

# Endbericht

## „Vorstudie zur Neukonzeption des Behindertenberichtes“

---

### **Prof. Dr. Claudia Hornberg**

Fakultät für Gesundheitswissenschaften und  
Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF)  
Universität Bielefeld  
Postfach 100 131  
33501 Bielefeld  
Telefon: 0521/ 106 4365 (-4366 Sekr.)  
Fax: 0521/ 106 6492  
Mail: claudia.hornberg@uni-bielefeld.de

### **Dr. Monika Schröttle**

Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF)  
Universität Bielefeld  
Postfach 100 131  
33501 Bielefeld  
Telefon: 089/ 43718943 (0521-106-4574 Sekr.)  
Fax: 0521/ 106-2985  
Mail: monika.schroettle@uni-bielefeld.de

### **in Kooperation mit:**

#### **Prof. Dr. Theresia Degener**

Fachbereich Soziale Arbeit  
Evangelische Fachhochschule RWL  
Immanuel-Kant-Straße 18 - 20  
44803 Bochum  
Telefon: 0234/ 36901 172  
Fax: 0234/36901 100  
Mail: degener@efh-bochum.de

#### **Dr. Brigitte Sellach**

Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauen- und Genderforschung e.V. (GSF)  
Niederurseler Landstraße 118  
60439 Frankfurt a. M.  
Telefon: 069/ 555183  
Fax: 069/ 554059  
Mail: sellach@gsfev.de

### **Unter Mitarbeit von:**

Charlotte Assmann (M.Sc.), Claudia Bürmann (M.Sc.), Nadja Steinkühler (cand. M.Sc.) und  
Ivonne Wattenberg (M.Sc.), Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld  
sowie Dr. Astrid Libuda-Köster, Institut für Projektevaluation und sozialwissenschaftliche  
Datenerhebung (IPSE), Bad Salzflun

**Bielefeld, Bochum, Frankfurt a.M., aktualisierte Fassung vom 22. März 2011**

## Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	4
1 Kurzzusammenfassung .....	8
2 Hintergrund und Ziele .....	12
2.1 Veränderte Anforderungen an die Behindertenberichterstattung durch die UN- Behindertenrechtskonvention .....	12
2.2 Ziele und Vorgehen im Projekt .....	14
3 Vorschlag für eine erweiterte Erfassung von Behinderung .....	19
3.1 Erfassung von Behinderung im Rahmen bisheriger und künftiger Berichterstattung .....	19
3.2 Der Lebenslagen-Ansatz als theoretischer Rahmen.....	24
3.3 Auswirkungen und Anforderungen einer erweiterten Erfassung von Behinderung an die zukünftige Berichterstattung .....	28
4 Bestandaufnahme und Bewertung der nationalen Datenlage und Datenqualität .....	31
4.1 Bestandsaufnahme der bestehenden Datenlage zu Menschen mit Behinderungen (Synopsis).. .....	31
4.2 Kriterien gestützte Beurteilung der vorhandenen Datenlage .....	32
4.2.1 Repräsentativität als Merkmal der Datenqualität.....	35
4.2.2 Erhebungsmethoden .....	42
4.2.3 Kontinuität der Datenerfassung .....	43
4.3 Datenlücken nach Themenfeldern.....	50
4.4 Relevante Studien .....	52
4.4.1 Mikrozensus.....	52
4.4.2 SOEP .....	54
4.4.3 Gesundheitssurvey <i>Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)</i> .....	55
4.4.4 Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) .....	55
4.4.5 „Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ – ALLBUS.....	56
4.4.6 Ergänzend aufgenommene Studien .....	56
5 Konzept der Indikatorenentwicklung im Rahmen der Vorstudie .....	59
5.1 Definition von Indikatoren sowie Qualitätsanforderungen und Arten von Indikatoren .....	61
5.2 Allgemeines Vorgehen bei der Entwicklung von Indikatoren .....	63

5.2.1	Arbeitsdefinitionen zum theoretischen Konzept .....	67
5.2.2	Das theoretische Konzept für die Indikatorenentwicklung.....	69
5.2.3	Benennung der Themenfelder für die Indikatoren.....	73
5.2.4	Querschnittsthemen aus dem Nationalen Aktionsplan (NAP).....	75
5.3	Darstellung der Indikatoren nach Themenfeldern .....	77
6	Darstellung der Aktivitäten zu behinderungsspezifischen Indikatoren auf internationaler Ebene ....	123
6.1	Beispiele nationaler Indikatorensets mit Vorbildcharakter (Österreich, Schweiz, Großbritannien).....	123
6.2	Entwicklungen auf europäischer Ebene .....	127
6.3	Entwicklungen auf internationaler Ebene .....	132
6.4	Fazit zu internationalen Daten und Indikatoren.....	134
7	Vorgehen bei der Erstellung des Behindertenberichts .....	136
7.1	Organisationsstruktur des Nationalen Behindertenberichts .....	136
7.1.1	Zielsetzung und Auftrag.....	136
7.1.2	Vorgehen und Untersuchungsmethode.....	136
7.1.3	Typisierung der Organisationsstrukturen.....	137
7.1.4	Bewertung der Organisationsstrukturen .....	148
7.1.5	Anforderungen an den Nationalen Behindertenbericht .....	152
8	Handlungsempfehlungen.....	153
8.1	Erweiterung der bisherigen Erfassung von Behinderung .....	153
8.2	Beschlussfassung für Aufbau, Zielsetzung und Fortschreibung der nationalen Behindertenberichterstattung .....	154
8.3	Inhalte und Untergliederung des Berichtes .....	155
8.4	Wissenschaftliche Berichtsteile des Behindertenberichts .....	155
8.5	Empfehlung zur Organisationsstruktur .....	159
8.6	Thematische Arbeitsgruppen und Koordinierung des wissenschaftlichen Berichtsteils .....	165
8.7	Kurzfristig umsetzbare Indikatoren für den anstehenden nationalen Behindertenbericht der Bundesregierung .....	169
8.8	Vorschläge zur Optimierung der Datenlage und Schließung von Datenlücken .....	186
9	Literatur.....	195

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Pyramide der Informationsverdichtung, .....	1
Abbildung 2: Vorgehen der Indikatorenentwicklung nach Meyer (2004) und Stand der Umsetzung ...	66
Abbildung 3: Zuordnung der Handlungsfelder zu den übergeordneten Themenfeldern.....	74
Abbildung 4: Lebenslagen und Inklusion/Exklusion am Beispiel von Personen im höheren Alter .....	76
Abbildung 5: Bildungsorte und Lernwelten in Deutschland,.....	86
Abbildung 6:Leistungen zur Teilhabe nach Leistungsgruppen und -tägern .....	92
Abbildung 7: Gesundheit als Bedingung von inneren und äußeren Anforderungen.....	98
Abbildung 8: Modell Typ A. Organisationsstruktur am Beispiel von Berichten der Bundesregierung im Geschäftsbereich des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend .....	142
Abbildung 9: Modell Typ B 1. Organisationsstruktur der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales .....	144
Abbildung 10: Modell Typ B 2: Organisationsstruktur für den Gesundheitsbericht der Bundesregierung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.....	145
Abbildung 11: Modellvorschlag für die Organisationsstruktur des Nationalen Behindertenberichts der Bundesregierung - Überblick .....	163
Abbildung 12: Modellvorschlag Behindertenbericht - Aufgaben und Funktionen .....	164

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Überblick über die ICF .....	20
Tabelle 2: Bewertung der Nutzbarkeit verschiedener Studien für die Indikatorenentwicklung anhand der Kriterien Repräsentativität, Methodik und Periodizität .....	46
Tabelle 3: Modelle der Berichterstattung.....	138
Tabelle 4: Mögliche negative Nebeneffekte am Beispiel des Indikators 3.1.1 .....	193

## Abkürzungsverzeichnis

AEMR	Allgemeine Menschenrechtserklärung
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
ANED	Academic Network of Experts on Disability
AG	Arbeitsgruppe
ALLBUS	Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
Art.	Artikel
BA	Bundesagentur für Arbeit
BehiG	Behindertengleichstellungsgesetz (Schweiz)
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz (Deutschland)
BM	Bundesministeriums
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
BRK	UN Behindertenrechtskonvention (UN Convention on the Rights of People with Disabilities)
CAPI	Computer Assisted Personal Interview (der Interviewer erfasst die Antworten digital)
CATI	Computer Assisted Telephone Interview (Fragebogenprogramm steuert Befragungsablauf und -verwaltung der Befragungsdaten)
CEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination against Women (UN Ausschuss für die Elimination der Frauendiskriminierung)
CESCR	Committee on Economic, Social and Cultural Rights (UN Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte)
CRC	Convention on the Rights of the Child (UN Kinderrechtsausschuss)
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN Behindertenrechtskonvention)
DBR	Deutscher Behindertenrat
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
Destatis	Statistisches Bundesamt Deutschland
DIMR	Deutsches Institut für Menschenrechte
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DISTAT	United Nations Disability Statistics Database

DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
ECHI	European Community Health Indicators
ELTIS	European Local Transport Information Service
EHIS	European Health Interview Survey
et al.	et alia (lat.) (und andere)
EU	Europäische Union
EU-SILC	EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GdB	Grad der Behinderung
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GESIS	Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (ehemals Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen e.V.)
GG	Grundgesetz
GSF	Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauen- und Genderforschung e.V.
HFA	Health for all database
HLY	Healthy Life Years
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD	International Classification of Diseases
ICF	Classification of Functioning, Disability and Health
ICHI	International Compendium of Health Indicators
IDEE	Indicators for Disability Equality in Europe
IFF	Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung
IPSE	Institut für Projektevaluation und sozialwissenschaftliche Datenerhebung
IPWSKR	Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
isl-ev	Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
LIGA.NRW	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen
LIVE	Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Behinderung
MASGFF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
NAP	Nationaler Aktionsplan
NGO	Nichtregierungsorganisation
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development

ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PAPI	Paper And Pencil Interview, der Interviewer notiert die Antworten auf Papier
PASS	Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung
RFK	Rat für Kriminalitätsverhütung
RKI	Robert Koch-Institut
RWL	Rheinland-Westfalen-Lippe
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ZUMA	Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (eine der Vorläuferinstitutionen des Forschungsinstituts GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften)

# 1 Kurzzusammenfassung

## *Auftrag*

Ziel der Vorstudie zur Neukonzeption des Behindertenberichtes im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) ist die Sichtung und Bewertung der nationalen und internationalen Datenlage zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen, die die Grundlage zur Umsetzung von politischen Maßnahmen darstellt. Zusätzlich gilt es entlang der Handlungsfelder des Nationalen Aktionsplanes (NAP) zwei bis fünf Indikatoren zur Messung von Fortschritten in der Behindertenpolitik zu entwickeln. Ein weiteres Anliegen ist die Ausarbeitung eines Konzeptes für einen neuen Indikatoren gestützten Behindertenbericht, einschließlich einer Kostenabschätzung sowie die Erarbeitung einer Organisationsstruktur für die Erstellung des Berichtes.

## *Vorschlag für eine erweiterte Erfassung von Behinderung*

Die zukünftige Behindertenberichterstattung muss in der Lage sein, die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen entsprechend des zeitgemäßen Verständnisses von Behinderung, d.h. unabhängig von amtlich anerkannter Behinderung und abhängig von vorliegenden Beeinträchtigungen sowie resultierenden Funktions- und Aktivitätseinschränkungen zu erfassen. Im Kontext der Vorstudie wurde aus diesem Grund zunächst eine vorläufige „Arbeitsdefinition“ zur Erfassung von Behinderung formuliert. Wesentlich bei dieser für die Vorstudie gültigen Definition von Behinderung ist die Tatsache, dass eine Behinderung dann vorliegt, wenn entweder eine amtliche Feststellung von Behinderung erfolgte (SGB IX) oder wenn eine bzw. mehrere dauerhafte Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit bei Aktivitäten wie beispielsweise dem Sehen oder Hören vorliegen.

## *Der Lebenslagen-Ansatz als theoretischer Rahmen*

Als theoretisches Konzept der Vorstudie dient der „*Lebenslagen-Ansatz*“ aus der Sozialpolitikforschung und den Gesundheitswissenschaften (Voges et al. 2003, Sellach et al. 2004, Dragano/Siegrist 2006, Lampert 2009, Libuda-Köster/Sellach 2009). Ergänzt wird dieser um die *Lebenslaufperspektive* sowie die *Geschlechterdimension*. Mit diesem theoretischen Modell können neben ökonomischen Faktoren, die in der Regel quantifiziert dargestellt werden (z.B. als Einkommensgrößen), auch andere, die Lebensqualität prägende Faktoren, geschlechterdifferenziert abgebildet werden. Darüber hinaus ermöglicht der um den Faktor Geschlecht und die Lebenslaufperspektive erweiterte *Lebenslagen-Ansatz* auch die Anknüpfung an das Verständnis von "Behinderung" entsprechend der



International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2001) und der Behindertenrechtskonvention (BRK).

#### *Bestandaufnahme und Bewertung der nationalen Datenlage und -qualität*

Als Basis für die Entwicklung einer umfassenden Daten basierten Behindertenberichterstattung wurden im Rahmen dieser Vorstudie in einem ersten Schritt eine umfangreiche Sichtung und systematische Zusammenführung der bestehenden Datenquellen (vgl. Synopse CD-Rom). Anhand verschiedener Kriterien (z.B. Repräsentativität, Erhebungsmethode und Periodizität) und mit Blick auf die Gruppe der Menschen mit Behinderungen wurden die Daten bewertet und bedeutende Erhebungen für die langfristige Berichterstattung identifiziert. Diese Vorarbeiten dienen dem Ziel, zunächst Datenlücken aufzuzeigen und Schließungspotential zu eruieren.

#### *Indikatorenentwicklung im Rahmen der Vorstudie*

Für den Aufbau einer Indikatoren gestützten Berichterstattung wurden im Rahmen der Vorstudie Indikatoren zu neun Themenfeldern entwickelt, die sich einerseits an den Handlungsfeldern des NAP orientieren und andererseits aus theoretischen Überlegungen und Konzepten (u.a. der Lebenslagen-Ansatz) sowie bestehenden nationalen und internationalen Indikatorensets abgeleitet wurden. Bei der Indikatorenentwicklung waren unterschiedliche Anforderungen zu berücksichtigen (z.B. gesellschaftliche, politische und methodische Anforderungen). Die Darstellung der Indikatoren erfolgt im vorliegenden Bericht nach Themenfeldern sortiert. Außerdem werden für jeden Indikator mögliche Datengrundlagen sowie die Realisierbarkeit (kurz-, mittel-, langfristig) anhand vorhandener sowie zukünftig als relevant bewerteter Daten abgebildet. Eine Tabelle mit den kurzfristig realisierbaren Indikatoren ist in Kapitel 8.7 angefügt. Die vollständige Auflistung aller entwickelten Indikatoren ist Kapitel 5 zu entnehmen. Eine exemplarische Auflistung möglicher Datenquellen (Fragestellungen den Erhebungsinstrumentenrelevanter Erhebungen), die für die Abbildung der Indikatoren herangezogen werden können, ist dem Anhang 1 zu entnehmen.

#### *Darstellung der Aktivitäten zu behinderungsspezifischen Indikatoren auf internationaler Ebene*

Eine Übersicht über bestehende Indikatoren, *Best Practice* Beispiele sowie Daten zur Beschreibung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und im Kontext der internationalen bzw. europäischen Behindertenpolitik bietet zum einen Anknüpfungspunkte für die Weiterentwicklung des vorliegenden nationalen Indikatorensets. Zum anderen können die Bestände als Impulsgeber für die schrittweise Harmonisierung der bislang in der EU und international genutzten Indikatorensätze dienen. Gezeigt hat sich allerdings, dass auf

nationaler wie auch internationaler Ebene eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der vorhandenen Daten und Datensätze besteht. Als zukünftige Lösungsmöglichkeit für beispielsweise unterschiedliche Operationalisierungen und Stichprobenziehungen bietet sich die Entwicklung eines Anforderungskataloges an, der eine Bewertung der Nutzbarkeit der Daten und damit den Vorlauf für eine Entwicklung eines abgestimmten Indikatorensets bildet.

#### *Vorgehen bei der Erstellung des Behindertenberichts (Organisationstruktur)*

Auf Basis von Analysen bestehender Berichtserstattungssysteme (z.B. der Gesundheitsberichts- und Armut- und Reichtumsberichterstattung) und anhand definierter Kriterien (z.B. Struktur der Berichterstattung, Funktion des Berichtes, Zuständigkeit für Gutachten/ Bericht, Größe und Kosten der Organisationseinheit) wurde eine Organisationsstruktur für die zukünftige Behindertenberichterstattung vorgeschlagen. Ebenso sind Anforderungen an die nationale Berichterstattung formuliert worden (z.B. Trennung der wissenschaftlichen Analysen und Darstellung von politischem Handeln, Erarbeitung der Grundlagen der Berichterstattung durch unabhängige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, aktive Einbeziehung der für Menschen mit Behinderungen relevanten Organisationen und Einrichtungen).

#### *Handlungsempfehlungen*

Aus der Vorstudie lassen sich mehrere zentrale Handlungsempfehlungen für das weitere Vorgehen in Bezug auf die Neuausrichtung der Behindertenberichterstattung ableiten. Als vorrangige Maßnahme ist zu empfehlen, eine konsensfähige *Definition für die Erfassung von Behinderung* zu finden, die die Anforderungen aus Sicht aller Beteiligten erfüllen kann und gleichzeitig über die amtliche Anerkennung von Behinderung hinausgeht. Ein Vorschlag für eine modifizierte Erfassung von Behinderung ist auch im Behindertenbericht einzufügen. Weiterhin sollte der Bericht einen wissenschaftlichen Teil enthalten, in dem die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in allen relevanten Themenbereichen durch das entwickelte Indikatorenset abgebildet werden. Die einzelnen Kapitel des wissenschaftlichen Teils des Berichtes sollten im Rahmen von thematischen *Arbeitsgruppen* und unter Hinzuziehung entsprechender *Experteninnen und Experten und Expertisen* vorbereitet werden. Ebenso ist es notwendig, dass entwickelte Indikatorenset zur Behindertenberichterstattung zu pflegen und weiterzuentwickeln sowie langfristig im Hinblick auf die zukünftige internationale Berichterstattung auszurichten. Die regelmäßigen Arbeitstreffen der Arbeitsgruppen sollten von einer externen *Koordinierungsstelle*, vorzugsweise einer wissenschaftlich unabhängigen Einrichtung (wie z. B. einer Universität), geleitet und organisiert werden. Weiterhin ist die Einbeziehung von Stellungnahmen bezüglich der Inhalte des Behindertenberichtes empfehlenswert (z.B. durch die Bund-

Länder-Arbeitsgruppe, die Behindertenverbände und die Monitoringstelle am Deutschen Institut für Menschenrechte).

Zur Verbesserung der Datenlage ist es auf Basis der Erkenntnisse aus der Vorstudie einerseits unumgänglich, die *Repräsentativität bestehender Erhebungen für die Teilpopulation der Menschen mit Behinderungen* – und hier insbesondere für Menschen mit Behinderungen, die in Heimen oder anderen Einrichtungen leben – zu verbessern. Dazu sind weitreichende Maßnahmen notwendig, wie die Ausweitung der Stichprobe, die zielgenaue Ausrichtung der angewandten Erhebungsmethoden auf die Gruppe der Menschen mit Behinderungen sowie die Berücksichtigung eines erweiterten Behindertenbegriffs. Der Mikrozensus ist zu diesem Zweck zu erweitern.

Weiterhin wird zur Verbesserung der bestehenden Datenerfassung die Erweiterung von Studien und Surveys (z.B. SOEP, GEDA, DEGS) durch ein ebenfalls durch eine Projektgruppe zu entwickelndes „*Ergänzungsmoduls Behinderung und Beeinträchtigung*“ vorgeschlagen, das je nach Datensatz modifiziert werden kann und die bestehenden Erhebungsinstrumente ergänzt. Die Fortführung und Weiterentwicklung bereits bestehender, auch kleinräumiger Forschungsprojekte wird als weitere sinnvolle Maßnahme empfohlen. Langfristig ist die Etablierung eines eigenen Surveys zur Abbildung der Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen zu prüfen.

## 2 Hintergrund und Ziele

Der vorliegende Endbericht dokumentiert die Ergebnisse der „Vorstudie zur Neukonzeption des Behindertenberichtes“, die durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit der Zielsetzung in Auftrag gegeben wurde, zukünftig Behindertenpolitik auf der Grundlage gesicherter und umfassender Daten planen zu können.

### 2.1 Veränderte Anforderungen an die Behindertenberichterstattung durch die UN-Behindertenrechtskonvention

Mit der Ratifizierung der Konvention des Übereinkommens der Vereinten Nationen (UN) über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (im Folgenden als UN-Behindertenrechtskonvention, kurz: BRK bezeichnet) hat sich die Bundesrepublik „zur Sammlung geeigneter Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten, die [es] ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung des Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen“ (Art. 31) verpflichtet.

Die Vorstudie zur Neukonzeption der Behindertenberichterstattung greift die Inhalte der BRK auf, um sie für den neuen nationalen Behindertenbericht entsprechend des neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) nutzbar zu machen. Dabei orientiert sie sich thematisch an den Handlungsfeldern des Nationalen Aktionsplans (NAP), der unter Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Umsetzung der BRK in Deutschland entwickelt wird. Es ist zu berücksichtigen, dass der Behindertenbericht nach SGB IX (gesetzliche Grundlage für die Erstellung eines nationalen Behindertenberichts) lediglich einen Teilausschnitt der Berichtspflichten nach Art. 35 BRK darstellt<sup>1</sup>, nämlich die Messung von Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben mittels Indikatoren (vgl. Fußnote 1). Damit ist die Vorstudie zwar angelehnt an die Handlungsfelder des Entwurfs eines Nationalen Aktionsplans (NAP) zur BRK, jedoch die Indikatoren vornehmlich für den Behindertenbericht

---

<sup>1</sup> In den Richtlinien des BRK-Ausschusses für den spezifischen Staatenbericht nach Art. 35 BRK im Hinblick auf Art. 29 BRK (Recht auf Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben) heißt es:

„Dieser Artikel garantiert die politischen Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Die Vertragsstaaten sollten berichten über:

- *Rechtsvorschriften und Maßnahmen zur Gewährleistung der politischen Rechte von Menschen mit Behinderungen, insbesondere von Menschen mit geistigen oder intellektuellen Behinderungen, einschließlich, sofern dies der Fall ist, über bestehende Einschränkungen und Maßnahmen, diese zu beseitigen.*
- *Maßnahmen, die getroffen wurden, damit alle Menschen mit Behinderungen ihr Wahlrecht ausüben können, entweder alleine oder mit Unterstützung einer von ihnen frei gewählten Person.*
- *Maßnahmen, die getroffen wurden, um die volle Zugänglichkeit von Wahlverfahren, -einrichtungen und -materialien sicherzustellen.*
- *Indikatoren, die messen, inwieweit Menschen mit Behinderungen das Recht auf Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben genießen.*
- *Unterstützung, sofern vorhanden, für Menschen mit Behinderungen bei der Bildung und Führung von Organisationen, die ihre Rechte und Interessen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene vertreten.“ (CRPD Guidelines 2009, inoffizielle Arbeitsübersetzung)*

entsprechend des Sozialgesetzbuches entwickelt. Damit liegt der Schwerpunkt für die Berichterstattung auf der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben, auf Rehabilitationsfragen, auf Maßnahmen des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) und auf dem persönlichen Budget. Die wesentlichen Errungenschaften der BRK, nämlich die Behindertenfrage zu einer Menschenrechtsfrage zu machen und den Schutz sowie die Förderung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen in das allgemeine Menschenrechtssystem zu integrieren, worüber der Staatenbericht für die UN zu berichten hat, sind daher nicht vollständig abgedeckt.<sup>2</sup>

Inhaltlich folgt die Vorstudie dem Paradigmenwechsel von der Behindertenpolitik als Rehabilitationspolitik zur Menschenrechtspolitik sowie dem durch das SGB IX und u. a. durch das BGG eingeläuteten Perspektivenwechsel innerhalb der deutschen Rehabilitationspolitik von einer Politik der paternalistischen Fürsorge hin zu Selbstbestimmung und Teilhabe<sup>3</sup>. Das Menschenrechtssystem ist allerdings nicht in der Rehabilitationspolitik entsprechend des SGB IX verankert, sondern im o.g. System der Vereinten Nationen und auf nationalstaatlicher Ebene in verschiedenen Gesetzen, wie bspw. im Grundgesetz (GG) und in innerstaatlichen Strukturen.

Der inländischen Berichterstattung und dem Staatenbericht für die UN liegen also unterschiedliche Zwecksetzungen zu Grunde: Der Behindertenbericht nach SGB IX soll Auskunft über einen Teilausschnitt (Teilhabe und Inklusion am gesellschaftlichen Leben) geben, worüber der Bericht nach BRK auch, aber nicht ausschließlich, informieren soll (Umsetzung des Katalogs der Menschenrechte aus BRK und anderer Staatenpflichten, vgl. CRPD Guidelines 2009). Hinzu kommt, dass der Behindertenbericht nach SGB IX schwerpunktmäßig Aufschluss über den Ist-Zustand der Lage behinderter Menschen zu geben hat, während der Bericht nach BRK überwiegend über die Verpflichtungen der Regierung zur Umsetzung der BRK Auskunft geben soll.

Insgesamt wird mit der neuen Indikatoren gestützten Behindertenberichterstattung ein Paradigmenwechsel angestrebt, um mit dem heutigen Verständnis von Behinderung die

---

<sup>2</sup> Das hat mehr als vierzig Jahre gedauert, vgl. auch Degener/Koster-Dreese 1995 und Degener 2003.

<sup>3</sup> Die gesetzliche Grundlage für die Erstellung des nationalen Behindertenberichts zur Vorlage des Bundestages legt § 66 SGB IX fest (Berichte über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe). Die Berichterstattung hat die Aufgabe eine Übersicht über die Lage von Frauen und Männern mit Behinderung insbesondere im Hinblick auf Partizipation am gesellschaftlichen Leben und darüber hinaus im Hinblick auf Prävention, Rehabilitation und Teilhabe am beruflichen Leben zu geben und entsprechende Maßnahmen vorzuschlagen. Weiterhin sind Maßnahmen und Zielvereinbarungen nach dem BGG sowie über die Entwicklung des persönlichen Budgets Gegenstand des Behindertenberichts (§ 66 Abs. 2 und 3 SGB IX).

tatsächlichen Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen zu erfassen. In diesem Zusammenhang ist der Fokus der Gestaltung von Behindertenpolitik nicht nur auf finanzielle Aspekte (z.B. Ausgleichszahlungen, Unterstützungsleistungen) zu legen, sondern auch auf strukturelle Erfordernisse, z. B. in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit, Familie und Mobilität. Geeignete Infrastrukturen können zur Verbesserung der Teilhabechancen und zur Erleichterung des Alltags auch für (alte) Menschen mit und ohne Einschränkungen und (nicht anerkannten) Behinderungen beitragen. In diesem Zusammenhang wird der Lebenslagen/Lebensphasen-Ansatz als theoretische Grundlage für die Konzeption des Behindertenberichts gewählt, der sowohl die individuellen Bedarfe und Beeinträchtigungen von Menschen mit Behinderungen erfasst, als auch – entsprechend der BRK und der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – die Einflüsse der Umwelt auf Behinderung berücksichtigt.

## **2.2 Ziele und Vorgehen im Projekt**

Um den veränderten Anforderungen an die Behindertenberichterstattung in Deutschland gerecht zu werden, wurden folgende Kernpunkte im Rahmen des Projektes bearbeitet:

1. Bestandsaufnahme und Bewertung der verfügbaren Daten zu Menschen mit Behinderungen, aufbauend auf der Datenrecherche und Synopse des Deutschen Instituts für Menschenrechte (DIMR 2009a).
2. Erarbeitung von Vorschlägen für das Vorgehen bei der Erstellung des Berichts (Organisationsstruktur).
3. Entwicklung und Festlegung von Indikatoren zur Messung von Fortschritten und Defiziten in der Behindertenpolitik bzw. von Inklusionsprozessen entlang der Handlungsfelder des NAPs, auf Basis der BRK und unter Berücksichtigung von Querschnittsthemen.
4. Ausarbeitung eines Konzepts für einen Indikatoren gestützten Behindertenbericht zur Darstellung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen, insbesondere hinsichtlich der Inklusions- und Exklusionsprozesse.
5. Vergleich der Datenlage und Datenerfassungsstandards zu Menschen mit Behinderungen auf internationaler Ebene (UN, EU).

Übergreifendes Ziel der Neukonzeption des Behindertenberichtes ist die Schaffung eines umfassenden Indikatorensets sowie einer umfassenden Daten- und Informationsgrundlage zur Auswertung und zur adäquaten Abbildung des Inklusionsgrades von Menschen mit Behinderungen in den verschiedenen Lebenslagen, so dass der neue Indikatoren gestützte

Behindertenbericht für Deutschland eine breite Akzeptanz finden kann und eine Basis für politisches Handeln sowie die Anpassung von Unterstützungsleistungen darstellt.

Im vorliegenden Endbericht „Vorstudie zur Neukonzeption des Behindertenberichtes“ sollen die Defizite und Lücken der bisherigen Behindertenberichterstattung auf nationaler Ebene aufgegriffen und strukturierte Vorschläge und Bausteine für eine Überarbeitung in ein neues Gesamtkonzept gefügt werden. Zu diesen Lücken gehören insbesondere:

- Das Fehlen von Daten und Informationen zu **Diskriminierungen** und zu **Einschränkungen im Lebensverlauf** und im **Lebensalltag** von Menschen mit Behinderungen,
- das Fehlen von Aussagen über die **Partizipation am gesellschaftlichen Leben**, an der **politischen Mitbestimmung** und im **Arbeitsleben**, insbesondere mit Blick auf die Teilhabe und Weiterentwicklung bestehender Potentiale in **Ausbildung und Beruf** (einschließlich erforderlicher Rahmenbedingungen zur Schaffung tatsächlicher Chancengleichheit),
- das Fehlen von Aussagen über **Gleichstellung und Unterstützung bei Familiengründung, Elternschaft/Kindererziehung** sowie bei der **Organisation von Familienleben und Beruf**,
- das Fehlen von Aussagen über **personale und strukturelle Gewalt** sowie über Maßnahmen zum **Schutz vor Gewalt und Diskriminierung**,
- das Fehlen von nach **unterschiedlichen Behinderungsformen, Geschlecht und Alter, Eintritt der Behinderung, Migrationshintergrund, sozialen Lebensverhältnissen** und **Bildungsressourcen** differenzierten Daten,
- das Fehlen von umfassenden Daten zum **Stand der Barrierefreiheit auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene** sowie in den Bereichen Bauen, Verkehr, Mobilität, Medien, Zugang zu Recht und Informations-/Kommunikationstechnik,
- die unzureichende Einbeziehung der **subjektiven Einschätzungen von Menschen mit Behinderungen** und der **individuell benannten Bedarfe**, insbesondere auch mit Blick auf die Einbeziehung der Sichtweisen von Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung, von gehörlosen oder taubblinden Menschen, sowie von Menschen mit eingeschränkten Artikulationsmöglichkeiten, die in bisherige Befragungen aufgrund von begrenzten Erhebungsmethoden kaum einbezogen wurden,
- das Fehlen einer **Abstimmung der Indikatoren** bei der Datenerhebung **auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene**, so dass Vergleiche und Datenabgleiche möglich werden und

- das Fehlen eigenständiger quantitativer **Surveys** und qualitativer Studien **zur Vertiefung relevanter Themenbereiche** sowie zur Fundierung von Maßnahmenvorschlägen.

Gleichzeitig ist es Anliegen der Vorstudie (Leitung: Prof. Dr. Claudia Hornberg und Dr. Monika Schröttle, Universität Bielefeld), mit einer neu konzipierten nationalen Behindertenberichterstattung die Voraussetzungen dafür zu schaffen, um im Sinne des aktuellen politischen Diskussionstandes und unterstützt durch die BRK die Umsetzung der Verpflichtungen der BRK beurteilen und bestehende Hindernisse sowie Barrieren, die Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung ihrer Rechte einschränken, identifizieren zu können.

Innerhalb der einzelnen Handlungsfelder gilt es zudem, die spezifischen Erfordernisse der unterschiedlichen Gruppen von Menschen mit Behinderungen, (z. B. von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen sowie Menschen mit Migrationshintergrund) besonders zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist den geschlechtsspezifischen Unterschieden in ausreichendem Maße Rechnung zu tragen (Gender Mainstreaming). Die Berichterstattung hat dabei sowohl die Lebenslagen und Belange als auch die Vielfalt von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen, indem sie sowohl auf blinde, gehörlose bzw. schwerhörige Menschen, als auch auf Menschen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen/seelischen Behinderungen sowie auf körper- und mehrfach behinderte Menschen eingeht.

Unter Rückgriff auf bereits vorhandenes und zusätzlich recherchiertes Datenmaterial wurde zunächst ein sog. ideales Indikatorenset entwickelt und hieraus eine handhabbare Anzahl von Indikatoren abgeleitet (sog. reales Indikatorenset), mit denen die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen gemessen werden können. Zusätzlich ermöglichen sie die Ableitung gezielter Maßnahmen und Strategien zur Umsetzung einer bedarfs- und zielgruppenorientierten Behindertenpolitik in Deutschland.

Im Folgenden wird zunächst eine erweiterte Definitionen von Behinderung für die Neukonzeption der Behindertenberichterstattung (Kapitel 3) beschrieben und mit dem Lebenslagen-Ansatz als theoretische Grundlage in Beziehung gesetzt. Dies dient als Fundament für die Weiterentwicklung der zukünftigen Berichterstattung. Die Auswirkungen dieses Konzeptes für Konzeption und Umsetzung werden ebenfalls dargelegt. Anschließend wird eine Bewertung der nationalen Datenlage und Datenqualität - basierend auf den Ergebnissen einer Kriterien gestützten Analyse - vorgenommen, die neben dem Mikrozensus und dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) ebenfalls Daten der Gesundheitsberichterstattung sowie kleinere Erhebungen prüft und diese mit Blick auf ihre



Repräsentativität und Erhebungsmethodik beurteilt (Kapitel 4). Hierin wird auf die derzeit bestehenden Datenlücken eingegangen. Kapitel 5 beinhaltet die differenzierte Darstellung der in dieser Vorstudie erarbeiteten Indikatoren zur umfassenden Abbildung der Lebenslagen und gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Beschrieben werden dabei auch das Vorgehen bei der Entwicklung der Indikatoren sowie der Stand der Umsetzungsmöglichkeiten im Kontext vorhandener Datenquellen. Die Darstellung der Indikatoren erfolgt nach den neu definierten Themenfeldern, die sich inhaltlich auf die Handlungsfelder des NAP stützen. Es folgt in Kapitel 6 eine Beschreibung der internationalen Datenlage, indem auf bereits vorhandene Indikatoren auf internationaler (Europäische Union) und nationaler (Österreich, Schweiz, Großbritannien) Ebene sowie auf ein idealtypisches Indikatorenset des ANED (Academic Network of European Disability Experts) eingegangen wird. Die Vorschläge zum Vorgehen bei der Erstellung des nationalen Behindertenberichts erfolgen insbesondere mit Blick auf die Erörterung unterschiedlicher Typen von Organisationsstrukturen und einer Bewertung bisheriger Modelle. Des Weiteren werden Aspekte der Einbindung von Betroffenen und von weiteren Institutionen sowie die inhaltliche Schwerpunktsetzung und die Kostenabschätzung behandelt (Kapitel 7). Sie schließen mit einer Konkretisierung der Erfordernisse an eine neue Organisationsstruktur der Behindertenberichterstattung. Abschließend werden die Ergebnisse hinsichtlich relevanter Handlungsempfehlungen diskutiert und deren Umsetzbarkeit in zeitlicher Perspektive (kurz-, mittel-, langfristig) bewertet (Kapitel 8). Hier werden bspw. handlungsbezogene Implikationen zur Optimierung der Datenlage abgeleitet, einschließlich einer Erweiterung der Mikrozensususerhebung sowie die Entwicklung eines Zusatzmoduls.

Durch die Leitung und Koordination von Frau Prof. Dr. Claudia Hornberg und Frau Dr. Monika Schröttle (Universität Bielefeld) ist sowohl die Integration der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive als auch der nationalen und internationalen Expertise aus dem Bereich der quantitativen Erforschung von sozialen Ungleichheiten, Diskriminierung sowie struktureller/personeller Gewalt aus einer geschlechterkritischen Perspektive gewährleistet. Frau Dr. Brigitte Sellach (GSF e. V.), die über wichtige Erfahrungen und Kenntnisse im Bereich der quantitativen und qualitativen Disability-Studies verfügt, hat im Rahmen des Projektes das theoretische Konzept formuliert und Vorarbeiten für das Vorgehen bei der Erstellung des Behindertenberichts in Bezug auf die Organisationsstruktur erarbeitet. Frau Prof. Dr. Theresia Degener (Evangelische Fachhochschule RWL) fungiert mit ihrer hohen nationalen und internationalen Expertise in der Entwicklung und Umsetzung der Behindertenrechtskonvention als wissenschaftliche Beraterin. Frau Dr. Astrid Libuda-Köster trägt mit ihrer Expertise im Bereich Daten und Datenmanagement zur Vorstudie bei. Sie befasste sich schwerpunktmäßig mit der Erstellung einer Synopse von bestehenden und

zusätzlich zu recherchierenden internationalen, nationalen und regionalen Datenquellen, die für die Behindertenberichterstattung relevant sein können. Anhand eines Bewertungsrasters konnte so die Nutzbarkeit dieser Datenquellen für die Entwicklung relevanter Indikatoren im Hinblick auf eine neu konzipierte Behindertenberichterstattung geprüft werden. Diese Ergebnisse sind Voraussetzung für die Extraktion des realen – also kurzfristig umsetzbaren Indikatorensets – welches auf dem Konzept des idealen Indikatorensets beruht.

### 3 Vorschlag für eine erweiterte Erfassung von Behinderung

#### 3.1 Erfassung von Behinderung im Rahmen bisheriger und künftiger Berichterstattung

Damit die Berichterstattung den beschriebenen Erfordernissen (vgl. Kap.2) gerecht werden kann, gilt es zunächst eine erweiterte Erfassung von Behinderung zu etablieren. In der bisherigen Fachdiskussion wird für die Erfassung national zumeist das Sozialgesetzbuch (SGB) (§ 2 SGB IX) zu Grunde gelegt und auf internationaler Ebene auf die ICF der WHO sowie die in der BRK implizierte Definition verwiesen. Die beiden letzten basieren auf dem bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung, das von einer Wechselwirkung zwischen individueller Beeinträchtigung und der Umwelt bzw. den Partizipationsmöglichkeiten der Individuen ausgeht. Die bislang verwendeten gesetzlichen Erfassungsgrundlagen werden im Folgenden skizziert.

Nach § 2 (1) SGB IX sind Menschen behindert, *„wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“*. Demnach ist eine Person *„behindert, wenn sie in Folge einer körperlichen Schädigung des Organismus, einer Schwäche der geistigen Kräfte oder einer seelischen Störung nicht nur vorübergehend daran gehindert ist, Funktionen und Aktivitäten so auszuüben, wie sie innerhalb einer Bandbreite als normal betrachtet werden, und somit bei der Ausfüllung der für die Person im Übrigen (nach Alter, Geschlecht, sozialem Kontext ...) als normal angesehene Rolle in der Gesellschaft benachteiligt ist“* (§ 2 SGB IX., RFK 2003).

Eine erweiterte Erfassung ermöglicht dagegen die ICF der WHO (2001). Sie basiert auf dem Konzept der funktionalen Gesundheit und orientiert sich wie erwähnt am bio-psycho-sozialen Modell der Komponenten von Gesundheit. Neben Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit werden in dieser Definition von Behinderung explizit die Kontext- bzw. Umweltfaktoren (diese beziehen sich *„auf den fördernden oder beeinträchtigenden Einfluss von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt“*) (DIMDI 2005: 14) erfasst. Die Schädigung von Körperstrukturen (anatomische Bestandteile des Körpers) und -funktionen (physiologische Funktionen, einschließlich psychologischer/mentaler Funktionen) können (müssen aber nicht) mit Beeinträchtigungen der sozialen Partizipation einhergehen. Somit wird nach dieser Klassifikation nicht nur Bezug auf die individuellen körperlichen, geistigen, seelischen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen genommen, sondern es werden auch die strukturellen Dimensionen von Beeinträchtigung und Diskriminierung sowie die Wechselwirkungen mit der Gesellschaft und der (sozialen) Umwelt einbezogen. Für die

Vorstudie und die weitere Behindertenberichterstattung zeigt sich die ICF als Erfassungsgrundlage insofern gegenüber der am SGB orientierten als noch besser geeignet, da sie konkret auf Partizipationseinschränkungen abstellt. Des Weiteren ist die ICF das einzig international abgestimmte Klassifikationssystem und kann daher eine Grundlage zur nationalen und internationalen Datenintegration darstellen (DVfR 2010).

Die folgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die ICF-Klassifikation der WHO (WHO 2005).

**Tabelle 1: Überblick über die ICF**

Quelle: WHO 2005: 17

	<b>Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung</b>		<b>Teil 2: Kontextfaktoren</b>	
<b>Komponenten</b>	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	Umweltfaktoren	personbezogene Faktoren
<b>Domänen</b>	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
<b>Konstrukte</b>	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
<b>positiver Aspekt</b>	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation [Teilhabe]	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
<b>negativer Aspekt</b>	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Behinderung			

Die Überlappungen der ICF- Klassifikation mit der der ICD 10 stellen eine im Rahmen des vorliegenden Projektes nicht abschließend zu lösende Herausforderung dar. Beide Klassifikationsmodelle unterscheiden sich in ihrer Herangehens- und Denkweise erheblich. Die ICD 10 klassifiziert nach dem medizinischen Krankheitsmodell, das auf Ätiologie, Pathogenese und Manifestation von Erkrankungen basiert. Damit können chronische Erkrankungen und längerfristige Auswirkungen einer Krankheit auf das Leben eines Menschen nicht abgebildet werden. Die ICF hingegen stellt eine Klassifikation von Gesundheitskomponenten dar, die einen Schwerpunkt auf Interaktion zwischen

Kontextfaktoren und Gesundheitsbedingungen von Menschen legt, aus denen Funktionsfähigkeit oder Behinderung resultieren (Hirschberg 2009).

Im Rahmen der Erfassung von Daten sind beide Klassifikationssysteme einzubeziehen. Die ICD 10 findet eine breitere Anwendung, die ICF klassifiziert hingegen besonders im Zuge einer erweiterten Erfassung von Behinderung diese umfassender. So hat sich für eine geringe Anzahl von Indikatoren ergeben, dass sie einerseits durch die ICF und andererseits über die ICD beschrieben und abgebildet werden können. Beiden Systeme können in Beziehung zueinander gesetzt werden, da Krankheiten, die auch für die Klassifikation innerhalb der ICF von Bedeutung sind, mit der ICD 10 klassifiziert werden (Hirschberg 2009).

Zukünftig könnte die Erfassung von chronischen Erkrankungen mit langfristigen Folgen im Kontext einer erweiterten Erfassung von Behinderung und zusätzlichen Datenerhebungen zum einen durch die Zusammenführung von ICD 10 und ICF, wie sie in vielen nationalen und internationalen Forschungsprojekten vorangetrieben wird und zum anderen durch eine verstärkte Implementierung der ICF beispielsweise zur Erfassung von Nachteilsausgleichen erfolgen (Hirschberg 2009).

In der BRK wird keine explizite Erfassungsgrundlage genannt, jedoch wird die Gruppe der Menschen mit Behinderungen zumindest genauer bestimmt (Art. 1): „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Auch diese Gruppenbestimmung basiert auf dem sozialen oder sozio-biologischen Modell von Behinderung. Im Vordergrund der Konzepte von ICF und BRK steht das Ziel der Teilhabe bzw. Inklusion (vgl. Kap.2) und die Engführung auf die (zum Teil kompensierbaren) Behinderungen und Beeinträchtigungen wird erweitert.

Die bisherige Behindertenberichterstattung in Deutschland entspricht dem heutigen Verständnis von Behinderung nur unzureichend. Zudem ist die künftige Fortschreibung der Behindertenberichterstattung in Hinblick auf die politischen Anforderungen und Ziele in mehrfacher Hinsicht zu ergänzen. Die Erfassung basiert derzeit bspw. fast ausschließlich auf der sozialrechtlichen Grundlage nach SGB IX und der amtlichen Meldung. Dabei wird das Vorliegen einer Behinderung und der Grad der Beeinträchtigung im Sinne von § 2 SGB IX ausschließlich an der amtlichen Feststellung auf der Grundlage medizinischer Gutachten von den dafür zuständigen Behörden festgemacht (§ 69 SGB IX). Menschen mit Behinderungen sind jedoch nicht verpflichtet, einen Behindertenausweis zu beantragen und sich damit amtlich registrieren zu lassen. Es ist bekannt, dass erhebliche (auch geschlechtsspezifische und nach den sozialen Lagen unterscheidbare) sog. Dunkelfelder bestehen und allein durch die

Erfassung der amtlich festgestellten Behinderungen nur eine Teilgruppe der Menschen mit Behinderungen erreicht wird. Dieser Auswahl- bzw. Selektionseffekt (vgl. Kap. 3) führt zu erheblichen Verzerrungen und Fehleinschätzungen in Bezug auf die Gesamtpopulation der Menschen mit Behinderungen. Des Weiteren wird eine eingeschränkte gesetzliche Berichterstattung (§ 131 SGB IX<sup>4</sup>) nicht dem Ziel gerecht, die Situation und Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen auf breiter gesellschaftlicher Ebene darzustellen.

Angesichts der geforderten internationalen Vergleichbarkeit der neu zu konzipierenden Behindertenberichterstattung, ist auch eine Anpassung des Begriffs „Behinderung“ unerlässlich. Um der Heterogenität der von Behinderungen betroffenen Menschen in Deutschland gerecht zu werden, empfiehlt es sich, den Anforderungen der ICF-Klassifikation und der BRK zu folgen und den Begriff und damit auch die Erfassung der „Behinderung“ künftig breiter zu fassen.

Die unterschiedlichen Definitionen und Erfassungsgrundlagen von Behinderung fokussieren jeweils unterschiedliche Aspekte. Dabei hat jede ihre Berechtigung bzw. Funktion im Rahmen der jeweiligen Zielvorgaben. Mittel- oder langfristig ist nicht zu erwarten, dass es *eine* Definition von Behinderung geben wird, die eine systematische und differenzierte Erfassung, unabhängig von der jeweiligen Zielsetzung, zulässt. Für die vorliegende Neukonzeption der Behindertenberichterstattung wird ein zweigleisiges Vorgehen in Bezug auf die Erfassung von Behinderung vorgeschlagen. Auf fachlicher Ebene soll in der Erfassung und Darstellung der Situation von Menschen mit Behinderungen der erweiterte Begriff entsprechend des ICF-Verständnisses von Behinderung sowie entsprechend der impliziten Definition der BRK zur Anwendung kommen. Damit sind die verschiedenen behindernden Faktoren, einschließlich der Umweltfaktoren, systematisch in die Analyse einzubeziehen und mittels der Indikatoren abzubilden. Auf der Ebene der statistischen Erfassung ist bei der Eingrenzung der Zielgruppen, über die berichtet werden soll, die sozialrechtliche Grundlage zwar anzuwenden, jedoch zu erweitern und zu ergänzen um, nicht amtlich gemeldeten Personengruppen mit starken und dauerhaften Beeinträchtigungen. Die bisherige SGB-Grundlage muss also kurz- bzw. mittelfristig so erweitert werden, dass potentiell alle Menschen mit dauerhaften funktionalen Beeinträchtigung in die Berichterstattung einbezogen werden und darauf

---

<sup>4</sup>§131 SGB IX:

(1) Über schwerbehinderte Menschen wird alle zwei Jahre eine Bundesstatistik durchgeführt. Sie umfasst folgende Tatbestände:

1. die Zahl der schwerbehinderten Menschen mit gültigem Ausweis,
2. persönliche Merkmale schwerbehinderter Menschen wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Wohnort,
3. Art, Ursache und Grad der Behinderung.

(2) Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht. Auskunftspflichtig sind die nach § 69 Abs. 1 und 5 zuständigen Behörden.

aufbauend behindernde Umweltfaktoren bestimmt und beschrieben werden können. Deshalb wird vorgeschlagen, die bisher auf nationaler Ebene noch weitgehend verwendete Eingrenzung der Zielgruppen auf a) amtlich gemeldete Personengruppen zu ergänzen um b) jene Personen, die darüber hinaus nach Selbstauskunft dauerhafte und starke Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit auf verschiedenen Ebenen haben (s.u.). Darauf aufbauend sollen dann fördernde/behindernde Umweltfaktoren im Rahmen der Berichterstattung untersucht werden.

Die gesetzlichen Grundlagen für die Erfassung von Menschen mit Behinderungen, die im Rahmen der Vorstudie für die Berichterstattung vorgeschlagen werden, berücksichtigen deshalb folgende Aspekte, um die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen einzugrenzen:

1. Menschen mit Behinderungen nach der sozialrechtlichen Definition des SGB IX
2. Menschen mit Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit und bei Aktivitäten (z.B. dauerhafte und starke Beeinträchtigungen beim Sehen, Hören, Sprechen, bei der Bewegung, beim Lernen und Verstehen sowie starke und dauerhafte Beeinträchtigungen, die in Zusammenhang mit Schädigungen der Körperfunktionen und Strukturen sowie chronischen Erkrankungen stehen. Hierzu zählen insbesondere körperliche Behinderungen, Behinderungen in der Sinneswahrnehmung, starke und dauerhafte geistige und/oder psychische Beeinträchtigungen, chronische Erkrankungen sofern sie die o.g. Kriterien einer Behinderung erfüllen.)

Eine Behinderung liegt demnach vor, wenn entweder eine amtliche Feststellung von Behinderung erfolgt ist oder wenn eine oder mehrere dauerhafte Beeinträchtigungen im oben beschriebenen Sinne vorliegen. Dabei ist wichtig, dass Einschränkungen in der gesellschaftlichen Teilhabe nicht als Ein- oder Ausschlusskriterium für das Vorliegen einer Behinderung gelten. Dies wäre insbesondere deshalb problematisch, weil Menschen mit dauerhaften Funktionsbeeinträchtigungen nur dann als behindert gelten würden, wenn sie nachweislich aus der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen werden. Vorrangiges Kriterium für eine Erfassung von Behinderung im Rahmen der Behindertenberichterstattung sollte deshalb die Funktionsbeeinträchtigung bleiben.<sup>5</sup>

Zur statistischen Erfassung des erweiterten Behindertenbegriffs (Selbstauskunft hinsichtlich dauerhafter Beeinträchtigungen von Funktionen und Aktivitäten) ist ein einfaches und handhabbares Abfragesystem zu entwickeln und sukzessive in alle relevanten Surveys zu

---

<sup>5</sup> Aus Gründen der Leserlichkeit werden in der vorliegenden Vorstudie im Folgenden unter Behinderung sowohl amtlich anerkannte Behinderungen als auch langandauernde chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen verstanden.

implementieren. Als Grundlage hierzu dienen die bereits existierenden und angewendeten Abfrageformen (Anhang 1.1). Der hieraus resultierende Vorschlag für die erweiterte Operationalisierung von Behinderung in Datenerhebungen kann nach einem Pre-Test und ggf. Korrekturen in Form von wenigen zusätzlichen Fragen in bestehende Surveys und Erhebungen implementiert werden, um die Bedarfe und Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen als Querschnittsthema in allen Lebensbereichen bzw. Politikbereichen zu berücksichtigen (vgl. Kap. 8).

Darauf aufbauend sollen dann im Rahmen der Berichterstattung anhand von verschiedenen Indikatoren die Behinderungen in Wechselwirkung mit den behindernden und beeinträchtigenden Umweltfaktoren untersucht und dokumentiert werden. Diese umfassen u.a. Beeinträchtigungen, Behinderungen und ungleiche Chancen in Bezug auf:

- gesellschaftliche Teilhabe
- Mobilität und Barrierefreiheit
- Bildung und berufliche Einbindung
- selbstbestimmte Familienplanung, Familieneinbindung, Elternschaft und Organisation des Familienlebens (auch in Vereinbarkeit mit Erwerbsarbeit)
- Wahlfreiheit und Kontrolle über wichtige Aspekte der eigenen Lebensführung
- gesellschaftliche Akzeptanz.

Weiterhin sind die vielfältigen Arten von Behinderungen (und die daraus erwachsenden sehr unterschiedlichen Lebensbedingungen und Unterstützungsbedarfe) zu differenzieren sowie die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen zu berücksichtigen. Die Vielfalt der Formen von Behinderungen und Beeinträchtigungen sowie die individuell ausgeprägte Wahrnehmung von Behinderungen und Beeinträchtigungen bzw. Funktionseinschränkungen stehen in engem Zusammenhang mit Inklusions- bzw. Exklusionsprozessen und bilden eine Basis für die jeweils anzutreffenden Bedarfe und Alltagsanforderungen. Damit ist eine Differenzierung der Behinderungen essentiell für die adäquate Abbildung von Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen.

### **3.2 Der Lebenslagen-Ansatz als theoretischer Rahmen**

Um die Heterogenität der Zielgruppen in ihren individuellen Lebenssituationen angemessen abbilden zu können, wird als theoretisches Analyseinstrument der „*Lebenslagen-Ansatz*“ aus der Sozialpolitikforschung sowie den Gesundheitswissenschaften (Voges et al. 2003, Sellach et al. 2004, Dragano/Siegrist 2006, Lampert 2009, Libuda-Köster/Sellach 2009) eingeführt. In diesen Ansatz wird des Weiteren die Lebenslaufperspektive integriert, wobei der Lebenslauf in Lebensabschnitte gegliedert wird. Die in diesem erweiterten Lebenslagen-Ansatz fokussierten Indikatoren zur Bewertung individueller und sozialer materieller und nicht-materieller



Ressourcen, sowie u.a. damit zusammenhängende Teilhabe- und Verwirklichungschancen werden schließlich in Beziehung gesetzt zum zuvor dargelegten Verständnis von Behinderung.

Der in der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung entwickelte theoretische *Ansatz der Lebenslagen* hat durch die Armut- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung wissenschaftlich und sozialpolitisch an Bedeutung gewonnen. Der Ansatz erlaubt nach Voges et al. (2003: 18) „umfassende Aussagen über individuelle Risiken des Eintritts einer Unterversorgungslage und Möglichkeiten zu deren Überwindung“.

Der Begriff *Lebenslage* ist von Neurath 1931 geprägt und von Weisser 1956 in die Sozialpolitikforschung eingeführt worden. Glatzer/Hübinger (1990) haben die *Lebenslage* in Anlehnung an Nahsen (1975) definiert als einen multidimensionalen individuellen Handlungsrahmen aus *Handlungsspielräumen*, die von einer Vielzahl von individuell nicht beeinflussbaren äußeren bzw. strukturellen Merkmalen der Existenz begrenzt werden. Auf unterschiedlichen Handlungsebenen sind das z.B. *Spielräume* für Versorgung und Einkommen; Kontakte und Kooperation; Lernen und Erfahrung; Muße und Regeneration; Disposition und Partizipation. In der *Lebenslage* sind daher sowohl die ökonomischen und objektiven als auch die nicht-ökonomischen, immateriellen und subjektiven Dimensionen individueller Handlungsspielräume enthalten, wie sie für Möglichkeiten aber auch Grenzen persönlichen Handelns bestimmend sind.

Die objektiven Determinanten von Lebenslagen sind in der Mehrzahl individuell eher nicht steuerbar (z. B. die Höhe tariflicher Entgelte, tariflich vereinbarte Arbeitszeitbedingungen, die Regelsätze der Leistungen zum Lebensunterhalt nach SGB II und SGB XII). Steuerbar ist jedoch, inwieweit der individuelle Handlungsrahmen bzw. die jeweiligen Handlungsspielräume ausgeschöpft bzw. erweitert werden können. Insofern sind neben den objektiven materiellen und immateriellen Dimensionen auch die subjektiven Elemente von Entscheidungen und Handlungen in das Konzept einbezogen, also die je individuellen Strategien von Steuerung und Bewältigung im Lebensverlauf.

Diesen steuerbaren Spielraum haben Einzelne bzw. Paare oder Familien für die Befriedigung der Gesamtheit ihrer materiellen und immateriellen Bedürfnisse sowie Interessen zur Verfügung und füllen ihn jeweils individuell und in ihrem sozialen und kulturellen Kontext mit ihren individuellen Fähigkeiten und Ressourcen aus.

Mit diesem theoretischen Modell können neben ökonomischen Faktoren, die in der Regel quantifiziert dargestellt werden (z.B. als Einkommensgrößen), auch andere, die Lebensqualität prägende Faktoren in die Analyse einbezogen werden. Erst durch die Einführung von *Geschlecht* als Analysekategorie können aber die geschlechtsspezifischen Unterschiede in

den Lebenslagen von Frauen und Männern abgebildet und die *Lebenslagen* bzw. *Handlungsspielräume* geschlechterbezogen beschrieben werden. Geschlechtsspezifische soziale Ungleichheit und Ausgrenzung werden so in ihren Ausprägungen und auch in den Wechselwirkungen mit anderen sozialen Strukturen erkennbar.

Als Handlungsspielräume<sup>6</sup> werden im Rahmen dieses Konzeptes definiert:

- ökonomischer Handlungsspielraum (Einkommen und Versorgung),
- sozialer Handlungsspielraum (Familie und soziale Netze),
- Bildungsspielraum (Zugang zu schulischer und beruflicher Bildung, lebenslanges Lernen)
- Dispositions- und Partizipationsspielraum (gesellschaftliche und politische Teilhabe und Mitbestimmung),
- Schutz- und Selbstbestimmungsspielraum (Schutz vor personaler und struktureller Gewalt),
- ökologischer Handlungsspielraum (Gestaltung einer barrierefreien Umwelt; einschließlich Mobilität),
- gesundheitlicher Handlungsspielraum (Beeinträchtigung durch Krankheit und Behinderung, Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und Pflege),
- sozialstaatlicher Handlungsspielraum (Zugang zu Diensten und Einrichtungen der sozialen Infrastruktur),
- Rechtsspielraum (rechtliche Gleichstellung, ihre konkrete Umsetzung sowie der Zugang zur Justiz).

Menschen mit Behinderungen sind keine homogene Gruppe. In der Heterogenität der Ursachen, Ausprägungen und Folgen von Behinderungen im Lebensverlauf sind vielmehr divergierende Lebenslagen repräsentiert, in denen der/die Einzelne unterschiedliche Chancen und Einschränkungen erfährt. Sowohl der Zeitpunkt des Eintritts einer Behinderung (Geburt, im Lebensverlauf erworben), als auch die Ursachen einer Behinderung (Erkrankung, Unfall) sind wichtige Determinanten, die die individuelle und soziale Lebenssituation sowie deren Spielräume (mit-) bestimmen.

Die Mehrheit der Menschen mit Behinderungen (ca. 95%-97% (Schmidtke 1998: 42; Henn/Meese 2007: 74; Schindele 1990: 86)<sup>7</sup> erwirbt eine Behinderung erst im späteren

---

<sup>6</sup> Die Handlungsspielräume werden mit den vorliegenden Daten zu den einzelnen Themenbereichen wie Bildung, Einkommen oder soziale Lebenssituation operationalisiert. Das Konzept dient daher zur Strukturierung der Datenmenge und ermöglicht zugleich die Identifizierung von Datenlücken.

<sup>7</sup> Die Angaben für das Basisrisiko einer „Geburt mit angeborener Störung“ bezogen auf alle Geburten eines Jahrgangs variieren zwischen 3-5%. Laut einiger Autoren sind diese Richtwerte jedoch recht willkürlich gewählt, da

Lebensalter. Sie können damit auf Erfahrungen und Ressourcen zurückgreifen, die vor dem Zeitpunkt der Behinderung - ohne die Begrenzung oder das Stigma einer Behinderung - erworben worden sind. Entscheidende Lebensphasen ohne Behinderung können bereits abgeschlossen sein, z. B. eine Ausbildung oder die Familiengründung. Andererseits müssen die subjektiv oft als einschneidend erlebten Folgen der Behinderung bewältigt und im Kontext des Lebens mit einer Behinderung Handlungsspielräume und Lebensperspektiven neu erarbeitet und erschlossen werden. Im Hinblick auf die Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Behinderung sowie damit verbundene gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse kommt dem Zeitpunkt und der Ursache des Eintritts einer Behinderung im Lebensverlauf und damit der biografischen Perspektive eine besondere Bedeutung zu.

Vor diesem Hintergrund müssen Lebenslagen mit ihren Handlungsspielräumen auch in ihren Veränderungen im Lebenslauf abgebildet werden. In Bezug auf die Aktivitäten in Bildung, Beruf und Familie können fünf Lebensabschnitte ausgemacht werden:

- *Kindheit und Jugend:* Die Aktivitäten der Altersgruppe der 0 bis unter 18-Jährigen sind im Schwerpunkt auf die vorschulische Betreuung in Familie und Institutionen und die schulische Bildung konzentriert.
- *Frühe Erwachsenenzeit:* In diesem Lebensabschnitt ist die Altersgruppe der 18- bis 27-Jährigen mit dem Schwerpunkt ihrer Aktivitäten bei der Berufsausbildung, Berufseinmündung und Einmündung in Partnerschaft und Familie.
- *Mittlere Erwachsenenzeit:* (Altersgruppe der 28- bis 45-Jährigen). Der Schwerpunkt der Aktivitäten liegt bei der Erwerbsarbeit und in der Familie, wobei Frauen mit Kindern den Schwerpunkt eher bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf setzen, z. B. ihre berufliche Tätigkeit an den Anforderungen der Familie orientieren, während der Schwerpunkt der Aktivitäten von Männern eher in der Erwerbsarbeit liegt.
- *Spätere Erwachsenenzeit:* (Lebensabschnitt der Altersgruppe der 46- bis unter 65-Jährigen). Der Umfang der Familienarbeit ist reduziert, wenn die Kinder selbständiger werden. Daher setzen Frauen wieder stärker auf Erwerbsarbeit, während Männer ähnlich wie im vorherigen Lebensabschnitt den Schwerpunkt ihrer Aktivitäten in der Erwerbsarbeit sehen. Hinzu kommt bei vielen die Sorge um und die Pflege von eigenen Eltern und älteren Angehörigen.

---

auch gut korrigier- und operierbare Beeinträchtigungen in die Werte eingehen, wie etwa angeborene Lippenpalten (Henn/Meese 2007: 74).

- *Alter* (Lebensabschnitt der Menschen, die 65 Jahre und älter sind): Vor dem Hintergrund der langen Lebenserwartung kann die Altersgruppe in diesem Lebensabschnitt noch einmal untergliedert werden in die Gruppe der *jüngeren Alten* (65 bis 85 Jahre) und in die der *Hochbetagten* (85 Jahre und älter).

Mit diesem erweiterten *Lebenslagen-Ansatz* um Geschlecht und Lebenslaufperspektive kann auch an das Verständnis von "Behinderung" entsprechend der ICF (WHO 2001) und der BRK angeknüpft werden. Behinderung im Sinne der WHO ist gefasst als "formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren" (DIMDI 2005: 5; vgl. vorherigen Abschnitt 3.1). Diese umfassen Umweltfaktoren sowie "fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt" (ebd.). Damit wird die Bedeutung von Einschränkungen in den Teilhabe- und Verwirklichungschancen hervorgehoben, die im Wesentlichen von außen und durch gesellschaftliche und strukturelle Barrieren gesetzt werden. Mit dem Lebenslagen-Ansatz können diese gesellschaftlich zu verantwortenden, strukturellen Dimensionen von Beeinträchtigungen und Diskriminierungen zusätzlich zu den individuellen körperlichen, geistigen, seelischen und gesundheitlichen Dimensionen von Behinderung in die Berichterstattung einbezogen werden. Diese realisieren sich vor allem auf der alltäglichen Handlungsebene vor dem jeweiligen biografischen Hintergrund und werden als Begrenzungen von Handlungsspielräumen erfahren.

Zusammengefasst erfüllt die für die Vorstudie gewählte Arbeitsdefinition zur Erfassung von Behinderung im Kontext des Lebenslagen-/Lebensphasen-Ansatz alle Anforderungen an die konzeptionell notwendige Neuorientierung in der Behindertenberichterstattung: sie ist orientiert an den individuellen und den gesellschaftlich-strukturellen Aspekten von Behinderung und geht über die sozialrechtliche Grundlage hinaus; sie ist durch die Einbettung in den Lebenslagen-Ansatz in höherem Maße für eine ausdifferenzierte Erfassung unterschiedlicher Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen unter Einbeziehung verschiedener Strukturkategorien, aber auch anderer individueller und lebenslaufspezifischer Faktoren geeignet. Zusätzlich erlaubt der gewählte Ansatz eine genauere Identifizierung von Inklusions- und Exklusionsmechanismen und -prozessen und bezieht neben materiellen auch immaterielle Dimensionen von Behinderung, Lebensqualität und Diskriminierung mit ein.

### **3.3 Auswirkungen und Anforderungen einer erweiterten Erfassung von Behinderung an die zukünftige Berichterstattung**

Ein Ziel der künftigen Behindertenberichterstattung ist es, entsprechend des zeitgemäßen Verständnis von Behinderung, unabhängig von amtlich anerkannter Behinderung und abhängig von vorliegenden Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen im Sinne der

o.g. Begriffsbestimmungen und gesetzlichen Grundlagen als behindert geltende Menschen zu erfassen. Die jeweilige konkrete Anerkennungspraxis kann sich aber im Zeitverlauf und auch auf regionaler Ebene erheblich unterscheiden, so dass der amtlich festgestellte Grad der Behinderung allein keinen zuverlässigen Indikator für das Vorliegen einer Behinderung bildet (Schneider 2009). Menschen mit einer als leichte oder weniger beeinträchtigend definierte Behinderung sind demnach ebenfalls einzubeziehen.

Ergänzend zur amtlichen Feststellung von Art und Grad der Behinderung wird dabei Behinderung bestimmt durch das Vorhandensein dauerhafter Beeinträchtigungen von Aktivitäten (u.a. beim Sehen, Hören, Sprechen, bei der Beweglichkeit, beim Lernen) und Funktionen (s.o.). Sie wird darüber hinaus bestimmt durch Teilhabeschwierigkeiten (u.a. in den Bereichen Freizeit, Mobilität, Öffentlicher Verkehr, Arbeit, Kommunikation; vgl. auch die Stellungnahme zu Inklusions- und Teilhabestatistiken des Deutschen Behindertenrats (DBR) vom 26.6.2010, vgl. Statistik Austria, vgl. laufende Studie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland“ der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ), welche mittels Daten zu erfassen, zu analysieren und in Berichten darzustellen sind.

Zur Differenzierung der Behinderung sind weiterhin Ursache, Alter bei Eintritt der Behinderung sowie die subjektive Wahrnehmung der Behinderung zu berücksichtigen. Diese Aspekte determinieren die Handlungsspielräume in den einzelnen Lebensphasen in jeweils unterschiedlichem Maße und sind daher eine wichtige Grundlage für die Berichterstattung. Möglichst alle Menschen mit Behinderungen sind in künftigen Datenerfassungssystemen zu berücksichtigen. Zur Realisierung dieser Anforderungen sind die bisherigen Studien und Modi der Datenerfassung mit überwiegender Fokussierung auf amtlich belegte Behinderungen unzureichend. Die darüber hinaus existierenden Dunkelfelder sind in der künftigen Datenerfassung, Berichterstattung und Forschung stärker zu berücksichtigen (s.o.).

Vorschläge für geeignete „Filterfragen“ zur Erfassung von Behinderung entsprechend dieser Definition sind in Kapitel 8 und im Anhang beschrieben. Diese beinhalten Fragen als Vorschlag zur Erweiterung des Mikrozensus, inhaltlich sollen neben bestehenden Fragen das Vorliegen einer starken und dauerhaften Beeinträchtigung im Hinblick auf verschiedene Funktionen/Aktivitäten abgefragt werden, sowie der Zeitpunkt, seitdem die Behinderung eingetreten ist. Damit diese in einem vertretbaren Rahmen die reale Basis der Menschen mit Behinderungen repräsentieren, sind sie flächendeckend bei Datenerfassung und Berichterstattung einzuführen.

Die zuvor aufgeführten Anforderungen an die Grunddaten von Behinderung beinhalten wichtige Informationen, die zur Beschreibung und Bewertung der Lebensphasen bzw. des Lebenslaufs von Menschen mit Behinderungen mit weiteren lebensphasenspezifischen Daten zu koppeln sind. In den einzelnen Lebensabschnitten (vgl. Kap. 3.2) sind jeweils unterschiedliche Dimensionen relevant: In der Erwachsenenzeit ist bspw. die Erwerbstätigkeit bzw. die Bewertung hinsichtlich des Inklusions- bzw. /Exklusionsgrades im Erwerbsleben eine zentrale Dimension. „Um beispielsweise die Lebenslage von Senioren zu beschreiben, können Wechselbeziehung zwischen Gesundheit, Partizipation an Kultur und Freizeit sowie sozialen Netzwerken eine höhere Relevanz haben, während „Erwerbsarbeit“ in den Hintergrund rückt“ (Engels 2006: 17). Für die Darstellung der Lebenslagen/Lebensabschnitte sind also die jeweils relevanten Dimensionen auszuwählen, welche weiterhin nach Fragestellung und fokussierter Personengruppe variieren (ebd.).

Insgesamt besteht die Schwierigkeit darin, die Multidimensionalität der Lebenslagen von Personen(gruppen) nach Lebensphasen und Geschlecht zu erfassen und zu beschreiben. Personen(gruppen) sind darüber hinaus in verschiedene gesellschaftliche Teilsysteme einbezogen, welche wiederum die Lebenslagen und den Grad der Inklusion/Exklusion mitbestimmen (Engels 2006). Trotz dieser Komplexität von Inklusion- und Exklusionsprozessen eignet sich das Konzept gerade auch zur systematisierten Darstellung von Teilhabegraden, welche Kern der Behindertenberichterstattung in Deutschland ist.

Die Indikatoren, die zur Beschreibung und Analyse der Lebenssituation, den Teilhabechancen und dem jeweiligen Grad der Inklusion/Exklusion dienen, sind nach neun Themenfeldern geordnet (vgl. Kap. 5).

## **4 Bestandaufnahme und Bewertung der nationalen Datenlage und Datenqualität**

Voraussetzung für eine Indikatoren gestützte Erfassung von Behinderung in allen Gesellschaftsbereichen und Handlungsfeldern, die im Rahmen des NAP identifiziert worden sind, ist eine umfassende, ausdifferenzierte Datenbasis. Ausgangspunkt der Vorstudie war daher eine Kriterien geleitete Sichtung und Beurteilung der bestehenden (inter-)nationalen Datenlage und Erhebungsverfahren. Auf Grundlage der identifizierten Datenlücken bzw. Verbesserungsbedarfe der Erfassungspraxis wurden Optimierungsvorschläge entwickelt, die zukünftig eine zielgerichtete Erfassung von Behinderung ermöglichen können.

### **4.1 Bestandaufnahme der bestehenden Datenlage zu Menschen mit Behinderungen (Synopsis)**

Als Basis für die Entwicklung einer umfassenden Daten basierten Behindertenberichterstattung wurde im Rahmen dieser Vorstudie in einem ersten Schritt eine umfangreiche Sichtung aller Datenquellen vorgenommen (vgl. Synopsis), um daraufhin anhand verschiedener Kriterien (z.B. inhaltliche Relevanz, Stichprobenschlüssel, Stichprobengröße, Repräsentativität, Erhebungsmethode) die bedeutendsten Erhebungen für die langfristige Berichterstattung heranzuziehen. Aufbauend auf der Bestandaufnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte wurden Datenquellen, in denen die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen mindestens implizit erfasst wird, in einer zusammenfassenden und vergleichenden Übersicht entlang der Themenfelder des NAP systematisch zusammengestellt. Aus der tabellarischen Darstellung der Themenfelder in der Synopsis<sup>8</sup> sind jeweils zentrale Rahmendaten zu den einzelnen Studien und Datensammlungen zu entnehmen, beispielsweise Name der Datenerhebung, Datenhalter, Datensammler, Erhebungstyp, Zeitintervalle der Erhebung, Datenformat, Datenzugänglichkeit (z.B. als public bzw. scientific usefile), Anonymisierung, verwendeter Behindertenbegriff, niedrigste Aggregationsebene (z.B. Bund, Länder, Individualebene), geografischer Geltungsbereich (bundesweit oder sample points), Repräsentativität der Erhebung sowie Stichprobengröße. Darüber hinaus wurden verschiedene Informationen erhoben, die spezifischere Aussagen zur Eignung der Datenquellen für die Indikatorenentwicklung zulassen (z.B. Verfügbarkeit des Erhebungsinstrumentes, Transparenz der Stichprobenziehung, Differenziertheit der Daten nach Alter, Geschlecht, Eintritt der Behinderung im Lebensverlauf, Art der Behinderung). Soweit verfügbar, ist ein Internetlink zu dem Datenhalter oder zu

---

<sup>8</sup> Die vollständige Synopsis ist dem Bericht als CD-Rom beigelegt.

relevanten online-Publikationen sowie die Formulierung der Fragen zum Thema Behinderung aufgenommen.

Auf Basis der Synopse wurden folgende im Anschluss eingehender zu analysierende Erhebungstypen unterschieden:

- *Verwaltungsdaten/Daten der amtlichen Statistik*, z.B. Statistisches Bundesamt (Statistik der schwerbehinderten Menschen), Statistiken der Sozialleistungsträger (z.B. Statistik der deutschen Rentenversicherung), Statistiken von Bildungsträgern (z.B. Schul- und Hochschulstatistik der *Kultusministerkonferenz*),
- Daten aus *nationalen und internationalen Surveys/Forschungsarbeiten*, z.B. Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter (Mikrozensus), Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)), Robert Koch-Institut (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)) sowie qualitative Erhebungen wie z.B. die Studie „Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Behinderung“ (Live-Studie) (BMFFSJ 1999),
- *Datensammlungen und Erhebungen aus der Praxis, beispielsweise von Vereinen* (z.B. „Daten zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen in Deutschland“, 2003 vom Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V.), Daten von lokalen Vereinigungen von Betroffenen sowie Daten von Gleichstellungsbeauftragten wie den Behindertensportverbänden oder den Behindertenbeauftragten der Länder (z.B. Listen der Behindertenbeauftragten in Städten und Gemeinden). Datensammlungen und Erhebungen aus der Praxis weisen in der Regel einen kleinräumigen Bezug und einen spezifischen thematischen Fokus sowie eine starke Berücksichtigung der Betroffenenperspektive auf. Wissenschaftliche Standards, wie die Repräsentativität der Daten sind – auf Grund der kleinräumigen Bezüge – vielfach nicht gewährt.

Die Bestände einzelner Bundesländer, Landkreise, Städte und Gemeinden, Evaluationen von regional begrenzten Modellversuchen sowie Forschungsberichte wurden aufbauend auf den Analysen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (DIMR 2009a) ebenfalls gesichtet und als Informationsgrundlage für die Indikatorenentwicklung genutzt. Sie sind jedoch aufgrund ihrer spezifischen und kleinräumigen Struktur eher als nachrangig zu bezeichnen und werden daher an dieser Stelle nicht weiter spezifiziert.

## **4.2 Kriterien gestützte Beurteilung der vorhandenen Datenlage**

Die zusammengetragenen Erhebungen und Surveys zeichnen sich durch eine große Heterogenität einerseits hinsichtlich der jeweiligen Erhebungsdesigns (qualitative und



quantitative Zugänge) und andererseits hinsichtlich der zugrunde liegenden Zielsetzung (z.B. amtliche Erfassung von Behinderung, Gesundheitsberichterstattung, Abbildung der Arbeitsmarktsituation) aus.

Für die Bewertung der Datenlage in ihrer Relevanz für eine neue Indikatoren gestützte Behindertenberichterstattung wurden die folgenden, in der Synopse aufgeführten Kriterien für eine vergleichende Gegenüberstellung und Bewertung der drei oben aufgeführten Studientypen herangezogen:

- **Repräsentativität (4.2.1)**

Zu bewerten sind

- der zu Grunde gelegte **Stichprobenschlüssel** sowie der **Rücklauf der Befragung** (*Umfasst die formale Repräsentativität der Stichprobe auch die Repräsentativität insbesondere für die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen?*)
- die **Stichprobengröße** (*Ist die Repräsentativität auch kleinräumig gewährleistet, z.B. auf Länderebene?*)
- die **Anzahl der Non-Responder** (*Welche Bedeutung haben Befragungsverweigerer bzw. Ausfälle aufgrund von Krankheit oder Behinderung für die Repräsentativität der Stichprobe der Menschen mit Behinderungen?*)

- **Erhebungsmethode (Kap. 4.2.2):**

*Wurde/wird telefonisch, postalisch/schriftlich oder in Form von Interviews befragt?*

Die Studien sind - auf ihr Exklusionspotential bezogen- auf den Ausschluss von Menschen mit spezifischen Behinderungen zu prüfen (z.B. bleibt Menschen mit vermindertem Hörvermögen oder tauben Menschen die Teilnahme an telefonischen Surveys verwehrt).

- **Kontinuität der Datenerfassung/Periodizität (Kap. 4.2.3):**

*Handelt es sich um jährliche, mehrjährige oder einmalige Erhebungen?*

Eine kontinuierliche Datenerfassung ist Voraussetzung für eine Indikatoren gestützte Berichterstattung.

- **Inhaltliche Relevanz**

*Zu welchen Lebens- und Themenbereichen, die die Abbildung der Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen ermöglichen, werden Daten vorgehalten?*

Für jede Erhebung gilt es zu prüfen, welche Informationen zu den Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen erhoben werden. Zu prüfen sind der Umfang, die inhaltliche Breite sowie die Aufgliederung der Informationen nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Differenziertheit der Abfrage des Merkmals „Behinderung“.

An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass die aufgeführten Bewertungskriterien für eine umfassendere Qualitätsbewertung der Studien noch weiter spezifiziert werden könnten, zum Beispiel auch hinsichtlich der jeweils eingesetzten *Erhebungsinstrumente*. Zwar wurden die Methoden und Erhebungsinstrumente der Studien, die für die angestrebte Indikatoren gestützte Erfassung geeignet scheinen, im Überblick begutachtet, im Sinne einer detaillierten Bewertung der Datenlage könnte dies noch weiter vertieft werden (z.B. nach Zugängen, konkreten Erhebungsmethoden sowie Validität, Reliabilität und Objektivität im Hinblick auf die jeweiligen Forschungsfragen). Dies würde jedoch den Rahmen dieser Vorstudie überschreiten und sollte Bestandteil der künftigen Behindertenberichterstattung sein, die auf den Ergebnissen der Vorstudie aufbaut.

Im Folgenden fokussiert die Bewertung der Datenqualität vor allem auf die Repräsentativität, die Erhebungsmethode und die Kontinuität der Datenerfassung. Um die inhaltliche Relevanz der Studien prüfen zu können, wurden in Anlehnung an die Handlungsfelder des NAP und aufgrund theoretischer Vorüberlegung zum *Exklusionskonzept* (vgl. Wansing 2006) und zum *Lebenslagen-Ansatz* (vgl. Engels 2006) neun Themenfelder formuliert, die es Indikatoren gestützt abzubilden gilt (vgl. Kap. 4):

- *Themenfeld 1: Grunddaten (z.B. Art, Grad der Behinderung)*
- *Themenfeld 2: Bildung*
- *Themenfeld 3: Erwerbsarbeit und ökonomische Situation*
- *Themenfeld 4: Gesundheit und Gesundheitsversorgung*
- *Themenfeld 5: Barrierefreiheit*
- *Themenfeld 6: Gewalt und Sicherheit*
- *Themenfeld 7: Partizipation*
- *Themenfeld 8: Familie, Lebensform und Selbstbestimmung*
- *Themenfeld 9: Gesellschaftliche Akzeptanz*

Die Tabellenblätter der Synopse sind nach diesen Themenfeldern aufgegliedert und beinhalten jeweils die (inhaltlich) relevanten Studien je Themenfeld (vgl. beigefügte CD-ROM). Die inhaltliche Relevanz der Datenquellen wird in Kapitel 4 vertieft, in dem den Indikatoren nach Themen- und Handlungsfeldern jeweils relevante Datenquellen zugeordnet werden, die als geeignete Datenbasis herangezogen werden können.

#### 4.2.1 Repräsentativität als Merkmal der Datenqualität

Da eine auf Bundes- bzw. Landesebene repräsentative Datenbasis die Grundlage für eine Indikatoren gestützte Erfassung darstellt, wurde bei der Bewertung besonderes Augenmerk auf die Repräsentativität der verschiedenen Studientypen und der Stichproben für die Teilpopulation der Menschen mit Behinderungen gelegt.

Repräsentativität ist gegeben, wenn sich die Merkmale einer Grundgesamtheit (z.B. der Bevölkerung in Deutschland) in der Zufallsstichprobe wiederfinden und die Ergebnisse einer Erhebung somit verallgemeinerbare Aussagen zur Merkmalsverteilung innerhalb der Zielgruppe zulassen (Schnell et al. 2008). Je kleiner die Stichprobe einer Bevölkerungserhebung ist, desto geringer ist auch der Anteil der Menschen mit Behinderungen. In vielen Erhebungen sind die Stichprobengröße und der Stichprobenschlüssel für die Gruppe der Menschen mit Behinderungen zu klein, so dass keine Repräsentativität gegeben ist. Außerdem sind bei der genannten Zielgruppe sowohl der Forschungszugang (z.B. schwerere Erreichbarkeit von Menschen mit Behinderungen, die in Pflegeheimen leben) als auch die Befragungspraxis zu berücksichtigen (z.B. erschweren körperliche Beeinträchtigungen, wie z.B. Artikulationsprobleme, die Befragung). Einige Erhebungen (wie z.B. der Mikrozensus) sind somit zwar in Bezug auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands als repräsentativ anzusehen, jedoch nicht für die Gruppe der Menschen mit Behinderungen.

Die Repräsentativität europäischer bzw. internationaler Erhebungen kann bereits mit relativ kleinen Stichproben der jeweils teilnehmenden Länder gewährleistet werden. Es finden sich jedoch erhebliche Schwankungen innerhalb der Stichprobengrößen nationaler und internationaler Studien. Bei den internationalen Studien besteht das Ziel darin, wissenschaftliche Fragen international an einer repräsentativen Stichprobe zu erheben. Dies wird meist für jedes Land durch kleine Stichproben und wenige *sample-points* erreicht. Wenn die deutsche Teilerhebung einer internationalen Studie separat ausgewertet wird, so sind aufgrund der üblichen *Sample-Point-Ziehungen*<sup>9</sup> zwar Aussagen für Deutschland formal korrekt, sie erreichen jedoch nicht die Qualität einer Erhebung, deren Fokus ausschließlich auf die Repräsentativität für das gesamte Land Deutschland angelegt ist. Generell sind also Erhebungen, die für Deutschland eine kleine Stichprobengröße aufweisen mit Zurückhaltung zu betrachten. Darüber hinaus bleibt für nationale wie internationale Studien zu prüfen, ob auch die Teilgruppe der Menschen mit Behinderungen in Heimen und Wohngruppen repräsentativ im Datensatz vertreten sind.

---

<sup>9</sup> Räumliche Konzentration von Untersuchungsorten und Befragungsfällen auf einzelne, für die Grundgesamtheit repräsentative Städte und Gemeinden.

Im Arbeitsprozess wurde deutlich, dass internationale Surveys (wie z.B. das Eurobarometer) für die Indikatorenentwicklung aus folgenden Gründen von nachgeordneter Relevanz sind:

1. Die behandelten Themen lassen sich auch durch nationale Surveys abdecken.
2. Zu einigen relevanten Themenfeldern existieren weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene Datenbestände.
3. Die deutschen Unterstichproben sind sehr klein und der prozentuale Anteil der Menschen mit Behinderungen entsprechend noch geringer als bei nationalen Erhebungen (keine Repräsentativität gegeben).

Während die Sichtung und Kategorisierung der internationalen Datenbestände nicht weiter vertieft wurde, wurden jedoch die international vorliegenden Indikatorensätze zu Menschen mit Behinderungen gesichtet und mit den zu entwickelnden Indikatoren abgestimmt (vgl. Kap. 5).

Im Folgenden wird zunächst auf die Problematik der *Non-Responder* bei freiwilligen Befragungen eingegangen, um im Anschluss die drei beschriebenen Studientypen in Hinblick auf ihre Repräsentativität zu bewerten. Soweit möglich werden auch Handlungsoptionen zur Optimierung der Erhebungspraxis aufgeführt. Die *Datensammlungen von Interessengruppen und die Erhebungen aus der Praxis* wurden aufgrund vergleichbarer Charakteristika (z.B. geringe Stichprobengröße, kleinräumiger Bezug) einer gemeinsamen Bewertung unterzogen.

### ***Das Problem der Non-Responder bei (freiwilligen) Befragungen***

Bei (freiwilligen) Befragungen sieht man sich häufig mit dem Problem der *Non-Responder* konfrontiert. Zu den *Non-Respondern* zählen neben den sog. Befragungsverweigerern auch jene Bevölkerungsgruppen, denen aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Vorliegen einer Krankheit, eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten, Abwesenheit vom Haushalt aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes) eine Teilnahme nicht möglich ist.

Bei (Haushalts-)Befragungen fällt der Anteil der Befragten mit Behinderungen vor allem aus zwei Gründen gering aus: Zum einen ist die Anzahl der Befragten aus dieser Teilgruppe *per se* geringer, wenn sie bei der Stichprobenziehung nicht zusätzlich berücksichtigt werden (Untererfassung der Heimbevölkerung bzw. von Menschen in Gemeinschaftsunterkünften bei Haushaltsbefragungen; s. Phänomen des *Undercoverage*, Schnell 1991). Auf der anderen Seite gehören Menschen mit Behinderungen - wenn sie Teil des Stichprobenschlüssels sind - häufiger zur Gruppe der *Non-Responder*, da sie überproportional oft Beeinträchtigungen in der Kommunikationsfähigkeit oder gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Die Beantwortung eines Fragebogens oder die Durchführung eines Interviews (CAPI, PAPI,

CATI<sup>10</sup>) sind unter Umständen schwieriger oder langwieriger und erfordern die Hinzuziehung speziell geschulter Interviewerinnen und Interviewer (z.B. Gebärdensprachdolmetscherinnen/Gebärdensprachdolmetscher zur Übersetzung der Fragen für hörbeeinträchtigte oder gehörlose Menschen). Bei der Überführung eines Fragebogens in die sogenannte *Leichte Sprache* (z.B. für die Befragung von Menschen mit Lernbehinderungen oder geistigen Beeinträchtigungen) verlängert sich die Befragungszeit aufgrund der Anstrengung für die Befragten oftmals auf mehrere Termine. Die Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit, aber auch der aktuellen Befragbarkeit unterscheiden sich weiter nach Art und Grad der Behinderung. Aufgrund der komplexeren Erhebungsmethoden und des erschwerten Zugangs werden insbesondere Menschen mit Behinderungen seltener befragt und seltener im Rahmen von Bevölkerungsumfragen erreicht, wodurch ihre Angaben systematisch keinen Eingang in den Datensatz finden.

### **Die Repräsentativität von allgemeinen Verwaltungsdaten mit und ohne Behinderungsbezug**

*Verwaltungsdaten* weisen gegenüber Surveys hinsichtlich ihrer Repräsentativität einen entscheidenden Vorteil auf: Es handelt sich in der Regel um Totalerhebungen oder Stichtagszählungen und nicht um Stichproben. Für die Bewertung ihrer Repräsentativität können Verwaltungsdaten untergliedert werden in

- a. allgemeine Verwaltungsdaten, für die das Thema *Behinderung* irrelevant waren und sind,
- b. Verwaltungsdaten, für die das Thema *Behinderung* relevant war und ist.

Für die *allgemeinen Verwaltungsdaten* besteht zwar theoretisch die Möglichkeit, diese zukünftig um das Merkmal *Behinderung* oder *Beeinträchtigung* zu ergänzen, allerdings wird diese Erweiterung der Daten weder als relevant noch als realisierbar angesehen. Gründe hierfür liegen vor allem in der alltagspraktischen Umsetzung, da eine Abfrage über das Vorliegen einer Behinderung im jeweiligen Kontext diskriminierend wirken kann.

In einigen Statistiken (z.B. den Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe), wird Behinderung teilweise erhoben. In der Teilerhebung „Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen“ wird zwar unter „besondere Merkmale der Einrichtung“ eine Unterscheidung nach Kindertageseinrichtungen für behinderte und/oder nichtbehinderte Kinder vorgenommen („Werden in Ihrer Einrichtung behinderte Kinder integrativ betreut?“; „Werden in Ihrer

---

<sup>10</sup> CAPI (=Computer Assisted Personal Interview, der Interviewer erfasst die Antworten digital), PAPI (=paper and pencil interview, der Interviewer notiert die Antworten auf Papier) oder CATI (=computer assisted telephone Interview, Fragebogenprogramm steuert Befragungsablauf und -verwaltung der Befragungsdaten) (Albers et al. 2009)

*Einrichtung ausschließlich behinderte Kinder betreut?“)* und auch unter den „Angaben zu den Kindern in den einzelnen Gruppen“ ist nach dem Bezug von Eingliederungshilfe wegen körperlicher/geistiger Behinderung (SGB XII §§ 53, 54) bzw. wegen seelischer Behinderung (SGB VIII § 35a) gefragt. Bei den Angaben zum Personal wird jedoch keine Differenzierung nach dem Vorliegen einer Behinderung vorgenommen.

In den Statistiken der *behinderungsbezogenen Verwaltungsdaten* (z.B. Datensammlungen der Versorgungsämter als Grundlage für die Statistik der schwerbehinderten Menschen) wird die gewünschte Untergliederung nach dem Merkmal *Behinderung* nach SGB IX vorgenommen. In der Statistik der schwerbehinderten Menschen werden Fragen zu Behinderung (z.B. zu Art und Schwere vgl. § 131 SGB IX) erhoben. Da es sich um eine Totalerhebung handelt, ist die Repräsentativität für die Teilpopulation der Menschen mit Behinderungen gegeben, die eine amtliche Anerkennung ihrer Behinderung beim Versorgungsamt durch die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises erreicht haben. Die auf diese Weise differenzierten Daten ermöglichen Aussagen über die gegenwärtige Anzahl der amtlich gemeldeten Menschen mit Behinderungen in verschiedenen Behinderungssituationen (z.B. Ursache der Behinderung und Art der schwersten Behinderung) sowie zeitliche Trends. Da viele Menschen mit dauerhaften Beeinträchtigungen jedoch nicht amtlich gemeldet sind, wird so ein großer Teil der dauerhaft beeinträchtigten Menschen in Deutschland nicht einbezogen. Aufgrund der Unterschiede im Meldeverhalten bestimmter Populationen (zum Beispiel nach Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Art und Schwere der Behinderungen) zieht eine ausschließliche Orientierung an der amtlichen Meldung nach SGB IX erhebliche Verzerrungen und Fehleinschätzungen in Bezug auf die Gesamtpopulation der Menschen mit Behinderungen in Deutschland nach sich. Die beschriebenen Auswahl- bzw. Selektionseffekte führen zu erheblichen Verzerrungen und Fehleinschätzungen in Bezug auf die Gesamtpopulation der Menschen mit Behinderungen. Direkte Vergleiche (z.B. in den Teilhabechancen von Menschen mit und ohne Behinderungen) sind jedoch nicht möglich, da nur Menschen mit Behinderungen erhoben werden.

Trotz der beschriebenen Limitationen und obwohl eine Erweiterung der Population hier als nicht realisierbar angesehen wird, sind Verwaltungsstatistiken, die das Merkmal Behinderung erhoben haben bzw. gegenwärtig erheben für die Indikatoren und eine künftige Behindertenberichterstattung in Deutschland unverzichtbar. Die Einbeziehung amtlicher Statistiken ermöglicht zudem die Fortsetzung von Zeitreihen (z.B. der Schwerbehindertenstatistik). Durch eine differenzierte Abfrage des Vorliegens einer Behinderung (z.B. nach Art, Grad, Tätigkeitseinschränkungen) würden die Daten den heutigen Anforderungen an die Berichterstattung besser gerecht werden. In Zusammenschau mit

repräsentativen Erhebungsdaten könnten Sie außerdem aufzeigen, für welchen Teilausschnitt von Menschen mit Behinderungen sie aussagekräftige Ergebnisse hervorbringen kann.

### ***Repräsentativität von nationalen und internationalen Surveys für die Teilgruppe der Menschen mit Behinderungen***

Die Recherchen im Rahmen dieser Voruntersuchung und andere Vorarbeiten zum Thema<sup>11</sup> zeigen auf, dass viele (nationale) Befragungen die Teilgruppen der Menschen mit Behinderungen nicht gesondert berücksichtigen. Art und der Umfang der Stichprobenziehung bei Haushaltsbefragungen und insbesondere die Unterrepräsentanz von Menschen in Heimen und anderen Betreuungseinrichtungen sowie die nur lückenhafte Einbeziehung von Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten führten bisher zu einer relativen Unterrepräsentanz dieser Gruppe in repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Erschwert wird die Erfassung außerdem dadurch, dass viele Menschen mit Behinderungen zwischen ihrem Wohnort (Einzelwohnung, Wohngemeinschaft, Heim) und längeren Krankenhausaufenthalten „pendeln“ und Interviewer diese oftmals nicht antreffen.

Auch wenn eine Reihe von Studien unter Berücksichtigung des Rücklaufs zwar gemessen an der Gesamtbevölkerung formal als repräsentativ angesehen werden können, so ist doch regelmäßig keine Repräsentativität für die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen (und auch die Subgruppen nach Art der Behinderung) gegeben (z.B. auch bei Mikrozensus, SOEP). Um auch die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen in ihrer heterogenen Vielfalt abbilden zu können, gilt es zum einen gezielt entsprechende Zusatzstichproben zu generieren, indem insbesondere auch Menschen, die in Einrichtungen leben, verstärkt befragt werden, wozu vornehmlich die Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sowie Behinderteneinrichtungen zählen. Zum anderen sind verstärkt Anstrengungen zu unternehmen, um die unterschiedlichen Kommunikationsbarrieren im Rahmen dieser Befragungen aufzuheben und etwa auch gehörlose Menschen, Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen mit entsprechenden Methoden zu befragen. Entsprechende methodische Vorarbeiten wurden bereits geleistet, etwa im Rahmen der o.g. BMFSFJ-Studie, in der Frauen mit Behinderungen repräsentativ in Haushalten und in Einrichtungen befragt wurden, oder auch im Rahmen der *GinKo*<sup>12</sup>-Online-Befragung des Deutschen Gehörlosenbundes, die mit relativ geringem Aufwand mehrere tausend Gehörlose bundesweit erreichen konnte.

---

<sup>11</sup> Vgl. auch Erfahrungen des Projektes „Gewalt gegen Frauen mit Behinderung und Beeinträchtigung“ im Auftrag des BMSFSJ (unveröffentlichtes Dokument).

<sup>12</sup> Gesetzeswirkungen bei der beruflichen *Integration* schwerhöriger, ertaubter und gehörloser Menschen durch *Kommunikation* und *Organisation*.

Für die Stichprobenziehung in einem Heim oder einer anderen Gemeinschaftsunterkunft besteht eine große Anforderung in der methodischen Korrektheit der Stichprobenziehung, damit auch tatsächlich eine Zufallsauswahl (z.B. anhand der *Last Birthday-Methode*) erfolgt. Außerdem sind datenschutzrechtliche Bestimmungen (z.B. Gewährleistung der Anonymität) strikt einzuhalten. Dies ist forschungspraktisch mitunter schwierig umzusetzen, wenn z.B. die Heimleitungen die Stichprobenziehung nachkorrigieren, indem Personen, die besonders schwer behindert sind oder durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (z.B. Aggressivität) eher schwieriger zu befragen sind, aus der Stichprobe genommen oder das System der Zufallsauswahl nicht eingehalten wird. Auch werden Interviews mit der Heimleitung häufig als Proxy-Auskünfte<sup>13</sup> für die Befragung Betroffener verwendet. Im Begleittext des Mikrozensus-Fragebogens (Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz, Auskunftspflicht) ist *„in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften [...] für Minderjährige und volljährige Personen, die wegen einer Behinderung nicht selbst Auskunft geben können, die Leitung der Einrichtung auskunftspflichtig; die Auskunftspflicht für Minderjährige oder die Personen, die wegen einer Behinderung nicht selbst Auskunft geben können, erstreckt sich nur auf die Sachverhalte, die dem Auskunftspflichtigen bekannt sind; sie erlischt, soweit eine von der behinderten Person benannte Vertrauensperson Auskunft erteilt.“* Durch die Befragung von Stellvertretern können zwar höhere Ausschöpfungsquoten erreicht und die Erhebungskosten verringert werden. Auf der anderen Seite ist die Reliabilität der Proxy-Auskünfte jedoch sehr stark in Frage zu stellen (Zühlke 2008). Erhebungen in Pflegeheimen zeigen beispielsweise, dass Fremdbeurteilungen zu verfälschenden Ergebnissen führen können (vgl. BMFSFJ 2006). Darüber hinaus können Proxy-Interviews die Exklusion von Menschen mit Behinderungen weiter verstärken und sind im Rahmen einer künftigen Berichterstattung als nicht geeignete Methode zur besseren Erfassung der Situation der in Einrichtungen lebenden Menschen mit Behinderungen zu beurteilen. Dass eine repräsentative Erhebung in Einrichtungen dennoch realisierbar ist, wie sie durchgeführt werden kann und wo Grenzen bestehen, konnte die o.g. Studie des BMFSFJ aufzeigen.

Grundsätzlich können Studien das Problem der systematischen Unterrepräsentanz einer Teilgruppe durch die Methode der Gewichtung<sup>14</sup> lösen. Im Falle der heterogenen Teilpopulationen der Menschen mit Behinderungen sind vor allem die Ausarbeitung eines

---

<sup>13</sup> „Mit dem Begriff „Proxy-Interview“ werden Angaben bezeichnet, die im Rahmen einer Personenbefragung nicht von der Zielperson selbst, sondern von einer anderen Person über die Zielperson gemacht werden“ (Zühlke 2008: 3).

<sup>14</sup> Herstellung der Repräsentativität von Befragungsdaten durch Angleichung der Häufigkeitsverhältnisse mit Hilfe eines Gewichtungsfaktors. Durch die Anwendung dieser Methode wird der Bezug der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit ermöglicht (Brosius 2008).



sorgfältigen Stichprobenplans und die Verbesserung des Stichprobenschlüssels zu forcieren. Eine Gewichtung allein würde die bestehende massive Untererhebung nicht beseitigen und dazu außerdem zu Verzerrungen führen. Darum ist von einer Höhergewichtung der Teilgruppe der Menschen mit Behinderungen abzuraten.

Besser ist es, die Forschungszugänge und Methoden der Befragung soweit auszubauen, dass sukzessive mehr Menschen mit Behinderungen erreicht werden können. Durch entsprechende Zusatzstichproben sind darüber hinaus die Fallzahlen so zu erhöhen, dass für die Auswertung eine ausreichende Anzahl von Menschen mit Behinderungen mit jeweils verschiedenen Arten der Behinderungen erfasst werden kann. Nur so sind valide Auswertungen hinsichtlich der Situation von Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen möglich. Bei diesen Zusatzstichproben könnte dann ein weiter vertiefendes Befragungsmodul zum Einsatz kommen, das weitergehende Informationen zur Lebenssituation und zu Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen erfasst (vgl. Kap. 8).

### ***Repräsentativität von Datensammlungen von Interessengruppen und Erhebungen durch die Praxis***

Aussagen zur Repräsentativität von Datensammlungen von Interessengruppen (z.B. Behindertenvereinsregister, Listen regionaler Behindertenbeauftragter) sind immer dann möglich, wenn

- die Größe der Grundgesamtheit bekannt ist,
- eine Totalerhebung erfolgte oder
- ein Stichprobenplan auf Basis der Grundgesamtheit erstellt wurde.

Insgesamt existiert eine Vielzahl von Erhebungen, die zahlreiche relevante Aspekte der Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen näher betrachten. Da hauptsächlich Teilgruppen von Menschen mit Behinderungen erreicht werden, die in Vereinen oder Praxisprojekten organisiert sind, handelt es sich i.d.R. um kleinräumige, nicht-repräsentative Untersuchungen. Da für die kontinuierliche Indikatoren gestützte Berichterstattung vor allem die Repräsentativität der Daten für die genannte Gruppe von Bedeutung ist, stellen Datensammlungen von Interessengruppen, Forschungsprojekten und Erhebungen durch die Praxis für die Indikatorenentwicklung keine vorrangig einzubeziehenden Datenquellen dar, sind jedoch als eine wichtige Ergänzung zu großen Bevölkerungsstudien wie dem Mikrozensus zu beurteilen. Erhebungen in Vereinen ermöglichen z.B. die Befragung von relativ vielen Menschen einer Teilgruppe der Menschen mit Behinderungen (z.B. körperbehinderte Sportlerinnen und Sportler). Kleiner angelegte Erhebungen liefern somit wichtige Zusatzkenntnisse und Anknüpfungspunkte für die Planung und Umsetzung größer angelegter quantitativer und qualitativer Studien sowie praktischer Maßnahmen zu

Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen (vgl. z.B. GinKo<sup>15</sup>-Online-Befragung des Deutschen Gehörlosenbundes). In Anbetracht der noch mangelhaften Datenlage zu einzelnen Themenfeldern (vgl. Kap. 4.3) bieten sie außerdem zumindest erste Hinweise zur Lebenssituation bestimmter bisher untererfasster und schwer erreichbarer Teilgruppen und können als *Best practice* - Beispiele herangezogen werden (vgl. auch sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V. z.B. „Menschen mit Behinderungen – Report 2003 - Daten und Fakten zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen in Deutschland“ (Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V. 2003). Diese Studie erhellt z.T. einige bisher mangelhaft beleuchtete Lebensbereiche von Menschen mit Behinderungen, da aber die wissenschaftlichen Standards der Erhebung begrenzt sind (z.B. fehlende Repräsentativität und fehlende Validierung der Erhebungsmethoden), kann diese Erhebung nur als erster Forschungsschritte in noch unerforschte Themenfelder“ betrachtet werden.

#### 4.2.2 Erhebungsmethoden

- *Verwaltungsdaten/Daten der amtlichen Statistik:*

Amtliche Verwaltungsdaten werden gemeinhin kontinuierlich erfasst und als statistische Fortschreibung geführt. Es handelt sich somit um eine quantitativ-administrative Erfassung, die kalenderjährlich (oder kalenderzweijährig) publiziert wird. Die Erfassung kann, wie bei den Daten, die in die Statistik der schwerbehinderten Menschen eingehen, verschiedene Behörden einbeziehen. Die Daten der städtischen Versorgungsämter werden bei den Statistischen Landesämtern zusammengeführt und von diesen an das Statistische Bundesamt weiter geleitet, wo diese schließlich ausgewertet und aufbereitet werden.

- *Nationale und internationale Surveys/Forschungsarbeiten:*

Bei Surveys wird sowohl auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene auf verschiedene Erhebungsmethoden zurückgegriffen, die je nach Zielsetzung und den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln auch in Kombination zum Einsatz kommen (z.B. werden im Mikrozensus telefonische Interviews und postalische Befragungen kombiniert). Die Art der Befragungsmethode ist insbesondere im Hinblick auf den Ein-/Ausschluss einzelner Teilgruppen von Menschen mit Behinderungen zu beurteilen. Hörbehinderte Menschen sind von telefonischen Befragungen wie dem

---

<sup>15</sup> Gesetzeswirkungen bei der beruflichen *Integration* schwerhöriger, ertaubter und gehörloser Menschen durch *Kommunikation* und *Organisation*.

Telefonsurvey *Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)* beispielsweise bislang ausgeschlossen. Das gleiche gilt für Menschen mit Artikulations-/Verbalisierungsschwierigkeiten (erschwert wird dieser Faktor noch durch das Vorliegen eines Migrationshintergrundes, der möglicherweise mit lückenhaften Deutschkenntnissen einhergeht). Eine Möglichkeit der Befragung von Menschen mit Behinderungen ist z.B. der Einsatz von Erhebungsinstrumenten in leicht verständlicher Sprache, die Hinzuziehung von Gebärdensprachkompetenz und Assistenz in der Kommunikation im Rahmen der Befragungen sowie erweiterter Methoden (z.B. Online-Befragungen), durch die bestimmte Teilgruppen besser erreicht werden können. Insgesamt ergeben sich für die Befragungen von Menschen mit verschiedenen Behinderungen zahlreiche methodische Erfordernisse, die systematisch auszubauen sind. Generell gilt es die Angemessenheit der Erhebungsmethode für die einzelnen Zielgruppen, aber auch für die jeweiligen thematischen Fragestellungen gesondert zu prüfen.

- *Datensammlungen/Erhebungen aus der Praxis:*

Bei den Erhebungen durch z.B. Vereine und lokalen Vereinigungen von Betroffenen kann wie bei nationalen und internationalen Surveys auf verschiedene Erhebungsmethoden zurückgegriffen werden, die allerdings nicht immer einer wissenschaftlichen Fundierung folgen. Während wissenschaftlichen Studien ein Theorie geleitetes Vorgehen zu Grunde liegt, nähern sich Praktikerinnen und Praktiker den bestehenden Datenlücken aufgrund ihres alltagsorientierten Wissensbestandes und -bedarfes. Sie fungieren damit als innovative Ideengeber zur Schließung der Datenlücken und Impulsgeber für thematische Ausrichtung zukünftiger Surveyerhebungen. Bevor die im Rahmen von Praxiserhebungen ermittelten Forschungsbefunde jedoch in größere Erhebungen übernommen werden können gilt es, diese in einer kleineren Erhebung einer methodisch fundierten Prüfung zu unterziehen.

#### **4.2.3 Kontinuität der Datenerfassung**

Da das in diesem Bericht vorgestellte Konzept einer Indikatoren gestützten Behindertenberichterstattung eine kontinuierliche und langfristige Erfassung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen erfordert, ist ein besonderes Augenmerk auf jene Datenquellen zu richten, die bereits als langfristige Zeitreihen angelegt sind. Dieses trifft insbesondere auf die *Verwaltungsdaten* zu, die kontinuierlich erhoben werden und kalenderjährlich zusammengeführt werden. Diese werden daher auch in Zukunft ein wichtiger Teil der Berichterstattung sein. Ebenso große Bedeutung kommt einigen wenigen regelmäßig

durchgeführten Surveys (z.B. Mikrozensus, SOEP, mit Einschränkungen auch Gesundheitssurveys/Kinder- und Jugendsurveys) zu, die es jedoch sukzessive den veränderten Erfordernissen der Berichterstattung anzugleichen gilt (vgl. Kap. 2 und 3).

Die bestehenden Möglichkeiten sind im Folgenden skizziert.

Die Recherche nach nationalen Studien, die sich für den zukünftigen Indikatoren gestützten Behindertenbericht als nutzbar erweisen können, ergab, dass die „Landschaft“ bzw. die Logik der aufeinander aufbauenden Befragungswellen bei einem Großteil der *Surveys* vom aktuellen Forschungsbedarf geprägt ist. Dies schlägt sich in einer Diskontinuität der Datenerhebung (und auch der Art der Erhebungsmethoden) nieder und hat zur Folge, dass für die kontinuierliche Fortschreibung sowie für Zeitreihenvergleiche nur einige Surveys von Bedeutung sind. In vielen Surveys wird pro Erhebungswelle ein *Standard-* sowie ein *Zusatzmodul* zu einem spezifischen Themenschwerpunkt eingesetzt. Letztere wechseln häufig, so dass Trendaussagen zu den entsprechenden Themen kaum möglich und die erhobenen Daten bzw. Ergebnisse aus den Modulen mitunter veraltet sind. Der Einsatz von Zusatzmodulen erlaubt es allerdings auch, spezifische Themen (wie die hier zu entwickelnde Behindertenberichterstattung) weiter zu integrieren und somit bestehende Daten- und Wissenslücken punktuell auszugleichen. Auch bei regelmäßig durchgeführten Erhebungen mit wechselndem Frageprogramm ist die Aufnahme von ergänzenden Fragen zu Behinderung anzustreben. Nicht nur die *Zusatzmodule* werden teilweise von Erhebungswelle zu Erhebungswelle modifiziert. Auch Standardmodule können verändert werden (z.B. Veränderung des Fragebogenprogramms des Mikrozensus gemäß Mikrozensusgesetz). Auch durch Modifizierungen der Standardmodule ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse im Zeitverlauf zwar erschwert, die Erweiterung bietet jedoch derart bedeutende Informationen zur Schließung bestehender Datenlücken, dass eine Erweiterung unbedingt vorgeschlagen wird (vgl. Kap. 8). Nicht nur die Erhebungsinstrumente werden angepasst. Auch die generellen Erhebungsdesigns (Stichprobengröße usw.) werden für jede Erhebungswelle neu festgelegt, wodurch sich die empirisch-methodischen Zugänge ändern können (z.B. die Umstellung von PAPI zu CAPI<sup>16</sup>), welche wiederum das Antwortverhalten und die Erhebungsergebnisse beeinflussen. Dieser Aspekt ist bei Zeitreihen zu bedenken. Auch wird die Kontinuität der Datenerhebung teilweise dadurch durchbrochen, dass die Auftraggeber von Surveys zwischen den Erhebungswellen mitunter ein anderes Forschungsinstitut für die Datenerhebung beauftragen, so dass das Erscheinungsbild des Surveys sowie die methodischen

---

<sup>16</sup> PAPI (=Paper And Pencil Interview, der Interviewer notiert die Antworten auf Papier), CAPI (=Computer Assisted Personal Interview, der Interviewer erfasst die Antworten digital) (Albers et al. 2009)

Systematiken variieren. Auch in diesem Fall bietet sich eine Möglichkeit für die Einbindung ergänzender Fragen zu Behinderung.

In einzelnen Erhebungswellen erfolgt im *drop-off-Verfahren* ergänzend zur Hauptbefragung eine Zusatzerhebung mit einem Befragungsinstrument aus einer internationalen Studie. Die Angliederung eines sog. *drop-offs* hat sowohl bei internationalen als auch bei den nationalen Studien Anpassungen der Erhebungsmethode zur Folge: Auf beiden Seiten kann z.B. die methodische Kontinuität durch die Kooperation beeinflusst werden. Im Mikrozensus werden z.B. im Turnus von vier Jahren im Rahmen des *EU Labor Force Survey* so genannte *Ad hoc-Modules* eingesetzt, die von der Auskunftspflicht befreit sind, an einer kleineren Stichprobe (0,1%) erhoben werden und wechselnde Themen fokussieren (Thema 2011: „Beschäftigung behinderter Personen“) (vgl. Kap 4.4.1). Nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes ist ein Trend zu europaweiten Anpassungsprozessen der Erhebungsinstrumente großer nationaler Studien zu verzeichnen. Es besteht die Tendenz, dass Fragen, die sich z.B. zur Feststellung von Behinderung als sehr geeignet erwiesen haben, europaweit übernommen werden.

Grundsätzlich ist die Kontinuität nicht-amtlicher Surveys immer von der Finanzierung abhängig und kann oftmals nicht langfristig garantiert werden. Gegenwärtig müssen sich auch große Institutionen (z.B. RKI, DIW) bei hoher wissenschaftlicher Autonomie in regelmäßigen Zeitintervallen um langfristige Finanzierung bzw. Forschungsmittel bemühen.

Bei *Datensammlungen von Interessengruppen, Forschungsprojekten* und Erhebungen aus der Praxis, aber auch bei einmaligen wissenschaftlichen Untersuchungen, handelt es sich eher um punktuelle Erhebungen, so dass generell keine Kontinuität gegeben ist. Die Bedeutung kontinuierlicher Erhebungen für die gegenwärtige und zukünftige Berichterstattung ist jedoch von hoher Bedeutung.

Einen Überblick zur Nutzbarkeit der drei beschriebenen Erhebungstypen für die Indikatorenentwicklung anhand der Beurteilung der beschriebenen Kriterien (Repräsentativität, Erhebungsmethode, Kontinuität der Datenerfassung) liefert die folgende Tabelle 2. Ergänzend aufgeführt sind die Vorteile für die Berichterstattung durch die Etablierung eines neu zu entwickelnden „Behindertensurveys“.

**Tabelle 2: Bewertung der Nutzbarkeit verschiedener Studien für die Indikatorenentwicklung anhand der Kriterien Repräsentativität, Methodik und Periodizität**

Nutzbarkeit von Erhebungen für die Indikatorenermittlung		Beurteilung der Repräsentativität		Erhebungsmethode	Periodizität	Bewertung			
						Abwägung	notwendige Angleichungen	Eignung	
Deutsche amtliche Statistik	Verwaltungsdaten	allgemeine Verwaltungsdaten	Totalerhebung	Behinderung nicht erhoben	statistische Fortschreibung	kalenderjährlich	die Datensätze um "Behinderung" zu erweitern ist realistisch/unrealistisch	Prüfen, ob und wo Erweiterung realisierbar und mit inhaltlichem Mehrwert für Behindertenbereichterstattung verbunden	mit Einschränkungen
				Behinderung wird erhoben	statistische Fortschreibung	kalenderjährlich	verwaltungstechnische Erfassung von Behinderung ist klar/unklar/kompatibel?	eventuell Erfassung weiter anpassen, dort wo realisierbar	<b>Ja</b> , für Teilaspekte
	Schwerbehindertenstatistik	Totalerhebung	umfasst nur amtlich erfasste Menschen mit Behinderungen	statistische Fortschreibung	kalenderzweijährlich	Totalerhebung erfasst nur amtlich erkannte Behinderte, wird erweiterter Erfassung nicht gerecht und hat daher begrenzte Aussagekraft	keine, eine Erweiterung der Totalerhebung auf sämtliche Menschen mit Behinderungen ist nicht realisierbar, da Schwerbehindertenstatistik sich originär auf amtliche Meldung bezieht	<b>Ja</b> , für einen Teil der Zielgruppe	

Nutzbarkeit von Erhebungen für die Indikatorenenermittlung			Beurteilung der Repräsentativität		Erhebungsmethode	Periodizität	Bewertung		
							Abwägung	notwendige Angleichungen	Eignung
	<b>Amtlicher Survey</b>	<b>Mikrozensus</b>	formale Repräsentativität auch auf Länderebene	Gruppe der Behinderten nicht repräsentativ erfasst aufgrund von methodischen Zugängen und Definitionen	quantitative repräsentative Studien	langfristige Kontinuität gegeben (Grundprogramm : jährlich; Zusatzprogramm Gesundheit: vierjährig)	<p>1.: Stichprobenschlüssel hinsichtlich Gruppe der Behinderten erweitern und methodische Zugänge sukzessive erweitern;</p> <p>2.: Frage zu Behinderung ergänzen;</p> <p>3. Zusatzmodule für die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen einbauen</p>	<p>1. Repräsentativität für Menschen mit Behinderungen</p> <p>2. Erweiterte Abfrage von Behinderung anhand weniger zusätzlicher Fragen</p> <p>3. Vertiefung anhand eines standardisierten Befragungsmoduls</p> <p>4. Verbesserung der Feldzugänge und Erweiterung der Erhebungsmethoden.</p>	<b>Ja</b> , als zentrale Datenquelle

Nutzbarkeit von Erhebungen für die Indikatorenermittlung		Beurteilung der Repräsentativität		Erhebungsmethode	Periodizität	Bewertung		
						Abwägung	notwendige Angleichungen	Eignung
Surveys	<b>national</b>	Große Themenvielfalt, die je nach Turnus variiert	Unterschiedlich große Stichproben, teilweise geringer Rücklauf (Verzerrung durch erhöhte <i>Non-Response gerade bei Menschen mit Behinderungen</i> )	quantitative repräsentative Studien	langfristige Kontinuität hängt von der Finanzierung ab und ist i.d.R. für 3-4 Jahre gegeben	Forschungsinstitute sollten Behinderten bezogene Standards übernehmen (z.B. erweiterte Abfrage von Behinderung, Anpassung und Erweiterung der Stichprobe und der methodischen Zugänge	1.: Stichprobenschlüssel und Zugänge sowie Erhebungsmethoden hinsichtlich Gruppe der Behinderten erweitern; 2.: Frage zu Behinderung standardisiert erfragen;	<b>Ja</b> , z.B. SOEP, DEGS, GEDA als themenbezogene Ergänzung zum Mikrozensus
	<b>international</b>	Große Themenvielfalt, die je nach Turnus variiert	Oftmals kleine Stichproben auf nationaler Ebene, wenige Sample-Points= nur für internationalen Vergleich nicht aber für Deutschlandrepräsentativ, niedriger Rücklauf verzerrt, da <i>Non-Responder</i> überproportional bei behinderten Menschen	quantitative repräsentative Studien	langfristige Kontinuität kann auf internationaler Ebene nicht eingeschätzt werden	Erweiterung der Stichprobenziehung auf Menschen mit Behinderungen durch die Forschungsinstitute	1.: Stichprobenschlüssel und Zugänge/Erhebungsmethode hinsichtlich Gruppe der Behinderten erweitern; 2.: Frage zu Behinderung standardisiert erfragen 3. höhere Stichproben auf nationaler Ebene anvisieren	<b>Ja</b> , als themenbezogene Ergänzung zum Mikrozensus und zu nationalen Studien



Nutzbarkeit von Erhebungen für die Indikatorenermittlung	Beurteilung der Repräsentativität		Erhebungsmethode	Periodizität	Bewertung		
					Abwägung	notwendige Angleichungen	Eignung
<b>Datensammlungen von Interessengruppen/Erhebungen aus der Praxis</b>	seltene Themen, teilweise Perspektive der Betroffenen vertiefend einbezogen,	wissenschaftliche Standards nur teilweise garantiert; teilweise selektive Samples durch Erfassung nur der organisierten Bevölkerungsteile	wissenschaftliche Standards nicht immer garantiert	Periodizität nicht gewährleistet	Erhöhung wissenschaftlicher Standards bei methodischer Planung; Vertiefung für verschiedene Betroffenengruppen möglich		als Ergänzung und nationalen Vertiefung zu Mikrozensus und Surveys
<b>Etablierung einer ergänzenden Erhebung: Behindertensurvey</b>	fehlende Indikatoren können erhoben werden, ideale Stichprobenschlüssel realisierbar	hohe Kosten	qualitativ und quantitativ	unklar	„perfekte“ Indikatordaten	umfangreich datengestützte Behindertenberichterstattung	<b>mögliche langfristige Perspektive</b>

**Legende:** die grün hinterlegten Erhebungen (deutsche amtliche Statistik, (inter-)nationale Surveys und Datensammlungen von Interessengruppen/Erhebungen aus der Praxis) sind in dieser Vorstudie berücksichtigt worden. Gegenübergestellt ist diesen der evtl. langfristig zu etablierende Behindertensurvey (blaue Markierung (vgl. Kap. 7))

### 4.3 Datenlücken nach Themenfeldern

Im Folgenden werden die Datenbestände und Datenlücken nach Themenfeldern skizziert.

Im Bereich *Grunddaten* (z.B. Art, Grad, Ursache der Behinderung) sind die Datenbestände zumindest bezüglich der Teilgruppe der amtlich gemeldeten schwerbehinderten Menschen als relativ gut zu beurteilen. Das Statistische Bundesamt, die Statistischen Landesämter sowie die Versorgungsämter halten Daten u.a. nach Alter, Geschlecht und Grad der Behinderung und teilweise Migrationshintergrund spezifiziert vor. Darüber hinaus existieren Forschungsarbeiten wie z.B. Sonderauswertungen des Mikrozensus, die beispielsweise die Situation behinderter Frauen näher betrachten (vgl. BMFSFJ 2009). Ebenfalls von den Statistischen Bundes- und Landesämtern sowie von der Kultusministerkonferenz werden Daten zum Themenfeld *Bildung* vorgehalten, jedoch beziehen sich diese zumeist auf den Teilbereich Schule (vgl. Schulstatistik). Auch diese Daten sind nach Alter, Geschlecht, Art der Behinderung und Migrationshintergrund aufgeschlüsselt. Im Themenfeld *Erwerbsarbeit* stellen u.a. das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und die Auswertungen des Mikrozensus zentrale Datenquellen dar, so dass auch dieses Themenfeld relativ gut abgedeckt ist. Zum Stand der Barrierefreiheit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen existieren kaum Erhebungen zum einen bezogen auf die strukturellen Gegebenheiten (z.B. barrierefreie Arztpraxis, Fahrdienste) als auch bzgl. der Ausrichtung der medizinischen Versorgung (z.B. Vorhandensein spezifischer Beratungsangebote oder Spezialisierungen der Ärzte).

Generell liegen wenige Daten vor zur subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen bzgl. der Behinderungen sowie den Aktivitätseinschränkungen, die durch Funktionseinschränkungen, aber auch durch Umwelt und strukturelle Bedingungen hervorgerufen werden. Zu Exklusionsprozessen und -erfahrungen (z.B. Ausschluss aus dem primären Bildungssystem oder Arbeitsmarkt, Verwehrung der aktiven politischen Partizipation oder mangelnde Unterstützung bei der Familiengründung) existieren neben Überblicksdaten zur Vertiefung nur kleinräumige, meist qualitative Erhebungen. Auch die *gesellschaftliche Akzeptanz* und Anerkennung von Behinderung ist kaum ermittelt worden. Große Datenlücken zeigen sich auch bezüglich der Themenfelder *Selbstbestimmung*, *Gewalt* und *Diskriminierung*. Die ersten repräsentativen quantitativen und qualitativen Studien zu Gewalterfahrungen von Frauen mit Behinderungen weisen jedoch auf eine hohe Gewaltbetroffenheit und Diskriminierungserfahrungen hin und decken erhöhten Forschungsbedarf auf, vor allem was die Situation spezifisch diskriminierter Behindertengruppen betrifft (vgl. noch laufendes Projekt „Gewalt gegen Frauen mit Behinderung und Beeinträchtigung“ im Auftrag des BMSFSJ (unveröffentlichtes Dokument)). Durch eine zusätzliche zukünftig noch

durchzuführende Männerstudie könnten diese Aspekte parallel auch zur Gewaltbetroffenheit von Männern weitere Aufschlüsse geben. Auch die *gesellschaftliche Akzeptanz* und Anerkennung von Behinderung ist, abgesehen von wenigen Ausnahmen, kaum ermittelt worden. Somit liegen insgesamt kaum Daten vor, die die *Selbst-* und auch die *Fremdwahrnehmung* in Bezug auf *Inklusions- und Exklusionsprozesse* von Menschen mit Behinderungen adäquat abbilden.

Wie aus den vorangehenden Ausführungen zu erkennen ist, sind die derzeit vorliegenden Datenbestände zu Menschen mit Behinderungen in Deutschland unvollständig und zu wenig differenziert. Folglich kann die Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderungen nicht in ausreichendem Maße abgebildet werden. So gibt es beispielsweise einen Mangel an Daten zu spezifischen Lebenslagen bei blinden und gehörlosen Menschen. Auch für die Entwicklung politischer Konzepte im Rahmen der BRK sind die vorliegenden Daten nur begrenzt hilfreich (DBR 2010).

Insbesondere die Statistik der schwerbehinderten Menschen ist stark medizinisch-defizitär orientiert, während Aussagen über die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie am Arbeitsleben sowie die multidimensionalen Ursachen dafür nicht oder nur wenig berücksichtigt werden. Auch mangelt es an Angaben zu praktischen Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten. Erschwerend kommt hinzu, dass die Daten aufgrund unterschiedlicher Stichproben und Erhebungsmethoden nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind und daher statistisch nicht aufeinander bezogen werden können. So sind beispielsweise die Daten der amtlichen Schwerbehindertenstatistik nicht kompatibel mit den Daten des Mikrozensus zur Behinderung. Dies führt u.a. dazu, dass eine Zusammenführung der Daten zu Behinderung mit Daten anderer Sozialkategorien nur in Ansätzen vorliegt. Auch die Aggregationsebenen unterscheiden sich je nach Datenquelle und -halter. So sind Daten zu den Sozialkategorien nicht in einem Datensatz vorhanden; z.B. fehlen Indikatoren zur Inklusion im Bildungskontext, die für die Analyse von Partizipationseinschränkungen notwendig wären.

Ziel muss es daher sein, die Vorschriften zur Statistik und Datenerhebungen in den unterschiedlichen Gesetzen und Verordnungen zu überprüfen und den sich verändernden Standards und Erfordernissen der Behindertenberichterstattung im Rahmen der BRK anzupassen. Um der zukünftig erforderlichen Behindertenberichterstattung gerecht zu werden, ist es zum einen notwendig, bestehende Dunkelfelder im Bereich der amtlich nicht anerkannten Menschen mit Behinderungen zu erhellen. Zum anderen sind auch die *Lebensumwelten* und *Lebensphasen* mit Blick auf die Aspekte gesellschaftlicher und politischer Partizipation sowie der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen zu erfassen.

Bei folgenden Themenfeldern besteht besonderer Erhebungs- und vertiefter Auswertungsbedarf, da auch die wenigen bestehenden Erhebungen lediglich auf einzelne Untergruppen (wie z.B. Frauen) fokussieren:

- Subjektiv wahrgenommene Exklusion nach Lebensphasen
- Gleichberechtigung und soziale Ungleichheiten
- Partizipation und Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen, besonders in Bezug auf die Kernthemen Bildung, Arbeitsleben, Sicherheit, Bauen, Wohnen, Medien
- Sexuelle Selbstbestimmung und Abtreibung
- Familiengründung/Familienleben/Partnerschaften
- Gewalt- und Diskriminierungserfahrung, Gewaltschutz (von Männern, Frauen und Kindern).

#### **4.4 Relevante Studien**

Nach umfangreicher Recherche wurden folgende Datenquellen (Mikrozensus, SOEP, GEDA und DEGS) aufgrund der Bewertung anhand der aufgeführten Qualitätskriterien (vgl. Kap. 4.2) als besonders relevant für die kontinuierliche Indikatorenerfassung des neu zu konzeptionierenden Behindertenberichts sowie für die zukünftige Erhebungspraxis identifiziert.

##### **4.4.1 Mikrozensus**

Beim Mikrozensus handelt es sich um eine jährlich vom Statistischen Bundesamt und den Statistischen Landesämtern durchgeführte, durch Gewichtung repräsentative Befragung einer 1% -Stichprobe aller deutschen Haushalte. Mit etwa 830.000 Befragten<sup>17</sup> aus ca. 390.000 Haushalten umfasst der Mikrozensus eine wesentlich größere Stichprobe bzw. Datenbasis als alle anderen in diesem Projekt betrachteten Erhebungen. Die Teilnehmer verbleiben für jeweils vier Jahre in der Stichprobe. Die Teilnahme am Mikrozensus (Beantwortung des Grundprogramms) und damit auch die Rücksendung der beantworteten Fragebögen sind für die Befragten verpflichtend (somit wird das o.g. *Non-Responder*-Problem gemindert). Das Frageprogramm besteht aus einem festen Grundprogramm, das überwiegend der Auskunftspflicht unterstellt ist und vor allem sozioökonomische Basisinformationen sowie Daten zur Arbeitsmarktsituation liefert. Es wird eine nicht-repräsentative Stichprobe der Menschen mit anerkannter Behinderung (d.h. Grad der Behinderung *GdB* zwischen 20% - 100%) erfasst (Schnell/Stubbra 2010). Mit der

---

<sup>17</sup>Angaben beziehen sich auf den Mikrozensus aus dem Jahr 2005.

Konzentration auf Personen mit amtlich anerkannter Behinderung unterliegt die Erhebung jedoch denselben Beschränkungen wie die Schwerbehindertenstatistik hinsichtlich der vollständigen Erfassung von Menschen mit Behinderungen (ebd.) (vgl. Kap. 3).

Ergänzt wird das Grundprogramm um Zusatzprogramme zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten, die im Vier-Jahres-Zyklus rotieren, also im Befragungs-Panel nur einmal pro Haushalt beantwortet werden müssen und die seit 2005 ebenfalls an der vollen Stichprobe erhoben werden. Im Zusatzprogramm „Fragen zu Gesundheit“ werden zwei Fragen zum Vorliegen einer Behinderung erhoben (*Frage nach dem Vorliegen einer amtlich anerkannten Behinderung* und *Frage nach dem Grad der Behinderung*). Die Beantwortung dieser Fragen ist allerdings im Gegensatz zu den verpflichtenden Basisfragen freiwillig und weist daher eine höhere *Non Response*-Rate auf (DBR 2010b). Der Mikrozensus 2009 wird voraussichtlich im Sommer/Herbst 2011 zur Nutzung zur Verfügung stehen. Abhängig vom Mikrozensusgesetz ist zu erwarten, dass die „Behinderungsfrage“ in 4 Jahren (2013) wieder im Mikrozensus erscheinen wird. Noch ist unklar, ob in der nächsten Mikrozensuswelle 2013 nach der „alten“ gesetzlichen Grundlage (amtliche Anerkennung der Behinderung einschließlich „Grad der Behinderung“) oder (zusätzlich) nach erweiterten Erfassungsgrundlagen erhoben werden wird, was von Seiten der Projektnehmer klar befürwortet wird.

Einen wichtigen Baustein für die momentane Berichterstattung - nicht nur aufgrund der internationalen Vergleichbarkeit der Daten- bietet das *Ad hoc*-Modul des *EU Labour Force Survey* zum Thema „Beschäftigung behinderter Personen“. Für dieses *Ad hoc*-Modul gilt der Stichprobenplan für Zusatzmodule in freiwilliger Antwortmöglichkeit: Die Stichprobengröße beträgt demnach ein Zehntel der 1%-igen Bevölkerungsstichprobe und umfasst mit ca. 80.000 Personen eine vergleichsweise große Stichprobe, anhand derer bedeutende Daten zur Beschreibung der Arbeitssituation von Menschen mit Behinderungen gewonnen werden können. Das Vorliegen einer Behinderung wird im *Ad hoc*-Modul weitaus differenzierter erhoben als im Grundprogramm. Neben körperlichen Einschränkungen (inklusive chronischen Krankheiten) werden auch Einschränkungen in den Teilhabemöglichkeiten angesprochen (*Frage 158: Haben Sie andauernde gesundheitliche Probleme oder chronische Krankheiten?*; *Frage 159: Sind Sie bei einer der folgenden Tätigkeiten dauerhaft eingeschränkt?*). Da die Fragen den erweiterten Behindertenbegriff präziser abbilden als andere Studien, sind die Fragen für eine mögliche Erweiterung des Fragenprogramms des Mikrozensus heranzuziehen (vgl. Kap. 8).

Wegen seiner hohen Fallzahlen und der hervorragenden Datenqualität (Repräsentativität bundesweit, aber auch pro Bundesland) ist der Mikrozensus für viele der beschriebenen Indikatoren als eine zentrale Datenquelle zu einzubeziehen. Es wird empfohlen

- die Fragen zur Behinderung zu erweitern und in die nächsten Erhebungswellen aufzunehmen. Außerdem ist
- die Stichprobe und Methodik für die Teilpopulation der Menschen mit Behinderungen (insbesondere der Heimbewohner und der Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten) sukzessive zu erweitern (vgl. ausführliche Darstellung der Erweiterung vgl. Kap. 8, Anhang 1.3)

#### 4.4.2 SOEP

Eine weitere wichtige Datenquelle für die Behindertenberichterstattung stellt das jährlich vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung durchgeführte *Sozio-oekonomische Panel (SOEP)* dar. Es handelt sich um eine deutschlandweite Haushaltsstichprobe, in der unter anderem Informationen zur Erwerbsminderung, Schwerbehinderung und dem Grad der Schwerbehinderung erhoben werden. Darüber hinaus werden Behinderungen und Einschränkungen bei Neugeborenen sowie Kleinkindern bis zu einem Alter von sechs Jahren erfasst (DIMR 2009). Der Behinderungsstatus wird über die amtliche Feststellung von Erwerbsminderung und Schwerbehinderung erhoben. Die Art der Behinderung wird über eine offene Frage ermittelt, die aufgrund des hohen Arbeitsaufwandes lange Zeit nicht ausgewertet wurde<sup>18</sup>. Auf Grundlage der ausgewerteten SOEP-Daten sind beispielsweise Aussagen zu Einkommensverläufen, subjektivem Wohlbefinden, gesellschaftlicher Teilhabe, sozialer Sicherung sowie zur Wohn- und Bildungssituation von Menschen mit Behinderungen möglich (DIMR 2009a). Da das SOEP zahlreiche Variablen (unter anderem zu beruflicher Tätigkeit, dem Wirtschaftszweig sowie der wöchentlichen Arbeitszeit) enthält, lassen sich detaillierte Aussagen zur Beschäftigungssituation von Menschen mit Behinderungen machen (Schnell/Stubbra 2010). Weiterhin werden Fragen zur Beeinträchtigung im Alltagsleben gestellt, die der geforderten Erhebung von Daten der Lebensumwelt von Menschen mit Behinderungen zumindest in Teilen Rechnung tragen. Anders als der Mikrozensus ist das SOEP nicht für jedes Bundesland repräsentativ und lässt somit nur Aussagen für Gesamtdeutschland zu. Es wird empfohlen die auf Basis der geforderten Anpassung des Mikrozensus formulierten Standardfragen für die Behindertenberichterstattung zu übernehmen (vgl. Kap. 8) und die Stichprobe für die Teilpopulation der Menschen mit Behinderungen (insbesondere der Heimbewohner) zu erweitern. Auch ist die Angliederung eines noch zu entwickelnden Ergänzungsmoduls „Behinderung“ denkbar, das aus den Fragenbeständen nationaler und internationaler Studien gespeist wird und Fragen zu den neun Themenbereichen, zu denen Indikatoren formuliert wurden, enthält.

---

<sup>18</sup> Das BMAS hat dennoch kürzlich eine Auswertung in Auftrag gegeben.

#### **4.4.3 Gesundheitssurvey *Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)***

*Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)* heißt die telefonische Befragung zum Gesundheitszustand (Gesundheitssurvey im Rahmen des Gesundheitsmonitorings) des Robert Koch-Institutes. In der Erhebungswelle 2009/2010 wurden Gesundheitsdaten von 23.000 Befragten gesammelt, wobei nur Menschen berücksichtigt wurden, die sich in deutscher Sprache und telefonisch verständigen konnten. Im Zentrum der Erhebung steht der Gesundheitszustand der Bevölkerung; insbesondere die subjektiv eingeschätzte Gesundheit, das gesundheitsrelevante Verhalten (z.B. körperliche Aktivität, Ernährung, Alkoholkonsum) chronische Krankheiten, gesundheitsbezogene Unterstützungen und Belastungen, Krankheitsfolgen und Behinderung, sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems. Ebenfalls erfasst werden soziodemografische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Bildung, berufliche Stellung und Migrationshintergrund (RKI 2011). *GEDA* bietet einen guten Überblick über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, einschließlich Menschen mit Behinderungen. Wie bereits erwähnt, besteht jedoch eine Limitation darin, dass Menschen mit eingeschränktem Hörvermögen oder Verbalisierungsmöglichkeiten von der Befragung ausgeschlossen sind, ebenso wie Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen und Menschen, die in Einrichtungen leben. Auch für *GEDA* wird empfohlen, die auf Basis der geforderten Anpassung des Mikrozensus formulierten Standardfragen für die Behindertenberichterstattung zu übernehmen (vgl. Kap. 8) und die Stichprobe für die Teilpopulation der Menschen mit Behinderungen (insbesondere der Heimbewohner) zu erweitern. Außerdem wäre eine Erweiterung der Erhebungsmethoden denkbar, etwa indem die Befragung von Menschen mit eingeschränktem Hörvermögen durch onlinegestützte Befragungsinstrumente ermöglicht wird.

#### **4.4.4 Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)**

Der DEGS stellt die Fortführung des Bundesgesundheitsurvey von 1998 dar und soll bundesweit repräsentative Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (18-79 Jahre) liefern. Die Erhebung wird gegenwärtig vorgenommen und endet voraussichtlich im dritten Quartal 2011. Die Stichprobe wird zum einen aus Befragungsteilnehmern des Bundesgesundheitsveys von 1998 und zum anderen aus einer neuen Stichprobe gespeist. Insgesamt wird eine Gesamtteilnehmerzahl von 7.500 Personen angestrebt. Es werden verschiedene Methoden (z.B. schriftlicher Fragebogen, Interview, medizinische Tests) eingesetzt. Behinderung wird über die amtliche Anerkennung erhoben. Außerdem wird nach dem Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Krankheiten gefragt. Der Scientific

Usefile mit den anonymisierten Daten wird nach Auskunft des RKI nicht vor Ende 2012 zur Verfügung stehen (RKI 2009).

Auch für *DEGS* wird empfohlen die auf Basis der geforderten Anpassung des Mikrozensus formulierten Standardfragen für die Behindertenberichterstattung zu übernehmen bzw. das bestehende Modul anzugleichen und die Stichprobe für die Teilpopulation der Menschen mit Behinderungen (insbesondere der Heimbewohner) zu erweitern (vgl. Kap. 8).

#### **4.4.5 „Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ – ALLBUS**

Neben dem *Mikrozensus* und dem *Sozio-oekonomischen Panel* ist der *ALLBUS*, die „Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ des *Leibnitz Instituts für Sozialwissenschaften (GESIS)* als eine relevante Zeitreihe zu nennen. Seit 1980 wird im zweijährigen Turnus ein repräsentativer Querschnitt der Bevölkerung mit einem zum Teil konstanten, zum Teil variablen Fragenprogramm befragt. Die Daten werden unmittelbar nach ihrer Aufbereitung kostenlos für Forschung und Lehre zur Verfügung gestellt. Mit dem Schwerpunkt auf Einstellungen, Verhaltensweisen und Sozialstruktur ist der *ALLBUS* thematisch von weitaus größerer Vielfalt als der *Mikrozensus* und das *Sozio-oekonomische Panel*. Allerdings ist die Stichprobengröße der *ALLBUS*-Erhebungen (für 2004: 3469 Personen aus 162 Sample Points = 55% Ausschöpfungsquote/Rücklauf) zwar für Deutschland als formal repräsentativ zu bezeichnen. Im Vergleich zum *SOEP* (knapp 6000 Haushalte mit ca. 12000 Personen und einer guten Panelstabilität) zeigt sich jedoch ein erheblicher Unterschied in der Stichprobengröße. Darüber hinaus wurde nur im *ALLBUS* 2004 das Merkmal „Behinderung“ erfragt („Sind Sie nach amtlicher Feststellung erwerbsgemindert oder schwerbehindert?“) (Leibnitz Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) 2011). Um die heterogene Gruppe der Menschen mit Behinderungen nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Art der Behinderung, nach Wohnsituation (z.B. Privathaushalt/Wohngruppe/Heim) repräsentativ abbilden zu können, wäre eine starke Ausweitung der Stichprobe erforderlich, die mit einem deutlichen Anstieg der Erhebungskosten verbunden wäre. Aufgrund der genannten Limitationen wurde der *ALLBUS* bei der Indikatorenbeschreibung nicht weiter berücksichtigt.

#### **4.4.6 Ergänzend aufgenommene Studien**

Die folgenden Studien *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*, *Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics (pairfam)* und die *Erhebung Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS)* sind im Zuge der Aktualisierung des Endberichtes aufgenommen und aus diesem Grund nicht in der Synopse zu finden.



*SHARE* ist eine seit 2004 regelmäßig zweijährig stattfindende repräsentative Befragung der Bevölkerung im Alter ab 50 Jahren in europäischen Ländern. Die mittlerweile über 45.000 Studienteilnehmer in Europa mit einer Teilstichprobe von 3.000 Befragten für Deutschland (Erhebung 2008/2009) werden zu entscheidenden Ereignissen im Lebensverlauf befragt, wie beispielsweise dem Renteneintritt oder Auswirkungen von Änderungen im Gesundheits- oder Rentensystem auf die Lebensqualität. Das Thema „Behinderungen“ wird in der Befragung sowohl in Bezug auf die dadurch entstehenden Einschränkungen bei der beruflichen Tätigkeit wie auch in den unterschiedlichen Lebensphasen berücksichtigt ([www.share-project.org](http://www.share-project.org)).

Das *Panel Pairfam* ist ein Beziehungs- und Familienpanel. Geplant ist eine Laufzeit bis zum Jahr 2023 mit jährlichen Erhebungen seit 2008/2009 im Rahmen eines Kohortenansatzes. Befragt werden „Ankerpersonen“ sowie deren Partner von drei Geburtskohorten: 1991-1993, 1981-1983 und 1971-1973. Die dritte Welle (2009/2010) konnte 12.000 „Ankerpersonen“ und circa 3.700 Partner erreichen. Hinsichtlich Behinderungen wird der Grad der Behinderung sowie Erwerbsminderung nur in der ersten Welle bei Ankerpersonen und Alteri erfragt, der Gesundheitsstatus hingegen in allen Wellen und damit jährlich. Die Daten des *Panel Pairfam* stehen als Scientific Usefile zur Verfügung (Huinink et al. 2010, [www.pairfam.uni-bremen.de](http://www.pairfam.uni-bremen.de)).

Bei dem Panel *PASS* handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Haushaltsbefragung im Rahmen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Durch seine jährliche Periodizität und die Fallzahlen *PASS* eine zentrale Datenquelle der Arbeitsmarkts-, Sozialstaats-, und Armutforschung in Deutschland. Über diesen Fokus hinaus bietet das Panel soziodemographische Daten sowie subjektiven Einstellungen (z.B. Ängste, Zufriedenheit, Erwerbsorientierung). Je nach Erreichbarkeit der Haushalte (Vorhandensein von Festnetzanschlüssen) wird methodisch sowohl auf telefonische (CATI) als auch persönliche (CAPI) Interviews zurückgegriffen. Die Erhebungen werden mehrsprachig durchgeführt und berücksichtigen somit die Tatsache, dass sich Migrantinnen und Migranten überproportional in belastenden Lebenssituationen befinden und die Eingliederung in den Arbeitsmarkt auch durch die fehlende Beherrschung der deutschen Sprache erschwert werden kann. Die Stichprobe besteht aus einer zwei etwa gleich große Teilpopulationen, bestehend aus jeweils ca. 6000 Haushalten mit Arbeitslosengeld II-Bezug und Haushalte aus der deutschen Wohnbevölkerung. Die Teilstichproben wurden nach der ersten Welle weitergeführt. Um die Repräsentativität für die Leistungsbezieher von ALG II im Querschnitt sicherstellen zu können, wurde diese Teilgruppe für die zweite Welle durch eine zusätzliche Stichprobe ergänzt. Interviews mit den Haushaltsvorständen, werden durch Personeninterviews mit allen im Haushalt lebenden Personen über 15 Jahren ergänzt.

Personen über 65 Jahren werden mittels eines Verkürzten Personenfragebogens (Seniorenbogen) befragt. Die PASS-Daten stehen als Scientific Usefile zur Verfügung (Rudolph/Trappmann 2007).

## 5 Konzept der Indikatorenentwicklung im Rahmen der Vorstudie

Ziel der Indikatorenentwicklung im Kontext der Vorstudie zur Neukonzeption des Behindertenberichtes durch die Bundesregierung in Anlehnung an die UN-Behindertenrechtskonvention ist die Abbildung des Grades der Inklusion von Menschen mit Behinderungen. Er dient der Beurteilung des gegenwärtigen Standes der Behindertenpolitik bzw. der Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen und der längerfristigen Fortschrittskontrolle (Monitoring). Hinzuweisen ist an dieser Stelle, dass die im Folgenden vorgestellten Indikatoren primär für die inländische Berichterstattung nach SGB IX entwickelt worden sind und die Entwicklung maßgeblich in Anlehnung an Themenbereiche aus dem NAP erfolgte und daher nicht alle in der BRK genannten Menschenrechtsnormen umfasst (Art.35 BRK). In der Vorstudie liegt der Schwerpunkt vielmehr im Hinblick auf die Berichterstattung nach SGB IX auf der Darstellung des Ist-Zustandes der Lage der Menschen mit Behinderungen. Nichtsdestotrotz besteht eine Schnittmenge an Daten, die ebenso für die Berichterstattung nach BRK genutzt werden könnte.

Bei der Entwicklung von Indikatoren, die die Inklusion der Zielgruppe in allen Lebensbereichen möglichst detailliert abbilden können, sind verschiedene *theoretische, methodische, praktische, politische und gesellschaftliche* Anforderungen zu berücksichtigen:

- Politische und gesellschaftliche Anforderungen:
  - Primäres Ziel ist zunächst eine Ist-Analyse der Lebenssituation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen mit Hilfe von (Ergebnis-)Indikatoren. Langfristig ist darauf ein Monitoring aufzubauen, um Veränderungen und Entwicklungen erfassen zu können.
  - Im § 66 SGB IX ist festgeschrieben, dass die Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe berichtet. Ebenso ist die Bundesregierung aufgefordert, nach §5 BGG differenziert über die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen Auskunft zu geben. Weiterhin wird das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen mit der BRK völkerrechtlich als Menschenrecht verankert. In diesem Zusammenhang gilt es die Debatte um menschenrechtsgestützte Indikatoren zu berücksichtigen.
  - Die Indikatoren müssen sowohl den Erfordernissen der Regierung zur Umgestaltung der Berichterstattung (in Anlehnung an den Nationalen Aktionsplan, NAP) gerecht werden als auch – soweit möglich – mit den Forderungen der BRK verknüpfbar sein. Aus der Konvention ergibt sich ein erweiterter Behindertenbegriff (in Anlehnung an

die ICF der WHO), der Behinderung im Kontext von Umwelteinflüssen und -bedingungen ausweitet und von (physiologischen) Beeinträchtigungen abgrenzt (vgl. Kap. 2). Diesem erweiterten Begriff ist bei der Entwicklung der Indikatoren Rechnung zu tragen.

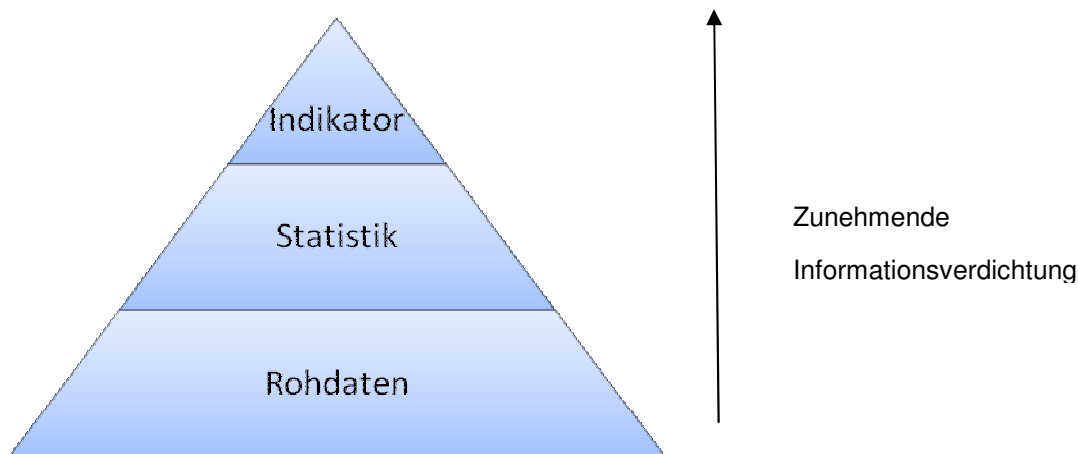
- Die identifizierten Querschnittsthemen, die nicht ausschließlich auf die Verwirklichung bestimmter Anforderungen aus der Konvention zielen, sind ebenfalls durch Indikatoren abzubilden. Während einige der übergreifenden Aspekte selbst als Indikatoren umgesetzt werden können, wie beispielsweise Diskriminierung oder Armut, können sich andere Themen wie Gender Mainstreaming und Spezifität der Zielgruppen (z.B. alte Menschen, Kinder, Jugendliche) in der Differenzierung der Daten nach den Merkmalen Alter und Geschlecht niederschlagen und somit auf diese Weise für jeden Indikator berücksichtigt werden.
- Methodische und theoretische Anforderungen:
  - Die bereits im Nationalen Aktionsplan (NAP) definierten Handlungsfelder stellen die Grundlage für die entwickelten Themenfelder und die Gliederung der Indikatoren dar. Des Weiteren sollen mit Hilfe der entwickelten Indikatoren Prozesse wie z.B. die Veränderungen der Lebenslagen/Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen in Deutschland abgebildet werden.
  - Demnach sind sowohl *Prozess- als auch Ergebnisindikatoren* zu entwickeln, wobei zunächst einer Ergebnisorientierung folgend die Ergebnisse fokussiert werden. Erst im Rahmen der Fortschreibung der Berichte sind die Prozesse in Form der sich abzeichnenden Entwicklungen aufzugreifen.
  - Die Aufgliederung der Daten muss analog zu dem erweiterten Behindertenbegriff nicht nur nach Art und Grad der Behinderung erfolgen, sondern darüber hinaus Art (und Grad) der funktionalen Beeinträchtigung, unabhängig von der amtlichen Feststellungen nach SGB IX, einschließen. Sie hat darüber hinaus nach Lebensphasen, Geschlecht, Beginn der Beeinträchtigung sowie anderen Faktoren (z.B. Migrationshintergrund) zu differenzieren.
  - Die zu entwickelnden Indikatoren müssen theoretisch verankert sein, und das zu Grunde liegende Konstrukt *soziale Teilhabe/Inklusion* adäquat abbilden.
- Praktische Anforderungen

- Die Indikatoren basieren auf periodischen Erhebungen und sollen auch Veränderungen im Zeitverlauf darstellen.
- Sie stellen weiterhin eine gerichtete Auswahl, Transformation und Kombination von Daten dar.

Deutlich wird ein Geflecht von Wirkungszusammenhängen sowie eng miteinander verknüpfter Aspekte. So ist beispielsweise die gesundheitliche Versorgung einerseits durch die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum beeinflusst (z.B. Zugang zu Krankenhäusern) wie auch durch die Ausrichtung der medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen wie beispielsweise spezifische medizinische Angebote. Dennoch müssen die Aspekte mittels der Indikatoren zunächst getrennt voneinander abgebildet werden. Im Rahmen der Berichterstattung sind jedoch einzelne Querverbindungen aufzugreifen und zu benennen.

### **5.1 Definition von Indikatoren sowie Qualitätsanforderungen und Arten von Indikatoren**

Indikatoren werden zur Beschreibung von sozialen, ökonomischen, gesundheitlichen oder anderen Systemen eingesetzt. Sie dienen der Charakterisierung verschiedener Handlungsfelder oder Lebensbereiche unter Berücksichtigung eines bestimmten Bezugsrahmens, z.B. Gebiet, Population und/oder Zeit (AOLG 2003). Indikatoren fungieren als Werkzeuge der Berichterstattung, um Anforderungen wie Information, Orientierung, Monitoring und Evaluation realisieren zu können (Möller et al. 2004). Sie lassen sich weiter „als Kenngrößen definieren, die den Zustand oder die Entwicklung eines Systems bzw. Phänomens repräsentieren.“ Diese Kenngrößen stellen eine Operationalisierung eines theoretischen Konstrukts dar „wobei sie Informationen gezielt zusammenfassen, um eine gerichtete Bewertung zu erleichtern“ (Aggregation) (Möller et al. 2004: 19). Eine „Verankerung“ der Indikatoren in theoretischen Konzepten ist sinnvoll und notwendig (Schnell et al. 2008). In der Regel werden Indikatoren aus Statistiken oder Surveys abgeleitet (AOLG 2003). Wie in der Abbildung 1 dargestellt, kommt es durch die Bestimmung von Indikatoren zu einer zunehmenden Informationsverdichtung.



**Abbildung 1: Pyramide der Informationsverdichtung**

Quelle: eigene Darstellung

Im Gesundheitssektor sind Indikatoren Marker für die gesundheitliche Lage. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt oder in einem bestimmten Alter nach Geschlecht ermöglicht beispielsweise die Beurteilung des Gesundheitszustandes und/oder der medizinischen Versorgung einer Bevölkerung. Durch die Möglichkeit des Monitorings von Zielen können Änderungen im erreichten Niveau und damit Fortschritte messbar gemacht werden (AOLG 2003, Möller et al. 2004). Gleichzeitig bedeutet die Darstellung des Gesundheitszustandes oder von Lebenslagen mittels eines Indikators eine Reduktion der Komplexität der Wirklichkeit (Engels 2006). Dies ist bei der Nutzung und Interpretation eines Indikators zu berücksichtigen.

Um grundsätzliche Qualitätsanforderungen erfüllen zu können, fordern auch EU und WHO, dass Indikatoren nach den Gütekriterien Validität, Reliabilität, Objektivität, Sensitivität und Spezifität abgesichert werden (AOLG 2003; Möller et al. 2004, Bortz/Döring 2006). Neben diesen obligatorischen Qualitätskriterien bestehen funktionsabhängige, fakultative Anforderungen an Indikatoren, die je nach Institution, Verwendungszweck und den zur Verfügung stehenden Daten variieren z.B. Aktualität und Konsistenz (Möller et al. 2004).

Unterschieden werden zum einen quantitative Messwerte (z.B. Anzahl von Schülern mit Behinderungen in Regelschulen) und qualitative (Wertungen z.B. Selbsteinschätzungen) Indikatoren. Weiterhin können folgende Arten von Indikatoren (Kategorien) (Bardehle 2007; Meyer 2004; UN 2006) differenziert werden:

- *Strukturindikatoren (determinants)* erfassen das Vorhandensein von grundlegenden institutionellen Mechanismen, die als notwendig angesehen werden, um die Verwirklichung der gesetzten Ziele zu erreichen. Sichtbar werden durch diese Indikatoren die Maßnahmen, die zur Zielerreichung eingesetzt werden, wie

beispielsweise Rechtsvorschriften sowie institutionelle Mechanismen, politische Rahmenbedingungen und die Strategien des Staates.

- *Prozessindikatoren (process indicators)* berücksichtigen den Ressourcen- und Personaleinsatz, der zur Erreichung eines Ziels notwendig ist. Ein Prozessindikator zeigt für wichtige Schritte, ob und wie häufig diese Schritte eingesetzt worden sind. Für einen guten Prozessindikator muss nachgewiesen sein, dass die Durchführung dieses Schrittes zu einem besseren Ergebnis führt. Sie können damit auch Instrumente der staatlichen Politik für die Formulierung und Kontrolle bezüglich des Erreichens von Zwischenergebnissen sein. Prozessindikatoren sind einsetzbar, um den Umsetzungsstand der Verpflichtungen aus der UN-BRK durch die zuständigen Organisationen in einem Zwischenschritt zu überprüfen.
- *Ergebnisindikatoren (outcome indicators)* geben Auskunft über die Ergebnisse, die den Stand der Verwirklichung der Ziele und damit auch die aktuelle Situation darstellen. Damit können durch diese Indikatoren der Nutzen von Maßnahmen/ Interventionen bzw. die Resultate abgebildet werden. Im Rahmen der menschenrechtsgestützten Indikatoren werden sie angewandt, um die Effekte verschiedener Prozesse, die sich über einen gewissen Zeitraum erstrecken, zusammenzufassen.

## **5.2 Allgemeines Vorgehen bei der Entwicklung von Indikatoren**

Die Vorgehensweise zur Entwicklung von Indikatoren kann nach dem *Bottom-up*- oder nach dem *Top-down-Verfahren* erfolgen (Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung 2007).

Das *Bottom-up-Verfahren* bedeutet, dass zunächst das bestehende statistische Material gesichtet und der Aufwand zusätzlicher Datenbeschaffung eingegrenzt wird. Die Auswahl der Indikatoren basiert auf den Zielen der Berichterstattung und auf den politischen Intentionen und Aufgaben. In der Regel wird dieses Vorgehen bei ungünstigen Datensituationen, unzureichenden theoretischen Konzepten sowie in Bereichen mit hoher Entwicklungsdynamik gewählt. Demnach handelt es sich bei Indikatoren, die nach dem *Bottom-up-Verfahren* entwickelt werden, um eine auf bestimmte Ziele und konzeptionelle Leitideen hin basierende Auswahl, Verarbeitung und Kombination von Daten (Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung 2007).

*Der Top-down-Ansatz* stellt ein eher deduktives Vorgehen dar, bei dem zuvor entwickelte theoretisch-konzeptionelle Grundlagen zur Funktionsweise des zu beschreibenden Systems den inhaltlichen Rahmen für Datenselektion und Datengenerierung vorgeben. Den einzelnen Modellkomponenten (Dimensionen eines theoretischen Konstrukts) werden aussagekräftige

Indikatoren zugeordnet. Hierbei besteht die Gefahr, Indikatoren zu entwickeln, für die keine Datenbasis besteht, woraufhin das zugrunde liegende Modell (Konstrukt) nur unvollständig dargestellt werden kann. Weiterhin stößt die Umsetzung komplexer Theorie geleiteter Modelle in der Praxis der Berichterstattung an ihre Grenzen (z.B. fehlende oder unzureichend verknüpfte Daten, Unkenntnis von Wirkungszusammenhängen, Begrenzungen des Umfangs der Berichte). Aus wissenschaftlicher Perspektive ist das Vorgehen nach dem Top-down Ansatz jedoch insofern sinnvoll, als die Gesamtheit relevanter Bedingungen eines Systems – wie der Behindertenberichterstattung im Kontext von Inklusion – berücksichtigt werden (Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung 2007) und noch bestehende Defizite und Datenlücken identifiziert werden können.

Im Rahmen der Vorstudie wurde eine Zusammenführung von *Bottom-up-* und *Top-down-Verfahren* vorgenommen, sodass zum einen die begrenzte Datenlage und die Ziele der Berichterstattung (Handlungsfelder aus dem NAP) berücksichtigt wurden, zum anderen auch der wissenschaftliche Anspruch gerade im Hinblick auf die künftige Weiterentwicklung des Indikatorensets gewahrt bleibt. Weiterhin ist das Vorgehen an das *Phasenmodell von Meyer (2004)* angelehnt.

Nach Meyer (2004) können *mehrere Phasen bzw. Schritte* der Indikatorenentwicklung unterschieden werden.

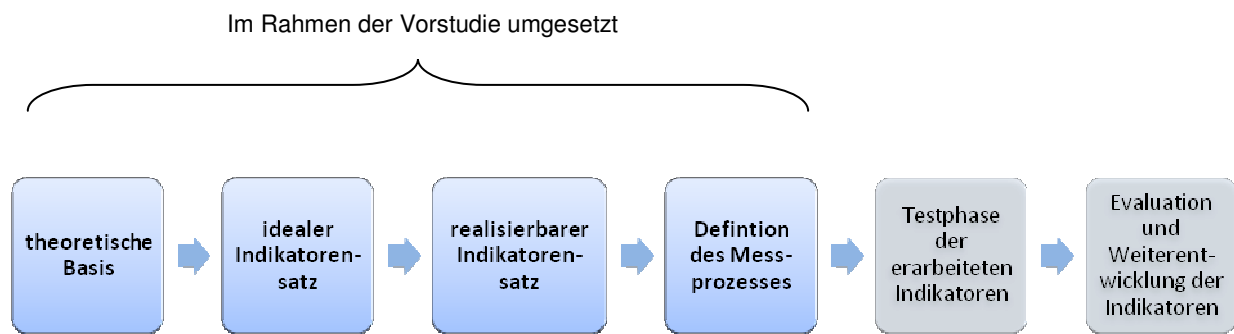
1. Zunächst ist festzulegen, welches *theoretische Konstrukt* einem Indikator zugrunde liegt bzw. welchen Ausschnitt der Realität dieser Indikator beschreiben soll. Dieser Ausschnitt wird auch als *Indikandum* bezeichnet. Ein Indikator stellt demnach eine hinreichende Konkretisierung des *Indikandums* sowie einen realitätsnahen Erklärungszusammenhang dar. Hierbei ist zu definieren, welche Dimensionen des Konstrukts abgebildet bzw. welche *Messziele* angestrebt werden. Die Messziele stellen die Dimensionen eines Konstrukts dar und werden letztendlich über Indikatoren und ihre quantitativen oder qualitativen Messeinheiten abgebildet (ebd.). Außerdem ist festzulegen, anhand welcher Kriterien die *Güte* eines Indikators bewertet werden soll (Meyer 2004).
2. Der nächste Schritt besteht in der Konstruktion zunächst *idealer Indikatoren*, die diese Sachverhalte theoretisch am besten messen können. Die bei der praktischen Umsetzung möglichen Probleme sind hierbei systematisch zu erarbeiten und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.
3. Aus den idealen Indikatoren erfolgt die Ableitung *realisierbarer Indikatoren*, die trotz der erkannten Probleme umsetzbar erscheinen. Wichtig ist, dass diese realisierbaren Indikatoren den Sachverhalt und die damit verbundenen Messziele ebenfalls messen



können. Es sollten mehrere Alternativen zur Umsetzung entwickelt oder selektiert werden, die hinsichtlich ihrer Eignung zur Messung des Konstrukts gegeneinander geprüft werden.

4. Darauf folgt die *Definition des Messprozesses* (Art der Datenerhebung, Auswahl der Messinstrumente) und die Bestimmung des notwendigen Aufwands. Anschließend werden die Indikatorenalternativen miteinander und auch mit den *idealen Indikatoren* in Bezug auf das theoretische Konstrukt, der zu erwartenden Messqualität (Validität und Reliabilität) und der Umsetzbarkeit (Effektivität und Effizienz) verglichen und bewertet.
5. Da nicht alle möglichen Probleme beim praktischen Einsatz der Indikatoren im Vorfeld erkannt werden können, bietet sich bei der Datenerhebung eine Erprobung durch einen *Pretest* für die erarbeiteten Indikatoren an. Bei der Selektion und Anwendung bestehender Daten, wie sie für den vorliegenden Bericht relevant sind, kann in diesem Sinne eine Erprobungsphase sinnvoll sein.
6. Die Probleme, die bei der praktischen Umsetzung auftreten, sind zu erarbeiten und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Die Dokumentation der auftretenden Schwierigkeiten sowie eventueller Lösungswege sind für eine Bewertung und die Weiterentwicklung der Indikatoren wesentlich (*Evaluation*). Ebenso sind die Ergebnisse der Indikatoren neben einer methodischen Bewertung auch hinsichtlich der Verwertbarkeit/Aussagekraft im Kontext ihrer Anwendung zu prüfen. Anzumerken ist weiterhin, dass Indikatoren einer ständigen *Weiterentwicklung* und *Überprüfung* bedürfen. Hierbei geht es auch um die Beibehaltung von Indikatoren bzw. um deren Anpassung zur Messung des angestrebten Konstrukts. Werden die Zielwerte dauerhaft erreicht, ist es möglich, neue Zielwerte zu definieren.

Auf Basis der Handlungsfelder des NAP sowie den Zielen der Vorstudie wurde zunächst eine *theoretische Fundierung* erarbeitet und in einem zweiten Schritt ein *ideales Indikatorenset* entwickelt. Dieses *ideale Indikatorenset* bildet unter Berücksichtigung der Handlungsfelder des NAP, vorangegangener theoretischer Grundüberlegungen und unter Zuhilfenahme bisheriger Auswertungen der Datenbestände und bestehender Indikatoren auf nationaler und internationaler Ebene das theoretische Konstrukt zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft ab. Auf Basis dieses *idealen Indikatorensets* wurde das *realisierbare Indikatorenset* erarbeitet sowie die Umsetzbarkeit der Indikatoren geprüft (Phase 4). Zukünftig muss das realisierbare Indikatorenset zunächst in der Praxis getestet und entsprechend der Ergebnisse weiter modifiziert und angepasst werden (vgl. Abb. 2).



**Abbildung 2: Vorgehen der Indikatorenentwicklung nach Meyer (2004) und Stand der Umsetzung**

Quelle: eigene Darstellung

Zu beachten ist, dass die entwickelten Indikatoren nur für ausgewählte Bereiche und Merkmale Zustände und Entwicklungen abbilden, nicht aber deren Ursachen darstellen können. Für die Ursachenanalysen und interdependenten Wirkungszusammenhänge sind zusätzliche Daten und Analysen erforderlich, die die Forschung auf anderen Wegen erhebt. Die Ableitung der Indikatoren aus dem idealen Indikatorenset – und damit *die Auswahl bestimmter Leitindikatoren* – erfolgte im Rahmen des vorgegebenen engen Zeitrahmens der Umstrukturierung der Behindertenberichterstattung (und damit implizit der Vorstudie) auf Basis des aktuellen Forschungsstandes zum *Themenbereich Teilhabe (Inklusion)* von Menschen mit Behinderungen. Dieser ist durch das Fehlen eindeutiger begrifflicher Zuordnungen und Erfassungsgrundlagen wie beispielsweise des Behindertenbegriffs und dessen Erweiterung gekennzeichnet, sodass Arbeitsdefinitionen zu den notwendigen Begrifflichkeiten erarbeitet worden sind (vgl. Kap.3).

Die Rhythmisierung der Indikatorenerhebung ergibt sich zum einen aus der Auswahl besonders relevanter Indikatoren aus dem Set der Leitindikatoren und der daran gebundenen Erhebungswellen (Periodizität) der vorhandenen Daten. Sie wird zum anderen begrenzt durch die zu einigen Indikatoren noch spärliche Datenlage, die mittel- und langfristig noch weiter ausgebaut werden sollte. Dies wird eine Aufgabe sein, die im Rahmen der zu etablierenden Arbeitsgruppen noch weiter fortzuschreiben sein wird (vgl. Kap. 8).

Die Zahl der Indikatoren für ein bestimmtes theoretisches Konstrukt hängt von der Messqualität ab, denn „je besser ein Indikator das theoretische Konstrukt abbildet umso weniger notwendig ist die Aufnahme eines zweiten Indikators zur Absicherung („Validierung“) der Ergebnisse.“ (Meyer 2004: 45). Ziel sollte jedoch sein, so wenige Indikatoren wie möglich

für ein Konstrukt zu etablieren, da jede Messung zusätzlichen Aufwand bedeutet (Effizienz). Manchmal ist die Verwendung von mehreren Indikatoren jedoch unumgänglich und sinnvoll, weil erst in der Zusammenschau mehrerer Indikatoren ein aussagekräftiges Gesamtbild entsteht. Damit bei einer zu hohen Anzahl von Indikatoren die unterschiedlichen Indikatoren nicht miteinander verglichen werden müssen, kann ein Index gebildet werden, wobei jedoch bestimmte Voraussetzungen zu berücksichtigen sind. Durch das Zusammenfassen von mehreren Indikatoren zu einem *Index* können eventuelle Schwächen in der Messung nivelliert werden (Meyer 2004). Bei Konstrukten, die mehrdimensional sind, ist es unumgänglich diese über mehrere Indikatoren zu messen. „Zur Abbildung mehrdimensionaler Konstrukte werden mindestens genau so viele Indikatoren benötigt wie es unterschiedliche und voneinander unabhängige Dimensionen gibt.“ (Meyer 2004: 46). Die Verwendung mehrerer Indikatoren zur Abbildung eines theoretischen Konstrukts wird *Indikatorentableau* genannt (ebd.).

### **5.2.1 Arbeitsdefinitionen zum theoretischen Konzept**

Im Folgenden werden zunächst Arbeitsdefinitionen zu den relevanten Begrifflichkeiten *Integration*, *Teilhabe* und *Partizipation* eingeführt, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, jedoch im Rahmen der Vorstudie als Bezugsdefinitionen dienen. Hiernach werden das der Indikatorenentwicklung zu Grunde liegende theoretische Konzept erläutert und die neun identifizierten Themenfelder dargestellt, denen die Handlungsfelder des NAP zugeordnet sind. Hierzu wurden Indikatoren entwickelt.

Integration bedeutet die Aufnahme und Einbeziehung einer Gruppe (wie bspw. Menschen mit Behinderungen) in alle Teilbereiche von Gesellschaft und Politik. Am Beispiel Schule wird deutlich, dass allein die räumliche Verlagerung von sonderpädagogischen Einrichtungen in Regelschulen unzureichend ist, wenn dabei die pädagogischen Konzepte nicht ebenfalls angepasst werden (Hinz 2002). „Integration besteht dann häufig aus einem räumlichen Bei- oder Nebeneinander. [...] So droht Integration letztlich doch eher zu einer selektiven und teilbaren Angelegenheit zu geraten, die nur – und dies häufig eher additiv denn integrativ – für die Kinder realisiert wird, die nicht zu verschieden sind von dem, was jeweils gerade als ‘normal’ angesehen wird.“ (Hinz 2002: 355). Bei der Integration geht es also nicht nur um ein räumliches oder organisatorisches „Hinzufügen“ und „Hereinnehmen“, sondern um eine tatsächliche Teilhabe auf der Basis gleicher Wertigkeit und gleicher Teilhabechancen.

Sowohl die ICF als auch die Bestimmung von Behinderung im SGB IX bewerten (soziale Teilhabe) als zentrale Dimension bei der Entstehung von Behinderung, die es zu fördern gilt. Insbesondere die Reform der sozialrechtlichen Auffassung von Behinderung und damit einhergehend der Sozialhilfesysteme führt zu einer Entfernung von der beschützenden,

paternalistischen Versorgung durch den Staat hin zur Selbstbestimmung bzw. zur „Ermöglichung eines individuell inszenierten Lebens“ (Wansing 2005: 138) von Menschen mit Behinderungen. In diesem Kontext ist die „Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in die ‚normalen‘ Alltags- und Lebensvollzüge einer Gesellschaft – eingeschlossen die Pflicht, eigene Fähigkeiten und Ressourcen einzubringen“ (Wansing 2005: 138) erforderlich. Zur Ermöglichung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Ausübung politischer Beteiligungsrechte, sind neben individuellen Unterstützungsleistungen (finanziell, rehabilitativ, ideell) auch strukturelle Anpassungen (z.B. infrastruktureller Art) eine wichtige Voraussetzung. Weiterhin sind die Konzepte *Teilhabe* und *Selbstbestimmung* auch in der BRK verankert. Unterstützt werden Teilhabechancen und Selbstbestimmung bspw. durch das sog. *Persönliche Budget*.

Die Abgrenzung von Partizipation zu *Inklusion* und *Teilhabe* kann kaum trennscharf erfolgen. Der Grundsatz der Partizipation steht mit Inklusion und Nichtdiskriminierung in enger Verbindung (Monitoring-Stelle 2010) und ist ein bedeutendes Element für die „Gestaltung von politischen und gesellschaftlichen Lebensverhältnissen“ und kann weiterhin als „konstitutives Element gesellschaftlicher Integration und Innovation“ gewertet werden (Engels 2004: 2). Dabei sind vielfältige, abgestufte Formen von Partizipation zu berücksichtigen, die in ihrer Gesamtheit den Grad der Inklusion bzw. Teilhabe aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ausmachen. Sie reichen „von informellen Kundgebungen über Interessenvereinigungen bis zu formellen Parteiaktivitäten“ (Engels 2004: 2). Die Beteiligungschancen und der Grad der Partizipation werden von soziodemografischen Merkmalen determiniert. Hieraus resultiert die Annahme, „dass *bestimmten Bevölkerungsgruppen geringere Chancen der Teilhabe zur Verfügung stehen als anderen.*“ (Engels 2004: 5). Es bestehen Unterschiede in der Mitwirkung zwischen Männern und Frauen, nach Alter (sowohl in Bezug auf den Umfang der Partizipation als auch auf die Art der Beteiligung; traditionelle vs. informelle Beteiligungsformen), nach Bildungsgrad, der Machtposition und nach der Einkommenslage. Hinsichtlich dieser Fragestellungen besteht weiterhin Forschungsbedarf, um noch genauere Kenntnisse zu den Formen und Bedingungen von Partizipation von Menschen mit Behinderungen zu erlangen (Engels 2004). Die UN-Monitoringstelle versteht Partizipation im Kontext der BRK als Querschnittsanliegen, bei dem die Auswirkungen von Partizipation nicht nur den Einzelnen betreffen, sondern auch auf die Gestaltung von Politik und im Besonderen in Bereichen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, einwirken. Dieser vielfältige Ansatz sieht Partizipation als Grundsatz und Ziel, aus dem sich alle staatlichen Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten z.B. aus der BRK ergeben. Gleichzeitig beinhaltet die Partizipation die Gewährleistung von spezifischen, individuellen Rechten, wobei dem Recht auf Bildung eine

Schlüsselrolle zugesprochen wird. Letztendlich bedeutet Partizipation damit eine staatliche Verpflichtung zur Partizipation von Menschen mit Behinderungen bei Gesetzgebungsverfahren, die beispielsweise auch die Schaffung von spezifischen Strukturen bedeuten kann (Monitoring-Stelle 2010).

Im Rahmen der Vorstudie für die Neukonzeption des Behindertenberichts wird der Begriff „Partizipation“ analog zur „Teilhabe“ zur Beschreibung von unterschiedlichen Bereichen der Partizipation bzw. Teilhabe verwendet (etwa im Hinblick auf die politische, gesellschaftliche und kulturelle Partizipation). Diese werden im Indikatorenset jeweils getrennt aufgegriffen und abgebildet. Damit umfasst Partizipation lediglich einzelne Ausschnitte des gesamten Inklusions- und Teilhabeprozesses. Synonym werden die Begriffe *Beteiligung* und *Mitwirkung* verwendet.

## **5.2.2 Das theoretische Konzept für die Indikatorenentwicklung**

Um ein theoretisches Konzept für die Entwicklung der Indikatoren für einen neuorientierten Behindertenbericht entwerfen zu können, ist auch eine differenzierte Betrachtung des BRK-Themenspektrums notwendig, deren Umsetzung die Bundesregierung durch die Ratifizierung anstrebt. Ebenso greift das BGG (§66) wie auch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), wenn es um die Teilhabe und die Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen geht. Ein wesentliches Kriterium aus den gesetzlichen Grundlagen ist die Umsetzung der Menschenrechte für die Gruppe der Menschen mit Behinderungen. Dieses ausdrückliche Ziel basiert auf der Erkenntnis, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung ihrer Rechte stärker eingeschränkt sind als Menschen ohne Behinderung (Aichele 2010). Behinderung resultiert aus der Wechselwirkung zwischen individuellen und funktionalen Beeinträchtigungen und gesellschaftlichen Barrieren. Das „Problem Behinderung“ wird damit aus der individuellen Sphäre in die gesellschaftlichen Strukturen und Denkweisen verlagert (Aichele 2010).

Mit diesem Verständnis sind alle Lebensbereiche des Individuums und seiner Umwelt angesprochen. Ein übergreifender grundlegender Aspekt, der in allen formulierten Forderungen für Menschen mit Behinderungen enthalten ist, ist die *soziale Inklusion (soziale Teilhabe)*. Soziale Inklusion bildet die Umsetzung der verankerten Rechte sowie die Konkretisierung bestehender Menschenrechte nahezu umfassend ab, da der Leitbegriff der Inklusion und die Forderung nach sozialer Inklusion der Menschen mit Behinderungen mehr als „bloße“ Integration, also die Schaffung eines Raumes innerhalb gesellschaftlicher Strukturen, bedeutet. Mit der Inklusion von Menschen mit Behinderungen geht die Umgestaltung gesellschaftlicher Strukturen einher, sodass die reale Vielfalt der Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen Berücksichtigung findet (Aichele 2010). Die daraus

resultierenden Umsetzungsverpflichtungen reichen in alle Lebensbereiche des Individuums und der gesellschaftlichen Strukturen, die nicht nur die Schaffung von dinglich strukturellen Zugangsmöglichkeiten erfordern (Umweltbarrieren), sondern ebenfalls einen gesellschaftlichen Bewusstseinswandel (mentale Barrieren) (Aichele 2010).

Die Umsetzung dieser multidimensionalen und -kausalen Aspekte in einem theoretischen Konzept ist für die Entwicklung von Indikatoren unumgänglich. Hierzu werden in der Literatur zwei wesentliche Konzepte diskutiert: das *Exklusions-* und das *Lebenslagen-Konzept* (vgl. Kap. 3). Durch die Verbindung des Exklusionskonzeptes mit dem Lebenslagen-Ansatz werden auch gesellschaftstheoretische Aspekte ausgearbeitet, „wodurch eine systematische Begründung für Indikatoren möglich wird“ (Engels 2006: 2).

Eine einheitliche Definition sozialer Exklusion besteht nicht, denn „obwohl sich der Exklusionsbegriff international äußerster Beliebtheit erfreut [...], ist man derzeit von einer präzisen Begriffsbestimmung ebenso weit entfernt wie von einer eindeutigen Operationalisierung von empirischen Kriterien zur Erforschung von Exklusionsphänomenen“ (Wansing 2006: 60). Allgemein kann Exklusion als ein Ausschluss von Personen oder Personengruppen von grundlegenden *politischen, ökonomischen und sozialen Leistungen* und Prozessen der Gesellschaft beschrieben werden. Die Gründe für diesen Ausschluss können in *sozialen gesellschaftlichen Strukturen*, in *systemisch* bedingten Exklusionsrisiken oder in *strukturellen bzw. physischen Umweltbarrieren* zu finden sein (Wansing 2006). Inklusion kann auch als ein Grundverständnis einer sozialen Gemeinschaft definiert werden, das für die Mitglieder die erforderlichen Lebensbedingungen ermöglicht. Hieraus ergeben sich wiederum Wohlstandniveau und Lebensqualität (Engels 2006).

Für den Exklusionsprozess sind Faktoren zu identifizieren, die das Risiko sozialer Exklusion erhöhen (Risikofaktoren) oder mindern (Protektivfaktoren):

Als *Risikofaktoren* gelten folgende Aspekte:

- langfristige Abhängigkeit von niedrigen/unzureichenden Einkommen oder fehlende/unzureichende institutionelle Unterstützung
- Langzeitarbeitslosigkeit
- unqualifizierte Beschäftigung oder fehlende Erwerbstätigkeit
- niedriges Ausbildungsniveau und Analphabetentum
- soziale Isolation, Auseinanderbrechen von Familien, Aufwachsen in sozial schwachen Familien, keine oder geringe soziale Unterstützung
- **Behinderung**
- schlechter Gesundheitszustand
- geringes Selbstwertgefühl

- Leben in mehrfach benachteiligten Gebieten
- unzureichende Wohnverhältnisse und Wohnungslosigkeit
- Einwanderung, ethnische Zugehörigkeit, Rassismus und Diskriminierung (Wansing 2005: 60)

Demgegenüber stehen folgende *protektive Faktoren*, die das Risiko sozialer Exklusion reduzieren (Kieselbach et al. 2006: 10):

- hohe Qualifikation
- Aktivität auf dem Arbeitsmarkt
- sichere finanzielle Situation
- soziale Unterstützung und soziale Einbindung
- institutionelle Unterstützung
- hohes Maß an sozio-kulturellen Aktivitäten
- hohes Selbstwertgefühl
- hohe Kommunikationsfähigkeiten

Die einzelnen (Funktions-) Systeme wie Bildung, Gesundheit, Recht etc. stellen im Rahmen von Systemtheorien (vgl. Luhmann 1981, zitiert nach Wansing 2006) strukturelle Optionen für Exklusionsrisiken dar. Der „Modus des ‚Einbezogen werdens‘ von Personen in die Leistungen und Prozesse der Funktionssysteme“ (Wansing 2006: 47) bildet damit den Grad der Inklusion bzw. Exklusion ab. Hinzu kommt, dass die Teilsysteme zwar eigenständig sind (abgrenzbare Systeme), jedoch stehen sie nicht beziehungslos nebeneinander sondern beziehen sich strukturell aufeinander (strukturelle Koppelung), wie beispielsweise das Bildungs- und Arbeitssystem. Diese Koppelung unterschiedlicher (Teil-) Systeme kann damit parallele Exklusionsvorgänge in unterschiedlichsten Bereichen nach sich ziehen: der Zugang zum Erwerbssystem ist zunehmend an hohe Qualifikationen aus dem Bildungsbereich gebunden, sodass durch Bildungsdefizite die Teilhabechancen am Erwerbssystem verringert sind (Engels 2006).

Insgesamt können sozialer Benachteiligung und der Exklusion von Menschen mit Behinderungen folgende Charakteristika zugesprochen werden (Wansing 2006):

- *Mehrdimensionalität*, d.h. eine eindimensionale Sichtweise auf ökonomische und materielle Ressourcen ist überwunden, sodass beispielsweise soziale, ökonomische und kulturelle und politische Ressourcen als Dimensionen zusammenspielen und sich gegenseitig beeinflussen. Beispielsweise spielen ökonomische Aspekte immer noch eine bedeutende Rolle, denn das Fehlen ökonomischer Ressourcen wirkt sich auf zahlreiche andere Dimensionen des sozialen Lebens aus.

- *Relationalität*, d.h. es geht nicht um rein statistisch erfassbare Ungleichheit der Verteilung von Ressourcen. Soziale Ausgrenzung bezieht sich hingegen auf relationale Aspekte und damit nicht auf einen Zustand, sondern auf soziale Verhältnisse und Prozesse. Unter den gegebenen Umständen (politisch und ökonomisch) ist anzunehmen, dass die gesellschaftlichen Systeme Ausgrenzung produzieren, indem sie den Zugang zu einem System verwehren.
- *Dynamik im Lebenslauf*, d.h. „die Beobachtung von Lebensverläufen ermöglicht die Analyse der vielfältigen Zusammenhänge von gesellschaftlicher Differenzierungsstruktur einerseits und individueller Lebenslage andererseits. Soziale Beziehungen, schulische Bildung, ökonomische Partizipation über Erwerbsarbeit und Konsum, wohlfahrtsstaatliche und rechtliche Regelungen – alles was sozialstrukturell getrennt ist, trifft sich in der Lebensführung der Individuen“ (ebd.: 67) und kann Exklusionsprozesse bedingen.

Die gleichzeitige Einbeziehung in und Ausgrenzung aus der Vielzahl bestehender Teilsysteme wie Bildung, Erwerbsarbeit und Gesundheit ist ein Modell zu Exklusion, das der Komplexität moderner Gesellschaften gerecht wird. Hierbei können Inklusion und Exklusion als Pole bezeichnet werden, zwischen denen die Realität aktueller Lebenslagen beschrieben werden kann. Bei diesem Vorgehen wird eine Festlegung von Schwellenwerten überflüssig, da die erreichten Inklusionsgrade auf einem Kontinuum der Inklusion respektive Exklusion in die Teilsysteme als ein „mehr oder weniger“ der Inklusion/Exklusion beschrieben werden können. Die Einbeziehung von mehreren relevant erscheinenden Dimensionen kann und sollte kumulativ erfolgen, sodass der Grad der Inklusion/Exklusion und die Art der Teilsysteme erfasst und empirisch abgebildet werden können (Engels 2006).

Neben dem Grad der Exklusion sind für die Betrachtung seiner Entwicklung sechs Dimensionen zu berücksichtigen:

- 1) Exklusion vom Arbeitsmarkt durch Arbeitslosigkeit
- 2) ökonomische Exklusion (z.B. als Folge von Erwerbslosigkeit),
- 3) institutionelle Exklusion (z.B. durch das Bildungs- oder Sozialhilfesystem),
- 4) soziale Exklusion (z.B. durch sozialen Ausschluss/Diskriminierung),
- 5) kulturelle Exklusion (z.B. durch physische Barrieren)
- 6) räumliche Exklusion (z.B. durch die Wohnlage).

Die Erwerbstätigkeit nimmt dabei eine zentrale Rolle ein (Kronauer 1998, zit. nach Kieselbach et al. 2006). Trotz der Bedeutung von Erwerbstätigkeit können insbesondere mit Blick auf die Geschlechterperspektive auch andere „Systeme“ eine stärkere Bedeutung haben. Für Frauen (aber auch Männer) können beispielsweise die Familienarbeit und die



Einbindung in soziale Netzwerke in bestimmten Lebensphasen einen gleichermaßen hohen oder höheren Stellenwert haben als die Erwerbsarbeit (vgl. Kap. 3). Darüber hinaus tritt in bestimmten Lebensphasen und Lebenssituationen (Alter, Pflegesituationen) die Bedeutung der Erwerbsarbeit in den Hintergrund.

Des Weiteren können individuelle Barrieren des Individuums im Kontext der Lebenslage und der vorhandenen Ressourcen (sozial, ökonomisch und kulturell) Exklusionsprozesse zur Folge haben. Demnach besteht eine Wirkungskette (Kausalkette), die sich einerseits im Verlauf der Lebensphasen mit den Gesellschaftssystemen schneidet und den Grad der Exklusion/Inklusion beeinflusst. Insbesondere an den Schnittpunkten systemischer Übergänge von Gesellschaftssystemen (wie bspw. beim Wechsel von der Schule in den Beruf oder vom Beruf in die Rente) können Exklusionsrisiken entstehen. Andererseits gehen individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bewältigungsstrategien oder Art und Grad der Behinderung auch im Kontext der Lebensphasen und Handlungsspielräume mit Risiken für Exklusion einher. Die Realisierung gesellschaftlicher Teilhabe (Inklusion) ist damit an *individuelle und strukturelle Optionen* gebunden wie an Ressourcen, die nach Bourdieu (Bourdieu 1983 nach Wansing 2006) *ökonomischer, sozialer und kultureller* Art sein können und die ein weites sowie interdependentes Wirkspektrum haben (Wansing 2006). So setzt die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, an Kultur- und Freizeitangeboten den Zugang zu einem Mindestmaß an sozialen und materiellen Ressourcen voraus. Der Erwerb materieller Ressourcen wiederum wird durch die Inklusion an der Erwerbsarbeit erleichtert, was wiederum Leistungsfähigkeit (implizit Gesundheit) sowie berufliche Qualifikation voraussetzt (Engels 2006). Damit dient der Lebenslagenansatz ergänzt um das Lebensphasenmodell und die Geschlechterdimension, wie weiter oben schon beschrieben, als ein Analyseraster, das bei der Bestimmung von Themenfeldern und Indikatoren handlungsleitend ist.

### **5.2.3 Benennung der Themenfelder für die Indikatoren**

Die Darstellung des theoretischen Konstrukts „Inklusion“ mittels Indikatoren ist ein komplexes Vorhaben, weil zum einen beim theoretischen Konstrukt von Inklusion Mehrdimensionalität gegeben ist und zum anderen relationale Aspekte innerhalb von Lebenslaufdynamiken abgebildet werden müssen (Wansing 2006). Bisherige Operationalisierungen des Lebenslagen-Konzepts haben sich auf fünf Bereiche bzw. Dimensionen bezogen: Einkommen, Arbeit, Bildung, Wohnen und Gesundheit. Diese Auswahl war nicht theoretisch begründet, sondern erfolgte heuristisch (Hanisch et al. 1994, nach Engels 2006). Andere Autoren schlagen weitere Dimension zur Beschreibung der Lebenslagen vor: Haushaltsstruktur, Familienbeziehungen, Freizeit, Medien, Kultur, soziale Infrastruktur, Bürgerrechte, öffentliche Sicherheit, wahrgenommene Qualität der Lebenssituation und subjektives Wohlbefinden (Engels 2006). Libuda-Köster/Sellach (2009)

haben im Rahmen der Auswertung des Mikrozensus zur Lebenslage behinderter Frauen eine Operationalisierung nach Handlungsspielräumen vorgenommen (vgl. Kap. 3.2).

Aus den theoretischen Ausführungen lässt sich ableiten, dass sich die Dimensionen, aus denen das Konstrukt Inklusion – und implizit das Konstrukt Teilhabe – besteht, im Rahmen der Indikatorenentwicklung über unterschiedliche Bereiche erstreckt, in denen es auch zu Überschneidungen der Themenbereiche kommt. Des Weiteren beeinflussen verschiedene Ressourcen einander und bestimmen häufig in Kumulation und Wechselwirkung den Grad der Inklusion und Exklusion. (Wansing 2006, Engels 2006). Im Kontext der Erarbeitung von Indikatoren für die Behindertenberichterstattung sind bereits im Nationalen Aktionsplan Handlungsfelder festgelegt worden, die sich an zentralen Themen der UN-Behindertenrechtskonvention orientieren (Lebenslanges Lernen, Arbeit, Gesundheit/Prävention, Rehabilitation/Pflege, Wohnen/Bauen, Freiheit/Schutz/Sicherheit, Freizeit/Kultur, Frauen, Ehe/Familie/Partnerschaft, Kindheit, gesellschaftliche/politische Teilhabe, Mobilität). Die Zusammenführung der Handlungsfelder, die im Rahmen der vorliegenden Konzeption für die Indikatorenentwicklung vorgeschlagen werden, orientieren sich zum einen an den vorangegangenen theoretischen Überlegungen, zum anderen an den im Nationalen Aktionsplan beschriebenen relevanten Themenbereichen (Handlungsfeldern) und sie basieren drittens auf den beschriebenen Anforderungen für die Neuausrichtung der Behindertenberichterstattung unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention. Für die Entwicklung der Indikatoren wurden die folgenden Themenfelder (Dimensionen) festgelegt:

Themenfelder	•Handlungsfelder aus dem NAP
Bildung	•Frühkindliche Bildung/ Bildung und Ausbildung
Erwerbsarbeit und ökonomische Situation	•Berufliche Teilhabe und Stellung in der Berufswelt
Gesundheit und Gesundheitsversorgung	•Gesundheit/ Prävention/ Rehabilitation und Pflege
Barrierefreiheit	•Bauen/ Mobilität und Barrierefreiheit
Gewalt und Sicherheit	•Gewalt/ Gewaltschutz und Sicherheit
Partizipation	•Gesellschaftliche und politische Teilhabe
Familie, Lebensform und Selbstbestimmung	•Selbstbestimmt Leben/ Freiheit und Selbstbestimmung
Gesellschaftliche Akzeptanz	•Gesellschaftliche Einstellungen/ Meinung/ Gleichstellung und Diskriminierung

**Abbildung 3: Zuordnung der Handlungsfelder zu den übergeordneten Themenfeldern**

Quelle: eigene Darstellung

Zusätzlich wurde die vorhandene Datenlage bei der Auswahl der Themenfelder mit berücksichtigt. Zusammenfassend stellt die Bestimmung der Themenfelder wie die Entwicklung und Benennung der Leitindikatoren einen Kompromiss zwischen theoretisch abgeleiteten Kategorien und empirisch lieferbaren Informationen dar. Bei der Interpretation der Indikatoren sollte deshalb stets berücksichtigt werden, dass sie immer „nur“ eine reduzierte Sichtweise auf den indizierten Bereich ermöglichen können (Engels 2006), andererseits aber gerade in ihrer Reduzierung und Engführung auf messbare Teilaspekte wirksame Messinstrumente für die Zielfindung darstellen.

#### **5.2.4 Querschnittsthemen aus dem Nationalen Aktionsplan (NAP)**

Die Querschnittsthemen Gender Mainstreaming, Migration, Alter, Barrierefreiheit, Diskriminierung, Assistenzbedarf und Armut, die im Nationalen Aktionsplan definiert worden sind, werden zum Teil innerhalb der Handlungsfelder dargestellt oder als Merkmalsausprägung eines Indikators (z.B. Verteilung nach Alter, Geschlecht) abgebildet und damit im Zuge der Auswertung der Indikatoren systematisch berücksichtigt. Als relevante Personengruppen im Kontext der Vorstudie sind Kinder und Jugendliche, Menschen im erwerbsfähigen Alter, alte Menschen, Frauen und Migranten besonders zu berücksichtigen. Zusätzlich gewinnen bestimmte Querschnittsthemen in Bezug auf relevante Personengruppen unterschiedlich starke Bedeutung. Hierbei sind mit Blick auf das Lebenslagenkonzept bestimmte Teilsysteme für definierte Zielgruppen von besonderer Bedeutung, während andere vorübergehend in den Hintergrund rücken. Für Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung spielen beispielsweise frühkindliche Bildung und Erziehung eine besondere Rolle. Auch die Beziehung zwischen familiärer und institutioneller Erziehung (Übergänge zwischen den Teilsystemen Familie und Kindertagesstätte) sowie die gesellschaftliche Akzeptanz der eigenen Beeinträchtigung bzw. Behinderung (oder die von Familienangehörigen und Bekannten) weisen einen direkten Bezug zur Lebenslage von Kindern und Jugendlichen auf. Die Frage der Erwerbsbeteiligung rückt hingegen erst in späteren Lebensphasen in den Vordergrund. Für die Lebenslagen von Personen im erwerbsfähigen Alter spielen wiederum Bildung, berufliche Qualifikationen und Erwerbsbeteiligung sowie die psycho-physische Leistungsfähigkeit eine zentrale Rolle (vgl. Abb. 4). Für alte und stark pflegebedürftige oder schwer erkrankte Menschen tritt im Gegensatz zu den bisher angeführten Personengruppen die Erwerbsbeteiligung stärker in den Hintergrund. Für Menschen in diesen Lebenslagen sind in höherem Maße Gesundheit und soziale Teilhabe über soziale Netzwerke bedeutend (Engels 2006).

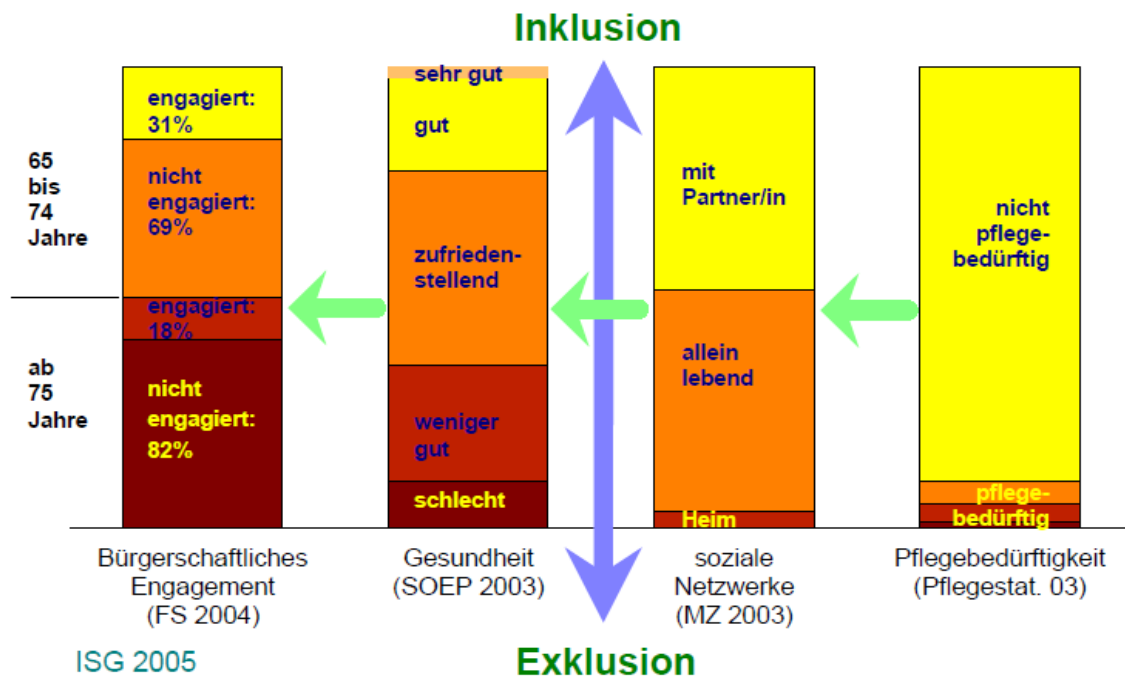


Abbildung 4: Lebenslagen und Inklusion/Exklusion am Beispiel von Personen im höheren Alter

Quelle: Engel 2006: 19

### 5.3 Darstellung der Indikatoren nach Themenfeldern

Die Komplexität der Prozesse von Inklusion/Exklusion verdeutlicht, dass die künftige Behindertenberichterstattung nicht alle Facetten von Inklusion bzw. Exklusion darstellen kann und sich notwendigerweise auf „wichtige“ Sachverhalte konzentrieren muss. Die Differenzierung zwischen „wichtig“ und „weniger wichtig“ ist jedoch reflektiert vorzunehmen und im Rahmen der theoretischen Vorüberlegungen äußerst anspruchsvoll. Außerdem können je nach Perspektive – politisch, sozial oder ethisch – abweichende Zuordnungsmuster entstehen. In Bemühung um Objektivierung erfolgt die Auswahl der Themenfelder und relevanten Leitindikatoren<sup>19</sup> innerhalb der Vorstudie in erster Linie nach theoretischen Vorüberlegungen und in Anlehnung an das *Phasenmodell von Meyer* (2004). Ebenso spielt die praktische Umsetzbarkeit der Indikatoren (Datenlage) eine entscheidende Rolle. In der Vorstudie gilt es nach Maßgabe politischer Relevanz in der Behindertenpolitik wenige zentrale Indikatoren (umsetzbare Leitindikatoren) auszuwählen, die sich bereits heute sowie auch zukünftig darstellen lassen und damit fortschreibbar sind.

Im Folgenden werden die Indikatoren nach den neun Themenfeldern gegliedert und tabellarisch dargestellt. Die Tabelle enthält die Beschreibung der Handlungsfelder (NAP-Handlungsfelder), der Gegenstandsbereiche der Indikatoren, die Benennung der Indikatoren, die Definition der Indikatoren sowie die Datenquelle und die zeitliche Realisierbarkeit der Indikatoren mit den vorgeschlagenen Daten.

Im Hinblick auf die Realisierbarkeit können Indikatoren unterschieden werden,

- die bereits (mit eventuellen Einschränkungen vgl. Kap. 4) *kurzfristig verfügbar* sind,
- die *mittelfristig umsetzbar* sind (realisierbar in 2-4 Jahren) oder
- die *zukünftig bzw. eher langfristig* umgesetzt werden können (5-10 Jahren).

Ein Indikator wird als kurzfristig umsetzbar angesehen, wenn er in einem Rahmen von zwei bis vier Jahren in die Berichterstattung einbezogen werden kann. Langfristige Umsetzbarkeit bedeutet in der Regel aufwändigere und daher kostspieligere Vorarbeiten wie beispielsweise die Konzeption neuer Erhebungen. Möglich ist auch, dass solche Indikatoren auch zukünftig

---

<sup>19</sup>„Indikatoren, die für ein bestimmtes Themenfeld unter mehreren Alternativen (aus Basisstatistiken, Umweltbeobachtungsprogrammen oder Gesamtrechnungen) als repräsentativ ausgewählt wurden und für dieses Thema eine Leitfunktion haben. Zum Beispiel kann in Entwicklungsländern die Analphabetenrate ein geeigneter Schlüsselindikator für den Bildungsstand der Bevölkerung sein oder der Indikator „Lebenserwartung“ für das deutlich komplexere Indikandum menschliche Gesundheit“ (Statistisches Bundesamt 1999).

aufgrund daten- oder kostenspezifischer Anforderungen nicht realisierbar sein werden. Dennoch werden sie als wichtige Bausteine für die theoretische Abbildung des Konstrukts Inklusion bewertet und sollten deshalb erfasst werden. Die verfügbaren Indikatoren können zunächst für den folgenden Behindertenbericht genutzt und im Hinblick auf ihre Relevanz, Handhabbarkeit und Aussagekraft getestet und dann ggf. modifiziert werden.

Bei der Darstellung der Indikatoren können Einschränkungen z.B. dahingehend bestehen, dass sie sich i.d.R. auf Statistiken stützen, die die erweiterte Definition und Erfassung von Behinderung nicht berücksichtigen (wie z.B. amtliche Statistiken). Auch Indikatoren, die mit kurzfristig zu realisierenden Daten abgebildet werden können, weisen möglicherweise Einschränkungen bei der Darstellung auf. Falls ein Indikator mit den vorliegenden Daten nur unzureichend – und dies zusätzlich zu den in Kapitel 4 beschriebenen Einschränkungen (Repräsentativität etc.) – dargestellt werden kann, wird dieser in der Spalte ‚Realisierbarkeit‘ in der folgenden Tabelle mit einem Sternchen (\*) kenntlich gemacht. Hierzu wird auf die Kapitel 4 und 8 verwiesen, in denen einerseits Erweiterungsmöglichkeiten bestehender Daten (Ergänzungsmodul) und andererseits Möglichkeiten der Schließung von Lücken aufgezeigt werden. Ebenso ist im Anhang 1.1 eine dezidierte Auflistung der Indikatoren sowie eine Auswahl an Umsetzungsvorschlägen mittels der vorhandenen Daten zu finden.

Um die Darstellung der Indikatoren übersichtlich zu gestalten, wird das in der Gesundheitsberichterstattung bewährte Vorgehen übernommen. Die Kodierung der Indikatoren erfolgt hierbei nach der Zugehörigkeit zu einem (nummerierten) Themenfeld und innerhalb von diesem zu einem Gegenstandsbereich<sup>20</sup>. Die Zuordnung zu einem Themenfeld ist aufgrund inhaltlicher Überschneidungen nicht immer eindeutig möglich (bspw. stellt Barrierefreiheit ein eigenes Themenfeld dar, findet sich jedoch auch in anderen Themenfeldern wieder).

Die Aufgliederung der Indikatoren nach Merkmalen wird in der folgenden Darstellung der Themenfelder nicht durchgehend durchgeführt. Falls es für die Beschreibung der Indikatoren sinnvoll und relevant erschien, wurden bereits Differenzierungen vorgenommen. Grundsätzlich wäre eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Region und Indikatoren spezifischen Ausprägungen wie die Ausbildung von Lehrern oder die Art einer Einrichtung einzuführen. Auch die Bezugsgröße, zu denen die Indikatoren in Beziehung gesetzt werden, wie beispielsweise der Vergleich von Menschen mit und ohne Behinderungen, ist nicht durchgehend ausgewiesen. Zukünftig wäre eine Umsetzung der

---

<sup>20</sup>Ist ein Indikator dem *Themenfeld eins* zugeordnet und ebenso dem *Gegenstandsbereich eins*, jedoch in zweiter Rangfolge, so ist seine Kodierung 1.1.2. Gehört er dem *Themenfeld zwei* an und dem *Gegenstandsbereich eins* und steht an erster Stelle, so wird er mit 2.1.1 kodiert.

Ausprägungen sowie der Bezugsgrößen für alle Indikatoren anzustreben, was durch Arbeitsgruppen erfolgen kann (vgl. Kap. 8).

### ***Themenfeld 1: Grunddaten***

Zu einer umfassenden Berichterstattung gehört die Darstellung der sogenannten Grunddaten, die sich im Rahmen der Behindertenberichterstattung im Wesentlichen auf die Begriffsbestimmung von Behinderung stützt und Aussagen über den Anteil der Menschen mit Behinderungen an der Gesamtbevölkerung zulässt. Die Grunddaten sollen der erweiterten Erfassung von Behinderung Rechnung tragen, die im Rahmen der Vorstudie erarbeitet worden ist (vgl. Kap. 3). Die Grunddaten zu Behinderung bilden im Wesentlichen die Körperfunktionen und -strukturen ab und bilden die Schädigungen und daraus folgende Einschränkungen in den Lebensphasen und Lebenslagen der Menschen ab.

**Themenfeld 1: Grunddaten**

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich		Indikator	Definition	Datenquelle	Umsetzbarkeit
<p><b>Vorliegen einer Behinderung/ Beschreibung der grundlegenden Merkmale der Behinderung</b></p>	<p>Grundsätzliche Betroffenheit durch Behinderung sowie Art der Behinderung: psychische (seelische) Erkrankung, körperliche Behinderung, geistige Behinderung, Behinderung der Sinnesorgane, gesundheitliche Einschränkungen/ chronische Erkrankungen</p>	1.1.1	<p>Anteil der Menschen mit Behinderung an der Gesamtbevölkerung</p>	<p>Basis für die Behindertenberichterstattung in Deutschland ist eine genaue Kenntnis über die Anzahl und den Anteil der Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Diese Daten können kurzfristig anhand der bislang verwendeten Definitionen ermittelt werden, die mittel- und langfristig auf einen breiteren Behindertenbegriff ausgeweitet werden.</p>	<p>1. SOEP 2. GEDA  3. Statistik der Schwerbehinderten Menschen  4. Mikrozensus 2009  5. KiGGS  6. PASS</p>	kurzfristig
					<p>7. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU 8. DEGS</p>	mittelfristig
		1.1.2	<p>Vorliegen einer körperlichen Behinderung</p>	<p>Das Vorliegen einer körperlichen Behinderung kann sowohl eine Schädigung des Stütz- und Bewegungsapparates, der inneren Organe (ohne Sinnesorgane), eine chronische Krankheit umfassen (Leyendecker 2005), eine Beeinträchtigungen der Körperfunktionen (WHO 2005) sein.</p>	<p>1. SOEP 2. GEDA  3. Statistik der Schwerbehinderten Menschen  4. Mikrozensus 2009  5. KiGGS 6. PASS</p>	kurzfristig



					7. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU 8. DEGS	mittelfristig
		1.1.3	Vorliegen einer Behinderung der Sinnesorgane	Der Indikator bildet die Behinderungen der Sinnesorgane ab (wie die visuelle, auditive, olfaktorische, gustatorische und taktile Wahrnehmung).	1. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU 2. DEGS	mittelfristig
		1.1.4	Vorliegen einer psychischen Behinderung	Psychische Erkrankungen umfassen nach ICD 10 organische Störungen (F00-F09), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29), affektive Störungen (F30-F39), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), Intelligenzminderung (F70-F79), Entwicklungsstörungen (F80-F89), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90- F98) sowie nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99). Der Indikator gibt damit einen Überblick über das Bestehen einer psychischen Störungen.	1. SOEP 2. GEDA 3. Statistik der Schwerbehinderten Menschen  4. PASS	kurzfristig
					5. DEGS 6. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU	mittelfristig
		1.1.5	Vorliegen einer geistigen Behinderung	Geistige Einschränkungen bedeuten eine deutlich unterdurchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit. Auch können Defizite oder Beeinträchtigungen der sozialen	1. Statistik der Schwerbehinderten Menschen	kurzfristig

				oder Beeinträchtigungen der sozialen Anpassungsfähigkeit (in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kommunikation, Eigenständigkeit, häusliches Leben, soziale/zwischenmenschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit, schulische Fertigkeiten, Arbeit, Freizeit, Gesundheit, Sicherheit) ein Hinweis auf eine geistige Einschränkung sein. Nach ICD 10 zählen zu geistigen Beeinträchtigungen leichte Intelligenzminderung (F70-73 und F78, F79)	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU</li> <li>3. DEGS</li> </ul>	mittelfristig
Grad der Behinderung (nach SGB IX)	1.2.1	Feststellung einer Behinderung nach SGB IX	Nach SGB IX sind Menschen „behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (§ 2 Abs.1 SGB IX). Auf Antrag stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden (Versorgungsämter) das Vorliegen einer Behinderung einer Behinderung fest.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mikrozensus 2009</li> <li>2. Statistik der Schwerbehinderten Menschen</li> <li>3. SOEP</li> <li>4. GEDA</li> <li>5. PASS</li> </ul>	kurzfristig	
		Grad der Behinderung nach amtlich anerkannter Behinderung	Bei amtlich anerkannten Behinderungen nach der sozialrechtlichen Grundlage (SGB IX) kann die Schwere der Behinderung über den Grad der Behinderung klassifiziert werden. Für Behinderungen, die nicht über die sozialrechtliche Definition nach SGB IX	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mikrozensus 2009</li> <li>2. Statistik der Schwerbehinderten Menschen</li> <li>3. SOEP</li> <li>4. GEDA</li> <li>5. PASS</li> </ul>	kurzfristig	

				abgebildet werden, fehlt eine eindeutige Rangfolge der Schwere der Behinderungen. Hierfür sind langfristig entsprechende Operationalisierungen noch auszuarbeiten.		
Mehrfach-behinderungen <sup>21</sup>	1.3	Bestehen von mehrfachen Behinderungen	Das Vorliegen von mehreren Behinderungen kann sich wesentlich auf den Grad der Inklusion auswirken und die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen und den Zugang zu einzelnen Gesellschaftssystemen erschweren bzw. versperren (z.B. wenn Kinder mit Mehrfachbehinderung nicht in integrative Tageseinrichtungen aufgenommen werden). Ebenso sind die Unterstützungs- und Betreuungsleistungen für Menschen mit Mehrfachbehinderungen individuell auszurichten. Das Vorliegen von Mehrfachbehinderungen wird von einem erhöhten Exklusionsrisiko begleitet. Bei amtlich anerkannten Behinderungen nach der sozialrechtlichen Grundlage (SGB IX) kann die Schwere der Behinderung über den Grad der Behinderung klassifiziert werden. Für Behinderungen, die nicht über die sozialrechtliche Definition nach SGB IX abgebildet werden, fehlt eine eindeutige Rangfolge der Schwere der Behinderungen.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DEGS</li> <li>2. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU</li> </ol>		mittelfristig
Alter beim Eintreten der (ersten) Behinderung	1.4	Alter beim Eintreten der Behinderung	Eine Behinderung kann von Geburt an vorliegen, oder in Kindheit/Jugend/späteren Lebensverlauf erworben sein. Der Eintritt der Behinderung im Lebenslauf hat einen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Statistik der Schwerbehinderten Menschen</li> <li>2. SOEP</li> <li>3. GEDA</li> </ol>		kurzfristig

				erheblichen Einfluss auf die Inklusion in den Lebensphasen.	4. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU 5. DEGS	mittelfristig
Eigenwahrnehmung der Menschen mit Behinderungen hinsichtlich der Einschränkungen	1.5	Subjektive Wahrnehmung der Stärke der Einschränkung durch Behinderung im täglichen Leben	Das Vorliegen von Behinderungen kann zu mehr oder weniger erheblichen Einschränkungen im Alltag und Beruf führen. Die Einschränkungen können viele Lebensbereiche und -phasen betreffen. Dieser Indikator bildet die subjektiv wahrgenommene Stärke der Einschränkungen durch Behinderungen „im täglichen Leben“ ab.	1. GEDA 2. SOEP 3. EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC)	kurzfristig*	
				4. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU 5. DEGS	mittelfristig*	

## **Themenfeld 2: Bildung**

Für den Themenbereich Bildung werden anhand von Indikatoren die Bereiche *frühkindliche Bildung, Schule, Studium, Ausbildung* und *Weiterbildung* abgebildet. In der modernen Gegenwartsgesellschaft findet einerseits formale Bildung in speziellen Bildungsinstitutionen wie Schule, Ausbildungsbetrieben und Hochschule und andererseits non-formale Bildung an Orten wie Kindertagesstätten (Kita) und Jugendeinrichtungen statt (Beck et al. 2010). Nicht nur die Bildungsbereiche und Bildungsorte werden durch das Themenfeld Bildung erfasst, sondern ebenso das übergreifende Konzept des „Lebenslangen Lernens“ (vgl. Abb. 5). Da eine der wichtigsten Funktionen des Bildungssystems in modernen Leistungsgesellschaften die Statuszuweisung ist und der Zugang zu unterschiedlichen sozialen Positionen eng an das Bildungsniveau gekoppelt ist, kommt dem Themenfeld Bildung bei der Indikatorenentwicklung besondere Bedeutung zu. Bildung stellt eine zentrale Ressource für die Lebenschancen und die Lebensgestaltung dar (Koch 2010); sie eröffnet die Möglichkeit zur selbstbestimmten Lebensführung, zur umfassenden Persönlichkeitsentwicklung und gesellschaftlichen Teilhabe. Hierzu zählt auch, die eigene Identität nicht nur schicksalhaft oder von außen determiniert zu erleben, sondern über Möglichkeiten der Selbstverwirklichung und der Auswahl von Handlungsmöglichkeiten zu verfügen (Beck et al. 2010).

Für Menschen mit Behinderungen weisen die Übergänge innerhalb des Bildungssystems (z.B. vom Kindergarten in die Schule) bereits erhebliche Exklusionsrisiken auf. Die Schnittstellen von Teilsystemstellen sind als neuralgische Punkte zu identifizieren, da auch Organisationen selbst Exklusion determinieren können. So kommt es beispielsweise durch ungleiche Bildungschancen aufgrund separierter und spezialisierter Sonderschulzweige zu Ausgrenzungen im Bildungssystem. Für Jugendliche mit Behinderungen ist nach einem (Sonder-) Schulabschluss außerdem der Zugang zu beruflicher Bildung vielfach erschwert. In diesem Kontext bestehen insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung wenige Chancen, auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert bzw. inkludiert zu werden. Auch die Erwachsenenbildung wie Angebote der Volkshochschule bieten kaum Zugang für Menschen mit Behinderungen (Wansing 2006). Ein Aufgabe des neuen Indikatoren gestützten Behindertenberichtes ist es daher, die Inklusion von Kindern, Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen mit Behinderungen in die reguläre Schul- und Hochschulbildung sowie die bestehenden inklusiven schulischen und beruflichen Ausbildungsstrukturen bzw. ihr Fehlen abzubilden. Außerdem ist die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Lebensverlauf im tertiären Bereich zu berücksichtigen.

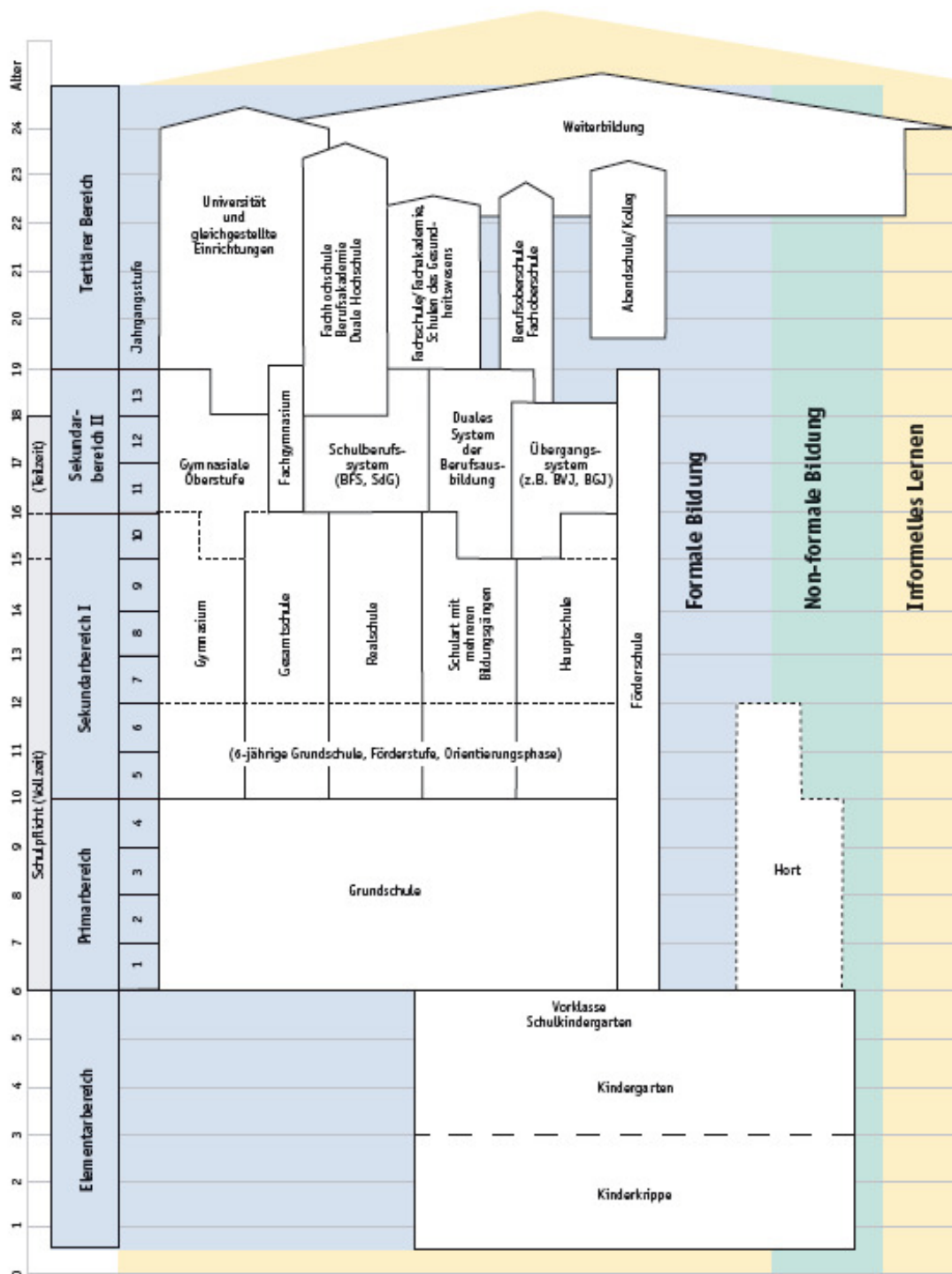


Abbildung 5: Bildungswelten und Lernwelten in Deutschland,

Quelle: Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung 2010: 10

Der Deutsche Behindertenrat betont, dass in Deutschland alle gesetzgeberischen, strukturellen, inhaltlichen, finanziellen und personellen Voraussetzungen für die Entwicklung eines inklusiven Bildungssystems geschaffen werden müssen, indem bereits die

vorschulische Bildung über die inklusive Schule bis in den Hochschulraum die gleichberechtigte Teilhabe von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Behinderungen ermöglicht. So müssen inklusive Schulen beispielsweise den Unterricht auf die Bedürfnisse aller Schüler, auch derjenigen mit Behinderungen, ausrichten und jeglichen dafür notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen gerecht werden. Zudem sind strukturelle und inhaltliche Standards für die vorschulische inklusive Bildung zu entwickeln, um bereits in den Kindertagesstätten Vielfalt als Normalität erlebbar zu machen (DBR 2010b). Die Landesregierung in Rheinland-Pfalz hat zur Umsetzung systematischer Angebote inklusiver Bildung von der frühkindlichen Förderung bis zum Übergang in den Beruf u.a. folgende Maßnahmen festgelegt:

- die barrierefreie Neu- und Umgestaltung von Schulen und Kindertagesstätten,
- ein verbesserter Einsatz von IntegrationshelferInnen an Schulen und Kitas,
- die Erhöhung der Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen und/oder sonderpädagogischem Förderbedarf, die einen Abschluss an einer Wohnort nahen allgemeinen Schule anstreben,
- die externe Evaluation der schulischen Inklusion und
- die Einführung einer öffentlichkeitswirksamen Informationskampagne zum Thema Inklusion/gemeinsames Lernen in allen Bereichen (MASGFF 2010).

Mit Blick auf das Handlungsfeld Bildung hebt die BRK das Recht auf lebenslanges Lernen sowie die Entfaltung der persönlichen Kreativität, der Begabung und der körperlichen/geistigen Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen hervor. In Artikel 24 der BRK wird gefordert, dass „Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden und dass Kinder mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden“ sollten. Zudem müssen die Vertragsstaaten gewährleisten, „dass Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen Zugang zu allgemeiner Hochschulbildung, Berufsausbildung, Erwachsenenbildung und lebenslangem Lernen haben“ und zu diesem Zweck „angemessene Vorkehrungen getroffen werden“ (Art. 24 BRK). Bereits in der Allgemeinen Menschenrechtserklärung (AEMR 1948, Art. 26 (1, 2)) ist das Recht auf Bildung (grundlegende Bildung plus beruflichen Unterricht) verankert. Zentrale Ziele sind die Ausrichtung auf „die volle Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit und auf die Stärkung der Achtung vor den Menschenrechten und Grundfreiheiten“ sowie die Förderung von „Verständnis, Toleranz und Freundschaft“ (Art. 26 (2)).

**Themenfeld 2: Bildung**

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator		Definition	Datenquelle	Realisierbarkeit
<b>Bildung/Lebenslanges Lernen (frühkindliche Bildung, Schule Studium, Ausbildung, Weiterbildung)</b>	Frühkindliche Bildung/Kinderbetreuung Grad der Inklusion/Exklusion in verschiedenen Arten von Einrichtungen	2.1.1	Anteil der Kinder mit Behinderungen in Tageseinrichtungen	Um die Inklusion von Kindern mit Behinderungen darstellen zu können, kann der Anteil der Kinder mit Behinderungen in Kindergärten und Tagesstätten nach Art der Einrichtung (Regelkindergärten, Integrationskindergärten, Fördereinrichtungen etc.) an allen Kindern Auskunft geben ( <i>Inklusionsquote</i> ).	1. Statistik der Kinder- und Jugendhilfe (Tabelle 31)	kurzfristig*
		2.1.2	Erzieherinnen und Erzieher pro Kind nach Art der Einrichtung	Die Art der individuellen Betreuung der Kinder hat eine bedeutende Auswirkung auf den Grad der (individuellen) Förderung. Dies gilt insbesondere wenn es sich um Kinder mit Behinderungen handelt, die im Vergleich zu Kindern ohne Behinderungen einen höheren Unterstützungsbedarf je nach Art und Grad der Behinderung haben. Die Anzahl der Erzieher pro Kind (Betreuungsschlüssel) gibt Aufschluss über die Personalressourcen im Verhältnis zur Anzahl der Kinder in den Kindertageseinrichtungen und stellt damit ein mögliches Qualitätskriterium zur Beurteilung der Förderungssituation dar. Der Indikator ermöglicht einen Vergleich der Betreuungsschlüssel nach landesspezifischen Vorgaben, nach Einrichtungsart und der Anzahl der Kinder mit Behinderungen.	1. Statistik der Kinder- und Jugendhilfe	kurzfristig*



		2.1.3	Anteil von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen an Regelschulen	Die sonderpädagogische Förderung von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen kann an speziell darauf ausgerichteten Schulen wie den Förderschulen oder aber in Regelschulen erfolgen. Um die Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen darstellen zu können, kann der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen an allen Schülerinnen und Schülern in Regelschulen Auskunft geben. Die Regelschulbesuchsquote kann analog zur Förderschulbesuchsquote (prozentualer Anteil der Schülerinnen und Schüler in Förderschulen an den Schülern mit Vollzeitschulpflicht) gebildet werden.	1. Statistik Bildung und Kultur an allgemeinbildenden Schulen	kurzfristig*
Schul-, Ausbildungs- und Hochschulabschluss		2.2.1	Höchster Schulabschluss von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen	Der Vergleich der Schulabschlüsse der Absolventinnen und Absolventen mit und ohne Behinderungen einer Altersgruppe bietet die Möglichkeit, Unterschiede bei der Qualifikation von Menschen mit und ohne Behinderungen abzubilden. Im Bildungsbereich besteht bereits eine Abschluss-/Abgängerquote. Sie stellt den prozentualen Anteil der Abgänger an der Wohnbevölkerung im typischen Abschlussalter dar, die als Vergleichsgröße herangezogen werden kann (vgl. Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung 2010).	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. PASS	kurzfristig
					1. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU 2. DEGS	mittelfristig
		2.2.2	Vorliegen einer qualifizierenden Berufsausbildung	Das Vorliegen einer qualifizierenden Berufsausbildung bildet die Voraussetzung für eine dementsprechende Anspruchsberechtigung	1. Mikrozensus 2009	kurzfristig

			bei Menschen mit und ohne Behinderungen	Erwerbstätigkeit. Der Vergleich der Ausbildungsabschlüsse von Menschen mit und ohne Behinderungen gibt Aufschluss über Qualität und Quantität der Unterschiede hinsichtlich des Ausbildungsniveaus zwischen Menschen mit und Menschen ohne Behinderungen. Unterschieden werden kann zwischen der Art der Ausbildung, was wichtige Hinweise auf die Möglichkeit der Inklusion in bestimmte Teilbereiche (Wirtschaftszweige) des Erwerbssystems geben kann.	2. SOEP 3. GEDA 4. PASS	
					5. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU 6. DEGS	mittelfristig
		2.2.3	Anteil der Studierenden mit Behinderungen	Der Zugang zum Studium stellt ein wichtiges Element für die berufliche Qualifikation im Lebenslauf dar. Der Anteil der Studierenden mit Behinderungen an allen Studierenden in Deutschland gibt in Zusammenschau mit ihrem Gesamtanteil in der Bevölkerung Auskunft über die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Hochschulausbildung.	1. Social and Economic Conditions of Student Life in Europe	kurzfristig
					2. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU	mittelfristig

### **Themenfeld 3: Erwerbsarbeit und ökonomische Situation**

Die Teilhabe an der Erwerbsarbeit bzw. am Arbeitsmarkt hat einen hohen Stellenwert in den Lebensentwürfen von Frauen und Männern mit Behinderungen. Ihre Teilhabe im Berufs- und Erwerbsleben ist jedoch keine Selbstverständlichkeit (Bieker 2005). Eine niedrige Erwerbsbeteiligung und weit verbreitete, sowie lang anhaltende Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderungen sind deutliche Zeichen einer erhöhten Exklusion und auch ökonomischer Schlechterstellung in diesem Gesellschaftsbereich (Wansing 2006). Experten fordern daher neben der Überwindung eines gespaltenen Systems der beruflichen Einbindung für beispielsweise Menschen mit geistiger Behinderung auch die Realisierung der Anerkennung der beruflichen Bildung und Einbindung als Ressource für mehr Selbstbestimmung und Teilhabe im Leben von Menschen mit Behinderungen (Lindmeier & Hirsch 2006). Die Indikatoren im Themenbereich Erwerbsarbeit bilden daher die berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ab, die Stellung in der Berufswelt sowie das damit häufig verknüpfte Armutsrisiko. Gemessen werden können die *absolute Armut* (das Fehlen von materiellen Mitteln zur Bestreitung des Lebensunterhalts) und die *relative Armut* (Engels 2007).

Seitdem das SGB IX mit dem Ziel eines Paradigmenwechsels, dass das Prinzip der Fürsorge überwunden werden kann und Behinderung als ein Teil der Vielfalt menschlichen Lebens angenommen wird, in Kraft getreten ist, stehen gesetzliche Instrumente zur Verfügung, die bei offensiver Nutzung Chancen auf dem Arbeitsmarkt eröffnen können (Bieker 2005). So finden arbeitssuchende Menschen mit Behinderungen bei den Fachbereichen für Rehabilitation und Schwerbehinderung in den Arbeitsagenturen sowie bei Integrationsämtern und Integrationsfachdiensten Beratung und Unterstützung (vgl. Abb. 6) (einfach-teilhabe.de 2010). Neben staatlichen Einrichtungen bieten auch Nichtregierungsorganisationen Beratung und Unterstützung bei der Arbeitssuche an.

Leistungen zur	Unfall- versiche- rung	Soziale Entschä- digung	Kranken- versiche- rung	Renten- versiche- rung	Bundes- agentur für Arbeit	Grund- sicherung für Arbeit- suchende	Jugend- hilfe	Sozial- hilfe
medizi- nische Rehabili- tation	X	X	X	X			X	X
Teilhabe am Arbeits- leben	X	X		X	X	X	X	X
Teilhabe am Leben in der Gemein- schaft	X	X					X	X

**Abbildung 6: Leistungen zur Teilhabe nach Leistungsgruppen und -tägern**

Quelle: BMAS 2010:32

Arbeit hat für die Inklusion nicht nur im Bereich Erwerbsleben eine zentrale Bedeutung. Das Vorliegen oder Fehlen einer Erwerbstätigkeit hat Auswirkungen auf zahlreiche andere Lebensbereiche. So wirken sich die durch Erwerbsarbeit generierten ökonomischen Ressourcen z.B. auf den Wohnstandard, die Möglichkeiten der Mobilität oder die Teilhabe an kulturellen Angeboten aus. Bestimmte Teilgruppen der Menschen mit Behinderungen (z.B. Menschen mit geistiger Behinderung) sind besonders stark von Erwerbslosigkeit betroffen. Menschen mit Behinderungen können jedoch auch weitere Einkunftsarten beziehen. Zu betrachten sind u.a. das individuelle Einkommen (Arbeitsentgelt, Arbeitslosenunterstützung, Sozialhilfe, Renten und Pensionen, Unterstützung durch Angehörige) und das Haushaltseinkommen. Insbesondere bei Menschen, die in Heimen leben, können die Verfügungsgewalt und der Zugang zu finanziellen Ressourcen ein In- bzw. Exklusionsfaktor sein (Wansing 2006).

Obwohl bereits regelmäßig Berichte zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen erstellt werden, sind darin bislang nicht alle relevanten Aspekte

berücksichtigt. Zentrale Aufgabe ist es, die künftigen Behindertenberichte stärker geschlechtsdifferenziert und entsprechend dem Lebensphasen-/Lebenslagen-Ansatz auszurichten. Des Weiteren sind Wirkungen, Wirksamkeit und Bedarfsgerechtigkeit von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben zu analysieren, wie z.B. der Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (deren Träger auch die Bundesagentur für Arbeit sein kann), das Förderinstrumentarium Regelleistungen (SGB II, III, IX) und ihre Koordination, die Qualität der beruflichen Beratungen (Beratungsstandards, Schulung der Mitarbeitenden) sowie das System aus Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe aus Sicht der Betroffenen mit und ohne Behinderungen (Deutscher Bundestag 2010). Ebenso sind die persönliche Assistenz am Arbeitsplatz, auf die Menschen mit Behinderungen einen persönlichen Rechtsanspruch haben sowie Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit schwerst- und mehrfachen Behinderungen von Belang (Bieker 2005).

Nach Artikel 27 der BRK sind die Vertragsstaaten dazu verpflichtet das „gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen, einschließlich Chancengleichheit und gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit, auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen, einschließlich Schutz vor Belästigungen, und auf Abhilfe bei Missständen zu schützen“ sowie „Programme für die berufliche Rehabilitation, den Erhalt des Arbeitsplatzes und den beruflichen Wiedereinstieg von Menschen mit Behinderungen zu fördern“ (Art. 27 BRK). Für die Umsetzung der beruflichen Teilhabe sieht der Deutsche Behindertenrat die Schaffung qualifizierter Beratungs- und Vermittlungsangebote bei den Agenturen für Arbeit sowie eine deutliche Erhöhung von betrieblichen und betriebsnahen Ausbildungsplätzen für Menschen mit Behinderungen vor. Zudem besteht die Forderung nach einer geschlechterdifferenzierten und transparenten Erhebung der Arbeitslosenquote von Menschen mit Behinderungen in Deutschland sowie die Initiierung eines Beschäftigungsaktionsprogramms speziell für diese Zielgruppe. Eine barrierefreie Arbeitsplatzgestaltung, unabhängig von der konkreten Beschäftigung von Arbeitnehmern mit Behinderungen, sollte Pflicht werden (DBR 2010b). Die Landesregierung Rheinland-Pfalz forciert zur Erhöhung der Beschäftigungsquote von Menschen mit Behinderungen u.a. das Landessonderprogramm zum Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen, die Förderung von Integrationsfirmen sowie die Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstattarbeit. Zudem sollen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber fortlaufend für die Schaffung von Barrierefreiheit am Arbeitsplatz sensibilisiert werden (MASGFF 2010)<sup>22</sup>.

### Themenfeld 3: Erwerbsarbeit und ökonomische Situation

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator		Definition	Datenquelle	Realisierbarkeit
<b>Berufliche Teilhabe, Stellung in der Berufswelt, Armut</b>	Beschäftigungssituation/ Arbeitslosigkeit, Erwerbsbeteiligung, Erwerbsbiografien	3.1.1	Anteil der Erwerbstätigen bei Menschen mit und ohne Behinderungen	In den volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zählen zu den Erwerbstätigen alle Personen, die als Arbeitnehmer (Arbeiter, Angestellte, Beamte, geringfügig Beschäftigte, Soldaten) oder als Selbstständige beziehungsweise als mithelfende Familienangehörige eine auf wirtschaftlichen Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben. Dies ist unabhängig vom Umfang der Tätigkeit (mehrere gleichzeitige Beschäftigungsverhältnisse werden nur einmal mit ihrer Haupterwerbstätigkeit erfasst) ( <a href="http://www.destatis.de">www.destatis.de</a> ). Der Anteil der Erwerbstätigen bei Menschen mit und ohne Behinderungen und der Stundenumfang ihrer Tätigkeit geben Auskunft über die Inklusion der Menschen mit Behinderungen in die Erwerbstätigkeit. Dabei ist eine Engführung auf die Altersgruppen erwerbsfähiger Menschen vorzunehmen. Bedeutsam sind hier auch Art und der Grad der Behinderung, Geschlecht (sowie die Wirtschaftszweige, in denen Menschen mit Behinderungen arbeiten).	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. DEGS 5. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU 6. PASS	kurzfristig
		3.1.2	Anteil der Erwerbslosen bei Menschen mit und ohne Behinderungen	Der Anteil der Erwerbslosen bei Menschen mit und ohne Behinderungen bildet den Grad der Exklusion von Menschen mit Behinderungen aus dem Erwerbssystem ab. Allerdings sind dabei die unterschiedlichen Gründe für die Erwerbslosigkeit zu berücksichtigen und es ist ebenfalls eine Engführung	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. PASS	kurzfristig

				berücksichtigen und es ist ebenfalls eine Engführung auf die Altersgruppen erwerbsfähiger Menschen vorzunehmen.	5. DEGS 6. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU	mittelfristig
Einkommen Armut	3.2.1	Art und Höhe des Haushaltsnettoeinkommens	Als Haushaltsnettoeinkommen wird die Summe des Monateinkommens aller Haushaltsmitglieder aus Erwerbstätigkeit, Renten, Pensionen, Arbeitslosengeld und -hilfe, Vermietung und Verpachtung, Sozialhilfe sowie weitere Einnahmen und Unterstützungen, definiert, von denen die Einkommens- und Vermögenssteuer sowie die Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung abgezogen sind (vgl. Statistisches Bundesamt). Die Höhe des Haushaltsnettoeinkommens von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen ermöglicht eine Abschätzung ihrer ökonomischen Ressourcen sowie der Menschen. Hieraus kann der Anteil der Menschen mit Behinderungen, die in relativer Armut leben, abgeleitet werden (auf Basis des Individualeinkommens).	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. PASS	kurzfristig	
				5. DEGS 6. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU	mittelfristig	
	3.2.2	Art und Höhe des individuellen Nettoeinkommens	Das individuelle Nettoeinkommen bildet das Einkommen jeder einzelnen Person ab. Im Gegensatz zum Haushaltsnettoeinkommen können so individuelle Armutsrisiken aufgezeigt werden, die für bestimmte Gruppen besonders hoch sein können wie beispielsweise für Frauen mit Behinderungen. Zusätzlich ist die Art des Einkommens (selbständige Arbeit oder Unterstützungsleistungen) ein wichtiges Kriterium, um Abhängigkeiten bzw. finanzielle Selbständigkeit darzustellen.	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. PASS	kurzfristig	
				4. DEGS 5. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU	mittelfristig	

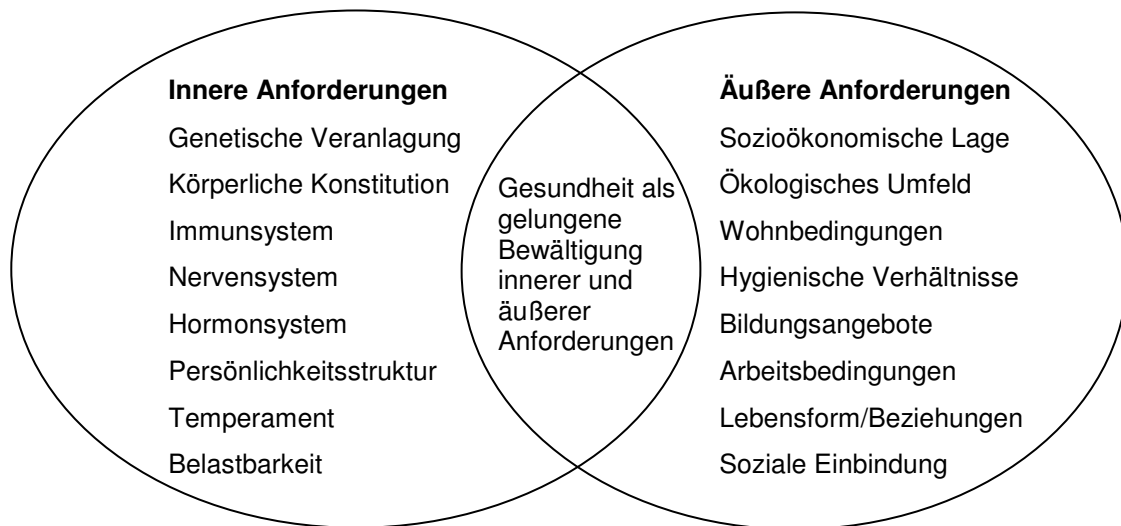
	Hilfeart nach Leistungsträger	3.3	Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung	<p>Das Ziel der beruflichen Eingliederung ist die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in den (ersten) Arbeitsmarkt. Die Leistungen können unterschiedlicher Art sein wie Leistungen zur Rehabilitation. Das Vorhandensein von Leistungen bedeutet nicht gleichzeitig auch einen problemlosen Zugang zu diesen. Unterschiedliche Aspekte wie die Chancengleichheit im Zugang sowie die Nähe zur realen Berufswelt haben einen Einfluss auf die Nutzungsansprüche (Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V. 2009). Die Anzahl der Maßnahmen beruflichen Eingliederung gibt Auskunft über die Nutzung der Möglichkeiten zur Teilhabe am Erwerbsleben für Menschen mit Behinderungen. Das SGB IX regelt die Leistungen zur Teilhabe nach Leistungsarten, einschließlich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Weiter regelt das Gesetz die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Rehabilitationsträger. Ebenso enthält das SGB IX besondere Regelungen zum Schutz schwerbehinderter Menschen. Von besonderer Bedeutung sind Regelungen des Arbeitsrechts (besonderer Kündigungsschutz), zur Schwerbehindertenvertretung, zu den Integrationsfachdiensten, zu Integrationsprojekten und zur Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr. Der Indikator bildet ab, inwiefern die Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von den Menschen mit Behinderungen in Anspruch genommen werden.</p>	<p>1. PASS 2. Statistik Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII</p>	kurzfristig*
--	-------------------------------	-----	---	---	---	--------------



#### **Themenfeld 4: Gesundheit und Gesundheitsversorgung**

Zur Erfassung der pflegerischen, rehabilitativen, kurativen und präventiven Versorgungssituation und -bedürfnisse ist zunächst der Gesundheitsbegriff abzugrenzen. Gesundheit bzw. der Gesundheitszustand wird von unterschiedlichen Determinanten beeinflusst. Dabei werden personale und soziale Faktoren sowie die Art der Ausgestaltung des Gesundheitssystems als Einflussgrößen unterschieden, die jeweils gesundheitsförderlich oder -gefährdend wirken können (Hurrelmann 2004). Die Bewältigung von Gesundheitsrisiken bzw. der Umfang der Gesundheitsressourcen determiniert den Gesundheitszustand. Demzufolge hängt Gesundheit von der Bewältigung innerer und äußerer Anforderungen ab (vgl. Abb.7) (Hurrelmann/Franzkowiak 2004). Dieses Gesundheitsverständnis beinhaltet sowohl ein subjektives Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden als auch die Variabilität des individuellen Zustands in Abhängigkeit der Anforderungen. Folglich können sich auch Menschen mit eingeschränkter Gesundheit bzw. Beeinträchtigungen als (bedingt) gesund definieren (ebd.).

Im Kontext der Bestimmung von Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen müssen neben der persönlichen, körperlichen Konstitution insbesondere die äußeren limitierenden bzw. behindernden Anforderungen betrachtet werden, die nicht nur die Alltagsbewältigung erschweren. Relevant sind hier sowohl das oftmals fehlende Angebot behindertengerechter Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Gestaltung und Nutzbarkeit medizinischer Leistungen als auch die (barrierefreie) Zugänglichkeit für ihre Inanspruchnahme. In der Folge kommt es zu ungleichen gesundheitlichen Chancen von Menschen mit und ohne Behinderung (Bancroft et al. 2006; BBA 2009c; Beerheide 2010; Beerheide 2009a/2009b; Crews/Lollar 2008; Gemkow et al. 2009; Jones/Tamari 1997). Weiterhin muss der wechselseitige und weitreichende Einfluss von Anforderungen und deren Bewältigung (vgl. Abb. 7) berücksichtigt werden. Nicht nur Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der Gesundheitsversorgung können den Gesundheitszustand beeinflussen, sondern umgekehrt bestimmt auch der Gesundheitszustand die Fähigkeiten und Ressourcen zur Bewältigung von alltäglichen und ggf. beruflichen Anforderungen (Lawrence 2008). Beispielsweise beeinflussen sich Gesundheit, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe wechselseitig, sodass von einer Mehrdimensionalität dieser Konstrukte auszugehen ist. Barrieren im Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems, wie etwa das Fehlen spezialisierter Angebote oder barrierefreier Zugänge für Menschen mit Behinderungen, tragen ebenso zu Exklusion bei (Wansing 2006). Die Indikatoren zum Themenfeld Gesundheit bilden dementsprechend die gesundheitliche Lage wie auch den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die rehabilitativen Leistungen ab.



**Abbildung 7: Gesundheit als Bedingung von inneren und äußeren Anforderungen**

Quelle: eigene Darstellung nach Hurrelmann/Franzkowiak (2004) nach Hurrelmann 2000: 88

Für Deutschland formulierte der Deutsche Behindertenrat für das Handlungsfeld Gesundheit umfassende Forderungen, die u.a. den Zugang zu qualitativ hochwertiger gesundheitlicher Versorgung ohne Zusatzzahlungen, Fortbildungsmaßnahmen des medizinischen Personals zu den spezifischen Belangen von Menschen mit Behinderungen sowie eine Verbesserung barrierefreier Zugänge zu ärztlichen und therapeutischen Einrichtungen beinhalten (DBR 2010b). Die Weibernetz e.V. weist in diesen Zusammenhang auf die schlechtere Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen, insbesondere von Frauen, hin (vgl. Weibernetz e.V. 2010a & 2010b). So gibt es in Deutschland nur vier Ambulanzen und Beratungsstellen, in denen Frauen mit Behinderungen ambulant von einer/m niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen versorgt werden (Beerheide 2010).

Weiterhin bestehen Mängel in der medizinischen Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher, wenn diese in eine neue Lebensphase eintreten. In Übergangsphasen kommt es häufig zu biographischen Transitionen oder Brüchen auf Grund von Arzt- und Therapiewechseln oder zu neuen medizinischen Fragestellungen (z.B. bei Kinderwunsch, Vereinbarkeit von Erkrankung und Beruf/Ausbildung), die zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustands führen können. Strukturierte, altersgruppenspezifische Behandlungsprogramme (für Heranwachsende) mit interdisziplinärer Versorgung durch Pädiater und Ärzte für Erwachsene sind als Lösung denkbar (ÄZ 2010; Voormann 2010). Selbige Probleme sind für Heranwachsende mit Behinderungen anzunehmen. Weiterhin sind die Chancen zu Ausbildung und Studium u.a. in medizinischen Berufen für Menschen mit Behinderungen zu verbessern, so dass diese selbst in der medizinischen Versorgung tätig werden können (Plato 2010).

**Themenfeld 4: Gesundheit und Gesundheitsversorgung**

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator		Definition	Datenquelle	Realisierbarkeit
<p><b>Gesundheit, Prävention, Rehabilitation und Pflege</b></p>	<p>Gesundheitszustand</p>	<p>4.1.1</p>	<p>Lebenserwartung im Alter</p>	<p>Die Kennziffer Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter (X) bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die Lebenserwartung stellt einen Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage und medizinischen Versorgung der Menschen mit Behinderungen dar. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Sterbetafel, die anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten im untersuchten Kalenderzeitraum berechnet wird (AOLG 2005). Der Indikator ermöglicht einen Vergleich der Lebenserwartung von Menschen mit und ohne Behinderungen, der im zeitlichen Verlauf gemessen werden kann. Besonders für diesen Indikator relevant ist die Erfassung der sozialen Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen.</p>	<p>nicht bekannt</p>	<p>langfristig</p>

		4.1.2	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes	<p>Maße der subjektiven Gesundheit erfassen die persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens. In vielen Fällen sind sie für gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen ebenso wichtig oder sogar wichtiger als objektiv messbare Größen. Auch gesellschaftliche Entwicklungen können sich in der Zufriedenheit mit der Gesundheit niederschlagen, selbst wenn der objektive Gesundheitsstatus unverändert geblieben ist (www.GBE.de 2011). Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands ergänzt daher objektive Indikatoren (z.B. Vorliegen von Erkrankungen) um den Aspekt der subjektiven gesundheitlichen Lebensqualität. Im Kontext eines sich verändernden Krankheitspanoramas werden Aspekte der subjektiven gesundheitlichen Lebensqualität und selbständigen Lebensführung aus Sicht der Bürger (Betroffenen) als auch für die Planung von gesundheitlicher Vorsorge und Versorgung immer wichtiger (AOLG 2005). Die Aussagekraft der Antworten zu subjektiver Gesundheit ist gut belegt. So haben deutsche wie internationale Längsschnittstudien gezeigt, dass sich anhand der selbst eingeschätzten Gesundheit die zukünftige Sterblichkeit teilweise vorhersagen lässt. Nicht zuletzt entscheidet der erlebte/ wahrgenommene Gesundheitszustand mit über die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (www.gbe.de 2011). Personen mittleren oder</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOEP</li> <li>2. GEDA</li> <li>3. EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC )</li> <li>4. PASS</li> </ol>	kurzfristig
					<ol style="list-style-type: none"> <li>5. DEGS</li> </ol>	mittelfristig

				höheren Alters, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen, weisen z.B. ein höheres Sterberisiko auf.		
	Zugang zu Gesundheitsleistungen	4.2.1	Zugangsmöglichkeiten zu gesundheitlicher Versorgung	Relevant sind im Kontext der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen zum einen das Angebot behindertengerechter Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Gestaltung und Nutzbarkeit medizinischer Leistungen. Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung kann über die Ausrichtung der medizinischen Versorgung auf behindertenspezifische Behandlungsformen wie z.B. spezifische Beratungen ermöglicht werden. Die Anzahl dieser Maßnahmen gibt zunächst Aufschluss über die <i>Ist-Situation</i> und den Stand der Ausrichtung der medizinischen Versorgung.	nicht bekannt	langfristig
		4.2.2	Struktureller barrierefreier Zugang zur Gesundheitsversorgung	Relevant ist im Kontext der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen die Zugänglichkeit für ihre Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen (z.B. Allgemein- und Fachärzte, Krankenhäusern, Physiotherapeuten, psychologischen Diensten). Die Zugänglichkeit zu bestimmten Leistungen kann als eine Voraussetzung der Inanspruchnahme deklariert über strukturelle Barrierefreiheit gewährleistet werden (z.B. Rampen zur Überwindung von Treppenstufen).	nicht bekannt	langfristig

	Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen	4.3	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird einerseits vom Zugang zum Gesundheitssystem, individuellen Entscheidungen sowie dem Wissen um den Nutzen von bestimmten Leistungen wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen determiniert. Der Indikator gibt Aufschluss über die Nutzung von bestimmten medizinischen Leistungen im Vergleich von Menschen mit und ohne Behinderungen (Anteil). Der Vergleich der Inanspruchnahme zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen bildet Unterschiede ab, die auf verschiedene Gründe für ein Verhalten (bzw. kein Verhalten) zurückgeführt werden können.	1. SOEP 2. SHARE	kurzfristig*
					3. DEGS	mittelfristig

## **Themenfeld 5: Barrierefreiheit**

Barrieren des Zugangs zur Umwelt und zu Dienstleistungen können sich in verschiedenen Bereichen manifestieren und zum Ausschluss von öffentlichen Leistungen wie auch sozialen und kulturellen Aktivitäten führen. Das Themenfeld Barrierefreiheit bezieht sich deshalb auf ein breites Themenspektrum, welches Mobilität, persönliche Assistenz und unterstützende Kommunikation umfasst. Dennoch ist damit der Themenbereich sicherlich noch nicht vollständig abgedeckt und zukünftig zu erweitern.

Mobilitätsoptionen, wie der Zugang zu Transportmitteln (öffentlicher Nahverkehr) beispielsweise durch Ein-, Um-, und Ausstiegshilfen und bauliche wie informationelle Barrierefreiheit, sind wichtige Parameter, die die Teilhabechancen wesentlich beeinflussen. In den Landesbauordnungen fast aller Bundesländer wurde „Barrierefreiheit“ als „Technische Baubestimmung“ aufgenommen. Da eine vollständige Barrierefreiheit aufgrund der Vielzahl von Behinderungen sowie den daraus erwachsenden Bedürfnissen nicht möglich bzw. eher langfristig umsetzbar ist, gilt es in planerischen Verfahren einen Mittelweg zu finden, der die Bedürfnisse möglichst vieler Menschen berücksichtigt (Henckel et al. 2010).

Die Ausgrenzung von Betroffenen aus den Bereichen *Wohnen* und *Mobilität* aufgrund unterschiedlicher Zugangsbarrieren wirkt sich nachteilig auf verschiedene Teilhabechancen aus. Insbesondere Menschen mit sensorischen Beeinträchtigungen sind beispielsweise vielfach in der Information und Kommunikation ausgegrenzt, weil Web-Seiten nicht barrierefrei bzw. Hilfsmittel zur Kommunikation (z.B. Gebärdendolmetscherinnen oder Gebärdendolmetscher nicht verfügbar sind).

Der DBR betont die umfassende Bedeutung von Barrierefreiheit, die neben der bebauten Umwelt und dem Verkehrswesen auch Kommunikations- und Informationssysteme sowie Gegenstände des täglichen Gebrauchs betrifft (ebd.). Dieses breite Verständnis ist auch entsprechend in der BRK festgehalten: Maßnahmen zur Feststellung und Beseitigung von Zugangsbarrieren gelten nach der BRK für „Gebäude, Straßen, Transportmittel sowie andere Einrichtungen in Gebäuden und im Freien, einschließlich Schulen, Wohnhäusern, medizinischer Einrichtungen und Arbeitsstätten“ sowie für „Informations-, Kommunikations- und andere Dienste, einschließlich elektronischer Dienste und Notdienste“ (Art. 9 BRK). Die BRK-Vertragsstaaten verpflichten sich einen gleichberechtigten Zugang für Menschen mit Behinderungen zur physischen Umwelt zu ermöglichen (Art. 9). Neben der Schaffung zugänglicher Rahmenbedingungen ist die größtmögliche persönliche, unabhängige und selbstbestimmte Mobilität von Menschen mit Behinderungen mittels Mobilitätshilfen, Geräten und Technologien zu unterstützen (Art. 20). Der DBR (2010b) betont darüber hinaus die Bedeutung breiter Barrierefreiheit als „einen wesentlichen Aspekt zur Verwirklichung von

Menschenrechten“ (DBR 2010b: 37). Neben spezifizierten Anforderungen an die barrierefreie und mobile Gestaltung der Umwelt, soll Barrierefreiheit ein zentrales Kriterium für Zuwendungen und Förderungen sein und zusätzlich gesetzlich verankert werden. Ebenso deklariert die BRK als Teilaspekt von Inklusion das Recht der Menschen mit Behinderungen ein Leben so „normal“ wie möglich zu leben (BRK Artikel 19).



**Themenfeld 5: Barrierefreiheit**

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator		Definition	Datenquelle	Realisierbarkeit
<b>Mobilität und Barrierefreiheit, persönliche Assistenz, unterstützte Kommunikation</b>	Barrierefreier Zugang	5.1.1	Barrierefreier Zugang zu Medien/Informationen	Der Zugang zu Medien bildet einerseits einen eigenen Bereich, aus dem Menschen mit Behinderungen exkludiert werden können. Andererseits bildet er die Grundlage für die Teilhabe an sozialen und gesellschaftlichen Lebensbereichen wie beispielsweise Kommunikations- und Informationsmöglichkeiten über das Internet, die vielfach auch die Basis für Informationen darstellen. Der Anteil der Medien (Zeitschriften, Fernsehen etc.), die für Menschen mit Behinderungen barrierefrei zugänglich sind, bildet den Grad der Inklusion/Exklusion in die Informationsgesellschaft ab. Hierbei sind beispielsweise die Textdarstellung (Großdruck, <i>Brailleschrift</i> ), die Übersetzung der Texte in einfache und/oder durch Vorleser zugänglich gemachte alternative Formen und barrierefreie Informations- und Kommunikationstechnologien gemeint. Die Nutzung von internetbasierten Kommunikationsmedien ermöglicht den Betroffenen die selbstbestimmte Teilhabe am sozialen und kulturellen (virtuellen) Leben. Der Anteil der Medien und Informationen, die barrierefrei sind im weiter oben beschriebenen Sinne sollten nach Medienart aufgliedert werden.	1. DEGS	mittelfristig*
		5.1.2	Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und Verkehr	Zum Bereich der der Barrierefreiheit im öffentlichen Raum zählen Verkehr (ÖPNV etc.) und öffentliche Gebäude (Verwaltungen, Theater, Politik,	1. Leistungen zur Teilhabe im Berichtsjahr 2009 am	kurzfristig*

				Krankenhäuser etc.) und auch der Bereich im Freien (Wege, Fußgängerübergänge etc.). Die Maßnahmen, die die Zugänglichkeit dieser Bereiche für Menschen mit Behinderungen fördern, dienen der Inklusion der Gruppe der Menschen mit Behinderungen in vielerlei Hinsicht (z.B. soziale, kulturelle, politische Partizipation). Hierzu können beispielsweise neben physischen Vorkehrungen wie behindertengerechte Fahrstühle auch akustische Signale im Verkehr und in Gebäuden sowie barrierefreie Beschilderungen gehören.	Arbeitsleben	
					2. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU	mittelfristig
					nicht bekannt	langfristig
	Hilfeleistungen	5.2	Nutzung von Hilfsmitteln und Assistenz bei Behinderung	Wenn eine Behinderung vorliegt, können unterschiedliche Hilfsmittel und Unterstützungsleistungen zum Einsatz kommen, um den Alltag zu erleichtern. Entscheidend ist hierbei, wie hoch der Anteil der Nutzer von bestimmten Hilfsmitteln wie z.B. Rollstühlen ist, um die Maßnahmenplanung auch im Bereich Barrierefreiheit planen zu können. Darüber hinaus ist wichtig, ob entsprechende Maßnahmen auch tatsächlich gewährt und in dem erforderlichen Maße in Anspruch genommen werden können (zum Beispiel Assistenz bei gehörlosen und blinden Menschen).	1. GEDA	kurzfristig*
					2. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU 3. DEGS	mittelfristig

## **Themenfeld 6: Gewalt und Sicherheit**

Gewalt ist ein komplexes Phänomen, das sich einer exakten wissenschaftlichen Erfassung auch deshalb entzieht, weil viele Formen von Gewalt im sozialen Nahraum in Erscheinung treten und die Formen psychischer und struktureller Gewalt nicht als solche erkannt und entsprechend von Betroffenen benannt werden können. Die Akzeptanz von Verhaltensweisen und die Grenzen dessen, was als Gewalt empfunden wird, sind von kulturellen und individuellen Einflüssen bestimmt. Gemeinhin wird zwischen *personaler* und *struktureller Gewalt* unterschieden und im Falle personaler Gewalt eine Differenzierung nach körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt vorgenommen (vgl. RKI 2008). Unterschieden werden kann weiterhin Gewalt im *häuslichen Bereich* (Gewalt in Familien) und *außerhäuslichen Bereich* sowie Gewalt in und durch Institutionen (vgl. Heitmeyer/Schröttle 2006). Die Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit von Menschen sind vielfach empirisch nachgewiesen worden, ebenso die hohe Gewaltbetroffenheit insbesondere von Frauen und Kindern, aber auch von Männern (vgl. RKI 2008). Behinderung kann oftmals auch eine Folge von erlebter Gewalt sein und Gewalt kann im schlimmsten Fall zum Tod führen (WHO 2003).

Menschen mit Behinderungen können in allen Lebensbereichen (persönliche Umfeld, Wohnsituation, öffentlicher Raum) von Gewalt betroffen und bedroht sein. In vielen Ländern wurden in den letzten Jahren und Jahrzehnten umfangreiche Viktimisierungs- und Gewaltprävalenzstudien auf nationaler (und teilweise internationaler) Ebene durchgeführt. Diese bildeten aber bislang die Situation für Menschen mit Behinderungen nur unzureichend ab, da das Merkmal „Behinderung“ teilweise nicht erfragt wurde. Außerdem werden Menschen mit Behinderungen, wie in den meisten Bevölkerungssurveys nicht in ausreichender Fallzahl erreicht und auch spezifische Gruppen (etwa Menschen in Einrichtungen) sind unterrepräsentiert. An dieser Stelle sei auf die durch das BMSFSJ geförderte bundesdeutsche Studie verwiesen, in der zum ersten Mal repräsentativ Frauen mit Behinderungen befragt wurden.

In den Artikeln 12 bis 17 der BRK wird das Recht aller Menschen mit Behinderungen auf Achtung der körperlichen und seelischen Unversehrtheit, auf persönliche Freiheit und Sicherheit sowie die Freiheit von Folter und erniedrigender Behandlung, Ausbeutung, Missbrauch und Gewalt betont. Zudem müssen die Vertragsstaaten „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksamen Zugang zur Justiz“ gewährleisten (Art. 13 BRK). In Artikel 16 und 17 der BRK wird darauf verwiesen, dass jegliche Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch gegenüber und von Menschen mit Behinderungen zu verhindern ist. Hierzu sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die dies verhindern. Dazu

gehört auch die Überwachung von Programmen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen durch unabhängige Behörden. Jeder Mensch mit Behinderung hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

**Themenfeld 6: Gewalt und Sicherheit**

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator		Definition	Datenquelle	Realisierbarkeit
Gewalt, Gewaltschutz und Sicherheit	Personale und strukturelle Gewalt	6.1	Gewaltbetroffenheit / Viktimisierung im Vergleich von Menschen mit und ohne Behinderungen	Gewalt kann sowohl im privaten als auch im öffentlichen Bereich erfahren werden. Die Anzahl der Menschen mit Behinderungen, die Gewalt erfahren, sowie die Art und Häufigkeit der Gewalt stellen wichtige Kennzahlen dar, um das Ausmaß der Übergriffe abschätzen und gezielt Maßnahmen ergreifen zu können. Menschen mit Behinderungen stellen in Bezug auf Gewalterfahrungen eine besonders betroffene Risikogruppe dar. Fixierungen und Freiheitsentziehende Maßnahmen sowie Vernachlässigung können Formen von Gewalt insbesondere gegen Menschen mit Behinderungen in Heimen und Einrichtungen sein. Hierzu zählt ebenfalls ökonomische Gewalt, z.B. eingeschränkte Verfügbarkeit über finanzielle Mittel. Von Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen Menschen mit Behinderungen, die pflegebedürftig sind bzw. einen höheren Abhängigkeitsgrad leben wie in einem Heim bzw. in einer Einrichtung und solchen, die relativ selbständig in einem privaten Haushalt leben.	1. GEDA	kurzfristig*
	2. DEGS 3. SOEP	mittelfristig*				
	Sicherheitsgefühl im Alltag	6.2	Subjektiv wahrgenommenes Sicherheitsgefühl in verschiedenen	Das Sicherheitsgefühl von Menschen im Alltag beeinflusst maßgeblich ihr Wohlbefinden und ihren Aktionsradius. Deshalb stellt die subjektive Wahrnehmung von Gefährdung,	nicht bekannt	langfristig

			Alltagssituationen	wie sie auch in kriminologischen Surveys regelmäßig erhoben wird, einen maßgeblichen Indikator für tatsächliche Gewaltfreiheit im Leben von Menschen mit Behinderungen dar.		
	Freiheit von Diskriminierung im Alltag	6.3	Subjektiv wahrgenommene Diskriminierung im Alltag	Unter Diskriminierung wird die Benachteiligung von Menschen aufgrund spezifischer Merkmale verstanden. Der Indikator gibt Auskunft über die selbst wahrgenommene Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung (Anteil)	1. DEGS	mittelfristig*
	Gewaltschutz	6.4.1	Vorhandensein von Unterstützungsangeboten für gewaltbetroffene Menschen mit Behinderungen	Menschen, die Gewalt erfahren haben, benötigen Unterstützung. Die Unterstützung kann beispielsweise in Form von Beratungsangeboten oder psychologischer Betreuung bei Gewalterfahrungen geleistet werden. Die Anzahl der Unterstützungsangebote, die auch/oder nur Menschen mit Behinderungen unterstützen sollte nach Art der Angebote unterschieden werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Unterstützungsleistungen insbesondere für Menschen mit Behinderungen auch zugänglich sind wie beispielsweise durch Barriere freien Informationszugang (leichte Sprache etc.)	nicht bekannt	langfristig
		6.4.2	Schutz- und Kontrollmechanismen im Rahmen von Betreuungs- und Pflegesituationen	Der Schutz von Menschen, die von Gewalt betroffen sind, ist insbesondere für Menschen im Rahmen von häuslicher und institutioneller Pflege und Assistenz bedeutsam. Der Indikator misst das Vorhandensein und die Art der Schutz- und Kontrollmechanismen.	nicht bekannt	langfristig

## **Themenfeld 7: Partizipation**

Politisches und bürgerschaftliches Engagement sind Handlungsformen, in denen Bürgerinnen und Bürger an der Gestaltung der politischen und gesellschaftlichen Lebensverhältnisse mitwirken. In einer lebendigen Demokratie stehen die regierenden Personen und Organisationen in Kommunikation mit den Bürgerinnen und Bürgern, sodass Partizipation über vielfältige Aktivitäten in den Bereichen Politik, Soziales und Kultur erfolgen kann. Unter dem Begriff „bürgerschaftliches Engagement“ werden all diese Aktivitäten zusammengeführt, dazu zählen politisches Engagement (Parteimitgliedschaft), soziales Engagement, Engagement in Vereinen, Verbänden und Kirchen, Engagement in öffentlichen Funktionen, Nachbarschaftshilfe und Selbsthilfe(-vereine) sowie bürgerschaftliches Engagement in und von Unternehmen (Engels 2004).

„Jeder hat das Recht, am kulturellen Leben der Gemeinschaft frei teilzunehmen, sich an den Künsten zu erfreuen und am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben.“ (UN 1948 Art. 27 (1)). Die BRK betont dieses Recht bzw. die „gleichberechtigte Teilhabe“ von Menschen mit Behinderungen und verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, Menschen mit Behinderungen die Teilhabe am kulturellen Leben wie auch „an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten zu ermöglichen“ (Art. 30 BRK). So muss gewährleistet werden, dass Menschen mit Behinderungen „Zugang zu Fernsehprogrammen, Filmen, Theatervorstellungen und anderen kulturellen Aktivitäten sowie Zugang zu Orten kultureller Darbietungen oder Dienstleistungen, wie Theatern, Museen, Kinos, Bibliotheken und Tourismusdiensten, sowie, soweit wie möglich, zu Denkmälern und Stätten von nationaler kultureller Bedeutung haben“ (Art. 30 BRK) (Hier zeigt sich ein enger Bezug zum Themenfeld Barrierefreiheit). Zudem muss sichergestellt werden, „dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, behinderungsspezifische Sport- und Erholungsaktivitäten zu organisieren, zu entwickeln, an solchen teilzunehmen und zu diesem Zweck die Bereitstellung eines geeigneten Angebots an Anleitung, Training und Ressourcen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen zu fördern“ (Art. 30 BRK). Diese Forderungen implizieren über die Teilhabe am kulturellen Leben und die Teilnahme an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten hinaus eine gesellschaftliche und politische Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.

Die BRK definiert die Bedingungen für eine „Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben“. Diese beinhalten die Sicherstellung, „dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können“ sowohl „unmittelbar“ als auch „durch frei gewählte Vertreter oder Vertreterinnen“. Die Vertragsstaaten verpflichten sich u.a. „aktiv ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit

Behinderungen [...] umfassend an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten mitwirken können, und ihre Mitwirkung [...] zu begünstigen, unter anderem [...] die Mitarbeit in nichtstaatlichen Organisationen und Vereinigungen [...] und an den Tätigkeiten und der Verwaltung politischer Parteien“ (Art. 29). In Zusammenhang mit politischer Partizipation kritisieren Verbände u.a. die Eingliederungshilfen. Eine personenzentrierte Ausrichtung auf den individuellen Bedarf und unabhängig von institutionellen Voraussetzungen, die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts, die Entwicklung eines flexiblen Hilfesystems sowie die Überwindung der Umsetzungsprobleme sind erforderlich (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2010; Caritasverband 2010; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2010). Zudem fordert der Caritasverband, dass „Beratung und Assistenz zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsleben [...] in der Lebenswelt und nicht in Sonderwelten ausgebaut werden“ (2010: 17). Eine weitere Forderung betrifft den umfassenden Ausbau der Barrierefreiheit auch im Bereich Medien und Kommunikationstechnik sowie den Zugang zu öffentlichen Diensten und Einrichtungen. Dies, sowie der „der Auf- und Ausbau eines inklusiven Sozialraums“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2010, 28), sind die Voraussetzungen für gleichberechtigte gesellschaftliche und politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen (ebd., Caritasverband 2010).

Die Chancen von einzelnen Bevölkerungsgruppen an der Mitgestaltung im Rahmen des „bürgerschaftlichen Engagements“ teilnehmen zu können, sind ungleich verteilt. Hiervon sind auch Menschen mit Behinderungen betroffen. Das SGB IX regelt vielfältige Unterstützungsformen, die aber nur einen rechtlichen Rahmen bereitstellen. Die Teilhabe am lebensweltlichen Umfeld und an politischen Interessenvertretungen erfolgt durch Interessenverbände und eine gut entwickelte Selbsthilfestruktur. Der Umfang und die Struktur politischer Partizipation lassen sich anhand der Mitgliedschaft und aktiven Mitwirkung in Parteien, Gewerkschaften und Bürgerinitiativen untersuchen (Engels 2004).

Das Themenfeld Partizipation wird über Indikatoren zur gesellschaftlichen und politischen Partizipation abgebildet. Die Operationalisierung der Teilhabesegmente für die Darstellung als Indikatoren kann wie folgt erfolgen: „Umfang und Struktur der politischen Partizipation lassen sich anhand der Indikatoren der Mitgliedschaft und aktiven Mitwirkung in Parteien, Gewerkschaften und Bürgerinitiativen untersuchen. Die Analyse der sozialen und kulturellen Partizipation erfolgt anhand der Indikatoren der Mitgliedschaft und aktiven Mitwirkung in Vereinen und vor allem in Form des bürgerschaftlichen Engagements.“ (Engels 2004: 8).



## Themenfeld 7: Partizipation

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator		Definition	Datenquelle	Realisierbarkeit
<b>Partizipation / gesellschaftliche und politische Teilhabe</b>	Politische Mitgestaltung	7.1	Zugehörigkeit zu einer Partei, Gewerkschaft, Nichtregierungsorganisation (NGO)	Über die Zugehörigkeit zu einer Partei (aktive Mitgliedschaft), einer Gewerkschaft oder Nichtregierungsorganisation können Menschen an politischen Steuerungsprozessen teilhaben. Gerade für Menschen mit Behinderungen ist es von Bedeutung, über diese Prozesse aktiv am politischen gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Der Anteil der Menschen mit und ohne Behinderungen, die Mitglieder dieser Organisationen sind, stellt den Grad der Inklusion im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements dar.	1. SOEP 2. PASS	kurzfristig
	Soziale Einbindung/ Isolation/ soziale Netze	7.2.1	Einbindung in Freundes- und Bekanntenkreise	Die individuelle Positionierung im gesellschaftlichen Statusgefüge geht oftmals mit einem bestimmten Grad an sozialer Einbindung und damit an Inklusion einher. Neben der Familie stellen insbesondere Freunde und	1. SOEP 2. PASS	kurzfristig*

			<p>Bekannte einen Teil eines sozialen Netzwerkes dar. Die Ressourcen, die aus sozialer Teilhabe gewonnen werden, sind neben gesellschaftlichen Entwicklungen auch individuell bedeutsam. Oft werden sie im Zusammenhang mit Lebensqualität betont. Die Intensität der Einbindung von Menschen mit Behinderungen in Freundes- und Bekanntenkreise bildet nicht nur die Inklusion in die sozialen Strukturen der Gesellschaft ab, sondern zeigt gleichzeitig emotionale und instrumentelle (potentielle Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit) Unterstützungsleistungen auf. Weiterhin sind die Qualitäten von Beziehungen ein Aspekt von Lebenszufriedenheit (Lüdicke &amp; Diewald 2007).</p>	3. DEGS	mittelfristig
	7.2.2	<p>Teilhabe an kulturellen und Freizeitveranstaltungen / außerhäuslichen Aktivitäten</p>	<p>Der Indikator bildet die Inanspruchnahme von Theater-, Kinobesuchen, Restaurant/Cafebesuchen und anderen außerhäuslichen Freizeitveranstaltungen ab und damit die Teilhabe an kulturellen und Freizeitveranstaltungen. Der Vergleich der Teilhabe in diesen Bereichen zwischen Menschen mit Behinderungen und Menschen ohne Behinderungen zeigt den Grad der Inklusion auf.</p>	<p>1. SOEP 2. PASS</p>	kurzfristig*

### ***Themenfeld 8: Familie, Lebensform und Selbstbestimmung***

Selbstbestimmt Leben bedeutet nach freiem Willen über das eigene Leben bestimmen zu können. Dies beinhaltet auch unabhängige Entscheidungen zu treffen und für die eigenen Handlungen Verantwortung zu übernehmen. Die Untersagung von Selbstbestimmung bedeutet gleichzeitig den Übergang zu Fremdbestimmung. Selbstbestimmung ist jedoch ein wichtiger Aspekt für Wohlbefinden, welches in engem Zusammenhang mit der Befriedigung von Bedürfnissen, dem Erleben des eigenen Wirkens und der Möglichkeit zur Inklusion besteht (Hahn 1994). Selbstbestimmung ist darüber hinaus auch Voraussetzung zur Entwicklung einer eigenen Identität und Basis für freie Entscheidung und deshalb jedem Menschen zuzugestehen. Das Konzept der Selbstbestimmung gilt für alle Menschen und ist ein Menschenrecht. Zu einem selbstbestimmten Leben gehört z.B. die Entscheidungsfreiheit, eine Partnerschaft einzugehen und eine Familie zu gründen.

Das Wohnen stellt ein soziales Grundbedürfnis der Menschen dar. Die Qualität der Wohnsituation spielt eine entscheidende Rolle für eine selbstbestimmte Lebensweise, die Wahrung der Privatsphäre und die Reproduktion von Arbeitskraft und Gesundheit. Die individuelle Wohnsituation ist im Kontext von Wechselwirkungen zwischen allgemeinen Rahmenbedingungen und individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten zu sehen. Die Wohnmöglichkeiten stehen bis zu einem gewissen Grad in Abhängigkeit zu ökonomischen Ressourcen. Ebenso kann der Wohnsitz Zugang zu sozialen und kulturellen Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen determinieren wie z.B. zu Theater-, Konzert-, Sportveranstaltungen oder Einkaufsmöglichkeiten.

Der deutsche Behindertenrat betont das Recht von Menschen mit Behinderungen auf eine selbstbestimmte und unabhängige Lebensführung, einschließlich einer freien Wohnortwahl, des Anspruches auf individuell abgestimmte und bedarfsgerechte Leistungen sowie auf persönliche Assistenz (z.B. auch Elternassistenz bei der Kinderpflege und -erziehung) (DBR 2010b). Das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben ist in verschiedenen Artikeln der BRK verankert (Art. 5, 14, 19, 22). Hier wird u.a. auf Gleichberechtigung und Garantien der Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen und auf das Recht persönlicher Freiheit und Sicherheit verwiesen sowie auf das Recht unabhängiger Lebensführung (Wahl des Aufenthaltsortes, der Wohnform) und die Achtung der Privatsphäre (z.B. Wohnung, Schriftverkehr, Kommunikation).

Im Artikel 12 der BRK wird die gleichberechtigte Rechts- und Handlungsfähigkeit in allen Lebensbereichen anerkannt (Art. 12 BRK). Der Deutsche Behindertenrat fordert eine Überprüfung der bestehenden Rechtslage insbesondere des Betreuungsrechtes, der landesgesetzlichen Regelungen sowie der prozess- und verfahrensrechtlichen Regelungen

mit Blick auf die Selbstbestimmungsrechte sowie die Handlungsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen (DBR 2010b). Weiterhin wird das „Recht von Menschen mit Behinderungen auf Freizügigkeit, auf freie Wahl ihres Aufenthaltsorts und Staatsangehörigkeit [...]“ in Art. 18 der BRK konstatiert.

In der BRK werden das Selbstbestimmungsrecht und die Gleichberechtigung der Menschen mit Behinderungen hinsichtlich Familiengründung, Ehe und Partnerschaft hervorgehoben, einschließlich „freie[r] [...] Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder, [...] Zugang zu altersgemäßer Information sowie Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung“ und die Aufrechterhaltung der Fruchtbarkeit. Des Weiteren verpflichten sich die Vertragsstaaten zur Unterstützung „bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung“ (Art. 23). Bezüglich dieses Handlungsfeldes wird in Artikel 8 der BRK weiterhin gesamtgesellschaftliche Bewusstseinsbildung zur Bekämpfung von Klischees und Vorurteilen gegenüber Menschen mit Behinderungen gefordert. Der DBR betont Bedeutung und Bedarf von Elternassistenz und begleiteter Elternschaft und fordert eine gesetzliche Verankerung im Rahmen der Teilhabeleistungen zur Wahrnehmung entsprechender Rechte. Ebenso sind die Anpassung von Wohneinrichtungen für Familien mit Kindern, deren Unterstützung und das Angebot von Kinderbetreuung in der beruflichen Rehabilitation erforderlich, um die BRK umzusetzen zu können (DBR 2010b). Bezüglich der Institution Familie fordert der Deutsche Caritasverband die ausdrückliche Berichterstattung zur Situation und zu den Bedarfen von Kindern mit Behinderungen und ihren Familien (Caritasverband 2010). Weiterhin fordert Weibernetz e.V. die Förderung der Bewusstseinsbildung von Menschen mit Behinderungen hinsichtlich sexueller Selbstbestimmung, Elternschaft, Familiengründung sowie Frau-Sein und Mann-Sein mit Behinderung (Weibernetz e.V. 2010c).

## Themenfeld 8: Familie, Lebensform und Selbstbestimmung

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator	Definition	Datenquelle	Realisierbarkeit	
<b>Selbstbestimmt Leben / Freiheit / Selbstbestimmung</b>	Ehe/ Partnerschaft, Familie	8.1.1	Menschen mit Behinderungen in Partnerschaften und Vergleich des Partnerschaftsstatus bei Menschen mit und ohne Behinderungen	Zu einem selbstbestimmten Leben gehört die freie Entscheidungsmöglichkeit für oder gegen ein Leben in einer Partnerschaft. Der Anteil der Menschen mit Behinderungen, die in einer Partnerschaft leben, spiegelt den Grad der Selbstbestimmung wider im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung (Anteil). Zu berücksichtigen ist, ob die Entscheidung von Menschen, nicht in Partnerschaft zu leben, freiwillig oder durch Außenfaktoren begrenzt ist.	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. PAIRFAM	kurzfristig
		8.1.2	Familienplanung (selbstbestimmte Entscheidung für/gegen Kinder)	Zu einem selbstbestimmten Leben gehört die freie Entscheidung für oder gegen eine Familie bzw. Kinder. Für die Familienplanung ist neben einer Partnerschaft bzw. Sexualität der Zugang zu Verhütungsmitteln von entscheidender Bedeutung. Berücksichtigt werden muss, in welchem Maße die Entscheidung keine Kinder zu haben, eine freiwillige Entscheidung ist.	1. PAIRFAM	kurzfristig
					2. DEGS	mittelfristig*
		8.1.3	Elternschaft und Anzahl der Kinder bei Menschen mit und ohne Behinderungen	Zu einem selbstbestimmten Leben, in dem die Wahl der Lebensform möglich ist, gehört die freie Entscheidung für oder gegen Kinder. Der Anteil der Menschen mit Behinderungen, die Kinder haben, gibt mit Einschränkungen Aufschluss über den Grad der Entscheidungsmöglichkeiten in Bezug auf die Familienplanung. Berücksichtigt werden muss in welchem Maße die Entscheidung keine Kinder haben, eine freiwillige Entscheidung ist zu.	1. Mikrozensus 2009 2. GEDA	kurzfristig*
					3. DEGS	mittelfristig*

		8.1.4	Aufwachsen im familiären Kontext und in Einrichtungen bei Kindern mit und ohne Behinderungen	Die Möglichkeiten von Kindern mit (schweren) Behinderungen im familiären Kontext aufzuwachsen, werden maßgeblich mitbestimmt durch die Unterstützung, die Eltern von Kindern mit Behinderungen erhalten und von der Infrastruktur der Unterstützungsleistungen vor Ort. Der Grad, in dem Kinder und Jugendliche mit Behinderungen zu Hause aufwachsen können, stellt insofern einen wichtigen Indikator für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen dar. Art und Grad der Behinderungen der Kinder und die örtlichen Gegebenheiten (Stadt/Land) sollten hierbei mit berücksichtigt werden.	unbekannt	langfristig
		8.1.5	Hilfemaßnahmen zur Unterstützung bei der Familiengründung/- Familienplanung / Erziehungsassistenz für Menschen mit Behinderungen	Für Menschen mit Behinderungen ist die Familienplanung, -gründung und die Kindererziehung unter Umständen mit größerem Aufwand verbunden als für Menschen ohne Behinderungen (je nach Art und Grad der Behinderung). Das gilt auch für Eltern mit behinderten Kindern. Die Unterstützung bei der Planung und Erziehung der Kinder durch beispielsweise Beratungsangebote oder finanzielle Unterstützungen spielt für die Familienplanung und -gründung eine große Rolle.	1. Statistik der Sozialhilfe: Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	kurzfristig*
	Wohnen	8.2.1	Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten	Der Anteil der Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben, an der Gesamtbevölkerung gibt Aufschluss über die Möglichkeit, in einem privaten Haushalt zu leben. Um abschätzen zu können, welche Wohnformen den Verbleib in einem privaten Haushalt unterstützen, sind die Haushaltsgröße sowie die Lebensform von Interesse. Auch hier muss der Grad der Freiwilligkeit und Einflussnahme auf die	1. Mikrozensus 2009	kurzfristig

				Entscheidung, wo und mit wem zusammengelebt wird, zusätzlich erfasst werden.		
		8.2.2	Unterstützungsleistungen im Bereich Wohnen	Der Indikator zu den Unterstützungsleistungen im Bereich Wohnen ergänzt den Indikator Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten, sodass unterschieden werden kann, welche Leistungen in Rahmen welcher Wohnformen genutzt werden und zu einer Eingliederung der Menschen mit Behinderungen in eine private Unterbringung führen.	1. Pflegebericht-erstattung	kurzfristig*

### **Themenfeld 9: Gesellschaftliche Akzeptanz**

Die soziale Gesellschaft als Lebensgemeinschaft von Menschen wird durch Normen, Konventionen und Gesetze geregelt. Als soziale Umwelt hat sie einen wesentlichen Einfluss auf die Inklusion von Menschen mit Behinderungen. Die Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen ist ein wesentlicher Aspekt für die soziale Teilhabe dieser an einer sozialen Gemeinschaft.

In der BRK wird betont, „dass alle Menschenrechte und Grundfreiheiten allgemein gültig und unteilbar sind, einander bedingen und miteinander verknüpft sind und dass Menschen mit Behinderungen der volle Genuss dieser Rechte und Freiheiten ohne Diskriminierung garantiert werden muss“ (Präambel BRK). Unter anderem wird in den Artikeln 2-6, 22-25, 29 auf verschiedene Formen von Diskriminierung bei Menschen mit Behinderungen eingegangen. In diesem Zusammenhang fordert der DBR (2010b) die umfassende Beteiligung von Menschen mit Behinderungen bei der Umsetzung der BRK im Rahmen des NAP sowie bei allen Planungen zur Behindertenpolitik. Weiterhin appelliert er zum *Disability-Mainstreaming* bei allen staatlichen Aktivitäten. Hierfür schlägt der DBR einen *Leitfaden zur Prüfung auf Relevanz für Menschen mit Behinderungen* in allen Politikbereichen vor. Weiterhin ist hierzu auch die Gesetzgebung von Bund und Ländern zu prüfen, insbesondere die Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetze (AGG) und das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG). Ferner ist der Schutz vor Diskriminierung umfassend und entsprechend der BRK im Gesetz zu verankern (ebd.).



**Themenfeld 9: Gesellschaftliche Akzeptanz**

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator		Definition	Datenquelle	Realisierbarkeit
<b>Gesellschaftliche Einstellungen/ Meinung/ Gleichstellung/ Diskriminierung/ gesellschaftliches Bewusstsein / Disability Mainstreaming</b>	Einstellung/Bewusstsein der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderungen/ Beeinträchtigungen	9.1.1	Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen in der Gesamtbevölkerung	Die Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen in einer Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderungen ist ein wesentliches Merkmal für die Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen. Die Einstellung beeinflusst das Verhalten von Menschen wesentlich und ist damit für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen von grundlegender Bedeutung. Exklusion entsteht zunächst in den Köpfen der Menschen.	1. Spezial-EUROBAROMETER 263	kurzfristig*
					2. DEGS	mittelfristig
		9.1.2	Subjektiv wahrgenommene Exklusion/Inklusion	Die subjektive Wahrnehmung von Diskriminierung durch Menschen mit Behinderungen ist für die Maßnahmenplanungen im Bereich Inklusion von Menschen mit Behinderungen zunehmend wichtiger. Der Indikator stellt dar, welche Differenz zwischen einer objektiv gemessenen Exklusion von Menschen mit Behinderungen und der wahrgenommenen Exklusion in Form von wahrgenommener personaler oder struktureller Diskriminierung besteht. Die Ausrichtung von Inklusionsmaßnahmen kann anhand dieser Unterschiede angeglichen werden, um damit die Qualität der Inklusion zu verbessern.	nicht bekannt	langfristig

	Disability Mainstreaming	9.2	Beurteilung der Notwendigkeit von Prävention bei Vorurteilen und Diskriminierung gegenüber Menschen mit Behinderungen	Die Einschätzung der Gesellschaft im Hinblick auf die Diskriminierung und der Notwendigkeit von Maßnahmen zur Prävention bilden die Wahrnehmung der Exklusion von Menschen mit Behinderungen durch Diskriminierung ab.	1. Spezial-EURO- BAROMETER 263 (Kapitel Bekämpfung von Diskriminierung)	kurzfristig*
--	-----------------------------	-----	---	---	---	--------------

## 6 Darstellung der Aktivitäten zu behinderungsspezifischen Indikatoren auf internationaler Ebene

Im Kontext der Umstrukturierung der Behindertenberichterstattung kann die internationale Datenerfassung und Forschung wichtige Impulse geben. Die Darstellung und Analyse der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und der Behindertenpolitik in den EU-Staaten mittels einheitlicher Indikatoren ist für einen Vergleich zwischen den Mitgliedern sowie in einem größeren internationalen Kontext erforderlich. So können zum einen die Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen in den Ländern vergleichend bewertet werden und zum anderen erfolgreiche Beispiele der Behindertenpolitik identifiziert werden, was auch die Ableitung politischer Maßnahmen und Konzepte ermöglicht. Zu vermuten ist, dass es langfristig zu einer schrittweisen Harmonisierung der Daten und Indikatoren der EU-Mitgliedsstaaten kommen wird, ähnlich wie in der Armutsberichterstattung.

### 6.1 Beispiele nationaler Indikatorensets mit Vorbildcharakter (Österreich, Schweiz, Großbritannien)

Auf internationaler Ebene lassen sich sog. Indikatorensets (vgl. Kap. 5) anderer Staaten identifizieren, deren Ausarbeitung und Darstellung für die Erstellung des Indikatoren gestützten Behindertenberichtes in Deutschland berücksichtigt werden sollten. Sie geben Impulse für die Weiterentwicklung der nationalen Indikatoren sowie für die Harmonisierung auf europäischer oder internationaler Ebene.

Nachfolgend werden die Indikatoren von drei ausgewählten und mit Deutschland vergleichbaren Wohlfahrtsstaaten exemplarisch betrachtet. Eine lückenlose Bestandsaufnahme aller Wohlfahrtsstaaten ist aufgrund der unterschiedlichen nationalen/regionalen Erfassungssysteme nicht zweckdienlich. Vielmehr ist die Aufdeckung von *Best Practice*- bzw. *Good Practice*-Beispielen von Indikatoren- und Datensammlungen, die mit der deutschen Berichterstattung (partiell) kompatibel sind oder mittelfristig sein können, Ziel führend. In diesem Kontext soll hier auf die bereits ausgearbeiteten und erprobten Indikatorensets im Rahmen der Behindertenberichterstattung in Österreich, in der Schweiz und in Großbritannien verwiesen werden.

Ein gutes Beispiel für die Abfrage von Behinderung stellt die Zusatzbefragung „Menschen mit Beeinträchtigungen“ im Mikrozensus dar, die durch das **Statistische Bundesamt Österreichs** (Statistik Austria) erhoben wird (die aktuellsten Ergebnisse liegen von der Befragung im 4. Quartal 2007 vor). Dabei folgt die Operationalisierung von Behinderung dem erweiterten Verständnis entsprechend der ICF und beschränkt sich nicht auf eine amtliche Feststellung von (Schwer-)Behinderung. Stattdessen werden mittels zwei Fragen nach

langfristigen Beeinträchtigungen im Alltagsleben („Sind Sie im Alltagsleben auf Grund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung eingeschränkt?“, „Haben Sie diese Beeinträchtigung schon länger als ein halbes Jahr?“) die Befragten als behindert (beide Fragen sind mit „ja“ beantwortet) oder nicht-behindert „eingestuft“ (BMASK 2009; Leitner 2008). Anzumerken ist hier, dass die Art der Fragestellung einer simplifizierenden Kategorisierung nach "behindert" vs. "nicht-behindert" Vorschub leistet und auf diese Weise die Heterogenität der unterschiedlichen Formen gesundheitlicher Beeinträchtigungen und die wichtige Differenzierung unterschiedlicher Schwere-/Beeinträchtigungsgrade nur unzureichend erfasst. Zudem laufen Fragen, die in erster Linie auf langfristige Beeinträchtigungen im Alltagsleben fokussieren, Gefahr, die spezifischen Unterstützungsbedarfe zu übersehen.

Wird von dauerhaften Beeinträchtigungen berichtet, folgen weitere Fragen nach ihrer Art (Beweglichkeit/Mobilität, Sehen, Hören, Sprechen, nervliche oder psychische Probleme, geistige Probleme oder Lernprobleme, andere Beeinträchtigungen) und Stärke (leicht, mittel, schwerwiegend) sowie nach den hieraus resultierenden Schwierigkeiten im Alltag. Entsprechend der ICF werden die Kontextfaktoren umfassend berücksichtigt (soziale und physische Umwelt)<sup>23</sup>. Die Auswertung der Daten wird weiterhin nach sozioökonomischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Erwerbsquote, Arbeitslosigkeit, Bildungsabschluss) differenziert.

Diese Vorgehensweise und Fragestellung entspricht der vorliegenden Arbeitsdefinition für die Erfassung von Behinderung für die Neukonzeption des Behindertenberichts und ist daher auch auf Deutschland übertragbar. Die Möglichkeiten der Anwendung dieser Formulierung sollte daher geprüft und bspw. als ein möglicher Fragenblock für das Ergänzungsmodul in Betracht gezogen werden (vgl. Kap. 8). Allerdings sind auch hier Verbesserungen in der Umsetzung (Stichprobenziehung, Stichprobengröße) erforderlich. Zu prüfen ist zudem die Anwendbarkeit der Fragen für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen und für Menschen, die in Heimen leben. Bei dieser Gruppe ist im Mikrozensus Österreichs von einer Unterschätzung bzw. Nicht-Erfassung auszugehen, da lediglich Personen in Privathaushalten befragt werden (BMASK 2009; Leitner 2008).

Weiterhin hat Statistik Austria in den Jahren 2002 und 2011 Behinderung im Hinblick auf Erwerbstätigkeit umfangreich erhoben (beide Fragebögen sind auf der Internetseite von Statistik Austria einsehbar: <http://www.statistik.at/>). Dazu wurde dem Fragebogen des Mikrozensus ein *Ad-hoc Modul* zur "Beschäftigung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen" hinzugefügt. Die aktuellen Fragen wurden in Anlehnung an die Erhebung 2002 angepasst. Die Eignung dieses Moduls für Deutschland ist ebenfalls zu prüfen.

Auf Basis des Bundesgesetzes über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG) wird seit 2004 die Gleichstellung für Menschen mit Behinderungen in der **Schweiz** geregelt. Zu diesem Zweck wurden Indikatoren entwickelt, die Auskunft über den gegenwärtigen Stand und die Entwicklung der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen, insbesondere im Hinblick auf die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und die Ausübung einer Erwerbstätigkeit, geben. Die Situation von Menschen mit Behinderungen wird dabei mit der von Menschen ohne Behinderungen verglichen, wobei insgesamt sechs Themenfelder abgedeckt werden. Neben den grundlegenden sozialstatistischen Daten (Anzahl der Menschen mit Behinderungen, Alter, Geschlecht, Haushaltsform [privat oder Heimunterbringung], Schwere und Art der Beeinträchtigung, etc.), ist dies die Gleichstellung in folgenden Bereichen:

- Bildung (Zugang zu Ausbildung, Bildungsstand)
- Erwerbstätigkeit (Erwerbsbeteiligung, Nichterwerbspersonen, geschützte Arbeit, Lebensqualität in der Arbeit)
- Lebensstandard (Invaliditätsleistungen, Armut)
- individuelles Wohlbefinden (Gesundheit, individuelle Autonomie, Familienleben, soziale Kontakte)
- gesellschaftliche Teilhabe (Teilhabe in Vereinen, Mobilität).

Die Datenbasis für diese Indikatoren bildet die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2007, die im Fünf-Jahres-Rhythmus durchgeführt wird und Personen aus Privathaushalten ab 15 Jahren einbezieht. Zudem werden weitere Quellen, wie die *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)* und die *Statistik der Lernenden* herangezogen, um Datenlücken zu füllen. Der SGB wird eine subjektive Definition von Behinderung zugrunde gelegt, da Menschen mit Behinderungen als Personen definiert werden, die über ein dauerhaftes Gesundheitsproblem und eine Einschränkung bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens berichten. Aufgrund des speziellen Fokus der Erwerbstätigkeit ist die Mehrzahl der Indikatoren auf die Personengruppe der 15- bis 64-Jährigen begrenzt. Weiterhin bleibt die Gruppe der Menschen mit Behinderungen, die in Heimen lebt, innerhalb der Stichprobenziehung der SGB unberücksichtigt. Diese Lücken werden durch SOMED geschlossen (Statistik Schweiz 2011).

Das Vorgehen in **Österreichs** und der **Schweiz** liefert Beispiele für die Indikatoren gestützte Erfassung im Kontext von Befragungen. Der Vorteil liegt insbesondere in den bereits angewandten Fragestellungen, folglich in den getesteten Operationalisierungen. Die Übertragbarkeit auf Deutschland ist zu prüfen.

In **Großbritannien** wurde bereits ein Behinderten spezifisches Indikatorenset entwickelt („Disability Equality Indicators“), um Fortschritte im Prozess der Gleichstellung von

Menschen mit Behinderungen messbar zu machen. Das Set deckt eine Vielzahl an Themenfeldern ab, die von Menschen mit Behinderungen als wichtig erachtet werden (die Auswahl der Themenfelder erfolgte unter Beteiligung von Menschen mit Behinderungen). Die Indikatoren werden genutzt, um die Fortschritte bei der Umsetzung nationaler Programme („Independent Living Strategy“, „Roadmap – Achieving disability equality by 2025“) und der UN-Behindertenrechtskonvention zu beobachten. Um eine hohe Transparenz im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Lebensqualität und -chancen von Menschen mit und ohne Behinderungen zu gewährleisten, sind sowohl die Regierung als auch Nicht-Regierungsorganisationen in den Prozess eingebunden. Das Indikatorenset soll zukünftig mit der wachsenden Verfügbarkeit von Daten erweitert werden. Die Beteiligung von Betroffenen wird dabei als zentral angesehen, um tatsächliche und nachhaltige Verbesserungen für die Zielgruppe zu erreichen.

Die folgenden 14 Themen wurden im Rahmen der „Roadmap 2025“ identifiziert und spiegeln sich in den Indikatoren wider:

- Kinder
- Kommunikation
- Diskriminierung
- Erwerbstätigkeit
- Gesundheit
- Unterbringung
- Selbstbestimmtes Leben
- Rechtssystem
- Freizeit, soziale und kulturelle Aktivitäten
- Lebensstandards
- Teilhabe
- Teilhabe an Weiterbildung (post-19 Jahre) und Ausbildung
- soziale Betreuung
- Transport

Für das Monitoring der Fortschritte, u.a. der „Roadmap 2025“, wurden fast 50 Indikatoren ausgewählt, die in im Anhang (vgl. Anhang 2) aufgelistet sind. Die Darstellung der einzelnen Indikatoren umfasst neben einer Definition und Beschreibung (einschließlich Nennung der Datenquelle und Aktualität) der dort verfügbaren bzw. verwendeten Daten bereits die ausgewerteten Ergebnisse (Ist-Situation und Trends). Weiterhin werden Hinweise auf methodische Besonderheiten des Datensatzes, auf weiterführende Auswertungen entsprechender Erhebungen sowie gegebenenfalls auf den Verwendungszusammenhang des Indikators in anderen (nationalen) Programmen (z. B. „Independent Living Strategy“) gegeben (Office for Disability Issues 2011). Dieses Beispiel aus Großbritannien verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Indikator und praktischer Umsetzung hinsichtlich

Datenauswertung und Darstellung der Ergebnisse. Damit ist eine wichtige Grundlage für eine Behindertenberichterstattung geschaffen, die mit Blick auf die Berichterstattung in Deutschland künftig um Aspekte wie z. B. Gender Mainstreaming, Lebenslagen und andere Querschnittsthemen zu ergänzen ist.

## 6.2 Entwicklungen auf europäischer Ebene

Auf europäischer Ebene bzw. auf internationaler Ebene liegen bislang keine umfassenden Indikatoren vor, die die Teilhabe und Partizipation von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen hinreichend erfassen bzw. abbilden und gleichzeitig einen adäquaten Staatenvergleich erlauben. Die Entwicklung einzelner Indikatoren oder umfassender Indikatorensets im Themenfeld Behinderung wurde jedoch im Rahmen einiger Projekte begonnen. Dementsprechend werden themenspezifische Indikatorensets von der **Europäischen Kommission** (u.a. European Health Interview Survey [EHIS]; European Community Health Indicators [ECHI]) und von **Eurostat** (u.a. European Statistics of Income and Living Condition [EU-SILC]) bereitgestellt. Es gilt, diese bestehenden Vorschläge zu Messgrößen langfristig auszuarbeiten, einzusetzen, weiterzuentwickeln und hinsichtlich behindertenpolitischer Fragestellungen auszurichten. Letzteres wurde im IDEE-Projekt unter Beteiligung des „Academic Network of European Disability experts“ (**ANED**) begonnen (ANED 2011; Priestly & Lawson 2009). Um diese Ansätze bei der Weiterentwicklung des deutschen Indikatorensets zu berücksichtigen, folgt eine kurze Skizzierung der wichtigsten Projekte und Vorgänge auf EU-Ebene.

Die Europäische Kommission hat im Rahmen zweier Projekte (**ECHI** und **EHIS**) zur Entwicklung europäischer Gesundheitsberichterstattung eine Liste mit Gesundheitsindikatoren (ECHI-Indikatoren) veröffentlicht sowie einen Fragebogen (EHIS) zur Datenerhebung für die Indikatoren gestützte Gesundheitsberichterstattung entwickeln lassen. Anhand einiger Indikatoren bzw. Fragen kann entsprechend des Verständnisses von Behinderung als Beeinträchtigung das Vorliegen von Behinderungen sowie Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten festgestellt werden (Indikatoren Nr. 34 bis 40):

- Chronische Erkrankungen (self-reported chronic morbidity)
- Dauerhafte Aktivitätseinschränkungen (long-term activity limitations)
- Physische und sensorische Funktionseinschränkungen (physical and sensory functional limitations)
- Gesunde Lebensjahre (health expectancy: Healthy Life Years [HLY])

Die Datengrundlage dieser Indikatoren stellen die SILC-Daten von Eurostat dar (ECHIM 2011). Das Hinzuziehen des *ECHI-Indikatorensets* ist für die Anpassung und Weiterentwicklung der Dimension Gesundheit der Behindertenberichterstattung in

Deutschland gut geeignet. Gegebenenfalls können die Indikatoren auch für die Operationalisierung von Behinderung und Gesundheit herangezogen werden.

Die erste EHIS-Welle wurde 2007 bis 2009 erhoben, eine zweite Welle ist für das Jahr 2014 geplant. Daran anknüpfen soll eine regelmäßige Wiederholung im Abstand von fünf Jahren (EC & eurostat 2010). Der Ausblick auf die langfristige Erhebung der Daten ist ein wichtiges Kriterium, um Zeitreihen in den Indikatoren gestützten Berichten darstellen zu können und die Indikatoren im europäischen Raum schrittweise zu harmonisieren.

Relevant ist ebenfalls der beabsichtigte **European Survey on Health and Social Integration (ESHSI)**, der sowohl Informationen für die Europäische Kommission für den *European Disability Action Plan* (2003-2010, Nachfolger geplant) und die UN Konvention (Artikel 31 und 35) liefern soll. Die Definition und Erfassung von Behinderung folgen dem bi-psycho-sozialen Modell (ICF), dementsprechend wird die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und sozialer Situation bzw. sozialem Umfeld als Faktor für Behinderung berücksichtigt. Die sozio-oekonomischen Basisangaben bestehen aus 16 Variablen u. a. zum Familienstand, Alter, Haushaltstyp, Bildung, Arbeitsmarkt und Einkommen. Zudem soll der allgemeine Gesundheitszustand (Bestehen eines langfristigen Gesundheitsproblems, Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten aufgrund eines Gesundheitsproblem), die Art des langfristigen Gesundheitsproblems (Mischung Krankheiten und Funktionseinschränkungen) sowie Basisaktivitäten (Sehen, Hören, Gehen, etc.) erhoben werden. Des Weiteren ist die Abfrage von Teilhabe und Barrieren in ausgewählten gesellschaftlichen Bereichen wie Mobilität, Zugang zu Gebäuden, Bildung und Fortbildung, Beschäftigung, Internet, Soziale Kontakte, Freizeit, finanzielle Situation, Einstellung und Verhalten (Diskriminierung) beabsichtigt (Pfaff, mündliche Mitteilung vom 13.12.2010 in Berlin). Parallelen zum österreichischen Ansatz sind hier hinsichtlich des Verständnisses von Behinderung und der Art der Abfrage von Beeinträchtigungen festzustellen.

In der nächsten Erhebungswelle ist für Deutschland die Befragung von rund 20.000 Personen geplant, die in privaten Haushalten leben. In der Erhebung 2012 werden in einigen EU-Ländern freiwillige Erhebungen durch statistische Ämter durchgeführt, in Deutschland ist die Erhebung durch private Institutionen in der Diskussion. Danach besteht die Option der Eingliederung in das amtliche statistische System mit Wiederholung als eigenständiges ESHSI alle fünf Jahre ab dem Jahr 2017 (Pfaff, mündliche Mitteilung vom 13.12.2010 in Berlin).

Diese Erhebung hat das Potenzial umfangreiches Datenmaterial für die Bildung und Bewertung von Indikatoren für die Themenbereiche Gesundheit und soziale Integration/Inklusion zu liefern. Behinderung wird ähnlich wie in Österreich operationalisiert.



Der Survey wird zukünftig die zentrale Datenquelle für Informationen zu Behinderung darstellen, denn die Definition und Erfassung von Behinderung stimmen gleichzeitig mit dem Verständnis von Behinderung in der BRK überein (EC & eurostat 2010). Weiterhin ermöglicht der Survey einen europaweiten Vergleich der teilnehmenden Länder durch die Umsetzung in mehreren europäischen Staaten. Insgesamt sollte der ESHSI für die Entwicklung und Harmonisierung eines europäisch bzw. international vergleichbaren Indikatorensets berücksichtigt werden und sollte auch in seinen Ergebnissen in die deutsche Behindertenberichterstattung eingehen.

Die europaweit geplante Durchführung des EU-Moduls „**Disability and Employment**“ erfolgt in Deutschland im Rahmen des Mikrozensus 2011. An der Erhebung des Ergänzungsmoduls nehmen hier 80.000 Befragte im Alter von 15 bis 64 Jahren auf Basis freiwilliger Auskunft teil. Abgefragt werden andauernde Gesundheitsprobleme, die Art der Behinderung sowie Basisaktivitäten. Zudem sind die Auswirkungen der Behinderung auf den Arbeitsumfang, die Art der Tätigkeit und die Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes sowie weitere Barrieren und Unterstützungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz abzufragen. Die zukünftige Fortführung der Erhebung ist ungewiss (Pfaff, mündliche Mitteilung vom 13.12.2010 in Berlin). Die Eignung dieses Moduls als (Teil des) Ergänzungsmoduls (vgl. Kap. 8) für nationale Erhebungen ist zu prüfen. Die Limitierung des Moduls auf das Themenfeld Erwerbstätigkeit und damit auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ist dabei zu berücksichtigen.

Die **EU-SILC** („*EU Statistics on Income and Living Conditions*“) wird seit 2007 in allen europäischen Ländern erhoben und stellt den Bezugspunkt für vergleichbare Statistiken im Bereich der Einkommensverteilung und sozialen Inklusion in der Europäischen Union dar. EU-SILC wird für „Policy Monitoring“ im Rahmen der „Open Method of Coordination on Social Inclusion and Social Protection“ (OMC)<sup>24</sup> genutzt, indem sowohl Querschnittsdaten zu den Themen Einkommen, Armut, Exklusion und anderen Lebensbedingungen als auch Längsschnittdaten, die alle vier Jahre Veränderungen über Zeit messen, erhoben werden. Der Schwerpunkt der EU-SILC Befragungen liegt auf detaillierten Daten zum Einkommen (speziell persönliches Einkommen). Die Referenzpopulation beinhaltet alle privaten Haushalte und deren Mitglieder unter Ausschluss von Personen, die in Einrichtungen leben. Interviewt werden Haushaltsmitglieder ab 16 Jahren. Die innerhalb der EU-SILC generierten Daten werden an Eurostat weitergeleitet und sind dort in den entsprechenden Datenbanken einsehbar (European Commission, eurostat 2010).

In den Datenbanken von **Eurostat** erfolgt eine Zusammenführung von Daten aus verschiedenen Surveys und Erhebungen. Von besonderer Relevanz sind die Indikatoren aus Erhebungen mit dem Schwerpunkt Gesundheit (vgl. Anhang 1.2).

In der EU können weitere Datenbanken zu Fragestellungen und *Best-Practice* Beispielen, die das Thema Behinderung betreffen, identifiziert werden. Nachfolgend werden einige weitere Beispiele skizziert. Aufgrund ihrer spezifischen Ausrichtung, die bislang nur bedingt für die Entwicklung behindertenspezifischer Indikatoren geeignet sind, werden diese nicht detailliert beschrieben. Da eine entsprechende Weiterentwicklung jedoch denkbar ist, wenn bspw. bisher keine Datengrundlage für die betreffenden Dimensionen besteht, sollen diese Projekte angeführt werden.

Zunächst ist die *ELTIS-Datenbank (European Local Transport Information Service)* zu nennen, welche *Best-Practice* Beispiele u.a. aus den Bereichen barrierefreie Gestaltung von Verkehrssystemen, Mobilitätsmanagement sowie Verkehr und Raumplanung in den EU-Mitgliedsstaaten liefert und strukturiert darstellt. Derzeit umfasst die Datenbank fast 1.800 Fallbeispiele, wie beispielsweise das Projekt *Mobilitätsmanagement für behinderte Menschen* (Navarra, Spanien), die *Finanziell unterstützte, barrierefreie Taxinutzung in London* (UK) oder das *Navigations und Leitsystem für Blinde in Finnland*. Die ELTIS-Datenbank bietet somit Anregungen für die Umsetzung barrierefreier Gestaltung der Umwelt und der Transportsysteme sowie hinsichtlich der Implementation der BRK-Normen in Deutschland (u.a. Barrierefreiheit und den Zugang von Menschen mit Behinderungen im öffentlichen Leben) (ELTIS 2011, Europäische Kommission 2007). Möglicherweise eignet sich die Datenbank zur Weiterentwicklung, um barrierefreie Umwelten in Europa zu erfassen und zu bewerten.

Mit einer Analyse des *Eurobarometers* in Bezug auf Items zum Thema Behinderung können weitere Informationen zu Fragestellungen der sozialen und politischen Partizipation generiert werden. Da in Deutschland keine amtliche Statistik zu dem Thema vorliegt, können etwa die Ergebnisse der Befragung des Eurobarometers zum Thema Diskriminierung wichtige Ergebnisse liefern.

Selbiges gilt für den *European Social Survey*, der alle zwei Jahre soziale und politische Einstellungen sowie die Partizipation europäischer Bürger erhebt. Des Weiteren bieten das „*Europäische Handbuch zu Gleichstellungsdaten*“ (Europäische Kommission 2006) sowie das Manuskript „*Bekämpfung von Diskriminierungen und Förderung der Gleichstellung: Wie lassen sich die erzielten Fortschritte messen*“ (Europäische Kommission 2008) Hinweise auf verschiedene Datenquellen und Indikatoren zur Analyse von Diskriminierung u.a. im Fall von Behinderungen. Die repräsentative Beteiligung von Menschen mit Behinderungen an diesen Erhebungen ist zu prüfen. Dennoch kann die Wahl der darin verwendeten Indikatoren und entsprechende Operationalisierung in den Erhebungen für die Planung des nationalen Vorgehens abgestimmt werden, um frühzeitig die Weichen für eine bessere Vergleichbarkeit mit europäischen Daten zu erreichen.

Angesichts der verschiedenen europäischen Surveys und Datenbanken, die auch das Thema Behinderung betreffen, ist neben einem zu harmonisierenden Indikatorenset auch die Operationalisierung zu vereinheitlichen. Dies würde erheblich zur Vergleichbarkeit der Erhebungen und der Vermeidung von Doppelungen beitragen. Weiterhin ist eine strukturierte Sammlung von Indikatoren, die zur Abbildung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen geeignet sind, zu erstellen.

Hierzu bieten das **IDEE**-Projekt (**Indicators for Disability Equality in Europe**) und die Arbeit der Gruppe **ANED** („Academic Network of European Disability experts“) eine weiterzuführende Grundlage. Die Arbeitsgruppe ANED hatte bereits 2008 einen Review zu Methoden und Indikatoren für das Monitoring von internationalen Projekten wie der Implementierung der BRK erstellt. Eine ANED-Kommission begann daraufhin (gemeinsam mit Vertretern von WHO, Eurostat und Council of Europe) mit der Entwicklung von Indikatoren für die Darstellung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen. Hieraus entstand eine Empfehlung (Priestley/Lawson 2009) mit konkreten Vorschlägen zu qualitativen und quantitativen Indikatoren, die insbesondere für das Monitoring der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention geeignet sein sollten. Diese Indikatoren basieren auf einer dreigeteilten Konzeption, indem übergeordnet drei Arten von Indikatoren erarbeitet wurden:

- Indikatoren, die die Rechte von Menschen mit Behinderungen erfassen,
- Indikatoren, die auf die Aspekte Zugang und Barrieren abzielen und
- Indikatoren, die die Partizipation von Menschen mit Behinderungen abbilden soll (ANED 2011).

Im Rahmen dieser Vorstudie dienten bspw. die von dem ANED vorgeschlagenen Indikatoren zum Familienstand bzw. zur Elternschaft<sup>25</sup> als Anregung für die Entwicklung der eigenen Indikatoren. Zudem sind insbesondere die Aspekte Zugang und Barrieren sowie Partizipation für die nationale Behindertenberichterstattung entsprechend des SGB zu berücksichtigen.

Die Berichte zur Vergleichbarkeit von Daten und Indikatoren in den EU-Mitgliedsstaaten, die im Rahmen des ANED Projektes erstellt wurden, sind mit Blick auf eine Angleichung der Indikatoren und der Datenlage auf internationaler Ebene in Zukunft von erheblicher Relevanz. Selbiges gilt für die Recherche- und Berichtsaktivitäten der Gruppe, deren Schwerpunkte in Rücksprache mit der Europäischen Kommission ausgewählt werden. Folglich sind bereits Berichte bspw. zu den Themen Bildung, Recht und Politik, Erwerbstätigkeit, soziale Inklusion, selbstbestimmtes Leben oder auch zur Datenlage verfasst und veröffentlicht worden (vgl. ANED 2011).

Für die Verbesserung der Datenlage und Anpassung der Indikatoren in ein umfassendes europäisches Indikatorenset in Bezug auf Behindertenpolitik sind weiterhin die Initiativen der EU-Kommission zu berücksichtigen. Die im Rahmen des EU-Aktionsplans für Menschen mit Behinderungen (2004 – 2010) in der letzten Phase (2008 – 2009) entwickelten Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Behindertenstatistiken dienen der Stärkung der Analysekapazitäten der EU (Commission of the European Communities 2010). Eine Fortführung der Arbeit sowie eine Zusammenführung mit den Ergebnissen der ANED-Gruppe sind zu empfehlen.

Insgesamt wirken die verschiedenen Projekte zur Indikatorenentwicklung auf EU-Ebene wenig koordiniert und abgestimmt. Zudem scheinen sich Inhalte und Zuständigkeiten unter den Beteiligten zu überschneiden. Eine Koordination der Aktivitäten und Zusammenfassung bzw. Übersicht der bisherigen Ergebnisse ist anzustreben, wie bereits im Rahmen des IDEE-Projekts und durch die ANED-Arbeitsgruppe begonnen.

### **6.3 Entwicklungen auf internationaler Ebene**

Auf internationaler Ebene sind im Wesentlichen die Aktivitäten der WHO, der UN Washington Group sowie die Indikatoren der *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) zu nennen.

Die europäische **HFA-Datenbank** (**Health for All Database**) der **WHO Europe** liefert sieben Indikatoren, die die Situation von Menschen mit Behinderungen nach Jahr und Land differenziert abbilden. Die Daten liegen bis zum Jahr 2009 vor und bilden Aspekte aus den Bereichen psychische Störungen, Inanspruchnahme sozialer Leistungen und Erwerbstätigkeit ab (WHO Europe 2003). Unter Berücksichtigung der weiteren Indikatoren dieser Datenbank zu Gesundheit (Morbidität und Mortalität), Lebensstil, Umwelt, Gesundheitsversorgung und unter Hinzuziehung soziodemografischer Daten können möglicherweise weitere Auswertungen zu Einflüssen auf den Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen vorgenommen werden. Die Indikatorenliste ist mit der ECHI-Liste abzugleichen. Weiterhin sind auch Limitierungen aufgrund der Datenqualität und der Stichprobenziehung zu berücksichtigen, insbesondere bei Ländervergleichen.

Die **Washington Group on Disability Statistics** ist eine *UN City Group on Statistical Methodologies*, die seit 2001 existiert und sich mit der Förderung und Koordination internationaler Kooperationen im Umgang mit Gesundheitsstatistiken mit Fokus auf Messinstrumente für Behinderung befasst. Entsprechende Instrumente sollen kompatibel für den Einsatz in Zensus und nationalen Surveys sein, um die Datenlage und Informationen zu Behinderung weltweit zu verbessern. Konkret schlagen die Mitglieder der *Washington Group on Disability Statistics* die Entwicklung einer kleineren Zahl von Indikatorensets mit

unterschiedlichen Schwerpunkten vor, die im Rahmen von Volkszählungen, Surveys oder anderen statistischen Formaten eingesetzt werden können, um den Stand und die Fortschritte der Chancengleichheit zu beobachten. Dazu sind Items zur Messung von Behinderung oder zumindest Designprinzipien hierfür zu empfehlen, die als Komponenten in Surveys eingebaut werden können. Die erweiterten Messmethoden sind hierbei stets auf die zugrunde liegenden Messmethoden bezogen zu entwickeln. Das Verständnis von Behinderung und Rahmenbedingungen für diese Arbeiten basieren auf der ICF der WHO (UN Statistics Division 2011).

Das vorgeschlagene Erhebungsinstrument soll einen kurzen Fragebogen (z. B. für Zensus) mit dem Schwerpunkt „Probleme bei Basisaktivitäten“ beinhalten. Zudem sind ein längeres Set sowie Untersuchungen zu Spezialthemen (z. B. Kinder, Einrichtungen, Teilhabe) geplant (Pfaff, mündliche Mitteilung vom 13.12.2010 in Berlin). Die Relevanz dieser Arbeit der *UN City Group on Statistical Methodologies* liegt insbesondere in der Operationalisierung von Behinderung. Die Ergebnisse können in die Arbeitsgruppe zu Definition und Operationalisierung der Erfassung von Behinderung einfließen und ihre Berücksichtigung zu einer besseren Vergleichbarkeit führen. Das Vorgehen zur Erfassung von Behinderung passt inhaltlich zu den Vorschlägen aus der EU und aus Österreich.

Die **OECD** liefert lediglich Indikatoren für die Gruppe von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen. Für ausgewählte Länder können Daten anhand der Indikatoren miteinander verglichen werden. Der Bericht, der erstellt wurde (OECD 2009: „Students with Disabilities, Learning Difficulties and Disadvantages: Statistics and Indicators“) umfasst dementsprechend Analysen zu Bildungsangeboten für Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen und ihren erreichten Bildungsstand. Die Daten werden u.a. differenziert nach Schülerinnen und Schülern, die Unterstützungsleistungen erhalten, nach Geschlecht, nach Art und nach Schwere der Behinderung (jeweils entsprechend der nationalen Definition und Erfassungsgrundlage). Zudem erfolgt eine Differenzierung zwischen *Behinderung (disabilities)*, *Beeinträchtigung (difficulties)* und *Benachteiligung (disadvantages)* sowie nach Ausbildungsstand, Land und Anzahl bzw. Anteil der Schülerinnen und Schüler auf Sonderschulen. Hiermit kann bedingt der Grad der Inklusion im Bildungssystem bewertet werden (Schul- und Klassenform). Darüber hinaus werden das Zahlenverhältnis von Schülern und Lehrern betrachtet und politische Maßnahmen diskutiert. Neben quantitativen Daten werden ebenfalls qualitative Informationen berücksichtigt. Die Geschlechterperspektive und der Lebenslagen-Ansatz finden sich rudimentär in der Aufgliederung der Daten nach Schul- oder Klassenform sowie nach Ausbildungsphasen (Grundschule, Sekundarstufen) wieder (OECD 2011; OECD 2001). Die Vergleichbarkeit der

Daten ist jedoch nur begrenzt möglich und die Datenqualität muss für zukünftige Auswertungen geprüft werden.

#### **6.4 Fazit zu internationalen Daten und Indikatoren**

Die Übersicht über bestehende Indikatoren, *Best Practice* Beispiele sowie Daten zur Beschreibung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und zu Fragen der nationalen und internationalen/europäischen Behindertenpolitik bietet zum einen Anknüpfungspunkte für die Weiterentwicklung des vorliegenden nationalen Indikatorensets. Zum anderen soll sie Impulsgeber für die schrittweise Harmonisierung der bislang in der EU und international genutzten Indikatorensätze sein. Darüber hinaus erlaubt diese Zusammenstellung das gezielte Hinzuziehen und einen Vergleich anderer Sets, was als Grundlage für die Koordinierung und Anpassung international abgestimmter und vergleichbarer Indikatoren dient.

Im internationalen Kontext angewendete Indikatoren und Beispiele für Operationalisierungen bspw. von Behinderung wurden für das vorliegende Indikatorenset als inhaltliche Anregung genutzt, müssen zukünftig jedoch noch systematisch eingebaut werden (vgl. Kap. 8). Denn die Indikatorenentwicklung und Nutzung ist in nationalem Kontext bereits ein umfangreiches und nur langfristig umsetzbares Vorhaben. Des Weiteren ist eine Harmonisierung auf internationaler Ebene ein langfristiger Prozess, welcher selbst in anderen Bereichen der Datenerhebungen auch innerhalb der EU – trotz eines gemeinsamen statistischen Amtes (Eurostat) – nur kleinschrittig umgesetzt werden kann. Eine relevante Grundlage für dieses Vorhaben bietet die vorangehende Darstellung in diesem Kapitel.

Die Notwendigkeit einer veränderten Abfrage von Behinderung in deutschen Erhebungen wird anhand der europäischen und internationalen Beispiele deutlich. Hier werden fast ausschließlich langfristige Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten und Partizipation erfasst. Damit wird Behinderung im breiten Kontext individueller Funktionseinschränkungen und äußerer Umweltbedingungen entsprechend der ICF und der BRK verstanden.

Das Problem der eingeschränkten Vergleichbarkeit von Daten und Datensätzen lässt sich weder auf nationaler noch internationaler Ebene gänzlich lösen: Die Erhebungen verwenden unterschiedliche Definitionen und Erfassungsmodalitäten von Behinderung sowie auch diverse Operationalisierungen von Themenfeldern, die nicht zuletzt auch kulturellen Besonderheiten geschuldet sind. Letzte müssen insbesondere bei der Auswertung und Interpretation von Daten im internationalen Vergleich berücksichtigt werden. Auch die Erhebungsverfahren (Stichprobenziehung, Stichprobengröße) weichen teilweise stark voneinander ab. Daher sind für die bestehenden Datenbanken und ihre Indikatoren zukünftig

Gütekriterien oder Anforderungskataloge zu entwickeln, die eine Bewertung der Nutzbarkeit der Informationen erlauben. Für den Entwicklungsprozess eines (europäisch bzw. international) abgestimmten Indikatorensets ist zunächst die Identifizierung von praktikablen Beispielen bzgl. Definition und Operationalisierung von Themenbereichen und Erfassungsmodalitäten erforderlich, die als Vorlage für die Weiterentwicklung dienen können.

## **7 Vorgehen bei der Erstellung des Behindertenberichts**

### **7.1 Organisationsstruktur des Nationalen Behindertenberichts**

#### **7.1.1 Zielsetzung und Auftrag**

Ziel dieses Untersuchungsabschnitts, der auf Forschungsebene durch die Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauen- und Genderforschung e. V. (GSF e. V.) bearbeitet wurde, war es praktikable Modelle für die Organisationsstruktur der Neukonzeption des nationalen Behindertenberichtes zu entwickeln. Eine wichtige Grundlage war die Analyse der Organisationsstruktur unterschiedlicher Berichte der Bundesregierung.

Die Bundesregierung legt neben dem Behindertenbericht im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums (BM) für Arbeit und Soziales regelmäßig Berichte auch in anderen Politikbereichen vor, z. B. den Familienbericht, den Kinder- und Jugendbericht aus dem BM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMSFSJ), den Armuts- und Reichtumsbericht "Lebenslagen in Deutschland" aus dem BM für Arbeit und Soziales (BMAS), den Subventionsbericht aus dem BM für Finanzen (BMF) oder den Menschenrechtsbericht aus dem Auswärtigen Amt (AA). Die Verpflichtung zur Berichterstattung ist entweder gesetzlich vorgegeben, z. B. für den Kinder- und Jugendbericht, oder sie beruht auf einem Bundestagsbeschluss, z. B. für den Menschenrechtsbericht. Die Berichte sind an das Parlament, Länder, Städte und Gemeinden, an Nicht-Regierungsorganisationen und an die Zivilgesellschaft gerichtet.

Die Berichte werden entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, ihrer Zielsetzung oder politischer Beschlüsse in unterschiedlichen Organisationsstrukturen erarbeitet.

#### **7.1.2 Vorgehen und Untersuchungsmethode**

Im ersten Schritt wurden für die Analyse von Organisationsstrukturen aus der Vielzahl von Regierungsberichten die Berichte ausgewählt, in denen, ähnlich wie im Behindertenbericht, soziale und gesundheitliche Lebensverhältnisse von gesellschaftlichen Gruppen abgebildet werden. Das sind:

- der Gleichstellungsbericht, der Kinder- und Jugendbericht, der Familienbericht und der Altenbericht in der Zuständigkeit des BMSFSJ,
- der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung in der Zuständigkeit des BMAS und
- der Gesundheitsbericht in der Zuständigkeit des BM für Gesundheit (BMG).



---

### **7.1.3 Typisierung der Organisationsstrukturen**

Aufgrund der Analyse der Organisationsstruktur der Berichte konnten zwei unterschiedliche Modelle der Organisation der Berichterstattung identifiziert werden, wobei das zweite Modell zwei Varianten hat (vgl. Abb. 8, 9 und 10). Die Unterschiede der Organisationsstrukturen werden im Folgenden nach Merkmalen geordnet tabellarisch dargestellt.

**Tabelle 3: Modelle der Berichterstattung**

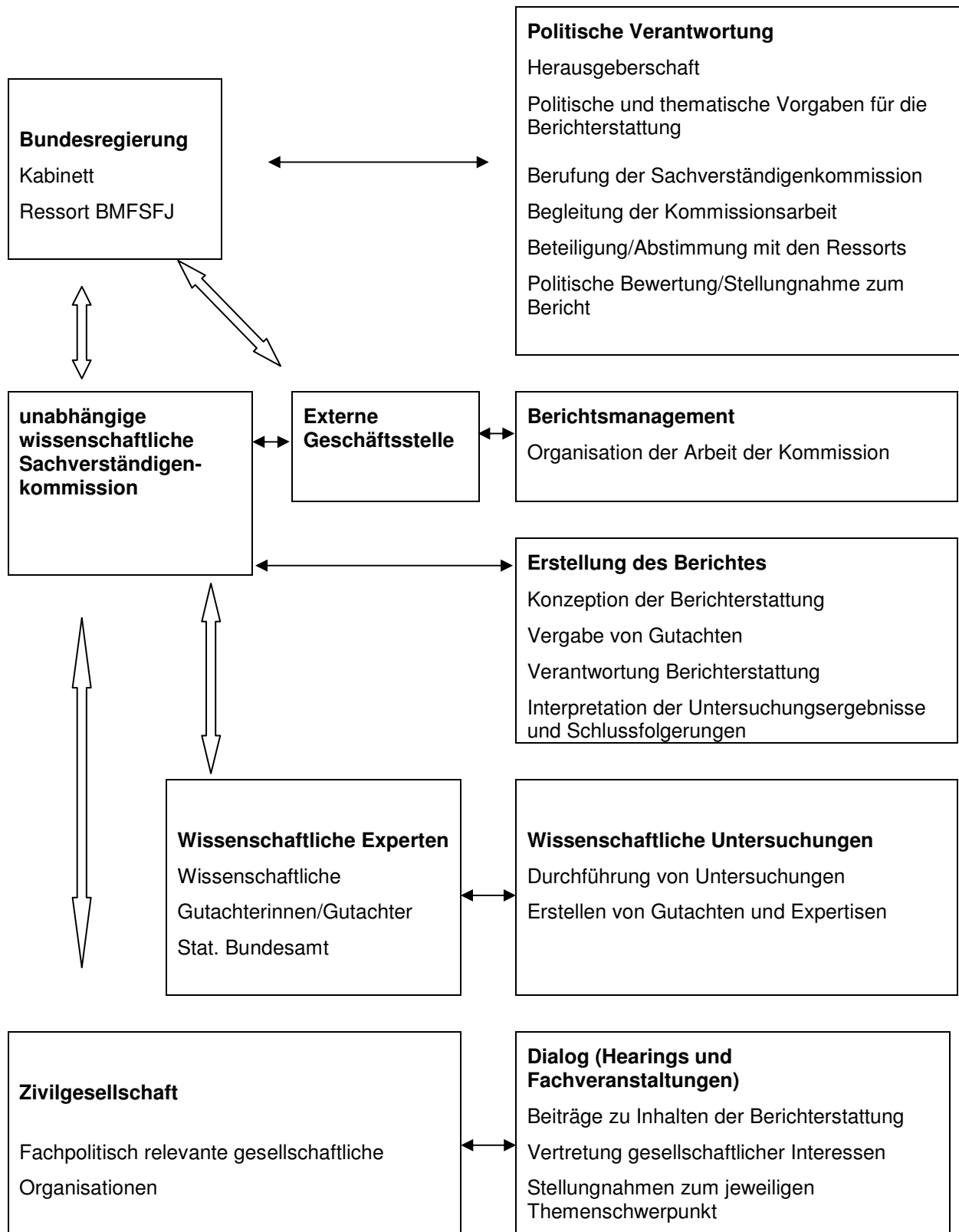
<b>Modell/ Merkmal</b>	<b>Modell A (Berichte aus dem BMFSFJ)</b>	<b>Modell B (Berichte aus dem BMAS und dem BMG)</b>	
Struktur der Berichterstattung	<p>Bericht besteht aus zwei Teilen:</p> <p>dem Gutachten einer vom Ressort berufenen unabhängigen Sachverständigenkommission</p> <p>der Stellungnahme der Bundesregierung zum Gutachten</p>	<p>Der Bericht wird von Organisationseinheiten in Ministerien bzw. nachgeordneten Behörden geschrieben. Organisiert ist die Berichterstattung in zwei Varianten:</p> <p>der Bericht wird in Organisationseinheiten der Regierung selbst verfasst (B 1).</p> <p>der Bericht wird durch nachgeordnete Behörden verfasst (B 2).</p>	
Grundlagen der Berichterstattung	<p>Die Grundlagen der Berichterstattung sind gesetzlich geregelt (Kinder- und Jugendbericht), Beschlüsse des Bundestages (Familien- und Altenbericht, Koalitionsvereinbarung (Gleichstellungsbericht)</p>	<b>Modell B 1 (Armut- und Reichtumsbericht)</b>	<b>Modell B 2 (Gesundheitsbericht)</b>
Funktion des Berichtes	<p>Kinder- und Jugendbericht: „Bericht über die Lage junger Menschen und die Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Neben der Bestandsaufnahme und Analyse sollen die Berichte Vorschläge zur Weiterentwicklung der Jugendhilfe enthalten; jeder dritte Bericht soll einen Überblick über die Gesamtsituation der Jugendhilfe vermitteln.“ (§ 84 SGB VIII)</p> <p>Gleichstellungs-, Alten- und Familienbericht sollen auf der Grundlage von Analysen zu Lebensverhältnissen politischen Handlungsbedarf identifizieren und Handlungsempfehlungen für die Politikbereiche formulieren. (Politikberatung)</p>	<p>Grundlage der Berichterstattung ist ein Beschluss des Bundestages.</p> <p>Der Armuts- und Reichtumsbericht ist dem Auftrag des Bundestages entsprechend ein Analyseinstrument zur Überprüfung der Politikbereiche aller beteiligten Ressorts.</p>	<p>Gesundheitsberichterstattung ist eine Aufgabe im BMG; es gibt keine Berichtspflicht</p> <p>Der Gesundheitsbericht enthält wichtige Aspekte der Gesundheit und des Gesundheitswesens. Die Berichterstattung bildet eine datenbasierte Grundlage für politische Entscheidungen. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.</p>

<b>Modell/ Merkmal</b>	<b>Modell A (Berichte aus dem BMFSFJ)</b>	<b>Modell B 1 (Armut- und Reichtumsbericht)</b>	<b>Modell B 2 (Gesundheitsbericht)</b>
Zuständigkeit für Gutachten/ Bericht	Das Sachverständigengutachten wird von einer unabhängigen wissenschaftlichen Kommission erstellt. Beim Kinder- und Jugendbericht sind auch Vertreterinnen und Vertreter aus der Praxis der Jugendhilfe in der Kommission.	Zuständig für den Bericht sind eine interministerielle Arbeitsgruppe (IM) und die Projektgruppe im BMAS. Berichtteile werden von den zuständigen Ministerien in Auftrag gegeben bzw. verfasst.	Zuständig für den Bericht sind das Robert-Koch-Institut und das Statistische Bundesamt (nachgeordnete Behörden).
Berufung der Gremien	Die Kommission wird von der Regierung berufen, z. T. als Kabinettsentscheidung, z. T. vom BMFSFJ.	Die Mitglieder des wissenschaftlichen Gutachtergremiums werden von den in der IM vertretenen Ressorts berufen.  Die Mitglieder werden nicht namentlich berufen, sondern von ihren Organisationen entsandt.	Die Mitglieder der Kommission werden vom Robert Koch-Institut berufen (in Abstimmung mit dem BMG).
Größe der Gremien	Der Sachverständigenkommission gehören 7 (Gleichstellungsbericht, Familienbericht) bis 15 (Altenbericht) Mitglieder an.  Die Kommission hat in Bezug auf das Gutachten Entscheidungskompetenz	Dem wissenschaftlichen Gutachtergremium zum 3. Bericht gehörten 39 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an.  Dem Beraterkreis gehören 35 Vertreterinnen und Vertreter von sozialpolitisch relevanten Verbänden und Organisationen an.  Die Mitglieder in beiden Gremien haben beratende Funktion.	Der Kommission Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring gehören 16 Expertinnen und Experten an, einschließlich einem/einer Patientenvertreter/in.  Die Mitglieder der Kommission haben beratende Funktion.
Ergänzende Expertise	Ergänzend zur eigenen Expertise kann die Kommission Expertisen / Gutachten in Auftraggeben.	Die Ressorts geben jeweils themenspezifisch Expertisen und Gutachten in Auftrag.	Die Expertise liegt weitgehend bei den beteiligten nachgeordneten Behörden.
Zeitraum der Arbeit der Gremien	Der Zeitraum für die Arbeit der Sachverständigenkommission beträgt zwischen 2 und 3 Jahren, um das Gutachten zu schreiben.	Der Bericht soll in der Mitte der Legislaturperiode vorgelegt werden.	Zeitraum der Berichterstattung: mehr als eine Legislaturperiode, dazwischen werden Themenhefte publiziert.

<b>Modell/ Merkmal</b>	<b>Modell A (Berichte aus dem BMFSFJ)</b>	<b>Modell B 1 (Armut- und Reichtumsbericht)</b>	<b>Modell B 2 (Gesundheitsbericht)</b>
Organisations- einheit für das Berichts- management	Die Arbeit der Kommission wird durch eine externe Geschäftsstelle unterstützt.	Zuständig für die Berichterstattung sind die interministerielle Arbeitsgruppe und die Projektgruppe im geschäftsführenden BMAS.	Zuständig für die Berichterstattung ist FG 24 in Abteilung 2 des Robert Koch-Instituts.
Größe und Kosten der Organisations- einheit	Zwischen 2,5 und 4 akademischen Vollzeitstellen, 0,5 Stelle für Sachbearbeitung;  400.00 bis 700.000€ für den Zeitraum der Berichterstattung	Kosten der Projektgruppe/des Referates können nicht beziffert werden. Ausschließlich für den Bericht stehen eine akademische Vollzeitstelle und eine 0,5 Stelle Sachbearbeitung zur Verfügung. Andere Stellenanteile werden phasenweise eingesetzt.  Zusätzlich werden Stellenanteile in den beteiligten Ressorts eingesetzt.	Die Kosten sind nicht bezifferbar, weil die Berichterstattung nur eine unter mehreren anderen Aufgaben des FG 24 in der Abteilung 2 des Robert Koch- Instituts ist.
Entscheidungs- kompetenz	Die Entscheidung über den Inhalt des Sachverständigengutachtens liegt bei der Kommission.	Die Entscheidung über den Inhalt des Berichtes liegt bei der interministeriellen Arbeitsgruppe und dem geschäftsführenden BMAS; das Konzept wird vom BMAS entwickelt.	Die Entscheidung über den Inhalt des Berichtes liegt bei den nachgeordneten Behörden, wird abgestimmt im BMG.
Aufgabe des Kabinetts	Nur die Stellungnahme der Regierung zum Gutachten der Sachverständigenkommission wird nach der Ressortabstimmung im Kabinett beschlossen.	Der Bericht wird nach der Ressortabstimmung insgesamt im Kabinett beschlossen.	Der Bericht wird gemeinsam vom Robert Koch-Institut und dem Statistischen Bundesamt herausgegeben, das Kabinett ist nicht beteiligt, daher ist eine Ressortabstimmung nicht vorgesehen.
Beteiligung der Zivilgesellschaft	Die Zivilgesellschaft wird beteiligt über:  die Expertinnen und Experten in der Kommission (Wissenschaft und Praxis);  Dialogrunden der Kommission und der Geschäftsstelle mit Interessengruppen/Nicht-Regierungsorganisationen	Die Zivilgesellschaft wird beteiligt über:  wissenschaftliche Expertinnen und Experten im wissenschaftlichen Gutachtergremium  sozialpolitisch relevante Organisationen, Länder und Kommunen im Beraterkreis	Die Zivilgesellschaft wird beteiligt über:  eine wissenschaftliche Kommission mit Vertreterinnen und Vertreter von relevanten Organisationen im Gesundheitswesen, einschließlich Patientenvertretung.

<b>Modell/ Merkmal</b>	<b>Modell A (Berichte aus dem BMFSFJ)</b>	<b>Modell B 1 (Armut- und Reichtumsbericht)</b>	<b>Modell B 2 (Gesundheitsbericht)</b>
Gesamtzeitraum der Berichterstattung	Der Zeitraum der Berichterstattung beträgt zwischen 2,5 bis 3,5 Jahre; der Bericht muss so rechtzeitig vor Ende der Legislaturperiode abgeschlossen werden, dass er noch beraten werden kann.	Der Zeitraum für die Arbeit daran umfasst 2 Jahre.	Der Zeitraum für die Berichterstattung beträgt etwa zwei Jahre.
Kosten	<p>Die Gesamtkosten betragen zwischen etwa 520.000€ zuzüglich Personalkosten im Ressort (Kinder- und Jugendbericht) und 1,4 Mill. € zuzüglich Personalkosten im Ressort (Altenbericht); nach Kosten aufgliedert:</p> <p>für die Kommission: zwischen 100.000 und 170.000€ (Reisekosten, Pauschalen für wissenschaftliche Hilfskräfte, kein Honorar für Sachverständige)</p> <p>für die Geschäftsstelle: zwischen 500.000 und 1.000.000€ für den gesamten Berichtszeitraum und eine Phase der Nachbereitung (Personalkosten, Sachkosten, Kosten für Veranstaltungen/Öffentlichkeitsarbeit)</p> <p>für die zusätzliche Expertisen zwischen 75.000 und 100.000 € (Honorare für externe Expertisen)</p>	Die Gesamtkosten können nicht beziffert werden. Personal und Mittel für die Gutachten sind im laufenden Haushalt enthalten („Bordmittel“)	Die Kosten können nicht zu beziffert werden, da sie Teil der Budgets vom BMG, Robert Koch-Institut und Statistischem Bundesamt sind. Bei Bedarf werden zusätzlich Mittel aus der Ressortforschung eingesetzt („Bordmittel“).

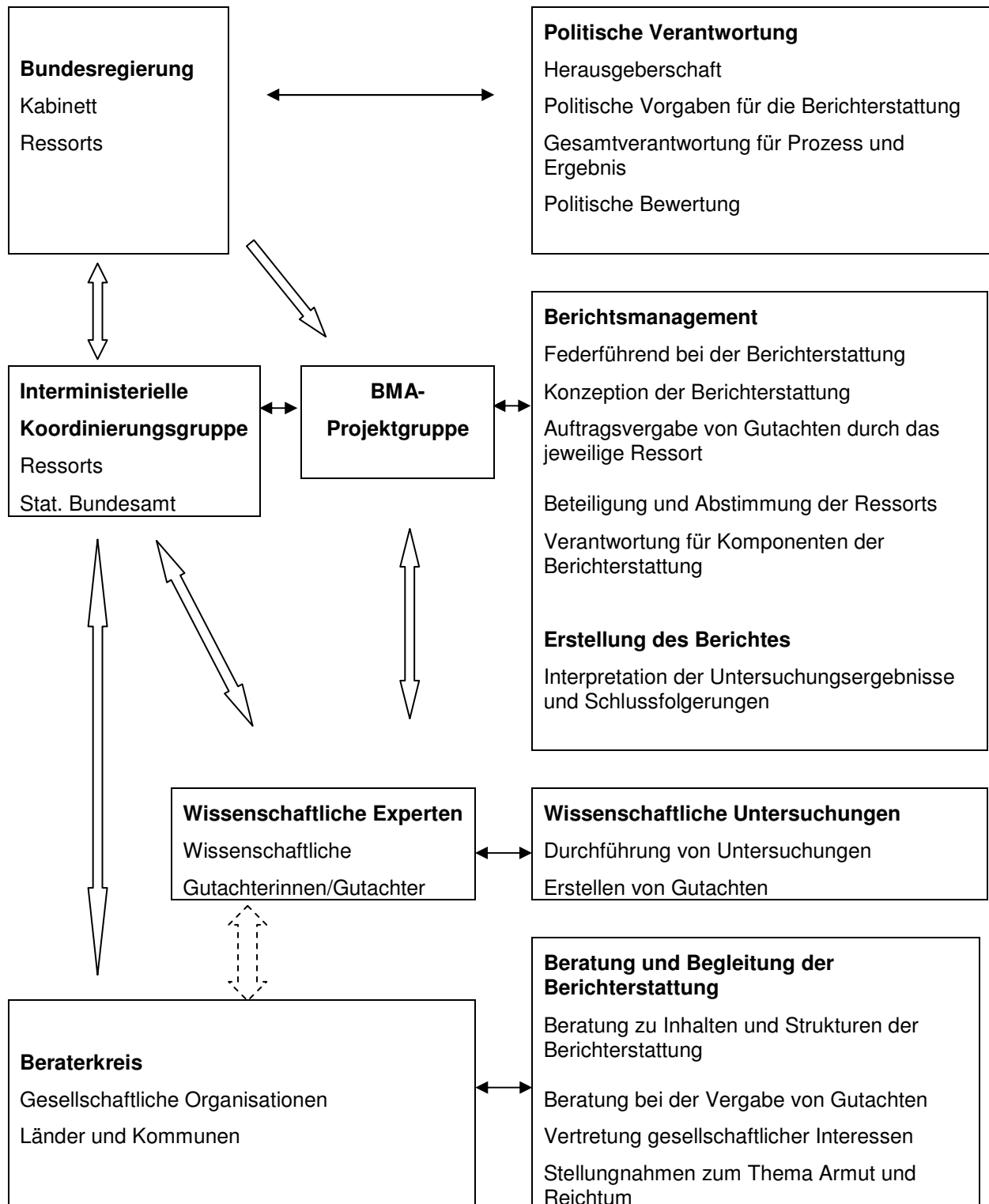
**Abbildung 8: Modell Typ A. Organisationsstruktur am Beispiel von Berichten der Bundesregierung im Geschäftsbereich des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**



**Erläuterung:**

Die dünnen Pfeile verweisen auf die Aufgaben und Zuständigkeiten der Organisationseinheiten. Die dicken Pfeile machen die Kooperation und den Austausch zwischen den Organisationseinheiten kenntlich.

**Abbildung 9: Modell Typ B 1. Organisationsstruktur der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales**

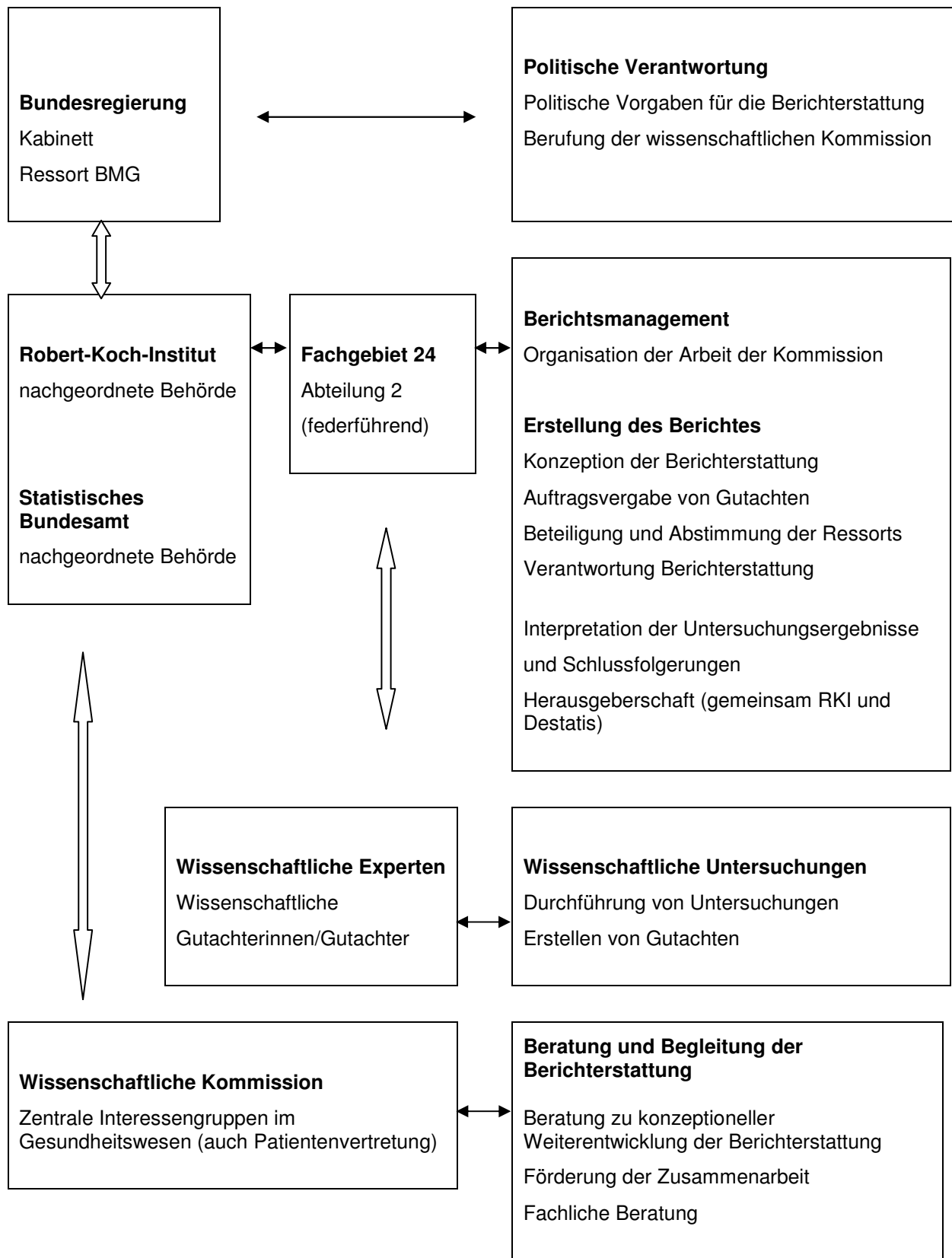


**Erläuterung:**

Die dünnen Pfeile verweisen auf die Aufgaben und Zuständigkeiten der Organisationseinheiten. Die dicken Pfeile machen die Kooperation und den Austausch zwischen den Organisationseinheiten kenntlich.



**Abbildung 10: Modell Typ B 2: Organisationsstruktur für den Gesundheitsbericht der Bundesregierung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit**



**Erläuterung:**

Die dünnen Pfeile verweisen auf die Aufgaben und Zuständigkeiten der Organisationseinheiten. Die dicken Pfeile machen die Kooperation und den Austausch zwischen den Organisationseinheiten kenntlich.



## 7.1.4 Bewertung der Organisationsstrukturen

### **Modell A**

Die für die Berichterstattung Zuständigen im BMFSFJ bewerten die Organisationsstruktur der Berichte durchgehend positiv:

Durch die Unabhängigkeit der Kommission und ihre wissenschaftliche bzw. fachliche Qualifikation ist die Erarbeitung eines objektiven Gutachtens gewährleistet. Im Gutachten werden die Lebensverhältnisse von Bevölkerungsgruppen dargestellt. Aus den Ergebnissen der Untersuchungen und Analysen leitet die Sachverständigenkommission dann den Handlungsbedarf für Politik ab und formuliert Handlungsempfehlungen. In der Stellungnahme der Bundesregierung werden die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen fachlich und politisch bewertet. Beide Berichtteile sind deutlich voneinander abgegrenzt.

Damit die Sachverständigenkommission ihren Auftrag erfüllen kann, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Kommission muss arbeitsfähig sein und die im Berichtsauftrag formulierten Themen möglichst durch eigene Expertise abdecken. Dazu tragen ihre Größe ebenso bei, wie ihre Zusammensetzung und der Vorsitz. Bewährt haben sich nach Einschätzung von Sachverständigen und Ressortverantwortlichen 7 bis 10 Mitglieder, weil sie eine arbeitsfähige Gruppe bilden können. Ein starker Vorsitz garantiert durch Akzeptanz und Moderationsfähigkeit die Arbeitsfähigkeit und Konsensbereitschaft nach innen und die Unabhängigkeit der Kommission gegenüber dem Ressort nach außen. Positiv bewertet wird auch der interdisziplinäre Ansatz bei der Besetzung der Kommission, trotz der in der Regel dominierenden Sozialwissenschaftlerinnen und Sozialwissenschaftler.
- Die Geschäftsstelle muss ausreichend groß und fachlich kompetent besetzt sein. Sie hat sowohl die Arbeit der Kommission zu organisieren, als auch inhaltlich zuzuarbeiten. Alternativ zur inhaltlichen Zuarbeit müssten die Mitglieder der Kommission eigene Finanzmittel erhalten, um wissenschaftliche Zuarbeit bezahlen zu können. Die Geschäftsstelle muss nach einem neueren Konzept für die Berichterstattung (Familienbericht, Gleichstellungsbericht), nachdem die Zivilgesellschaft durch Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit bereits in den Prozess der Berichterstattung stärker einbezogen wird, über genügend personelle Ressourcen verfügen, um diesen Kommunikationsprozess steuern und gestalten zu können. Der Auftrag für das Berichtmanagement wird entweder ausgeschrieben (Familienbericht), an die Institution der vorsitzenden Person angedockt (Gleichstellungsbericht) oder an einem

wissenschaftlichen Institut, das Zuwendungsempfänger des Ressorts ist, langfristig angesiedelt (Altenbericht).

Bei allen Berichten arbeiten die Zuständigen im BMFSFJ eng mit Kommission und Geschäftsstelle zusammen, nehmen teil an den Kommissionssitzungen und vermitteln dort auch die fachlichen und politischen Positionen des Ressorts. Die Kommission entscheidet jedoch darüber, inwieweit sie diese Anregungen in ihrem Gutachten berücksichtigt.

Positiv wird die Organisationsstruktur für die Berichte aus dem BMFSFJ auch von Mitgliedern der jeweils beteiligten Kommissionen bewertet mit ähnlichen Begründungen, die von den Zuständigen im Ressort genannt wurden. Sie betonen die hohe Relevanz einer unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigenkommission. Allerdings sehen sie an einigen Punkten noch Verbesserungsbedarf:

- Sie halten übereinstimmend die Auswahl der Kommissionsmitglieder für einen besonders sensiblen Bereich. So sind z. B. die Balance von kontroversen inhaltlichen und theoretischen Konzepten innerhalb der Kommission, die mögliche politische Orientierung an der jeweiligen politischen Mehrheit sowie die Geschlechterperspektive entscheidende Variablen, die bei der Berufung der Kommissionsmitglieder zu berücksichtigen sind.
- Der Einflussnahme des Ressorts auf die Kommissionsarbeit begeben sie mit ihrer fachlichen und fachpolitischen Kompetenz, sehen jedoch auch in der Autorität und der Stärke der vorsitzenden Person der Kommission eine Garantie für ihre Unabhängigkeit.
- Die Kommissionsmitglieder arbeiten ehrenamtlich, müssen also neben der arbeitsintensiven Kommissionsarbeit ihren beruflichen Verpflichtungen in vollem Umfang nachkommen. Sie wünschen sich daher insgesamt mehr Zeit für die Erarbeitung des Sachverständigengutachtens.

Modell A hat sich aus der Sicht der Befragten in den Geschäftsstellen bewährt. Hier stehen die Gestaltung der Zusammenarbeit mit der Kommission auf der einen Seite und dem Ressort auf der anderen Seite im Mittelpunkt. Das „Dreieck“ Kommission, Geschäftsstelle und Ressort wird für arbeitsfähig gehalten. Übereinstimmend wird die personelle Ausstattung für ausreichend erachtet. Gewünscht wird eine fachlich gut ausgestattete starke Geschäftsstelle, die auch den Dialog mit der Zivilgesellschaft gestalten kann, durch den die fachliche und politische Akzeptanz von Gutachten und Bericht erhöht wird.

Modell A beinhaltet zwei potentielle Problembereiche. Zum einen können fachliche und politische Kontroversen innerhalb der Kommission zu Konflikten führen. Zum anderen können Inhalte und Empfehlungen im Gutachten der Sachverständigenkommission vom

Ressort, vom Kabinett oder vom Bundestag nicht akzeptiert werden, so dass der Bericht u. U. nicht veröffentlicht wird. Daraus können auch Konflikte mit den jeweiligen Interessengruppen in der Zivilgesellschaft erwachsen. Diese Probleme sind aber bisher nur sehr selten aufgetreten und konnten in der Regel mit einem Konsens bzw. mit der Veröffentlichung der Berichte beigelegt werden.

### ***Bewertung der Organisationsstruktur für die Berichterstattung - Modell B 1***

Das Modell B 1 wird von den Verantwortlichen im BMAS ebenfalls grundsätzlich positiv bewertet, insbesondere wegen der höheren Verbindlichkeit des Berichtes für die Regierung, wenn sie selbst dafür verantwortlich ist. Über das interdisziplinär besetzte Gutachtergremium und die wissenschaftlichen Expertisen, zu denen verschiedene Ressorts beitragen, ist gewährleistet, dass der Bericht wissenschaftlich fundiert ist und nicht ausschließlich Regierungshandeln darin abgebildet wird. Im Gegensatz dazu wird in der Ressortabstimmung, die aufgrund der Beteiligung mehrerer Ressorts einen Schwerpunkt im Prozess der Berichterstattung bildet, das Problem gesehen, dass einzelne Befunde, obwohl wissenschaftlich abgesichert, nicht aufgenommen werden. Insgesamt wird die interministerielle Zusammenarbeit positiv bewertet, vor allem auch deswegen, weil alle zuständigen Ressorts mit eigenen Beiträgen am Bericht beteiligt sind und damit auch Verantwortung für den Gesamtbericht mit übernehmen.

Verbesserungsbedarf wird gesehen vor allem bei der Zusammensetzung bzw. der Zusammenarbeit mit den Gremien (Gutachterkreis, Beraterkreis); ein neues Konzept dazu wird gegenwärtig für den 4. Bericht erarbeitet:

- So soll das Gutachtergremium, dem 39 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler angehören, verkleinert werden. Zukünftig sollen dazu nur noch die Expertinnen und Experten eingeladen werden, die am jeweils aktuellen Bericht mitwirken.
- Als unzureichend wird die bisherige Praxis der Einbindung des Beraterkreises in die Berichterstattung eingeschätzt. Bisher wurde der Bericht im Beraterkreis erst nach der Ressortabstimmung diskutiert, so dass die fachlichen und fachpolitischen Positionen der Teilnehmenden daher in diesem Stadium der Berichterstattung kaum noch berücksichtigt werden können. Der Grund für dieses Verfahren liegt darin, dass der Bericht nicht vor der Ressortabstimmung an den Beraterkreis verschickt werden kann, weil damit bereits der nicht abgestimmte Entwurf veröffentlicht würde.

Diese Probleme sollen in dem neuen Konzept für den 4. Armuts- und Reichtumsbericht, das gegenwärtig erarbeitet wird, aufgegriffen werden.

Die wissenschaftliche Expertin aus dem Gutachterkreis, die befragt werden konnte, schätzt die Organisationsstruktur der Berichterstattung vor allem deswegen positiv ein, weil er als Regierungsbericht eine stärkere sozialpolitische Wirkung entfalten kann als ein Bericht einer Sachverständigenkommission. Voraussetzung dafür ist nach Einschätzung der Expertin aber, dass der wissenschaftlich fundierte Teil des Berichtes und die Darstellung von Regierungshandeln deutlicher getrennt werden, bzw. dass die sozialpolitischen Maßnahmen klarer auf die wissenschaftlichen Befunde der Analyse bezogen werden. Zentral für die Berichterstattung ist nach Meinung der Expertin, dass der Bericht wissenschaftlich fundiert ist. Der interdisziplinäre Arbeitszusammenhang in dem Gremium, der durch die Beteiligung mehrerer Ressorts gewährleistet ist, wird als konstruktiv und inhaltlich weiterführend bewertet. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Gutachten werden im Bericht aufgegriffen. Darin sieht die Expertin die Stärke dieser Organisationsstruktur.

Der Vertreter einer Nicht-Regierungsorganisation aus dem Beraterkreis, der befragt werden konnte, hält zum einen die Beteiligung der Zivilgesellschaft im Prozess der Berichterstattung für unzureichend und teilt damit die Einschätzung der Berichtverantwortlichen im Ressort. So sind zwar alle relevanten Gruppen im Beraterkreis vertreten und diskutieren auf fachlich hohem Niveau. Doch können die Stellungnahmen nicht berücksichtigt werden, weil das Gremium in den Prozess der Berichterstattung erst dann eingebunden wird, wenn der Bericht nach der Ressortabstimmung bereits weitgehend fertig gestellt ist. Zum anderen sieht er, ähnlich wie die Expertin aus dem Gutachterkreis, ein Defizit in der Verknüpfung von wissenschaftlicher Analyse und politischem Handeln. Eine Sachverständigenkommission mit der Erstellung eines Gutachtens zu Armut und Reichtum in Deutschland zu beauftragen, würde aus seiner Sicht vielleicht zu einem fachlich besseren Ergebnis führen, wäre aber sozialpolitisch nicht unbedingt wirksamer. Maßgebend für die Umsetzung der wissenschaftlichen Befunde in darauf bezogene Maßnahmen sei vielmehr das politische Handeln (der „politische Wille“).

### ***Bewertung der Organisationsstruktur für die Berichterstattung - Modell B 2***

Die Organisationsstruktur der Gesundheitsberichterstattung wird im zuständigen Ressort positiv eingeschätzt. So gelten die beiden nachgeordneten Behörden, das Robert Koch-Institut (RKI) und das Statistische Bundesamt als zuverlässige und fachlich kompetente Kooperationspartner, denen für den Bericht eigene Daten zur Verfügung stehen. Zusätzlich können sie weiterführende Gutachten in Auftrag geben. Damit wird auch den Anforderungen des Gesundheitsberichtes als wissenschaftlichem Bericht Rechnung getragen. Die Fachaufsicht liegt beim Ressort, so dass auch von daher eine enge Zusammenarbeit gewährleistet ist.

Der wissenschaftliche Anspruch an die Berichterstattung wird von den Verantwortlichen im RKI hoch eingeschätzt. Zum einen werden im Institut selbst Erhebungen durchgeführt, also eigene Daten generiert, zum anderen ermöglicht die enge Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, zeitnah einen datenbasierten Bericht vorzulegen.

Aus Sicht des befragten Kommissionsmitglieds konnte das Spannungsverhältnis zwischen Regierung und Zivilgesellschaft, das der Berichterstattung der Regierung immanent ist, insbesondere im letzten Bericht gut gelöst werden: Die Kommission wurde in die Themenfindung, die Auswahl der Instrumente und bei der Entwicklung der Publikationsstrategien einbezogen. Anregungen wurden aufgegriffen, die Kooperation mit dem Robert Koch-Institut und den Ressortverantwortlichen ist offen und konstruktiv verlaufen. Die Kommission ist zudem eingebunden in die Entwicklung des Prozesses der Gesundheitsberichterstattung, was deren Transparenz grundsätzlich erhöht.

#### **7.1.5 Anforderungen an den Nationalen Behindertenbericht**

Aus der Analyse der Organisationsstruktur verschiedener Berichte der Bundesregierung und den Ergebnissen der Befragung von Ressortverantwortlichen, wissenschaftlichen Sachverständigen und Angehörigen von Nicht-Regierungsorganisationen lassen sich die folgenden Anforderungen für die Organisationsstruktur des Nationalen Behindertenberichtes ableiten:

- Der Bericht muss umfassend angelegt sein, indem alle Lebensbereiche von Menschen mit Behinderungen einbezogen werden. Das schließt auch die Lebensbereiche ein, die auf der Ebene der Bundesländer geregelt werden, z. B. der Bildungsbereich oder der öffentliche Personennahverkehr.
- Wissenschaftliche Analyse und die Darstellung von politischem Handeln müssen klar getrennt werden, um die Akzeptanz des Berichtes zu erhöhen.
- Die wissenschaftlichen Grundlagen des Berichtes müssen von unabhängigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, erarbeitet werden.
- Behindertenverbände und die für die Gestaltung der Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderungen relevanten Organisationen und Einrichtungen müssen aktiv und bereits von Beginn an in die verschiedenen Phasen der Berichterstattung einbezogen werden.
- Der Zeitrahmen muss so gewählt werden, dass genügend Zeit sowohl für wissenschaftliche Untersuchungen als auch für die aktive und qualifizierte Beteiligung von Behindertenverbänden und anderen Organisationen vorgesehen ist.



- Der Bericht muss so rechtzeitig vor Ablauf der Legislaturperiode in den Bundestag eingebracht werden, dass eine breite politische Diskussion der Ergebnisse, in die auch die Öffentlichkeit einbezogen ist, möglich ist.
- Der Aufwand für die Berichterstattung muss einerseits den Anforderungen einer umfassenden und unabhängigen wissenschaftlichen Bearbeitung gerecht werden, andererseits die Beteiligung der Behindertenverbände umfassend gewährleisten und zugleich wirtschaftlich vertretbar sein.

Die Handlungsempfehlungen für eine neue Organisationsstruktur der Behindertenberichterstattung werden in Kapitel 8 aufgegriffen.

## **8 Handlungsempfehlungen**

Ziel der vorliegenden Vorstudie war die Neukonzeptionierung des Berichtes über die Lage von Menschen mit Behinderungen, der ein Mal pro Legislaturperiode vom BMAS erstellt werden soll. Das Ergebnis der Vorstudie stellt ein Zwischenergebnis dar, dem weitere Arbeitsschritte und konkrete Festlegungen folgen müssen.

Vorschläge für die weitere Vorgehensweise werden nachfolgend erläutert.

### **8.1 Erweiterung der bisherigen Erfassung von Behinderung**

Als besonders wichtig für die Neukonzeption der künftigen Behindertenberichterstattung ist die Weiterentwicklung der Erfassung von Behinderung anzusehen, da diese den Bezugsrahmen für die künftige Berichterstattung darstellt. Erste Vorschläge wurden im Rahmen der Vorstudie in der Arbeitsdefinition zur Erfassung von Behinderung (Kap. 3) festgehalten. Zukünftig sind weitergehende Diskussionen und Abgrenzungen zu führen.

Eine erweiterte Erfassung von Behinderung, die über die bisherige Erfassung auf Grundlage der amtlichen Feststellung von Behinderung hinausgeht, soll künftig in alle Bereiche der öffentlichen Statistikerfassung, insbesondere in die Erhebungen von Mikrozensus, SOEP und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes eingeführt werden. Dies ist notwendig, damit die hohen Dunkelziffern von Menschen mit Behinderungen, die bislang keine amtliche Feststellung beantragt haben, künftig eine angemessene Berücksichtigung im Rahmen der Behindertenberichterstattung erfahren. Dabei ist zusätzlich zur Frage nach der amtlich festgestellten Behinderung eine weitere Frage einzufügen, bei der nach dauerhaften Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigung im Alltag gefragt wird (vgl. Beispiele im Anhang 1.). Diese Fragekomplexe gelten als Filter, der die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen zunächst bestimmt und darauf aufbauend Beeinträchtigungen in der gesellschaftlichen Teilhabe sowie weitere relevante Aspekte erfasst. Die vorgeschlagenen

Neuerungen sollen auch in eine Erweiterung der gesetzlichen Grundlage auf Basis eines erweiterten Behindertenbegriffs zur Datenerhebung (Gesetz zum Mikrozensus, SBG) einfließen bzw. mit einer Änderung des Mikrozensus-Gesetzes herbeigeführt werden.

Hier scheint es sinnvoll, dem Vorschlag des Behindertenrates zur Änderung des Mikrozensus zu folgen und die Erfassung von *Statistik Austria* aufzugreifen, wonach in die Berichterstattung nicht nur Menschen einbezogen werden sollen, die eine amtlich gemeldete Behinderung haben, sondern darüber hinaus auch Menschen, bei denen keine amtliche Meldung vorliegt, die aber im Hinblick auf verschiedene Körperfunktionen und Tätigkeiten (z. B. beim Sehen, Hören, Sprechen, in der Bewegung, im Bereich geistiger und psychischer Beeinträchtigungen sowie chronischer Erkrankungen) dauerhaft eingeschränkt sind. Ein sehr einfaches Abfragemuster ist erforderlich um zu ermitteln, welche Menschen im Sinne der Berichterstattung als Menschen mit Behinderungen gelten. Die Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe ist erst im zweiten Schritt zu ermitteln und soll nicht Grundlage der Filterung von Menschen mit Behinderungen sein (sonst würden beispielsweise Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer, die sich subjektiv nicht eingeschränkt fühlen, nicht als Personengruppe im Bericht berücksichtigt werden).

Ein Vorschlag für eine veränderte Abfrage bei der Ermittlung von Behinderung im Rahmen des Mikrozensus, aber auch anderer Befragungen ist im Unterpunkt 8.7 (sowie im Anhang 1.3) und ist im weiteren Verlauf mit den internationalen Abfragemustern abzustimmen.

## **8.2 Beschlussfassung für Aufbau, Zielsetzung und Fortschreibung der nationalen Behindertenberichterstattung**

Im ersten Schritt ist durch die Bundesregierung bzw. das zuständige Ressort (BMAS) ein Beschluss zu fassen, den „Bericht über die Lage von Menschen mit Behinderungen“ in einer noch abzustimmenden und zu konkretisierenden Neukonzeption ein Mal pro Legislaturperiode vorzulegen. Dieser soll alle drei bis vier Jahre auf der Basis von Daten und wissenschaftlichen Erkenntnissen fortgeschrieben werden.

In dem Beschluss soll die Zielsetzung der Berichterstattung klar formuliert werden: Er dient zum einen der differenzierten Beschreibung der Ist-Situation der Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen, zum anderen der Feststellung bzw. Analyse, in welchem Maße Menschen mit Behinderungen in allen Bereichen von Gesellschaft und Politik gleiche Teilhabechancen haben. Des Weiteren sind das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) bzw. die damit zusammenhängenden Maßnahmen und Zielvereinbarungen sowie das *Persönliche Budget* Gegenstand des Behindertenberichts und einer Bewertung zwecks zukünftiger Ausrichtung politischer Maßnahmen zu unterziehen (vgl. Kap 2). Auf der Grundlage einer Bewertung dieser Ergebnisse sind im Rahmen des Berichtes (politische)

Maßnahmen zu formulieren, die zur Überwindung der identifizierten Probleme und Defizite hinsichtlich Lebenssituationen und Teilhabechancen beitragen. Hinsichtlich des Grades der Inklusion von Menschen mit Behinderungen im politischen und gesellschaftlichen Leben können die Ergebnisse des nationalen Behindertenberichts synergistisch für den Staatenbericht an die UN (entsprechend der BRK) genutzt werden, ersetzen diesen aber nicht (siehe Kap. 2).

### **8.3 Inhalte und Untergliederung des Berichtes**

Es wird vorgeschlagen, den neu zu erstellenden Behindertenbericht in die folgenden Bereiche zu untergliedern:

- Erfassung von Behinderung im Kontext einer erweiterten Sichtweise auf Behinderung (entsprechend der Anforderungen der ICF und der BRK).
- Wissenschaftlicher Teil, der die Lebenslagen und die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen in allen relevanten Themenbereichen differenziert abbildet, Defizite und Lücken aufzeigt und erste Handlungsempfehlungen formuliert (von einer unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigenkommission erstellt; vgl. Kap. 7).
- Stellungnahme der Interministeriellen Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die Ergebnisse bewertet und die konkrete Umsetzungsstrategien sowie Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Politik in diesem Bereich enthält.
- Stellungnahme der Behindertenverbände mit Handlungsempfehlungen,
- Stellungnahme der Monitoringstelle (angesiedelt beim Deutschen Institut für Menschenrechte)

Der Behindertenbericht wird auf der Basis von festgelegten und im Vorfeld der Arbeit von allen Akteuren gemeinsam abgestimmten Indikatoren erstellt. Ein geeignetes Indikatorenset wurde in Kapitel 5 vorgeschlagen. Es erlaubt die Beschreibung der Ist-Situation sowie eine kritische Bewertung zum Stand der Inklusion/Exklusion und gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen auf Basis von Daten. Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung des Indikatorensets im Rahmen einer Arbeitsgruppe kann der Bericht den Bedürfnissen und Problemlagen entsprechend angepasst und hinsichtlich gewählter Schwerpunkte im Zeitvergleich ausgewertet werden.

### **8.4 Wissenschaftliche Berichtsteile des Behindertenberichts**

Für die Inhalte des wissenschaftlichen Berichtsteils bietet sich eine Gliederung entsprechend der Themenfelder an, die im Rahmen der Indikatorenentwicklung erarbeitet worden sind (vgl.

Kap. 5). Hierzu gehört zunächst eine Übersicht mittels der *Grunddaten* über die Anzahl der Menschen mit Behinderungen, die Art sowie den Grad der Behinderung von Menschen in Deutschland.

Das *Themenfeld Bildung* beinhaltet zum einen die frühkindliche Bildung, zum anderen bildet es die Möglichkeiten für Menschen mit Behinderungen ab, sich über schulische und berufliche Ausbildungen zu qualifizieren. Auch hier ist eine differenzierte Auswertung nach spezifischen Behinderungsarten und Nutzerinnen/Nutzern von Hilfsmitteln aufzugliedern, wie z.B. für Rollstuhlfahrerinnen/Rollstuhlfahrern sowie für Gehörlose. In diesem Zusammenhang ist die Darstellung von Maßnahmen wie audioakustische Signale, Sprachmittlung u.v.m. von besonderer Bedeutung bei der Inklusion der Menschen mit Behinderungen in die Regelschulen und -ausbildungen. Ziel sollte sein, dass der Behindertenbericht über die fehlenden Schulabschlüsse, Schulabbrüche sowie Schulwechsel bei Menschen mit Behinderungen dezidiert Auskunft gibt. Auch die Fehlplatzierungen in Schulen, die dem Bedarf von Menschen mit Behinderungen nicht gerecht werden, sind Ziel der Darstellungen, die auf Datenbasis abzubilden sind. Langfristig kann die Bedeutung von Bildung sowohl in der Lebensphase der Kindheit und Jugend als auch in der Erwerbstätigenphase genauer ermittelt werden. Durch die Beschreibung bestehender Mängel ist der Prozess von Inklusion mittels zusätzlicher politischer Maßnahmen weiter voran zu treiben.

Das *Themenfeld Erwerbstätigkeit* schließt sich an das Themenfeld Bildung an und ist eng mit diesem verknüpft, da der Zugang zur Erwerbsarbeit maßgeblich über die schulische bzw. berufliche Qualifizierung determiniert wird. Die Zielsetzung der Indikatoren gestützten Beschreibung des Themenfeldes ist es, den Grad der beruflichen Inklusion, die Benachteiligungen in der Einbindung in die Erwerbsarbeit, die Stellung im Beruf sowie die Sicherung des Lebensunterhalts abzubilden. Darüber hinaus sind die Maßnahmen, die zur Eingliederung betrieben werden, darzustellen sowie hinsichtlich ihrer Qualität und Wirksamkeit einzuschätzen.

*Gesundheit* sowie der *Zugang zu Gesundheitsversorgung* sind grundlegende Bereiche, die für ein zufriedenstellendes Leben und die Teilhabe innerhalb einer Gesellschaft die Basis bilden. Über die Indikatoren soll abgebildet werden, ob Menschen mit Behinderungen ausreichend gesundheitlich versorgt werden und wie sie ihren eigenen Gesundheitszustand einschätzen. Des Weiteren besteht in diesem Kontext über den potenziellen Rehabilitationsbedarf und die Bewilligung von Rehabilitationsleistungen (auch im Vergleich zu Pflegebedürftigkeit) eine Schnittstelle zur Erwerbstätigkeit, die zu betrachten ist.

Das *Themenfeld Barrierefreiheit* thematisiert, in welchem Maße Menschen mit Behinderungen sich im öffentlichen und privaten Raum barrierefrei bewegen und barrierefrei

kommunizieren können. Wichtig ist es, in diesem Kapitel des Behindertenberichts aufzuzeigen, wo derzeit Defizite in der Barrierefreiheit bestehen. Neben dem Aspekt der Mobilität und Zugänglichkeit ist besonderes Augenmerk auf die Übersetzung in leichte Sprache, die Assistenz sowie Unterstützungen bei der Kommunikation und anderen Tätigkeiten zu legen.

Menschen mit Behinderungen stellen in Bezug auf *Gewalterfahrungen* eine besonders betroffene Risikogruppe dar. Gewalt kann sowohl im privaten als auch im öffentlichen Bereich erfahren werden. Die Anzahl der Menschen mit Behinderungen, die Gewalt erfahren, sowie die Art und Häufigkeit der Gewalt, stellen wichtige Kennzahlen dar, um das Ausmaß der Übergriffe abschätzen und gezielt Maßnahmen ergreifen zu können. Die Betroffenheit durch körperliche, sexuelle und psychische sowie strukturelle Gewalt von Menschen mit Behinderungen wird im *Themenfeld Gewalt und Sicherheit* angesprochen. Hier ist zu unterscheiden nach Gewalt, die in der Öffentlichkeit erfahren wird (z. B. auch Diskriminierung aufgrund einer Behinderung), familiäre Gewalterfahrungen und Gewalt in Institutionen. Eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse aus den Interpretationen der Indikatoren nach Personen, die in Heimen wohnen und solchen, die in privaten Haushalten leben, ist an dieser Stelle wichtig. Für in Einrichtungen und Pflegesituationen lebende Menschen sind Aspekte wie Vernachlässigung, Fixierung und Freiheit entziehende Maßnahmen als mögliche Formen von Gewalt zusätzlich darzustellen. Ebenso ist eine geschlechterdifferenzierte Darstellung dieses Themenbereiches erforderlich.

Das Themenfeld *Partizipation* bildet die Mitgestaltung und Mitbestimmungsmöglichkeiten im gesellschaftlichen und politischen Leben ab und wird über Indikatoren zur gesellschaftlichen und politischen Partizipation erfasst (siehe Kapitel 5). Der Umfang und die Struktur der *politischen Partizipation* lassen sich anhand der Indikatoren der Mitgliedschaft und aktiven Mitwirkung in Parteien, Gewerkschaften und Bürgerinitiativen erfassen. Die Analyse der *sozialen und kulturellen Partizipation* erfolgt anhand der Indikatoren *Mitgliedschaft* und *aktive Mitwirkung in Vereinen* sowie vor allem in Form des bürgerschaftlichen Engagements (Engels 2004). Für eine zeitgemäße und adäquate Abbildung von gesellschaftlicher Partizipation ist außerdem der Zugang zu gesellschaftlichen und kulturellen Veranstaltungen, sowie zu neuen Medien und neuen Kommunikationsmitteln (Internet) relevant.

Das *Themenfeld Familie, Lebensform und Selbstbestimmung* bildet die Chancen und Rechte ab, die Menschen mit Behinderungen bei Partnerschaft (Lebensform, Beziehung), Familiengründung und Wohnformen haben. Auch hier ist die Unterscheidung zwischen privaten Wohnformen und Einrichtungen vorzunehmen. Ziel ist es herauszuarbeiten, in welchem Maße Menschen mit Behinderungen selbstbestimmt Lebens- und Wohnformen wählen und Familien gründen können und inwieweit Kinder mit Behinderungen in gut

unterstützte Familienstrukturen eingebunden sind. Auch sind die Möglichkeiten der tatsächlichen Durchsetzung von Rechten in diesem Bereich zu bewerten.

Die *gesellschaftliche Akzeptanz* stellt das gesellschaftliche Bewusstsein sowie die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen dar. Eng verknüpft ist dieser Themenbereich mit der Darstellung der Menschen mit Behinderungen in den Medien, aber auch mit der selbstverständlichen Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und damit der Sicherstellung ihrer Teilhabemöglichkeiten, bspw. bei öffentlichen Veranstaltungen.

Über die *geschlechts- und altersspezifische Darstellung* in den einzelnen Themenbereichen hinaus (Querschnittsthemen: Gender Mainstreaming und Lebensphase) ist es sinnvoll, den Behindertenbericht turnusmäßig nach Schwerpunkten auszurichten, um die Lebenslagen einzelner Subgruppen von Menschen mit Behinderungen oder aktuelle und relevante Themenbereiche vertiefend zu betrachten. Die Schwerpunkte der jeweiligen Behindertenberichterstattung können sich auf Gruppen beziehen, die Mehrfachdiskriminierung erleben aufgrund von Merkmalen wie Geschlecht oder Alter, zusätzlich zum Vorliegen einer Behinderung. Zielgruppen spezifische Schwerpunktthemen könnten z.B. *Frauen mit Behinderungen, Kinder und Jugendliche mit Behinderungen oder Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderungen* sein. Auch die Situation von Menschen mit spezifischen Behinderungen (z.B. gehörlose Menschen) oder von Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen leben könnte als Schwerpunktfelder aufgenommen und weiter vertieft werden.

Auch für das Querschnittsthema *Kinder- und Jugend* als Schwerpunkt liegen bereits mit der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) dezidierte Daten vor, die hinsichtlich spezifischer Fragen zur Behinderung zu analysieren und zu dokumentieren sind. Des Weiteren bietet die aktuelle *GinKo-Online-Befragung* des Deutschen Gehörlosenbundes die Möglichkeit einer Schwerpunktvertiefung zur Situation Gehörloser in Deutschland. Darüber hinaus kann unabhängig von der Art der Behinderung die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen näher beleuchtet werden. Es bestehen Lücken hinsichtlich Zugang und adäquater Versorgung, welche zu identifizieren und zu schließen sind. Die Erfassung und Auswertung der Bedarfe der Patientinnen und Patienten mit Behinderungen sowie die Identifizierung notwendiger Versorgungsstrukturen kann ebenfalls als wichtiges Schwerpunktthema gewählt werden.

Die bisherige Forschungssystematik und wissenschaftliche Analyse hat gezeigt, dass im Rahmen der Behindertenberichterstattung die Situation von Menschen mit Behinderungen nach (mindestens) fünf Kategorien bzw. Arten der Behinderung herauszuarbeiten ist, da die Art der Behinderung mit spezifischen Einschränkungen und Bedürfnissen einhergehen kann.

Es wird vorgeschlagen zwischen körperlicher Behinderung, psychischer Erkrankung, sogenannter geistiger Behinderung/Lernschwierigkeiten und Behinderungen der Sinnesorgane zu differenzieren. Ein Problem dieser Kategorisierung kann sich daraus ergeben, dass ein erheblicher Teil der Menschen mit Behinderungen und Einschränkungen mehrfache Behinderungen/gesundheitliche Einschränkungen aufweist; diese sind in einer gesonderten Kategorie zu berücksichtigen. Zu berücksichtigen ist bei dieser Kategorisierung darüber hinaus, dass aus der Art einer Behinderung nicht *per se* bestimmte Einschränkungen folgen. So kann beispielsweise eine körperliche Behinderung zur Nutzung eines Rollstuhls führen, dies ist aber nicht zwingend die Folge. Der Unterstützungsbedarf unterscheidet sich zudem erheblich je nach Schweregrad der Behinderung (bspw. leichte/schwere Sehbehinderungen, Blindheit). Die Erhebung der Nutzung von bestimmten Hilfsmitteln wie auch der Behinderungsart sollte deshalb im Rahmen der Behindertenberichterstattung gesondert herausgearbeitet werden, da sich daraus spezifische Bedarfe und Anforderungen ergeben. Die zum Teil erheblichen Unterschiede der Unterstützungsbedarfe und Teilhabechancen sind für die Maßnahmenplanung zur Verbesserung der Lebenssituation und Förderung der Teilhabechancen zu berücksichtigen. Darüber hinaus soll im Rahmen der Datenerhebung und -auswertung eine Differenzierung zwischen Menschen mit Behinderungen vorgenommen werden, die in Privathaushalten leben und denjenigen, die in einer Einrichtung leben (dies ist zum Beispiel im Rahmen der Indikatoren Erstellung in der Schweiz bereits erfolgt).

### **8.5 Empfehlung zur Organisationsstruktur**

In § 66 SGB IX, der die Berichtspflicht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe normiert, ist die Organisationsstruktur des Berichtes nicht ausdrücklich festgelegt. Auch die BRK, in der in Artikel 31 die Vertragsstaaten verpflichtet werden, wissenschaftliche Daten und Erkenntnisse als Grundlage für Maßnahmen zu sammeln und aufzubereiten, enthält keine Formulierung für die Organisationsform, in der dieser Verpflichtung nachzukommen ist. Insofern weisen beide Rechtsgrundlagen keine Vorschrift aus, nach der ein Modell zwingend bevorzugt werden muss.

Aus den Ergebnissen der Analyse der Organisationsstrukturen bisheriger Berichterstattung (vgl. Kap. 7) wurde deutlich, dass die verschiedenen bisherigen Modelle mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen verbunden sind, die bei dem neu zu entwickelnden Modellvorschlag zu berücksichtigen sind. In allen bisher diskutierten Modellen ist vorgesehen, dass dem Bericht wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Lebensverhältnissen und den gesellschaftlichen Strukturen von Benachteiligung und Diskriminierung von

Menschen mit Behinderungen in Deutschland zugrunde liegen. Dem wird nach bisherigen Modellen entweder durch die Berufung einer interdisziplinär besetzten unabhängigen Sachverständigenkommission (vgl. Modell A, Kap. 7) oder durch die Einbeziehung eines Gremiums wissenschaftlicher Expertinnen und Experten (vgl. Modell B, Kap. 7) Rechnung getragen. Nach Überprüfung der unterschiedlichen Modelle wird die Federführung der gesamten Berichterstattung entweder durch eine Interministerielle Arbeitsgruppe und/oder ein politisches Ressort geregelt (Modell B 1) oder der wissenschaftliche Teil der Berichterstattung in der Federführung einer unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigenkommission belassen. Letzteres gewährleistet nach Einschätzung der Studienleitung in stärkerem Maße eine objektive und unabhängige wissenschaftliche Berichterstattung und kann den Anforderungen, auch im Hinblick auf die Trennung von wissenschaftlicher Analyse und staatlich-politischem Handeln, besser gerecht werden. Es stellt außerdem sicher, dass wissenschaftliche Befunde und Darstellungen der Ist-Situation Eingang in den Bericht finden.

Ein weiteres wichtiges Kriterium für eine Neuorientierung der Behindertenberichterstattung in Deutschland ist die aktive Einbindung der Interessenvertretungen behinderter Menschen in den gesamten Prozess und die inhaltliche Ausgestaltung der Behindertenberichterstattung. Sie ist insofern bindend, als sie den Anforderungen in Artikel 4, Abs. 3 der BRK entspricht, in dem die Vertragsstaaten sich verpflichtet haben, enge Konsultationen mit behinderten Menschen über die sie vertretenden Organisationen zu führen und sie aktiv in Entscheidungsprozesse einzubinden. Deshalb wird das hier vorgestellte neue Organisationsmodell ergänzt um das zusätzliche Gremium „Beirat Behindertenvertretung“, dem Vertreterinnen und Vertreter der Behindertenverbände angehören. Damit soll gewährleistet werden, dass die Vertretungen der Menschen mit Behinderungen ihre Interessen selbstbestimmt formulieren und in die Diskussion einbringen. Den Anforderungen von Artikel 3 der BRK entsprechend ist darüber hinaus die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen in allen relevanten Gremien vorzusehen. Nach Artikel 6 der BRK sind zudem Frauen mit Behinderungen gleichberechtigt zu beteiligen. In dem vorgeschlagenen Beteiligungsmodell weist die Bundesregierung Menschen mit Behinderungen und ihren Interessensvertretungen eine aktive Rolle zu und erhöht damit zugleich die Akzeptanz des Berichtes.

Wegen der breiten Themenvielfalt, der hohen Aufgabenfülle und der notwendigen Interdisziplinarität der wissenschaftlichen Berichterstattung muss zum einen eine interdisziplinär zusammengesetzte und im Umfang dennoch arbeitsfähige wissenschaftliche Sachverständigenkommission bereitstehen, die durch eine gut ausgestattete Koordinierungsstelle unterstützt wird. Ihre Arbeit wäre zu begleiten und zu unterstützen



durch inhaltlich-thematisch zusammengesetzte wissenschaftliche Arbeitsgruppen, die die Teilbereiche der Berichterstattung, auch im Rahmen von zusätzlich zu erstellenden Expertisen, erarbeiten.

Des Weiteren ist eine Beteiligung der Monitoringstelle vorgesehen, die den gesamten Prozess der Behindertenberichterstattung beobachtend und beratend begleitet und die auch gezielt in die alle relevanten Gremien eingeladen wird. Eine Stellungnahme der Monitoringstelle sowie eine Stellungnahme des Behindertenbeirats sollen einen festen Bestandteil des Behindertenberichtes bilden.

Ein positives Element der Organisationsstruktur von Modell B1 stellt die Interministerielle Arbeitsgruppe dar, da sie die Vielfalt der in den politischen Prozess einzubeziehenden Politikbereiche besser gewährleistet und die Umsetzungsverbindlichkeit von Maßnahmen erhöht. Dieses Element soll in ein neu zu konzipierendes Organisationsmodell ebenfalls übernommen werden. Im besten Fall handelt es sich dabei um eine Interministerielle Arbeitsgruppe unter Federführung des BMAS, die sowohl die Bundes- als auch die Landespolitik systematisch einbezieht (Interministerielle Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Umsetzung der BRK in Deutschland). Sie sollte den wissenschaftlichen Bericht, aber auch die Empfehlungen der Behindertenverbände und der Monitoringstelle im Hinblick auf gezielte Umsetzungsstrategien durch die Bundesregierung und die Länder auswerten und eigene Handlungslinien für die künftige Politik festlegen.

Vor diesem Hintergrund wird als Organisationsstruktur für den Nationalen Behindertenbericht ein neues Modell vorgeschlagen, bei dem die Vorteile bisheriger Modelle zusammengeführt und um einige wichtige Zusätze (thematische Arbeitsgruppen, Behindertenbeirat, Monitoringstelle) erweitert werden. Wesentliche Punkte für eine neue Organisationsstruktur sind:

- Eine inhaltlich und organisatorisch klare Trennung von wissenschaftlichem Teil des Berichtes und politischer Stellungnahme durch die zuständigen politischen Ressorts und Verbände
- Die federführende Erstellung und Koordinierung des wissenschaftlichen Teils des Berichtes durch eine unabhängige wissenschaftliche Sachverständigenkommission.
- Die Unterstützung der wissenschaftlichen Berichterstattung durch thematische Arbeitsgruppen, bei denen Expertinnen und Experten, aber auch Politik und Interessensvertretungen einbezogen werden können.
- Die Begleitung und Kontrolle des gesamten Prozesses der Berichterstattung durch einen einzurichtenden Behindertenbeirat, der darüber hinaus dem Bericht eine eigene Stellungnahme hinzufügt.

- Die Begleitung und Kontrolle des gesamten Prozesses der Berichterstattung durch die Monitoringstelle, die darüber hinaus dem Bericht eine eigene Stellungnahme hinzufügt.
- Die Einführung einer Interministeriellen Arbeitsgruppe (unter Beteiligung von Bundes- und Länderressorts) für den politischen Teil des Berichtes, in dem die Bewertung des Berichtes, die politischen Zielsetzungen und die Umsetzung von Maßnahmen konkretisiert werden. Geschäftsführend wäre hier das BMAS zuständig.

Das zeitliche Vorgehen wird wie folgt vorgeschlagen:

- Bestellung der unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigenkommission, die mit der Bildung thematischer Arbeitsgruppen beauftragt wird
- Einrichtung der unabhängigen Koordinierungsstelle und des wissenschaftlichen Beirats
- Arbeitstreffen zur Abstimmung der Inhalte und der Struktur des Berichtes sowie der Geschäftsordnung und der Organisation der Einbeziehung unterschiedlicher Gremien
- Wissenschaftliche Arbeit und Dokumentation (ca. 2 Jahre)
- Interner wissenschaftlicher Bericht (wird an die Interministerielle Arbeitsgruppe, die Behindertenverbände und die Monitoringstelle weitergegeben)
- Die interministerielle AG erhält vorab die Stellungnahme der Behindertenverbände und der Monitoringstelle und erstellt darauf aufbauend die Handlungskonzepte und Umsetzungsstrategien.

Abbildung 11: Modellvorschlag für die Organisationsstruktur des Nationalen Behindertenberichts der Bundesregierung - Überblick

Idealtypisches Modell konstruiert auf der Grundlage der Ergebnisse der Analysen der Berichtsstruktur im Rahmen der Neukonzeption des Behindertenberichtes der Bundesregierung/BMAS

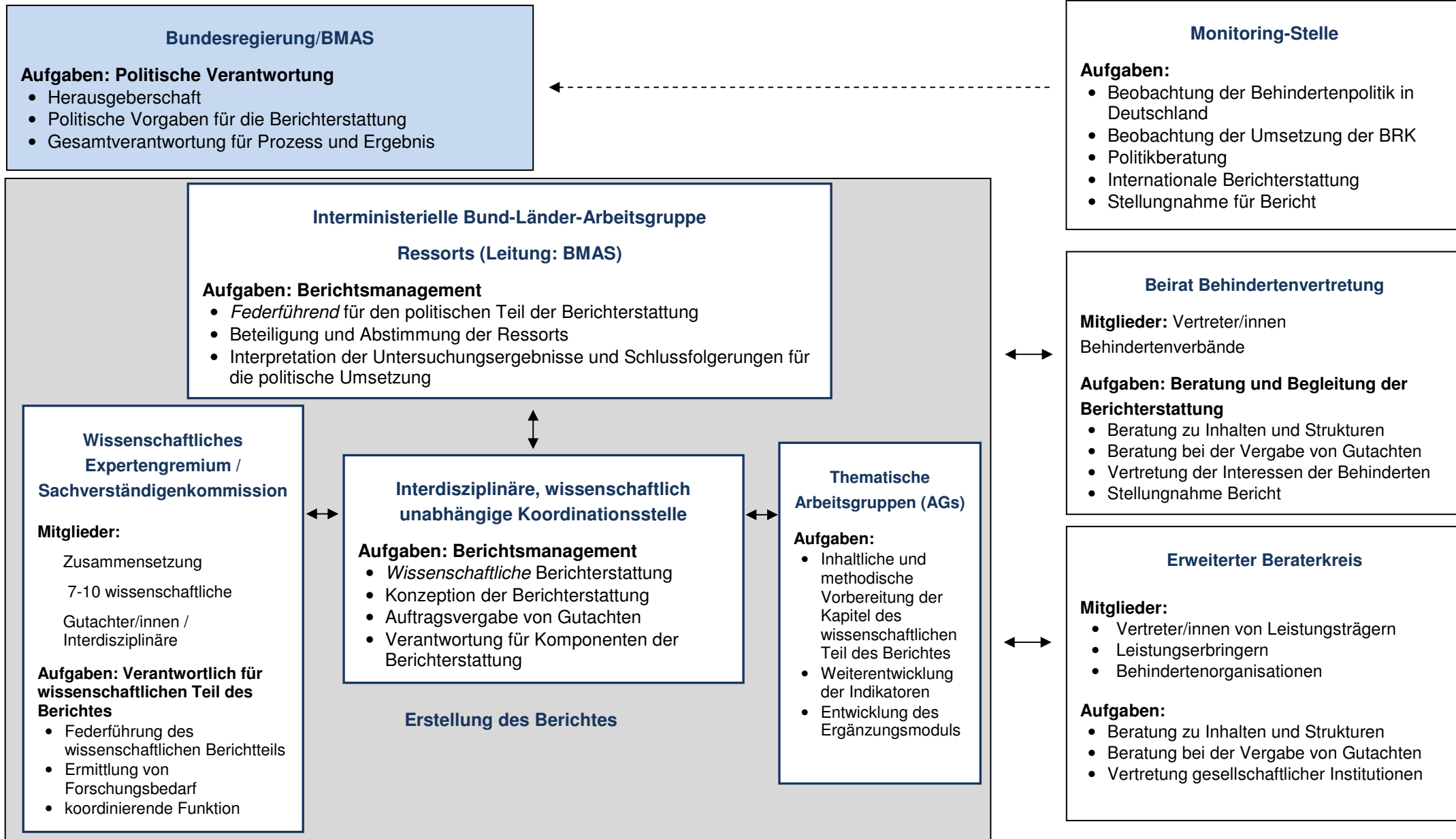
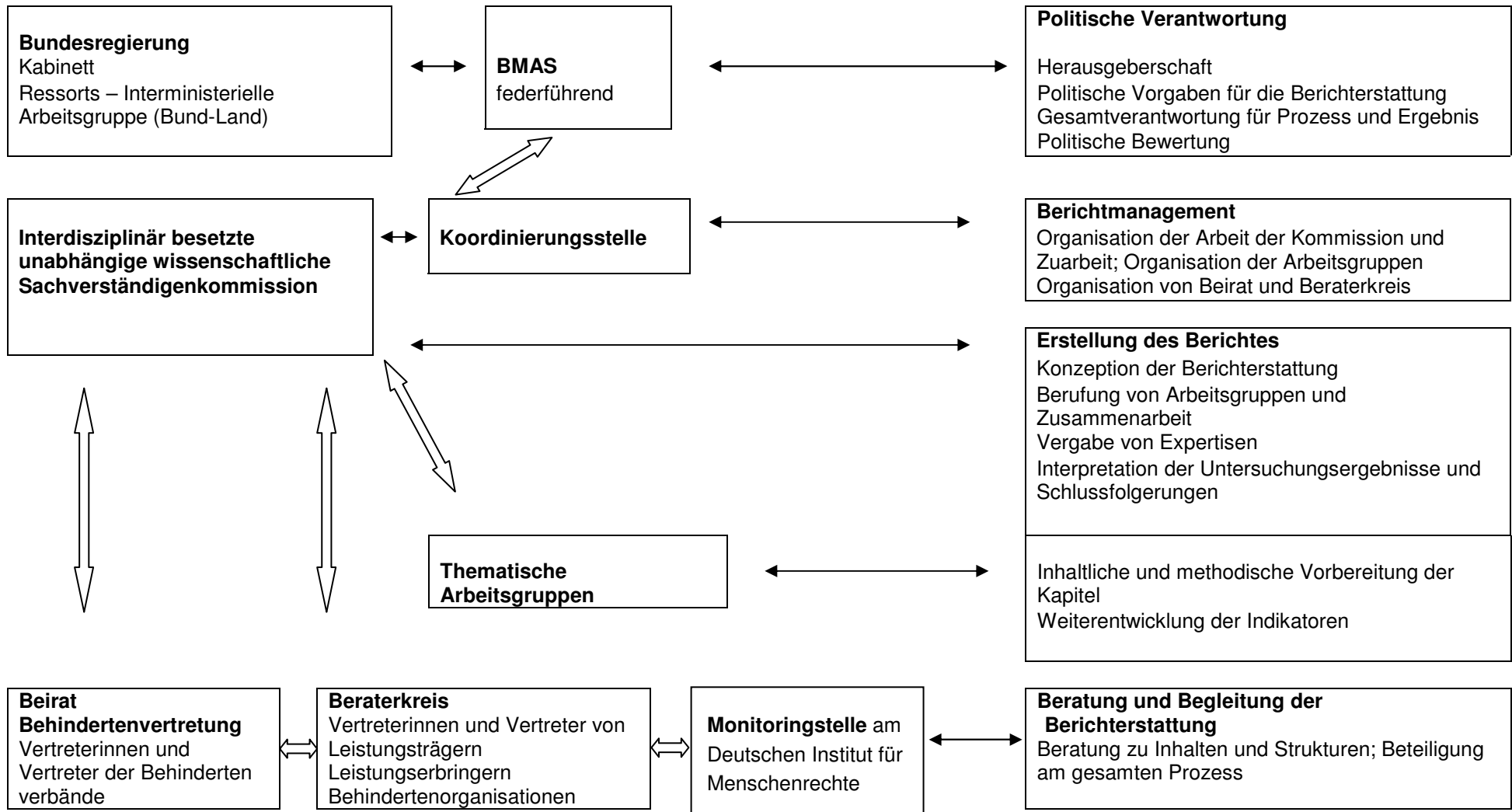


Abbildung 12: Modellvorschlag Behindertenbericht - Aufgaben und Funktionen



**Erläuterung:** Die dünnen Pfeile verweisen auf Aufgaben und Zuständigkeiten der Organisationseinheiten. Die dicken Pfeile machen die Kooperation und den Austausch zwischen den Organisationseinheiten kenntlich.

## **8.6 Thematische Arbeitsgruppen und Koordinierung des wissenschaftlichen Berichtsteils**

Die einzelnen Kapitel des wissenschaftlichen Teils des Berichtes werden im Rahmen von thematischen Arbeitsgruppen unter Hinzuziehung entsprechender Expertinnen und Experten und Expertisen vorbereitet. In den thematischen Arbeitsgruppen, die von der unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigenkommission einberufen werden, arbeiten überwiegend wissenschaftliche Expertinnen und Experten zusammen, die zu dem jeweiligen Themenfeld wichtige Informationen beitragen und diese (teilweise auch im Rahmen ausgearbeiteter eigener Expertisen) in die Arbeitsgruppe einbringen. In den thematischen Arbeitsgruppen soll die theoretische Fundierung der in der Vorstudie ausgearbeiteten Themenfelder und Indikatoren sowie die Pflege und Weiterentwicklung des gesamten Indikatorensets zunächst im Rahmen verschiedener Arbeitsgruppen weitergeführt werden.

Zu diesem Zweck gilt es, für folgende Themenbereiche der Berichterstattung (vgl. Kap. 5) jeweils eine Arbeitsgruppe zu bilden:

### AG 1:

- Grunddaten
- Bildung
- Erwerbsarbeit/ökonomische Situation

### AG 2:

- Gesundheit/Gesundheitsversorgung
- Barrierefreiheit
- Gewalt/Sicherheit

### AG 3:

- Partizipation
- Familie/Lebensform/Selbstbestimmung
- gesellschaftliche Akzeptanz

### AG 4:

- Frauen
- Kinder und Jugendliche
- spezifische Betroffenenengruppen
- Schwerpunktthemen

Darüber hinaus ist eine weitere Arbeitsgruppen (AG 5) für die langfristige Pflege der Indikatoren sowie für die Entwicklung eines Ergänzungsmoduls bzw. eines Standardmoduls zur Abfrage von Behinderung (vgl. Kap. 2) und von bisher unzureichend erfassten Themen

im Kontext von Behinderung erforderlich. Diese erarbeiteten Handlungsempfehlungen zur Schließung der Datenlücken, die sich auch aus der Arbeit der anderen thematischen Arbeitsgruppen ergeben.

AG 5:

- Indikatorenentwicklung
- Ergänzungs-/Standardmodul und Surveys
- Datenlücken

Alle Arbeitsgruppen haben die ausgewiesenen Querschnittsthemen (Frauen, Migration, Kinder und Jugendliche, ältere Menschen) zu berücksichtigen und als theoretische Basis den Lebenslagen- und Lebensphasenansatz sowie die Konzepte zur Exklusion zugrunde zu legen. Die Arbeitsgruppe zur Pflege des Indikatorensets wird inhaltlich aus den Ergebnissen der übrigen AGs gespeist und bedarf daher eines regelmäßigen Inputs. Des Weiteren obliegt es dieser Gruppe, das Indikatorenset auch hinsichtlich internationaler Vergleichbarkeit weiterzuentwickeln. Die Rechercheergebnisse dieser Vorstudie zu verfügbaren Indikatoren auf europäischer und internationaler Ebene dienen als Grundlage hierfür (vgl. Kap. 6). Die Möglichkeiten der Weiterentwicklung und Abstimmung hin zu einem Indikatorenset, welches zumindest zum Teil international vergleichbar ist, sind zu eruieren und umzusetzen.

Die in diesem Bericht vorgeschlagenen Indikatoren können und sollen in politischen Prozessen Anwendung finden sowie als Arbeitshypothese gelten und in diesem Sinne anschließend einer Überprüfung und ggf. Fortentwicklung unterzogen werden. Dies bedeutet, dass die vorgeschlagenen Indikatoren im Rahmen eines fachübergreifenden Arbeitsprozesses schrittweise geprüft werden. Die Aufgaben der *Arbeitsgruppe zur Pflege und Weiterentwicklung der Indikatoren* umfasst einerseits Aufgaben, die kurzfristig umzusetzen sind (wie die Durchführung eines Pre-Tests mit den vorliegenden Indikatoren, die Bewertung und Weiterentwicklung der Indikatoren). Langfristig ist es die Aufgabe der Arbeitsgruppe, das Indikatorenset zu erweitern bzw. weiter zu entwickeln, wozu auch die Beibehaltung von Indikatoren oder die Ablehnung eines Indikators gehören kann. Die Relevanz und Aussagekraft für die Planung politischer Maßnahmen ist dabei ebenfalls zu bewerten.

Im internationalen Kontext entwickelte, bereits angewendete Indikatoren und Beispiele für Operationalisierungen bspw. von Behinderung haben Vorbildcharakter und sind bei der Weiterentwicklung des nationalen Indikatorensets einzubeziehen.. Beide Prozesse sind kontinuierlich angelegt bzw. von Langfristigkeit geprägt. Anknüpfungspunkte bieten hierzu ebenfalls *Best Practice* - Beispiele und Daten zur Beschreibung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und zu Fragen der nationalen und internationalen/europäischen Behindertenpolitik. Angesichts der verschiedenen europäischen Surveys, die

durchgeführt werden, würden die Harmonisierung der Indikatoren und ihre Operationalisierung erheblich zur Vergleichbarkeit der Erhebungen und der Vermeidung von Doppelungen beitragen.

Die Entwicklung von Indikatoren zur Messung von Fortschritten in Bezug auf die UN-BRK ist konzeptionell nicht einfach und benötigt Zeit für weitere Überlegungen, u.a. auch um die Ausrichtung und Auswahl der Indikatoren zu reflektieren. Ebenso ist die Entwicklung von menschenrechtsgestützten Indikatoren ein langfristiges Ziel, die ebenfalls eine schrittweise Harmonisierung mit den nationalen, europäischen und international genutzten Indikatorensätzen erfordert.

Eine Implementierung europäischer bzw. internationaler Standards und Methoden zur Indikatorenentwicklung und Datenerhebung bzgl. des Themenfelds Behinderung wäre für die Harmonisierungsprozesse wünschenswert. Dazu können bspw. die Angebote von DISTAT (United Nations Disability Statistics Database) mit internationalem Datenmaterial zu Menschen mit Behinderungen ([www.unstats.un.org](http://www.unstats.un.org)), die nationalen Statistischen Ämtern und anderen Datenhaltern Unterstützung in Bezug auf Standards und Methoden bei der Datenerhebung im Themenfeld „Behinderung“ bietet, genutzt und weiterentwickelt werden. Die dort verfügbaren Leitlinien und Grundlagen für die statistische Datensammlung und -erfassung mittels Surveys oder den Umgang mit diesen Daten könnten möglicherweise auch in Zusammenarbeit mit der *Washington Group* ausgeweitet werden (United Nations 2011).

Mit Blick auf das Anforderungsprofil der Arbeitsgruppen-Mitglieder sind möglichst hochwertige Kompetenzen in jeder Gruppe zu bündeln. Beispielsweise wird neben der Perspektive von Menschen mit Behinderungen insbesondere Fachwissen aus den Bereichen Methodik und Statistik sowie themenspezifische Kompetenz (je nach Handlungsfeld) benötigt. Dabei ist auch die Vergabe von Fachexpertisen an die Beteiligten oder kompetente Dritte (beispielsweise RKI oder SOEP) sinnvoll. Die Anzahl der Mitglieder in den entsprechenden Arbeitsgruppen sollte 10 Personen nicht überschreiten, um die Arbeitsfähigkeit der Gruppe sicherzustellen. Pro Arbeitsgruppe ist die Benennung eines Sprechers bzw. einer Sprecherin sinnvoll. Auf eine angemessene Beteiligung von wissenschaftlichen Expertinnen und Experten beiderlei Geschlechts und von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern mit Behinderungen sowie solchen mit Expertise im Bereich der Disability-Studies ist zu achten.

Um einen regelmäßigen Austausch aller Arbeitsgruppen zu gewährleisten, bringen die Sprecherinnen und Sprechern der Arbeitsgruppen ihre Ergebnisse im Rahmen von Arbeitstreffen mit dem unabhängigen Gutachtergremium ein und stellen diese zur Diskussion. Daher bietet sich an dieser Stelle auch die Teilnahme weiterer Vertreter von

Behindertenverbänden (idealerweise deckungsgleich mit Behindertenbeirat) zur Bewertung der Ergebnisse an. Die Arbeitstreffen sollten von einer wissenschaftlich unabhängigen Koordinierungsstelle (z. B. angesiedelt an einer Universität), geleitet und organisiert werden. Die Vertreterinnen und Vertreter der Koordinierungsstelle überführen die gesammelten Ergebnisse der Arbeitstreffen in vorläufige Zwischenergebnisse für den wissenschaftlichen Teil des Berichtes. Die Koordinierungsstelle leitet diese zur weiteren Verwendung an das Gutachtergremium weiter. Im Anschluss an die Erstellung des wissenschaftlichen Teils des Behindertenberichtes wird dieser an die Behindertenverbände und die interministerielle Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur differenzierten Auswertung und Erstellung weiterführender Handlungsempfehlungen und Maßnahmenvorschläge weitergeleitet.

### ***Kosten der Organisationsstruktur***

Die erforderlichen Gesamtkosten auf der Basis der neuen Organisationsstruktur können an dieser Stelle nur grob auf der Basis der bisherigen Modelle der Berichterstattung geschätzt werden (vgl. Kap. 7). Die Personalkosten in den Ressorts und der Interministeriellen Bund-Länder-AG wurden dabei nicht einberechnet.

Unabhängige wissenschaftliche Kommission (Reisekosten, Pauschalen für wissenschaftliche Hilfskräfte, kein Honorar für Sachverständige)	150.000 €
Unabhängige wissenschaftliche Koordinierungsstelle für den gesamten Berichtszeitraum und eine Phase der Nachbereitung (Personalkosten, Sachkosten, Kosten für Veranstaltungen/Treffen, Unterstützung der AG- und Kommissionsarbeit und Vorbereitung des Berichtes)	700.000 €
Arbeitsgruppen und zusätzliche Expertisen (Fahrtkosten, Aufwandsentschädigungen, externe/interne Expertisen)	600,000 €
Monitoringstelle / Beirat (Fahrtkosten, Aufwandsentschädigungen, Stellungnahmen, ohne Personal)	200.000 €
<b>Gesamtkosten</b>	<b>1.650.000 €</b>



## 8.7 Kurzfristig umsetzbare Indikatoren für den anstehenden nationalen Behindertenbericht der Bundesregierung

Für den nächsten, in dieser Legislaturperiode vorzulegenden Bericht können bereits kurzfristig umsetzbare Indikatoren einbezogen werden. Diese sind in den nachfolgenden Tabellen nach Themenfeldern aufgelistet. Die Tabellen beziehen sich inhaltlich auf regelmäßige Surveys und Erhebungen, die daher für die Bildung von Zeitreihen verwandt werden können. Gleichzeitig bietet sich für diese Daten eine zukünftige Erweiterung mittels der in Kapitel 8.7 aufgelisteten Möglichkeiten (Beispielfragen).

Weiterhin können bereits besonders relevante Studien für Schwerpunktthemen beispielhaft herangezogen werden. Hierbei handelt es sich zum einen um regelmäßige Surveys, die aufgrund ihrer Aufgliederungsmöglichkeiten beispielsweise nach Geschlecht oder Migrationshintergrund auch für bestimmte Schwerpunkte nutzbar sind. Zum anderen können für die Schwerpunktthemen auch Querschnittstudien (einmalige Erhebungen) heran gezogen werden.

Das **Schwerpunktthema Frauen mit Behinderungen** ist als Schwerpunktthema für den nächsten Bericht in Betracht zu ziehen, da dann aktuelle und für Frauen mit Behinderungen erstmals bundesweit repräsentative Daten vorliegen. Es bietet sich zum einen der Rückgriff oder eine Sekundäranalyse der *LIVE-Studie* an, die als eine qualitativ angelegte Studie frauenspezifische Themen im Kontext von Behinderung aufgreift. Diese Studie wurde allerdings bereits im Jahr 1999 veröffentlicht (vgl. Eiermann et al. 1999). Daher ist es sinnvoll, die quantitativen und qualitativen Daten der derzeit laufenden Studie „*Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland*“ der Universität Bielefeld im Auftrag des BMFSFJ, in den Vordergrund zu stellen. Die Studie ist die erste nationale repräsentative Studie zur Situation von Frauen mit Behinderungen und sie umfasst gleichermaßen Frauen in Einrichtungen und in Privathaushalten. Mit dieser Studie können für den kommenden Bericht bereits kurzfristig eine Vielzahl an Indikatoren aus unterschiedlichen Themenbereichen abgebildet werden. Die folgende Tabelle listet alle (auch zusätzlichen)<sup>26</sup> Indikatoren auf, die mit Hilfe der Studie umgesetzt werden können.

**SchwerpunkttHEMA Frauen:** Darstellung der Indikatoren mittels der Studie „*Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland*“ der **Universität Bielefeld** im Auftrag des **BMFSFJ**

Themenfeld	Indikator		Realisierbarkeit
Grunddaten (1)	1.1.1	Anteil der Menschen mit Behinderungen an der Gesamtbevölkerung	kurzfristig
Bildung (2)	2.2.1	Höchster Schulabschluss von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Frauen ohne Behinderungen	kurzfristig
	2.2.2	Vorliegen einer qualifizierenden Berufsausbildung bei Menschen mit und ohne Behinderungen	kurzfristig
Berufliche Teilhabe (3)	3.1.1	Anteil der Erwerbstätigen bei Menschen mit und ohne Behinderungen	kurzfristig
	3.1.2	Anteil der Erwerbslosen bei Menschen mit und ohne Behinderungen	kurzfristig
	3.2.1	Art und Höhe des Haushaltsnettoeinkommens	kurzfristig
	3.2.2	Art und Höhe des individuellen Nettoeinkommens	kurzfristig
	Zusätzlicher Indikator	Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeits- und Einkommenssituation	kurzfristig
Gesundheit (4)	4.1.2	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes	kurzfristig
	Zusätzlicher Indikator	Zufriedenheit mit gesundheitlicher Versorgung	kurzfristig

	Zusätzlicher Indikator	Beschwerden im Reproduktiven Bereich / schwere Verletzungen im Lebensverlauf	kurzfristig
Barrierefreiheit (5)	5.1.2	Barrierefreiheit im öffentlichen (und privaten) Raum und Verkehr	kurzfristig
	5.1.3	Subjektiv wahrgenommene Barrierefreiheit	kurzfristig
	5.2	Nutzung von Hilfsmitteln und Assistenz bei Behinderungen	kurzfristig
Gewalt und Sicherheit (6)	6.1	Gewaltbetroffenheit/Viktimisierung im Vergleich von Menschen mit und ohne Behinderung	kurzfristig
	6.2	Subjektive wahrgenommenes Sicherheitsgefühl in verschiedenen Alltagssituationen	kurzfristig
	6.3	Subjektiv wahrgenommene Diskriminierung im Alltag	kurzfristig
	6.4.1	Vorhandensein (und Inanspruchnahme) von Unterstützungsangeboten für gewaltbetroffene Menschen mit Behinderungen	kurzfristig
Partizipation (7)	7.2.1	Einbindung in Freundes- und Bekanntenkreis	kurzfristig
	7.2.2	Teilhabe an kulturellen und Freizeitveranstaltungen / außerhäuslichen Aktivitäten	kurzfristig
Familie, Lebensform und Selbstbestimmung (8)	8.1.1	Menschen mit Behinderungen in Partnerschaften und Vergleich des Partnerschaftsstatus bei Frauen mit und ohne Behinderungen	kurzfristig
	8.1.2	Familienplanung (selbstbestimmte Entscheidung für/gegen Kinder)	kurzfristig

	8.1.3	Elternschaft und Anzahl der Kinder bei Menschen mit / ohne Behinderungen	kurzfristig
	8.1.4	Aufwachsen im familiären Kontext und in Einrichtungen bei Kindern mit und ohne Behinderungen	kurzfristig
	8.1.5	Hilfemaßnahmen zur Unterstützung bei der Familiengründung/-Familienplanung / Erziehungsassistenz für Menschen mit Behinderungen	kurzfristig
Gesellschaftliche Akzeptanz (9)	9.1.2	Subjektiv wahrgenommene Exklusion/Inklusion	kurzfristig

Darüber hinaus könnte über vergleichsweise geringe Mittel eine Replikation der Frauenstudie bei Männern mit Behinderungen vorgenommen werden, die es ermöglichen würde, mittelfristig vergleichbare Daten zu den oben genannten Themenbereichen für Männer zu generieren. Dies ist möglich, weil über die Vorarbeiten der Haushaltsbefragung auch Kontakte zu interviewbereiten Männern auf einer repräsentativen Basis hergestellt wurden. Dies müsste aber sehr kurzfristig erfolgen, da ab Herbst 2011 mit dem Abschluss der Studie alle Haushaltsdaten gelöscht werden. Ein großer Vorteil der Nutzung dieses Datenpools wäre es, erstmals für beide Geschlechter repräsentative Daten unter einem erweiterten Begriff von Behinderungen und unter Einbeziehung auch der in Einrichtungen lebenden Menschen zur Verfügung zu stellen.

Grundsätzlich bieten sich für die nächste Berichterstattung im Rahmen der laufenden Legislaturperiode darüber hinaus folgende kurzfristige Indikatoren an, die mit Hilfe von Surveys langfristig abgebildet werden können:

Themenfeld 1: Grunddaten					
Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator		Datenquelle	Realisierbarkeit
<b>Vorliegen einer Behinderung/ Beschreibung der grundlegenden Merkmale der Behinderung</b>	Grundsätzliche Betroffenheit durch Behinderung sowie Art der Behinderung: psychische (seelische) Erkrankung, körperliche Behinderung, geistige Behinderung, Behinderung der Sinnesorgane, gesundheitliche Einschränkungen/ chronische Erkrankungen	1.1.1	Anteil der Menschen mit Behinderung an der Gesamtbevölkerung	1. SOEP 2. GEDA  3. Statistik der Schwerbehinderten Menschen  4. Mikrozensus 2009  5. KiGGS  6. PASS	kurzfristig
		1.1.2	Vorliegen einer körperlichen Behinderung	1. SOEP 2. GEDA  3. Statistik der Schwerbehinderten Menschen  4. Mikrozensus 2009  5. KiGGS 6. PASS	kurzfristig
		1.1.4	Vorliegen einer psychischen Behinderung	1. SOEP 2. GEDA 3. Statistik der Schwerbehinderten Menschen  4. PASS	kurzfristig
		1.1.5	Vorliegen einer geistigen Behinderung	1. Statistik der Schwerbehinderten Menschen	kurzfristig

	Grad der Behinderung (nach SGB IX)	1.2.1	Feststellung einer Behinderung nach SGB IX	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mikrozensus 2009</li> <li>2. Statistik der Schwerbehinderten Menschen</li> <li>3. SOEP</li> <li>4. GEDA</li> <li>5. PASS</li> </ol>	kurzfristig
		1.2.2	Grad der Behinderung nach amtlich anerkannter Behinderung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mikrozensus 2009</li> <li>2. Statistik der Schwerbehinderten Menschen</li> <li>3. SOEP</li> <li>4. GEDA</li> <li>5. PASS</li> </ol>	kurzfristig
	Alter beim Eintreten der (ersten) Behinderung	1.4	Alter beim Eintreten der Behinderung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Statistik der Schwerbehinderten Menschen</li> <li>2. SOEP</li> <li>3. GEDA</li> </ol>	kurzfristig
	Eigenwahrnehmung der Menschen mit Behinderungen hinsichtlich der Einschränkungen	1.5	Subjektive Wahrnehmung der Stärke der Einschränkung durch Behinderung im täglichen Leben	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. GEDA</li> <li>2. SOEP</li> <li>3. EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC)</li> </ol>	kurzfristig*





<b>Themenfeld 2: Bildung</b>					
<b>Handlungs- felder</b>	<b>Gegenstands- bereich</b>	<b>Indikator</b>		<b>Datenquelle</b>	<b>Realisierbarkeit</b>
<b>Bildung/Lebenslanges Lernen (frühkindliche Bildung, Schule Studium, Ausbildung, Weiterbildung)</b>	Frühkindliche Bildung / Kinderbetreuung Grad der Inklusion/Exklusion in verschiedenen Arten von Einrichtungen	2.1.1	Anteil der Kinder mit Behinderungen in Tageseinrichtungen	1. Statistik der Kinder- und Jugendhilfe (Tabelle 31)	kurzfristig*
		2.1.2	Erzieherinnen und Erzieher pro Kind nach Art der Einrichtung	1. Statistik der Kinder- und Jugendhilfe	kurzfristig*
		2.1.3	Anteil von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen an Regelschulen	1. Statistik Bildung und Kultur an allgemeinbildenden Schulen	kurzfristig*
	Schul-, Ausbildungs- und Hochschulabschluss	2.2.1	Höchster Schulabschluss von Menschen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. PASS	kurzfristig
		2.2.2	Vorliegen einer qualifizierten Berufsausbildung von Menschen mit und ohne Behinderungen	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. PASS	kurzfristig
		2.2.3	Anteil der Studierenden mit Behinderungen	1. Social and Economic Conditions of Student Life in Europe	kurzfristig



### Themenfeld 3: Erwerbsarbeit und ökonomische Situation

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator		Datenquelle	Realisierbarkeit
<b>Berufliche Teilhabe, Stellung in der Berufswelt, Armut</b>	Beschäftigungssituation/ Arbeitslosigkeit, Erwerbsbeteiligung, Erwerbsbiografien	3.1.1	Anteil der Erwerbstätigen bei Menschen mit und ohne Behinderungen	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. DEGS 5. Mikrozensus 2011 Zusatzprogramm der EU 6. PASS	kurzfristig
		3.1.2	Anteil der Erwerbslosen Menschen mit und ohne Behinderungen	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. PASS	kurzfristig
	Einkommen Armut	3.2.1	Art und Höhe des Haushaltsnettoeinkommens	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. PASS	kurzfristig
		3.2.2	Art und Höhe des individuellen Nettoeinkommens	1. Mikrozensus 2009 2. SOEP 3. GEDA 4. PASS	kurzfristig
	Hilfeart nach Leistungsträger	3.3	Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung	1. PASS 2. Statistik Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB	kurzfristig*

				XII	
--	--	--	--	-----	--

**Themenfeld 4: Gesundheit und Gesundheitsversorgung**

Handlungsfelder	Gegenstandsbereich	Indikator		Datenquelle	Realisierbarkeit
Gesundheit, Prävention, Rehabilitation und Pflege	Gesundheitszustand	4.1.2	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes	1. SOEP 2. GEDA  3. EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC )  4. PASS	kurzfristig
	Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen	4.3	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	1. SOEP  2. SHARE	kurzfristig*

**Themenfeld 5: Barrierefreiheit**

<b>Handlungsfelder</b>	<b>Gegenstandsbereich</b>	<b>Indikator</b>		<b>Datenquelle</b>	<b>Realisierbarkeit</b>
<b>Mobilität und Barrierefreiheit, persönliche Assistenz, unterstützte Kommunikation</b>	Barrierefreier Zugang	5.1.2	Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und Verkehr	1. Leistungen zur Teilhabe im Berichtsjahr 2009 am Arbeitsleben	kurzfristig*
	Assistenz	5.2	Nutzung von Hilfsmitteln und Assistenz bei Behinderung	1. GEDA	kurzfristig*

**Themenfeld 6: Gewalt und Sicherheit**

<b>Handlungsfelder</b>	<b>Gegenstandsbereich</b>	<b>Indikator</b>		<b>Datenquelle</b>	<b>Realisierbarkeit</b>
<b>Gewalt, Gewaltschutz und Sicherheit</b>	Personale und strukturelle Gewalt	6.1	Gewaltbetroffenheit / Viktimisierung im Vergleich von Menschen mit und ohne Behinderungen	1. GEDA	kurzfristig*

**Themenfeld 7: Partizipation**

Themenfeld 8: Familie, Lebensform und Selbstbestimmung					
Handlungs- Handlungs- felder	Gegenstands- bereich Gegenstands- bereich	Indikator Indikator	Daten-quelle Datenquelle	Realisierbarkeit Realisierbarkeit	
Partizipation / sozialpolitische Unterstützung / Selbstbestimmung	Politische Einbindung, Familie	7.1	Zugehörigkeit zu einer Partei, Gewerkschaft, Behinderungen Nichtregierungsorganisation (NGO)	1. SOEP 12. Mikrozensus 2009	kurzfristig
		8.1.1	Partnerschaftsstatus bei Einbindung in Freundes- und Bekanntenzirkel Behinderungen	2. SOEP 3. GEDA 4. PAIRFAM 1. SOEP 2. PASS	
	Soziale Einbindung/ Isolation/ soziale Netze	7.2.1	Partnerschaftsstatus bei Einbindung in Freundes- und Bekanntenzirkel Behinderungen	1. PAIRFAM	kurzfristig
		8.1.2	Familienplanung	1. SOEP	
		7.2.2	Teilhabe an kulturellen und Freizeitveranstaltungen / außerhäusliche Aktivitäten	2. PASS	
		8.1.3	Eiternschaft und Anzahl der Kinder bei Menschen mit und ohne Behinderungen	1. Mikrozensus 2009 2. GEDA	kurzfristig*
		8.1.5	Hilfemaßnahmen zur Unterstützung bei der Familiengründung/Familienpla- nung / Erziehungsassistenz für Menschen mit Behinderungen	1. Statistik der Sozialhilfe: Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	kurzfristig*
	Wohnen	8.2.1	Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten	1. Mikrozensus 2009	kurzfristig
8.2.2		Unterstützungsleistungen im Bereich Wohnen	1. Pflegeberichterstattung	kurzfristig*	

**Themenfeld 9: Gesellschaftliche Akzeptanz**

<b>Handlungsfelder</b>	<b>Gegenstandsbereich</b>	<b>Indikator</b>	<b>Datenquelle</b>	<b>Realisierbarkeit</b>
------------------------	---------------------------	------------------	--------------------	-------------------------



<b>Gesellschaftliche Einstellungen/ Meinung/ Gleichstellung/ Diskriminierung/ gesellschaftliches Bewusstsein / Disability Mainstreaming</b>	Einstellung/Bewusstsein der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderungen/ Beeinträchtigungen	9.1.1	Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen in der Gesamtbevölkerung	1. Spezial-EUROBAROMETER 263	kurzfristig*
	Disability Mainstreaming	9.2	Beurteilung der Notwendigkeit von Prävention bei Vorurteilen und Diskriminierung gegenüber Menschen mit Behinderungen	1. Spezial-EUROBAROMETER 263 (Kapitel Bekämpfung von Diskriminierung)	kurzfristig*

## 8.8 Vorschläge zur Optimierung der Datenlage und Schließung von Datenlücken

### ***Erweiterung des Mikrozensus („Filterfragen“)***

Die Datenqualität des Mikrozensus ist (vgl. Kap. 4) hinsichtlich Stichprobengröße, Repräsentativität und Rücklauf unverzichtbar. Wie bereits erläutert, weist der Mikrozensus, - ebenso wie alle anderen genannten Erhebungen - das Problem der Unterrepräsentation auf. Zukünftig müssen daher auch in diesem Bereich Zugänge zu den Einrichtungen gefunden und geeignete Erhebungen durchgeführt werden, die auch Befragungen in vereinfachter Sprache ermöglichen. Dies ist erforderlich, da der überwiegende Teil dieser Zielgruppen Lernschwierigkeiten und so genannte geistige Behinderungen aufweist. Alle anderen, im Rahmen der vorliegenden Analyse betrachteten kontinuierlichen Studien weisen diese Limitation neben einer Vielzahl von anderen Problemstellungen ebenfalls auf, vorrangig der wesentlich kleineren Stichprobengrößen.

Da der Mikrozensus in seiner Stichprobengröße, Repräsentativität (bundesweit und pro Bundesland) sowie auf Grund seines hohen Rücklaufs unverzichtbar ist und bedeutende Informationen zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen liefern kann, wird die kontinuierliche Aufnahme sowie Erweiterung der Fragen zu Behinderung in diese Erhebung nachdrücklich empfohlen. Auch wenn der Aufwand (z.B. Änderung des Mikrozensusgesetzes) nicht zu unterschätzen ist, scheint es langfristig unumgänglich und im Vergleich zu anderen Erhebungen auch realisierbar, den Fragenkatalog des Mikrozensus zu erweitern (ein Vorschlag zur Umsetzung ist nachfolgend aufgeführt). Die Vergleichbarkeit mit früheren Erhebungen bleibt dadurch erhalten, dass es sich nicht um eine Modifizierung der bestehenden Abfrage nach amtlich festgestellter Behinderung (s.u.), sondern lediglich um eine Ergänzung bisheriger Fragen handelt.

Langfristig ist die Erhebung von Behinderung noch weiter zu differenzieren, indem u.a. die Umwelt- und Kontextfaktoren (z.B. soziale und physische Umwelt) erhoben werden.

Im Folgenden werden Beispielfragen vorgeschlagen, die für die Erweiterung des Mikrozensus herangezogen werden können:

## Vorschlag zur veränderten Abfrage und Erfassung von Behinderungen im Rahmen der Mikrozensus-Befragung

Neu: Sind Sie in einem oder mehreren der folgenden Bereiche stark und dauerhaft eingeschränkt/beeinträchtigt:

(„Dauerhaft“ bedeutet seit mehr als 6 Monaten; nur dann einzubeziehen, wenn Einschränkung nicht durch Hilfsmittel vollständig oder fast auszugleichen, zum Beispiel Brille)

- beim Sehen und der Orientierung
- beim Hören, Sprechen und Kommunizieren
- beim Bewegen und bei der Mobilität
- beim Verstehen und Begreifen (zum Beispiel geistige Probleme oder Lernschwierigkeiten)
- in psychischer Hinsicht (aufgrund von psychischen Erkrankungen)
- anderweitig aufgrund von chronischen Erkrankungen
- sonstiges

### Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?<sup>27</sup>

- ja
  - nein
- 

### Wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung festgestellt? Wenn ja, welcher?

- kein Grad der Behinderung beantragt/zuerkannt
  - 20 bis unter 30
  - 30 bis unter 40
  - 40 bis unter 50
  - 50 bis unter 60
  - 60 bis unter 70
  - 70 bis unter 80
  - 80 bis unter 90
  - 90 bis unter 100
  - 100
-

Besitzt Ihr Schwerbehindertenausweis eines oder mehrere Merkzeichen?

Wenn ja, Bitte ankreuzen.

- aG
  - G
  - H
  - BI
  - GI
  - Rf
  - B
  - EB
  - VB
  - 1.KI.
- 

Seit welchem Jahr liegt bei Ihnen eine Behinderung / dauerhafte Beeinträchtigung vor?

(Jahr, in dem die erste starke/dauerhafte Behinderung aufgetreten war)

Jahr angeben \_\_\_\_\_

Darüber hinaus bietet sich eine Frage nach lang andauernden Gesundheitsbeeinträchtigungen an, die z.B. dem *Ad hoc* -Modul zum Mikrozensus 2011 entnommen werden könnte (Frage 158: „**Haben Sie andauernde gesundheitliche Probleme oder chronische Krankheiten?**“). Alternativ ist auch die österreichische Fragestellung aus dem Mikrozensus 2007 eine mögliche Option, trotz ihrer Zweiteilung: „**Sind Sie im Alltagsleben auf Grund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung eingeschränkt?**“ und „**Haben Sie diese Beeinträchtigung schon länger als ein halbes Jahr?**“. Werden beide Fragen mit „ja“ beantwortet, gilt die befragte Person als behindert bzw. beeinträchtigt. (BMASK 2009; Leitner 2008). Diese Fragen dienen als „Filter“ zur Identifizierung von Menschen mit Behinderungen, welche daraufhin vertieft nach Art und Folgen ihrer Behinderung befragt werden können, wie im Anhang 1.3 aufgeführt.

Des Weiteren sind die bestehenden Fragen zu Behinderung vom Zusatz- in das Grundprogramm zu verlagern und somit jährlich erhoben werden. Eine jährliche Erhebung ist u.a. erforderlich, um zum einen den möglichen Eintritt von Behinderung und zum anderen Veränderungen der Schwere der Behinderung und Beeinträchtigung zu erfassen (Weitere Fragenvorschläge sind Anhang 1.3 zu entnehmen).

## ***Ergänzende Erhebungen***

Grundsätzlich ist eine Berichterstattung, in der sich die Daten aus dem erweiterten Mikrozensus und kontinuierlichen Surveys mit Ergänzungsmodulen wechselseitig ergänzen, zu empfehlen. Darüber hinaus ermöglichen punktuelle Befragungen und regelmäßige Erhebungen die Berücksichtigung von Einzelaspekten unter Einbeziehung der Betroffenenperspektive. Hierbei kann der Zugang über Behindertenverbände und -einrichtungen erleichtert werden. Zusammen mit den Verwaltungsdaten, deren Eignung und mögliche Erweiterung um das Thema Behinderung noch detailliert zu prüfen ist, sollte die Berichterstattung auf diesen Datenquellen basieren. Soweit als möglich ist dabei die Erfassung von Menschen mit Behinderungen in allen bundes- und landesweiten sowie regionalen Verwaltungsstatistiken zu forcieren.

Bei der Behindertenberichterstattung auf der Grundlage dieser Daten ist zu analysieren, welche Informationslücken bestehen und wie diese mit Hilfe des Ergänzungsmoduls sowie zusätzlichen Einzelstudien gefüllt werden können.

Im Folgenden sind Beispiele qualitativer Studien bzw. Themen hierfür aufgelistet, die nicht nur zur Schließung von Wissens- bzw. Datenlücken beitragen, sondern auch zur Abbildung der Lebenssituationen spezifischer Gruppen von Menschen mit Behinderungen beitragen sowie als Anknüpfungspunkte für zukünftige Studien oder die Weiterentwicklung der Behindertenberichterstattung dienen können.

- Die BMFSFJ-Studie der Universität Bielefeld zu „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen“ kann als ein Beispiel guter Praxis herangezogen werden. Um sie zu ergänzen, könnte diese Befragung zeitnah auch bei Männern mit Behinderungen durchgeführt werden, wodurch repräsentative Daten und vertiefende Erkenntnisse der aktuellen Lebenssituation für beide Geschlechter vorlägen.
- Des Weiteren bietet sich die Fortführung und Erweiterung des *GINKO-Projektes* (Gesetzeswirkungen bei der beruflichen Integration schwerhöriger, ertaubter und gehörloser Menschen durch Kommunikation und Organisation) an, das durch den Deutschen Gehörlosen-Bund e. V. durchgeführt wird. Diese Studie basiert auf einer regelmäßigen Online-Befragung, die sich an alle gehörlosen und schwerhörigen Menschen ab 16 Jahren in Deutschland richtet und die Situation in der Arbeitswelt erfasst. Bislang wurden mit Blick auf Responserate und Methodik sehr gute Erfahrungen gemacht.

- Dem Themenfeld „Alter und Behinderung“ sollte zukünftig ebenfalls mehr Raum gegeben werden, da insbesondere ältere/alte Menschen mit Behinderungen von einer höheren Exklusionsgefährdung betroffen sind.
- Vor diesem Hintergrund muss darüber hinaus die Erfassung von Menschen mit Behinderungen, die ambulant betreutes Wohnen in Anspruch nehmen, in Erhebungen aufgenommen werden.
- In diesem Kontext und mit Blick auf eine mögliche Schwerpunktvertiefung der Berichterstattung ist darüber hinaus die Durchführung weiterer Studien mit dem Fokus auf spezifische Betroffenenengruppen wie etwa Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer, Blinde und Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen sinnvoll.
- Neben quantitativen Erhebungen stellen qualitative Studien zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen ggf. analog zu den erarbeiteten Themenfeldern eine sinnvolle Ergänzung dar.
- Kontinuierliche Wirkungsforschung: Effekte politischer Maßnahmen hinsichtlich der behindertenpolitischen Zielsetzungen sind kontinuierlich zu prüfen. Die hierzu erforderliche Wirkungsforschung sollte Element der Behindertenberichterstattung werden, um diese auch im Kontext der Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen zu bewerten sowie zukünftige Maßnahmen zur Förderung von Inklusion zu entwickeln. Aktuelle Themen und Fragestellungen betreffen bspw. Umfang und Wirkung der Nachteilsausgleiche, Wirkung der Förderungsmaßnahmen zur Eingliederung nach SGB II und III sowie die praktische Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Rente“.

Weitere Studien können die Maßnahmen zur Förderung von inklusiver Bildung, Aspekte des Armutsrisikos von Menschen mit Behinderungen oder Fortschritte der Barrierefreiheit (bspw. Evaluation des Instrumentes der Zielvereinbarungen) bewerten.

Durch die hier vorgeschlagene systematisierte Datenerfassung und Auswertung, bei der einerseits auf bestehende Datensets zurückgegriffen, deren Informationsgehalt sukzessive ausgeweitet und durch zusätzliche Module und Surveys ergänzt wird, kann langfristig eine kontinuierliche fundierte Informationsbasis geschaffen werden, um die Fortschritte in der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu messen und politische Strategien für den Abbau bestehender Lücken und Defizite zu entwickeln und fortzuschreiben. Die vorgeschlagene Konzeption ist im weiteren Verlauf mit allen beteiligten Ressorts, wissenschaftlichen Experteninnen und Experten und den Interessensvertretungen der Menschen mit Behinderungen abzustimmen. Auftakt dazu war ein interdisziplinärer Workshop im Februar 2011.

## ***Vorteile der Etablierung eines Surveys zur Situation von Menschen mit Behinderungen***

Langfristig ist die Etablierung eines eigenen Surveys zur Abbildung der Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen zu prüfen. Dieser sollte nach Möglichkeit quantitative und qualitative Erhebungsformen verbinden. Die Basis der quantitativen Datenerhebung kann das innerhalb der zuständigen Arbeitsgruppe konkretisierte Ergänzungsmodul bilden. Spezifische Themen (z.B. subjektive Wahrnehmung von Behinderung sowie der Inklusions-/Exklusionsprozesse) können mit qualitativen Erhebungen näher betrachtet werden. Dabei könnte bspw. ein übergeordnetes Konzept, das den Grad der Inklusion abbildet (z.B. Selbstwirksamkeit) das theoretische Fundament bilden.

Die Etablierung eines Surveys erscheint langfristig aus mehreren Gründen als erstrebenswert. Zum einen bestehenden bzgl. einiger Themenfelder - insbesondere jener, die die (subjektiv wahrgenommene) Inklusion von Menschen mit Behinderungen messen, noch erhebliche Datenlücken, die nur durch ergänzende Erhebungen abgedeckt werden können. Ein besonderes Augenmerk ist wie bereits mehrfach erwähnt auf jene Betroffenenengruppen zu richten, die von bisherigen Erhebungen bisher nicht erreicht werden (vgl. Kap. 4). Vor dem Hintergrund der deutschen Geschichte stellt sich im Zusammenhang mit der Sammlung von Daten zu Menschen mit Behinderungen immer auch die Frage zum möglichen Datenmissbrauch. Die Evaluationstheorie liefert hier zumindest theoretische Vorgaben (vgl. z.B. Stockmann 2007). Das Ziel der von der Bundesregierung beschlossenen Indikatoren gestützten Erfassung ist die Abbildung des Inklusionsgrades von Menschen mit Behinderungen. Die ermittelten Daten sollen auf Grundlage der Ermittlung der Ist-Situation zur politischen Maßnahmenplanung verwandt werden mit dem Anliegen den Grad der Inklusion in allen Lebenslagen und -phasen - analog der Vereinbarungen laut BRK - zu erhöhen. Dem angestrebte Aufbau von Inklusionsmechanismen und der Abbau von Exklusionsmechanismen stehen jedoch evaluationstheoretisch die Möglichkeiten entgegen, dass

- 1.) das angestrebte Ziel nicht erreicht wird bzw.
- 2.) das Ziel zwar erreicht wird, jedoch zusätzliche, ungeplante Wirkungen als unerwünschte (negative) Nebeneffekte hinzutreten

Voraussetzung für die Zielerreichung ist die vorherige Festlegung von Zielparametern (ebd.). Innerhalb der Indikatorenentwicklung wurden national erstmals umfassende Kennzahlen zur Messung von Inklusion entwickelt. Diese gilt es im Rahmen der Berichterstattung zunächst auf ihre Angemessenheit zu prüfen (Werden alle bedeutenden Lebensbereiche, in denen

Inklusionsprozesse von Bedeutung sind, berücksichtigt?; Sind einige Bereiche gegenüber anderen als bedeutender zu beurteilen, da Exklusionsprozesse in diesen Bereichen z.B. existenzielle Folgen haben? usw.) Außerdem sind Zielwerte festzulegen sowie eine Zeitschiene für die Zielerreichung. Voraussetzung für die Zielerreichung sind klare Zielvorgaben sowie eine an theoretischen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen orientierte Maßnahme zur Realisierung der Zielvorgaben.

Beispielhaft sei auf die schulische Inklusion von Kindern aus Förderschulen verwiesen. Das theoretische Ziel besteht in der Auflösung der Förderschulen durch Inklusion der Förderschülerinnen und Förderschüler in so genannte Integrationsklassen in Regelschulen. Faktisch wird dies bisher nur sehr punktuell umgesetzt. Bei Schülerinnen und Schülern mit leichten Lernbehinderungen gelingt die Integration z.B. in NRW recht gut. Da die meisten Regelschulen nicht barrierefrei sind, ist die Inklusion körperbehinderter Schülerinnen und Schüler dagegen noch immer schwierig zu realisieren. Erschwert wird die Umsetzung dadurch, dass die notwendigen Umbaumaßnahmen zur Barrierefreiheit von Schulgebäuden den Kommunen obliegen, denen zum einen die finanziellen Ressourcen fehlen und die zum anderen nicht dazu verpflichtet sind. Außerdem wehren sich zum Teil die Förderschulen und ihre Träger gegen ihre Auflösung.

Der zweite Aspekt, die Berücksichtigung unerwarteter und nicht planbarer Nebeneffekte bestehender bzw. noch zu etablierender Maßnahmen zur Verbesserung der Inklusion von Menschen mit Behinderungen, ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe. Beispielhaft sei darauf verwiesen, dass Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation vor allem von Männern in Anspruch genommen werden. Ein negativer Nebeneffekt ist somit, dass die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bei Frauen nicht den gewünschten Effekt hervorrufen und diese faktisch aus der Leistungsgewährung exkludiert werden.

Bei der Maßnahmenplanung sollten daher im Vorhinein stets mögliche Nebeneffekte mitgedacht werden. Der für die Vorstudie gewählte Ansatz des um die Geschlechterdimension erweiterten Lebenslagenansatzes zeigt am Beispiel des Indikators „Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation“, dass eine Vielzahl von denkbaren negativen Nebeneffekten (z.B. das Nichterreichen von Teilgruppen) durch umfangreiche Theorie geleitete Vorbeugemaßnahmen bereits berücksichtigt wurden (Tab. 4).



**Tabelle 4: Mögliche negative Nebeneffekte am Beispiel des Indikators 3.1.1**

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Gegenstandsbereich</b>	<b>Indikator</b>	<b>Inklusionsziel des Indikators</b>	<b>Maßnahme</b>	<b>negativer Nebeneffekt</b>
Berufliche Teilhabe, Stellung in der Berufswelt, Armut	Beschäftigungssituation/ Arbeitslosigkeit, Erwerbsbeteiligung, Erwerbsbiografien	3.1.1 Anteil der Menschen mit Behinderungen an der erwerbstätigen Bevölkerung	Anteil der erwerbstätigen mit Behinderung erhöhen	berufliche Rehabilitation	überwiegend Männer nutzen Fördermaßnahmen, Frauen verbleiben exkludiert vom Rehabilitationsprozess

Auch wenn eine Abschätzung möglicher unerwünschter Nebeneffekte vorgenommen wird, ist nicht zu garantieren, ob im Verlauf der Implementation der Indikatoren weitere unerwartete Nebeneffekte auftreten werden. Es ist Aufgabe der Datenerhebung nach Möglichkeiten zu suchen, diese zu eliminieren. Die noch zu konstituierende Stelle, die mit der Datenerhebung und -auswertung eines Surveys, der sich spezifisch der Situation von Menschen mit Behinderungen widmet, beauftragt wird, sollte zunächst eine umfassende Prüfung der einzubeziehenden Indikatoren vornehmen, um unerwünschte Nebeneffekte gering halten zu können und dem Datenmissbrauch vorzubeugen. Von besonderer Bedeutung ist weiter die Berücksichtigung der in Kapitel 4 aufgeführten Qualitätskriterien.

Eine fehlende Erfassung von Teilgruppen (z.B. Menschen mit spezifischen Behinderungen) bei Befragungen hätte zur Folge, dass diese (weiter) aus der Leistungsgewährung ausgeschlossen sind. Auch wegen eines Fehlers bei der Stichprobenziehung, wenn z.B. vor allem gut inkludierte Menschen mit Behinderungen befragt werden würden, könnte sich negativ auf die Leistungsgewährung von Teilgruppen auswirken. Ein methodisch sauberes Vorgehen, dass eine repräsentative Befragung der verschiedenen Teilgruppen (Frauen und Männer, Mitglieder aller Alters- und Statusgruppen usw.) ermöglicht, ist für eine differenzierte Abbildung der Lebenslagen der in Deutschland lebenden Menschen mit Behinderungen daher unerlässlich. Eine weitere Aufgabe der noch zu benennenden Stelle ist die Operationalisierung schwer messbarer Indikatoren (z.B. gesellschaftlicher Einstellungen zu Menschen mit Behinderungen). Auch bei der Erhebung der bestehenden Barrieren und Bedarfe in den verschiedenen Lebenswelten gilt es geeignete Operationalisierungen zu finden, die vor allem die Differenzierung nach Behinderungsart zulassen, da diese die Exklusionsrisiken determiniert (z.B. wird Körperbehinderten der Zugang zu nicht barrierefreien Gebäuden verwehrt). Auch der Umgang mit den Ergebnissen eines Surveys

muss im Sinne der Messung von Fortschritten in der Behindertenpolitik bereits im Vorhinein geregelt sein.

Die Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Inklusion liegt nicht in der Verantwortung der jeweils für die Finanzierung zuständigen Institutionen und Behörden. Die Effizienz der Mittelverwendung gilt es auf ihre Angemessenheit zu analysieren und zu bewerten. Im Rahmen der behinderungsbezogenen Politikentwicklung sollten die bestehenden Verteilungsprozesse evaluiert werden und die regelmäßigen Erhebungen der IST-Situation genutzt werden, um zu prüfen, ob die Interventionen die gewünschten Ergebnisse bzw. Wirkungen hervorrufen (Ursache-Wirkungs-Beziehung) und welche unerwünschten Nebeneffekte bestehen.

## 9 Literatur

**Academic Network of European Disability experts (ANED) (2011):** URL:

<http://www.disability-europe.net/en/home> [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR) (1948):** UN Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte.

URL: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/ger.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/ger.pdf) [letzter Zugriff: 07.02.2011].

**Aichele, V. (2010):** Behinderungen und Menschenrechte: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Aus Politik und Zeitgeschichte. Bonn. URL:

<http://www.bpb.de/files/VFM4HO.pdf> [letzter Zugriff: 03.02.2011].

**Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003):**

Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Dritte, neu bearbeitete Fassung. Bielefeld.

**Ärzte Zeitung (ÄZ) (2010):** Für chronisch kranke Heranwachsende fehlen spezielle Betreuungsprogramme. Ärzte Zeitung vom 14.12.2010. URL:

[http://www.aerztezeitung.de/medizin/fachbereiche/innere\\_medizin/default.aspx?sid=633687&sh=1&h=-462664304&ticket=ST-2180-jlLQIRla3MAh74xuKrx1QqdNKXjwOibtiko-20](http://www.aerztezeitung.de/medizin/fachbereiche/innere_medizin/default.aspx?sid=633687&sh=1&h=-462664304&ticket=ST-2180-jlLQIRla3MAh74xuKrx1QqdNKXjwOibtiko-20) [letzter Zugriff: 06.01.2011].

**Bancroft, E.; Lightstone, A.; Simon, P.; Baraban, E. (2006):** Environmental Barriers to Health Care Among Persons with Disabilities --- Los Angeles County, California, 2002 – 2003. In: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 48: 1300-1303. URL:

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5548a4.htm> [letzter Zugriff: 03.02.2011].

**Bardehle, D. (2007):** Indikatoren verwenden. In: Reintjes, R.; Klein, S. (Hg.):

Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden und Handeln. Hans Huber: Bern.

**Beauftragung der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (BBA) (Hg.)**

**(2009):** Alle inklusive! Die neue UN-Konvention und ihre Handlungsaufträge. Ergebnisse der Kampagne alle inklusive! Berlin.

**Beck, I.; Feuser, G.; Jantzen, W.; Wachtel, P.(2010):** Vorwort. In: Kaiser, A.; Schmetz, D.;

Wachtel; Werner, B. (Hg.): Bildung und Erziehung. Kohlhammer: Stuttgart: 5-8.

**Beerheide, R. (2010):** Gynäkologie-Praxen für Behinderte? Fehlanzeige! In: Ärzte Zeitung vom 22.11.2010. URL:

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/628439/gynaekologie-praxen-behinderte-fehlanzeige.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/628439/gynaekologie-praxen-behinderte-fehlanzeige.html) [letzter Zugriff: 06.01.2011].

**Beerheide, R. (2009a):** Das unbekannte Leben der Anderen. Ärzte Zeitung vom 20.05.2009.

URL: <http://www.aerztezeitung.de/kongresse/kongresse2009/mainz2009-aerztetag/article/547620/unbekannte-leben-anderen.html?sh=72&h=-912814220> letzter Zugriff: 03.02.2011].

**Beerheide, R.(2009b):** „Ärzte sollten sich für die Betreuung von Behinderten öffnen.“ Ärzte Zeitung vom 20.05.2009. URL:

<http://www.aerztezeitung.de/kongresse/kongresse2009/mainz2009-aerztetag/article/547792/Aerzte-sollten-betreuung-behinderten-oeffnen.html> [letzter Zugriff: 03.02.2011].

**Bieker, R. (2005):** Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer: Stuttgart.

**Behindertenrechtskonvention (BRK) (2008):** Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: Bundesgesetzblatt Teil II Nr. 35 vom 21. Dezember 2008: 1419-1457.

**Bortz, J.; Döring, N. (2006):** Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. überarb. Aufl. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.

**Brosius, F. (2008):** SPSS 16. Das mitp-Standardwerk. Mitp: Heidelberg.

**Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2010):** Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 03. Mai 2010 zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. In: Deutscher Bundestag (2010): Materialien. Zusammenstellung der schriftlichen Stellungnahmen zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 3. Mai 2010 zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe – Drucksache 16/13829. Ausschussdrucksache 17(11)128 vom 27. April 2010: 6-8.

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2008):** Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin. URL: [http://www.bmas.de/portal/26742/property=pdf/dritter\\_\\_armuts\\_\\_und\\_\\_reichtumsbericht.pdf](http://www.bmas.de/portal/26742/property=pdf/dritter__armuts__und__reichtumsbericht.pdf) [letzter Zugriff: 07.02.2011].

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2009):** alle inklusive! Die neue UN-Konvention... und ihre Handlungsaufträge. Ergebnisse der Kampagne alle inklusive! Eigener Druck: Berlin. URL: [http://www.alle-inklusive.behindertenbeauftragte.de/cln\\_108/nn\\_1620050/SharedDocs/Publikationen/Al/Ergebnisse\\_\\_Kampagne\\_\\_pdf\\_\\_kk,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Ergebnisse\\_Kampagne\\_pdf\\_kk.pdf](http://www.alle-inklusive.behindertenbeauftragte.de/cln_108/nn_1620050/SharedDocs/Publikationen/Al/Ergebnisse__Kampagne__pdf__kk,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Ergebnisse_Kampagne_pdf_kk.pdf) [letzter Zugriff: 12.11.2010].

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)(2010):** Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. URL: [http://www.bmas.de/portal/1906/property=pdf/a990\\_\\_rehabilitation\\_\\_und\\_\\_teilhabe\\_\\_deutsch.pdf](http://www.bmas.de/portal/1906/property=pdf/a990__rehabilitation__und__teilhabe__deutsch.pdf) [letzter Zugriff: 03.02.2011].

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (2009):** Behindertenbericht 2008. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008. Wien.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (2006):** Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (2006):** Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit – Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht der Bundesregierung. Koelblin-Fortuna-Druck: Baden-Baden. URL: [http://www.bmfsfj.de/doku/familienbericht/download/familienbericht\\_gesamt.pdf](http://www.bmfsfj.de/doku/familienbericht/download/familienbericht_gesamt.pdf) [letzter Zugriff: 22.11.2010].

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (2009):** Lebenslagen behinderter Frauen in Deutschland – Auswertung des Mikrozensus 2005. Berlin. URL: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=132950.html> [letzter Zugriff: 07.02.2011].

**Caritasverband (2010):** Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 03. Mai 2010 zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. In: Deutscher Bundestag (2010): Materialien. Zusammenstellung der schriftlichen Stellungnahmen zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 3. Mai 2010 zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe - Drucksache 16/13829. Ausschussdrucksache 17(11)128 vom 27. April 2010: 15-18.

**Commission of the European Communities (2010):** Commission Staff Working Document, Annexes, 26.11.2007, SEC (207) 1548 URL: [http://www.mutual-learning-employment.net/uploads/ModuleXtender/Trscontent/38/Anni\\_Weiler-ExpertPaper-DE.pdf](http://www.mutual-learning-employment.net/uploads/ModuleXtender/Trscontent/38/Anni_Weiler-ExpertPaper-DE.pdf) [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Crews, J. E.; Lollar, D. J.(2008):** The Public Health Dimensions of Disability. In: Heggenhougen, H. K.; Quah, S. R. (Hg.): International Encyclopedia of Public Health. Volume 5 P – Se. Elsevier/Academic Press: Oxford & San Diego: 422-432.

**CRPD Guidelines (2009):** Guidelines on treaty-specific document to be submitted by states parties under article 35, paragraph 1, of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. CRPD/C/2/3. URL: <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/CRPD-C-2-3.pdf> [letzter Zugriff: 31.01.2011].

**DBR - Deutscher Behindertenrat (2010a):** Einstieg in Inklusions- und Teilhabestatistiken – Weiterentwicklung statistischer Indikatoren im Bereich von Menschen mit Behinderungen: Berlin. URL: <http://www.deutscher-behindertenrat.de/mime/00061742D1286537223.pdf> [letzter Zugriff: 17.11.2010].

**DBR - Deutscher Behindertenrat (2010b):** Forderungen des Deutschen Behindertenrates für einen nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin. URL: [http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Aktuelles/DBR-Forderungen\\_f\\_e\\_NAP\\_z\\_Umsetzung\\_d\\_BRK\\_100510.pdf](http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Aktuelles/DBR-Forderungen_f_e_NAP_z_Umsetzung_d_BRK_100510.pdf) [letzter Zugriff: 08.11.2010].

**Degener, T.; Koster-Dreese, Y. (Hg.) (1995):** Human rights and disabled persons: Essays and relevant human rights instruments, International Studies in Human Rights 40. Dordrecht.

**Degener, T. (2003):** Eine UN – Menschenrechtskonvention für Behinderte als Beitrag zur ethischen Globalisierung. in „Aus Politik und Zeitgeschichte“, Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“ B 8/2003 vom 17. 02. 2003, S. 37- 45.

**Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V. (2009):** Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. URL: [http://www.bmas.de/portal/34582/property=pdf/2009\\_\\_08\\_\\_05\\_\\_rehafutur\\_\\_bericht.pdf](http://www.bmas.de/portal/34582/property=pdf/2009__08__05__rehafutur__bericht.pdf) [letzter Zugriff: 01.02.2011].

**Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2010):** Vorschläge für die Neuausrichtung der Berichterstattung über die Lebenssituation behinderter Menschen. URL: [http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Stellungnahme\\_Teilhabeberichterstattung\\_September\\_2010-Ef.pdf](http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Stellungnahme_Teilhabeberichterstattung_September_2010-Ef.pdf) [letzter Zugriff: 25.11.2010].

**Deutscher Bundestag (2010):** Antwort der Bundesregierung. Drucksache 17/2595. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/025/1702595.pdf> [letzter Zugriff: 25.11.2010].

**Deutscher Bundestag (2010):** Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag: Berlin. URL: <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/10060000.pdf> [letzter Zugriff: 01.02.2011].

**Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2010):** Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 03. Mai 2010 zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. In: Deutscher Bundestag (2010): Materialien. Zusammenstellung der schriftlichen Stellungnahmen zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 3. Mai 2010 zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe - Drucksache 16/13829. Ausschussdrucksache 17(11)128 vom 27. April 2010: 28-30.

**Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI); WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hg.) (2005):** Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Stand Oktober 2005. DIMDI: Köln.

**Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) (2009a):** Bestandsaufnahme: Datenrecherche zur Situation von Menschen mit Behinderungen in Deutschland erstellt durch Content5 AG (29.12.2009), München, im Auftrag der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention/Deutsches Institut für Menschenrechte.

**Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) (2009b):** Essay Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsches Institut für Menschenrechte: Berlin. URL: <http://www.institut-fuer->

menschenrechte.de/uploads/tx\_commerce/essay\_no\_5\_zum\_innovationspotenzial\_der\_un\_behindertenrechtskonvention\_auf13.pdf [letzter Zugriff: 08.11.2010].

**Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (2007):** Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung. URL: <http://www.bildungsbericht.de/daten2008/indikatorenkonzept.pdf> [letzter Zugriff: 03.02.2011].

**Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (2010):** Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatoren-gestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel. 1. Aufl. (Juni 2010). Bertelsmann: Bielefeld.

**Deutsches Studentenwerk (DSW) (2010):** Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 03. Mai 2010 zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. In: Deutscher Bundestag (2010): Materialien. Zusammenstellung der schriftlichen Stellungnahmen zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 3. Mai 2010 zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe - Drucksache 16/13829. Ausschussdrucksache 17(11)128 vom 27. April 2010: 13-14.

**Dragano, N.; Siegrist, J. (2006):** Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. VS Verlag: Wiesbaden: 170-84.

**Eiermann N.; Häußler M.; Helfferich C. (1999):** Live, Leben und Interessen Vertreten – Frauen mit Behinderung: Lebenssituation, Bedarfslagen und Interessenvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Band 183, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Verlag W. Kohlhammer: Berlin.

**Einfach teilhaben (2010):** "Berufstätigkeit" URL: [http://www.einfach-teilhaben.de/cIn\\_031/DE/StdS/Ausb\\_Arbeit/Berufstaetigkeit/besch\\_foerdern\\_node.html](http://www.einfach-teilhaben.de/cIn_031/DE/StdS/Ausb_Arbeit/Berufstaetigkeit/besch_foerdern_node.html) [letzter Zugriff: 30.11.2010].

**ELTIS (European Local Transport Information System) (2011):** Overview. URL: [http://www.eltis.org/case\\_study.phtml?mainID=458&id=458](http://www.eltis.org/case_study.phtml?mainID=458&id=458) [letzter Zugriff: 04.02.2011].



**Engels, D. (2004):** Armut, soziale Ausgrenzung und Teilhabe an Politik und Gesellschaft. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG). Köln. URL: <http://www.isg-institut.de/download/Partizipation-Bericht.pdf> [letzter Zugriff: 21.01.2011].

**Engels, D. (2006):** Lebenslagen und soziale Exklusion. Thesen zur Reformulierung des Lebenslagenkonzepts für die Sozialberichterstattung. Zeitschrift „Sozialer Fortschritt“ 5: 109-117.

**Engels, D. (2007):** Armut, soziale Ausgrenzung und Teilhabe an Politik und Gesellschaft. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) (Hg.): ISG Working Paper No. 1. Köln. URL: [http://www.isg-institut.de/papers/ISG\\_working\\_paper1\\_Armut\\_Partizipation\\_Engels.pdf](http://www.isg-institut.de/papers/ISG_working_paper1_Armut_Partizipation_Engels.pdf) [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Europäische Kommission (2006):** Europäisches Handbuch zu Gleichstellungsdaten. URL: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=1427&langId=de> [letzter Zugriff: 19.11.2010].

**Europäische Kommission (2007):** ELTIS. Europas führendes Web-Portal für Stadtverkehr und Mobilität. URL: [http://www.eltis.org/docs/Brochure12pgDE\\_OK.pdf](http://www.eltis.org/docs/Brochure12pgDE_OK.pdf) [letzter Zugriff: 19.11.2010].

**Europäische Kommission (2008):** Bekämpfung von Diskriminierungen und Förderung der Gleichstellung: Wie lassen sich die erzielten Fortschritte messen. URL: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=770&langId=de> [letzter Zugriff: 18.11.2010].

**European Commission (EC); eurostat (2010):** Eurostat's activities in health statistics. Luxembourg 15 S. URL: [http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library?l=/statistics\\_information/background\\_2006pdf/\\_EN\\_1.0\\_&a=d](http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library?l=/statistics_information/background_2006pdf/_EN_1.0_&a=d) [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**European Commission (EC); eurostat (2010): Glossary:** EU statistics on income and living conditions (EU-SILC). URL: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Glossary:EU\\_statistics\\_on\\_income\\_and\\_living\\_conditions\\_%28EU-SILC%29](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_%28EU-SILC%29) [letzter Zugriff: 05.02.2011].

**European Commission (EC); eurostat (2010):** OMC (Open Method of Coordination on Social Inclusion and Social Protection). URL: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment\\_social\\_policy\\_equality/omc\\_social\\_inclusion\\_and\\_social\\_protection](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_social_policy_equality/omc_social_inclusion_and_social_protection) [letzter Zugriff: 05.02.2011].

**European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM) (2011):** ECHI shortlist. URL: [http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object\\_document/o5956n29063.html](http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_document/o5956n29063.html) [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**European Local Transport Information System (ELTIS) (2011):** Overview. URL: [http://www.eltis.org/case\\_study.phtml?mainID=458&id=458](http://www.eltis.org/case_study.phtml?mainID=458&id=458) [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Gemkow, A.; Zimmer, B.; Windhorst, T.; Enderer, K.; Thamer, U.; Hehemann, R.; Wingenfeld, U.; Wörmann, G.(2009):** Unser Ziel: Mehr barrierefreie Arztpraxen in Nordrhein-Westfalen. Gemeinsame Erklärung, Düsseldorf, 07. September 2009. URL: [http://www.lbb.nrw.de/3/presse/pressemitteilungen/090907a/gem\\_erkl\\_barrierefreie\\_arztpraxen.pdf](http://www.lbb.nrw.de/3/presse/pressemitteilungen/090907a/gem_erkl_barrierefreie_arztpraxen.pdf) [letzter Zugriff: 08.01.2011].

**Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2011):** Subjektive Gesundheit Kapitel 1.1.4 [Gesundheit in Deutschland, 2006]. URL: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gasts&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=10296::Sterbef%E4lle](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=10296::Sterbef%E4lle) [letzter Zugriff: 02.02.2011].

**Glatzer, W.; Hübinger, W. (1990):** Lebenslagen und Armut. In: Döring, D.; Hanesch, W.; Huster, E.-U. (Hg.): Armut im Wohlstand. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

**Hahn, M. (1994):** Selbstbestimmung im Leben, auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Geistige Behinderung 33 (2): 81-94.

**Henn, W.; Meese, E. (2007):** Humangenetik: Was stimmt? Die wichtigsten Antworten. Herder: Freiburg.

**Hermes, G. (2006):** Peer Counseling - Beratung von Behinderten für Behinderte als Empowerment-Instrument. In: Schnoor, H. (Hg.): Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Kohlhammer: Stuttgart: 74-85.

**Hinz, A. (2002):** Von der Integration zur Inklusion – terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung? Zeitschrift für Heilpädagogik 9: 354-361.

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

**Hornberg C.; Schröttle M.; Khelaifat N.; Pauli A.; Bohne S.(2008):** Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Expertise im Auftrag des Robert Koch-Instituts Berlin. RKI-Themenheft. RKI: Berlin.

**Huinink, J., Brüderl, J., Nauck, B., Walper, S., Castiglioni, L., Feldhaus, M. 2010:** Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics (pairfam): Conceptual Framework and Design. URL: [http://www.pairfam.uni-bremen.de/fileadmin/user\\_upload/redakteur/publis/arbeitspapier\\_17p.pdf](http://www.pairfam.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/redakteur/publis/arbeitspapier_17p.pdf) [letzter Zugriff: 22.03.2011].

**Hurrelmann, K.(2004):** Determinanten von Gesundheit. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erw. und überarb. Auflage. Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz: 26-28.

**Hurrelmann, K.; Franzkowiak, P.(2004):** Gesundheit. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erw. und überarb. Auflage. Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz: 52-55.

**Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) (2008):** Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Köln. URL: [http://www.bmas.de/portal/26928/property=pdf/f380\\_\\_forschungsbericht.pdf](http://www.bmas.de/portal/26928/property=pdf/f380__forschungsbericht.pdf) [letzter Zugriff: 01.02.2011].

**Jones, K. E.; Tamari, I. E. (1997):** Making our offices universally accessible: guidelines for physicians. Canadian Medical Association, 5: 647-656.

**Kaya M (2009):** Verfahren der Datenerhebung. In: Albers, S.; Klapper, D.; Konradt, U.; Walter, A.; Wolf J. (Hg.): Methodik der empirischen Forschung. 3., erw. Auflage. Gabler GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden. S. 49-64.

**Kieselbach, T.; Beelmann, G.; Traiser, U (2006):** Youth Unemployment and Social Exclusion: Objective Dimensions, Subjective Experiences, and Institutional Responses in Six European Countries (YUSEDER). Final Report. University of Bremen. URL: [http://www.ipg.uni-bremen.de/research/yuseder/YUSEDER\\_Final\\_Report.pdf](http://www.ipg.uni-bremen.de/research/yuseder/YUSEDER_Final_Report.pdf) [letzter Zugriff: 21.01.2011].

**Klie, T. (2004):** Der Vorrang von Rehabilitation vor Pflege – Rechtlicher Rahmen. ZSR, 50, Heft 4-5: 503-524.

**Koch, K. (2010):** Bildung, Behinderung und soziale Ungleichheit. In: Kaiser, A.; Schmetz, D.; Wachtel, P. ; Werner, B. (Hg): Bildung und Erziehung. Stuttgart: Kohlhammer: 155-158.

**Lampert, T. (2009):** Gesundheit als Thema der Armut- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung - Entwicklung und Umsetzung eines Berichtskonzepts. Dissertation an der Fakultät VII – Wirtschaft und Management. Technische Universität: Berlin. URL: [http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2009/2268/pdf/lampert\\_thomas.pdf](http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2009/2268/pdf/lampert_thomas.pdf) [letzter Zugriff: 07.02.2011].

**Lawrence, R. J. (2008):** Urban Environmental Health Indicators: Appraisal and Policy Directives. Reviews on Environmental Health, 4: 299-325.

**Leibniz Instituts für Sozialwissenschaften (GESIS) (2010):** ALLBUS. URL: <http://www.gesis.org/dienstleistungen/daten/umfragedaten/allbus/> [letzter Zugriff: 07.02.2011].

**Leitner, B. (2008):** Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen im 4. Quartal 2007. In: Statistische Nachrichten 12/2008: 1132-1141. URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/Redirect/index.htm?dDocName=043544](http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=043544) [letzter Zugriff: 05.02.2011].

**Leyendecker, C. (2005):** Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. Kohlhammer: Stuttgart.

**Libuda-Köster, A.; Sellach, B. (2009):** Lebenslagen behinderter Frauen in Deutschland – Auswertung des Mikrozensus 2005. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Berlin. URL: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=132950.html> [letzter Zugriff: 18.08.2010].

**Lindmeier, C.; Hirsch, S. (2006):** Vorwort. In: Hirsch, S.; Lindmeier, C. (Hg.): Berufliche Bildung von Menschen mit geistiger Behinderung: Neue Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben. Weinheim: Basel: Beltz Verlag: 7-14.

**Lüdicke, J.; Diewald, M. (2007):** Soziale Netzwerke und soziale Ungleichheit. Zur Rolle von Sozialkapital in modernen Gesellschaften. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

**Luhmann, N. (1981):** Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat. München/Wien.

**Meyer, W. (2004):** Indikatorenentwicklung: Eine praxisorientierte Einführung (2. Auflage). Centrum für Evaluation. Saarbrücken. URL: [http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/user\\_upload/PDFs/workpaper10.pdf](http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/user_upload/PDFs/workpaper10.pdf) [letzter Zugriff: 03.02.2011].

**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (MASGFF) (Hg.) (2010):** Aktionsplan der Landesregierung. Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Mainz. URL: <http://www.un-konvention.rlp.de/un-konvention/aktionsplan-der-landesregierung/> [letzter Zugriff: 19.11.2010].

**Monitoring-Stelle (2010):** Partizipation – ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenrechtskonvention. Positionspapier. URL: [http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx\\_commerce/positionen\\_dezember\\_2010\\_bf.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/positionen_dezember_2010_bf.pdf) [letzter Zugriff: 07.03.2011].

**Möller, H.; Philippsen, D.; Süß, W. (2004):** Analyse und Vor-Auswahl möglicher Indikatoren für ein integriertes Berichtssystem nachhaltiger Entwicklung in Kommunen und Städten. In: Integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen. Quellen, Auswahlprozesse und Profile für einen Indikatorensatz. (Hg.): Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögD): Bielefeld.

**Nahnsen, I. (1975):** Bemerkung zum Begriff der Sozialpolitik in den Sozialwissenschaften. In: Osterland, M. (Hg.): Arbeitssituation, Lebenslage und Konfliktpotential. Europäische Verlagsanstalt: Frankfurt a.M, Köln: 145-166.

**Nijhoff, M.; Degener, T. (2003):** Eine UN-Menschenrechtskonvention für Behinderte als Beitrag zur ethischen Globalisierung. Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“ B 8/2003 vom 17. 02. 2003: 37-45.

**Office for Disability Issues (2011):** Roadmap – Achieving disability equality by 2015. URL: <http://www.officefordisability.gov.uk/roadmap-to-disability-equality/index.php> [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2001):** o. T. URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/27/53/35779248.pdf> [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)(2011):** Students with Disabilities, Learning Difficulties and Disadvantages: Statistics and Indicators URL:

[http://www.oecd.org/document/45/0,3343,en\\_2649\\_39263231\\_35669869\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html#HTO](http://www.oecd.org/document/45/0,3343,en_2649_39263231_35669869_1_1_1_1,00.html#HTO) [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**pairfam.uni-bremen.de (2011):** URL: <http://www.pairfam.uni-bremen.de/de/daten.html> [letzter Zugriff: 22.03.2011].

**Plato, J. (2010):** Fernziel: Taube Ärzte. Ärzte Zeitung vom 21.12.2010. URL: <http://www.aerztezeitung.de/panorama/article/634818/fernziel-taube-aerzte.html> [letzter Zugriff: 06.01.2011].

**Priestly, M., Lawson, A. (2009):** Indicators of Disability Equality in Europe (IDEE). A preliminary list of indicator proposals for discussion. human european consultancy, University of Leeds. 27pp. URL:

<http://www.disabilityeurope.net/content/pdf/ANED%202009%20Task%204%20Preliminary%20Indicator%20Proposals%20report.pdf> [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Rat für Kriminalitätsverhütung (RfK) (2003):** Gewalt gegen Menschen mit Behinderung. URL: [http://www.schleswig-holstein.de/cae/servlet/contentblob/306072/publicationFile/konzept\\_menschen\\_mit\\_behinderung.pdf](http://www.schleswig-holstein.de/cae/servlet/contentblob/306072/publicationFile/konzept_menschen_mit_behinderung.pdf) [letzter Zugriff: 03.02.2011].

**Robert Koch-Institut (RKI) (2011):** Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA). URL: [http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/Geda/Geda\\_\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/Geda/Geda__node.html) [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Robert Koch-Institut (RKI) (2009):** Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) Welle 2008/2009; 2010/2010. URL: [http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/Degs/degs\\_\\_inhalt.html](http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/Degs/degs__inhalt.html) [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2006):** Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Druckerei und Repro GmbH: Berlin. URL: [http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/kiggs\\_elternbroschuere.pdf](http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/kiggs_elternbroschuere.pdf) [letzter Zugriff: 17.11.2010].

**Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2008):** Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42. RKI: Berlin.

Rudolph, H., Trappmann, M. (2007): Design und Stichprobe des Panels "Arbeitsmarkt und Soziale Sicherung" (PASS). In: M. Promberger (Hrsg.): Neue Daten für die Sozialstaatsforschung. Zur Konzeption der IAB-Panelerhebung "Arbeitsmarkt und Soziale Sicherung". IAB-Forschungsbericht, 12/2007. Nürnberg: 60-101.

**Schindele, E. (1990):** Gläserne Gebärmütter. Vorgeburtliche Diagnostik– Fluch oder Segen. Fischer: Frankfurt am Main.

**Schmidtke, J. (1998):** Humangenetik: Sind Gesundheit und Krankheit angeboren? In: Schwartz, F.W.; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban und Schwarzenberg: München: 32-50.

**Schneider, D. (2009):** Der Versorgungsamt Report. Droste: Düsseldorf.

**Schnell, R.; Stubbra, V. (2010):** Datengrundlagen zur Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung in der Bundesrepublik. Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (Hg.). URL: [http://www.ratswd.de/download/RatSWD\\_WP\\_2010/RatSWD\\_WP\\_148.pdf](http://www.ratswd.de/download/RatSWD_WP_2010/RatSWD_WP_148.pdf) [letzter Zugriff: 17.11.2010].

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

**Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E. (2008):** Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg: München.

**Selbstbestimmt Leben e.V. (2010):** "Geschichte". URL: <http://www.isl-ev.de/de/organisation/selbstbestimmt-das-original-isl/51-geschichte> Peer Counselling [letzter Zugriff: 30.11.2010].; "Selbstbestimmt Leben - das Original!" URL: <http://www.isl-ev.de/de/organisation/selbstbestimmt-das-original-isl/48-selbstbestimmt-leben-das-original> [letzter Zugriff: 30.11.2010].**Sellach, B.; Enders-Dragässer, U.; Libuda-Köster, A. (2004):** Geschlechtsspezifische Besonderheiten der Zeitverwendung – Zeitstrukturierung im theoretischen Konzept des Lebenslagen-Ansatzes. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): Alltag in Deutschland. Analysen zur Zeitverwendung. Reihe: Forum Bundesstatistik, 43: 67-85; 149-159. Wiesbaden.

**share-project.org (2011):** URL: <http://www.share-project.org/t3/share/index.php?id=75> [letzter Zugriff: 22.03.2011].

**Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V. (2003):** Menschen mit Behinderungen. – Report 2003 –Daten und Fakten zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen in Deutschland. trafo verlag: Berlin.

**Statistik Schweiz (2011):** Gleichstellung von Menschen mit Behinderung. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/06/blank/key/00.html> [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Statistisches Bundesamt (1999):**Glossar zu Umwelt- und Nachhaltigkeitsindikatoren. [http://www.bmu.de/files/pdfs/allgemein/application/pdf/csd\\_04.pdf](http://www.bmu.de/files/pdfs/allgemein/application/pdf/csd_04.pdf)[letzter Zugriff: 03.02.2011].

**Stockmann, R. (2007):** Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung. Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung, Band 6. Waxmann Verlag GmbH: Münster.

**talentplus.de (2010):** <http://www.talentplus.de> [letzter Zugriff: 30.11.2010].

**UN-Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol (2006):** In: United Nations December 13<sup>th</sup> 2006: New York: 37. URL: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> [letzter Zugriff: 17.11.2010].

**United Nations (UN) (1948):** UN-Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948. URL: <http://www.un.org/Depts/german/grunddok/ar217a3.html> [letzter Zugriff: 04.01.2011].

**United Nations (UN) (1966):** UN-Resolution 2200A (XXI) der Generalversammlung vom 16. Dezember 1966. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.103.1.de.pdf>(deutsche Übersetzung)[letzter Zugriff: 03.02.2011], <http://www2.ohchr.org/english/law/ceschr.htm>(Originaltext)[letzter Zugriff: 03.02.2011].

**United Nations (UN) (2006):** Internationale Menschenrechtübereinkünfte. Bericht über Indikatoren für die Überwachung der Einhaltung der internationalen Menschenrechtsübereinkünfte. HRI/MC/2006/7: URL: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/hri-mc-2006-7.pdf>[letzter Zugriff: 03.02.2011].

**United Nations (UN) (2011): URL:** <http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disab2.asp> [letzter Zugriff: 18.01.2011]



**United Nations Statistics Division (2009):** Washington Group on Disability Statistics. URL: <http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.htm> [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**Voges, W.; Jürgens, O.; Maurer, A.; Meyer, E. (2003):** Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes. Endbericht im Auftrag des BMGS: Bremen.

**Voormann, A. J. (2010):** Internisten fordern bessere Medizin für chronisch kranke junge Erwachsene. Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e. V. Pressemitteilung vom 09.12.2010. URL: <http://idw-online.de/pages/de/news401156> [letzter Zugriff: 06.01.2011].

**Wansing, G. (2005):** Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

**Weibernetz e.V. (2010a):** Konkrete Maßnahmen von und für Frauen mit Behinderung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. URL: [http://www.weibernetz.de/download/Konkrete\\_Massnahmen\\_FrauenmitBehinderung.pdf](http://www.weibernetz.de/download/Konkrete_Massnahmen_FrauenmitBehinderung.pdf) [letzter Zugriff: 17.10.2010].

**Weibernetz e.V. (2010b):** Schriftliche Stellungnahme in Deutscher Bundestag: Zusammenstellung der schriftlichen Stellungnahmen zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 3. Mai 2010 zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 16/13829. URL: <http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a11/anhoeerungen/Archiv/dbehinMenschen/dMaterialien.pdf> [letzter Zugriff: 15.11.2010].

**Weibernetz e.V. (2010c):** Checkliste für frauenspezifische Aspekte in landesweiten oder kommunalen Aktionsplänen zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention. Arbeitshilfe für Interessenvertreterinnen in den Ländern und Kommunen. URL: [http://www.weibernetz.de/download/Checkliste\\_BRK\\_Frauen.pdf](http://www.weibernetz.de/download/Checkliste_BRK_Frauen.pdf) [letzter Zugriff: 15.11.2010].

**Weisser, G. (1956):** „Sozialpolitik“. In: Aufgaben Deutscher Forschung. Bd. 1: Geisteswissenschaften. 2. Aufl. Opladen: Köln.

**Wolf, C.; Lüttinger, P. (2009):** Proxy-Angaben im deutschen Mikrozensus. In: Bacher, J.; Wolf, C.: Herausforderungen und Grenzen der Umfrageforschung. Sonderheft 7 der Österreichischen Zeitschrift für Soziologie. Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden: 395-412. URL: [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/zuma\\_arbeitsberichte/2000/00\\_01.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/2000/00_01.pdf) [letzter Zugriff: 03.02.2011].

**World Health Organisation (WHO) (2001):** International Classification of Functioning. Disability and Health: ICF. World Health Organization: Geneva.

**World Health Organisation (WHO) (2003):** European health database for all – hafa-db. WHO Regional Office for Europe: 24. URL:  
<https://euro.sharefile.com/download.aspx?id=sb7422ab51e54f20b#> [letzter Zugriff: 04.02.2011].

**World Health Organisation (WHO) (2003):** Weltbericht Gewalt und Gesundheit. URL:  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_ge.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf) [letzter Zugriff: 03.02.2011].

**Zühlke, S. (2008):** Auswirkungen von Proxy-Interviews auf die Datenqualität des Mikrozensus. In: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Statistische Analysen und Studien NRW, Band 53: 3-10. URL:  
[http://www.it.nrw.de/statistik/analysen/stat\\_studien/2008/band\\_53/zuehlke\\_55.pdf](http://www.it.nrw.de/statistik/analysen/stat_studien/2008/band_53/zuehlke_55.pdf) [letzter Zugriff: 07.02.2011]