzten Pflichtarbeitsplätze 177
Abbildung 44: Arbeitsumfang von Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren* 178
Abbildung 45: Stellung im Beruf von Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren 180
Abbildung 46: Zufriedenheit von Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren mit ihrer Arbeit (Mittelwerte) 182
Abbildung 47: Erwerbstätige im Alter von 25 bis 64 Jahren in einem atypischen Beschäftigungsverhältnis 184
Abbildung 48: Erwerbstätige in der IKT-Branche nach Geschlecht und Schulabschluss . 186
Abbildung 49: Arbeitslose mit anerkannter Schwerbehinderung 189
Abbildung 50: Arbeitslosenquote 190
Abbildung 51: Dauer der abgeschlossenen Arbeitslosigkeit in Wochen 192
Abbildung 52: Einschätzung der 18- bis 64-Jährigen Arbeitsuchenden zur Möglichkeit, eine geeignete Stelle zu finden 192
Abbildung 53: Beschäftigte mit Schwerbehinderung in Integrationsprojekten 197
Abbildung 54: Beschäftigte in den Arbeitsbereichen der WfbM 199
Abbildung 55 Beschäftigte in WfbM nach Alter* 199
Abbildung 56: Bestreitung des persönlichen Lebensunterhalts überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen nach Geschlecht und Alter 202

Abbildung 57: Durchschnittliches Nettoeinkommen pro Person nach Haushaltstyp (äquivalenzgewichtet, in EURO pro Monat) ... 204
Abbildung 58: Menschen, deren Haushalt in der Regel im Monat kein Geld zurücklegen kann, nach Alter ... 212
Abbildung 59: Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen ... 215
Abbildung 60: Personen, die sich große Sorgen um ihre wirtschaftliche Lage machen ... 216
Abbildung 61: Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben im ambulant betreuten und stationären Wohnen nach § 53 SGB XII ... 261
Abbildung 62: Form des unterstützten Wohnens nach Art der Beeinträchtigung ... 262
Abbildung 63: Anteil der Leistungsberechtigten, die ambulant betreut wohnen, an allen Leistungsberechtigten im Bereich des Wohnens ... 264
Abbildung 64: Erfahrungen der Fremdbestimmung ... 275
Abbildung 65: Erfahrungen der Fremdbestimmung nach Alter ... 276
Abbildung 66: Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI (in Mrd. Euro) ... 290
Abbildung 67: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Hilfsmittel in Mrd. Euro ... 296
Abbildung 68: Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI (in Mrd. Euro) 297
Abbildung 69: Ausgaben für Hilfsmittel im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII (in Mio. Euro) ... 297
Abbildung 70: Subjektive Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands ... 311
Abbildung 71: Kinder und Jugendliche mit mittlerem oder schlechtem Gesundheitszustand nach Alter ... 313
Abbildung 72: Anzahl der Tage mit krankheitsbedingten Einschränkungen in den letzten zwölf Monaten ... 314
Abbildung 73: Menschen, die sich keinen Tag bei ihrem Arbeitgeber krankgemeldet haben, nach Geschlecht ... 315
Abbildung 74: Psychisches Wohlbefinden in den letzten vier Wochen ... 316
Abbildung 75: Menschen mit eher schlechtem psychischem Befinden nach Geschlecht 317
Abbildung 76: Psychisches Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen nach Alter (Mittelwerte) ... 318
Abbildung 77: Anzahl der Arztbesuche in den letzten zwölf Monaten ... 319
Abbildung 78: Häufige Arztbesuche nach Alter ... 320
Abbildung 79: Barrierefreiheit von Arzt- psychotherapeutischen Praxen ... 321
Abbildung 80: Erreichbarkeit von räumlich barrierefreien Hausarztpraxen ... 322
Abbildung 81: Maßnahmen der Sozialhilfe zur medizinischen Rehabilitation ... 343
Abbildung 82: Häufigkeit von Ausflügen oder kurzen Reisen ... 356
Abbildung 83: Künstlerische oder musische Aktivitäten ... 359
Abbildung 84: Regelmäßige oder gelegentliche Besuche von kulturellen Veranstaltungen ... 362
Abbildung 85: Häufigkeit sportlicher Aktivitäten ... 365

Abbildung 86 Kinder und Jugendliche, die mindestens einmal pro Woche Sport treiben, nach Alter ... 367
Abbildung 87: Besuch von Sportveranstaltungen ... 370
Abbildung 88: Zufriedenheit mit der Freizeit ... 373
Abbildung 89 Laufende Betreuungsverfahren ... 393
Abbildung 90: Laufende Betreuungsverfahren und registrierte Vorsorgevollmachten ... 394
Abbildung 91: Große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland ... 399
Abbildung 92: Anhängige Genehmigungsverfahren zur freiheitsentziehenden Unterbringung 2014 – Anteile je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ... 403
Abbildung 93 Ebenen der politischen und gesellschaftlichen Partizipation ... 422
Abbildung 94 Beteiligung an den Bundestagswahlen 2009 und 2013 ... 429
Abbildung 95 Beteiligung an der Bundestagswahl 2013 nach GdB ... 430
Abbildung 96: Interesse an Politik ... 433
Abbildung 97: Politische Beteiligung in der Freizeit ... 435
Abbildung 98: Politische Beteiligung in der Freizeit nach GdB ... 435
Abbildung 99: Politische Beteiligung im Zeitverlauf ... 436
Abbildung 100: Ehrenamtlich Tätige in Vereinen, Verbänden und sozialen Diensten nach Geschlecht ... 438
Abbildung 101: Migrationshintergrund als Kombination von Staatsangehörigkeit, Zuwanderung und Zuwanderung der Eltern ... 454
Abbildung 102: Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund (Mio. Personen) ... 455
Abbildung 103: Menschen mit Beeinträchtigungen nach Altersgruppe und Migrationshintergrund ... 459
Abbildung 104: Menschen mit Beeinträchtigungen nach Familientyp und Migrationshintergrund ... 460
Abbildung 105: Anteile der ausländischen Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in Förderschulen und Regelschulen ... 461
Abbildung 106: Schulabschlüsse der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren ... 464
Abbildung 107: Berufliche Abschlüsse der Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren ... 466
Abbildung 108: Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren ... 468
Abbildung 109: Klienten und Klientinnen der Wohnungslosenhilfe nach Altersgruppe und Geschlecht ... 504
Abbildung 110: Typische Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen nach Alter und Einkommen ... 528
Abbildung 111: Typische Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen nach Bildungsstand und Einkommen ... 532

6 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland nach Geschlecht – Anzahl in 1.000 41

Tabelle 2: Menschen mit Beeinträchtigungen nach Alter und Geschlecht – Anzahl in 1.000 43

Tabelle 3: Menschen mit Schwerbehinderung nach Form der schwersten Behinderung – Anzahl in 1.000 46

Tabelle 4: Menschen mit Schwerbehinderung nach Alter, Geschlecht und Form der schwersten Behinderung 46

Tabelle 5: Strukturmerkmale der schwersten Behinderung 47

Tabelle 6: Menschen mit Beeinträchtigungen in stationären Einrichtungen 49

Tabelle 7: Haushaltsformen* nach Geschlecht 61

Tabelle 8: Alleinlebende nach Teilgruppen der Beeinträchtigung 62

Tabelle 9: Volljährige Menschen mit Beeinträchtigungen, die bei ihren Eltern leben 63

Tabelle 10: Hohe Bedeutung einer Ehe oder festen Partnerschaft nach Alter und Geschlecht 64

Tabelle 11: Haushalte von Erwachsenen im Alter von 18 bis 44 Jahren mit minderjährigen Kindern 67

Tabelle 12: Alleinerziehende im Alter von 18 bis 49 Jahren nach Geschlecht 68

Tabelle 13: Zufriedenheit mit dem Familienleben (Mittelwerte) nach Alter und Geschlecht 69

Tabelle 14: Kinder und Jugendliche in Ein-Eltern-Familien 71

Tabelle 15: Kinder und Jugendliche, die sagen, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen 72

Tabelle 16: Geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld nach Alter und Geschlecht . 75

Tabelle 17: Seltene oder keine Besuchskontakte nach Alter und Geschlecht 78

Tabelle 18: Gefühl fehlender Gesellschaft nach Alter, Geschlecht und GdB 80

Tabelle 19: Kindertageseinrichtungen für Kinder mit Beeinträchtigungen nach Einrichtungsart 100

Tabelle 20: Kinder unter acht Jahren in der Kindertagesbetreuung mit Bezug von Eingliederungshilfe nach SGB VIII oder SGB XII (2008 bis 2015) 101

Tabelle 21: Bezug von heilpädagogischen Leistungen für Kinder unter 7 Jahren 105

Tabelle 22: Förderschulen in Deutschland im Ganztagsschulbetrieb 113

Tabelle 23: Schülerinnen und Schüler an Förderschulen mit Ganztagsschulbetrieb und Anteil an allen Schülerinnen und Schülern mit Ganztagsschulbetrieb 114

Tabelle 24: Schülerinnen und Schüler an Förderschulen nach Förderschwerpunkten und Geschlecht, Schuljahr 2014/15 115

Tabelle 25: Kinder und Jugendliche mit und ohne Beeinträchtigungen, die seit dem Schuleintritt mindestens eine Klasse wiederholt haben, nach Alter und Geschlecht 116

Tabelle 26: Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen 122

Tabelle 27: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderung und regulären Ausbildungsberufen nach Arbeitsbereichen und Geschlecht (2014) 123

Tabelle 28: Studierende mit studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigung ... 126
Tabelle 29: Beeinträchtigungsbedingter Bedarf nach Art der Beeinträchtigung ... 128
Tabelle 30: Fachhochschulreife oder Abitur der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren nach Geschlecht, Altersgruppe und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 133
Tabelle 31: Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren ohne Schulabschluss nach Teilgruppen der Beeinträchtigung und Migrationshintergrund ... 135
Tabelle 32: Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen nach Art des Abschlusses 135
Tabelle 33 Höherer beruflicher und akademischer Abschluss der Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren nach Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 138
Tabelle 34: Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren ohne beruflichen Abschluss nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 140
Tabelle 35: Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung in und außerhalb von Einrichtungen ... 146
Tabelle 36: Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule in und außerhalb von Einrichtungen ... 147
Tabelle 37: Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre) ... 167
Tabelle 38: Erwerbsbeteiligung der 18- bis 64-Jährigen nach Geschlecht ... 170
Tabelle 39: Erwerbstätigenquoten der 18- bis 64-Jährigen mit Beeinträchtigungen nach Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 174
Tabelle 40: Arbeitsumfang von Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren nach Geschlecht* ... 179
Tabelle 41: Stellung im Beruf der 18-bis 64-Jährigen nach Geschlecht ... 181
Tabelle 42: Zufriedenheit von Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 64 Jahren mit ihrer Arbeit (Mittelwerte) nach Alter und Geschlecht ... 182
Tabelle 43: Mittlere Bruttostundenlöhne (Median) von Erwerbstätigen in Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung im Alter von 18 bis 64 Jahren nach beruflicher Qualifikation* ... 183
Tabelle 44: Anteil der Erwerbstätige im Alter von 25 bis 64 Jahren in einem atypischen Beschäftigungsverhältnis nach Alter und Geschlecht ... 185
Tabelle 45: Erwerbslosenquoten der 18- bis 64-Jährigen nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund ... 188
Tabelle 46 Arbeitslose nach Rechtskreisen ... 191
Tabelle 47: Einschätzung der 18- bis 64-Jährigen Arbeitsuchenden zur Möglichkeit, eine geeignete Stelle zu finden, nach Geschlecht ... 193
Tabelle 48: Leistungen der Integrationsämter für schwerbehinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben ... 195
Tabelle 49: Ausgaben der Integrationsämter für Betriebliches Eingliederungsmanagement ... 195
Tabelle 50: Geförderte Integrationsprojekte und Beschäftigte ... 197
Tabelle 51: Bestreitung des persönlichen Lebensunterhalts überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen nach Geschlecht und Alter ... 203
Tabelle 52: Haupteinkommensquelle nach Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 203

Tabelle 53: Einkommen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Relation zum Einkommen von Menschen ohne Beeinträchtigungen ... 205
Tabelle 54: Leistungsbeziehende von Grundsicherung bei voller Erwerbsminderung im Alter von 18 bis 64 Jahren ... 206
Tabelle 55: Menschen, die in einem Haushalt mit Leistungsbezug der sozialen Grundsicherung leben, nach Alter und Geschlecht ... 207
Tabelle 56: Armutsrisikoquoten nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 209
Tabelle 57: Vermögensbestände einschließlich Wohneigentum nach Alter ... 211
Tabelle 58: Verschuldung und Schuldenhöhe ... 212
Tabelle 59: Menschen, deren Haushalt in der Regel im Monat kein Geld zurücklegen kann, nach Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 213
Tabelle 60: Menschen in Haushalten ohne Wertanlagen nach Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 214
Tabelle 61: Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen nach Alter ... 215
Tabelle 62: Personen mit großer Sorge um ihre wirtschaftliche Lage nach Alter ... 216
Tabelle 63: Förderung von Rehabilitanden nach § 19 SGB III ... 226
Tabelle 64: Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben ... 227
Tabelle 65: Erbrachte Reha-Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben ... 228
Tabelle 66: Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben ... 229
Tabelle 67: Ausgaben für Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. Euro ... 232
Tabelle 68: Renten der GUV für Verletzte und Erkrankte ... 234
Tabelle 69: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Altersrenten für Menschen mit Schwerbehinderung nach Geschlecht - Anzahl in 1.000 ... 235
Tabelle 70: Leistungsbeziehende im ambulant betreuten und stationären Wohnen ... 262
Tabelle 71: Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in einer ambulant betreuten Wohnform nach § 53 SGB XII ... 263
Tabelle 72 Leistungsbeziehende von Eingliederungshilfe unter 18 Jahren in stationären Wohneinrichtungen ... 265
Tabelle 73: Pflegebedürftige nach Wohnsituation ... 266
Tabelle 74: Pflegebedürftige in häuslicher Pflege ... 266
Tabelle 75: Busse im VDV – Anteile der Niederflurbusse ... 270
Tabelle 76: Leistungsbeziehende von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen bzw. Hilfe zur Pflege in Form eines Persönlichen Budgets ... 281
Tabelle 77: Leistungsbeziehende von Hilfen zur Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach SGB IX ... 286
Tabelle 78: Ausgaben für Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach SGB IX im Rahmen der Eingliederungshilfe ... 287
Tabelle 79: Ausgaben für Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten nach SGB XII ... 288
Tabelle 80 Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege ... 289

Tabelle 81: Ausgaben für Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach SGB XII (in Mrd. Euro) ... 291
Tabelle 82: Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt nach SGB XII ... 294
Tabelle 83: Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe in Form des Persönlichen Budgets (in Mio. Euro) ... 298
Tabelle 84: Einschätzung des Gesundheitszustands als weniger gut oder schlecht nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 312
Tabelle 85: Abgeschlossene Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation ... 337
Tabelle 86: Ausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation (in Mio. Euro) ... 338
Tabelle 87: Im Berichtsjahr abgeschlossene Fälle medizinischer Reha-Maßnahmen ... 339
Tabelle 88: Art der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation ... 340
Tabelle 89: Ausgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen der medizinischen Heilbehandlung (in Mio. Euro) ... 340
Tabelle 90: Leistungsfälle von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ... 341
Tabelle 91: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (in Mio. Euro) ... 342
Tabelle 92: Ausgaben der Träger der Sozialhilfe für Leistungen der medizinischen Rehabilitation (in Mio. Euro) ... 344
Tabelle 93: Keine Unternehmung von Ausflügen oder kurzen Reisen nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 357
Tabelle 94: Künstlerisch oder musisch Aktive nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 360
Tabelle 95: Regelmäßige oder gelegentliche Besuche klassisch-kultureller Veranstaltungen nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 363
Tabelle 96: Regelmäßige oder gelegentliche Besuche populärkultureller Veranstaltungen nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 364
Tabelle 97: Regelmäßige oder gelegentliche sportliche Aktivitäten nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 366
Tabelle 98: Mitglieder im Deutschen Behindertensportverband ... 368
Tabelle 99: Regelmäßige oder gelegentliche Besuche von Sportveranstaltungen nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigung ... 371
Tabelle 100: Unzufriedenheit mit der Freizeitgestaltung nach Alter und Geschlecht ... 374
Tabelle 101 Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben in und außerhalb von Einrichtungen ... 379
Tabelle 102 Andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ... 380
Tabelle 103: Große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland nach Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund ... 400
Tabelle 104: Anhängige Verfahren über Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen – Anteile je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ... 404
Tabelle 105: Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen für Personen mit angeordneter Betreuung oder Vorsorgevollmacht (§ 1906, Absatz 4 BGB) – Anzahl und Anteile je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ... 405

Tabelle 106 Genehmigte und abgelehnte Anträge auf Sterilisation 408
Tabelle 107: Beteiligung an der Bundestagswahl 2009 und 2013 nach Geschlecht, Alter, Bildungsabschluss und GdB 431
Tabelle 108: Starkes Interesse an Politik nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und GdB 434
Tabelle 109: Ehrenamtlich Tätige in Vereinen, Verbänden, sozialen Diensten nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und GdB 439
Tabelle 110: Beeinträchtigungen und differenzierter Migrationsstatus 456
Tabelle 111: Beeinträchtigungen und Zuzugsjahr von Menschen mit eigener Migrationserfahrung 457
Tabelle 112: Herkunftsregion der Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund 458
Tabelle 113: Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund nach Geschlecht – Anzahl in 1.000 459
Tabelle 114: Ausländische Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung insgesamt und in Förderschulen 462
Tabelle 115: Schulabschlüsse der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren nach Geschlecht 465
Tabelle 116: Berufliche Abschlüsse der Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren nach Geschlecht 467
Tabelle 117: Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren nach Geschlecht und Migrationshintergrund 469
Tabelle 118: Erwerbsbeteiligung der 18- bis 64-Jährigen nach Migrationshintergrund im Zeitverlauf 470
Tabelle 119: Bestreitung des Lebensunterhalts überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen nach Migrationshintergrund 471
Tabelle 120: Armutsrisikoquoten nach Alter und Migrationshintergrund 471
Tabelle 121: Menschen, die in einem Haushalt mit Leistungsbezug der sozialen Grundsicherung leben, nach Migrationshintergrund 472
Tabelle 122: Gesundheitszustand „mittel“ bis „schlecht“ nach Migrationshintergrund 473
Tabelle 123: Aktiver Sport mindestens einmal pro Monat nach Beeinträchtigung und Migrationshintergrund 474
Tabelle 124: Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen nach Beeinträchtigung und Migrationshintergrund 474
Tabelle 125: Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung nach Beeinträchtigung und Migrationshintergrund 475
Tabelle 126: Interesse an Politik nach Migrationshintergrund 476
Tabelle 127: Ehrenamtliches Engagement nach Migrationshintergrund 476
Tabelle 128: Klienten und Klientinnen der Wohnungslosenhilfe nach Geschlecht 504
Tabelle 129: Wohnungslose nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht 505
Tabelle 130: Wohnungslose nach Migrationshintergrund und Geschlecht 505
Tabelle 131: Wohnungslose nach Bildungsqualifikation und Geschlecht 505
Tabelle 132: Auslöser des letzten Wohnungsverlustes nach Geschlecht 506
Tabelle 133: Unterbringungssituation vor Hilfebeginn nach Geschlecht 507

Tabelle 134: Unterbringungssituation vor Hilfebeginn nach Altersgruppe 507
Tabelle 135: Wohnungslose mit und ohne Behinderung nach Geschlecht 2014 509
Tabelle 136: Wohnungslose mit und ohne Behinderung nach Altersgruppe 2014 (Anteil an gültigen Angaben)..... 510
Tabelle 137: Typische Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 529
Tabelle 138 Datenquellen im Überblick..... 536

7 Literatur

Ahrbeck, B. (2014): Inklusion. Eine Kritik, Stuttgart.

Aichele, V. (2015): Unabhängig und kritisch: die Monitoring-Stelle zur UN-BRK, in: Degener, T.; Diehl, E. (Hrsg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention, Bonn, S. 85-92.

Aichele, V.; von Bernstorff, J. (2010): Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht: Zur Auslegung von Art. 12 der UN-Behindertenrechtskonvention, in: Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax), S. 199-203.

Aktion Mensch (2010): Web 2.0 / barrierefrei, Studie zur Nutzung von Web 2.0 Anwendungen durch Menschen mit Behinderung. http://publikationen.aktion-mensch.de/barrierefrei/Studie_ Web_2.0.pdf (abgerufen am 17.04.2016).

Albus, M.; Brieger, P.; Schreiber, W. (2015): Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka – Auswirkungen der Gesetzesänderung zum 18.02.2013 auf psychiatrische Abteilungen und Kliniken mit Vollversorgung in Bayern, 33, S. 193-197.

Ambos, I.; Koscheck, S.; Ohly, H.; Schade, H.-J.; Weiland, M. (2013): BIBB/DIE-wbmonitor 2012 - Klima und Strukturen der Weiterbildungslandschaft, Bonn.

Antoni, S. (2012): All inclusive: Des Kaisers neue Kleider. GEW Landesverband Baden-Württemberg (Hrsg.): Bildung und Wissenschaft, 66 (10).

Arbeitsgemeinschaft Angewandte Geographie und Europäisches Institut Design für Alle in Deutschland e.V. (EDAD) (2008): Von Barrierefreiheit zum Design für Alle - Erfahrungen aus Forschung und Praxis, Band 38.

Arnade, S. (2015): „Nichts über uns ohne uns!“ – Die Zivilgesellschaft spricht mit, in: Degener, T.; Diehl, E. (Hrsg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention, Bonn, S. 93-101.

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

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016): Bildung in Deutschland 2016. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration, Bielefeld.

Bach, H.W (2011): Berufliche Partizipation blinder, sehbehinderter und mehrfach behinderter Hochschulabsolventen in Deutschland – der Einfluss von Beratung, in: Berichte/Reports der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, Band 4, Mannheim.

BAG ÖPNV (Bundesarbeitsgemeinschaft der ÖPNV-Aufgabenträger) (2014): Vollständige Barrierefreiheit im ÖPNV. Hinweise für die ÖPNV-Aufgabenträger zum Umgang mit der Zielbestimmung des novellierten PBefG. http://www.vdtuev.de/produkt-und-betriebssicherheitstage/behindertengerechte-mobilitaet/praesentationen/dok_view?oid=500485&vater=500500 (abgerufen am 17.08.2016).

Barmer GEK (2014): Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014, Schriftenreihe zur Gesundheit, Band 28, Berlin.

Beck, I. (1996): Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes, Heidelberg.

Beck, I. (2002): Die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und ihrer Familien in Deutschland: soziale und strukturelle Dimensionen. In: Hackauf, H. et al. (Hrsg.): Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen, Materialien zum 11. Kinder- und Jugendbericht / Band 4; München, S. 178-316.

Beck, I.; Greving, H. (2012): Lebenswelt, Lebenslage, in Beck, I.; Greving, H. (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung, Stuttgart, S. 15-59.

Behindertenbeirat; Behindertenbeauftragter der Landeshauptstadt München (2010): Behinderung heißt Armut und Diskriminierung, München.

Behr, I. (2009): Aspekte inklusiver Qualität in Kindertageseinrichtungen aus Sicht 4- bis 6-jähriger Kinder mit und ohne besondere Bedürfnisse - eine Pilotstudie, Berlin.

Behringer, F.; Schönfeld, G. (2014): Lebenslanges Lernen in Deutschland – Welche Lernformen nutzen die Erwerbstätigen? in: BiBB, BWP, 5, S. 4-5

Bellenberg, G.; Forell, M. (2013) (Hrsg.): Ein Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis: Bildungsübergänge gestalten, Münster.

Berger, F. (2011): Ist Inklusion in deutschen KITAs umsetzbar? Ein Diskurs über Möglichkeiten, Chancen und Kritik. http://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_derivate_0000001082/Bachelorarbeit-Berger-2011.pdf (abgerufen am 15.4.2016).

Bestmann, B.; Wüstholz; E., Verheyen; F. (2014): Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt – Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. Schriftenreihe WINEG Wissen, Hamburg.

Betreuungsgerichtstag – BGT (2012): Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde vom 18. Juli 12.

bhz Stuttgart und Diakonie-Klinikum Stuttgart (2015): Patienten mit Behinderung im Krankenhaus – Projektbericht, Stuttgart.

BIH Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2015): Jahresbericht 2014-2015, Münster.

Bildungsbüro Stadt Nürnberg (2014): Bildung im Blick – Dokumentation der 6. Nürnberger Bildungskonferenz, https://www.bibb.de/dokumente/pdf/a33_inklusion_dokumentation_nuernberg_2014.pdf (abgerufen am. 12.05.2016).

Böcker, M. et al. (2011): ExWoSt Sonderstudie – barrierefreie Stadtquartiere, Endbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, begleitet vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).

Brieger, P.; Kling Lourenco, P.; Steinert, T.; Längle, G.; Lemke, U.; Herpertz, S.C.; Croissant, D.; Becker, T.; Kilian, R. (2014): Psychiatrische Unterbringungspraxis, ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern; in: Nervenarzt, 85,: S. 606-613.

BRK-Allianz (2013): Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion – erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland, Berlin.

Brosey, D. (2013): Wunsch und Wohl betreuter Menschen im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention, in: Aichele, V. (Hrsg.): Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht: Zur Anerkennung der rechtlichen Handlungsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen gemäß Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention, Baden-Baden.

Bundesagentur für Arbeit (2012): Migrationshintergrund nach § 281 Abs. 2 SGB III - Grundlagen der Erhebung, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2013, 2016): Teilnehmer in ausgewählten arbeitsmarktpolitischen Instrumenten, Arbeitsmarkt in Zahlen – Förderstatistik, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2014a, 2016c): Analytikreport der Statistik – Analyse des Arbeitsmarktes für schwerbehinderte Menschen, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2014b): Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2015a): Damit auch Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben teilnehmen können, https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm /idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mjg3/~edisp/l6019022dstbai792037.pdf (abgerufen am 02.05.2016).

Bundesagentur für Arbeit (2015b): Konzept Assistierte Ausbildung (AsA) nach § 130 SGB III, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2015c): Arbeitsmarkt 2014, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2016a): Presse Info 59/2015: Begleitete betriebliche Ausbildung für Jugendliche mit Behinderung. https://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/dienststellen/rdrps/mainz/Agentur/Presse/Presseinformationen/Detail/index.htm?dfContentId=L6019022DSTBAI683075 (abgerufen am 25.10.2016)

Bundesagentur für Arbeit (2016b): Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeigeverfahren SGB IX) 2014, Nürnberg.

Bundesamt für Justiz (2014): Betreuungsverfahren: Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 - 2013, Stand 09. Oktober 2014.

Bundesamt für Justiz (2016): Betreuungsverfahren 2015, Stand 10. Oktober 2016.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2010 bis 2015): Jahresberichte, Münster.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger er Sozialhilfe (BAGüS) (2012: Empfehlungen zu den Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. https://www.lwl.org/spur-download/bag/hochschulempfehlungen2012.pdf (abgerufen am 26.10.2016).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2012): Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 13 Absatz 2 Nr. 6, in der Fassung vom 23. Februar 2012.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016): Reha-Info 1/2016, Frankfurt am Main.

Bundesarbeitsgemeinschaft ÖPNV der kommunalen Spitzenverbände (2014): Vollständige Barrierefreiheit im ÖPNV – Hinweise für die ÖPNV-Aufgabenträger zum Umgang mit der Zielbestimmung des novellierten PBefG, http://www.kreise.de/__cms1/images/stories/themen/Verkehr/452-14%20A.pdf (abgerufen am 02.05.2016).

Bundesärztekammer (2009): Beschlussprotokoll des 122. Deutschen Ärztetages vom 19.-22. Mai 2009 in Mainz.

Bundesärztekammer (2011): Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“, Berlin.

Bundesärztekammer (2015): Stellungnahme der Bundesärztekammer „Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/ Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)“, Deutsches Ärzteblatt 30.01.2015, http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/BAeK-Stn_DSD.pdf.

Bundesgesetzblatt (2008): Jahrgang 2008 Teil II Nr. 25, 31, Bonn.

Bundesgesetzblatt (2013): Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, 25, Bonn.

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2016): Behinderung und gesellschaftliche Teilhabe. Themenheft (www.Bundesgesundheitsblatt.de) Bd. 59|9, Berlin, Heidelberg.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Hrsg.) (2014): Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung, Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009a): Behindertenbericht 2009, Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009b): Verzahnte Ausbildung – ein Überblick für Unternehmen und Berufsbildungswerke, Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011a): „einfach machen“ - Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011b): Richtlinie Initiative Inklusion, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/richtlinie-initiative-inklusion.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 02.05.2016).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2013a): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung, Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013b): Lebenslagen in Deutschland – Der Vierte Artmuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014a): Beantwortung der Fragen aus der „List of Issues“ im Zusammenhang mit der ersten deutschen Staatenprüfung, Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2014b): Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en), Forschungsbericht Sozialforschung Nr. 447, Nürnberg. Bielefeld.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014c): Leichte Sprache – Ein Ratgeber. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf;jsessionid=4E60BDCF6FADF6E8AB507D34F898BA65?__blob=publicationFile&v=2 (abgerufen am 15.04.2016).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014d): Evaluation des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention - Abschlussbericht, Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015): Ratgeber für Menschen mit Behinderung. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/ a712-ratgeber-fuer-behinderte-mens-390.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 29.04.2016).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016a): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, http://www.teilhabegesetz.org//media/160426_Entwurf_Bundesteilhabegesetz_EghV.pdf (abgerufen am 13.05.2016).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016b): Statistik der Versorgung von Kriegsopfern und gleichgestellten Personen, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Achter Familienbericht. Zeit für Familie – Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik, Bonn.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): Vierter Bericht zur Evaluation des Kinderförderungsgesetzes für das Berichtsjahr 2012, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (2015): Jahresbericht des Hilfetelefons Gewalt gegen Frauen 2015.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2009): Impulse für Wirtschaftswachstum und Beschäftigung durch Orientierung von Unternehmen und Wirtschaftspolitik am Konzept Design für Alle, Berlin.

Bundesregierung (2008): Lebenslagen in Deutschland – Der Dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.

Bundesregierung (2016): Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG), zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 19.7.2016 I 1757.

Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern bbe e.V. (2015): Auswertung Online-Umfrage – Situation bei der Beantragung von Elternassistenz. http://www.behinderte-eltern.de (abgerufen am 15.04.2015)

Con_sens (2003): Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen, Hamburg.

Con_sens, (2015): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2013, BAGüS (Hrsg.), Münster.

CRPD Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015): Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, dreizehnte Tagung, 25. März-17. April 2015, Version vom 13. Mai 2015.

CRPD Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2014): Allgemeine Bemerkung Nr. 1.

DB Mobility Network Logistics (2014): Themendienst: Services der Deutschen Bahn für Reisende mit eingeschränkter Mobilität, unter: https://www.bahn.de/p/view/mdb/bahnintern/services/mobilitaet_service/barrierefrei_-_neu/mdb_158751_2014_themendienst_barrierefrei.pdf (abgerufen am 06.08.2015).

Degener, T. (2015): Die UN-Behindertenrechtskonvention – ein neues Verständnis von Behinderung, in: Degener, T.; Diehl, E. (Hrsg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention, S. 55-74, Bonn.

Degener, T.; Diehl, E. (Hrsg.) (2015): Handbuch Behindertenrechtskonvention, Bonn.

Deinert, H. (2000): Betreuertätigkeit und Freiheitsentziehungen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen, in: Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax) 2002, S. 191.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2015): Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus, Berlin

Deutsche Bahn (o. J.): Zugangsregelungen für Personen mit Behinderungen und Personen mit eingeschränkter Mobilität – Anlage 1: Bahnhofsliste und Leistungszeiten, verfügbar unter: http://www.bahn.de/p/view/mdb/bahnintern/zielgruppen_msc/handicap/mdb_191447_zugangsregeln_2015_gesamt_v15_ende_06_15_end.pdf (abgerufen am 12.02.2016).

Deutsche Bahn AG (2016): Themendienst – Services der Deutschen Bahn für Reisende mit Behinderungen, verfügbar unter: https://www.bahn.de/p/view/service/ barrierefrei/programm_der_db.shtml (abgerufen am 03.11.2016).

Deutsche Bahn Fernverkehr AG (2016): Geschäftsbericht 2015, Frankfurt am Main.

Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) e.V., Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) e.V., Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. (2016): S2k -Leitlinie „Varianten der Geschlechtsentwicklung“, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-001l_S2k_Geschlechtsentwicklung-Varianten_2016-08_01.pdf.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2011 bis 2014): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, Berlin.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014): DGUV-Statistiken für die Praxis, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Reha-Bericht Update 2014 – die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Rentenversicherung in Zeitreihen 2015, Berlin.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2006): Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln – Eine Expertise der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zu aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, Heidelberg.

Deutscher Behindertenrat (2013): Statut des Deutschen Behindertenrats, geänderte Fassung vom 03. Dezember 2013, verfügbar unter: http://www.deutscher-behindertenrat.de/ID25199 (abgerufen am 02.05.2016).

Deutscher Bundestag Petitionsausschuss Pet 2-17-15-8275-037190.

Deutscher Olympischer Sportbund (2015): Strategiekonzept Inklusion im und durch Sport. Frankfurt am Main: Deutscher Olympischer Sportbund.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2014): Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine praxisgerechte Unterstützung von Eltern mit Beeinträchtigungen und deren Kinder, https://www.deutscher-verein.de/de/download.php?file=uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2014/dv-32-13-elternassistenz.pdf (abgerufen am 15.04.2016).

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (2013): Pressemitteilung „Inklusion im Fokus – auch in der Erwachsenenbildung“, https://www.die-bonn.de/institut/wir-ueber-uns/presse/Presseartikel.aspx?id=325 (abgerufen am 12.05.2016).

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

Deutsches Institut für Menschenrechte (2014): Allgemeine Bemerkung Nr. 2 des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen – Artikel 9: Zugänglichkeit.

Deutsches Institut für Menschenrechte – Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention (2015a): Parallelbericht an den UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen anlässlich der Prüfung des ersten Staatenberichts Deutschlands gemäß Artikel 35 der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 28f. Ziffer 144 - 151, Berlin.

Deutsches Institut für Menschenrechte (2015b): CRPD Follow-up Konferenz 2015: Prüfung abgelegt – und nun? Forum 8: Gewaltschutz in Einrichtungen.

Deutsches Studentenwerk (2012): Beeinträchtigt studieren – Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2011, Berlin.

Dieckmann, F. (2012): Wohnen, in: Beck, I., G. Feuser, W. Jantzen u. P. Wachtel (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation – Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band. 5 Lebenslage und Lebensbewältigung, S. 234-241, Stuttgart.

DIW Berlin (2014): SOEP 2013 – Documentation of Person-related Status and Generated Variables in PGEN for SOEP v30, SOEP survey papers 250, Berlin.

Döhner, H.; Kohler, S.; Lüdecke, D. (2007) Pflege durch Angehörige. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der europäischen Untersuchung EUROFAMCARE. Informationsdienst Altersfragen, 3, S. 9-14.

Döttinger, I.; Hollenbach-Biele, N. (2015): Auf dem Weg zum gemeinsamen Unterricht? Aktuelle Entwicklungen zur Inklusion in Deutschland, Gütersloh.

During, Margrit (2001): Lebenslagen von betreuten Menschen. Eine rechtssoziologische Untersuchung zum Ziel des Betreuungsgesetzes, die Autonomie der Betreuten zu stärken, Dissertation an der Hochschule für Wirtschaft und Politik Hamburg.

Eggenberger, E; Myllymäki, J.; Kolb, C.; Martschin, R.; Bollheimer, L.C.; Sieber, S. (2013) „We cannot care alone“ Ehrenamtliche Demenzbegleiter am Klinikum Nürnberg; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46, S. 226-232.

Engel, H.; Engels, D. (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, Forschungsbericht 419 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Berlin.

Engelbert, A. (2012): Familie, in: Beck, I., G. Feuser, W. Jantzen u. P. Wachtel (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation – Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Bd. 5 Lebenslage und Lebensbewältigung, S. 96-104, Stuttgart

Engels, D. (2006): Lebenslagen und soziale Exklusion, in: Sozialer Fortschritt, 5, S. 109-117.

Engels, D. (2013): Lebenslagen, in: Grunwald, K.; Horcher, G.; Maelicke, B. (Hrsg.): Lexikon der Sozialwirtschaft , S. 615-618, Baden-Baden.

Engels, D. (2015): Lebenslage und gesellschaftliche Inklusion: Theoretischer Ansatz und empirische Umsetzung am Beispiel von Personen mit Migrationshintergrund, in: Romahn, H.; Rehfeld, D. (Hg., 2015): Lebenslagen – Beiträge zur Gesellschaftspolitik, Marburg, S. 153-174.

Engels, D. (2016): Chancen und Risiken der Digitalisierung der Arbeitswelt für die Beschäftigung von Menschen von Behinderung. Kurzexpertise im Rahmen des Dialogprozesses „Arbeiten 4.0“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Forschungsbericht 467, http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/ Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-467-digitalisierung-behinderung.html.

Engels, D.; Köller, R.; Koopmans, R.; Höhne, J. (2011): Zweiter Integrationsindikatorenbericht, erstellt für die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin.

Europäisches Parlament (2011): Eurobarometer Spezial 75.2 des Europäischen Parlaments – Freiwilligentätigkeit. Generaldirektion Kommunikation, Direktion Beziehungen zu den Bürgern; Referat Beobachtung der öffentlichen Meinung (Hrsg.), Brüssel.

Eurostat (2006): Classification of learning activities – Manual, Luxemburg.

Evers-Meyer, K. (2012): Politische Beteiligungsverfahren und kommunale Interessenvertretung, in: Beck, I.; Greving, H. (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung, S. 305-308, Stuttgart.

Flammert, E.; Steinert, T (2015): Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Symptomen; in: Psychiatrische Praxis, 42, S. 260-266.

Forsa (2015): Inklusion an Schulen aus Sicht der Lehrerinnen und Lehrer – Meinungen, Einstellungen und Erfahrungen, Berlin.

Foschepoth, I., Hörnemann, K., Leguy, D., Dieckmann, F. (2009): Barrierefreiheit in der Münsteraner Gastronomie für Menschen mit Mobilitätsbehinderung – Eine nutzerorientierte Evaluationsstudie, Münster.

Franz, D.; Beck, I. (2015): Evaluation des Ambulantisierungsprogramms in Hamburg, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Hamburg.

Galiläer, L. (2011): Auf dem Weg zur Inklusion? Übergänge und Ausbildung von Jugendlichen mit Behinderung. In: bwp@ Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011, Fachtagung 05., S. 1-14.

GKV-Spitzenverband (2013): Leitfaden zur Selbsthilfeförderung – Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 17. Juni 2013, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2015): Kennzahlenvergleich der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

Greb, U. (2012): Gesundheit und Krankheit, in: Beck, I.; Feuser, G.; Jantzen, W.; Wachtel, P. (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation – Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 5 Lebenslage und Lebensbewältigung, S. 272-276, Stuttgart.

Gurlit, S.; Thiesemann, R.; Wolff, B.; Brommer, J.; Gogol, M. (2013): Caring for people with dementia in general hospitals. An education curriculum from the Alzheimer's society of Lower Saxony, Germany; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46, S. 222-225

Habermann-Horstmeier, L. (2015): Teilhabe braucht Gesundheit – Zwischen Ansprüchen der UN-Behindertenrechtskonvention, Kostendämpfung und Wirklichkeit; Tagung an der Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart Alle inklusive? – Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen im Krankenhaus, Stuttgart.

Habermann-Horstmeier, L.; Limbeck, K. (2015): Working atmosphere in residential facilities for disabled persons in Germany, ASU International Edition (Occupational, Social & Environment Medicine).www.asu-arbeitsmedizin.com/genter.dII/PL_113821_677523 (02.11.15).

Habermas, J. (1990): Strukturwandel der Öffentlichkeit, Frankfurt a. M.

Hasseler, M. (2015): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in der akut-stationären Versorgung, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 140 (21), S. 217-223.

Heiden, G. (2014): „Nichts über uns ohne uns!" – Von der Alibi-Beteiligung zur Mitentscheidung, Netzwerk Artikel 3 – Verein für Gleichstellung und Menschenrechte e.V. (Hrsg.).

Heimlich, U. & Behr, I. (2008): Qualitätsstandards in integrativen Kinderkrippen (QUINK) – Ergebnisse eines Begleitforschungsprojektes, in: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 77 (4), S. 301-316.

Hermes, G. (2003): Zur Situation behinderter Eltern, Marburg /Lahn.

Hirschberg, M. (2010): Partizipation – ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.): Positionen der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin.

Hochschulrektorenkonferenz (2009): Eine Hochschule für alle. http://www.hrk.de/ positionen/ gesamtliste-beschluesse/position/convention/eine-hochschule-fuer-alle/ (abgerufen am 31.03.2016).

Hochschulrektorenkonferenz (2013). „Eine Hochschule für Alle“. Empfehlung der 6. Mitgliederversammlung der HRK am 21. April 2009 zum Studium mit Behinderung/chronischer Krankheit. Ergebnisse der Evaluation, Bonn.

Hoffmann, B.; Klie, T. (2004): Freiheitsentziehende Maßnahmen: Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und –praxis, C.F. Müller-Verlag, Heidelberg.

Hoffmann, W.; Rösler, A.; Vogel, W.; Nehen, H.G. (2014): Spezialstationen für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland, Positionspapier; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47, S. 136-140.

Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie - eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim.

Huth, S.; Aram, E.; Engels, D.; Maur, C. (2015): Abschlussbericht der gemeinsamen Evaluation des Gesetzes über den Bundesfreiwilligendienst (BFDG) und des Gesetzes zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten (JFDG), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.

Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) und Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (2013a): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Ergebnisse der quantitativen Befragung, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bielefeld, Frankfurt, Köln, München.

Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) und Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (2013b): Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland –Haushaltsbefragung, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Forschungsbericht Sozialforschung Nr. 435.

ITB World Travel Trends Report 2012/2013, http://www.itb-berlin.de/media/itbk/itbk_dl_all/itbk_dl_all_itbkongress/itbk_dl_all_itbkongress_itbkongress365/itbk_dl_all_itbkongress_itbkongress365_itblibrary/itbk_dl_all_itbkongress_itbkongress365_itblibrary_studien/ITB_World_Travel_Trends_Report_2012_2013.pdf (abgerufen am 02.05.2016).

Jones, L. et al (2012): Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies, in: The Lancet, Volume 380, 08. September 2012, S. 899-907.

Juckel, G.; Haussleiter, I. (2015): Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG-NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren? In: Psychiatrische Praxis, 42, S. 133-139.

Jürgens, A. (2014): Betreuungsrecht, 5. Auflage, München.

Jürgens, K. (2002): Alltägliche Lebensführung als Dimension sozialer Ungleichheit?, in: Weihrich, M.; Voß, G.G. (Hrsg.): Tag für Tag, Alltag als Problem – Lebensführung als Lösung?, Neue Beiträge zur Soziologie Alltäglicher Lebensführung 2; Arbeit und Leben im Umbruch, Schriftenreihe zur subjektorientierten Soziologie der Arbeit und der Arbeitsgesellschaft, Band 1, Hamburg.

Klemm, K. (2012): Zusätzliche Ausgaben für ein inklusives Schulsystem in Deutschland, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Gütersloh.

Klenk, V.; Hoursch, S. (2012): Aktion Mensch Barriereindex 2012, im Auftrag von Aktion Mensch e.V.

Klenk, V.; Hoursch, S. (2014): Bevölkerungsrepräsentative Befragung zur Inklusion im Sport, im Auftrag von Aktion Mensch e.V.; Tabellenband zur Online-Befragung.

Klöppel, U. (2016): Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger" Genitalien im Kindesalter, Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien der Humboldt-Universität zu Berlin, Bulletin-Texte 42, Berlin.

Klößinger, C. (2015): Wie Eltern mit Körper- oder Sinnesbehinderung erziehen – und was die Kinder dazu sagen, Marburg.

Koalitionsvertrag CDU, CSU und FDP 2009, http://www.csu.de/common/_ migrated/csu-content/091026_koalitionsvertrag.pdf (abgerufen am 12.05.2016).

Köller, R.; Engels, D. (2009): Rechtliche Betreuung in Deutschland – Evaluation des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes, Köln.

Köller, R.; Engels, D. (2013): Faktenbericht 2013: Integration in Bildung und Arbeitsmarkt, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin.

Konrad, M.; Becker, J.; R. Eisenhut (Hrsg.) (2012): Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung, Freiburg.

Koscheck, S.; Weiland, M.; Ditschek, E.J. (2012): wbmonitor Umfrage 2012: Klima und Strukturen der Weiterbildungslandschaft - Zentrale Ergebnisse im Überblick. www.bibb.de/veroeffentlichungen (abgerufen am 17.04.2016).

Kultusministerkonferenz (1994): Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen der Bundesrepublik Deutschland der Kultusministerkonferenz vom 5./6. Mai 1994, Berlin.

Kultusministerkonferenz (2011): Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen, Berlin.

Kultusministerkonferenz (2016): Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2005 bis 2014, Berlin.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2011): Wohnen im Alter, Forschungen, Heft 147, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, Berlin.

Lampert, T.; Hagen, C.; Heizmann, B. (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 35ff., Robert-Koch-Institut, Berlin.

Lamprecht, M.; Stamm, H. (1994): Die soziale Ordnung der Freizeit, Zürich.

Lang; Kampmeier; Schmalenbach; Strohmeier; Mülig (2016): Studie zum aktiven und passiven Wahlrecht von Menschen mit Behinderungen. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Lehmer, F.; Ziegler, K. (2010): Brückenfunktion der Leiharbeit - Zumindest ein schmaler Steg, in: IAB-Kurzbericht 13/2010, Nürnberg.

Lehmer, F (2012): Dient die Arbeitnehmerüberlassung für Langzeitarbeitslose als Brücke in nachhaltige Beschäftigung? In: Sozialer Fortschritt, Jg. 61, H. 8, S. 190-197.

Leitfaden zur Selbsthilfeförderung – Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 17. Juni 2013.

Leue-Käding, S. (2014): Sexualität und Partnerschaft bei Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung - Probleme und Möglichkeiten einer Enttabuisierung, Heidelberg.

Lihs, V. (2013): Wohnen im Alter – Bestand und Bedarf altersgerechter Wohnungen, in: Information zur Raumentwicklung, 2, S. 125-131.

Lipp, V. (2000): Freiheit und Fürsorge: Der Mensch als Rechtsperson. Zu Funktion und Stellung der rechtlichen Betreuung im Privatrecht, Tübingen.

Lipp, V. (2008): Rechtliche Betreuung und das Recht auf Freiheit, in: Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax) 2, S. 51-56.

Luhmann, N. (1995): Inklusion und Exklusion, in: Soziologische Aufklärung 6, Opladen.

Lutum & Tappert (2012): Barrierefreiheit im der hausärztlichen Versorgung, Darstellung auf Basis der Daten der Stiftung Gesundheit 09/2012.

Markowetz, M. (2006): Freizeit und Behinderung – Inklusion durch Freizeitassistenz; in: Spektrum Freizeit 30 (2006) 2, open access Erziehungswissenschaften pedocs, Deutsches Institut für Internationale pädagogische Forschung (DIPF), Frankfurt, S. 54-72.

Markowetz, R. (2012): Freizeit, in: Beck, I.; Feuser, G.; Jantzen, W.; Wachtel, P. (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation – Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 5 Lebenslage und Lebensbewältigung, Stuttgart, S. 257-262,

Marschner, R. (2011): Aktuelles zur Zwangsbehandlung – in welchen Grenzen ist sie noch möglich?, in: R & P Recht und Psychiatrie, Sonderdruck 29. Jahrgang, 3. Vierteljahr, S. 160-167.

Masuch, P. (2012): Die UN-Behindertenrechtskonvention anwenden!, in: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht (www.reha-recht.de), Forum D „Entwicklungen und Reformvorschläge“, Diskussionsbeitrag Nr. 5, 2012.

Matthes, S.; Ulrich, J.; Flemming, S.; Granath, R. (2015): Die Entwicklung des Ausbildungsmarktes im Jahr 2014 Duales System vor großen Herausforderungen, Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), Bonn.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2012): 3. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A Absatz 6 SGB IX, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2014): 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A Absatz 6 SGB IX, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.

Metzing, S. (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige – Erleben und Gestalten familialer Pflege, Bern.

Metzler, H.; Rauscher, C. (2004): Wohnen inklusiv. Wohn- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen in Zukunft, Stuttgart.

Mißling, S.; Ückert, O. (2014): Inklusive Bildung: Schulgesetze auf dem Prüfstand. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin.

Müller, S.; Walter, H.; Heinz, A. (2012) Fixieren statt behandeln? In: Deutsches Ärzteblatt, 109, S. 198-202.

National Council on Disability (2011): Power of Digital Inclusion: Technology´s Impact on Employment and Opportunities for People with Disabilities, Washington.

Nebe, K.; Waldenburger, N. (2014): Budget für Arbeit – Forschungsprojekt des Integrationsamtes des Landschaftsverbands Rheinland.

Neumann, P. et al. (2008): Barrierefreier Tourismus für Alle in Deutschland. Erfolgsfaktoren und Maßnahmen zur Qualitätssteigerung. Studie im Auftrag des Bundeministeriums für Wirtschaft und Technologie.

Niehaus, M.; Kaul, T. (2012): Zugangswege junger Menschen mit Behinderung in Ausbildung und Beruf, : Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.), Band 14 der Reihe Berufsbildungsforschung.

Niehoff, U. (2006): Menschen mit geistiger Behinderung in der Freizeit – Versuch einer Standortbestimmung, in: Wüllenweber, E.; Theunissen, G.; Mühl, H. (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen – Ein Handbuch für Studium und Praxis, Stuttgart, S. 408-415.

Nieß, M. (2016): Partizipation aus Subjektperspektive - zur Bedeutung von Interessenvertretung für Menschen mit Lernschwierigkeiten, Hamburg.

Ortland, B. (2005): Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte aus Sicht der Lehrerinnen und Lehrer. Wissenschaftliche Grundlagen, empirische Ergebnisse, pädagogische Konsequenzen, Bad Heilbrunn.

Palleit, L. (2011): Gleiches Recht für Alle? Menschen mit Behinderung und das Wahlrecht in Deutschland, Deutsches Institut für Menschenrechte, Policy Paper No. 18.

Pixa-Kettner, U. (2012): Elternschaft, in: Beck, I. Feuser, G.; Jantzen, W.; Wachtel, P. (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation – Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Bd. 5 Lebenslage und Lebensbewältigung, Stuttgart, S. 229-234.

Pollmächer, T (2015): Moral oder Doppelmoral? Das Berufsethos des Psychiaters im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, Rechten Dritter und Zwangsbehandlung; in: Nervenarzt, 86, S. 1148-1156.

Prognos AG (2012): Umsetzung und Akzeptanz des Persönlichen Budgets. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Berlin.

Prognos AG (2014): Evaluation des KfW-Programms Altersgerecht Umbauen – Endbericht, im Auftrag der KfW-Bankengruppe, Basel.

Ramm, D.; Bendig, S.; Welti, F. (2011): Das Wunsch und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse von Experteninterviews; in: Form A – Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, Diskussionsbeitrag Nr. 7/2011.

Ramm, M., Simeaner, H. (2014): Behinderte und chronisch kranke Studierende – Sonderauswertung des 12. Studierendensurvey (WS 2012/13). Hefte zur Bildungs- und Hochschulforschung (78), Arbeitsgruppe Hochschulforschung der Universität Konstanz.

Robert Koch-Institut (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Robert Koch-Institut (2014a): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der ersten Folgebefragung (KiGGS Welle1). Bundesgesundheitsblatt 2014 (57).

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin. Kapitel 3: Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit?

Robert Koch-Institut; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin.

Römisch, K. (2011): Entwicklung weiblicher Lebensentwürfe unter Bedingungen geistiger Behinderung, Bad Heilbrunn.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2014): Fünfter Bericht zur Lage von Menschen mit Behinderungen im Freistaat Sachsen, Dresden.

Schleswig-Holsteinischer Richterverband (2012): Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde des Bundesministeriums für Justiz (Stand 18.07.2012), Kiel.

Schmitt, S. (2014): Elternassistenz – Rechtsgrundlagen und Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten aus dem Alltag behinderter Eltern und ihrer Kinder mit Assistenz aus persönlicher und beruflicher Sicht, Kassel.

Schröttle, M.; Müller, U. (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, Berlin.

Seckinger, M.; Pluto, L.; Peucker, C.; Santen, E. (2016): Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit – Eine empirische Bestandsaufnahme, Beltz Juventa, Weinheim.

Sozialreferat der Landeshauptstadt München (2014): Studie zur Arbeits- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Landeshauptstadt München.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Demografischer Wandel in Deutschland - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010): Allgemeinbildende Schulen, Fachserie 11, Reihe 1, 2009/2010, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013): Statistik der Kriegsopferfürsorge – Ausgaben/ Einnahmen und Leistungsbeziehende in 2012,

Statistisches Bundesamt (2014a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Haushalte und Familien, Fachserie 1 Reihe 3, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2014b): Haushalte und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus 2013, Fachserie 1 Reihe 3, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2014c): Statistik der schwerbehinderten Menschen – Kurzbericht für das Jahr 2013, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2014d): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015a): Allgemeinbildende Schulen, Fachserie 11, Reihe 1, 2014/15, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015b): Statistisches Jahrbuch 2015, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015c): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2016): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2015, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2016b): 7,6 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Pressemitteilung Nr. 381/16 vom 24. Oktober 2016, Wiesbaden.

Steffen, P.; Blum, K. (2011): Die wohnortnahe medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in zwei Hamburger Bezirken – Kurzfassung der Ergebnisse der Pilotstudie im Auftrag der Ev. Stiftung Alsterdorf, Hamburg.

Theunissen, G.; Dieter, M.; Neubauer, G.; Niehoff, U. (2000): Zur Situation geistig behinderter Menschen in ihrer Freizeit – Eine Umfrage bei der Lebenshilfe in Deutschland. Geistige Behinderung, 39 (4), S. 360-372.

Thimm, W. (Hrsg.) (2005): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzeptes, Marburg.

Trescher, H.; Börner, M. (2014): Sexualität und Selbstbestimmung bei geistiger Behinderung? Ein Diskurs-Problem! in: Zeitschrift für Inklusion, online verfügbar unter: http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/ 229/227 (abgerufen am 15.4.2016)

UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015): Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, Genf.

Valdes-Stauber, J.; Deinert, H.; Kilian, R. (2012): Deutsche unterbringungsrechtliche Praxis auf Bundes- und Länderebene nach Einführung des Betreuungsgesetzes (1992-2009); in: Fortschritt der Neurologie, Psychiatrie, 80 (5), S. 267-275.

VdK (o.J.): Barrierefreiheit im Verkehr. http://www.vdk.de/deutschland/downloadglobalmime/90/Barrierefreiheit+im+Verkehr+%28barrierefreie+Version%29.pdf (abgerufen am 17.08.2016).

Verband der Ersatzkassen (2014): Auswertungen des Ärzteportals www.vdek-arztlotse.de – Barrierefreiheit in vielen Arztpraxen noch verbesserungsfähig, Pressemitteilung, Berlin.

Verband der Privaten Bausparkassen e.V. (o. J.): Barrierefrei umbauen und bauen – mehr Lebensqualität für alle, verfügbar unter: http://www.bag-wohnungsanpassung.de/tl_files/inhalte/Barrierefrei_umbauen_ES.pdf (abgerufen am 12.02.2016).

Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (2010): VDV-Statistik 2010, Köln.

Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (2014): VDV-Statistik 2014, Köln.

Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (2015): Jahresbericht 2014/2015, Köln.

Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (2015): VDV-Mitteilung Nr. 7038 - Barrierefreiheit in der Nahverkehrsplanung gemäß PBefG, Köln.

Verein zur Unterstützung Gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz (2012): BGH Entscheidung zur Zwangsbehandlung: Sie ist ab sofort illegal, http://www.gemeindenahe-psychiatrie-rlp.de/ (abgerufen am 15.12.15).

Vereinte Nationen (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Resolution 217 A III), vom 10. Dezember 1948.

Vertrag von Marrakesch, um den Zugang zu veröffentlichten Werken für blinde, sehbehinderte oder sonst lesebehinderte Personen zu erleichtern, vom 27. Juni 2013.

Vollmann, J. (2014): Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie – eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis; in: Nervenarzt, 85, S. 614-620.

von Prittwitz, V. (1994): Politikanalyse, UTB, Opladen.

Voß, G. (1991): Lebensführung als Arbeit. Über die Autonomie der Person im Alltag der Gesellschaft, Stuttgart.

Waldschmidt, A. (2009): Politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen und Benachteiligungen, in: Ortmann Bless, D.; Stein, R. (Hrsg.): Lebensgestaltung bei Behinderungen und Benachteiligungen im Erwachsenenalter und Alter, Baltmannsweiler, S. 118-152,

Wansing, G. (2015): Was bedeutet Inklusion? Annäherung an einen vielschichtigen Begriff, in: Degener, T.; Diehl, E. (Hrsg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention, Bonn, S. 43-54.

Wansing, G.; Westphal, M. (Hrsg.) (2014): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität, Wiesbaden.

Wedemeyer-Kolwe, B. (2011): Vom „Versehrtenturnen“ zum Deutschen Behindertensportverband (DBS): Eine Geschichte des deutschen Behindertensports, Deutscher Behindertensportverband (Hrsg.), Kempten.

Weibernetz e. V. (2014): Ausführliche Hintergrundinformationen zur Implementierung von Frauenbeauftragten in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), http://www.weibernetz.de/Hintergrundinfo_Frauenbeauftragte_WMVO.pdf (abgerufen am 15.04.2016).

Weisser, G. (1956): Artikel „Wirtschaft“, in: W. Ziegenfuss (Hrsg.), Handbuch der Soziologie, Stuttgart.

Weisser, J. (2012): Politische und soziale Partizipation, in: Beck, I.; Greving, H. (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung, Stuttgart, S. 170-178.

Welti, F. (2013): Von der Prothese zur UN-Behindertenrechtskonvention – Herausforderungen für die Hilfsmittelversorgung, in: Sozialrecht aktuell, Zeitschrift für Sozialberatung, Sonderheft 2013, 17. Jahrgang.

Werning, R.; Thoms, S. (2015): Inklusive Bildung - Zum Stand der Umsetzung des Art. 24 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in: Sozialer Fortschritt, 11, S. 254-259.

Wetterling, T. (2015): Ablehnendes Verhalten bei älteren psychiatrischen Patienten, in: Psychiatrische Praxis, DOI: 10.1055/s-0035-1552686.

World Health Organization (2001): Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Zimmermann, R. (o.J.): Förderprogramme für Maßnahmen zur Herstellung von Barrierefreiheit, im Auftrag des BKB Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit e.V., Berlin.

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 Menschen mit Behinderung:
030 221 911 006

Europäischer Sozialfonds/Soziales Europa:
030 221 911 007

Mitarbeiterkapitalbeteiligung:
030 221 911 008

Informationen zum Bildungspaket:
030 221 911 009

Informationen zum Mindestlohn:
030 60 28 00 28

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:
E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Fax: 030 221 911 017
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

www.bmas.de
info@bmas.bund.de

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Außerdem ist diese kostenlose Publikation - gleichgültig wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist - nicht zum Weiterverkauf bestimmt.