

Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: 4. Zwischenbericht

Harand, Julia; Steinwede, Jacob; Schröder, Helmut; Thiele, Nils

Veröffentlichungsversion / Published Version

Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Harand, J., Steinwede, J., Schröder, H., & Thiele, N. (2021). *Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: 4. Zwischenbericht*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB571). Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; infas - Institut für Angewandte Sozialwissenschaft GmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-73311-8>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



FORSCHUNGSBERICHT

571

Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

– 4. Zwischenbericht –

4. Zwischenbericht

Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

infas

infas Institut für angewandte
Sozialwissenschaft GmbH

Friedrich-Wilhelm-Straße 18
D-53113 Bonn
Tel. +49 (0)228/38 22-0
Fax +49 (0)228/31 00 71
info@infas.de
www.infas.de

Autorinnen und Autoren:

Julia Harand
Jacob Steinwede
Helmut Schröder
Nils Thiele

in Zusammenarbeit mit

Hochschule Fulda 
University of Applied Sciences

Bonn, Juni 2020

Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Die Durchführung der Untersuchungen sowie die Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen sind von den Auftragnehmern in eigener wissenschaftliche Verantwortung vorgenommen worden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales übernimmt insbesondere keine Gewähr für die Richtigkeit, Genauigkeit und Vollständigkeit der Untersuchungen.

Kurzbeschreibung

Die „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ (kurz: Teilhabestudie) untersucht die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen. Im empirischen Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigung erschließen sich Besonderheiten und spezifische Probleme der Lebenswelt von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Die Teilhabestudie befragt sowohl Personen in Privathaushalten als auch Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Altenpflege. Der vierte Zwischenbericht legt dazu sein empirisch orientiertes Konzept zur Messung von Beeinträchtigung und Behinderung unter der Prämisse internationaler Vergleichbarkeit dar. Auf dieser Grundlage stellt der Bericht erste deskriptive Ergebnisse der umfangreichen Befragung von Menschen mit und ohne Behinderungen in Privathaushalten vor und beschreibt den aktuellen Feldstand der Erhebung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen. Einbezogen werden auch Befunde aus qualitativen Interviews, die im Rahmen des Forschungsvorhabens durchgeführt wurden.

Abstract

The „Representative Survey on the Participation of People with Disabilities“ (short: participation survey) is the largest nationwide representative survey on the participation of people with disabilities in Germany. The aim of the study is to gain information about the life situations and participation opportunities of people with disabilities or impairments in various areas of life. In an empirical comparison with people without disabilities, the specific circumstances and boundaries of the living environment of people with disabilities become apparent. The participation survey asks people in private households as well as residents in institutions of integration assistance and institutions for the elderly. The fourth interim report presents its empirically oriented concept for measuring impairment and disability under the premise of international comparability. On this basis, the report presents the first descriptive results of the extensive survey of people with and without disabilities in private households and describes the current status of the survey of residents in facilities. Findings from qualitative interviews, which have been conducted as part of the research project as well, are also included.

Inhalt

Tabellenverzeichnis	9
Abbildungsverzeichnis	10
Abkürzungsverzeichnis	11
Zusammenfassung	13
1. Konzeptionelle Einordnung der Teilhabestudie	16
1.1 Teilhabe als politischer Auftrag	16
1.2 Anforderungen an die Teilhabestudie	19
1.3 Der analytisch-konzeptionelle Rahmen	19
1.3.1 Semantische Einordnung: Beeinträchtigung und Behinderung	19
1.3.2 Die Messung von Beeinträchtigung	23
1.3.3 Die analytische Differenzierung zwischen Beeinträchtigung und Behinderung	27
2. Erste deskriptive Befunde der Teilhabestudie	31
2.1 Beeinträchtigungen und subjektive Angaben zum Gesundheitszustand	31
2.2 Wohnen und alltägliche Lebensführung	38
2.3 Barrieren im öffentlichen Raum und Verkehr	45
2.4 Barrieren bei Freizeitaktivitäten	49
2.5 Einschätzungen zu gesellschaftlicher Teilhabe und Lebenszufriedenheit	50
2.6 Ausblick	53
3. Methodik I: Stand der Befragung in Privathaushalten	55
3.1 Die Befragung in Privathaushalten – Vorläufiger Abschluss der Erhebung	56
3.2 Die Gewichtung der Befragungsdaten (Screening und Haupterhebung)	60
3.2.1 Non-Response-Adjustierung der Designgewichte	61
3.2.2 Kalibrierung beim Screening	61
3.2.3 Gewichtung der Hauptbefragung: Bestimmung der Auswahlwahrscheinlichkeit in den Teilstichproben	62
3.2.4 Non-Response-Adjustierung der Hauptbefragung	62
3.2.5 Kalibrierung der Hauptbefragung	63

4.	Methodik II: Stand der Befragung in Einrichtungen	64
4.1	Die Auswahl von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen – ein mehrstufiger Prozess	64
4.2	Die Haupterhebung in Einrichtungen – Feldvorbereitung, Feldstart und aktueller Stand	68
4.2.1	<i>Kontaktierung von Einrichtungen und deren Bewohnerinnen und Bewohner</i>	68
4.2.2	<i>Schulung der Interviewerinnen und Interviewer</i>	70
4.2.3	<i>Erhebungsmethoden für die Befragung in Einrichtungen</i>	71
4.2.4	<i>Feldstand der Haupterhebung in Einrichtungen im März 2020</i>	74
5.	Methodik III: Problemzentrierte qualitative Interviews	77
5.1	Stichprobe	77
5.2	Befragungs- und Auswertungskonzept	77
	Literaturverzeichnis	79

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1</i>	<i>Analytische Abgrenzung bei der Unterscheidung zwischen „beeinträchtigt“ und „behindert“ (Basis: nur beeinträchtigte Personen)</i>	<i>28</i>
<i>Tabelle 2</i>	<i>Randverteilung der Befragung in Haushalten im Brutto-Netto-Vergleich</i>	<i>59</i>
<i>Tabelle 3</i>	<i>Basis für die Auswahl von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen</i>	<i>67</i>
<i>Tabelle 4</i>	<i>Randverteilung der Befragung in Einrichtungen im Brutto-Netto-Vergleich</i>	<i>76</i>
<i>Tabelle 5</i>	<i>Stichprobenübersicht für problemzentrierte Interviews</i>	<i>78</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Bio-psycho-soziale Konzeption nach ICF	20
Abbildung 2	Orientierung an internationaler Konvention und Sozialrecht	21
Abbildung 3	Operationalisierung von selbsteingeschätzter Behinderung	27
Abbildung 4	Altersgruppen nach Beeinträchtigungsstatus	29
Abbildung 5	Besitz eines Schwerbehindertenausweises nach Beeinträchtigungsstatus	30
Abbildung 6	Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung	32
Abbildung 7	Stärkste Beeinträchtigung nach Geschlecht	33
Abbildung 8	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands im Allgemeinen	34
Abbildung 9	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands nach Beeinträchtigungen	35
Abbildung 10	Ursache der stärksten Beeinträchtigung	36
Abbildung 11	Alter beim Eintritt der stärksten Beeinträchtigung	37
Abbildung 12	Progredienz der stärksten Beeinträchtigung	38
Abbildung 13	Haushaltskonstellationen nach Altersgruppen	40
Abbildung 14	Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Hausarbeiten	41
Abbildung 15	Bewertung der Unterstützung im Haushalt	42
Abbildung 16	Gründe für das Fehlen barrierefreier Ausstattung in Privathaushalten	43
Abbildung 17	Barrieren in der Öffentlichkeit	46
Abbildung 18	Barrieren im Verkehr	47
Abbildung 19	Profile von Freizeitaktivitäten	49
Abbildung 20	Gründe für Einschränkungen von Freizeitaktivitäten	50
Abbildung 21	Gesellschaftliche Teilhabe	51
Abbildung 22	Gesellschaftliche Teilhabe nach Beeinträchtigung	52
Abbildung 23	Zufriedenheit mit dem Leben	52
Abbildung 24	Statuswechsel vom Screening zur Hauptbefragung	57
Abbildung 25	Gewichtungsschritte für Screening und Haupterhebung in Privathaushalten	60
Abbildung 26	Befragung von Personen in Einrichtungen: Auswahl in mehreren Stufen	65
Abbildung 27	Ergebnis der Vorbefragung in Einrichtungen	67
Abbildung 28	Bedarfsgerechter Methodeneinsatz in der Einrichtung	73
Abbildung 29	Verteilung der Interviews nach Einrichtungsart im März 2020	74

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	absolut
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BT-Drs.	Bundestag-Drucksache
Bzw.	beziehungsweise
CASI	Computer Assisted Self Interview
d.h.	das heißt
DGS	Deutsche Gebärdensprache
DSQ	Disability Screening Questions
GDB	Grad der Schwerbehinderung
ggf.	gegebenenfalls
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
MDS	Model Disability Survey
qkm	Quadratkilometer
SGB	Sozialgesetzbuch
Tsd.	Tausend
u.	und
u.a.	unter anderem
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

Zusammenfassung

Von 2017 bis 2021 wird die umfassende „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ als erste Erhebung ihrer Art in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. Diese empirische Studie untersucht, inwiefern sich Beeinträchtigungen und Behinderungen auf Möglichkeiten der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen auswirken. Die Studie verfolgt das Ziel, belastbare Aussagen über die Lebenswelt von Menschen mit Beeinträchtigungen zu treffen. Insbesondere soll sie Antworten auf zentrale Fragen der Teilhabepolitik geben:

- Welche Chancen haben Menschen mit Beeinträchtigungen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben?
- Was kennzeichnet ihre Lebenssituationen?
- Welche gesellschaftlichen Bedingungen unterstützen und welche behindern die Verwirklichung ihrer Rechte auf Selbstbestimmung und Teilhabe?
- Welche Unterstützung wird in verschiedenen Lebensbereichen und Lebensphasen benötigt, um Teilhabemöglichkeiten zu erweitern?

Diese Fragen will das Forschungsvorhaben mittels mehrerer Teilstudien und Erhebungen bei Menschen mit und ohne Behinderung beantworten.

Konzeptionelle Einordnung der Teilhabestudie

Der Teilhabestudie liegt ein der ICF-Heuristik entsprechendes Konzept von Behinderung (bio-psychisch-sozialer Ansatz von Behinderung) zugrunde, das über die herkömmliche, medizinisch orientierte Vorstellung von Behinderung hinausgeht. Behinderung wird als dauerhafte Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe eines Menschen aufgefasst. Sie entsteht aus der Wechselwirkung von körperlichen Funktionseinschränkungen der Person einerseits und ungünstigen Faktoren der sozialen Umwelt auf der anderen Seite (Barrieren). Die Teilhabestudie schließt nicht nur die Menschen mit einer anerkannten Behinderung oder Schwerbehinderung ein. Sie schließt auch Personen mit Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen ein, sofern diese voraussichtlich länger als sechs Monate andauern (beeinträchtigte Personen). Zur empirischen Bestimmung von Beeinträchtigung und Behinderung nach ICF liegen im deutschen Sprachraum bislang noch keine einheitlichen oder gar bewährten Messoperationen vor. Die Teilhabestudie hat deshalb Grundsatzentscheidungen getroffen und entsprechende Messungen in der Erhebung vorgenommen. Die Vorgehensweise bei der Erfassung von Beeinträchtigungen sowie darauf basierend dann der Gruppendifinition für Menschen mit Behinderungen orientiert sich am Canadian Survey on Disability. Diese Methodik wendet das soziale Verständnis von Behinderung für die empirische Forschung praktisch an, indem zum einen Funktionsbeeinträchtigungen von Personen, zum anderen Einschränkung der täglichen Aktivitäten durch diese Funktionsbeeinträchtigungen erhoben werden. Beide empirischen Informationen werden für jede Befragungsperson miteinander in Beziehung gesetzt. Durch diese Kombination entstehen analytisch unterschiedene Gruppen: „Menschen mit Beeinträchtigung“ und „Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung“. Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung sind beeinträchtigten Personen mit vergleichsweise höherer Alltagseinschränkung und Funktionsbeeinträchtigung.

Erste deskriptive Ergebnisse

Der Bericht stellt erste deskriptive Ergebnisse der Erhebung in Privathaushalten vor. Dies ist möglich, da diese Erhebung zum Zeitpunkt der Berichtslegung weitgehend abgeschlossen werden konnte. Die Darstellung der Befunde beruht auf der analytischen Konzeption im Rahmen des bio-psychisch-sozialen Ansatzes von Behinderung und geht durchgängig mit dem Vergleich von nicht beeinträchtigten Menschen, beeinträchtigten Menschen sowie beeinträchtigten Menschen selbsteingeschätzter Behinderung einher. Aus der Vergleichsperspektive heraus wird deutlich: beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung haben zwar bei der Alltagsbewältigung in Privathaushalten – in der Breite gesehen – auch Handlungsautonomie, benötigen aber häufiger Unterstützung bei alltäglichen Arbeiten im Haushalt, die sie allerdings nicht stets erhalten. Für das Leben in Privathaushalten gilt, dass wesentliche Hilfestellungen aus den Kernfamilien der betroffenen Menschen heraus geleistet werden. In bedeutsamem Ausmaß bestehen zudem bei beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung Informationsdefizite über mögliche Unterstützungsleistungen, wonach nicht bekannt ist, welche ihnen Hilfe zusteht und wo etwas darüber in Erfahrung gebracht werden kann. Beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen sehen sich auch bei den Möglichkeiten, an Freizeit und Kultur teilzuhaben, vergleichsweise stärker eingeschränkt. Weitere Ergebnisse zeigen, dass sich beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung auch häufiger von der Gesellschaft ausgeschlossen fühlen – und mit ihrem Leben vergleichsweise weniger zufrieden sind.

Stand der Befragung in Privathaushalten

Eine zentrale Teilstudie des Forschungsvorhabens ist die Befragung von Menschen, die in privaten Haushalten leben. Um die Vielfalt der Lebenswelten von Frauen und Männern, von jüngeren und älteren Menschen, von Stadt- und Landbewohnerinnen und -bewohnern abbilden zu können, wurde eine große Stichprobe von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in Privathaushalten befragt. Die Haupterhebung der Teilhabebefragung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in Privathaushalten wurde Mitte März 2020 vorläufig abgeschlossen. Es wurden 22.043 Personen befragt, darunter 15.984 mit und 6.059 ohne Beeinträchtigungen.

Stand der Befragung in Einrichtungen

Die zweite zentrale Teilstudie des Forschungsvorhabens ist die Befragung von 5.000 Menschen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Altenpflege leben. Für die Teilhabebefragung in Einrichtungen waren vorab wesentliche Fragen zu beantworten: Nach welchen Kriterien müssen die zu befragenden Personen in den Einrichtungen ausgewählt werden, um die Anforderungen der Studie zu erfüllen? Wie sind die ausgewählten Personen anzusprechen, um sie zu einer Teilnahme an der Teilhabebefragung zu motivieren? Wie kann der Zugang in die Einrichtung und zu den ausgewählten Personen gewährleistet werden? Und was müssen die Interviewerinnen und Interviewer bei der Kontaktaufnahme sowie der Durchführung der Befragung bei dieser Zielgruppe beachten?

Der vorliegende Bericht stellt dar, welche Aspekte bei der Auswahl der zu befragenden Personen berücksichtigt wurden, wie die Einrichtungen für diese Auswahl angesprochen und wie die Interviewerinnen und Interviewer auf den Kontakt mit den Befragungspersonen sowie die Durchführung der Befragung vorbereitet wurden. Außerdem geht der Bericht auf den aktuellen Feldstand der Teilhabebefragung in Einrichtungen ein. Seit November 2019 findet die Haupterhebung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Altenpflege statt. Bis Mitte März 2020 wurden bereits 3.356 Personen in 327 Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Altenpflege befragt.

Qualitative Befragungen

Parallel zu den standardisierten Befragungen (in Privathaushalten und in Einrichtungen) wurden im Rahmen der Teilhabestudie auch 79 problemzentrierte (qualitative) Interviews geführt, die einen tieferen Einblick in die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen geben. Diese Interviews dienten explorativen Zwecken und gaben den betroffenen Personen die Gelegenheit, Probleme, Sichtweisen und Zusammenhänge in ihren ganz eigenen Worten zum Ausdruck zu bringen.

1. Konzeptionelle Einordnung der Teilhabestudie

1.1 Teilhabe als politischer Auftrag

Die „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“, im Folgenden kurz mit „Teilhabestudie“ bezeichnet, ist die bislang größte Studie zur sozialen Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Mit einem inklusiven Untersuchungskonzept werden Stichproben von beeinträchtigten und behinderten Menschen befragt. Mit einem Mixed-Mode-Ansatz gelingt es, auch Personen einzubeziehen, die oftmals mit klassischen Instrumenten der empirischen Sozialforschung nicht adäquat oder gar nicht erfasst und befragt werden (können). Das Ziel der Studie besteht darin, die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen anhand einer ausreichend großen Fallzahl abzubilden.

Die Studie legt dabei ein Konzept von „Behinderung“ zugrunde, welches über das herkömmliche, medizinisch orientierte Konzept von Behinderung hinausgeht. Stand im Rahmen des herkömmlichen medizinischen Konzepts vor allem die individuelle Funktionsstörung von Körper, Organen, Psyche, geistigen Fähigkeiten oder Sinnen im Mittelpunkt der Begutachtung und der institutionellen Hilfen, rückt nun die Frage der selbständigen Lebensführung und der sozialen Teilhabe von beeinträchtigten Menschen in den Fokus. Bereits vor gut zwei Jahrzehnten wurde das medizinisch geprägte Konzept von Behinderung international durch ein bio-psycho-soziales Konzept abgelöst. Behinderung ist nach dieser Überlegung eine dauerhafte und gravierende Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe eines Menschen, die sich aus einer Wechselwirkung von Funktionsbeeinträchtigung der Person einerseits und Faktoren der sozialen Umwelt auf der anderen Seite (Barrieren) ergibt. Anders als in der medizinisch dominierten Betrachtung ist Behinderung also nicht ausschließlich eine individuelle Ausprägung. Sie wird vielmehr ganz wesentlich durch Faktoren der physikalischen und sozialen Umwelt oder auch durch das Fehlen von Hilfsmitteln und Hilfseinrichtungen beeinflusst (WHO 2005).

Dieser bio-psycho-soziale Ansatz orientiert sich an den konzeptionellen Überlegungen des ICF und hat auch Eingang in die UN-Behindertenrechtskonvention (im Folgenden: UN-BRK) (WHO 2001) gefunden. Die dort niedergelegten Forderungen verstehen sich für einen Rechts- und Sozialstaat als selbstverständliche Ausformulierung der allgemeinen UN-Menschenrechte und der national verankerten Grundrechte. Die eigentliche Neuerung und Anforderung der UN-Konvention besteht darin, dass die selbständige Lebensführung und die soziale Inklusion von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen zum Grundprinzip für das gesellschaftliche Zusammenleben erklärt werden. In zum Teil umfangreichen Artikeln wird diese Inklusion in konkreten Lebensbereichen zugesagt:

- Sicherung der Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen,
- Freizügigkeit und Wahl der Staatsangehörigkeit,
- Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen,
- Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben,
- Förderung der Gesundheit und Prävention, Zugang zu Rehabilitation und Pflege,
- Berücksichtigung der besonderen Belange von behinderten Frauen, Kindern und alten Menschen,
- Sicherung des Zugangs zu Ehe, Familienbildung und Partnerschaft,
- Sicherung der Freiheit, Schutz vor Gewalt, Schutz der Unversehrtheit und Sicherung eines angemessenen Lebensstandards und der sozialen Sicherung,
- unabhängige Lebensführung und gesellschaftliche, politische sowie kulturelle Teilhabe,
- Zugänglichkeit von Gebäuden und Infrastruktur, Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen bei Wohnen, Bauen und Mobilität.

Teilhabe bezeichnet das Recht aller Menschen, am gesellschaftlichen Leben gleichberechtigt mit anderen teilzunehmen, sich zu beteiligen, einbezogen zu sein, mitwirken und mitbestimmen zu können. Dieses Recht gilt unabhängig von der Herkunft, dem Alter, dem Geschlecht oder dem Vorliegen einer Beeinträchtigung. Durch die Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat Deutschland eine besondere Verpflichtung gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen übernommen, bestehende Diskriminierungen zu beseitigen und Teilhabemöglichkeiten zu fördern. Die Lebensverhältnisse müssen so gestaltet werden, dass auch Menschen mit Beeinträchtigungen eine selbstbestimmte Lebensführung und soziale Teilhabe in allen Lebensbereichen möglich ist.

Die Forderungen der UN-BRK haben erhebliche Konsequenzen für Gesellschaft und Politik. Aus der Konvention leitet sich die Forderung ab, dass die Lebensverhältnisse so gestaltet werden, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen ihren selbstverständlichen Platz haben. Deutschland ist Unterzeichnerland; die Konvention ist hierzulande seit März 2009 in Kraft. Der Beitritt Deutschlands verpflichtet die Staatsorgane auf allen Ebenen der Verwaltung, bestehende Diskriminierungen von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen und zu vermeiden. Die Konvention fordert von Staat, Wirtschaft und Gesellschaft, Barrieren für die Teilhabe von Menschen mit einer funktionalen Beeinträchtigung abzubauen und die Teilnahmemöglichkeiten am sozialen und wirtschaftlichen Leben zu fördern. Die selbständige Lebensführung und die Inklusion von Menschen mit Behinderungen werden zu einem Grundprinzip für gesellschaftliches Zusammenleben erhoben.

Mit der Ratifizierung der Konvention verpflichten sich die Unterzeichnerstaaten auch zur Sammlung von Informationen und Statistiken, die es erlauben, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und den Stand der Umsetzung bzw. vorhandene Hindernisse zu ermitteln (Artikel 31 Absatz 1f. UN-BRK). Für die zuständigen Organe erwächst daraus auch eine Verpflichtung zur Berichterstattung, die über die herkömmlichen Berichte über die „Lage von Menschen mit Behinderungen und ihre Teilhabe“ (gemäß § 66 SGB IX) deutlich hinausgehen.

Die bisher vorliegenden empirischen Erkenntnisse und Fachstatistiken sind allerdings weit davon entfernt, die hier aufgetragenen Berichtspflichten zu befriedigen. Sowohl die amtliche Datenlage als auch die empirischen Forschungen über die Situation behinderter Menschen sind sehr lückenhaft (vgl. u.a. BMAS 2013; Schröttle/Hornberg 2014; Schröder/Schütz 2011). Statistiken basieren zumeist auf Registerdaten über Menschen, deren Beeinträchtigung oder Behinderung amtlich anerkannt ist und die öffentliche Leistungen beziehen. Sie geben zum Beispiel Auskunft über Menschen, die einen Schwerbehindertenausweis haben oder staatliche Leistungen aus der Eingliederungshilfe erhalten (Menschen in Einrichtungen, Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen, Menschen, die ein Rehabilitationsverfahren durchlaufen oder einen Nachteilsausgleich erhalten, wie etwa Landesblindengeld). Die Statistiken sind jeweils an sozialrechtlichen Leistungsfällen orientiert. Jede dieser Statistiken bildet ein eng gefasstes Segment von zumeist schwerer beeinträchtigten Personen ab. Auch in ihrer Gesamtheit zeigen diese Leistungsstatistiken das Ausmaß von Beeinträchtigungen und Behinderungen damit nur auszugsweise. Amtliche Statistiken haben einen Fokus auf besonders betroffene Menschen, die eine Leistung in Anspruch nehmen. Beeinträchtigte Personen, die nicht oder nicht mehr leistungsberechtigt sind, liegen außerhalb dieser Betrachtungen.

Auch große empirische Bevölkerungsstudien brachten hier bislang nicht wesentlich mehr Erkenntnis. Mit Blick auf Beeinträchtigungen beschränken sich diese Studien im Kontext der Soziodemografie in der Mehrzahl auf Merkmale amtlich festgestellter Behinderungen. Epidemiologische Studien zur Verbreitung von Beeinträchtigungen und Behinderungen im Sinne des ICF-Konzepts gibt es in Deutschland bislang nur ansatzweise.

So waren auch die Teilhabeberichte der Bundesregierung zwangsläufig auf eine schmale Datenbasis mit Fokus auf amtlich erfasste Menschen mit Behinderung gestützt (BMAS 2013, 2016). Dementsprechend ist das Bild über die Lebenswelt von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen rudimentär. Es mangelt vor allem an empirischen Daten entsprechend der ICF-Konzeption von Behinderung. Verallgemeinerungsfähige Aussagen über die Lebenslagen von beeinträchtigten Menschen, ihre soziale Teilhabe, ihre Gesundheit, ihre wirtschaftliche Lage, über Partnerschaft, Familie, Wohnen und Mobilität und andere wichtige Aspekte sozialer Integration standen bislang nicht zur Verfügung. In der Folge mangelt es auch an entsprechenden Differenzierungs- und Vergleichsmöglichkeiten z.B. nach Art und Schwere der Behinderung und anderen sozialstrukturellen Merkmalen (z.B. Migrationsstatus, Bildungsabschluss, Einkommenssituation des Haushalts). Damit fehlen Informationen über konkrete Einschränkungen der Teilhabe der betroffenen Personen im Alltag, in der Gesellschaft und im Arbeitsleben (Hornberg et al. 2011, Schröder/Schütz 2011).

Dieser Mangel steht in einem bemerkenswerten Widerspruch zu den langjährigen Bemühungen von Behindertenverbänden, zuständigen Stellen und den vielen engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den unterschiedlichen Organisationen. Obwohl man in Deutschland gerne auf eine faktenbasierte Politik setzt, gibt es ein erstaunliches Defizit bei den empirischen Grundlagen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat deshalb zunächst eine konzeptionelle Vorstudie erstellen lassen (Schrötte/Hornberg 2014).

Auf der Grundlage eines vollständig neu entwickelten Stichproben- und Befragungskonzepts wurde 2017 das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Bonn, mit der Durchführung der „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ beauftragt. Die Studie soll für alle Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen gelten, unabhängig von der Art der Beeinträchtigung und auch unabhängig davon, ob die Menschen zu Hause oder in einer Einrichtung leben. Untersucht wird die gelebte Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen. Ein besonderer Fokus liegt auf den Möglichkeiten selbstbestimmter Lebensführung und den personellen und technischen Hilfen sowie Heilmitteln, die Menschen mit Beeinträchtigungen in Anspruch nehmen. Die Repräsentativerhebung soll Aufschluss darüber geben, wo Teilhabe gelingt und wo es Barrieren gibt, die Teilhabe einschränken oder verhindern. Die Leitfragen verdeutlichen diese Ausrichtung auf die Teilhabepolitik:

- Welche Chancen haben Menschen mit Beeinträchtigungen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben?
- Was behindert die Teilhabe?
- Wie ist die Lebenssituation von beeinträchtigten Menschen?
- Welche gesellschaftlichen Bedingungen unterstützen und welche behindern die Verwirklichung ihrer Rechte auf Selbstbestimmung und Teilhabe?
- Welche Unterstützung wird in verschiedenen Lebensbereichen und Lebensphasen benötigt, um Teilhabemöglichkeiten zu erweitern?

1.2 Anforderungen an die Teilhabestudie

Der Anspruch, eine repräsentative Erhebung durchzuführen, die für alle Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen – unabhängig von der Art ihrer Beeinträchtigungen und ihren Lebensumständen – aussagefähig ist, stellt ganz besondere Anforderungen an das Design einer solchen Studie. Diese Anforderungen betreffen sowohl die Abgrenzung des Untersuchungsfeldes als auch die Stichproben und die Messungen:

- Das Untersuchungsfeld und der Gültigkeitsbereich der Studie müssen uneindeutig geklärt sein. Es ist eine semantische Abgrenzung und zuverlässige Messung von „Beeinträchtigung“ und „Behinderung“ sowie nicht zuletzt die Anschlussfähigkeit an sozialrechtliche Definitionen von „Behinderung“ erforderlich.
- Stichprobentheoretisch muss sichergestellt sein, dass mit der Auswahl der befragten Personen keine Unter- oder Übererfassungen verbunden sind. Zur Einlösung dieser Anforderung ist ein Stichprobenkonzept erforderlich, das die theoretische Grundgesamtheit der Untersuchung vollständig und überschneidungsfrei abbildet.
- Mess- und erhebungstheoretisch sollen die Untersuchungsfragen unabhängig von der Art der Behinderung gleichermaßen gültig und zuverlässig sein. Um behinderungsbedingte Einschränkungen der Teilnahme an der Befragung zu minimieren, gilt es Erhebungsmethoden einzusetzen, die möglichst allen Betroffenen die Möglichkeit bieten, ihre Perspektive und Erfahrungen persönlich zu schildern.
- Unter dem Gesichtspunkt von Inklusion und Praxisrelevanz ist stets kritisch zu prüfen, ob die Untersuchungsthemen für die Betroffenen, für die Sozialpolitik und für die Wissenschaft relevant sind und die Akzeptanz der Betroffenen finden. Für diesen Zweck wurden ein inklusiver und ein wissenschaftlicher Beirat eingesetzt und verschiedene Abstimmungsrunden mit den zuständigen Stellen im federführenden Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) durchgeführt.

1.3 Der analytisch-konzeptionelle Rahmen

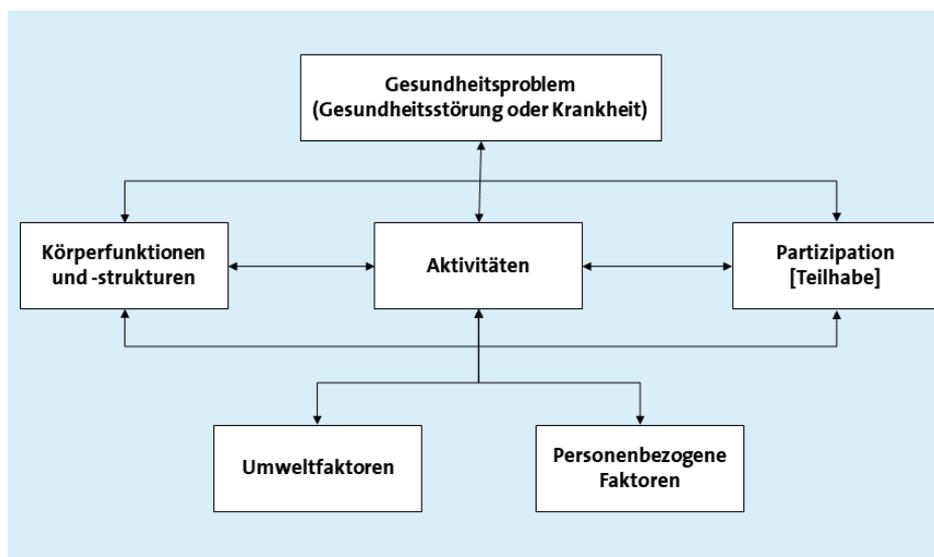
1.3.1 Semantische Einordnung: Beeinträchtigung und Behinderung

Die Studienkonzeption – also Fragestellungen, Stichproben, Erhebungen, Auswertungen und Schlussfolgerungen – steht und fällt mit der Eingrenzung des Untersuchungsfeldes. Hierbei macht es einen entscheidenden Unterschied, ob der Fokus der Untersuchung erst mit Eintritt einer amtlichen Anerkennung einer Behinderung beginnt oder bereits bei körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen und damit verbundenen Einschränkungen der Teilhabe als Vorgeschichte zu einer Behinderung. Unter dem Gesichtspunkt von Prävention und der Vermeidung von Teilhabebarrrieren ist es notwendig, die Betrachtung bereits im frühen Stadium einer sich abzeichnenden Behinderung zu beginnen.

Die Teilhabestudie legt ein solch weit gefasstes Konzept zugrunde. Sie schließt damit nicht nur die Menschen mit einer anerkannten Behinderung oder Schwerbehinderung ein, sondern auch Personen mit Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen, die voraussichtlich länger als sechs Monate andauern. Die Teilhabestudie steht damit auch im Einklang mit der Teilhabeberichterstattung der Bundesregierung (vgl. BMAS 2016: 24f). Dort wird auch das Grundverständnis von „Beeinträchtigung“ und „Behinderung“ exploriert. Der Begriff „Beeinträchtigung“ bezieht sich auf „konkrete Einschränkungen bei Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen, mit denen betroffene Menschen konfrontiert sind“ (BMAS 2013: 7). Von einer „Behinderung“ wird dann gesprochen, „wenn Beeinträchtigungen mit Barrieren in der Umwelt so zusammenwirken, dass dies eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft einschränkt“ (BMAS 2016: 22).

Die Unterscheidung zwischen Beeinträchtigung und Behinderung beruht auf dem international von den Vereinten Nationen und der WHO vertretenen ICF-Konzept (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO 2001: DIMDI 2005). Behinderung wird danach als problematische Wechselbeziehung verstanden: eine Wechselbeziehung zwischen individuellen Funktionsstörungen von Körper, Organen, Psyche, geistigen Fähigkeiten oder Sinnen einerseits und Kontextfaktoren, die Aktivitäten der Betroffenen und ihre Teilhabe einschränken, andererseits. „Behinderung“ hat jeweils individuelle bio-psycho-soziale Aspekte, die erst in ihrem Zusammenwirken zu einer gelungenen oder verhinderten Teilnahme an Lebensbereichen des Alltags führen.

Abbildung 1 Bio-psycho-soziale Konzeption nach ICF



Quelle: DIMDI 2005: 23; vgl. WHO 2001: 18

Dieses ICF-Konzept¹ trägt den sozialen Einflussfaktoren von Behinderung Rechnung, indem die dynamische Interaktion zwischen der körperlichen oder seelischen Beeinträchtigung (z.B. Krankheit, Gesundheitsstörung, Traumata) und den Kontextfaktoren in den Blick genommen wird (z.B. Einflüsse des sozialen Umfelds, Normen und Werte). Nach diesem Verständnis wird beeinträchtigte Teilhabe zur eigentlichen Behinderung. Behinderung ist nicht ausschließlich eine individuelle Eigenschaft. Sie wird wesentlich durch Faktoren der physikalischen und sozialen Umwelt oder durch das Fehlen von Hilfs- bzw. Heilmitteln sowie personellen Hilfen bewirkt.

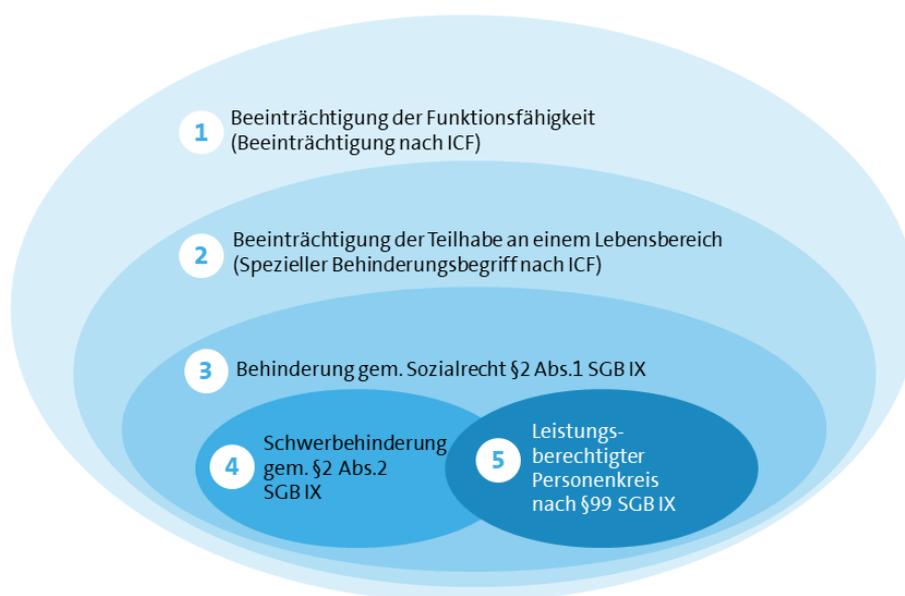
Auf diesem Grundverständnis fußt sowohl die UN-Behindertenrechtskonvention als auch die jüngst geänderte Fassung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), woran sich auch die Teilhabestudie ausrichtet. Ausgangspunkt der Erhebung sind innerhalb der Bevölkerung jene Menschen, die länger andauernde Erkrankungen oder Beeinträchtigungen bei Körperfunktionen oder -strukturen haben. Dies

¹ Vielfach wird hier von einem „Modell“ gesprochen, etwa bei Wacker (Wacker 2019, 15): „Das Modell bietet eine Palette an Komponenten (...) die sich untereinander beeinflussen und zugleich mit Kontextfaktoren in Wechselwirkungen stehen“. Es ist indes Zurückhaltung geboten, die ICF-Konzeption als wissenschaftliches Modell zu bezeichnen, denn die darin aufgeführten Elemente und ihre zirkuläre Verknüpfung lassen keine Unterscheidung zwischen abhängigen und unabhängigen Variablen zu. Die ICF-Konzeption erfüllt eher eine (wichtige) heuristische Funktion.

können Einschränkungen der Beweglichkeit, der Sinne (Sehen, Hören, Sprechen), Erkrankungen der Psyche oder Beeinträchtigungen der geistigen Leistungen sein. Die Menge der Personen mit Beeinträchtigungen bildet den weitesten Untersuchungsradius der Studie.

Führen diese funktionalen Beeinträchtigungen zu Einschränkungen des normalen Alltagshandelns, weil Hilfsmittel fehlen oder Umwelt- und personenbezogenen Faktoren Barrieren bilden, entstehen Behinderungen, die soziale Teilhabe einschränken können. Erst nach dieser Gesamtbetrachtung kann die Frage nach Teilhabemöglichkeiten und -beschränkungen differenziert beantwortet werden. In der nachstehenden Abbildung ist dies als Kreis 2 dargestellt.

Abbildung 2 Orientierung an internationaler Konvention und Sozialrecht



infas

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Quelle: in Anlehnung an Schuntermann (2006)

In der Erhebung der Teilhabestudie werden sowohl Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit als auch Beeinträchtigungen der Teilhabe an Lebensbereichen erfasst. Ausgehend von einer Liste mit zehn Gruppen funktionaler Beeinträchtigungen von Körper, Geist und Seele werden zunächst das Ausmaß und die Stärke der Funktionseinschränkungen ermittelt, die trotz Nutzung von Hilfsmitteln bestehen. In einem zweiten Schritt wird die subjektiv empfundene Stärke ermittelt, mit der diese Beeinträchtigung die Aktivitäten im Alltag einschränkt. Im weiteren Verlauf des Interviews wird dann systematisch die gelebte und erlebte Teilhabe in wesentlichen Lebensbereichen ermittelt. In den Blick genommen werden Teilhabemöglichkeiten und -grenzen vor allem beim Wohnen, bei Selbstversorgung und häuslichem Leben, bei Mobilität und Kommunikation, bei Teilhabe in Freizeit und Kultur, bei sozialer Einbindung und Selbstbestimmung der Person, bei politischer Teilhabe sowie bei Aspekten der Gesundheitsversorgung, der Teilhabe an Bildung, an Erwerbstätigkeit und an sozio-ökonomischer Verteilung. Mit differenzierten Fragen nach Teilhabemöglichkeiten und -begrenzungen wird ermittelt, in welchen Lebensbereichen sich die Personen als beeinträchtigt einschätzen bzw. Unterstützung durch Hilfs- und Heilmittel bzw. persönliche Assistenz benötigen.

Für eine sozialwissenschaftliche Studie wäre diese Betrachtungsebene der ICF-Konzeption im Grunde schon ausreichend. Die Studie soll allerdings auch Evidenz für sozialrechtliche Fragestellungen haben und

anschlussfähig an die amtliche Statistik sein. Dafür bedarf es an dieser Stelle noch einer Klärung, wie das ICF-orientierte Konzept mit dem sozialrechtlichen Verständnis von Behinderung zusammenpasst. Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) definiert in § 2 Absatz 1: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“ Satz 1 dieser Definition entspricht im Wesentlichen dem dargelegten ICF-Grundverständnis. Darauf wurde bei der Novellierung des Rechts auch noch einmal entsprechend Bezug genommen (Deutscher Bundestag, BT-Drs. 18/9522: 192). Satz 2 präzisiert, dass die Funktionseinschränkung an einem altersgerechten Entwicklungsstand bemessen wird. Ausdrücklich wird mit Satz 3 eine *drohende Behinderung* als sozialrechtlich relevanter Sachverhalt definiert. Die ICF-Perspektive spiegelt sich also ebenfalls in der sozialrechtlichen Betrachtung wider, wenn auch nur in Nuancen.

Der vierte Kreis von Menschen mit Behinderung kommt in der sozialrechtlich relevanten Definition von Schwerbehinderung zum Ausdruck. Auch hier gibt das Sozialgesetzbuch IX mit § 2 Absatz 2 eine Definition vor: „Menschen sind im Sinne des Teils 3 [SGB IX, d. Verf.] schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 [SGB IX] rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.“ Für Menschen mit einem Grad an Beeinträchtigung unter 50 Prozent öffnet das Gesetz den Zugang zu Förderleistungen durch den Tatbestand der „Gleichstellung“. „Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 [SGB IX] nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen)“ (§ 2 Absatz 2 SGB IX). Beide Rechtsstatus (der in oben stehender Abbildung umrissene Kreis 4) lassen sich in der Teilhabestudie abbilden, indem nach einer amtlichen Anerkennung der Behinderung, dem Besitz eines Schwerbehindertenausweises und dem Grad der Schwerbehinderung gefragt wird.

Der fünfte Kreis von Behinderung, der für die Teilhabestudie relevant ist, fasst das Konzept noch enger. Es grenzt die Betrachtung auf den Kreis von Personen ein, die eine wesentliche Beeinträchtigung haben und denen deshalb Leistungen aus der Eingliederungshilfe zustehen. In der inzwischen aufgehobenen Eingliederungshilfeverordnung wurde diese Teilgruppe als „wesentlich behindert“ bezeichnet. Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde die Eingliederungshilfe in das novellierte SGB IX integriert. Hier spricht man nun vom „leistungsberechtigten Personenkreis“ (§ 99 SGB IX). Voraussetzung für die Leistungsberechtigung ist, dass die Teilhabe der Betroffenen wesentlich eingeschränkt ist. Die ursprüngliche Idee, die Anzahl der eingeschränkten Lebensbereiche zum Kriterium für die „wesentliche Teilhabeeinschränkung“ zu nehmen, wurde nach einer empirischen Prüfung verworfen (Deutscher Bundestag, BT-Drs. 19/4500). Zurzeit laufen im politischen Raum Verhandlungen über alternative Indikatoren. Bei den zuständigen Kostenträgern sind inzwischen Instrumente zur Bedarfsfeststellung eingeführt, die für unterschiedliche Lebensbereiche die Teilhabemöglichkeiten und -einschränkungen sowie den Unterstützungsbedarf abklären (individuelle Teilhabepanung). Im Idealfall erfolgt die Abklärung zusammen mit dem betroffenen Menschen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die deutsche Teilhabestudie sowohl die Beeinträchtigungen als auch die Faktoren für Teilhabe in den Lebensbereichen abbildet. Die Grundlage bilden Angaben und Einschätzungen der betroffenen Personen selber. Sofern die Behinderung amtlich anerkannt ist, kann auch eine sozialrechtliche Einordnung mit Hilfe bewährter Indikatoren vorgenommen werden.

1.3.2 Die Messung von Beeinträchtigung

Nach der analytischen und rechtlichen Einordnung im vorangegangenen Abschnitt wenden wir uns nun der Operationalisierung und Messung der zentralen analytischen Kategorien zu. Für die Kategorien „Beeinträchtigung“ und „Behinderung“ liegen im Rahmen der empirischen Sozialforschung in Deutschland bislang noch keine einheitlichen oder bewährten Messoperationen vor. Die Teilhabestudie hat deshalb an dieser Stelle einige Grundsatzentscheidungen getroffen, die wir im Folgenden darlegen. Die Entscheidungen betrafen sowohl das Messkonzept als auch die Tiefe der Erfassung von Beeinträchtigungen. Im Grundsatz ging es dabei um die Frage, ob sich die Studie in der Tradition der klinischen Diagnostik bzw. Epidemiologie bewegen soll oder in der Tradition sozialwissenschaftlicher Surveys. Beide Richtungen basieren auf Selbsteinschätzungen befragter Personen.

Im Fall der klinischen Diagnostik bzw. Epidemiologie kommen geeichte differenzial-diagnostische Erhebungsinstrumente zum Einsatz. Das zu messende Konstrukt wird mit Hilfe von geeichten Skalen bzw. einer umfangreichen Itematterie mit dem Ziel gemessen, Hinweise auf das Vorliegen einer Erkrankung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erhalten. Beispiele für diagnostische Instrumente sind etwa der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D), der mit vier Unterskalen den psychosomatischen Gesundheitsstatus einer Person eingeschätzt (Screening) (Löwe et al. 2002). Die Unterskalen geben den behandelnden Medizinerinnen einen ersten Hinweis auf die Schwere einer Depression (PHQ-9), das Vorliegen einer somatischen Erkrankung (PHQ-14), das Vorliegen von Angstsymptomen (GAD-7) sowie Indikatoren für Stress (PHQ-Stressmodul). Ein zweites Beispiel aus der psychosomatischen Diagnostik ist der „Fragebogen zum Gesundheitszustand – SF-36“. Er misst Indikatoren für die psychosomatische Funktionsfähigkeit bzw. Einschränkungen (Morfeld et al. 2011). Mit Hilfe von 36 Items werden acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit indiziert. Das Screeninginstrument liegt auch in einer Kurzform mit 12 Items vor (SF-12/SF-12S). Beide Gesundheitsfragebögen, PHQ-D und SF-32 bzw. SF-36, die hier beispielhaft genannt werden, haben die Funktion von Screeninginstrumenten, die in der klinischen Praxis einen ersten Überblick über den Status eines Patienten geben sollen. Sie bilden nur einen ersten Zugang zum Patienten und ersetzen nicht die differenzierte Diagnose durch die behandelnden Mediziner oder Psychotherapeuten. Für den Einsatz im Rahmen der Teilhabestudie sind beide Instrumente wenig geeignet, weil sie einerseits sehr spezifisch auf akute psychosomatische Beschwerden ausgerichtet sind und andererseits Sinnesbeeinträchtigungen, chronische, angeborene und sonstige Beeinträchtigungen nicht ausreichend abbilden.

Auf den ersten Blick erschien dagegen ein Konzept der WHO für die Zwecke der Teilhabestudie geeigneter: der sogenannte Model Disability Survey (MDS; Coenen et al. 2016). Dieser Fragebogen misst den aktuellen Gesundheitszustand umfassend und nimmt mögliche Beeinträchtigungen von Körper- und Sinnesfunktionen sowie Barrieren und Hilfestellungen in den Blick, die Einfluss auf die Teilhabe von beeinträchtigten Menschen haben können. Der Fragebogen setzt im Großen und Ganzen das ICF-Konzept in ein Screeninginstrument um. Der Fragebogen wird im Rahmen von nationalen und internationalen Befragungen eingesetzt, um die Verbreitung von Beeinträchtigungen im internationalen Vergleich zu messen. Das Ziel ist eine epidemiologische Bestimmung der Prävalenz von Beeinträchtigungen und Behinderungen.

Der Fragebogen zum MDS ist unbestritten ein großer Fortschritt auf dem Weg zur Messung von Beeinträchtigungen und Behinderungen nach dem ICF-Konzept, und für eine epidemiologische Studie bildet das Instrument sicher eine gute Ausgangsbasis. Es gibt jedoch Gründe, die gegen eine vollständige Replikation des Fragebogens oder von Skalen in der Teilhabestudie sprachen:

- Die Teilhabestudie ist keine epidemiologische Studie. Sie hat vielmehr den Auftrag, Barrieren für die Teilhabe von Menschen an gesellschaftlichen Handlungsfeldern zu ermitteln und Ansatzpunkte für eine Verbesserung

der Teilhabe zu gewinnen. Der Schwerpunkt der Studie liegt auf der Messung von Teilhabeverhalten bzw. den Rahmenbedingungen. Ergebnisse über die Verbreitung und Differenzierung von Beeinträchtigungen sind ein eher – erwünschtes – Nebenprodukt der Studie.

Für das Untersuchungskonzept der Teilhabestudie und die Entwicklung der Erhebungsinstrumente hat das MDS allerdings einen unschätzbaren heuristischen Wert. Einige Prinzipien und Operationalisierungen, die mit dem MDS für die ICF-orientierte Messung von Beeinträchtigungen verbunden sind, wurden von der Teilhabestudie übernommen. Darüber hinaus wurden auch die Lösungsansätze von international agierenden Arbeitsgruppen und Statistischen Ämtern in Augenschein genommen. Insbesondere die von Statistics Canada entwickelten "Disability Screening Questions (DSQ)" (Grondin 2016) sowie die von der Washington Group on Disability Statistics (WG) entwickelten Fragen (WG 2009, 2011, 2017, vgl. auch WG/BI/UN ESCAP (o.J.), UN ESCAP/WG (o.J.)) waren Vorbilder für das Screeninginstrument, das für Zwecke der Teilhabestudie in Kurzform und in Langform entwickelt wurde. Darüber hinaus wurden aus dem deutschsprachigen Raum insbesondere die Operationalisierungen der Gesundheit in Deutschland-Studie (GEDA) des Robert Koch-Instituts berücksichtigt. Die Screeningfragen der genannten Surveys ähneln sich stark. Sie werden den oben skizzierten Rahmenbedingungen und Anforderungen für eine Massenerhebung gerecht und bildeten deshalb praktikable Vorlagen für die Entwicklung der Erhebungsinstrumente der deutschen Teilhabestudie.

Die Stichprobenziehung für die Teilhabestudie muss sicherstellen, dass mit der Auswahl der befragten Personen keine Unter- oder Übererfassungen verbunden sind. Zur Einhaltung dieser Voraussetzung ist ein Stichprobenkonzept erforderlich, welches die Grundgesamtheit vollständig abbildet. Die Teilhabestudie besteht daher im Wesentlichen aus drei Teilstudien: eine Befragung von Personen, die in Privathaushalten leben, eine Erhebung bei Personen, die in Einrichtungen (Einrichtungen der Eingliederungshilfe (besondere Wohnformen), im betreuten Wohnen und in Alten- und Pflegeheimen) leben sowie bei Personen, die mit den beiden anderen Teilerhebungen schwer zu erreichen sind (z.B. Wohnungslose). An dieser Stelle fokussieren wir uns zunächst auf die Befragung in Haushalten. Diese Teilstudie wurde in zwei Schritten durchgeführt. In einem ersten Schritt wurde eine schriftliche Kurzbefragung mit einem einfacheren Screeninginstrument durchgeführt, um Menschen mit einer Beeinträchtigung (grob) zu identifizieren. Hier kam die Kurzform der Screeningfragen zum Einsatz. In einem zweiten Schritt wurde dann eine Einsatzstichprobe mit beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten Personen gezogen und eingehend befragt. Anhand einer differenzierten Abfrage von Indikatoren wurden deren Einschränkungen im alltäglichen Handeln und alle Funktionsbeeinträchtigungen ermittelt. Für insgesamt zehn Funktionsbereiche wird die Person gefragt, ob eine Beeinträchtigung von Körper-, Sinnes-, kognitiven oder seelischen Funktionen vorliegt. Ist dies trotz Benutzung von Hilfsmitteln der Fall, wird danach gefragt, wie stark die Funktionseinschränkung ist und wie sehr sie die Aktivitäten im Alltag einschränkt. Diese standardisierte Abfrage von Beeinträchtigungen durchlaufen alle Personen unabhängig davon, ob sie in der Screeningerhebung Beeinträchtigungen genannt haben oder nicht. Erst auf Grundlage dieser ausführlichen Abfrage im Fragebogen der Haupterhebung erfolgt die Zuordnung der Befragten zur Teilgesamtheit der beeinträchtigten und der nicht beeinträchtigten Menschen. Im Hauptteil des Fragebogens wird dann eingehend die Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen ermittelt. Thematisiert werden Möglichkeiten und Barrieren bei täglichen Verrichtungen im Haushalt, bei der Mobilität, im sozialen Umfeld und bei der Kommunikation, in der Freizeit, bei der politischen Partizipation sowie bei Bildung und Arbeit.

Die Vorgehensweise bei der Messung von Beeinträchtigungen und der Berechnung eines Index für Behinderungen² orientiert sich vor allem am Canadian Survey on Disability.³ Mit der Methodik des Canadian Survey on Disability, der mit einem Set sogenannter „Disability Screening Questions“ (DSQ) und einer darauf basierenden Indexbildung arbeitet, wird das soziale Verständnis von Behinderung für die empirische Forschung praktisch angewendet. Dies geschieht, indem zum einen

Funktionsbeeinträchtigungen von Personen erhoben werden, zum anderen die *Einschränkung der täglichen Aktivitäten* in Konsequenz der Beeinträchtigung gemessen wird:

„According to the social model of disability, an individual has a disability, if daily activities are limited because of a long-term condition or health problem.“⁴

Mit dieser leitenden Forschungshypothese wird eine generelle methodische Entscheidung verbunden. Die Entscheidung besteht darin, dass Informationen, die auf subjektiven Angaben von Betroffenen beruhen, für eine Gruppenunterscheidung zwischen Behinderung und Beeinträchtigung verwendet werden können. Die damit verbundene Grundüberlegung, in der die ICF-Heuristik reflektiert ist, sei an dieser Stelle noch einmal wiederholt: Das Vorhandensein einer individuellen Funktionsbeeinträchtigung allein reicht für die Bestimmung von Behinderung nicht aus. Um Menschen mit einer Behinderung zu identifizieren, müssen externe Faktoren mit in Betracht gezogen werden. Daher messen die Disability Screening Questions, welche Schwierigkeiten in verschiedenen Funktionsbereichen auftreten und inwieweit tägliche Aktivitäten dadurch eingeschränkt werden. Im Ergebnis werden Personen, die eine Einschränkung ihrer täglichen Aktivitäten bis zu einem bestimmten Grad angeben, als behinderte Personen gesehen.

Nach diesen Grundüberlegungen und den damit verbundenen Messkonzepten wurde auch in der deutschen Teilhabestudie verfahren. So fragt der Fragebogen der deutschen Teilhabestudie unter Berücksichtigung der relevanten sozialrechtlichen Aspekte, ob eine Person mit einer (oder mehreren) dauerhaften Beeinträchtigungen, die schon seit sechs Monaten andauern oder wahrscheinlich so lange andauern werden, lebt. Dabei werden oben bereits erwähnte zehn Beeinträchtigungen in den Blick genommen:

- Beeinträchtigung beim Sehen,
- Beeinträchtigung beim Hören,
- Beeinträchtigung beim Sprechen,
- Beeinträchtigung beim Bewegen,
- Beeinträchtigung beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag,
- Beeinträchtigung durch seelische oder psychische Probleme,
- Beeinträchtigung durch eine Suchterkrankung,
- Beeinträchtigung durch chronische Erkrankungen,
- Beeinträchtigung durch Schmerzen,
- andere dauerhafte Beeinträchtigung oder Behinderung.

² Zu den wichtigsten Beispielen gehören die Konzeptionen der international ausgerichteten „Washington Group on Disability Statistics“, die vor allem die leitende Fragestellung der „prevalence of functional difficulties at different levels of severity“ untersucht. Vgl.: <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/12/Disability-Measurement-and-Monitoring-Using-the-WG-Disability-Questions-July-2018.pdf>; Aufgerufen am 03.03.2020. Für komparativ ausgerichtete Messkonzepte steht auch der [Life Opportunities Survey \(LOS\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/disability/methodologies/lifeopportunitiesurveyqmi) in Großbritannien, durchgeführt durch das britische Office for National Statistics: Siehe: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/disability/methodologies/lifeopportunitiesurveyqmi>. Aufgerufen am 03.03.2020.

³ Vgl. zum generellen Vorgehen bei der kanadischen Befragung und bei der Bildung analytischer Variablen: Chantal Grondin 2016, A New Measure of Disability: the Disability Screening Questions DSQ. Canadian Survey of Disability 2012, Statistics Canada, Catalogue no. 89-654-X2016003.

⁴ Ebd. p. 29; zur weiteren Diskussion und Anwendung der DSQ-Fragen und der entsprechenden Umsetzung vgl. auch: Elisabeth Cloutier, Chantal Grondin and Amélie Lévesque 2018: Canadian Survey on Disability, 2017: Concepts and Methods Guide, Canadian Survey on Disability, Statistics Canada, Catalogue no. 89-654-X2018001.

Gibt eine Person mehrere Beeinträchtigungen an, wird nachgefragt, welche der genannten Beeinträchtigungen die Person am stärksten und welche sie am zweitstärksten im Alltag einschränkt. Für alle genannten erst- und zweitstärksten Beeinträchtigungen einer Person werden detaillierte Nachfragen gestellt. Analog dem kanadischen Vorgehen stehen hierbei auch im deutschen Fragebogen die folgenden beiden Informationen im Zentrum der Aufmerksamkeit:

- **Die subjektive Angabe zur Stärke der Beeinträchtigung:**

Wie sehr ist [die Fähigkeit] beeinträchtigt, auch wenn Hilfsmittel benutzt werden (mit der Skalierung: wenig, etwas, ziemlich oder stark beeinträchtigt).

- **Die subjektive Angabe zur Einschränkung im Alltag:**

Wie sehr schränkt die [Beeinträchtigung der Fähigkeit] bei Aktivitäten im Alltag ein, auch wenn entsprechende Hilfsmittel genutzt werden (mit der Skalierung: überhaupt nicht, etwas, ziemlich, stark).⁵

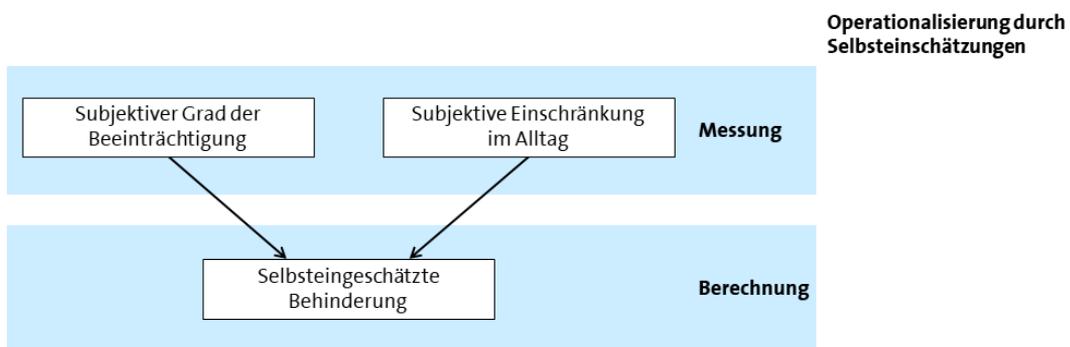
Die subjektive Angabe zur Einschränkung *im Alltag* stellt dabei eine generalisierte Information über die soziale Lebenswelt der Betroffenen dar. Mit dieser Einschätzung sind im Rahmen des hier beschriebenen Vorgehens die sozialen und Umweltaspekte konzeptualisiert, die mit der ICF-Heuristik angesprochen sind. Der Alltag und seine Bewältigung, so das hierbei grundlegende Argument, stellt eine für *jeden* praktischen Lebensvollzug relevante soziale oder „Umwelt“-Situation dar. Jedes Individuum steht dem Problem der Alltagsbewältigung gegenüber. Dies gilt ganz unabhängig von sozialen Eigenschaften, die im jeweiligen Leben eine Rolle spielen. In der individuellen Alltagsbewältigung bündeln sich, wenn auch für jede Person verschieden, doch stets jene bedeutungsvollen Offenheiten oder Eingrenzungen, Chancen oder Hürden, Freiräume oder Barrieren, mit denen ein Mensch konfrontiert ist und die stets aus der relevanten Lebensumgebung ableitbar sind – und diese damit auch „repräsentieren“ können.

⁵ Eine vierstufige Skalierung aller Variablen wurde für die deutschen Teilhabestudie generell eingesetzt, um die Antwortvorgaben für die Befragten leichter verständlich zu machen, und auch, um oft informationsarme Mittelkategorien („teils, teils“) zu vermeiden. Mit Blick auf beeinträchtigte Personen arbeitet die deutsche Teilhabestudie dabei mit Filtervorfragen, die im Screeningmodul die entsprechenden Gruppen (nicht beeinträchtigte Personen vs. beeinträchtigte Personen) trennen. Die detaillierten Nachfragen gehen dann an alle beeinträchtigten Personen, aus deren „Pool“ heraus dann den Angaben entsprechend die behinderten Personen identifiziert werden.

1.3.3 Die analytische Differenzierung zwischen Beeinträchtigung und Behinderung

Nach diesen Ausführungen zum Messkonzept stellt sich die analytisch und forschungskonzeptionell relevante Frage: Wie kann eine (Gruppen-) Unterscheidung zwischen beeinträchtigten und behinderten Personen auf der Basis der skizzierten Befragungsdaten – also ausgehend von den subjektiven Einschätzungen der Betroffenen selbst – vorgenommen werden? „Wie sehr ist eine Körperfunktion beeinträchtigt?“ und „Wie sehr schränkt diese Beeinträchtigung die Person bei ihren Aktivitäten im Alltag ein?“ Diese Einschätzungen werden im Rahmen der deutschen Teilhabestudie von niemand anderem als den Befragten getroffen. Die Befragten selbst geben die relevanten Informationen über Lebenssituationen an. Diese Daten sind damit Selbstzuschreibungen der Betroffenen. Sie müssen also nicht identisch mit einer amtlichen Zuschreibung durch Dritte sein, wie sie etwa bei der amtlichen Begutachtung für einen Schwerbehindertenausweis vorgenommen wird. Es entspricht dem sozialen Verständnis von Behinderung, dass allein der Besitz eines solchen Ausweises nicht mehr als relevantes oder allein entscheidendes Identifizierungsmerkmal für Behinderung angesehen wird. In den Vordergrund tritt vielmehr eine Kombination subjektiver Einschätzungen der Betroffenen selbst. Der Umgang mit solchen subjektiven Informationen setzt allerdings klare analytische Kriterien voraus.

Abbildung 3 Operationalisierung von selbsteingeschätzter Behinderung



Mit vergleichbaren Anforderungen sind auch Untersuchungen in anderen Ländern konfrontiert gewesen. Auch hier stand man vor der Aufgabe, wie das neue Verständnis von Behinderung in Folge der ICF-Heuristik forschungspraktisch unter Nutzung von Befragungsdaten konzipiert werden kann. Oder anders formuliert: wie Informationen über individuelle Beeinträchtigungen und Sozialwirkungen miteinander verknüpft werden können. Die Vorschläge, die insbesondere im Rahmen nordamerikanischer und britischer empirischer Studien hierzu gemacht wurden, können aus unserer Sicht als richtungsweisend gelten.

Die deutsche Teilhabestudie schließt sich, wie oben bereits erwähnt, dem Vorgehen des Canadian Survey on Disability von Statistics Canada an (Grondin 2016). Diesem Verständnis zufolge sind Beeinträchtigungen dann als Behinderung zu verstehen, wenn sie alltägliche Aktivitäten etwas, ziemlich oder stark einschränken. Diese Einschätzung basiert auf den subjektiven Aussagen beeinträchtigter

Menschen zu diesem Sachverhalt. Für die subjektive Selbsteinschätzung „behindert“ werden dabei Informationen aus beiden Quellen, der subjektiven Angabe zur Stärke der individuellen Beeinträchtigung sowie der subjektiven Einschätzung zur Einschränkung im Alltag, miteinander kombiniert. Tabelle 1 weist die Kombinationsmöglichkeiten der Messmerkmale aus.

Tabelle 1 Analytische Abgrenzung bei der Unterscheidung zwischen „beeinträchtigt“ und „behindert“ (Basis: nur beeinträchtigte Personen)

Wie sehr ist [Fähigkeit] beeinträchtigt?	Wie sehr schränkt [Beeinträchtigung] Sie bei Aktivitäten im Alltag ein?			
	überhaupt nicht	etwas	ziemlich	stark
wenig beeinträchtigt	beeinträchtigt	beeinträchtigt	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert
etwas beeinträchtigt	beeinträchtigt	beeinträchtigt	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert
ziemlich beeinträchtigt	beeinträchtigt	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert
stark beeinträchtigt	beeinträchtigt	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert

Durch die Kombination entstehen zwei analytisch unterschiedene Gruppen.⁶ Dabei wird die Gruppenzugehörigkeit wie folgt definiert:

- **Beeinträchtigt:** Eine Person gilt als beeinträchtigt, wenn mindestens eine Beeinträchtigung vorliegt, die Person nach subjektiver Selbsteinschätzung aber keine oder nur geringe Alltagseinschränkungen hat (und sie bei geringen Alltagseinschränkungen nicht ziemlich oder stark beeinträchtigt ist).
- **Selbsteingeschätzt behindert:** Eine Person gilt als behindert, wenn mindestens eine Beeinträchtigung vorliegt und das Alltagshandeln nach der subjektiven Selbsteinschätzung entweder ziemlich oder stark eingeschränkt ist oder eine ziemliche oder starke Beeinträchtigung vorliegt, die nur etwas im Alltag einschränkt.

Diese so vorgenommene Gruppeneinteilung wurde in der deutschen Teilhabestudie auf Basis einer Prüfung alternativer Berechnungsweisen sowie einer multivariaten Validierung vorgenommen.⁷ Bei der zugrunde liegenden rechnerischen Operation gehen alle relevanten Informationen für alle in der Erhebung thematisierten Beeinträchtigungen ein. Es wird keine der von den Befragten angegebenen Beeinträchtigungen bei der Operationalisierung ausgeschlossen. Es wird zudem auch nicht als relevant angesehen, ob eine Beeinträchtigung nach der Selbsteinschätzung der Befragten die stärkste oder zweitstärkste Beeinträchtigung ist, oder auch die zeitlich zuerst oder später eingetretene Beeinträchtigung, da alle verfügbaren Informationen über alle Beeinträchtigungen ohne unterschiedliche Gewichtung

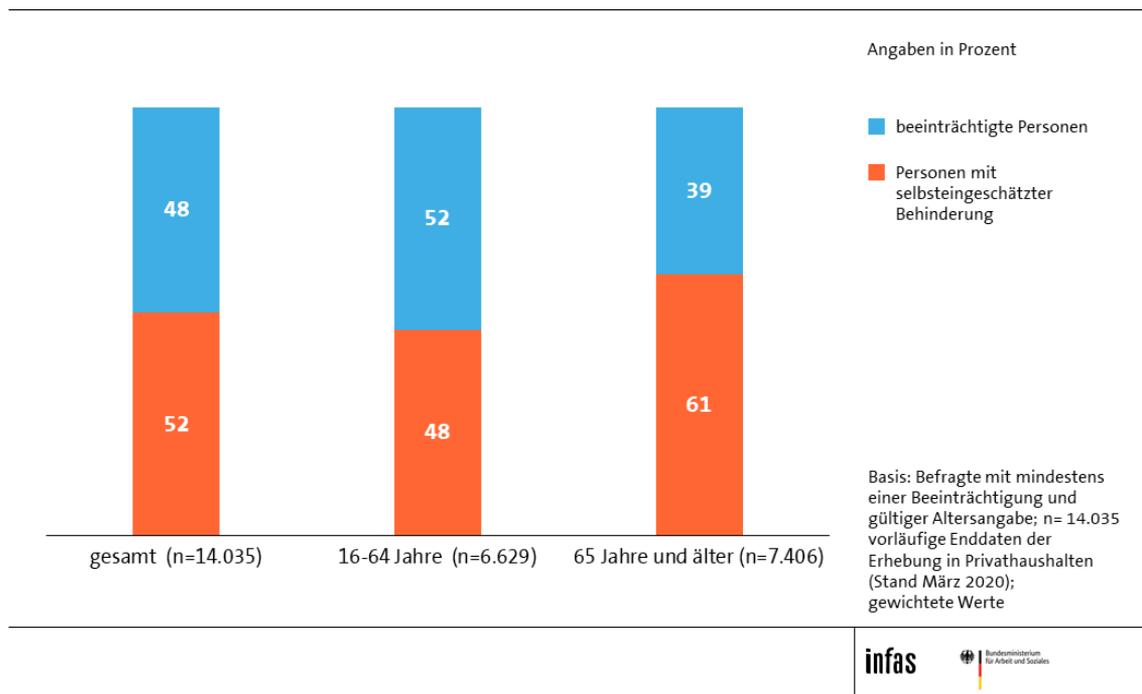
⁶ Grundlegend ist bei den Modellberechnungen zu berücksichtigen, dass diese stets auf einer Mehrzahl von Fragen beruhen. Daher ergeben sich in den Gesamtberechnungen entsprechende Missinganteile, kumuliert aus den Ursprungsvariablen. Dies erzeugt einen kleinen Teil an Fällen mit unklarem Status. Dies sind jeweils die Fälle, bei denen zwar eine bestimmte Beeinträchtigung angegeben wurde, die aber fehlende Angaben entweder zur Stärke der Funktionseinschränkung oder zur Alltagseinschränkung aufweisen.

⁷ Bei der Kreuztabellierung der Ausgangsvariablen können drei alternative Kombinationen ins Auge gefasst werden, die sich durch ihren jeweils unterschiedlichen Einbezug der „Etwas“-Nennungen bei der Alltagseinschränkung unterscheiden. Dabei zeigt eine (multivariate) empirische Prüfung der Alternativen, dass sowohl ein „weites“ Modell (Einbezug aller Etwas-Nennungen für die Gruppenzugehörigkeit „selbsteingeschätzt behindert“) als auch ein „enges“ Modell (Ausschluss aller Etwas-Nennungen für die Gruppenzugehörigkeit „selbsteingeschätzt behindert“) dem oben dargestellten „mittleren“ Modell (teilweiser Einbezug der Etwas-Nennungen) vor allem bei der Varianzerklärung unterlegen sind und das sogenannte „mittlere“ Modell auch im Hinblick auf Drittvariablen vergleichsweise am besten differenziert.

verwendet werden.⁸ Im Unterschied zu Aussagen und Begutachtungen Dritter, die in einem rechtlich geregelten Anerkennungsverfahren als „objektive“ Einordnung vermittelt werden, handelt es sich bei der hier vorgenommenen Selbsteinschätzung um eine soziale Definition von Behinderung.

Auf Basis der Berechnung mit den mittlerweile vorliegenden Daten der deutschen Teilhabestudie zeigt sich für die hier zugrunde liegende Gesamtheit der Befragten, die angegeben haben, eine oder mehrere Beeinträchtigungen zu haben, unabhängig vom Alter ein Anteil von 52 Prozent selbsteingeschätzt behinderter Personen. Dies sind Befragte, die mindestens eine Beeinträchtigung angeben und für die – aus ihrer eigenen Sicht – dadurch eine Einschränkung ihres Alltagslebens verbunden ist. Bei den übrigen 48 Prozent handelt es sich um diejenigen Personen, die auch mindestens eine Beeinträchtigung haben, jedoch angeben, in ihrem Alltag nicht oder nur etwas eingeschränkt zu sein. Der Anteil beeinträchtigter Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung ist mit 61 Prozent in der Gruppe der über 65-Jährigen deutlich höher als bei der jüngeren Altersgruppe (16 bis 64 Jahre).

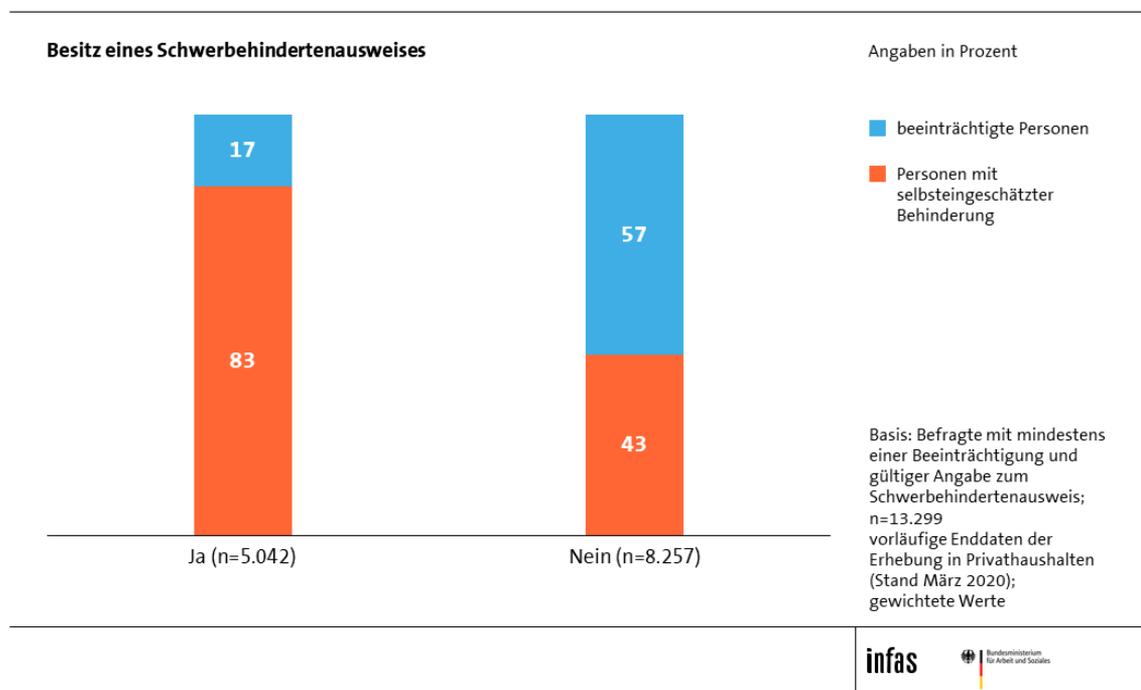
Abbildung 4 Altersgruppen nach Beeinträchtigungsstatus



Die veränderte Perspektive auf Menschen mit Behinderungen, die sich durch die Operationalisierung der sozialen Konzeption von Behinderung ergibt, zeigt sich in pointierter Weise, wenn in der Befragung gemessene subjektive Aussagen der Betroffenen über Beeinträchtigungen und Alltagseinschränkungen mit (herkömmlichen) Informationen über die amtliche Anerkennung von Behinderung in Beziehung gesetzt werden. Im Folgenden wird dies zunächst am Besitz eines Schwerbehindertenausweises gemessen.

⁸ Es kann daher beispielsweise der Fall auftreten, dass einer Person bei ihrer selbsteingeschätzten „stärksten/ersten“ Beeinträchtigung der Status „beeinträchtigt“ zugewiesen wird, aber bei ihrer selbsteingeschätzten „zweitstärksten/zweiten“ Beeinträchtigung der Status „behindert“.

Abbildung 5 Besitz eines Schwerbehindertenausweises nach Beeinträchtigungsstatus



In der Gruppe der beeinträchtigten Personen mit Schwerbehindertenausweis kann für 83 Prozent auch eine selbsteingeschätzte Behinderung ermittelt werden. 17 Prozent der befragten beeinträchtigten Personen mit Schwerbehindertenausweis berichten dagegen, dass für sie keine oder nur eine geringe Alltagseinschränkung in Folge ihrer Beeinträchtigung vorliegt – und weichen damit auf Basis ihrer subjektiven Angaben in der Befragung vom amtlich festgestellten Status ab.

Der Grad an *Übereinstimmung*, der in diesem Zusammenhang festgestellt werden kann, ist bedeutsam. Mit einem Anteil von 83 Prozent ist die Korrespondenz zwischen amtlicher Anerkennung von Schwerbehinderung sowie einer entsprechenden Einordnung durch subjektive Einschätzungen sehr deutlich. Dieses Ergebnis stärkt die Plausibilität des Verfahrens. Es besteht hohe Übereinstimmung mit der sozialrechtlichen Einordnung.

Der Erkenntnisgewinn der neuen Perspektive zeigt sich, wenn man die Verteilungen in der Gruppe der Befragten *ohne* einen Schwerbehindertenausweis betrachtet. Unter diesen Personen, die allesamt Menschen mit einer Beeinträchtigung, aber ohne eine amtliche Anerkennung von Schwerbehinderung sind, machen 43 Prozent in der Befragung eine Situationsbeschreibung von ihrem Leben, die sie als selbsteingeschätzt behindert einordnet. Es ist gerade diese Abweichung, die den Nutzen des empirischen Vorgehens auf Basis der sozialen Konzeption von Behinderung verdeutlicht.

Einleitend wurde unterstrichen, dass es einen Unterschied macht, ob eine Betrachtung von Behinderung erst mit Eintritt einer amtlichen Anerkennung von Behinderung beginnt oder bereits bei körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen und damit verbundenen Einschränkungen des Lebens. Man kann es längst mit einer bereits eingetretenen Vorgeschichte von Behinderung zu tun haben. Gerade unter dem Aspekt der Prävention und der Vermeidung von Teilhabebarrrieren kann sich die Nutzung des Konzepts der selbsteingeschätzte Behinderung als besonders relevant erweisen.

2. Erste deskriptive Befunde der Teilhabestudie

Im Folgenden werden erste deskriptive Befunde⁹ der deutschen Teilhabestudie vorgestellt, die sich auf die Erhebung in Privathaushalten beziehen. Diese Erhebung konnte zum Zeitpunkt Berichtslegung zwar noch nicht vollständig, aber doch weitgehend abgeschlossen werden.¹⁰ Damit können erste Befunde auf Basis *vorläufiger Enddaten* berichtet werden. Alle Berechnungen fußen auf einem umfassenden Gewichtungskonzept. Die Datengrundlage bilden insgesamt 22.043 Interviews aus der gesamten Bundesrepublik. Darunter wurden 15.984 Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie 6.059 Personen ohne Beeinträchtigungen befragt.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse richten sich in diesem Zwischenbericht zunächst auf soziale Grundtatbestände über die Lebenssituation der Menschen. Es geht dabei um:

- Angaben zu Beeinträchtigungen und zum Gesundheitszustand.
- Angaben zur Situation des Wohnens und der alltäglichen Lebensführung.
- Informationen über Unterstützungsbedarfe bei alltäglichen Hausarbeiten.
- Erfahrungen von Barrieren im öffentlichen Leben.
- Erfahrungen von Barrieren im Verkehr.
- Einschätzungen zu Freizeitaktivitäten und zu entsprechenden Einschränkungen.
- Einschätzungen zur gesellschaftlichen Teilhabe.
- Subjektive Angaben zur Lebenszufriedenheit.¹¹

Die Analysen basieren auf der erläuterten bio-psychisch-sozialen Konzeption von Behinderung. Durchgängig wird dabei ein Vergleich der Aussagen getroffen von

- nicht beeinträchtigten Personen,
- beeinträchtigten Personen sowie
- beeinträchtigten Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung.

Neben Daten der Erhebung in Privathaushalten fließen auch einzelne Befunde aus den qualitativen Interviews ein, die im Rahmen der Teilhabestudie durchgeführt wurden.

2.1 Beeinträchtigungen und subjektive Angaben zum Gesundheitszustand

Alle befragten Personen wurden zu Beginn des Interviews der Teilhabestudie nach Beeinträchtigungen oder Erkrankungen gefragt, die länger als sechs Monate andauern (oder voraussichtlich andauern werden).

Jede Person konnte, sofern entsprechende Probleme und Erfahrungen vorlagen, mehrere Beeinträchtigungen angeben. Die Informationen zu Beeinträchtigungen beruhen damit ausschließlich auf Auskünften der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer. Es handelt sich nicht um objektive Angaben, wie zum Beispiel um medizinische Messungen oder Diagnosen, auch nicht um andere sogenannte „amtliche“ Feststellungen. Ausschlaggebend sind allein die Selbstauskünfte der in den Interviews befragten Personen.

⁹ Zusammenhangsanalysen sowie multivariate Untersuchungen zu umfassenden Themenschwerpunkten sind dem für 2021 vorgesehenen Endbericht der Teilhabestudie vorbehalten, der diese Analysen dann auf Grundlage des Abschlusses aller Erhebungen vornimmt.

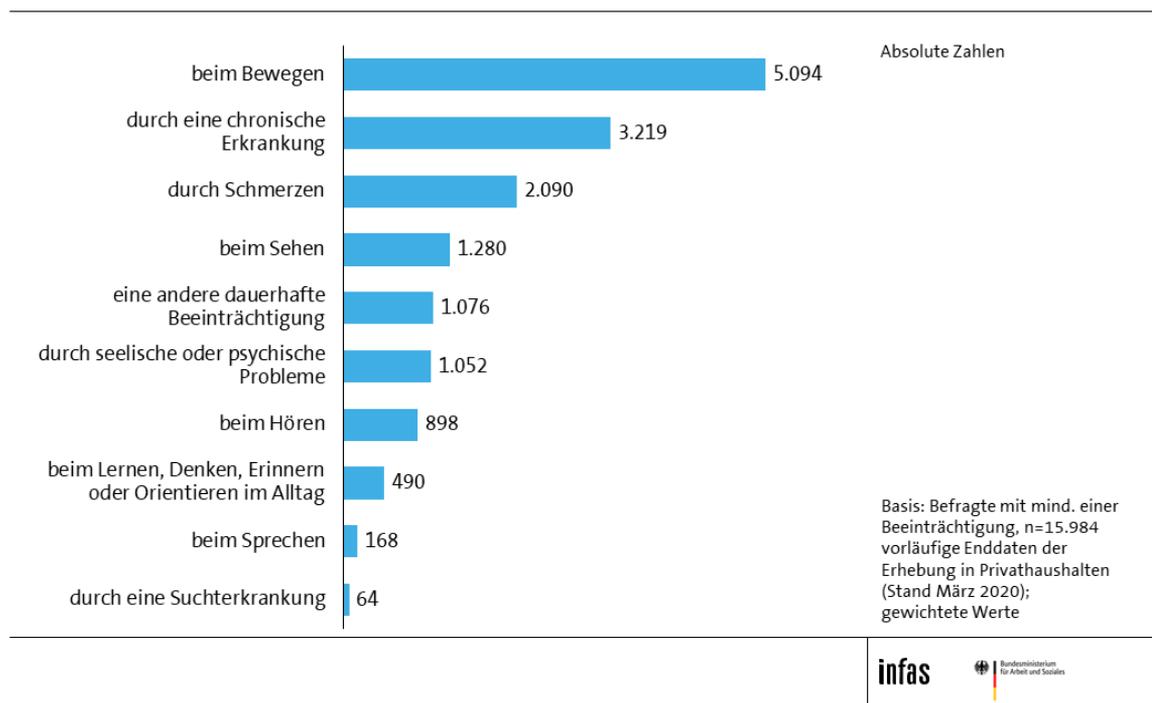
¹⁰ Zum Stand und zur Methodik der Erhebung in Privathaushalten vgl. Kapitel 3 im vorliegenden Zwischenbericht.

¹¹ Zu den Themenbereichen „Familie und soziales Netz“, „Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation“ sowie „Alltägliche Lebensführung“ wurden im Februar 2020 dem derzeit entstehenden „Dritten Teilhabebericht der Bundesregierung“ von der Teilhabestudie Daten zur Verfügung gestellt.

Von allen 22.043 befragten Personen sagten 6.059 Frauen und Männer aus, gar keine Beeinträchtigung (im Sinne der Definition der Teilhabestudie) zu haben.

15.984 der im Rahmen der Teilhabestudie in privaten Haushalten befragten Personen gaben indes an, mindestens eine Beeinträchtigung zu haben, die bereits länger als sechs Monate andauere oder voraussichtlich andauern werde.

Abbildung 6 Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung¹²



Die Teilhabestudie konnte mit den dabei eingesetzten Mitteln einer Multi-Methoden-Befragung einen breiten Radius von Beeinträchtigungen erfassen. Es liegen keine spezifisch höheren Anteile von Nichtteilnahme (Selektivität) oder Nichtbeantwortung (Item-Non-Response) vor. Es wurden mit hinreichender Fallzahl auch Beeinträchtigungen erfasst, die seltener vorkommen (z.B. Beeinträchtigungen beim Sprechen oder Hören) oder bei denen möglicherweise Hemmungen hätten bestehen könnten, sich dazu im Rahmen einer Befragung überhaupt zu äußern (z.B. psychische oder kognitive Beeinträchtigungen).

Die 15.984 Personen mit mindestens einer Beeinträchtigung nennen als Beeinträchtigung mit der stärksten Einschränkung im Alltag bzw. als erste eingetretene Beeinträchtigung am häufigsten:

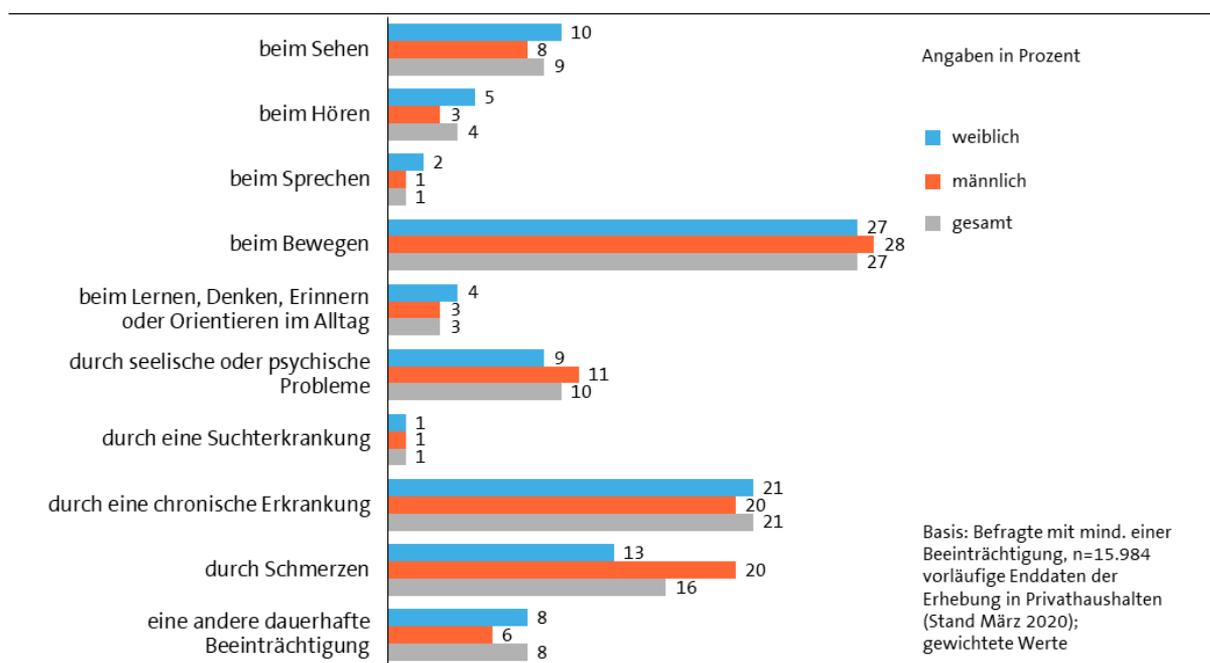
- Beeinträchtigungen beim Bewegen,
- Beeinträchtigungen durch eine chronische Erkrankung oder
- Beeinträchtigungen durch Schmerzen.

¹² 553 Fälle mit Mehrfachbeeinträchtigungen, für die die stärkste Beeinträchtigung noch nicht zugeordnet ist, sind in der Zählung noch unberücksichtigt.

In der Kategorie der „anderen dauerhaften Beeinträchtigungen“, die mit 1.076 Fällen vertreten ist, verbirgt sich dabei ein sehr umfangreiches Spektrum an Beeinträchtigungen – darunter auch seltene Formen von Beeinträchtigungen und Lebenseinschränkungen (etwa durch chemische oder Umweltbelastungen).¹³ Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen wurden in sozialwissenschaftlichen Erhebungen in Deutschland bislang unzureichend erfasst. Informationen zur Art der Beeinträchtigung sind mit der Teilhabestudie nun unmittelbarer zugänglich geworden. Alles in allem zeigt die Verteilung der erfassten Beeinträchtigungen, die in dieser Weise wohl zum ersten Mal für die Bundesrepublik vorliegt, eine generelle Plausibilität, etwa im Abgleich mit den Informationen und Ausführungen des zweiten Teilhabeberichts der Bundesregierung (BMAS 2016, 55ff.).

Ein Blick auf die Verteilung nach Frauen und Männern¹⁴ zeigt keine auffallenden Unterschiede nach den Geschlechtern. Beeinträchtigungen durch Schmerzen werden von Männern leicht häufiger genannt (20 Prozent) als von Frauen (13 Prozent).

Abbildung 7 Stärkste Beeinträchtigung nach Geschlecht



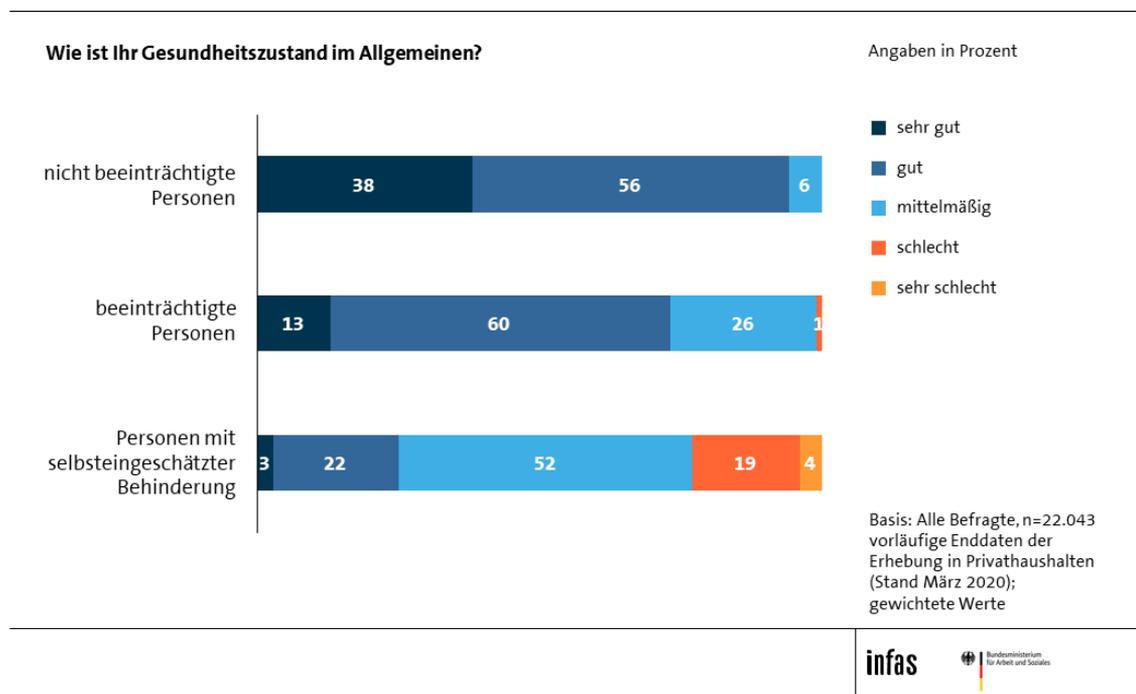
Im Rahmen empirischer Untersuchungen zu gesundheitlichen Beschwerden, Einschränkungen im täglichen Leben und der Lebenszufriedenheit der Menschen stellt die Frage nach der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands ein sehr verbreitetes Messinstrument dar. Auch in der deutschen Teilhabestudie wurde diese Frage gestellt. Sie richtete sich an alle Befragungspersonen, unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung.

Wie unterscheiden sich hierbei Einschätzungen nicht beeinträchtigter Menschen von denen beeinträchtigter Menschen und beeinträchtigter Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung? An dieser Stelle kommt nun erstmalig der vergleichende Ansatz der Teilhabestudie zur Darstellung:

¹³ Für die Kategorie „andere dauerhafte Beeinträchtigungen“ wurden die Befragten in einer ergänzenden offenen Frage um detailliertere Angaben gebeten. Die dabei erhobenen Zusatzinformationen sind so komplex, dass für ihre Auswertung eine eigene spätere Analyse erforderlich ist, die den Rahmen des hier vorliegenden Zwischenberichts überschreiten würde.

¹⁴ Die Teilhabestudie hat eine erweiterte, offene Geschlechtsabfrage vorgenommen, die aber über die Kategorien Frau und Mann hinaus kein zähl- bzw. prozentuierbares Ergebnis hat.

Abbildung 8 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands im Allgemeinen



Menschen ohne Beeinträchtigung schätzen in weit überwiegender Mehrheit den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut (38 Prozent) oder gut (56 Prozent) ein. Lediglich 6 Prozent beurteilen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, die Kategorie schlecht wird gar nicht genannt.

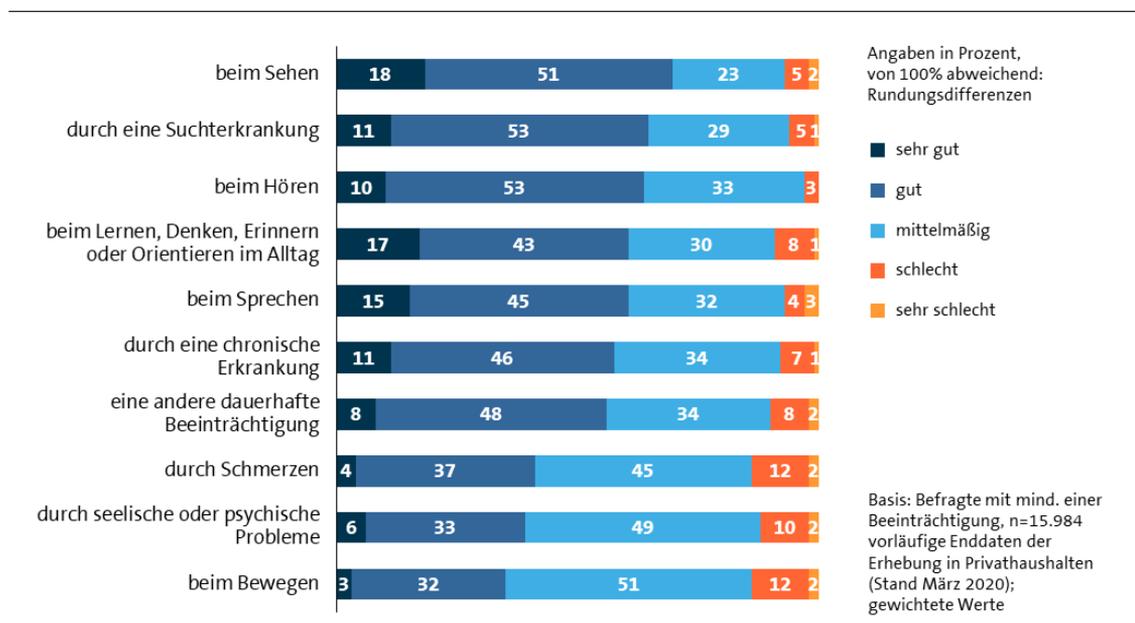
Bei Menschen mit Beeinträchtigungen fallen die Anteile bereits wesentlich geringer aus. Zusammengefasst schätzen 73 Prozent dieser Menschen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein, was im Vergleich zu den nicht beeinträchtigten Personen einen deutlichen Unterschied von 21 Prozentpunkten ausmacht. Auch der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand lediglich als mittelmäßig beschreiben, ist bei den beeinträchtigten Personen deutlich größer (26 Prozent).

Der größte Unterschied zeigt sich schließlich bei den beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung. Diese Personen geben ihren Gesundheitszustand nur zu geringen Anteilen als sehr gut (3 Prozent) oder gut (22 Prozent) an. Das ist im Vergleich zu beeinträchtigten Personen (ohne eigene Einschätzung von Behinderung) mit sehr guter oder guter Gesundheit ein Unterschied von 48 Prozentpunkten. Und im Vergleich zu nicht beeinträchtigten Personen besteht hierbei eine Differenz von beachtlichen 69 Prozentpunkten. Jeder zweite beeinträchtigte Mensch mit selbsteingeschätzter Behinderung beschreibt die eigene Gesundheit als mittelmäßig (52 Prozent). Auch der Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als schlecht (19 Prozent) oder sogar sehr schlecht (4 Prozent) beschreiben, fällt im Vergleich deutlich höher aus.

Der hier berichtete empirische Befund demonstriert die vergleichende Analyseperspektive, wonach Einschätzungen von nicht beeinträchtigten Personen, von beeinträchtigten Personen sowie von beeinträchtigten Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung in Bezug zueinander gebracht werden. Die spezifischen Problemlagen, die vor allem für beeinträchtigte Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung in den Blick genommen werden sollen, werden auf diese Weise kenntlich. Dieser Vergleichsansatz wird auch in mehreren folgenden Ergebnisdarstellungen immer wieder relevant sein.

Welche Rolle spielen Beeinträchtigungen bei der eigenen Einschätzung des Gesundheitszustands?

Abbildung 9 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands nach Beeinträchtigungen



Betrachtet man den subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand nach Art der stärksten Beeinträchtigung, so geben jeweils mindestens 60 Prozent der Personen mit Beeinträchtigungen (hier unabhängig einer Einschätzung zu Behinderung) beim Sehen (69 Prozent), mit Suchterkrankungen (64 Prozent), mit Beeinträchtigungen beim Hören (63 Prozent), kognitiven Beeinträchtigungen (60 Prozent) oder Beeinträchtigungen beim Sprechen (60 Prozent) ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut an. Es sind vor allem Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Personen, die unter Schmerzen leiden, die im Vergleich zu allen anderen Gruppen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter einschätzen. Welche Ursachen für ihre Beeinträchtigung werden dabei von den Befragten genannt?

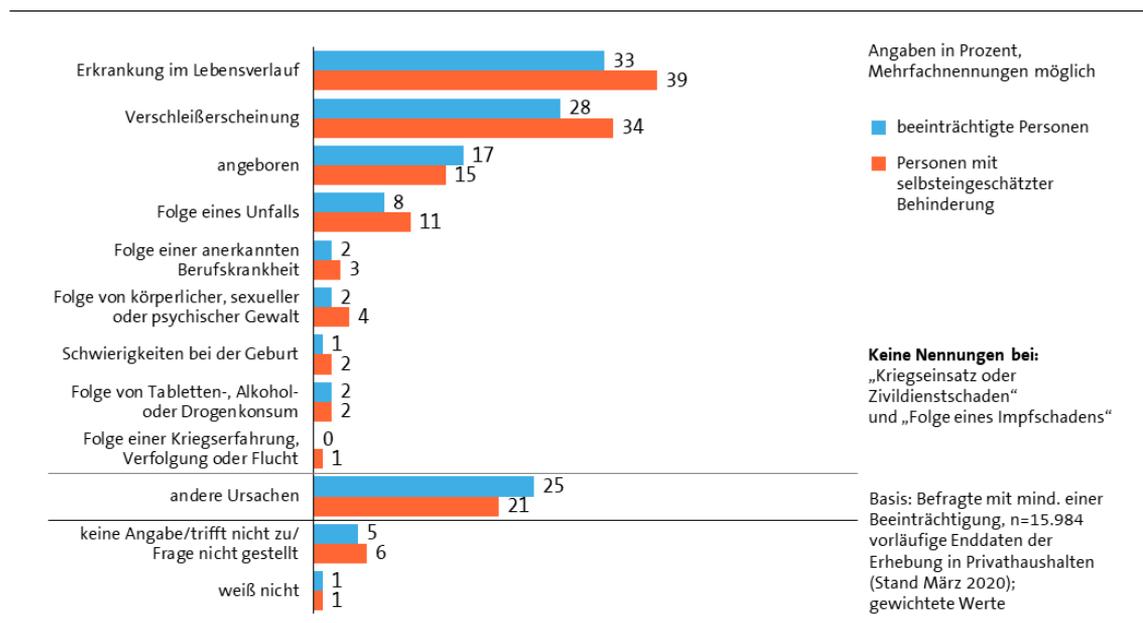
Im 2016 erschienenen zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung zu Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen wurde zu dieser Frage – auf Basis der seinerzeit vorliegenden Datenlage kaum anders möglich – Folgendes festgestellt (BMAS, 2016, 47):

„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.“

Diese Aussage des zweiten Teilhabeberichts bezieht sich (auf Grundlage der Schwerbehindertenstatistik) ausschließlich auf Personen mit einem Grad der Schwerbehinderung (GdB) von 50 und mehr, sie beschreibt mithin Strukturmerkmale der „schwersten Behinderung“.

Die Frage nach Ursachen von Beeinträchtigungen kann mit der Teilhabestudie nun umfassender beschrieben werden: differenzierter im Hinblick auf die inhaltliche Seite (Radius der Ursachen) sowie auch mit einem breiteren Blick auf den Kreis der Betroffenen (beeinträchtigte Menschen und beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung).¹⁵ Der empirische Fokus liegt hier auf der Ursache der stärksten Beeinträchtigung. Dabei wurde sachgemäß berücksichtigt, dass es für die betroffenen Menschen – sofern es allein die biomedizinische Seite betrifft – auch mehrfache, überlappende Ursachen für die eigene Situation einer Beeinträchtigung oder Behinderung geben kann. Die Frage wurde daher als sogenannte „Mehrfachnennungsfrage“ gestellt.

Abbildung 10 Ursache der stärksten Beeinträchtigung



Als Ursache für die stärkste Beeinträchtigung werden von über einem Drittel aller befragten Menschen mit Beeinträchtigungen Erkrankungen im Lebensverlauf und Verschleißerscheinungen genannt.

39 Prozent der befragten beeinträchtigten Menschen mit selbstselbsteingeschätzter Behinderung machen diese Angabe.

Über ein Viertel der beeinträchtigten Personen und ein Fünftel der beeinträchtigten Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung nennen „andere“ Ursachen, die im Rahmen der Teilhabestudie auch offen erfasst wurden.¹⁶

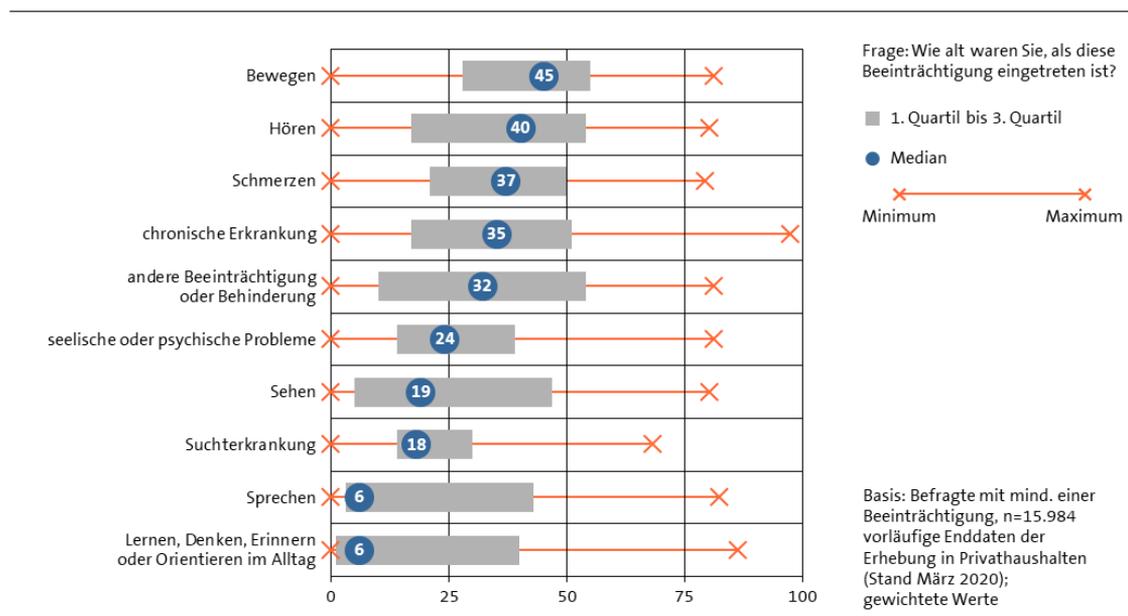
Als angeboren werden Beeinträchtigungen bei 17 Prozent der beeinträchtigten Personen sowie von 15 Prozent der beeinträchtigten Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung benannt.

¹⁵ Damit geht die Analyse über den Kreis von Menschen mit einem GdB 50-100, wie im zweiten Teilhabebericht von 2016, deutlich hinaus. Die Ergebnisse aus dem zweiten Teilhabebericht sind daher mit den hier vorliegenden Informationen der Teilhabestudie nur eingeschränkt vergleichbar.

¹⁶ Eine detaillierte Untersuchung auf Basis der Enddaten erfolgt für den Endbericht der Teilhabestudie.

Beeinträchtigungen als Folgen von Berufskrankheiten, Schwierigkeiten bei der Geburt, Folgen von Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenkonsum sowie Kriegserfahrungen treten im Gesamtbild seltener hervor. Das gilt (mit von 2 bzw. 4 Prozent) auch für Beeinträchtigungen in Folge von körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt.

Abbildung 11 Alter beim Eintritt der stärksten Beeinträchtigung



Je nach Art der Beeinträchtigung unterscheiden sich die Altersspannen für das Auftreten von Beeinträchtigungen. Dies zeigen die sogenannten Boxplots in der obigen Abbildung. Während das mittlere Alter (berechnet wurde der Median) für den Eintritt einer Beeinträchtigung beim Bewegen und beim Hören bei über 40 Jahren ausgemacht wird, liegt es bei Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen, Schmerzen oder andere Beeinträchtigungen eher bei Mitte 30.

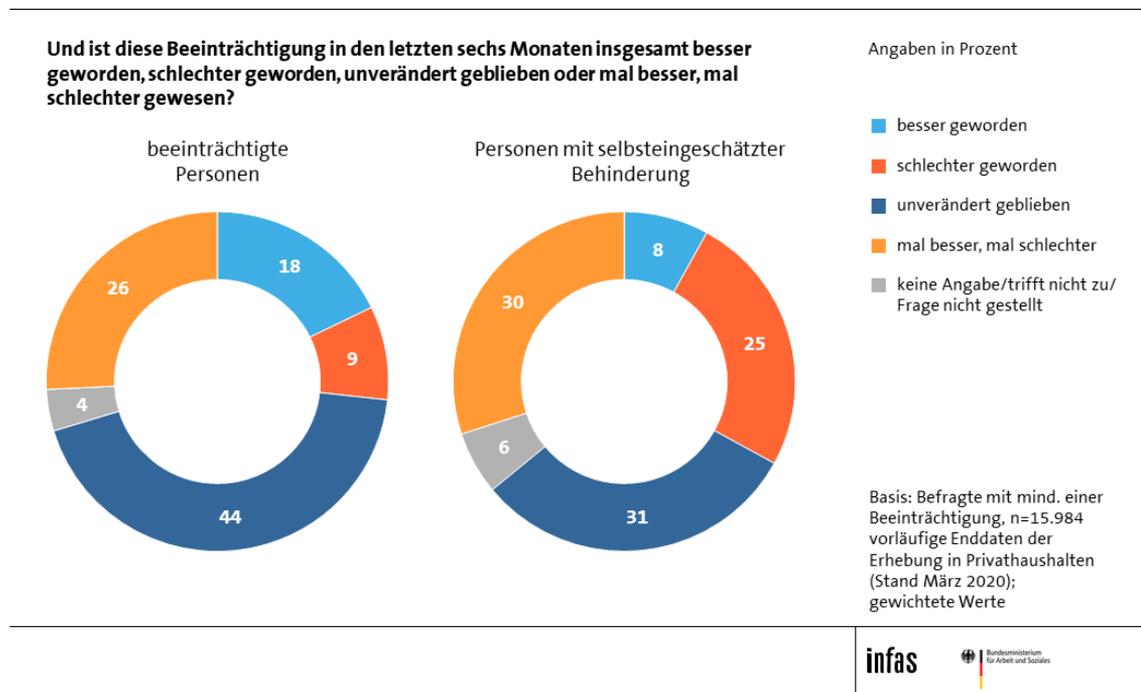
Beeinträchtigungen beim Sehen, psychische Beeinträchtigungen sowie Suchterkrankungen treten in jedem zweiten Fall in den Lebensverläufen gehäuft bereits bis Anfang/Mitte 20 auf. Kognitive Beeinträchtigungen beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag sowie Beeinträchtigungen beim Sprechen sind hingegen oftmals schon im Kindesalter vorhanden.

Die Erkrankung im Lebensverlauf ist die im Vergleich häufigste Ursache für Beeinträchtigungen. Auch Beeinträchtigungen beim Hören, dauerhafte Schmerzen sowie chronische Erkrankungen treten eher ab der Mitte des Lebens auf.

Beeinträchtigungen – und in Wechselwirkung mit Umweltfaktoren auch Behinderungen – sind vielfach langfristige (problematische) Entwicklungsverläufe, die schleichend und sich im Lebensverlauf zunehmend steigernd auftreten können. Das unterstreicht erneut, wie relevant es mit Blick auf Prävention und Vermeidung von Teilhabebarrrieren ist, die Betrachtung bereits in frühen Stadien sich abzeichnender Behinderungen zu beginnen.

In gegebenem Zusammenhang steht auch die Frage nach einem Fortschreiten (der Verschlimmerung) von Beeinträchtigungen, der sogenannten „Progredienz“. In der deutschen Teilhabestudie wurde dieser Sachverhalt retrospektiv mit einer zeitlichen Perspektive auf die letzten sechs Monate erfragt.

Abbildung 12 Progredienz der stärksten Beeinträchtigung



Schwerpunktmäßig geben beeinträchtigte Menschen dazu an, die eigene Situation sei eher unverändert geblieben (44 Prozent). Beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung sagen das mit 31 Prozent deutlich seltener aus. Dabei gibt jede vierte beeinträchtigte Person mit selbsteingeschätzter Behinderung an, die eigene Beeinträchtigung habe sich im letzten halben Jahr verschlechtert. Mit einem klaren Unterschied von 16 Prozentpunkten im Vergleich zu den beeinträchtigten Personen (9 Prozent) fällt dies besonders ins Auge.¹⁷

2.2 Wohnen und alltägliche Lebensführung

Behinderung ist, wie oben ausführlich dargelegt, als Wechselbeziehung aufzufassen; als Beziehung zwischen individuellen Funktionsstörungen (von Körper, Organen, Psyche, geistigen Fähigkeiten oder Sinnen) und Kontextfaktoren, welche Aktivitäten der betroffenen Menschen, ihren Handlungsradius und ihre Teilhabe, einschränken.

Stand in den bisherigen Ausführungen zu ersten deskriptiven Ergebnissen der Teilhabestudie die biomedizinische Seite im Vordergrund, so wenden sich die folgenden Abschnitte nun Kontext- und Umweltfaktoren zu. Damit werden mögliche Einschränkungen bei Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen in den Blick genommen, mit denen beeinträchtigte Menschen und beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen konfrontiert sein können.

Auf Basis des vorliegenden Datenstandes richten wir uns im vorliegenden Zwischenbericht auf grundlegende Aspekte des Alltagslebens: auf Wohnen und Lebensbedingungen im eigenen Haushalt; auf die Situation in der Öffentlichkeit, vor allem beim Verkehr; auf die Freizeitgestaltung und eine Einschätzung gesellschaftlicher Teilhabe und der Lebenszufriedenheit im Allgemeinen.

¹⁷ Eine entsprechende Analyse wird auf Basis der Enddaten im Endbericht der Teilhabestudie nach einzelnen Beeinträchtigungsarten vorgenommen.

Das tägliche Leben in Privathaushalten geht für alle Menschen mit einer Reihe von Aufgaben einher, die kontinuierlich bewältigt werden müssen. Bei solchen Aufgaben kann es sich auch um regelrechte Herausforderungen für ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben handeln.

Die Norm der UN-BRK sagt hierzu: Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sollen gleichberechtigt darüber entscheiden können, wo und wie und mit wem sie leben. Wird Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben benötigt, so sollten unterstützungsleistende Dienste zugänglich sein (BMAS 2016: 252). Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen solle – so Artikel 26 der UN-BRK – ein „*Höchstmaß an Unabhängigkeit, (...) sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens*“ ermöglicht (oder bewahrt) werden.

Was bedeutet dies für Menschen, die in privaten Haushalten in Deutschland leben, genau? Die deutsche Teilhabestudie hat zu diesem Themenbereich Fragen zu alltäglichen Verrichtungen gestellt: zu Essen und Trinken, Baden oder Duschen; zur Erledigung von allgemeinen Hausarbeiten und dem täglichen Zubereiten von Mahlzeiten; zum Einkaufen; zur Verfügbarkeit von Unterstützungsleistungen und Medikamenten sowie mit Blick auf die Handhabung von finanziellen und Verwaltungsangelegenheiten. Es handelt sich um Dinge, die alle Bürgerinnen und Bürger im Alltag betreffen.

Kriterien für eine Einordnung der von der UN-Behindertenrechtskonvention aufgespannten Norm, also für ein *Höchstmaß* der Unabhängigkeit oder eine *volle Einbeziehung* in Aspekte des Lebens, sind nicht einfach auszumachen. Auch können auf Basis empirischer Forschungen keine normativen Leitbilder abgeleitet werden.

Die Teilhabestudie kann diese Thematik aber mit den oben erläuterten, lebenspraktisch eingebetteten Fragen in Angriff nehmen, die sich – im vorliegenden Falle – wie folgt auf den Aspekt der *praktischen Autonomie* richten:

- Kann eine Person die Dinge des täglichen Lebens alleine machen?
- Benötigt eine Person dabei Unterstützung und hat diese auch?
- Benötigt eine Person dabei Unterstützung und hat sie aber nicht?

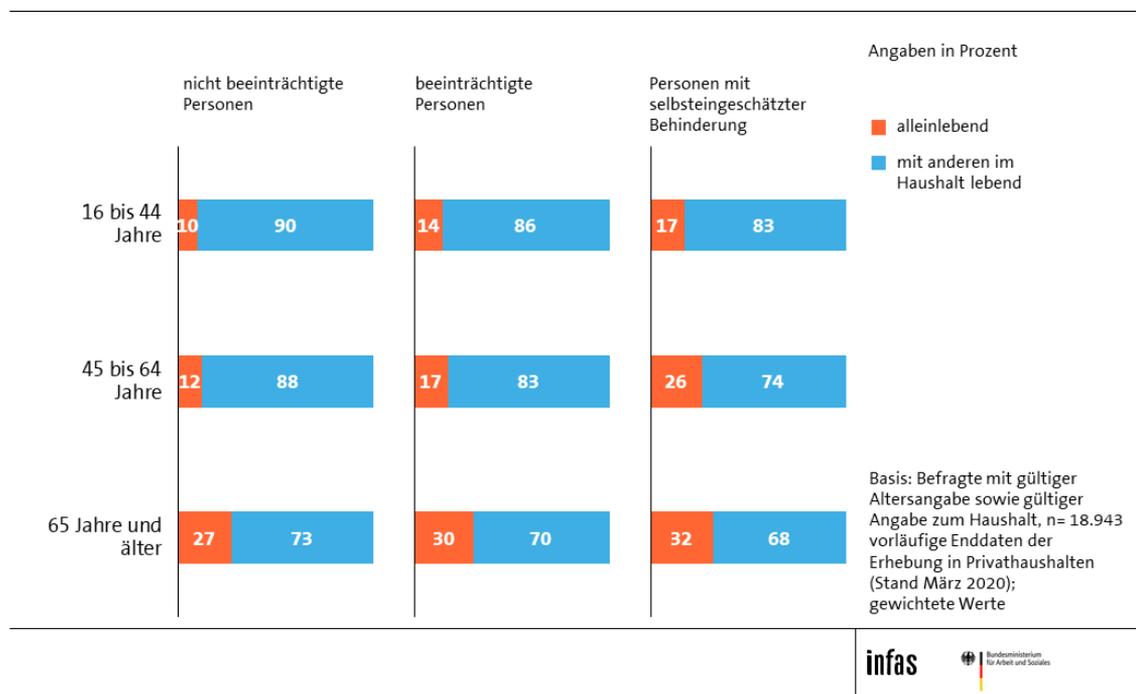
Was die Einschätzung der Lebenssituation von beeinträchtigten und behinderten Menschen angeht, so kann das „Säurebad des Vergleichs“ relevante Problemkonstellationen und Handlungsfelder ermitteln. Ein kurzer Blick gilt dabei zunächst den Wohnformen und Haushaltskonstellationen.

Beeinträchtigte Personen und beeinträchtigte Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung leben, so weisen die Ergebnisse der Teilhabestudie aus, vergleichsweise seltener in eigenem Wohneigentum als nicht beeinträchtigte Menschen. Sie sind also häufiger Mieterinnen und Mieter.¹⁸

Nach eigener Auskunft leben dabei 8 Prozent aller beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung weder zur Miete noch im Eigentum, sondern kostenlos oder gegen einen geringen Betrag in Wohnungen oder im Haus von Familienangehörigen.

¹⁸ Dabei besteht auch ein auffälliger Unterschied zwischen (nicht behinderten) beeinträchtigten Menschen (mit 42 Prozent Mieterinnen und Mieter sowie 46 Prozent Eigentümerinnen und Eigentümer) sowie Personen, die selbsteingeschätzt behindert sind (mit 48 Prozent Mieterinnen und Mieter sowie 37 Prozent Eigentümerinnen und Eigentümer).

Abbildung 13 Haushaltskonstellationen nach Altersgruppen

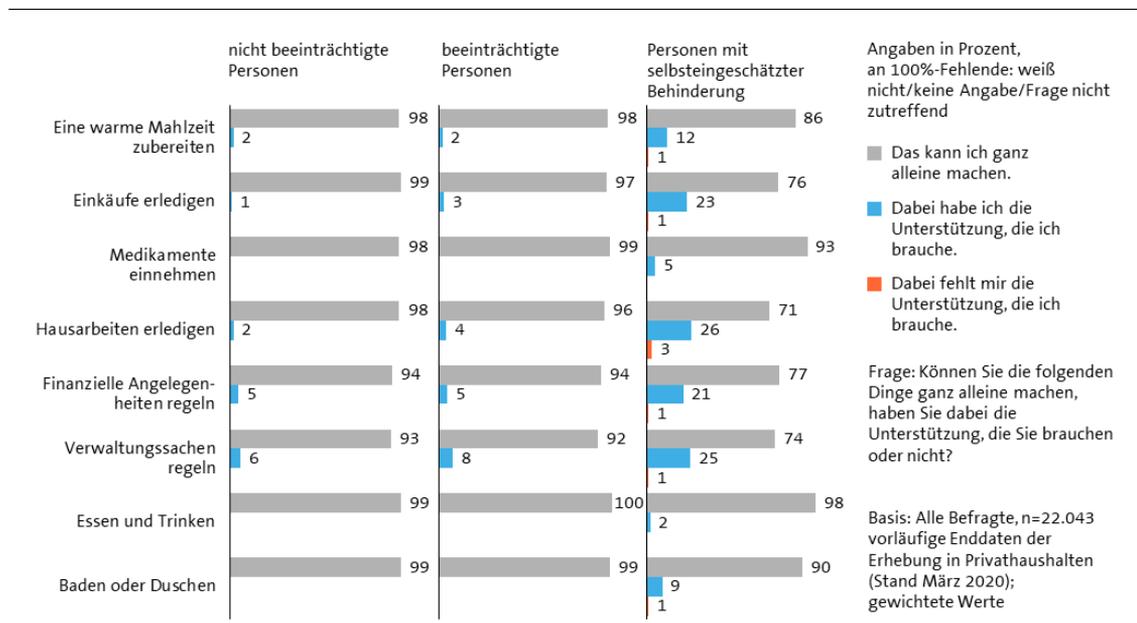


Die Anteile alleinlebender Personen fallen bei Haushalten beeinträchtigter Menschen und beeinträchtigter Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung höher aus als bei nicht beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern privater Haushalte in der Bundesrepublik. Das Alleinleben hängt auch mit dem Lebensalter zusammen. Mit steigendem Alter wohnen mehr Menschen allein. Bei beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung ist der Anteil innerhalb der höchsten Altersgruppe (65 Jahre und älter) mit 32 Prozent vergleichsweise am stärksten ausgeprägt. Menschen mit Behinderungen leben, sofern sie in Privathaushalten wohnen, häufiger alleine.

Danach gefragt, wie viele weitere Personen ständig im eigenen Haushalt leben, die *ebenfalls beeinträchtigt oder behindert* sind, gibt ein gutes Viertel (25 Prozent) der Menschen mit Beeinträchtigungen an, mit anderen beeinträchtigten oder behinderten Menschen zusammenzuleben. Unter den beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung sagt dies gut ein Drittel (35 Prozent).

Wie sind die Lebenssituationen in privaten Haushalten zu beschreiben? In welchem Maß können die Menschen mit den alltäglichen Anforderungen selbständig zurecht kommen? Und welche Personen helfen, wenn Unterstützung erforderlich ist?

Abbildung 14 Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Hausarbeiten



Nicht beeinträchtigte Personen, aber auch beeinträchtigte Personen (die nicht selbsteingeschätzt behindert sind) benötigen im Großen und Ganzen keine Unterstützung bei alltäglichen Hausarbeiten in Privathaushalten. Zu über 90 Prozent wird ausgesagt, alltägliche Dinge des Lebens alleine zu bewältigen. Wird Unterstützung in Anspruch genommen, so ist dies bei finanziellen Angelegenheiten und Verwaltungsanforderungen sowie auch bei der Hausarbeit, beim Einkaufen oder Kochen der Fall.

Für beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung zeigt sich ein differentes Bild. Zwar kann auch für beeinträchtigte Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung – in der Breite gesehen – durchaus Handlungsautonomie im Alltagsleben in Privathaushalten gesehen werden. Im Vergleich benötigen diese Personen aber deutlich mehr und breiter angelegt Unterstützung im Alltag. Das gilt durchgehend für alle im Blick befindlichen Alltagsaufgaben. In etwa jede vierte beeinträchtigte Person mit selbsteingeschätzter Behinderung erhält Unterstützung bei der Erledigung von Hausarbeit oder beim Regeln von Verwaltungsangelegenheiten; jeder fünfte beeinträchtigte Mensch mit Behinderungen bekommt diese beim Einkaufen oder bei finanziellen Angelegenheiten; beim Zubereiten einer warmen Mahlzeit oder beim Baden oder Duschen benötigt rund ein Zehntel in privaten Haushalten Hilfe.

Beeinträchtigte Menschen, die selbsteingeschätzt behindert sind, erhalten *schwerpunktmäßig* diese Hilfe und Unterstützung durch die eigene Kernfamilie – also durch (Ehe-) Partnerinnen oder (Ehe-) Partner (53 Prozent) oder Kinder (33 Prozent). Weitere Unterstützungen aus dem privaten Umfeld treten hinzu: durch andere Familienangehörige oder Mitbewohnerinnen und Mitbewohner (26 Prozent), durch Freundinnen oder Freunde oder Bekannte (22 Prozent) sowie Nachbarinnen und Nachbarn, Kolleginnen und Kollegen (13 Prozent) oder andere Personen aus dem privaten Umfeld (6 Prozent).¹⁹

¹⁹ Zur Beantwortung der Frage nach der Unterstützung aus Familie und persönlichem Umfeld waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben von beeinträchtigten Menschen (oben nicht ausgewiesen) und von beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung (oben im Haupttext ausgewiesen) unterscheiden sich nur graduell.

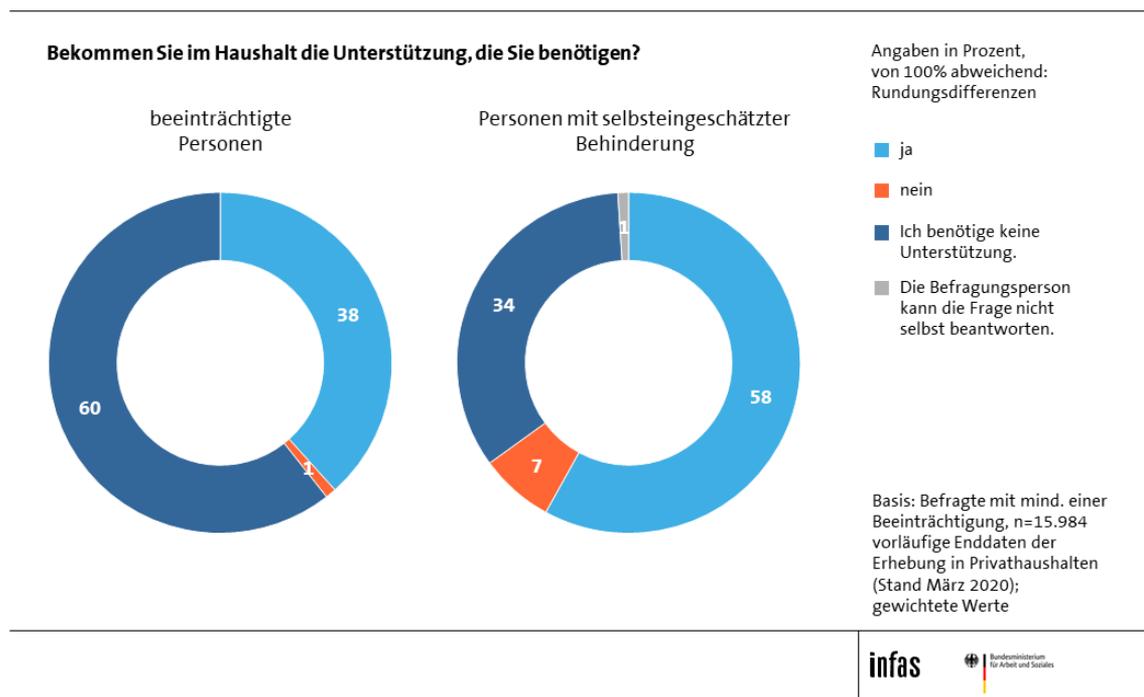
Von der Unterstützung durch Familie und den persönliche Lebenskontext sind *regelmäßige* Unterstützungen durch Dienste und institutionelle Helferinnen und Helfer zu unterscheiden, die beeinträchtigte und behinderte Menschen in Privathaushalten in Anspruch nehmen. Diese institutionelle Hilfe wird in deutlich geringerem Ausmaß in Anspruch genommen als Hilfe durch Familie und das eigene persönliche Umfeld.

Pflegekräfte, Pflegedienste oder Sozialstationen werden, nach eigener Auskunft der Befragten, von 1 Prozent der beeinträchtigten Menschen sowie von 5 Prozent der beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung in Anspruch genommen (sofern sie in Privathaushalten leben). Gesetzliche Betreuerinnen und Betreuern haben 1 Prozent beeinträchtigte Menschen bzw. 4 Prozent beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung.²⁰

Erhalten die betroffenen Personen dabei „alles in allem“ die Unterstützung, die sie im privaten Haushalt benötigen? Dies sollten die Befragten selbst bewerten.

Beeinträchtigte Personen sagen aus, entweder keine Unterstützung zu brauchen (60 Prozent) oder aber (38 Prozent) die für sie nötige Hilfe zu haben. Für 1 Prozent dieser Gruppe gilt das hingegen nicht.

Abbildung 15 Bewertung der Unterstützung im Haushalt



Auch die Mehrheit der beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen erhält nach eigener Aussage jene Hilfestellungen, die benötigt werden (58 Prozent). Aber lediglich 34 Prozent dieser Menschen benötigen nach eigenem Urteil keine Unterstützung. Und schließlich antworten unter beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen sieben Mal so viele Personen, benötigte Hilfestellungen überhaupt nicht zu bekommen.

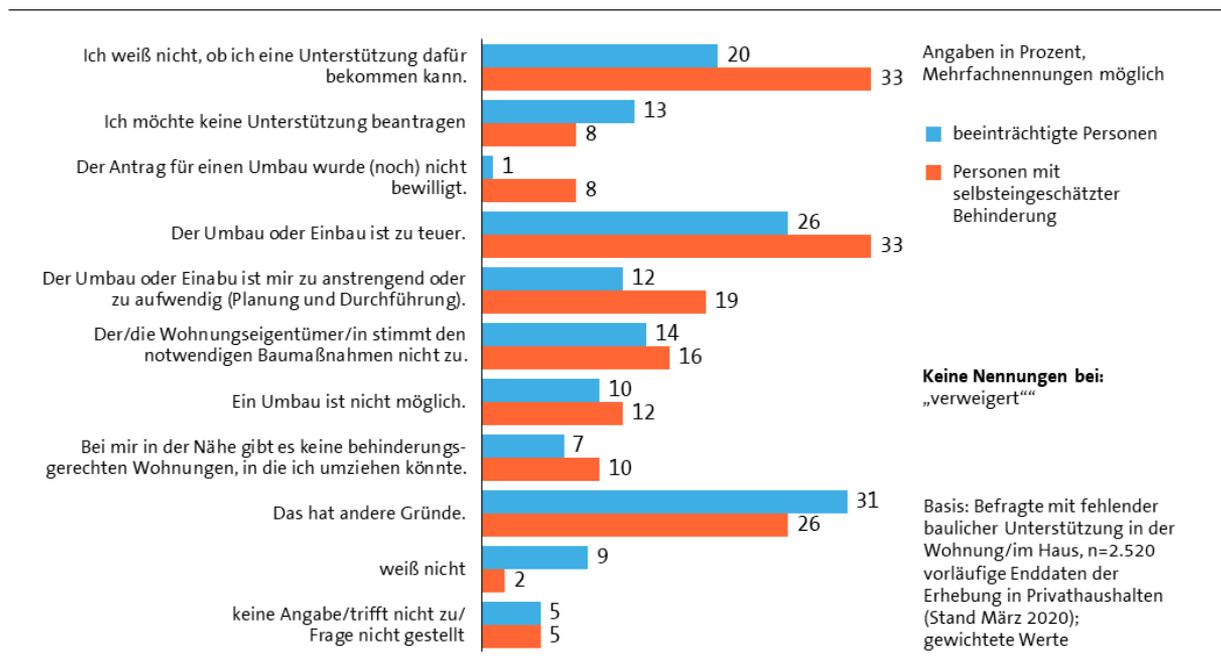
²⁰ Auch bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Parallel zu den Unterstützungsmöglichkeiten und –grenzen, die in Bezug auf Familien, das persönliche menschliche Umfeld oder institutionelle Helferinnen und Helfer bestehen, sind für die Wohnsituationen auch die baulichen Hindernisse, die innerhalb der Wohnungen und Häuser bestehen können, in den Blick zu nehmen.

So geben 3 Prozent aller in Privathaushalten lebenden Menschen mit Beeinträchtigungen an, in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus gebe es Barrieren, die es erschwerten, mit der eigenen Beeinträchtigung darin zu leben (sich also frei zu bewegen, die Toilette zu nutzen oder sich in den Räumlichkeiten zu orientieren).

Unter den beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung in Privathaushalten machen diese Aussage indes 13 Prozent, also gut vier Mal so viele Personen. Die (rein von den ermittelten Häufigkeiten her) vorrangig fehlenden Ausstattungselemente sind *stufenlose Eingänge* (nach Auskunft von 10 Prozent der beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung), *Aufzüge oder Treppenlifte* (9 Prozent) und *angepasste Badezimmer* (ebenfalls 9 Prozent).²¹

Abbildung 16 Gründe für das Fehlen barrierefreier Ausstattung in Privathaushalten



Wo liegen die Gründe für das Fehlen barrierefreier Ausstattungen? Die Antworten der beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung weisen auf zwei dominante Aspekte hin: auf finanzielle Hürden („der Einbau ist zu teuer“) und auf mangelnde Information („ich weiß nicht, ob ich eine Unterstützung dafür bekommen kann“).

²¹ *Türöffner, automatische Türen oder Lichtsignale für die Tür* fehlen in Privathaushalten nach den Angaben von 3 Prozent der beeinträchtigten Menschen mit Behinderungen; *Rampen* fehlen für ebenfalls für 3 Prozent; *Handgriffe oder Geländer zum Festhalten außerhalb des Badezimmers* fehlen nach Angaben von 4 Prozent und *höhenverstellbare Betten* für ebenfalls 4 Prozent.

Konkrete Erfahrungen, die Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen im Prozess der Erlangung relevanter Hilfestellungen machen, sind insgesamt vielfältig und stets von je spezifischen Konstellationen abhängig. Dies zeigen die empirischen Befunde der Teilhabestudie. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass Unsicherheiten und Schwierigkeiten mit Blick auf *die Erlangung notwendiger Informationen* auftreten. Dies zeigen Aussagen von betroffenen Personen im Rahmen qualitativer Interviews, in denen nach Unterstützungs- und Hilfeleistungen gefragt wurde. In diesen problemzentrierten Interviewgesprächen, die einen detaillierten Einblick in Lebenssituationen geben und die mit Personen ganz unterschiedlicher Beeinträchtigungen geführt werden konnten, wurde das Informationsproblem wiederkehrend genannt. Zwar finden betroffene Personen, vielfach eigenständig und oft findig, Wege, sich benötigte Informationen zu beschaffen. Dies geschieht etwa über das Internet, bei Ärzten, im Austausch mit anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen oder über den Freundeskreis. Gleichwohl wird im gegebenen Zusammenhang immer wieder beschrieben, häufig sei nicht bekannt, welche Unterstützungsleistungen und -hilfen einer Person zustünden.²²

„Also damals, als ich diagnostiziert wurde, haben mir die Informationen gefehlt. Also da habe ich nur einen Zettel bekommen, wo das draufstand, was das ist und ich sollte das selber googeln, damals von der Ärztin. Deswegen, da war das Problem, also da war das Grundproblem.“

(Aussage einer 22-jährigen Frau mit chronischer Erkrankung)

„Es ist ja nicht so, dass ich irgendwie dastehe und für irgendwelche Luxusgüter irgendwelche Unterstützung fordere oder so. Sondern es sind ja wirklich eigentlich Dinge, die jeder andere Mensch ohne Hilfe kann, und für die man einfach sich eine gewisse Unterstützung sucht und sich auch wünscht halt eben.“

(Aussage einer 31-jährigen Frau, die beim Bewegen eingeschränkt ist)

Sofern betroffene Menschen in qualitativen Interviews die für ihre Lebenswelt relevanten Probleme schildern, wird vielfach auch der schwer zu überwindende bürokratische Aufwand vorgetragen, der bei der Beantragung benötigter Heil- und Hilfsmittel zu bewältigen sei:

„Ich habe letztes drei Anträge gestellt. Also du kriegst generell erst mal eine Absage, dass sie dir den Antrag abschmettern. [...] Und das ist, glaube ich, auch mal irgendwo gesagt worden, das machen halt die Krankenkassen. Schmettern erst mal ab, weil sie genau wissen, weiß ich nicht, 60, 70 Prozent legen keinen Widerspruch ein. Und wie gesagt, ich kann mich noch wehren. Aber selbst ich bin manchmal auch an der Grenze, wo ich sage, oh nein, ich habe jetzt keine Lust, da jetzt auch noch ein Klageverfahren wieder einzuleiten oder so. Aber zurzeit läuft ein Klageverfahren, weil wir haben was beantragt und das kann ich einfach auch nicht verstehen, dass die das aufgrund der Aktenlage sagen können. Also dass die Standardvariante für mich reichen würde. Ich hatte das Standardmodell hier. Es passt hinten und vorne nicht, weil ich einfach nicht die Körpergröße habe. Also ich brauche eine Kindervariante und ich habe die auch letztes Jahr auf der Reha-Messe getestet von einer Firma, das Modell. Und da war meiner Meinung nach es gut für mich. Aber die sagen nein.“

(Aussage einer 34-jährigen Frau mit Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)

²² Die folgend zitierten Aussagen betroffener Personen aus qualitativen Interviews sind dabei nicht in der Weise verallgemeinerungsfähig, wie dies für die Informationen aus der quantitativen Erhebung in Privathaushalten gilt. Aber die zusätzlichen Aussagen in qualitativen Interviews sind gut geeignet, die empirischen Befunde der Haupterhebung zu illustrieren und zu vertiefen.

Man stehe Anträgen bei der Krankenkasse oder „dem Arbeitsamt“, wie es in der Alltagssprache nach wie vor heißt, häufig ratlos gegenüber.

„Dass man halt erst mal immer einen Ansprechpartner hätte bei den Behörden und nicht ständig weitergereicht wird. Und dann einfach, wenn du halt wirklich eine bestimmtes Krankheitsbild hast, wo man halt weiß, das wird sich nicht zum Positiven ändern und es steht ganz klar im Schwerbehindertenausweis, so viel Prozent und die und die Merkzeichen, ja, dass man nicht um jedes Hilfsmittel so kämpfen muss, sondern dass einem das einfach zustehen würde. Ich glaube, die Menschen mit Handicap wissen am ehesten, was ihnen gut täte und was sie am besten brauchen würden.“

(Aussage einer 34-jährigen Frau mit Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)

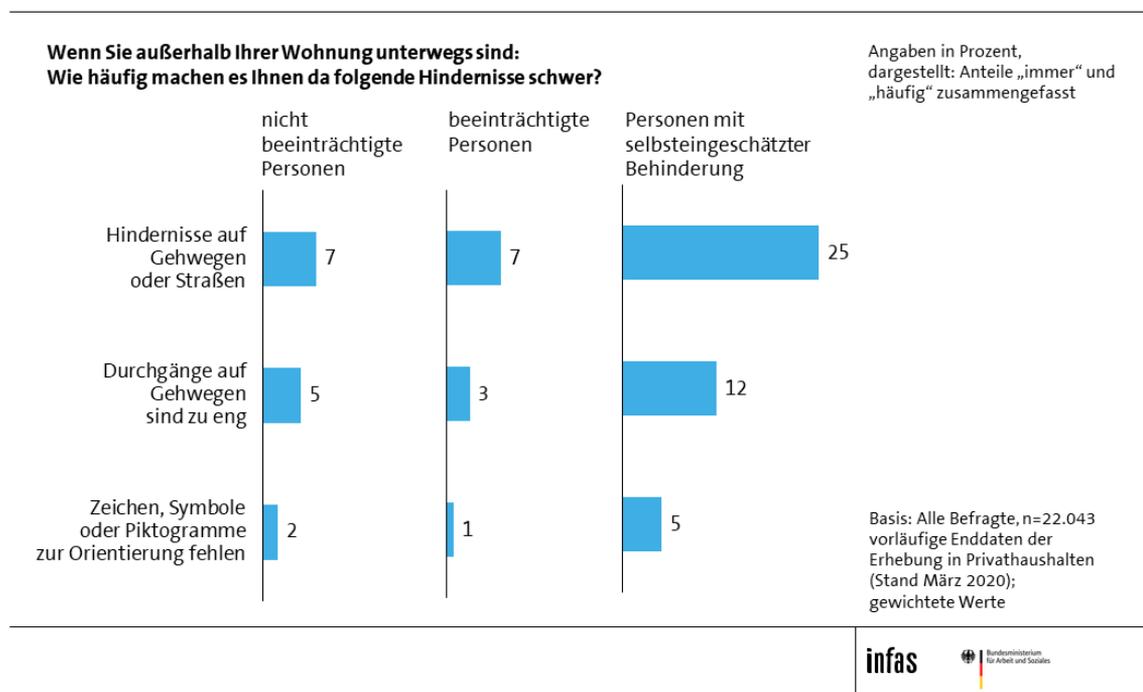
Das Problem der Informationshürde lässt sich wie folgt zusammenfassen: „Sozialleistungen“ und unterstützende Hilfen stünden zwar zu. Das sei im Großen und Ganzen schon bekannt. Aber es bleibe auch diffus. Niemand könne mitteilen, welche Leistungen konkret zustünden. Niemand helfe dabei, wo und wie Leistungen zu beantragen seien. In den Gesprächen mit den betroffenen Personen werden klare Wünsche artikuliert: dass es einer Anlaufstelle bedürfe, die Informationen zu Beeinträchtigungen und Behinderungen umfassend und gebündelt bereitstelle.²³

2.3 Barrieren im öffentlichen Raum und Verkehr

Für eine selbständige und eigenverantwortliche Lebensführung bildet eine möglichst barrierefreie Umwelt eine Voraussetzung. Nach Artikel 9 UN-BRK soll Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen die unabhängige Lebensführung und uneingeschränkte Teilhabe ermöglicht sowie ein gleichberechtigter Zugang zu allen Lebensbereichen gesichert sein. Der gleichberechtigte Zugang bezieht sich dabei auf den öffentlich zugänglichen Raum. Hierzu zählen auch öffentliche Verkehrsmittel, die Infrastruktur des Verkehrs überhaupt. Wie erleben die Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen die Situation? Wo stoßen sie möglicherweise auf Hindernisse?

²³ Im gegebenen thematischen Zusammenhang findet derzeit eine wissenschaftliche Begleituntersuchung (und Wirkungsuntersuchung) der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) nach §32-neu des Neunten Buches Sozialgesetzgebung (SGB IX) statt.

Abbildung 17 Barrieren in der Öffentlichkeit

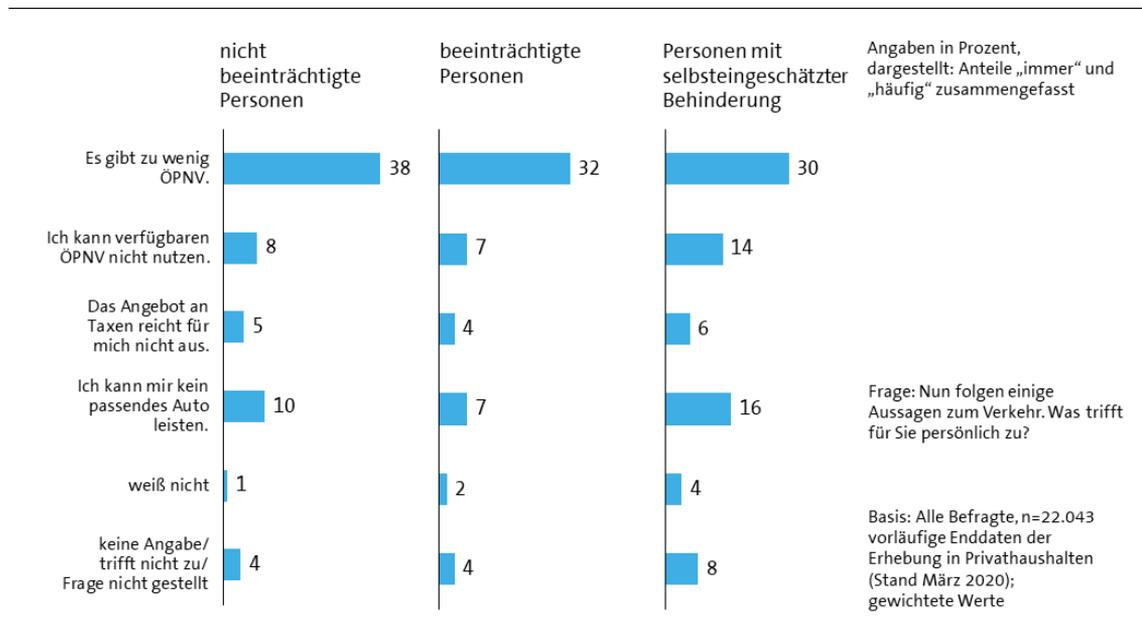


Beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung, die außerhalb ihrer Wohnung unterwegs sind, treffen den Ergebnissen zufolge in beträchtlichem Ausmaß auf Hindernisse oder Barrieren, die eine Bewegung durch den öffentlichen Raum erschweren. Hindernisse auf Gehwegen oder Straßen sind für beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung ein bedeutsames Problem. Der Anteil der Personen, die Hindernisse ausmachen, ist mit 25 Prozent um mehr als das Dreifache höher als bei den beiden Vergleichsgruppen.²⁴

Auch werden Durchgänge auf Gehwegen als zu eng beschrieben. Es fehlen im öffentlichen Raum Zeichen, Symbole und Piktogramme, die bei der Orientierung unterstützen können. Auch hier fällt der Anteil der beeinträchtigten Menschen mit Behinderung, die dies als Hindernis erleben, deutlich höher aus als bei nicht beeinträchtigten oder beeinträchtigten Personen.

²⁴ Eine Analyse von Barrieren nach einzelnen Beeinträchtigungen ist auf Basis des Endstandes der Daten für den Abschlussbericht der Teilhabestudie vorgesehen, dabei erfolgt zudem eine differenzierte Analyse zu Stadt-Land-Unterschieden.

Abbildung 18 Barrieren im Verkehr



Auch im Straßen- und öffentlichen Nah- und Fernverkehr stehen die Menschen vor Hürden. Es gebe zu wenig öffentlichen Nahverkehr (ÖPNV) sagen jeweils 30 Prozent (und mehr) der gar nicht beeinträchtigten, der beeinträchtigten und der beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung. Es handelt sich dabei um eine allgemeine Forderung.

Dass der öffentliche Nahverkehr gar nicht erst genutzt werden könne, geben im Vergleich zu den übrigen befragten Personengruppen indes doppelt so viele beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung an. Zudem sagt jeder sechste beeinträchtigte Mensch mit selbsteingeschätzten Behinderungen, sich kein passendes Auto leisten zu können, um von A nach B zu kommen.

Zu den Erfahrungen mit Barrieren im öffentlichen Verkehrsraum äußerten sich betroffene Personen auch im Rahmen qualitativer Interviews der Teilhabestudie.²⁵

Dabei wird das Problem von Barrieren im öffentlichen Raum aus Sicht von beeinträchtigten Menschen mit Behinderungen in zweifacher Weise beschrieben: Es gehe nicht nur um Mängel der Infrastruktur. Es gehe immer wieder auch um das Verhalten der anderen, der nicht beeinträchtigten Personen.

So nutzte eine Befragte zur Fortbewegung ein Elektromobil und stieß auf einen durch ein Fahrzeug zugestellten Übergang für behinderte Menschen, den sie eigentlich nutzen wollte:

„Ich sage: ‚Junger Mann, hier ist ein Behindertenübergang, fahren Sie mal ein bisschen zurück.‘ [...] Guckt der und da sagt der: ‚Sie können doch da überkommen‘, da wo die Steine so doll sind. Ich sage: ‚Nein, da kann ich nicht überfahren, das ruckelt wie verrückt.‘ – ‚Ja‘, sagt der, ‚dann bleiben Sie eben da stehen.‘ Das war die Antwort, die ich gekriegt habe.“

(Aussage einer 73-jährigen Frau mit Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit sowie Beeinträchtigung durch seelische Probleme).

²⁵ Erneut gilt: Die folgend zitierten Aussagen aus qualitativen Interviews sind nicht in der Weise verallgemeinerungsfähig, wie dies für die Informationen aus der quantitativen Erhebung in Privathaushalten gilt.

Verhaltensweisen, die von mangelnder Empathie bis zu Missachtung reichen, werden in zahlreichen Beispielen zum Ausdruck gebracht. So berichtet eine befragte Person von Erlebnissen bei einem Arztbesuch:

„Und da, wo man weiß, dass ich im Rollstuhl sitze oder ich frage dann vorher: ‚Ist es überhaupt möglich bei Ihnen, mit einem Rollstuhl rein- und rauszukommen?‘ Und da habe ich auch schon die dollsten Dinge erlebt, die gesagt haben: ‚Ja, ja, alles klar.‘ Und dann bin ich da angekommen, da hat es dann noch zwei Stufen gegeben und schon habe ich ein Problem. Ich sage dann einfach mal, die Leute sind ein bisschen kopflos manchmal.“

(Aussage eines 61-jährigen Mannes mit Mehrfachbehinderung)

Die Grunderfahrung, die mit solchen Erlebnissen gemacht wird, fasst eine andere Befragte wie folgt zusammen:

„Ich denke kaum, dass da jemand so einzeln was dran ändern kann. Ich denke, dass einfach das ganze Denken der Menschen sich ändern müsste. Dass dieses Denken, dass man perfekt sein muss in der heutigen Welt, dass man nicht anders sein darf in der heutigen Welt, sich ändern müsste und wenn man so den Verlauf ansieht und sich anguckt, dass in China jetzt schon perfekte Babys produziert werden sollen und dass in China entschieden werden darf, darf es ein Junge, darf es ein Mädchen sein, und solche Sachen halt eben, daran sieht man immer wieder, dass die Menschen eigentlich genau ins Gegenteil rennen. Anstatt dass sie Empathie für andere Menschen empfinden, laufen sie genau in das Gegensätzliche.“

(Aussage einer 31-jährigen Frau mit Bewegungseinschränkungen).

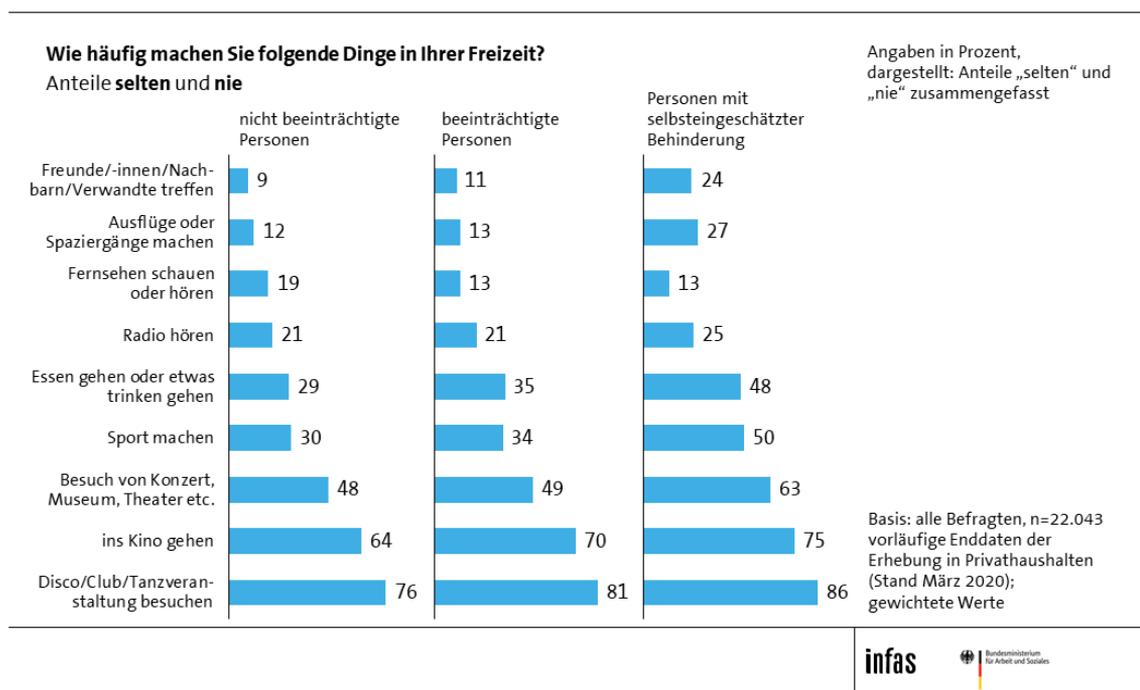
Barrieren im öffentlichen Verkehrsraum haben weitreichende Konsequenzen für die Lebensgestaltung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Dies zeigt sich auch im Bereich der Freizeitgestaltung. So zeigen die Daten der Teilhabestudie, dass Aktivitäten, die außerhalb der Wohnung stattfinden, die mit Anfahrtswegen verbunden sind oder für die vielleicht eine Unterstützung oder Assistenz benötigt wird, insbesondere von beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen vergleichsweise seltener in Anspruch genommen werden als Aktivitäten zu Hause.

2.4 Barrieren bei Freizeitaktivitäten

Mit Blick auf Freizeitwünsche ist zunächst ein ganz grundlegender Sachverhalt festzuhalten: Ob es sich um nicht beeinträchtigte Menschen, um beeinträchtigte Personen oder um beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung handelt: Alle haben generell ähnliche Freizeitwünsche und -vorstellungen. Menschen mit und ohne Behinderungen artikulieren vergleichbare kulturelle Interessen und haben auch entsprechend vergleichbare Wünsche und Handlungsorientierungen.

Gemessen an diesen selbstartikulierten Wünschen und Interessen zeigen die Ergebnisse vor diesem Hintergrund indes an, dass beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung einer Reihe von Aktivitäten – im Vergleich zu nicht beeinträchtigten und beeinträchtigten Menschen – deutlich seltener nachgehen können. Die folgende Abbildung listet einen umfangreichen Radius kultureller und Freizeitaktivitäten auf, wobei sich der Blick dabei ausdrücklich auf die *Handlungseinschränkungen* richtet. Die berichteten Prozentanteile stehen in der folgenden Grafik also nicht für die Antwortkategorien „häufig/immer“, sondern fassen hier die Anteile der Antwortkategorien „selten und nie“ zusammen.

Abbildung 19 Profile von Freizeitaktivitäten

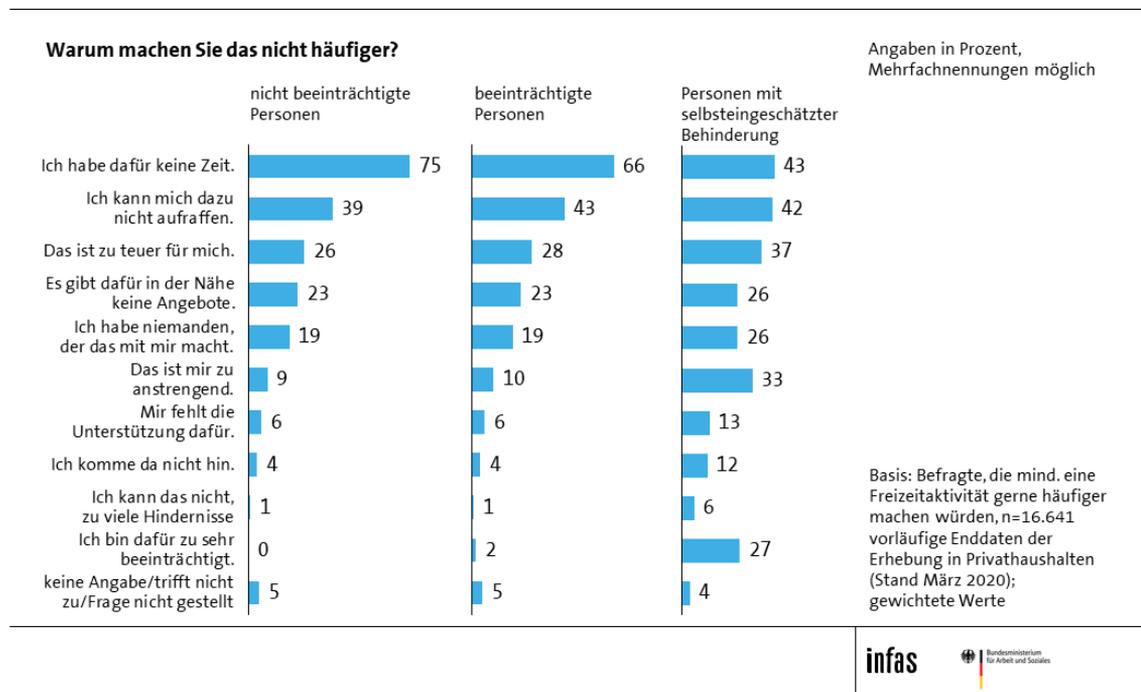


Beeinträchtigte Menschen mit Behinderungen nehmen Aktivitäten außerhalb ihrer Wohnungen seltener in Anspruch als Aktivitäten, die auch zu Hause gemacht werden können – wie Fernsehen schauen, Radio hören oder lesen. Auch treffen beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen vergleichsweise seltener Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn oder Verwandte. Beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen unternehmen zudem weniger Ausflüge und gehen seltener aus (um Essen zu gehen, Konzerte, Museen, Theater oder Kinos zu besuchen).

Warum lassen sich gewünschte Freizeitaktivitäten nicht realisieren?

Nicht beeinträchtigte und beeinträchtigte Menschen nennen (mit einem alles in allem vergleichbaren Antwortprofil) eine Reihe von Gründen: Es sei keine Zeit für die gewünschte Aktivität vorhanden (75 bzw. 66 Prozent), man könne sich nicht aufrufen (39 bzw. 43 Prozent), gewünschte Angebote seien zu teuer (26 bzw. 28 Prozent) oder aber es gebe in der Nähe gar keine passenden Angebote (jeweils 23 Prozent).

Abbildung 20 Gründe für Einschränkungen von Freizeitaktivitäten



Bei beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen zeigt sich erneut ein abweichendes Gesamtbild: Wirtschaftliche Gründe und Barrieren der Infrastruktur fallen bei Menschen mit Behinderungen stärker ins Gewicht. Beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung geben nicht so häufig an, dass für gewünschte Freizeitaktivitäten einfach keine Zeit vorhanden sei. Dass aber Angebote zu teuer seien (37 Prozent) und Aktivität zu anstrengend (33 Prozent), dass man selbst für die Aktivität zu beeinträchtigt sei (27 Prozent) und Unterstützung fehle (13 Prozent) – all dies sind Einschränkungen, die beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen im Vergleich häufiger erfahren.

2.5 Einschätzungen zu gesellschaftlicher Teilhabe und Lebenszufriedenheit

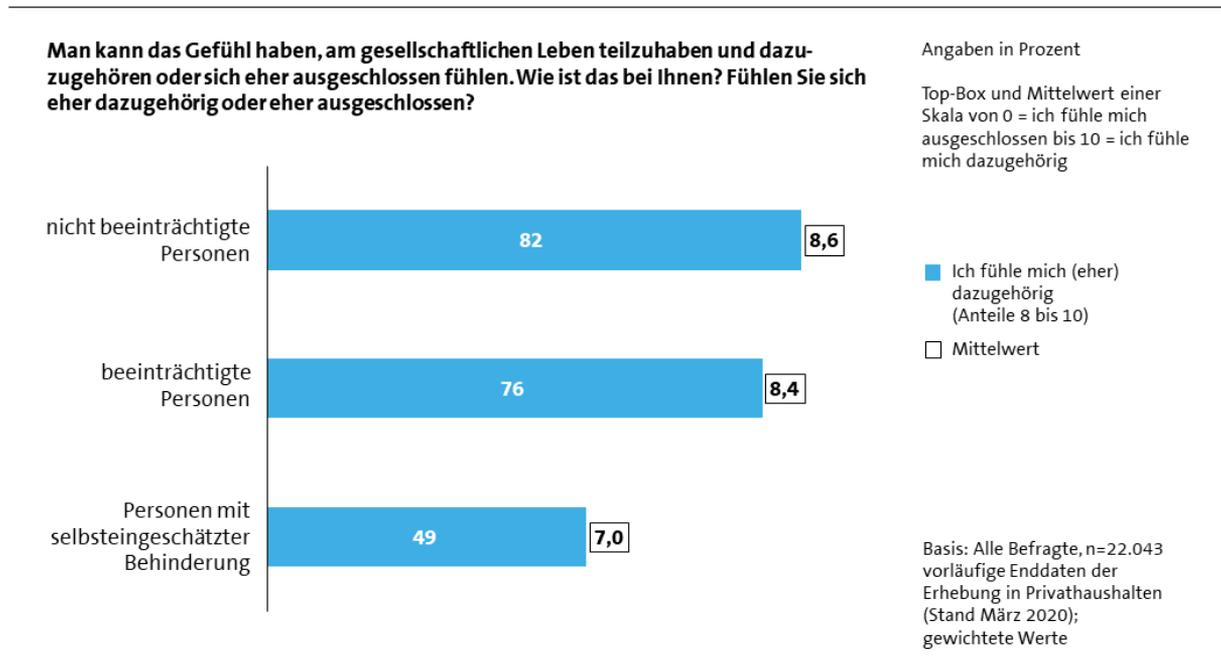
Eine gleichberechtigte Teilhabe an der politischen und sozialen Gestaltung der Gesellschaft soll – im Einklang mit der UN-BRK – in der Bundesrepublik Deutschland für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen gewährleistet sein. Für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen steht gesellschaftliche Teilhabe dabei auch in engem Zusammenhang mit der Selbstbestimmung (vgl. §1 und § 4 Absatz 1 Nummer 4 SGB IX). Soziale Teilhabe an der Gesellschaft soll für Menschen mit Behinderungen durch ungehinderten Zugang und Mitwirkungsmöglichkeiten gefördert werden, und zwar für alle Formen von Engagement – auch in den unterschiedlichsten Bereichen, so im Politischen, im Sozialen, in Kultur oder Sport (BMAS 2016: 422).

In vergleichender Anschauung zeigen die bisher dargestellten Befunde der Teilhabestudie dabei Hinweise auf Handlungsbedarfe zur Verbesserung einer gleichberechtigten Teilhabe an: Beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung haben bei der Alltagsbewältigung in Privathaushalten – in der Breite gesehen – zwar auch Handlungsautonomie; sie benötigen aber sichtbar häufiger Unterstützung bei alltäglichen Arbeiten im Haushalt (wobei Hilfestellungen überwiegend durch Mitglieder der Kernfamilie geleistet werden). Beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung erhalten notwendige Hilfen und Unterstützung auch nicht durchgängig. In beträchtlichem Ausmaß bestehen Informationsdefizite, wonach nicht bekannt ist, welche Hilfen zustehen und wo diese zu erhalten sind.

Und beeinträchtigte Menschen mit Behinderungen sehen sich bei Möglichkeiten, an Freizeit und Kultur teilzuhaben, vergleichsweise stärker eingeschränkt.

Das Bild, das hier aus einer Reihe empirischer Einzelbefunde entsteht, spiegelt sich auch wider, wenn die Befragten um eine *generelle* Einschätzung ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gebeten werden. Die Frage richtet sich darauf, ob sich die einzelne Person der Gesellschaft eher zugehörig oder davon eher ausgeschlossen fühlt.

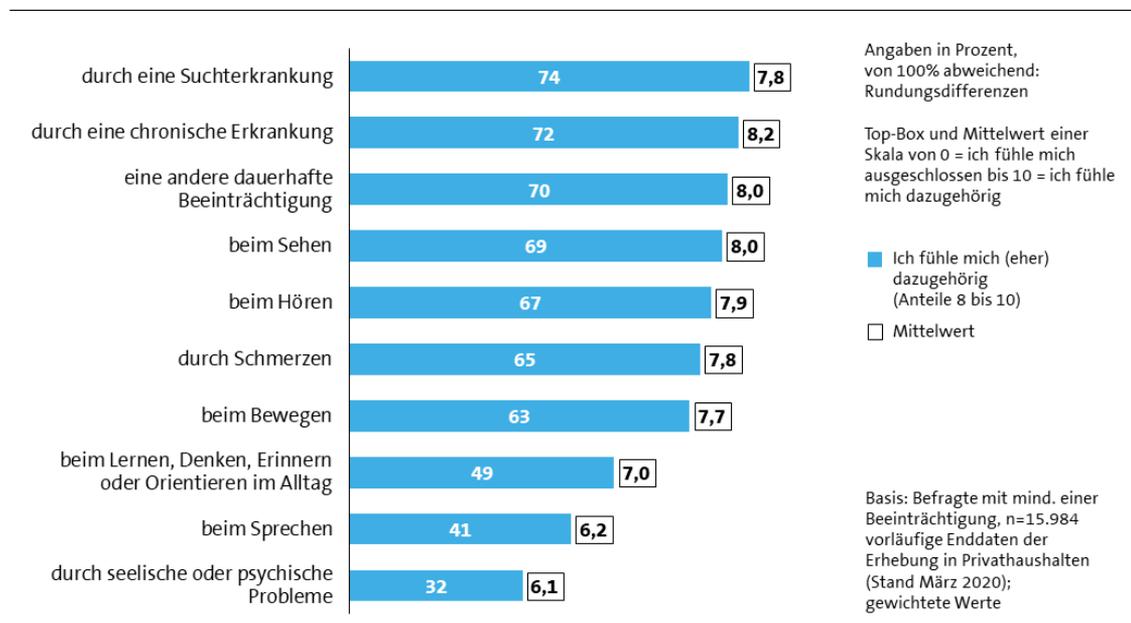
Abbildung 21 Gesellschaftliche Teilhabe



Dem Ergebnis nach fühlen sich beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen – alles in allem – vergleichsweise schlechter in die deutsche Gesellschaft einbezogen als nicht beeinträchtigte oder beeinträchtigte Menschen. Eine jeweils große Mehrheit der beiden letztgenannten Gruppen (Nichtbeeinträchtigte: 82 Prozent, Beeinträchtigte: 76 Prozent) beschreibt sich als gesellschaftlich zugehörig. Unter beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung gibt dies nur etwa die Hälfte der befragten Personen an.

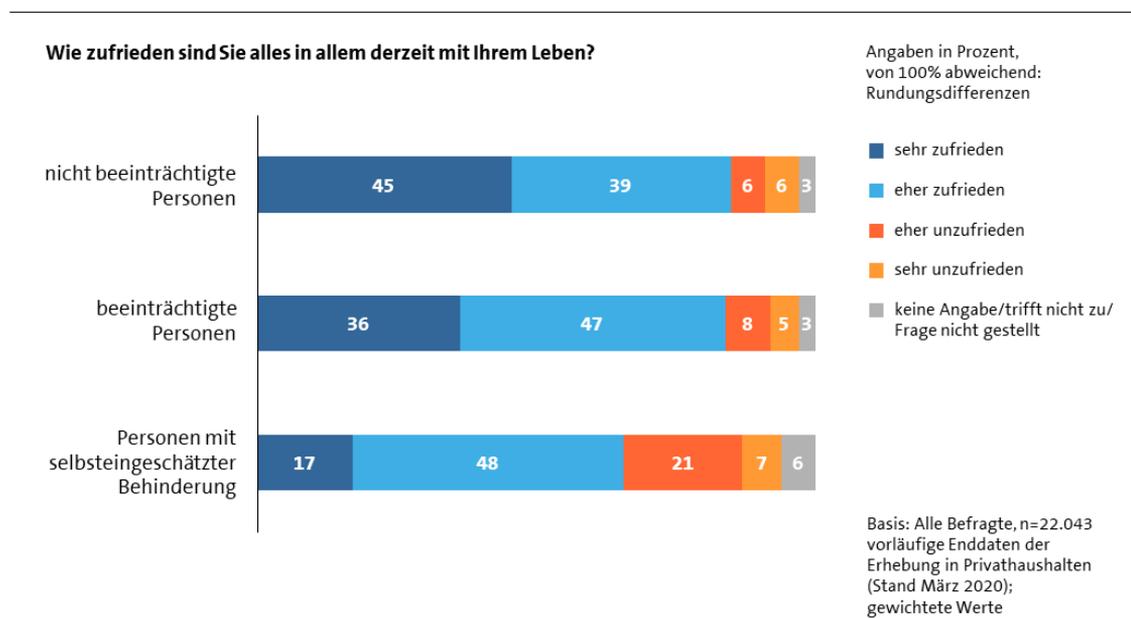
Differenziert nach der Art der stärksten Beeinträchtigung zeigt sich, bei welchen beeinträchtigten Personen dieses Gefühl stärker ausgeprägt ist. Vergleichsweise stärker ausgeschlossen fühlen sich Personen mit psychischen Beeinträchtigungen (32 Prozent), mit Beeinträchtigungen beim Sprechen (41 Prozent) und Beeinträchtigungen beim Lernen, Denken, Erinnern und Orientieren im Alltag (49 Prozent).

Abbildung 22 Gesellschaftliche Teilhabe nach Beeinträchtigung



Die *Exklusion*, die in diesen Befunden zum Ausdruck kommt, wird auch bei der Frage nach der Lebenszufriedenheit deutlich. Dies ist eine Frage, die in (nationalen wie internationalen) Erhebungen standardmäßig eingesetzt wird und misst, in welchem Maß Personen mit ihren Lebensbedingungen zufrieden sind. Die Frage wurde auch in der deutschen Teilhabestudie gestellt.

Abbildung 23 Zufriedenheit mit dem Leben



Beeinträchtigte Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen sind demnach heute in der Bundesrepublik alles in allem weniger mit ihrem Leben zufrieden als die übrigen befragten Personengruppen.

Lediglich 17 Prozent der beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen geben an, mit ihrem Leben „sehr“ zufrieden zu sein. Besonders im Vergleich zu nicht beeinträchtigten Menschen besteht (mit 45 Prozent) ein sehr erheblicher Unterschied von 28 Prozentpunkten – einer der größten Gruppendifferenzen, die im Rahmen der Teilhabestudie ermittelt wurde. Und ein sehr hoher Anteil von 28 Prozent der beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen ist nur „eher“ oder gar „sehr“ unzufrieden mit dem eigenen Leben.

Eine multivariate Analyse der Bestimmungsgründe der Lebenszufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen wird im Rahmen des Endberichts der deutschen Teilhabestudie auf Basis der Enddaten vorzunehmen sein.

Die empirische Forschung zur Lebenszufriedenheit (Schröder 2020, 180) weist aus, dass es vor allem der eigene Gesundheitszustand ist, der einen erheblichen Einfluss auf die Einschätzung der eigenen Lebenszufriedenheit hat. Im Rahmen des hier verfolgten bio-psycho-sozialen Ansatzes wird auch dieser Aspekt eine Rolle spielen. Vor allem aber wird es in der Teilhabestudie darauf ankommen müssen, im Rahmen der weiteren Untersuchungen jene Kontext- und Umweltfaktoren (auf der sozialen Seite) empirisch einzuordnen, die einen Beitrag zur Erhöhung der Lebenszufriedenheit bei Menschen mit Beeinträchtigungen und beeinträchtigten Menschen mit selbsteingeschätzten Behinderungen leisten können – und die dabei auch politisch-gesellschaftlich gestaltbar sind.

2.6 Ausblick

Der Beitrag der deutschen Teilhabestudie soll eine Beschreibung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen in der Bundesrepublik sein. Teilhabe fördernde sowie Teilhabe hemmende Faktoren sind dabei bestmöglich zu identifizieren.

Aussagen über Lebensbedingungen einer bestimmten Gruppe in der Gesellschaft – hier: Menschen mit Behinderungen – können überhaupt nur getroffen werden, wenn die entsprechende Gruppe *als solche* in den Blick genommen werden kann. Die Möglichkeit, Aussagen über eine Gruppe und ihre Lebenswirklichkeit zu treffen, setzt damit voraus, dass die Gruppe definiert wird. Vor dem Hintergrund der hohen sozialpolitischen und –rechtlichen Bedeutsamkeit, einer vielschichtigen (interdisziplinären) wissenschaftlichen Diskussion sowie auch des grundlegenden Wandels im Verständnis von Behinderung ist dies keine einfache Aufgabe. Die deutsche Teilhabestudie stellt in diesem Zusammenhang einen *empirisch-analytischen* Ansatz und eine darauf basierende *vergleichende Untersuchungsperspektive* vor, um zu den notwendigen Aussagen zu kommen.

Sozialwissenschaftliche Forschung geht stets mit einem Prozess einher, der in den Kulturwissenschaften heute (zusammenfassend und treffend) Perspektivierung genannt wird. Man legt dabei Rechenschaft über den eigenen Blickwinkel und seine Konsequenzen ab. Zum Blickwinkel der deutschen Teilhabestudie ist festzuhalten: Für die Messung von „Beeinträchtigung“ und „Behinderung“ gab es in der deutschen empirischen Sozialforschung bislang keine etablierten Vorgehensweisen. Die Teilhabestudie hat sich daher an Untersuchungen in anderen Ländern orientiert. Dort war man ebenfalls vor die Aufgabe gestellt, das neue Verständnis von Behinderung – in Konsequenz der ICF-Konzeption – forschungspraktisch umzusetzen und Vorschläge zu unterbreiten, wie Informationen über individuelle Beeinträchtigungen und Sozialwirkungen miteinander verknüpft werden können.

Wie schwer Beeinträchtigungen eingeschätzt werden und wie stark deren Zusammenwirken mit Umweltaspekten eingestuft wird, wird im Rahmen der Teilhabestudie von niemand anderem als den befragten Betroffenen selbst ausgesagt. Dadurch entsteht eine neue Datenlage, die es ermöglicht, überkommene Vorgehensweisen einer Gruppenidentifizierung (etwa durch amtliche Zuschreibung von

Behinderung durch den Schwerbehindertenausweis) zu überwinden. Auch wird die vergleichende Analyseperspektive dadurch möglich: Einschätzungen von nicht beeinträchtigten Personen, beeinträchtigten Personen und beeinträchtigten Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung können in Bezug zueinander gesetzt werden. So werden spezifische Problemlagen für beeinträchtigte Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung erkennbar. Und die Probleme können auch in ihrem Ausmaß eingeordnet werden. Diese Vorgehensweise verschafft Informationen für eine Politik unter den Zielen Gleichheit und Inklusion (nicht aber für eine essentialistische Identitätspolitik).

Die deskriptiven Untersuchungen in den vorstehenden Abschnitten demonstrieren diesen Untersuchungsansatz erstmalig. Dabei konnten im vorliegenden Bericht – nicht zuletzt aufgrund noch nicht abgeschlossener Datenerhebungen – erste Themenfelder angerissen werden. Wenn die Datenbestände vollständig sind und auch Personen, die dauerhaft in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe oder in Alten- oder Pflegeheimen leben, einbezogen werden, können im Abschlussbericht der Teilhabestudie weitere Aspekte umfassender untersucht werden.

Neben Aspekten wie der Selbstbestimmung und der sozialen Einbindung werden dies insbesondere die Themen Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Nichterwerbstätigkeit, Einkommen und materielle Sicherheit sowie auch politische Teilhabe sein. Aus Sicht der Teilhabestudie, die nicht zuletzt auch den politischen Entscheidungsträgern handlungsrelevante Informationen an die Hand zu geben hat, sollten rechtlich und politisch gestaltbare Problem- und Handlungsfelder dabei im Vordergrund stehen.

Mit Blick auf die weitere Verwendung der Informationen der deutschen Teilhabestudie ist nicht zuletzt daran zu erinnern, dass die Daten einer interessierten Öffentlichkeit in Gestalt eines Scientific-Use-Files vollständig verfügbar gemacht werden.

3. Methodik I: Stand der Befragung in Privathaushalten

Eine zentrales Element der Teilhabestudie ist die Befragung von (angezielt) 21.000 Menschen, die in privaten Haushalten leben. Um die Vielfalt der Lebenswelten von Frauen und Männern, von jüngeren und älteren Menschen, von Stadt- und Landbewohnerinnen und -bewohnern abbilden zu können, wird eine große Stichprobe von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in Privathaushalten befragt.

Die Grundgesamtheit bilden alle Personen im Alter von 16 bis 79 Jahren, die in der Bundesrepublik Deutschland in privaten Haushalten leben (die sogenannte Wohnbevölkerung). Um für die Wohnbevölkerung eine adäquate Stichprobe zugrunde zu legen, wurde ein mehrstufiges Auswahlverfahren durchgeführt. In einem ersten Schritt erfolgte eine zufallsgesteuerte Gemeindeauswahl. Dabei wurden 250 Gemeinden mit insgesamt 285 Sample Points nach statistischen Kriterien gezogen. In einem zweiten Schritt wurden die Einwohnermeldeämter dieser Gemeinden um die Übermittlung einer Zahl von zufällig ausgewählten Adressen gebeten. Das Ergebnis eines solchen Auswahlverfahrens ist dann eine sogenannte Einwohnermeldestichprobe.

Die Herausforderung für die Stichprobenauswahl bildete die Frage, wo Menschen mit einer Beeinträchtigung leben und befragt werden können. An dieser Stelle rufen wir in Erinnerung, dass die Studie nicht auf den Kreis amtlich anerkannter schwerbehinderter Menschen, die prinzipiell über Versorgungsämter erreichbar wären, begrenzt ist. Vielmehr ist der Kreis der Beeinträchtigten gemäß der ICF-Überlegungen weit gefasst. Er schließt Personen ein, die eine funktionale Beeinträchtigung haben, die zusammen mit Barrieren der Umwelt und mit psychosozialen Faktoren die Teilhabe einschränken. Diese Beeinträchtigungen werden von den Betroffenen subjektiv wahrgenommen und müssen noch keineswegs „amtlich“ anerkannt sein. Auch drohende Behinderungen können das Leben und die Teilhabe der Betroffenen erheblich einschränken.

Eine Anforderung an das Untersuchungskonzept war es, diese Menschen mit einer Beeinträchtigung aufzufinden und zu befragen. Im 2. Zwischenbericht der Repräsentativerhebung vom August 2018²⁶ wurde die Stichprobenbildung für die Befragung in Haushalten bereits detailliert beschrieben. Um jene Menschen mit einer Beeinträchtigung aufzufinden und zu befragen, wurden die von den Einwohnermeldeämtern übermittelten Personen stellvertretend für ihren Haushalt angeschrieben.

Da diese Personen eine Verbindung zu dem Haushalt, in dem sie leben, bilden, bezeichnet man sie auch als „Ankerpersonen“ für einen Haushalt. Die Ankerpersonen wurden angeschrieben und über Auskünfte für die Haushaltsmitglieder gebeten. Insbesondere stand im Fokus, ob und welche Beeinträchtigungen bei den Haushaltsmitgliedern vorliegen. Der Fachbegriff für diese Suche nach einem bestimmten Teil der Bevölkerung in den Haushalten heißt „Screening“.

Die Screeningerhebung wurde – als Vorbefragung in den Haushalten – zwischen Mai und September 2018 durchgeführt. Auf Basis der Einwohnermeldestichprobe wurden insgesamt 300.246 Personen stellvertretend für ihre Haushalte angeschrieben und um die Teilnahme an der Befragung zum Haushalt gebeten. Personen, die nicht antworteten, wurden wiederholt angeschrieben und mit verschiedenen Argumenten zur Teilnahme ermutigt. Um jeder Person die Teilnahme an der Screeningerhebung zu ermöglichen – unabhängig von der Art und Schwere einer möglichen Beeinträchtigung – konnten die

²⁶ Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung- 2. Zwischenbericht, Berlin, August 2018, S.28ff <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-512-repraesentativbefragung-behinderung.html>

Betroffenen wählen, mit welcher Befragungsmethode sie sich beteiligen: schriftlich mittels eines Papierfragebogens, online mit einem elektronischen Fragebogen im Internet oder telefonisch im Rahmen eines Interviews, das von einem geschulten Interviewer geführt wurde.

Die Screeningerhebung diente allein einem Zweck: die für die Stichprobenbildung relevanten Daten in den Haushalten zu ermitteln. Das Ergebnis dieser Screeningerhebung bildete schließlich die Grundlage für die Ziehung einer Stichprobe von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung, die für die eigentliche Befragung zur Teilhabe eingesetzt wurde. Die Beteiligung der Haushalte an dieser Vorerhebung ist mit einem Rücklauf von 22 Prozent als gut zu bewerten. Von den über 66 Tsd. Haushalten, die einen Bogen zurückgesendet hatten, wurden Angaben von über 137 Tsd. Personen in den Haushalten gemacht. Davon haben fast 49 Tsd. Personen eine Beeinträchtigung. Im Spektrum der Antworten waren alle Arten von Beeinträchtigungen genannt. Der 3. Zwischenbericht der Repräsentativerhebung, veröffentlicht im Januar 2020,²⁷ hat die Ergebnisse der umfangreichen Screeningerhebung, die der Teilhabebefragung in Haushalten vorgeschaltet war, bereits ausführlich vorgestellt. Die statistische Prüfung der Screeningerhebung zeigte ein repräsentatives Ergebnis.

Die Screeningergebnisse waren damit, wie auch angezielt, eine sehr solide Basis für die Ziehung der Stichprobe von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung in den Haushalten. Die soziodemografischen und regionalen Merkmale der Personen in den Haushalten bildeten auch die Einwohnermeldestichprobe gut ab. Und noch wichtiger: Für alle Beeinträchtigungsarten waren genügend Personen bekannt, die in der Haupterhebung zu ihrem Leben und ihren Teilhabemöglichkeiten und -grenzen befragt werden konnten.

Aus den ermittelten Personen wurde für die Haupterhebung eine geschichtete Einsatzstichprobe gezogen. Diese wurde zunächst schriftlich kontaktiert und über die anstehende Befragung informiert. Anschließend gingen die ausführlich geschulten Interviewerinnen und Interviewer in die Haushalte, um die ausgewählten Personen für die Befragung zu kontaktieren, Termine zu vereinbaren und diese möglichst barrierearm zu befragen.²⁸

3.1 Die Befragung in Privathaushalten – Vorläufiger Abschluss der Erhebung

Der Feldstart der Befragung in Haushalten erfolgte im November 2018. In über einem Jahr Feldzeit wurden Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen zu ihren Teilhabemöglichkeiten befragt. Damit alle für die Befragung ausgewählten Personen – unabhängig von der Art und Schwere einer Beeinträchtigung – so barrierefrei wie möglich befragt werden konnten, wurde eine Vielzahl von Befragungsmethoden und Unterstützungsmöglichkeiten angeboten. Im 3. Zwischenbericht²⁹ ist das Vorgehen der Erhebung im Rahmen der Teilhabestudie sowie deren Vorbereitung detailliert beschrieben.

Die Haupterhebung in Privathaushalten konnte Anfang März 2020 vorläufig abgeschlossen werden.

²⁷ Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung- 3. Zwischenbericht, Berlin, Januar 2020, S.14 ff. <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-541-repraesentativbefragung-behinderung.html>

²⁸ Für weitere Details zu Feldvorbereitung, Feldstart und Felddurchführung der Befragung in Privathaushalten siehe Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung- 3. Zwischenbericht, Berlin, Januar 2020, S.21 ff. <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-541-repraesentativbefragung-behinderung.html>

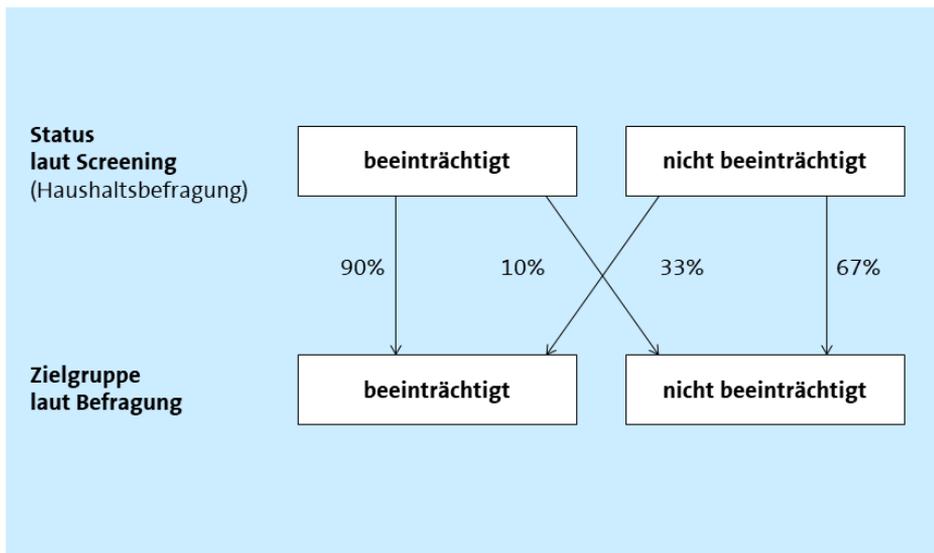
²⁹ Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung- 3. Zwischenbericht, Berlin, Januar 2020, S.26 ff. <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-541-repraesentativbefragung-behinderung.html>

Aufgrund der Corona-Pandemie seit März 2020 mussten die zu diesem Zeitpunkt noch laufenden Befragungen von Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen unterbrochen werden. Hierunter fällt auch die Befragung von besonders schwer erreichbaren Zielgruppen, hierunter auch gehörlose Menschen, die mit Unterstützung durch eine/n Dolmetscher/in für Deutsche Gebärdensprache (DGS) befragt werden sollten sowie stark sehbeeinträchtigte und blinde sowie auch taubblinde Menschen. Im laufenden Feld befindlich sind derzeit noch telefonische Interviews, die mit Befragten der Stichprobe in Fremdsprachen geführt werden. Da diese Teilerhebungen noch nicht abgeschlossen werden konnten, gilt die Erhebung in Privathaushalten zum Zeitpunkt der Berichtslegung als *vorläufig beendet*.³⁰ Dennoch ist der Datenstand bereits aussagekräftig.

Das vorläufige Endergebnis der Erhebung umfasst insgesamt 22.043 Befragungspersonen aus Privathaushalten, die an der Befragung teilnahmen. Darunter wurden 15.984 Personen mit Beeinträchtigungen und 6.059 Personen ohne Beeinträchtigung befragt. Ein zentrales Ziel war, rund 16.000 Personen mit Beeinträchtigungen zu erreichen und zu befragen. Dieses Ziel wurde erreicht. Dabei ist zu betonen, dass die Erhebung der Teilhabestudie aus stichprobentheoretischen Gründen auf der Methode der (geschichteten) Zufallsstichprobe basiert. Ausdrücklich wurden keine sogenannten „Quotierungen“ (etwa auf Basis der Screeningergebnisse) vorgenommen. Die erreichten Fallzahlen (beeinträchtigte vs. nicht beeinträchtigte Befragte) sind ein empirisches, auf Basis einer geschichteten Zufallsstichprobe gewonnenes, und nicht ein durch vorgegebene Quoten gesteuertes Ergebnis.³¹

Vom Verfahren her wurden alle Personen – ob mit oder ohne Beeinträchtigungen laut Screening – in der Hauptbefragung mit dem gleichen Fragebogen befragt.

Abbildung 24 Statuswechsel vom Screening zur Hauptbefragung



³⁰ Die Berechnung einer Ausschöpfung nach AAPOR erfolgt nach Abschluss der Erhebung.

³¹ Das in der Teilhabestudie durchgeführte Verfahren kann stichprobentheoretisch als alternativlos bezeichnet werden. Hätte man quotiert, um „genaue“ Teilgruppen-Fallzahlen zu erzielen, wäre das Ergebnis selektiv gewesen. Denn Quoten-Verfahren führen dazu, dass Stichproben nicht adäquat gleichmäßig abgearbeitet werden und daher nicht jedes Element der Grundgesamtheit eine gleich berechenbare Chance hat, an der Befragung teilzunehmen.

Erst in der Haupterhebung konnte alle zufällig ausgewählten Personen dann detaillierter über ihre Beeinträchtigung Auskunft geben, als das in dem vergleichsweise kurzen Fragebogen der Screeningenerhebung der Fall war. Mit diesem Verfahren konnten Befragte dann Angaben aus dem Screening (die ggf. auch eine andere Person im Haushalt gemacht hatte) korrigieren. Die vorstehende Abbildung zeigt die sogenannten Statuswechsel von der Screeningenerhebung zur Haupterhebung auf. 90 Prozent der Befragungspersonen, für die im Rahmen des Screenings eine oder mehrere Beeinträchtigungen genannt wurden, gaben auch in der Haupterhebung weiterhin Beeinträchtigungen an. 10 Prozent der beeinträchtigten Personen (laut Screening) wechselten den Status zu „nicht beeinträchtigt“ auf Basis der detaillierten Abfrage in der Haupterhebung. Gründe hierfür waren Korrekturen der Angaben einer anderen Person aus dem Haushalt aus dem Screening oder auch der Umstand, dass sich über die Zeit Beeinträchtigungen auch verbessert hatten. Der Stimulus mit „sechs Monate andauernd oder voraussichtlich andauernde Beeinträchtigung“ war bei Screening und Haupterhebung selbstverständlich identisch. Von den nicht beeinträchtigten Personen laut Screening „verblieben“ 67 Prozent in ihrem Screeningstatus, für 33 Prozent ergab die detaillierte Abfrage in der Haupterhebung einen Wechsel der Einschätzung der Situation. Gründe dafür konnten vorherige Fremdauskünfte sein, da auskunftsgabende Personen aus dem Haushalt nicht über alle vorliegenden Beeinträchtigungen Bescheid wussten. Zum anderen konnten auch hier im der Zeitperiode zwischen Screening und Haupterhebung Beeinträchtigungen hinzugekommen sein, die im Rahmen der Hauptbefragung dann erst genannt wurden.

Die Kooperationsbereitschaft der Befragungspersonen in der Hauptbefragung ist als sehr positiv zu beurteilen. Für eine mögliche Wiederholungsbefragung (Panelbefragung) wurde die Bereitschaft zur Speicherung der Adresse einer Befragungsperson (Panelbereitschaft) erbeten. Insgesamt äußerten 18.610 Personen (84 Prozent) ihre Panelbereitschaft, was als ein Beleg für die hohe Akzeptanz der Befragung gelten kann.

Alle angebotenen Erhebungsmethoden und Unterstützungsmöglichkeiten wurden genutzt:

- Die alternativen Erhebungsmethoden wurden von den Befragungspersonen – aufgrund spezifischer Beeinträchtigungen, die sonst ein Interview verhindert hätten – aktiv genutzt (z.B. telefonisches Interview, Online-Befragung, Selbstaussfüllen vor Ort am Laptop, Papierfragebogen, Befragung in Leichter Sprache).
- Die Befragung wurde in 91 Prozent aller Fälle ganz ohne Unterstützung durch dritte Personen durchgeführt. In 3 Prozent der befragten Fälle halfen dritte Personen stellenweise. In weiteren 2 Prozent wurde ein Interview stellvertretend mit einer anderen Person (einem sogenannten Proxy) durchgeführt. In den übrigen 3 Prozent der Fälle liegt diese Information nicht vor.

Die große Mehrheit (94 Prozent) beantwortete die Langfassung des Fragebogens. Die restlichen 6 Prozent wurden mit dem Kurzinstrument befragt. Den Befragungsdaten ist zu entnehmen, dass Personen, die ein Kurzinterview führen, nur eingeschränkt befragbar waren.

Tabelle 2 Randverteilung der Befragung in Haushalten im Brutto-Netto-Vergleich

	Bruttoeinsatzstichprobe		Realisierte Stichprobe		Differenz
	abs.	in %	abs.	in %	Prozentpunkte
Geschlecht					
männlich	29.944	49,6	10.968	49,7	0,1
weiblich	29.754	49,2	10.922	49,5	0,3
keine Angabe	727	1,2	153	0,8	-0,4
Altersgruppe					
16-64 Jahre	32.851	54,4	11.175	50,7	-3,7
65 Jahre und älter	26.010	43,0	10.469	47,5	4,5
keine Angabe	1.564	2,6	399	1,8	-0,8
Bundesland					
Schleswig-Holstein	1.748	2,9	609	2,8	-0,1
Hamburg	1.164	1,9	387	1,8	-0,1
Niedersachsen	5.892	9,8	2.280	10,3	0,5
Bremen	582	1,0	136	0,6	-0,4
Nordrhein-Westfalen	14.334	23,7	4.960	22,5	-1,2
Hessen	4.505	7,5	1.588	7,2	-0,3
Rheinland-Pfalz	2.528	4,2	989	4,5	0,3
Baden-Württemberg	6.731	11,1	2.193	9,9	-1,2
Bayern	9.409	15,6	3.798	17,2	1,6
Saarland	772	1,3	278	1,3	0,0
Berlin	2.626	4,3	846	3,8	-0,5
Brandenburg	2.143	3,5	859	3,9	0,4
Mecklenburg-Vorpommern	1.046	1,7	439	2,0	0,3
Sachsen	3.458	5,7	1.403	6,4	0,7
Sachsen-Anhalt	1.885	3,1	689	3,1	0,0
Thüringen	1.602	2,7	589	2,7	0,0
Gemeindegrößenklasse					
unter 2.000 Einwohner	620	1,0	243	1,1	0,1
2.000 bis unter 5.000	1.311	2,2	548	2,6	0,4
5.000 bis unter 20.000	5.007	8,3	1.934	8,8	0,5
20.000 bis unter 50.000	6.529	10,8	2.518	11,4	0,6
50.000 - u. 100.000, Rest	4.154	6,9	1.580	7,2	0,3
50.000 - u. 100.000, Kern	1.408	2,3	489	2,2	-0,1
100.000 - u. 500.000, Rest	9.056	15,0	3.401	15,4	0,4
100.000 - u. 500.000, Kern	9.912	16,4	3.442	15,6	-0,8
500.000 und mehr, Rest	6.229	10,3	2.324	10,5	0,2
500.000 und mehr, Kern	16.199	26,8	5.564	25,2	-1,6
Gesamt	60.425	100,0	22.043	100,0	

Quelle: infas-Feldanalyse Teilhabestudie in Haushalten, Stand 20.03.2020

Erläuterung zu den Begriffen „Kern“ und „Rest“: Gemeinden gehören zum „Kern“-Bereich, wenn die Einwohner-/Arbeitsplatzdichte 1.000 oder mehr je qkm beträgt. Gemeinden gehören zum „Rest“-Bereich (auch: Verdichtungs-, Übergangs-, oder Peripherer Bereich), wenn die Einwohner-/Arbeitsplatzdichte weniger als 1.000 je qkm beträgt.

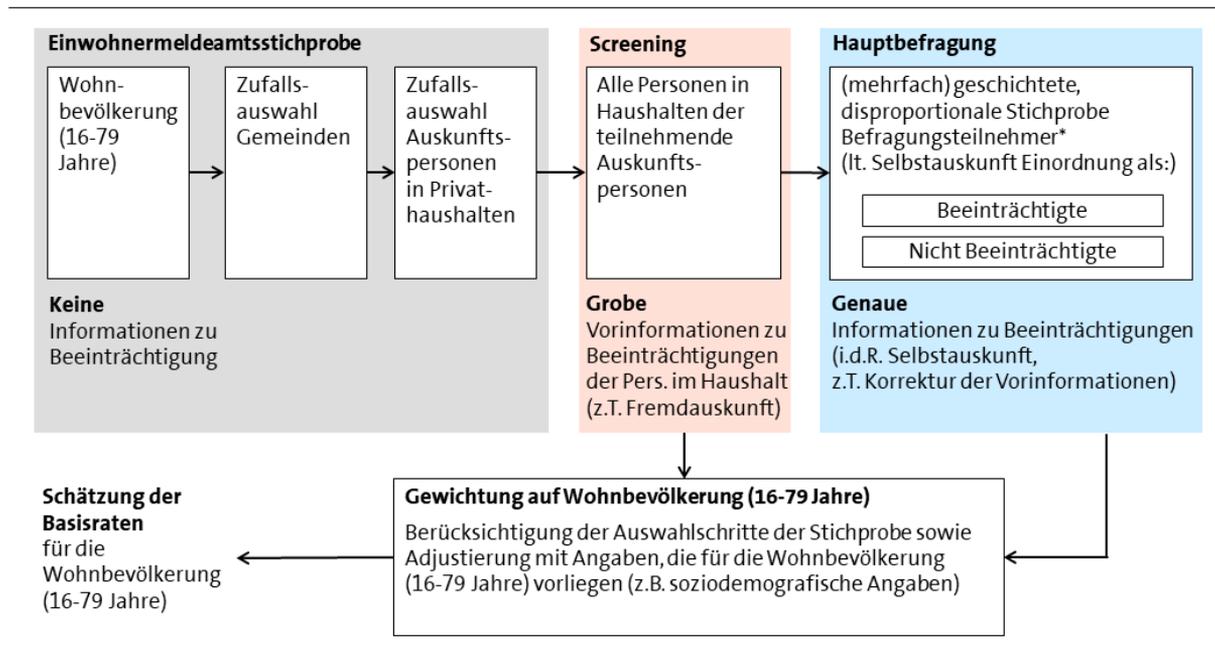
Die statistische Prüfung der Befragung in Haushalten zeigt ein insgesamt sehr gutes Ergebnis. Im Vergleich der Bruttoeinsatzstichprobe mit der realisierten Stichprobe – in der obigen Tabelle nach Geschlecht, Altersgruppe, Bundesländern und Gemeindegrößenklassen dargestellt – weisen die realisierten Interviews eine gute strukturelle Übereinstimmung mit der Bruttoeinsatzstichprobe auf. Mit Blick auf Individualmerkmale repräsentiert die realisierte Stichprobe das Geschlecht optimal, bei den Altersgruppen zeigen sich geringe Abweichungen: Die jüngere Altersgruppe ist leicht unter-, die ältere Gruppe leicht überrepräsentiert. Insgesamt betrachtet wurden alle Bevölkerungsgruppen in der Befragung in Haushalten erreicht. Keine Personengruppe wurde systematisch ausgeschlossen oder untererfasst.

Da die Ergebnisse der Teilhabebefragung stellvertretend für ganz Deutschland stehen sollen, ist auch die regionale Verteilung der befragten Personen entscheidend. Betrachtet man die regional-strukturellen Merkmalen nach Bundesland und Gemeindegrößenklasse zeigt sich ebenfalls ein sehr getreues Abbild der Bruttoeinsatzstichprobe. Die teilnehmenden Personen verteilen sich entsprechend der Bruttoeinsatzstichprobe über ganz Deutschland. Beeinträchtigte und nicht beeinträchtigte Menschen wurden in der Haupterhebung der Teilhabestudie somit für alle Bundesländer, in Stadt und Land, in Großstädten wie in kleinen Gemeinden, mithin „repräsentativ“, befragt.

3.2 Die Gewichtung der Befragungsdaten (Screening und Haupterhebung)

Die Befragungsdaten der Erhebung in Privathaushalten, die im vorliegenden Zwischenbericht in Kapitel 2 berichtet werden, wurden gewichtet. Entsprechend dem aufwendigen Studien-, Erhebungs-, und Stichprobendesign fällt auch das Gewichtungsmodell der Teilhabestudie sehr komplex aus. Aus Gründen der gebotenen Transparenz werden die zentralen Gewichtungsschritte im Folgenden in ihren Grundzügen vorgestellt.

Abbildung 25 Gewichtungsschritte für Screening und Haupterhebung in Privathaushalten



*Die Stichprobe der Nicht-Beeinträchtigten laut Screening wurde nach den Merkmalen Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht strukturgleich zur Stichprobe der Beeinträchtigten laut Screening ausgewählt.

Bereits für die umfangreiche Vorbefragung im Vorfeld der Erhebung in Privathaushalten, dem sogenannten Haushaltsscreening, wurden Designgewichte für alle Stufen der Einwohnermeldeamtsstichprobe jeweils über die Berechnung der reziproken (Kehrwerte) der Auswahlwahrscheinlichkeiten gebildet (Horvitz-Thompson-Schätzer).

Stufe 1: Auswahlwahrscheinlichkeit der Gemeinden bzw. Samplepoints.

Stufe 2: Auswahlwahrscheinlichkeit der Ziehungsperson bzw. Ankerperson in den Gemeinden, getrennt (explizit) nach den zwei disproportional angeordneten Altersschichten 16 bis 64 Jahre und 65 bis 79 Jahre.

Das Designgewicht für die Bruttostichprobe des Screenings ergibt sich dann aus dem Produkt reziproker Auswahlwahrscheinlichkeiten der Stufe 1 und 2.

3.2.1 Non-Response-Adjustierung der Designgewichte

Auf Basis der gezogenen Ankerpersonen des Haushaltes und deren Merkmalen aus der Einwohnermeldestichprobe (Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Bundesland und Gemeindegröße nach BIK) wurde mithilfe eines logistischen Regressionsmodells (Ausfallmodell) die Realisierungswahrscheinlichkeit für jeden Fall der Bruttostichprobe geschätzt. Modelliert wurde jeweils die Realisierungswahrscheinlichkeit mit der abhängigen dichotomen Variable $y=1$ (realisiertes Haushaltsscreening) und $y=0$ (nicht realisiertes Haushaltsscreening; Verweigerung bzw. nicht erreicht).

Das adjustierte Designgewicht der Ankerpersonen wurde definiert aus dem Produkt des Designgewichts für die Bruttostichprobe und der reziproken Realisierungswahrscheinlichkeit aus dem Ausfallmodell.

Diese adjustierten Designgewichte der Ankerpersonen wurden auf alle Zielpersonen im Haushalt übertragen und transformiert. Wegen der höheren Inklusionswahrscheinlichkeit von Mehrpersonenhaushalten bzw. Haushalten mit mehreren Zielpersonen im Alter von 16 bis 79 Jahren (reduzierte Haushaltsgröße), wurden die Designgewichte anschließend durch die reduzierte Haushaltsgröße dividiert. Alle Zielpersonen im Haushalt haben somit ein adjustiertes Designgewicht erhalten.

3.2.2 Kalibrierung beim Screening

Die adjustierten Designgewichte wurden nun nach folgenden Merkmalen kalibriert (Randanpassung): Alter x Geschlecht, höchster allgemeinbildender Schulabschluss, Erwerbsstatus, Haushaltsgröße, Bundesland und Gemeindegröße nach BIK.

Die Randverteilungen stammen dabei aus einer Sonderauswertung des Mikrozensus 2017 für die Grundgesamtheit von Personen im Alter von 16 bis einschließlich 79 Jahren sowie aus den aktuellen Verteilungen der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Statistischen Bundesamts.

Im Ergebnis erhält man erwartungstreue Gewichte sowie Populationsschätzer für die realisierte Screeningstichprobe, die das disproportionale Stichprobendesign (zwei Altersschichten) ausgleichen und auf die Grundgesamtheit der Bevölkerung im Alter von 16 bis 79 Jahren hochrechnen.

3.2.3 Gewichtung der Hauptbefragung: Bestimmung der Auswahlwahrscheinlichkeit in den Teilstichproben

Für die Hauptbefragung wurden im Anschluss an das Haushaltsscreening zwei Teilstichproben aus allen zu einem realisierten Screeninghaushalt gehörenden Personen gebildet. Die Teilstichproben wurden unterteilt in die Gruppe der Personen für die eine oder mehrere Beeinträchtigungen oder Behinderungen genannt wurden und in die Gruppe der Personen für die keine Beeinträchtigungen und Behinderungen genannt wurden (Vergleichsgruppe).

Für die Teilstichprobe aus Personen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen wurden alle Personen, die im Screening eine oder mehrere Beeinträchtigungen oder Behinderungen genannt hatten, eingesetzt. Die Auswahlwahrscheinlichkeit für diese Personen betrug also 100 Prozent.

Für die Vergleichsgruppe wurde eine kleinere, disproportionale Stichprobe gezogen aus allen Personen des Screenings, die keine Beeinträchtigungen oder Behinderungen genannt hatten. Dabei wurde die Vergleichsstichprobe zufällig und strukturgleich für die kombinierten Merkmale Alter x Geschlecht x Bundesland im Vergleich zur Teilstichprobe aus Personen mit Beeinträchtigungen gezogen.

Die daraus resultierenden ungleichen Auswahlwahrscheinlichkeiten für Personen der Vergleichsgruppe, mussten im Zuge der Gewichtung berücksichtigt werden. Sie wurden mithilfe eines logistischen Regressionsmodells (Auswahlmodell) bestimmt, welches die Auswahlwahrscheinlichkeit mit der abhängigen dichotomen Variable $y=1$ (ausgewählt für die Vergleichsstichprobe) und $y=0$ (nicht ausgewählt für die Vergleichsstichprobe) modellierte. Die unabhängigen Variablen stammten aus den Befragungsergebnissen und Informationen der Stichprobe des ersten Studienteils (Haushaltsscreening).

Alle eingesetzten Personen in der Hauptbefragung „erben“ ihre kalibrierten Gewichte aus der umfangreichen Vorbefragung, dem Haushaltsscreening. Für die Vergleichsstichprobe wurden die übernommenen Gewichte nun mit der reziproken Auswahlwahrscheinlichkeit aus dem Auswahlmodell multipliziert. So können die Auswahlprozesse der Vergleichsstichprobe mit den modifizierten Gewichten entsprechend abgebildet werden. Die übernommenen Gewichte für die Teilstichprobe der Personen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen blieben vorerst unverändert, da sie zu 100 Prozent eingesetzt wurden.

3.2.4 Non-Response-Adjustierung der Hauptbefragung

Auf Basis aller eingesetzten Personen der Hauptbefragung und deren Merkmalen aus Befragungsergebnissen und Informationen der Stichprobe des Haushaltsscreening wurde mithilfe eines weiteren logistischen Regressionsmodells (Ausfallmodell II) unter Kontrolle der Teilstichprobenzugehörigkeit die Realisierungswahrscheinlichkeit für jeden Fall der Einsatzstichprobe geschätzt. Modelliert wurde jeweils die Realisierungswahrscheinlichkeit mit der abhängigen dichotomen Variable $y=1$ (realisiertes Interview Hauptbefragung) und $y=0$ (nicht realisiertes Interview Hauptbefragung: Verweigerung bzw. nicht erreicht). Das adjustierte Gewicht der Hauptbefragung wurde definiert aus dem Produkt des modifizierten Gewichts der Einsatzstichprobe und der reziproken Realisierungswahrscheinlichkeit aus dem Ausfallmodell II. Es bildet somit das Eingangsgewicht der abschließenden Kalibrierung.

3.2.5 Kalibrierung der Hauptbefragung

Abschließend wurden die Eingangsgewichte nach den folgenden Merkmalen kalibriert (Randanpassung): Alter x Geschlecht, höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss, Erwerbsstatus, Haushaltsgröße, Bundesland, Gemeindegröße nach BIK sowie das Merkmal amtlich anerkannte Behinderung gestaffelt nach Altersgruppen. Die Randverteilungen stammten dabei ebenfalls aus Sonderauswertungen des Mikrozensus 2017 für die Grundgesamtheit von Personen im Alter von 16 bis einschl. 79 Jahren bzw. für das Merkmal amtlich anerkannte Behinderung vorerst aus dem Mikrozensus 2013³² (neuere Zahlen sind angefragt) sowie aus den aktuellen Verteilungen der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Statistischen Bundesamts.

Im Ergebnis erhält man erwartungstreue Gewichte sowie Populationsschätzer für die realisierte Stichprobe der Hauptbefragung, die das disproportionale Stichprobendesign zwischen den Teilstichproben sowie die Auswahlprozesse der Vergleichsgruppe ausgleichen und auf die Grundgesamtheit der Bevölkerung im Alter von 16 bis 79 Jahren hochrechnen.

³² https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/Publicationen/Downloads-Behinderte-Menschen/lebenslagen-behinderter-menschen-5122123139004.pdf?__blob=publicationFile

4. *Methodik II: Stand der Befragung in Einrichtungen*

Die Befragung von Menschen, die in privaten Haushalten leben, erfasst nur einen Teil der Grundgesamtheit der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in der Bundesrepublik. Alle Personen, die dauerhaft in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe oder in einem Alten- oder Pflegeheim leben, sind ebenfalls Teil der Grundgesamtheit.

Die Bewohnerinnen und Bewohner solcher Einrichtungen werden über die Befragung in Privathaushalten indes nicht erreicht. Um ein vollständiges Bild der Teilhabe aller Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zu gewinnen, ist es erforderlich, eine zusätzliche Stichprobe von Bewohnerinnen und Bewohnern, die in diesen Einrichtungen leben, einzubeziehen. Die Teilhabestudie führt daher ergänzend zu Befragung in den privaten Haushalten eine Befragung in Einrichtungen durch.

Diese Erhebung ist so angelegt, dass die Ergebnisse zu den meisten Indikatoren mit der Erhebung in den Privathaushalten vergleichbar sind. Dadurch erwächst Einblick in die Unterschiede zwischen den Lebenswelten, die durch die Form des Wohnens und der Betreuung geprägt sind. Die Vergleichbarkeit ermöglicht den Blick auf unterschiedliche Bedingungen und Barrieren für Teilhabe. Darüber hinaus soll die Erhebung aber auch die Besonderheiten des Lebens in einer Einrichtung nachzeichnen. Das Leben in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Alterspflege folgt in Teilen anderen Regeln als das Leben in einem privaten Haushalt. Es ist das Ziel dieser Teilstudie, auch diese besonderen Teilhabebedingungen der Bewohnerinnen und Bewohner abzubilden.

Angezielt wird die Durchführung von 5.000 Interviews. Die Erhebung deckt dabei alle Formen von Einrichtungen ab: Stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe (seit 2020: besondere Wohnformen), von Einrichtungen angebotenes betreutes Wohnen (auf Basis eines Wohn- und Betreuungsvertrages) sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen.

4.1 *Die Auswahl von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen – ein mehrstufiger Prozess*

Auswahl von Gemeinden

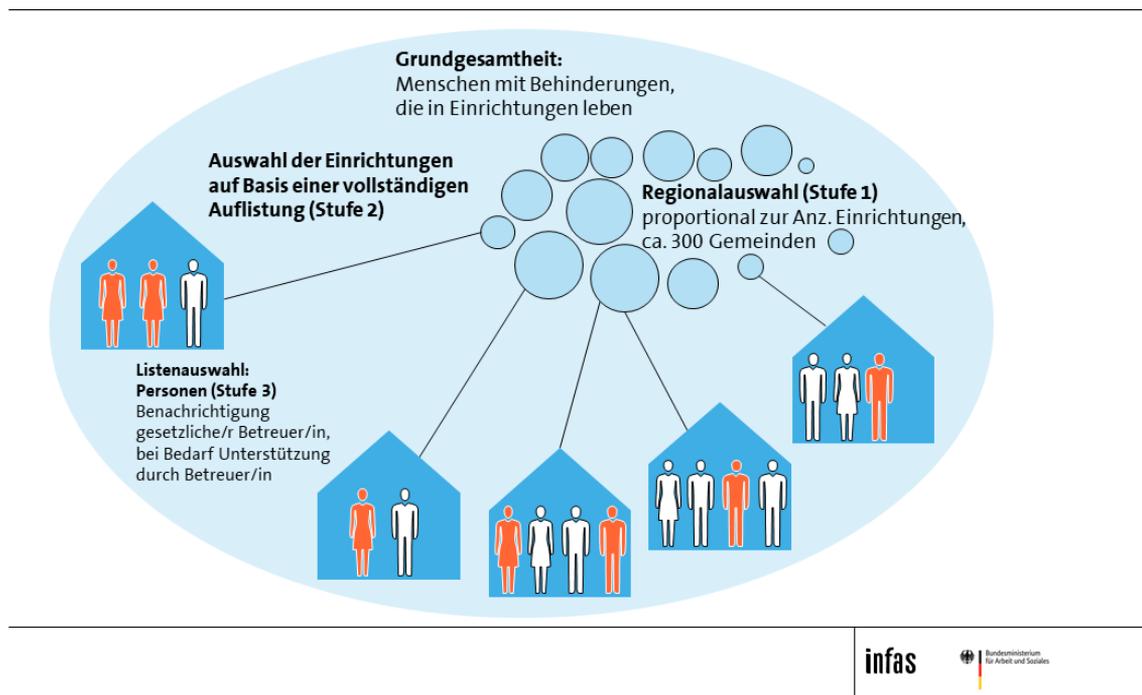
Wie bei der Befragung in Haushalten ist für die Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen eine repräsentative Zufallsauswahl von Menschen im Alter ab 16 Jahre vorgesehen. Für die Auswahl der Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen war ein mehrstufiger Auswahlprozess erforderlich. Für die Face-to-Face-Erhebung wurde – analog zu der Befragung in Haushalten – auf der ersten Auswahlstufe zunächst eine Regionalauswahl von über 300 Gemeinden getroffen. Um die Lebenswelt der Menschen in Einrichtungen abzubilden, zielt das Konzept auf eine repräsentative Abbildung der unterschiedlichen Lebenslagen in den Gemeinden und Regionen. In einem zweiten Schritt erfolgte anschließend die Ziehung einer Stichprobe von Einrichtungen in diesen Gemeinden. Auf der dritten Stufe wurden schließlich die Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen nach einem vorgegebenen Zufallsverfahren ausgewählt.

Die ersten beiden Auswahlritte setzten eine verlässliche Abbildung der Grundgesamtheit voraus, aus der die Einrichtungsstichprobe gezogen werden konnte. Die bestmögliche Auswahlbasis bildete dafür eine vollständige Liste aller Einrichtungen der Grundgesamtheit. Sie ermöglichte eine sogenannte Listenauswahl. Die Vorteile dieses Auswahlverfahrens sind die nahezu vollständige Repräsentanz aller Einrichtungen sowie eine bekannte Auswahlwahrscheinlichkeit für jede Einrichtung. Das

Auswahlverfahren berücksichtigt die Verteilung nach Bundesländern sowie nach der Art und Größe der Einrichtung (Anzahl der Betreuungsplätze). Diese geschichtete Zufallsauswahl soll eine gute Repräsentativität der Auswahl sowohl für die Bundesländer als auch für die großen und kleinen Einrichtungen und auch für das Wohnen im Wohnheim sowie für das betreute Wohnen ermöglichen.

Als Ergebnis intensiver Recherchen zur Grundgesamtheit lag infas zum Zeitpunkt der Ziehung für die Auswahl eine Liste mit insgesamt 22.806 Einrichtungen in ganz Deutschland vor.³³ Diese eigens für die Teilhabestudie erstellte Listung umfasste 6.195 Wohnheime der Eingliederungshilfe, 4.450 Wohngruppen bzw. Wohnungen, die von einer Einrichtung betreut werden (betreutes Wohnen) und 12.161 Alten- und Pflegeheime. Die Liste bildete die Auswahlgesamtheit für eine Stichprobenziehung in den zufällig ausgewählten 300 Gemeinden von etwa 1.000 Einrichtungen, in denen 5.000 Bewohnerinnen und Bewohner befragt werden sollen. Diese Stichprobe ist hinreichend groß, um regionale und einrichtungsspezifische Unterschiede in ausreichender Fallzahl abzubilden. Das Stichprobenverfahren für die Befragung in Einrichtungen wurde bereits im 3. Zwischenbericht detailliert beschrieben.³⁴

Abbildung 26 Befragung von Personen in Einrichtungen: Auswahl in mehreren Stufen



Auswahl von Einrichtungen

Im zweiten Auswahlschritt wurde für die bundesweit ausgewählten Gemeinden eine Zufallsauswahl von Einrichtungen vorgenommen. Die Auswahl der Einrichtungen wurde geschichtet nach den drei Einrichtungsarten: stationäre Wohnheime der Eingliederungshilfe (besondere Wohnformen), betreutes Wohnen unter dem Dach einer Einrichtung (auf Basis eines Wohn- und Betreuungsvertrags mit der

³³ Um diese geschichtete Zufallsauswahl realisieren zu können und eine möglichst vollständige Liste von Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu erstellen, waren intensive Recherchearbeiten erforderlich (vgl. 3. Zwischenbericht zur Repräsentativbefragung). Bei den Einrichtungen der Altenpflege konnte dank der freundlichen Unterstützung durch den Bundesverband VDEK für die Auswahl der Einrichtungen auf eine weitgehend vollständige Liste der Alten- und Pflegeheime zugegriffen werden.

³⁴ Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung- 3. Zwischenbericht, Berlin, Januar 2020, S.36 ff. <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-541-repraesentativbefragung-behinderung.html>

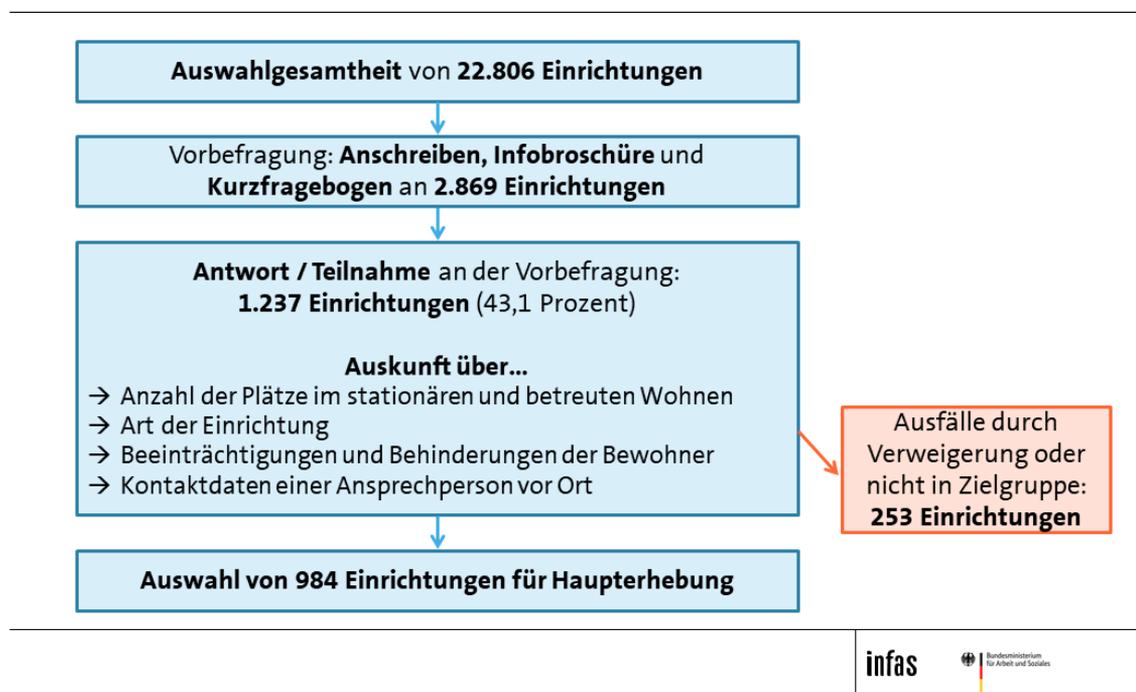
stationären Einrichtung) sowie Alten- und Pflegeheime. Aufgrund der vorhandenen Unterschiede in der Kapazität der verschiedenen Einrichtungsarten (insb. die Anzahl der Plätze) war es erforderlich, die Art und Größe der Einrichtungen bei der Ziehung der Stichprobenauswahl zu berücksichtigen.

Da Informationen bezüglich der Kapazität der Einrichtungen, d.h. die Anzahl der Plätze in der Auswahlgesamtheit jedoch lediglich für einen Teil der Einrichtungen vorlagen, wurde der Auswahl der Einrichtungen für die Haupterhebung eine Vorbefragung vorgeschaltet, um die für die Stichprobenauswahl erforderlichen Strukturdaten mittels eines Kurzfragebogens zu ermitteln. Der erste Kontakt über die Vorbefragung zu den Einrichtungen konnte neben der Erhebung dieser Eckdaten für die geschichtete Stichprobenziehung gleichzeitig dazu genutzt werden, die Einrichtungen ausführlich über die Studie zu informieren. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, die geplante Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern bei den Einrichtungen bereits motivierend vorzubereiten sowie eine Ansprechperson für die spätere Befragung bei den Bewohnerinnen und Bewohnern vor Ort in der Einrichtung zu ermitteln. Durch die Einholung der Kontaktinformationen von Ansprechpersonen vor Ort wurden die Kommunikation über das später stattfindende Auswahlverfahren der zu befragenden Personen und der Zugang zu den Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen bereits vorbereitet.

Für die Vorerhebung wurde eine zufällige Auswahl von 2.869 Einrichtungen in 309 Gemeinden gezogen, geschichtet nach Bundesland und Einrichtungsart. Die Kontaktierung der Einrichtungen für die Vorbefragung erfolgte zunächst schriftlich. Den Leitungen der Einrichtungen gingen postalisch ein zweiseitiger Kurzfragebogen und ein Flyer mit einer Beschreibung der Teilhabestudie zu. Ein Begleitschreiben des BMAS sowie ein Schreiben des infas-Instituts sollten die Bereitschaft zur Beteiligung an der Vorerhebung und der späteren Bewohnerbefragung unterstützen. Mit einer hohen Beteiligung von 43,1 Prozent nahmen insgesamt 1.237 Einrichtungen entweder schriftlich oder als telefonisches Kurzinterview an der Vorerhebung teil. Detailliert wurden die Ergebnisse dieser Vorbefragung in Einrichtungen bereits im 3. Zwischenbericht vorgestellt.³⁵

³⁵ Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung- 3. Zwischenbericht, Berlin, Januar 2020, S.39 ff. <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-541-repraesentativbefragung-behinderung.html>

Abbildung 27 Ergebnis der Vorbefragung in Einrichtungen



Nach Abzug von Einrichtungen ohne Bereitschaft für die Mitwirkung an der Haupterhebung sowie von Einrichtungen, die laut Kurzfragebogen keine Wohneinrichtung mit Wohn- und Betreuungsvertrag (nicht Teil der Zielgruppe) darstellten, verblieben 984 Einrichtungen, über die vollständige Angaben vorlagen. Sie bildeten die Ausgangsbasis für die letzte Auswahlstufe: die Auswahl der zu befragenden Personen.

Tabelle 3 Basis für die Auswahl von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen

Bundesland	Gesamt		Einrichtungen der Eingliederungshilfe		Alten-/ Pflegeheime
	abs.	in %	Stationäre Wohnheime in %	Betreutes Wohnen in %	in %
1. Schleswig-Holstein	13	1,3	2,1	0,3	1,6
2. Hamburg	23	2,3	0,6	5,9	0,6
3. Niedersachsen	93	9,5	11,2	6,2	10,9
4. Bremen	15	1,5	2,9	1,2	0,3
5. Nordrhein-Westfalen	285	29,0	26,2	34,7	26,2
6. Hessen	57	5,8	6,2	4,3	6,9
7. Rheinland-Pfalz	32	3,3	3,5	3,4	2,8
8. Baden-Württemberg	77	7,8	7,9	2,5	13,1
9. Bayern	182	18,5	17,6	19,2	18,7
10. Saarland	8	0,8	0,9	1,2	0,3
11. Berlin	78	7,9	4,4	13,9	5,6
12. Brandenburg	30	3,0	4,4	1,9	2,8
13. Mecklenburg-Vorpommern	20	2,0	3,2	0,6	2,2
14. Sachsen	21	2,1	2,6	0,6	3,1
15. Sachsen-Anhalt	23	2,3	2,9	1,9	2,2
16. Thüringen	27	2,7	3,2	2,2	2,8
Gesamt	984	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: infas-Feldanalyse; Vorerhebung in Einrichtungen

Wie aus dem 3. Zwischenbericht der Teilhabestudie ebenfalls hervorgeht, bildete die Stichprobe der 984 Einrichtungen für die Haupterhebung mit Ausnahme geringer Abweichungen die Auswahlgesamtheit der recherchierten Einrichtungen gut ab. Für die weiteren Auswahlsschritte der Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen standen nach der Vorerhebung 340 stationäre und 323 betreute Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe zur Verfügung, sowie ferner 321 Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Insgesamt leben in diesen 984 für die Hauptbefragung ausgewählten Einrichtungen laut der Vorerhebung 66.437 Personen, die als Basis für die Auswahl der zu befragenden Personen dienen.

Auswahl der zu befragenden Personen

Die dritte und letzte Auswahlstufe betraf die Ziehung einer Stichprobe von Bewohnerinnen und Bewohnern in den Einrichtungen, welche die Bevölkerung in Einrichtungen repräsentiert. Die Anzahl der pro Einrichtung auszuwählenden und zu befragenden Personen hing dabei auch von der Größe (Anzahl der Plätze) der jeweiligen Einrichtung ab.

Die in den Einrichtungen zu befragenden Personen wurden mittels eines statistischen Zufallsverfahrens ausgewählt. Jede Einrichtung erhielt dafür eine genaue Beschreibung, wie diese Ziehung erfolgen sollte. In Abhängigkeit von der im Vorkontakt ermittelten Anzahl der Plätze wurde die Schrittweite bestimmt, mit der die Einrichtungen aus ihrer Liste der Bewohnerinnen und Bewohner ziehen sollten. Der Startpunkt für die Auswahl wurde mittels einer Zufallsziffer festgelegt. So wurde etwa jede dritte Person aus der alphabetisch sortierten Bewohnerliste ausgewählt, bis insgesamt eine vorab bestimmte Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohnern erreicht war. Bei Bedarf konnten die Einrichtungen jederzeit Rücksprache zum Ziehungsverfahren mit infas halten. Sie erhielten dann ausführlichen Rat und Unterstützung für die Ziehung. Um mögliche Ausfälle durch Teilnahmeverweigerung der Betroffenen oder ihrer gesetzlichen Vertreter ausgleichen zu können, wurde eine Bruttostichprobe angelegt, die deutlich größer war als die angezielte Zahl der Interviews. Diese Bruttoeinsatzstichprobe der für die Befragung auszuwählenden Personen in den 984 Einrichtungen umfasst insgesamt 17.606 Personen.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen mussten die Listen der ausgewählten Befragungspersonen in den Einrichtungen verbleiben. Die Einrichtungen wurden im Anschluss an die Auswahl gebeten, den zufällig ausgewählten Personen ein Einladungsschreiben für die Teilhabebefragung zu überreichen. Mit Hilfe eines Interviewers, der die Einrichtung aufsuchte, wurde dann der eigentliche Befragungsprozess vor Ort organisiert.

4.2 Die Haupterhebung in Einrichtungen – Feldvorbereitung, Feldstart und aktueller Stand

4.2.1 Kontaktierung von Einrichtungen und deren Bewohnerinnen und Bewohner

Alle in der Einsatzstichprobe befindlichen Einrichtungen wurden zum Feldstart der Haupterhebung erneut schriftlich adressiert. Für diese Einrichtungen ergab sich nach der Vorerhebung mit diesem Anschreiben somit ein zweiter Kontakt. Die Anschreiben verfolgten dabei zwei Ziele: Zum einen wurde mit dem Anschreiben die Ziehungsanleitung für die Stichprobenauswahl der zu befragenden Bewohnerinnen und Bewohner vor Ort übermittelt, zum anderen die Vor-Ort-Besuche der Interviewerinnen und Interviewer im Rahmen der Haupterhebung angekündigt.

Um die Menschen mit Beeinträchtigungen in den Einrichtungen für die Haupterhebung auch selbst ansprechen zu können, wurde für jede auszuwählende Bewohnerin und jeden auszuwählenden Bewohner

jeweils ein Anschreiben – sowohl in Alltagssprache als auch in Leichter Sprache – beigelegt. Für die Ansprache der Einrichtungen und deren Bewohnerinnen und Bewohner wurde der Studientitel aus der Erhebung in Privathaushalten gezielter auf die Gruppe der Heimbevölkerung zugeschnitten. Dieser heißt: „Die Befragung von Menschen mit und ohne Behinderungen – Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen“. Mit diesem Studientitel wird die Zielgruppe in den Einrichtungen direkt angesprochen.

Versendet wurde an die 984 ausgewählten Einrichtungen somit ein ganzes Anschreibenpaket, das die folgenden Komponenten enthielt:

Für die Ansprechperson in der Einrichtung:

- ein Anschreiben mit der Bitte zur Unterstützung der Haupterhebung inkl. ausführlicher Ziehungsanleitung für die Auswahl der zu befragenden Bewohnerinnen und Bewohner
- ein Informationsschreiben an den Heimbeirat der Einrichtung
- eine ausführliche Informationsbroschüre zur Teilhabestudie
- eine Karte mit Erläuterungen, welche Informationen an welche Personen weiterzugeben sind

Zur Weitergabe an die Bewohnerinnen und Bewohner war beigelegt:

- ein Anschreiben an die ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner in Alltagssprache
- ein Anschreiben an die ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner in Leichter Sprache
- eine Datenschutzerklärung

Zur Weitergabe an eine rechtliche Betreuung (falls vorhanden):

- ein Informationsschreiben an rechtliche Betreuerinnen und Betreuer
- ein Briefmarkenset zum postalischen Versand des Informationsschreibens an die rechtliche Betreuung

Mit dem Anschreibenpaket wurde zunächst die Einrichtung, für die zum größten Teil eine Ansprechperson für die Planung und Durchführung der Befragung in der Einrichtung vor Ort vorlag, adressiert. Diese persönliche Ansprache der Ansprechperson war angemessen, da diese Personen in den Einrichtungen durch die Vorbefragung bereits über die anstehende Hauptbefragung der Bewohnerinnen und Bewohner informiert waren. Das Anschreiben an die Einrichtung bat um Unterstützung und Mitwirkung an der Teilhabebefragung in der Einrichtung vor Ort. Nur mit Unterstützung der Einrichtung kann die Befragung von Menschen, die in Einrichtungen leben und zumeist von sozialwissenschaftlichen Befragungen ausgeschlossen sind, erfolgreich durchgeführt werden. Der Zugang zu den Bewohnerinnen und Bewohnern erfolgte über die Einrichtung. Das Anschreiben legte daher dezidiert dar, dass es der Teilhabestudie nicht um eine Bewertung einzelner Einrichtungen oder der dort geleisteten Arbeit geht, sondern dass im Zentrum der Befragung vielmehr steht, unter welchen Umständen die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen gelingt, welche Barrieren vielleicht im Wege stehen und welche Unterstützung die betroffenen Menschen benötigen, um selbstbestimmt am Leben teilhaben zu können. Diesen Aspekt unterstrich auch ein beigelegtes Begleitschreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, das in klarer Darlegung des Studienzwecks in dieser Kontaktphase zusätzlich für Akzeptanz sorgte.

Für die Interviews mit den Bewohnerinnen und Bewohnern vor Ort mussten die zu befragenden Personen zunächst aus allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung für die Befragung ausgewählt werden. Entscheidend für die Aussagekraft und Güte der Studie ist dabei, dass die Auswahl der zu befragenden Personen nach einem statistischen Zufallsverfahren erfolgt. Um das zu gewährleisten wurde den Einrichtungen im Rahmen einer ausführlichen Ziehungsanleitung ein genaues Verfahren nach einem Zufallsalgorithmus vorgegeben. Dabei sollte aus einer alphabetisch sortierten Gesamtliste aller Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung vor Ort beginnend mit einer vorgegebenen Startzahl und mit einer bestimmten Schrittweite eine bestimmte Anzahl an Personen aus der Einrichtung ausgewählt werden. Die ausgewählten Personen dürfen dabei in keinem Fall willkürlich durch eine andere Person

ersetzt werden. Im Anschluss an die durchgeführte Zufallsauswahl der zu befragenden Personen in der Einrichtung sollten diese ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Einladungsschreiben über die Studie informiert werden. Das Anschreiben an die ausgewählten Befragungspersonen lag dem Anschreibenpaket in entsprechender Anzahl – sowohl in Alltags- als auch in Leichter Sprache – bei und sollte durch die Ansprechperson in der Einrichtung an die zu befragenden Personen weitergegeben werden.

Eine ebenfalls beiliegende Datenschutzerklärung vermittelte die Kernaspekte des Datenschutzes ausführlich und in einfach gehaltener Sprache: Die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung, die Anonymität der Auswertung und die Nichtweitergabe von Daten, die eine Person erkennen lassen, an Dritte. Damit war das informationelle Selbstbestimmungsrecht der ausgewählten Befragungspersonen zu gewährleisten. Alle ausgewählten Personen wurden darüber informiert, dass es ihnen freistehe, sich an der Befragung zu beteiligen und ihnen aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Die Einwilligung in die Befragung und zur Speicherung der Daten wurde vor dem Interview explizit durch die infas-Interviewerinnen und -Interviewer eingeholt. Sobald die Einrichtungen die Auswahl der zu befragenden Bewohnerinnen und Bewohner abgeschlossen hatten, wurde infas darüber benachrichtigt und die Interviewerinnen und Interviewer wurden für die Durchführung der Interviews in die Einrichtungen entsendet, um die durch die Einrichtung zufällig ausgewählten Personen zu befragen.

Falls eine ausgewählte Befragungsperson eine rechtliche Betreuerin oder einen rechtlichen Betreuer hat, wurde die Einrichtung, der diese Information für ihre Bewohnerinnen und Bewohner vorliegt, gebeten, der rechtlichen Betreuung ein Informationsschreiben zur Durchführung der Teilhabestudie mit der betreuten Person zu übergeben. Das Schreiben informierte die rechtliche Betreuerinnen und Betreuer über die bevorstehende Befragung. Der für die Befragung ausgewählten Person steht es dabei frei, selbst zu entscheiden, ob sie an der Befragung teilnimmt. Eine Zustimmung der rechtlichen Betreuung ist nach rechtlicher Prüfung nach unserem Kenntnisstand nicht erforderlich und wurde nicht eingefordert. Für den Fall, dass das Informationsschreiben an die rechtliche Betreuung postalisch übersendet werden muss, wurde der Einrichtung mit dem Anschreibenpaket für diesen Zweck Briefmarken in ausreichender Stückzahl beigelegt.

Im Rahmen der Kommunikation mit Einrichtungen und Befragungspersonen wurde zudem ein breites Netz an Unterstützungs- und Informationsmöglichkeiten für die Ansprechpersonen in der Einrichtung als auch der zu befragenden Personen (sowie ihrer Angehörigen und (rechtlichen) Betreuerinnen und Betreuer) etabliert: eine kostenfreie Hotline bei infas für jede Art von Rückfragen der Einrichtungen (z.B. zur Auswahl der Bewohnerinnen und Bewohner) als auch der Bewohnerinnen und Bewohner selbst, ferner eine studieneigene E-Mail-Adresse, das Angebot ausführlicher Studieninformationen, insbesondere zur Barrierefreiheit auf der studienspezifischen infas-Homepage sowie entsprechende Informationen auch auf der BMAS-Homepage. Alle Informationsmöglichkeiten wurden den Einrichtungen als auch den Befragungspersonen in den Anschreiben offeriert und fanden – gerade in der Startphase der Haupterhebung – eine intensive Nutzung.

4.2.2 Schulung der Interviewerinnen und Interviewer

Für die Durchführung der Befragung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Altenpflege wurden ausschließlich Interviewerinnen und Interviewer eingesetzt, die im Rahmen der Teilstudie in Privathaushalten bereits tätig waren und somit Erfahrungen mit der zu befragenden Zielgruppe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen erlangt hatten. Die für die Teilhabebefragung in Einrichtungen eingesetzten Interviewerinnen und Interviewer wurden ab Ende August 2019 in studienspezifischen Webinar-Schulungen vertiefend auf die Durchführung der Befragung in Einrichtungen und die besonderen Gegebenheiten vor Ort vorbereitet.

Den Interviewerinnen und Interviewern wurde ein Überblick über die Besonderheiten der Teilstudie in Einrichtungen gegeben (z.B. zu Hintergrund und Zielen der Befragung von Personen, die in einer Einrichtung leben, zur Art der Stichprobengenerierung sowie zu Unterschieden im Design der Befragung in Einrichtungen im Vergleich zur Befragung in den Privathaushalten). Im ersten Schulungsteil wurden sie insbesondere mit den Besonderheiten bei der Kontaktierung der Einrichtungen sowie den zu befragenden Bewohnerinnen und Bewohnern vertraut gemacht und lernten, auf welche Zielgruppen sie in den ausgewählten Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Altenpflege treffen werden und worauf es bei der praktische Durchführung eines Interviews in einer Einrichtung zu achten gilt. Unter anderem wurde der Einsatz von Interviewmaterialien und Erhebungsdokumenten in den Einrichtungen thematisiert und insbesondere auf die Fragebogenvariante in Leichter Sprache sowie auf inhaltliche Besonderheiten im Fragebogen für Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen eingegangen.

Ein wichtiges Schulungsziel war die Vermittlung der ersten Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen und auch den Bewohnerinnen und Bewohnern vor Ort. Für die Interviewerinnen und Interviewer liegt ein Vorteil darin, dass die Einrichtungen bereits vorkontaktiert und umfassend über die Studie informiert wurden und sie ihre Mitwirkungsbereitschaft im Rahmen der Vorbefragung bereits signalisiert haben. Den Interviewerinnen und Interviewern wurde vermittelt, wie sie auf dieser Grundlage den Kontakt mit der Ansprechperson in der Einrichtung am besten aufnehmen und vor Ort (oftmals auch unter Einbezug der Ansprechperson) Terminvereinbarung für die Interviews mit den für die Befragung zufällig ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern vereinbaren können. Dabei ist zentral, dass die Interviewerinnen und Interviewer unvoreingenommen und angemessen auf Personen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen zugehen und die Interviewgespräche sachgerecht und sensibel durchführen. Eine Sensibilisierung des Befragungspersonals in Hinblick auf die besonderen Anforderungen der Zielgruppe von Menschen mit Beeinträchtigungen in Einrichtungen – oftmals sind dies Menschen mit kognitiven, psychischen und mehrfachen Beeinträchtigungen sowie Personen, die pflegebedürftig oder an Demenz erkrankt sind – und die Motivation zur Teilnahme an der Befragung einschätzen zu lernen, wann die Person selbst befragt werden kann und wann eine Unterstützung durch Angehörige oder Betreuungspersonal notwendig und sinnvoll ist, stand ebenfalls im Vordergrund.

Die Interviewerinnen und Interviewer haben im Rahmen des Webinars wiederholt, wie sie mit Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungsarten Kontakt aufnehmen und sich im Rahmen der Kontaktaufnahme verständigen können (auch mit gehörlosen oder schwerhörigen Menschen), und gelernt wie sie dritte Personen aus der Einrichtung bei Bedarf zur Unterstützung einbeziehen können (z.B. Angehörige oder (gesetzliche) Betreuerinnen und Betreuer) und wie sie beeinträchtigungs- oder krankheitsbedingte Vorbehalte gegen eine Befragungsteilnahme ausräumen. Teilnahmebarrieren bei Personen mit Beeinträchtigungen lässt sich in erster Linie dadurch aus dem Wege gehen, dass die Interviewerinnen und Interviewer eine beeinträchtigungsgerechte Teilnahme- und Unterstützungsmöglichkeit anbieten. Die Klärung, welche Fragebogenfassung und welche Unterstützungsmöglichkeiten für eine befragte Person geeignet sind, kann nur zusammen mit der Person selber und unter Umständen mit Begleit- oder Betreuungspersonen erfolgen. Das Ziel ist dabei stets eine möglichst vollständige sowie selbständige Beantwortung der Fragen durch die Befragungsperson.

4.2.3 Erhebungsmethoden für die Befragung in Einrichtungen

Ein repräsentatives Abbild der Lebenswelt von Menschen mit Beeinträchtigungen erfordert den Einsatz von zielgruppengerechten Erhebungsverfahren. Niemand soll wegen einer Beeinträchtigung von der Befragung ausgeschlossen werden (Schröder et al. 2017). Dies gilt insbesondere für die Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen, die in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe oder in einem Alten- oder Pflegeheim leben. Damit in einer Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen und

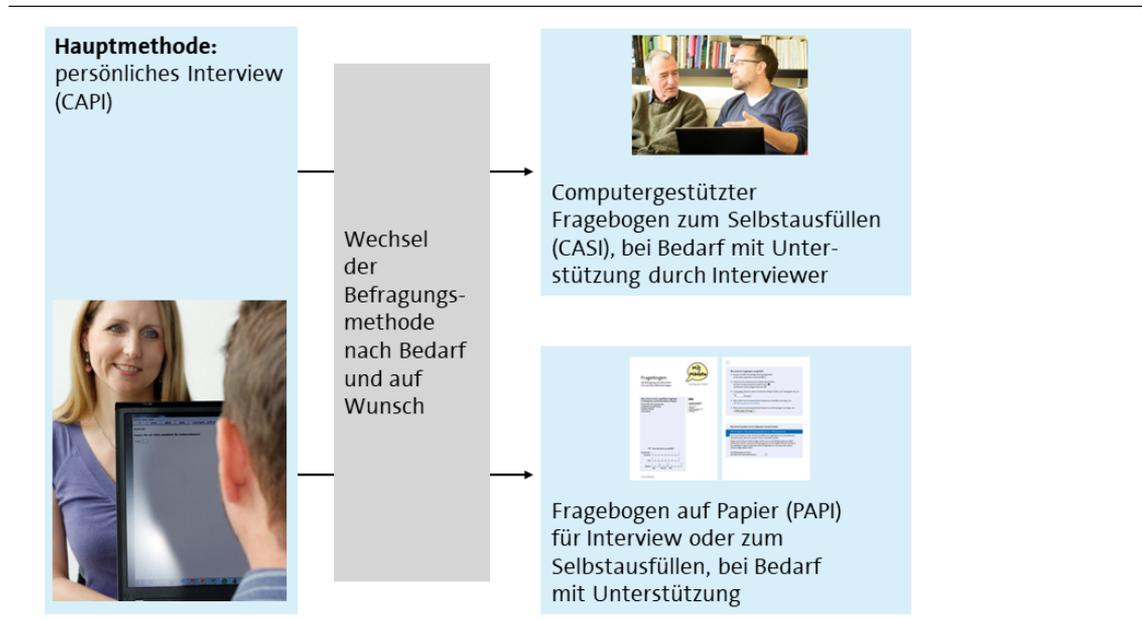
Behinderungen die Erhebung also so barrierearm wie möglich stattfindet und möglichst alle zufällig ausgewählten Personen auch an der Befragung teilnehmen können, müssen neben dem Fragebogen auch die Erhebungsmethoden an die Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen angepasst werden (Mitchell et al. 2006, 5).

Die Entwicklung der barrierefreien Erhebungsverfahren im Rahmen der Teilhabestudie sind im 3. Zwischenbericht ausführlich beschrieben.³⁶ Die dort für die Befragung in Privathaushalten zugrunde gelegten Aspekte der Barrierefreiheit in Bezug auf den Fragebogen (z.B. Fragebogen so kurz wie möglich halten, einfache und verständliche Formulierungen von Fragen und Antwortoptionen, Einsatz eines Listehefts, Einsatz einer Fragebogenfassung in Leichter Sprache, Möglichkeit von Pausen und Interviewunterbrechungen, Ermöglichung eines Wechsels der Fragebogenfassung) galten auch für die Befragung in Einrichtungen in gleichem Maße wie für die Befragung in Privathaushalten.

Bei der Befragung musste immer sichergestellt werden, dass jede in der Stichprobe ausgewählte Person, die teilnehmen möchte, auch teilnehmen kann. In der Regel ist das persönliche Interview die beste Methode, um Menschen mit Beeinträchtigungen zu befragen. Die kognitiven Anforderungen an die Befragungsteilnehmer sind hier tendenziell am geringsten und durch die Anwesenheit der Interviewerin oder des Interviewers vor Ort ist es möglich, auf die individuellen Bedürfnisse der Befragten direkt einzugehen. Insbesondere für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist ein computergestütztes persönliches Interview (CAPI = Computer Assisted Personal Interview) daher am besten geeignet (Sloan et al. 2004, 4239 ff). An diese Maxime haben wir uns auch für die Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen gehalten. Falls eine Befragungsperson es wünschte bzw. eine Beeinträchtigung (z.B. eingeschränkte Hörfähigkeit) es erforderlich machte, hatten die Befragten auch die Möglichkeit, die Fragen (oder einen Teil der Fragen) selbst zu lesen und die Antworten selbst einzugeben. Dafür übergab die Interviewerin oder der Interviewer der Befragungsperson den Laptop zum Selbstauffüllen (CASI = Computer Assisted Self Interview). Bei Bedarf halfen die Interviewerinnen und Interviewer direkt vor Ort. Insbesondere für Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen sowie Menschen mit Beeinträchtigungen, die das Sprachverständnis einschränken, konnte der Fragebogen in Alltagssprache eine Teilnahmebarriere darstellen. Daher wurde auch für die Befragung in Einrichtungen, eine Fragebogenfassung auf Papier in Leichter Sprache, mit großer Schrift und mit grafischer Unterstützung erstellt. Damit Befragungspersonen mit starken Hörbeeinträchtigungen oder Gehörlosigkeit nicht selektiv von der Befragung ausgeschlossen wurden, konnte das Interview bei Bedarf durch eine Gebärdensprachdolmetscherin oder einen -dolmetscher in Deutsche Gebärdensprache (DGS) übersetzt werden. Dieser Mix von Befragungsmethoden soll möglichst alle Befragungspersonen unabhängig von ihrer Beeinträchtigung in die Befragung inkludieren, ihnen den Zugang zur Erhebung erleichtern und bei der Beantwortung der Fragen unterstützen.

³⁶ Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung- 3. Zwischenbericht, Berlin, Januar 2020, S.26 ff. <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-541-repraesentativbefragung-behinderung.html>

Abbildung 28 Bedarfsgerechter Methodeneinsatz in der Einrichtung



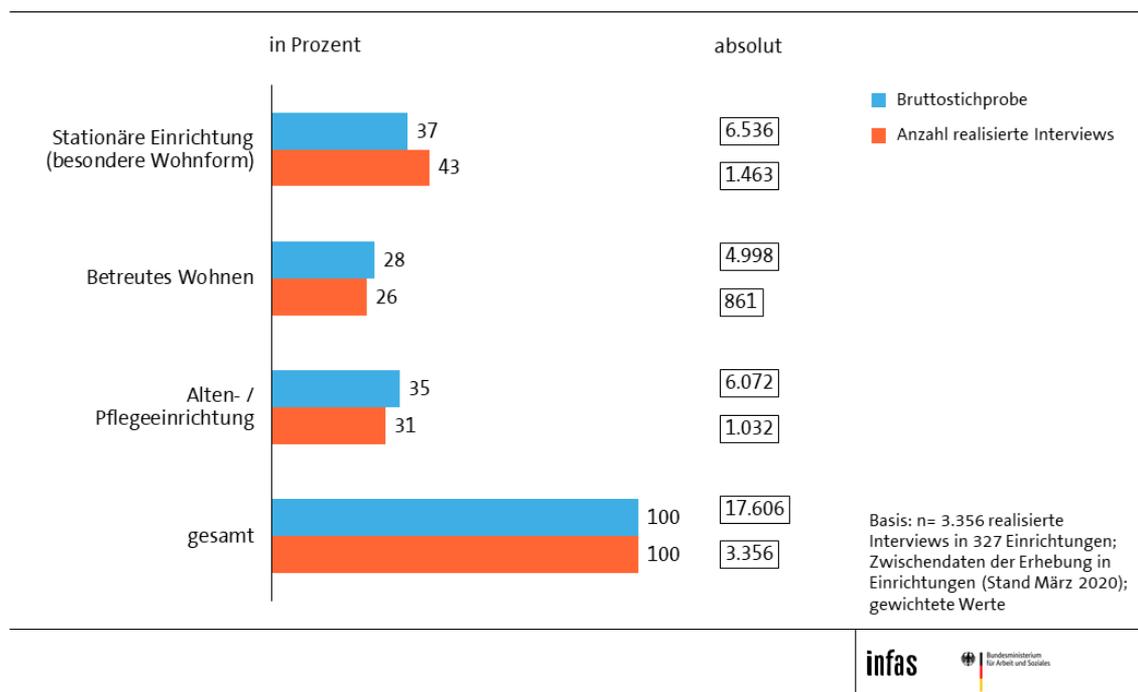
Auf Wunsch der Befragungsperson bestand zudem die Möglichkeit, Unterstützung durch Angehörige, Vertrauens- oder Betreuungspersonen während der Befragung zu erhalten. In der Teilhabebefragung ist die Unterstützung durch eine Vertrauens- oder Betreuungsperson nur dann erlaubt, wenn eine Befragungsperson sich diese Unterstützung explizit wünscht. Ist eine Befragungsperson nicht damit einverstanden, dass eine andere Person hilft, dann wird keine andere Person hinzugezogen. Wie weit die Unterstützung geht, hängt dabei vom Unterstützungsbedarf der Befragungsperson ab. Dabei gilt, dass in der Teilhabebefragung gemäß den Empfehlungen für Interviews mit stellvertretenden Personen (sogenannte Proxy-Interviews), diese Stellvertreter keine subjektiven Fragen beantworten dürfen, da dies zu nicht validen und nicht reliablen Ergebnissen führen würde (Mitchell et al. 2006, 25; Hasnain 2015, 632; Kroll 2011, 72). Falls eine Befragungsperson in der Teilhabestudie z.B. nur zu wenigen Fragen selbst Auskunft geben kann und einer anderen Person erlaubt, beim Interview zu helfen, dann dürfen subjektive Fragen, wie Fragen zur Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen, nur von der Befragungsperson selbst beantwortet werden, nicht von der dritten Person. Hingegen darf eine dritte Person beispielsweise Fragen zum offiziellen Status der Behinderung oder zur Krankenversicherung der Befragungsperson beantworten. Selbstverständlich ist das Ziel, dass möglichst viele Personen den Fragebogen vollständig selbst beantworten, da diese Antworten unter Umständen zuverlässiger sind als Antworten von dritten Personen über eine Befragungsperson (vgl. Lee et al. 2004, 675ff). Dennoch gilt es im Zuge der Befragung von Menschen mit Behinderungen als grundsätzlich besser, Proxy-Interviews zuzulassen, als dass Personengruppen, die selbst nicht (mehr) antworten können, komplett außen vor gelassen werden (Farmer/Macleod 2011, 41; Hendershot 2004, 24).

4.2.4 Feldstand der Haupterhebung in Einrichtungen im März 2020

Seit September 2019 wurden die 984 für die Hauptbefragung ausgewählten Einrichtungen – zunächst mit dem Ziel der Zufallsauswahl der zu befragenden Bewohnerinnen und Bewohner – kontaktiert. Nach Bestätigung der Auswahl der Befragungspersonen durch die Einrichtungen vor Ort erfolgte der Feldstart der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Altenpflege dann im November 2019.

Bis Mitte März 2020, also bis zum Abbruch der Feldarbeiten in Folge der Corona-Pandemie, lagen 3.356 Interviews aus der Befragung in Einrichtungen vor. Diese Interviews verteilen sich auf 327 Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Altenpflege.³⁷

Abbildung 29 Verteilung der Interviews nach Einrichtungsart im März 2020



Darunter sind 1.463 befragte Personen, die in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe (besondere Wohnform) leben, 861 Befragte leben im betreuten Wohnen unter dem Dach einer Einrichtung (mit Wohn- und Betreuungsvertrag) und 1.032 der befragten Menschen leben in einer Alten- oder Pflegeeinrichtung.

Die Kooperationsbereitschaft ist sowohl bei den Einrichtungen als auch den Befragungspersonen positiv zu bewerten. Bisher wurden in einem Drittel der Einrichtungen der Bruttostichprobe (n=327) Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern geführt. Auch die erbetene Bereitschaft zur Speicherung der Adresse einer Befragungsperson (Panelbereitschaft) lässt auf eine recht hohe Akzeptanz der Befragung bei den Befragungspersonen schließen: Bis März 2020 äußerten 2.404 Personen (72 Prozent) ihre Panelbereitschaft als Voraussetzung für eine mögliche Wiederholungsbefragung.

Die Befragung wurde bis März 2020 in 80 Prozent aller Fälle ganz ohne Unterstützung durch dritte Personen durchgeführt. 14 Prozent der befragten Bewohnerinnen und Bewohner halfen dritte Personen

³⁷ Ein gesetztes ursprüngliches Ziel der Einrichtungsbefragung war es, in mindestens 300 verschiedenen Einrichtungen Befragungen mit Bewohnerinnen und Bewohnern durchzuführen.

bei einem Teil der Fragen. In weiteren 6 Prozent wurde ein Interview stellvertretend mit einer anderen Person (ein sogenanntes Proxy-Interview) durchgeführt.

Die große Mehrheit (83 Prozent) der Befragten beantwortete die alltagssprachliche Fassung des Fragebogens. Die übrigen 17 Prozent wurden mit dem Fragebogen in Leichter Sprache befragt.

Im Vergleich der Bruttoeinsatzstichprobe mit der realisierten Stichprobe – in der nachfolgenden Tabelle nach Art der Einrichtung, Bundesländern und Gemeindegrößenklassen dargestellt – weisen die bis zum März 2020 realisierten Interviews eine gute strukturelle Übereinstimmung mit der Bruttoeinsatzstichprobe auf. Grundsätzlich zeigen sich tendenziell eher wenige und geringe Abweichungen zwischen der Bruttoeinsatzstichprobe und der realisierten Stichprobe.

In Bezug auf die Art der Einrichtung werden die Bewohnerinnen und Bewohner im betreuten Wohnen recht gut abgebildet, die Befragten in stationären Einrichtungen (besondere Wohnformen) sind leicht über-, die Befragungspersonen in Alten- oder Pflegeeinrichtungen leicht unterrepräsentiert. Beim Vergleich der regionalen Merkmale fällt auf, dass die Flächenländer Bayern und Sachsen-Anhalt in der realisierten Stichprobe etwas überrepräsentiert sind, während Nordrhein-Westfalen leicht unterrepräsentiert ist. Dass es sich um einen Effekt des Verstärterungsgrades handeln könnte, zeigt die Verteilung nach BIK-Gemeindegrößenklassen, bei der deutlich wird, dass die Gruppe der größten Städte in der realisierten Stichprobe vergleichsweise stärker unterrepräsentiert ist.

Tabelle 4 Randverteilung der Befragung in Einrichtungen im Brutto-Netto-Vergleich

	Bruttoeinsatzstichprobe		Realisierte Stichprobe		Differenz
	abs.	in %	abs.	in %	Prozentpunkte
Art der Einrichtung					
Stationäre Einrichtung	6.536	37,1	1.463	43,6	6,5
Betreutes Wohnen	4.998	28,4	861	25,7	-2,7
Alten-/Pflegeeinrichtung	6.072	34,5	1.032	30,7	-3,8
Bundesland					
Schleswig-Holstein	232	1,3	17	0,5	-0,8
Hamburg	365	2,1	20	0,6	-1,5
Niedersachsen	1.741	9,9	355	10,6	0,7
Bremen	361	2,1	43	1,3	-0,8
Nordrhein-Westfalen	4.829	27,4	753	22,4	-5,0
Hessen	1.184	6,7	230	6,9	0,2
Rheinland-Pfalz	658	3,7	200	6,0	2,3
Baden-Württemberg	1.490	8,5	256	7,6	-0,9
Bayern	3.213	18,2	740	22,1	3,9
Saarland	127	0,7	46	1,4	0,7
Berlin	1.128	6,4	205	6,1	-0,3
Brandenburg	529	3,0	91	2,7	-0,3
Mecklenburg-Vorpommern	406	2,3	41	1,2	-1,1
Sachsen	434	2,5	92	2,7	0,2
Sachsen-Anhalt	467	2,7	182	5,4	2,7
Thüringen	442	2,5	85	2,5	0,0
Gemeindegrößenklasse					
unter 2.000 Einwohner	74	0,4	20	0,6	0,2
2.000 bis unter 5.000	107	0,6	34	1,0	0,4
5.000 bis unter 20.000	938	5,3	162	4,8	-0,5
20.000 bis unter 50.000	1.905	10,8	401	11,9	1,1
50.000 - u. 100.000, Rest	1.899	10,8	311	9,3	-1,5
50.000 - u. 100.000, Kern	274	1,6	48	1,4	-0,2
100.000 - u. 500.000, Rest	1.873	10,6	412	12,3	1,7
100.000 - u. 500.000, Kern	3.900	22,2	752	22,4	0,2
500.000 und mehr, Rest	566	3,2	151	4,5	1,3
500.000 und mehr, Kern	5.345	30,4	874	26,0	-4,4
keine Angabe	725	4,1	191	5,8	-1,7
Gesamt	17.606	100,0	3.356	100,0	

Quelle: infas-Feldanalyse; Teilhabestudie in Einrichtungen, Stand 15.04.2020

Erläuterung zu den Begriffen „Kern“ und „Rest“: Gemeinden gehören zum „Kern“-Bereich, wenn die Einwohner-/Arbeitsplatzdichte 1.000 oder mehr je qkm beträgt. Gemeinden gehören zum „Rest“-Bereich (auch: Verdichtungs-, Übergangs-, oder Peripherer Bereich), wenn die Einwohner-/Arbeitsplatzdichte weniger als 1.000 je qkm beträgt.

5. *Methodik III: Problemzentrierte qualitative Interviews*

Im Rahmen der Untersuchung der Situation von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen wurden neben den standardisierten Befragungen (in Privathaushalten und Einrichtungen) auch 79 problemzentrierte (qualitative) Interviews geführt, die einen tieferen Einblick in die Lebenssituation der befragten Personen ermöglichen. Mit qualitativen Interviews sollen die Denk- und Verhaltensweisen der befragten Personen unmittelbarer verstanden und auch typisiert werden (vgl. Miles/Huberman 1994: 7; Lamnek/Krell 2010: 480). Die Interviews dienen dabei vorrangig explorativen Zwecken und geben den betroffenen Personen die Gelegenheit, Probleme, Sichtweisen und Zusammenhänge in ihren ganz eigenen Worten zum Ausdruck zu bringen.

5.1 *Stichprobe*

Für die qualitativen Interviews wurde eine Bruttostichprobe von 240 Personen auf Basis der standardisierten Haupterhebung in Privathaushalten gebildet. Alle diese Personen waren panelbereit und wurden aufgrund spezifisch themenbezogener Merkmale gezielt ausgewählt. Nachfolgend sind die Verteilungen der Merkmale der ausgewählten Personen sowie die Anzahl der durchgeführten Interviews in einzelnen Gruppen dargestellt.

5.2 *Befragungs- und Auswertungskonzept*

Alle Interviewgespräche wurden persönlich-mündlich, im August und September 2019, durchgeführt. Es wurden besonders erfahrene Interviewerinnen und Interviewer eingesetzt. Vorab führten alle Interviewerinnen und Interviewer zwei halbtägige Schulungen zum spezifischen Umgang mit der Zielgruppe durch. Für die Durchführung der Interviews standen jeweils themenspezifisch ausführliche Leitfäden zur Verfügung, die Frageimpulse und potentielle Nachfragen enthielten. Wie für das Verfahren üblich, sollten die Interviewerinnen und Interviewer die Leitfäden nicht strikt abarbeiten, sondern je nach Situation und Darstellung der befragten Zielpersonen Nachfragen passend zum Thema und den Antworten der Zielperson stellen. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Zur inhaltsanalytischen Auswertung der problemzentrierten Interviews wurde auch ein eigens entwickeltes Codierschema verwendet.

Tabelle 5 Stichprobenübersicht für problemzentrierte Interviews

	Brutto (Ausgewählt)		Netto (Durchgeführt)	
	abs.	in %	abs.	in %
Gesamt	240	100,0	79	32,9
Geschlecht				
Weiblich	133	55,4	41	30,8
Männlich	107	44,6	38	35,5
Alter				
16-29	19	7,9	7	36,8
30-49	55	22,9	20	36,4
50-65	87	36,3	31	35,6
65+	79	32,9	21	26,6
Stärkste Beeinträchtigung				
Beim Sehen	27	11,3	10	37,0
Beim Hören	9	3,8	2	22,2
Beim Sprechen	3	1,3	1	33,3
Beim Bewegen	96	40,0	28	29,2
Beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag	5	2,1	1	20,0
Durch schwere seelische oder psychische Probleme	29	12,1	12	41,4
Durch eine Suchterkrankung	2	0,8	0	0,0
Durch eine chronische Erkrankung	30	12,5	10	33,3
Durch Schmerzen	27	11,3	8	29,6
Andere Beeinträchtigung oder Behinderung	10	4,2	6	60,0
Mehrere gleichstrake Beeinträchtigungen	2	0,8	1	50,0
Zweitstärkste Beeinträchtigung				
Beim Sehen	12	5,0	8	66,7
Beim Hören	12	5,0	4	33,3
Beim Sprechen	1	0,4	1	100,0
Beim Bewegen	42	17,5	11	26,2
Beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag	15	6,3	7	46,7
Durch schwere seelische oder psychische Probleme	25	10,4	6	24,0
Durch eine Suchterkrankung	3	1,3	1	33,3
Durch eine chronische Erkrankung	33	13,8	11	33,3
Durch Schmerzen	51	21,3	16	31,4
Andere Beeinträchtigung oder Behinderung	9	3,8	4	44,4
Keine weitere Beeinträchtigung	37	55,4	10	30,8

Quelle: infas-Feldanalyse; eigene Berechnungen

Literaturverzeichnis

- BMAS (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- BMAS (2016): Zweiter Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Coenen, M., Sabariego, C., Cieza, A. (2016). Empfehlungen zur Erhebung und Aufbereitung von Daten zu Teilhabe und Behinderung aus der Perspektive der Weltgesundheitsorganisation. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59 (9): 1060-1067
- Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 18/9522 vom 05.09.2016: Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)
- Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 19/4500 vom 13.09.2018: Abschlussbericht zu den rechtlichen Wirkungen im Fall der Umsetzung von Artikel 25a § 99 des Bundesteilhabegesetzes (ab 2023) auf den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Abgerufen am 10. August 2017, von <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/>
- Farmer, M., Macleod, F. (2011). Involving Disabled People in Social Research. Guidance by the office for Disability Issues. Abgerufen am 13. März 2019, von https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/321254/involving-disabled-people-in-social-research.pdf
- Grondin, C., Statistics Canada (2016): Canadian Survey on Disability. A New Survey Measure of Disability: the Disability Screening Questions (DSQ). Abgerufen am 15. April 2020, von <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2016003-eng.htm>
- Hasnain, R., Shpigelman, C.-N., Scott, M., Gunderson, J. R., Rangin, H. B., Oberoi, A., McKeever, L. (2015): Surveying People with Disabilities: Moving Toward better Practices and Politics. In: Johns, T. P. (Hrsg.): Handbook of Health Survey Methods, First Edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 619-642
- Hendershot, G. E. (2004). Innovative Approaches to Interviewing People with Disabilities. Proceedings of Statistics Canada Symposium 2004. Innovative Methods for Surveying Difficult-to-reach Populations. Abgerufen am 13. März 2019, von <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-522-x/2004001/8742-eng.pdf?st=GtwEViVz>
- Hornberg, C., Schröttle, M., Degener, T., Sellbach, B. (2011). Vorstudie zur Neukonzeption des Behindertenberichtes. Endbericht. Berlin: BMAS (Forschungsbericht 408), Abgerufen am 14. August 2017, von <http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-fb408-vorstudie-zur-neukonzeption-des-behindertenberichtes.html>
- Kastl, J., M. (2017): Einführung in die Soziologie der Behinderung. Wiesbaden: Springer VS.
- Kersting, A., Steinwede, J., Harand, J., Schröder, H. (2020) Dritter Zwischenbericht zur Teilhabestudie: BMAS-Forschungsbericht 541 „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – 3. Zwischenbericht“, Berlin, Januar 2020. Abgerufen am 09. April 2020, von <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb541->

repraesentativbefragung-behinderung.pdf;jsessionid=3C65E238F69D6C3D03E8937AC2DED
FEF?__blob=publicationFile&v=4

- Kroll, T. (2011). Designing mixed methods studies in health-related research with people with disabilities. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 5(1), 64-75
- Lamnek, S.; Krell, C. (2010): *Qualitative Sozialforschung*. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lee, S., Mathiowetz, N. A. & Tourangeau, R. (2004). Perceptions of Disability: The Effect of Self- and Proxy Response. *Journal of Official Statistics*, Vol. 20 (4), 671-686
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D)*. Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. 2. Auflage. Pfizer, Karlsruhe
- Miles, M. B.; Huberman, A. M. (1994): *Qualitative Data Analysis: A methods sourcebook* (Second edition.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Mitchell, S., Ciemnecki, A., CyBulski, K., Markesich, J. (2006). Removing Barriers to Survey Participation for Persons with Disability. Abgerufen am 13. März 2019, von https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUK E-wir_aze0v_gAhVFTBoKHAI6DykQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fdigitalcommons.ilr.cornell.edu%2Fcgi%2Fviewcontent.cgi%3Farticle%3D1191%26context%3Dedcollect&usg=AOvVaw1x_8fCeYYokCRQbi6CmVDX
- Morfeld, M., Kirchberger, I., Bullinger, M. (2011). SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. 2. ergänzte und überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Schröder, H. und Schütz, H. (2011). Fortschritte bei der Inklusion von Menschen mit einer Behinderung? Eine schwierige Berichtspflicht bei unzureichender Datenlage. *Behindertenrecht*, 2, 53-59
- Schröder, H., Steinwede, J., Schäfers, M., Kersting, A., Harand, J. (2017). Erster Zwischenbericht zur Teilhabestudie: BMAS-Forschungsbericht 492 „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – Zwischenbericht“, Berlin, September 2017. Abgerufen am 13. März 2019, von https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-492-repraesentativbefragung-behinderung.pdf;jsessionid=246ADC6DF13960A19B340FF1691683A4?__blob=publicationFile&v=1
- Schröder, M. (2020). Wann sind wir wirklich zufrieden? Überraschende Erkenntnisse zu Arbeit, Liebe, Kindern, Geld. Auf Basis der größten Langzeitstudie mit über 600.000 Befragungen. München: C. Bertelsmann Verlag
- Schröttle, M. und Hornberg, C. (2014). Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en). Abschlussbericht. Abgerufen am 02. Mai 2017, von <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb447.htm>
- Schuntermann, M. (2006). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Vortrag
- Sloan, M., Wright, D., Barrett, K. (2004). *Data Comparability in a Mixed Mode Telephone and Face to Face Survey of Persons with Disabilities*. Washington, DC: Mathematica Policy Research
- Steinwede, J., Kersting, A., Harand, J., Schröder, H., Schäfers, M., Schachler, V. (2018) Zweiter Zwischenbericht zur Teilhabestudie: BMAS-Forschungsbericht 512 „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – 2. Zwischenbericht“, Berlin, August 2018. Abgerufen am 13. März 2019, von https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-512-repraesentativbefragung-behinderung.pdf?__blob=publicationFile&v=5

- UN-Behindertenrechtskonvention (2007). Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (amtliche Übersetzung von Deutschland, Lichtenstein, Österreich und der Schweiz; Originaldokument in englischer Sprache; Originaldokument in französischer Sprache sowie deutsche Übersetzung in Leichter Sprache). Abgerufen am 13. März 2019, von <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a729-un-konvention.html>
- UN ESCAP/WG – United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP) Washington Group on Disability Studies (WG) (o.J.). Results of the Testing of the ESCAP/WG Extended Question Set on Disability, Abgerufen am 04. Mai 2020, von <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/ResultsoftheTestingoftheESCAP-WGQuestionSetonDisability.pdf>
- Wacker, Elisabeth (2019). Leben in Zusammenhängen. Behinderung erfassen und Teilhabe messen, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Menschen mit Behinderungen, Heft 6-7, 2019, 12-18
- WG – Washington Group on Disability Statistics (2009): Understanding and Interpreting Disability as Measured using the WG Short Set of Questions. Abgerufen am 04. Mai 2020, von https://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting8/interpreting_disability.pdf
- WG – Washington Group on Disability Statistics (2011). Washington Group – Extended Question Set on Functioning (WG ES-F). Abgerufen am 07. Januar 2013, von http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/WG_Extended_Question_Set_on_Functioning.pdf
- WG – Washington Group on Disability Statistics (2017): The Washington Group Short Set on Functioning: Question Specifications. Abgerufen am 14. April 2020, von <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/12/WG-Document-4-The-Washington-Group-Short-Set-on-Functioning-Question-Specifications.pdf>
- WG/BI/UN ESCAP – Washington Group on Disability Statistics (WG), Budapest Initiative (BI), United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP) (o.J.). Development of Disability Measures for Surveys: The Extended Set on Functioning, Abgerufen am 04. Mai 2020, von https://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/Development_of_Disability_Measures_for_Surveys_The_Extended_Set_on_Functioning.pdf
- WHO – World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. Genf: WHO. Abgerufen am 13. März 2020, von <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf;jsessionid=744175FE1B610A1D6AAF2151DC1EF585?sequence=1>
- WHO – World Health Organization (2005): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: WHO. Abgerufen am 04. Mai 2020, von http://www.soziale-initiative.net/wp-content/uploads/2013/09/icf_endfassung-2005-10-01.pdf

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.

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.