



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

FORSCHUNGSBERICHT 661

Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Teilhabesurvey – Welle 2

März 2025

ISSN 0174-4992

Abschlussbericht

Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Teilhablesurvey – Welle 2



infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH

Kurt-Schumacher-Straße 24

D-53113 Bonn

Tel. +49 (0)228/38 22-0

Fax +49 (0)228/31 00 71

info@infas.de

www.infas.de

Autorinnen und Autoren:

Sebastian Link

Julia Harand

Christian Deutschmann

Hannah Lütgendorf

Jacob Steinwede

Martin Kleudgen

März 2025

Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

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

Kurzbeschreibung

Die „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ (kurz: Teilhabesurvey) untersucht die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen. Im empirischen Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigung erschließen sich Besonderheiten und spezifische Probleme der Lebenswelt von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Der Teilhabesurvey befragt sowohl Personen in Privathaushalten als auch Bewohnerinnen und Bewohner in besonderen Wohnformen und im betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderungen sowie in Alten- und Pflegeeinrichtungen. In die Studie werden auch Gruppen – wie wohnungslose Menschen sowie taubblinde und hörschbeeinträchtigte Menschen – einbezogen, die über die üblichen Stichprobenverfahren nicht oder nur schwer erreicht werden.

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt die Methodik und zentralen Ergebnisse der zweiten Welle des Teilhabesurvey, berichtet die Befunde aus den qualitativen Interviews, die im Rahmen des Forschungsvorhabens durchgeführt wurden, und verknüpft diese mit den quantitativen Befragungsergebnissen. Abschließend werden die Erkenntnisse aus der Befragung von wohnungslosen Menschen sowie der Befragung von hörschbeeinträchtigten Menschen diskutiert.

Abstract

The „Representative Survey on the Participation of People with Disabilities“ (short: participation survey) is the largest nationwide representative survey on the participation of people with impairments and disabilities in Germany. The aim of the study is to gain information about the life situations and participation opportunities of people with impairments and disabilities in various areas of life. In an empirical comparison with people without disabilities, the specific circumstances and boundaries of the living environment of people with disabilities become apparent. The participation survey asks people in private households as well as residents in institutions for people with disabilities and in institutions for the elderly. The participation survey also reaches groups that cannot be reached using the usual sampling procedures, such as homeless people as well as deaf-blind and hearing-impaired people.

The final report describes the methodology and central results of the second wave of the participation survey and presents the insights from the qualitative interviews conducted as part of the research project and links these to the quantitative survey results. Finally, the report discusses the findings from the survey of homeless people as well as the survey of deaf-blind and hearing-impaired people.

Inhalt

Tabellenverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	9
Abkürzungsverzeichnis	12
Zusammenfassung	13
1. Einleitung	19
1.1 Aufgaben und Ziele des Teilhabesurvey	19
1.2 Das Forschungsdesign des Teilhabesurvey	21
1.3 Zentrale Befunde aus der ersten Welle des Teilhabesurvey	27
1.4 Anforderungen an die Durchführung der zweiten Welle	29
1.5 Scientific Use File und Unterstützung des Vierten Teilhabeberichtes	33
1.6 Gliederung des Abschlussberichtes	35
2. Beeinträchtigungen und Behinderungen über die Zeit: Ergebnisse aus zwei Wellen des Teilhabesurvey	36
2.1 Beeinträchtigungen und Behinderung	36
2.2 Statuswechsel	47
2.3 Mehrfachbeeinträchtigungen	52
2.4 Fazit	56
3. Die zweite Welle des Teilhabesurvey: Neue Fragen und ausgewählte Ergebnisse	58
3.1 Freizügigkeit	60
3.2 Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen	64
3.3 Sicherung der Freiheit, Schutz vor Gewalt, Schutz der Unversehrtheit und Sicherheit	67
4. Qualitative Vertiefungsstudie	73
4.1 Beeinträchtigung und Gesundheit	74

4.2	Partnerschaft und Familie	85
4.3	Persönliche Sicherheit	91
4.4	Bildung und lebenslanges Lernen	99
4.5	Fazit	108
5.	Befragung von wohnungslosen Menschen	110
5.1	Beeinträchtigungen und Behinderung bei wohnungslosen Menschen	110
5.2	Die Lebenssituation wohnungsloser Menschen	114
5.3	Selbstversorgung und Unterstützung bei Alltagstätigkeiten	115
5.4	Selbstbestimmung und soziale Einbindung	118
5.5	Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen	122
5.6	Methodik der Befragung von Wohnungslosen	123
5.7	Fazit	126
6.	Befragung von taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen	127
6.1	Ergebnisse der Befragung und Einordnung	127
6.2	Methodik der Befragung von taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen	129
6.3	Fazit	130
7.	Die Methodik des Teilhabesurvey	132
7.1	Barrierefreie Erhebung in Privathaushalten und in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen	132
7.2	Durchführung der Befragung in Privathaushalten	137
7.3	Gewichtung der Befragung in Privathaushalten	141
7.4	Durchführung der Befragung in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen	144
7.5	Gewichtung der Befragung in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen	151
7.6	Wiederholungsmessungen in Welle 2	153
7.7	Hinweise zum Umgang mit den Daten des Teilhabesurvey	154
7.8	Mögliche Zuspiegelung von Sozialdaten	155

7.9	Methodik der qualitativen Vertiefungsstudie	155
	Literaturverzeichnis	162

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1	Inhalte des Fragebogens für die quantitativen Erhebungen in zwei Wellen	30
Tabelle 2.1	Paarweise Überschneidungen von Beeinträchtigungen (Prozent) – Privathaushalte	54
Tabelle 2.2	Paarweise Überschneidungen von Beeinträchtigungen (Prozent) – Wohnformen/Einrichtungen	56
Tabelle 3.1	Inhalte des Fragebogens für die quantitativen Erhebungen in Welle 2	59
Tabelle 5.1	Familienstand – Wohnungslose	118
Tabelle 7.1	Technische Unterstützungsmöglichkeiten nach Beeinträchtigung	135
Tabelle 7.2	Versionen der Erhebungsinstrumente in Privathaushalten	136
Tabelle 7.3	Versionen der Erhebungsinstrumente in Wohnformen/Einrichtungen	136
Tabelle 7.4	Randverteilung der Befragung in Haushalten im Brutto-Netto-Vergleich	140
Tabelle 7.5	Stichprobeneinsatz – Paneleinrichtungen und panelbereite Personen	145
Tabelle 7.6	Stichprobeneinsatz – Auffrischungseinrichtungen	145
Tabelle 7.7	Randverteilung der Befragung in Wohnformen/Einrichtungen im Brutto-Netto-Vergleich	150
Tabelle 7.8	Teilnehmerinnen und Teilnehmer der qualitativen Interviews	158

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1	Methodik – Selbsteingeschätzte vs. fremdeingeschätzte Behinderung	22
Abbildung 1.2	Bio-psycho-soziale Konzeption nach ICF	23
Abbildung 1.3	Orientierung an ICF-Klassifikation und Sozialrecht	24
Abbildung 1.4	Operationalisierung von Behinderung in Anlehnung an die ICF	26
Abbildung 2.1	Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung in Welle 2 – Privathaushalte	37
Abbildung 2.2	Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung in Welle 2 – Wohnformen/Einrichtungen	38
Abbildung 2.3	Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich – Privathaushalte	39
Abbildung 2.4	Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich nach Geschlecht – Privathaushalte	40
Abbildung 2.5	Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich nach Alter – Privathaushalte	40
Abbildung 2.6	Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich – Wohnformen/Einrichtungen	41
Abbildung 2.7	Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich nach Geschlecht – Wohnformen/Einrichtungen	41
Abbildung 2.8	Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich nach Alter – Wohnformen/Einrichtungen	42
Abbildung 2.9	Befragte mit in Welle 2 erstmals berichteten Beeinträchtigungen – Privathaushalte	43
Abbildung 2.10	Befragte mit in Welle 2 erstmals berichteten Beeinträchtigungen – Wohnformen/Einrichtungen	44
Abbildung 2.11	Befragte mit erneut berichteten Beeinträchtigungen – Privathaushalte	45
Abbildung 2.12	Befragte mit erneut berichteten Beeinträchtigungen – Wohnformen/Einrichtungen	46
Abbildung 2.13	Status Beeinträchtigung/Behinderung im Wellenvergleich – Privathaushalte	46
Abbildung 2.14	Status Beeinträchtigung/Behinderung im Wellenvergleich – Wohnformen/Einrichtungen	47
Abbildung 2.15	Individuelle Statusübergänge Beeinträchtigung/Behinderung – Privathaushalte	48
Abbildung 2.16	Individuelle Statusübergänge Beeinträchtigung/Behinderung – Wohnformen/Einrichtungen	49
Abbildung 2.17	Gründe für stärkere Alltagseinschränkungen – Privathaushalte	50
Abbildung 2.18	Gründe für stärkere Alltagseinschränkungen – Wohnformen/Einrichtungen	51
Abbildung 2.19	Gründe für geringere Alltagseinschränkungen – Privathaushalte	51

Abbildung 2.20 Gründe für geringere Alltagseinschränkungen – Wohnformen/Einrichtungen	52
Abbildung 2.21 Anzahl berichteter Beeinträchtigungen im Wellenvergleich – Privathaushalte	53
Abbildung 2.22 Anzahl berichteter Beeinträchtigungen im Wellenvergleich – Wohnformen/Einrichtungen	53
Abbildung 3.1 Umzugswunsch – Privathaushalte	61
Abbildung 3.2 Gründe für Umzugswünsche – Privathaushalte	62
Abbildung 3.3 Gründe für keine Umzugswünsche – Privathaushalte	63
Abbildung 3.4 Gründe für keinen Umzug – Wohnformen/Einrichtungen	64
Abbildung 3.5 Lebenslanges Lernen – Privathaushalte	65
Abbildung 3.6 Lebenslanges Lernen – Wohnformen/Einrichtungen	66
Abbildung 3.7 Kriminalitätsfurcht – Privathaushalte	69
Abbildung 3.8 Kriminalitätsfurcht – Wohnformen/Einrichtungen	70
Abbildung 3.9 Manifeste Opfererfahrungen in den letzten drei Jahren – Privathaushalte	70
Abbildung 3.10 Manifeste Opfererfahrungen in den letzten drei Jahren – Wohnformen/Einrichtungen	71
Abbildung 3.11 Manifeste Opfererfahrungen in den letzten drei Jahren – nach Art der Wohnform/ Einrichtung	72
Abbildung 5.1 Verteilung aller berichteten Beeinträchtigungen – Wohnungslose	111
Abbildung 5.2 Verteilung aller berichteten Beeinträchtigungen nach Geschlecht – Wohnungslose	112
Abbildung 5.3 Status Beeinträchtigung/Behinderung im Vergleich – Privathaushalte, Wohnformen/Einrichtungen, Wohnungslose	113
Abbildung 5.4 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes im Allgemeinen – Wohnungslose	113
Abbildung 5.5 Übernachtungsstätten – Wohnungslose	114
Abbildung 5.6 Unterstützungsbedarfe bei Alltagstätigkeiten – Wohnungslose mit Behinderung	115
Abbildung 5.7 Unterstützungsbedarfe bei Alltagstätigkeiten – Wohnungslose mit Beeinträchtigung	116
Abbildung 5.8 Unterstützung leistende Personen im privaten Umfeld – Wohnungslose	117
Abbildung 5.9 Unterstützung durch Dienste und professionelle Unterstützungspersonen – Wohnungslose	118
Abbildung 5.10 Elternschaft – Wohnungslose	119
Abbildung 5.11 Vorhandensein einer Vertrauensperson – Wohnungslose	120
Abbildung 5.12 Selbstbestimmung – Wohnungslose	121
Abbildung 5.13 Gefühl gesellschaftlicher Zugehörigkeit – Wohnungslose	121

Abbildung 7.1	Gewichtungsschritte für die Vor- und Hauptbefragung in Privathaushalten – Welle 1	141
Abbildung 7.2	Verteilung der Interviews nach Art der Wohnform/Einrichtung	148

Abkürzungsverzeichnis

abs.	absolut
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
CAP	Computer Assisted Personal Interview
CASI	Computer Assisted Self Interview
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
CAWI	Computer Assisted Web Interview
DGS	Deutsche Gebärdensprache
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health/Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
PAPI	Paper and Pencil Interview
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Seit 2017 wird die „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ (kurz: Teilhabesurvey) als erste und größte Erhebung ihrer Art in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. Die zweite Welle des Teilhabesurvey und ihre Primärerhebungen wurden von 2023 bis 2024 vom infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) als Wiederholungsbefragung durchgeführt. Diese empirische Studie untersucht, inwiefern sich Beeinträchtigungen und Behinderungen auf Möglichkeiten der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen auswirken. Die Studie verfolgt das Ziel, repräsentative Daten zur Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zu erheben und damit belastbare Aussagen über deren Lebenslagen zu treffen.

Im Teilhabesurvey bilden dabei die Einschätzungen und die Aussagen der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen selbst die Grundlage der Ergebnisse. Dazu wurden sowohl Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen in Privathaushalten als auch in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen¹ in die Studie einbezogen. In einer qualitativen Vertiefungsstudie wurden biografische und problemzentrierte Interviews mit Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen geführt. Die zweite Erhebungswelle ergänzt den Teilhabesurvey zudem um eine Befragung wohnungsloser Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sowie um eine Sondererhebung von taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen.

Der Teilhabesurvey basiert – entsprechend der Heuristik der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) – auf einem modernen Verständnis von Behinderung. Demnach wird Behinderung – im Sinne des SGB IX – als eine länger als sechs Monate anhaltende Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe eines Menschen infolge eines Gesundheitsproblems definiert. Behinderung entsteht dabei aus der Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen einer Person und Faktoren der Umwelt, die die Teilhabe fördern oder hemmen können. Daher schließt der Teilhabesurvey nicht nur Menschen mit anerkannter Behinderung oder Schwerbehinderung ein, sondern auch Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die voraussichtlich länger als sechs Monate bestehen, darunter auch Personen mit chronischen Erkrankungen. So wurden Personen mit den unterschiedlichsten – länger andauernden – Beeinträchtigungen befragt. Aus ihren Angaben zur Stärke dieser Beeinträchtigungen und den berichteten Einschränkungen im Alltag wurden Rückschlüsse gezogen, ob eine Behinderung nach der Definition der ICF vorliegt. Dies bildete die Grundlage für die folgenden analytischen Gruppen:

- **Menschen mit Beeinträchtigungen:** Eine Person gilt als *beeinträchtigt*, wenn mindestens eine Beeinträchtigung vorliegt, die Person nach subjektiver Einschätzung aber keine oder nur geringe Alltagseinschränkungen hat (und sie bei geringen Alltagseinschränkungen nicht ziemlich oder stark beeinträchtigt ist).
- **Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung:** Eine Person gilt als *selbsteingeschätzt behindert*, wenn mindestens eine Beeinträchtigung vorliegt und das alltägliche Handeln nach der subjektiven Einschätzung entweder ziemlich oder stark eingeschränkt ist oder eine ziemlich oder starke Beeinträchtigung vorliegt, die ggfs. auch nur etwas im Alltag einschränkt.

Die Befragungsergebnisse dieser beiden Gruppen werden verglichen mit Aussagen aus den Befragungen von Menschen ohne Beeinträchtigung. Zu Vergleichszwecken wurden den Befragten

¹ Die Teilstudie umfasst Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern in besonderen Wohnformen und im betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderungen sowie in Alten- und Pflegeeinrichtungen.

aller Teilstudien des Teilhabesurvey weitgehend dieselben Fragen gestellt. Hinweise zur Methodik und zum Vorgehen des Teilhabesurvey werden in der Einleitung sowie im Methodenteil dieses Berichts detailliert dargestellt.

Der Teilhabesurvey als Wiederholungsbefragung

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Behinderungen verändern sich dynamisch und Auswirkungen einer Chronifizierung auf die Lebensumstände sind oftmals erst in einem längeren Beobachtungsfenster wahrzunehmen. Um die Dynamik der Entwicklung von Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie ihre Wirkung auf die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen über einen längeren Zeitraum abzubilden, wurde der Teilhabesurvey im Rahmen einer zweiten Befragungswelle als Wiederholungsbefragung fortgesetzt. So konnten zentrale Inhalte der ersten Welle vertieft und bislang nicht berührte thematische Teilhabebereiche abgedeckt werden. Der Längsschnitt- bzw. Panelansatz erlaubt es, mögliche Dynamiken und ihre Wirkung auf die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zu untersuchen. Zielgruppe der zweiten Erhebungswelle sind Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen gemäß ICF-Konzept, die wiederholt zu ihren Lebensumständen befragt werden.

Beeinträchtigungen und Behinderungen über die Zeit

Die Häufigkeit und Art der bei den Befragten vorliegenden Beeinträchtigungen hat sich zwischen den Erhebungswellen des Teilhabesurvey kaum verändert. In Privathaushalten dominieren weiterhin Beeinträchtigungen beim Bewegen, durch eine chronische Erkrankung und Schmerzen. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern von besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen sind neben Bewegungsbeeinträchtigungen kognitive und psychische Beeinträchtigungen am häufigsten vertreten.

Durch die Betrachtung individueller Veränderungen zwischen den Erhebungswellen des Teilhabesurvey lässt sich feststellen, wie hoch das Risiko des Auftretens einer neuen Beeinträchtigung ist. Dieses ist abhängig von der Art der Beeinträchtigung, dem Lebensalter der Befragten und dem Vorhandensein weiterer Beeinträchtigungen. Zudem treten deutliche Unterschiede zwischen Personen in privaten Haushalten und Bewohnerinnen und Bewohnern von besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen zutage.

Das höchste Risiko für Personen in Privathaushalten ist das Auftreten einer Beeinträchtigung durch eine chronische Erkrankung. Bei 14 Prozent der Personen trat dieses Risiko ein. Für ältere Personen ab 65 Jahren lag das Risiko des Auftretens einer Beeinträchtigung durch eine chronische Erkrankung bei 22 Prozent. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern von besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen traten Bewegungsbeeinträchtigungen (mit 35 Prozent) am häufigsten zwischen den Erhebungswellen auf.

Darüber hinaus kann durch die Anlage des Teilhabesurvey als Wiederholungsbefragung die Dauerhaftigkeit von Beeinträchtigungen untersucht werden. Beeinträchtigungen aus der ersten Erhebungswelle bestanden vor allem dann fort, wenn sie in der ersten Welle als stark oder ziemlich stark beschrieben wurden. Am dauerhaftesten sind bei Personen in Privathaushalten Bewegungsbeeinträchtigungen. 84 Prozent der Personen, die in Welle 1 eine (ziemlich) starke Bewegungsbeeinträchtigung angegeben hatten, berichten diese in Welle 2 erneut. Die Beeinträchtigungen von Befragten in Wohnformen und Einrichtungen sind im Vergleich mit denen von Personen in privaten Haushalten noch dauerhafter.

Auch was die an der ICF orientierte Messung von Behinderung angeht, zeigte sich eine hohe Kontinuität zwischen den Erhebungswellen. 74 Prozent der Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten wurde auch in der zweiten Erhebungswelle – aufgrund ihrer eigenen Angaben in der Befragung – derselbe Status zugewiesen. Bei Befragten in Wohnformen und Einrichtungen traf dies auf 84 Prozent zu. Die Häufigkeiten von Statusübergängen sind altersabhängig. Eine sehr hohe Stabilität des Status zeigt sich vor allem bei Personen ab dem mittleren Lebensalter.

Statuswechsel, auch wenn sie nur bei einem geringeren Anteil der Befragten auftreten, verdeutlichen nicht zuletzt, dass Behinderung kein unveränderlicher Zustand ist, sondern prinzipiell jederzeit im Lebensverlauf eintreten, aber auch wieder enden kann.

Bei der Frage nach Gründen für stärkere oder geringere Alltagseinschränkungen (im Vergleich mit dem Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle) nennen die Befragten nur selten Faktoren der materiellen oder sozialen Umwelt als Gründe (z.B. mehr Hindernisse/Barrieren im öffentlichen Raum oder das Fehlen der richtigen Hilfsmittel). Zumeist geben sie an, dass die eigene Beeinträchtigung stärker oder schwächer geworden sei, was zu einem leichteren bzw. schwierigeren Alltag geführt habe.

Im Teilhabesurvey können die Befragten mehrere Arten von Beeinträchtigungen angeben. In Welle 2 geben rund 60 Prozent der Befragten mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten mehr als eine Beeinträchtigung an. Unter den Befragten in Wohnformen und Einrichtungen waren es rund 80 Prozent. Dies zeigt, dass Mehrfachbeeinträchtigungen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen eher den Regel- als den Ausnahmefall darstellen.

Die zweite Welle des Teilhabesurvey: Neue Fragen und ausgewählte Ergebnisse

Die Inhalte des Teilhabesurvey orientieren sich wesentlich an zwei Prinzipien der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK): Zum einen am modernen Verständnis von Behinderung entsprechend der ICF-Heuristik, wonach Behinderung als Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen eines Menschen und teilhabefördernden bzw. -hemmenden Umweltfaktoren verstanden wird. Zum anderen betont die UN-BRK das Recht auf selbstbestimmte Lebensführung und soziale Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen an allen Lebensbereichen. Die Fragebögen wurden daher entlang wichtiger Lebensbereiche der UN-BRK entwickelt, wobei der Fokus auf dem alltäglichen Leben der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen lag. Für die Befragung der zweiten Erhebungswelle wurden drei neue Module entwickelt: Freizügigkeit, Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen sowie Sicherung der Freiheit, Schutz vor Gewalt, Schutz der Unversehrtheit und Sicherheit.

Die Ergebnisse im **Themenbereich Freizügigkeit** zeigen, dass es für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen Barrieren bei der freien Wahl ihres Wohnorts, ihrer Wohnung oder einer bestimmten Wohnform gibt. Für alle Menschen in Deutschland hängen Lebensqualität und Teilhabe in entscheidender Weise vom Thema Wohnen ab. Häufiger als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen fehlen bei Menschen mit Behinderungen ökonomische Ressourcen, die nötige Unterstützung oder ein entsprechendes Angebot, um die eigenen Wünsche zu realisieren.

Ein großer Teil der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen geht regelmäßig informellen Aktivitäten im Bereich **Bildung und lebenslangem Lernen** nach. Bei Personen, die in besonderen Wohnformen oder Einrichtungen leben, unterscheiden sich die schwerpunktmäßig genutzten Medien von jenen, die von Personen ohne Beeinträchtigungen zumeist genutzt werden. Der Zugang zu Bildungsaktivitäten im digitalen Raum gestaltet sich für viele Personen mit

Beeinträchtigungen und Behinderungen schwierig, während sich dieser Lernort unter Personen ohne Beeinträchtigungen schon fest etablieren konnte.

Zudem verdeutlichen die Ergebnisse, dass Menschen mit Behinderungen deutlich häufiger mit **Diskriminierung** in Berührung kommen als Menschen mit Beeinträchtigungen und vor allem Menschen ohne Beeinträchtigungen. Eine Ausnahme stellen Menschen dar, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben. *Gewalterfahrungen* werden insgesamt seltener berichtet, jedoch sind auch von ihnen Menschen mit Behinderungen häufiger betroffen.

Qualitative Vertiefungsstudie

Die qualitative Teilstudie ergänzt die quantitativen Befragungen mit offenen Interviews, in denen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ihre individuellen Erfahrungen ausführlich schildern. Dadurch wird eine zusätzliche Perspektive auf die verschiedenen Themen eröffnet. Insgesamt wurden in der zweiten Erhebungswelle 62 Interviews zu den Themen *Beeinträchtigung und Gesundheit*, *Partnerschaft und Familie*, *Persönliche Sicherheit* und *Bildung und lebenslanges Lernen* durchgeführt. Diese Interviews fanden überwiegend in Privathaushalten, teils aber auch in Wohngemeinschaften mit Assistenz statt, um ein breites Spektrum der Lebensverhältnisse abzubilden.

Die Untersuchung hatte zum Ziel, die individuellen Stimmen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen einzufangen und ihre Erfahrungen sowie Hürden sichtbar zu machen. Während biografisch-narrative Interviews vor allem Lebensgeschichten beleuchten, dokumentieren problemzentrierte Interviews stärker aktuelle Lebensbedingungen und Herausforderungen. Interviews mit Fachexpertinnen und -experten dienten im Vorfeld dazu, die Interviewer für relevante Themen zu sensibilisieren. Die qualitative Studie strebt an, sowohl persönliche Erlebnisse der Betroffenen zu würdigen als auch gesellschaftliche und strukturelle Hürden in ihrem Alltag aufzuzeigen.

Im Bereich ***Beeinträchtigung und Gesundheit*** berichten Interviewte von emotionalen Belastungen, die sich auf gesundheitliche, soziale und finanzielle Aspekte beziehen. Diese Belastungen werden von den Betroffenen unterschiedlich verarbeitet – von Verdrängung bis hin zu einem pragmatischen Umgang, der mitunter Zufriedenheit mit dem Lebensweg bringt. Die Betroffenen setzen auf Strategien wie Selbstbestimmung, positive Denkweisen und bewusste Lebensgestaltung und ergänzen dies nach Möglichkeit durch körperliche Aktivitäten und Hobbys. Soziale Unterstützung durch Familie sowie durch Freundinnen und Freunde werden als zentral beschrieben, Konflikte im sozialen Umfeld jedoch als zusätzliche Belastung. Das Gesundheitssystem wird ambivalent bewertet: Insbesondere Wertschätzung und informative Unterstützung werden positiv hervorgehoben, während bürokratische Hürden, unzureichende oder unzureichend passgenaue Angebote sowie finanzielle Belastungen besonders kritisch gesehen werden. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews verweisen auf mögliche Ressourcen der interviewten Personen im Umgang mit Beeinträchtigungen und Gesundheit. Neben eigenen Strategien zur Steigerung des Wohlbefindens spielt soziale und institutionelle Unterstützung für die Befragten eine zentrale Rolle. Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen bewerten diese Unterstützung in der quantitativen Studie jedoch häufiger als unzureichend im Vergleich zu nicht beeinträchtigten Personen.

Im Bereich ***Partnerschaft und Familie*** werden partnerschaftliche und familiäre Beziehungen als wichtige Stütze beschrieben, aber auch als Quelle von Belastungen, insbesondere bei gesundheitlichen Einschränkungen. In Abwesenheit solcher Beziehungen finden Betroffene Unterstützung in Freundschaften, sozialen Netzwerken oder anderen emotionalen Ressourcen. Gleichzeitig werden bei Partnersuche, Heirat oder Familiengründung oft zusätzliche Hürden durch

gesundheitliche oder finanzielle Herausforderungen genannt. Die qualitativen Ergebnisse zeichnen ein differenziertes Bild von Unterstützung, die Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen erfahren – sofern diese verfügbar ist. Denn wie die quantitativen Ergebnisse bereits in Welle 1 zeigen, haben die Betroffenen außerhalb von Partnerschaften weniger enge soziale Kontakte und erleben häufiger Einsamkeit als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Auch die geschilderten Hürden der Interviewten bei der Partnersuche verdeutlichen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen insgesamt seltener in festen Partnerschaften leben als nicht beeinträchtigte Personen.

Im Themenbereich **Persönliche Sicherheit** schildern Interviewte ausführlich Unsicherheiten und Ängste, insbesondere in öffentlichen Räumen oder im Kontakt mit Unbekannten. Diese Ängste führen teils zu Vermeidungsverhalten und sozialer Isolation. Diskriminierungserfahrungen, wie Vorurteile, Beleidigungen oder körperliche Übergriffe, hinterließen oft tiefgreifende emotionale und physische Spuren. Auch die Ergebnisse der quantitativen Studie verdeutlichen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen häufiger Unsicherheiten erleben, Diskriminierung erfahren und Übergriffen ausgesetzt sind.

Im Bereich **Bildung und lebenslanges Lernen** berichten die Interviewten von fehlender Chancengleichheit in Bildungs- und Berufskontexten: Unterstützungsmaßnahmen waren für sie oft unzureichend oder nicht bedarfsgerecht, was nicht selten zu Unterforderung und dem Gefühl mangelnder Anerkennung führte. Diskriminierung, Mobbing und Ausgrenzung werden als zusätzliche Belastungen geschildert. Gleichzeitig erweist sich soziale Unterstützung durch Familie, Freundinnen und Freunde sowie Mitschülerinnen und Mitschüler als wichtige Ressource. Die quantitative Studie zeigt ebenfalls, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen nicht nur häufiger niedrigere Schulabschlüsse und höhere Erwerbslosigkeit aufweisen, sondern auch bei der Nutzung von Weiterbildungsangeboten und beim lebenslangen Lernen auf vielfältige Schwierigkeiten stoßen, wie etwa fehlende Barrierefreiheit, hohe Kosten oder unzureichende Informationen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die interviewten Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen mit zahlreichen Hürden in den verschiedensten Lebensbereichen konfrontiert sind. Sie berichten von emotionalen Belastungen, strukturellen Defiziten, unzureichender Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Diskriminierung und mangelnder Inklusion. Gleichzeitig zeigt sich, dass Interviewte Strategien zur Bewältigung entwickelt haben, wobei insbesondere Selbstbestimmung und Unterstützung durch Freunde und soziale Netzwerke das Wohlbefinden fördern.

Befragung von wohnungslosen Menschen

Um die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland an allen möglichen (Wohn-)Orten abbilden zu können, wurden im Rahmen des Teilhabesurvey auch 749 wohnungslose Menschen befragt. Am häufigsten nennen die im Rahmen der Teilstudie befragten wohnungslosen Personen psychische Probleme oder Suchterkrankungen als vorhandene Beeinträchtigungen. Fast zwei Drittel aller Befragten haben eine psychische Beeinträchtigung, eine Suchterkrankung oder beides angegeben. Damit sind diese beiden Beeinträchtigungsarten in der Wohnungslosenbefragung deutlich stärker vertreten als bei der Befragung in Privathaushalten oder in Wohnformen und Einrichtungen.

Die Mehrheit der befragten Wohnungslosen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen benötigt bei alltäglichen Aufgaben wenig Unterstützung. Im Vergleich zu den Befragten in Privathaushalten ist der nicht gedeckte Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Aufgaben jedoch unter den wohnungslosen Personen deutlich höher. Bis zu acht Prozent der wohnungslosen Menschen mit Beeinträchtigungen

und Behinderungen erhalten die benötigte Unterstützung nicht, während diese in Privathaushalten besser gewährleistet ist.

Als private Unterstützungspersonen werden am häufigsten Freundinnen und Freunde und andere Personen im privaten Umfeld genannt, selten allerdings die Familie. Professionelle Unterstützung nehmen die Befragten am meisten von Mitarbeitenden aus Notunterkünften oder des betreuten Wohnens in Anspruch. In Bezug auf Selbstbestimmung und gesellschaftliche Zugehörigkeit fühlen sich die wohnungslosen Befragten weniger integriert und häufiger fremdbestimmt als Menschen aus Privathaushalten. Zudem berichten sie häufiger von Diskriminierung und Gewalt, wobei sie in allen Bereichen stärker betroffen sind als Menschen in Privathaushalten oder in Wohnformen und Einrichtungen. Die wohnungslosen Personen sind ohne den Schutzraum durch den eigenen Wohnsitz oder einer Einrichtung der Gefahr bestimmter Opfererfahrungen stärker ausgesetzt.

Befragung von taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen

Eine weitere Gruppe von Menschen mit Behinderungen, die schwer über herkömmliche Stichprobenverfahren zu erreichen ist, sind höresehbeeinträchtigte Personen sowie Personen mit Taubblindheit. Zur Erfassung dieser Zielgruppe wurde eine Sonderstichprobe befragt. Die Ergebnisse sind zwar nicht repräsentativ für die gesamte Population dieser Menschen, bieten jedoch vertiefte Einblicke in ihre Lebenssituation. Die meisten der Befragten haben eine Kombination von Hör- und Sehbeeinträchtigungen und berichten zusätzlich häufig von chronischen und psychischen Erkrankungen. Ihre Alltagsaktivitäten sind oftmals stark eingeschränkt, und sie benötigen häufig Unterstützung bei alltäglichen Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen und der Nutzung von Medien. Diese Unterstützung erhalten sie oft aus der Familie, in einer Partnerschaft sowie durch professionelle Unterstützung wie Assistentinnen und Assistenten sowie durch Dolmetscherinnen und Dolmetscher.

Weitere Forschung mit den Daten des Teilhabesurvey

Die Bundesregierung stellt die Daten der ersten Welle des Teilhabesurvey im Rahmen eines Scientific-Use-File (SUF) beim Forschungsdatenzentrum der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (FDZ-BAuA) unter www.baua.de/fdz zur Verfügung. Mit diesen Daten können differenzierte Fragestellungen zu Beeinträchtigungen und Behinderung sowie damit verbundene sozialpolitische Aspekte eingehend untersucht werden. Auch die Daten dieser zweiten Welle sollen perspektivisch zur Verfügung gestellt werden.

1. Einleitung

1.1 Aufgaben und Ziele des Teilhabesurvey

Im Jahre 2009 ratifizierte die Bundesrepublik Deutschland das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention; kurz: UN-BRK). Damit verpflichtete sie sich gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, bestehende Teilhabebarrrieren abzubauen und Teilhabemöglichkeiten zu fördern. Lebensverhältnisse müssen demnach so gestaltet werden, dass auch Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ein barrierefreies und selbstbestimmtes Leben führen können. Teilhabe bezeichnet dabei das Recht, am gesellschaftlichen Leben gleichberechtigt teilzunehmen. Dies gilt unabhängig von Herkunft, Alter, Geschlecht oder dem Vorliegen einer Beeinträchtigung oder Behinderung.

Politik und Gesellschaft sind – freilich nicht erst seit Unterzeichnung der UN-BRK – aufgefordert, die Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik so zu gestalten, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen weder benachteiligt noch in irgendeinem Lebensbereich ausgeschlossen werden. Auch Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sollen ihr Leben nach eigenen Vorstellungen führen können, und, sofern erforderlich, die nötige Unterstützung dafür erhalten. Hilfe- und Sicherungsstrukturen der Behindertenhilfe, die die Menschen eher bevormunden, sollen ersetzt werden durch begleitende und assistierende Strukturen, die mehr selbstbestimmte Lebensgestaltung ermöglichen.

Mit Übernahme der UN-BRK ist auch die Aufgabe verbunden, Informationen und Daten zu sammeln, die dokumentieren, wie diese Anforderungen umgesetzt sind und welche Hindernisse es bei ihrer Verwirklichung gibt (Art. 31 Abs. 1 UN-BRK). Die Bundesregierung ist damit auch zur Berichterstattung über die Lage von Menschen mit Behinderungen verpflichtet, einer Berichterstattung, die mit einer weit höheren Anforderung an Daten und Informationen einhergeht, als dies vormals der Fall war. Die Idee einer evidenzbasierten, datengestützten Politik hat sich auch hier durchgesetzt. Dabei werden Antworten auf Fragen wie die folgenden gesucht:

- Was kennzeichnet die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen? Gibt es ggf. Unterschiede je nach Art der Beeinträchtigung, Lebensalter sowie Eintritt der Beeinträchtigung?
- Welche Chancen haben Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben?
- Welche Bedingungen unterstützen Selbstbestimmung und Teilhabe, welche Bedingungen sind dafür hinderlich?
- Welche Unterstützung benötigen sie in verschiedenen Lebensbereichen und Lebensphasen, um ihre Teilhabemöglichkeiten zu erweitern?

Vor diesem Hintergrund wurde das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Bonn, im Jahre 2017 mit der „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ (kurz: Teilhabesurvey) beauftragt. Das Forschungsteam des Teilhabesurvey entwickelte im Rahmen dieses Auftrages sodann ein neues Stichproben- und Befragungskonzept. Ein maßgebliches Kriterium der Vorgehensweise war, dass möglichst alle Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in die Erhebung einbezogen werden sollten, unabhängig von der Art und Ursache der Beeinträchtigung oder Behinderung sowie auch unabhängig davon, ob die Menschen zu Hause, in einer besonderen Wohnform oder sonstigen Einrichtung oder „auf der Straße“ (wohnungslose Menschen) leben.

Ziel des Teilhabesurvey ist seitdem die Bereitstellung einer verlässlichen und breiten Datenbasis für die nationale Berichterstattung zur Lage von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Dabei soll diese Berichterstattung einem zeitgemäßen Verständnis von Behinderung Rechnung tragen. Ferner sollen die Daten des Teilhabesurvey auch international anschlussfähig sein. Vor allem aber sollen die Daten selbst, in nutzbar Form, der wissenschaftlichen Öffentlichkeit so breit als möglich verfügbar gemacht werden.

In Deutschland steht der Teilhabesurvey mit seiner Vorgehensweise im Kontext der empirischen Sozialforschung, sowie auch der Teilhabeforschung im Bereich der Grundlagenforschung dabei nach wie vor weitgehend allein dar.

Schon in der Entstehungsphase des Surveys war konstatiert worden, dass sich amtliche Statistiken meist auf Daten zu Menschen konzentrieren, deren Beeinträchtigung oder Behinderung behördlich anerkannt ist, und/oder die öffentliche (Sozial-)Leistungen beziehen. Diese Daten geben Auskunft über Menschen, die einen Schwerbehindertenausweis haben oder staatliche Leistungen erhalten (Menschen in Wohnformen und Einrichtungen; Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen; Menschen, die ein Rehabilitationsverfahren durchlaufen oder einen Nachteilsausgleich erhalten, wie etwa Landesblindengeld). Entsprechende Statistiken berücksichtigen daher jeweils eng eingegrenzte Gruppen beeinträchtigter Menschen. Beeinträchtigte Personen, die nicht oder nicht mehr leistungsberechtigt sind (oder die leistungsberechtigt sind, jedoch keine Leistungen erhalten oder beantragt haben), werden nicht erfasst.

Und auch für die im Rahmen der Grundlagen- und Ressortforschung durchgeführten großen Erhebungen gilt, dass Beeinträchtigungen und Behinderungen in der Regel nur unter soziodemografischen Merkmalen abgefragt werden und dies zumeist eher rudimentär und auch hier lediglich orientiert an amtlich festgestellter Behinderung (Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises und Grad der Behinderung).

Ausgangspunkt des Teilhabesurvey war mithin eine unzureichende Datenlage. Vor allem mangelte es an zuverlässigen Daten zu einzelnen Lebensbereichen der betroffenen Menschen, ermittelt auf Grundlage ihrer eigenen Perspektive: zu Aspekten wie Bildung, Erwerbstätigkeit, Einkommen, Wohnen, barrierefreie Umwelten, Freizeit und sozialen Beziehungen.

Die erste Welle des Teilhabesurvey, durchgeführt in den Jahren 2017-2021, konnte hier teilweise Abhilfe schaffen. Die Durchführung dieser ersten Welle vollzog sich dabei in mehreren Teilstudien (Steinwede/Harand 2022):

- *Screening-Erhebung:* Auf der Basis einer Stichprobe von Einwohnermeldeadressen aus 250 Gemeinden wurden zufällig rund 300.000 Haushalte gezogen und vorbefragt. Neben soziodemografischen Merkmalen wurden auch Angaben zu unterschiedlichen länger andauernden Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen der Haushaltsmitglieder erhoben.
- *Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten:* Auf Grundlage des Screenings wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe für die Haupterhebung gezogen. Unter Nutzung eines Mixed-Mode-Ansatzes von Befragungen wurde ermittelt, in welcher Weise die Personen an verschiedenen Lebensbereichen teilhaben. Insgesamt wurden rund 16.000 Interviews mit Menschen mit Beeinträchtigungen ab 16 Jahre in Privathaushalten realisiert.
- *Befragung von Menschen ohne Beeinträchtigungen in Privathaushalten:* Das Screening bildete zudem die Basis einer Stichprobe von Personen ohne Beeinträchtigungen ab 16 Jahre, die zu vergleichenden Zwecken mit einem in großen Teilen identischen Fragebogen befragt wurden. Dies soll Hinweise darauf geben, welchen Einfluss Beeinträchtigungen auf die Lebenslage,

Teilhabsituation und Möglichkeiten der Lebensführung haben. Insgesamt wurden 6.000 Interviews mit Menschen ohne Beeinträchtigungen in Privathaushalten durchgeführt.

- *Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen:* Die Haushaltsbefragung des Teilhabesurvey erfasst keine Menschen, die dauerhaft in besonderen Wohnformen oder sonstigen Einrichtungen leben. Die Auswahl dieser Personen erfolgte ebenfalls mehrstufig: Auf Basis einer Liste von 22.806 Wohnformen und Einrichtungen in Deutschland (Auswahlgesamtheit) und einer Vorbefragung in den Wohnformen und Einrichtungen wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe von 1.000 Wohnformen sowie sonstigen Einrichtungen in 300 Gemeinden gezogen. Im Ergebnis konnten 3.354 Menschen aus 327 Wohnformen und Einrichtungen befragt werden.²
- *Vertiefende qualitative Interviews:* Ergänzend zu den standardisierten Befragungen wurden problemzentrierte und biografisch-narrative Interviews geführt, die einen tieferen Einblick in die Lebenssituation der befragten Personen ermöglichen.

Insgesamt konnten rund 19.000 Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie rund 6.000 Menschen ohne Beeinträchtigungen in der ersten Welle des Teilhabesurvey befragt werden. Damit war eine solide Grundlage geschaffen worden für eine Verstetigung dieser Studie in Form einer längsschnittlichen Erhebung, also der Einrichtung einer *Panelstudie* (Wiederholungsbefragung). Um die Dynamik der Entwicklung von Beeinträchtigungen und Behinderungen, sowie ihre Wirkung auf die individuellen Lebenssituationen über einen längeren Zeitraum zu ermitteln, bildet das Vorgehen in Form einer Panelstudie die für Studien der empirischen Sozialforschung beste Grundlage.

Im Verlauf der Erhebung der ersten Welle des Teilhabesurvey wurden daher alle relevanten kommunikativen, logistischen und vor allem datenschutzrechtlichen Schritte unternommen, um den Teilhabesurvey von einer Querschnitt- zu einer Panelstudie zu machen. Nicht zuletzt trug die hohe Teilnahmebereitschaft der befragten Personen zum Gelingen dieses Vorhabens bei. So gaben am Ende der Befragungen der ersten Welle 17.888 Personen (84 Prozent) in der Stichprobe der Privathaushalte und 2.175 der in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen befragten Personen (72 Prozent) an, sie seien damit einverstanden, zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal zum gleichen Forschungsthema Teilhabe befragt zu werden.

1.2 Das Forschungsdesign des Teilhabesurvey

Für die Erhebungen im Rahmen des Teilhabesurvey sind einige Gesichtspunkte leitend, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden:

- *Stichprobentheoretisch* gilt, Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ab 16 Jahre in der Bundesrepublik so selektionsfrei wie möglich erfassen zu können. Ausgangspunkt des Teilhabesurvey sind Zufallsstichproben (probability samples) auf breiter regionaler Grundlage, dies sowohl für die Bevölkerung in Privathaushalten als auch für die Bevölkerung in Wohnformen und Einrichtungen.
- *Messtheoretisch* muss dem modernen Verständnis von Behinderung begegnet werden. Dazu war es notwendig, eine neue Operationalisierung von Behinderung für sozialwissenschaftliche Befragungen – dem ICF-Konzept folgend – zu entwickeln.
- *Erhebungstechnisch* sind so weit wie möglich barrierefreie Methoden einzusetzen. Dies geschieht durch maximale Kombinatorik von Befragungsformen. Die Befragungen können nur mit einem breiten Mixed-Mode-Design realisiert werden. Das Ziel ist stets, möglichst alle auf Basis der Stichprobenauswahl und einer umfassenden Screening-Erhebung im Vorfeld ermittelten

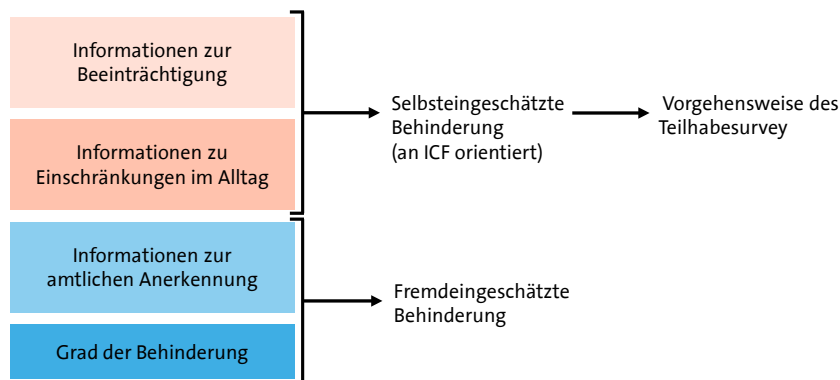
² Die Erhebung musste aufgrund der Corona-Pandemie Ende März 2020 vorzeitig beendet werden.

Personen in die Befragung einbezogen zu halten – unabhängig von Art und Schwere der Beeinträchtigung oder Behinderung.

- *Analytisch* werden komparative – gruppenvergleichende – Aussagen angestrebt. Einschätzungen von nicht beeinträchtigten Personen, von beeinträchtigten Personen sowie von Personen mit sogenannter selbsteingeschätzter Behinderung sollten in Bezug zueinander gebracht werden können. Die spezifischen Problemlagen – vor allem von Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung – werden, so eine analytische Grundeinstellung des Teilhabesurvey, erst auf diese Weise kenntlich. Zu Vergleichszwecken müssen daher auch allen Teilzielgruppen weitgehend dieselben Fragen gestellt werden.

Der Begriff *selbsteingeschätzte Behinderung* leitet sich aus der Operationalisierung nach dem ICF-Konzept ab, die im Teilhabesurvey den oben ausgeführten Leitlinien (unter besonderer Betonung der messtheoretischen Komponente) folgt. Anders formuliert: Wie ist in einem Survey der empirischen Sozialforschung mit Beeinträchtigungen und Behinderungen umzugehen – dabei inhaltlich zeitgemäß und umfassend sowie erhebungstechnisch durchführbar und auch methodisch angemessen?³

Abbildung 1.1 Methodik – Selbsteingeschätzte vs. fremdeingeschätzte Behinderung



Quelle: infas.

Die Operationalisierung von Beeinträchtigung und Behinderung nimmt im Teilhabesurvey ihren Ausgangspunkt dabei zunächst in der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (International Classification of Functioning, Disability and Health, (ICF), die 2001 durch die WHO eingeführt wurde (WHO 2001, DIMDI 2005).

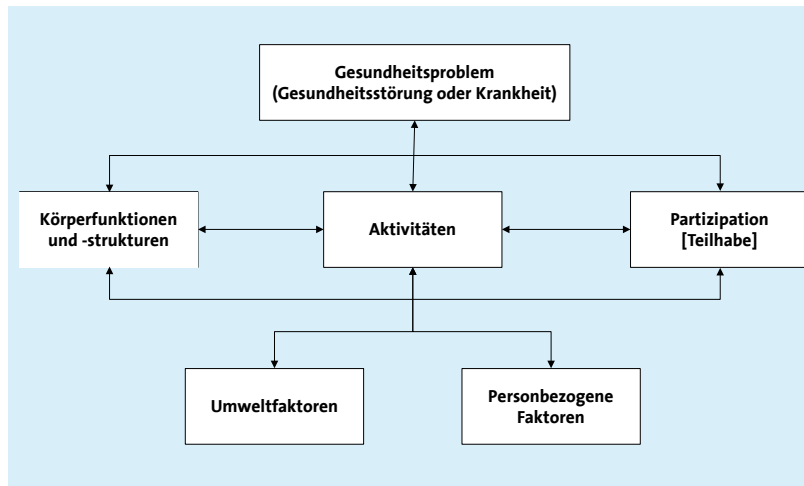
Behinderung wird hier als Wechselbeziehung zwischen Funktionsstörungen von Körper, Organen, Psyche, geistigen Fähigkeiten oder den Sinnen eines Menschen und dem Lebenskontext eines Menschen konzipiert. Zum Lebenskontext zählen im Sinne der ICF personenbezogene Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Lebenszufriedenheit) genauso wie Umweltfaktoren (z. B. soziale Einflüsse, Normen

³ Angemessenheit bezieht sich hier auf grundlegende Forderungen nach einer sowohl inhaltlich gültigen wie auch zuverlässigen Messung.

und Werte), welche fördernde und hemmende Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen haben können.

Behinderung hat also bio-psycho-soziale Aspekte, die erst in ihrem Zusammenwirken die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen ermöglichen, verbessern oder verhindern (DIMDI 2005).

Abbildung 1.2 Bio-psycho-soziale Konzeption nach ICF



infas

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

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

Behinderung ist damit keine individuelle Eigenschaft. Vielmehr wird sie durch die materielle wie soziale Umwelt eines Menschen, einschließlich fehlender Hilfs- oder Heilmittel sowie fehlender oder unzureichender Unterstützung hervorgerufen, verstärkt oder vermindert. Mit diesem Verständnis stimmen auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und die durch das Bundesteilhabegesetz reformierte Fassung des SGB IX (seit dem 1.1.2018) überein.

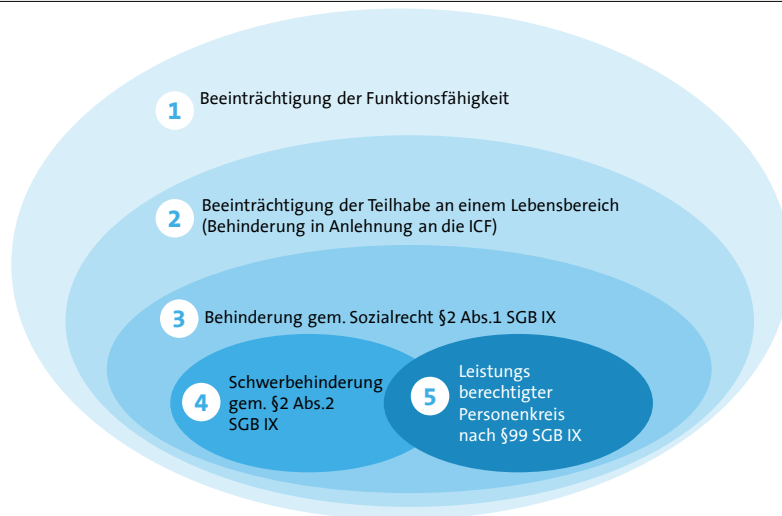
Der Forschungsansatz des Teilhabesurvey basiert wesentlich darauf, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen über ihre subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen definiert werden.⁴ Die so entstandene Zielpopulation wird über die Abdeckung dreier Stichprobenframes (Einwohnermeldeamtsauswahl, Einrichtungsauswahl sowie Auswahl von Menschen außerhalb amtlicher Wohnsitzerfassung) möglichst umfassend erfasst. Obwohl diese sozialwissenschaftliche Logik im Teilhabesurvey als vorrangig gegenüber einer Logik sozialrechtlicher Zuständigkeiten (mithin den Rechtsnormen und Definitionen von SGB IX und SGB XII) angesehen wird, sollte die Konzeption aber möglichst auch anschlussfähig an das Sozialrecht (und die amtliche Statistik) bleiben. Dafür war das ICF-orientierte Befragungskonzept auch mit dem sozialrechtlichen Verständnis von Beeinträchtigung und Behinderung abzugleichen.

Mit der Befragung des Teilhabesurvey sollten nicht nur Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung oder Schwerbehinderung erfasst werden, sondern auch all jene, die länger andauernde Erkrankungen oder Beeinträchtigungen bei Körperfunktionen oder -strukturen haben und daher in ihren Sinnen (Sehen, Hören, Sprechen), physisch, psychisch oder kognitiv eingeschränkt sind. Alle

⁴ Siehe Steinwede, Harand 2022 und Steinwede et al. 2018 für weitere Darstellungen des Forschungsansatzes des Teilhabesurvey.

Menschen mit solchen Beeinträchtigungen bilden den weitesten Untersuchungskreis der Studie (siehe Kreis 1 in Abbildung 1.3).

Abbildung 1.3 Orientierung an ICF-Klassifikation und Sozialrecht



infas



Quelle: in Anlehnung an Schuntermann (2006).

Vorhandene Beeinträchtigungen werden zunächst einmal unabhängig davon, ob sie in Wechselwirkung mit der Umwelt auch die Teilhabe einschränken, erhoben.

Wenn Beeinträchtigungen das alltägliche Leben einschränken, beispielsweise durch fehlende Hilfsmittel oder durch Barrieren in der Umwelt, kann dies soziale Teilhabe mindern (Kreis 2 in Abbildung 1.3).

Mit Blick auf den Begriff Behinderung selbst führt das SGB IX in § 2 Absatz 1 aus:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Satz 1 dieser Definition ist wiederum an die Klassifikation der ICF angelehnt. Darauf wurde bei der Überarbeitung des Rechts im Zusammenhang mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) auch noch einmal Bezug genommen (Deutscher Bundestag 2016: 192). In Satz 2 wird genauer ausgeführt, dass die Funktionseinschränkung an einem altersgerechten Entwicklungsstand bemessen wird. Im dritten Satz heißt es dann ausdrücklich, dass auch eine drohende Behinderung sozialrechtlich relevant ist. Im Ergebnis spiegelt sich die ICF-Perspektive, wenn auch nur abgestuft, im deutschen Sozialrecht wider. Menschen mit einer solchen sozialrechtlich anerkannten Behinderung sind in Abbildung 1.3 unter Kreis 3 gefasst.

Der vierte Kreis in der Abbildung umfasst Personen mit einer anerkannten Schwerbehinderung. Im SGB IX heißt es dazu in § 2 Absatz 2: „Menschen sind im Sinne des Teils 3 [SGB IX, d. Verf.]

schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 [SGB IX] rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.“

Das fünfte Segment bildet den Personenkreis ab, der in der Eingliederungshilfe leistungsberechtigt (§ 99 SGB IX) ist. Zu ihm gehören insbesondere Menschen mit einer (drohenden) wesentlichen Behinderung.

Auf Grundlage der begrifflichen und rechtlichen Einordnung müssen *Beeinträchtigung* und *Behinderung* sodann für den unmittelbaren Zweck der Befragung operationalisiert werden. Im Entwicklungsprozess wurden dazu eine Reihe internationaler Studien berücksichtigt: der *Model Disability Survey* (Coenen et al. 2016), die von Statistics Canada entwickelten *Disability Screening Questions (DSQ)* (Grondin 2016) und die von der Washington Group on Disability Statistics (WG) zusammengestellten Fragen (WG 2009, 2017). Aus dem deutschsprachigen Raum wurden auch die Messverfahren der *Gesundheit in Deutschland-Studie (GEDA)* des Robert Koch-Instituts in Augenschein genommen.

Operativ werden schließlich Funktionsbeeinträchtigungen von Personen erhoben und die Einschränkung der täglichen Aktivitäten infolge der Beeinträchtigung gemessen. Die Personen werden danach gefragt, ob sie mit einer (oder mehreren) dauerhaften Beeinträchtigungen leben, die schon seit sechs Monaten andauern oder wahrscheinlich so lange andauern werden. Dabei geht es um folgende Beeinträchtigungen:

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

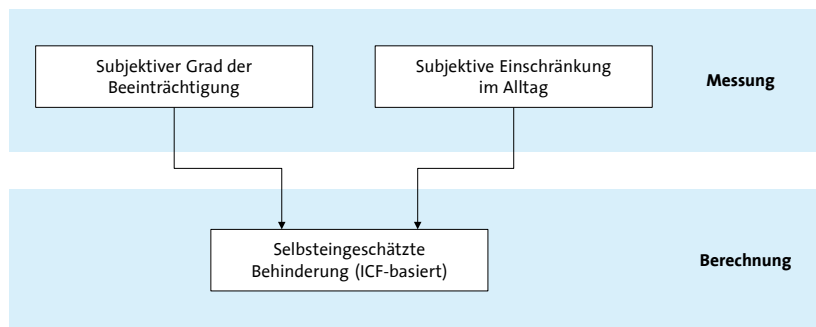
Benennt eine Person mehrere Beeinträchtigungen, wird sie um die Angabe gebeten, welche der Beeinträchtigungen sie am stärksten und welche sie am zweitstärksten im Alltag einschränkt. Zu diesen Beeinträchtigungen wird genauer nachgefragt. Analog zum kanadischen Vorgehen des DSQ (Grondin 2016) stehen hier die folgenden beiden Informationen im Mittelpunkt:

- **Die subjektive Angabe zur Stärke der Beeinträchtigung:** Wie sehr ist [die Fähigkeit] beeinträchtigt, auch wenn Hilfsmittel benutzt werden (mögliche Antworten: wenig, etwas, ziemlich oder stark beeinträchtigt)?
- **Die subjektive Angabe zur Einschränkung im Alltag:** Wie sehr schränkt die [Beeinträchtigung der Fähigkeit] bei Aktivitäten im Alltag ein, auch wenn entsprechende Hilfsmittel genutzt werden (mögliche Antworten: überhaupt nicht, etwas, ziemlich, stark)?

Mit den subjektiven Angaben zur Einschränkung *im Alltag* liefern die Betroffenen verallgemeinerbare Informationen über ihre soziale Lebenswelt (Grondin 2016). Denn jeder Mensch ist Teil der sozialen Umwelt und muss sich mit dieser tagtäglich auseinandersetzen, was gemeinhin auch als Alltagsbewältigung bezeichnet wird. Dies betrifft alle Menschen, das Alltagskonzept stellt mithin eine hinreichend universale (breit umfassende) Sozialvariable dar. Alltagshandeln und -bewältigung

besteht auch ganz unabhängig von sozialen Merkmalen, die im jeweiligen Leben eine Rolle spielen. Insofern bündeln sich in der individuellen Alltagsbewältigung, wenn auch für jeden Menschen verschieden, doch immer jene bedeutungsvollen Zugänge oder Eingrenzungen, Chancen oder Hürden, Freiräume oder Barrieren, denen sich ein Mensch gegenüberstellt und die aus seiner Lebensumgebung ableitbar sind.⁵

Abbildung 1.4 Operationalisierung von Behinderung in Anlehnung an die ICF



Wechselwirkung zwischen Person (Grad der Beeinträchtigung) und Umwelt (Grad der Alltagseinschränkung) als **Operationalisierung der ICF-Heuristik**

infas



Quelle: infas.

Sagt eine befragte Person von sich, dass eine Beeinträchtigung sie bei alltäglichen Aktivitäten etwas, ziemlich oder stark einschränkt, wird dies als Behinderung eingestuft. Für diese subjektive Selbsteinschätzung von *behindert* werden die Angaben zur Stärke der individuellen Beeinträchtigung und zur Einschränkung im Alltag miteinander verknüpft.

Neben Personen ohne Beeinträchtigungen entstehen der Operationalisierung der ICF-Heuristik folgend somit zwei Gruppen:⁶

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

⁵ Zur neueren Diskussion um den Ansatz vgl. grundlegend Tabbara/Maschke (2023): Teilhabeforschung: Menschenrechtsbasiert und Partizipativ, in: RP Reha, 4/2023, 5-9; Steinwede/Link (2023): Das Gefühl gesellschaftlicher Zugehörigkeit: Menschen mit und ohne Behinderung im Vergleich, in: RP Reha, 04/2023, 12-21; sowie kritische Anmerkungen zum Messverfahren bei Schäfers (2024): Zur Messung von Behinderung in der Teilhabebefragung und Teilhabeberichterstattung, Rehabilitation 2024; 63: 316-32, <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2366-5317.pdf> (Abgerufen 26.11.2024).

⁶ Für den möglichen Einsatz in anderen Befragungen hat infas auch eine Kurzform des Konstrukts entwickelt. Diese folgt den gleichen Gesichtspunkten, ist aber mit einer wesentlichen kürzeren Befragungsdauer bei der Erhebung verbunden.

Für die Berechnungen werden alle relevanten Informationen für alle in der Erhebung abgefragten Beeinträchtigungen berücksichtigt. Keine der von den Befragten angegebenen Beeinträchtigungen wird ausgeschlossen. Auch werden alle verfügbaren Informationen über alle Beeinträchtigungen gleichrangig verwendet, d.h. unabhängig davon, ob eine Beeinträchtigung von den Befragten als stärkste oder zweitstärkste oder zeitlich zuerst oder später eingetreten benannt worden ist.

1.3 Zentrale Befunde aus der ersten Welle des Teilhabesurvey

Der Anspruch, Aussagen über eine bestimmte Gruppe und ihre Lebenswirklichkeit treffen zu können, setzt voraus, diese Gruppe auch definieren zu können. Der Teilhabesurvey macht dafür einen operativen Vorschlag und ermöglicht auf dieser Basis einen empirisch-analytischen Ansatz mit konsequent gruppenvergleichender Untersuchungsperspektive.

Mit dem gewonnenen Instrumentarium brachten die empirischen Befunde der ersten Welle des Teilhabesurvey alles in allem deutliche Belege für die folgende These hervor: *In der Bundesrepublik Deutschland sind für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in hohem Maße Teilhabeeinschränkungen auszumachen.* Demnach müssen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in unserer Gesellschaft als benachteiligt gelten. Dazu wurden in den empirischen Ergebnissen der ersten Welle des Teilhabesurvey vielfache Belege – aus unterschiedlichen lebensweltlichen Bereichen – ermittelt.

Ursachen von Beeinträchtigungen: Über ein Drittel aller befragten Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Privathaushalten nennt Erkrankungen im Lebensverlauf und Verschleißerscheinungen. Angeboren sind Beeinträchtigungen bei 17 Prozent der beeinträchtigten Personen sowie bei 15 Prozent der Menschen mit Behinderung. Beeinträchtigungen als Folge von Unfällen, Berufskrankheiten, Schwierigkeiten bei der Geburt, von Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenkonsum sowie von Kriegserfahrungen treten deutlich seltener hervor. Das trifft auch für Beeinträchtigungen infolge von körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt zu (unter 4 Prozent).

Gesundheitszustand: Zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen bestehen markante Abstände bei der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes.⁷ Im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen schätzen vor allem Menschen mit Behinderung ihre gesundheitliche Situation erheblich schlechter ein (im Hinblick auf die *sehr gute* oder *gute* Einschätzung besteht hier gar eine Differenz von beachtlichen 69 Prozentpunkten).

Soziale Bindungen: Die Daten der ersten Welle weisen auf Alleinsein und Einsamkeit bei Menschen in besonderen Wohnformen und Einrichtungen hin. Auch die Analyse der sozialen Einbindung (vertrauensvolle Gesprächspersonen, enge Freundinnen und Freunde) zeigt für Menschen in Wohnformen und Einrichtungen: Personen im höheren Lebensalter, die in keiner Partnerschaft (mehr) leben, zeigen Anzeichen sozialer Isolation.

Unterstützungsnotwendigkeit im täglichen Leben: Was Selbstversorgung sowie relevante Aktivitäten des Alltags angeht, leben Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen meist selbständig, jedoch sind 45 Prozent der Menschen mit Behinderung auf Unterstützung angewiesen – und dies am häufigsten bei alltäglichen Hausarbeiten, Verwaltungsangelegenheiten oder beim Einkaufen. Ein Großteil der Menschen mit Behinderung erhält regelmäßige Unterstützung aus dem privaten Umfeld. Am häufigsten unterstützen (Ehe-)Partner/innen oder eigene Kinder.

⁷ Die Erhebung lief im Jahre 2019 und war Wochen vor dem Beginn der Corona-Pandemie bereits abgeschlossen.

Barrieren im Alltag: Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen treffen regelmäßig auf Barrieren in ihrer Lebenswelt. Solche Barrieren finden sich vielgestaltig in Wohnräumen, im öffentlichen Raum und im Verkehr, im Umgang mit Behörden sowie beim Zugang zum Internet. Diese Barrieren erschweren gleichberechtigte Teilhabe und haben weitreichende Konsequenzen für die Lebensgestaltung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. In besonderer Weise stellt sich in diesem Kontext das Problem fehlender Informationen bzw. nicht ausreichender Beratungs- und Unterstützungsangebote, insbesondere mit Blick auf zu beantragende Leistungen. Obgleich Sozial- und Eingliederungshilfeleistungen vielfach zwar im Generellen bekannt sind, fällt deren Beantragung im konkreten Fall häufig schwer. Informationen zu Unterstützungsleistungen stehen viel zu selten sprachlich nachvollziehbar oder hinreichend gebündelt bereit.

Generelle Ressourcen-Ausstattung: Mit Blick auf Schlüsselfaktoren sozialer Teilhabe in unserer Gesellschaft – Bildung, Arbeit und Einkommen – zeichnen die Daten des Teilhabesurvey das Bild einer tief ausgeprägten Ungleichheitsstruktur zu Lasten von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen.

Bildung: Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen haben zwar mehrheitlich mittlere und höhere Schulabschlüsse sowie einen Ausbildungs- oder Hochschulabschluss. Gleichwohl weisen sie im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen ein generell niedrigeres Schul- und Ausbildungsniveau auf. In den Unterschieden spiegeln sich starke Unterschiede nach dem Alter (und damit der Geburtskohorte) sowie Unterschiede in den Verteilungen der Merkmale Geschlecht und Migrationshintergrund wider. Der höhere Anteil an Personen ohne Schulabschluss sowie ohne Ausbildungsabschluss unter Personen mit Beeinträchtigungen schon während der Schul- bzw. Ausbildungs-/Studienzeit – insbesondere bei jenen mit Behinderung – weist im Rahmen multivariater Überprüfungen auf deutliche Zusammenhänge mit Beeinträchtigung und Behinderung hin. Sowohl im Schul- als auch Berufsbildungs- und Hochschulsystem kommt es somit zu Benachteiligungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgrund ihrer Beeinträchtigung und Behinderung.

Erwerbstätigkeit: In Privathaushalten lebende Menschen mit Behinderung sind auch deutlich seltener erwerbstätig als nicht beeinträchtigte Personen. Niedrigere Erwerbsquoten von Menschen mit Behinderungen bleiben zu einem großen Teil auch nach Berücksichtigung von Unterschieden hinsichtlich Alter, Migrationshintergrund und Ausbildungsniveau bestehen. Beeinträchtigung und Behinderung sind mitprägende Faktoren der Situation. Auch wenn arbeitsbezogene Unterstützungsbedarfe von Beschäftigten mit Beeinträchtigungen und Behinderungen vielfach erfüllt werden: Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen beurteilen ihre beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten erheblich schlechter als nicht beeinträchtigte Menschen. Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, die in Wohnformen und Einrichtungen leben, haben deutlich niedrigere Erwerbsquoten als Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Privathaushalten. Inklusionsbetriebe und Werkstätten spielen für Bewohnerinnen und Bewohner in Wohnformen und Einrichtungen eine entscheidende Rolle für ihre Teilhabe am Erwerbsleben.

Einkommen: Menschen mit Behinderungen realisieren viel seltener höhere Bruttoerwerbseinkommen und häufiger niedrige Bruttoerwerbseinkommen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Haushalte mit Menschen mit Behinderungen verfügen über deutlich weniger finanzielle Ressourcen als die Vergleichshaushalte ohne beeinträchtigte Personen. Das betrifft das verfügbare monatliche Haushaltsnettoeinkommen als auch das vorhandene Vermögen, die Möglichkeit des Sparens, die Bildung von Rücklagen und die Aufnahme von Schulden. Über die Hälfte der Menschen mit Behinderung blickt mit Sorgen auf die finanzielle Absicherung der eigenen Zukunft.

1.4 Anforderungen an die Durchführung der zweiten Welle

Die inhaltlichen Fragestellungen für die Erhebungen der ersten und zweiten Welle des Teilhabesurvey wurden entlang der Teilhabebereiche der UN-BRK entwickelt, jeweils mit Blick auf damit verknüpfte Problembeschreibungen sowie abgeleitete normative Ausführungen. Das zuständige Referat des BMAS, das infas-Institut sowie die Vertreterinnen und Vertreter beider Beiräte des Teilhabesurvey (wissenschaftlicher und inklusiver Beirat) wirkten in diesen Entwicklungsprozessen stets zusammen.

Mit Beauftragung der zweiten Welle hatte das BMAS eine Reihe von Vorgaben für deren Durchführung gemacht: Unter Beibehaltung des komplexen methodischen Ansatzes im Teilhabesurvey (und der Anforderung der konsequenten Nutzung der mit einer Panelerhebung verbundenen Möglichkeiten) sollte einerseits eine Verstetigung, Vertiefung und Validierung von Befunden der ersten Welle angestrebt werden. Zusätzlich waren weitere zentrale Teilhabebereiche der UN-BRK abzudecken und somit zu erheben, die im Rahmen der ersten Befragungswelle nicht berücksichtigt werden konnten. Vorgegeben waren hierzu folgende Themenkreise:

- Freizügigkeit und Wahl der Staatsangehörigkeit,
- Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen,
- retrospektive Betrachtung der Aspekte von Beeinträchtigung und Gesundheit insbesondere in der Kinder- und Jugendphase,
- Sicherung des Zugangs zu Ehe, Familienbildung, Partnerschaft, Sexualität,
- Sicherung der Freiheit, Schutz vor Gewalt, Schutz der Unversehrtheit und Sicherheit,
- Berücksichtigung besonderer Belange von Frauen, Kindern und alten Menschen mit Beeinträchtigungen.

Alle neuen Themenfelder wurden für die quantitativen als auch qualitativen Teilstudien der zweiten Welle operationalisiert und nach methodischen Gesichtspunkten in die verschiedenen Erhebungsinstrumente integriert.

Für die Erhebungen im Rahmen der *qualitativen Teilstudien* der zweiten Welle des Teilhabesurvey wurden im vorgegebenen Rahmen spezifische Interviewtitel entwickelt:

- Bildung und lebenslanges Lernen,
- Beeinträchtigung und Gesundheit,
- Persönliche Sicherheit,
- Partnerschaft und Familie.

Insgesamt wurden in der zweiten Welle 62 qualitative Interviews durchgeführt, darunter 22 biografisch-narrative und 29 problemzentrierte Interviews sowie 11 Fokusinterviews mit Fachexpertinnen und -experten. Für die narrativ fundierten Interviews wurden spezifische Leitfäden entwickelt, die darauf abzielen, die Interviewten zu ermutigen, ihre Erfahrungen offen und ausführlich zu erzählen. Diese Interviewstruktur sollten den Teilnehmenden einen Raum bieten, um sowohl ihre Erfahrungen und auch Herausforderungen in Bezug auf ihre Teilhabe umfassend zu schildern.

Mit Blick auf die *quantitativen Teilstudien* der zweiten Welle des Teilhabesurvey stehen methodische Aspekte, die sich aus dem Panelansatz ergeben, stärker im Vordergrund als bei den qualitativen Teilstudien. Mit dem Konzept eines Panels werden dieselben Personen in einer oder mehreren Folgeerhebungen (Wellen) wiederholt befragt. Der Längsschnitt- bzw. Panelansatz erlaubt es dabei, die Dynamik eines Sachverhaltes und seine Wirkung auf die Lebenssituation abzubilden. Vergleiche

über die Zeit werden somit auf individueller Ebene (der wiederholt befragten Personen) möglich. Uneingeschränkte Querschnittvergleiche auf Bevölkerungsebene sind hingegen nur dann durchführbar, sofern eine Auffrischung der Panelstichprobe erfolgt ist. Beim Teilhabesurvey war dies nur bei der Befragung in Wohnformen und Einrichtungen, nicht aber bei der Befragung in Privathaushalten der Fall. Zentral für eine Analyse solcher Prozesse ist, dass Teile eines Fragebogens über Erhebungswellen hinweg identisch sind. Nur so werden Veränderungen über die Erhebungspunkte messbar. Diese Gesichtspunkte waren für die Fragebogenkonstruktionen der quantitativen Teilerhebungen (mit ihrer Mischung aus Wiederholungsmessungen und Messungen neuer Sachverhalte) handlungsleitend.

Tabelle 1.1 Inhalte des Fragebogens für die quantitativen Erhebungen in zwei Wellen

Module Fragebogen		Welle 1	Welle 2
1	Intro und Lebenszufriedenheit	x	x
2	Beeinträchtigung und selbsteingeschätzte Behinderung	x	x
3	Wohnen, Selbstversorgung und häusliches Leben	x	
4	Mobilität und Kommunikation	x	
5	Freizeit und Kultur	x	
6	Selbstbestimmung und Soziale Einbindung	x	
7	Politische Teilhabe	x	
8	Gesundheit und Gesundheitsversorgung	x	
9	Soziale Position: Bildung und Arbeit	x	
10	Arbeit und Beschäftigung	x	
11	Nichterwerbstätige	x	
12	Soziale Position: Einkommen, materielle Sicherheit, Migrationshintergrund	x	
13	Schluss und Panelbereitschaft	x	x
14	Fragen an die Interviewer/innen	x	x
	Modul Wiederholungsmessung Welle 1 Themen: Wohnen, Unterstützung, Selbstbestimmung, Erwerbsstatus, Einkommen, subjektive Einschätzung gesellschaftliche Teilhabe		x
15	Freizügigkeit		x
16	Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen		x
17	Sicherung der Freiheit, Schutz vor Gewalt, Schutz der Unversehrtheit und Sicherheit		x
18	Zuspielung Sozialversicherungsdaten – Zustimmungsblock		x

Erläuterung: Die Nummerierung der neuen Module ergibt sich aus der Systematik der Gesamtzahl der Module in Welle 1 und 2.

Quelle: infas, 1. und 2. Welle Teilhabesurvey.

Der Einstieg in das Frageprogramm erfolgte – wie in der ersten Welle der Studie – mit dem Thema Lebenszufriedenheit (Modul 1).

Darauf folgte mit dem Modul 2 die Aktualisierung des Status Beeinträchtigung/Behinderung. Es war hier zu klären, ob bei panelbereiten Zielpersonen (nach wie vor) eine Beeinträchtigung oder Behinderung nach der ICF-Heuristik ermittelt werden konnte. In welchem Ausmaß nunmehr sogenannte Statuswechsel zu erwarten sein konnten oder nicht: dies war aufgrund der Neuartigkeit der empirischen Messung von *Beeinträchtigung* und *Behinderung* im Rahmen des Teilhabesurvey eine so offene wie gleichzeitig fundamental wichtige Frage. Denn mit der Durchführung einer zweiten Welle bei über 10.000 panelbereiten Interviewpartnern verband sich durchaus ein empirischer Test auf die Gültigkeit und die Zuverlässigkeit eines zentralen Konstrukts des Teilhabesurvey: die Operationalisierung des Status Beeinträchtigung/Behinderung. Um entsprechende Veränderungen gezielt untersuchen zu können, mussten die Informationen über individuelle Beeinträchtigungen wie auch Alltagseinschränkungen dazu in der zweiten Welle in exakt derselben Form erhoben werden wie in der ersten Welle. Um dabei mögliche Wechsel des Status oder der Gruppenzugehörigkeit gezielt untersuchen zu können, wurde das Frageprogramm in Welle 2 durch zusätzliche Nachfragen ergänzt.

In einem Modul 3 folgten Wiederholungsfragen aus der ersten Erhebungswelle zu zentralen Aspekten wie Wohnsituation, Unterstützungsbedarfen im täglichen Leben, aktueller Erwerbsstatus und subjektive Einschätzung der Teilhabe.

Modul 15 behandelte das Themengebiet Freizügigkeit. Eine übergeordnete Fragestellung hierzu lautete, ob Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen spezifische Einschränkungen bei der freien Wahl ihres Aufenthaltsorts erfahren.

Modul 16 zum Thema Bildung und lebenslanges Lernen untersuchte, inwiefern es für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen Hürden bei Aktivitäten des lebenslangen Lernens gibt.

Modul 17 enthielt Fragen zum Sicherheits-/Unsicherheitsempfinden sowie zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Auf dieser Grundlage kann untersucht werden, wie sich Erfahrungen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen bei Diskriminierungs-, Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen von Menschen ohne Beeinträchtigungen unterscheiden.

Schließlich war Teil des Auftrags für die Durchführung der zweiten Welle des Teilhabesurvey, eine Befragungskonzeption zu entwickeln, die dazu führt, dass den Befragungsdatensätzen später administrative Daten des Bundes, mit Bezug auf Erwerbs- und Rentenbiografien, hinzugespielt werden können. Dazu wurden im Feld der zweiten Welle (bei Befragten in Privathaushalten und in Wohnformen/Einrichtungen) die für Verknüpfungen erforderlichen Einverständniserklärungen in einer angepassten Weise für die Befragung eingesetzt und im Feld eingeholt. Allen zustimmenden Befragten wurden zudem eine eigens zugeschnittene schriftliche Teilnehmerinformation sowie eine zusätzliche Datenschutzhinweise ausgegeben (Zuspielungsblock Modul 18).

Im Interesse einer zielgruppengerechten und so gut wie möglich barrierefreien Erhebung wurde das Fragenprogramm der quantitativen Teilstudien für alle verfügbaren Erhebungsmethoden (CAPI, CATI, CAWI und PAPI) aufbereitet, programmiert und eingesetzt. Und wie in Welle 1 des Teilhabesurvey standen auch in der zweiten Welle wieder verschiedene Fassungen des Fragebogens zur Verfügung: Fragebögen in Leichter Sprache und Kurzfassungen.

Neben der Adaption der Erhebungsinstrumente bedurfte auch die Feldarbeit der zweiten Welle einer systematischen Vorbereitung. Ein Panelkonzept erfordert dabei zwingend Strategien zur Reduzierung von möglichen Stichprobenausfällen (Panelmortalität). Dabei kommen Panelpflege- und Trackingmaßnahmen (Adressnachrecherche und Adressverfolgung) ein hoher Stellenwert bei der Minimierung möglicher Teilnahmeausfälle in einer angestrebten weiteren Erhebung zu. Daher wurde zwischen der ersten und der zweiten Welle des Teilhabesurvey (im Zeitraum April bis August 2022) eine sogenannte Panelpflege in Privathaushalten sowie in Wohnformen und Einrichtungen durchgeführt. Alle panelbereiten Personen beider Teilstichproben wurden hierbei adressiert. Für beide Panelstichproben des Teilhabesurvey erbrachte die Panelpflege dabei ein gutes Ergebnis. Diese Bewertung bemisst sich am sehr geringen Anteil von (durch Verweigerung) studienbedingten oder auch (etwa durch das Versterben von Personen) allgemein erwarteten Panelausfällen.

Mit diesen Vorbereitungen wurden in den Jahren 2023 und 2024 in parallelen Felderhebungen folgende quantitative Teilstudien im Rahmen der zweiten Welle des Teilhabesurvey durchgeführt:

Die *Erhebung in Privathaushalten* mit einer Stichprobengröße von $n=17.888$ panelbereiten Personen der ersten Welle und einer Feldzeit von Ende März 2023 bis Mitte April 2024. Es wurden dort insgesamt $n=10.932$ Interviews durchgeführt, davon

- 2.541 Interviews mit Personen ohne Beeinträchtigungen,
- 2.464 Interviews mit Personen mit Beeinträchtigung,
- 4.526 Interviews mit Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung sowie
- 1.401 Interviews mit Personen mit nicht eindeutigem Status.

Im Rahmen der *Erhebung in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen*⁸ sollten 2.175 panelbereite Personen aus 296 Wohnformen und Einrichtungen der ersten Welle befragt werden. Zudem wurde eine Auffrischungsstichprobe von 480 Wohnformen und Einrichtungen kontaktiert, deren Bewohnerinnen und Bewohner noch nicht in der ersten Welle befragt worden sind. Die Erhebung fand in einer Feldzeit zwischen Mitte Mai 2023 und Mitte April 2024 statt. Insgesamt wurden $n=1.961$ Interviews durchgeführt, davon

- 805 mit panelbereiten Personen aus der ersten Welle sowie
- 1.156 mit Personen, die zum ersten Mal an der Befragung teilnahmen.

Von den in der zweiten Welle befragten Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohnformen und Einrichtungen lebten 929 Personen in einer besonderen Wohnform, 527 Personen im betreuten Wohnen sowie 505 Personen in einer Alten- oder Pflegeeinrichtung.

Für die beiden Panelerhebungen der zweiten Welle des Teilhabesurvey, die Erhebung in Privathaushalten und die Erhebung in Wohnformen und Einrichtungen, war ein Einsatz von

⁸ Mit der zweiten Erhebungswelle des Teilhabesurvey wurde der Titel der aus der ersten Erhebungswelle bekannten „Befragung in Einrichtungen“ an die neuen Begrifflichkeiten des BTHG und des novellierten SGB IX angepasst. Mit dem Inkrafttreten der dritten Reformstufe des BTHG und der damit einhergehenden Novellierung der Eingliederungshilfe und Überführung in das SGB IX Teil 2 war die Trennung der Leistungserbringung in „ambulant“ und „stationär“ sowie der Begriff der „Einrichtung“ im Leistungsrecht der Eingliederungshilfe entfallen. Die bis dahin unter stationären Einrichtungen angeführten Wohnformen, die während der Stichprobenziehung und Datenerhebung der ersten Erhebungswelle des Teilhabesurvey noch galten, werden nun als besondere Wohnformen (gemäß § 104 SGB IX bzw. § 42a SGB XII) bezeichnet. Im Rahmen der zweiten Erhebungswelle des Teilhabesurvey wurde der Titel der Befragung daher nun entsprechend angepasst zu „Befragung in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen“ (kurz: „Befragung in Wohnformen und Einrichtungen“).

Incentives nicht vorgesehen.⁹ Insbesondere angesichts dieser Tatsache sind die Teilnahme- und Panelbereitschaft der Befragten als hoch einzustufen.

Die *Erhebung bei wohnungslosen Menschen* fand in einer Feldzeit von Ende November 2023 bis Mitte April 2024 in bundesweit 45 Städten und Gemeinden statt. Insgesamt wurden n=749 Interviews durchgeführt, davon

- 304 Interviews in Schlafunterkünften,
- 315 Interviews in Tagesstätten/Treffpunkten,
- 91 Interviews in Beratungsstellen sowie
- 39 Interviews in Versorgungsstellen für Wohnungslose.

Ergänzend wurde darüber hinaus zwischen September und Oktober 2024 eine *Befragung von taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen* durchgeführt. Diese Befragung erfolgte mithilfe einer Rekrutierung über ein Kompetenzzentrum für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen¹⁰ in Form von quantitativen (n=31) und qualitativen (n=6) Befragungen. Dabei wurden 37 Interviews durchgeführt.

1.5 Scientific Use File und Unterstützung des Vierten Teilhabeberichtes

Scientific Use File und Datenzugang beim FDZ-BAuA

Alle am Vorhaben des Teilhabesurvey beteiligten Akteure verfolgen das Ziel, eine empirisch orientierte, international anschlussfähige Teilhabeforschung immer besser möglich zu machen. Die Bereitstellung der Befragungsdaten des Teilhabesurvey für die empirische Forschung, in Form eines sogenannten *Scientific Use File* (SUF), stellt in diesem Prozess ein zentrales Element dar. Das BMAS hatte sich dazu im Jahr 2023 mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) über die Bereitstellung der Daten des Teilhabesurvey im Forschungsdatenzentrum (FDZ) der BAuA verständigt.

Die notwendigen Vorarbeiten für die Bereitstellung der Befragungsdaten der ersten Welle des Teilhabesurvey fanden in enger Kooperation zwischen infas und der BAuA statt und fielen in den Durchführungszeitraum der zweiten Welle des Teilhabesurvey.

Den umfassendsten Arbeitsschritt bildete in diesem Prozess die Erstellung eines eigens für den Teilhabesurvey ausgearbeiteten Anonymisierungskonzeptes. Das Konzept soll zum einen den Anforderungen des Datenschutzes genügen. Es soll zudem gewährleisten, dass mit den Daten des Teilhabesurvey möglichst umfassende und valide wissenschaftliche Analysen möglich bleiben.

Im Rahmen dieses Prozesses wurden 2023–2024 zahlreiche Schritte unternommen, um den Teilhabesurvey auf dem datenschutzrechtlich und -technisch sowie auch wissenschaftlichen Niveau der großen Panelstudien in der Bundesrepublik zu etablieren und das Projekt dabei stärker in die Scientific Community zu integrieren. Einen wesentlichen Schritt dazu bildete ein von infas durchgeführter, breit angelegter Fachworkshop im Januar 2024 mit den jeweiligen Fachvertretungen oder Leitungen

⁹ Der Teilhabesurvey stellt damit im Rahmen der großen Panelstudien in der Bundesrepublik eine Ausnahme dar. Der Einsatz zusätzlicher „Belohnungen“ für eine Teilnahme an (Wiederholungs-)Befragungen ist in der Bundesrepublik bei allen großen Panelstudien ein Standard, der allerdings auch mit nicht geringen finanziellen Aufwendungen verbunden ist.

¹⁰ Wir bedanken uns herzlich für die Unterstützung bei der Rekrutierung von höresehbeeinträchtigten Befragungspersonen.

- des Forschungsdatenzentrums des Robert-Koch-Instituts,
- des Forschungsdatenzentrums der Deutschen Rentenversicherung Bund,
- des Forschungsdatenzentrums BA im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung IAB,
- des Forschungsdatenzentrums der BAuA,
- der Auswertung und Analyse des Mikrozensus, DESTATIS und beratend
- der Professur für Arbeit und berufliche Rehabilitation der Universität zu Köln,
- der Professur für Arbeit und Inklusion: psychische Gesundheit der TU Dortmund.

Das Anonymisierungskonzept wurde auch auf Basis dieser Beratungsgrundlage zwischen infas und der BAuA im Sommer 2024 final abgestimmt.

Die Befragungsdaten der ersten Welle des Teilhabesurvey werden interessierten Nutzerinnen und Nutzern für wissenschaftliche Forschungsvorhaben zu Jahresbeginn 2025 als Scientific Use File über das Forschungsdatenzentrum der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (FDZ-BAuA) zur Verfügung gestellt, sodass mit den Daten umfassend gearbeitet werden kann.

Der Scientific Use File umfasst zwei Datensätze, die zum einen Angaben von 22.065 Personen in privaten Haushalten, darunter 16.003 Personen mit Beeinträchtigungen sowie 6.062 Personen ohne Beeinträchtigung enthalten. Ein zweiter Datensatz umfasst Angaben von 3.354 Bewohnerinnen und Bewohnern in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen.

Beantragt werden kann der Scientific Use File für wissenschaftliche Zwecke von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die institutionell an eine Universität oder Forschungseinrichtung angebunden sind. Das Formular für die Beantragung der Datennutzung sowie weiterführende Informationen finden sich auf der Homepage des FDZ-BAuA: www.baua.de/fdz.

Unterstützung des Vierten Teilhabeberichts

Bei der Durchführung der zweiten Welle des Teilhabesurvey wurde zudem das Ziel berücksichtigt, die Ergebnisse der Befragungen der zweiten Welle dem *Vierten Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen* (Vierter Teilhabebericht) rechtzeitig verfügbar zu machen.

infas hat sich mit dem Institut, das mit der Erstellung des Vierten Teilhabeberichts beauftragt ist, dazu frühzeitig abgestimmt, zeitnah einen Workshop zu methodischen Aspekten und praktischen Nutzungsmöglichkeiten eingerichtet sowie alle erforderlichen Dokumente und Daten übermittelt.

Die Befragungsdaten der ersten Welle des Teilhabesurvey (Datensätze der Befragung in Privathaushalten und Datensätze der Befragung in Wohnformen und Einrichtungen mit entsprechenden Dokumentationen) waren von infas im April 2023 zur Nutzung für den Vierten Teilhabebericht übergeben worden.

Die Befragungsdaten der zweiten Welle des Teilhabesurvey (wiederum: Datensätze der Befragung in Privathaushalten und der Befragung in Wohnformen und Einrichtungen mit Dokumentationen) wurden im Juni 2024 an den Vierten Teilhabebericht zur Nutzung übergeben.

Vor dem Hintergrund der notwendigen Unterstützung des Vierten Teilhabeberichtes der Bundesregierung wurde infas durch das BMAS ersucht, die breite Auswertung der Befragungsdaten der zweiten Welle des Teilhabesurvey im Wesentlichen dem Vierten Teilhabebericht zu überlassen und dies nicht selbst im eigenen – dem hier vorliegenden – Abschlussbericht vorzunehmen. Eine doppelte Berichterstattung sollte so vermieden werden. Vor diesem Hintergrund wurde für den vorliegenden Abschlussbericht eine vergleichsweise stärker auf qualitative Ergebnisse abzielende

Berichtslegung abgestimmt, die dennoch nicht ganz auf die Nutzung der quantitativen Befunde verzichtet.

Tabellenbände

Erste Auswertungen der Daten des Teilhabesurvey in Privathaushalten und besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen sind in tabellarischer Form zugänglich. Die Tabellenbände werden durch das BMAS zur Verfügung gestellt.¹¹

1.6 Gliederung des Abschlussberichtes

Im vorliegenden Abschlussbericht werden nun die wesentliche Methodik des Teilhabesurvey als Wiederholungsbefragung sowie ausgewählte Ergebnisse vorgestellt. Die vorliegende Darstellung berücksichtigt zentrale Befunde zu den Themen Beeinträchtigungen und Behinderung und umfasst alle Teilerhebungen des Teilhabesurvey. Vor diesem Hintergrund gliedert sich der vorliegende Abschlussbericht zur 2. Welle des Teilhabesurvey wie folgt:

Kapitel 2 über die **Ergebnisse zu Beeinträchtigungen und Behinderungen aus zwei Wellen des Teilhabesurvey** stellt die Befunde zu den im Teilhabesurvey erfassten Beeinträchtigungen und Behinderungen im Zeitverlauf vor, wobei für die Befragten in Privathaushalten sowie in Wohnformen und Einrichtungen differenzierende Analysen nach Geschlecht und Alter vorgenommen werden.

Kapitel 3 beschreibt die Entwicklung der **neuen Befragungsteile** für die zweite Erhebungswelle und stellt zentrale **Fragen und Antworten** der neuen Module des Teilhabesurvey vor.

Die Ergebnisse der **Qualitativen Vertiefungsstudie** zu den Themen Beeinträchtigung und Gesundheit, Partnerschaft und Familie, Persönliche Sicherheit sowie Bildung und lebenslanges Lernen werden in **Kapitel 4** vorgestellt.

Kapitel 5 zur **Befragung von wohnungslosen Menschen** untersucht die Lebensumwelten von wohnungslosen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, die in Anlaufstellen der Wohnungslosenhilfe rekrutiert und befragt wurden. Dabei werden insbesondere die wesentliche Lebenssituation der befragten wohnungslosen Menschen, die Selbstversorgung und die Unterstützung durch andere sowie vorliegende Beeinträchtigungen und Behinderungen in den Blick genommen.

Im **Kapitel 6** werden zentrale Ergebnisse einer vertiefenden **Befragung von taubblinden und hörschbeeinträchtigten Menschen** dargestellt.

Kapitel 7 beschreibt die **Methodik des Teilhabesurvey** als repräsentative Wiederholungsbefragung von Menschen mit Behinderungen und erläutert die barrierefreie Erhebung in Privathaushalten sowie in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen, inklusive Informationen zu Stichprobenziehung und Gewichtung.

¹¹ Abrufbar sind sie unter: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Teilhabeforschung/representative-studie-zur-teilhabe-von-menschen-mit-behinderungen.html>

2. Beeinträchtigungen und Behinderungen über die Zeit: Ergebnisse aus zwei Wellen des Teilhabesurvey

Im Folgenden werden zentrale Befunde des Teilhabesurvey zu Beeinträchtigungen und Behinderungen der Bevölkerung vorgestellt. Die Ergebnisse basieren auf zwei Erhebungswellen des Teilhabesurvey in Privathaushalten sowie in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen. Alle befragten Personen wurden zu Beginn des Interviews des Teilhabesurvey nach Beeinträchtigungen oder Erkrankungen gefragt, die länger als sechs Monate andauern (oder voraussichtlich andauern werden). In beiden Erhebungswellen wurden diese Fragen exakt gleich formuliert. So können die Ergebnisse der beiden Erhebungswellen miteinander verglichen werden.

Dies geschieht auf zwei Weisen: Vergleiche zwischen den Wellen auf der Aggregatebene geben Auskunft über Veränderungen der Stichproben im Ganzen.¹² Damit lassen sich die Zu- oder Abnahme von Beeinträchtigungen (auch Mehrfachbeeinträchtigungen) und Behinderungen unter den Befragten in Privathaushalten und Einrichtungen gesammelt in den Blick nehmen. Veränderungen auf der individuellen Ebene lassen sich jedoch daraus nicht ableiten. Es besteht die Gefahr, dass sie verborgen bleiben. Doch durch die Anlage des Teilhabesurvey als Panelstudie, d.h. der wiederholten Befragung derselben Personen, können auch individuelle Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten sichtbar gemacht werden. So kann untersucht werden, wann Beeinträchtigungen und Behinderungen in den Lebensverläufen von Menschen entstehen, wie dauerhaft sie sind und ob sie überwindbar sind.

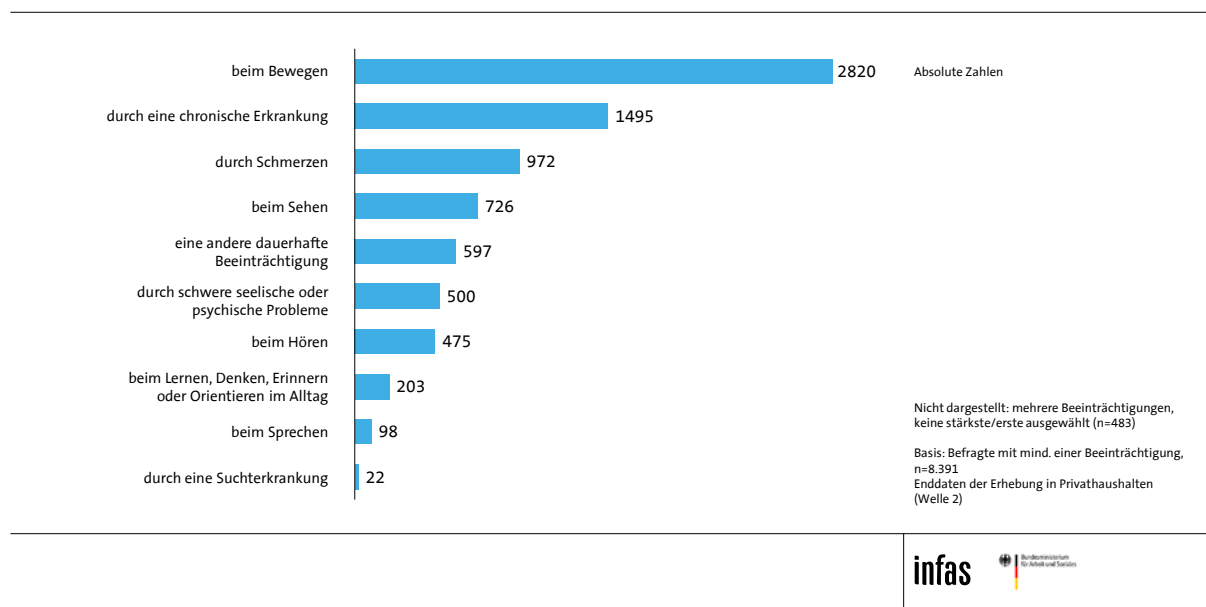
Jede befragte Person konnte mehrere Arten von Beeinträchtigungen angeben. Die Angaben zu diesen Beeinträchtigungen basieren ausschließlich auf den Selbstauskünften der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung. Es handelt sich dabei weder um medizinische Messungen oder Diagnosen noch um *amtliche* Feststellungen. Maßgeblich sind allein die Einschätzungen der befragten Personen selbst.

2.1 Beeinträchtigungen und Behinderung

In der zweiten Erhebungswelle des Teilhabesurvey wurden 10.932 Personen in privaten Haushalten befragt. Davon gaben 8.391 Personen an, mindestens eine Beeinträchtigung zu haben, die bereits länger als sechs Monate andauere oder voraussichtlich andauern werde. 2.541 Personen gaben an, keine Beeinträchtigung zu haben.

¹² Rückschlüsse auf Veränderungen in der Grundgesamtheit sind auf der Aggregatebene nur sehr eingeschränkt möglich. Zu beachten ist, dass die Stichprobe der Befragung in Privathaushalten nicht aufgefrischt wurde, die befragten Personen folglich zwischen den Erhebungszeitpunkten entsprechend gealtert sind.

Abbildung 2.1 Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung in Welle 2 – Privathaushalte



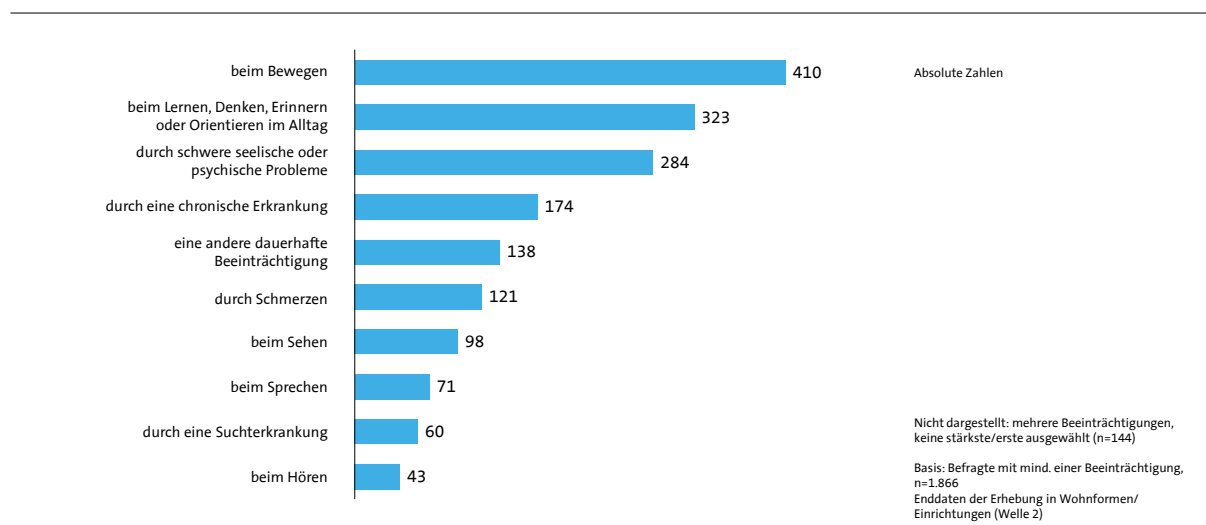
Wie in der ersten Erhebung konnte ein breites Spektrum von Beeinträchtigungen erfasst werden und auch Personen mit selten vorkommenden Beeinträchtigungen wurden in der zweiten Erhebungswelle erneut in hinreichender Fallzahl erreicht. Unabhängig von der Art der Beeinträchtigung war die Erreichbarkeit der Zielgruppe von Personen mit Beeinträchtigungen erneut gut. Es lagen keine auffällig höheren Anteile an Nichtteilnahmen (Ausfällen aus dem Panel) vor.

Als Beeinträchtigung mit der stärksten Einschränkung im Alltag bzw. als erste eingetretene Beeinträchtigung nennen die Befragten in privaten Haushalten am häufigsten:

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

Die Häufigkeitsverteilung entspricht damit derjenigen der ersten Erhebungswelle. Damit zeigt sie sich auch erneut als plausibel etwa im Vergleich mit den Informationen und Ausführungen des Zweiten und des Dritten Teilhabeberichts der Bundesregierung (vgl. Engels et al. 2016, Maetzel et al. 2021). Sowohl in Privathaushalten als auch in Wohnformen und Einrichtungen verbirgt sich hinter den Kategorien der „anderen dauerhaften Beeinträchtigungen“ ein umfangreiches Spektrum, darunter auch vielfach seltene Formen von Beeinträchtigungen und Lebenseinschränkungen.

Abbildung 2.2 Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung in Welle 2 – Wohnformen/Einrichtungen



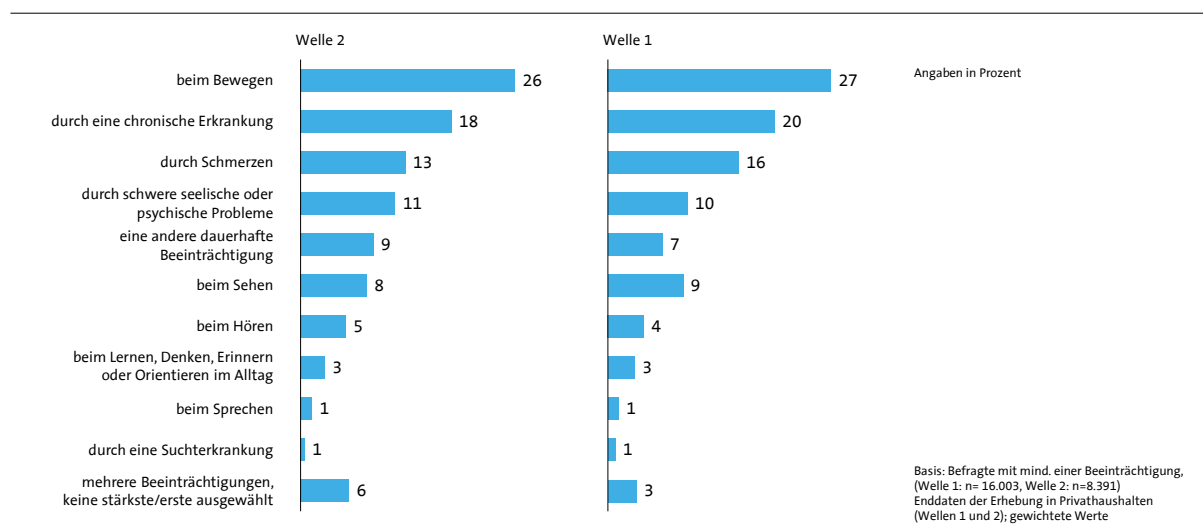
infas

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Die Häufigkeitsverteilung der stärksten/ersten Beeinträchtigungen fällt bei den Befragten in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen anders aus als bei der Befragung in privaten Haushalten. Beeinträchtigungen beim Bewegen werden am häufigsten genannt, wie auch in den privaten Haushalten. Danach folgen jedoch Beeinträchtigungen beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag (am zweithäufigsten) und Beeinträchtigungen durch seelische oder psychische Probleme (am dritthäufigsten). Damit entspricht auch die Häufigkeitsverteilung der Befragung in Wohnformen und Einrichtungen in der zweiten Erhebungswelle der Verteilung der ersten Welle.

Mit Blick auf die als am stärksten genannte Beeinträchtigung hat der Teilhabesurvey sowohl in Privathaushalten als auch in Wohnformen und Einrichtungen auch in der zweiten Erhebungswelle hohe Fallzahlen erreicht. Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf kognitiv und psychisch beeinträchtigte Personen, die in beiden Erhebungswellen der Studie berücksichtigt werden.

Nicht allein die Reihenfolge der Häufigkeiten berichteter Beeinträchtigungen lässt sich zwischen den Erhebungswellen vergleichen. Es lassen sich auch die Anteile der genannten Beeinträchtigungen vergleichen und Veränderungen unter den Befragten beschreiben. Dabei werden insgesamt eine hohe Konstanz und nur punktuelle, auf einzelne Beeinträchtigungen beschränkte, Veränderungen sichtbar.

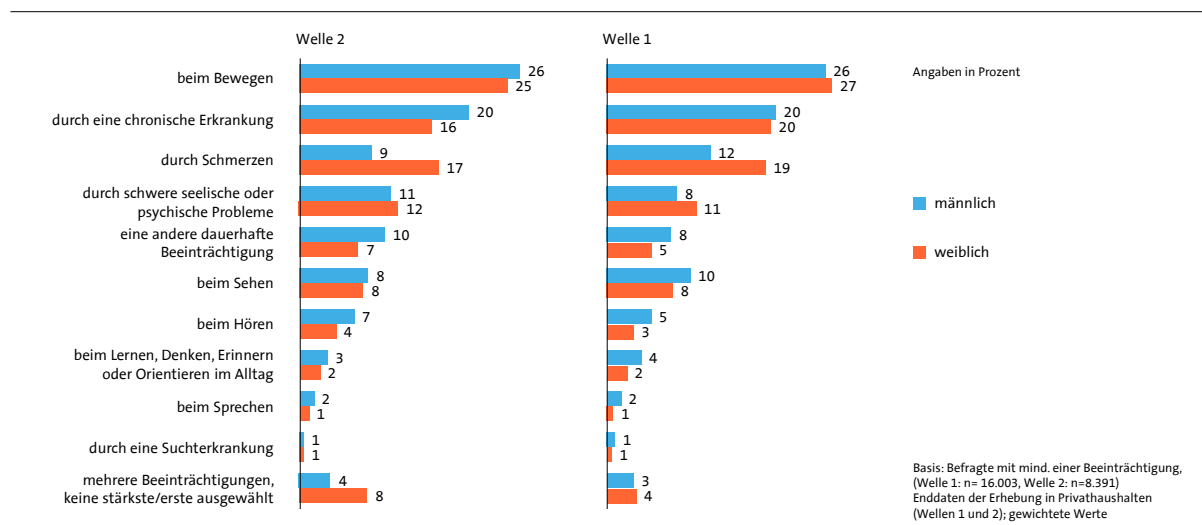
Abbildung 2.3 Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich – Privathaushalte

infas

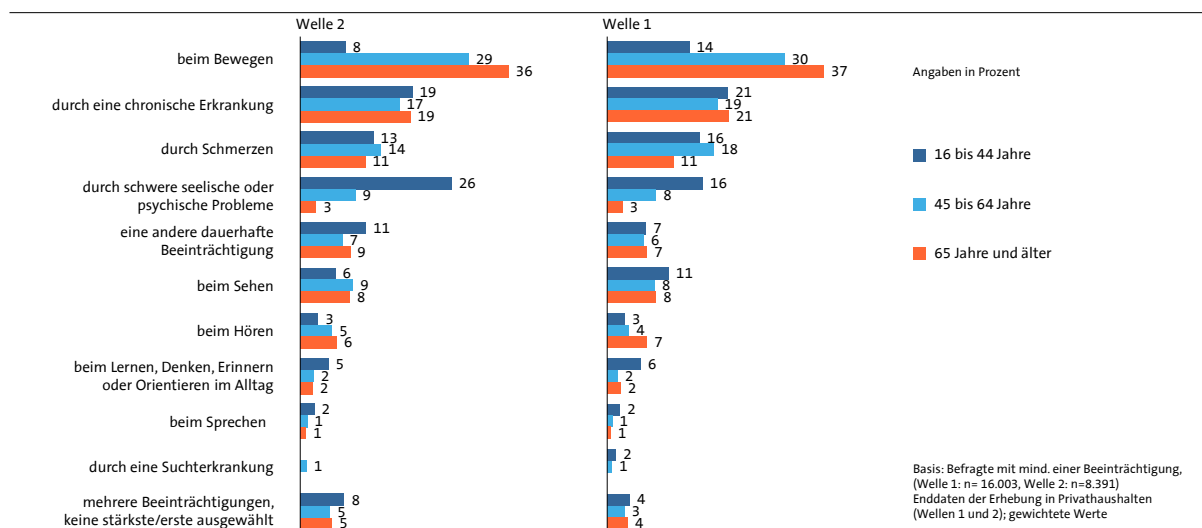


Unter den Befragten in privaten Haushalten zeigen sich insgesamt nur geringe Veränderungen in der Verteilung der stärksten Beeinträchtigung. Bei jüngeren Befragten zwischen 16 und 44 Jahren ist allerdings eine deutliche Zunahme psychischer Beeinträchtigungen zu erkennen, die als stärkste Beeinträchtigung angegeben werden (vgl. Abbildung 2.5).¹³ Zugenommen haben daneben auch andere dauerhafte Beeinträchtigungen, die erst im Rahmen einer offenen Nachfrage näher bezeichnet werden konnten. Jüngere Befragte benannten seltener Bewegungsbeeinträchtigungen als stärkste Beeinträchtigung. Sichtbar ist darüber hinaus, dass sich Befragte in privaten Haushalten in der zweiten Erhebungswelle seltener für eine stärkste oder erste Beeinträchtigung entscheiden konnten. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass dieser Zuwachs ausschließlich auf die Angaben der weiblichen Befragten zurückzuführen ist, die auch schon in der ersten Erhebungswelle häufiger keine Auswahl trafen. Ausschlaggebend hierfür kann sein, dass Frauen häufiger von Mehrfachbeeinträchtigungen berichten als Männer (vgl. Abbildung 2.4). Insgesamt ist die Verteilung der stärksten Beeinträchtigung zwischen den Erhebungswellen bei den älteren Befragten ab 65 Jahren noch einmal deutlich konstanter als bei den jüngeren Befragten.

¹³ Zu berücksichtigen ist dabei, dass die jüngeren Befragten in Welle 2 durch die Alterung der Stichprobe, die nicht aufgefrischt wurde, mindestens 20 Jahre alt sind.

Abbildung 2.4 Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich nach Geschlecht – Privathaushalte

infas

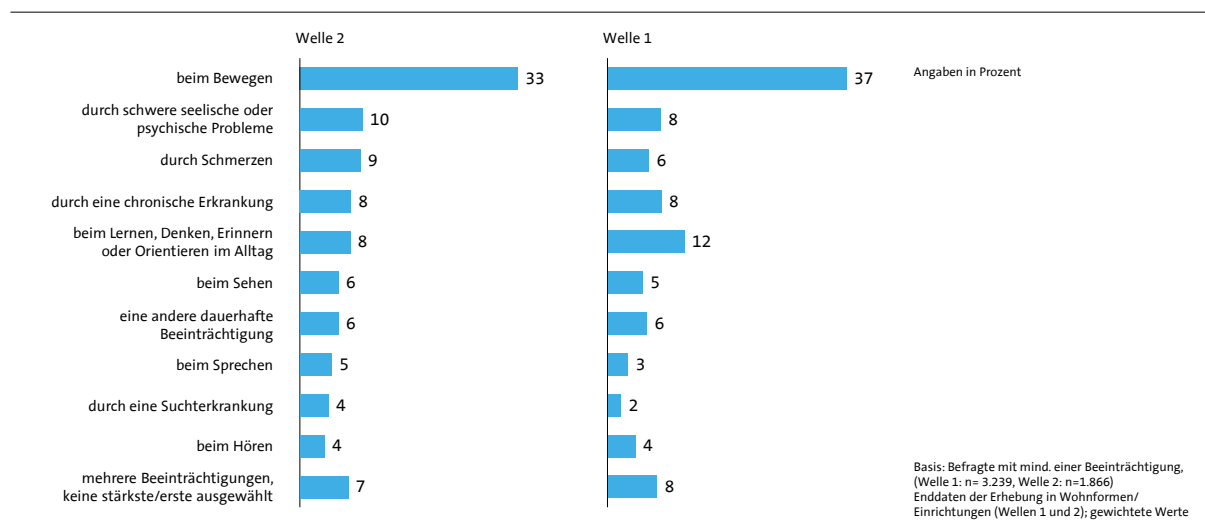
**Abbildung 2.5 Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich nach Alter – Privathaushalte**

infas



Auch unter Befragten in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen zeigen sich nur geringe Veränderungen in der Verteilung der stärksten Beeinträchtigung. Etwas häufiger wurden in Welle 2 Beeinträchtigungen durch Schmerzen als stärkste oder erste Beeinträchtigung genannt. Weibliche Befragte nannten zudem häufiger Beeinträchtigungen durch schwere seelische oder psychische Probleme. Geringer war für Männer und Frauen in Wohnformen und Einrichtungen der Anteil an kognitiven Beeinträchtigungen und Beeinträchtigungen beim Bewegen.

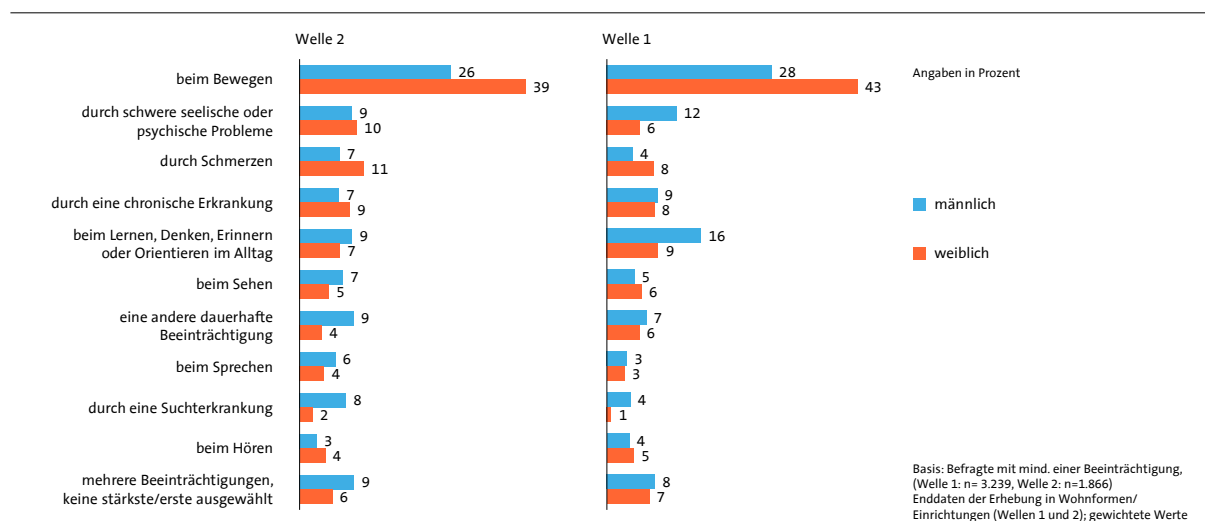
Abbildung 2.6 Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich – Wohnformen/Einrichtungen



infas



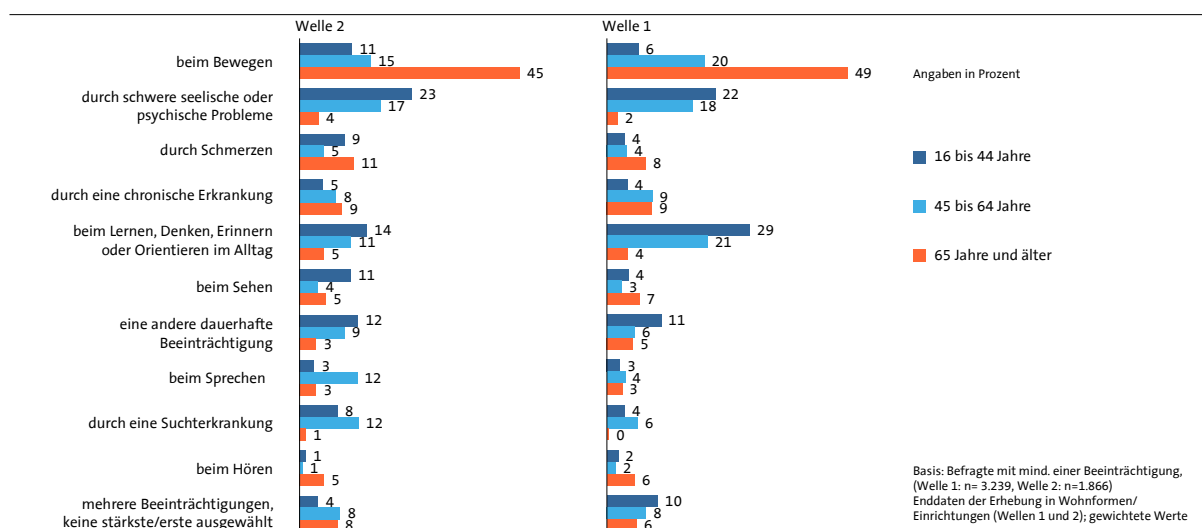
Abbildung 2.7 Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich nach Geschlecht – Wohnformen/Einrichtungen



infas



Auch für die Menschen in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen ist die Verteilung der stärksten Beeinträchtigung zwischen den Erhebungswellen bei den älteren Befragten ab 65 Jahren noch einmal deutlich konstanter als bei den jüngeren Befragten.

Abbildung 2.8 Beeinträchtigung mit stärkster Alltagseinschränkung im Wellenvergleich nach Alter – Wohnformen/Einrichtungen

infas

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Auftreten von Beeinträchtigungen

Neben dem Vergleich von Anteilswerten aus zwei Erhebungswellen bieten die Daten des Teilhabesurvey eine weitere – essenzielle – Betrachtungsmöglichkeit von Wandel. Durch die Anlage des Teilhabesurvey als Panelbefragung, d.h. der wiederholten Befragung derselben Personen zu verschiedenen Zeitpunkten, lassen sich auch individuelle Veränderungen nachvollziehen. Diese Perspektive ist von hoher Bedeutung, denn hinter einer konstanten Verteilung von Merkmalen im Aggregat könnten sich starke Veränderungen auf der individuellen Ebene, d.h. bei den einzelnen befragten Personen, verstecken. In den Blick genommen werden im Folgenden nicht allein die stärksten Beeinträchtigungen. Vielmehr werden alle von den Befragten angegeben Beeinträchtigungen berücksichtigt und ihre Veränderungen erfasst.

Durch die Betrachtung individueller Veränderungen lässt sich feststellen, wie hoch das Risiko unter den Befragten war, dass zwischen den beiden Erhebungswellen eine Beeinträchtigung (neu) aufgetreten ist. Von den Befragten in privaten Haushalten wurden in der zweiten Erhebungswelle besonders häufig Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen, Schmerzen und andere (zunächst nicht näher benannte) Beeinträchtigungen neu berichtet.

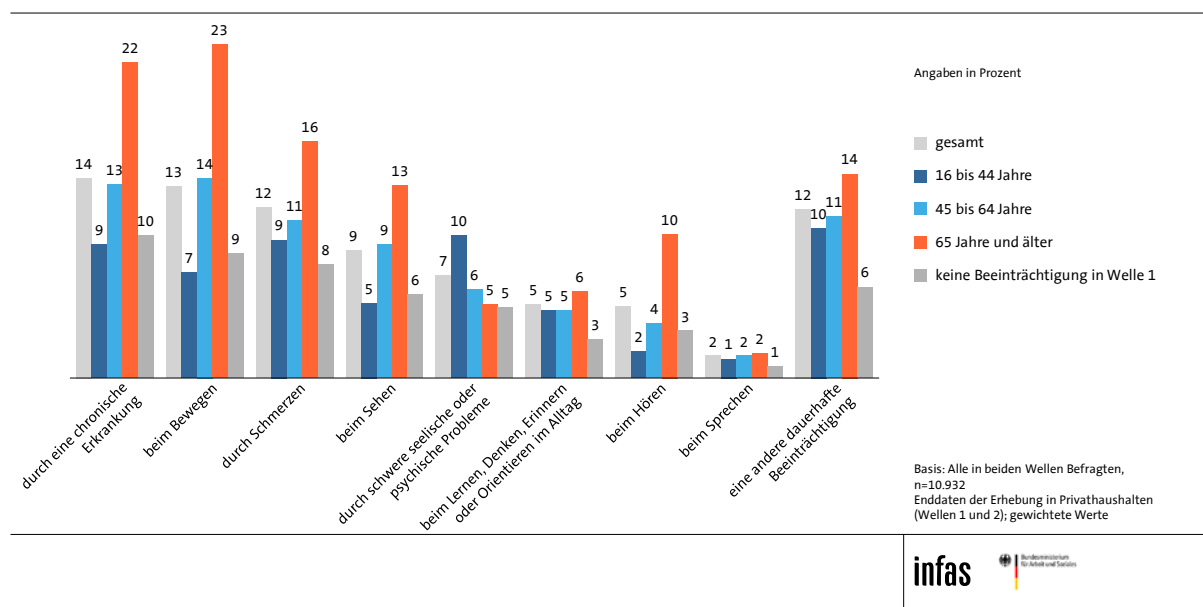
14 Prozent der Personen, die in der ersten Erhebungswelle keine Beeinträchtigung durch eine chronische Erkrankung berichteten, gaben diese in der zweiten Erhebungswelle an. 12 Prozent berichteten Beeinträchtigungen durch Schmerzen erstmalig in Welle 2, 12 Prozent andere Beeinträchtigungen. Am geringsten war die Häufigkeit des Auftretens von Sprechbeeinträchtigungen, die in 2 Prozent der Fälle neu berichtet wurden.¹⁴

Unter den Personen in privaten Haushalten, die in der ersten Erhebungswelle keine Beeinträchtigung angaben, war das Risiko, dass eine bestimmte Beeinträchtigung auftrat, deutlich geringer als bei denjenigen, bei denen bereits andere Beeinträchtigungen vorlagen. Dies galt für jede Art von

¹⁴ Beeinträchtigungen beim Sprechen und Sehen sowie kognitive Beeinträchtigungen sind oft angeboren, wie auch die erste Befragungswelle aufzeigt (Steinwede/Harand 2022). Dies passt zu dem hier gezeigten Befund, dass sie eher selten im späterem Lebensverlauf eintreten.

Beeinträchtigung und deutet darauf hin, dass das Auftreten einer neuen Beeinträchtigung durch das Vorhandensein bestehender Beeinträchtigungen begünstigt wird. In Teilen ist diese höhere Wahrscheinlichkeit auch auf ein höheres Lebensalter zurückzuführen, in dem die Chance einer schon bestehenden Beeinträchtigung höher ist.

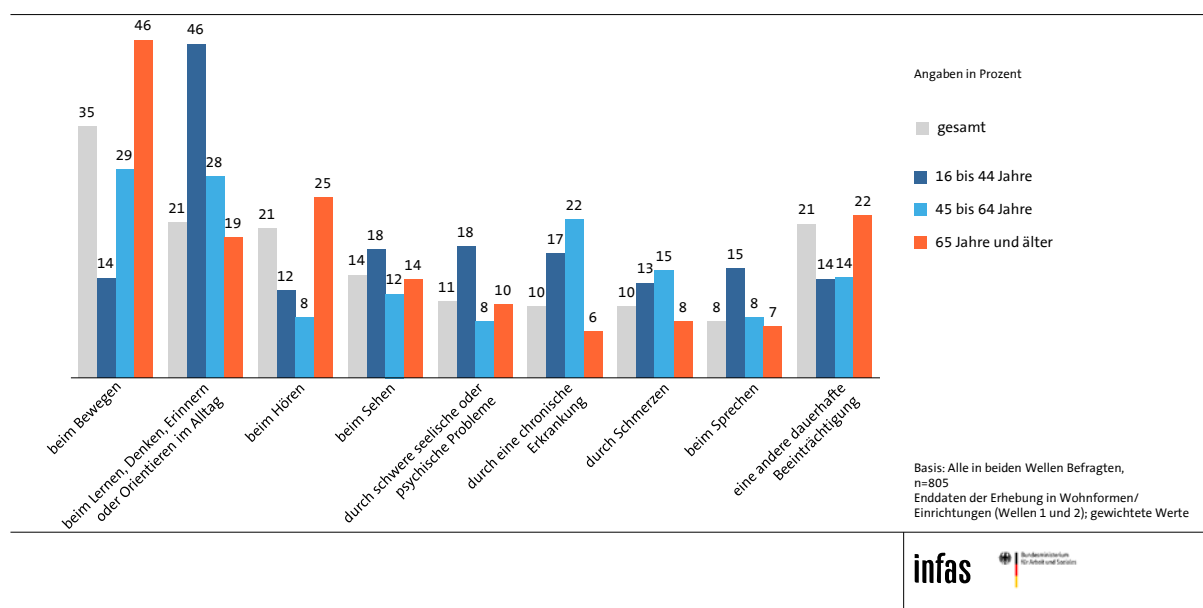
Abbildung 2.9 Befragte mit in Welle 2 erstmals berichteten Beeinträchtigungen – Privathaushalte



Dennoch ist der Einfluss des Lebensalters für das Auftreten einer neuen Beeinträchtigung je nach Beeinträchtigungsart sehr verschieden. Hör-, Seh- und Bewegungsbeeinträchtigungen traten häufiger bei den älteren Befragten ab 65 Jahren neu auf. Dasselbe gilt für Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen und Schmerzen. Psychische Beeinträchtigungen hingegen werden eher im jüngeren Alter neu berichtet. Mit steigendem Lebensalter treten sie seltener auf.

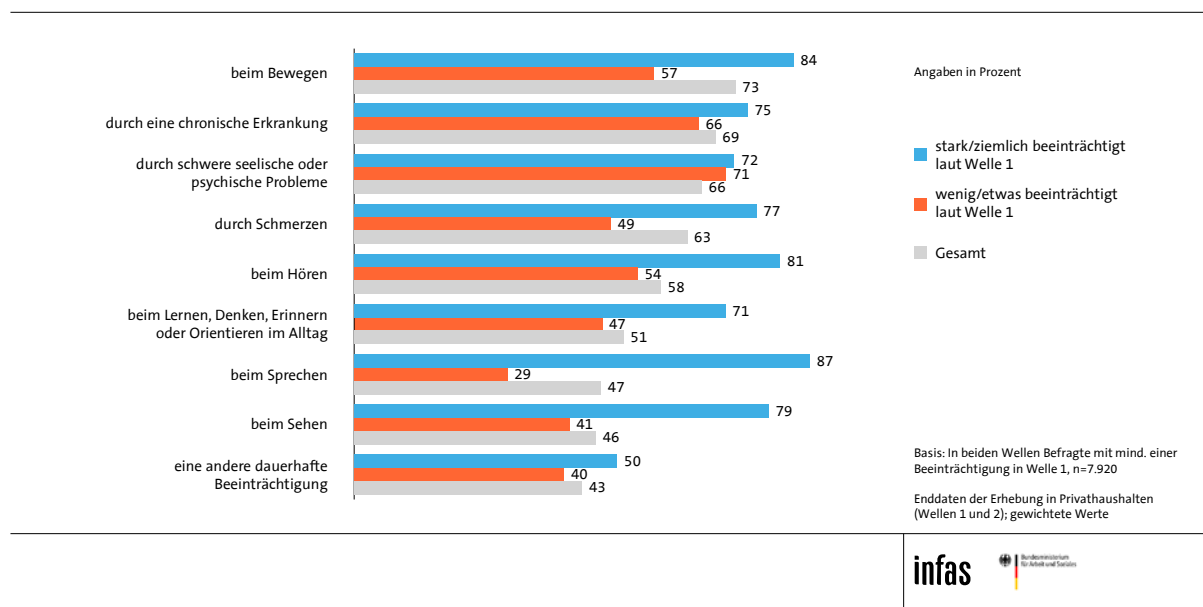
Keine oder nur sehr schwache Altersunterschiede im Auftreten neuer Beeinträchtigungen zeigen sich bei kognitiven Beeinträchtigungen, sowie Beeinträchtigungen beim Sprechen und anderen Beeinträchtigungen. Die Ergebnisse der BMAS-Elternstudie verweisen darauf, dass kognitive Beeinträchtigungen zumeist angeboren und häufig auch mit Problemen beim Sprechen kombiniert sind (Liljeberg et al. 2022, S. 35 ff.)

Abbildung 2.10 Befragte mit in Welle 2 erstmals berichteten Beeinträchtigungen – Wohnformen/Einrichtungen



Bei Personen in Wohnformen und Einrichtungen entsteht ein anderes Bild. Hier liegen Beeinträchtigungen deutlich häufiger bereits seit der ersten Erhebungswelle vor. Es gibt auch praktisch keine Personen, die in der ersten Welle keinerlei Beeinträchtigung genannt haben. Dennoch ist das Risiko des Auftretens neuer Beeinträchtigungen insgesamt wesentlich höher als bei Personen in privaten Haushalten.

Bei mehr als einem Drittel der Befragten (35 Prozent) tritt eine Bewegungsbeeinträchtigung zur zweiten Erhebungswelle neu auf. Dieser hohe Wert kommt durch den hohen Anteil von hochaltrigen Personen in Wohnformen und Einrichtungen zustande, die in Alten- und Pflegeheimen leben. Ebenfalls sehr häufig sind Hör- und Sehbeeinträchtigungen zwischen den beiden Erhebungswellen eingetreten (21 Prozent bei Hörbeeinträchtigungen und 14 Prozent bei Sehbeeinträchtigungen). Geringer als in den Privathaushalten ist hingegen der Anteil jener Personen, die das Auftreten von Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen und Schmerzen berichten. Beeinträchtigungen bei Bewegungen und Hören sowie andere Beeinträchtigungen treten bei den älteren Bewohnerinnen und Bewohnern von Wohnformen und Einrichtungen, wie auch bei den älteren Personen in privaten Haushalten, verstärkt ein. Verstärkt bei den jüngeren Altersgruppen der Personen in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen sind psychische Beeinträchtigungen, sowie Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen und Schmerzen erstmalig berichtet worden.

Abbildung 2.11 Befragte mit erneut berichteten Beeinträchtigungen – Privathaushalte

Dauerhaftigkeit von Beeinträchtigungen

Aus der individuellen Perspektive der Befragten kann nicht nur das Auftreten von Beeinträchtigungen beobachtet werden. Die Daten des Teilhabesurvey ermöglichen auch Auswertungen dazu, ob Beeinträchtigungen, die in der ersten Erhebungswelle genannt wurden, in der zweiten Welle erneut genannt wurden. Diese Auswertungen lassen Rückschlüsse über die Dauerhaftigkeit von Beeinträchtigungen zu:

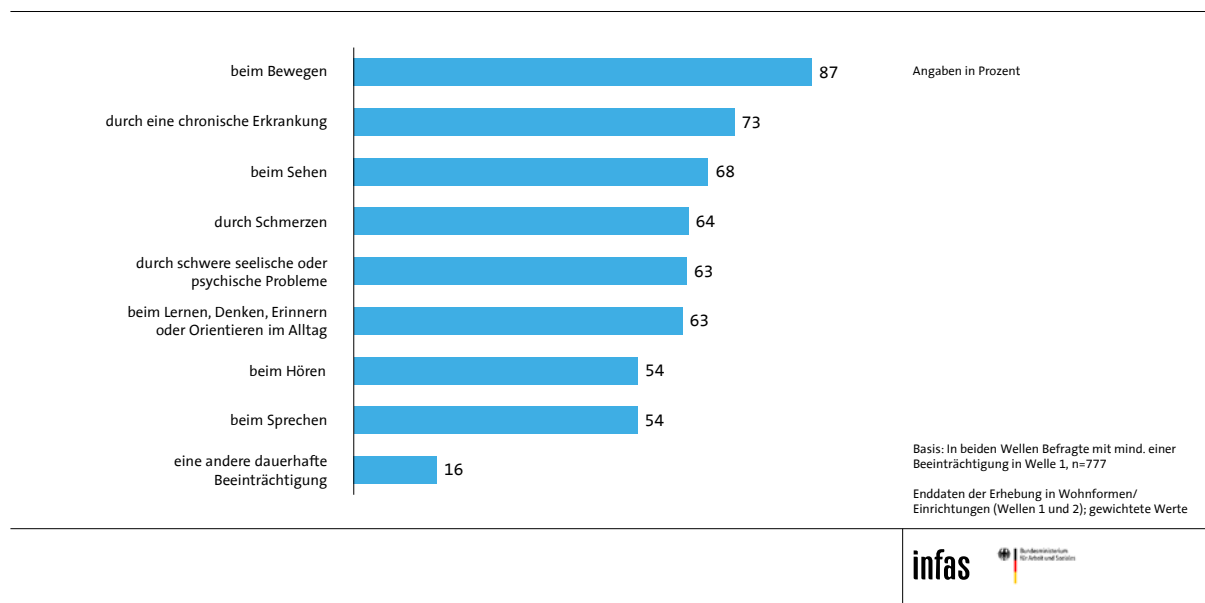
In den privaten Haushalten waren Bewegungsbeeinträchtigungen am dauerhaftesten. 73 Prozent der Personen mit Beeinträchtigungen beim Bewegen der ersten Erhebungswellen geben diese auch in der zweiten Welle an. Eine ähnliche Stabilität über die Zeit zeigen auch Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen (69 Prozent) und psychische Beeinträchtigungen (66 Prozent). Die geringste Stabilität weisen Beeinträchtigungen bei Sehen (46 Prozent) und Sprechen (47 Prozent) auf, die bei nahezu jeder zweiten Person in der zweiten Welle nicht mehr vorliegen.

Wesentlich dauerhafter waren Beeinträchtigungen, wenn sich die Befragten in der ersten Erhebungswelle als *stark beeinträchtigt* oder *ziemlich beeinträchtigt* beschrieben hatten. Stärkere Bewegungsbeeinträchtigungen wurden zu 87 Prozent erneut genannt, während schwächere Bewegungsbeeinträchtigungen (*wenig beeinträchtigt* oder *etwas beeinträchtigt*) zu 57 Prozent erneut genannt wurden. Fast immer sind stärkere Beeinträchtigungen wesentlich dauerhafter als schwächere. Besonders stark ausgeprägt ist der Unterschied bei Seh- und Sprechbeeinträchtigungen, wodurch sich deren geringe Dauerhaftigkeit in der Gesamtschau (siehe oben) erklären lässt. Dabei zeigt sich, dass lediglich schwache Seh- und Sprechbeeinträchtigungen wenig dauerhaft sind. Sind sie stark ausgeprägt ist dies nicht der Fall. Eine Ausnahme stellen psychische Beeinträchtigungen dar, bei denen die berichtete Stärke der Beeinträchtigung kaum Unterschiede für ihre zeitliche Stabilität bedeutet.

Die Beeinträchtigungen von Befragten in Wohnformen und Einrichtungen waren im Vergleich mit denen von Personen in privaten Haushalten – bei einer ähnlichen Reihenfolge – dauerhafter. 88 Prozent der bewegungsbeeinträchtigten Personen in Wohnformen und Einrichtungen geben auch in der zweiten Welle eine Beeinträchtigung beim Bewegen an. Darauf folgen Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen (73 Prozent) und Sehbeeinträchtigungen (68 Prozent). Die geringste

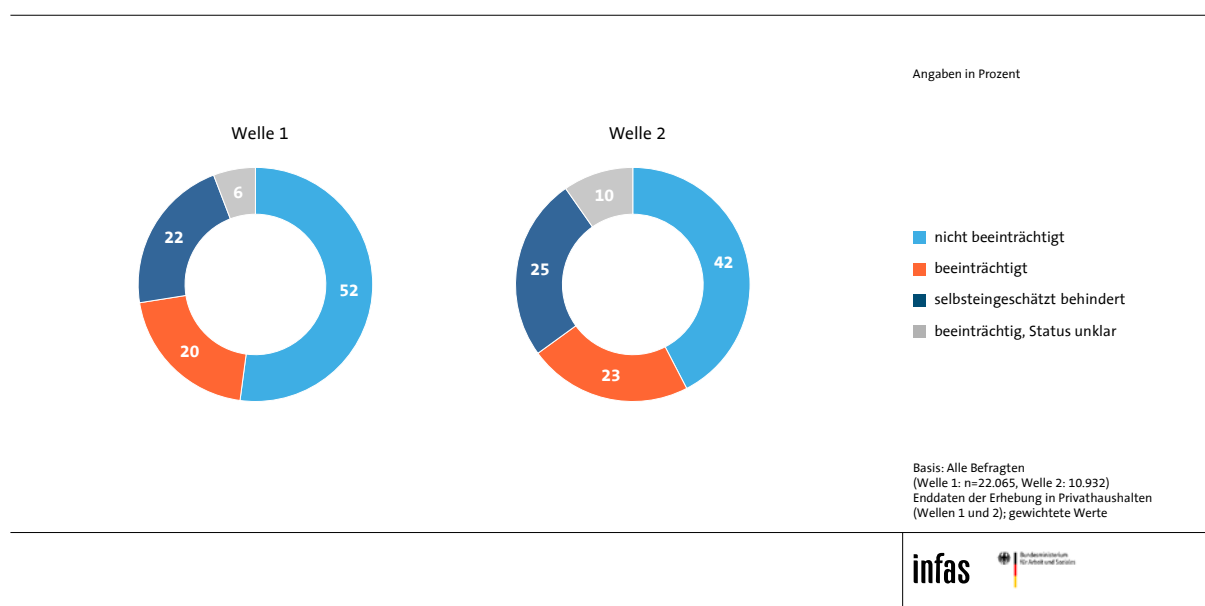
Dauerhaftigkeit zeigten, ähnlich wie in den Privathaushalten, Beeinträchtigungen beim Hören und Sprechen. Aufgrund einer zu geringen Fallzahl kann die Auswertung nicht nach der Stärke der Beeinträchtigungen differenziert werden, die einen Erklärungsansatz hierfür bieten könnte. Im Vergleich mit der Befragung in Privathaushalten sind die Beeinträchtigungen von Personen in Wohnformen und Einrichtungen jedoch häufiger stärker.

Abbildung 2.12 Befragte mit erneut berichteten Beeinträchtigungen – Wohnformen/Einrichtungen



In einem letzten Schritt lassen sich die Veränderungen in der Unterscheidung zwischen Beeinträchtigungen und Behinderung abbilden, d.h. Veränderung des aus den Angaben der Befragten gebildeten Status Beeinträchtigung/Behinderung.

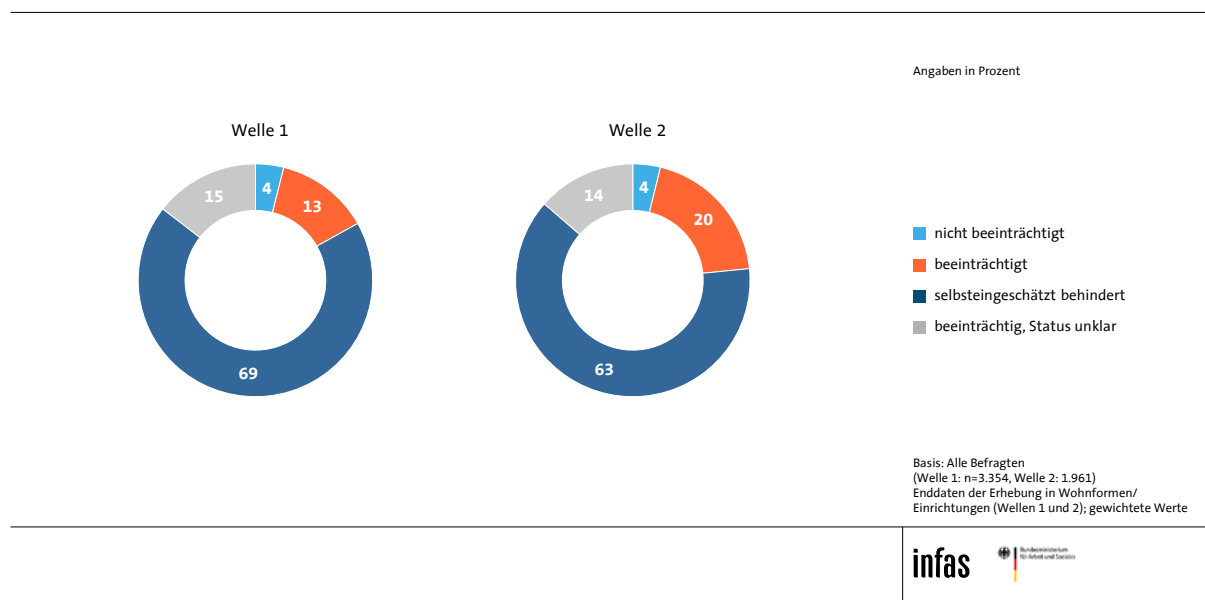
Abbildung 2.13 Status Beeinträchtigung/Behinderung im Wellenvergleich – Privathaushalte



Im Vergleich zwischen den Erhebungswellen des Teilhabesurvey zeigt sich in den privaten Haushalten ein leichter Zuwachs von Personen in der Kategorie *beeinträchtigt* (von 20 auf 23

Prozent). Ebenfalls ein leichter Zuwachs lässt sich bei Personen beobachten, die auf Basis ihrer Angaben als Personen mit Behinderung klassifiziert wurden (von 22 auf 25 Prozent). Deutlich abgenommen hat der Anteil der Personen ohne Beeinträchtigungen (von 52 auf 42 Prozent). In diesem Zuwachs von Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen spiegelt sich die Alterung der untersuchten Population der Befragung in Privathaushalten wider.

Abbildung 2.14 Status Beeinträchtigung/Behinderung im Wellenvergleich – Wohnformen/Einrichtungen



In der Einrichtungsbefragung wuchs die Gruppe der Personen mit Beeinträchtigung zwischen den Erhebungswellen stark an, von 13 auf 20 Prozent. Dahingegen wurde ein leicht geringerer Anteil als in der Vorwelle als *selbsteingeschätzt behindert* klassifiziert. Insgesamt ist jedoch der Anteil an Menschen mit Behinderung(en) in besonderen Wohnformen und Einrichtungen immer noch deutlich größer als in den Privathaushalten. Konstant klein bleibt der Anteil der Personen ohne Beeinträchtigungen (4 Prozent).

Im nächsten Teilkapitel kann den Statusveränderungen auf der individuellen Ebene nachgegangen werden, auf der sich auch ihre Ursachen beleuchten lassen.

2.2 Statuswechsel

Die Wechsel des Status Beeinträchtigung/Behinderung der Befragten aus beiden Erhebungswellen des Teilhabesurvey lassen sich grafisch gut veranschaulichen.

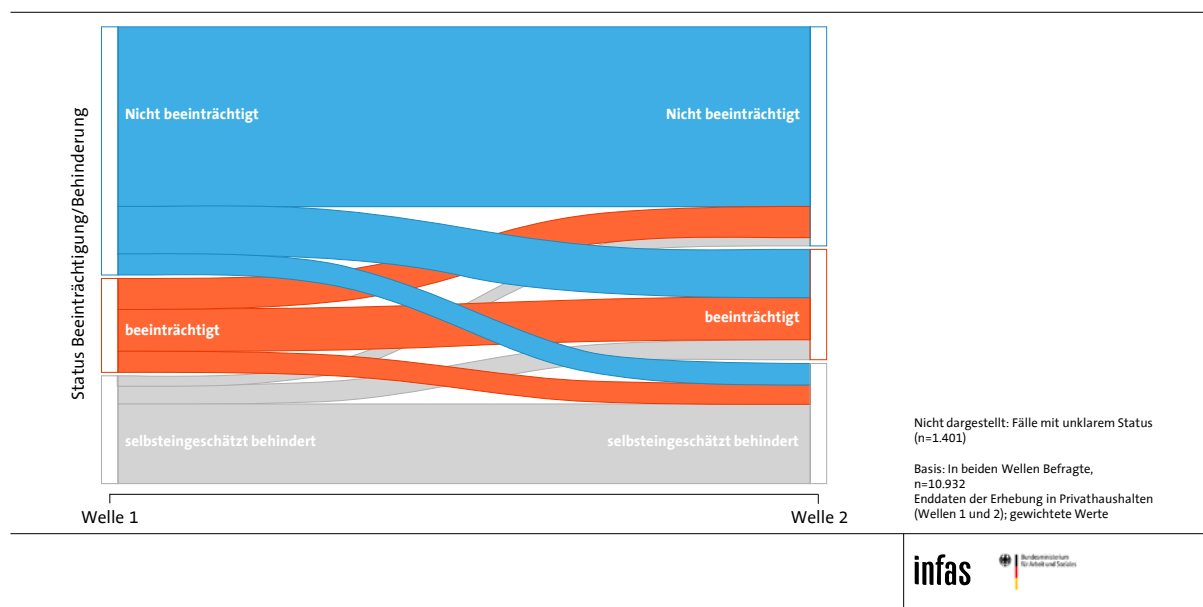
Abbildung 2.15 Individuelle Statusübergänge Beeinträchtigung/Behinderung – Privathaushalte

Abbildung 2.15 zeigt ein Sankey-Diagramm, das den Verlauf des Status der Personen in privaten Haushalten zwischen den beiden Wellen darstellt. Der ist in die drei bekannten Kategorien unterteilt, wobei die Fälle mit unklarem Status nicht dargestellt werden:

- *nicht beeinträchtigt* (blau),
- *beeinträchtigt* (orange),
- *selbsteingeschätzt behindert* (grau).

Die Breite der Flusslinien repräsentiert die Anzahl der Personen in jeder Kategorie und deren Wechsel zwischen den beiden Wellen.

Erkennbar ist in dem Diagramm: Die meisten Personen bleiben in der gleichen Kategorie von Erhebungswelle 1 zu Erhebungswelle 2, was an den dicken, ununterbrochenen Flusslinien innerhalb derselben Farben zu erkennen ist. 73 Prozent der Personen ohne Beeinträchtigung in der ersten Erhebungswelle berichten in der zweiten Welle noch immer keine Beeinträchtigungen. Noch etwas höher ist der Anteil bei Personen mit dem Status *selbsteingeschätzt behindert*. 74 Prozent der Personen, denen dieser Status in der ersten Welle aufgrund ihrer Angaben zugewiesen wurde, behalten den Status in der zweiten Welle. Deutlich geringer ist die Konstanz im Status *beeinträchtigt*, d.h. bei Personen mit Beeinträchtigung aber ohne selbsteingeschätzte Behinderung. 46 Prozent der beeinträchtigten Personen behalten diesen Status bei.

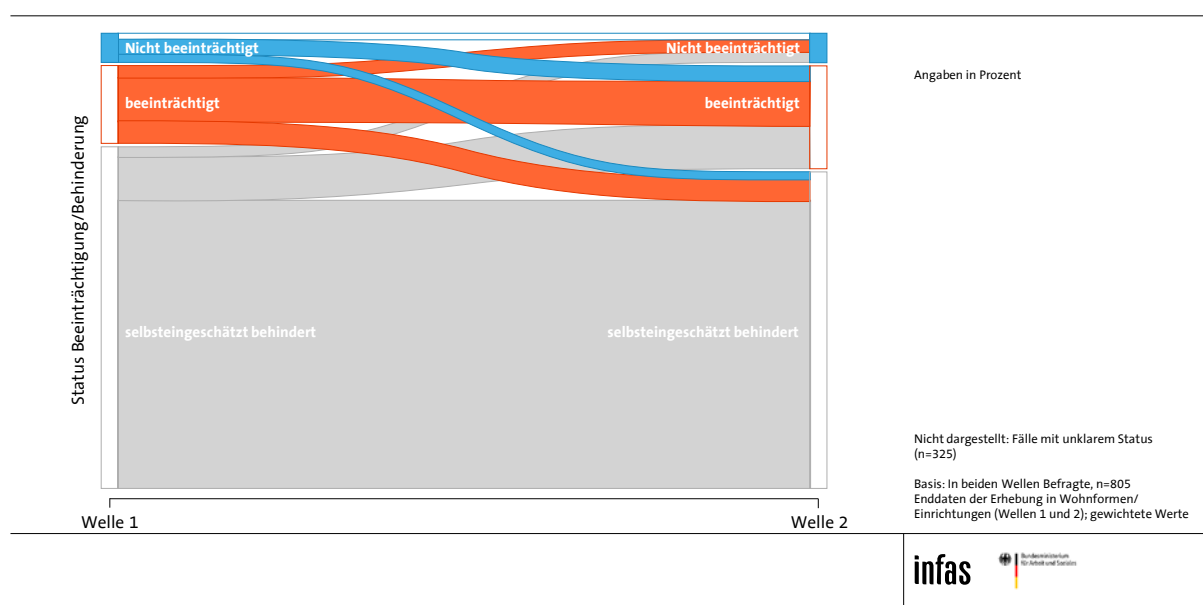
Es gibt jedoch einige Übergänge, z.B. von *beeinträchtigt* zu *behindert* oder umgekehrt, die durch Flusslinien in unterschiedlichen Farben dargestellt sind. Die Übergänge sind visuell als schmalere Linien zu sehen und zeigen an, dass ein Teil der Befragten eine Statusveränderung erfahren hat. 19 Prozent der befragten ohne Beeinträchtigung in Erhebungswelle 1 werden in der zweiten Welle dem Status *beeinträchtigt* zugeordnet. Ein deutlich kleinerer Anteil von 8 Prozent wechselt zum Status *behindert*. Die Befragten mit dem Ausgangsstatus *beeinträchtigt* in Erhebungswelle 1 wechselten diesen häufiger. Knapp ein Drittel von ihnen (32 Prozent) wechselt in den Status *nicht beeinträchtigt*, berichtet in der zweiten Erhebungswelle also keine Beeinträchtigung mehr. Etwas weniger als ein Viertel (22 Prozent) wechselt in den Status *selbsteingeschätzt behindert*, indem sich entweder die Beeinträchtigung selbst oder die mit ihr eingehenden Alltagseinschränkungen verstärkt haben. Ausgehend von dem Status *selbsteingeschätzt behindert* in der ersten Erhebungswelle gehen 8

Prozent der Betroffenen in den Status *nicht beeinträchtigt* über. 18 Prozent, d.h. etwas weniger als jede fünfte Person mit dem Status *selbsteingeschätzt behindert*, hat in der zweiten Welle den Status *beeinträchtigt*.

Insgesamt zeigt das Diagramm eine größere Stabilität im Status *selbsteingeschätzt behindert*, da ein großer Teil der Befragten in privaten Haushalten diesen Status beibehält. Auch der Status *nicht beeinträchtigt* zeigt sich vergleichbar stabil. Deutlich häufiger sind Übergänge, wenn Personen den Status *beeinträchtigt* haben. Dabei verlieren sie entweder die berichtete Beeinträchtigung, was etwas häufiger vorkommt, und mit einem Statuswechsel in die Kategorie *nicht beeinträchtigt* verbunden ist. Ursächlich hierfür können z.B. eine gelungene Therapie oder der erfolgreiche Einsatz von Hilfsmitteln sein. Oder die Beeinträchtigung oder ihre negativen Konsequenzen für den Alltag verstärken sich, was einen Statuswechsel in die Kategorie *selbsteingeschätzt behindert* bedeutet. Dies kommt etwas seltener vor.

Die Häufigkeiten bestimmter Übergänge sind altersabhängig. Eine sehr hohe Stabilität des Status *selbsteingeschätzt behindert* zeigt sich vor allem bei Personen ab dem mittleren Lebensalter. Jüngere Personen bis 44 Jahren verbleiben nur gut zur Hälfte in diesem Status. Fast ein Drittel von ihnen wechselt in den Status *beeinträchtigt*. Auch Beeinträchtigungen verlieren sie deutlich eher als ältere Personen und seltener entstehen Behinderungen daraus. Unter hochaltrigen Personen zeigt sich der Status *nicht beeinträchtigt* weniger konstant als im Durchschnitt aller Personen. Bei knapp 40 Prozent von ihnen entsteht eine Beeinträchtigung oder Behinderung.

Abbildung 2.16 Individuelle Statusübergänge Beeinträchtigung/Behinderung – Wohnformen/Einrichtungen



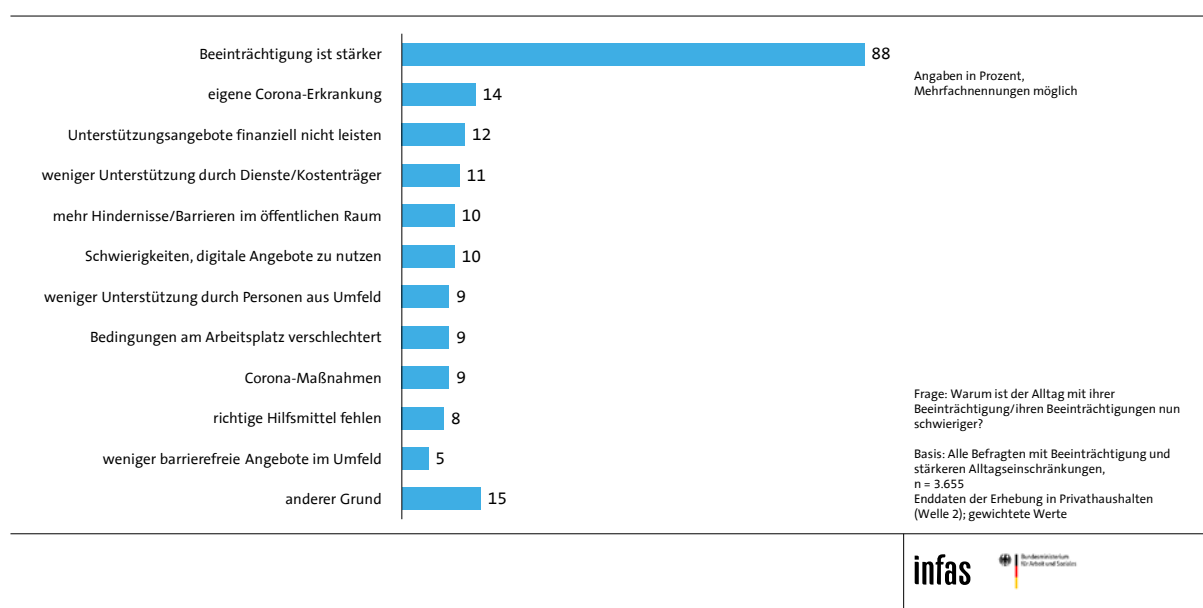
Für die Befragten in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen zeigt sich eine ähnlich hohe Stabilität im Status *selbsteingeschätzt behindert* wie bei Personen in privaten Haushalten. 84 Prozent der Befragten mit selbsteingeschätzter Behinderung in der ersten Erhebungswelle behielten diesen Status bei. 13 Prozent von ihnen gingen über zu dem Status *beeinträchtigt*.

Wie unter den Befragten in privaten Haushalten gibt es auch in Wohnformen und Einrichtungen mehr Statuswechsel ausgehend vom Status *beeinträchtigt*. Im Unterschied zu der Befragung in Privathaushalten wechseln beeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnformen und Einrichtungen häufiger in den Status *selbsteingeschätzt behindert* (27 Prozent). Seltener berichten sie

keine Beeinträchtigungen mehr (15 Prozent). Ohnehin umfasst die Kategorie *nicht beeinträchtigt* in beiden Erhebungswellen der Einrichtungsbefragung nun sehr wenige Personen.

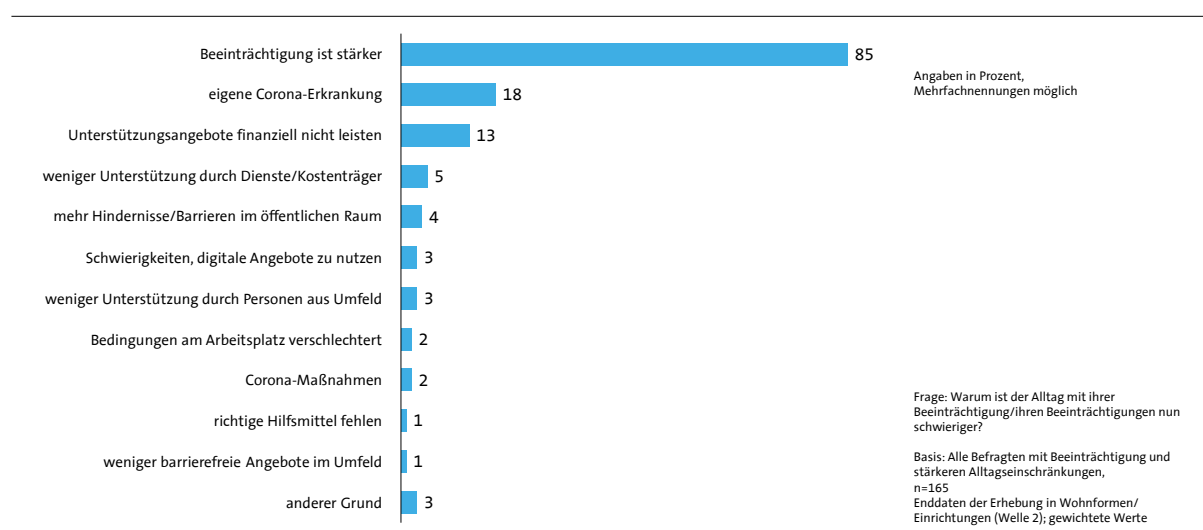
Auch die Gründe für Wechsel des Status Beeinträchtigung/Behinderung sollten für Personen in privaten Haushalten sowie in Wohnformen und Einrichtungen untersucht werden. Deshalb wurden alle Befragten, die in beiden Erhebungswellen mindestens eine Beeinträchtigung berichteten, gefragt, ob der Alltag mit diesen Beeinträchtigung(en) leichter oder schwieriger oder gleich sei im Vergleich zu ihrem Alltag zum Zeitpunkt der ersten Befragung. Personen mit einem leichteren oder schwierigeren Alltag wurden nach den Gründen dafür gefragt.

Abbildung 2.17 Gründe für stärkere Alltagseinschränkungen – Privathaushalte

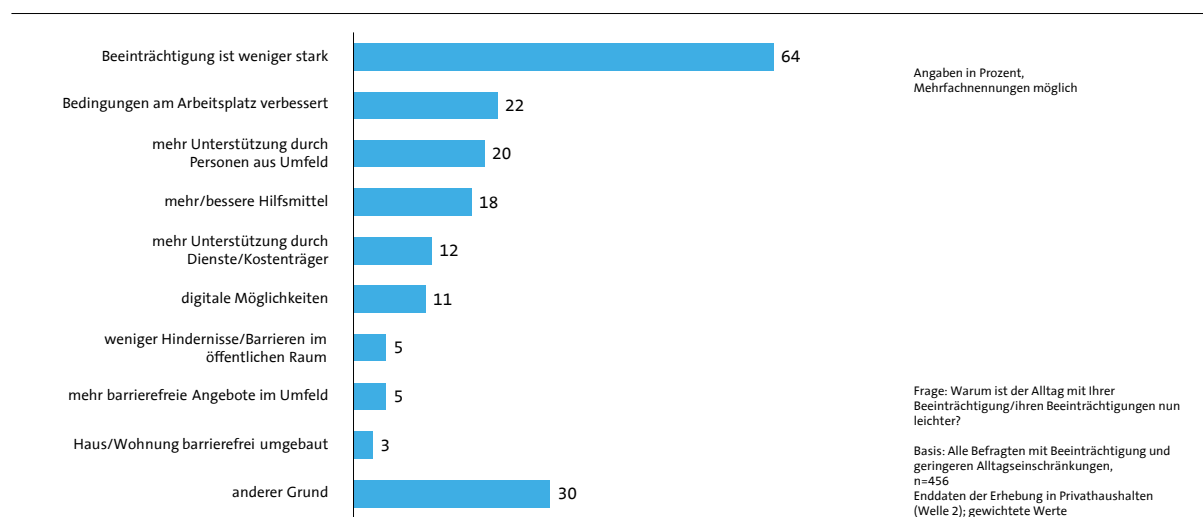


Eine große Mehrheit der Befragten in den Privathaushalten (88 Prozent) gab als Grund für einen schwierigeren Alltag mit ihrer Beeinträchtigung an, dass diese stärker geworden sei. Am zweithäufigsten, allerdings mit einem deutlichen Abstand, wurde ein *anderer Grund*, der nicht in der vorgelegten Liste enthalten war, genannt (15 Prozent). Als dritthäufigster Grund wurden die Auswirkungen einer Corona-Erkrankung genannt (14 Prozent). Am vierthäufigsten wurde auf zwar bestehende Unterstützungsangebote verwiesen, die sich die Befragten nach eigenen Angaben finanziell jedoch nicht mehr leisten können (12 Prozent). 11 Prozent nannten eine verminderte Unterstützung durch Dienste oder Kostenträger als Grund für einen schwierigeren Alltag mit ihrer Beeinträchtigung. 10 Prozent gaben mehr Barrieren im öffentlichen Raum an und Schwierigkeiten digitale Angebote zu nutzen.

Auch von den Befragten in Wohnformen und Einrichtungen wurde mit großem Abstand die Verstärkung der Beeinträchtigung selbst, und nicht Gründe für einen schwierigeren Alltag, die in der Umwelt der Befragten liegen, am häufigsten angegeben (85 Prozent). Ansonsten unterscheidet sich die Reihenfolge der am häufigsten genannten Gründe nicht von derjenigen der Befragten in privaten Haushalten.

Abbildung 2.18 Gründe für stärkere Alltagseinschränkungen – Wohnformen/Einrichtungen

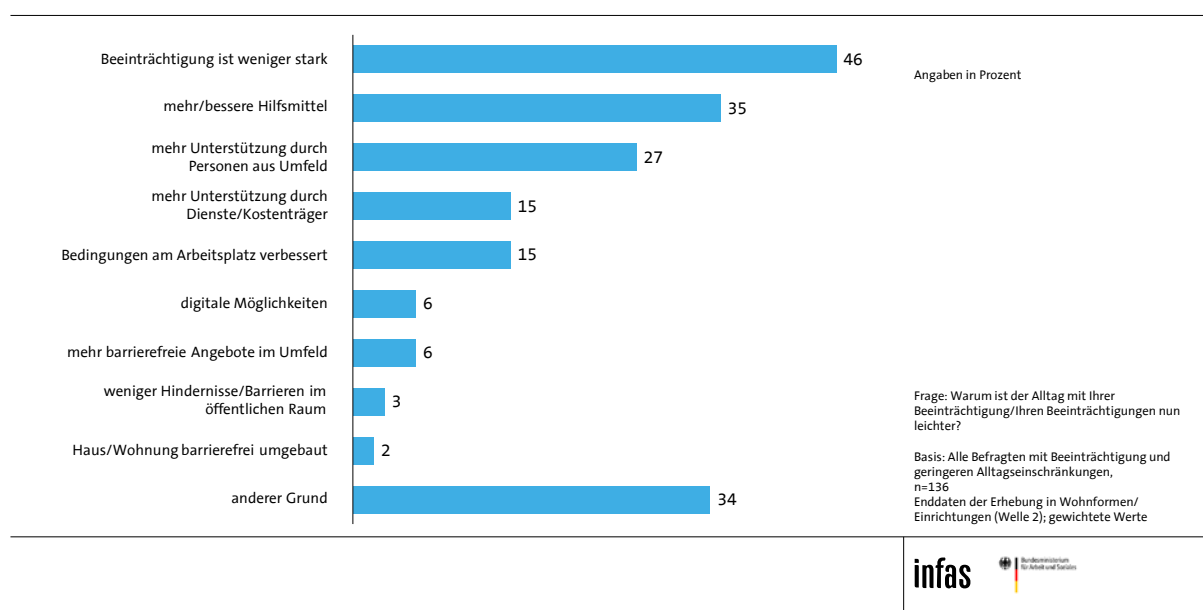
Als häufigsten Grund für einen leichteren Alltag mit der Beeinträchtigung oder den Beeinträchtigungen gaben die Befragten in privaten Haushalten zu 64 Prozent an, dass die Beeinträchtigung nun weniger stark sei (z.B. durch eine medizinische Behandlung oder Rehabilitation). 22 Prozent nannten verbesserte Bedingungen am Arbeitsplatz, 20 Prozent mehr Unterstützung durch das private Umfeld und 18 Prozent mehr oder bessere Hilfsmittel. Weniger Befragte nannten mehr Unterstützung von Kostenträgern oder Diensten, bessere digitale Möglichkeiten und geringere Barrieren im öffentlichen Raum, mehr Barrierefreiheit im Umfeld oder im eigenen Haushalt als Gründe für einen leichteren Alltag (Angaben von 3 bis 12 Prozent der Befragten).

Abbildung 2.19 Gründe für geringere Alltagseinschränkungen – Privathaushalte

Auffallend häufig wurde mit 30 Prozent ein anderer, nicht in der Liste enthaltener Grund, für einen leichteren Alltag mit der Beeinträchtigung angegeben. Die angegebenen Gründe zeigen auf, dass Verbesserungen häufig auf einer sehr persönlich-individuellen Ebene erreicht werden.

Befragte in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen nennen mit 46 Prozent zwar am häufigsten – jedoch deutlich seltener als Befragte in Privathaushalten – eine weniger starke Beeinträchtigung als Grund für Alltagsverbesserungen. Deutlich häufiger werden dafür mehr oder bessere Hilfsmittel (35 Prozent) sowie mehr Unterstützung durch das persönliche Umfeld (27 Prozent) genannt. Mit 34 Prozent werden auch hier sehr häufig individuelle Gründe außerhalb der Liste angegeben.

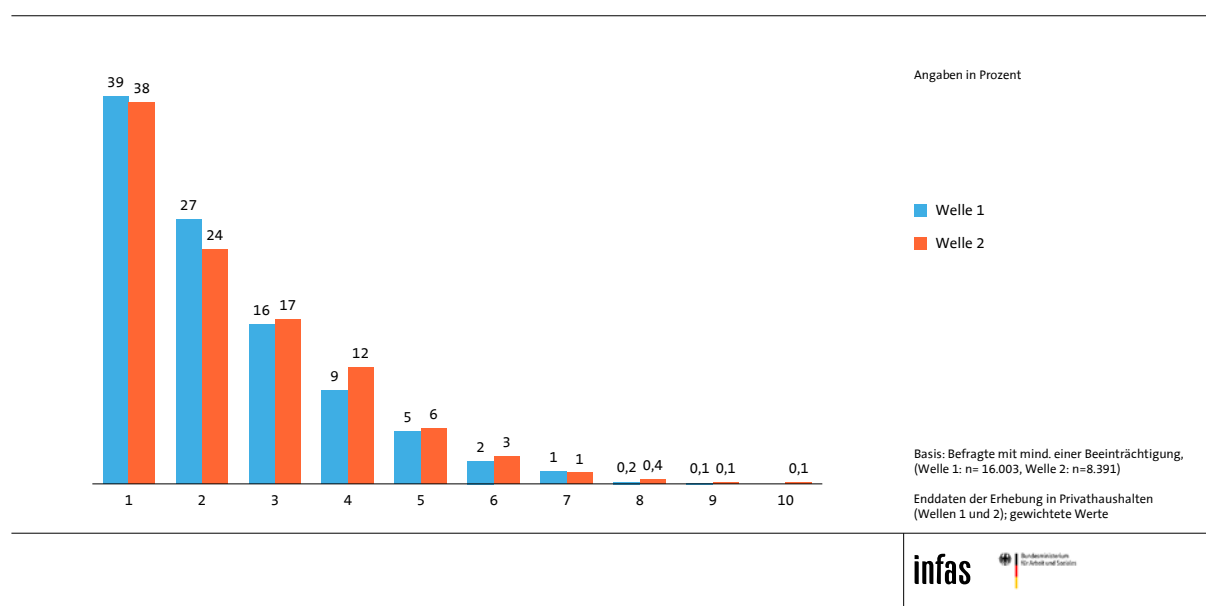
Abbildung 2.20 Gründe für geringere Alltagseinschränkungen – Wohnformen/Einrichtungen



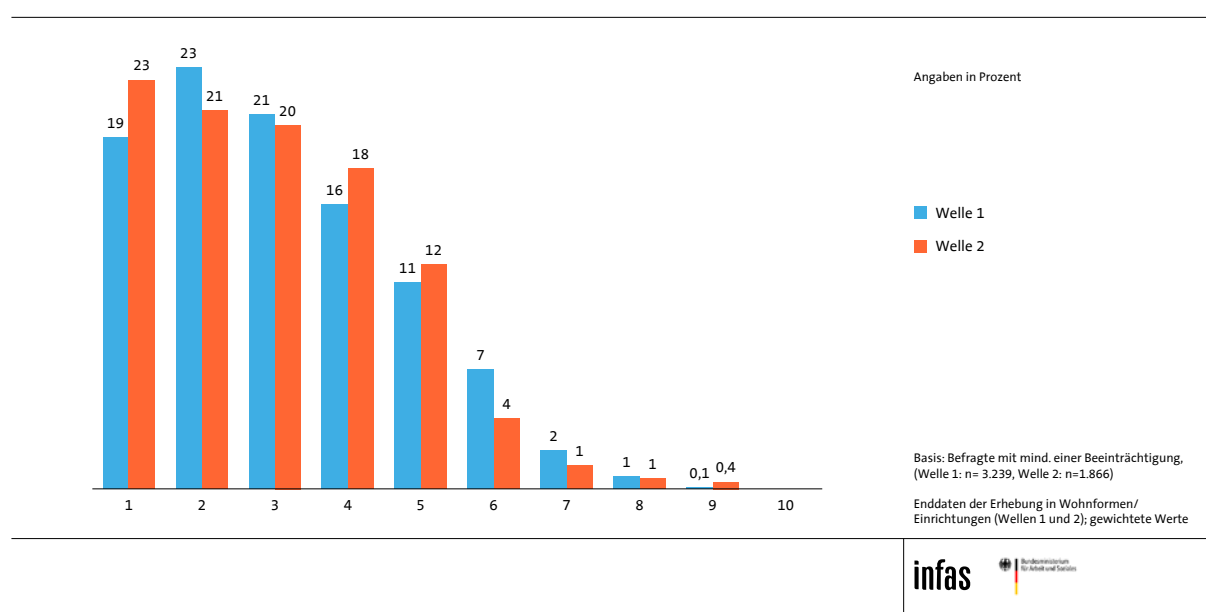
Insgesamt zeigen die Antworten der Befragten in Privathaushalten sowie in Wohnformen und Einrichtungen, dass Verbesserungen im Alltag bei Vorliegen einer oder mehrerer Beeinträchtigungen oft durch Anpassungen in der Umwelt der Betroffenen erreicht werden können. Demgegenüber gehen Verschlechterungen zum überwiegenden Teil auf eine Verschlechterung der Beeinträchtigungen selbst zurück.

2.3 Mehrfachbeeinträchtigungen

Im Teilhabesurvey können die Befragten mehrere Arten von Beeinträchtigungen angeben. Auf diese Weise kann sowohl die Anzahl von Beeinträchtigungen als auch die Häufigkeit bestimmter Kombinationen von Beeinträchtigungen untersucht werden.

Abbildung 2.21 Anzahl berichteter Beeinträchtigungen im Wellenvergleich – Privathaushalte

Die Mehrheit der Befragten mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten gibt ab, mehr als eine Beeinträchtigung zu haben. In beiden Wellen sind dies rund 60 Prozent. Im Wellenvergleich ist der Anteil also stabil geblieben. Der Anteil der Personen mit einer Beeinträchtigung liegt bei 39 Prozent in Welle 1 und 38 Prozent in Welle 2. Zwei Beeinträchtigungen werden von 27 Prozent in Welle 1 bzw. 24 Prozent in Welle 2 genannt. Drei Beeinträchtigungen von 16 (Welle 1) bzw. 17 Prozent (Welle 2), vier Beeinträchtigungen von 9 (Welle 1) bzw. 12 Prozent (Welle 2) und fünf Beeinträchtigungen von 5 (Welle 1) bzw. 6 Prozent (Welle 2). Eine größere Anzahl von Beeinträchtigungen wird weniger häufig angegeben. In der zweiten Erhebungswelle wird eine hohe Anzahl von Beeinträchtigungen häufiger berichtet als in Welle 1.

Abbildung 2.22 Anzahl berichteter Beeinträchtigungen im Wellenvergleich – Wohnformen/Einrichtungen

Bei Personen in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen sind Mehrfachbeeinträchtigungen noch stärker verbreitet. Rund 80 Prozent der Befragten mit Beeinträchtigungen haben mehr als eine Beeinträchtigung. Der Anteil der Personen mit einer Beeinträchtigung liegt bei 19 Prozent in Welle 1 und 23 Prozent in Welle 2. Zwei Beeinträchtigungen werden von 23 Prozent in Welle 1 bzw. 21 Prozent in Welle 2 genannt. Drei Beeinträchtigungen nannten 21 Prozent in Welle 1 bzw. 20 Prozent in Welle 2, vier Beeinträchtigungen betreffen 16 bzw. 18 Prozent und fünf Beeinträchtigungen werden von 11 Prozent bzw. 12 Prozent genannt (jeweils Welle 1 bzw. Welle 2).

Die Häufigkeit der Kombination von mehreren Beeinträchtigungen lässt sich in Form einer Kreuztabelle darstellen. Zeilenweise lässt sich darin für jede Art der Beeinträchtigung ablesen, wie häufig die davon Betroffenen noch eine bestimmte andere Art der Beeinträchtigung angegeben haben. Es lässt sich jedoch nicht ablesen, welche Beeinträchtigung zuerst vorlag und was jeweils andere Beeinträchtigung verursacht haben könnte.

Tabelle 2.1 Paarweise Überschneidungen von Beeinträchtigungen (Prozent) – Privathaushalte

	Sehen	Hören	Sprechen	Bewegen	Lernen, Denken, Erinnern, Orientieren	Psyche	Sucht	chronische Erkrankung	Schmerzen	andere
Welle 1										
Sehen	100	23	9	49	17	18	3	41	42	22
Hören	37	100	10	51	21	22	4	45	45	21
Sprechen	35	23	100	55	48	37	7	38	40	36
Bewegen	22	14	7	100	15	20	3	48	61	23
Lernen, Denken, Erinnern, Orientieren	31	23	22	58	100	44	5	46	47	28
Psyche	20	15	11	48	27	100	7	42	49	22
Sucht	19	17	12	39	20	43	100	34	38	22
chronische Erkrankung	19	13	5	51	12	18	2	100	42	18
Schmerzen	22	14	5	70	14	23	3	46	100	20
Andere	25	14	11	55	17	22	4	42	43	100
Welle 2										
Sehen	100	25	8	51	20	21	4	44	40	27
Hören	37	100	10	55	23	22	5	45	42	24
Sprechen	38	32	100	63	41	35	11	43	43	32
Bewegen	23	16	6	100	17	23	3	52	61	27
Lernen, Denken, Erinnern, Orientieren	32	25	14	61	100	42	3	54	56	32
Psyche	21	15	7	51	26	100	4	40	45	28
Sucht	33	28	22	56	18	36	100	47	47	31
chronische Erkrankung	20	14	4	54	15	19	2	100	44	23
Schmerzen	22	15	5	73	18	25	3	52	100	28
Andere	24	14	6	51	17	25	3	44	44	100

Basis: Alle Befragten.

Quelle: Enddaten der Erhebung in Privathaushalten (Wellen 1 und 2).

Mehrfachbeeinträchtigungen treten häufig als Kombination einer beliebigen Beeinträchtigung mit Bewegungsbeeinträchtigungen, Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen oder Beeinträchtigungen durch Schmerzen auf, die im Allgemeinen weit verbreitet sind. Sehr häufig ist dabei das gemeinsame Auftreten von Bewegungsbeeinträchtigungen und Schmerzen. Die genannten Verknüpfungen werden insbesondere von älteren Personen häufig berichtet. Sie können sowohl bei Personen in Privathaushalten als auch in Wohnformen und Einrichtungen beobachtet werden.

Bestimmte weitere Kombinationen von Beeinträchtigungen werden häufig genannt:

Insbesondere bei Personen, die in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen leben, und älteren Menschen tritt die Kombination von Hör- und Sehbeeinträchtigung gehäuft auf. Auch kognitive Beeinträchtigungen und Beeinträchtigungen beim Sprechen kommen häufig gemeinsam vor, ähnlich wie kognitive und psychische Beeinträchtigungen. Personen mit einer Beeinträchtigung durch eine Sucht geben häufig eine psychische Beeinträchtigung an.

Im Vergleich mit der ersten Erhebungswelle berichteten die Befragten in der zweiten Welle häufiger Beeinträchtigungen beim Bewegen und Hören sowie durch chronische Erkrankungen oder Schmerzen in Kombination mit einer anderen Beeinträchtigung. Das gehäufte Auftreten dieser Kombinationen lässt sich vermutlich auf die Alterung der Personen zwischen den beiden Erhebungswellen zurückführen. Auch berichten Personen, die eine Beeinträchtigung durch Sucht haben, in der zweiten Welle wesentlich häufiger von weiteren Beeinträchtigungen.

Tabelle 2.2 Paarweise Überschneidungen von Beeinträchtigungen (Prozent) – Wohnformen/Einrichtungen

	Sehen	Hören	Sprechen	Bewegen	Lernen, Denken, Erinnern, Orientieren	Psyche	Sucht	chronische Erkrankung	Schmerzen	andere
Welle 1										
Sehen	100	36	24	78	38	29	6	53	47	32
Hören	49	100	24	78	35	23	4	50	42	26
Sprechen	36	26	100	65	69	38	4	45	30	32
Bewegen	33	23	18	100	29	25	5	49	42	25
Lernen, Denken, Erinnern, Orientieren	28	19	35	53	100	40	7	37	27	24
Psyche	28	16	25	59	53	100	15	46	38	28
Sucht	21	11	10	41	35	55	100	48	29	22
chronische Erkrankung	35	24	19	77	32	30	9	100	43	26
Schmerzen	41	26	17	88	31	34	7	57	100	30
andere	39	23	26	72	39	34	7	48	41	100
Welle 2										
Sehen	100	37	27	73	33	32	4	35	44	18
Hören	55	100	20	79	26	30	4	41	49	19
Sprechen	51	26	100	76	57	28	4	37	33	26
Bewegen	33	24	18	100	28	24	6	44	43	22
Lernen, Denken, Erinnern, Orientieren	33	17	30	62	100	37	8	41	35	21
Psyche	36	23	17	60	43	100	17	49	48	23
Sucht	13	10	7	44	29	53	100	43	31	27
chronische Erkrankung	28	21	15	76	32	34	10	100	42	23
Schmerzen	40	30	16	89	33	39	8	45	100	22
andere	24	17	19	64	28	27	10	38	31	100

Basis: Alle Befragten.

Quelle: Enddaten der Erhebung in Wohnformen/Einrichtungen (Wellen 1 und 2).

2.4 Fazit

Die Häufigkeit der erfassten Beeinträchtigungen hat sich zwischen den Erhebungswellen des Teilhabesurvey kaum verändert. Unter den Befragten in Privathaushalten dominieren weiterhin Beeinträchtigungen beim Bewegen, durch eine chronische Erkrankung und durch Schmerzen. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern von besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen sind neben Bewegungsbeeinträchtigungen kognitive und psychische Beeinträchtigungen am häufigsten vertreten.

Durch die Betrachtung individueller Veränderungen zwischen den Erhebungswellen des Teilhabesurvey lässt sich feststellen, wie hoch das Risiko des Auftretens einer neuen Beeinträchtigung ist. Dieses erweist sich als stark abhängig von der Art der Beeinträchtigung, dem Lebensalter der Befragten und dem Vorhandensein weiterer Beeinträchtigungen. Zudem treten deutliche Unterschiede zwischen Personen in privaten Haushalten und Bewohnerinnen und Bewohnern von besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen zutage.

Darüber hinaus kann durch die Anlage des Teilhabesurvey als Wiederholungsbefragung die Dauerhaftigkeit von Beeinträchtigungen untersucht werden. Beeinträchtigungen aus der ersten Erhebungswelle bestanden vor allem dann fort, wenn sie in der ersten Welle als stark oder ziemlich stark beschrieben wurden. Am dauerhaftesten sind bei Personen in Privathaushalten Bewegungsbeeinträchtigungen. Die Beeinträchtigungen von Befragten in Wohnformen und Einrichtungen sind im Vergleich mit denen von Personen in privaten Haushalten – bei einer ähnlichen Reihenfolge – noch dauerhafter.

Für die an der ICF orientierte Messung von Behinderung werden im Teilhabesurvey Angaben der Befragten zur Stärke ihrer Beeinträchtigungen mit ihren Angaben zu Alltagseinschränkungen kombiniert. Wird der so gebildete Status (nicht beeinträchtigt, beeinträchtigt oder selbsteingeschätzt behindert) zwischen den Wellen verglichen, ist eine hohe Kontinuität zwischen den Erhebungswellen erkennbar. Sehr stabil ist der Status *selbsteingeschätzte Behinderung* vor allem bei Personen ab dem mittleren Lebensalter. Jüngere Personen haben hingegen größere Chancen, Behinderungen wieder zu verlieren. Die hohe Kontinuität von Behinderungen in der individuellen Perspektive spricht für die Zuverlässigkeit der im Teilhabesurvey erstmalig erprobten Messung. Auch die beobachteten Veränderungen erscheinen, was ihre Häufigkeit und den Zeitpunkt des Eintritts im Lebensverlauf betrifft, plausibel. Nicht zuletzt zeigen sie, dass Behinderung kein unveränderlicher Zustand ist, sondern prinzipiell jederzeit im Lebensverlauf eintreten, aber auch wieder enden kann.

Wechsel zwischen den Status *beeinträchtigt* und *selbsteingeschätzt behindert* können sich – gemäß der Operationalisierung von Beeinträchtigung und selbsteingeschätzter Behinderung im Teilhabesurvey – auf zwei Weisen ergeben: Durch eine Veränderung der Stärke der Beeinträchtigung (Fähigkeiten können im Zeitverlauf mehr oder weniger beeinträchtigt sein) oder durch die Veränderungen von Alltagseinschränkungen (Aktivitäten des Alltags können in Folge einer Beeinträchtigung mehr oder weniger stark eingeschränkt sein).

Als Grund für stärkere Alltagseinschränkungen im Vergleich zu Welle 1 führen Befragte zumeist an, dass die eigene Beeinträchtigung stärker geworden sei. Den Blick richten die Befragten hier meist auf sich selbst und die eigene Beeinträchtigung. Nur selten werden Faktoren der materiellen oder sozialen Umwelt als Gründe angegeben (z.B. mehr Hindernisse/Barrieren im öffentlichen Raum oder das Fehlen der richtigen Hilfsmittel). Geht es hingegen um die Gründe für verminderte Alltagseinschränkungen, werden Umweltfaktoren häufiger benannt (mehr Unterstützung durch andere Personen, mehr/bessere Hilfsmittel, bessere Bedingungen am Arbeitsplatz). Diese Ergebnisse verdeutlichen einerseits die Bedeutung von Umweltfaktoren für das Verständnis der Entstehung oder Vermeidung von Behinderung, andererseits verweisen sie aber auch darauf, dass Betroffene diese in der ICF angelegte Perspektive häufig noch nicht selbst einnehmen und stattdessen Alltagseinschränkungen vor allem als eine Folge der eigenen Beeinträchtigungen und nicht der fehlenden Barrierefreiheit betrachten.

In Welle 2 geben rund 60 Prozent der Befragten mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten mehr als eine Beeinträchtigung an. Unter den Befragten in Wohnformen und Einrichtungen waren es rund 80 Prozent. Dies zeigt, dass Mehrfachbeeinträchtigungen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen eher den Regelfall als den Ausnahmefall darstellen. Bestimmte Kombinationen von Beeinträchtigungen treten häufiger als andere auf.

3. Die zweite Welle des Teilhabesurvey: Neue Fragen und ausgewählte Ergebnisse

Die inhaltliche Zusammenstellung der Fragen im Teilhabesurvey orientiert sich im Wesentlichen an zwei übergeordneten Prinzipien der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) (vgl. Steinwede/Harand 2022: 39). Zum einen wird das moderne Verständnis von Behinderung zugrunde gelegt, wonach Behinderung – basierend auf der ICF – aus der Wechselwirkung der Beeinträchtigung(en) eines Menschen und Faktoren der Umwelt, welche die Teilhabe eines Menschen fördern oder hemmen können, entsteht. Zum anderen hebt die UN-BRK das Recht auf selbstbestimmte Lebensführung und umfassende soziale Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in allen Lebensbereichen hervor. Aus diesem Grund wurden die Fragebögen entlang wichtiger Lebensbereiche aus der UN-BRK entwickelt, wobei der Fokus dabei auf dem alltäglichen Leben der Menschen lag.

Der Teilhabesurvey verfolgt von Beginn an das Ziel, Inklusion und Exklusion – Teilhabemöglichkeiten und -barrieren – in den relevanten Lebensbereichen zu erfassen. Aufgrund des umfänglichen Zeitbedarfs, der für die Abfrage aller relevanten Teilhabebereiche der UN-BRK im Rahmen eines Interviews erforderlich gewesen wäre, wurde die Studie als Wiederholungsbefragung der gleichen Stichprobe angelegt. Dies ermöglicht es zum einen, Veränderungen zwischen der ersten Erhebungswelle 2019/2020 und der erneuten Befragung 2023/2024 abzubilden, zum anderen, die umfänglichen Fragestellungen auf zwei Erhebungswellen zu verteilen (vgl. Steinwede et al. 2018: 14 f.). Die in der UN-BRK genannten Teilhabebereiche wurden wie folgt auf die beiden Befragungswellen aufgeteilt:

Erhebungswelle 1

- Sicherung der Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen,
- Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben,
- Förderung der Gesundheit und Prävention, Zugang zu Rehabilitation und Pflege,
- Sicherung eines angemessenen Lebensstandards und der sozialen Sicherung,
- unabhängige Lebensführung und gesellschaftliche, politische sowie kulturelle Teilhabe,
- Zugänglichkeit von Gebäuden und Infrastruktur, Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen bei Wohnen, Bauen und Mobilität.

Die Teilhabebereiche der UN-BRK, die in der ersten Befragungsrunde nicht berücksichtigt wurden, wurden in der Wiederholungsbefragung der zweiten Erhebungswelle erfasst.

Erhebungswelle 2

- Freizügigkeit,
- Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen,
- retrospektive Betrachtung zu Beeinträchtigung und Gesundheit,
- Sicherung des Zugangs zu Ehe, Familienbildung, Partnerschaft, Sexualität,
- Sicherung der Freiheit, Schutz vor Gewalt, Schutz der Unversehrtheit und Sicherheit,
- Berücksichtigung besonderer Belange von Frauen, Kindern und alten Menschen mit Beeinträchtigungen,
- Wiederholungsmessung zentraler Inhalte aus Welle 1 (zum Messen von Veränderungen).

Menschen in Privathaushalten und Menschen in Wohnformen und Einrichtungen wurden weitestgehend dieselben Fragen gestellt, damit die Antworten später miteinander verglichen werden

konnten. Dabei gab es immer auch Fragen, die sich konkret auf das Leben in Privathaushalten oder auf das Leben in den Wohnformen und Einrichtungen bezogen. Alle Fragebögen wurden in enger Zusammenarbeit mit dem BMAS sowie dem Wissenschaftlichen und dem Inklusiven Beirat des Teilhabesurvey erarbeitet.¹⁵

Die Struktur und Inhalte des Frageprogramms der zweiten Befragungswelle werden im Folgenden kurz erläutert (vgl. auch Kapitel 1.4). Zu Beginn des Interviews wurde in Modul 1 die Lebenszufriedenheit – als Wiederholungsfrage erneut – abgefragt. Nachfolgend befasst sich Modul 2 mit der Aktualisierung des Status Beeinträchtigung/Behinderung, wobei für panelbereite Zielpersonen erfasst wurde, ob weiterhin eine Beeinträchtigung oder Behinderung nach der ICF-Heuristik ermittelt werden konnte. Um entsprechende Veränderungen gezielt untersuchen zu können, mussten die Informationen über individuelle Beeinträchtigungen wie auch zu Alltagseinschränkungen in der zweiten Welle in derselben Form erhoben werden, wie in der ersten Welle. In Modul 3 folgten Wiederholungsfragen zu zentralen Aspekten wie Wohnsituation, Unterstützungsbedarfen im täglichen Leben, aktueller Erwerbsstatus und subjektive Einschätzung der Teilhabe. Weitere Module behandelten Themen wie die Freizügigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen, mit Fokus auf spezifische Einschränkungen bei der freien Wahl des Aufenthaltsorts (Modul 15), Bildung und lebenslanges Lernen, mit Blick auf Hürden beim Zugang zu lebenslangem Lernen (Modul 16) sowie Fragen zum Sicherheits- bzw. Unsicherheitsempfinden sowie zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (Modul 17).

Tabelle 3.1 Inhalte des Fragebogens für die quantitativen Erhebungen in Welle 2

Module Fragebogen		Inhalt
1	Intro Lebenszufriedenheit	Einstieg ins Interview
2	Status: Beeinträchtigung und selbsteingeschätzte Behinderung	Notwendige Wiederholungsmessung, Statuskonsistenz resp. -veränderung
3	Wiederholungsmessung Welle 1	Wohnsituation, Unterstützung, Erwerbsstatus, subjektive Einschätzung Teilhabe
15	Freizügigkeit	Abfrage neuer Lebens- und Teilhabebereiche
16	Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen	
17	Sicherung der Freiheit, Schutz vor Gewalt, Schutz der Unversehrtheit und Sicherheit	
18	Zuspielung Sozialversicherungsdaten – Zustimmungsblock	Ausführliche Teilnehmerinformation; Datenschutzbelehrung

Erläuterung: Die Nummerierung der neuen Module ergibt sich aus der Systematik der Gesamtzahl der Module in Welle 1 und 2.

Quelle: infas, 2. Welle Teilhabesurvey.

Drei Module wurden für die Befragung der zweiten Welle neu entwickelt: Freizügigkeit (Modul 15), Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen (Modul 16) und Sicherung der Freiheit, Schutz vor

¹⁵ Das Forschungsteam bedankt sich bei allen beteiligten Personen für viele wichtige Hinweise und Anregungen, die im Verlauf der beiden Wellen des Teilhabesurveys gegeben wurden.

Gewalt, Schutz der Unversehrtheit und Sicherheit (Modul 17), auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

3.1 Freizügigkeit

Die UN-BRK schützt das Recht auf Freizügigkeit und die Wahl des Wohnortes, was bedeutet, dass Menschen mit Beeinträchtigungen die gleiche Bewegungsfreiheit wie andere Menschen haben sollten. Artikel 18 der UN-BRK erkennt an, dass Menschen mit Behinderungen ihren Aufenthaltsort frei wählen können. Dies umfasst nicht nur das Recht, sich innerhalb ihres eigenen Landes zu bewegen, sondern auch die Möglichkeit, weltweit zu reisen (Reisefreiheit). Artikel 19 betont darüber hinaus, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben frei zu wählen, wo und mit wem sie leben.¹⁶

Für alle Menschen in Deutschland ist das Thema Wohnen von besonderer Bedeutung. Jeder Mensch, ob mit oder ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen ist unmittelbar in seinem Alltag davon betroffen. Lebensqualität und Teilhabemöglichkeiten hängen in entscheidender Weise davon ab. Aus diesem Grund sollte sich die Befragung im Teilhabesurvey auf die Wahlmöglichkeiten des Wohnorts und der Wohnung konzentrieren.

Dafür wurde die folgende übergeordnete Fragestellung entwickelt: Erfahren Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen Einschränkungen bei der freien Wahl ihres Wohnorts oder ihrer Wohnung?

In der ersten Welle des Teilhabesurvey wurde bereits ein breites Spektrum an Fragen zum Thema Wohnen gestellt. Bei der Entwicklung von neuen Fragen für die zweite Erhebungswelle konnte daran angeknüpft werden. Dabei wurde der Schwerpunkt der Befragung in Richtung der Barrieren bei der freien Wahl des Wohnorts oder der Wohnung verschoben. In der ersten Welle wurden detaillierte Informationen zur Wohnform der Befragten erhoben. Für Personen in privaten Haushalten wurden zudem Informationen über das Eigentums- oder Mietverhältnis, Haushaltskonstellationen, Unterstützung im häuslichen Umfeld, Barrierefreiheit der eigenen Wohnung sowie Umbaumöglichkeiten, und Wohnzufriedenheit erfasst. Bei Personen in Wohnformen und Einrichtungen wurden darüber hinaus die Größe der Wohngruppe und das Vorhandensein eines eigenen Zimmers erfragt.

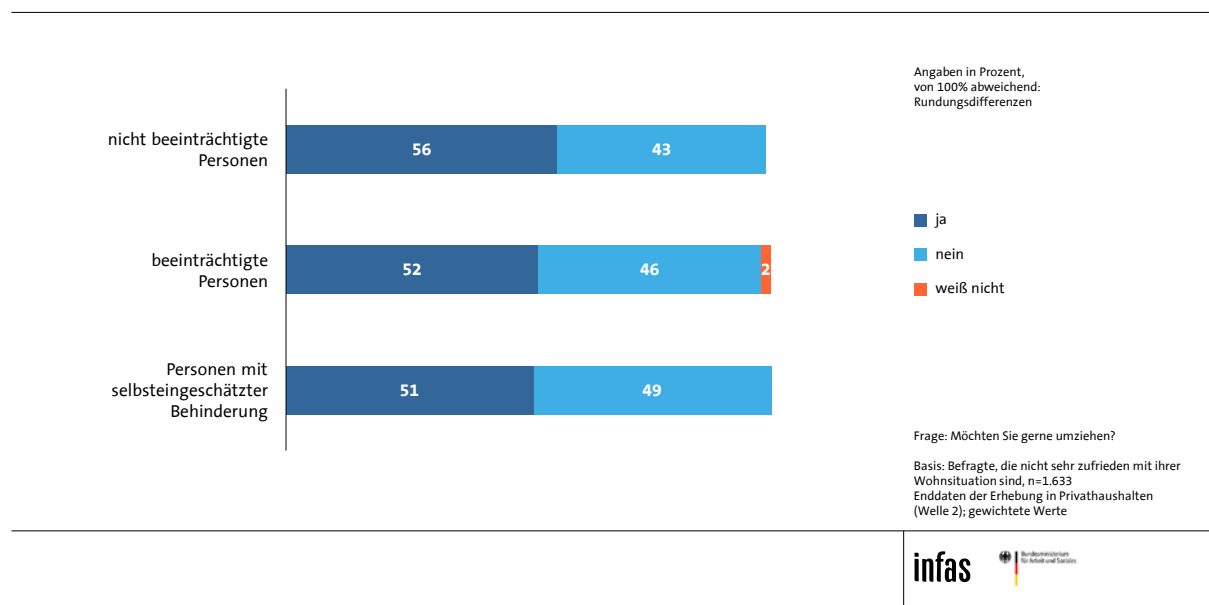
Thematisiert wurden bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Wohnformen und Einrichtungen auch der Wunsch nach dem Leben in einer anderen Wohnform sowie Gründe, die gegen einen Umzug sprechen. Für Befragte in privaten Haushalten konnte bei der Entwicklung des Fragebogens der zweiten Welle hier angesetzt werden. Auch ihre Umzugswünsche sollten in den Blick genommen werden. Abgefragt wurden dabei Gründe, die sowohl für als auch gegen einen Umzug sprechen. Das Interesse richtet sich dabei auf Barrieren im direkten und näheren Wohnumfeld und bei der Mobilität, fehlende familiäre Unterstützung, zu geringe oder nicht angemessene institutionelle Unterstützung, zu niedrige finanzielle Mittel – aber auch auf subjektive Einschätzungen. In der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohnformen und Einrichtungen wurden Fragen nach der gewünschten Wohnform wiederholt und um eine Frage zu Gründen, die gegen einen Umzug aus der bestehenden Wohnform sprechen, ergänzt.

¹⁶ In Artikel 18 der UN-BRK wird auch das Recht von Menschen mit Behinderungen auf den Erwerb oder den Wechsel einer Staatsangehörigkeit thematisiert. Diese Thematik wurde nicht in den Fragebogen des Teilhabesurvey übernommen. Um Barrieren in Deutschland bei dem Erwerb oder Wechsel einer Staatsangehörigkeit durch eine Befragung zu erheben, müssten eine spezifische Zielgruppe (z.B. Menschen mit Behinderungen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben) befragt werden. Darauf war die Stichprobe nicht ausgelegt.

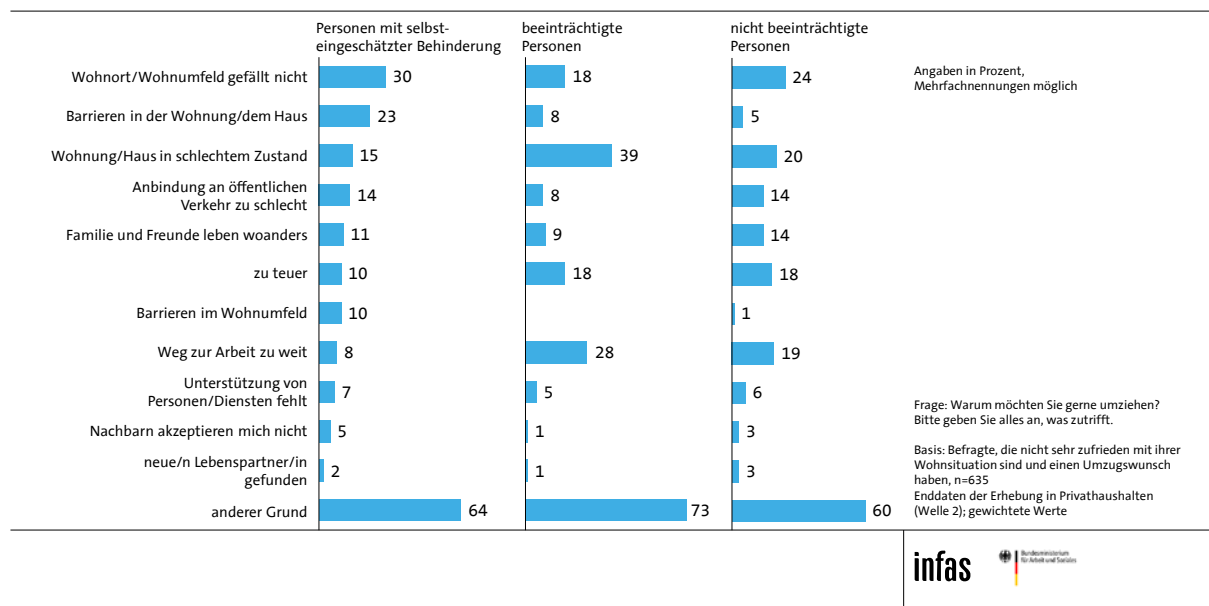
Zentrale Fragen und Ergebnisse

In den Blick genommen wurden im Themenbereich Freizügigkeit zunächst die Umzugswünsche von Befragten in privaten Haushalten. Abgefragt wurden dabei Gründe, die sowohl für als auch gegen einen Umzug sprechen. Etwas mehr als die Hälfte der Menschen, die in Privathaushalten leben und nicht sehr zufrieden mit ihrer Wohnsituation sind, hegen einen aktuellen Umzugswunsch (vgl. Abbildung 3.1). Es zeigen sich dabei für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen oder Behinderung keine sehr großen Unterschiede. Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen formulieren etwas seltener einen Umzugswunsch.

Abbildung 3.1 Umzugswunsch – Privathaushalte

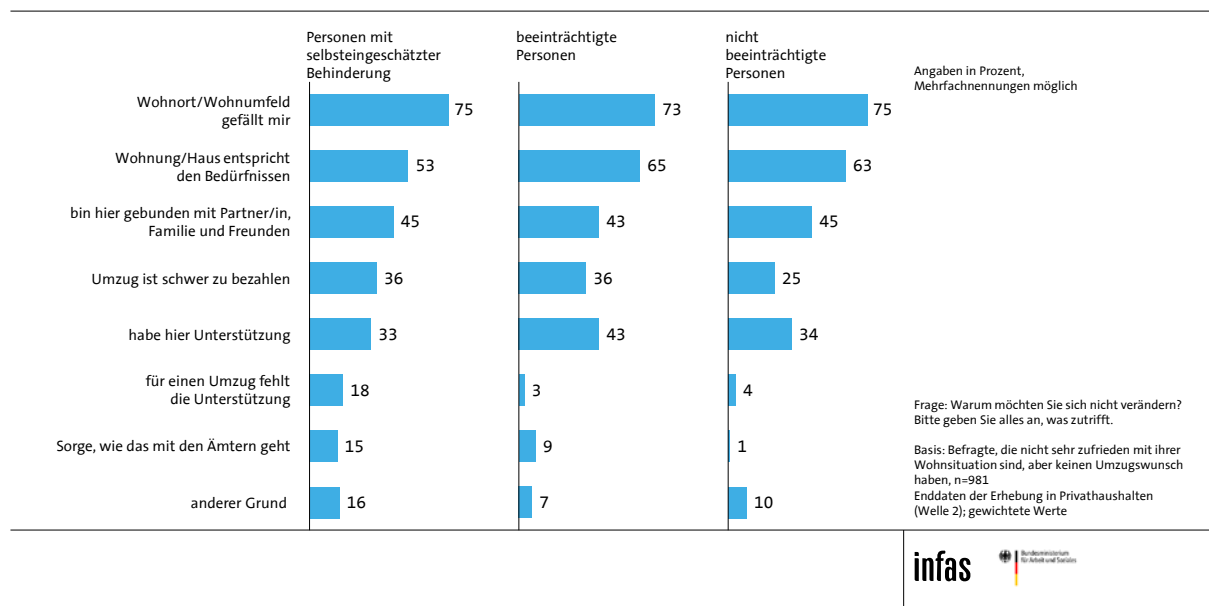


Liegt ein Umzugswunsch vor, sind die Gründe hierfür häufig im Wohnumfeld oder der Wohnung selbst zu finden. Abbildung 3.2 stellt diese Gründe differenziert dar. Für Menschen mit Behinderungen spielen neben dem Wohnort bzw. dem Wohnumfeld, das ihnen nicht gefällt (30 Prozent), vor allem Barrieren in der Wohnung oder im Haus eine bedeutende Rolle (23 Prozent). Beeinträchtigte Menschen mit Umzugswunsch nennen insbesondere den schlechten Zustand der Wohnung bzw. des Hauses (39 Prozent) sowie einen zu langen Arbeitsweg (28 Prozent). Auch der Wohnort oder das Wohnumfeld, das nicht gefällt (18 Prozent), sowie hohe Kosten für die Wohnung (18 Prozent) werden als häufige Gründe für den Umzugswunsch genannt. Menschen ohne Beeinträchtigungen unterscheiden sich darin nur wenig: Rund ein Viertel der Befragten nennen ebenfalls das nicht gefallende Wohnumfeld, ein Fünftel den schlechten Zustand des Hauses oder den weiten Arbeitsweg (19 Prozent) als wichtigste Gründe. Unabhängig davon, ob eine Beeinträchtigung oder Behinderung vorliegt oder nicht, wurden von einem Großteil der Fälle zusätzlich noch andere Gründe genannt, die nicht in der vorgelegten Auswahlliste enthalten waren (60 bis 73 Prozent).

Abbildung 3.2 Gründe für Umzugswünsche – Privathaushalte

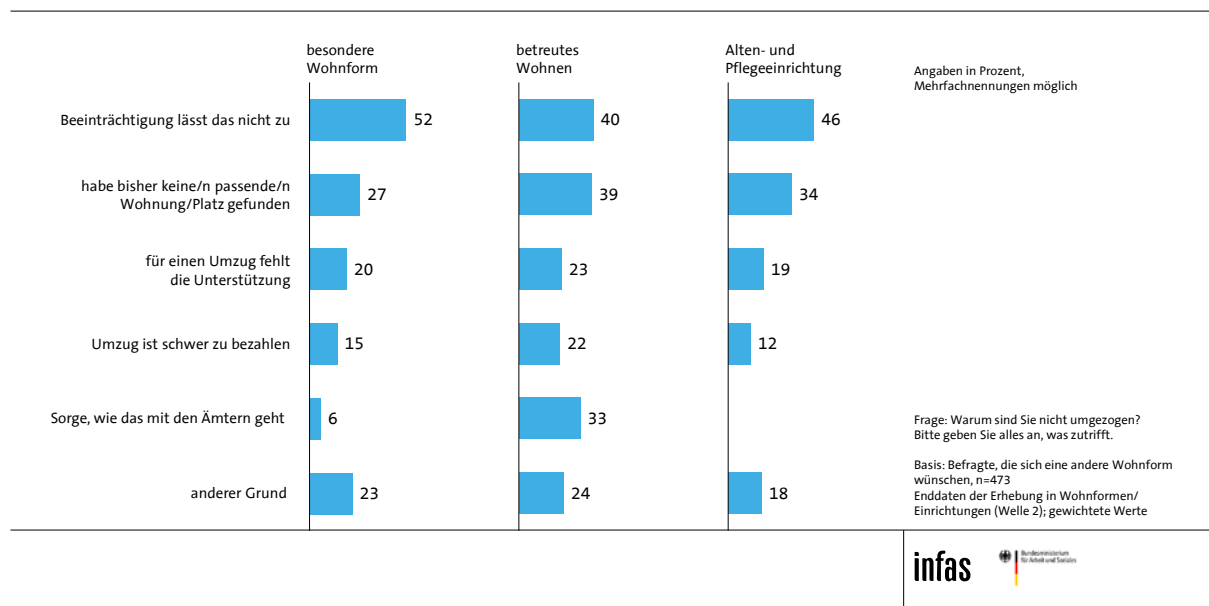
Trotz einer bestehenden Unzufriedenheit mit der Wohnsituation sind sich die Befragten in Privathaushalten in der Reihenfolge der wichtigsten Gründe, die gegen einen Umzug sprechen, weitgehend einig (Abbildung 3.3). Am häufigsten werden dabei Gründe genannt, die den Wohnort oder das Wohnumfeld sowie die Wohnung oder das Haus selbst betreffen. Die meisten Menschen – unabhängig davon, ob mit oder ohne Beeinträchtigungen oder Behinderung – möchten nicht umziehen, weil ihnen ihr Wohnort gefällt oder sie an den Wohnort durch ihre Partnerin bzw. ihren Partner sowie die Familie gebunden sind. Knapp zwei Drittel der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen geben an, dass ihr Haus oder ihre Wohnung den eigenen Bedürfnissen entspricht. Bei Personen mit einer Behinderung trifft dies nur auf etwas mehr als die Hälfte der Personen zu. Der seltener gehegte Umzugswunsch ist also oft nicht einer besonders gut auf die eigenen Bedürfnisse angepassten Wohnung geschuldet. Vielmehr sprechen bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung die folgenden Gründe gegen einen Umzug.

Über ein Drittel der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung nennen finanzielle Gründe als Hindernis für einen Umzug. Im Vergleich dazu gibt nur ein Viertel der nicht beeinträchtigten Befragten an, dass sie sich einen Umzug finanziell nicht leisten könnten (das sind 11 Prozentpunkte weniger). Auch dass für einen Umzug die notwendige Unterstützung fehlt, wird deutlich häufiger von Menschen mit einer Behinderung genannt (18 Prozent vs. 3 bzw. 4 Prozent bei Menschen mit oder ohne Beeinträchtigung). Auch die Sorge, wie ein Umzug mithilfe der Ämter umgesetzt werden kann, wird häufiger von Menschen mit Behinderung (15 Prozent) sowie von Menschen mit Beeinträchtigungen (9 Prozent) genannt als von Menschen ohne Beeinträchtigung (1 Prozent).

Abbildung 3.3 Gründe für keine Umzugswünsche – Privathaushalte

In besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen zeigt sich ein anderes Bild: Nur etwa ein Viertel der Menschen mit Behinderung sowie ein Fünftel der Menschen mit Beeinträchtigungen möchten gerne anders wohnen als sie es derzeit tun. Der Großteil der Menschen in Wohnformen und Einrichtungen hat also keine Umzugswünsche. Unter denjenigen Bewohnerinnen und Bewohnern, die gerne anders leben würden, gaben 59 Prozent an, lieber allein oder mit ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner leben zu wollen. Jede bzw. jeder Zehnte würde eine (andere) Wohngemeinschaft bevorzugen, 6 Prozent möchten bei ihren Eltern leben und 5 Prozent wünschen sich eine (andere) besondere Wohnform.

Auch Bewohnerinnen und Bewohner in Wohnformen und Einrichtungen, die lieber anders wohnen möchten, wurden gefragt, warum sie nicht umgezogen sind (vgl. Abbildung 3.4). Rund die Hälfte der Befragten mit Umzugswunsch in besonderen Wohnformen sagen, dass ihre Beeinträchtigung einen Umzug nicht zulässt. Im betreuten Wohnen (40 Prozent) sowie in Alten- und Pflegeeinrichtungen (46 Prozent) wird die eigene Beeinträchtigung etwas seltener als Hürde für einen Umzug genannt. An zweiter Stelle wird von den Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohnformen und Einrichtungen angegeben, dass bisher keine passende Wohnung oder kein passender Platz gefunden wurde. Von Bewohnerinnen und Bewohnern, die im betreuten Wohnen leben, wird dies etwas häufiger genannt (39 Prozent). Zudem hat ein Drittel der Befragten im betreuten Wohnen Sorge davor, wie der Umzug mit den Ämtern umzusetzen ist. Ein Fünftel der betreut Wohnenden gibt finanzielle Hürden für einen Umzug an. Häufig fehlt Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohnformen und Einrichtungen auch die notwendige Unterstützung für einen Umzug bzw. sie wissen nicht, ob und wie sie diese beantragen könnten.

Abbildung 3.4 Gründe für keinen Umzug – Wohnformen/Einrichtungen

Insgesamt weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass es für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen – sowohl in Privathaushalten als auch in Wohnformen und Einrichtungen – einige Barrieren bei der freien Wahl ihres Wohnorts, ihrer Wohnung oder einer bestimmten Wohnform gibt, und dies deutlich häufiger als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen. Zu häufig fehlen ökonomische Ressourcen, die nötige Unterstützung oder ein entsprechendes Angebot, um die eigenen Wünsche zu realisieren.

3.2 Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen

Bildung ist ein zentraler Faktor für gesellschaftliche Teilhabe. Die Schulbildung bildet die Grundlage für den Zugang zu weiterführenden Ausbildungen und Studiengängen und beeinflusst somit maßgeblich den beruflichen Werdegang. Bildungsabschlüsse sind eng mit den späteren Erwerbsmöglichkeiten, beruflichen Aufstiegschancen und finanzieller Sicherheit verknüpft. In einer sich immer schneller wandelnden Gesellschaft besteht zudem die Anforderung, sich kontinuierlich weiterzubilden, da einmal erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten schneller überholt sind. Deshalb gewinnt lebenslanges Lernen zunehmend an Bedeutung.

Das Ziel der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist es, sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen diskriminierungsfrei und auf der Grundlage von Chancengleichheit ihr Recht auf Bildung und lebenslanges Lernen wahrnehmen können (vgl. Artikel 24). Dadurch sollen sie die Möglichkeit erhalten, ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen, Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zu entwickeln. Ein zentrales Anliegen der Konvention ist es, die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zu berücksichtigen und entsprechende Unterstützung anzubieten.

Das neue Fragemodul sollte den Zugang zu Weiterbildung und lebenslangem Lernen in den Blick nehmen. Von einer vertieften Betrachtung der bisherigen Bildungswege der Befragten, die das Bildungssystem größtenteils schon verlassen haben, wurde allerdings Abstand genommen. Hier wäre eine retrospektive Erhebung vonnöten gewesen, die den Rahmen des multithematischen Teilhabesurvey gesprengt hätte.

Im neu entwickelten Modul *Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen* des Teilhabesurvey wird folgende Leitfrage behandelt: Gibt es für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen Hürden bei der Weiterbildung und Aktivitäten des lebenslangen Lernens?

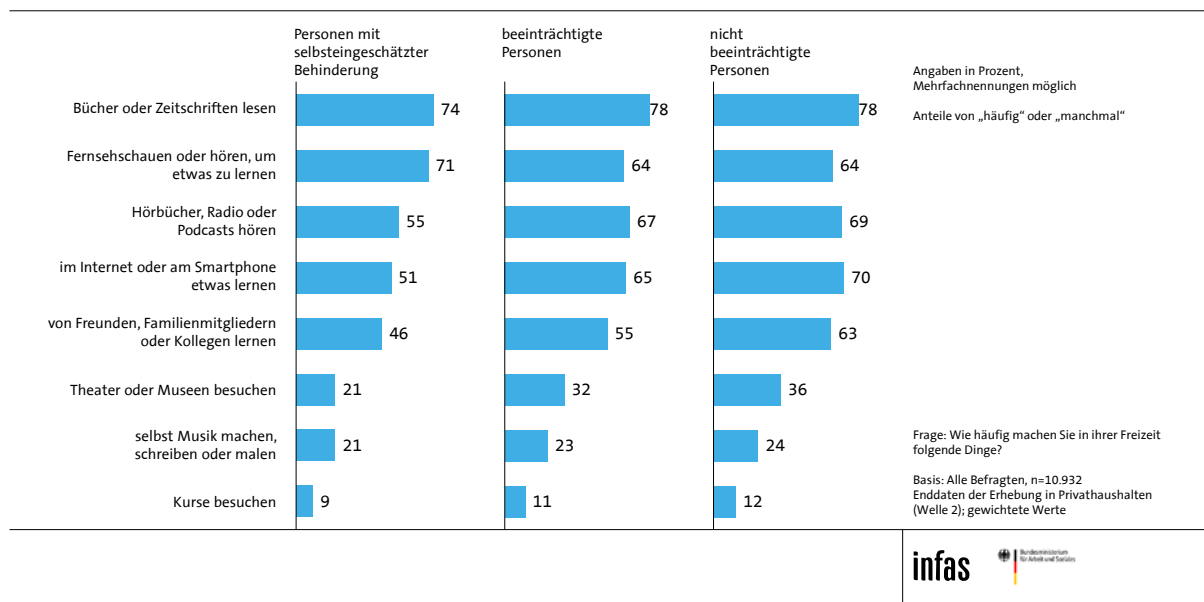
Einleitend wird, wie in Welle 1, der gegenwärtige Bildungs- und Erwerbsstatus abgefragt, um etwaige Änderungen bei den Befragten zu erfassen. Daran anknüpfend, befasst sich der Fragenbogen mit den Weiterbildungserfahrungen und -aspirationen der Teilnehmenden. Darunter fallen sowohl das Nachholen von Bildungsabschlüssen als auch die Teilnahme an beruflichen Weiterbildungen. Diesbezügliche Wünsche und bestehende Hürden wurden erfragt.

Um nicht nur die formalen Aspekte von Bildung zu thematisieren wurden in Anlehnung an die etablierte Berichterstattung zu diesem Thema (vgl. AES-Trendbericht 2024) auch informelle Lerntätigkeiten – lebenslanges Lernen – wie z. B. Bücherlesen oder Museumsbesuche einbezogen. Erneut werden Hürden betrachtet, die Menschen mit Behinderungen davon abhalten, derartige Angebote in Anspruch zu nehmen. Als mögliche einschränkende Faktoren kommen z. B. Informationsprobleme, Beratungsmangel, Zugangs- und Erreichbarkeitsprobleme oder Zeit- oder Kostenprobleme infrage.

Zentrale Fragen und Ergebnisse

Eine zentrale Frage im neu entwickelten Modul *Zugang zu Bildung und lebenslangem Lernen* betraf die Durchführung von und die Teilnahme an Aktivitäten des lebenslangen Lernens sowie damit verbundene nicht befriedigte Bedarfe und Hürden.

Abbildung 3.5 Lebenslanges Lernen – Privathaushalte

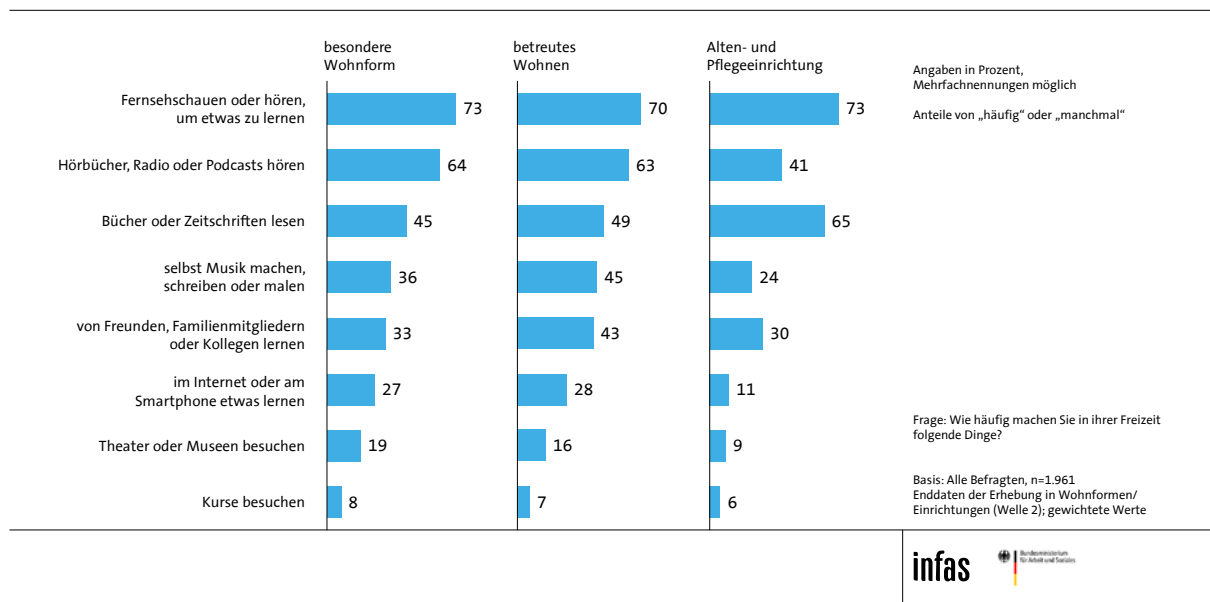


In privaten Haushalten zeigen sich einige Unterschiede beim lebenslangen Lernen, abhängig davon, ob eine Beeinträchtigung oder Behinderung vorliegt. Rund drei Viertel aller privat Wohnenden geben an, am häufigsten Bücher oder Zeitschriften zu lesen. Im Vergleich dazu schauen mehr Menschen mit Behinderung (71 Prozent) als Menschen mit oder ohne Beeinträchtigungen (64 Prozent) Fernsehen, um etwas zu lernen. Menschen mit Behinderungen nutzen neue Medien wie Hörbücher, Radio oder Podcasts deutlich weniger häufig (etwa die Hälfte) als nicht beeinträchtigte (69 Prozent) oder beeinträchtigte Menschen (67 Prozent). Auch das Lernen über das Internet oder am Smartphone wird von Menschen mit Behinderung weniger häufig genannt. Lernen durch zwischenmenschliche

Beziehungen mit Freundinnen und Freunden, Familienmitgliedern oder Kolleginnen und Kollegen findet bei Menschen mit Behinderung weniger häufig statt als bei beeinträchtigten oder nicht beeinträchtigten Menschen. Ebenso unternehmen nur etwa ein Fünftel der Menschen mit Behinderung Besuche im Theater oder in Museen, was deutlich seltener ist als bei Menschen mit oder ohne Beeinträchtigungen, bei denen rund ein Drittel diese Aktivitäten wahrnehmen.

Als Hürden, einzelne Aktivitäten nicht häufiger zu machen, werden von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen mit oder ohne Beeinträchtigungen deutlich häufiger genannt, dass die Aktivität zu anstrengend sei, sie zu beeinträchtigt für die Aktivität seien oder die notwendige Unterstützung dafür fehle. Im Gegensatz dazu geben Menschen mit oder ohne Beeinträchtigungen deutlich häufiger an, keine Zeit für die Aktivitäten zu haben, keine passenden Angebote zu finden oder niemanden zu haben, der die jeweilige Aktivität mit ihnen gemeinsam unternehmen möchte.

Abbildung 3.6 Lebenslanges Lernen – Wohnformen/Einrichtungen



In besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen zeigt sich eine ähnliche Reihenfolge der Aktivitäten des lebenslangen Lernens. Der Großteil der Menschen in Wohnformen und Einrichtungen gibt an, Fernsehen zu schauen, um etwas zu lernen, Hörbücher, Radio sowie Podcasts zu hören oder Bücher und Zeitschriften zu lesen. Zwischen den unterschiedlichen Wohnformen zeigen sich dabei einige Unterschiede. Während über alle Wohnformen hinweg von etwa 70 Prozent der Befragten Fernsehen geschaut wird, werden Medien wie Hörbücher, Radio und Podcasts sowie das Lernen im Internet oder am Smartphone deutlich häufiger in besonderen Wohnformen und im betreuten Wohnen als in Alten- und Pflegeeinrichtungen genutzt. Hier werden von rund zwei Dritteln vermehrt Bücher und Zeitschriften gelesen. Auch Aktivitäten, die außerhalb der Wohnform oder Einrichtung stattfinden, werden von Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen (besondere Wohnform, betreutes Wohnen) häufiger besucht als von Personen in Alten- und Pflegeheimen.

Als Hürden, bestimmte Aktivitäten häufiger auszuführen, nennen die Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnformen und Einrichtungen am häufigsten, dass die Aktivitäten für sie zu anstrengend seien oder sie für die Aktivitäten zu beeinträchtigt seien. Auch dass sie keine Zeit haben, die Aktivität zu schwierig sei oder die notwendige Unterstützung dafür fehle wird häufig als Grund genannt, Aktivitäten nicht durchführen zu können.

Zusammengefasst zeigt sich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, wie auch Menschen ohne Beeinträchtigungen, regelmäßig informellen Bildungsaktivitäten, wie etwa dem Lesen von Büchern oder Zeitschriften oder dem Hören von Podcasts nachgehen. Die Formen der Bildungsaktivitäten unterscheiden sich dabei voneinander. Personen, die in besonderen Wohnformen oder sonstigen Einrichtungen leben, nutzen schwerpunktmäßig andere Medien als jene, die von Personen ohne Beeinträchtigungen zumeist genutzt werden. Der Zugang zu Bildungsaktivitäten im digitalen Raum gestaltet sich für viele Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen noch schwierig, während sich dieser Lernort unter Personen ohne Beeinträchtigungen schon fest etablieren konnte.

3.3 Sicherung der Freiheit, Schutz vor Gewalt, Schutz der Unversehrtheit und Sicherheit

Persönliche Sicherheit gründet auf dem Schutz der physischen und psychischen Unversehrtheit einer Person. In einem sicheren Umfeld werden Gewalt, Bedrohung und Diskriminierung verhindert. Vollumfängliche Teilhabe kann nur in einer Gesellschaft erreicht werden, die Sicherheit bietet und Schutz vor Ausgrenzung gewährleistet.

Die UN-BRK legt deshalb großen Wert auf die Sicherung der Freiheit, den Schutz vor Gewalt, den Schutz der Unversehrtheit und die Sicherheit von Menschen mit Behinderungen. Sie fordert die Staaten auf, rechtliche, institutionelle und gesellschaftliche Maßnahmen zu ergreifen, um diese Rechte zu gewährleisten. Dies umfasst den Schutz vor Gewalt und Missbrauch, die Förderung der Selbstbestimmung und die Sicherstellung eines Zugangs zu sicheren und barrierefreien Lebensbedingungen. Diese Aspekte sind in mehreren Artikeln der Konvention verankert und zielen darauf ab, Diskriminierung zu verhindern und gleiche Rechte wie für Menschen ohne Behinderungen zu garantieren. Artikel 14 der UN-BRK zur Freiheit und Sicherheit der Person stellt sicher, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen und ihnen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen werden darf. Artikel 16 fordert die Vertragsstaaten auf, Maßnahmen zur Prävention von Gewalt und Missbrauch zu ergreifen, wobei auf die besonderen Bedürfnisse und das Wohl von Menschen mit Behinderungen Rücksicht genommen wird. Es geht dabei nicht nur um den physischen Schutz, sondern auch um den Schutz vor psychischer und emotionaler Gewalt; insbesondere auch innerhalb aller Einrichtungen und Programme, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind. Darüber hinaus garantiert die Konvention das Recht auf Gleichbehandlung und die Beseitigung von Diskriminierung in allen Lebensbereichen (Artikel 5).

Um das Themenfeld *Sicherung der Freiheit, Schutz vor Gewalt, Schutz der Unversehrtheit und Sicherheit* in den Teilhabesurvey zu integrieren, wurden zunächst die folgenden Leitfragen entwickelt. Sie rücken subjektive Sichtweisen und Erfahrungen der Befragten in den Mittelpunkt des Interesses:

- Wie stellt sich das Sicherheits-/Unsicherheitsempfinden von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen dar?
- Wie unterscheiden sich Erfahrungen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen bei Diskriminierungs-, Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen von Menschen ohne Beeinträchtigungen?

Ausgehend von diesen Leitfragen wurden Operationalisierungen für den Teilhabesurvey gesucht. Angeknüpft wurde dabei an etablierte Vorgehensweisen der Kriminalitäts- und Diskriminierungsforschung.

In der Kriminalitätsforschung wird das Unsicherheitsempfinden von Menschen unter dem Begriff *Kriminalitätsfurcht* behandelt. Dabei werden klassisch drei Dimensionen von Kriminalitätsfurcht unterschieden (Boers 1994). Die *kognitive Dimension* meint die eigene Einschätzung des Risikos Opfer von Kriminalität zu werden. Mit der *affektiven Dimension* werden die persönlichen Sorgen einer Person beschrieben, Opfer von Kriminalität zu werden. Es handelt sich dabei also um die emotionale Wahrnehmung der eigenen Bedrohung durch Kriminalität. Die *konative Dimension* von Kriminalitätsfurcht beschreibt das Verhalten von Personen im Angesicht des eingeschätzten bzw. gefühlten Opferrisikos. Im Fokus steht hier das Schutz- und Vermeidungsverhalten von Personen.

Für den Teilhabesurvey wurden die affektive und konative Dimension von Kriminalitätsfurcht vor allem in Anlehnung an die Studie Sicherheit und Kriminalität in Deutschland – SKiD 2020 (Birkel et al. 2020) operationalisiert und teils neu entwickelt. Auf eine Operationalisierung der kognitiven Dimension wurde verzichtet, um den zeitlichen Rahmen der Befragung nicht zu sprengen und die Belastung für die Befragten in einem angemessenen Rahmen zu halten.

In der affektiven Dimension behandelt der Fragenbogen zum einen konkrete Straftatbestände, die die Befragten beunruhigen könnten. Erfragt werden Sorgen vor Beleidigungen, Diebstahl, Einbruch, Körperverletzungen, sexueller Belästigung, Beschädigung von Eigentum, Betrug und Stalking. Zum anderen werden allgemeinere Fragen gestellt, die aufgrund ihrer weiten Verbreitung eine gute Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Surveys erlauben. Dazu gehört allen voran die Standardfrage: *Wie sicher fühlen Sie sich, wenn Sie nach Einbruch der Dunkelheit allein in Ihrer Wohngegend unterwegs sind?* Auch Sorgen über die Sicherheit im eigenen häuslichen Umfeld werden durch die Frage *Wie sicher fühlen Sie sich Zuhause, also dort wo Sie wohnen?* thematisiert.

Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind häufig auf die Unterstützung durch Personen außerhalb ihrer Familie oder des Freundeskreises angewiesen. Befragte, die regelmäßig institutionelle Unterstützung bekommen (z.B. durch Pflege- oder Assistenzdienste) wurden deshalb nach dem Sicherheitsempfinden gegenüber den helfenden Personen gefragt (*Wie sicher fühlen Sie sich, wenn Sie mit dieser Person oder diesen Personen allein sind?*).

Die konative Dimension beschreibt ein Vermeidungsverhalten zum Schutz vor potenziellen kriminellen Ereignissen. Hierbei richtet sich das Hauptaugenmerk der Befragung auf das Meiden bestimmter Orte und Personen.

Schließlich wurden die Teilnehmenden zu möglichen Opfererfahrungen befragt. Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, musste ein zeitlicher Bezugsrahmen mit der Frage genannt werden. Dieser sollte einerseits kurz genug sein, damit sich die Befragten möglichst an alle Vorkommnisse auch erinnern konnten und andererseits ausreichend lang, damit auch seltener auftretende Erfahrungen mit einer bestimmten Häufigkeit erfasst werden konnten. Gefragt wurde deshalb nach Opfererfahrungen in den letzten drei Jahren. Neben den Straftatbeständen, die in der affektiven Dimension behandelt wurden, wurde auch gezielt nach Diskriminierungserfahrungen gefragt.

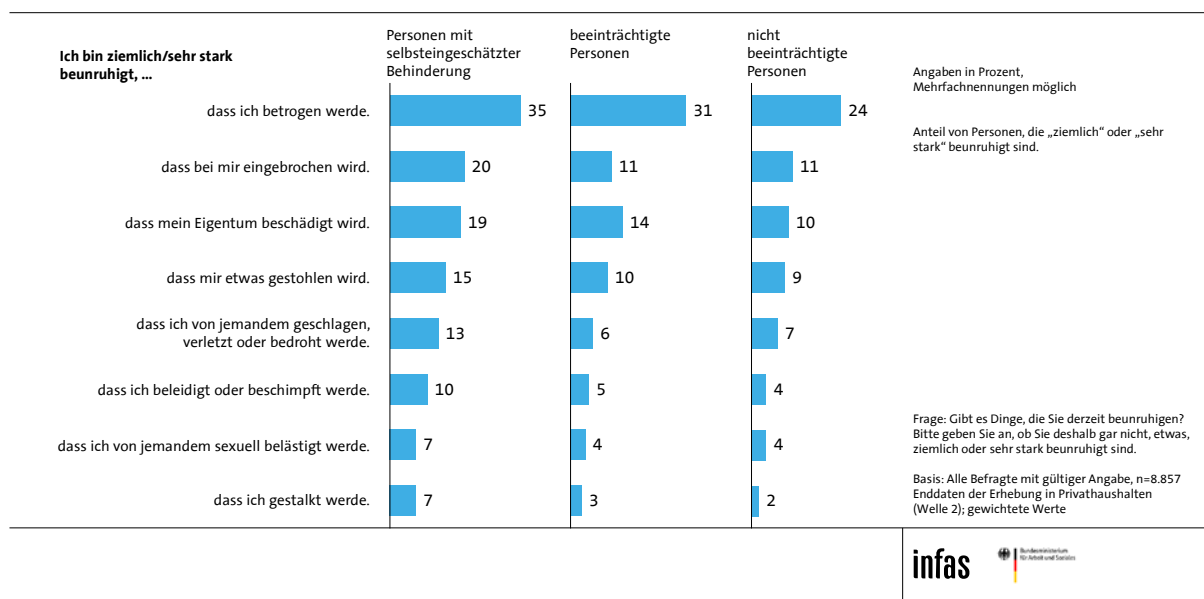
Dabei wurden Diskriminierungserfahrungen im alltäglichen mit anderen Menschen erfragt. Die Abfrage wurde an die *Everyday Discrimination Scale* (Williams et al. 1997) angelehnt, die eine Referenz insbesondere in medizinischen und sozialpsychologischen Studien darstellt. Damit sollten neben offenkundigen Diskriminierungserfahrungen wie Beleidigungen und Beschimpfungen auch subtile Diskriminierungen (*Ich wurde mit weniger Respekt behandelt als andere Menschen.*) erfasst werden. Weil Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung häufig auf sie angewiesen sind, wurden neben Diskriminierungserfahrungen beim Zugang zu Dienstleistungen allgemein auch solche beim Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen von Ämtern und Behörden thematisiert.

Neben der Angabe der Häufigkeit der genannten Erfahrungen sollten die Befragten außerdem den Grund für ihre Opfererfahrungen angeben. Auf diese Weise wird untersuchbar, wie Opfer- bzw. Diskriminierungserfahrungen mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe oder zugeschriebenen gruppenspezifischen Merkmalen zusammenhängen. Gezielt wurde dabei nach Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen¹⁷ als möglichem Grund für Opfer- bzw. Diskriminierungserfahrungen gefragt.

Zentrale Fragen und Ergebnisse

Der Teilhabesurvey gibt erste Antworten auf zentrale Fragen zur persönlichen Sicherheit von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen. Menschen in Privathaushalten sowie in Wohnformen und Einrichtungen wurden nach ihren Sorgen in Bezug auf konkrete Straftatbestände gefragt (Abbildung 3.7). Am häufigsten sind privat Wohnende über das Risiko, dass sie betrogen werden könnten, besorgt. Dies betrifft rund ein Drittel der Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderung sowie rund ein Viertel der nicht beeinträchtigten Personen. An zweiter Stelle steht bei rund einem Fünftel der Menschen mit Behinderung die Angst vor Einbrüchen (im Vergleich dazu sind es nur 11 Prozent bei beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten Personen). Sorgen über beschädigtes Eigentum oder Diebstahl beunruhigen Menschen in Privathaushalten am dritt- bzw. viertstärksten. Insgesamt zeigt sich, dass sich Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu beeinträchtigten oder nicht beeinträchtigten Personen häufiger über den Eintritt konkreter Straftatbestände sorgen.

Abbildung 3.7 Kriminalitätsfurcht – Privathaushalte

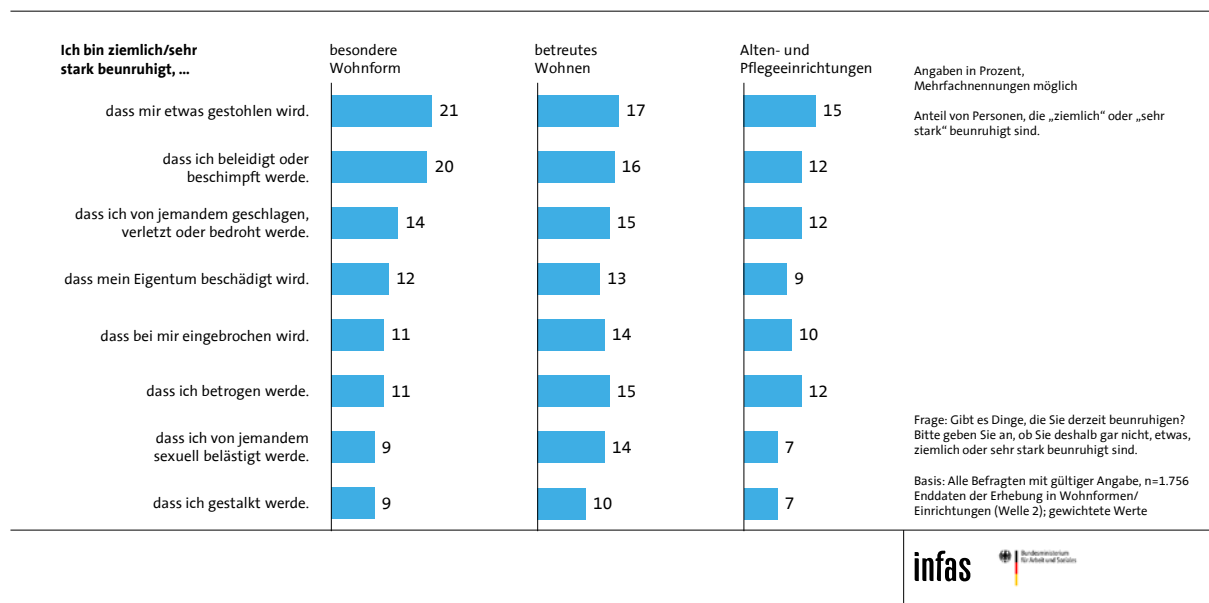


In den Wohnformen und Einrichtungen zeigt sich ein anderes Bild: Am häufigsten befürchten die Menschen, die dort leben, dass ihnen etwas gestohlen wird, gefolgt von der Sorge, beleidigt oder beschimpft zu werden, sowie der Angst, von jemandem geschlagen oder verletzt zu werden. Die Sorgen, die in Privathaushalten an den ersten Rängen genannt wurden, werden von Menschen in

¹⁷ Der Teilhabesurvey schließt nicht nur Menschen mit einer anerkannten Behinderung oder Schwerbehinderung ein, sondern umfasst alle Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen von einer voraussichtlichen Dauer von mehr als sechs Monaten. Zu diesem Personenkreis gehören auch Personen mit chronischen Erkrankungen. In der Antwortoption auf die Frage nach möglichen Gründen für Opfer- bzw. Diskriminierungserfahrungen wurden nicht nur Beeinträchtigungen, sondern explizit auch chronische Erkrankungen benannt, damit diese von den Befragungspersonen mitbedacht werden.

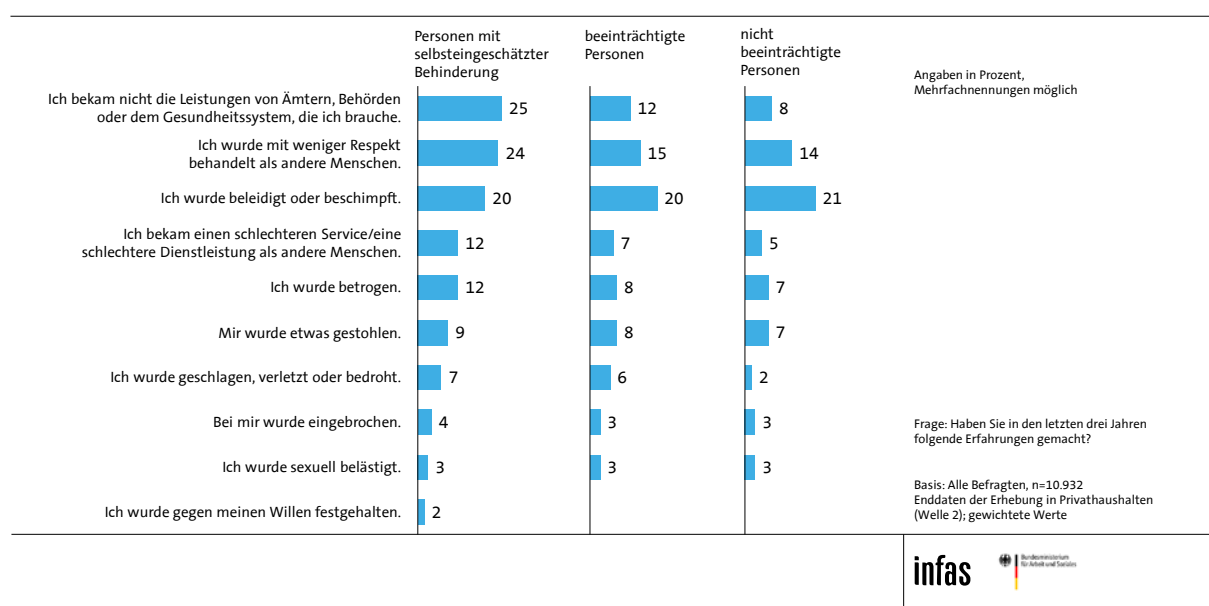
Wohnformen und Einrichtungen deutlich weniger häufig geäußert. Hingegen werden Ängste hinsichtlich der eigenen körperlichen Unversehrtheit dort häufiger genannt als von privat Wohnenden.

Abbildung 3.8 Kriminalitätsfurcht – Wohnformen/Einrichtungen



Betrachtet man die Diskriminierungserfahrungen, die Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen in den letzten drei Jahren erfahren haben, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Menschen, die in Privathaushalten wohnen, und Menschen, die in Wohnformen und Einrichtungen leben.

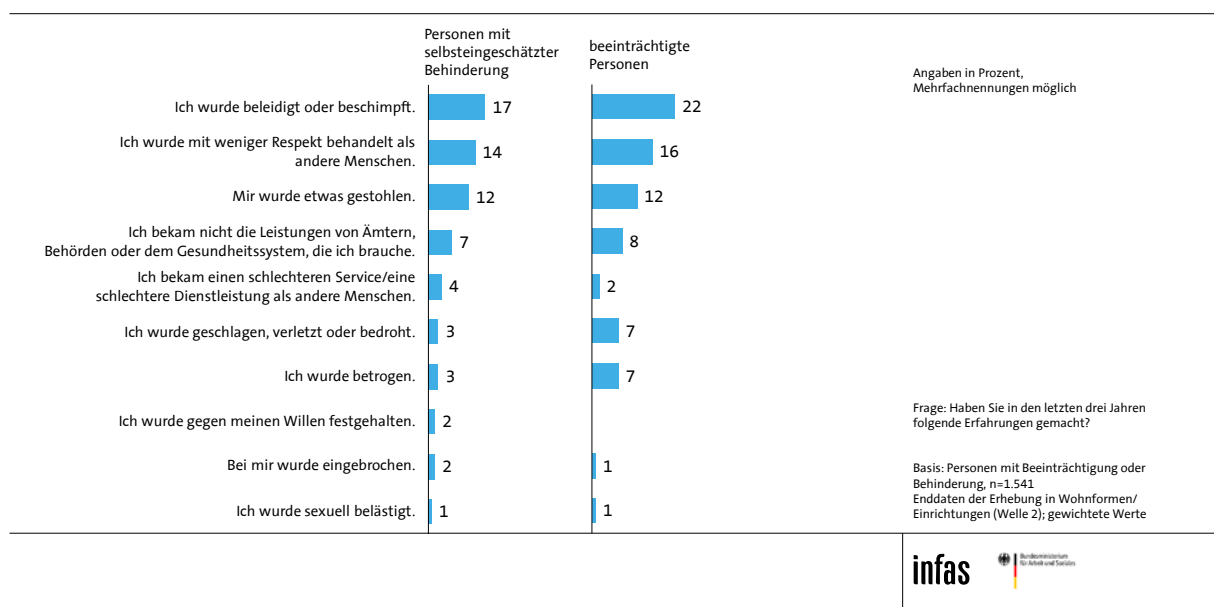
Abbildung 3.9 Manifeste Opfererfahrungen in den letzten drei Jahren – Privathaushalte



Am häufigsten berichten sowohl privat Wohnende als auch Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnformen und Einrichtungen, dass sie innerhalb der letzten drei Jahre die Erfahrung gemacht haben, mit weniger Respekt behandelt, beleidigt oder beschimpft worden zu sein. Privat wohnende

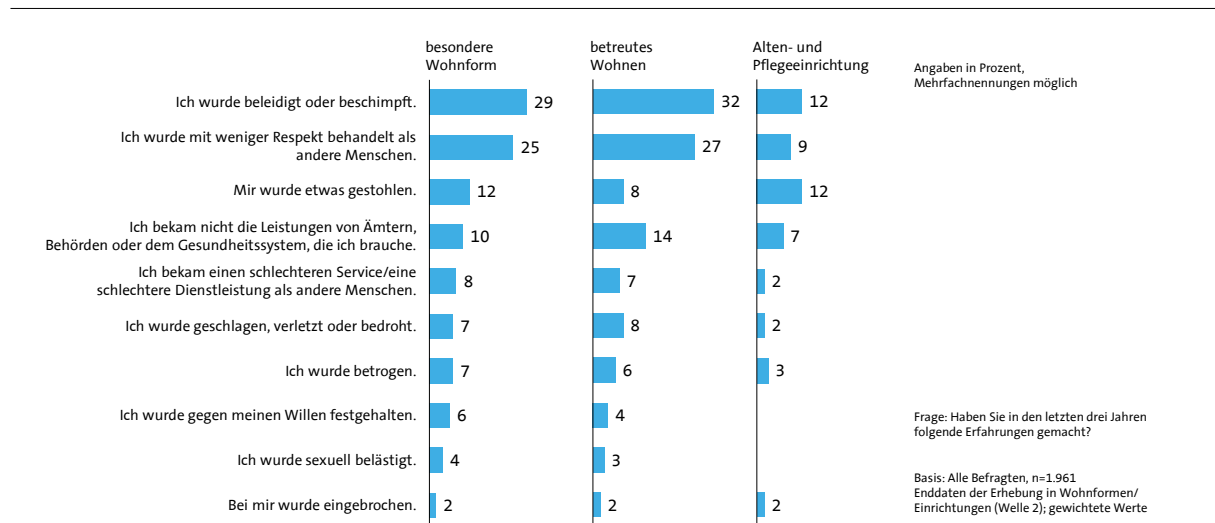
Menschen mit Behinderung geben an erster Stelle an, von Ämtern, Behörden oder dem Gesundheitssystem nicht die benötigten Leistungen erhalten zu haben. Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnformen und Einrichtungen berichten zudem häufig, dass ihnen etwas gestohlen wurde (vgl. Abbildung 3.10). Die berichteten Diskriminierungserfahrungen der letzten drei Jahre beziehen sich somit insgesamt eher auf subtilere Arten von Diskriminierung durch andere. Beleidigt oder beschimpft zu werden wird von einem Fünftel der Befragten, also einem recht hohen Anteil, genannt – und zwar unabhängig davon, ob eine Beeinträchtigung oder Behinderung vorliegt oder nicht. Es zeigt sich jedoch klar, dass Menschen mit Behinderung deutlich häufiger mit Diskriminierung in Berührung kommen als Menschen mit Beeinträchtigungen oder nicht beeinträchtigte Menschen – je nach Art der Diskriminierung sogar bis zu dreimal häufiger als nicht beeinträchtigte Personen. Dies gilt auch für körperliche Gewalt: Diese kommt insgesamt selten vor, betrifft jedoch im Vergleich deutlich häufiger Menschen mit Behinderungen als beeinträchtigte oder nicht beeinträchtigte Menschen. Insgesamt zeigt sich, dass Menschen, die in Wohnformen und Einrichtungen leben, etwas seltener Diskriminierungserfahrungen machen als privat wohnende Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen.

Abbildung 3.10 Manifeste Opfererfahrungen in den letzten drei Jahren – Wohnformen/Einrichtungen



Es zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede nach Art der Wohnform: In besonderen Wohnformen und im betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderungen werden Diskriminierungserfahrungen häufiger berichtet als in Alten- und Pflegeeinrichtungen (vgl. Abbildung 3.11).

Abbildung 3.11 Manifeste Opfererfahrungen in den letzten drei Jahren – nach Art der Wohnform/ Einrichtung



infas

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Menschen mit Behinderungen insgesamt deutlich häufiger mit Diskriminierung in Berührung kommen als Menschen mit Beeinträchtigungen und vor allem Menschen ohne Beeinträchtigungen. Eine Ausnahme stellen Menschen dar, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben. Gewalterfahrungen werden dort insgesamt seltener berichtet, jedoch sind auch dort jeweils Menschen mit Behinderungen häufiger betroffen. Auch die qualitativen Interviews unterstreichen die Unsicherheiten und Ängste vor Übergriffen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, die sie insbesondere in öffentlichen Räumen oder im Kontakt mit Unbekannten erleben. Diskriminierungserfahrungen wie Vorurteile, Kontaktängste, Beleidigungen und teilweise körperliche Übergriffe spielen außerdem eine zentrale Rolle (vgl. Kapitel 4.3).

4. Qualitative Vertiefungsstudie

Die qualitative Teilstudie zielt darauf ab, umfassende Einblicke zu gewinnen, indem sie spezifische Inhalte vertieft. Qualitative Ansätze ermöglichen es insbesondere, bei Fragestellungen, die sich nur schwer durch quantitative Items operationalisieren lassen, neue und bedeutsame Aspekte zu erfassen oder diese aus einer anderen Perspektive zu betrachten. Alle qualitativen Interviewformen, die in den Erhebungen zum Einsatz kommen, haben somit auch eine explorative Funktion. Es geht dabei weniger darum, vorgefertigte Hypothesen zu überprüfen, sondern vielmehr um Offenheit für neue, bisher weitgehend unbekannte Phänomene.

Interviewformen

Insgesamt wurden in der zweiten Welle 62 ergänzende qualitative Interviews durchgeführt. Davon entfielen 22 auf biografisch-narrative Interviews und 29 auf problemzentrierte Interviews mit Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, vereinzelt auch mit deren Angehörigen. Zudem wurden 11 Fokusinterviews mit Fachexpertinnen und -experten geführt. Die Interviews mit Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen oder deren Angehörige wurden überwiegend in Privathaushalten durchgeführt, jedoch fanden einige auch in Wohngemeinschaften mit Assistenz statt, um ein breites Spektrum der Lebensverhältnisse abzudecken. Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde ferner darauf geachtet, dass sich die Interviewpartnerinnen und -partner hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, wie Alter, Geschlecht und Einkommen, aber auch der Art und Schwere der Beeinträchtigungen und Behinderungen, ausreichend unterscheiden. Um die Interviews in den Gesamtkontext der qualitativen Studie einzuordnen und möglichst umfassend übergreifende Aspekte sowie Muster in den verschiedenen Teilhabebereichen zu identifizieren, wird zudem auf die Interviews der ersten Welle (77 problemzentrierte und 45 biografisch-narrative Interviews; vgl. Steinwede/Harand 2022) zurückgegriffen.

Biografisch-narrative Interviews dienen dazu, die Lebensgeschichten von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in den Kontext der behandelten Themen zu stellen. Die persönlichen Geschichten und Herausforderungen werden genauer betrachtet, um ein besseres Verständnis für die Lebenswege der Interviewten zu erhalten. Gleichzeitig wird mit problemzentrierten Interviews ein Blick auf die gegenwärtigen Lebensbedingungen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen geworfen, um aktuelle Herausforderungen für diese Bevölkerungsgruppe zu erfassen. Die vorab durchgeführten Interviews mit Fachexpertinnen und -experten dienten dazu, für Themenaspekte zu sensibilisieren, die für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen besonders relevant sind.

Übergeordnetes Ziel ist es, ein umfassenderes Verständnis für die Erfahrungen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zu gewinnen und gleichzeitig Hürden aufzudecken, mit denen diese Personengruppe konfrontiert sind. Die unterschiedlichen Interviewformen ermöglichen eine ganzheitliche Betrachtung der Thematik aus verschiedenen Blickwinkeln. Die gewonnenen Erkenntnisse aus diesen Interviews sollen nicht nur dazu beitragen, die individuellen Erfahrungen zu würdigen, sondern auch dazu, ein tieferes Verständnis für die breiteren gesellschaftlichen Kontexte und strukturellen Herausforderungen zu entwickeln, mit denen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen konfrontiert sind.

Themenbereiche

Die Themenbereiche der qualitativen Interviews sind in Anlehnung an diejenigen der quantitativen Befragungen gestaltet.

Insgesamt werden vier Schlüsselthemen behandelt, die einen umfassenden Einblick in die Lebensrealitäten und Herausforderungen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ermöglichen sollen. Aus diesen Themen wurden vier spezifische Interviewtitel für die Gespräche entwickelt:

- Beeinträchtigung und Gesundheit
- Partnerschaft und Familie
- Persönliche Sicherheit
- Bildung und lebenslanges Lernen

Die qualitative Auswertung der Interviews erfolgte durch eine detaillierte Kategorienbildung, die eine systematische Aufschlüsselung der Themen sowie Identifikation wiederkehrender Muster ermöglichte. Dadurch lassen sich die verschiedenen Facetten der Betroffenenperspektiven erfassen. Die aus den Interviewaussagen der betroffenen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie deren Angehörigen gebildeten Kategorien bestimmen im Folgenden die Struktur der Unterkapitel.

4.1 Beeinträchtigung und Gesundheit

Umfassende Teilhabe kann nur gelingen, wenn alle Menschen – unabhängig von ihren gesundheitlichen Voraussetzungen – die gleichen Chancen erhalten, am sozialen, kulturellen und beruflichen Leben mitzuwirken und aktiv sowie selbstbestimmt an der Gesellschaft teilzuhaben.

Die UN-BRK zielt darauf ab, sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht auf Gesundheit genießen wie alle anderen (Artikel 25). In der Konvention wird gefordert, dass Gesundheitsdienste zugänglich, bezahlbar und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt sein sollen. Zudem sollen Barrieren in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und bei Gesundheitsinformationen abgebaut werden, damit alle Menschen gleichberechtigten Zugang erhalten (Artikel 9). Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland bewerten ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu nicht beeinträchtigten Menschen schlechter. Sie berichten vermehrt von Versorgungslücken bei der Gesundheitsversorgung und einem eingeschränkten Zugang zu barrierefreien Arztpraxen. Zudem sind sie häufiger auf Unterstützung angewiesen, um Gesundheitsangebote wahrnehmen zu können, und kritisieren das unzureichende Angebot an Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten (vgl. Maetzel et al. 2021; Wacker et al. 2023).

Im Themenfeld *Beeinträchtigung und Gesundheit* beleuchtet die qualitative Studie persönliche und soziale Ressourcen der Interviewten. Zentral ist dabei der individuelle Umgang mit Beeinträchtigungen und die Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen. Zum einen steht die emotionale Verarbeitung von Beeinträchtigungen und Krankheiten der Befragten im Lebensverlauf im Fokus. Hierbei geht es sowohl um die Auseinandersetzung mit Ängsten als auch um die Entwicklung von Wegen zur Akzeptanz von Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen. Zum anderen erwähnen die Interviewten bewusste Bewältigungsstrategien zur Förderung des eigenen Wohlbefindens, wie mentale und handlungsorientierte Strategien. Unterstützung spielt ebenfalls eine wichtige Rolle, sowohl in Form sozialer Beziehungen als auch durch das Gesundheitssystem. In beiden Bereichen schildern die Interviewten sowohl positive als auch negative Erfahrungen.

Kategorien im Themenfeld *Beeinträchtigung und Gesundheit*:

Emotionale Verarbeitung von Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen

- Ängste
- Wege zur Akzeptanz

Bewusste Bewältigungsstrategien von Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen

- Mentale Strategien
- Handlungsorientierte Strategien

Unterstützung durch persönliche Beziehungen bei Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen

- Probleme und Hürden
- Positive Unterstützung

Gesundheitsversorgung

- Zufriedenheit
- Kritik

Emotionale Verarbeitung von Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen

In den Interviews berichten die Teilnehmenden von verschiedenen emotionalen Verarbeitungsmustern im Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen und Beeinträchtigungen. Besonders häufig wird Angst als Reaktion darauf genannt. Auf dem Weg zur Akzeptanz zeigen die Interviewten unterschiedliche Ansätze, um mit ihrer Situation umzugehen.

Ängste

Ängste, insbesondere vor Krankheit bzw. einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, dem Älterwerden oder den Auswirkungen einer Beeinträchtigung, sind ein wiederkehrendes Thema in den Interviews. Befragte äußern Sorgen, die sowohl die körperliche Gesundheit als auch die damit verbundenen sozialen und finanziellen Konsequenzen betreffen. Dabei geht es ihnen nicht nur um die eigene Verletzlichkeit, sondern auch um die Belastungen, die sie durch ihre Einschränkungen anderen aufbürden könnten.

Einige Interviewte schildern explizit ihre Angst vor Krankheit und einer verkürzten Lebenszeit. So berichtet Frau Moritz¹⁸ (52, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme), dass ihr bewusst gemacht wurde, ihre Lebenserwartung habe aufgrund angeborener Beeinträchtigungen ursprünglich nur 15 Jahre betragen sollen: *Und dann bin ich ganz erschrocken*. Die Befragte schildert die erhebliche psychische Belastung durch ihre jetzige schwere Krankheit: *Das Größte verursacht jetzt der Krebs psychisch. Macht mich psychisch fertig*. Besonders belastend ist für sie die Angst vor einem Rückfall, den die Ärzte als wahrscheinlich vorausgesagt haben.

¹⁸ Eine Übersicht aller im Bericht genannten Interviewpartnerinnen und -partner findet sich in Kapitel 7.9. Die vergebenen Pseudonyme wurden zufällig gewählt und stehen in keinem Bezug zu den tatsächlichen Namen.

Auch Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) schildert ihre Angst, besonders im Hinblick auf das Älterwerden und die damit verbundenen Risiken: *Man hat natürlich ständig Angst. Ich habe immer Angst, hinzufallen. Vor allen Dingen nach diesem Sturz, den ich hatte.* Sie beschreibt, dass ihre größte Sorge darin besteht, anderen Menschen zur Last zu fallen: *Und das ist der Stress eigentlich, der unterschwellige Stress, den man hat.* Bei Frau Bischof geht es auch oft um vermeintlich kleinere Dinge, die dennoch bei ihr zu einer dauerhaften inneren Anspannung führen: Sie äußert beispielsweise die Angst, etwas nicht zu verstehen oder falsch aufzufassen und gezwungen zu sein nachzufragen. Trotz allem bemüht sie sich, den Alltag in gewohnter Weise weiterzuführen, betont jedoch, dass stets der Gedanke im Hinterkopf bleibt: *Es kann auch alles schiefgehen.* Dies führt zu einer ständigen Unsicherheit, die sie als belastend empfindet.

Wege zur Akzeptanz

Viele der Interviewten versuchen, ihre Situation und ihre Einschränkungen im Laufe der Zeit zu akzeptieren. Dabei lassen sich verschiedene Wege zur Akzeptanz identifizieren, die von einer grundlegenden Zufriedenheit, am Leben zu sein, über die Überwindung von Verdrängung bis hin zu einer gleichzeitigen Erfahrung von Akzeptanz und Resignation reichen.

Überwiegend haben die Interviewten ihre gesundheitlichen Einschränkungen akzeptiert und beschreiben Zufriedenheit mit ihrem Lebensweg. So erzählt Herr Fischer (65), der seit seinem dreißigsten Lebensjahr eine fortschreitende chronische Krankheit und eine Beeinträchtigung beim Bewegen hat: *Also ich bin sehr zufrieden. Im Nachhinein mit meinem Leben sowieso und auch mit meiner Krankheit.* Herr Jilg (61, Beeinträchtigungen durch eine chronische Erkrankung und beim Bewegen) beschreibt seine Lage trotz mehrerer dauerhaften Beeinträchtigungen seit dem mittleren Alter ebenfalls lakonisch und zeigt eine pragmatische Einstellung gegenüber seinen körperlichen Einschränkungen: *Das Bein haben wir nicht retten können. Na ja, gut, dann eben ohne, kann man weiterleben [...] Ich humpele halt mit der Prothese rum, aber ich lebe noch und kann noch ein bisschen was machen.*

In einigen Fällen wird Akzeptanz gesundheitlicher Einschränkungen oder Beeinträchtigungen erst nach einer Phase der Verdrängung erreicht. Herr Hildebrandt (56, durch schwere seelische oder psychische Probleme und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) berichtet, dass er aufgrund von Beeinträchtigungen nicht mehr arbeiten kann. Für ihn folgte daraufhin ein langer Prozess des Akzeptierens. Er beschreibt, wie er zunächst die Hoffnung hatte, durch eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zurückzukehren, aber schließlich erkennen musste, dass dies nicht funktionierte: *Wo es dann zum Sechs-Stunden-Tag kam, war die Luft raus und [ich] musste dann wieder zu meinem Psychologen und sagen: ‚Du hast recht, es klappt nicht.‘* Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) verdrängte anfänglich ihre Parkinson-Erkrankung und wollte es ihrer Familie nicht mitteilen, um sie nicht zusätzlich zu belasten: *weil ich dann denen einiges zumute mit Krankheiten und so. Aber ich konnte es nicht verschweigen.* Auch Herr Conrad befand sich als Angehöriger in einem Prozess des Akzeptierens und gibt zu, dass er anfangs nicht wahrhaben wollte, als ihm die Beeinträchtigung seines damals einjährigen Kindes (beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag) mitgeteilt wurde: *Manchmal will man das vielleicht auch nicht so wahrhaben, was Fachleute einem dann sagen, und man versucht es ein bisschen anders zu drehen und noch was Positives zu sehen.* Inzwischen betont Herr Conrad, die Beeinträchtigung seines Sohnes akzeptiert zu haben.

In wenigen Fällen gehen Akzeptanz der Beeinträchtigungen und der gesundheitlichen Lage mit Anzeichen von Resignation einher. Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) schildert diesbezüglich, wie sie im hohen Alter die ihr möglicherweise

verbleibenden Jahre abzählt und nur noch bei bestimmten Aspekten, wie dem Zahnersatz, vollen Einsatz zeigt: *Da bin ich pingelig. Da lohnt alles, jedes Implantat und jede Krone.* Bei anderen Beeinträchtigungen hat sie jedoch resigniert: *Mir kann keiner garantieren, dass der Tinnitus [...] aufhört, im Gegenteil, der hat sich jetzt verfestigt. Da tut sich nichts mehr.* Herr Cuno (53) berichtet davon, wie er sich nach einer langen Zeit der inneren Kämpfe mit seiner chronischen Krankheit und einer Beeinträchtigung durch schwere seelische oder psychische Probleme und den damit verbundenen Einschränkungen arrangiert hat: *Dass ich krank bin, damit habe ich mich abgefunden. Dass ich nicht vernünftig schlafen kann, damit auch. Das hat ganz lange gedauert.*

Bewusste Bewältigungsstrategien von Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen

Neben der emotionalen Verarbeitung beschreiben die Interviewten auch gezielte Bewältigungsstrategien, um besser mit ihren Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen umzugehen. Dabei setzen sie sowohl auf mentale als auch auf handlungsorientierte Strategien.

Mentale Strategien

In den Interviews betonen Teilnehmende die hohe Bedeutung von Selbstbestimmung, positivem Denken und bewusstem Leben als zentrale Strategien im Umgang mit ihrer Krankheit und den damit verbundenen Herausforderungen. Selbstbestimmung wird dabei als entscheidendes Mittel verstanden, um das Gefühl von Hilflosigkeit zu überwinden und das eigene Leben aktiv zu gestalten. Positives Denken spielt eine weitere Schlüsselrolle, indem es hilft, die schwierige Situation pragmatisch und optimistisch zu betrachten. Einige wenige Interviewte finden zudem Trost und Kraft in Religion und Spiritualität, was ihnen eine Quelle der Zuversicht bietet.

Viele Interviewte betonen die Bedeutung von Selbstbestimmung in ihrem Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen. So sagt Herr Preuß (62, Beeinträchtigungen beim Bewegen und Hören): *Meine Einstellung ist so, also kein Arzt kann mir so doll helfen, wie ich mir selber.* Frau Moritz (52, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme) unterstreicht, dass sie trotz schwerer Krankheit ihre Unabhängigkeit wahren möchte: *Ich lasse mich nicht einschüchtern [...] Me, ich muss damit leben. Keiner nimmt es mir ab.* Herr Huber (72, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) beschreibt, wie er selbst über sein Leben entscheiden will: *Ich mache meinen eigenen Weg, solange es noch geht.* Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) stellt klar: *[Ich] Sorge schon selber dafür, dass es mir nicht schlecht geht.* Sie legt Wert darauf, nicht zu sehr auf andere angewiesen zu sein, selbst wenn sie ihre Grenzen anerkennt: *Ich spiele immer die Starke [...] aber wenn es darauf ankommt, sage ich auch anderen Leuten, dass ich gewisse Dinge nicht kann.*

Einige Interviewte betonen eine positive Haltung und lehnen das Klagen oder Beschwerden über ihre Situation explizit ab. Herr Huber (72, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) sagt knapp: *Wenn ich jammere, das bringt gar nichts.* Ähnlich äußert sich Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung), die beschreibt, dass sie früher oft über ihre Lage klagte, aber mittlerweile gelernt hat, das Positive zu sehen: *Ich bin nicht verrückt geworden, ich kann immer noch denken und mich einigermaßen artikulieren. Was will ich denn mehr?* Auch Herr Paulsen (80, Beeinträchtigungen beim Bewegen und Sehen) beschreibt humorvoll seine Einstellung gegenüber den Widrigkeiten des Lebens: *Mein Motto ist, ich gehe in den Wald, nehme einen Strick mit, lege mich unter dem Baum und wenn ich ausgeschlafen habe, gehe ich nach Hause.* Dabei kommt er zu dem Schluss: *Das Leben geht weiter. Man muss es immer positiv sehen.*

Einige wenige Interviewte beschreiben, wie sie Kraft und Trost in ihrem Glauben finden. So hat beispielsweise Frau Moritz (52, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme), die u. a. eine schwere Krankheit hat, eine bewusste spirituelle Praxis entwickelt: *Ich bete jeden Abend und der Herrgott hat mir geholfen.* Sie empfindet ihren Glauben als Quelle der Zuversicht, ist dankbar dafür und schildert, wie sich ihr Alltag dadurch verändert hat: *Man geht ganz anders an den Tag heran. Man lebt bewusster.*

Handlungsorientierte Strategien

Die handlungsorientierten Strategien der Interviewten, um besser mit Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen zurecht zu kommen, reichen von körperlichen und geistigen Aktivitäten über Hobbys bis hin zu bewussten Ruhepausen. Herr Preuß (62, Beeinträchtigungen beim Bewegen und Hören) unterstreicht die Bedeutung von gesundheitsfördernden Strategien exemplarisch: *Vorsorge, Prävention, das ist einfach das A und O, das, was man machen muss. Das fängt bei Ernährung an und Bewegung, Sport, Kram und sowas alles.*

Herr Fischer (65, beeinträchtigt durch eine chronische Erkrankung und beim Bewegen) geht auf die für ihn wichtige Rolle von Ernährung ein. Hiermit möchte der Befragte eine Verschlimmerung seiner Erkrankung vermeiden: *Weniger Fleisch essen, weniger Bier trinken, keine dicken Bohnen essen und solche Sachen, die halt diesen Kreatinin-Wert hochgetrieben hätten, ne?* Er beschreibt jedoch auch die Herausforderung der Umstellung: *Manchmal ist es mir nicht gelungen,* wodurch er Gichtanfälle bekam. Auch bei Herrn Ludwig (57, Beeinträchtigungen beim Bewegen und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag) wird deutlich, dass Bewegung eine Herausforderung sein kann, insbesondere wenn die Motivation fehlt. Er erzählt, dass der Gang zum Einkaufen anfangs schwerfiel: *Weil das war am Anfang ganz schlimm. Da bin ich gar nicht mehr fortgegangen. Habe ich gedacht, ach nein, der Rewe liefert nach Hause, setze mich an den Computer hin.* Mittlerweile hat er das Einkaufen jedoch als eine sinnvolle Aktivität für sich gestaltet: *Einfach, es ist ja auch eine Art Trainingsprogramm, was ich mache, dass ich was Sinnvolles habe.* Auch für Herrn Huber (72, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) ist Bewegung essenziell, er nutzt dafür alltägliche Aktivitäten wie Treppensteigen und löst zudem Kreuzworträtsel für die geistige Fitness.

Die Interviewten deuten auch auf Hobbys hin, die nicht nur der persönlichen Erfüllung, sondern auch zur Ablenkung von gesundheitlichen Einschränkungen dienen. So lautet die Strategie von Frau Moritz (52, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme), die eine schwere Krankheit mehrmals durchstanden hat: *Gedanklich immer wieder ablenken mit Ausflügen.* Frau Moritz findet auch Ablenkung und Kraft in Gartenarbeit und in der Zeit mit ihrer Familie: *Also mit Hobbys einfach und dann auch mit dem Enkelkind, dass man einfach dann da nicht mehr zurückdenkt.* Weitere Befragte erwähnen Reisen oder Urlaub als Möglichkeiten zur Steigerung des Wohlbefindens, während Herr Hildebrandt (56), durch schwere seelische oder psychische Probleme und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt, seine kreative Seite auslebt: *Ich habe angefangen mit Aquarellmalen [...] Sinn und Zweck dieser ganzen Geschichte im Rahmen von der Ergotherapie ist es ja, dass man halt was Positives sieht, dabei, dass man was Positives sieht, was man geschafft hat.*

Für manche Interviewte kann jedoch auch eine zu große Menge an Aktivitäten eine Belastung darstellen. So hat Frau Mahr (61), die durch Schmerzen und beim Bewegen beeinträchtigt ist, ihr Verhalten geändert und erkannt: *Ja, ich muss nicht überall [...] und gleich machen und gleich tun. Also ich kann auch mal nein sagen.* Sie betont, dass bei Aktivitäten die Erholung für sie im Vordergrund steht: *Ich nehme halt da meine Auszeiten.*

Unterstützung durch persönliche Beziehungen bei Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen

Die Interviewten der qualitativen Studie mit Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen erhalten Unterstützung durch persönliche Beziehungen vor allem aus ihrem engeren sozialen Umfeld, und beziehen auch lose Bekanntschaften in ihre Schilderungen ein, wenn es um positive Hilfestellung geht. Ausführlich besprechen die Interviewpartnerinnen- und partner aber auch Probleme und Hürden in persönlichen Beziehungen an.

Positive Unterstützung

Die Interviewten erzählen von vielfältiger Unterstützung, die sie in ihrem Alltag erfahren, insbesondere von der Familie, aber auch von Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunden, informellen sozialen Netzwerken und Selbsthilfegruppen. Dabei reichen die Hilfen von praktischer Unterstützung im Haushalt über emotionale Begleitung bis hin zu medizinischen Ratschlägen.

Ein wesentlicher Bestandteil der Unterstützung für die Interviewten kommt von ihren Familien, die ihnen regelmäßig helfen und ihnen den Alltag erleichtern. Herr Huber (72), der Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen hat, beschreibt exemplarisch die familiäre Unterstützung, insbesondere die zentrale Rolle seines Neffen in seiner Alltagsbewältigung: *Wenn was ist, brauche ich ihn bloß anzurufen, dann ist er gleich da und macht mir das.* Er fährt ihn zum Einkaufen und übernimmt auch andere Aufgaben, wann immer Unterstützung nötig ist. Familiäre Unterstützung für die Befragten erstreckt sich in einigen Fällen auch auf den medizinischen Bereich. So beschreibt Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung), wie sie auf die Expertise ihrer Tochter, einer Fachärztin in einer Klinik, vertraute, um eine informierte Entscheidung über eine geplante Operation zu treffen: *Die hat ihre Kollegen gefragt und die haben sich die Bilder angeguckt und haben gesagt, nein, wir würden nicht operieren, wir würden es lassen.* Auch Herr Fischer (65, beeinträchtigt durch eine chronische Erkrankung und beim Bewegen) erhielt durch seine Frau lebenswichtige Unterstützung: *Ich habe eine Niere von meiner Frau.*

Neben der Familie leisten Freundinnen und Freunde, Arbeitskolleginnen und -kollegen, Nachbarinnen und Nachbarn und kurzfristige Kontakte wertvolle Unterstützung im Alltag. Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) veranschaulicht anhand ihrer Erfahrung, dass viele Interviewte es schätzen, sich mit Freundinnen und Freunden über persönliche Herausforderungen auszutauschen: *Wenn ich wollte, könnte ich mit einer Freundin darüber sprechen.* Herr Bauer (46), der durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt ist, hebt die Unterstützung seines Vorgesetzten hervor: *Er weiß um meine Situation und hat Verständnis, wenn es mir schlecht geht.* Frau König (37, u. a. beim Bewegen, Sehen und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) berichtet, dass sich in ihrer Nachbarschaft regelmäßig gegenseitig Unterstützung angeboten wird, etwa durch eine Nachbarin: *Die hat gleich gesagt, wenn irgendetwas ist, das bringt sie das mit dem Auto mit.*

Kontakte im Krankenhaus werden von Herrn Ludwig (57, beim Bewegen und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) als eine Art informelles Netzwerk erlebt: *Jeder Krankenhausaufenthalt ist eigentlich auch eine Art Selbsthilfegruppe [...] da hat man drei Kollegen, die irgendwas in der Form haben.* Darüber hinaus berichten mehrere Interviewte von positiven Erfahrungen durch ihre Einbindung in tatsächliche Selbsthilfegruppen. Frau Giese (59, beeinträchtigt durch eine chronische Erkrankung) betont den Wert gemeinsamer spezifischer Erfahrungen in solchen Gruppen, die ihr gezielt weiterhelfen: *Ich kann jetzt nicht in eine Rollstuhlgruppe gehen, wenn ich noch laufen kann, das bringt nichts. Aber in so einem Verband, wo jetzt Blinde unter sich*

sind, da hat man doch spezielle Hilfen. Besonders nützlich ist für sie der Austausch, der ihr wertvolle Informationen liefert: *Da hört man über neue Gesetze. Da hört man [...] Neuigkeiten jetzt auf dem Hilfsmittelmarkt.* Frau Moritz (52, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme) hebt die Bedeutung der emotionalen Unterstützung in ihrer Selbsthilfegruppe hervor: *Wir reden nicht einschließlich den ganzen Tag nur um die Krankheit, sondern wir machen uns gegenseitig jeden Tag neuen Mut.*

Probleme und Hürden

Die Interviews zeigen auch verschiedene Probleme und Hürden in persönlichen Beziehungen der Befragten auf. So führt den Aussagen der Interviewten zufolge gut gemeinte Unterstützung bei Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Herausforderungen für die Betroffenen zu Spannungen. Ebenso berichten sie von Distanzierungen im nahen Umfeld aufgrund der Erkrankungen, was sie zusätzlich belastet. Auch Abwertungen und Kontrollverhalten in Familien wirken sich negativ auf die Interviewten aus. Einige wenige Interviewte sprechen sich außerdem gegen bestimmte Formen von Selbsthilfegruppen aus.

Die Interviewten berichten, dass vielen Hilfsangeboten eine positive Absicht zugrunde liegt, diese jedoch manchmal Gefühle von Abhängigkeit oder Entmündigung hervorrufen können. So beschreibt Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung), dass sie die häufigen Fragen ihrer Kinder zu ihrer Erkrankung oft als Belastung erlebt. *Also ich kriege zu viel, wenn sie sagen: ‚Wie geht es denn deinem Parkinson?‘ [...] das will ich nicht.* Auch in Fällen, in denen sie auf Hilfe verzichten könne, führt das gut gemeinte, aber von ihr als bevormundend empfundene Kümmeren bei ihr zu dem Wunsch nach Abstand und weniger Konfrontation mit der eigenen Krankheit.

Frau Anders (60, Beeinträchtigungen beim Bewegen und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag) bringt in diesem Kontext ein weiteres Problem für Interviewte zur Sprache: Die Schwierigkeit, gut gemeinte Hilfsangebote in Situationen, in denen sie selbstständig zurechtkommen, wertschätzend abzulehnen. *Der andere meint es gut,* aber oft fühlt sie sich durch Unterstützung in ihrer Eigenständigkeit eingeschränkt. Der Interviewten zufolge ist sie anfangs bei übertriebener Hilfsbereitschaft oft *schroff* geworden, doch hat sie gelernt, Angebote freundlich abzulehnen und den Hilfeanbietenden klarzumachen, dass sie die Situation allein bewältigen kann. Auch Herr Heinrich (50, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) erklärt, dass Hilfe für ihn manchmal unangemessen angeboten wird: *Die ist halt unpassend, weil sie in der Art und Weise dazu führt, dass der Mensch total entwürdigt und entmündigt wird.* Er illustriert dies anhand eines Beispiels: Wenn er Unterstützung beim Überqueren der Straße benötigt und jemand ihn dabei *am Oberarm packt, so, dass ich überhaupt keinen Bewegungsspielraum mehr habe,* fühlt er sich entmündigt: *So, jetzt bin ich nicht mehr handlungsfähig, jetzt muss alles mein Partner machen.* Statt dieser von ihm als übergriffig empfundenen Hilfe, wünscht er sich eine respektvollere Unterstützung: *Wenn man mir aber die Hand gibt und ich kann diese Hand als Stütze benutzen, wenn ich sie brauche [...] oder [...] nur als psychologische Sicherheit [...] dann ist das eine ganz andere Geschichte.*

Ein weiteres zentrales Thema ist Distanzierung durch andere, die oft aus Überforderung oder Unbehagen entsteht und die betroffenen Personen zusätzlich belastet. Frau Gehrke (60, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme) berichtet von ihrer Tochter: *Ich habe [...] zehn Jahre in ihrem Haushalt gelebt, die mit meiner Erkrankung gar nicht klarkam,* erzählt sie. Diese Distanzierung ging so weit, dass die Tochter nicht einmal das Zimmer betrat: *Die hat sich abgeschottet gegen mich, [...] hat mir manchmal eine Schale Erdbeeren in den Flur gestellt und sich schnell wieder verkrümelt.*

In der Beziehung von Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) zu ihrem Ehemann zeigt sich ein ähnliches Muster, das durch mangelnde Unterstützung und die Verdrängung ihrer Krebs- und Parkinson-Erkrankungen geprägt ist. *Von meinem Mann habe ich keine Unterstützung, weil der das völlig ausblendet. Der findet das so schrecklich, dass ich krank bin*, beschreibt sie. Durch diese Haltung hat sich das Gefühl, ihre Krankheiten stets zu verbergen und ihre Bedürfnisse zu unterdrücken zu müssen. So musste sie anfangs *ewig eine Perücke tragen, auch wenn es heiß war und nachts [...] so ein Mützchen aufziehen*, um die körperlichen Folgen ihrer Krebserkrankung unsichtbar zu machen. Selbst bei kleinen Bitten um Hilfe sorgte sie dafür, dass ihre Krankheit verborgen bleibt: *Wenn das Mützchen verrutscht, konnte er mich nicht angucken*, schildert sie die Schwierigkeiten, ihrem Mann ihre Realität verständlich zu machen.

Die Interviews zeigen außerdem auf, warum einige wenige Personen Selbsthilfegruppen ablehnen und stattdessen andere Formen der Unterstützung bevorzugen. Herr Jilg (61, Beeinträchtigungen durch eine chronische Krankheit und beim Bewegen) zeigt sich skeptisch gegenüber Selbsthilfegruppen, da er das Konzept der *Selbsthilfe* kritisch sieht: *Ich brauche gar keine Selbsthilfe, ich brauche eine Fremdhilfe*. Er erläutert, dass die Treffen seiner Ansicht nach nur den Austausch über Probleme ermöglichen, während er konkrete medizinische Unterstützung und Informationen bevorzugt, die er *auch im Internet abfragen* könne. Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) stört hingegen *das Selbstmitleid der anderen Leute*, was für sie *keine Basis* für einen Austausch ist. Sie sieht sich stattdessen selbst in der Verantwortung: *Man soll sich informieren über sein eigenes Leiden und dann weiß man, was man davon zu halten hat und was zu erwarten ist und wie das verläuft. Aber da kann einem keiner bei helfen*.

Gesundheitsversorgung

Auch das Gesundheitssystem spielt für die Befragten eine wichtige Rolle. Zwar äußern sich Interviewte oft zufrieden mit der Gesundheitsversorgung, doch zugleich berichten sie auch von zahlreichen Mängeln, die sie im Kontakt mit verschiedenen Akteuren erlebt haben.

Zufriedenheit

Nicht wenige Befragte äußern ihre Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung – wenn auch meist in Form einer kurzen Bestätigung. Bei einer ausführlicheren Beantwortung heben die Befragten insbesondere den Gewinn an Informationen sowie die erfahrene Wertschätzung hervor, die ihnen in verschiedenen Kontexten und Situationen der Gesundheitsversorgung zuteilwurden.

Frau Mahr (61, durch Schmerzen und beim Bewegen beeinträchtigt) spricht positiv über die Unterstützung, die sie durch Informationen erhielt, sei es über Physiotherapie oder psychologische Betreuung: *Weil man einfach Info gekriegt hat, die man nicht hat*. Herr Conrad als Angehöriger beschreibt, wie er wertvolle Unterstützung von einer gemeinnützigen Vereinigung erhielt, insbesondere bei bürokratischen Angelegenheiten wie der Beantragung eines Pflegegrads und eines Behindertenausweises für seinen Sohn. Er lobt die Hilfe, die ihn während eines Gesprächs mit dem medizinischen Dienst begleitete und durch gezielte Beratung den erfolgreichen Widerspruch ermöglichte: *Die haben uns supertoll unterstützt*. Wertschätzung und emotionale Unterstützung durch medizinisches Fachpersonal sind ebenfalls zentral für das Wohlbefinden der Interviewten, wie an einigen Stellen deutlich wird. Frau Mahr betont, wie wichtig es für sie ist, von ihren Ärzten ernst genommen zu werden und dass ihr *zugehört* wird. Mittlerweile fühlt sie sich von Ärzten gut betreut, die angemessen auf ihre Anliegen eingehen. Für Frau Gehrke (60, beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt) brachte die Behandlung bei einem empathischen Arzt eine *ganz deutliche Wendung*, weil dieser sie *in keine Schublade gesteckt [hat]*. *Der hat mich nicht mit Tabletten versorgt und eingeengt*.

Kritik

Mängel werden von den Interviewten ausführlicher geschildert. Die Interviews verdeutlichen die vielfältigen Herausforderungen, mit denen Betroffene im Gesundheitssystem konfrontiert sind. Bürokratische Hürden und komplizierte Antragsprozesse erschweren den Zugang zu notwendigen Leistungen und führen oft zu Frustration und Erschöpfung. Zudem ist Interviewten zufolge der Zugang zu verständlichen Informationen eingeschränkt. Sie beklagen auch den Mangel an passgenauen und flexiblen Gesundheitsangeboten, die den individuellen Bedürfnissen gerecht werden. Des Weiteren bemängeln einige Befragte fehlende Anerkennung, insbesondere bei der Beantragung von Leistungen. Interviewte berichten außerdem von finanziellen Einschränkungen, die durch hohe Zuzahlungen und unzureichende Krankenkassenleistungen entstehen. Die Befragten kritisieren zudem häufig, jedoch ohne detaillierte Erläuterung, Engpässe im Gesundheitswesen, wie lange Wartezeiten auf Arzttermine, Therapien, Kurse oder Untersuchungen wie ein MRT sowie vereinzelt den Mangel an bestimmten Medikamenten.

Bürokratie im Gesundheitswesen stellt laut Befragten eine erhebliche Hürde dar, die mit großem Aufwand und langwierigen Prozessen verbunden ist. Mehrere Befragte benutzen dabei das Wort „Kämpfen“. So wie Frau Moritz (52, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme), die die Erschwernisse bei der Beantragung der Erwerbsminderungsrente beschreibt: *Das ist ein langwieriger Kampf gewesen. Also ich habe mindestens drei Jahre gekämpft. Und für diese drei Jahre haben die nichts rückwirkend bezahlt, nichts.* Auch bei der medizinischen Versorgung sind bürokratische Hürden präsent: *Ich musste zu Pontius Pilatus rennen, bis man meine Krankheiten auf chronisch [geschrieben hat].* Herr Conrad als Angehöriger schildert ebenfalls die Frustration über die Bürokratie bei der Einstufung in einen Pflegegrad seines Sohnes: *Da sich durch diese ganzen Formulare zu wurschteln und sowas, das fand ich schon sehr aufreibend.* Besonders problematisch ist es für ihn, wenn einmal getroffene Entscheidungen durch Ämter oder andere offizielle Stellen immer wieder hinterfragt werden. So berichtet er von den wiederholten Anfragen des Amtsgerichts zur Überprüfung des Betreuungsbedarfs seines Sohnes, obwohl die Behinderung eindeutig festgestellt wurde:

Also da frage ich mich, lesen die nicht, was das für eine Diagnose ist, dass doch ganz klar ist, das wird sich nicht bessern, der hat jetzt schon hundert Prozent Behinderung [...] Und da muss ich das beim Hausarzt, der muss wieder ein ärztliches Attest oder Gutachten erstellen und das muss dann wieder zum Amtsgericht.

Ein weiteres Beispiel kommt von Herr Cuno (53, beeinträchtigt durch schwere seelische oder psychische Probleme und durch eine chronische Krankheit), der von der ständigen Wiederholung der gleichen Informationen bei der Beantragung von Gutachten berichtet und dabei auch die Mühen betont: *Irgendwann konnte ich das Wort Gutachten nicht mehr hören. ... das war schon anstrengend. Weil ich ja immer wieder quasi dasselbe erzählen musste.*

Der Zugang zu Informationen im Gesundheitswesen stellt für Betroffene zudem eine Herausforderung dar, die oft mit Unklarheiten verbunden ist. Mehreren Befragten fehlt eine zielgerichtete Möglichkeit, sich verlässliche Informationen zu beschaffen. Stattdessen empfinden diese Interviewten, dass sie oft auf sich allein gestellt sind. Dies beschreibt beispielsweise Frau Elsner (22, beeinträchtigt durch eine chronische Krankheit): *Also da habe ich nur einen Zettel bekommen, wo das draufstand, was das ist und ich sollte das selber googeln, damals von der Ärztin.* Diese Eigenverantwortung überfordert manche, wie Frau Gruber (19, durch schwere seelische oder psychische Probleme und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) verdeutlicht: *Wenn man im Internet guckt [...] ich finde da einfach nichts, egal, wie lange ich gucke.* Herr Jilg (61, Beeinträchtigungen durch eine chronische Krankheit und beim Bewegen) schildert die

Schwierigkeiten beim Zugang zu Informationen, selbst wenn diese vor Ort verfügbar sind: *Da liegt vielleicht bei der Krankenkasse dann eine Broschüre, aber sie müssen erst einmal dahin und die Broschüre lesen und das verstanden haben und dann die Maßnahme einleiten.* Für die betroffene Person gestaltet sich dies besonders herausfordernd: *Weil irgendwann macht das Gehirn sozusagen, es reicht mir jetzt, ich will gar nichts mehr hören und sehen [...] Also ich kann dann den Input, der da reinkommt, gar nicht mehr bewältigen.* In solchen Momenten vermisst der Befragte zusätzliche Unterstützung.

Weitere Probleme entstehen für Befragte, wenn Personen, die über die benötigten Informationen verfügen, diese nur unzureichend weitergeben. Interviewte bemängeln, dass Ärztinnen und Ärzte sich zu wenig Zeit nehmen. Herr Lindner (46, Beeinträchtigung durch eine chronische Erkrankung) schildert seine Erfahrungen: *Ja, mein letzter Besuch beim Orthopäden zum Beispiel ging ganz kurz. Ich wollte ihm noch anderes erklären, aber der hatte die Zeit nicht. Deswegen, er hat mir nicht zugehört und das gefällt mir nicht.* Ähnlich berichtet Frau Opel (75, durch Schmerzen und beim Bewegen beeinträchtigt) von einer Ärztin und betont die Frustration dabei: *Ich hatte eine Augenärztin [...] aber die war so überlaufen [...] die hatte keine fünf Minuten Zeit mal [...] zu sprechen [...] Das war ja wie so ein Schlag ins Gesicht.* Häufig fehlt Befragten eine feste Kontaktperson, um nicht ständig an andere Stellen verwiesen zu werden und ihre Probleme oder Sachverhalte immer wieder von Grund auf erklären zu müssen. Frau Göbel (34, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) bringt dies zum Ausdruck: *Dass man halt [...] bei den Behörden und nicht ständig weitergereicht wird.* Ein weiteres Defizit zeigt sich laut der Interviewten in der mangelnden Vielfalt und dem Fehlen von passenden Angeboten. Frau Dietrich (60, Beeinträchtigungen durch eine chronische Erkrankung und beim Bewegen) bemerkt: *Ich glaube, das hätte ich gut gefunden, wenn da mal solche Angebote / Dass man zumindest drüber nachdenken könnte, kann das für mich in Frage kommen, selbst wenn man es ablehnt.* Herr Stein (80, beeinträchtigt beim Hören und beim Bewegen) beschreibt konkret seine Probleme mit einem Rollator, der ihm zwar von der Krankenkasse gestellt wurde, aber seinen individuellen Bedürfnissen nicht gerecht wird: *Von der Krankenkasse bekommt man ein komisches schweres Ding. Damit kann man überhaupt nichts anfangen. Das Ding ist viel zu schwer, ich kann das nicht irgendwo ins Auto hieven.* Herr Moser (31) thematisiert hingegen die Schwierigkeiten bei Angeboten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die für ihn oft nicht bedarfsgerecht gestaltet sind: *Ich habe sehr häufig den Eindruck, es wird sehr pauschal geholfen, und das geht oft an den Leuten wirklich vorbei.* Dabei betont der Befragte, dass es ihm nicht um fehlende finanzielle Mittel geht, sondern um eine gezieltere Unterstützung: *Mit Leuten, die einfach fachlich beurteilen können, was die Person wirklich braucht, einen wirklichen Bedarf erkennen.*

Nicht selten bemängeln Befragte außerdem, dass es an Anerkennung fehlt. Sie fühlen sich häufig als Almosenempfänger. Frau Mahr (61, durch Schmerzen und beim Bewegen beeinträchtigt) beschreibt beispielsweise, wie sie beim Versuch, eine Physiotherapie zu erhalten, immer wieder auf Widerstand stieß und schließlich das Gefühl hatte, *betteln* zu müssen: *Man wird schon blöd angemacht.* Ähnlich berichtet Frau Göbel (34, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) von negativen Erfahrungen bei der Beantragung von Leistungen: *Und dann fühlst du dich halt immer irgendwie so ein bisschen als Bittsteller und manche Sachbearbeiter tun dann auch noch so, als wenn sie es aus eigener Tasche bezahlen müssten.*

Ein weiteres Beispiel liefert Frau Moritz (52, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme), die von einem Gutachter berichtet, der laut der Interviewten ihre Anliegen nicht ernst nahm: *Der hat nur Witze erzählt, der ist nicht [auf mich] eingegangen auf meine Symptome. Der hat nicht gefragt, ob ich Allergiker bin, oder sonst noch was. Der hat gar nichts gefragt.* Trotz der fehlenden Rückfragen und einer für die Interviewte unzureichenden Einschätzung kam der Gutachter zu einem Urteil: *Der hat einfach die ganzen Befunde / wie er mich gesehen hat,*

hat er geschrieben, ich kann noch sechs Stunden arbeiten. Die für die Interviewte mangelnde Anerkennung führt zu einer umfassenderen Enttäuschung, die ihr gesamtes Arbeitsleben betrifft:

Da fühlt man sich vom Staat auch im Stich gelassen. Mein Lebtage habe ich gearbeitet, von meinem 15., 16. Lebensjahr bis jetzt habe ich immer nur gearbeitet [...] Und dann wird man krank, und dann kann man nicht mehr so, wie man eigentlich arbeiten soll.

Die Befragten berichten schließlich von finanziellen Hürden im Gesundheitswesen. Frau Cichon (74), die beim Bewegen und durch Schmerzen beeinträchtigt ist, beschreibt Einschränkungen durch die Gesundheitskosten: *Mit der Gesundheit habe ich ein bisschen Probleme und mit wenig Geld. Zum Beispiel, jetzt müsste man Fußpflege machen oder was, und da hat man nichts, hat man nichts.* Diese haben Auswirkungen auch auf ihre sozialen Beziehungen: *Ich kann auch meinen Enkelkindern nie mal was schenken, so zum Beispiel, wenn sie Geburtstag haben oder Weihnachten.* Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) äußert große Angst vor den steigenden Kosten für die Gesundheit im Alter: *Ich habe Angst, dass es sehr, sehr teuer ist und dass wir nicht genug Geld dafür haben.* Sie fügt hinzu: *Wir haben uralte Autos. Das Auto meines Mannes ist 30 Jahre alt. Und wir haben nie teure Ferien gemacht.* Ihre Verzweiflung wird durch den extremen Gedanken verdeutlicht: *Ich habe auch schon lange gedacht, dass ich in die Schweiz gehe zu Exit, wenn die Schwierigkeiten so über uns zusammenschlagen.*

Zwischenfazit und Einordnung

Die Interviews veranschaulichen, wie die Befragten mit Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Herausforderungen umgehen. Dabei spielen sowohl die emotionale Verarbeitung als auch gezielte Strategien zur Bewältigung eine bedeutende Rolle. Mehrere Teilnehmende berichten von anfänglicher Angst, die sich auf gesundheitliche Einschränkungen, soziale Belastungen oder finanzielle Unsicherheiten bezieht. Diese Emotionen werden unterschiedlich verarbeitet – von anfänglicher Verdrängung über die schrittweise Akzeptanz der eigenen Situation bis hin zu einem pragmatischen Umgang, der Zufriedenheit mit dem eigenen Lebensweg beinhaltet. Es ist allgemein anerkannt, dass die subjektive Perspektive Betroffener eine zentrale Rolle bei der Bewältigung chronischer Krankheiten spielt. Um Versorgungskonzepte passgenauer an den Bedürfnissen und Anforderungen der Betroffenen auszurichten, müssen sie stärker berücksichtigt werden (vgl. Schaeffer, Haslbeck 2023). Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass es problematisch ist, Behinderung ausschließlich unter dem Aspekt der Krankheitsbewältigung zu betrachten. Dies fördert eine negative Sichtweise auf Behinderung und übersieht die Bedeutung positiver Selbstwahrnehmung von Menschen mit Behinderungen (vgl. Behrisch 2018).

Neben der emotionalen Auseinandersetzung setzen die Betroffenen gezielt mentale und handlungsorientierte Strategien ein, um ihr Wohlbefinden zu fördern. Selbstbestimmung, positives Denken und ein bewusster Lebensstil werden als Schlüssel genannt, um die Herausforderungen aktiv zu meistern. Ergänzend greifen viele auf handlungsorientierte Maßnahmen wie Prävention, körperliche Aktivität oder Ablenkung durch Hobbys zurück, die sie als essenziell für den Umgang mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen ansehen. Beim Gesundheitsverhalten zeigen sich im Teilhabebericht Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, ohne jedoch eine eindeutige Tendenz zu einem allgemein weniger gesundheitsförderlichen Verhalten bei Menschen mit Beeinträchtigungen zu erkennen. Zwar ernähren sich Menschen mit Beeinträchtigungen tendenziell weniger gesundheitsbewusst und rauchen häufiger, sie konsumieren jedoch auch weniger Alkohol (vgl. Maetzel et al. 2021). Die qualitative Studie zum Umgang mit Beeinträchtigung und Gesundheit zeigt hingegen auch die vielfältigen Ressourcen der Befragten, die zahlreiche Strategien einsetzen, um ihr Wohlbefinden aktiv zu fördern. Schaeffer und Haslbeck (2023)

betonen die Bedeutung des Selbstmanagements als kontinuierliche Aufgabe zur Verbesserung der Gesundheit insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen.

Unterstützung, sowohl durch das soziale Umfeld als auch durch das Gesundheitssystem, erweist sich als eine weitere wichtige Ressource für die Interviewten. Familie, Freunde und soziale Netzwerke werden oft als Quellen von Hilfe und emotionalem Rückhalt beschrieben. Auch die quantitative Studie (Welle 1) zeigt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen regelmäßige Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben aus ihrem privaten Umfeld erhalten, und zwar häufiger als nicht beeinträchtigten Personen. Die Mehrheit der Befragten empfindet die erhaltene Unterstützung als angemessen. Die Unterstützenden gehen meist auf die individuellen Bedürfnisse ein und bieten Hilfe genau dann an, wenn sie benötigt wird. Hinzuzufügen ist aber auch, dass Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt schlechter in enge Freundschaftsnetzwerke eingebunden sind, bei Personen in Einrichtungen zeigen sich sogar häufiger Anzeichen sozialer Isolation (vgl. Steinwede, Harand 2022, Maetzel et al. 2021). Die Berichte der qualitativen Studie zeigen zudem, dass Spannungen und Distanzierungen, die auf Erkrankungen und Beeinträchtigungen zurückzuführen sind, in persönlichen Beziehungen zusätzliche Belastungen mit sich bringen können.

Mit dem Gesundheitssystem zeigen sich die Interviewten zwar stellenweise zufrieden, wobei positive Erfahrungen wie informative Unterstützung oder erlebte Wertschätzung hervorgehoben werden. Dennoch überwiegt die Kritik an strukturellen Defiziten, die von den Befragten in größerem Umfang thematisiert werden. Besonders häufig werden bürokratische Hürden, mangelnde Flexibilität sowie das Fehlen passgenauer Angebote beanstandet. Darüber hinaus berichten Befragte von einem spürbaren Mangel an Anerkennung, insbesondere bei der Beantragung von Leistungen oder in Situationen, die persönliche Unterstützung erfordern. Diese Erfahrungen werden zusätzlich durch finanzielle Einschränkungen verstärkt, die für die Befragten den Zugang zu notwendigen Gesundheitsdiensten weiter erschweren.

Erfahrungen mit Behörden und öffentlichen Institutionen sind auch Thema der quantitativen Studie. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Menschen ohne Beeinträchtigung und solchen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen. Einige Befragte berichteten, dass Mitarbeitende in Behörden oft nicht auf ihre Bedürfnisse eingehen. Ebenso werden die Verständlichkeit von Informationen sowie die Gestaltung von Internetseiten häufig als problematisch empfunden. Besonders auffällig ist, dass viele Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen angeben, nicht die benötigten Leistungen von Behörden oder dem Gesundheitssystem zu erhalten. Auch diese Ergebnisse verdeutlichen die erheblichen Herausforderungen, mit denen diese Personengruppe im Umgang mit Behörden konfrontiert sind.

Insgesamt verweist die Kritik der Befragten an strukturellen Defiziten im Gesundheitssystem auch auf die Verpflichtungen aus Artikel 25 der UN-BRK, der das Recht auf Gesundheit betont. Dieser Artikel verpflichtet die Vertragsstaaten, eine zugängliche, hochwertige und diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die geschilderten Barrieren verdeutlichen jedoch die unzureichende Umsetzung dieses Rechts. Ansatzpunkte zur Verbesserung der Angebote und der Versorgung liegen in einer stärkeren Berücksichtigung der subjektiven Perspektive sowie der individuellen Bedürfnisse und Ressourcen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen.

4.2 Partnerschaft und Familie

Partnerschaft und Familie sind zentrale Lebensbereiche, die maßgeblich zur persönlichen Entfaltung und sozialen Teilhabe beitragen. Sie bieten Raum für Nähe, Unterstützung und Zugehörigkeit. Die UN-BRK garantiert das Recht von Menschen mit Behinderungen, eine Partnerschaft zu führen und

eine Familie zu gründen, ohne Diskriminierung oder Benachteiligung (vgl. Artikel 23). In der Konvention wird betont, dass alle Menschen, unabhängig von ihren Fähigkeiten, das gleiche Recht auf intime Beziehungen, elterliche Verantwortung und die Teilhabe an familiären und sozialen Strukturen haben. Menschen mit Beeinträchtigungen leben jedoch tatsächlich deutlich häufiger allein und haben seltener Kinder (vgl. Maetzel et al. 2021).

Die Interviewpartnerinnen und -partner der qualitativen Studie sprechen vorrangig über das Thema Partnerschaft und Familie im Zusammenhang mit emotionaler Unterstützung innerhalb dieser Beziehungen. Allerdings können auch Belastungen auftreten, sei es durch Schwierigkeiten in der Partnerschaft oder das Fehlen einer solchen.¹⁹ Wenn keine oder nur wenige Beziehungen in diesen Bereichen bestehen, berichten Gesprächspartnerinnen und -partner von kompensatorischen Kontakten, wie Freundschaften oder organisierten sozialen Netzwerken. In manchen Fällen werden auch Haustiere als wichtiger emotionaler Rückhalt genannt. Zudem äußern Interviewte eine Reihe von Herausforderungen, die bei der Partnerschaftssuche, einer möglichen Heirat und der Familiengründung mit Kindern auftreten können.

Kategorien im Themenfeld *Partnerschaft und Familie*:

Emotionale Unterstützung durch Partnerschaft und Familie

Belastungen in Partnerschaft und Familie

Kompensation beim Fehlen von Partnerschaft und Familie

Hürden Partnerschaftssuche/Heirat/Familiengründung

Emotionale Unterstützung durch Partnerschaft und Familie

In den Interviews wird deutlich, wie stark Partnerschaften und familiäre Bindungen durch Herausforderungen beeinflusst werden, die mit Beeinträchtigungen und schwierigen gesundheitlichen Situationen einhergehen. Die Aussagen der Befragten verdeutlichen, dass emotionale Unterstützung durch Partnerinnen, Partner und Familie eine zentrale Rolle dabei spielt, diese Herausforderungen zu meistern. Interviewte berichten sogar, dass die Beziehungen dadurch intensiver und belastbarer geworden sind.

Herr Bittner (60, Beeinträchtigungen u. a. beim Bewegen) beschreibt, dass seine Partnerschaft durch die Bewältigung gemeinsamer Herausforderungen enger geworden ist: *Man lebt intensiver die Zeiten gemeinsam. Man hat das gemeinsam durchgestanden.* Ähnlich berichtet Frau Neumann (84, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) von der Erkrankung ihres Mannes, die die Beziehung gestärkt hat: *Es hat uns immer zusammengeschweißt, wir haben immer zusammengehalten. Was blieb uns anderes übrig? Wir haben uns da gut durchgekämpft.*

Auch Herr Paulsen (80, Beeinträchtigungen beim Bewegen und Sehen) äußert sich positiv über seine aktuelle Partnerschaft: *Es ist ein schönes Gefühl, dass jemand da ist, wenn man morgens aufwacht.* Im Rückblick auf seine frühere Ehe stellt er fest, dass er heute mehr Wert auf die essenziellen Dinge

¹⁹ Um den Kontext der Ausführungen zu wahren, werden einige Passagen, die neben hauptsächlich emotionaler Unterstützung auch negative Aspekte innerhalb der Beziehungen thematisieren – und umgekehrt –, nicht in unterschiedliche Kategorien voneinander getrennt.

legt: *Früher habe ich meine Frau geweckt, wenn sie schnarchte, heute denke ich, wenn meine Partnerin schnarcht, dann lebt sie noch – und ich auch.*

Herr Hildebrandt (56, durch schwere seelische oder psychische Probleme und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) schildert hingegen die Schwierigkeiten, die seine Frau mit seiner Krankheit hatte: *Meine Frau wusste überhaupt noch nicht, was sie mit der Depression anfangen konnte [...] sie hat erst später gemerkt, dass es gar nicht so einfach ist, wieder gesund nach Hause zu kommen.* Trotz der Komplexität ihrer Situation stand sie ihm stets zur Seite: *Sie ist jemand, der probiert hat, mir zu helfen [...] sie hat mir keinen Stress gemacht.* Die Beziehung litt jedoch unter seiner zunehmenden emotionalen Distanz: *2013 ging das los, dass ich noch nicht mal ertragen habe, dass mich meine Frau in den Arm nimmt.* Zusätzlich belasteten Medikamente das sexuelle Leben: *Die Antidepressiva haben voll reingehauen, weil die Nebenwirkung ist, dass man keine Lust auf Sex hat.* Obwohl er sich Sorgen machte, dass seine Frau ihn deshalb verlassen könnte, vermittelte sie ihm stets Vertrauen und Sicherheit: *Aber meine Frau hat mir nie das Gefühl gegeben, dass sie gehen würde.* Im Vergleich zu anderen mit ähnlichen Erfahrungen sieht er sich in einer privilegierten Position: *Viele Ehen oder Freundschaften sind an diesem Thema zerbrochen.*

Herr Hildebrandt hebt außerdem die Bedeutung seiner Familie hervor: *Meine Frau, meine Kinder und auch meine Schwägerin [...] haben mir geholfen. Sie haben mir die Hand gereicht und gesagt: Wir schaffen das.* Auch wenn die Beziehung zu seiner Frau manchmal schwierig war, konnten sie die Hürden gemeinsam überwinden: *Meine Frau ist immer weitergegangen, sie ist immer mit mir gegangen, und meine Kinder auch.* Frau Dietrich (60), die durch eine chronische Erkrankung und beim Bewegen beeinträchtigt ist, betont hingegen die Rolle ihrer Kinder in ihrem Leben: *Meine Kinder waren und sind immer noch der zentrale Punkt in meinem Leben. Sie waren immer wichtiger als mein Partner, was er aber auch akzeptiert hat, weil es für ihn mit seinen Kindern genauso war.*

Belastungen in Partnerschaft und Familie

Die Interviewten berichten auch von Belastungen in Partnerschaften, die im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Einschränkungen auftreten. Diese Herausforderungen beeinflussen oft nicht nur die Partnerschaft, sondern auch das individuelle Wohlbefinden. Die Interviewten schildern, wie sich die gesundheitlichen Einschränkungen eines Partners negativ auf das gemeinsame Leben auswirken und zu emotionalen und körperlichen Distanzierungen führen können. Neben der direkten Belastung durch Krankheiten thematisieren einige auch Einsamkeit als Folge des Fehlens einer Partnerschaft.

Herr Paulsen (80, Beeinträchtigungen beim Bewegen und Sehen) berichtet, dass die Krankheit seiner Frau die Beziehung stark veränderte. Multiple Sklerose und die damit verbundenen Behandlungen führten zu körperlichen und emotionalen Veränderungen bei seiner Frau, die sich auch auf das Zusammenleben auswirkten. Diese Belastungen führten zu Stimmungsschwankungen: *Sie hatte natürlich schlechte Laune, war manchmal anderen gegenüber ungerecht.* Herr Paulsen zeigt Verständnis, da seine Frau nicht wusste, *wie lange lebe ich eigentlich noch.* Die Krankheit beeinträchtigte auch die körperliche Nähe zwischen ihnen: *Ja, fass mich an, halt mich fest, aber streichle mich nicht.* Dies belastete die Beziehung, da seine Frau *für Liebesleben, für Streicheleinheiten kein Interesse mehr gehabt* habe. Zusätzlich leidet Herr Paulsen selbst unter einer (weiteren) Beeinträchtigung nach der Entfernung seiner Prostata: *Ich bin ein halber Hahn, auf dem Hühnerhof hätten sie mich schon geschlachtet, weil ich ja nichts mehr [...] machen kann.* Trotzdem beschreibt er eine Art Übereinkommen in der Beziehung: *Mit meiner Frau, der kam es vielleicht gelegen durch ihre Krankheit MS, dass sie keinen Geschlechtsverkehr mehr hatte, ihr kam es gelegen.* Trotz dieser Herausforderungen blickt er positiv auf seine Ehe zurück: *Ich habe eine harmonische Ehe*

gehabt. Wir waren 56 Jahre verheiratet [...] Da gab es keine Zärtlichkeit mehr, weil das konnte sie nicht mehr vertragen. Aber trotzdem habe ich sie bis zum Schluss geliebt.

Frau Dietrich (60, Beeinträchtigungen durch eine chronische Erkrankung und beim Bewegen) spricht offen über die Alkoholsucht ihres Mannes, die in Verbindung mit ihren eigenen Beeinträchtigungen die Beziehung belastete und schließlich zur Trennung führte: *Als das dann mit der Diagnose [...] und der OP war [...] war für mich klar, ich will dieses so nicht mehr.*

Einsamkeit ist ebenfalls ein zentrales Thema in den Interviews. Herr Moser (31) beschreibt seine Einsamkeit insbesondere während der Feiertage: *Jetzt über Weihnachten und über Neujahr und Geburtstag, da hätte man schon eine Partnerin gerne.* Herr Bock (65, Beeinträchtigung beim Bewegen) reflektiert darüber, wie eine Operation sein Leben positiv verändert hat, er aber nach der Trennung von seiner Frau trotzdem mit Einsamkeit zu kämpfen hat: *Ich bin nicht unzufrieden [...] Aber trotzdem, irgendwie ist es so, ja, man ist doch einsam.* Herr Jilg (61, Beeinträchtigungen durch eine chronische Krankheit und beim Bewegen) spricht ebenfalls über seine Einsamkeit, betont aber die Freiheit, die er durch das Alleinleben empfindet: *Der positive Effekt ist, ich kann die Tür jetzt hinter mir zu machen und sagen: ‚Jetzt könnt ihr mich alle mal.‘* Er erklärt weiter, dass er sich nicht für eine Beziehung eigne: *Ich konnte es bisher niemandem zumuten, mit mir zusammenzuleben.*

Kompensation beim Fehlen von Partnerschaft und Familie

Freundschaften, organisierte soziale Kontakte und auch Haustiere übernehmen wichtige Funktionen in Abwesenheit von Partnerschaften oder familiärem Rückhalt, indem sie emotionale Unterstützung und Gesellschaft bieten.

Freundschaften nehmen für viele Interviewte eine zentrale Rolle ein. Frau Nitschke (31, Beeinträchtigungen durch eine chronische Erkrankung und Suchterkrankung) beschreibt ihr nahes Umfeld: *Ich habe einen engen Freundeskreis, mit denen bewege ich mich halt relativ viel, auch in meiner Freizeit.* Sie betont, dass ihr Freundinnen und Freunde so wichtig wie Familie sind und sie daher keine Partnerschaft vermisst: *Ich habe so intensive Freundschaften, dass mir das nicht fehlt.* Diese intensive Bindung an Freundinnen und Freunde bietet ihr gleichzeitig Freiheit, da sie sich ihre sozialen Kontakte aussuchen kann, ohne in eine Abhängigkeit zu geraten: *Ich habe dadurch alle Freiheiten.*

Haustiere spielen ebenfalls eine wichtige Rolle im Leben vieler Interviewter. Hunde werden oft als emotionaler Halt und Unterstützung beschrieben. Herr Euler (72, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) vergleicht die Verpflichtung durch einen Hund scherzhaft mit der einer Ehe oder der Verantwortung für ein Kind: *Der ist noch schlimmer, als wenn Sie verheiratet wären.* Er betont gleichzeitig die emotionale Unterstützung, die sein Hund bietet: *Es ist eine persönliche Hilfe.* Frau Nägele (78, Beeinträchtigungen durch eine chronische Erkrankung und beim Bewegen) beschreibt die tiefe Verbindung zu ihrem Hund, die sogar Vorrang vor einer Bekannten hat: *Sie hat ja schon mal gesagt: ‚Komm halt mal zum Kaffee. Aber ohne Hund.‘ Habe ich gesagt: ‚Dann komme ich auch nicht.‘* Ihr Hund ist für sie unverzichtbar: *Mein Hund ist mein Schatz.*

Organisierte soziale Kontakte, wie Vereine oder institutionelle Unterstützungsangebote, spielen für einige Interviewte ebenfalls eine wichtige Rolle. Frau Neumann (84, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) beschreibt, wie ein Dart-Klub ihr Freude macht und Gesellschaft bietet. Nach dem Tod ihres Mannes blieb der Verein eine wichtige Stütze für sie: *Der kümmert sich um mich.* Einige Interviewte, insbesondere in den besuchten Wohngemeinschaften mit Assistenz, erwähnen außerdem häufig Betreuende als wichtige Kontaktpersonen, wie es Herr Höfer (69, beim

Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt) knapp ausdrückt: *Mein Betreuer ist der wichtigste Mann für mich.*

Hürden Partnerschaftssuche/Heirat/Familiengründung

Für viele Befragte sind verschiedene Hürden wesentliche Gründe, warum sie entweder keine Partnerschaft eingehen, ihre Beziehung belastet wird oder sie keine Familie gründen. Gesundheitliche Einschränkungen haben dabei den größten Einfluss. Darüber hinaus berichten Interviewte von wirtschaftlichen Aspekten, die ihre Partnerschaftssuche erschweren. Hürden, die für die Interviewten gegen das Kinderkriegen sprechen, werden kaum direkt genannt; vielmehr ergeben sie sich implizit aus den Schwierigkeiten bei der Partnerschaftssuche.

Beeinträchtigungen und gesundheitliche Einschränkungen stellen für einige Befragte eine erhebliche Herausforderung bei der Partnerschaftssuche dar – insbesondere für die Interviewten mit Hörsehbeeinträchtigung. Herr Noack (Alter nicht genannt, Hörsehbeeinträchtigung) erklärt, wie seine Nachtblindheit das Kennenlernen erschwert. Treffen am Abend seien wegen der schlechten Beleuchtung und des eingeschränkten Sehfelds kaum möglich:

Wenn man dann sich irgendwo in einem Restaurant oder im Café trifft mit abends immer so Muschebubulicht und dunkel, dann ist es schlecht, um überhaupt dann noch mit einem geschränkten Sehfeld dann noch überhaupt noch Körpersprache wahrzunehmen.

Herr Szabo (65, Hörsehbeeinträchtigung) beschreibt die Schwierigkeit, nonverbale Signale wahrzunehmen, die beim Flirten oft entscheidend sind. *Ein Normalsehender wird flirten oder auf Augenkontakt gehen. Das fällt ja bei Sehbehinderten oder Blinden weitestgehend weg. [...] Ob sie dann auf meine Blicke reagiert oder nicht, das kriege ich ja gar nicht mit.* Diese Einschränkung macht für ihn das Kennenlernen sehr schwierig.

Unsicherheit und die Angst vor Zurückweisung beeinflussen ebenfalls die Partnersuche. Frau Löwenstein (30, Hörsehbeeinträchtigung) berichtet, dass sie lange Zeit Schwierigkeiten hatte, Menschen direkt anzusprechen: *Ich habe mich teilweise auch gar nicht getraut, war sehr, sehr schüchtern.* Beim Online-Dating fühlte sie sich jedoch sicherer: *Ich musste mich ja nicht verstecken vor irgendjemandem. Mir konnte ja nichts passieren. Und wenn er mich auslacht oder so, dann kriege ich das nicht mit.* Dies hat ihr geholfen, offener mit ihrer Behinderung umzugehen. Dennoch zeigt die Passage, wie die Angst vor Diskriminierung die Partnerschaftssuche erschwert. Herr Tonn (37, Hörsehbeeinträchtigung) beschreibt die zunehmende Isolation durch seine Beeinträchtigung als ein wesentliches Hindernis. Früher ausgeübte Hobbys, die ihm soziale Kontakte ermöglichten, kann er aufgrund seines verschlechterten Sehvermögens nicht mehr ausüben. Zwar hat Herr Tonn neue Hobbys gefunden, aber diese bieten weniger Möglichkeiten, unter Menschen zu kommen. Beim Online-Dating bleibt seine Behinderung zunächst unbemerkt, wird jedoch spätestens beim ersten Treffen zum Thema. Auch hier spielt die Angst vor Diskriminierung eine Rolle: *Eigentlich will man ja am Anfang alles möglichst locker und spaßig halten und nicht gleich mit ‚ich bin schwerbehindert und vielleicht demnächst komplett blind‘ um die Ecke kommen. Das nimmt gleich viel Unbeschwertheit raus.*

Frau Neumann (84, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) möchte wegen gesundheitlicher Einschränkungen gar keine Beziehung eingehen: *Ich will nicht einen Pflegefall übernehmen, weil ich selber Hilfe brauche.* Dennoch schließt sie eine Partnerschaft nicht völlig aus: *Manchmal trifft man jemanden, der einfach passt.* Herr Jochim (79, Beeinträchtigungen u. a. durch eine chronische Krankheit) berichtet, dass er als junger Mann aufgrund seiner gesundheitlichen Instabilität den Gedanken an eine Ehe verworfen hatte: *Ich wollte keinen anderen Menschen*

unglücklich machen. Mittlerweile ist er jedoch glücklich verheiratet, was laut des Interviewten auch darauf zurückzuführen ist, dass seine Frau ebenfalls eine Beeinträchtigung hat. Dadurch haben sich die beiden gut ergänzt, wie er scherzhaft erzählt: *Wir haben uns geeinigt, dass ich die Luftprobleme habe und sie die Hörprobleme.* Trotz dieser Herausforderungen beschreibt er seine Ehe als glücklich: *Das war eine Ehe nach Bilderbuch.* Gesundheitliche Beeinträchtigungen können nicht nur die Partnerschaftssuche erschweren, sondern auch bestehende Beziehungen erheblich belasten. Herr Szabo (65, Hörsehbeeinträchtigung) beschreibt, wie der plötzliche Verlust der Sehkraft innerhalb kurzer Zeit seine Ehe zum Scheitern brachte. Die drastische Veränderung stürzte ihn zunächst in eine existenzielle Krise: *Man hängt erst mal in der Luft oder fällt in ein tiefes Loch. Und da machen sich dann auch Depressionen breit und man fängt an zu grübeln, wie es weitergeht.* Die psychische Belastung durch die Krankheit führte nicht nur zu persönlichen Herausforderungen, sondern belastete auch die Beziehung immer stärker. Schließlich zog sich seine Partnerin zurück: *Irgendwann war die Beziehung dann in der Art hinüber, da hat meine Ex dann gesagt, sie wollte noch mal glücklich werden, anderweitig.*

Ein weiterer Grund, warum einige der Befragten keine Partnerschaft eingehen, sind finanzielle Überlegungen. Herr Paulsen (80, beeinträchtigt beim Bewegen und beim Sehen) will nicht heiraten, damit seine Partnerin weiter Witwenrente beziehen kann: *Wenn wir heiraten würden, das wäre ja dumm.* Heiraten käme für ihn nur bei einem Lottogewinn infrage, fügt er scherzhaft hinzu. Auch Herr Yalcin (46, Beeinträchtigung beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag), der in einer Wohngemeinschaft mit Assistenz lebt, antwortet knapp auf die Frage, ob eine Heirat für ihn infrage käme: *Heiraten ist mir zu teuer.* Er fügt hinzu, dass er die Ehe nicht für notwendig hält und das Zusammenleben ohne Tauschein bevorzugt: *Spart man haufenweise Geld und Ärger.*

Zwischenfazit und Einordnung

Die Interviews zeigen, dass Partnerschaft und Familie für die interviewten Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen eine zentrale Rolle als Quelle emotionaler Unterstützung spielen, jedoch auch mit erheblichen Herausforderungen verbunden sein können. Während Partnerschaften und familiäre Bindungen in schwierigen Lebenssituationen oft als belastbar und intensiv beschrieben werden, berichten Betroffene zugleich von Belastungen, die mit gesundheitlichen Einschränkungen in Partnerschaft und Familie einhergehen. Solche Belastungen können nicht nur die Beziehungen selbst, sondern auch das individuelle Wohlbefinden beeinträchtigen und in einigen Fällen zu Isolation oder Einsamkeit führen. In Abwesenheit partnerschaftlicher oder familiärer Unterstützung kompensieren Interviewte dies durch Freundschaften, soziale Netzwerke oder den Beistand von Haustieren, die als emotionale Stützen eine wichtige Rolle übernehmen.

Gleichzeitig thematisieren die Interviewten jedoch Hürden bei der Partnerschaftssuche, Heirat oder Familiengründung. Diese Hürden betreffen sowohl gesundheitliche Beeinträchtigungen als auch in einigen Fällen wirtschaftliche Herausforderungen, die das Streben nach Partnerschaft und Familie erschweren. Laut Behrisch (2020) erfahren Menschen mit Behinderungen, insbesondere Frauen, dass ihr Wunsch nach einer eigenen Familie und Kindern weniger respektiert wird als bei Menschen ohne Behinderungen. Oft wird ihre Kompetenz in diesem Bereich infrage gestellt. Besonders betroffen sind Menschen mit Beeinträchtigungen beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag, die in besonderen Wohnformen leben, wo Themen wie Sexualität, Partnerschaft und Familiengründung häufig kaum berücksichtigt oder eingeschränkt werden (vgl. ebd.).

In der quantitativen Befragung in privaten Haushalten zeigt sich zwar, dass Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen ähnlich häufig verheiratet sind und mit einer Ehepartnerin oder einem Ehepartner zusammenleben. Bei denjenigen, die nicht mit einer Ehepartnerin oder einem

Ehepartner zusammenleben, gibt es jedoch deutliche Unterschiede: Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen haben seltener eine feste Partnerschaft als nicht beeinträchtigte Personen. Zudem haben Partnerinnen oder Partner von Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen selbst oft ebenfalls eine Beeinträchtigung oder Behinderung. Dies kann einerseits das gegenseitige Verständnis fördern und die Unterstützung erleichtern, andererseits aber auch zusätzliche Belastungen durch gemeinsame Herausforderungen mit sich bringen. Diese Ergebnisse spiegeln sich in den Aussagen der qualitativen Studie zu emotionaler Unterstützung und erlebten Belastungen wider.

Außerhalb von Partnerschaft und Familie geben Menschen mit einer selbst eingeschätzten Behinderung häufiger an, keinen engen Freundes- oder Bekanntenkreis zu haben, im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen (vgl. Maetzel et al. 2021). Menschen mit Beeinträchtigungen verbringen weniger häufig Zeit mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn und geben doppelt so häufig das Gefühl von Einsamkeit und fehlender Gesellschaft an wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Es zeigt sich somit, dass die in den qualitativen Interviews beschriebenen Möglichkeiten, emotionale Unterstützung durch soziale Beziehungen außerhalb von Partnerschaft und Familie zu erhalten, für Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt seltener verfügbar sind.

Insgesamt wird deutlich, dass Partnerschaften und soziale Bindungen zwar bedeutende Ressourcen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen darstellen. Die qualitativen Interviews zeigen jedoch auch, dass gesundheitliche Einschränkungen, soziale und wirtschaftliche Hürden es Betroffenen erschweren, Partnerschaften zu etablieren oder eine Familie zu gründen. Der Zugang zu den in der UN-BRK verankerten Ansprüchen, insbesondere zu Artikel 23, der Menschen mit Behinderungen Heirat, Familiengründung und die volle Teilhabe an familiären Beziehungen zusichert, ist somit eingeschränkt.

4.3 Persönliche Sicherheit

Persönliche Sicherheit basiert auf dem Schutz der körperlichen und seelischen Unversehrtheit. In einem sicheren Umfeld herrschen weder Gewalt, Bedrohung noch Diskriminierung, wodurch umfassende Teilhabe für alle möglich wird. Die UN-BRK verpflichtet die unterzeichnenden Staaten, Menschen mit Behinderungen vor Übergriffen zu schützen und ihre Würde zu wahren. Sie fördert den Abbau von Stereotypen, Vorurteilen und Benachteiligungen (vgl. Artikel 5, 8, 16, 17). Menschen mit Beeinträchtigungen sind deutlich häufiger von subjektiven Gewalterfahrungen betroffen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Besonders gefährdet sind dabei Frauen sowie Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben. Zudem haben Menschen mit Beeinträchtigungen ein geringeres individuelles Sicherheitsempfinden und sorgen sich stärker um die Kriminalität in Deutschland als Menschen ohne Beeinträchtigungen (vgl. Maetzel et al. 2021).

Die Berichte aus den qualitativen Interviews zum Themenfeld *Persönliche Sicherheit* umfassen Aussagen der Befragten zum Sicherheitsempfinden und zur Angst vor Viktimisierung, aus denen häufig ein Vermeidungsverhalten resultiert. Schließlich äußern sich die Interviewten ausführlich zu vielfältigen Diskriminierungserfahrungen, wie Kontaktangst, Vorverurteilung, Beleidigungen und Abwertungen sowie körperlichen Übergriffen.

Kategorien im Themenfeld *Persönliche Sicherheit*:

Sicherheitsempfinden und Viktimisierungsangst

Vermeidungsverhalten

Diskriminierungserfahrungen

- Kontaktangst
- Vorverurteilung
- Beleidigungen und Abwertungen
- Körperliche Übergriffe

Sicherheitsempfinden und Viktimisierungsangst

Die Befragten, die sich im Allgemeinen sicher fühlen, äußern sich meist nur knapp zu ihrem Sicherheitsgefühl. Der Großteil der Interviewten empfindet insgesamt Sicherheit. Allerdings gibt es auch Personen mit einem verringerten Sicherheitsempfinden, die Angst haben, Opfer eines Übergriffs zu werden, und ihr Gefühl ausführlicher beschreiben. Diese Ängste basieren häufig nicht auf tatsächlichen Erfahrungen, sondern auf einem diffusen, subjektiven Unsicherheitsgefühl. Die Befragten betonen, dass sie sich in vertrauten Umgebungen wie ihrem Zuhause oder ihrem sozialen Umfeld sicherer fühlen, während sie in öffentlichen Räumen oder großen Menschenansammlungen ein gesteigertes Unbehagen verspüren. Auch äußere Faktoren wie fremde Menschen oder gesellschaftliche Veränderungen werden als beeinträchtigend für ihr Sicherheitsgefühl genannt. Zudem zeigt sich in wenigen Fällen ein Gefühl der Ohnmacht, da Befragte sich als Einzelne nicht in der Lage sehen, ihre Sicherheit aktiv zu schützen oder zu verbessern.

Herr Piel (66), der durch Schmerzen beeinträchtigt ist und im ländlichen Raum lebt, fühlt sich sicher und begründet lakonisch: *Weil mir noch nie was passiert ist, sagen wir mal so.* Er führt weiter aus, dass er Vertrauen hat, dass die Polizei im Notfall eine Hilfe ist: *Bei Bedarf könnte man da auf die zurückgreifen oder die um Hilfe bitten. Das funktioniert, meiner Meinung nach, recht gut.* Herr Piel zieht auch einen Vergleich zur Vergangenheit und kommt zu dem Schluss: *Heute fühle ich mich sicherer.* Denn früher, *da haben wir in der Stadt gewohnt und da habe ich mich nicht so sicher gefühlt.* Herr Piel bezieht sein Gefühl auf die Anzahl unbekannter Personen in der Stadt: *Hier kennt man die Leute persönlich besser und in der Stadt habe ich den Eindruck gehabt, viele Leute kennt man nicht.* Der Interviewpartner wird dann konkreter und benennt junge Menschen mit vermuteter Migrationsgeschichte als Grund für sein damaliges Unsicherheitsgefühl: *Gerade die vielen ausländischen Mitbürger, so 20-Jährige in dem Bereich und so weiter und in der U-Bahn, wie die manchmal sich aufgeführt haben.* Obwohl er keine direkten Erfahrungen von Übergriffen berichtet, äußert er dennoch ein allgemeines Gefühl einer Gefährdung: *Man hat schon den Eindruck, dass da eine Bedrohung entstehen könnte.*

Herr Reuter (81), der beim Bewegen und durch eine chronische Krankheit beeinträchtigt ist und im ländlichen Raum wohnt, verlässt sich vor allem auf das eigene private Umfeld. Auf die Frage nach dem eigenen Sicherheitsempfinden antwortet er: *Ziemlich sicher, weil mein Bruder wohnt gegenüber.* In einer späteren Passage führt der Befragte an, dass nun auch eine Person im gleichen Haus wohnt, die ihn bei verschiedenen Angelegenheiten unterstützt, was sein Gefühl der Sicherheit weiter verstärkt:

Aber ich bin halt alleine daheim und habe jetzt jemanden, der in der oberen Wohnung ist, der die Wohnung sauber hält und da oben wohnt [...] Die kommt zwar erst manchmal um 11, halb 12 heim [...] aber sie ist in der Nacht da und da fühle ich mich sicherer. Da kann ich auch besser einschlafen.

Herr Reuter macht ebenfalls einen Vergleich zur Vergangenheit und kommt zu einem anderen Schluss als Herr Piel: *Früher habe ich mich schon sicherer gefühlt.* Insgesamt führt Herr Reuter aber ähnliche Gründe für Unsicherheitsgefühle auf. Für ihn hat sich die Situation geändert, da er sich nun

in größeren, unbekannten Menschenansammlungen unwohl fühlt: *Man geht nicht mehr in Gesellschaft so gerne wie früher.* Insgesamt bleibt er jedoch vage und nennt keine konkreteren Gründe für seine Unsicherheit.

Frau Albrecht (74), die beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt ist und im ländlichen Raum lebt, berichtet, dass ihr Sicherheitsempfinden tendenziell gering ist: *Zu Hause fühle ich mich sicher, aber unterwegs nicht so sehr.* Sie betont den Einfluss unbekannter Menschen auf das Sicherheitsgefühl: *Wenn man so sieht, was für Leute auf der Straße laufen.* Auch der öffentliche Nahverkehr wird als ein Ort wahrgenommen, an dem das Sicherheitsgefühl leidet: *Manchmal im Bus [...] dass so viele Leute sind, ist auch nicht angenehm, wenn es so eng ist.* In einer weiteren Passage nennt sie eine Gruppe Geflüchteter als möglichen Grund für ihr Unsicherheitsgefühl: *Jetzt ist über den Krieg in der Ukraine sind so viele Leute, ich weiß nicht, wie die sich benehmen.* Letztlich betont auch diese Gesprächspartnerin vor allem das Gefühl der Unsicherheit, ohne tatsächlich Übergriffe erlebt zu haben: *Manchmal ist ja so / so Angst / so Angst. Aber sonst ist nichts, mir ist nichts passiert.*

Herr Mayer (59), der durch eine chronische Krankheit und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt ist und ebenfalls im ländlichen Raum wohnt, spricht von einem Überfall im öffentlichen Raum und zeigt in seinen Aussagen einige fatalistische Züge. Der Befragte betont, dass äußere und unkontrollierbare Umstände eine entscheidende Rolle dabei spielten, dass die Situation für ihn nicht schlimmer ausging: *Na ja, ich konnte mich durch Geschick und auch Kraft aus dieser Situation entziehen, mit Glück natürlich, muss man ja auch sagen.* Weiterhin sagt er: *Muss man halt mit rechnen.* Diese Formulierung deutet darauf hin, dass er das Auftreten solcher Situationen als unvermeidlich betrachtet. Sein abschließender Satz *Ich kann ja nichts machen als Einzelner* verdeutlicht ein Gefühl der Ohnmacht, da er sich als Einzelperson nicht in der Lage sieht, langfristigen Schutz oder Sicherheit zu gewährleisten. Der Interviewte äußert großes Misstrauen gegenüber gesellschaftlichen Institutionen, die für Sicherheit sorgen sollen: *Die Polizei macht da eh nichts, also ist das damit dann für mich abgehakt.*

Einige Befragte äußern Ängste, Opfer von Übergriffen zu werden, während die Mehrheit der Befragten keine konkreten Befürchtungen hat. Herr Piel hat keine persönlichen Erfahrungen mit Übergriffen gemacht, äußert jedoch Angst, nachdem er Zeuge von Gewalt im öffentlichen Nahverkehr wurde: *Da habe ich zwei- oder dreimal miterlebt, wie die sich da in der U-Bahn angefangen haben zu prügeln.* Auf die Frage, wie er sich in dieser Situation gefühlt hat, antwortet er: *Ohnmächtig. Man hat nicht gewusst, ob man da nicht selber irgendwo angegriffen wird.*

Herr Becker, beeinträchtigt durch eine chronische Erkrankung und wohnhaft im städtischen Raum, sagt: *Ich bin alt, ich bin 80, und ich muss sagen, ich habe ein zunehmendes Bedürfnis nach Sicherheit, das ich nicht erfüllt sehe.* Die wiederholten Aussagen über seine Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit einer potenziellen Bedrohung deuten darauf hin, dass er besorgt ist, Opfer eines Übergriffs zu werden: *Ich bin alt, ich bin krank, ich kann nicht mehr weglaufen [...] Ich schaffe vielleicht 50 Meter. Dann ist aber Schluss [...] Ich bin lahm. Jeder Doofmann holt mich ein.*

Vermeidungsverhalten

Interviewte berichten außerdem von unterschiedlichen Strategien, um potenziellen Übergriffen zu entgehen. Sie haben Vermeidungsverhalten internalisiert, insbesondere in öffentlichen Räumen. Einige meiden den Nahverkehr und frequentierte Orte, um unangenehmen Situationen aus dem Weg zu gehen, und verlassen das Haus nach Möglichkeit nur in Begleitung. Diese Verhaltensweisen führen teilweise zu sozialer Isolation, da die Befragten sich aus größeren gesellschaftlichen Zusammenhängen zurückziehen.

Herr Mayer (59, durch eine chronische Krankheit und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt), ein Opfer eines Überfalls, hat Vermeidungsverhalten internalisiert, um nicht noch einmal in eine solche Situation zu geraten. Er schildert seine Erfahrungen im öffentlichen Nahverkehr: *Es kommt ja auch zum Beispiel im öffentlichen Raum, im Verkehr, wo man halt so zu tun hat [...] fast täglich zu irgendwelchen grenzwertigen Situationen, wo man weggedrängt wird oder irgendwie blöde angesprochen.* Herr Mayer geht kaum noch allein aus dem Haus: *Und wenn ich allein unterwegs bin, passiert das eigentlich fast immer einmal. Das ist aber selten, dass ich unterwegs bin.* Wenn er doch allein unterwegs sein muss, meidet er bestimmte Zeiten und junge Menschen. Zusätzlich bezieht Herr Mayer Orte, Situationen, Verhalten und Kleidungsstil in sein Vermeidungsverhalten mit ein:

Unauffällig verhalten und möglichst Orte und Situationen meiden, die eben entsprechende Handlungen dann begünstigen. Also so Menschenansammlungen meiden, dunkle Ecken oder Winkel oder sonst irgendwas und möglichst nicht auffallen. Also so normal wie möglich halt sich bewegen und kleiden und so.

Besonders im städtischen Raum fühlt sich die interviewte Person unsicher: *Also hier in unserem Dorf, da ist ja eher so, braucht man das nicht.*

Frau Rabe (31), beeinträchtigt beim Bewegen und durch Schmerzen und wohnhaft im ländlichen Raum, meidet größere Menschenansammlungen aus Angst vor Übergriffen: *Man gliedert sich selber ein bisschen aus, also aus der Gesellschaft. Man zieht sich so ein bisschen zurück, also ich zumindest tue das, um dem Ganzen so ein bisschen vorher zu wirken.* Sie weist gleichzeitig darauf hin, dass sie dadurch sozial isolierter ist: *Und dadurch ist man halt viel alleine oder dann nur mit seiner Familie zusammen und ist nicht so in der Gesellschaft vertreten wie das vielleicht andere sind.* Herr Becker (80, beeinträchtigt durch eine chronische Erkrankung) hat auch Strategien entwickelt, um sicherer zu sein: *Ich gehe dann nicht mehr in der Innenstadt einkaufen, sondern gehe auf außenliegende Supermärkte. Da fahre ich ein paar Kilometer mit dem Auto, bevor ich da zu Fuß reingehe.*

Diskriminierungserfahrungen

Die Diskriminierungserfahrungen der Befragten sind vielfältig und reichen von Kontaktangst ihnen gegenüber über Vorverurteilungen bis hin zu Beleidigungen, Abwertungen und körperlichen Übergriffen.

Kontaktangst

Die Interviewten beschreiben Unsicherheiten und Berührungsängste, die dazu führen, dass Menschen den Kontakt zu Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen meiden. Diese Ängste äußern sich in verschiedenen Alltagssituationen, in denen Menschen lieber ausweichen, anstatt Hilfe anzubieten oder direkte Interaktionen zu suchen. Oft nehmen laut den Befragten Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen eine Vermeidungshaltung ein, die auf der Befürchtung beruht, unangemessen zu reagieren oder nicht zu wissen, wie man sich verhalten soll. Für die Interviewten führt diese Unsicherheit zu einer ungleichen Behandlung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen. Statt direkt mit den Betroffenen zu sprechen, wird häufig über sie gesprochen.

In Situationen, in denen Unterstützung benötigt wird, zeigt sich laut Frau Evermann (52, durch schwere seelische oder psychische Probleme und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) Kontaktangst bei Menschen ohne Beeinträchtigungen, aus Angst, etwas falsch zu machen oder unangemessen zu reagieren: *Aber dass trotzdem noch viele Berührungsängste da*

sind und dass die Menschen dann demjenigen eher aus dem Wege gehen, bevor ich dem irgendwie helfe. Auch Herr Heinrich (50), der beim Bewegen und durch eine chronische Krankheit beeinträchtigt ist, erlebt regelmäßig, dass Menschen bewusst einer möglichen Interaktion aus dem Weg gehen:

Wenn man mich des Weges kommen sieht mit meinen zwei Stöcken, mit denen ich gehe, dann gibt es Menschen, die wechseln die Straßenseite. Und zwar nicht, weil auf der Straßenseite, wo wir beide laufen, aufeinander zugehen, nicht Platz genug wäre, dass wir nicht aneinander vorbeikämen, sondern einfach, das ist mein subjektiver Eindruck, weil die Menschen Berührungsängste haben, weil sie ja möglicherweise in eine Interaktion mit diesem behinderten Menschen, der da kommt, gezogen werden könnten und dann nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen.

Auch im Umgang mit Kindern zeigt sich oft eine Verunsicherung bei Erwachsenen, wie Frau König (37), die u. a. beim Bewegen, Sehen und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt ist, feststellt. Während Kinder neugierig sind und direkte Fragen stellen, reagieren Eltern manchmal unsicher und vermeiden den Kontakt: *Ganz, ganz viele Eltern [ziehen] ihre Kinder [weg], weil ich eine Behinderung habe und weil die Kinder fragen: „Warum bist du behindert?“ [...] Ja, da ist so eine allgemeine Scheu.*

Frau Rabe (31), die beim Bewegen und durch Schmerzen beeinträchtigt ist, glaubt, dass die Unsicherheit über den angemessenen Umgang dazu führt, dass Menschen den direkten Kontakt scheuen: *Es ist halt für die Leute auch sehr, sehr schwer auf einen zuzugehen und zu fragen: „Was hast du denn da? Und was hast du denn gemacht und warum hast du das denn alles da?“* Stattdessen wird oft über Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen gesprochen, anstatt mit ihnen: *Es wird lieber getuschelt [...] anstatt dass die Leute wirklich auf einen zugehen und offen fragen.* Obwohl selten böswillige Absichten dahinterstehen, führen Unsicherheit und Berührungsängste laut der Interviewten dazu, dass mit Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen anders umgegangen wird: *Also ich persönlich habe jetzt viel gesehen, dass die anders behandelt werden. Dass versucht wird auf die einzugehen, die Leute aber nicht wissen wie und anstatt einen einfach zu fragen, entscheiden die einfach was.*

Vorverurteilung

Die Interviewten berichten außerdem von Vorverurteilungen, bei denen andere voreilig und ohne ausreichende Kenntnisse negative Urteile über sie fällen. Dies führt einerseits zu einer weiteren Kontaktvermeidung. Häufig werden die Befragten dabei auf ihre Beeinträchtigungen und Behinderungen reduziert, was ihr Selbstwertgefühl beeinträchtigt. Andererseits schildern Interviewte auch, dass sie in sozialen Situationen oft nicht ernst genommen werden oder ihre Kompetenz unterschätzt wird. Einige Befragte berichten von Missverständnissen oder falschen Annahmen, die mit Vorverurteilungen verbunden sind. Diese hätten durch mehr Reflexion oft vermieden werden können und hatten negative Auswirkungen auf die Betroffenen.

Frau Rabe (31) stellt fest, dass Menschen den Kontakt zu ihr meiden, weil sie häufig voreingenommene Urteile aufgrund ihrer Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen fällen: *Und dann machen sie sich gar nicht die Mühe mich kennenzulernen, sondern sind dann mit dem Thema fertig und dann haben sie für sich entschieden, dass sie mich nicht mögen, oder mit mir halt eben nicht, sage ich mal, weiter zu tun haben wollen.* Die Interviewte vermutet, dass dies teilweise mit einem gesellschaftlichen Statusbewusstsein zusammenhängt. Menschen vermeiden den Kontakt, um ihren sozialen Rang nicht zu gefährden:

Vielleicht [um] nicht im Status zu fallen zum Beispiel, sei es bei jetzt groß beliebten Menschen, wo ich das dann auch früher festgestellt habe, dass sie von vornherein gesagt haben: Nein, wir haben eine bestimmte Beliebtheit und sowas, wir geben uns halt nicht mit dir ab.

Ähnlich äußert sich Herr Hartmann (48), der beim Bewegen beeinträchtigt ist und ebenfalls der Ansicht ist, dass manche Menschen eine grundsätzliche Abneigung gegenüber Personen mit Behinderungen haben und deshalb den Kontakt zu ihnen meiden:

Es gibt viele Menschen, die einen, die machen sich überhaupt nicht die Arbeit, erst mal in Kontakt zu treten mit Behinderten. Batsch gleich, will ich nicht. Wenn da einer sitzt im Café, stehe ich wieder auf. Findet er irgendeinen Grund, der ihm vielleicht nicht wehtut und geht, ja.

Vorverurteilungen treten auch in Form von unterschätzten Fähigkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen auf. Herr Mayer (59), der durch eine chronische Krankheit und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt ist, beschreibt, dass ihm bei Arztbesuchen weniger zugetraut wird und er *kindhaft behandelt wird*. *Da fühle ich mich wie eine Puppe oder eine Person, die halt nicht weiß, um was es geht*. Solche Vorverurteilungen führen dazu, dass er sich in seiner Selbstwahrnehmung herabgesetzt fühlt. Frau Roth (35), die beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt ist, beschreibt, wie sie es als diskriminierend empfindet, wenn sie als Person nicht ernst genommen wird und stattdessen ihre Beeinträchtigung im Fokus steht. Sie beschreibt, wie belastend das für sie ist: *Aber, wenn ich merke, jemand reduziert mich auf meine körperliche Situation oder nimmt mich nicht als Person wahr und ernst, dann bin ich wie mein Hund, der sofort losbellt. Denn das ist irgendwie das Schlimmste*. Die Gesprächspartnerin möchte dies auch nicht mit den vermeintlich guten Absichten des Gegenübers relativieren: *Das ist Diskriminierung auch tatsächlich, auch wenn sie es nicht so ernst oder nicht wirklich beabsichtigen, die Leute*.

Frau Kirchhoff (46), beeinträchtigt u. a. durch Schmerzen, berichtet von besonders wüsten Vorverurteilungen, die ihr von Schülerinnen und Schülern widerfahren: *Ganz häufig in der Straßenbahn, dann wird gesagt: ‚Die ist blöd!‘ Oder: ‚Die kann das nicht.‘* Besonders ärgerlich ist dabei für sie, dass anwesende Lehrer nicht eingreifen: *Da sind dann die Lehrer dabei, die sagen nichts*. Sie erlebt auch Vorurteile in Bezug auf ihre Partnerschaft: *Ich habe einen Partner und man hat mir ganz oft gesagt: ‚Die ist doch behindert, die kann doch gar keinen Freund haben.‘* Diese Vorverurteilungen gehen so weit, dass ihr nicht zugetraut wird, eine Beziehung führen zu können: *Die küsst einen Betreuer*.

Frau Rabe (31, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) berichtet von Erfahrungen am Arbeitsplatz: *Dass man dann versucht, einen irgendwie so ein bisschen zu schonen*. Sie beschreibt, wie Kolleginnen und Kollegen aus vermeintlich guten Absichten heraus Entscheidungen für sie treffen, ohne sie in den Entscheidungsprozess einzubeziehen: *Weil sie denken, dass sie dir was Gutes tun, weil sie dich nicht gefragt haben*. Diese Bevormundung führt dazu, dass sie sich ausgegrenzt fühlt: *Es wird von vornherein entschieden: Nein, du machst dies und das und jenes, weil du hast ja die Behinderung und daher ist das ja für dich einfacher*.

Zudem schildern die Interviewten Situationen, in denen Missverständnisse auftreten, die für sie jedoch Vorurteile offenbaren. Herr Paulsen (80, Beeinträchtigungen beim Bewegen und Sehen) schildert, dass seine Frau aufgrund ihrer Beeinträchtigung körperliche Veränderungen durch eine Operation durchmachen musste: *Sie hat am ganzen Körper blaue Flecken dann gehabt*. In der Öffentlichkeit führte das zu Missverständnissen: *Ich habe sie immer zum Schwimmbad begleitet, zur Wassergymnastik. Da haben mich alle angeguckt, als hätte ich meine Frau verhauen, weil sie überall blaue Flecken hatte*. Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische

Erkrankung) schildert eine weitere Erfahrung von Vorverurteilung: *Die Bäckersfrau hat neulich gesagt: ‚Was habe ich Ihnen getan? Sie gucken mich so böse an.‘* Die Interviewte erklärt, dass dies jedoch an ihrer Beeinträchtigung liegt: *Bei Parkinson erstarren die Züge. Man ist also nicht mehr sehr ausdrucksfähig. Dann habe ich wohl nicht freundlich lächeln können einfach.* Auch wenn sie der Verkäuferin die Situation nicht übelnimmt, möchte sie sich nicht ständig rechtfertigen: *Und dann mag ich nicht sagen: Ja, ich bin krank, ich kann Sie nicht anders angucken. Aber es war ja kein böser Wille.* Frau Bischof beschreibt außerdem, wie sie solche Situationen emotional belasten: *Es [...] macht mich nur traurig.*

Zwei weitere Befragte berichten von Situationen, in denen ihre Glaubwürdigkeit aufgrund ihrer Beeinträchtigung in Frage gestellt wurde. Frau Jansen (58, beeinträchtigt u. a. durch schwere seelische oder psychische Probleme), die Drohanrufe erhielt, wurde erst geglaubt, als ihr nicht beeinträchtigter Sohn ebenfalls Zeuge der Anrufe war: *Wissen Sie, man steht ja sonst da als, ja, wenn man schon ein psychisches Problem hat, dann wird es schnell, dass man total, ja, eine Macke hat, ich sage es mal so, wie es ist.* Herr Lämmermann (52), der u. a. auch aufgrund einer Suchterkrankung beeinträchtigt ist, schildert ähnliche Erfahrungen: *Ja, es ist halt tatsächlich, dass größtenteils dann mir vorgeworfen worden ist, dass ich getrunken hätte, was nicht der Fall war.* Nur durch eindeutige Gegenbeweise konnte er sich gegen diese Vorwürfe verteidigen, was jedoch seine Privatsphäre verletzte: *Dass ich mich, was Blutwerte angeht, nackig machen muss.*

Beleidigungen und Abwertungen

Die Befragten berichten von wiederholten Erfahrungen der Herabwürdigung und Beleidigung, die häufig auf ihre körperlichen Merkmale oder Beeinträchtigungen abzielen. Dabei erfahren sie Diskriminierung nicht nur aufgrund ihrer Behinderung, sondern auch wegen anderer persönlicher Merkmale, wie Herkunft, sexueller Orientierung oder sozialem Status. Die Angriffe und beleidigenden Äußerungen hinterlassen emotionale Narben, die das Selbstwertgefühl der Betroffenen beeinträchtigen. Diese Herabsetzung erfolgt nicht nur durch Fremde, sondern oft auch durch enge Familienangehörige.

Frau König (37, u. a. beim Bewegen, Sehen und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) erklärt, dass sie häufig mit einem Schimpfwort beleidigt wird: *Es gibt ganz oft: ‚Du Spast!‘* Herr Piel (66, durch Schmerzen beeinträchtigt) beschreibt, dass er aufgrund mehrerer Merkmale angegriffen wird. Zum einen wird seine Beeinträchtigung und die daraus resultierende äußere Erscheinung verspottet:

Aufgrund meiner Körpergröße [...] gerade die Jugendlichen, die sind oft noch nicht so weit, dass die das einschätzen können, was behinderte oder anders aussehende Menschen anbetrifft [...] dass jeder Mensch gleich viel wert ist [...] Da bin ich dann schon immer ausgelacht worden.

Gleichzeitig wird der Interviewte auch rassistisch beleidigt: *Wenn ich mich irgendwo geäußert habe, man stellt schnell fest, dass ich nicht akzentfrei spreche [...] Da ist man schon als Ausländer beschimpft worden.*

Herr Heinrich (50, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) berichtet von einer Beleidigung, bei der eine Person ihn gezielt angriff, da sie sich sicher war, keine Konsequenzen fürchten zu müssen: *Ich sei ja nicht wert zu leben, weil, ich sei ja eine Missgeburt, ein Krüppel [...] Und der neckte mich dann auch und ärgerte mich, weil er genau wusste, dass ich ihn nicht erreichen könnte.* Diese Erniedrigung hatte tiefgreifende Auswirkungen auf sein Selbstwertgefühl: *Aber das war so eine Geschichte, die hat mich schon bei meiner Würde gegriffen und die hat mich auch verletzt.*

Frau Reinhardt (64, Beeinträchtigungen durch Schmerzen und durch eine chronische Erkrankung) teilt Erfahrungen von Beleidigungen, die ihren Körper zum Ziel hatten: *Ja, aufgrund meines Körpers, wurde ich schon öfter beleidigt.* Besonders schmerzhaft ist dabei, dass auch enge Familienmitglieder, wie ihr Vater, abwertend über sie sprachen:

Es fing im Kindesalter an, durch meinen Vater. Der fand natürlich kleine zierliche Mädchen schön. Und ich fing ja schon an mit zwölf, 13, 14, größer zu werden als er, kräftiger zu werden. Ich entsprach nicht diesem Klein-Prinzesschen-Bild.

Die Interviewte erzählt, dass diese frühkindliche Abwertung sie ein Leben lang prägte.

Frau Gehrke (60, beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt) erfährt ebenfalls Abwertung durch ihre Eltern. Ihr Vater war zunächst stolz auf sie: *Sie hätten mit mir einen Intelligenztest gemacht. Ich wäre im oberen Normbereich. Mein Vater selig, seine Welt war wieder in Ordnung.* Doch nach der Diagnose ihrer Beeinträchtigung änderte sich die Haltung ihrer Eltern schlagartig: *Aber meine Mutter und mein Vater waren natürlich gebrochene Menschen. Die Tochter hebephrene Schizophrenie, was soll werden?* Diese Ablehnung durch die eigenen Eltern führte dazu, dass sie selbst den Wunsch entwickelte, ihre Beeinträchtigung nicht anzuerkennen: *Wissen Sie, ich will nicht krank sein, auf keinen Fall. Bei uns in unserer Familie war Krankheit ein Makel.*

Körperliche Übergriffe

Einige Interviewte berichten von Erfahrungen mit Misshandlungen und Gewalt. In manchen Fällen wurde ihre Hilflosigkeit ausgenutzt, und sie waren sowohl körperlichen Übergriffen als auch emotionalen Belastungen ausgesetzt. Diese Erlebnisse hinterließen körperliche und auch psychische Folgen, die oft langfristige Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden hatten.

Frau Gehrke (60, beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt) schildert einen Vorfall während eines Reha-Klinik-Aufenthalts, bei dem sie nach einem Sturz aus ihrem Rollstuhl gegen ihren Willen festgehalten wurde. Sie beschreibt, wie ihre Hilflosigkeit ausgenutzt wurde: *Hätte einfach noch jemanden gebraucht, der mich wieder in den Rollstuhl setzt.* Stattdessen wurde ihre Perspektive nicht wahrgenommen: *Ich [...] war da noch minderjährig [...] und [wurde] sowieso nicht ernst genommen [...], hat man mich dann gegen meinen Willen auf die Station geschoben ins Schwesternzimmer.* Dort war sie gezwungen, Aufgaben zu erledigen, was in einem Streit endete, bei dem die Pflegekraft sie anschrie: *Du läufst hier sowieso nicht raus.*

Herr Sauer (50, beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt), in einer Wohngemeinschaft mit Assistenz lebend, berichtet von Misshandlungen in einem Kinderheim, wo er regelmäßig für kleinste Vergehen körperlich bestraft wurde: *Ich habe auch Prügel gekriegt für jeden Mist, den ich gemacht habe.* Die Schläge hatten langfristige gesundheitliche Folgen, da Verletzungen nicht adäquat behandelt wurden: *Ich bin mit einem Handfeger gehauen worden und dann hatte ich so eine Platzwunde gehabt. Und statt Erste Hilfe zu leisten, wurde nichts gemacht. Ist verkehrt zusammengewachsen, damals.* Diese Erfahrung hat nicht nur körperliche, sondern auch psychische Narben hinterlassen: *Verarbeitet muss das trotzdem werden, was gewesen ist. Und das Schlucken ist nicht gut. Kriegt Magenprobleme. Ist nicht gut.*

Herr Höfer (69, beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt) hat ebenfalls Gewalt im Kinderheim erlebt. Er wurde oft zum Sündenbock gemacht, was dazu führte, dass er für Vergehen anderer bestraft wurde:

Da haben auch immer viele auf mich rumgehackt, weil ich der Schwächste war. Die haben dann die Streiche gemacht und [...] die haben dann alles auf mich geschoben und habe ich immer ausbaden müssen. Ich habe dann die Schläge gekriegt von den Erziehern.

Neben körperlicher Gewalt wurde er auch auf andere Weise misshandelt, als ihm die Matratze von einem Erzieher weggenommen wurde und er gezwungen war, *auf dem Draht mit nassen Laken* zu schlafen. Diese Form der Misshandlung blieb zumindest nicht unbeantwortet, denn nachdem er und andere sich beschwerten, wurde ein Erzieher entlassen

Zwischenfazit und Einordnung

Die Ergebnisse der Interviews verdeutlichen, dass das Sicherheitsgefühl der Befragten stark variabel ist. Während ein Großteil der Interviewten sich zwar im Allgemeinen sicher fühlt, zeigen sich auch deutliche Ängste und Unsicherheiten, die oft nicht auf tatsächlichen Erfahrungen basieren, sondern auf einem diffusen Gefühl von Bedrohung. Besonders in öffentlichen Räumen und bei Begegnungen mit Unbekannten empfinden Interviewte ein erhöhtes Unbehagen. Diese Unsicherheiten führen dazu, dass Interviewte spezifische Vermeidungsverhalten entwickeln, um potenziellen Übergriffen zu entgehen, was in einigen Fällen zu sozialer Isolation führt.

Darüber hinaus verdeutlichen die Diskriminierungserfahrungen der Befragten ein gravierendes Problem im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Die Kontaktangst und Vorurteile, denen sie ausgesetzt sind, führen zu emotionaler Belastung und einem Verlust des Selbstwertgefühls. Die wiederholten Beleidigungen und körperlichen Übergriffe, die die Befragten erfahren, hinterlassen nachhaltige physische und seelische Spuren.

Die Ergebnisse der quantitativen Studie zur Sicherheit und Diskriminierung zeigen deutliche Unterschiede zwischen Menschen mit Behinderungen und solchen ohne (siehe Kapitel 3.3 für zentrale Ergebnisse der quantitativen Studie). Die Studie zeigt, dass sich Menschen mit Behinderungen nach Einbruch der Dunkelheit in ihrer Wohngegend häufiger unsicher fühlen, während es im Zuhause keine Unterschiede zu Menschen ohne Behinderungen gibt. Menschen mit Behinderungen meiden öfter bestimmte Orte, weichen Personen aus und nutzen seltener öffentliche Verkehrsmittel. Diskriminierung erfahren sie häufiger, insbesondere in Form von respektlosem Verhalten, das auf ihre Behinderung zurückgeführt wird. Körperliche Übergriffe sind selten, treten jedoch bei Menschen mit Behinderungen etwas häufiger auf. Auch ihre Ängste vor Beleidigungen oder Bedrohungen sind ausgeprägter. Hinsichtlich der Akzeptanz von Vielfalt äußern sie sich zurückhaltender als nicht beeinträchtigte Personen.

Entgegen den Zielen der UN-BRK zeigt die Studie erhebliche Sicherheitsbedenken und Diskriminierungserfahrungen von Menschen mit Behinderungen, die deren gesellschaftliche Teilhabe erheblich beeinträchtigen. Viele Befragte fühlen sich in öffentlichen Räumen unsicher, was zu Vermeidungsverhalten und sozialer Isolation führt. Diskriminierung mindert ihr Selbstwertgefühl und emotionales Wohlbefinden.

4.4 Bildung und lebenslanges Lernen

Bildung ist zentral für gesellschaftliche Teilhabe und beeinflusst maßgeblich den beruflichen Werdegang sowie die finanzielle Sicherheit. Angesichts des schnellen Wandels der Gesellschaft gewinnt lebenslanges Lernen immer mehr an Bedeutung. Die UN-BRK fordert diskriminierungsfreien Zugang zu Bildung und die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, um Menschen mit Behinderungen die volle Entfaltung ihrer Fähigkeiten zu ermöglichen (vgl. Artikel 24). Es ist daher wichtig zu verstehen, wie sich Beeinträchtigungen und Behinderungen im Bildungsverlauf und beim

lebenslangen Lernen der Befragten auswirken. Die Ergebnisse quantitativer Studie zeigen, dass Menschen mit Behinderungen seltener höhere Schulabschlüsse erlangen, häufiger erwerbsunfähig sind und seltener in Vollzeit arbeiten (vgl. Steinwede/Harand 2022; Maetzel et al. 2021). Zudem machen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen auf ihrem Bildungsweg oft vielfältige Diskriminierungserfahrungen (vgl. Liljeberg et al. 2022).

Das Thema Bildung und lebenslanges Lernen wird von den Gesprächspartnern und -partnerinnen der qualitativen Interviews anhand zweier zentraler Aspekte beleuchtet. Erstens thematisieren die Befragten Hürden, Benachteiligungen und deren Folgen, denen sie auf ihrem Bildungsweg begegnet sind, wie etwa Lernrückstände, den Mangel an Bildungsunterstützungsangeboten, die unzureichende Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, begrenzte Entfaltungsmöglichkeiten im Berufsleben sowie Diskriminierung. Zweitens schildern die Gesprächspartnerinnen und -partner Unterstützung, die sie durch soziale Beziehungen erfahren haben, und berichten dabei sowohl über positive als auch negative Erfahrungen. Einige Befragte betonen, dass ihre Schulzeit bereits weiter zurückliegt und ihre Erinnerungen daran teils verblasen.

Kategorien im Themenfeld *Bildung und lebenslanges Lernen*:

Hürden und Benachteiligungen auf dem Bildungsweg

- Lernrückstände und Herausforderungen beim lebenslangen Lernen
- Mangel an Bildungsunterstützungsangeboten
- Unzureichende Berücksichtigung individueller Bedürfnisse
- Begrenzte Entfaltung im Berufsleben
- Diskriminierung auf dem Bildungsweg

Unterstützung durch soziale Beziehungen auf dem Bildungsweg

- Positive Erfahrungen
- Mangel an Unterstützung und negative Erfahrungen

Hürden und Benachteiligungen auf dem Bildungsweg

Hürden und Benachteiligungen auf dem Bildungsweg zeigen sich bei den Befragten erstens in Lernrückständen, die sie auf ihre Beeinträchtigungen zurückführen. Sie kritisieren zweitens fehlende oder unzureichende Bildungsangebote. Drittens sprechen die Befragten die mangelhafte Berücksichtigung individueller Bedürfnisse durch Bildungseinrichtungen an. Viertens äußern sie Bedenken an begrenzten beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten und fehlender Anerkennung für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus berichten Interviewte fünftens von verschiedenen Formen von Diskriminierung auf dem Bildungsweg. Es ist zu beachten, dass nicht alle Befragte oder nicht in allen Lebensabschnitten von Hürden und Benachteiligungen berichten.

Lernrückstände und Herausforderungen beim lebenslangen Lernen

Lernrückstände aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen wurden von mehreren Interviewpartnerinnen und -partnern als prägend für ihre Bildungsbiografie beschrieben. Häufige Fehlzeiten während der Schulzeit führten bei den Befragten zu Schwierigkeiten im Aufholen des Unterrichtsstoffs und hinterließen langanhaltende Lücken, die sich auch auf ihren späteren Bildungsweg auswirkten. Diese negativen Erfahrungen setzen sich teilweise bis ins Erwachsenenalter

fort, wo die Betroffenen in ihrer Teilnahme am lebenslangen Lernen eingeschränkt sind, und vielfältigen Herausforderungen gegenüberstehen.

Frau Sander (68, beeinträchtigt beim Sehen und durch Schmerzen) erinnert sich an ihre Oberschulzeit, die durch häufige Krankheiten stark beeinflusst wurde. Sie bewertet diese Zeit negativ: *Schulzeit [...] die war für mich nicht so besonders, ich war öfters krank, ich hatte also auch mit Elf oder Zwölf [...] Lungen-TBC und lag sechs Monate in einer Lungenklinik.* Diese langen Fehlzeiten hatten gravierende Auswirkungen auf ihren Bildungsweg. Sie betont, dass der Lernrückstand, der durch ihre Abwesenheit entstand, nie vollständig aufgeholt werden konnte.

Frau Wolff (63, durch eine chronische Erkrankung und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt) beschreibt ihre Kindheit als von schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen geprägt, die mehrmals zu langen Krankenhausaufenthalten führten: *Ich habe als Kind alle Jahre zweimal Lungenentzündung gehabt, bin zweimal alle Jahre mindestens sechs Wochen gelegen.* Diese wiederholten Auszeiten summierten sich über die Jahre zu einem erheblichen Lernrückstand, den sie als deutlich spürbar hervorhebt: *Dann weiß jeder, was es zum Nachlernen gibt.*

Frau Engel (58, Beeinträchtigungen u. a. beim Sprechen) hatte ebenfalls einen schwierigen Start ins Schulleben. Durch Beeinträchtigungen wurde sie ein Jahr später eingeschult. Während ihrer Schulzeit auf der Grund-, Real- und Hauptschule führten gesundheitliche Probleme immer wieder zu Fehlzeiten, die sich negativ auf ihre Bildung auswirkten. Trotz der Rückstände, die sie nach eigenen Angaben aufholen konnte, hat sie auch heute noch mit Einschränkungen im Bereich der Weiterbildung und des lebenslangen Lernens zu kämpfen. Besonders die eingeschränkte Mobilität aufgrund ihrer Beeinträchtigung macht es ihr schwer, regelmäßig an Kursen einer Volkshochschule teilzunehmen: *Ich [fahre] kein Auto [...] durch meine Epilepsie.*

Frau Evermann (52, durch schwere seelische oder psychische Probleme und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) berichtet, dass die Herausforderungen des lebenslangen Lernens aufgrund ihrer Beeinträchtigungen ebenfalls erheblich sind. Trotz dieser Schwierigkeiten möchte sie ihre berufliche Tätigkeit nicht aufgeben. Gleichzeitig verdeutlicht sie, dass lebenslanges Lernen, insbesondere für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, eine große Belastung darstellen kann. Der ständige Zwang, sich immer wieder auf neue Aufgaben einzustellen, überfordert sie oft:

Aber sicherlich gibt es immer noch so Situationen, wo ich dann denke: Nein, ich will, möchte ich gar nicht mehr [...] dieses viele Neue, was auch immer noch kommt und man wird da immer wieder noch neu gefordert [...] das ist sehr anstrengend.

Frau Jansen (58, beeinträchtigt u. a. durch schwere seelische oder psychische Probleme) schildert, wie ihre gesundheitlichen Einschränkungen sie in ihrer persönlichen Entfaltung einschränken. Sie besuchte Malkurse, stieß jedoch auf Herausforderungen durch die Kursdauer und die Anforderungen an ihre Feinmotorik. Zusätzlich erschwerte ihre Beeinträchtigung die korrekte Ausführung der Techniken, was zu Frustration führte: *Und dann waren das Aquarelle. Die liebe ich zwar, aber die Farben gehen durcheinander. Ich kann das nicht halten.* Da ihr Umfeld zu wenig Verständnis für diese Schwierigkeiten zeigte, entschied sie sich, die Kurse nicht weiter zu besuchen: *Und jetzt gehe ich nicht mehr hin, weil, das ist mir zu müßig, das dann zu erklären [...] ist mir peinlich.* Frau Jansen schildert, dass ihre Beeinträchtigungen sie auch in anderen Freizeitaktivitäten einschränken. So sei auch *Fernsehgucken [...] schwierig.* Früher war sie stark im Gemeinwesen tätig, doch diese Aktivitäten sind ihr heute aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nicht mehr möglich. Sie vermisst es, aktiv an der Gesellschaft teilzunehmen.

Auch bei Herrn Jilg (61, Beeinträchtigungen durch eine chronische Erkrankung und beim Bewegen) zeigen sich große Schwierigkeiten, Aktivitäten nachzugehen, die seiner persönlichen Entfaltung dienen. Obwohl er aufgrund seiner Beeinträchtigungen kaum noch arbeiten kann, möchte er nicht den ganzen Tag untätig bleiben: *Ich müsste theoretisch nichts mehr arbeiten, aber den ganzen Tag irgendwo rumsitzen und mich zu Tode langweilen, das kann es auch nicht sein.* Selbst einfache Aktivitäten sind für ihn problematisch: *Wenn ich Musik höre, kann ich nach zwei Stunden schon wieder aufhören, weil ich den Input nicht verarbeite, verkraften kann.* Er beschreibt, dass auch das Lesen schwierig geworden ist: *Ich kann keine Zeitung mehr lesen, ich kann mich nicht richtig konzentrieren drauf, weil das Herz ist so schwach.*

Mangel an Bildungsunterstützungsangeboten

Generell ist festzustellen, dass die Interviewten nur selten mögliche Unterstützungsangebote von Bildungsträgern oder -einrichtungen nennen. Die meisten Befragten haben entweder keine institutionellen Angebote in Anspruch genommen oder waren sich deren Existenz nicht bewusst. In der Rückschau vergleichen jedoch einige Befragte die allgemeine Situation und meinen, dass es heute mehr Angebote gäbe. Gleichzeitig verdeutlichen einige Erzählungen der Interviewten, wie das Fehlen von Unterstützung im Bildungssystem negative Auswirkungen auf ihren Lebensweg hatte.

Auf die Frage nach Unterstützung bei schulischen Schwierigkeiten geben mehrere Befragte an, dass es für sie damals keine oder nur unzureichende Hilfe gab. Herr Christ (63, beeinträchtigt durch eine chronische Erkrankung und beim Sehen) sagt in Hinblick auf seine Grundschulzeit: *Waren ja [...] etwas andere Zeiten noch, aber an für sich, ja. Es waren welche dabei, ja, mit Lernschwierigkeiten, die dann doch eher auf der Strecke geblieben sind.* Frau Engel (58, Beeinträchtigung u. a. beim Sprechen) antwortet knapp zu Unterstützung auf ihrer Real- und später Hauptschule: *Nein. Damals war ja alles anders als heute.* Frau Engel beschreibt weiter, wie sich die fehlende Akzeptanz ihrer Beeinträchtigung negativ auf ihren Bildungsweg ausgewirkt hat:

[G]efehlt hat mir eben die Unterstützung, dass es nicht akzeptiert wurde, mein Stottern [...] Das war ja schon in der Schule, dass ich dadurch, dass ich das nicht / Wörter, Sätze rausbekommen habe, dass ich manche Fünfen bekommen habe, die eigentlich nicht nötig gewesen wären, wenn der Lehrer das akzeptiert hätte.

Auch Herr Höfer (69, beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt) berichtet von fehlender Unterstützung und den gravierenden Konsequenzen, die dies auf seinen Bildungsweg hatte. Aufgrund des Fehlens von Hilfestellungen in der Kindheit blieb er Analphabet und äußert resigniert, dass er den Antrieb, Lesen und Schreiben zu lernen, mittlerweile verloren hat. Sein Wunsch, das Lesenlernen nachzuholen, ist zwar vorhanden, doch gleichzeitig hat er aufgrund fortschreitender Zeit den Glauben an die Möglichkeit des Nachholens verloren: *Trotz, dass ich es mir wünsche, aber es lohnt sich nicht mehr anzufangen.*

Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) kritisiert darüber hinaus die mangelnden Möglichkeiten zur Weiterbildung im höheren Alter: *Und das beklage ich wirklich. Also es gibt überhaupt kein Bildungsprogramm für alte Leute.* Sie unterstreicht, wie wichtig lebenslanges Lernen für sie ist und dass es nicht nur im jüngeren Alter beginnen sollte: *Man kann sich das heute nicht mehr erlauben, die Hände in den Schoß zu legen.*

Unzureichende Berücksichtigung individueller Bedürfnisse

Einige Befragte betonen, dass ihre Bedürfnisse in der Schule nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Sie berichten von einer für sie mangelhaften Umsetzung von Inklusion, die sich in unzureichenden Bedingungen an den Lernorten, in Überforderung und einem geringen Mitspracherecht äußert.

Herr Conrad als Angehöriger äußert Kritik an den Bedingungen in der Förderschul-Klasse seines Sohnes, der eine Beeinträchtigung beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag hat. Er beschreibt, dass es zu einem erhöhten Aggressionspotenzial kam. Dies führte dazu, dass die Dynamik im Klassenverband *ein bisschen aus dem Ruder gelaufen ist*. Herr Conrad nimmt dabei das Lehrpersonal von der Kritik aus und betont: *Die konnten da am wenigsten für. Die haben das Beste darauf gemacht*. Diese Unterscheidung deutet darauf hin, dass er die Wurzel des Problems in den institutionellen Rahmenbedingungen sieht.

Frau Gehrke (60, beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt) schildert ihre Einschulung. Ursprünglich sollte sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht auf eine Regelschule gehen: *Damals ging meine Mutter zum Schulleiter und sagte ihm, dass ich an der Hüfte behindert sei*. Der Schulleiter wies sie darauf hin, dass sie zur *Behindertenschule* müsse. Um dies zu verhindern, verbarg ihre Mutter die Beeinträchtigungen bei einem weiteren Einschulungsversuch: *Das war für meine Mutter ein No-Go. Ich war ein normal intelligent entwickeltes Kind. Ich sollte in die Sonderschule. Das kann ja nicht sein*.

Herr Ludwig (57, beim Bewegen und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) thematisiert ebenfalls die Herausforderungen, die seine Zeit auf der Realschule mit sich brachte. Er berichtet: *Das war Dauerstress von vorne bis hinten, jeder sagt immer: ‚Das musst du machen, so musst du es machen‘, und ich wollte das nie so*. Um diesem Druck zu entfliehen, fand er Trost in persönlichen Interessen: *Das Einzige, was wirklich Spaß gemacht hat, nach der Arbeit hinlegen, was Gutes essen, was Gutes trinken und dann hinlegen und Musik hören*.

Frau König (37, u. a. beim Bewegen, Sehen und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) fühlt sich im Rahmen einer Kursteilnahme benachteiligt, weil ein Verantwortlicher ablehnend reagierte und erklärte, wieso ein Kurs mit *geistig behinderten Menschen* besser für sie sei. Frau König verdeutlicht, dass sie nicht ernst genommen und nicht in den Entscheidungsprozess einbezogen wird: *Man [wird] nicht gefragt, welche Fähigkeiten man hat, um diesen Kurs mitzumachen*. Ihre Forderung ist, offener zu sein: *Man soll die Menschen dann erst ansehen, wenn sie tatsächlich in diesem Kurs sind und dann haben sie vielleicht die Chancen, ihre Fähigkeiten zu zeigen*.

Begrenzte Entwicklungsmöglichkeiten im Berufsleben

Einige Interviewte thematisieren auch berufliche Entwicklungshemmnisse. Trotz hoher Arbeitsmotivation stellen sie häufig fest, dass ihre Fähigkeiten auf dem Arbeitsmarkt nicht voll zur Geltung kommen. Dies führt bei Interviewten nicht selten zu Unterforderung, was im Widerspruch zum Anspruch des lebenslangen Lernens steht. Die Befragten betonen zudem mangelnde Anerkennung auf dem Arbeitsmarkt, die ihnen aufgrund von Beeinträchtigungen entgegengebracht wird.

Frau Moritz (52, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme) thematisiert mangelnde Anerkennung für ihre Arbeit, die sich für sie in niedrigen Einkünften und begrenzter Wahrnehmung ihrer Arbeitsleistung widerspiegelt. Sie beschreibt

frustriert: *Aber was mich immer aufregt, man hat so viel geleistet und ist so lange in die Arbeit gegangen und wird mit ein paar Euro abgespeist.* Diese Aussage verdeutlicht ihr Gefühl, dass ältere und beeinträchtigte Menschen in der Gesellschaft oft nicht mehr gebraucht werden. In ihren Augen wird *man hingengelassen wie ein Mensch, der wo nichts mehr taugt.* Frau Bischof (77, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch eine chronische Erkrankung) äußert ebenfalls, dass sie zu geringe Anerkennung und Möglichkeiten für Ältere und Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt wahrnimmt. In den Augen der Interviewten wird oft nur nach oberflächlichen Lösungen gesucht, anstatt Wege zu finden, wie diese Personengruppen erfolgreich in den Arbeitsmarkt integriert werden können. Stattdessen fühlen sich diese Personen häufig mit einem Minimalziel abgefunden – ohne gezielte Förderung: *Da kümmert sich keiner drum, ne? Sind froh, dass die beschäftigt sind, und dann macht keiner denen Vorschläge.*

Das Spannungsverhältnis zwischen angestrebten beruflichen Zielen und eigenen körperlichen Einschränkungen wird bei Frau Roth (35, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme) deutlich. Sie berichtet, dass sie ihren ursprünglichen Berufswunsch, Ärztin zu werden, aufgeben musste: *Ich [spüre] nichts in meinen Händen [...] ich kann noch nicht mal Puls messen. Ist ein bisschen schwierig, als Ärztin dann eine Untersuchung durchzuführen.* Die Einsicht führte sie zu der Entscheidung, Arzthelferin zu werden, die sie jedoch als unzureichend empfand: *Ich war erstens komplett unterfordert. Ich habe viel zu wenig Kompetenz zugeteilt bekommen.* Der Druck, der durch ihre körperlichen Einschränkungen entsteht, führte außerdem dazu, dass die Arbeitsagentur ihr eine Frühverrentung vorschlug, was sie zunächst ablehnte. Dennoch sah sie sich schließlich gezwungen, dieser Option nachzugeben, da sie die körperlichen Anforderungen eines regulären Arbeitsalltags nicht mehr erfüllen kann. Ihr Unmut über die Situation wird deutlich: *Ich bin eine junge, intelligente, hübsche Frau mit Wissensdurst und werde dazu verdammt, die Wand anzustarren.* Obwohl Frau Roth alternative Nebentätigkeiten in Betracht zieht, bleibt der Zugang dazu eingeschränkt.

Frau Rabe (31, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) benennt Unterforderung am Arbeitsplatz, weil ihr nur leichtere Tätigkeiten zugetraut werden. Dies führt dazu, dass sie sich in ihrer Leistungsfähigkeit nicht ernst genommen fühlt: *Ich habe keine Lust immer nur diese sitzenden Tätigkeiten zu machen und nie was anderes machen darf.* Die Befragte beschreibt weiter mangelnde Anerkennung, weil ihr weniger zugetraut wird: *Und wenn ich halt mit irgendwem spreche, dann kommt halt eben auch ganz oft: „Na ja, du kriegst doch Rente und sitzt zuhause.“* Hier muss sie sich oft rechtfertigen. Die Interviewte führt aus, dass sie leistungsfähig ist:

Ich bin ja nicht irgendwie, keine Ahnung, außer Gefecht oder so und kann nichts mehr. Ich habe genauso eine Ausbildung gemacht, wie jeder andere auch und ich arbeite genauso, wie jeder andere auch [...] Nein, ich möchte schon für mein Geld arbeiten und ich möchte auch zeigen, dass ich was kann.

Diskriminierung auf dem Bildungsweg

In den Erzählungen der Interviewten spielt Diskriminierung eine zentrale Rolle, meist in Form von Mobbing-Erfahrungen, die teils mit körperlichen Übergriffen einhergehen. Diese Erfahrungen beziehen sich überwiegend auf die Schulzeit und weniger auf Weiterbildungen oder andere Aktivitäten des lebenslangen Lernens.

Frau Gehrke (60, beim Bewegen und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt) schildert zunächst ihre Mobbing-Erfahrungen auf einer Realschule und beschreibt eine belastende Situation während einer Klassenfahrt: *Ich wurde durch dieses Mädchen gemobbt. Keiner wollte mit mir was unternehmen, weil dieses Mädchen sagte: „Wenn ihr mit der geht, braucht ihr mit*

mir nicht kommen. ‘Die Befragte sagt, dass sie in der Folgezeit krank wurde: *Im nächsten Jahr, wieder Anfang der Sommerferien war ich wieder so überarbeitet und fertig [...] und ich musste wieder die sechs Wochen in die Klinik.* Das Mobbing eskalierte weiter, da die Mitschülerinnen und Mitschüler über ihren Aufenthalt Bescheid wussten: *Und bin Spießruten gelaufen, weil die alle wussten, dass ich in der Psychoklinik war.*

Frau Rabe (31, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) beschreibt ebenfalls eine Reihe belastender Erfahrungen aus ihrer Jugendzeit, als sie an einer Realschule war, einschließlich körperlicher Übergriffe, die sie erlebt hat. Sie berichtet von Vorfällen, wie etwa: *Da war das jetzt nicht so, dass mich einer so in dem Sinne angegriffen hat, aber es waren Sachen, die [...] komischerweise immer mich getroffen haben.* Sie schildert, wie sie bei einem Vorfall beinahe schwere Verletzungen erlitten hätte: *Sei es das einer eine Eisentür zugeschlagen hat und meine Finger waren halt eben drin. Sei es eine Schlange, wo einer den anderen geschubst hat und ich war am letzten Ende und bin dann eben gefallen auf den Hinterkopf.* Darüber hinaus berichtet die Interviewte von weiteren grenzüberschreitenden Mobbing-Erfahrungen: *Sei es solche Dinge, dass ich Briefe bekommen habe mit Morddrohungen, wo halt eben eine Pistole aufgemalt war mit der Aussage: Ich weiß, wo du wohnst.* Trotz der Hoffnung, mit dem Beginn ihrer Ausbildung einen Neuanfang zu wagen, musste sie feststellen, dass das Mobbing sie weiterhin begleitete, diesmal sogar in digitaler Form: *Im Internet, wo dann auch ein Foto rumgeschickt wurde von mir mit einem Pfeil dran: Das ist ihr Humpelbein. Was dann halt komplett einmal rumging.*

Frau Xu (44, Beeinträchtigung beim Sprechen), die in einer Wohngemeinschaft mit Assistenz lebt, spricht ebenfalls über belastende Erfahrungen während ihrer Zeit auf einer Förderschule, die häufig mit ihrer Beeinträchtigung zusammenhing und zu Schulverweigerung führten: *Ich hatte ja auch immer manchmal die Schule auch geschwänzt. Weil ich da mit ein paar Mitschülern / bin ich gemobbt worden [...] wegen meinem Sprachfehler.* Um sich zu wehren, griff sie auch zu körperlicher Gewalt: *Also bis ich dann auch einmal ausgerastet und habe einen Mitschüler in die Eier getreten.* Auf die Frage nach positiven Erlebnissen aus der Schulzeit verneint die Befragte und betont, dass selbst Schulwechsel nicht verhindern konnten, aufgrund ihrer Beeinträchtigungen gemobbt zu werden.

Während sich die meisten Schilderungen auf Mitschülerinnen und Mitschüler konzentrieren, erzählt Frau König (37, u. a. beim Bewegen, Sehen und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) von einer Lehrerin auf einer Förderschule, die die Beeinträchtigungen der Befragten ausnutzte, um ihre Anweisungen durchzusetzen. Die Interviewte schildert dies mit den Worten: *Wenn du das jetzt nicht machst, dann helfe ich dir nicht mehr auf der Toilette.* In einer weiteren Episode erzählt sie, wie sie gegen ihren Willen von der Lehrerin festgehalten wurde: *[Sie] hat mich in ein Zimmer geschoben, nachdem ich mich mit einem Mitschüler gestritten hatte, und dann habe ich mich nicht wehren können und dann war ich in diesem Zimmer tatsächlich eingesperrt.*

Unterstützung durch soziale Beziehungen auf dem Bildungsweg

Personen, die die Interviewpartnerinnen und -partner auf ihrem Bildungsweg begleitet haben, spielen im Zusammenhang mit Unterstützung ebenfalls eine wichtige Rolle. Dabei handelt es sich vor allem um Familienmitglieder und Verwandte, teilweise auch um Freundinnen und Freunde sowie Klassenkameradinnen und -kameraden. Allgemeine Bewertungen zum Lehrpersonal werden von den Interviewten zwar vorgenommen, jedoch nur selten im Zusammenhang mit Unterstützung im Kontext von Beeinträchtigungen und Behinderungen. Neben positiven Erfahrungen thematisieren die Interviewten auch das Ausbleiben von Hilfe sowie negative Erlebnisse im Bereich von Unterstützung.

Positive Erfahrungen

Positive Erfahrungen von Unterstützung auf dem Bildungsweg werden von den Befragten häufig hervorgehoben. Dabei nennen die Interviewten insgesamt mehr Personen, die ihnen unterstützend zur Seite standen, als dass sie die konkreten Unterstützungsarten im Detail ausführen. Die Rolle von Unterstützung – sowohl durch Familie als auch durch soziale Netzwerke – wird in den Erzählungen der Interviewten oft als wesentlicher Faktor für den persönlichen und beruflichen Erfolg hervorgehoben.

Herr Kaufmann (73, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) beschreibt die zentrale Bedeutung seiner Familie in seinem Leben, insbesondere angesichts seiner Beeinträchtigungen. Er fasst die positiven Aspekte von Unterstützung auf dem Bildungsweg (u. a. auf einem Gymnasium) zusammen: *Meine Familie war sehr wichtig, weil haben mich unterstützt immer, immer, wenn ich üben musste.* Frau Göbel (52, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) hebt auch den Einfluss familiärer Unterstützung hervor, insbesondere durch ihre Mutter, die eine flexible Arbeitsregelung fand, um die Betreuung des Sohnes der Befragten zu übernehmen. Dies ermöglichte es der Interviewten, ihre Laufbahn auf der Realschule fortzusetzen: *Und nachmittags habe ich mich dann um meinen Sohn gekümmert, Hausaufgaben gemacht.*

Neben familiärer Unterstützung spielen auch soziale Netzwerke eine wichtige Rolle im Leben der Befragten. Frau Göbel (52, Beeinträchtigungen beim Bewegen und durch Schmerzen) erzählt von der Unterstützung ihrer Klassenkameradinnen und -kameraden während ihrer Schwangerschaft. Diese halfen ihr, den Anschluss an den Schulstoff zu behalten. Bis heute besteht diese enge Verbindung zu ihren ehemaligen Mitschülerinnen und Mitschülern: *Also wenn irgendjemand irgendwas hat, stehen wir alle Gewähr.* Im beruflichen Bereich spielt auch das sogenannte "Vitamin B" – die Vermittlung von Arbeitsplätzen durch Kontakte – eine wichtige Rolle für die Interviewten. Frau Anders (60, beim Bewegen und beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt) schildert, wie ihr Vater ihr half, trotz großer Konkurrenz einen Ausbildungsplatz in dem Industriebetrieb zu bekommen, in dem er arbeitete: *Und dann hat mein Vater mir einen Termin [...] beschafft. Also ich habe mich beworben [...] Und dann wurde ich dort auch tatsächlich genommen.* Auch Herr Pöhlmann (19, Beeinträchtigung beim Sehen) fand durch persönliche Kontakte Zugang zu einer Weiterbildung im Bereich körperlicher Therapien: *Da konnte ich auch bei der Mutter von einem Freund [...] direkt in die Abteilung reingehen und da hatte ich auch einen guten Ansprechpartner.*

Unterstützung durch Lehrpersonal insbesondere im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen und Behinderungen wird in den Interviews seltener erwähnt. Herr Vetter (52, beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt), der in einer Wohnform mit Assistenz lebt, hebt jedoch positiv hervor, dass er sich nach dem Wechsel auf eine Förderschule durch das Lehrpersonal besser aufgehoben gefühlt hat: *Ich habe mich auch auf die andere Schule gefreut [...] Da wurde ich auch besser gefördert, glaube ich.* Ein weiteres Beispiel für die Rolle von Lehrkräften gibt Herr Fischer (65, beeinträchtigt durch eine chronische Erkrankung und beim Bewegen), der sich daran erinnert, wie eine Grundschullehrerin ihm half, sein Stottern zu überwinden. *Die Lehrerin [...] hat mir das dann praktisch abgewöhnt mit irgendwelchen, ja, Tricks [...] Auf jeden Fall habe ich das dann gelernt, dass ich ruhig reden kann und dann war das ohne Stottern.*

Mangel an Unterstützung und negative Erfahrungen

Neben positiven Erlebnissen berichten einige Interviewte auch von negativen Erfahrungen. Diese beziehen sich meist auf das Fehlen von angemessener Unterstützung durch das soziale Umfeld. Während Herrn Höfer (69, angeborene Beeinträchtigung beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag), der im Kinderheim aufwuchs, vor allem die familiäre Unterstützung fehlte:

Wenn ich vielleicht meine Mutter gehabt hätte oder, die hätten mich vielleicht ein bisschen ... So hatte ich ja keinen, der mir geholfen hat. Frau Wolff beschreibt (63, durch eine chronische Krankheit und durch schwere seelische oder psychische Probleme beeinträchtigt), wie sie sich in ihrem Elternhaus benachteiligt fühlte: *[Ich war] irgendwie das ungeliebte Kind.* Diese schwierige Familiensituation wirkte sich auch auf ihren Kontakt zum sozialen Umfeld aus, da ihre Eltern den Umgang mit Freundinnen und Freunden einschränkten: *Die Freunde oder die Bekannten, die waren auch alle nicht gern gelitten und ungern gesehen.* Diese negativen Erlebnisse zogen sich durch ihren gesamten Bildungsweg: *Ging zur Schule so. Durfte das nicht lernen, was ich lernen wollte.* Auch der Start ins Berufsleben war von Einschränkungen geprägt. Ihre Familie hinderte sie daran, ihren Berufswunsch zu verfolgen, da sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung übermäßige Sorge um sie hatten: *Jedes Mal, wenn ich eine Stelle hatte und weg wollte, dann hat man immer ein Herzkasperm gekriegt. Dann bin ich wieder daheim geblieben.* Später schildert sie, dass sie in bestimmte Berufe gedrängt wurde. Obwohl sie Schneiderin werden wollte, musste sie eine Ausbildung zur Kinderpflegerin beginnen: *Mein eigener Wunsch war das nicht.*

Zwischenfazit und Einordnung

Viele der Befragten erleben von Anfang an keine Chancengleichheit, da sie aufgrund von Beeinträchtigungen und damit verbundenen Hürden bereits mit einem Lernrückstand in ihre Bildungsbiografie starten oder einen solchen im Laufe ihres Bildungsweges aufbauen. Bildungsangebote sowie entsprechende Unterstützungsmaßnahmen, die diese Benachteiligungen ausgleichen könnten, sind für die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner häufig nicht vorhanden oder sie werden von diesen nicht erreicht. Oftmals werden laut den Interviewten zudem ihre individuellen Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt. Mehrfach berichten die Befragten, dass sie nicht genügend inklusiv eingebunden werden und sich stattdessen ausgegrenzt fühlen. Ähnliche Ergebnisse zeigen auch Studien zur aktuellen Lage in Deutschland. Dabei ist zu beachten, dass das Bildungswesen überwiegend im Verantwortungsbereich der Länder liegt, wodurch sich Förderwege, Regelungen und Institutionen je nach Bundesland erheblich unterscheiden. Die Elternstudie des BMAS verdeutlicht Defizite bei Betreuungs-, Schul- und Ausbildungsplätzen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, einen Fachkräftemangel, fehlende Inklusionskonzepte und eine unzureichende Umsetzung von Inklusion. Zudem stellen die begrenzte Verfügbarkeit von Schulbegleitung und Assistenz weitere Hürden dar. Beim Thema Schulwechsel nannten Eltern von Schulwechslern als Hauptgründe Mobbing, Gewalt und Diskriminierung (27 Prozent sowie mangelnde Rücksichtnahme auf Beeinträchtigungen (23 Prozent). 16 Prozent sahen die Förderschule als besser geeignet an, 12 Prozent bevorzugten den Wechsel zur Regelschule (vgl. BMAS 2022).

Auch im späteren Berufsleben werden die Entfaltungsmöglichkeiten für die Interviewten nur unzureichend berücksichtigt. Die Befragten erleben häufig, dass sie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten nicht voll zur Entfaltung bringen können. Es fehlt ihnen dabei an Anerkennung sowie an Vertrauen in ihre Fähigkeiten in Zusammenhang mit bestehenden Beeinträchtigungen und Behinderungen. Dies führt bei nicht wenigen zu einem Gefühl der Unterforderung. Die Ergebnisse der quantitativen Studie zeigen, dass Weiterbildungsangebote für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen besondere Herausforderungen darstellen, etwa durch fehlende Barrierefreiheit, hohe Kosten oder mangelnde Informationen. Auch Aktivitäten des lebenslangen Lernens wie Kurse besuchen, Museumsbesuche oder digitales Lernen werden seltener wahrgenommen, oft wegen finanzieller, körperlicher oder organisatorischer Hürden. Trotz mehr verfügbarer Zeit fehlt es vielen an Unterstützung oder passenden Angeboten (siehe auch Kapitel 3.2).

Ein weiteres zentrales Thema ist Diskriminierung, die von vielen Befragten erlebt wird und sie zusätzlich benachteiligt. Die Interviewten berichten von Mobbing und teilweise körperlichen

Übergriffen, was sie stark belastet. Die Elternstudie zeigt ein ähnliches Bild: Viele Eltern berichten Erfahrungen von Ausgrenzung, teilweise sogar von Diskriminierung gegenüber ihren Kindern mit Beeinträchtigungen und Behinderungen – sowohl durch andere Kinder als auch durch Erwachsene (vgl. BMAS 2022.).

Als positive Ressource werden von den Interviewten hingegen soziale Unterstützungssysteme genannt, insbesondere Familienmitglieder, Freundinnen und Freunde, aber auch Mitschülerinnen und Mitschüler, die hilfreich sind. Allerdings werden auch einige belastende Erfahrungen berichtet.

Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung verdeutlichen die vielfältigen Herausforderungen, mit denen Menschen mit Behinderungen konfrontiert sind, wenn es darum geht, ihr in der UN-BRK verankertes Recht auf Bildung und lebenslanges Lernen zu verwirklichen. Insgesamt dominieren für die Befragten negative Aspekte im Bereich *Bildung und lebenslanges Lernen*. Positive Erlebnisse, die vor allem von Menschen mit weniger schweren Beeinträchtigungen geschildert werden, sind die Ausnahme. Die Einschränkungen und Benachteiligungen wiegen schwer und spiegeln sich insbesondere in niedrigen Bildungsabschlüssen, höherer Arbeitslosigkeit und einer geringeren Teilnahme an Aktivitäten des lebenslangen Lernens wider. Lediglich Unterstützung aus dem sozialen Umfeld kann ihre Teilhabe in gewissem Maße positiv beeinflussen.

4.5 Fazit

Die Ergebnisse der qualitativen Studie beleuchten die vielfältigen Hürden, mit denen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen konfrontiert sind. Die Auswertung der Interviews zeigt im Themenbereich *Beeinträchtigung und Gesundheit*, dass Interviewte von emotionalen Belastungen berichten, die sich auf gesundheitliche, soziale und finanzielle Aspekte beziehen. Diese Belastungen werden auf unterschiedliche Weise verarbeitet: Das Spektrum reicht von Verleugnung über schrittweise Akzeptanz bis hin zu einem pragmatischen Umgang, der teilweise in Zufriedenheit mit dem eigenen Lebensweg mündet. Zudem wurde deutlich, dass Gesprächspartnerinnen und -partner aktiv mentale und handlungsorientierte Strategien einsetzen, um ihr Wohlbefinden zu steigern. Sie betonen dabei die Bedeutung von Selbstbestimmung, positivem Denken und einem bewussten Lebensstil, ergänzt durch Maßnahmen wie körperliche Aktivität, Prävention und Ablenkung durch Hobbys.

Unterstützung durch das soziale Umfeld, insbesondere durch Familie sowie Freundinnen und Freunde, beschreiben die Interviewten häufig als essenziell. Gleichzeitig werden jedoch auch Spannungen und Konflikte innerhalb des sozialen Umfelds als zusätzliche Belastungen wahrgenommen. Im Gesundheitssystem heben die Befragten einerseits positive Erfahrungen hervor, etwa individuelle Wertschätzung und informative Unterstützung, andererseits aber auch deutliche strukturelle Defizite wie bürokratische Hürden und unzureichende Angebote. Darüber hinaus berichten Interviewte von einem Mangel an Anerkennung, insbesondere bei der Beantragung von Leistungen. Diese Defizite werden häufig durch finanzielle Einschränkungen zusätzlich verschärft. Diese Erfahrungen stehen im Widerspruch zu den Vorgaben der UN-BRK, die eine diskriminierungsfreie und zugängliche Gesundheitsversorgung fordert. Die geschilderten Hürden verdeutlichen, dass die Umsetzung dieser Verpflichtungen in der Praxis nicht immer gelingt.

Im Bereich *Partnerschaft und Familie* betonen Interviewte die zentrale Rolle partnerschaftlicher und familiärer Beziehungen als Quelle emotionaler Unterstützung. Gleichzeitig sind diese Beziehungen oft mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Während Partnerschaften und familiäre Beziehungen in schwierigen Lebenssituationen häufig als belastbar beschrieben werden, führen gesundheitliche Einschränkungen nicht selten zu Belastungen, die sowohl die Beziehungen selbst als auch das individuelle Wohlbefinden beeinträchtigen können. Wenn partnerschaftliche oder familiäre

Unterstützung fehlen, finden Betroffene Halt in Freundschaften, sozialen Netzwerken oder anderen emotionalen Ressourcen. Dennoch erleben sie bei der Partnersuche, Heirat oder Familiengründung oft zusätzliche Hürden, die sowohl gesundheitliche als auch wirtschaftliche Ursachen haben. Diese Herausforderungen verdeutlichen, dass es für die Betroffenen oft schwierig ist, die in der UN-BRK verankerten Rechte auf Ehe, Familiengründung und uneingeschränkte Teilhabe an familiären Beziehungen vollständig wahrzunehmen.

Beim Thema *Persönliche Sicherheit* schildern Interviewte Unsicherheiten und Ängste, die sie insbesondere in öffentlichen Räumen oder im Kontakt mit Unbekannten erleben. Diese mitunter diffusen Ängste, die bei einigen zu Vermeidungsverhalten und sozialer Isolation führen, basieren teils aber auch auf der Wahrnehmung, aufgrund der Beeinträchtigung leichter Opfer von Übergriffen zu werden. Diskriminierungserfahrungen spielen außerdem eine zentrale Rolle: Interviewpartnerinnen- und -partner berichten von Vorurteilen, Kontaktängsten, Beleidigungen und teilweise körperlichen Übergriffen, die nachhaltige emotionale und physische Spuren hinterlassen. Diese Erfahrungen beeinflussen das Sicherheitsgefühl der Betroffenen erheblich und verstärken Isolation, die einige von ihnen bereits erleben. Diese Sicherheitsbedenken und Diskriminierungserfahrungen zeigen, dass die gesellschaftliche Teilhabe in Bezug auf die Sicherheit vieler Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, wie in der UN-BRK gefordert, erheblich verbessert werden muss.

Im Themenbereich *Bildung und lebenslanges Lernen* zeigen die Interviews, dass Befragte keine Chancengleichheit in Bildungskontexten erleben. Sie berichten, dass sie aufgrund von Beeinträchtigungen mit Nachteilen starten oder während ihrer Bildungsbiografie auf Hürden stoßen, wodurch sich Lernrückstände vergrößern. Unterstützungsangebote und -maßnahmen waren oft nicht verfügbar oder berücksichtigten die individuellen Bedürfnisse für die Interviewten nicht ausreichend, was häufig das Gefühl von Unterforderung und mangelnder Anerkennung auslöst. Diskriminierung, Mobbing und Ausgrenzung werden als zusätzliche Belastungen beschrieben. Dennoch stellen soziale Unterstützungssysteme wie Familie, Freundinnen und Freunde oder Mitschülerinnen und Mitschüler eine wichtige Ressource dar, auch wenn vereinzelt belastende Erfahrungen berichtet werden. Diese Einschränkungen stehen im Widerspruch zu den Grundsätzen der UN-BRK, die das Recht auf inklusive Bildung und lebenslanges Lernen betonen. Die Befragten schildern, dass sie in Bildung und Beruf auf vielfältige Hindernisse stoßen, die ihre Teilhabe und ihr Potenzial einschränken.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Interviewten mit vielfältigen Hürden konfrontiert sind, die von emotionalen Belastungen und strukturellen Defiziten bis hin zu unzureichender Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Diskriminierung und mangelnder Inklusion reichen. Gleichzeitig wird deutlich, dass viele Gesprächspartnerinnen und -partner Strategien zur Bewältigung ihrer schwierigen Situation entwickelt haben, und dass Selbstbestimmung sowie Unterstützung durch soziale Netzwerke positive Effekte auf ihr Wohlbefinden haben. Dennoch zeigen die geschilderten Erfahrungen, dass die in der UN-BRK verankerten Rechte vieler Menschen mit Behinderungen, wie das Recht auf Gesundheit, Sicherheit, Bildung und Familienleben, in der Praxis oft nur unzureichend verwirklicht werden. Auch die qualitative Vertiefungsstudie macht deutlich, dass noch erheblicher Handlungsbedarf besteht, um die Standards der UN-BRK zu erfüllen.

5. Befragung von wohnungslosen Menschen

Eine Gruppe von Menschen, die nicht über klassische Stichprobenverfahren erreicht werden, sind wohnungslose Menschen. Auch im Teilhabesurvey werden wohnungslose Menschen mit dem Stichprobendesign der beiden großen Teilstudien nicht abgebildet. Existierende Studien legen jedoch nahe, dass wohnungslose Menschen im Vergleich zur Wohnbevölkerung überproportional von Erkrankungen und Beeinträchtigungen betroffen sind (Busch-Geertsema et al. 2019, Völm et al. 2004). Für die Personengruppe der wohnungslosen Menschen ist damit auch die Frage, inwiefern sich Beeinträchtigungen auf Möglichkeiten der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen auswirken, in hohem Maße relevant. Wohnungslosigkeit war aus diesem Grund bereits ein Schwerpunkt des Zweiten Teilhabeberichts der Bundesregierung (Engels et al. 2016). Um die Teilhabemöglichkeiten von wohnungslosen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen besser abbilden zu können, wurden im Rahmen des Teilhabesurvey 749 wohnungslose Menschen verschiedenen Geschlechts und Alters befragt. Gut 20 Prozent der realisierten Stichprobe stellen Frauen dar, die Altersspanne liegt zwischen 19 und 88 Jahren.

Im Rahmen des Teilhabesurvey werden unter *Wohnungslosen* Personen verstanden, die über keine dauerhafte Unterkunft verfügen und die Nacht hauptsächlich auf öffentlichen Plätzen, im Freien oder in speziellen Unterkünften verbringen.²⁰ Ein Zugang zu dieser Gruppe über eine lokalisierbare Privatadresse entfällt daher also definitionsgemäß. Der Zugang zu den wohnungslosen Menschen erfolgte daher über unterschiedliche Arten von Anlaufstellen der Wohnungslosenhilfe in ganz Deutschland.

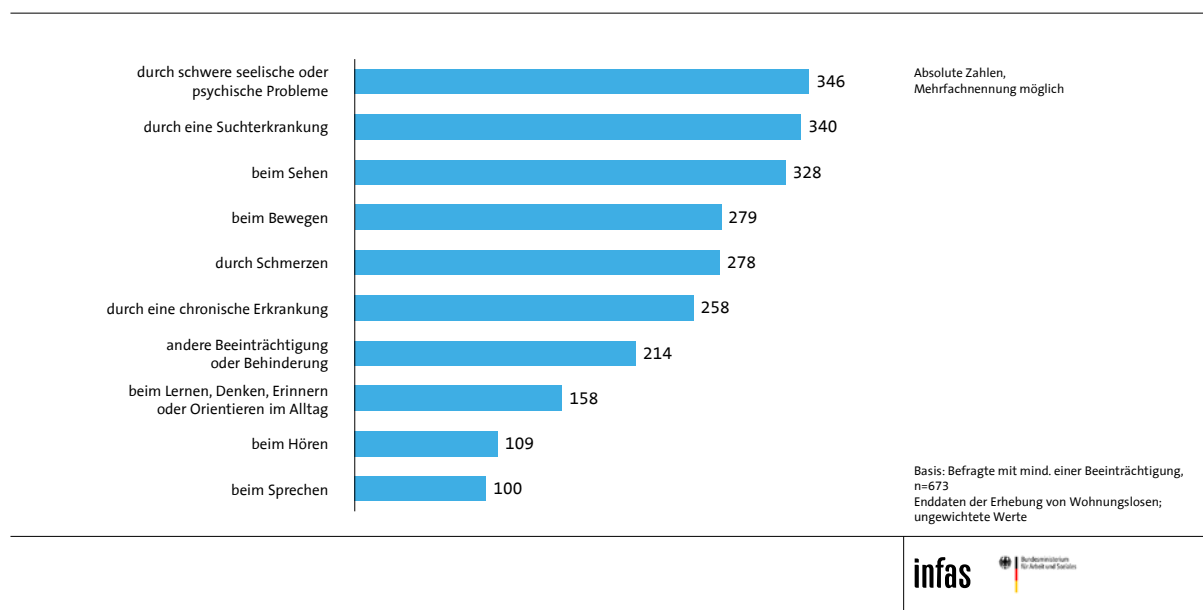
Verschiedene Arten dieser Anlaufstellen wurden für die Rekrutierung der Teilnehmenden herangezogen. Die meisten Befragungspersonen wurden in Notunterkünften und Tagesstätten beziehungsweise Treffpunkten angetroffen. Zudem wurden Beratungsstellen und Versorgungstellen aufgesucht. Die Interviews wurden in 108 Anlaufstellen, verteilt über 45 Städte und Gemeinden, durchgeführt. Alle Interviews wurden in deutscher Sprache durchgeführt.

5.1 Beeinträchtigungen und Behinderung bei wohnungslosen Menschen

Alle Personen wurden auch in dieser Befragung darum gebeten, Beeinträchtigungen oder Erkrankungen anzugeben, die länger als sechs Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden. Dabei konnten mehrere Beeinträchtigungen genannt werden. Die Informationen zu den Beeinträchtigungen stammen somit ausschließlich aus den Selbstauskünften der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer.

673 der 749 befragten Personen gaben an, mindestens eine Beeinträchtigung zu haben, die bereits länger als sechs Monate andauere oder voraussichtlich andauern werde. 76 der Befragten gaben an, gar keine Beeinträchtigung (im Sinne der Definition des Teilhabesurvey) zu haben. Der Fokus der nachfolgenden Analysen wird auf den befragten wohnungslosen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen liegen, denn die Gruppe der befragten Wohnungslosen ohne Beeinträchtigung in der befragten Stichprobe erwies sich als zu klein, um als Vergleichsgruppe herangezogenen zu werden.

²⁰ Die Definition von Wohnungslosigkeit ist zentral für die Bestimmung der Zielgruppe für die Befragung. Rossi et al. unterscheiden in einer sozialwissenschaftlichen Studie zur Wohnungslosigkeit in Chicago, USA, zwischen tatsächlich Wohnungslosen (literally homeless) und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen (precariously or marginally housed) (Rossi et al. 1987: 1336 f. & 1340). Der Teilhabesurvey hat sich an der Definition der tatsächlich wohnungslosen Menschen orientiert.

Abbildung 5.1 Verteilung aller berichteten Beeinträchtigungen – Wohnungslose

Die befragten Wohnungslosen nennen am häufigsten Beeinträchtigungen durch psychische Probleme, durch eine Suchterkrankung und beim Sehen. Am seltensten werden Beeinträchtigungen beim Hören und beim Sprechen angegeben. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Verteilung der Beeinträchtigung mit der stärksten Einschränkung im Alltag bzw. der ersten eingetretenen Beeinträchtigung. Auch hier werden Beeinträchtigungen durch psychische Probleme und durch eine Suchterkrankung am häufigsten genannt.

Insgesamt haben fast die Hälfte aller Befragten eine psychische Beeinträchtigung oder eine Suchterkrankung angegeben. Damit sind diese beiden Beeinträchtigungsarten in der Wohnungslosenbefragung eindeutig stärker vertreten als bei der Befragung in den Privathaushalten. Im Vergleich gaben dort nur rund 9 Prozent an, eine Beeinträchtigung durch psychische Probleme und 2 Prozent eine Beeinträchtigung durch eine Suchterkrankung zu haben.²¹

Zudem treten diese beiden Beeinträchtigungsarten häufig gleichzeitig auf. Knapp 60 Prozent der Befragungspersonen mit einer psychischen Beeinträchtigung geben an, auch eine Suchterkrankung zu haben. 29 Prozent aller beeinträchtigten Personen gaben sowohl eine psychische Beeinträchtigung als auch eine Suchterkrankung an. Auch bei anderen Beeinträchtigungen gibt es größere Überschneidungen. So berichten etwa 66 Prozent derjenigen mit einer Beeinträchtigung beim Bewegen auch von einer Beeinträchtigung durch Schmerzen.

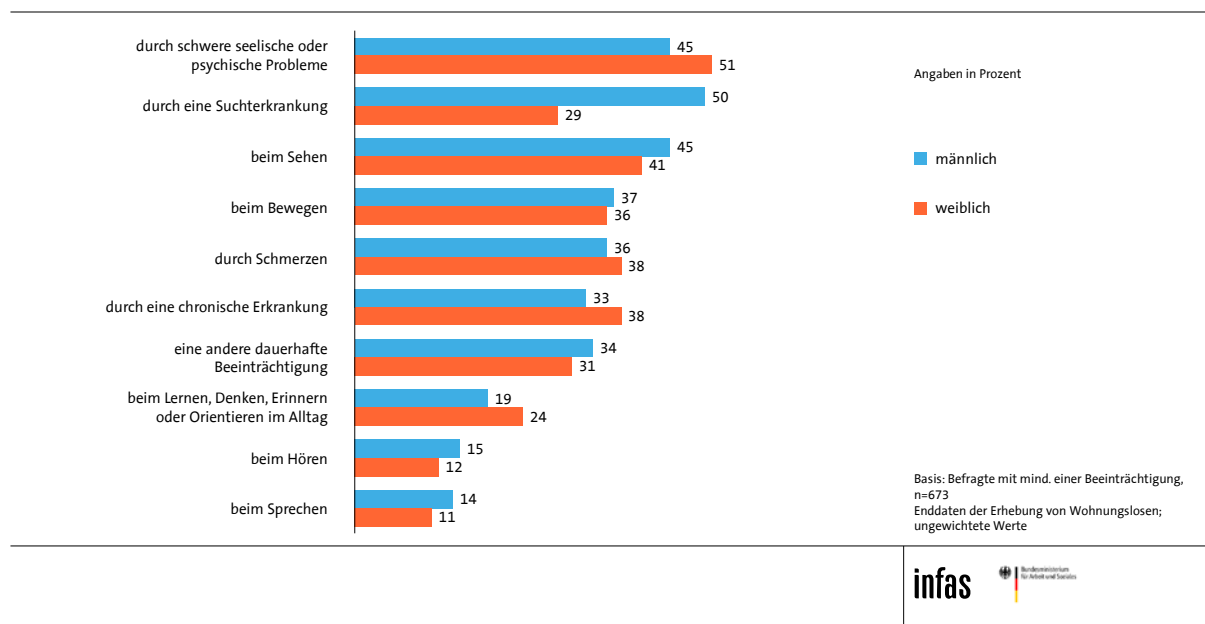
Auf Grundlage der Befragung kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob psychische Beeinträchtigungen eher Ursache oder Konsequenz von Wohnungslosigkeit sind. Andere Studien (Knörle et al. 2022, Bäuml et al. 2017) konnten diesem Zusammenhang genauer nachgehen und weisen darauf hin, dass psychische Beeinträchtigungen bei einem Großteil der Betroffenen schon vor der Wohnungslosigkeit vorlagen und diese häufig auch direkt verursachen. Gleichzeitig führt die

²¹ Die Vergleiche mit Befragten in Privathaushalten werden in diesem Kapitel auf der Grundlage der Enddaten von Welle 1 des Teilhabesurvey vorgenommen, da sich die meisten Inhalte des Fragebogens der Wohnungslosenbefragung an dem Fragebogen der Welle-1-Befragung des Teilhabesurveys in Privathaushalten orientieren. Vgl. dazu den Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, Steinwede/Harand 2022. Ausgenommen davon sind die Vergleiche in dem neu behandelten Themenfeld Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen. Die Vergleiche in diesem Unterkapitel werden mit den Ergebnissen aus Kapitel 3.3 vorgenommen.

Wohnungslosigkeit sehr häufig zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit, wodurch sie die Wohnungslosigkeit wiederum verlängern bzw. verstetigen kann.

Betrachtet man die Befragten getrennt nach dem Geschlecht, so zeigen sich Unterschiede zwischen den Verteilungen nach den Beeinträchtigungen.

Abbildung 5.2 Verteilung aller berichteten Beeinträchtigungen nach Geschlecht – Wohnungslose

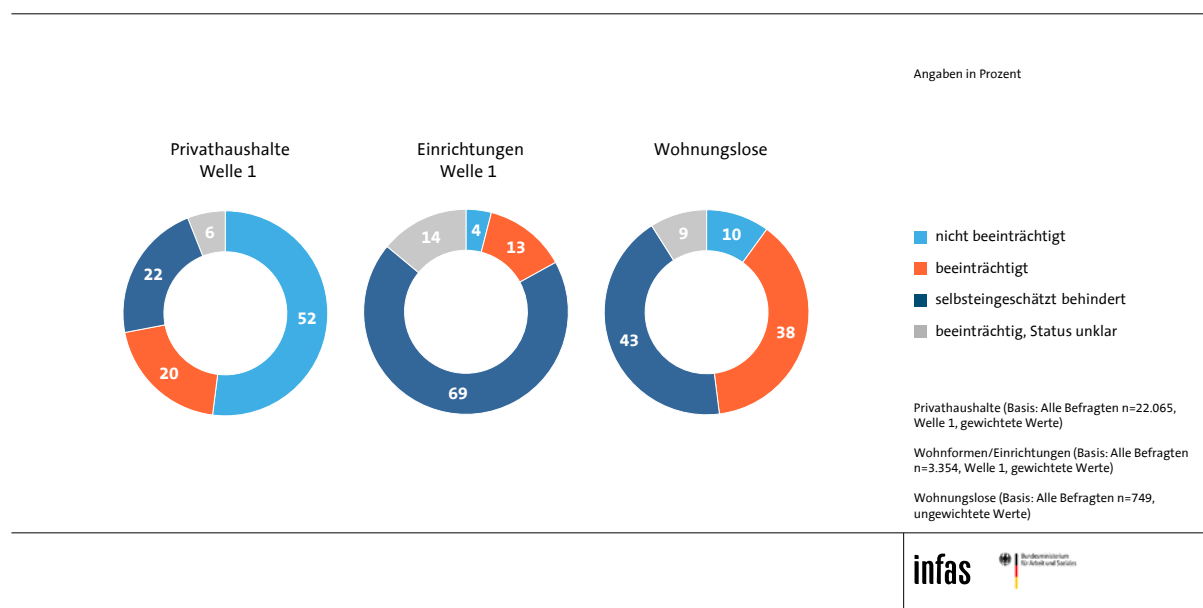


Von Frauen werden in der Befragung häufiger Beeinträchtigungen durch psychische Probleme angegeben. Beeinträchtigungen durch eine chronische Erkrankung oder kognitive Beeinträchtigungen wurden von Frauen ebenfalls häufiger genannt als von Männern. Bei Männern dagegen stechen Beeinträchtigungen durch eine Suchterkrankung heraus.

Behinderung wurde im Rahmen der Wohnungslosenbefragung in der gleichen Weise gemessen und operationalisiert wie in den anderen Teilstudien des Teilhabesurvey. Dafür wurden die gleichen Fragen zu Beeinträchtigungen, deren Stärke, sowie den mit ihnen verbundenen Einschränkungen im Alltag gestellt. Der Anteil der nicht beeinträchtigten Personen ist mit 10 Prozent bei den Wohnungslosen sehr viel geringer als in den Privathaushalten mit 52 Prozent. Im Vergleich zu den Befragten in den Wohnformen und Einrichtungen gibt es unter den Wohnungslosen mehr Personen mit Beeinträchtigungen, aber ohne Behinderung. Im Vergleich zu den Befragten in Privathaushalten haben doppelt so viele Wohnungslose eine Behinderung (43 Prozent).

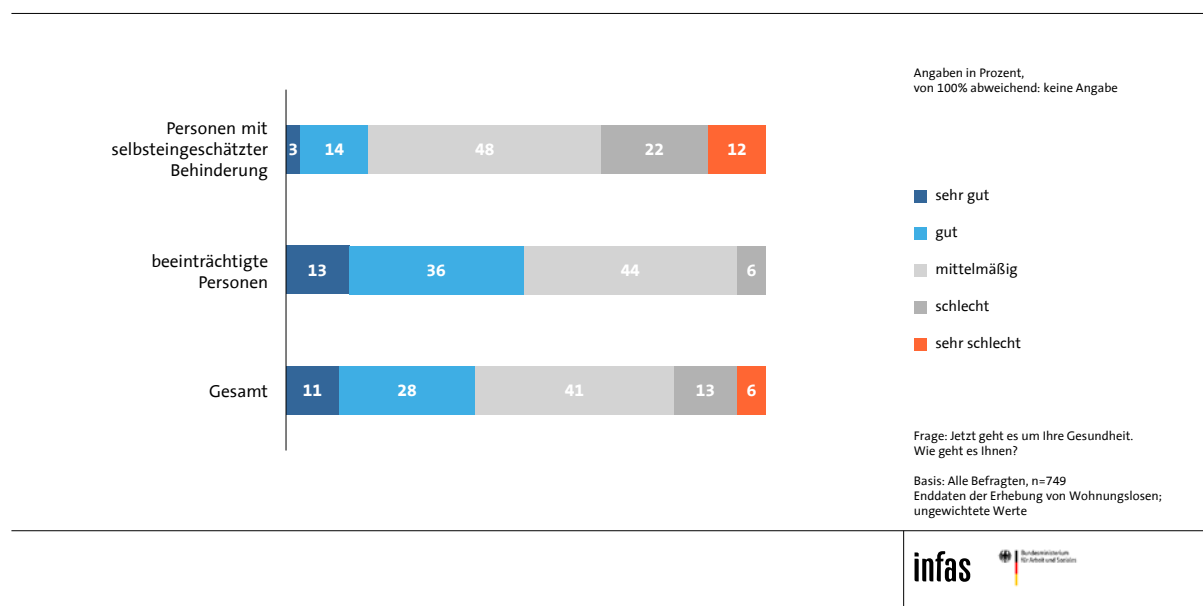
Betrachtet man die Verteilung danach, ob auch eine amtlich anerkannte Behinderung vorliegt, zeigen sich nur geringe Unterschiede. Rund 30 Prozent der Wohnungslosen mit Beeinträchtigung geben an, eine amtlich anerkannte Behinderung zu haben. In den Privathaushalten sind dies 26 Prozent. Innerhalb der Gruppe der Menschen mit Behinderung fällt der Unterschied zwischen Privathaushalten und Wohnungslosen etwas deutlicher aus. 39 Prozent der wohnungslosen Befragten mit einer Behinderung geben an, dass auch eine amtliche Anerkennung ihrer Behinderung vorliegt. In den Privathaushalten sind es in derselben Gruppe 43 Prozent.

Abbildung 5.3 Status Beeinträchtigung/Behinderung im Vergleich – Privathaushalte, Wohnformen/Einrichtungen, Wohnungslose



In der Befragung von Wohnungslosen wurde auch nach dem subjektiven Empfinden des eigenen Gesundheitszustands gefragt. Diese Frage richtete sich an alle Befragungspersonen, unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung. Fast die Hälfte der wohnungslosen Menschen mit Beeinträchtigungen schätzen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein. Personen mit Behinderungen geben ihren Gesundheitszustand nur zu geringen Anteilen als sehr gut (3 Prozent) oder gut (14 Prozent) an. Fast jede zweite Person mit Behinderung beschreibt die eigene Gesundheit als mittelmäßig (48 Prozent). Auch der Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als schlecht (22 Prozent) oder sogar sehr schlecht (12 Prozent) beschreiben, fällt im Vergleich deutlich höher aus.

Abbildung 5.4 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes im Allgemeinen – Wohnungslose



Im Vergleich zu den befragten Personen mit Behinderungen aus Privathaushalten wird der Gesundheitszustand von den wohnungslosen Befragten schlechter eingeschätzt. In Privathaushalten

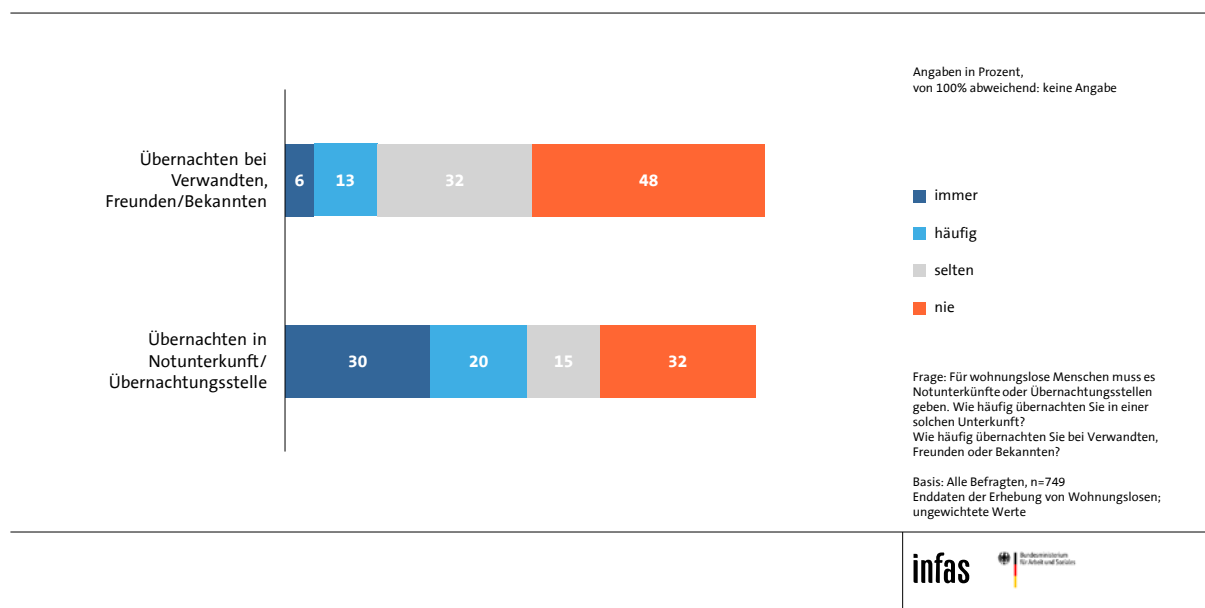
geben 25 Prozent der Personen mit Behinderungen einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an. Unter den wohnungslosen Personen mit Behinderungen sind es 17 Prozent.

5.2 Die Lebenssituation wohnungsloser Menschen

Da die Zielgruppe der Befragung aus wohnungslosen Personen besteht, die keinen festen Wohnsitz haben, wurde erfragt, welche Orte sie vorwiegend für Übernachtungen aufsuchen. Abbildung 5.5 zeigt, dass rund die Hälfte der Befragten regelmäßig Notunterkünfte oder Übernachtungsstellen in Anspruch nimmt. Im Gegensatz dazu werden private Übernachtungsmöglichkeiten nur in 19 Prozent der Fälle immer oder häufig genutzt. Dies kann an einer unterschiedlichen Verfügbarkeit solcher privaten Unterkünfte liegen.

Wurde angegeben, dass Notunterkünfte und Übernachtungsstellen nicht in Anspruch genommen werden, wurde nach den Gründen dafür gefragt. Den Befragten wurde eine Liste von möglichen Gründen vorgelegt, aus der sie alle zutreffenden auswählen konnten. Von den 10 vorgeschlagenen Gründen wurden am häufigsten *Es ist mir zu schmutzig* (14 Prozent), *Es ist mir zu gefährlich* (13 Prozent) und *Dort sind mir zu viele Menschen* (12 Prozent) genannt. Am seltensten wurde dagegen der Grund *Ich wusste nicht, dass es das hier gibt* mit 4 Prozent ausgewählt. Der Grund *Es ist mir zu gefährlich* wurde dabei etwa doppelt so häufig von Menschen mit Behinderungen wie von Menschen mit Beeinträchtigungen angeführt.

Abbildung 5.5 Übernachtungsstätten – Wohnungslose



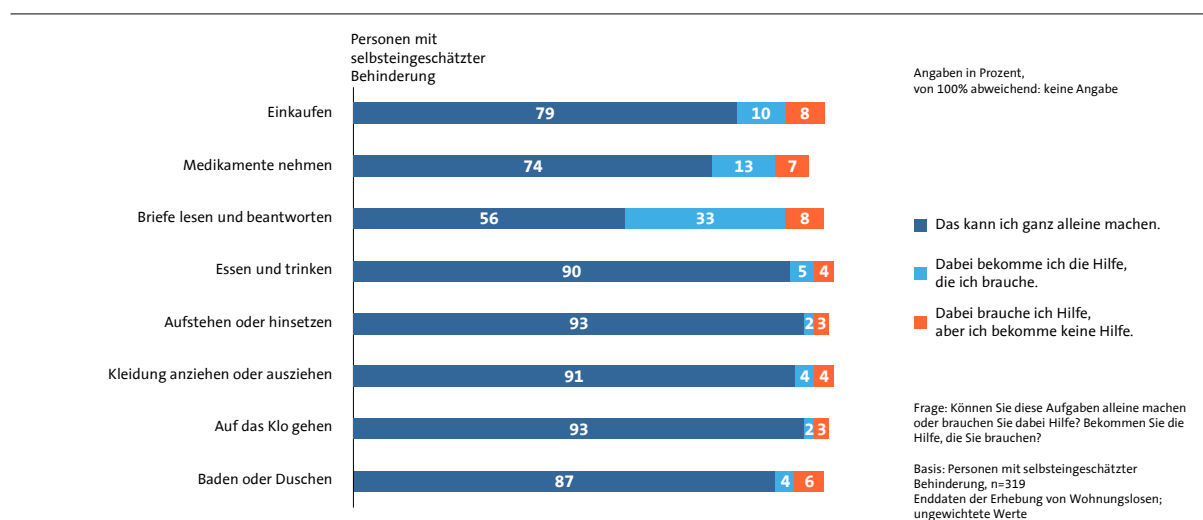
5.3 Selbstversorgung und Unterstützung bei Alltagstätigkeiten

Um die alltägliche Selbstversorgung von wohnungslosen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zu beurteilen und festzustellen, ob und wo ihnen notwendige Unterstützung fehlt, ist es zunächst wichtig zu ermitteln, ob sie eine Tätigkeit grundsätzlich eigenständig durchführen können. Aus diesem Grund beinhaltet der Teilhabesurvey an dieser Stelle eine dreigeteilte Abfrage. Bei jeder Alltagstätigkeit hatten die Befragten die Möglichkeit, aus den folgenden Antwortoptionen zu wählen:

- Das kann ich ganz alleine machen.
- Dabei bekomme ich die Hilfe, die ich brauche.
- Dabei brauche ich Hilfe, aber ich bekomme keine Hilfe.

Der Großteil der wohnungslosen Personen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen benötigt kaum Unterstützung bei den meisten Aufgaben der Selbstversorgung und den alltäglichen Tätigkeiten. Folgende Tätigkeiten werden in der Regel selbständig bewerkstelligt: Essen und Trinken, Aufstehen und Hinsetzen, sich An- und Ausziehen, die Toilette benutzen, Baden oder Duschen. Diese lebenspraktischen Tätigkeiten des Alltags können über 90 Prozent der Personen allein ausführen. Beim Lesen und Beantworten von Briefen beansprucht hingegen ein etwas höherer Anteil Unterstützung: 25 Prozent der beeinträchtigten Personen und 33 Prozent der Personen mit Behinderung.

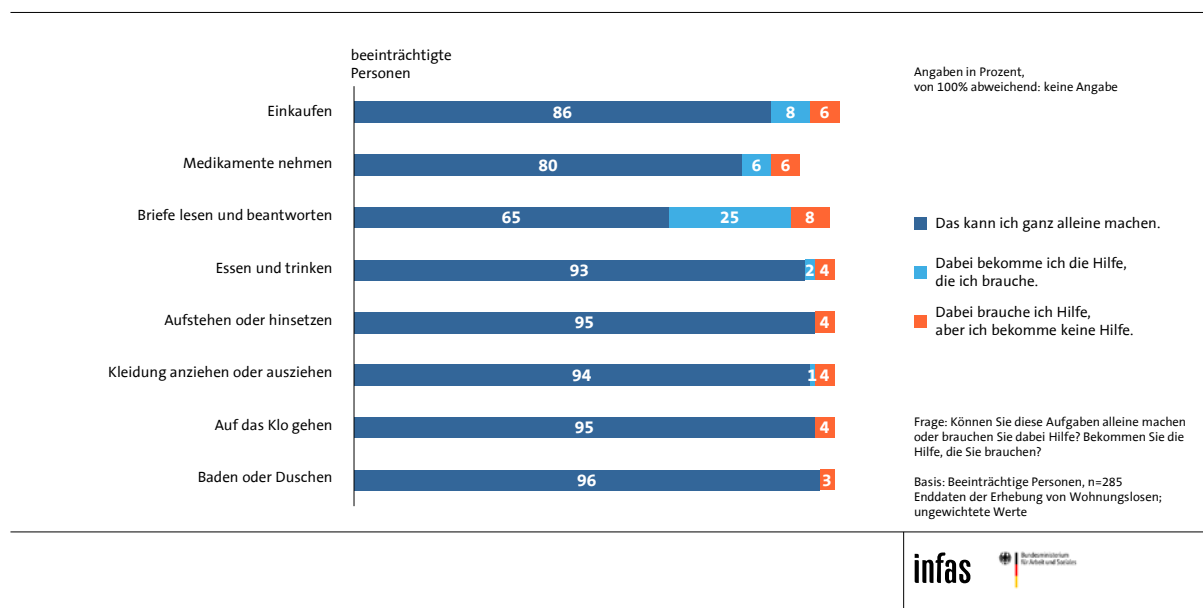
Abbildung 5.6 Unterstützungsbedarfe bei Alltagstätigkeiten – Wohnungslose mit Behinderung



infas



Abbildung 5.7 Unterstützungsbedarfe bei Alltagstätigkeiten – Wohnungslose mit Beeinträchtigung

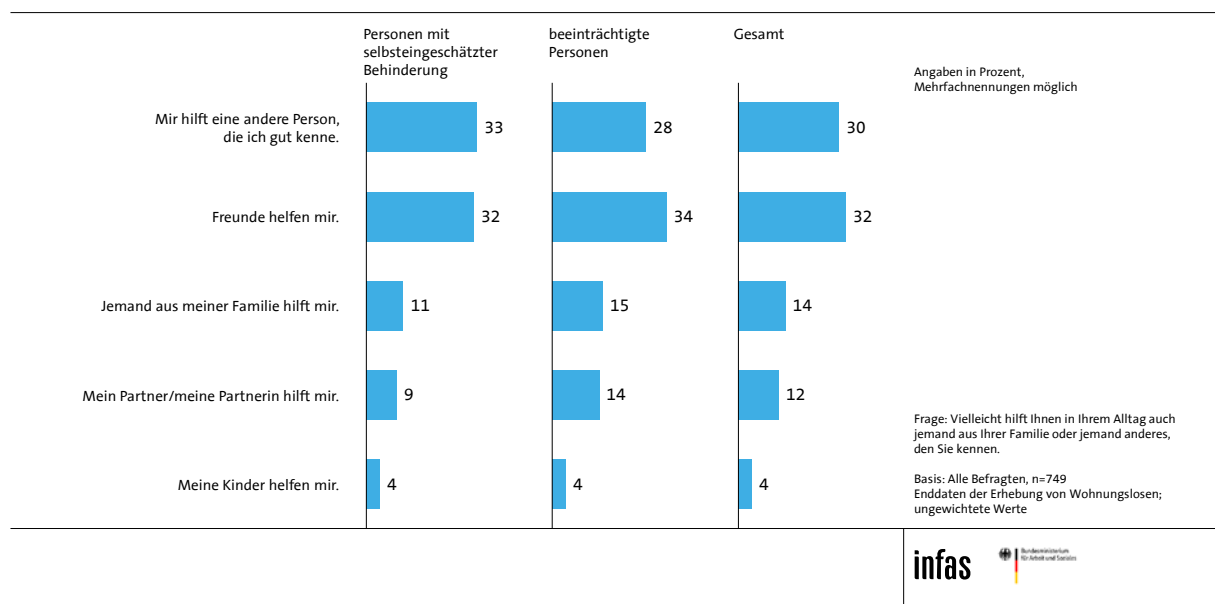


Im Vergleich zur Befragung in Privathaushalten zeigt sich, dass vor allem der nicht gedeckte Unterstützungsbedarf bei den wohnungslosen Menschen wesentlich höher ist. Wenn Unterstützung erforderlich ist, wird diese in Privathaushalten in der Regel auch gewährt. Lediglich bei Hausarbeiten erhalten 3 Prozent der Befragten nicht die benötigte Hilfe, während der Anteil bei allen anderen Tätigkeiten bei höchstens einem Prozent liegt. Im Gegensatz dazu liegt der Anteil der nicht gedeckten Unterstützung bei den Wohnungslosen zwischen 3 und 8 Prozent und ist damit deutlich höher.

Unterstützung durch das private Umfeld

Die Unterstützung durch das private Umfeld spielt eine zentrale Rolle im menschlichen Zusammenleben. Häufig sind es Mitglieder des engen sozialen Netzwerks, die im Alltag informell helfend zur Seite stehen – unabhängig davon, ob es sich um Menschen mit oder ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen handelt. Um zu ermitteln, von wem die Befragten regelmäßig Unterstützung erhalten, wurden sie zu ihrem privaten Unterstützungsnetzwerk befragt.

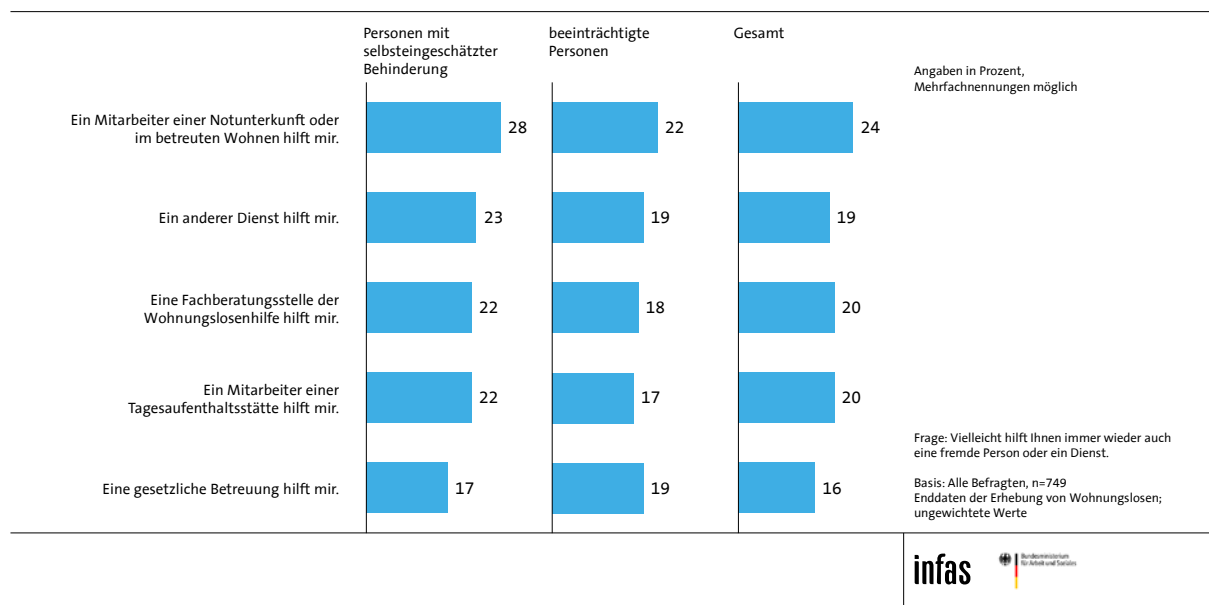
Insgesamt bestätigen 76 Prozent der beeinträchtigten Personen, dass sie regelmäßig durch mindestens eine Person aus dem persönlichen Umfeld unterstützt werden. Bei Personen mit Behinderung beträgt dieser Anteil 72 Prozent. Am häufigsten sind es Freundinnen und Freunde sowie andere Personen des privaten Umfelds, die Unterstützung leisten. Deutlich seltener wird die Familie genannt; insbesondere die eigenen Kinder werden am seltensten als Unterstützungspersonen angegeben. Im Vergleich zu Personen in Privathaushalten ist die Unterstützung durch die Familie bei den Wohnungslosen somit um einiges geringer. In Privathaushalten gaben 53 Prozent der Menschen mit Behinderungen an, von ihrer Partnerin oder ihrem Partner Unterstützung zu erhalten, bei den Wohnungslosen sind dies 9 Prozent. 33 Prozent erhalten Unterstützung von ihren Kindern, bei den Wohnungslosen 4 Prozent und 26 Prozent von einem anderen Familienmitglied, bei den Wohnungslosen 11 Prozent.

Abbildung 5.8 Unterstützung leistende Personen im privaten Umfeld – Wohnungslose

Unterstützung durch Dienste und professionelle Unterstützungspersonen

Zusätzlich zur Unterstützung durch das private Umfeld können professionelle Hilfsangebote besonders für Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen von großer Bedeutung sein. 75 Prozent der beeinträchtigten Personen und rund 80 Prozent der wohnungslosen Menschen mit Behinderung nutzen Unterstützung durch Dienste oder eine professionelle Unterstützungsperson. Diese Werte liegen im Vergleich zu denen aus Privathaushalten besonders hoch. Dort gaben nur 10 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigung und 22 Prozent der Menschen mit Behinderung an, eine professionelle Hilfe zu nutzen.

Am häufigsten werden als professionelle Unterstützung Mitarbeitende in Notunterkünften oder im betreuten Wohnen in Anspruch genommen: 22 Prozent der beeinträchtigten Personen und 28 Prozent der wohnungslosen Menschen mit Behinderungen greifen auf diese zurück. Die weitere genutzte Unterstützung verteilt sich gleichmäßig auf alle anderen professionellen Unterstützungsangebote: gesetzliche Betreuung, Fachberatungsstellen der Wohnungslosenhilfe, Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter von Tagesaufenthaltsstätten sowie anderer Dienste. Personen mit Behinderungen greifen bei allen Angeboten etwas häufiger auf professionelle Unterstützung zurück als beeinträchtigte Personen.

Abbildung 5.9 Unterstützung durch Dienste und professionelle Unterstützungspersonen – Wohnungslose

5.4 Selbstbestimmung und soziale Einbindung

Familienverhältnisse und Vertrauenspersonen

Die Lebensverhältnisse von Menschen sind auch durch deren Familienstand gekennzeichnet. Leben sie allein, zusammen mit einer Partnerin oder einem Partner?

Tabelle 5.1 Familienstand – Wohnungslose

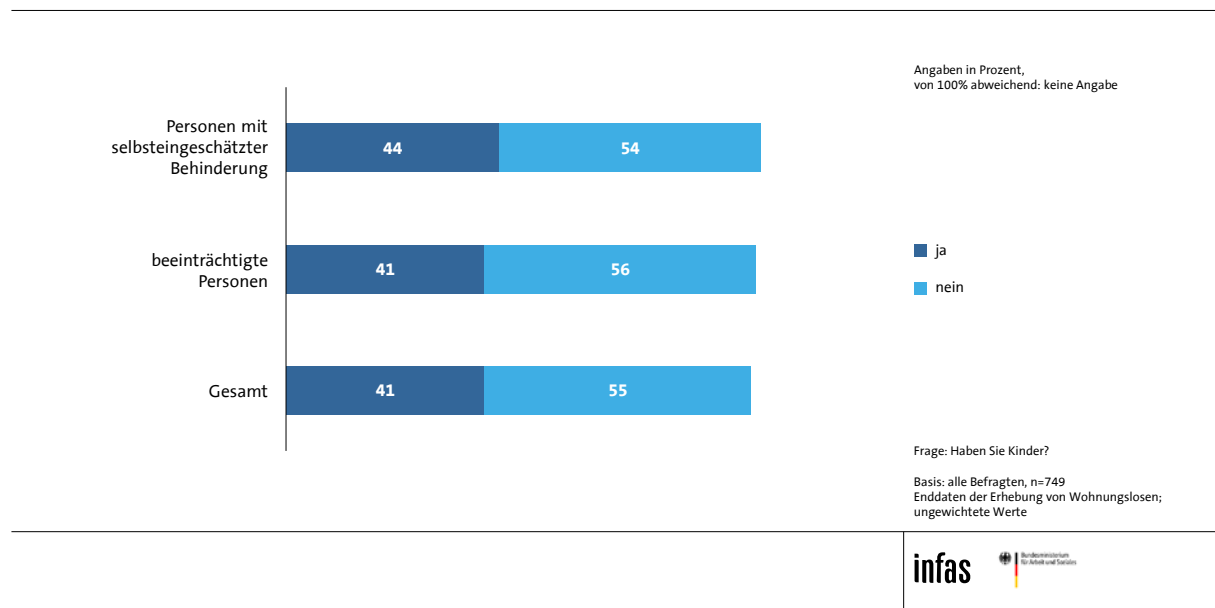
Angaben in Prozent	Verheiratet / eing. Lebens- partnerschaft	Verwitwet	Geschieden	Ledig
Gesamt	8	7	21	58
Beeinträchtigte Personen	11	6	16	61
Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung	6	9	25	55

Erläuterung: Von 100 Prozent abweichend: Keine Angabe.

Quelle: Enddaten der Erhebung von Wohnungslosen.

Über die Hälfte der wohnungslosen Personen (58 Prozent) sind ledig. Zum Vergleich: Weniger als ein Drittel der Personen in Privathaushalten ist ledig (31 Prozent). Lediglich 8 Prozent der wohnungslosen Befragten sind verheiratet oder leben in einer eingetragenen Partnerschaft. Zählt man nicht eheliche bzw. nicht eingetragene Partnerschaften dazu, so leben insgesamt 22 Prozent aller befragten wohnungslosen Personen in einer Partnerschaft. Gut 40 Prozent der Befragten gaben an, ein oder mehrere Kinder zu haben. Insgesamt haben somit gut die Hälfte der befragten Personen (51 Prozent) nächste Familienangehörige, also (Ehe-) Partnerinnen oder Partner, Kinder oder beides.

Abbildung 5.10 Elternschaft – Wohnungslose

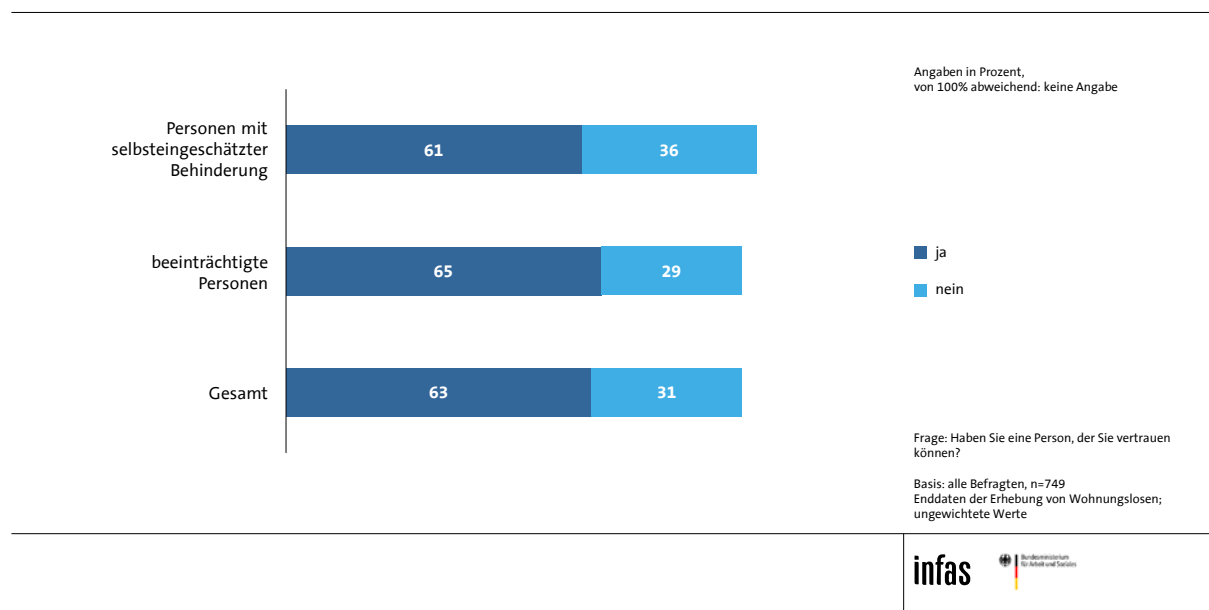


Ein weiterer wichtiger Aspekt von Teilhabe ist die subjektiv empfundene Qualität sozialer Beziehungen. Enge soziale Bindungen – auch jenseits der Familie – ermöglichen den Austausch mit anderen sowie das Geben und Empfangen sozialer Unterstützung. Sie sind einerseits ein entscheidender Faktor für soziale Eingliederung, andererseits können fehlende soziale Kontakte und das Gefühl der Isolation Indikatoren für eine mangelnde gesellschaftliche Zugehörigkeit und Exklusion sein.

Um die Qualität der sozialen Einbindung zu untersuchen, wurden die Befragten danach gefragt, ob sie über eine Vertrauensperson verfügen: *Ab und zu braucht man jemanden, mit dem man reden kann. Haben Sie eine Person, der Sie vertrauen können?* Diese Frage bejahen insgesamt 63 Prozent der Befragten. Der Anteil derer, die niemanden haben, der ihnen richtig zuhört, liegt bei Personen mit Behinderung bei 36 Prozent; bei beeinträchtigten Personen (29 Prozent) liegt der Anteil niedriger.

Das Vorhandensein von Gesprächspersonen hängt auch damit zusammen, ob sich die befragte Person in einer Partnerschaft befindet oder nicht:²² Mit Partnerschaft gibt ein Anteil von 22 Prozent an, niemanden zu haben, der richtig zuhört; ohne Partnerschaft sind es 34 Prozent. Von allen Personen mit Behinderungen ohne Partnerschaft geben 38 Prozent an, niemanden zu haben, der ihnen richtig zuhört.

²² Hierunter wurden Personen gefasst, die verheiratet sind oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft führen oder ansonsten angeben, eine feste Partnerin bzw. einen festen Partner zu haben.

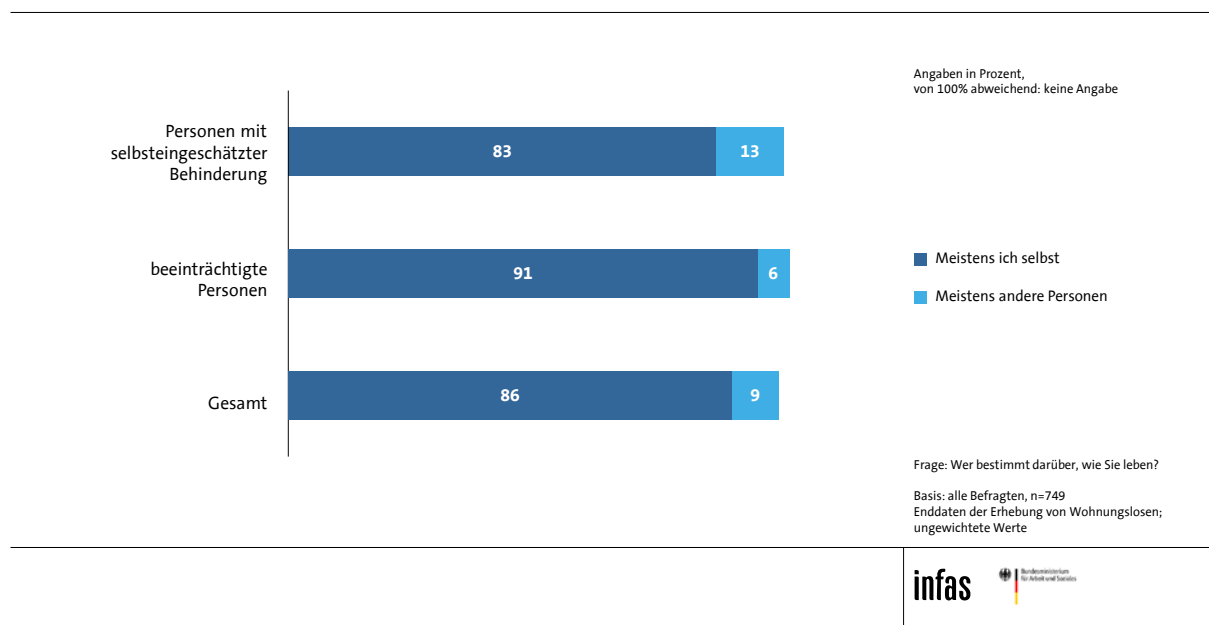
Abbildung 5.11 Vorhandensein einer Vertrauensperson – Wohnungslose

Selbstbestimmung

Die Befragten wurden darum gebeten, allgemein einzuschätzen, inwiefern sie ihr Leben selbstbestimmt bzw. fremdbestimmt führen. Die genaue Frage lautete: *Wer bestimmt darüber, wie Sie leben: meistens Sie selbst oder meistens andere Personen?* Nur wenige der Befragten geben an, dass meistens andere Personen darüber bestimmen, wie sie leben. Dieser Anteil ist bei Personen mit Behinderung etwas höher (13 Prozent) als bei beeinträchtigten Personen (6 Prozent). Insgesamt ist der Anteil derer, die auf Fremdbestimmung verweisen, bei älteren Personen höher als bei jüngeren Befragten. Ein Unterschied zwischen den Geschlechtern ist nicht feststellbar.

Im Vergleich zu den Privathaushalten fällt die Fremdbestimmung bei den Wohnungslosen etwas höher aus. Nur 3 Prozent der Befragten in den Privathaushalten sagen, dass meistens eine andere Person über das eigene Leben bestimmt, bei den Wohnungslosen liegt dieser Anteil bei 9 Prozent.

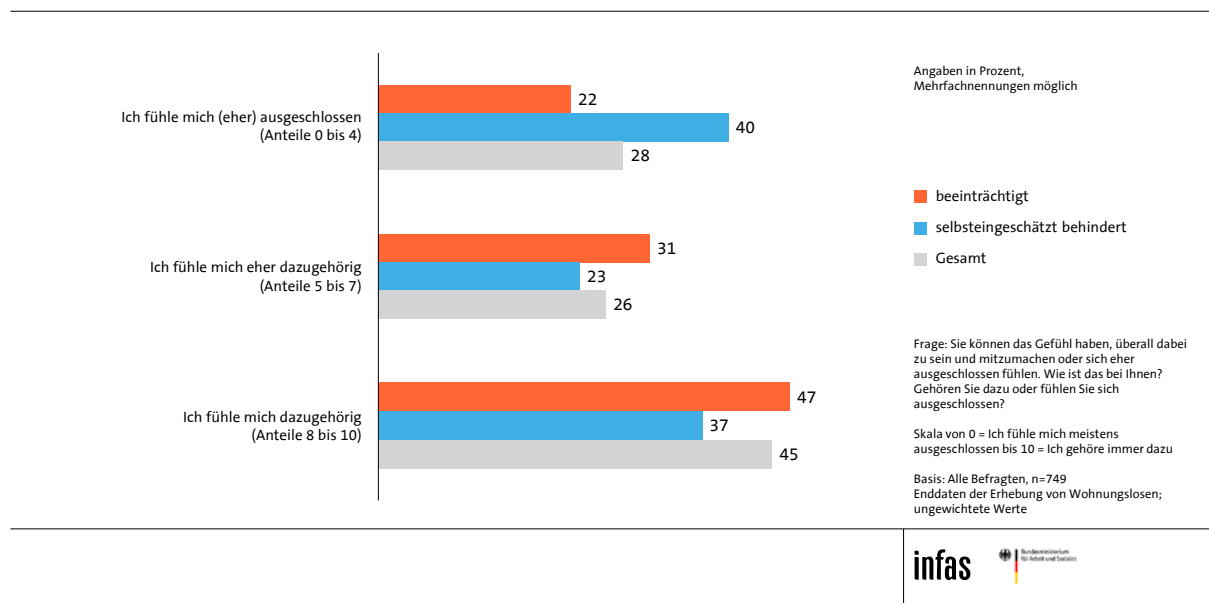
Abbildung 5.12 Selbstbestimmung – Wohnungslose



Gefühl gesellschaftlicher Zugehörigkeit

Um ein besseres Verständnis dafür zu gewinnen, wie die Befragten ihre Stellung in der Gesellschaft subjektiv wahrnehmen, wurde um eine allgemeine Einschätzung ihrer gesellschaftlichen Zugehörigkeit gebeten. Dabei wurde erfragt, in welchem Maße sich die befragte Person entweder als gesellschaftlich integriert oder als vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen empfindet. Den Antworten lag eine Skala von 0 bis 10 zugrunde: 0 stand für *Ich fühle mich ausgeschlossen* und 10 für *Ich fühle mich dazugehörig*.

Abbildung 5.13 Gefühl gesellschaftlicher Zugehörigkeit – Wohnungslose



Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit Behinderung sich insgesamt weniger dazugehörig fühlen als beeinträchtigte Personen. Fast die Hälfte der beeinträchtigten Personen (47 Prozent) empfindet sich als dazugehörig. Von den Personen mit Behinderung trifft dies nur auf rund ein Drittel zu.

Entsprechend fühlen sich 40 Prozent der Personen mit Behinderung (eher) ausgeschlossen; bei beeinträchtigten Personen beträgt dieser Anteil 22 Prozent.

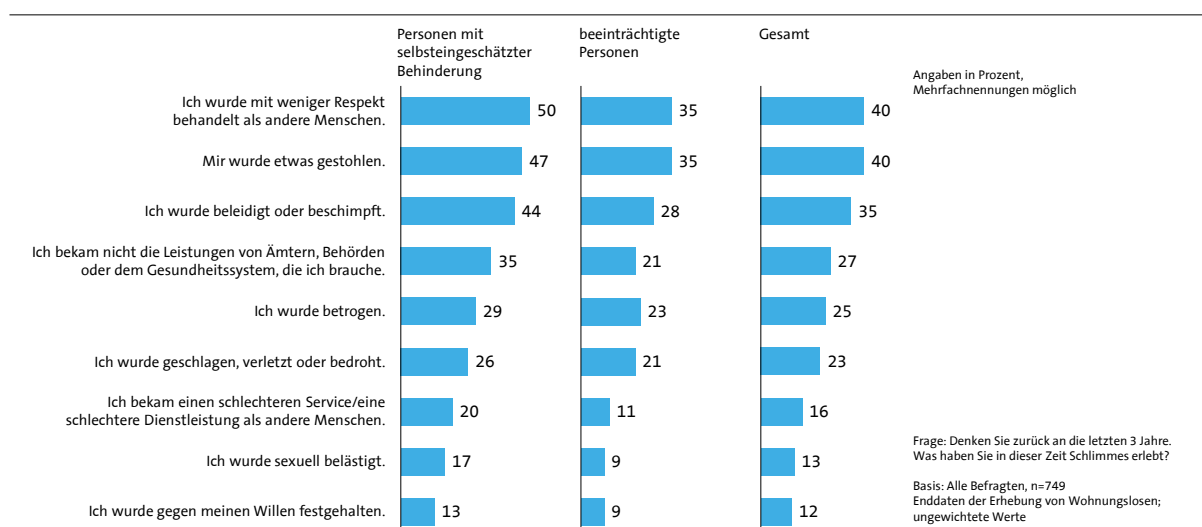
Allgemein betrachtet fühlen sich die wohnungslosen Befragten weniger gesellschaftlich zugehörig als die Personen aus den Privathaushalten. Dort gaben 5 Prozent an, sich (eher) ausgeschlossen zu fühlen, 21 Prozent sich eher dazugehörig und 73 Prozent sich dazugehörig zu fühlen. Im Vergleich dazu liegen diese Werte bei den Wohnungslosen bei 28 Prozent, die sich (eher) ausgeschlossen fühlen, 26 Prozent, die sich eher zugehörig fühlen und nur 46 Prozent, die sich als zugehörig empfinden.

5.5 Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen

Ein neu aufgegriffenes Themenfeld der Befragungen in der zweiten Welle sind Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen. Die Erfahrungen mit Gewalt und Diskriminierung fallen bei den wohnungslosen Befragten um ein Vielfaches höher aus als in den Privathaushalten. Jeweils 40 Prozent geben an, dass sie mit weniger Respekt behandelt wurden als andere Menschen oder dass ihnen etwas gestohlen wurde. Im Vergleich gaben das in Privathaushalten jeweils nur 12 und 7 Prozent an. Auch Beleidigungen haben drei Mal so viele wohnungslose Befragte erfahren (35 zu 12 Prozent). Gut jede vierte Person gibt an, nicht die Leistung von Ämtern, Behörden oder dem Gesundheitssystem erhalten zu haben, die sie benötigt. Jeweils ein Viertel sagt auch, betrogen oder geschlagen, verletzt oder bedroht worden zu sein. Und auch bei den Angaben darüber, ob die Befragten in den letzten drei Jahren sexuell belästigt oder gegen den Willen festgehalten worden sind, zeigt sich ein entscheidender Unterschied zwischen den Antworten der Befragten der Wohnungslosenbefragung und in den Privathaushalten. Es gaben jeweils 13 und 12 Prozent bei den Wohnungslosen an, diese Erfahrungen gemacht zu haben, während es in den Privathaushalten nur je 1 Prozent waren.

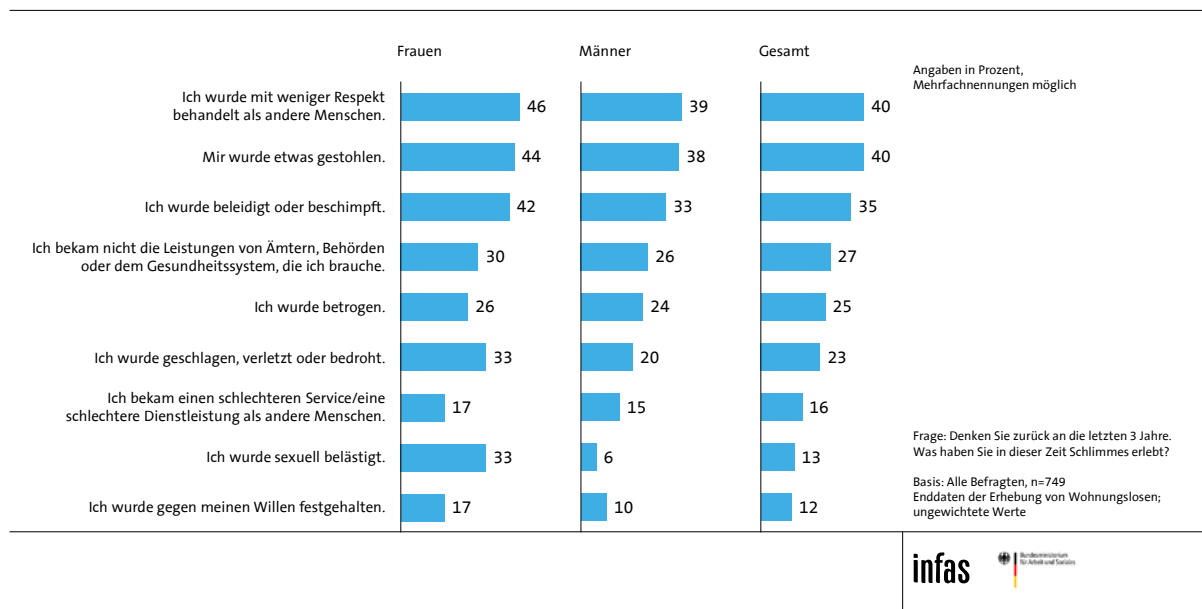
Die Wohnungslosigkeit scheint erheblichen Einfluss auf bestimmte Diskriminierungserfahrungen zu haben. Schaut man sich die Angaben zusätzlich getrennt nach dem Beeinträchtigungsstatus an, so zeigen sich auch Unterschiede zwischen diesen Gruppen.

Abbildung 5.14 Diskriminierungserfahrungen – Wohnungslose



Personen mit Behinderung geben häufiger an, dass sie mit weniger Respekt behandelt wurden, dass ihnen etwas gestohlen wurde, sie beleidigt wurden oder bei Ämtern, Behörden und Gesundheitswesen nicht die Unterstützung bekamen, die sie benötigten, als Personen mit Beeinträchtigungen. Bei den weiteren Diskriminierungserfahrungen sind die Unterschiede geringer ausgeprägt, jedoch sind Menschen mit Behinderung grundsätzlich häufiger betroffen als Menschen mit Beeinträchtigung.

Abbildung 5.15 Diskriminierungserfahrungen nach Geschlecht – Wohnungslose



Bei der Betrachtung der Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen nach Geschlecht treten ebenfalls Unterschiede zutage. Wohnungslose Frauen geben bei allen negativen Erfahrungen prozentual häufiger an, diese in den letzten drei Jahren erlebt zu haben als Männer. Knapp die Hälfte von ihnen wurde mit weniger Respekt behandelt oder ihnen wurde etwas gestohlen, bei den Männern ist dies bei rund 40 Prozent der Fall. Ein Drittel der Frauen berichtet zudem, dass sie geschlagen, verletzt oder bedroht wurden, bei Männern berichtet dies jeder Fünfte. Die stärkste Differenz zeigt sich bei den Angaben darüber, ob die Befragten in den letzten drei Jahren sexuell belästigt wurden. Diese Erfahrung haben 6 Prozent der Männer und 33 Prozent, also ein Drittel, der befragten wohnungslosen Frauen gemacht.

Grundsätzlich zeigen die Angaben zu den Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen, dass die wohnungslosen Befragten sehr oft Leidtragende sind. Sie berichten in allen Belangen häufiger von Diskriminierungen und Opfererfahrungen als Personen in Privathaushalten sowie in Wohnformen und Einrichtungen. Die wohnungslosen Personen sind ohne den Schutzraum durch den eigenen Wohnsitz oder einer Einrichtung der Gefahr bestimmter Opfererfahrungen stärker ausgesetzt.

5.6 Methodik der Befragung von Wohnungslosen

Wie bei der Befragung in Privathaushalten und in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen liegt für die Befragung von wohnungslosen Menschen eine Zufallsauswahl von zu befragenden Personen im Alter ab 16 Jahre vor. Für die Auswahl der wohnungslosen Menschen in Anlaufstellen der Wohnungslosenhilfe war ein mehrstufiger Auswahlprozess erforderlich. Die Erhebung basiert auf einer Zufallsauswahl von Städten und Gemeinden (Stufe 1), Anlaufstellen der Wohnungslosenhilfe (Stufe 2) und wohnungslosen Personen (Stufe 3).

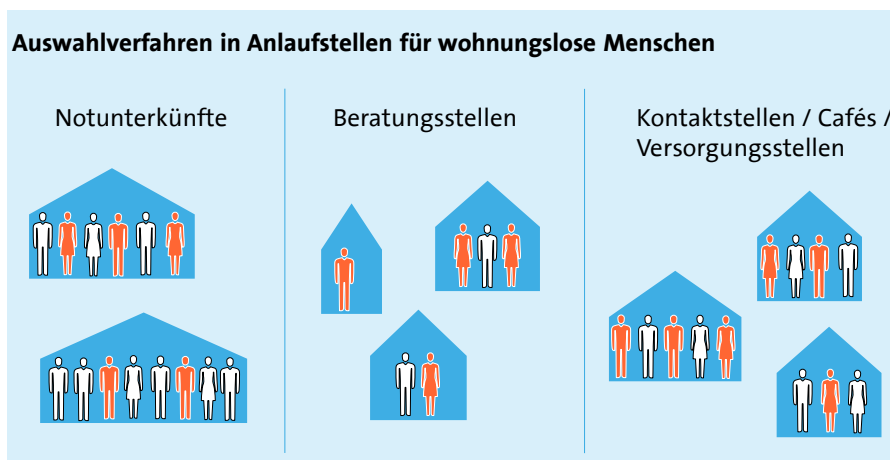
Im ersten Auswahlsschritt wurde eine Regionalauswahl von 45 Städten und Gemeinden (Gemeinden mit 75.000 und mehr Einwohnerinnen und Einwohnern) getroffen. In einem zweiten Schritt erfolgte anschließend die Ziehung einer Stichprobe von Anlaufstellen der Wohnungslosenhilfe in diesen Städten und Gemeinden. Es wurden pro Stadt bzw. Gemeinde jeweils bis zu fünf Anlaufstellen ermittelt, bei denen wohnungslose Menschen anzutreffen sind. Die Erhebung deckt dabei alle wichtigen Formen von Anlaufstellen für wohnungslose Menschen ab: Enthalten sind Übergangs- und Notunterkünfte, Fachberatungsstellen der Wohnungslosenhilfe sowie Kontaktstellen, -cafés und Mittagstische von karitativen und anderen Trägern sozialer Arbeit. Ein solches Stichprobendesign zielt nicht darauf ab, mithilfe der Stichprobe auf Parameter in der Population der Wohnungslosen in Deutschland zu schließen.²³ Im Vergleich mit anderen stichprobentheoretischen Ansätzen, die bei ähnlichen Fragestellungen erprobt werden (z.B. Respondent Driven Sampling), bietet es den Vorteil einer hohen regionalen Varianz und damit auch eines geringeren Klumpungsfaktors in Verbindung mit einer zufälligen Auswahl von Wohnungslosen. Somit handelt es sich um einen geeigneten Ansatz, um die Lebenssituation von wohnungslosen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland möglichst unverzerrt darzustellen und mit der Situation von Personen in Privathaushalten zu vergleichen.

Kontaktierung von Anlaufstellen und Befragungspersonen

In den Anlaufstellen der Wohnungslosenhilfe vor Ort haben geschulte Interviewerinnen und Interviewer von infas wohnungslose Menschen für die Teilnahme an der Befragung rekrutiert. Die Interviewerinnen und Interviewer nahmen nach der Versendung eines studienspezifischen Anschreibens an die ausgewählten Anlaufstellen Kontakt mit dem dortigen Personal auf und informierten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das Vorhaben und den genauen Ablauf der Befragung. Die Befragung der wohnungslosen Menschen sollte nach Möglichkeit jeweils in den Räumlichkeiten der Anlaufstellen erfolgen. Die Interviewerinnen und Interviewer klärten daher mit dem Personal, ob Räume in den Anlaufstellen für die Befragung genutzt werden können.

Die Auswahl der zu befragenden Personen in den Anlaufstellen erfolgte anhand einer zufallsgesteuerten Ziehungsanweisung durch die Interviewerinnen und Interviewer. Dafür wurden zunächst alle in der Anlaufstelle anwesenden wohnungslosen Personen ab 16 Jahren gezählt. Aus der Gesamtzahl der anwesenden wohnungslosen Personen wurden anschließend nach einem vorgegebenen Zufallsschlüssel bis zu acht Befragungspersonen ausgewählt. Die Auswahl der Befragungspersonen wurde mit einem Kontaktprotokoll dokumentiert. Die Einhaltung der Vorgaben war notwendig, um eine Selbstselektion der Befragten auszuschließen.

²³ So kann z.B. nicht sichergestellt werden, dass (zumindest theoretisch) alle wohnungslosen Menschen in Deutschland über die genannten Arten von Anlaufstellen erreicht werden können.

Abbildung 5.16 Auswahlverfahren für wohnungslose Menschen

infas

 Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Durchführung der Befragung

Die Datenerhebung war so angelegt, dass die Ergebnisse zu den wichtigsten Indikatoren mit der Befragung in den Privathaushalten und in den besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen vergleichbar sind. Dadurch erwächst Einblick in die Unterschiede zwischen den Lebenswelten, die für die Zielgruppe der Befragung durch das Leben ohne Wohnung geprägt sind.

Die Befragung wurde mit einem schriftlichen Fragebogen (PAPI) in deutscher Sprache, angelehnt an die Leichte Sprache-Variante, als Selbstausfüller auf Papier durchgeführt. Der Fragebogen sah unter anderem Fragen zu möglichen Beeinträchtigungen und Behinderungen, Unterstützungsbedarfen, Barrieren im Alltag und zur Wohnungslosigkeit vor. Vor der Befragung erläuterten die Interviewerinnen und Interviewer der wohnungslosen Befragungsperson den Ablauf und überreichten ein Informationsschreiben zur Studie. Wenn die Entscheidung zur Teilnahme positiv ausfiel, händigten die Interviewerinnen und Interviewer der Befragungsperson den Fragebogen aus. Während der Fragebogen von der Befragungsperson ausgefüllt wurde, waren die Interviewerinnen und Interviewer anwesend und standen für Rückfragen und Unterstützung zur Verfügung. Als Dankeschön erhielten die befragten Personen im Anschluss an die Befragung ein Incentive in Höhe von 10 Euro in bar überreicht in einem Umschlag.

Schulung der Interviewerinnen und Interviewer

Alle eingesetzten Interviewerinnen und Interviewer wurden durch eine projektspezifische Webinar-Schulung vor dem Feldstart gründlich auf die Befragung von wohnungslosen Menschen vorbereitet. Die Schulung erläuterte die Zielsetzung der Teilstudie und machte die Interviewerinnen und Interviewer mit den Besonderheiten des Erhebungsdesigns vertraut. Sie wurden über die Zielgruppe der Befragung, die Kontaktierung der Anlaufstellen und die Auswahl der zu befragenden Personen vor Ort informiert. Darüber hinaus wurden ausführliche Hinweise zur praktischen Durchführung der Interviews gegeben. Alle in dieser Teilstudie eingesetzten Interviewerinnen und Interviewer waren bereits mit dem Teilhabesurvey in Privathaushalten und Wohnformen/Einrichtungen erfahren und in diesem Zusammenhang ausführlich projektspezifisch geschult worden.

Feldzeit und -ergebnis der Befragung von wohnungslosen Menschen

Die Befragung von wohnungslosen Menschen begann Ende November 2023 und endete Mitte April 2024. Es wurde 170 Anlaufstellen kontaktiert, in 108 konnten Interviews durchgeführt werden. In 45 Städten und Gemeinden wurden insgesamt 749 Interviews erzielt, darunter 304 Interviews in Schlafunterkünften, 315 Interviews in Tagesstätten/Treffpunkten, 91 Interviews in Beratungsstellen und 39 Interviews in Versorgungsstellen. 168 Interviews sind mit Frauen geführt worden. Von den Befragten haben 76 keine Beeinträchtigung angegeben, es wurden 285 Interviews mit Menschen mit einer Beeinträchtigung und 319 mit einer Behinderung durchgeführt. Bei 69 Fällen ist der Status Beeinträchtigung/Behinderung unklar.

5.7 Fazit

Die Lebenssituation wohnungsloser Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen unterscheidet sich deutlich von der Lebenswelt von Menschen in privaten Haushalten sowie in Wohnformen und Einrichtungen. Solche Unterschiede können mithilfe der vorliegenden empirischen Ergebnisse nun sichtbar gemacht werden. Die Teilstudie zeigt, dass rund 90 Prozent der befragten wohnungslosen Personen eine Beeinträchtigung oder Behinderung (nach ICF-orientierter Messung) haben. Am häufigsten genannt wurden dabei Beeinträchtigungen durch psychische Probleme und durch Suchterkrankungen. Knapp 60 Prozent der wohnungslosen Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung geben an, auch eine Suchterkrankung zu haben – umgekehrt genauso. Bei einem Großteil der Befragten liegen mehrfache Beeinträchtigungen vor. Darüber hinaus ist die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands der Wohnungslosen deutlich schlechter als die der Menschen in Privathaushalten.

Auch wohnungslose Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen benötigen Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben. Besonders hervorzuheben ist hierbei, dass der nicht gedeckte Unterstützungsbedarf im Vergleich zu Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Privathaushalten erheblich höher ist. Im Gegenzug ist die soziale Unterstützung durch Familie sowie Freundinnen und Freunde bei wohnungslosen Menschen geringer, was eine weitere Herausforderung für die Lebensführung wohnungsloser Menschen darstellt.

Der Vergleich zwischen wohnungslosen Frauen und Männern zeigt, dass Frauen deutlich häufiger von Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen betroffen sind, insbesondere von sexueller Belästigung. In Bezug auf Diskriminierung und Gewalt sind wohnungslose Menschen insgesamt weitaus häufiger betroffen als Menschen aus Privathaushalten. Diese Erfahrungen können das Gefühl der sozialen Ausgrenzung verstärken und verschärfen die Benachteiligung der wohnungslosen Personen in der Gesellschaft.

Zusammenfassend verdeutlicht die Teilstudie, dass wohnungslose Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen einer Vielzahl von Herausforderungen gegenüberstehen. Diese reichen von einem schlechteren Gesundheitszustand und einem höheren Anteil an Mehrfachbeeinträchtigungen über höhere ungedeckte Unterstützungsbedarfe bis hin zu ausgeprägten Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, wohnungslose Menschen besser in gesellschaftliche Strukturen zu integrieren. Sie demonstrieren weiter, dass es unerlässlich ist, Menschen ohne Wohnung in den Blick zu nehmen, wenn die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland in umfassender Weise untersucht werden soll.

6. Befragung von taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen

Eine weitere Gruppe von Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, die über herkömmliche Stichprobenverfahren schwer zu erreichen sind, sind Menschen mit Sehbeeinträchtigungen oder Blindheit, Hörbeeinträchtigungen oder Gehörlosigkeit sowie höresehbeeinträchtigte Personen bzw. Personen mit Taubblindheit.

Um diese Zielgruppe in den Teilhabesurvey einzubeziehen, wurde eine kleinere Sonderstichprobe von 31 Personen befragt. Die Stichprobenziehung erfolgte mit einem institutionellen Zugang durch ein Kompetenzzentrum für Menschen mit Sinnesbehinderungen. Durch den kleinen Stichprobenumfang und die nicht zufällige Auswahl der befragten Personen sind die Ergebnisse nicht auf die Population der taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen in Deutschland übertragbar. Dennoch geben sie einen Einblick in die Lebenssituation von Menschen mit schweren Sinnesbeeinträchtigungen. Die Befragung umfasst ein breites Altersspektrum von 16 bis 82 Jahren, wobei sowohl Männer als auch Frauen vertreten sind. Alle befragten Personen leben in Privathaushalten.

6.1 Ergebnisse der Befragung und Einordnung

Alle Befragten berichten von einer Hörbeeinträchtigung. Nahezu alle geben zusätzlich an, eine Sehbeeinträchtigung zu haben. Auch die offenen Angaben der Befragten zu Hör- und Sehbeeinträchtigungen entsprechen der Zielgruppendefinition der Befragung. Häufig spiegeln die genannten Diagnosen starke Beeinträchtigungen der Sinne wider. Die am häufigsten genannte Diagnose im Rahmen der offenen Abfrage einer Beeinträchtigung ist das Usher-Syndrom, eine Kombination aus einer zumeist angeborenen Hörschädigung in Verbindung mit einer Degeneration der Netzhaut, die zu einer Beeinträchtigung beim Sehen führt. Daneben nennen Befragte das CHARGE-Syndrom, bei dem neben einer angeborenen Höresehbeeinträchtigung oder Taubblindheit weitere körperliche Beeinträchtigungen vorliegen. Auch Taubblindheit wird in den offenen Angaben aufgeführt. Viele der Befragten geben auch weitere Arten von Beeinträchtigungen an, insbesondere durch chronische Erkrankungen sowie psychische Beeinträchtigungen. Mehrfachbeeinträchtigung (jenseits der Kombination von Seh- und Hörbeeinträchtigung) sind unter den Befragten insgesamt häufig vorhanden.

Als stärkste Beeinträchtigung wird von den meisten die Sehbeeinträchtigung genannt, wobei etwa die Hälfte der Befragten angeben, dass sie nicht entscheiden können, welche ihre stärkste Beeinträchtigung sei, da alle genannten Beeinträchtigungen miteinander zusammenhängen. Ihre stärkste Beeinträchtigung bezeichnen nahezu alle Befragten als ziemlich oder sogar stark beeinträchtigt. Auch bei ihren Alltagsaktivitäten sind die meisten der Befragten mindestens ziemlich eingeschränkt, ein großer Teil davon sogar stark. Dadurch fallen fast alle Befragten in die Kategorie *selbsteingeschätzt behindert*, wenn man die bekannte Operationalisierung von selbsteingeschätzter Behinderung des Teilhabesurvey anwendet.

Anders als bei der Befragung von Personen in Privathaushalten überschneiden sich in der Sonderstichprobe der taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen die selbsteingeschätzte Behinderung und die Behinderung durch amtliche Einschätzung fast vollständig. Alle Befragten geben eine amtlich anerkannte Behinderung mit einem Grad ab 60 an, wobei der Grad in vielen Fällen bei 100 liegt.

Selbstversorgung und Unterstützung von taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen

Um einzuschätzen, wie selbstständig Tätigkeiten des Alltags durch die befragten Personen mit Höresehbeeinträchtigung bewältigt werden können, wurden Fragen zu einer Reihe von alltäglichen Tätigkeiten und dem mit ihnen verbundenen Unterstützungsbedarf gestellt. Dabei wurde das entsprechende Fragemodul aus Welle 1 des Teilhabesurvey (Befragung in Privathaushalten) eingesetzt und die Ergebnisse können – zumindest was ihre Tendenz angeht – verglichen werden.²⁴

In ihrem Alltag benötigen die Befragten häufig Unterstützung, insbesondere bei Tätigkeiten wie Putzen, Einkaufen, der Nutzung des Internets, Kochen, Finanzmanagement und Lesen. In der Regel erhalten sie diese Unterstützung auch. Ein Befund, den es auch aus der Befragung von Menschen mit Behinderungen in privaten Haushalten aus Welle 1 gibt. Die Unterstützung kommt dabei häufig von Partnern oder Familienmitgliedern, aber auch von Freundinnen und Freunden. Die meisten Befragten geben an, dass sie verheiratet sind oder in einer Partnerschaft leben. Die Mehrheit hat eigene Kinder. Ein Großteil der Befragten gibt an, dass sie regelmäßig Unterstützung aus dem privaten Umfeld erhalten, so wie es die erste Welle des Teilhabesurvey auch allgemein für Menschen mit Behinderungen gezeigt hat.

Neben dieser Unterstützung durch das private Umfeld werden häufig professionelle Unterstützungspersonen wie Assistenzkräfte, Dolmetscherinnen und Dolmetscher oder Haushaltshilfen genannt. Vor allem Assistenzen und Dolmetscherinnen und Dolmetscher werden von den in der Sondertichprobe befragten taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen deutlich häufiger in Anspruch genommen als von Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten im Allgemeinen.

Lebenslanges Lernen

Der Fragebogen enthielt die Fragen zu Aktivitäten des informellen Lernens, wie sie auch in den anderen Teilstudien der zweiten Welle des Teilhabesurvey gestellt wurden.

Die befragten Menschen mit Höresehbeeinträchtigung geben zu einem hohen Anteil an, regelmäßig durch Bücher und Zeitschriften, das Internet bzw. Smartphone sowie Hörbücher, Radio oder Podcast etwas zu lernen. Auch das Fernsehen wird häufig genannt. Weniger häufig besuchen sie Kurse oder kulturelle Angebote wie Theater und Museen. Die Häufigkeitsverteilung entspricht im Wesentlichen jener von Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten (siehe Kapitel 3.2). Allein das Lernen im Internet oder mit dem Smartphone spielt in der Sondertichprobe der Personen mit Höresehbeeinträchtigung eine größere Rolle und wird hier häufiger als das Lernen per Fernsehen bzw. -hören genannt.

Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen

Auch die Fragebatterie zu Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen wurde analog zu den anderen Teilstudien von Welle 2 (siehe Kapitel 3.3) in die Befragung von Menschen mit Höresehbeeinträchtigung aufgenommen.

Fast die Hälfte der Befragten gibt an, in ihrem Leben bereits Erfahrungen gemacht zu haben, bei denen sie mit weniger Respekt als andere behandelt wurden. Beleidigungen oder Beschimpfungen und schlechter Service werden ebenfalls häufig berichtet. Diese Diskriminierungserfahrungen sind auch allgemein unter Personen mit Behinderungen, die in privaten Haushalten leben, weit verbreitet

²⁴ Vgl. Steinwede und Harand 2022 für die Ergebnisse der ersten Welle des Teilhabesurvey.

(siehe Kapitel 3.3). Negative Erfahrungen mit Ämtern und Einrichtungen werden jedoch in der Sonderstichprobe der Höresehbeeinträchtigten seltener genannt. Dafür spielen alltägliche Diskriminierungserfahrungen (weniger Respekt) eine größere Rolle. Erfahrungen mit Betrug, Diebstahl oder Gewalt werden, wie auch in der Bevölkerung allgemein, seltener genannt.

Selbstbestimmung und soziale Einbindung

Wie in Welle 1 der Befragung in Privathaushalten wurden die Befragten mit Höresehbeeinträchtigung gebeten, allgemein einzuschätzen, inwiefern sie ihr Leben selbstbestimmt bzw. fremdbestimmt führen. Die meisten Befragten geben dabei an, dass sie meist selbst entscheiden, wie sie leben. Nur wenige Personen geben an, dass meistens andere Personen über ihr Leben entscheiden. Dieses Ergebnis entspricht auch jenem bei Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten aus der ersten Erhebungswelle.

Auf die Frage nach der gesellschaftlichen Zugehörigkeit (*Gehören Sie dazu oder fühlen Sie sich ausgeschlossen?*) antwortete ein großer Teil der Befragten, dass er sich zumindest ab und zu ausgeschlossen fühle (Werte bis 4 auf einer Skala von 0 bis 10). Nur ein sehr geringer Teil der Befragten fühlt sich oft oder meistens in die Gesellschaft eingebunden (Werte 8 bis 10). Niemand gibt an, dass er oder sie *immer* dazugehört (Höchstwert 10). Dieses Antworten unterscheiden sich deutlich von den Antworten der Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten im Allgemeinen. Diese hatten in Welle 1 des Teilhabesurveys zur Hälfte angegeben, sich dazugehörig zu fühlen (Wert 8 bis 10). Rund 20 Prozent hatten dabei sogar den Höchstwert angegeben.

Ein wesentlicher Aspekt der sozialen Unterstützung ist auch, eine Vertrauensperson zu haben, an die man sich wenden kann. Die meisten befragten Personen haben solch eine Person. Auch darüber hinaus sind die Befragten in ein soziales Netz eingebunden. Wie oben beschrieben, sind sie mehrheitlich verheiratet oder führen eine partnerschaftliche Beziehung und haben eigene Kinder. Die soziale Einbindung der befragten Personen mit Höresehbeeinträchtigung ist vergleichbar mit jener von Personen mit und ohne Behinderungen in Privathaushalten im Allgemeinen.

Arbeit und ökonomische Situation

Weniger als die Hälfte der Befragten der Sonderstichprobe gibt an, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Größenordnung entspricht ungefähr jener von Personen mit Behinderungen in privaten Haushalten im Allgemeinen, wie sie aus Welle 1 des Teilhabesurvey bekannt ist. Damit ist sie deutlich geringer als die Erwerbsbeteiligung in der Gesamtbevölkerung.

In einem Zusammenhang mit ihrer Erwerbsbeteiligung stehen die finanziellen Ressourcen einer Person. Diese fallen innerhalb der befragten Stichprobe eher gering aus. Zwar gibt eine Mehrheit an, nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen monatlich genauso viel Geld zu haben, wie benötigt werde. Bei vielen der Befragten ist es jedoch viel oder etwas weniger Geld als gebraucht wird.

6.2 Methodik der Befragung von taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen

Für das Sampling von taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen wurde ein institutioneller Zugang gewählt. Das dafür ausgewählte Kompetenzzentrum konnte einen zwar regional begrenzten, aber umfangreichen Zugang zur Zielgruppe der Befragung – taubblinde und höresehbeeinträchtigte Menschen –gewähren. Das Kompetenzzentrum stand darüber hinaus beratend bei der Konzeption

der Erhebungsmaterialien und den benötigten Unterstützungsformen im Rahmen der Befragung zur Seite.

Die Studieninformation und das Datenschutzblatt wurde im barrierefreien Format erstellt und zusätzlich als Video in Deutscher Gebärdensprache (DGS) zur Verfügung gestellt. Für die Befragung wurde ein schriftlicher Fragebogen auf Papier (PASI) in einfacher Sprache eingesetzt, der in den meisten Fällen per Post verschickt und durch die Befragten allein oder mithilfe einer Taubblinden-Assistenz zuhause beantwortet wurde. Alternativ konnte die Befragung auch persönlich vor Ort oder per Videokonferenzsoftware durch die infas-Projektleitung durchgeführt werden. Die Kosten für eine DGS-Dolmetscherin, einen DGS-Dolmetscher oder eine Taubblinden-Assistenz wurden für die Befragten übernommen.

Die Inhalte des Fragebogens orientierten sich an jenen der anderen Teilstudien des Teilhabesurvey. Es wurden dabei Frageblöcke aus beiden Erhebungswellen integriert. Obwohl durch den Stichprobenzugang und die Definition der Zielgruppe der Befragung schon vorab etwas über die Beeinträchtigungen der Befragten bekannt war, wurde der Fragenblock zu Beeinträchtigungen analog zu den anderen Teilstudien gestellt. Auf diese Weise war es möglich zu kontrollieren, ob die Zielgruppe der Befragung auch tatsächlich erreicht wurde. Gleichzeitig konnten bislang unbekannte Informationen zu vorliegenden Mehrfachbeeinträchtigungen gesammelt werden.

6.3 Fazit

Im Rahmen einer Sonderstichprobe, die mithilfe eines Kompetenzzentrums für Menschen mit Sinnesbehinderungen realisiert werden konnte, wurden Menschen mit Sehbeeinträchtigungen oder Blindheit, Hörbeeinträchtigungen oder Gehörlosigkeit sowie höresehbeeinträchtigte Personen bzw. Personen mit Taubblindheit befragt. Darunter waren Personen mit genetisch bedingten Hörsehbeeinträchtigungen, wie dem Usher oder dem CHARGE-Syndrom. Da diese Beeinträchtigungen selten vorkommen, sind sie in bevölkerungsweiten Zufallserhebungen, auch wenn diese breit angelegt sind und wie der Teilhabesurvey einen Fokus auf Menschen mit Beeinträchtigungen haben, meist nicht vertreten.

Obwohl die Ergebnisse nicht auf die Population der taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen in Deutschland übertragbar sind, geben sie einen Einblick in die Lebenssituation von Menschen mit schweren Sinnesbeeinträchtigungen. Deutlich wird, dass die betroffenen Personen nicht nur mit erheblichen Sinnesbeeinträchtigungen konfrontiert sind, sondern häufig auch von zusätzlichen chronischen und psychischen Erkrankungen betroffen sind.

Die Alltagsbewältigung erfordert oft umfangreiche Unterstützung, sowohl aus dem privaten Umfeld als auch durch professionelle Hilfsangebote wie Assistenzkräfte und Dolmetscherinnen und Dolmetscher. Für die meisten Befragten existiert ein Netz enger sozialer Beziehungen. Sie haben eine Vertrauensperson, führen eine Ehe oder Partnerschaft oder haben eigene Kinder. Die Mehrheit der Befragten gibt an, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Es besteht allerdings ein Gefühl sozialer Ausgrenzung, das von einem großen Teil der Befragten berichtet wird. Nur sehr wenige Befragte fühlen sich dauerhaft in die Gesellschaft eingebunden.

Trotz ihrer Beeinträchtigungen nehmen die Befragten aktiv an Bildungsprozessen teil. Die Nutzung von Medien wie Bücher und Zeitschriften, dem Internet bzw. Smartphone sowie Hörbüchern, Radio oder Podcasts spielt eine besonders große Rolle, während der Besuch von Kursen und kulturellen Angeboten wie Theater und Museen weniger häufig ist. Dies weist darauf hin, dass es für Menschen mit schweren Sinnesbeeinträchtigungen Möglichkeiten gibt, sich informell weiterzubilden, wenn

auch bestimmte Hürden wie hohe Anforderungen an das Sehvermögen oder fehlende passende Angebote für hörgeschädigte Menschen bestehen.

Viele der Befragten geben an, dass sie im Laufe ihres Lebens diskriminiert wurden – sei es durch respektloses Verhalten oder durch benachteiligenden Service. Solche Erfahrungen sind unter den Befragten der Sonderstichprobe wie auch bei Menschen mit Behinderungen im Allgemeinen weit verbreitet.

7. Die Methodik des Teilhabesurvey

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Behinderungen verändern sich dynamisch und Auswirkungen einer Chronifizierung auf die Lebensumstände sind oftmals erst in einem längeren Beobachtungsfenster wahrzunehmen. Umgekehrt können gesundheitliche Einschränkungen (z. B. Folgen einer Erkrankung, Unfallfolgen usw.) über einen Rehabilitationsprozess überwunden werden, so dass eine aktive soziale Teilhabe der Betroffenen wieder erreicht werden kann. Ein Längsschnitt- bzw. Panelansatz erlaubt es, diese Dynamik und ihre Wirkung auf die Lebenssituation der betroffenen Menschen abzubilden. Nach diesem Konzept werden dieselben Personen über die Zeit hinweg in mehreren Erhebungswellen wiederholt befragt. Mit dem Ziel, die belastbare Datenbasis des Teilhabesurvey zu verstetigen und zu vertiefen, wurde 2023/2024 die zweite Befragungswelle als Fortführung der Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung durchgeführt. Die Verstetigung des Teilhabesurvey ermöglicht insbesondere die Verfolgung von (individuellen) Veränderungen über die Zeit hinweg. Die individuelle Entwicklung von Beeinträchtigungen und Behinderung kann über einen längeren Zeitraum beobachtet werden. Die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung, ihre Einstellungen und Lebensumstände, lassen sich so im Zeitverlauf abbilden. Im Gegensatz zu Querschnittstudien lassen sich (kausale) Zusammenhänge durch die Erhebung belastbarer Daten zu mehreren Zeitpunkten bei denselben Individuen sichtbar machen. Längsschnittbefragungen liefern somit bessere Daten zu Überprüfung von kausalen Zusammenhängen oder zur deskriptiven Darstellung von individuellen Entwicklungen (Pforr & Schröder 2015: 3). Veränderungen auf individueller Ebene lassen sich mit Längsschnittdaten besser nachvollziehen und langfristige Auswirkungen von Faktoren untersuchen.

In diesem Sinne verfolgte die zweite Erhebungswelle des Teilhabesurvey die Fortführung der beiden standardisierten quantitativen Befragungen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen in Privathaushalten und von Bewohnerinnen und Bewohnern in besonderen Wohnformen und Einrichtungen. Das Studiendesign folgte dabei dem für die erste Erhebungswelle entwickelten Konzept. Die grundlegende Anlage der großen quantitativen Teilstudien des Teilhabesurvey als Panelerhebung erfolgte dabei bereits im Zusammenhang mit der Durchführung der Erstbefragung. Damit die Anschriften der Befragten gespeichert und für Zwecke der Wiederholungsbefragung verwendet werden durften, wurde bei den befragten Personen am Ende des Interviews bzw. der Befragung eine entsprechende Einverständniserklärung, die sogenannte Panelbereitschaft, abgefragt. In der zweiten Erhebungswelle der Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung konnte auf den Bestand der Personen zurückgegriffen werden, die in der ersten Erhebungswelle ihre Erlaubnis zur Speicherung ihrer Adress- und Kontaktdaten zum erneuten Kontaktieren im Rahmen der Studie gegeben haben, die sog. Panelbereiten.

7.1 Barrierefreie Erhebung in Privathaushalten und in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen

Die beiden groß angelegten quantitativen Teilstudien des Teilhabesurvey – die Befragung von Menschen mit und ohne Behinderungen in Privathaushalten sowie die Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen – zielen insbesondere darauf ab, belastbare Daten über die Lebensumstände von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zu gewinnen und deren Teilhabemöglichkeiten sowie -barrieren in verschiedenen Lebensbereichen aufzuzeigen. Um die unterschiedlichen Lebensumstände der Menschen mit und ohne Behinderungen angemessen abbilden zu können, müssen alle Zielgruppen der Befragung auf geeignete Art und Weise angesprochen und befragt werden. Damit die Befragung so barrierefrei wie möglich stattfinden und möglichst alle zu befragenden Personen

daran teilnehmen konnten, wurden auch im Rahmen der zweiten Welle des Teilhabesurvey zielgruppengerechte Befragungsmethoden eingesetzt.

Dabei sind Befragungen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen methodisch anspruchsvoll, da die unterschiedlichen Lebenslagen berücksichtigt werden müssen. Ziel des Teilhabesurvey ist es schon seit der ersten Erhebungswelle, alle Befragungspersonen angemessen einzubeziehen und niemanden aufgrund einer Beeinträchtigung oder Behinderung von der Teilnahme an der Befragung auszuschließen. Eine barrierefreie Befragung muss daher einerseits verschiedene Befragungsmethoden und Unterstützungsmöglichkeiten bieten, um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden, andererseits aber auch ausreichend standardisiert sein, damit die Ergebnisse vergleichbar bleiben. Methodisch entspricht das Vorgehen in der zweiten Befragungswelle vollständig dem Vorgehen der Erstbefragung. Alle Erhebungsmethoden der Erstbefragung standen den Befragten auch in der zweiten Erhebungswelle wieder zur Verfügung.

Um den Befragungspersonen einen leichten Zugang zur Befragung zu ermöglichen, wurden auch in der zweiten Erhebungswelle des Teilhabesurvey die folgenden inhaltlichen Aspekte der Barrierefreiheit bei der Gestaltung des Fragebogens und der Durchführung der Befragung berücksichtigt:

- **Fragebogenthemen:** Der Fragebogen deckt Themen ab, die für die Zielgruppe relevant sind. Dabei wurde nicht nur auf objektive Fakten, sondern auch auf subjektive Einschätzungen der Befragten eingegangen, um die Vielfalt der unterschiedlichen Lebenswelten widerzuspiegeln.
- **Länge des Fragebogens:** Der Fragebogen sollte – mit Blick auf die Akzeptanz der Fragen und die Zuverlässigkeit der Antworten – nicht zu lang sein; auch um Überforderungen der Befragten zu vermeiden; besonders bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Hasnain 2015: 633). Es wurden daher zwei Versionen des Fragebogens angeboten: eine längere Fassung und eine Kurzfassung des Fragebogens.
- **Verständlichkeit der Fragen und Antwortoptionen:** Die Fragen wurden in einfacher, klarer Alltagssprache formuliert, häufig als Ja-/Nein-Fragen oder mit wenigen Antwortmöglichkeiten. Zusätzlich wurden die Interviewerinnen und Interviewer darauf geschult, die Fragen deutlich und langsam vorzulesen und Fragen sowie Antwortmöglichkeiten bei Bedarf erneut ruhig und geduldig vorzulesen (Hasnain 2015: 624; Mitchell et al. 2006: 6; Schäfers 2007: 148; Farmer/Macleod 2011: 43ff; Wilson et al. 2013: 6ff; Parsons et. al 2001: 10).
- **Listenheft:** Für sehende und lesefähige Befragte wurden für alle Fragen, die über eine Ja-/Nein-Antwort hinausgehen, die möglichen Antwortoptionen in großer, gut lesbarer Schrift in einem Listenheft abgebildet (vgl. dazu z.B. Farmer/Macleod 2011: 43). So können die Befragten die Antwortoptionen nicht nur hören, sondern auch sehen.
- **Fragebogen in Leichter Sprache:** Eine Version des Fragebogens in Leichter Sprache mit großer Schrift und grafischer Unterstützung wurde für Menschen mit kognitiven oder sprachlichen Beeinträchtigungen erstellt (vgl. Farmer/Macleod 2011: 52).
- **Pausen und Unterbrechungen:** Die Interviewerinnen und Interviewer wurden geschult, Pausen oder Unterbrechungen anzubieten, um die Belastung der Befragten zu reduzieren. Die Befragung konnte bei Bedarf an einem späteren Termin fortgesetzt werden.
- **Wechsel der Fragebogenfassung:** Befragte konnten zu Beginn und während der Befragung zwischen verschiedenen Fragebogenfassungen wechseln (z.B. Lang- oder Kurzfassung, Alltagssprache oder Leichte Sprache), wenn sie sich durch die Länge oder das Sprachniveau der Fragen überfordert fühlten (vgl. Mitchell et al. 2006: 7).
- **Partizipativer Ansatz im Entwicklungsprozess:** Menschen mit Beeinträchtigungen sowie Fachleute aus der Behindertenhilfe waren in einem Expertengremium aktiv in den Entwicklungsprozess des Fragebogens eingebunden.

Um sicherzustellen, dass alle Menschen, unabhängig von der Art oder Stärke ihrer Beeinträchtigung, an der Befragung teilnehmen konnten, wurden wie in der ersten Erhebungswelle verschiedene Befragungsmethoden angeboten. Vor dem Interview wurden die Befragten über diese Methoden informiert, und die Interviewerinnen und Interviewer wurden geschult, auf die individuellen Bedürfnisse der Befragten einzugehen. Das computergestützte persönliche Interview (CAPI) steht dabei als Startmethode im Fokus, da es in der Regel die beste Methode darstellt, um Menschen mit Beeinträchtigungen zu befragen. Es stellt die geringsten kognitiven Anforderungen an die Befragten und die Interviewerinnen und Interviewer können direkt auf die Bedürfnisse der Befragten reagieren (vgl. Sloan et al. 2004: 4239 ff). Für eine möglichst barrierefreie Befragung wurden zusätzliche Befragungsmethoden, wie das computergestützte telefonische Interview (CATI) oder eine Online-Befragung (CAWI), angeboten. Auf Wunsch der Befragten bestand zudem die Möglichkeit, die Fragen (oder einen Teil der Fragen) auf dem Laptop (CASI) oder mithilfe eines Papierfragebogens (PAPI) selbst auszufüllen (Hasnain 2015: 620; Mitchell et al. 2006: 38; Farmer/Macleod 2011: 43 ff; Eckhardt/Anastasas 2007: 240). Der Mix der Befragungsmethoden soll möglichst allen Befragungspersonen unabhängig von einer Beeinträchtigung die Teilnahme an der Befragung ermöglichen und sie bei der Beantwortung der Fragen bestmöglich unterstützen. Für eine möglichst barrierefreie Teilnahme an der Befragung wurden auch in der zweiten Erhebungswelle die folgenden logistischen und technischen Aspekte der Barrierefreiheit berücksichtigt:

- **Persönlich-mündlicher Zugang als Startmethode:** Die Befragung erfolgte meist durch computergestützte persönliche Interviews (CAPI), bei denen die Interviewerinnen und Interviewer die Fragen vorlasen und die Antworten in den Laptop eingaben. Bei Bedarf konnten die Befragten vor Ort Unterstützung durch die Interviewerinnen und Interviewer oder eine Vertrauensperson erhalten oder zu einer anderen Befragungsmethode wechseln.
- **Barrierefreie Online-Befragung zum Selbstausfüllen:** Die Online-Befragung wurde technisch möglichst barrierefrei gestaltet mit frei veränderbarer Schriftgröße, einer Steuerung sowohl mit der Maus als auch mit der Tastatur, der Möglichkeit der Nutzung von Screenreadern oder einer Braille-Ausgabe sowie dem Verzicht auf Bilder. Diese Funktionen wurden auch für den Fragebogen der persönlichen Interviews (CAPI) integriert, um den Interviewerinnen und Interviewern zu ermöglichen, auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer einzugehen.
- **Unterstützung durch Dritte:** Wo immer es möglich war, sollte das Interview direkt mit der Befragungsperson selbst stattfinden, da Antworten von Dritten von Selbstauskünften abweichen können (vgl. Lee et al. 2004: 675ff). Bei Bedarf konnten die befragten Personen allerdings eine Vertrauens- oder Betreuungsperson als Unterstützung hinzuziehen, wie es für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Mehrfachbeeinträchtigungen oft üblich ist. Auch stellvertretende Interviews (sogenannte Proxy-Interviews) waren möglich, um Menschen, die nicht selbst antworten können, nicht gänzlich von der Befragung auszuschließen (vgl. Farmer/Macleod 2011: 41; Hendershot 2004: 24). Die anwesenden Personen durfte jedoch keine subjektiven Fragen beantworten, da dies zu keinen verlässlichen Ergebnissen führen würde (vgl. Mitchell et al. 2006: 25; Hasnain 2015: 632; Kroll 2011: 72).
- **Befragung in Deutscher Gebärdensprache (DGS):** Für Personen mit schweren Hörbeeinträchtigungen oder Gehörlosigkeit wurde bei Bedarf eine Gebärdensprachdolmetscherin bzw. ein Gebärdensprachdolmetscher hinzugezogen, um das Interview in DGS zu führen.
- **Fremdsprachen:** In den Teilhabesurvey wurden ausdrücklich auch Menschen mit Migrationshintergrund einbezogen. Konnten sie nicht auf Deutsch befragt werden, wurde ein fremdsprachiger Fragebogen verwendet, beispielsweise auf Arabisch, Türkisch, Englisch, Russisch oder Polnisch.

Für den Teilhabesurvey wurden verschiedene technische Unterstützungsformen eingerichtet, die je nach Beeinträchtigung der befragten Person und der gewählten Befragungsmethode angepasst werden konnten, wie Tabelle 7.1 zusammenfasst.

Tabelle 7.1 Technische Unterstützungsmöglichkeiten nach Beeinträchtigung

Für Menschen mit...	Unterstützungsmöglichkeiten
Hörbeeinträchtigungen/ Gehörlosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstausfüller-Fragebogen am Laptop bzw. Online-Fragebogen • Bei Bedarf: Interview durch Gebärdendolmetscher/in
Sehbeeinträchtigungen/ Blindheit	<ul style="list-style-type: none"> • Mündliches Interview (vor Ort oder telefonisch) • Online-Fragebogen: Für Vorlese-Anwendungen (z.B. Screenreader) lesbar; Steuerung des Fragebogens mittels Tastatur möglich
Sprach-/Sprech- beeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none"> • Interview vor Ort: Zeigen auf Antworten im Listenheft • Selbstausfüller-Fragebogen am Laptop bzw. Online-Fragebogen
körperlichen Beeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none"> • Im Online-Fragebogen bzw. Selbstausfüller-Fragebogen: Steuerung des Fragebogens mittels Tastatur möglich
psychischen Beeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none"> • Auf Wunsch: Selbstausfüller-Fragebogen oder Online-Fragebogen
kognitiven Beeinträchtigungen sowie begrenzter Belastbarkeit/ Konzentration	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Bedarf: Kurzform Fragebogen (als Interview oder Selbstausfüller am Laptop) • Bei Bedarf: Kurzform Fragebogen in Leichter Sprache (Interview vor Ort) • Wenn Interview durch Interviewer/in nicht möglich: Papierfassung des Kurz-Fragebogens im Haushalt lassen (in Alltagssprache oder in Leichter Sprache) • Wenn trotz Unterstützung kein Interview möglich ist: Proxy-Interview mit Vertrauens-/Betreuungsperson
Unterstützungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Bedarf: Einbeziehen von Bezugspersonen möglich • Wenn die Person alleine kein Interview durchführen kann/möchte und sich Unterstützung wünscht: Interview im Beisein und mit Unterstützung durch eine Vertrauens-/Betreuungsperson • Wenn trotz Unterstützung kein Interview möglich ist: Proxy-Interview mit Vertrauens-/Betreuungsperson

Quelle: infas.

Die unterschiedlichen Versionen des Fragebogens, die in Privathaushalten sowie in Wohnformen und Einrichtungen eingesetzt wurden, stellen Tabelle 7.2 und Tabelle 7.3 dar.

Tabelle 7.2 Versionen der Erhebungsinstrumente in Privathaushalten

Erhebungs-instrument	Beschreibung/Inhalt	Zielgruppe
Langfassung		Teilnehmende, die keine kognitiven oder kommunikativen Beeinträchtigungen haben
Kurzfassung	Auf wichtige Indikatoren gekürzte Version der Langfassung; Vergleichbarkeit der Ergebnisse gegeben	Teilnehmende mit Beeinträchtigungen, die keine lange Belastung zulassen
Fragebogen in Leichter Sprache	Übersetzung der Kurzfassung in die Leichte Sprache	Teilnehmende mit kognitiven oder kommunikativen Beeinträchtigungen
Fragebogen für Fremdauskunft (Proxy-Interview)	Objektive Indikatoren über die Zielperson	Teilnehmende mit kognitiven oder kommunikativen Beeinträchtigungen, die das Interview nicht selbst führen können und bei denen eine Bezugsperson anwesend ist und Auskunft gibt

Quelle: infas.

Tabelle 7.3 Versionen der Erhebungsinstrumente in Wohnformen/Einrichtungen

Erhebungs-instrument	Beschreibung/Inhalt	Zielgruppe
Fragebogen in Alltagssprache		Teilnehmende, die keine kognitiven oder kommunikativen Beeinträchtigungen haben
Fragebogen in Leichter Sprache	Übersetzung des alltagssprachlichen Fragebogens in Leichte Sprache	Teilnehmende mit kognitiven oder kommunikativen Beeinträchtigungen
Fragebogen für Fremdauskunft (Proxy-Interview)	Objektive Indikatoren über die Zielperson	Teilnehmende mit kognitiven oder kommunikativen Beeinträchtigungen, die das Interview nicht selbst führen können und bei denen eine Bezugsperson anwesend ist und Auskunft gibt.

Quelle: infas.

7.2 Durchführung der Befragung in Privathaushalten

Der Teilhabesurvey hatte sich zum Ziel gesetzt, nicht nur Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung zu befragen. Der Survey orientiert sich an einem modernen Verständnis von Behinderung, das auf dem oben erläuterten ICF-Konzept beruht (vgl. Abschnitt 1.2). In der Befragung sollten möglichst alle Menschen in der Bevölkerung berücksichtigt werden, die länger andauernde Erkrankungen oder Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder -strukturen haben und deren Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen eingeschränkt ist.

Im Rahmen der ersten Erhebungswelle wurde dafür eine mehrstufige Zufallsstichprobe aus Einwohnermeldedaten gezogen. Die Grundgesamtheit der Befragung in Privathaushalten bildeten dabei alle Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen im Alter von 16 bis 79 Jahren, die in der Bundesrepublik Deutschland in einem privaten Haushalt leben – unabhängig von Art und Schweregrad der Beeinträchtigung bzw. Behinderung und der Staatsangehörigkeit.

Anders als die Gruppe von Menschen mit amtlich anerkannter Behinderung bzw. Schwerbehindertenausweis ist die Grundgesamtheit nach dem ICF-Konzept nirgendwo amtlich registriert. Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen mussten deshalb mithilfe eines geeigneten Screeningverfahrens innerhalb der privaten Haushalte ermittelt werden. Die Stichprobe wurde über mehrere Stufen aus Einwohnermeldedaten gezogen. Die erste Stufe bildete eine Stichprobe aus Einwohnermeldedaten von 248 Gemeinden. Aus dieser Gesamtstichprobe wurden 300.246 Personen zufällig gezogen und stellvertretend für ihren Haushalt angeschrieben. Sie dienten also als sogenannte *Ankerpersonen*. Jeder Haushalt wurde im Rahmen einer Vorbefragung gebeten, auf einem zugesendeten Kurzfragebogen für alle Haushaltsmitglieder ab 16 Jahren Angaben zu machen. Neben einigen soziodemografischen Merkmalen ging es insbesondere darum, ob und welche länger andauernden Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen bei den im Haushalt lebenden Personen vorliegen (vgl. Link/Harand et al. 2025).

Für die Hauptbefragung wurden zwei Teilstichproben aus allen Personen gebildet, die zu einem befragten Haushalt gehören. Eine Teilstichprobe umfasste die Gruppe der Personen, für die in der Vorbefragung eine oder mehrere Beeinträchtigungen oder Behinderungen genannt worden waren. In die andere Teilstichprobe wurde die Gruppe der Personen eingeordnet, für die keine Beeinträchtigungen und Behinderungen genannt worden waren (Vergleichsgruppe). Die Bruttoeinsatzstichprobe für die Hauptehebung umfasste sodann 60.491 Personen, die in privaten Haushalten leben. Es wurden insgesamt 22.065 Personen in Privathaushalten zu ihren Teilhabemöglichkeiten befragt, darunter 16.003 Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie 6.062 Personen ohne Beeinträchtigungen.

Stichprobe der 2. Welle: Wer wird befragt?

In der zweiten Welle der Befragung in Privathaushalten sollten ausschließlich Personen befragt werden, die schon in der ersten Welle befragt wurden und ihre Erlaubnis zur Speicherung ihrer Adress- und Kontaktdaten zum erneuten Kontaktieren im Rahmen der Studie gegeben haben (sog. Panelbereitschaft).

Eine wichtige Aufgabe bei Panelstudien ist der Umgang mit der sogenannten Panelmortalität. Darunter versteht man den zeitweiligen oder dauerhaften Ausfall von Befragungspersonen. Je höher die Panelmortalität, desto höher das Risiko, dass Ausfälle systematisch bedingt sind; dass also Aussagen auf Basis der Stichprobe durch Selektivitäten verzerrt sein können. Zudem kann eine hohe Panelmortalität dazu führen, dass eine Stichprobe für Analysen bestimmter Teilgruppen zu klein wird. Eine weitere zusätzliche Schwierigkeit ist zudem die mögliche *Alterung* der Population. Darüber

hinaus unterliegt eine Panelstichprobe über die Zeit auch anderen dynamischen Veränderungen: etwa bedingt durch räumliche Wechsel der Zielpersonen. Unter Selektivitätsgesichtspunkten ist es wichtig, Personen in der Stichprobe zu halten, die in eine andere Gegend gezogen, ihren Wohnsitz also gewechselt haben (aber weiterhin Bestandteil der Panelstichprobe bleiben). Daher sind geeignete Strategien zur Minimierung von mobilitätsbedingter Panelmortalität bzw. Maßnahmen zum Wiederauffinden von mobilen Zielpersonen einzusetzen. Im Teilhabesurvey wurde daher eine umfassende Panelpflegemaßnahme zwischen der ersten und der zweiten Welle durchgeführt und auf Basis deren Ergebnisse wurden dann gezielte Trackingmaßnahmen zum Feldstart der zweiten Welle eingeleitet.

Von den 22.065 Befragten der ersten Erhebungswelle hatten 84 Prozent ihre Panelbereitschaft erklärt. Im Rahmen einer sogenannten Panelpflege-Aktion wurden im Sommer 2022 18.199 Personen mit funktionaler Adresse aus diesem panelbereiten Personenkreis angeschrieben. In diesem Zuge konnten sie Adressänderungen und Terminwünsche sowie die Verweigerung der weiteren Befragungsteilnahme und auch den ausdrücklichen Rückzug der Panelbereitschaft mitteilen. Zum Feldstart der zweiten Erhebungswelle verblieben n=17.888 Personen in der Panelstichprobe, um für die Wiederholungsbefragung erneut kontaktiert zu werden. Diese Einsatzstichprobe der zweiten Welle der Befragung in Privathaushalten teilt sich auf in 4.855 Personen ohne Beeinträchtigung, 4.137 Personen mit Beeinträchtigung, 7.477 Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung und 1.419 beeinträchtigte Personen mit unklarem Status.

Kontaktierung: Anschreiben, Begleitschreiben und Datenschutzerklärung

Vor Feldstart wurden alle Personen der Bruttoeinsatzstichprobe für die zweite Welle erneut mit einem persönlichen Einladungsschreiben angeschrieben, um die Besuche der Interviewerinnen und Interviewer anzukündigen und auch die Akzeptanz für die Wiederholungsbefragung zu erhöhen. In dem Anschreiben wurden Zielsetzung und Bedeutung der Fortsetzung der Studie beschrieben. Den Anschreiben wurde ein Begleitschreiben des Bundesministers Hubertus Heil beigelegt, in dem dieser für die Teilnahme an der Erstbefragung dankte und zur erneuten Teilnahme motiviert. Außerdem lag den Anschreiben ein Datenschutzblatt bei, das über die Freiwilligkeit der Erhebung und die Verarbeitung der Daten aufklärt. Alle Dokumente finden sich im Anhang dieses Berichts.

Kern der Kommunikationsstrategie der zweiten Welle der Repräsentativbefragung war die Bindung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an die Studie (Panelidentität). Aus diesem Grund wurden Studientitel „Die Befragung von Menschen mit und ohne Behinderungen“, Logo und Studienhomepage sowie die in der Erstbefragung etablierten und in der Panelpflege angewendeten Kontaktmöglichkeiten beibehalten.

Schulung der Interviewerinnen und Interviewer

Alle eingesetzten Interviewerinnen und Interviewer wurden durch ganztägige projektspezifische Schulungen vor dem Feldstart gründlich auf die Befragung vorbereitet. Die Schulungen umfassten die Zielsetzungen und Besonderheiten der Studie und machten die Interviewerinnen und Interviewer mit dem Erhebungsdesign vertraut. Sie wurden allgemein über die Studie (z.B. Auftraggeber, Hintergrund und Ziele, Aufbau der Befragung) informiert und übten den praktischen Umgang mit dem Fragebogen, vor allem bei Fragen mit besonderen Anforderungen, und den verschiedenen Befragungsmethoden bzw. Fragebogenvarianten. Darüber hinaus wurde ausführlich über die Inhalte der zweiten Welle der Repräsentativbefragung und die Besonderheiten der Zielgruppe informiert. Interviewerinnen und Interviewer, die bereits in der Erstbefragung im Einsatz waren, hatten die Gelegenheit, ihre Erfahrungen zu schildern und sich auszutauschen.

Insgesamt wurden an 13 Schulungsterminen 392 Interviewerinnen und Interviewer für den Einsatz im Rahmen der Befragung in Privathaushalten sowie der Befragung in Wohnformen/Einrichtungen geschult. Vor diesen projektspezifischen Schulungen durchliefen alle Interviewerinnen und Interviewer eine Grundschulung sowie Auffrischungsschulungen im Falle von längerfristig beschäftigten Interviewerinnen und Interviewern.

Das Ergebnis der zweiten Erhebungswelle in Privathaushalten

Die Befragung in privaten Haushalten startete in der zweiten Erhebungswelle Ende März 2023 und endete Mitte April 2024. Im Feldverlauf wurden 10.932 Interviews mit Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen gültig realisiert. Darunter waren (laut Gruppeneinteilung aus der Erstbefragung):

- 2.541 Interviews mit Personen ohne Beeinträchtigungen,
- 2.464 Interviews mit Personen mit Beeinträchtigung,
- 4.526 Interviews mit Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung sowie
- 1.401 Interviews mit beeinträchtigten Personen mit unklarem Status.

Es wurden dabei, wie in der Erstbefragung, Personen mit jeglicher Art von Beeinträchtigung erreicht.

Die Interviews verteilten sich wie folgt über die eingesetzten Erhebungsmethoden. Durchgeführt wurden:

- 6.007 Persönliche Interviews (CAPI), inkl. Computergestützter Fragebogen (CASI) oder Fragebogen auf Papier zum Selbstausfüllen (PAPI) (bei Bedarf mit Unterstützung durch Interviewer),
- 1.932 Fragebogen auf Papier zum Selbstausfüllen ohne Unterstützung durch Interviewer (PASI),
- 2.570 Telefonische Interviews (CATI) und
- 423 Webbasierte Interviews (CAWI).

Der Großteil der Interviews konnte in der vollständigen Version des Fragebogens durchgeführt werden. 137 Interviews (1 Prozent) wurden in der Kurzversion durchgeführt, 27 Interviews in Leichter Sprache. Fast immer wurde das Interview mit der Befragungsperson selbst durchgeführt. In 3 Prozent der Interviews wurde die Befragungsperson dabei durch eine Vertrauensperson unterstützt oder die Fragen wurden stellvertretend durch die Vertrauensperson beantwortet.

Mit Ausnahme von Befragungspersonen, die das Interview in Leichter Sprache oder in der Kurzversion absolvierten, wurden alle Befragungspersonen am Ende des Interviews nach ihrem Einverständnis zur Zuspierung von administrativen Sozialdaten der Bundesagentur für Arbeit zu den Befragungsdaten gefragt. Ein sehr hoher Anteil von 80 Prozent der bisher Befragten beantwortete diese Frage positiv, d.h. die Befragungspersonen gaben ihr Einverständnis.

Tabelle 7.4 Randverteilung der Befragung in Haushalten im Brutto-Netto-Vergleich

	Bruttoeinsatzstichprobe		Realisierte Stichprobe		Differenz
	abs.	in Prozent	abs.	in Prozent	Prozentpunkte
Geschlecht					
Männlich	8.957	50,1	5.480	50,1	-0,1
Weiblich	8.907	49,8	5.434	49,7	0,1
keine Angabe	21	0,1	16	0,2	0,0
Altersgruppe					
16-64 Jahre	8.852	49,5	5.433	49,7	-0,2
65 Jahre und älter	8.983	50,2	5.467	50,0	0,2
keine Angabe	53	0,3	32	0,3	0,0
Bundesland					
Schleswig-Holstein	501	2,8	308	2,8	0,0
Hamburg	327	1,8	197	1,8	0,0
Niedersachsen	1.883	10,5	1.125	10,3	0,2
Bremen	93	0,5	61	0,6	0,0
Nordrhein-Westfalen	4.141	23,2	2.538	23,2	-0,1
Hessen	1.247	7,0	764	7,0	0,0
Rheinland-Pfalz	731	4,1	443	4,1	0,0
Baden-Württemberg	1.730	9,7	1.019	9,3	0,4
Bayern	3.094	17,3	1.916	17,5	-0,2
Saarland	225	1,3	137	1,3	0,0
Berlin	671	3,8	424	3,9	-0,1
Brandenburg	760	4,3	512	4,7	-0,4
Mecklenburg-Vorpommern	374	2,1	215	2,0	0,1
Sachsen	1.098	6,1	664	6,1	0,1
Sachsen-Anhalt	561	3,1	330	3,0	0,1
Thüringen	452	2,5	279	2,6	0,0
Gemeindegrößenklasse					
unter 2.000 Einwohner	196	1,1	115	1,1	0,0
2.000 bis unter 5.000	421	2,4	261	2,4	0,0
5.000 bis unter 20.000	1.532	8,6	906	8,3	0,3
20.000 bis unter 50.000	2.073	11,6	1.254	11,5	0,1
50.000 - u. 100.000, Rest	1.180	6,6	686	6,3	0,3
50.000 - u. 100.000, Kern	412	2,3	228	2,1	0,2
100.000 - u. 500.000, Rest	2.817	15,8	1.753	16,0	-0,3
100.000 - u. 500.000, Kern	2.850	15,9	1.696	15,5	0,4
500.000 und mehr, Rest	1.870	10,5	1.234	11,3	-0,8
500.000 und mehr, Kern	4.537	25,4	2.799	25,6	-0,2
Gesamt	17.888	100,0	10.932	100,0	

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

Quelle: infas-Feldanalyse Teilhabesurvey, Befragung in Privathaushalten.

Die statistische Prüfung der Befragung in Haushalten zeigt ein sehr gutes Ergebnis. Die eingesetzte Bruttostichprobe der Panelbereiten und die realisierte Stichprobe, also die tatsächlich geführten Interviews, weisen eine sehr ähnliche Struktur auf. In Tabelle 7.4 ist dies nach Geschlecht, Altersgruppen, Bundesländern und Gemeindegrößenklassen dargestellt. Insgesamt wurden alle Bevölkerungsgruppen erreicht. Keine Personengruppe wurde systematisch ausgeschlossen oder untererfasst. Auch regional verteilten sich die befragten Personen entsprechend der Einsatzstichprobe über ganz Deutschland. Nicht beeinträchtigte Menschen sowie Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen wurden also in allen Bundesländern, in Stadt und Land, in Großstädten wie in kleinen Gemeinden „repräsentativ“ befragt.

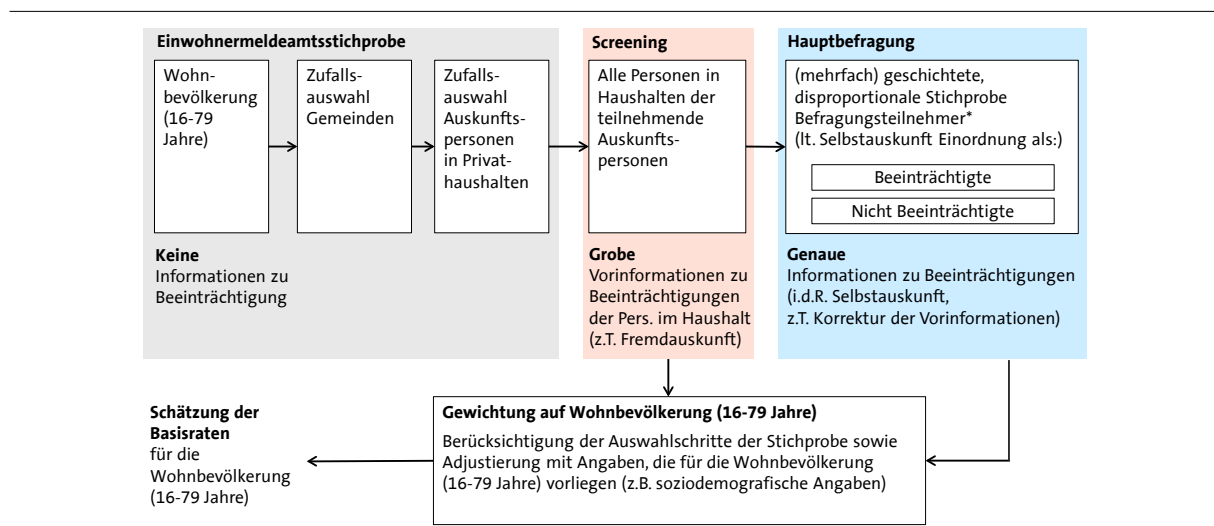
7.3 Gewichtung der Befragung in Privathaushalten

Die Gewichtung der zweiten Erhebungswelle der Befragung in Privathaushalten baut im Wesentlichen auf der Gewichtung der ersten Welle auf.

Vorgehen in der ersten Welle

Das Hauptziel der Gewichtung ist der Ausgleich von Verzerrungen, die durch das Stichprobendesign (mit ungleichen Auswahlwahrscheinlichkeiten) und durch selektive Teilnahme bzw. Nichtteilnahme entstehen. Unter Verwendung der Gewichte lassen sich Populationswerte aus der Stichprobe erwartungstreu schätzen. Da bereits die Zusammenstellung der Befragung und der Stichproben sehr vielschichtig war, war auch das Vorgehen bei der Gewichtung sehr komplex. Abbildung 7.1 veranschaulicht die Gewichtungsschritte der ersten Welle.

Abbildung 7.1 Gewichtungsschritte für die Vor- und Hauptbefragung in Privathaushalten – Welle 1



Bereits für die umfangreiche Vorbefragung („Screening“) wurden Designgewichte gebildet. In einer ersten Stufe wurde berechnet, wie groß die Wahrscheinlichkeit für die Gemeinden ist, in der Einwohnermeldestichprobe berücksichtigt zu werden. In einer zweiten Stufe wurde die Auswahlwahrscheinlichkeit für die sogenannten Ankerpersonen ermittelt, getrennt nach den zwei Altersgruppen der 16- bis 64-Jährigen und der 65- bis 79-Jährigen (Horvitz-Thompson-Schätzer). Das Designgewicht für die Bruttostichprobe der Vorbefragung ergibt sich dann aus dem Produkt der Kehrwerte der Auswahlwahrscheinlichkeiten in Stufe 1 und 2.

Anpassung der Designgewichte an Antwortausfälle

Auf Basis der gezogenen Ankerpersonen für den jeweiligen Haushalt und deren Merkmalen aus der Einwohnermeldestichprobe (Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Bundesland und Gemeindegröße) wurde mithilfe eines logistischen Regressionsmodells (Ausfallmodell) geschätzt, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass das Interview mit der jeweiligen Person stattfindet. Modelliert wurde jeweils die Wahrscheinlichkeit mit der abhängigen dichotomen Variable y . Die Variable hat zwei Merkmalsausprägungen, in diesem Fall $y = 1$ (realisiertes Interview in der Vorbefragung) und $y = 0$ (nicht realisiertes Interview in der Vorbefragung: Verweigerung bzw. nicht erreicht).

Das angepasste Designgewicht der Ankerpersonen wurde berechnet aus dem Produkt des Designgewichts für die Bruttostichprobe und dem Kehrwert der Realisierungswahrscheinlichkeit aus dem Ausfallmodell. Diese angepassten Designgewichte der Ankerpersonen wurden dann auf alle Zielpersonen im Haushalt übertragen. Da es wahrscheinlicher war, dass Mehrpersonenhaushalte bzw. Haushalte mit mehreren Zielpersonen im Alter von 16 bis 79 Jahren (reduzierte Haushaltsgröße) an der Befragung teilnehmen würden, wurden die Designgewichte anschließend durch die reduzierte Haushaltsgröße dividiert. Alle Zielpersonen im Haushalt erhielten somit ein angepasstes Designgewicht.

Kalibrierung der Vorbefragung

In einem nächsten Schritt wurden die angepassten Designgewichte kalibriert, d.h. es erfolgte eine Anpassung der Verteilungen interessierender Merkmale in der Stichprobe an bekannte Verteilungen in der Grundgesamtheit.

Bei der Vorbefragung wurde nach folgenden Merkmalen kalibriert (Randanpassung): Alter x Geschlecht, höchster allgemeinbildender Schulabschluss, Erwerbsstatus, Haushaltsgröße, Bundesland und Gemeindegröße. Die entsprechenden Werte (Randverteilungen) stammen aus einer Sonderauswertung des Mikrozensus 2017 für die Bevölkerung zwischen 16 und 79 Jahren sowie aus den aktuellen Verteilungen des Bevölkerungsstandes des Statistischen Bundesamts.

Im Ergebnis erhält man unverzernte Gewichte sowie Populationsschätzer für die realisierte Stichprobe der Vorbefragung, die das Ungleichgewicht im Stichprobendesign (zwei Altersschichten) ausbalancieren und auf die Grundgesamtheit der Bevölkerung im Alter von 16 bis 79 Jahren hochrechnen.

Gewichtung der Hauptbefragung

Für die Hauptbefragung wurden zwei Teilstichproben aus allen Personen gebildet, die zu einem befragten Haushalt gehören. Eine Teilstichprobe umfasste die Gruppe der Personen, für die eine oder mehrere Beeinträchtigungen oder Behinderungen genannt worden waren. In die andere Teilstichprobe wurde die Gruppe der Personen eingeordnet, für die keine Beeinträchtigungen und Behinderungen genannt worden waren (Vergleichsgruppe).

Für die Teilstichprobe aus Personen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen wurden alle Personen eingesetzt. Die Auswahlwahrscheinlichkeit für diese Personen betrug also 100 Prozent. Für die Vergleichsgruppe wurde eine kleinere, zufällige Stichprobe gezogen. Diese Vergleichsstichprobe wies für die kombinierten Merkmale Alter x Geschlecht x Bundesland die gleiche Struktur auf wie die Teilstichprobe aus Personen mit Beeinträchtigungen.

Die ungleichen Auswahlwahrscheinlichkeiten für Personen der Vergleichsgruppe mussten im Zuge der Gewichtung berücksichtigt werden. Sie wurden mithilfe eines logistischen Regressionsmodells

(Auswahlmodell) bestimmt, das die Auswahlwahrscheinlichkeit mit der abhängigen dichotomen Variable $y = 1$ (ausgewählt für die Vergleichsstichprobe) und $y = 0$ (nicht ausgewählt für die Vergleichsstichprobe) modellierte. Die unabhängigen Variablen stammten aus den Ergebnissen der Vorbefragung.

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

Anpassung der Gewichte an Antwortausfälle bei der Hauptbefragung

Auf Basis aller eingesetzten Personen und deren Merkmalen aus der Vorbefragung wurde mithilfe eines weiteren logistischen Regressionsmodells (Ausfallmodell II) geschätzt, wie groß für Personen in beiden Teilstichproben jeweils die Wahrscheinlichkeit ist, dass das Interview tatsächlich stattfindet. Modelliert wurde diese Wahrscheinlichkeit jeweils mit der abhängigen dichotomen Variable $y = 1$ (realisiertes Interview Hauptbefragung) und $y = 0$ (nicht realisiertes Interview Hauptbefragung: Verweigerung bzw. nicht erreicht). Das angepasste Gewicht der Hauptbefragung wurde definiert aus dem Produkt des modifizierten Gewichts der Einsatzstichprobe und dem Kehrwert der Realisierungswahrscheinlichkeit aus dem Ausfallmodell II. Es bildet somit das Eingangsgewicht der abschließenden Kalibrierung.

Kalibrierung der Hauptbefragung

Abschließend wurden die Eingangsgewichte nach den folgenden Merkmalen kalibriert (Randanpassung): Alter x Geschlecht, höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss, Erwerbsstatus, Haushaltsgröße, Bundesland, Gemeindegröße sowie amtlich anerkannte Behinderung gestaffelt nach Altersgruppen. Die Randverteilungen stammten dabei ebenfalls aus Sonderauswertungen des Mikrozensus 2017 für die Bevölkerung im Alter zwischen 16 und 79 Jahren. Für das Merkmal amtlich anerkannte Behinderung wurden Daten aus dem Mikrozensus²⁵ genutzt sowie aus den aktuellen Verteilungen des Bevölkerungsstandes des Statistischen Bundesamts.

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

Gewichtung der zweiten Erhebungswelle

Die Stichprobe in der zweiten Welle besteht ausschließlich aus panelbereiten Teilnehmerinnen und Teilnehmern der ersten Welle. Basis für die Berechnung der Gewichtungsfaktoren für die Panelstichprobe waren die Querschnittsgewichte der ersten Welle. Diese bilden die Ausgangsgewichte für die Modellierung der Panelausfälle. Die grundlegenden Schritte werden im Folgenden vorgestellt.

Auf Basis aller teilnehmenden Personen der ersten Welle sowie deren Merkmalen aus der Befragung und Informationen aus der Stichprobe wurde mithilfe eines logistischen Regressionsmodells (Panel-

²⁵ Zum damaligen Zeitpunkt aus dem verfügbaren Mikrozensus 2013.

Ausfallmodell) die Realisierungswahrscheinlichkeit für jeden Fall der Panelstichprobe geschätzt. Modelliert wird jeweils die Realisierungswahrscheinlichkeit mit der abhängigen dichotomen Variable $y=1$ (realisiertes Interview) und $y=0$ (nicht realisiertes Interview: nicht panelbereit, Verweigerung bzw. nicht erreicht).

Im Kontext der Längsschnittanalyse werden die Realisierungswahrscheinlichkeiten auch als Bleibewahrscheinlichkeit bezeichnet, d.h. die Wahrscheinlichkeit im Panel zu bleiben. Die mit dem Panel-Ausfallmodell berechnete Realisierungswahrscheinlichkeit wird nun mit dem Ausgangsgewicht der ersten Welle verrechnet. Die Multiplikation des Ausgangsgewichts mit der reziproken Bleibewahrscheinlichkeit ergibt dann das Längsschnittgewicht.

Das resultierende Längsschnittgewicht gleicht die Ausfälle der Panelfälle in der Auswahlgesamtheit aus der ersten Welle aus, die sowohl durch Panelmortalität als auch durch fehlende Panelbereitschaft entstanden sind.

7.4 Durchführung der Befragung in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen

Neben der Befragung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen in privaten Haushalten bezieht der Teilhabesurvey in seiner zweiten großen quantitativen Teilstudie auch Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ein, die dauerhaft in einer Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderungen oder in einem Alten- oder Pflegeheim leben. Die Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen ist so angelegt, dass die Ergebnisse zu der Erhebung in den Privathaushalten vergleichbar sind, aber auch Einblick in die Unterschiede zwischen den Lebenswelten, die durch die Form des Wohnens und der Betreuung geprägt sind, gewähren sollen. Ziel dieser Teilstudie ist es, die besonderen Teilhabebedingungen von Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohnformen und Einrichtungen abzubilden.

Stichprobe der 2. Welle: Wer wird befragt?

Für die zweite Befragungswelle des Teilhabesurvey wird die bestehende Stichprobe von besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern aus der ersten Befragungswelle zugrunde gelegt. Basis für diese Einrichtungsstichprobe war eine mehrstufige Zufallsauswahl. Um die Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnformen und Einrichtungen für die Befragung auszuwählen, waren zuvor mehrere Schritte erforderlich: Im ersten Auswahlschritt wurde eine Regionalauswahl von 309 Gemeinden getroffen. Im zweiten Schritt wurde eine Stichprobe von Wohnformen/Einrichtungen in diesen Gemeinden gezogen und im dritten Schritt wurden dann die Bewohnerinnen und Bewohner in diesen Wohnformen und Einrichtungen nach einem vorgegebenen Zufallsverfahren ausgewählt.

Für die zweite Befragungswelle des Teilhabesurvey setzen sich die Befragungspersonen aus der Panelstichprobe der ersten Welle sowie einer Auffrischungsstichprobe neu gezogener Personen in aus der ersten Welle vorhandenen Wohnformen und Einrichtungen zusammen. Die panelbereiten Personen hatten sich in der ersten Befragungswelle dazu bereit erklärt, an einer Wiederholungsbefragung teilzunehmen; also ihre Panelbereitschaft erklärt.

Im Sommer 2022 wurden im Rahmen einer Panelpflege-Aktion 2.276 panelbereite Personen mit einer funktionalen Adresse in den Wohnformen und Einrichtungen angeschrieben. Dabei hatten die Panelbereiten die Möglichkeit, Adressänderungen, Terminwünsche oder die Ablehnung einer weiteren Teilnahme an der Wiederholungsbefragung mitzuteilen sowie ihre Panelbereitschaft ganz

zurückzuziehen. Zu Beginn der zweiten Erhebungswelle verblieben 2.175 Personen in der Panelstichprobe und wurden für die Wiederholungsbefragung erneut kontaktiert.

Für die Befragung in den Wohnformen und Einrichtungen wurde neben der Panelstichprobe auch eine Auffrischungstichprobe vorgesehen. Interviews mit Auffrischungsfällen sollten vor allem in Wohnformen/Einrichtungen durchgeführt werden, die in der ersten Welle bereits kontaktiert wurden, jedoch ohne erfolgreich realisierte Interviews blieben. Zusätzlich wurden auch in Paneleinrichtungen Auffrischungsfälle interviewt, wenn dort ein größerer Anteil der zu befragenden Panelfälle verzogen oder verstorben war. Die Stichprobe für die zweite Befragungswelle in den Wohnformen und Einrichtungen setzt sich folglich sowohl aus Panelbefragten der bestehenden Einrichtungstichprobe zusammen, die bereits in der ersten Welle befragt wurden, als auch aus Teilnehmenden dieser Einrichtungstichprobe, die in der zweiten Befragungswelle zum ersten Mal befragt wurden.

Die nachfolgende Tabelle 7.5 gibt einen Überblick über die Einsatzstichprobe der panelbereiten Befragungspersonen. In 296 Paneleinrichtungen hatten sich 2.175 Personen bereiterklärt, für eine Welle des Teilhabesurvey erneut kontaktiert zu werden.

Tabelle 7.5 Stichprobeneinsatz – Paneleinrichtungen und panelbereite Personen

	Gesamt	Besondere Wohnform	Betreutes Wohnen	Alten-/Pflegeeinrichtung
Paneleinrichtungen	296	115	95	86
<i>Angaben in Prozent</i>	100,0	38,8	32,2	29,0
<i>darin:</i>				
Panelbereite Personen	2.175	956	660	559
<i>Angaben in Prozent</i>	100,0	44,0	30,3	25,7

Quelle: infas Stichprobeninformationen, Befragung in Wohnformen/Einrichtungen.

Für die Erstellung der Auffrischungstichprobe standen 480 Wohnformen und Einrichtungen aus der ersten Welle zur Verfügung, in denen bisher noch keine Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt worden waren. Diese Wohnformen/Einrichtungen bildeten die Stichprobenbasis für die Auffrischungstichprobe. Die ausgewählten Wohnformen und Einrichtungen wurden anschließend schriftlich kontaktiert, sodass Bewohnerinnen und Bewohner für die zweite Befragungsrunde nach dem vorgegebenen Zufallsverfahren der ersten Welle für die Befragung ausgewählt werden konnten.

Tabelle 7.6 Stichprobeneinsatz – Auffrischungseinrichtungen

	Gesamt	Besondere Wohnform	Betreutes Wohnen	Alten-/Pflegeeinrichtung
Auffrischungseinrichtungen	480	150	180	150
<i>Angaben in Prozent</i>	100,0	31,3	37,5	31,3

Quelle: infas Stichprobeninformationen, Befragung in Wohnformen/Einrichtungen.

Auch in den Paneleinrichtungen, in denen schon in der ersten Erhebungswelle Bewohnerinnen und Bewohner befragt wurden, war eine Auffrischung der vorhandenen Stichprobe möglich. Dies galt insbesondere dann, wenn ein größerer Anteil der zu befragenden panelbereiten Bewohnerinnen und

Bewohner verzogen oder verstorben war. Im Rahmen der Kontaktierung der Wohnformen und Einrichtung zur Durchführung der Interviews mit den panelbereiten Bewohnerinnen und Bewohnern durch eine Interviewerin bzw. einen Interviewer wurde der Auffrischungsbedarf innerhalb der Paneleinrichtungen ermittelt und bei größeren Panelausfällen durchgeführt.

Kontaktierung: Anschreiben, Begleitschreiben und Datenschutzerklärung

Alle Wohnformen und Einrichtungen der Einsatzstichprobe – 296 Paneleinrichtungen und 480 Auffrischungseinrichtungen – wurden zum Feldstart der zweiten Befragungswelle schriftlich kontaktiert.

Paneleinrichtungen

Den Paneleinrichtungen wurde mit dem Anschreiben zum Feldstart nochmals für die Unterstützung in der ersten Befragungswelle gedankt und die Vor-Ort-Besuche der Interviewerinnen und Interviewer im Rahmen der zweiten Befragungswelle wurden angekündigt. Die Information der Wohnformen und Einrichtungen über die Fortführung des Teilhabesurvey ist auch für die Durchführung der zweiten Befragungswelle von großer Bedeutung. Die Wohnformen und Einrichtungen stellen den Zugang für die Interviewerinnen und Interviewer zu den Bewohnerinnen und Bewohnern her und sind wichtiges Bindeglied bei der Organisation der Terminvereinbarungen vor Ort.

Auch die panelbereiten Befragungspersonen aus der ersten Welle wurden über den Start der wiederholten Befragung im Rahmen des Teilhabesurvey per Brief informiert.

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben postalisch erhalten:

- ein Anschreiben in Alltagssprache,
- ein Anschreiben in Leichter Sprache,
- ein Begleitschreiben vom BMAS,
- eine Datenschutzerklärung.

Auffrischungseinrichtungen

Den Auffrischungseinrichtungen wurde mit dem Anschreiben zum einen eine Ziehungsanleitung für die Stichprobenauswahl der zu befragenden Bewohnerinnen und Bewohner vor Ort übermittelt, zum anderen wurden die Vor-Ort-Besuche der Interviewerinnen und Interviewer für die Durchführung der Befragung angekündigt. Um die zu befragenden Personen in den Wohnformen und Einrichtungen auch selbst anzusprechen, wurde für jede auszuwählende Bewohnerin und jeden auszuwählenden Bewohner jeweils ein Anschreiben – sowohl in Alltagssprache als auch in Leichter Sprache – beigelegt. An die 480 Auffrischungseinrichtungen wurde ein Anschreibenpaket versendet, das die folgenden Komponenten enthielt:

Für die Ansprechperson in der Wohnform/Einrichtung:

- ein Anschreiben mit Studieninformationen inkl. ausführlicher Ziehungsanleitung für die Auswahl der zu befragenden Bewohnerinnen und Bewohner,
- eine Karte mit Erläuterungen, welche Informationen an welche Personen weiterzugeben sind.

Zur Weitergabe an die Bewohnerinnen und Bewohner war beigelegt:

- ein Anschreiben in Alltagssprache,

- ein Anschreiben in Leichter Sprache,
- eine Datenschutzerklärung.

Zur Weitergabe an eine rechtliche Betreuung (falls vorhanden):

- ein Informationsschreiben an rechtliche Betreuerinnen und Betreuer,
- ein Briefmarkenset zum postalischen Versand des Informationsschreibens.

Insbesondere in den Auffrischungseinrichtungen ist die Mitwirkung der Wohnform/Einrichtung für die Durchführung der Interviews unerlässlich. Denn nur mit Unterstützung der Wohnform bzw. Einrichtung kann die Stichprobenauswahl der zu befragenden Bewohnerinnen und Bewohnern erfolgen und der Zugang zu diesen Personen hergestellt werden. Die Auswahl der zu befragenden Personen erfolgt analog der ersten Welle nach einem vorgegebenen statistischen Zufallsverfahren. Im Anschluss an die durchgeführte Zufallsauswahl der zu befragenden Personen in der Wohnform/Einrichtung wurden die für die Befragung ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Einladungsschreiben über die Studie informiert. Dieses Informationsschreiben zur Studie wurde durch die Wohnform/Einrichtung an die ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner verteilt.

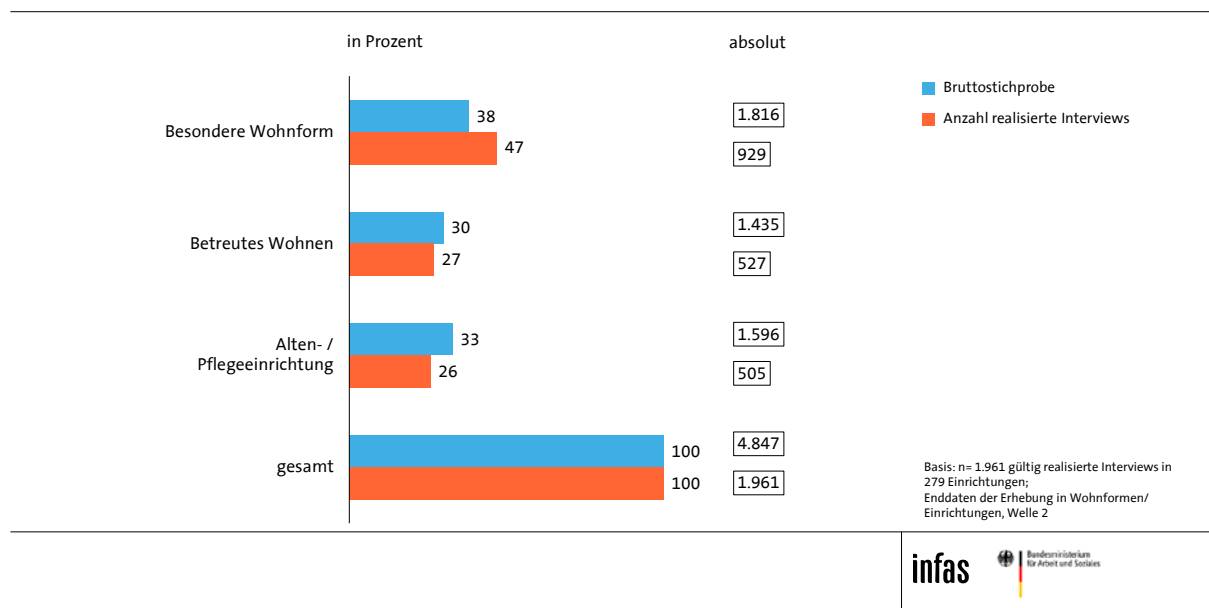
Falls eine ausgewählte Befragungsperson eine rechtliche Betreuerin oder einen rechtlichen Betreuer hat, wurde die Wohnform bzw. Einrichtung gebeten, der Betreuungsperson ein Informationsschreiben zur Durchführung der bevorstehenden Befragung zu übergeben. Der für die Befragung ausgewählten Person steht es dabei frei, selbst zu entscheiden, ob sie an der Befragung teilnimmt.

Schulung der Interviewerinnen und Interviewer

Die projektspezifischen Schulungen für die Interviewerinnen und Interviewer umfassten Informationen zu beiden Teilstudien – der Befragung in Privathaushalten sowie in Wohnformen und Einrichtungen (siehe auch Abschnitt 7.2). Den Interviewerinnen und Interviewern wurde ein Überblick über die Besonderheiten der Teilstudie in Wohnformen und Einrichtungen – zu Hintergrund und Zielen der Befragung von Personen, die in einer Wohnform/Einrichtung leben, zur Art der Stichprobengenerierung in Auffrischungseinrichtungen sowie zu Unterschieden im Design der Befragung in Wohnformen und Einrichtungen im Vergleich zur Befragung in den Privathaushalten vermittelt. Insbesondere auf die Fragebogenvariante in Leichter Sprache sowie auf inhaltliche Besonderheiten im Fragebogen für Bewohnerinnen und Bewohner in Wohnformen und Einrichtungen wurde eingegangen. Ein weiteres zentrales Schulungsziel bestand darin, die Interviewerinnen und Interviewer in der Kontaktaufnahme sowohl mit den Wohnformen und Einrichtungen als auch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern vor Ort zu schulen. An 13 Schulungsterminen wurden 392 Interviewerinnen und Interviewer für den Einsatz im Rahmen der Befragung in Privathaushalten sowie der Befragung in Wohnformen und Einrichtungen geschult.

Das Ergebnis der Befragung in Wohnformen/Einrichtungen

Die Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen begann Mitte Mai 2023 und endete Mitte April 2024. Insgesamt konnten 1.961 Interviews in 279 Wohnformen und Einrichtungen gültig realisiert werden. Davon wurden 805 Interviews mit panelbereiten Personen aus der ersten Welle sowie 1.156 Interviews mit Personen, die zum ersten Mal an der Befragung teilgenommen haben, geführt.

Abbildung 7.2 Verteilung der Interviews nach Art der Wohnform/Einrichtung

Von den in der zweiten Welle befragten Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohnformen und Einrichtungen lebten 929 Personen in einer besonderen Wohnform, 527 Personen im betreuten Wohnen sowie 505 Personen in einer Alten- oder Pflegeeinrichtung.

Die Interviews verteilten sich wie folgt über die eingesetzten Erhebungsmethoden. Durchgeführt wurden:

- 1.890 persönliche Interviews, inkl. Computergestütztes persönliches Interview durch Interviewer/in (CAPI), Papiergestütztes Interview durch Interviewer/in in Leichter Sprache (PAPI) oder Computergestützter Fragebogen zum Selbstausfüllen (CASI), bei Bedarf mit Unterstützung durch Interviewer/in,
- 71 Papierfragebogen zum Selbstausfüllen in Leichter Sprache (PASI).

Dabei beantwortete die große Mehrheit (90 Prozent) der Befragten die Alltagssprachliche Fassung des Fragebogens, die übrigen 10 Prozent die Fragebogenfassung in Leichter Sprache. In 82 Prozent aller Fälle konnte das Interview ganz ohne Unterstützung durch dritte Personen stattfinden. Bei 14 Prozent halfen dritte Personen bei einem Teil der Fragen und bei 3 Prozent wurde stellvertretend ein Interview mit einer anderen Person (ein sogenanntes Proxy-Interview) geführt.

Auch die Bewohnerinnen und Bewohner in Wohnformen und Einrichtungen wurden – mit Ausnahme von Befragungspersonen, die das Interview in Leichter Sprache absolvierten – am Ende des Interviews nach ihrem Einverständnis zur Zuspierung von administrativen Sozialdaten der Bundesagentur für Arbeit zu den Befragungsdaten gefragt. 66 Prozent der Befragten gaben ihr Einverständnis zur Zuspierung mit den administrativen Daten.

Ein großer Teil der Befragten der Auffrischungsstichprobe erklärten sich dazu bereit, auch an einer möglichen Wiederholungsbefragung teilzunehmen. 65 Prozent waren damit einverstanden, dass ihre Adresse zu diesem Zweck gespeichert wurde und für eine erneute Kontaktierung im Rahmen einer Wiederholungsbefragung bereitsteht (Panelbereitschaft). Dies spricht für die hohe Akzeptanz der Befragung.

Die statistische Prüfung der Befragung in den Wohnformen und Einrichtungen zeigt ein zufriedenstellendes Ergebnis (Tabelle 7.7). Die eingesetzte Bruttostichprobe und die realisierte Stichprobe der tatsächlich geführten Interviews wiesen im Vergleich recht hohe strukturelle Übereinstimmungen auf. In der nachfolgenden Tabelle ist dies nach Art der Wohnform/Einrichtung, Bundesland und Gemeindegrößenklasse dargestellt.

Abweichungen lassen sich insbesondere in Bezug auf die Art der Wohnform bzw. Einrichtung feststellen: Bewohnerinnen und Bewohner in besonderen Wohnformen sind mit einer Abweichung von 10 Prozentpunkten stärker, Befragte im betreuten Wohnen und in Alten- oder Pflegeeinrichtungen sind weniger vertreten. Im regionalen Vergleich auf Bundeslandebene verteilen sich die befragten Personen entsprechend der Einsatzstichprobe über ganz Deutschland. Beim Blick auf die Gemeindegrößenklassen wird sichtbar, dass die Gruppe der größten Städte jedoch vergleichsweise wenig vertreten ist.

Tabelle 7.7 Randverteilung der Befragung in Wohnformen/Einrichtungen im Brutto-Netto-Vergleich

	Bruttoeinsatzstichprobe		Realisierte Stichprobe		Differenz
	<i>abs.</i>	<i>in Prozent</i>	<i>abs.</i>	<i>in Prozent</i>	<i>Prozentpunkte</i>
Art der Wohnform/ Einrichtung					
Besondere Wohnform	1.784	37,1	929	47,4	10,3
Betreutes Wohnen	1.435	29,8	527	26,9	-2,9
Alten-/Pflegeeinrichtung	1.595	33,1	505	25,8	-7,4
Bundesland					
Schleswig-Holstein	50	1,0	35	1,8	0,8
Hamburg	29	0,6	8	0,4	-0,2
Niedersachsen	392	8,1	181	9,2	1,1
Bremen	101	2,1	14	0,7	-1,4
Nordrhein-Westfalen	1.415	29,4	593	30,2	0,8
Hessen	376	7,8	117	6,0	-1,8
Rheinland-Pfalz	216	4,5	94	4,8	0,3
Baden-Württemberg	419	8,7	148	7,6	-1,1
Bayern	1.036	21,5	421	21,5	0,0
Saarland	43	0,9	37	1,9	1,0
Berlin	248	5,2	75	3,8	-1,4
Brandenburg	163	3,4	92	4,7	1,3
Mecklenburg-Vorpommern	19	0,4	15	0,8	0,4
Sachsen	59	1,2	22	1,1	-0,1
Sachsen-Anhalt	145	3,0	63	3,2	0,2
Thüringen	103	2,1	46	2,4	0,2
Gemeindegrößenklasse					
unter 2.000 Einwohner	47	1,0	23	1,2	0,2
2.000 bis unter 5.000	48	1,0	20	1,0	0,0
5.000 bis unter 20.000	308	6,4	106	5,4	-1,0
20.000 bis unter 50.000	597	12,4	278	14,2	1,8
50.000 - u. 100.000, Rest	620	12,9	315	16,1	3,2
50.000 - u. 100.000, Kern	66	1,4	13	0,7	-0,7
100.000 - u. 500.000, Rest	547	11,4	259	13,2	1,8
100.000 - u. 500.000, Kern	946	19,7	391	19,9	0,2
500.000 und mehr, Rest	124	2,6	52	2,7	0,1
500.000 und mehr, Kern	1.511	31,4	504	25,7	-5,7
Gesamt	4.814	100,0	1.961	100,0	

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

Quelle: infas-Feldanalyse; Teilhabesurvey, Befragung in Wohnformen/Einrichtungen.

7.5 Gewichtung der Befragung in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen

Auch für die Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in besonderen Wohnformen und sonstigen Einrichtungen baut die Gewichtung der zweiten Erhebungswelle im Wesentlichen auf der Gewichtung der ersten Welle auf.

Designgewichtung in der ersten Welle

Für alle Stufen der Stichprobenziehung von Personen, die in Wohnformen und Einrichtungen leben, wurden Designgewichte gebildet, indem jeweils der Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeit berechnet wurde (Horvitz-Thompson-Schätzer). Die Auswahlgrundlage dafür war eine (nahezu) vollständige Liste aller infrage kommenden Wohnformen und Einrichtungen in Deutschland (N = 22.806), die sich auf 4.417 Gemeinden verteilen.

In der ersten Auswahlstufe wurden Gemeinden immer im gleichen Verhältnis zur Anzahl der Wohnformen und Einrichtungen in den Gemeinden gezogen. Die Auswahl der Gemeinden erfolgte in zwei Schichten:

1. Ziehung von Gemeinden, die mindestens drei Wohnformen/Einrichtungen haben.
2. Ziehung von Gemeinden, die weniger als drei Wohnformen/Einrichtungen haben.

In der zweiten Auswahlstufe wurden in den ausgewählten Gemeinden die Wohnformen und Einrichtungen zufällig gezogen, und zwar wieder jeweils in den zwei Schichten, aber nicht in demselben Verhältnis. Ziel war es vielmehr, die Einrichtungsarten wie folgt zu verteilen: 25 Prozent besondere Wohnformen, 50 Prozent betreutes Wohnen und 25 Prozent Alten- und Pflegeeinrichtungen. Für jede Einrichtungsart wurden Wohnformen und Einrichtungen aus der Auswahlgesamtheit wie folgt gezogen:

- Von den insgesamt 6.195 besonderen Wohnformen wurden 744 zufällig ausgewählt.
- Von den insgesamt 4.450 Einrichtungen im betreuten Wohnen wurden 1.255 zufällig ausgewählt.
- Von den insgesamt 12.161 Alten- und Pflegeeinrichtungen wurden 878 zufällig ausgewählt.

Das Brutto-Designgewicht für die Einrichtungsstichprobe ergibt sich dann aus dem Produkt der Kehrwerte der Auswahlwahrscheinlichkeit in Stufe 1 und 2.

Anpassung der Designgewichte in der ersten Welle

Alle gezogenen Wohnformen und Einrichtungen wurden angeschrieben und um ihre Bereitschaft zur Teilnahme gebeten. Außerdem sollte so geklärt werden, wie groß die Wohnformen/Einrichtungen sind und ob sie zur Zielgruppe gehören. Insgesamt waren 1.237 Wohnformen und Einrichtungen damit einverstanden, an der Befragung teilzunehmen und übermittelten einige Kennzahlen über die Wohnform bzw. Einrichtung und deren Bewohnerinnen und Bewohner.

Im ersten Schritt der Anpassung der Designgewichte wurde diese erklärte Teilnahmbereitschaft berücksichtigt. Dazu wurde mithilfe eines logistischen Regressionsmodells die Teilnahmewahrscheinlichkeit der kontaktierten Wohnformen/Einrichtungen geschätzt. Modelliert wurde dabei mit der abhängigen dichotomen Variable y . Dichotom bedeutet, dass die Variable zwei Merkmalsausprägungen hat, in diesem Fall $y = 1$ (Wohnform/Einrichtung gibt Rückmeldung und ist teilnahmebereit) und $y = 0$ (Wohnform/Einrichtung gibt keine Rückmeldung und ist nicht teilnahmebereit). Als unabhängige Variablen bzw. erklärende Merkmale wurden das Bundesland, die

Einrichtungsart, die Gemeindegrößenklasse und die Kapazität der Wohnform/Einrichtung verwendet. Das angepasste Designgewicht der Wohnform bzw. Einrichtung wurde dann berechnet aus dem Produkt des Brutto-Designgewichts für die Wohnformen und Einrichtungen und dem Kehrwert der Teilnahmewahrscheinlichkeit aus dem logistischen Regressionsmodell.

Anschließend wurden aus den Wohnformen und Einrichtungen, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme erklärt hatten, die infrage kommenden Wohnformen und Einrichtungen ausgewählt. Diese Auswahl von 984 Wohnformen und Einrichtungen wurde dann als Teilmenge aller Einrichtungen definiert, auf die das angepasste Designgewicht hochrechnet.

Personengewichtung in der ersten Welle

Im nächsten Schritt wurden diese Wohnformen und Einrichtungen gebeten, eine bestimmte Anzahl ihrer Bewohnerinnen und Bewohner (abhängig von der Kapazität der Wohnform/Einrichtung) auszuwählen und zur Befragung einzuladen. Insgesamt konnten in 327 der ausgewählten Wohnformen und Einrichtungen Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern geführt werden.

Anhand aller übermittelten Interviews wurde dann zunächst die Teilnahmewahrscheinlichkeit der Wohnform bzw. Einrichtung mithilfe eines logistischen Regressionsmodells geschätzt. Modelliert wurde dabei mit der abhängigen dichotomen Variable $y = 1$ (mindestens eine Person oder mehrere Personen aus einer Wohnform/Einrichtung hat bzw. haben ein Interview absolviert) und $y = 0$ (aus einer Wohnform/Einrichtung liegt kein Interview vor). Als unabhängige Variablen bzw. erklärende Merkmale wurden wiederum das Bundesland, die Einrichtungsart, die Gemeindegrößenklasse und die übermittelte Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnform/Einrichtung herangezogen. Das angepasste Designgewicht der Wohnform/Einrichtung wurde nun wieder mit dem Kehrwert der Teilnahmewahrscheinlichkeit aus dem 2. logistischen Regressionsmodell multipliziert.

Im letzten Schritt wurden die angepassten Designgewichte der Wohnform/Einrichtung auf alle Personen übertragen und mit dem Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeit einer Person innerhalb der Wohnform/Einrichtung multipliziert. Die Auswahlwahrscheinlichkeit einer Person innerhalb der Wohnform/Einrichtung wurde geschätzt über den Anteil der übermittelten Interviews und die Anzahl der Personen in der Wohnform/Einrichtung insgesamt. Damit wurde das angepasste Designgewicht der Wohnform/Einrichtung zu einem Personengewicht.

Das Gewicht berücksichtigt also die Auswahl- und die Teilnahmewahrscheinlichkeit der Wohnformen und Einrichtungen. Durch die Gewichtung wird das ungleiche Verhältnis, das durch die unterschiedliche Auswahl der drei Einrichtungsarten in der Stichprobe entstanden ist, wieder ausbalanciert. Alle Personen einer Wohnform bzw. Einrichtung haben dabei das gleiche Gewicht pro Einrichtung. Die Gewichtung kann aber eine mögliche Verzerrung bei der Auswahl von Personen nicht ausgleichen. Dies könnte nur durch eine anschließende Kalibrierung auf Personenebene erfolgen. Für die untersuchte Grundgesamtheit sind aber keine Verteilungen aus der amtlichen Statistik bekannt.

Die Stichprobe der zweiten Welle setzt sich aus panelbereiten Teilnehmerinnen und Teilnehmern der ersten Welle (Panelstichprobe) und einer Auffrischungstichprobe von Personen aus neuen Wohnformen und Einrichtungen bzw. weiteren neuen Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus Paneleinrichtungen, die bereits in der ersten Welle teilgenommen haben, zusammen.

Gewichtung Panelfälle der zweiten Erhebungswelle

Basis für die Berechnung der Gewichtungsfaktoren für die Panelstichprobe waren die Gewichte der ersten Welle. Diese bilden die Ausgangsgewichte für die folgende beschriebene Modellierung der Panelausfälle.

Auf Basis aller teilnehmenden Personen der ersten Welle sowie deren Merkmale aus der Befragung und Informationen aus der Stichprobe wurde mithilfe eines logistischen Regressionsmodells (Panel-Ausfallmodell) die Realisierungswahrscheinlichkeit für jeden Fall der Panelstichprobe geschätzt. Modelliert wird jeweils die Realisierungswahrscheinlichkeit mit der abhängigen dichotomen Variable $y=1$ (realisiertes Interview) und $y=0$ (nicht realisiertes Interview: nicht panelbereit, Verweigerung bzw. nicht erreicht).

Im Kontext der Längsschnittanalyse werden die Realisierungswahrscheinlichkeiten auch als Bleibewahrscheinlichkeit bezeichnet, d.h. die Wahrscheinlichkeit im Panel zu bleiben. Die mit dem Panel-Ausfallmodell berechnete Realisierungswahrscheinlichkeit wird nun mit dem Ausgangsgewicht der ersten Welle verrechnet. Die Multiplikation des Ausgangsgewichts mit der reziproken Bleibewahrscheinlichkeit ergibt dann das Längsschnittgewicht.

Das resultierende Längsschnittgewicht gleicht dann die Ausfälle der Panelstichprobe in der Auswahlgesamtheit aus der ersten Welle aus, die sowohl durch Panelmortalität als auch durch fehlende Panelbereitschaft entstanden sind.

Gewichtung Auffrischungstichprobe der zweiten Erhebungswelle

Die Gewichte für die Auffrischungstichprobe wurden exakt nach dem mehrstufigen Verfahren der ersten Welle gebildet. Dazu gehörte wieder die Designgewichtung über die Berechnung der reziproken Auswahlwahrscheinlichkeiten der Gemeinden sowie der Ausgleich der disproportionalen Ziehung von Wohnformen und Einrichtungen für die verschiedenen Einrichtungsarten. Die anschließende Adjustierung der Designgewichte erfolgte erneut mithilfe eines Ausfallmodells zur Bestimmung der Realisierungswahrscheinlichkeit.

In einem letzten Schritt wurden die beiden oben beschriebenen Gewichte zu einem neuen Querschnittsgewicht integriert.

7.6 Wiederholungsmessungen in Welle 2

Messung von Beeinträchtigung und Behinderung (Modul 2)

Die Messung von *Beeinträchtigung* und *Behinderung* war ein zentrales Element der Befragung in der ersten Erhebungswelle. Auf der Basis von Selbsteinschätzungen der Befragten wurde zwischen nicht beeinträchtigten Personen, beeinträchtigten Personen und Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung unterschieden. Zur Bildung dieser Gruppen wurden die Selbsteinschätzungen zur Stärke der individuellen Beeinträchtigung und zur Einschränkung im Alltag miteinander verknüpft. In der zweiten Welle des Teilhabesurvey war zu erwarten, dass sich dieser Status im Vergleich zur ersten Befragungswelle verändert hat. Veränderungen konnten z. B. durch das Auftreten neuer Beeinträchtigungen, durch eine Verstärkung oder Abschwächung bestehender Beeinträchtigungen oder durch eine Verstärkung oder Abschwächung der Alltagseinschränkungen entstehen. Um solche Veränderungen gezielt untersuchen zu können, wurden die Informationen über individuelle Beeinträchtigungen sowie Alltagseinschränkungen in der zweiten Welle in gleicher Weise wie in der ersten Welle erhoben.

Die Untersuchung möglicher Statuswechsel (vgl. Abschnitt 2.2) wurde durch eine Ergänzung des Frageprogramms in Modul 2 ermöglicht. Befragte, die in beiden Befragungswellen jeweils mindestens eine Beeinträchtigung angegeben hatten, wurden gebeten, den Alltag mit ihrer Beeinträchtigung oder ihren Beeinträchtigungen zwischen den beiden Interviewzeitpunkten zu vergleichen. War der Alltag der Befragten leichter oder schwieriger geworden, wurden sie nach den Gründen dafür gefragt. Hierzu wurde ihnen eine Liste möglicher Ursachen vorgelegt. Auf diese Weise kann analysiert werden, ob die Veränderungen auf der Person selbst (z. B. die Beeinträchtigung ist stärker geworden) oder ihrer Umwelt (z. B. es gibt mehr Hindernisse oder Barrieren im öffentlichen Raum) beruhen.

Sollten zu einer in der zweiten Befragungswelle berichteten Beeinträchtigung in der ersten Welle noch keine beeinträchtigungsspezifischen Nachfragen gestellt worden sein – z. B. weil die Beeinträchtigung in Welle 1 noch nicht bestand oder nicht zu den beiden stärksten bzw. ersten Beeinträchtigungen zählte – wurden diese Nachfragen in der Wiederholungsbefragung gestellt. Dazu zählt z. B. im Falle einer Sehbeeinträchtigung die Frage nach der Restsehfähigkeit oder Fragen nach spezifischen Hilfsmitteln oder Unterstützungsmöglichkeiten.

Darüber hinaus wurden in Modul 2 Fragen zur amtlich anerkannten Behinderung, dem Besitz eines Schwerbehindertenausweises, einer amtlich festgestellten Erwerbsminderung sowie einer rechtlichen Betreuung wiederholt.

Wiederholungs- und Ergänzungsfragen (Module 1 und 3)

Durch den Einsatz von Ergänzungsfragen wurden auch in den Modulen 1 und 3 Fragen aus der ersten Erhebungswelle repliziert, um die Vergleichbarkeit zwischen den Wellen zu gewährleisten. Die Auswahl der zu wiederholenden Fragen orientierte sich an den für eine Längsschnittanalyse relevanten Inhalten. Beispielsweise interessieren bezüglich des Wohnens Veränderungen zur Wohnform sowie zur Größe und Zusammensetzung des Haushalts. Außerdem wurden erneut Angaben zu sozialen Beziehungen, d. h. zu Familienstand, Partnerschaften und Kindern, abgefragt. Weitere Fragen behandeln die subjektiv empfundene gesellschaftliche Teilhabe, das finanzielle Auskommen und den Pflegegrad der teilnehmenden Personen. Ergänzt wurden zudem Fragen nach digitaler Teilhabe und dem Einsatz von digitalen Hilfsmitteln. Weitere Fragen drehen sich um Barrieren in der Öffentlichkeit und bei privaten Einrichtungen. Zudem wurden in der zweiten Erhebungswelle Informationen zu den Folgen der Corona-Pandemie erhoben.

7.7 Hinweise zum Umgang mit den Daten des Teilhabesurvey

Die Daten des Teilhabesurvey ermöglichen einen Einblick in die Lebenswirklichkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in der Bundesrepublik Deutschland. Ihre spezifischen Problemlagen können über den Vergleich mit der Gruppe der Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen sichtbar gemacht werden.

Das Stichprobendesign des Teilhabesurvey wurde hierauf zugeschnitten. Grundlage waren breit angelegte Zufallsstichproben sowie eine möglichst selektionsfreie Erfassung (vgl. Abschnitt 7.1) von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, die auch Teilhabevergleiche im Zusammenhang mit verschiedenen Arten von Beeinträchtigungen ermöglichen.

Für die Befragung in Privathaushalten der ersten Erhebungswelle ermöglichen es das Stichprobendesign sowie ein komplexes Gewichtungungsverfahren, auf die Verteilung interessierender Merkmale und Merkmalkombinationen in der Wohnbevölkerung zwischen 16 und 79 Jahren in Deutschland zu schließen. Neben dem komplexen Auswahlprozess der Befragten berücksichtigt die

Gewichtung dafür Antwortausfälle und leistet eine Randanpassung an bekannte Parameter der Grundgesamtheit.

Durch die Längsschnittgewichtung, die Ausfälle aus dem Panel ausgleicht, kann auch mit den Daten der zweiten Welle auf dieselbe Grundgesamtheit geschlossen werden. Zwischen den beiden Erhebungswellen sind Stichprobe und Grundgesamtheit gealtert. Dies gilt es zu beachten, wenn Daten der beiden Wellen miteinander verglichen werden sollen.

Im Falle der Befragung in Wohnformen und Einrichtungen kann die Gewichtung die Auswahl- und Teilnahmewahrscheinlichkeit der Wohnformen und Einrichtungen berücksichtigen (auch für die Auffrischung der zweiten Welle 2), nicht aber mögliche Verzerrungen bei der Teilnahme der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Grundgesamtheit von Personen, die in Wohnformen oder Einrichtungen leben, ist in ihren genauen Verteilungen unbekannt. Für die Panelfälle gleicht das Längsschnittgewicht die Ausfälle aus der Panelstichprobe aus.

7.8 Mögliche Zuspiegelung von Sozialdaten

Die Weiterentwicklung des Teilhabesurvey von einer Querschnitt- zu einer Längsschnittstudie beinhaltet die Integration von Sozialversicherungsdaten über ein sogenanntes Record Linkage-Verfahren. Hierbei sollen den Befragungsdaten des Teilhabesurvey administrative Sozialversicherungsdaten – genauer gesagt die Daten der integrierten Erwerbsbiografien (IEB) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) – zugespielt werden. Diese enthalten Informationen über Arbeitslosigkeiten, die Teilnahme an Maßnahmen oder auch individuelle Leistungsbezugsmerkmale sowie versicherungsbiografische Informationen. Dadurch wird es möglich, den Einfluss von Beeinträchtigungen und Behinderungen auf Erwerbsverläufe detaillierter zu untersuchen. Den Hintergrund solcher Analysen bildet Artikel 27 der UN-BRK, laut dem die Vertragsstaaten das Recht von Menschen mit Behinderung anerkennen, an Arbeit und Beschäftigung gleichberechtigt, selbstbestimmt und ohne Diskriminierung teilzuhaben.

Für die Verknüpfung der Befragungsdaten mit Prozessdaten ist die Einwilligung der Teilnehmenden entscheidend. Daher wurden die Befragten der standardisierten quantitativen Erhebungen am Ende des Interviews um ihr Einverständnis zur Zuspiegelung von Sozialdaten gebeten. Dabei wird vom Interviewenden deutlich gemacht, dass die Einwilligung der Freiwilligkeit unterliegt und die Daten nur für Forschungszwecke verwendet werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen dabei keine Verständnisprobleme entstehen. Eine schriftliche Erklärung gemäß § 67b Abs. 2 SGB X wurde erfasst. Sofern eine datenschutzrechtliche Genehmigung nach §75 SGB X vorliegt, ermöglicht die Einholung der Zuspiegelungsbereitschaft eine Verknüpfung der Befragungsdaten mit den Registerdaten.

7.9 Methodik der qualitativen Vertiefungsstudie

Auch qualitative Erhebungen müssen klar definierten Qualitätskriterien folgen (vgl. Flick 2005, Tracy 2010). Ein zentrales Kriterium ist die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses, da sie entscheidend zur Transparenz und Überprüfbarkeit der Ergebnisse beiträgt. Zudem wird im gesamten Forschungsprozess eine reflexive Haltung gefordert, die sicherstellt, dass die Forscherinnen und Forscher regelmäßig ihre eigenen Annahmen und Einflüsse hinterfragen, um Verzerrungen zu minimieren.

In diesem Zusammenhang werden zunächst die Methoden der verwendeten Interviewformen und die Strategien zur Teilnehmerakquise beschrieben. Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Anforderungen an die Interviewerinnen und Interviewer. Diese umfassen nicht nur methodische

Kompetenz, sondern auch die Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte. Die Datenanalyse erfolgt auf der Grundlage systematisierter Methoden, die eine strukturierte und nachvollziehbare Auswertung ermöglichen. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei einer möglichst neutralen Interpretation der Daten.

Erhebungsinstrumente

Die behandelten Themen sind hauptsächlich in zwei verschiedenen Interviewformen verankert, um sowohl die biografischen Erzählungen als auch die gegenwärtige Lebenssituation der Interviewten umfassend zu erfassen. Im biografisch-narrativen Interview liegt der Fokus stärker auf der Lebensgeschichte der Interviewten. Beim problemzentrierten Interview liegt der Fokus stärker auf der aktuellen Lebenssituation und den Herausforderungen der Interviewten. Zudem wurden auch vorgelagerte Fokusinterviews geführt, um für die qualitativen Interviews mit den Betroffenen zu sensibilisieren.

Biografisch-narratives Interview

Das Hauptaugenmerk beim biografisch-narrativen Interview richtet sich auf die Lebensgeschichte der Interviewten (vgl. Rosenthal 2015). In dieser Interviewform wird der im Erkenntnisinteresse stehende Themenbereich grundsätzlich in den Zusammenhang mit der Biografie der interviewten Person gestellt. Bestimmte Erfahrungen, Handlungen und Einstellungen der befragten Person, die in deren vergangene, gegenwärtige, aber auch zukünftige Lebenskontexte eingebettet sind, können somit besser nachvollzogen werden. Beim biografisch-narrativem Verfahren handelt sich um die offenste Interviewform, bei der die Interviewerinnen und Interviewer am wenigsten eingreifen. Zu Beginn ermöglicht eine offene Frage zur Biografie der befragten Person den Gesprächseinstieg und Nachfragen dienen schließlich dazu, die konkreteren, im Interesse stehenden Themenbereiche mit der Lebensgeschichte der befragten Person zu verknüpfen.

Problemzentriertes Interview

Das sogenannte problemzentrierte Interview fokussiert auf inhaltlich relevante Sachverhalte, die für die Befragten individuell bedeutsam sind (vgl. Witzel, Reiter 2012). Auch bei dieser narrativen Interviewform geht es darum, die Interviewten zur Darlegung ihrer Erfahrungen und Sichtweisen anzuhalten. Der Fokus ist aber im Gegensatz zum biografisch-narrativem Interview stärker auf eine gegenwärtige Problemstellung gerichtet. Das spiegelt sich in der Verwendung eines flexiblen Leitfadens wider. Der Leitfaden wird nicht als Fragenkatalog verstanden, sondern beinhaltet die spezifischen, interessierenden Themen- und Unterthemenbereiche, die behandelt werden sollen. Diese Themengebiete sind auch nicht chronologisch abzuarbeiten, sondern ergeben sich aus dem Gesprächsverlauf. Die interviewende Person ist hierbei angehalten, einzelne Aspekte der befragten Person zu vertiefen, um an zusätzliche Hintergrundinformationen zu gelangen.

Fokusinterviews mit Fachexpertinnen und -experten

Im Vorfeld der qualitativen Interviews mit den Betroffenen führte die Projektleitung offene Gespräche mit Fachexpertinnen und -experten. Ziel war es, für die qualitativen Interviews mit den Betroffenen zu sensibilisieren. Fachexpertinnen und -experten konnten auf Themenaspekte und -zusammenhänge aufmerksam machen, die Außenstehenden möglicherweise entgangen wären. Der Schwerpunkt lag dabei darauf, potenzielle blinde Flecken aufzuzeigen, anstatt die Fachexpertinnen und -experten im Namen der betroffenen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sprechen zu lassen. Die zusätzlichen Informationen wurden im Rahmen der Gespräche mit den

Betroffenen dazu verwendet, die Gesprächsleitfäden zu entwickeln, die Interviews gezielt vorzubereiten und die Interviewergebnisse auszuwerten.

Alle eingesetzten qualitativen Interviewformen sind durchgängig narrativ fundiert. Das heißt, der Fokus liegt auf den Aussagen der Interviewten, die durch entsprechende Fragen angehalten wurden, ihre Erfahrungen zu den im Erkenntnisinteresse stehenden Themenbereichen zu teilen. In der konkreten Gesprächssituation sollten die Interviewenden daher selbst möglichst wenig eingreifen, um die Aussagen der Interviewten nicht durch eigene Vorerfahrungen zu beeinflussen. Ziel war es vielmehr, den Gesprächsfluss durch angemessene Erzählaufforderungen und das Signalisieren von Interesse aufrechtzuerhalten. So konnten die befragten Personen am besten die eigenen Sichtweisen, Handlungen, Deutungsmuster usw. zu einem Thema darlegen.

Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner

Für die biografisch-narrativen und problemzentrierten Interviews wurden in erster Linie Personen eingeladen, die bereits an den quantitativen Befragungen teilgenommen und ihre Bereitschaft zur Teilnahme an weiterführenden Interviews bekundet hatten. Diese Akquise konnte bereits im Rahmen der quantitativen Erhebung erfolgen, sodass potenzielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer direkt gefragt werden konnten, ob sie Interesse daran hätten, ihre Erfahrungen zu bestimmten Themenbereichen detaillierter zu schildern. Dank der bereits bestehenden Bereitschaft zur Teilnahme an der quantitativen Befragung war die Hürde für die Teilnahme an einem weiteren Interview geringer.

Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde darauf geachtet, dass sich die Interviewpartnerinnen und -partner hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, wie Alter, Geschlecht, Einkommen und Wohnform, aber auch der Art und Schwere der Behinderung, ausreichend unterscheiden. Dies ermöglichte die Erfassung unterschiedlicher Lebenslagen und -hintergründe. Zudem wurde eine geografische Vielfalt angestrebt, um verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen. Für das Thema *Persönliche Sicherheit* wurden zusätzlich spezifische Auswahlkriterien herangezogen. Hier konnten beispielsweise Personen ausgewählt werden, die in der quantitativen Befragung angaben, sich aufgrund von Sicherheitsbedenken unsicher zu fühlen oder bereits Opfererfahrungen gemacht zu haben.

Kurz vor Beginn der Erhebung erhielten potenzielle Interviewpartnerinnen und -partner einen Informationsbrief, der wesentliche Details zur Studie und zur Interviewform im Vergleich zur quantitativen Befragung enthielt. Es wurde betont, dass die Interviewten die Möglichkeit haben würden, ihre persönlichen Erfahrungen in einem offenen und ungezwungenen Rahmen zu teilen. Einige Interviews wurden zusätzlich von der Projektleitung durchgeführt, wobei die Kontakte durch die Unterstützung der interviewten Fachexpertinnen und -experten vermittelt wurden. Diese Interviews fanden hauptsächlich in Wohnformen mit Assistenz statt, was es ermöglichte, ein breiteres Spektrum unterschiedlicher Lebensverhältnisse abzubilden.

In der nachfolgenden Tabelle sind alle im Bericht genannten Interviewpartnerinnen und -partner mit Alter und Beeinträchtigungen zur besseren Übersicht aufgeführt:

Tabelle 7.8 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der qualitativen Interviews

Pseudonym	Alter	Stärkste Beeinträchtigung	Zweitstärkste Beeinträchtigung
Interviewte aus der quantitativen Stichprobe			
Frau Albrecht	74	beim Bewegen	durch schwere seelische oder psychische Probleme
Frau Anders	60	beim Bewegen	beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag
Frau Arndt	65	beim Sehen	keine zweite Beeinträchtigung vorliegend
Herr Bauer	46	durch schwere seelische oder psychische Probleme	beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag
Herr Becker	80	andere Beeinträchtigung oder Behinderung	keine zweite Beeinträchtigung vorliegend
Frau Bischof	77	beim Bewegen	durch eine chronische Erkrankung
Herr Bittner	60	beim Bewegen	andere Beeinträchtigung oder Behinderung
Herr Bock	65	beim Bewegen	keine zweite Beeinträchtigung vorliegend
Herr Christ	63	durch eine chronische Erkrankung	beim Sehen
Frau Cichon	74	beim Bewegen	durch Schmerzen
Herr Cuno	53	durch schwere seelische oder psychische Probleme	durch eine chronische Erkrankung
Frau Dietrich	60	durch eine chronische Erkrankung	beim Bewegen
Frau Elsner	22	durch eine chronische Erkrankung	keine zweite Beeinträchtigung vorliegend
Frau Engel	58	andere Beeinträchtigung oder Behinderung	beim Sprechen
Herr Euler	72	beim Bewegen	durch eine chronische Erkrankung
Frau Evermann	52	durch schwere seelische oder psychische Probleme	beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag
Herr Fischer	65	durch eine chronische Erkrankung	beim Bewegen
Frau Gehrke	60	beim Bewegen	durch schwere seelische oder psychische Probleme
Frau Giese	52	durch eine chronische Erkrankung	keine zweite Beeinträchtigung vorliegend
Frau Göbel	34	beim Bewegen	durch Schmerzen
Frau Gruber	19	durch schwere seelische oder psychische Probleme	beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag
Herr Hartmann	48	beim Bewegen	durch Schmerzen
Herr Heinrich	50	beim Bewegen	durch eine chronische Erkrankung
Herr Hildebrandt	56	durch schwere seelische oder psychische Probleme	beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag
Herr Höfer	69	beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag	durch schwere seelische oder psychische Probleme
Herr Huber	72	beim Bewegen	durch Schmerzen

Frau Jansen	58	andere Beeinträchtigung oder Behinderung	durch schwere seelische oder psychische Probleme
Herr Jilg	61	durch eine chronische Erkrankung	beim Bewegen
Herr Jochim	79	andere Beeinträchtigung oder Behinderung	durch eine chronische Erkrankung
Herr Kaufmann	73	beim Bewegen	durch Schmerzen
Frau König	37	beim Bewegen	beim Sehen
Frau Kirchhoff	46	andere Beeinträchtigung oder Behinderung	durch Schmerzen
Herr Lämmermann	52	beim Sehen	beim Hören
Herr Lindner	52	durch eine chronische Erkrankung	keine zweite Beeinträchtigung vorliegend
Herr Ludwig	57	beim Bewegen	beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag
Frau Mahr	61	durch Schmerzen	beim Bewegen
Herr Mayer	59	andere Beeinträchtigung oder Behinderung	durch schwere seelische oder psychische Probleme
Frau Moritz	52	beim Bewegen	durch schwere seelische oder psychische Probleme
Herr Moser	31	andere Beeinträchtigung oder Behinderung	keine zweite Beeinträchtigung vorliegend
Frau Nägele	78	durch eine chronische Erkrankung	beim Bewegen
Frau Neumann	84	beim Bewegen	durch Schmerzen
Frau Nitschke	31	durch eine chronische Erkrankung	durch eine Suchterkrankung
Frau Opel	75	durch Schmerzen	beim Bewegen
Herr Paulsen	80	beim Bewegen	beim Sehen
Herr Piel	66	durch Schmerzen	keine zweite Beeinträchtigung vorliegend
Herr Pöhlmann	19	beim Sehen	keine zweite Beeinträchtigung vorliegend
Herr Preuß	62	beim Bewegen	beim Hören
Frau Reinhardt	64	durch Schmerzen	durch eine chronische Erkrankung
Frau Rabe	31	beim Bewegen	durch Schmerzen
Herr Reuter	81	beim Bewegen	durch eine chronische Erkrankung
Frau Roth	35	beim Bewegen	durch schwere seelische oder psychische Probleme
Frau Sander	68	beim Sehen	durch Schmerzen
Herr Stein	80	beim Hören	beim Bewegen
Frau Wolff	63	durch eine chronische Erkrankung	durch schwere seelische oder psychische Probleme

Interviewte Angehörige aus der quantitativen Stichprobe

Herr Conrad	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben
-------------	-----------------	-----------------	-----------------

Zusatzinterviews durch Projektleitung

Pseudonym	Alter	Beeinträchtigung
-----------	-------	------------------

In Wohngemeinschaften mit Assistenz

Herr Sauer	50	beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag
Herr Vetter	52	beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag

Frau Xu	44	beim Sprechen
Herr Yalcin	46	beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag
Mit taubblinden und höresehbeeinträchtigten Menschen		
Frau Löwenstein	30	Hörsehbeeinträchtigung
Herr Noack	Nicht angegeben	Hörsehbeeinträchtigung
Herr Tonn	37	Hörsehbeeinträchtigung
Herr Szabo	55	Hörsehbeeinträchtigung

Für die Interviews mit Fachexpertinnen und -experten recherchierte die Projektleitung gezielt Anlaufstellen, deren Arbeitsschwerpunkte mit den übergeordneten Themenbereichen übereinstimmen. Nach der Identifikation potenzieller Expertinnen und Experten wurde der Kontakt aufgenommen, und das Interesse an einem Interview wurde nahezu ausnahmslos positiv beantwortet. Die ausgewählten Expertinnen und Experten verfügen über umfassende Praxiserfahrung, da sie in Organisationen tätig sind, die direkt mit Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen arbeiten. Die Auswahl reichte von gemeinnützigen Vereinen und Wohlfahrtsverbänden bis hin zu kommerziellen Anbietern, um möglichst vielfältige Perspektiven und Einblicke zu gewährleisten. Die geführten Interviews behandelten folgende Themenschwerpunkte:

- Bildung und lebenslanges Lernen (jeweils 2 Interviews)
- Persönliche Sicherheit (jeweils 2 Interviews)
- Partnerschaft und Familie (jeweils 2 Interviews)
- Teilhabe von Frauen
- Teilhabe von Älteren
- Barrieren
- Gesundheit und Beeinträchtigung, Teilhabe von Älteren
- Persönliche Sicherheit, Teilhabe von Frauen.

Interviewerinnen und Interviewer

Aufgrund der anspruchsvollen Anforderungen an die Durchführung qualitativer Erhebungen wurden ausschließlich erfahrene Interviewerinnen und Interviewer für die Gespräche mit den betroffenen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen eingesetzt. Diese hatten sich intensiv mit den Zielen qualitativer Forschung und den spezifischen Erhebungsmethoden auseinandergesetzt. Ein essenzieller Bestandteil ihrer Arbeit war die kritische Selbstreflexion und die Unvoreingenommenheit während des gesamten Forschungsprozesses.

Ein zentrales Element war auch die Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte, um einen respektvollen und fairen Umgang mit den Teilnehmenden sicherzustellen. Dabei war es unerlässlich, dass die Würde und Rechte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu jeder Zeit gewahrt und geschützt wurden. Sie mussten umfassend von Interviewenden über die Ziele der Studie informiert werden, um eine fundierte Einwilligung zur Teilnahme zu geben. Freiwilligkeit, Anonymität und Vertraulichkeit müssen durchgehend gewährleistet sein, um den Schutz der persönlichen Daten zu sichern.

Die persönlichen Belastungen der Teilnehmenden waren außerdem auf ein Minimum zu reduzieren. Eine Interviewdauer von 60 bis 90 Minuten war als Richtwert festgelegt. Sollte jedoch eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer Anzeichen von Überlastung zeigen, waren die Interviewerinnen und Interviewer angewiesen, das Gespräch gegebenenfalls abubrechen oder sich auf die zentralen Aspekte der Erhebung zu konzentrieren.

Für die Interviews wurden erfahrene Interviewerinnen und Interviewer ausgewählt, die bereits in der ersten Erhebungswelle aktiv waren. Sie durchliefen eine Schulung, die in einen theoretischen und einen praktischen Teil unterteilt war. Im theoretischen Teil wurden grundlegende Aspekte der Befragung zur Teilhabe und der qualitativen Teilstudie erläutert. Dabei wurde auch auf die Unterschiede zwischen quantitativen und qualitativen Erhebungen sowie auf die Besonderheiten biografisch-narrativer und problemzentrierter Interviews eingegangen.

Im praktischen Teil der Schulung lag der Fokus auf der Anwendung des Erlernten. Es wurden Techniken zur Kontaktaufnahme und zum Einstieg in ein Interview besprochen, sowie das angemessene Fragestellen und das Verhalten während des Interviews trainiert. Anhand der Leitfäden wurden verschiedene Interviewsituationen simuliert, um die Interviewerinnen und Interviewer auf unterschiedliche Gesprächsszenarien vorzubereiten. Während der Feldphase fand schließlich ein Austausch von Erfahrungen mit den Interviewerinnen und Interviewern statt, um kontinuierliche Verbesserungen zu ermöglichen.

Für alle Themen wurde ein Leitfaden entwickelt, der den Interviewerinnen und Interviewern thematische Orientierung bot, ohne einen starren Ablauf vorzugeben. Jeder Leitfaden enthält eine einführende Passage sowie eine Einstiegsfrage zum jeweiligen Thema. Am Ende jedes Interviews wurde den Teilnehmenden die Gelegenheit gegeben, weitere Aspekte oder Hürden anzusprechen, die aus ihrer Sicht relevant, aber noch nicht besprochen wurden. Die Interviews sind explorativ ausgerichtet, sodass die Fragen bewusst offen formuliert wurden, um den Interviewten Raum zu geben, ihre Erfahrungen, Meinungen und Perspektiven frei zu schildern. Dies ermöglicht tiefere Einblicke in die Lebenslagen der Befragten und trägt zu einer umfassenden Analyse bei.

Auswertung

Die Auswertung qualitativer Daten erfolgte mithilfe systematisierter Methoden, insbesondere der Typenbildung (vgl. Kelle & Kluge, 2010). In diesem Zusammenhang wurden die Interviews durch eine detaillierte Kategorienbildung analysiert, um die thematische Struktur der Aussagen systematisch aufzuschlüsseln. Das Ziel der Analyse war es, die erhobenen Daten zu ordnen, wiederkehrende Muster, Themen und Zusammenhänge zu identifizieren und diese verständlich zu erklären. Auf diese Weise ist ein umfassendes Bild entstanden, das die Einflüsse auf die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sichtbar macht.

Ein zentraler Aspekt der qualitativen Auswertung war, dass die Aussagen der Befragten nicht aus ihrem Kontext gerissen wurden. Der Kontext wurde detailliert und neutral beschrieben, um ein tiefes Verständnis der jeweiligen Problemstellung zu gewährleisten. Bewertungen und Interpretationen mussten unvoreingenommen und streng datenbasiert erfolgen, um Verzerrungen zu vermeiden.

Kategorisierungen erlauben es, Verallgemeinerungen zu treffen. Diese Verallgemeinerungen beziehen sich jedoch primär auf die untersuchten Fälle und beanspruchen keine umfassende Repräsentativität. Sie können jedoch als Grundlage für weiterführende Studien dienen, die darauf abzielen, die Forschung auf größere oder andere Gruppen auszuweiten und Hinweise auf die Repräsentativität für die Grundgesamtheit zu liefern.

Die Datenverarbeitung wurde durch technische Hilfsmittel unterstützt. Die Interviews wurden an ein professionelles Transkriptionsbüro übergeben, um eine präzise Transkription sicherzustellen. Die anschließende Auswertung der Daten erfolgte mithilfe der Software MAXQDA, die eine systematische und effiziente Analyse der qualitativen Daten ermöglichte.

Literaturverzeichnis

- Bäumel, J., Brönner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G., Jahn, T. (2017): Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München, Berlin: Lambertus.
- Behrisch, B. (2018): Was genau gilt es zu bewältigen? In: Journal für Psychologie 26 (2), 10-28.
- Behrisch, B. (2020): Familie und Partnerschaft. In: Hartwig, S. (Hrsg.), Behinderung. Kulturwissenschaftliches Handbuch, Berlin, 55-58.
- Birkel, C., Church, D., Erdmann, A., Hager, A., Leitgöb-Guzy, N. (2022): Sicherheit und Kriminalität in Deutschland – SKiD 2020. Bundesweite Kernbefunde des Viktimisierungssurvey des Bundeskriminalamts und der Polizeien der Länder. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Boers, K. (1994): Kriminalität und Kriminalitätsfurcht im sozialen Umbruch. In: NK (Neue Kriminalpolitik) 6 (2), 27-31.
- Busch-Geertsema, V., Henke, J., Steffen, A., Reichenbach, M.-T., Ruhstrat, E.-U., Schöpke, S., Krugel, N. (2019): Entstehung, Verlauf und Struktur von Wohnungslosigkeit und Strategien zu ihrer Vermeidung und Behebung: Endbericht. Forschungsbericht 534. Bremen: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Coenen, M., Sabariego, C., & Cieza, A. (2016): Empfehlungen zur Erhebung und Aufbereitung von Daten zu Teilhabe und Behinderung aus der Perspektive der Weltgesundheitsorganisation. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 59 (9), S. 1060-1067.
- Deutscher Bundestag (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). BT-Drucksache 18/9522 vom 05.09.2016. <https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-zur-st%C3%A4rkung-der-teilhabe-und-selbstbestimmung-von-menschen-mit/76292> (Abgerufen am 12.12.2024)
- Deutscher Bundestag (2018): Abschlussbericht zu den rechtlichen Wirkungen im Fall der Umsetzung von Artikel 25a § 99 des Bundesteilhabegesetzes (ab 2023) auf den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe. BT-Drucksache 19/4500 vom 13.09.2018. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/045/1904500.pdf>. (Abgerufen am 26.11.2024)
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icf/icfbp2005_zip.html?nn=841246&cms_dlConfirm=true&cms_calledFromDoc=841246 (Abgerufen am 26.11.2024)
- Eckhardt, E., Anastas, J. (2007): Research Methods with Disabled Populations. Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation, 6 (1-2), 233-249.
- Engels, D., Engel, H., Schmitz, A. (2016): Zweiter Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Abgerufen am 12.12.2024)
- Farmer, M., Macleod, F. (2011): Involving Disabled People in Social Research. Guidance by the office for Disability Issues.

- https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/321254/involving-disabled-people-in-social-research.pdf (Abgerufen am 13.11.2024)
- Flick, U. (2005): Standards, Kriterien, Strategien: zur Diskussion über Qualität qualitativer Sozialforschung, in: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 6, 2, 191-210.
- Grondin, C. (2016): A New Survey Measure of Disability: the Disability Screening Questions (DSQ): Canadian Survey on Disability, 2012. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2016003-eng.htm> (Abgerufen am 08.12.2020)
- Harand, J., Link, S., Lütgendorf, H., Kleudgen, M. (2025): Methodenbericht Teilhabesurvey – Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen Welle 1. Bonn: infas.
- Hasnain, R., Shpigelman, C.-N., Scott, M., Gunderson, J. R., Rangin, H. B., Oberoi, A., McKeever, L. (2015): Surveying People with Disabilities: Moving Toward better Practices and Politics. In: Johnsin, T. P. (Hrsg.): Handbook of Health Survey Methods, First Edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 619-642.
- Hendershot, G. E. (2004): Innovative Approaches to Interviewing People with Disabilities. Proceedings of Statistics Canada Symposium 2004. Innovative Methods for Surveying Difficult-to-reach Populations. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-522-x/2004001/8742-eng.pdf?st=GtwEVivZ> (Abgerufen am 13.11.2024)
- Kelle, U., & Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden.
- Knörle, U., Gutwinski, S., Willich, S. N., Berghöfer, A. (2022): Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse in einem Berliner Gesundheitszentrum für Obdachlose. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 65, 677-687.
- Kroll, T. (2011): Designing mixed methods studies in health-related research with people with disabilities. International Journal of Multiple Research Approaches, 5(1), 64-75.
- Liljeberg, H., Magdanz, E., Reuse, S. (2022): Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen – Unterstützungsbedarfe und Hinweise auf Inklusionshürden. Berlin 2022: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-613-elternstudie-unterstuetzungsbedarfe-inklusionshuerden.pdf> (Abgerufen am 23.01.2025)
- Link, S., Harand, J., Lütgendorf, H. (2024): Datendokumentation zum Scientific Use File Teilhabesurvey – Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen Welle 1. Bonn: infas.
- Maetzel, J., Heimer, A., Braukmann, J., Frankenbach, P., Ludwig, L., Schmutz, S. (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf> (Abgerufen am 12.12.2024)
- Mitchell, S., Ciemnecki, A., CyBulski, K., Markesich, J. (2006): Removing Barriers to Survey Participation for Persons with Disability. https://www.researchgate.net/publication/37151999_Removing_Barriers_to_Survey_Participation_for_Persons_with_Disabilities/link/54bf25c50cf2acf661cdc6c7/download (Abgerufen am 20.09.2023)

- Parsons, J., Baum, S., Johnson, T., Hendershot, G. (2001): Inclusion of disabled populations in interview surveys: Review and recommendations. In: Barnartt, S. N., Altman, B. M. (Hg.): Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where we are and where we need to go (Research in Social Science and Disability, Volume 2). Emerald Group Publishing Limited, 167-184.
- Pförr, K., Schröder, J. (2015): Warum Panelstudien. Mannheim, GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). DOI: 10.15465/gesis-sg_008
- Rosenthal, G. (2015): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim, Basel.
- Rossi, R. H., Wright, J. D., Fisher, G. A. und Willis, G. (1987): The Urban Homeless: Estimating Composition and Size. *Science*, 235, 1336–1341.
- Schäfers, M. (2024): Zur Messung von Behinderung in der Teilhabebefragung und Teilhabeberichterstattung, *Rehabilitation* 2024; 63: 316-32. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2366-5317.pdf> (Abgerufen am 26.11.2024)
- Schäfers, M. (2007): Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen. Dissertation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Schaeffer, D., Haslbeck J. (2023): Bewältigung chronischer Krankheit. In: Richter, M., Hurrelmann, K., *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, Wiesbaden, 261-280.
- Schuntermann, M. (2006): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Vortrag.
- Sloan, M., Wright, D., Barrett, K. (2004): Data Comparability in a Mixed Mode Telephone and Face to Face Survey of Persons with Disabilities. Washington, DC: Mathematica Policy Research.
- Steinwede, J., Kersting, A., Harand, J., Schröder, H., Schäfers, M., Schachler, V. (2018): Zweiter Zwischenbericht zur Teilhabestudie: Forschungsbericht 512. Berlin: BMAS. <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-512-repraesentativbefragung-behinderung.html> (Abgerufen am 11.03.2026)
- Steinwede, J., Harand, J. (2022): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Forschungsbericht 598. Berlin: BMAS. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-598-abschlussbericht-repraesentativumfrage-teilhabe.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (Abgerufen am 14.11.2024)
- Steinwede, J., Link, S. (2023): Das Gefühl gesellschaftlicher Zugehörigkeit: Menschen mit und ohne Behinderung im Vergleich, in: *RP Reha*, 04/2023, S. 12-21.
- Tabbara, A., Maschke, M. (2023): Teilhabeforschung: Menschenrechtsbasiert und Partizipativ, in: *RP Reha*, 4/2023, 5-9.
- Tracy, S. J. (2010): Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research, in: *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
- Völlm, B., Becker, H. und Kunstmann, W. (2004): Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 49(1), 42-50.
- Wacker, E., Beck, I., Brandt, M., Köbsell, S., Lippke, S., Niehaus, M. (2023): Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken. *Health in All Policies* als Querschnittsaufgabe bei Beeinträchtigungen und Behinderung. Wiesbaden.

- WG – Washington Group on Disability Statistics (2009): Understanding and Interpreting Disability as Measured using the WG Short Set of Questions.
https://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting8/interpreting_disability.pdf
(Abgerufen am 26.11.2024).
- WHO – World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO.
- Williams, D.R., Yu, Y., Jackson, J.S., and Anderson, N.B. (1997): Racial Differences in Physical and Mental Health: Socioeconomic Status, Stress, and Discrimination. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 335-351.
- Wilson, E., Campain, R., Moore, M., Hagiliassis, N., McGillivray, J., Gottliebson, D., Bink, M., Caldwell, M., Cummins, R., Graffam, J. (2013): An accessible survey method: increasing the participation of people with a disability in a large sample social research. *TJA Telecommunications Journal of Australia*, Vol. 63 (2), 24.1–24.13.
- Witzel, A., & Reiter, H. (2012): *The Problem-centred Interview. Principles and Practice*. London.

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Außerdem ist diese kostenlose Publikation - gleichgültig wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist - nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

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