



Daten zu Behinderung und Teilhabe in Deutschland

Anforderungen, Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisse

Hintergrund

In Deutschland lebten 2013 rund 10,2 Mio. Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung. Das bedeutet, dass etwa jede achte Einwohnerin und jeder siebte Einwohner behindert ist [1]. Eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung lag bei 7,5 Mio. Menschen vor [2]. Somit muss sich ein großer Teil der Bevölkerung mit Beeinträchtigungen und Behinderungen auseinandersetzen – als direkt Betroffene oder als Angehörige.

Die Sicht auf Behinderung wandelt sich. Herrschte bis vor einiger Zeit ein eher defizitorientiertes Behinderungsmodell vor, in dessen Mittelpunkt die Einschränkung von Fähigkeiten und Körperfunktionen stand, so ergibt sich Behinderung im heutigen Verständnis aus der Interaktion einer Person mit ihrer Umwelt. Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK, [3]) stellt fest, „dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ ([3], Präambel, Buchstabe e). Somit beruht Behinderung auf Wechselwirkungen von Beeinträchtigungen mit teilhabeeinschränkenden oder -fördernden Kontextfaktoren und kann sich durch Entfaltung personaler Ressourcen sowie gelingende Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt auch abbauen (vgl. [4], vgl.

den Beitrag von Wenzel und Morfeld in diesem Schwerpunktheft).

Aus dieser Sichtweise ergeben sich die Grundsätze der gesellschaftlichen Teilhabe in allen Lebensbereichen (Inklusion) sowie die Berücksichtigung der Perspektive und Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (Disability Mainstreaming). Mit der Ratifizierung der UN-BRK im Jahr 2009 hat sich Deutschland verpflichtet, die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung und ihre Teilhabe in allen Lebensbereichen zu gewährleisten. Ziel der UN-BRK ist es, den „vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“ (Art. 1, vgl. auch den Beitrag von Zander in diesem Schwerpunktheft).

Auch die seit 2001 gültige Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [5] steht im Einklang mit diesem Verständnis. Basierend auf dem biopsychosozialen Modell beschreibt die ICF Gesundheit und Krankheitsfolgen. Sie gliedert die Informationen in zwei Teile. Der erste Teil umfasst Funktionsfähigkeit und Behinderung mit den Komponenten Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe). Der zweite Teil beinhaltet die Kontextfaktoren und darin die Komponenten der Umweltfaktoren sowie der personenbezogenen Faktoren. Dies ermöglicht eine differenzierte Be-

schreibung und die Einbeziehung nicht nur von Barrieren, sondern auch von Ressourcen [6].

Die UN-Behindertenrechtskonvention beinhaltet auch die Verpflichtung zum Monitoring: Ihre Einhaltung und Umsetzung sollen überwacht und begleitet werden [7]. Als Grundlage für politische Entscheidungen und um die Monitoringanforderungen zu erfüllen, ist eine auf verlässlichen Daten basierende Berichterstattung zur Situation von Menschen mit Behinderung unabdingbar. Dabei spiegelt sich die gewandelte Sicht auf Behinderung auch in den amtlichen Berichten wider. Statt der bisherigen Behindertenberichte der Bundesregierung erscheinen seit 2013 Teilhabeberichte unter dem Titel „Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung“. Der erste Bericht benennt den Bedarf nach „einer breit angelegten repräsentativen Studie zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen (...), die als Datenbasis für künftige Teilhabeberichte dienen wird“ [4, S. 13]. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurde eine Vorstudie für eine solche Repräsentativbefragung durchgeführt. Deren Ergebnisse liegen seit 2014 vor [8]. Darin werden Anforderungen für einen Teilhabebericht festgestellt, Teilhabefelder definiert und dann das Konzept einer quantitativen Befragung mit qualitativen Zusatzbefragungen entwickelt.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, einen Überblick über die vorhandenen wesentlichen Datenquellen zu Behinderung und Teilhabe in Deutschland zu geben. Als Grundlage für die Darstel-

lung und Bewertung der Daten werden zunächst, ausgehend von der Vorstudie zum Teilhabebericht, Anforderungen für Daten und Teilhabefelder definiert. Die in einer Literaturrecherche ermittelten Datenquellen werden anschließend strukturiert dargestellt und bewertet. Auf Basis der in der Vorstudie definierten Anforderungen und Teilhabefelder wird ihre Eignung für einen Teilhabebericht diskutiert. Mit Blick auf international verwendete Indikatoren werden ergänzend die GALI-Frage („Global Activity Limitation Indicator“) und das Erhebungsinstrument der Budapest-Initiative erläutert. Als Beispiel für einen Survey, der gezielt die Teilhabe untersucht, werden schließlich Ergebnisse des europäischen Teilhabesurveys EHSIS vorgestellt.

Ergebnisse: Datenanforderungen, Datenquellen und Indikatoren

Anforderungen an Daten zu Behinderung und Teilhabe

Um an Hand bevölkerungsbezogener Daten bewerten zu können, inwieweit die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen in wesentlichen Lebensbereichen gelungen ist, müssen diese Daten bestimmten Anforderungen genügen. Ziel ist es dabei, mithilfe dieser Daten und weiterer geeigneter Informationen politische Konzepte zur Durchführung und Ausrichtung einer inklusiven Gesellschaftspolitik zu fundieren. Schröttle und Hornberg haben in der „Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ sowohl Empfehlungen für einen eigenständigen Teilhabesurvey als auch Empfehlungen zur Integration entsprechender Fragestellungen in bestehende Surveysysteme formuliert [8].

Neben allgemeinen Handlungsempfehlungen für einen Teilhabesurvey wie Sicherstellung der Partizipation von Menschen mit Behinderungen sowie entsprechender Institutionen und Akteure an der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung, einer Ressourcen- statt Defizitorientierung sowie der Berücksichtigung ethischer Aspekte und der Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:1103–1116 DOI 10.1007/s00103-016-2408-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

F. Prütz · C. Lange

Daten zu Behinderung und Teilhabe in Deutschland. Anforderungen, Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisse

Zusammenfassung

Als Grundlage für politische Entscheidungen und um die statistischen Anforderungen der UN-BRK zu erfüllen, ist eine auf verlässlichen Daten basierende Berichterstattung zur Situation von Menschen mit Behinderung unabdingbar. Im vorliegenden Beitrag werden zunächst, basierend auf den Ergebnissen der Vorstudie zu einem Teilhabesurvey, Teilhabefelder und Anforderungen für Daten definiert. In einem zweiten Schritt werden in Deutschland vorhandene Datenquellen, die einen Beitrag zur Teilhabeberichterstattung leisten können, näher beschrieben. Einbezogen wurden ausschließlich bevölkerungsbezogene, regelmäßig erhobene Daten. Dazu gehören Daten der amtlichen Statistik, Prozessdaten, (Panel-)Studien bzw. Surveys und Berichterstattungssysteme. Als Beispiel

für einen Survey, der gezielt die Teilhabe untersucht, werden schließlich Ergebnisse des europäischen Teilhabesurveys EHSIS vorgestellt. Neben den bereits in der Vorstudie zum Teilhabesurvey identifizierten Befragungen, die für eine Teilhabeberichterstattung genutzt bzw. erweitert werden könnten, sowie den in dem Teilhabebericht der Bundesregierung verwendeten Datenquellen erbrachte die Recherche weitere, öffentlich verfügbare Datenquellen. Deren Potenzial für die Teilhabeberichterstattung scheint bislang nicht vollständig ausgeschöpft.

Schlüsselwörter

Behinderung · Teilhabe · Deutschland · Surveys · EHSIS

Data on disability and participation in Germany. Requirements, analysis options and results

Abstract

As a basis for political decisions and to meet the statistical requirements of the CRPD, reliable data and reporting on the situation of people with disabilities are essential. Based on results of the preliminary study for a German participation survey, this article firstly defines data requirements and areas of participation. Secondly, data sources regarding participation and disability in Germany that were identified in a literature search are described in detail. Only sources providing population-based data that are collected on a regular basis and that could contribute to participation reporting were taken into account. This includes data from official statistics, (panel) studies or surveys, administrative data and reporting systems. Finally, we exemplarily present

the main statistical findings of the 2012 European health and social integration survey (EHSIS), a survey that was specifically designed to investigate participation of persons with disabilities. In addition to the surveys identified in the preliminary study for a German participation survey that could be used or expanded for participation reporting, and the data sources used in the participation report published by the federal government in 2013, the research yielded further publicly available data sources with a high potential for a participation reporting system.

Keywords

Disability · Participation · Germany · Surveys · EHSIS

[8] sollten die verschiedenen Lebensbereiche (Teilhabefelder) berücksichtigt werden. In dem Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen [4] werden folgende Lebensbereiche aufgeführt:

- Familie und soziales Netz (Familiengründung und Elternschaft von

Menschen mit Beeinträchtigungen; Zusammenleben mit beeinträchtigten Kindern; innerfamiliäre Unterstützung; Einbindung in den Freundes- und Bekanntenkreis und in Nachbarschaften),

- Bildung und Ausbildung (Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit; Bildung und Betreuung

Tab. 1 Datenquellen zu Behinderung und Teilhabe (Darstellung in Anlehnung an Robert Koch-Institut [31])

Datenquelle	Beschreibung
Studien/Surveys	
<i>KiGGS</i> („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) Datenhalter: Robert Koch-Institut (RKI)	Repräsentative Gesundheitsbefragung und -untersuchung von Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings des RKI regelmäßig durchgeführt wird (Basiserhebung 2003–2006, Welle 1 2009–2012, Welle 2 2014–2016). Pro Survey werden zwischen 13.000 und 23.000 Teilnehmende einbezogen. Erhoben werden Daten zu Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Als „KiGGS-Kohorte“ wird ein Teil der Teilnehmenden über viele Jahre befragt und untersucht (www.rki.de/kiggs ; www.kiggs-studie.de)
<i>DEGS1</i> („Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“) Datenhalter: Robert Koch-Institut (RKI)	Repräsentative Gesundheitsbefragung und -untersuchung (2008–2011) von Personen im Alter von 18–79 Jahren. Insgesamt nahmen 8152 Personen teil (davon mit Untersuchung: 7238). Um auch längsschnittliche Daten zu gewinnen, wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS 1998) erneut eingeladen. Wichtige Erhebungsparameter waren chronische Krankheiten, das Gesundheitsverhalten und soziodemografische Merkmale. DEGS1 ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des RKI (www.rki.de/degs ; www.degs-studie.de)
<i>GEDA (2014/2015-EHIS)</i> („Gesundheit in Deutschland aktuell“) Datenhalter: Robert Koch-Institut (RKI)	Repräsentative Gesundheitsbefragung von Personen im Alter ab 18 Jahren, die im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings des RKI seit 2009 regelmäßig durchgeführt wird. Pro Survey wurden mehr als 20.000 Teilnehmende zu (chronischen) Krankheiten, dem Gesundheitsverhalten, der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und soziodemografischen Merkmalen befragt. In die 4. GEDA-Welle 2014/2015-EHIS wurde das Instrument der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) integriert [14] (www.rki.de/geda ; www.geda-studie.de)
<i>SOEP</i> („Sozio-oekonomisches Panel“) Datenhalter: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)	Repräsentative Befragung privater Haushalte, die seit 1984 jährlich im Paneldesign durchgeführt wird. Zurzeit werden jedes Jahr in Deutschland etwa 30.000 Teilnehmende in fast 11.000 Haushalten befragt. Die Daten geben Auskunft zu Einkommen, Erwerbstätigkeit, Bildung und enthalten Fragen zur Gesundheit. Weil jedes Jahr die gleichen Personen befragt werden, können langfristige soziale und gesellschaftliche Trends verfolgt werden (www.diw.de/soep)
<i>PASS</i> („Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“) Datenhalter: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)	Jährlich stattfindende Haushaltsbefragung. Für die 8. Welle (Feldzeit Februar bis September 2014) wurden knapp 13.500 Personen in fast 9500 Haushalten befragt, darunter knapp 12.000 Personen und über 8000 Haushalte, mit denen bereits zum wiederholten Mal ein Interview geführt wurde. Mit dem PASS baut das IAB einen neuen Datensatz für die Arbeitsmarkt-, Sozialstaats- und Armutsforschung in Deutschland auf. Über den Kernbereich „Beschäftigung und Arbeitslosigkeit“ hinaus bietet das PASS ein breites Fragenspektrum, das z. B. auch zahlreiche soziodemografische Merkmale oder subjektive Indikatoren (wie Zufriedenheit, Ängste und Sorgen, Erwerbsorientierung) beinhaltet (http://fdz.iab.de/de/FDZ_Individual_Data/PASS.aspx)
<i>SHARE</i> („Survey of Health, Aging and Retirement in Europe“) Datenhalter: Share Research Data Center	Internationale Langzeitpanelstudie mit dem Ziel, Lebensqualität, Gesundheit, Erwerbsbiografie und Pensionen der 50-jährigen und älteren Bevölkerung zu untersuchen. SHARE erhebt seit 2004 in regelmäßigen Abständen Befragungsdaten in 20 europäischen Ländern (und Israel) und führt in Untergruppen zusätzlich Untersuchungen durch. Die 5. Welle der Untersuchung fand 2013 statt. Insgesamt haben sich bisher annähernd 123.000 Personen an SHARE beteiligt (http://www.share-project.org/)
<i>Deutscher Alterssurvey (DEAS)</i> Datenhalter: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)	Bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen, die 40 Jahre und älter sind. Im DEAS wird die Lebenssituation erfragt: u. a. beruflicher Status/Ruhestand, gesellschaftliche Partizipation und nachberufliche Aktivitäten, familiäre und sonstige soziale Kontakte, wirtschaftliche Lage, Gesundheit und Wohlbefinden. Die erste Befragung wurde im Jahr 1996 durchgeführt, die 5. im Jahr 2014. An dieser Welle nahmen rund 10.000 Personen teil. Die Daten dienen als Informationsquelle sowohl für die sozial- und verhaltenswissenschaftliche Forschung als auch für die Sozialberichterstattung (https://www.dza.de/forschung/deas.html)
<i>AID:A</i> („Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten“) Datenhalter: Deutsches Jugendinstitut (DJI)	AID:A erforscht die Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im Rahmen alltäglicher Entwicklungs- und Handlungskontexte, insbesondere der Familie. Er liefert zentrale Informationen für die Sozialberichterstattung und bietet eine breite Datenbasis für anwendungsorientierte Grundlagenforschung. AID:A ist als Panelstudie angelegt. Über verschiedene Stichproben sind Personen im Alter von 0–55 Jahren einbezogen. Damit soll einerseits sozialer Wandel für Kindheit, Jugend und Familie erfasst werden, zum anderen können Entwicklungsprozesse im Lebensverlauf untersucht werden (http://www.dji.de/index.php?id=1547)
<i>NEPS</i> („Nationales Bildungspanel“) Datenhalter: Leibniz-Institut für Bildungsverläufe e. V. (LIbVi) an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg	Ziel des NEPS ist es, Längsschnittdaten zu Kompetenzentwicklungen, Bildungsprozessen, Bildungsentscheidungen und Bildungsrenditen in formalen, nichtformalen und informellen Kontexten über die gesamte Lebensspanne zu erheben. Dazu ist es notwendig, dass Kompetenzentwicklungen nicht nur im Kindergarten oder im allgemeinbildenden Schulsystem, sondern auch in der beruflichen Ausbildung, im Studium und nach Verlassen des Bildungssystems gemessen werden. Um dies zu erreichen, wurden 2009–2012 6 Startkohorten mit insgesamt mehr als 60.000 Personen gezogen. Die Teilnehmenden werden über einen längeren Zeitraum regelmäßig befragt (https://www.neps-data.de/de-de/startseite.aspx)

Tab. 1 Datenquellen zu Behinderung und Teilhabe (Darstellung in Anlehnung an Robert Koch-Institut [31]) (Fortsetzung)

Datenquelle	Beschreibung
ALLBUS („Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“) Datenhalter: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften	Mit ALLBUS werden aktuelle Daten über Einstellungen, Verhaltensweisen und Sozialstruktur der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland erhoben. Seit 1980 wird alle 2 Jahre ein repräsentativer Querschnitt der Bevölkerung mit einem teils konstanten, teils variablen Fragenprogramm befragt. Die einzelnen Querschnittsdatensätze, die jeweils einen eigenen inhaltlichen Schwerpunkt haben, dienen der Untersuchung von Einstellungen und Verhaltensweisen der deutschen Bevölkerung. Pro Welle werden seit 1992 etwa 3500 Personen (erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland) befragt (http://www.gesis.org/allbus/allbus-home/)
ESS („European Social Survey“) Datenhalter: ESS ERIC Headquarter	Internationaler Survey mit Beteiligung der europäischen Mitgliedsstaaten sowie Albanien, Island, Israel, Kosovo, Norwegen, Russische Föderation, Türkei und Ukraine. Er wird seit 2002 alle 2 Jahre durchgeführt. Es wird jeweils eine neue Stichprobe gezogen. Grundgesamtheit ist die Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren. Der Survey untersucht Einstellungen, Meinungen und Verhaltensmuster in den teilnehmenden Ländern. Neben einem Kernmodul zu politischen Einstellungen, Vertrauen, subjektivem Wohlbefinden sowie soziodemografischen Angaben werden die einzelnen Wellen durch rotierende Module ergänzt (http://www.europeansocialsurvey.org/about/)
EHSIS („European Health and Social Integration Survey“) Datenhalter: Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat)	Der EHSIS wurde 2012/13 in den Europäischen Mitgliedsstaaten (außer Irland und Kroatien) sowie in Island und Norwegen durchgeführt. Grundgesamtheit ist die Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren. Eine weitere Welle des EHSIS ist nicht geplant, sondern es wird überlegt, stattdessen ein Modul zur Behinderung in künftige Wellen der Europäischen Gesundheitsumfrage zu integrieren. Der EHSIS enthält Informationen entlang dem biopsychosozialen Modell von Beeinträchtigung und legt das Konzept der ICF zugrunde. In dem EHSIS werden umfassend Beeinträchtigungen und Hindernisse für die Teilhabe in verschiedenen Bereichen erfasst (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_background_-_European_health_and_social_integration_survey)
Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks Datenhalter: Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung	Die Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks wird seit 1951 im Abstand von 3 Jahren durchgeführt. Bei einem repräsentativen Querschnitt werden Daten zur sozialen und wirtschaftlichen Lage der Studierenden in Deutschland erhoben. Auch gesundheitliche Beeinträchtigung und daraus resultierende Studierschwernisse werden erfragt. An der letzten Erhebung im Jahr 2012 nahmen rund 13.000 Studierende teil (http://www.sozialerhebung.de)
Amtliche Statistik	
Mikrozensus Datenhalter: Statistisches Bundesamt	Seit 1957 durchgeführte, repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland. Rund 830.000 zufällig ausgewählte Personen (1 % der Bevölkerung) werden jährlich befragt. Die Teilnahme ist verpflichtend. Inhaltliche Schwerpunkte: Erwerbstätigkeit, Aus- und Weiterbildung, Einkommen, Angaben zur Person (u. a. Migrationshintergrund). Alle 4 Jahre werden Fragen zur Gesundheit gestellt (Teilnahme freiwillig): u. a. zu amtlich anerkannter Behinderung und dem Grad der Behinderung (www.destatis.de)
Statistik der schwerbehinderten Menschen Datenhalter: Statistisches Bundesamt	Seit 1985 wird alle 2 Jahre eine Bundesstatistik über schwerbehinderte Menschen durchgeführt. Diese umfasst die Zahl der schwerbehinderten Menschen mit gültigem Ausweis, persönliche Merkmale (Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Wohnort) sowie Art, Ursache und Grad der Behinderung. Die Daten stammen von den Versorgungsämtern, Landesversorgungsämtern und versorgungsärztlichen Untersuchungsstellen (www.destatis.de)
Statistik der allgemeinbildenden Schulen Datenhalter: Statistisches Bundesamt	Die Schulstatistik weist für jedes Schuljahr die Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung nach Schularten, Bildungsbereichen und Förderschwerpunkten aus. Die jährlich erscheinenden Bildungsberichte bereiten diese und andere Daten (z. B. aus der Kinder- und Jugendhilfestatistik, s. unten) auf und vermitteln ein Gesamtbild der Inklusion im Bildungsbereich [26] (www.destatis.de)
Statistik der Kinder- und Jugendhilfe Datenhalter: Statistisches Bundesamt	Die jährlich erscheinenden Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe umfassen Angaben zu einem breiten Spektrum der in Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) geregelten Aufgaben der Jugendämter. Darunter sind auch Daten zu Kindern mit einrichtungsgebundener Eingliederungshilfe in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege (darunter auch Tageseinrichtungen mit integrativer Betreuung und Tageseinrichtungen für Kinder mit Behinderung). Diese Daten werden auch für die Bildungsberichterstattung genutzt [26] (www.destatis.de)
EU-SILC („EU Statistics on Income and Living Conditions“) Datenhalter: Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat)	EU-SILC ist eine jährliche repräsentative Erhebung in den EU-Mitgliedstaaten. Für den deutschen Teil („Leben in Europa“) werden seit 2005 jedes Jahr rund 14.000 Haushalte schriftlich befragt (Haushaltsfragebogen und Personenfragebogen für jedes Haushaltsmitglied ab 16 Jahren). Da die Haushalte in 4 aufeinanderfolgenden Jahren befragt werden, sind auch Längsschnittauswertungen möglich. Inhaltliche Schwerpunkte der Befragung sind Einkommen, Armut, soziale Ausgrenzung und Lebensbedingungen (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_%28EU-SILC%29/de)
EU-LFS („Labour Force Survey“) Datenhalter: Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat)	Statistik zur Arbeitsmarktbeteiligung der Bevölkerung ab 14 Jahren, die in allen Staaten der EU jährlich in harmonisierter Form durchgeführt wird. In Deutschland sind die Fragen in den Mikrozensus integriert. Seit 1999 werden zusätzlich Ad-hoc-Module mit wechselnden Themenschwerpunkten durchgeführt. Daten zu Behinderung und Teilhabe finden sich nur in den 2002 und 2011 durchgeführten Modulen zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderung (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_labour_force_survey)

Tab. 1 Datenquellen zu Behinderung und Teilhabe (Darstellung in Anlehnung an Robert Koch-Institut [31]) (Fortsetzung)

Datenquelle	Beschreibung
Prozessdaten und -berichte	
<i>Statistik der Deutschen Rentenversicherung/Reha-Berichte</i> Datenhalter: Deutsche Rentenversicherung (DRV)	Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung umfasst neben Angaben zu aktiv Versicherten, Rentnerinnen und Rentnern, Rentenbeanträgen und Rentenzugängen in der gesetzlichen Rentenversicherung auch Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und von der gesetzlichen Rentenversicherung getragene Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. In den jährlich erscheinenden Reha-Berichten befinden sich die wichtigsten aktuellen Daten und Fakten zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung (http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/6_Wir_ueber_uns/02_Fakten_und_Zahlen/fakten_und_zahlen_index_node.html [28])
<i>Statistik der Bundesagentur für Arbeit</i> Datenhalter: Bundesagentur für Arbeit (BA)	Mehrere regelmäßig erhobene Statistiken der Bundesagentur für Arbeit enthalten Angaben zu Behinderung und Teilhabe: Beschäftigungsstatistik und Arbeitslosenstatistik zeigen die Arbeitsmarktteilhabe von Menschen mit Schwerbehinderung oder einer der Schwerbehinderung gleichgestellten Beeinträchtigung. Die Statistik zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben (Reha-Statistik) berichtet über Rehabilitanden, für die die Bundesagentur für Arbeit (BA) als Rehabilitationsträger zuständig ist (https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Themen-Nav.html [29])

- im Schulalter; berufliche Bildung und Ausbildung; Hochschulbildung; schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse; lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung),
- Erwerbsarbeit und Einkommen (Teilhabebeschränkung im Erwerbsleben; Arbeitslosigkeit und Erschwernisse im Prozess der Arbeitssuche; Übergang in die Rentenphase; verfügbares Einkommen),
 - Alltägliche Lebensführung (Wohnen; öffentlicher Raum; Mobilität; Kommunikation; ambulante Dienste, Assistenz und Pflege; Mitwirkung und Mitbestimmung bei der Leistungsanspruchnahme),
 - Gesundheit (Zugänglichkeit allgemeiner und spezieller Gesundheitsleistungen),
 - Freizeit, Kultur und Sport (Besuch von öffentlichen Freizeit-, Kultur-, Sport- und Erholungseinrichtungen; aktive Ausübung sportlicher oder kultureller Aktivitäten; Reisen),
 - Sicherheit und Schutz vor Gewalt (Sicherheitsempfinden; Gewaltschutz und Betreuung bei Gewalterfahrungen),
 - Politik und Öffentlichkeit (Ausübung des aktiven Wahlrechts; politische Mitbestimmung; zivilgesellschaftliches Engagement von Menschen mit Beeinträchtigungen).

Schrötte und Hornberg adressieren vergleichbare Teilhabefelder, wobei sie noch ein eigenständiges Teilhabefeld „Recht und Justiz“ aufrufen und u. a. die Quer-

schnittsthemen „Selbstbestimmung und Persönlichkeitsrechte“ sowie „Personale/strukturelle Diskriminierung“ explizit benennen [8].

Zur Erweiterung bestehender Befragungen und Studien um Behinderungs- und Teilhabeaspekte haben Schrötte und Hornberg ein Stufenkonzept entwickelt. Dieses Konzept erscheint auch geeignet, bereits bestehende Befragungen und Studien im Hinblick auf die enthaltenen Aspekte zu Behinderung und Teilhabe zu kategorisieren. Es umfasst 3 Stufen und wird im Folgenden – in leicht adaptierter Form – dargestellt:

- 1. Stufe: Vorliegen dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die zu Einschränkungen im Alltagsleben führen, möglichst erweitert um die Frage nach amtlich festgestellter Schwerbehinderung und dem Alter bei Eintritt der Behinderung.
- 2. Stufe: Fragen der 1. Stufe, zusätzlich Erfassung von Funktionsbeeinträchtigungen (körperlich, motorisch, sensorisch, kognitiv, psychisch), möglichst ergänzt durch Informationen zu chronischen Krankheiten und Schmerzen.
- 3. Stufe: Fragen der 1. und 2. Stufe, zusätzlich Erfassung von Teilhabebeeinträchtigungen nach Lebensbereichen und durch die Umwelt.

Datenquellen zu Behinderung und Teilhabe

Es werden in dieser Übersicht nur bevölkerungsbezogene, regelmäßig erhobene

Daten berücksichtigt, die einen Beitrag zur Teilhabeberichterstattung leisten können. Dazu gehören Daten der amtlichen Statistik, Prozessdaten, (Panel-) Studien und Berichterstattungssysteme. Wesentliche Auswahlkriterien für die hier näher beschriebenen Datenquellen waren neben dem Bevölkerungsbezug und der Regelmäßigkeit der Erhebungen die Verfügbarkeit sowie die dauerhafte Etablierung als Datenquelle in der deutschen Datenlandschaft. Neben einer breiten Internetrecherche liegen durch die Zusammenstellung von Schnell und Stubbra [9], die Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en) von Schrötte und Hornberg [8] sowie den Teilhabebericht der Bundesregierung [4] bereits fundierte Übersichten zu vorhandenen Daten vor. Ergänzend wurden noch die im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) enthaltenen Datenquellen sowie die erhältlichen Datenquellen der im Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten akkreditierten Forschungsdatenzentren geprüft. Die Datenquellen, die bereits Informationen zu Beeinträchtigung, Behinderung und Teilhabe enthalten, werden in **Tab. 1** untergliedert nach Datentypus dargestellt. **Tab. 2** zeigt auf Grundlage des Stufenkonzepts, welche Aspekte von Behinderung und Teilhabe in den Datenquellen erfasst werden.

Tab. 2 Kategorisierung der Datenquellen zu Behinderung und Teilhabe (Stufenkonzept basierend auf Schröttle und Hornberg [8])

Datenquellen	Stufe 1 Einschränkungen im Alltagsleben durch das Vorliegen dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen	Stufe 2 Zusätzlich: Funktionsbeeinträchtigungen, möglichst ergänzt um chronische Krankheiten und Schmerzen	Stufe 3 Zusätzlich: Teilhabebeeinträchtigungen nach Lebensbereichen und durch die Umwelt
Studien/Surveys			
KiGGS (Basis, Welle 1 und 2)	Einschränkungen aufgrund von Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems; amtlich anerkannte Behinderung, Grad der Behinderung	Seh- und Hörprobleme	–
DEGS1	Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen (GALI-Frage); amtlich anerkannte Behinderung, Grad der Behinderung	Einschränkung bei Aktivitäten des täglichen Lebens; sensorische Funktionseinschränkungen (Sehen und Hören); Schmerzen	–
GEDA (2014/2015-EHIS)	Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen (GALI-Frage); amtlich anerkannte Behinderung, Grad der Behinderung	Körperliche und sensorische Funktionseinschränkungen (Schwierigkeiten beim Sehen, beim Hören, beim Gehen oder Treppensteigen); Schmerzen; Schwierigkeiten bei (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens	–
SOEP (Welle 31)	Einschränkung der üblichen Tätigkeiten aufgrund körperlicher, emotionaler oder seelischer Probleme; amtlich festgestellte Behinderung oder Erwerbsminderung; Grad der Behinderung	Beeinträchtigung durch Gesundheitszustand (Treppensteigen, anstrengende Tätigkeiten im Alltag); Schmerzen	Einschränkung in sozialen Kontakten
PASS (Welle 8)	Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung; Grad der amtlich festgestellten Behinderung; Datum der Anerkennung der amtlich festgestellten Behinderung	Erhebung schwerwiegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen (körperliche Behinderung oder Einschränkung, Seh- oder Hörbehinderung, Anfallsleiden, organische Erkrankungen, psychische oder seelische Erkrankung oder Behinderung)	Einschränkungen in der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit aufgrund des Gesundheitszustands; soziale Teilhabe; Nichtteilhabe an Freizeitaktivitäten; Aktivitäten in Organisationen oder Vereinen
SHARE (Welle 5)	Einschränkungen alltäglicher Verrichtungen aufgrund gesundheitlicher Probleme; langwierige Gesundheitsprobleme, Krankheiten oder Behinderungen	Seh- und Hörfähigkeit; Schwierigkeiten bei alltäglichen Verrichtungen (Liste zu funktionalen Einschränkungen); Skala zu instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens; Tests zu kognitiven Fähigkeiten; Tests zu körperlichen Funktionsfähigkeiten	Gesundheitliche Probleme oder Behinderungen, welche Art oder Umfang der Erwerbstätigkeit einschränken; Teilhabe an sozialen Aktivitäten und Zufriedenheit mit Teilhabe/Nichtteilhabe an aufgeführten Aktivitäten; Gefühle der Einsamkeit, Isolation, des am Rande Stehens; Vorhandensein baulicher Maßnahmen, um Menschen mit körperlichen Behinderungen zu helfen
Deutscher Alterssurvey (2011)	Vorübergehende oder dauerhafte Einschränkung der eigenen Gesundheit durch schwere Krankheit oder Unfall; Einschränkung in üblichen Alltagsaktivitäten	Sehprobleme, Hörprobleme; Einschränkung in der Ausübung verschiedener Alltagsaktivitäten (Liste) aufgrund des Gesundheitszustands	Nichtteilhabe an Aktivitäten in Organisationen oder Vereinen wegen gesundheitlicher Gründe; soziale Netzwerke
AID:A (2013; Zielpopulation 9–32 Jahre)	Amtlich anerkannte Behinderung	–	Politische Partizipation; ökonomische Deprivation; Vereins- und Verbandsaktivitäten; Teilnahme an Freizeitaktivitäten; soziale Einbindung (Freundeskreis); Nutzung verschiedener sozialstaatlicher und kultureller Angebote
NEPS (Startkohorte Klasse 9; 2008–2013)	Amtlich anerkannte Behinderung; Anerkennungsyear der Behinderung; Grad der Behinderung	Art der Behinderung (offene Angabe)	Politische Teilhabe (Beteiligung); Teilhabe Vereine, Ehrenamt, soziale Organisationen; Abfrage eines sonderpädagogischen Förderbedarfs, u. a. aufgrund von körperlicher Behinderung, Seh- oder Hörbehinderung, geistiger Entwicklung, Autismus

Tab. 2 Kategorisierung der Datenquellen zu Behinderung und Teilhabe (Stufenkonzept basierend auf Schröttle und Hornberg [8]) (Fortsetzung)

Datenquellen	Stufe 1 Einschränkungen im Alltagsleben durch das Vorliegen dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen	Stufe 2 Zusätzlich: Funktionsbeeinträchtigungen, möglichst ergänzt um chronische Krankheiten und Schmerzen	Stufe 3 Zusätzlich: Teilhabebeeinträchtigungen nach Lebensbereichen und durch die Umwelt
ALLBUS	Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten aufgrund körperlicher, seelischer oder emotionaler gesundheitlicher Probleme; amtlich festgestellte Schwerbehinderung oder Erwerbsminderung; Grad der Behinderung	Einzelne körperliche Funktionsbeeinträchtigungen (Treppen steigen, Schweres heben)	Mitgliedschaft in Organisationen oder Vereinen, Freizeitaktivitäten, soziale Netzwerke
ESS (Welle 7)	Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten durch Krankheit, seelische Krankheit oder Behinderung	Einschränkungen im Alltag bezogen auf einzelne gesundheitliche Probleme (Liste von Krankheiten und Beschwerden)	Diskriminierungserfahrungen (z. B. aufgrund von Behinderung); politische Partizipation; soziale Netzwerke
EHSIS	Einschränkung üblicher Alltagsaktivitäten durch langfristige gesundheitliche Beschwerden oder Erkrankungen (GALI-Frage)	Art der langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden (Liste); Schwierigkeiten bei (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens	Erfasste Teilhabebereiche: Mobilität, Transport, Erreichbarkeit von Gebäuden, Schule und Berufsausbildung, Beschäftigung, Internet-Nutzung, soziale Kontakte und Unterstützung, Freizeitaktivitäten, ökonomische Situation, wahrgenommene Diskriminierung
Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks	Gesundheitliche Beeinträchtigung	Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung (8 Kategorien)	Studienschwierigkeiten aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung, Grad der Studienschwierigkeiten, Studienverlauf, Einnahmen, Lebenshaltungs- und Studienkosten, Beurteilung der finanziellen Lage, zeitlicher Aufwand für das Studium, Wohnsituation, Nutzung von Mensa/Cafeteria
Amtliche Statistik			
Statistik der schwerbehinderten Menschen	Amtlich anerkannte Schwerbehinderung, Grad der Behinderung	Ursache der Behinderung, Art der Behinderung	–
Mikrozensus	Amtlich anerkannte Behinderung, Grad der Behinderung	–	Schulabschluss, Berufsabschluss, Erwerbstätigkeit/Erwerbslosigkeit, Stellung im Beruf, überwiegender Lebensunterhalt
EU-SILC	Allgemeiner Gesundheitszustand, lang andauernde chronische Krankheiten, krankheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Arbeiten (GALI-Frage)	–	Einkommen, Armutsgefährdung, finanzielle Situation des Haushalts (Selbsteinschätzung), Wohnsituation, Bildungsabschluss, Erwerbsstatus, Verzicht auf Arztbesuch
LFS (Ad-hoc-Modul 2011: Employment of disabled people)	Beeinträchtigung üblicher Alltagsaktivitäten, lang andauernde gesundheitliche Probleme	Art der Beeinträchtigung, Art des Gesundheitsproblems	Erwerbstätigkeit, Erwerbslosigkeit, Behinderung am Arbeitsplatz bedingt durch ein lang andauerndes Gesundheitsproblem oder eine Einschränkung in Alltagsaktivitäten
Statistik der Kinder- und Jugendhilfe	Einrichtungsgewundene Eingliederungshilfe	–	Tageseinrichtung mit integrativer Betreuung, Tageseinrichtung für Kinder mit Behinderung
Statistik zu allgemeinbildenden Schulen	Sonderpädagogischer Förderbedarf	Förderschwerpunkte	Schultyp (allgemeine Schule, Förderschule)

Tab. 2 Kategorisierung der Datenquellen zu Behinderung und Teilhabe (Stufenkonzept basierend auf Schröttle und Hornberg [8]) (Fortsetzung)

Datenquellen	Stufe 1 Einschränkungen im Alltagsleben durch das Vorliegen dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen	Stufe 2 Zusätzlich: Funktionsbeeinträchtigungen, möglichst ergänzt um chronische Krankheiten und Schmerzen	Stufe 3 Zusätzlich: Teilhabebeeinträchtigungen nach Lebensbereichen und durch die Umwelt
Prozessdaten und -berichte			
Statistik der Deutschen Rentenversicherung Reha-Berichte	Bezug einer Erwerbsminderungsrente; Leistungen zur Rehabilitation	Diagnosehauptgruppen	Leistungen zur beruflichen Rehabilitation/Teilhabe am Arbeitsleben (einschließlich Leistungsspektrum; u. a. Leistungen zur beruflichen Bildung einschließlich Krankheitsspektrum)
Statistik der Bundesagentur für Arbeit - Beschäftigungsstatistik - Arbeitslosenstatistik - Reha-Statistik Bericht zur Arbeitsmarktsituation von schwerbehinderten Menschen (2015)	Amtlich anerkannte Schwerbehinderung oder eine der Schwerbehinderung gleichgestellte Behinderung	-	Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen, Arbeitslosigkeit, Berufsausbildung bei Arbeitslosigkeit, Inanspruchnahme arbeitsmarktpolitischer (Förder-)Maßnahmen, Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation

Abkürzungen s. **Tab. 1**

International verwendete Indikatoren zur Messung der Beeinträchtigung sowie von Funktionsbeeinträchtigungen: GALI-Frage und Budapest-Initiative

Der sogenannte „Global Activity Limitation Indicator“ (GALI) besteht aus einer einzelnen Frage¹, in welcher der Schweregrad einer lang andauernden Beeinträchtigung üblicher Alltagsaktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme erfasst werden soll (entsprechend Stufe 1 des oben beschriebenen Stufenkonzepts). Der Indikator wird in der Europäischen Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (European Union Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC) sowie in der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS) eingesetzt und dient zur Berechnung des Indikators „Gesunde Lebensjahre“ (Healthy Life Years, HLY) auf europäischer Ebene. Aufgrund der hohen Komplexität der Frage, in der 3 Dimensionen erfasst werden sollen

¹ Englischer Wortlaut der GALI-Frage: 'For at least the past 6 months, to what extent have you been limited because of a health problem in activities people usually do? Would you say you have been ... 1. Severely limited; 2. Limited but not severely or 3. Not limited at all?' [14].

(Vorhandensein, Dauer und Schweregrad einer Einschränkung von Alltagsaktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme) werden in den europäischen Ländern unterschiedliche Operationalisierungen der Frage verwendet, welche die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschweren. Dieser Sachverhalt wird kritisch diskutiert (s. [10, 11]), und auf europäischer Ebene werden Vorschläge zur besseren Operationalisierung des Instruments geprüft. Gleichwohl ist geplant, diesen Indikator zukünftig nicht nur in EU-SILC und EHIS, sondern auch in weiteren europäischen Erhebungen, wie z. B. der Europäischen Arbeitskräfteerhebung (Labour Force Survey), zu integrieren. Damit stünden in Zukunft für weitere europäische Statistiken Daten zur Beeinträchtigung zur Verfügung.

Die „Budapest-Initiative“, eine Kollaboration von WHO, United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) und Eurostat, verfolgt das Ziel, ein international akzeptiertes Set von Fragen zur Einschätzung der Gesundheit einer Bevölkerung zu entwickeln, das in bevölkerungsbezogenen Befragungsurveys eingesetzt werden kann [12]. Die Entwicklung und Testung des Instruments erfolgte in Abstimmung mit der „Washington Group on Disability Statistics“ (WG), einer Gruppe unter der Schirmherrschaft der UN Statisti-

cal Commission [13]. Das Hauptziel der WG besteht in der Förderung und Koordinierung von Gesundheitsstatistiken zu Behinderung, wobei vor allem auf Instrumente fokussiert wird, die in Volkszählungen und nationalen Surveys eingesetzt werden können. Damit sollen weltweit vergleichbare Informationen zu Behinderung bereitgestellt werden. Die Ziele der WG sind breiter gefasst als die der Budapest-Initiative, aber beide Gruppen arbeiten eng zusammen.

Im Instrument der Budapest-Initiative werden insbesondere folgende funktionale Gesundheitsbereiche in den Blick genommen: Sehen, Hören, Mobilität, kognitive Fähigkeiten, Depression, Angst, Schmerz, Erschöpfung, Kommunikation (entsprechend Stufe 2 des Stufenkonzepts). Wahlweise können noch Rumpf-, Arm- und Handfunktionalität erfasst werden. Teile dieses Instruments werden in der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS) eingesetzt. Der EHIS, der von Eurostat koordiniert wird, ist ein europaweiter bevölkerungsbezogener Befragungssurvey, der in allen EU-Mitgliedstaaten seit Welle 2 (2013–2015) verbindlich durchgeführt wird [14]. Die Datenerhebung für Deutschland erfolgt durch das Robert Koch-Institut (RKI). Das Befragungsinstrument wurde in die GEDA-Welle 2014/2015 integriert.

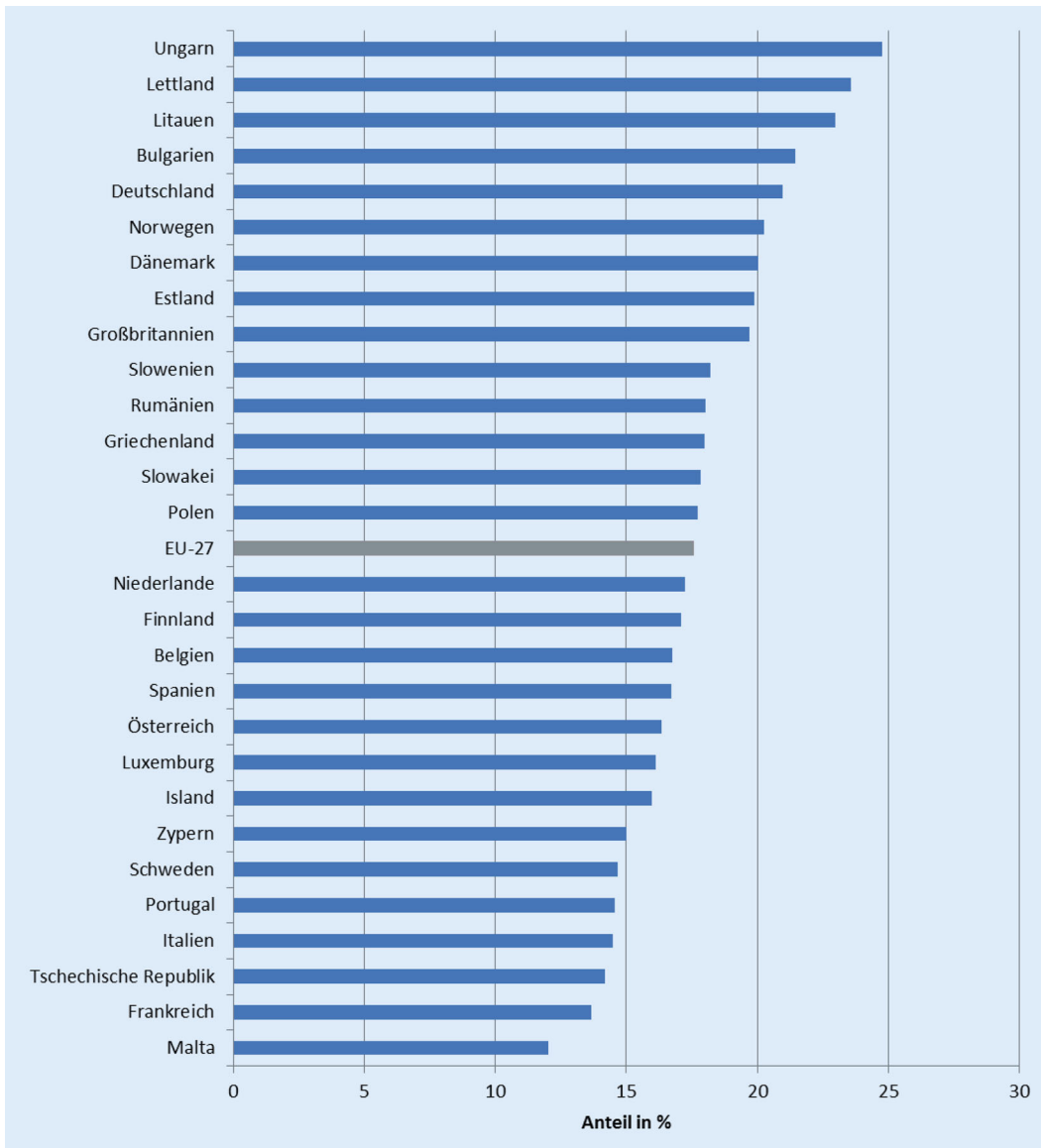


Abb. 1 ◀ Prävalenz von Behinderung (15-Jährige und Ältere), EU-27, 2012 (Behinderung: Teilhabebeeinträchtigung in mindestens einem von 10 Lebensbereichen, bedingt durch eine lang andauernde Beeinträchtigung aufgrund gesundheitlicher Probleme). Datenbasis: Eurostat, EHSIS [32]

Das Erhebungsinstrument der Budapest-Initiative orientiert sich an der ICF, die von einem Konzept der funktionalen Gesundheit ausgeht [15] (vgl. auch den Beitrag von Wenzel und Morfeld). Das Kapitel zu Aktivitäten und Partizipation der ICF ist in die Teilbereiche „Lernen und Wissensanwendung“, „Allgemeine Aufgaben und Anforderungen“, „Kommunikation“, „Mobilität“, „Selbstversorgung“, „Häusliches Leben“, „Interpersonelle Aktionen und Beziehungen“, „Bedeutende Lebensbereiche“ sowie „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ gegliedert. Zusammen mit den in EHIS erhobenen (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens (bei 65-Jährigen und

Älteren) liegen durch die GEDA-Welle 2014/2015, zumindest für die Gruppe der über 65-Jährigen, Daten zu wesentlichen Aspekten im Bereich Aktivitäten und Partizipation entsprechend der ICF vor.

Neben den hier beschriebenen konkreten Instrumenten gibt es auch Vorschläge dazu, wie bestehende Instrumente und Indikatoren aus Surveys stärker genutzt und die Vergleichbarkeit verbessert werden könnte, indem sie mit spezifischen ICF-Klassifikationen verknüpft werden. So schlagen Cieza et al. [16] 7 Domänen aus der ICF vor, die als minimales generisches Set für Funktionsfähigkeit und Gesundheit genutzt werden könnten. Diese sind: Funktionen der

psychischen Energie und des Antriebs, emotionale Funktionen, Schmerz, tägliche Routinen durchführen, Gehen, sich Fortbewegen und bezahlte Tätigkeit.

Ergebnisse des europäischen Teilhabe surveys (EHSIS)

Prävalenz von Behinderung

Im European Health and Social Integration Survey (EHSIS) wurden Daten in allen EU-Mitgliedstaaten außer Kroatien (dem 28. Mitgliedstaat der EU) und Irland erhoben, außerdem in Island und Norwegen. Die Ergebnisse wurden auf die EU-27 hochgerechnet [17]. Das Konzept von Behinderung, das dem Sur-

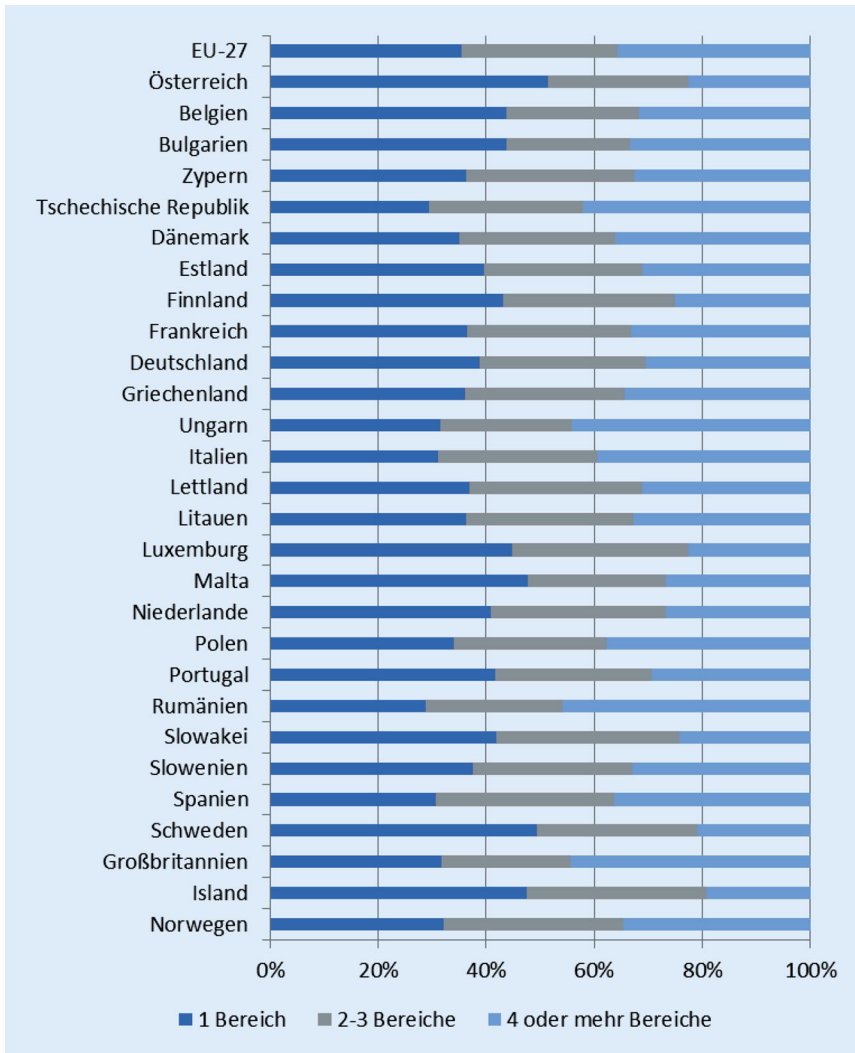


Abb. 2 ▲ Verteilung der Zahl der Lebensbereiche, in denen eine Teilhabebeeinträchtigung besteht (15-Jährige und Ältere), EU-27, 2012. Datenbasis: Eurostat, EHSIS [32]

vey zugrundeliegt, ist das der Teilhabebeeinträchtigung in bestimmten Lebensbereichen, bedingt durch eine lang andauernde Beeinträchtigung aufgrund gesundheitlicher Probleme (GALI-Frage). Als Teilhabebereiche werden Mobilität, Transport, Erreichbarkeit von Gebäuden, Schule und Berufsausbildung, Beschäftigung, Internetnutzung, soziale Kontakte und Unterstützung, Freizeitaktivitäten, ökonomische Situation sowie wahrgenommene Diskriminierung erfasst.

Nach dieser Definition lag in Europa (EU-27) 2012 bei 73,0 Mio. Menschen im Alter von 15 Jahren und älter eine Behinderung vor [18]. Frauen gaben häufiger eine Behinderung an als Männer, Ältere häufiger als Jüngere: 58,4 % aller über 15-Jährigen mit einer Behinderung

waren Frauen, 42,2 % waren 65 Jahre alt und älter. Innerhalb der EU bewegt sich der Bevölkerungsanteil derer, die eine Behinderung angaben, zwischen 12,0 % (Malta) und 24,8 % (Ungarn). Deutschland liegt mit 21,0 % im oberen Drittel (Abb. 1). Bei der Interpretation ist allerdings die eingeschränkte Vergleichbarkeit zwischen den Ländern zu berücksichtigen, bedingt durch die unterschiedlichen Operationalisierungen der GALI-Frage. In allen EU-Staaten ist die Prävalenz von Behinderung bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau (bis einschließlich Sekundarstufe I) am höchsten (25,0 %), während sie bei denjenigen mit Hochschulabschluss am niedrigsten ist (11,0 %). Auch ist sie bei berenteten (34,3 %), arbeitslosen

(20,5 %) und anderen ökonomisch inaktiven Personen (20,2 %) höher als bei Erwerbstätigen (8,0 %) [18].

Teilhabebeeinträchtigungen

Die EHSIS-Daten geben auch Auskunft über die Schwere der Behinderung – gemessen an der Anzahl der Lebensbereiche mit eingeschränkter Teilhabe – und zeigen, in welchen Lebensbereichen Teilhabebeeinträchtigungen am häufigsten vorkommen [19]. In der EU-27 waren 35,5 % der Menschen mit Behinderung in einem Lebensbereich, 28,8 % in 2 oder 3 und 35,7 % in 4 und mehr Bereichen in ihrer Teilhabe eingeschränkt. Besonders hoch war der Anteil derer mit Einschränkungen in nur einem Teilhabebereich in Schweden, Österreich und Island, während in Ungarn, Großbritannien und Rumänien Einschränkungen in 4 und mehr Bereichen am häufigsten waren (Abb. 2). In Deutschland überwiegen diejenigen mit Einschränkungen in einem Teilhabebereich (38,8 %). Personen, die in 2–3 (30,7 %) oder in mehr Bereichen (30,5 %) Einschränkungen angaben, sind etwa zu gleichen Teilen vertreten. Insgesamt gaben Männer mit Behinderung eher eine Einschränkung in nur einem Teilhabebereich an als Frauen und Jüngere (15–44 Jahre) eher als Ältere (über 65 Jahre).

Die beiden Lebensbereiche, in denen Menschen mit Behinderung am häufigsten Teilhabebeeinträchtigungen erfahren, waren Freizeitaktivitäten (d.h. Interessen und Hobbies, bei denen Zeit mit anderen Menschen verbracht wird) und Mobilität (hier verstanden als das Vermögen, die eigene Wohnung zu verlassen) – 60,9 % bzw. 52,9 % berichteten hier von eingeschränkter Teilhabe [19]. In den Bereichen Beschäftigung (38,6 %), Zugang zu Gebäuden (37,0 %) und Transport (31,7 %) waren etwa ein Drittel der Menschen mit Behinderung von Teilhabebeeinträchtigungen betroffen. Am seltensten waren Teilhabebeeinträchtigungen in den Bereichen Internetnutzung (4,6 %) und soziale Kontakte (2,0 %). Betrachtet man die einzelnen EU-Mitgliedstaaten, so waren in 16 Staaten Einschränkungen in Freizeitaktivitäten am häufigsten, in 8 Staaten

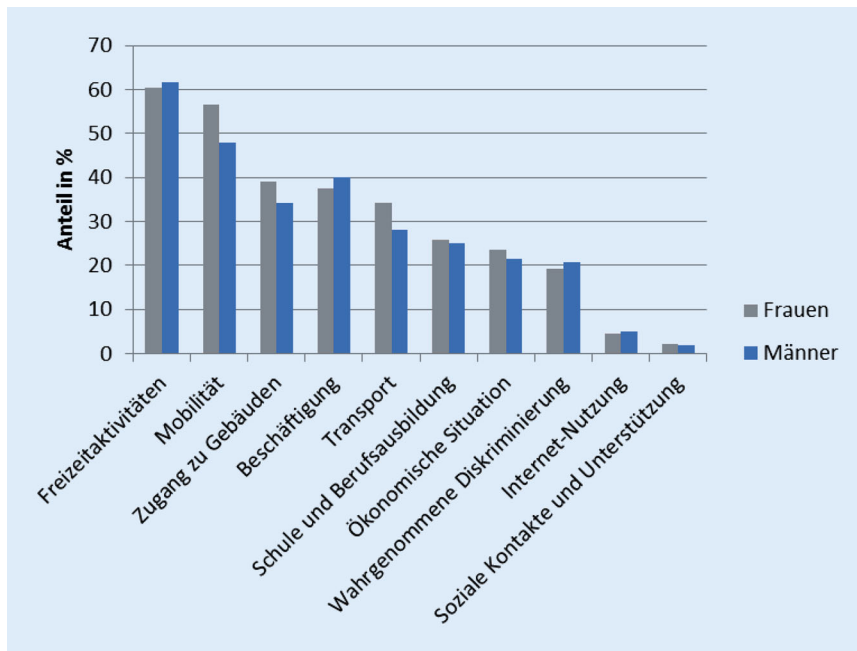


Abb. 3 ▲ Anteil der Menschen mit Behinderung (15-Jährige und Ältere), die eine Teilhabebeeinträchtigung in einem bestimmten Lebensbereich angeben, EU-27, 2012. Datenbasis: Eurostat, EHSIS [32]

war es die Einschränkung der Mobilität. Frauen mit Behinderung waren eher als Männer in den Bereichen Mobilität, Transport und Zugang zu Gebäuden eingeschränkt, während in den Bereichen Beschäftigung, Freizeitaktivitäten, wahrgenommene Diskriminierung und Internetnutzung eher die Männer von Teilhabebeeinträchtigungen betroffen waren (Abb. 3). Insgesamt berichteten ältere Menschen mit Behinderung eher Teilhabebeeinträchtigungen als jüngere, Ausnahmen waren die Bereiche soziale Kontakte und wahrgenommene Diskriminierung [19].

Assistenzbedarf

Etwa ein Drittel der Menschen mit Behinderung (36,9 %) benötigt Assistenz. Dieser Anteil ist im EU-Durchschnitt bei Frauen (38,8 %) etwas größer als bei Männern (34,3 %). Innerhalb der EU ist der Anteil der Menschen mit Behinderung, die Assistenz brauchen, in Italien (53,2 %) und Spanien (50,4 %) am höchsten, in Finnland (15,7 %) und Lettland (17,7 %) am niedrigsten, in Deutschland beträgt er 25,3 %. Während der Anteil der Frauen mit Behinderung, die Assistenz benötigen, in Slowenien und Litauen deutlich höher ist als der Anteil der Männer (Un-

terschied 11,6 % bzw. 11,5 %), gaben in Großbritannien und der Slowakei mehr Männer an, Assistenzbedarf zu haben (Unterschied 2,7 % bzw. 2,4 %, Abb. 4, [20]).

Menschen mit Behinderung, die 65 Jahre alt und älter sind, geben eher Assistenzbedarf an als Jüngere: Während bei den über 65-Jährigen der Anteil derer, die Assistenz brauchen, 44,2 % betrug, lag er bei den 45- bis 64-Jährigen bei 31,8 % und bei den 15- bis 44-Jährigen bei 31,5 %. Allerdings sind die länderspezifischen Unterschiede sehr groß und reichen von den Niederlanden, wo fast keine Altersunterschiede existieren, über Norwegen und Großbritannien mit dem höchsten Assistenzbedarf in der mittleren Altersgruppe bis hin zur Slowakei, wo der Assistenzbedarf in der jüngsten Altersgruppe am höchsten ist. Allgemein benötigen Menschen mit Behinderung und niedriger Bildung (bis einschließlich Sekundarstufe I) deutlich häufiger Assistenz als diejenigen aus den höheren Bildungsgruppen (45,5 % gegenüber 29,0 % bzw. 30,6 %). Diejenigen, die berentet (41,8 %), arbeitslos (37,8 %) oder aus anderen Gründen ökonomisch inaktiv sind (44,0 %), haben eher Assistenzbedarf als Erwerbstätige (20,1 %) [20].

Diskussion

Neben den bereits von Schröttele und Hornberg identifizierten Großbefragungen, die für eine Teilhabeberichterstattung genutzt bzw. erweitert werden könnten, sowie den in dem Teilhabebericht der Bundesregierung verwendeten Datenquellen erbrachte die Recherche weitere, öffentlich verfügbare Datenquellen, deren Potenzial für die Teilhabeberichterstattung bislang nicht vollständig ausgeschöpft wird. Limitationen dieser Datenquellen bestehen darin, dass aufgrund des Studiendesigns die Teilnahme beeinträchtigter Menschen erschwert ist (z. B. durch den Erhebungsmodus oder andere Teilnahmehürden wie den Besuch eines Studienzentrums) und in der Regel auch institutionalisierte Personen nicht systematisch einbezogen werden. Insbesondere kognitiv eingeschränkte Personen dürften nur schwierig Zugang zu den Studien finden, sofern nicht eine (amtlich bestellte) Betreuungsperson ein Proxyinterview gibt.

Unter Berücksichtigung dieser Limitationen könnten die aufgeführten Surveys, teilweise mit geringfügigen Erweiterungen, einen wichtigen Beitrag zur Teilhabeberichterstattung leisten. Bezogen auf das Stufenkonzept ist festzustellen, dass die Anforderungen aus Stufe 1 (Vorliegen dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die zu Einschränkungen im Alltagsleben führen, möglichst erweitert um die Frage nach amtlich festgestellter Schwerbehinderung und dem Alter bei Eintritt der Behinderung) in praktisch allen hier betrachteten Surveys erfüllt werden. Im Deutschen Alterssurvey sowie in den internationalen Surveys SHARE, ESS und EHSIS wird amtlich anerkannte Behinderung nicht erfragt. Auch wenn die subjektiv berichtete Einschränkung in alltäglichen Aktivitäten ein besonders wichtiger Indikator ist, um diejenigen Personen zu erfassen, die keinen Antrag auf amtliche Anerkennung gestellt haben, sollte auf die Information, ob eine amtlich anerkannte Behinderung vorliegt, nicht verzichtet werden. Die Angabe zur amtlich anerkannten Behinderung kann auch als Qualitätsindikator genutzt werden, weil die Angaben aus

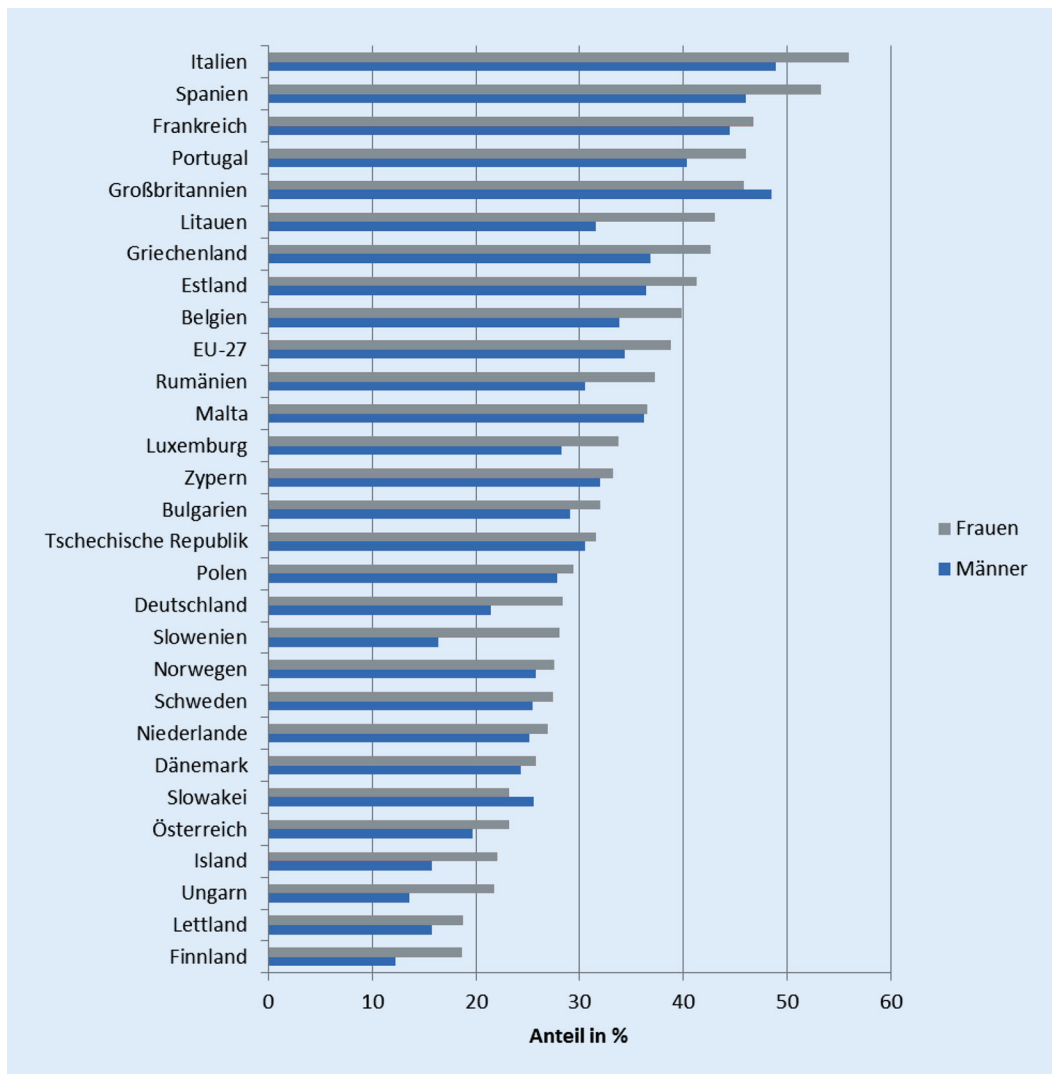


Abb. 4 ◀ Anteil von Personen mit Behinderung (15-Jährige und Ältere), die Assistenz benötigen, EU-27, 2012. Datenbasis: Eurostat, EHSIS [32]

der Schwerbehindertenstatistik mit den Teilnahmeraten von Personen mit amtlich anerkannter Behinderung in den jeweiligen Surveys verglichen werden können. Zur Erfassung des Vorliegens dauerhafter gesundheitlicher Einschränkungen werden in den betrachteten Surveys teilweise unterschiedliche Erhebungsinstrumente verwendet. Obwohl die GALI-Frage in der Operationalisierung Probleme aufweist, bietet sie sich dennoch, aufgrund des Einsatzes in vielen Studien und Statistiken, als (Vergleichs-)Indikator an. Die Surveys, die keine subjektiven Angaben zu gesundheitlichen Einschränkungen enthalten (AID:A, NEPS), könnten durch die Integration der GALI-Frage oder eines vergleichbaren Indikators an Aussagekraft gewinnen.

Die Stufe 2 (Fragen der 1. Stufe, zusätzlich Erfassung von Funktionsbeeinträchtigungen [körperlich, motorisch, sensorisch, kognitiv, psychisch], möglichst ergänzt durch Informationen zu chronischen Krankheiten und Schmerzen) wird in den hier betrachteten Surveys in unterschiedlichem Detailgrad und mit unterschiedlichen Instrumenten erfasst. Lediglich AID:A hat in diesem Bereich keine Angaben. Zur Vereinheitlichung der Erfassung von Funktionsbeeinträchtigungen könnte das Instrument der Budapest-Initiative verwendet werden, dessen Validität und Robustheit in umfangreichen Tests überprüft wurde [12]. Teile dieses Instruments wurden in die Europäische Gesundheitsumfrage integriert und finden sich somit auch in GEDA 2014/2015-EHIS wieder.

Die Stufe 3 (Fragen der 1. und 2. Stufe, zusätzlich Erfassung von Teilhabeeinschränkungen nach Lebensbereichen und durch die Umwelt) wird von den hier betrachteten Studien bis auf den EHSIS meist nur rudimentär oder gar nicht erfasst. In Anbetracht der Tatsache, dass das Vorhandensein familiärer und außerfamiliärer Netzwerke und sozialer Kontakte eine wesentliche Voraussetzung für soziale Teilhabe ist und soziale Teilhabe eine Schlüsselrolle bei der Inklusion hat [21], wäre zu überlegen, zumindest diese als Minimalindikator für Stufe 3 zu erfassen. Geeignet wäre dafür beispielsweise das in der Europäischen Gesundheitsumfrage verwendete Instrument zur sozialen Unterstützung (Oslo 3-Items Social Support Scale), das auch in GEDA und DEGS eingesetzt wird und die Ressourcenseite beleuchtet [22]. Soll der Blick

auf Einschränkungen sozialer Kontakte aufgrund gesundheitlicher oder seelischer Probleme gerichtet werden, bietet sich zum Beispiel das im SOEP verwendete Einzelitem an [23]. Vergleichbare Items sind auch in Instrumenten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität enthalten, so beispielsweise im SF-36 [24].

Generell wäre zu überlegen, neben der Ermittlung möglicher Defizite, stärker die Ressourcenseite zu beleuchten und sowohl Personenressourcen (wie z. B. Selbstwirksamkeit) als auch Umweltressourcen (z. B. soziale, ökologische, professionelle Ressourcen) mit in den Blick zu nehmen.

Betrachtet man die amtliche Statistik, fällt auf, dass sie überwiegend Angaben zu den Stufen 1 und 3 erfasst. Die Anforderungen der Stufe 1 werden insofern nur eingeschränkt erfüllt, als Angaben entweder nur zu amtlich anerkannter (Schwer-)Behinderung oder zu gesundheitsbedingten Einschränkungen vorliegen. Die Schwerbehindertenstatistik enthält zwar Angaben zur Art der Behinderung, diese sind aber wegen der zugrunde liegenden Systematik nicht mit anderen Erhebungen vergleichbar [25]. Schwerpunkt der Angaben zu Stufe 3 sind Erwerbstätigkeit und Einkommen. Die Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe und der allgemeinbildenden Schulen haben den Schwerpunkt inklusive Bildung und dienen daher auch als Grundlage für die jährlich erscheinenden Bildungsberichte [26]. Angaben zu Stufe 2 (Förderschwerpunkte) sind in der Schulstatistik enthalten.

Auch die Prozessdaten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Bundesanstalt für Arbeit (BA) enthalten im Wesentlichen Angaben zu den Stufen 1 und 3. Eine wesentliche Limitation der DRV-Statistik ist, dass diese nur Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe beinhaltet, deren Inanspruchnahme nicht nur vom Bedarf, sondern auch von anderen Faktoren abhängt (vgl. z. B. [27]). Die BA-Statistik ermöglicht nur Aussagen über Personen mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung oder ihnen Gleichgestellte und differenziert nicht nach gesundheitlichen Einschränkungen. Zu beiden Datenquellen gibt

es Berichte, die wesentliche Befunde zusammenfassen [28, 29].

Bei den vorgestellten Datenquellen handelt es sich um quantitative Erhebungen von Individualdaten. Um das Bild von Behinderung und Teilhabe zu vervollständigen, ist es sinnvoll, auch Daten von Organisationen oder Institutionen zu betrachten. Dazu gehören z. B. Daten zu Angeboten der frühkindlichen und schulischen Bildung (s. [26]), zur Beschäftigungsquote (s. [30]) oder zur Barrierefreiheit, etwa in Arztpraxen (s. [4]). Qualitative Erhebungen können einen wichtigen Beitrag leisten, um die aus quantitativen Untersuchungen und statistischen Daten gewonnenen Erkenntnisse zu vertiefen und die Teilhabesituation von Menschen mit Behinderung detaillierter zu beschreiben. Einen entsprechenden Vorschlag machen Schröttele und Hornberg in ihrer Vorstudie zum Teilhabesurvey [8].

Fazit

In diesem Beitrag werden Datenquellen dargestellt, die bevölkerungsbezogene, regelmäßig erhobene Indikatoren zu Beeinträchtigungen, Behinderung und Teilhabe enthalten. Die Übersicht zeigt, dass es sich um recht umfangreiches Datenmaterial handelt, dessen Potenzial für Auswertungen und Berichterstattung bislang nicht vollständig ausgeschöpft scheint.

Um eine bessere Vergleichbarkeit der in den Surveys erhobenen Daten herzustellen, wäre die Nutzung von Standardinstrumenten sinnvoll. Dies wäre möglich durch die Auswahl eines kurzen Instruments zur Teilhabe, das zukünftig in Surveys integriert werden könnte. Eine weitere Herausforderung stellt der Zugang von Personen mit Beeinträchtigungen zu den Surveys dar. Hier scheint es sinnvoll, nicht nur eine verbesserte Zugänglichkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen im Blick zu haben, sondern auch, kognitive Beeinträchtigungen bzw. Lernbeeinträchtigungen zu berücksichtigen, z. B. durch die Bereitstellung von Fragebögen in Einfacher oder in Leichter Sprache.

Korrespondenzadresse

Dr. F. Prütz

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut
General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin,
Deutschland
PruetzF@rki.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Prütz und C. Lange geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autorinnen durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2015) Pressemitteilung „Über 10 Mio. behinderte Menschen im Jahr 2013“, veröffentlicht am 11.05.2015, sowie ergänzende Auswertungen des Mikrozensus. Destatis, Wiesbaden
2. Statistisches Bundesamt (2015) Soziale Leistungen. Schwerbehinderte Menschen 2013. Kurzbericht. Destatis, Wiesbaden
3. Vereinte Nationen (2006) Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 15. April 2015
4. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013) Teilhabebereich der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin
5. World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, Genf (Deutsche Fassung herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentations und Information (DIMDI))
6. Ewert T, Stucki G (2007) Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Einsatzmöglichkeiten in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:953–961
7. Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg) (2010) Monitoring – unverzichtbarer Bestandteil zur staatlichen Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Positionen 1/2010. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin
8. Schröttele M, Hornberg C (2014) Abschlussbericht „Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en)“. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-vorstudie-repraesentativbefragung-zur-teilhabe-von-menschen-mit-behinderung.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 7. März 2016
9. Schnell R, Stubbra V (Hrsg) (2010) Datengrundlagen zur Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung in der Bundesrepublik. Wor-

- king Paper Series, Bd. 148. Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten, Berlin
10. Berger N, Van Oyen H, Cambois E et al (2015) Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in fourteen European countries. *BMC Med Res Methodol* 15:1
 11. Finger J, Kratz A, Thelen J (2014) Disentangling the GALI-Question in German – from concepts to practice. *Eur J Public Health* 24. doi:10.1093/eurpub/cku161.093
 12. United Nations Economic Commission for Europe (2013) Survey module for measuring health state developed by the Budapest initiative task force on measurement of health status. United Nations, New York and Geneva
 13. United Nations Statistical Division (2016) Washington Group on Disability Statistics. <http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.htm>. Zugegriffen: 27. Mai 2016
 14. Europäische Kommission (2013) Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS). *Amtsblatt der Europäischen Union*. (Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission:L47/20-L47/48)
 15. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Dimdi), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg) (2005) ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. World Health Organization, Geneva
 16. Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Chatterji S, Stucki G (2014) Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. *BMC Public Health* 14:1–9
 17. Eurostat (2015) Disability statistics background – European health and social integration survey. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_background_-_European_health_and_social_integration_survey. Zugegriffen: 24. März 2016
 18. Eurostat (2015) Disability statistics – prevalence and demographics. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_prevalence_and_demographics. Zugegriffen: 24. März 2016
 19. Eurostat (2015) Disability statistics – barriers to social integration. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_barriers_to_social_integration. Zugegriffen: 24. März 2016
 20. Eurostat (2015) Disability statistics – need for assistance. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_need_for_assistance. Zugegriffen: 6. April 2016
 21. Heckmann C (2012) Alltags- und Belastungsbewältigung und soziale Netzwerke. In: Beck I, Greiving H (Hrsg) *Lebenslage und Lebensbewältigung*. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Bd. 5. W. Kohlhammer, Stuttgart, S 115–123
 22. Dalgard O, Bjørk S, Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry* 166:29–34
 23. Tns Infratest Sozialforschung (2014) SOEP 2014 – Erhebungsinstrumente 2014 (Welle 31) des Sozio-oekonomischen Panels: Personenfragebogen, Altstichproben. DIW, Berlin
 24. Morfeld M, Bullinger M, Nantke J, Brähler E (2005) Die Version 2.0 des SF-36 Health Survey – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Studie. *Soz Präventivmed* 50:292–300
 25. Driller E, Pritzbuer EV, Pfaff H (2004) Versorgungsbedarf und Behinderung – Taugt die amtliche Schwerbehindertenstatistik für die Bedarfsanalyse? *Gesundheitswesen* 66:319–325
 26. Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014) *Bildung in Deutschland 2014*. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld
 27. Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36:1–10
 28. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2015) *Reha-Bericht 2015*. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. DRV, Berlin
 29. Bundesagentur für Arbeit (2015) *Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Die Arbeitsmarktsituation von schwerbehinderten Menschen*. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Personengruppen/generische-Publikationen/Kurzinfo-Die-Arbeitsmarktsituation-schwerbehinderter-Menschen-Nov-2015.pdf>. Zugegriffen: 21. März 2016
 30. Bundesagentur für Arbeit (2015) *Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeigeverfahren SGB IX)*. https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31958/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Suchergebnis_Form.html?view=processForm&resourceId=210358&input_=&pageLocale=de&topicId=17388®ion=&year_month=201312&year_month.GROUP=1&search=Suchen. Zugegriffen: 14. Januar 2016
 31. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
 32. Eurostat (2015) *Disability Database*. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/disability/data/database>. Zugegriffen: 7. April 2016