Rat für Sozial- und
WirtschaftsDaten (RatSWD)

www.ratswd.de

RatSWD
Working Paper Series

Working Paper Nr. 148

Datengrundlagen zur Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung in der Bundesrepublik

Rainer Schnell und Volker Stubbra

Juni 2010

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Working Paper Series des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD)

Die *RatSWD Working Papers* Reihe startete Ende 2007. Seit 2009 werden in dieser Publikationsreihe nur noch konzeptionelle und historische Arbeiten, die sich mit der Gestaltung der statistischen Infrastruktur und der Forschungsinfrastruktur in den Sozial-, Verhaltens- und Wirtschaftswissenschaften beschäftigen, publiziert. Dies sind insbesondere Papiere zur Gestaltung der Amtlichen Statistik, der Ressortforschung und der akademisch getragenen Forschungsinfrastruktur sowie Beiträge, die Arbeit des RatSWD selbst betreffend. Auch Papiere, die sich auf die oben genannten Bereiche außerhalb Deutschlands und auf supranationale Aspekte beziehen, sind besonders willkommen.

RatSWD Working Papers sind nicht-exklusiv, d. h. einer Veröffentlichung an anderen Orten steht nichts im Wege. Alle Arbeiten können und sollen auch in fachlich, institutionell und örtlich spezialisierten Reihen erscheinen. Die *RatSWD Working Papers* können nicht über den Buchhandel, sondern nur online über den RatSWD bezogen werden.

Um nicht deutsch sprechenden Nutzer/innen die Arbeit mit der neuen Reihe zu erleichtern, sind auf den englischen Internetseiten der *RatSWD Working Papers* nur die englischsprachigen Papers zu finden, auf den deutschen Seiten werden alle Nummern der Reihe chronologisch geordnet aufgelistet.

Einige ursprünglich in der *RatSWD Working Papers* Reihe erschienen empirischen Forschungsarbeiten, sind ab 2009 in der RatSWD Research Notes Reihe zu finden.

Die Inhalte der *RatSWD Working Papers* stellen ausdrücklich die Meinung der jeweiligen Autor/innen dar und nicht die des RatSWD.

Herausgeber der RatSWD Working Paper Series:

Vorsitzender des RatSWD (2007/2008 Heike Solga; seit 2009 Gert G. Wagner)

Geschäftsführer des RatSWD (Denis Huschka)

Kontakt: Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten | Mohrenstraße 58 | 10117 Berlin | office@ratswd.de

Diskussionspapier

Datengrundlagen zur Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung in der Bundesrepublik

Rainer Schnell / Volker Stubbra

(Universität Duisburg-Essen)

Zusammenfassung

Der Beitrag gibt einen Überblick über die verfügbaren Datenquellen zur Erwerbsbeteiligung behinderte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Neben bisher in der Literatur verwendeten Erhebungen werden andere Datenquellen sowie zahlreiche mögliche Auswahlgrundlagen diskutiert. Dazu gehört auch eine Beschreibung und Kritik bevorstehender Datenerhebungen wie z.B. der Labor Force Survey 2011, EDSIM sowie die sogenannte Helmholtz-Kohorte.

Abstract

This report reviews available surveys on labor force participation of disabled persons in Germany. Surveys decribed in the literatur are discussed in detail. Databases which might be used for the construction of sampling frames are examined. Finally, already scheduled surveys like the Labor Force Survey 2011, EDSIM and the so-called Helmholtzcohort are described and critically exampined.

Inhaltsverzeichnis

1 Problemstellung **6**

2 Definitionen **7**

3 Stand der Forschung **8**
3.1 Arbeiten auf der Basis der deutschen amtlichen Statistik 8
3.1.1 Der Mikrozensus als Datenbasis 9
3.1.2 Arbeiten auf der Basis der Beschäftigungsstatistik 11
3.2 Arbeiten auf der Basis der europäischen amtlichen Statistik 12
3.2.1 Der Labour-Force Survey als Datenbasis 12
3.2.2 Das EHCP als Datenbasis 13
3.3 Studien auf der Basis des SOEP 14
3.4 Ad-hoc-Erhebungen 15
3.4.1 „Menschen mit Behinderung“ (2003) 15
3.4.2 „Schwerbehinderte Menschen auf dem Arbeitsmarkt“ (2002) . . . 15
3.4.3 „Live: Frauen mit Behinderung“ (2000) 16
3.5 Zusammenfassung 17

4 Datenbestände über Menschen mit Behinderung in Deutschland **18**
4.1 Amtliches Anerkennungsverfahren 18
4.2 Daten über Menschen mit amtlich anerkannter Behinderung 20
4.2.1 Statistik der schwerbehinderten Menschen 20
4.2.2 Die Daten der Landesversorgungsämter 22
4.2.3 Daten der Finanzämter 24
4.3 Potentielle Datenbanken über Menschen mit amtlich bekannter Behinderung 26
4.3.1 Schuleingangsuntersuchung (SEU) 26
4.3.2 Schulämter 28
4.3.3 Wehrmedizinalstatistik 29
4.3.4 Blindengeld 29
4.3.5 Verkehrsverbünde 31
4.3.6 Kraftfahrzeugbundesamt (KBA) 31
4.3.7 Gebühreneinzugszentrale (GEZ) 32
4.4 Potentielle Datenbanken über Menschen, deren Behinderung nicht amtlich bekannt ist 33
4.4.1 Verwendung von ICD-Daten als Proxy für den Grad der Behinderung 33
4.4.2 Gesetzliche Krankenkassen 34

4.4.3 Gesetzliche Unfallversicherung 35
4.4.4 Gesetzliche Rentenversicherung 36
4.4.5 Krankenhausstatistik 38
4.4.6 Daten des paritätischen Wohlfahrtsverbandes 38
4.5 Gesundheitssurveys 39
4.5.1 Bundesgesundheitssurvey 98 (BGS 98) 39
4.5.2 Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) . . . 40
4.5.3 Telefongesundheitssurveys 2002 - 2007 (GSTel03-07) 41
4.5.4 Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 41
4.5.5 Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) 42
4.5.6 Der „European Health Interview Survey“ (EHIS) 42
4.5.7 Das „European Module on Disability and Social Integration“ (EDSIM) 43
4.5.8 „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) . 44
4.5.9 Access-Panels der Gesundheitsforschung 45
4.5.10 Die geplante Helmholtz-Kohorte 46

5 Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung 47
5.1 Verwaltungsdaten 47
5.1.1 Die Daten der Integrationsämter zur Beschäftigungspflicht 47
5.1.2 Prozessdaten der Bundesagentur für Arbeit 48
5.1.3 Daten über die Mitarbeiter der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) 50
5.2 Befragungsdaten 51
5.2.1 Der Mikrozensus 51
5.2.2 Labour Force Survey (LFS) 52
5.2.3 „European Union Statistics on Income and Living Conditions“ (EU-SILC) 54
5.2.4 Sozio-ökonomische Panel (SOEP) 55
5.2.5 Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) 57
5.2.6 International Social Survey Programme (ISSP) 58
5.2.7 Euromodule 58
5.2.8 Das Panel „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (PASS) 59
5.2.9 Das Niedgrigeinkommens-Panel (NIEP) 60
5.2.10 Alterssurvey 61
5.2.11 Die Studie „Sparen und Altersvorsorge in Deutschland“ (SAVE) . 62
5.2.12 Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland 62
5.2.13 Neuere große Bevölkerungsuntersuchungen ohne Informationen über Behinderte 63

6 Schätzung der Zahl der behinderten Personen und ihrer Erwerbsbeteiligung aus bestehenden Datenbeständen 65

7 Überlegungen zu einem Survey zur Erwerbsbeteiligung behinderter Menschnen 67
7.1 Stichprobengröße 68
7.2 Behinderte und von Behinderung bedrohte Personen 68
7.2.1 Von Behinderung bedrohte Personen 69
7.2.2 Aktuell behinderte Personen 70

8 Zusammenfassende Schlussfolgerungen 73
8.1 Vermeintliche Nichtfinanzierbarkeit eines eigenständigen Disability-Surveys 73
8.2 Forderung nach Erweiterung von EDSIM 73
8.3 Ergänzung bestehender Stichproben 74

Literaturverzeichnis 75

1 Problemstellung

Nach Angaben des Mikrozensus gab es 2005 in der Bundesrepublik insgesamt 8.6 Millionen behinderte Menschen, von denen 6.7 Millionen eine Schwerbehinderung aufwiesen (vgl. Abschnitt 3.1.1). Trotz dieses großen Anteils an der Bevölkerung und erstaunlich angesichts der beträchtlichen ökonomischen Konsequenzen dieses hohen Bevölkerungsanteils ist über die Lage behinderte Menschen in der Bundesrepublik nur wenig bekannt. Von besonderer Bedeutung für die Integration behinderter Menschen ist deren Teilhabe am Erwerbsleben. Interessanterweise liegen sogar über diesen wesentlichen Teil der Sozialstruktur dieser Gesellschaft nur höchst unvollkommene Informationen vor. Für den Anteil erwerbstätiger Menschen nach verschiedenen Arten und Schweregraden der Behinderung liegen kaum verlässliche aktuelle Zahlen vor. Neue Datenerhebungen in Form eines – wie in vielen anderen Ländern üblichen – Disability-Surveys erscheinen daher dringend erforderlich. Zur Vorbereitung eines solchen Surveys wurde diese Übersichtsstudie erstellt.

Zunächst wird hier der Stand der Forschung in Deutschland zur Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung aufgearbeitet. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt dabei auf den verwendeten Datenbasen. Anschließend werden vorhandene Datenbasen darauf hin untersucht, ob sich aus diesen eine Auswahlgrundlage für eine neue Studie gewinnen ließe. Abschließend werden die geplanten neuen Großerhebungen in der Bundesrepublik, die Aussagen über Behinderte erlauben könnten, kritisch dargestellt.[1]

[1] Diese Übersicht entstand im Rahmen einer Machbarkeitsstudie für einen Disability-Survey für das IAB. Wir danken Angela Rauch (IAB) und Helmut Schröder (Infas) für viele hilfreiche Hinweise und Diskussionen.

2 Definitionen

Zentral für die Darlegungen sind klare operationale Definitionen der zentralen Begriffe „Behinderung“ und „Erwerbstätigkeit“.

Behinderung wird im folgenden Text gemäß §2 Abs. 1 SGB IX definiert:

> Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Die operationale Umsetzung in den meisten Studien erfolgt einfach über das Merkmal der amtlich über die Versorgungsämter anerkannten Behinderung. Trotz der damit verbundenen gravierenden Einschränkungen ist bei der derzeit in der Bundesrepublik vorhandenen Datenlage keine andere Vorgehensweise realistisch. Wir schließen uns daher dieser üblichen Praxis bedauernd an.

Zur Messung der Erwerbsbeteiligung lassen sich zwei Indikatoren heranziehen. Zum einen die *Erwerbsquote* und zum anderen die *Erwerbstätigenquote*. Erstere ist der Anteil der Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Erwerbslose) an der erwerbsfähigen Gesamtbevölkerung (im Alter von 15 bis unter 65 Jahre).[1] Die Erwerbstätigenquote hingegen ist der Anteil der Erwerbstätigen an der erwerbsfähigen Bevölkerung (vgl. Bäcker et al.: 2008, S. 408).

[1] Die Definition erwerbsfähiger Personen der „International Labour Force Organization“ (ILO) sieht für den „EU Labour Force Survey“ eine Altersspanne von 15-74 Jahren vor (vgl. dazu Rengers (2004)). Um das Problem zu vereinfachen, wurde für diese Studie die obere Altersgrenze auf 65 Jahre festgelegt, da bei Zugrundelegung der ILO-Definition zusätzliche Anstrengungen zur Erfassung altersspezifischer Behinderungen (z.B. Demenz) unternommen werden müssten.

3 Stand der Forschung

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderungen in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Studie wurde dann zum aktuellen Forschungsstand gezählt, wenn die Studie innerhalb der letzten 15 Jahre veröffentlicht wurde.[1] Der Schwerpunkt des Berichts liegt dabei auf der Darstellung der verwendeten Datenbasen und der jeweils vorgenommenen Differenzierung nach Art der Behinderung.

3.1 Arbeiten auf der Basis der deutschen amtlichen Statistik

Analysen zur Arbeitsmarktsituation von behinderten Menschen in Deutschland sind außergewöhnlich problematisch. „Der Grund liegt darin, dass die wenigen amtlichen Behindertenstatistiken zwar so zusammengestellt werden können, dass ein ungefähres Bild der „Behindertenlandschaft“ entsteht. Detailaussagen und zeitnahe Abbildungen sind aber oft nicht möglich“ (Rauch: 2005, S. 25). Die amtliche Datenlage hat sich in Deutschlands in Bezug auf Behinderung seit dem Artikel von Henninges (1997) nicht verändert. Das spiegelt sich auch in den recherchierten Aufsätzen wider, die – zu verschiedenen Zeitpunkten – überwiegend auf die amtliche Datenbasis Bezug nehmen und daraus Aussagen zur Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen ableiten.

Zu den verfügbaren amtlichen Daten über behinderte Menschen gehören die Statistik der schwerbehinderten Menschen, der Mikrozensus, die Arbeitslosenstatistik und die Beschäftigungsstatistik schwerbehinderter Menschen der Bundesagentur für Arbeit. Eine umfassende Analyse der Arbeitsmarktstatistiken über behinderte Menschen auf der Basis dieser Daten hat Henninges (1997) vorgelegt.[2] Die Probleme dieser Datenbasis werden von Henninges (1997:477) vor allem darin gesehen, dass die einzelnen Teile dieses Verbundsystems „(...) allerdings organisatorisch voneinander getrennt und konzeptionell verschieden angelegt sind“. Aufgrund der Konzentration auf Makrodaten innerhalb

[1] Ausgangspunkt der Recherchen waren dabei Studien, die über das „Sozialwissenschaftlichen Forschungsinformationssystem (SOFIS)“ und das „Sozialwissenschaftlichen Literaturinformationssystem (SOLIS)“ ermittelt wurden. Selbstverständlich wurden alle weiteren Standarddatenbanken (Pubmed, SSCI, Sociologial Abstracts, Web of Science) ebenfalls durchsucht. Die verwendete Suchstrategie lässt den Autoren die Wahrscheinlichkeit nicht entdeckter Studien sehr gering erscheinen.

[2] Die Bezeichnungen der Statistiken wurden hier gegenüber dem Artikel von Henninges den aktuellen Bezeichnungen angepasst.

dieses Berichtssystems stößt man rasch an die Grenzen dieser Statistiken, sobald ein detailorientierter Informationsbedarf über Personen entsteht (Henninges: 1997b, S. 477).

Das zeigt sich schon darin, dass – abgesehen von der Statistik der schwerbehinderten Menschen – in keiner der Erhebungen nach Art der Behinderung differenziert wird. Alle Studien, die auf die Daten des Informationssystems der amtlichen Statistik zurückgreifen, unterliegen der Einschränkung, dass die Art der Behinderung *nicht* erhoben wird. Dementsprechend nehmen sie keine Unterscheidung der Erwerbsbeteiligung nach Art der Behinderung vor.

Ebenfalls einschränkend wirkt die überwiegende Erfassung von Menschen mit Schwerbehinderung (Grad der Behinderung $> 50\%$). Personen mit einer leichteren Behinderung (Grad der Behinderung $< 50\%$), können nur über den Mikrozensus erfasst werden.[1]

3.1.1 Der Mikrozensus als Datenbasis

Die Daten des Mikrozensus sind die einzigen in Deutschland, die eine Schätzung der Gesamtzahl aller amtlich anerkannten behinderten Menschen zulassen, also denjenigen mit einem Grad der Behinderung von 20% bis 100%.

Die Fragen im Mikrozensus zu Behinderung und Gesundheit waren freiwillig. Die Antwortquote 2005 lag dennoch bei 86%. Nach Hochrechnung unter Berücksichtigung der Eckzahlen der Schwerbehindertenstatistik 2005 belief sich die Zahl der behinderten Menschen auf insgesamt 8.6 Millionen, wovon 6.7 Millionen eine Schwerbehinderung aufwiesen. 2.3 Millionen der amtlich anerkannten Menschen mit Behinderung gehören zu den Erwerbspersonen (Pfaff: 2006, S. 1270). Bemerkenswert ist gegenüber der gleichen Untersuchung von 2004 mit den Daten des Mikrozensus 2003 (vgl. Pfaff: 2004) der Anstieg der Personen mit leichterer Behinderung um 12.6% bzw. 215.000 Personen (Pfaff: 2006, S. 1268).

Anhand der vom Mikrozensus 2005 gewonnenen Strukturdaten wird von Pfaff (2006) neben der Ausbildung, der Einkommensstruktur sowie der Gesundheit auch die Teilhabe der behinderten Menschen am Erwerbsleben untersucht. Hinsichtlich der Beschäftigungsstruktur und der Erwerbsbeteiligung unterscheiden sich die behinderten von den nicht behinderten Menschen deutlich. In allen Altersklassen ab dem 25. Lebensjahr liegt die Erwerbsbeteiligung der behinderten Menschen deutlich niedriger. Die Fragen zur

[1] Außer, diese Personen haben eine Gleichstellung nach §2 Abs. 3 SGB IX erwirkt. In diesem Falle werden Menschen mit leichterer Behinderung und einem Grad der Behinderung ab 30% zum Teil auch in den Statistiken zu schwerbehinderten Menschen geführt. Das gilt für die Arbeitslosenstatistik und die Beschäftigungsstatistik schwerbehinderter Menschen der Bundesagentur für Arbeit, nicht aber für die Statistik der schwerbehinderten Menschen. In der Beschäftigungsstatistik werden Gleichgestellte gesondert aufgeführt.

Erwerbsbeteiligung im Mikrozensus folgen dem Labour-Force Konzept.[1] Gemäß dieses Konzeptes wurden für die Auswertung nicht sofort verfügbare Arbeitssuchende als Nichterwerbspersonen klassifiziert. Insgesamt lag bei den behinderten Menschen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren die Erwerbsbeteiligung bei 50.1%, im Vergleich dazu bei den nicht-behinderten Personen bei 75.9%. Männer mit Behinderung nehmen häufiger am Erwerbsleben teil (Erwerbsquote: 53.3%) als Frauen (Erwerbsquote: 45.9%) (Pfaff: 2006, S. 1271). Eine differenzierte Betrachtung der Erwerbsbeteiligung nach der Art der Behinderung liegt nicht vor.

Pfaff hat in weiteren Artikeln die Lebenslagen von behinderten Menschen auf Basis des Mikrozensus von 2003 und 1999 beschrieben (vgl. Pfaff: 2004; Pfaff: 2002). Diese Artikel stellen aufgrund ihrer Datenbasis die Erwerbsbeteiligung einer größeren Zahl behinderter Menschen dar, weil sie nicht nur auf schwerbehinderte Menschen beschränkt sind. Aufgrund dieses Vorteils nehmen auch andere Autoren Bezug auf die Zahlen des Mikrozensus zur Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen (vgl. Allmendinger und Rauch: 2005a;b; Driller und Pfaff: 2006; 2005; Rauch: 2005).

Auch der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung enthält ein Kapitel über Menschen mit Behinderung. Da deren Lebenslage u.a. durch die Teilhabe am Arbeitsleben bestimmt wird, stellt der Bericht die Beschäftigungssituation behinderter Menschen zwischen 1999 und 2005 dar. Dazu wird die Erwerbstätigenquote der Personen ab 15 Jahren zu drei Zeitpunkten verglichen. Als Datengrundlage dient jeweils der Mikrozensus von 1999, 2003 und 2005. Für 2005 wurde eine Erwerbstätigenquote von 22.9% für behinderte Menschen ermittelt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales : 2008, S. 160).

Im 1. Gender-Datenreport findet sich in Kapitel 9 die Untersuchung der Situation von Frauen und Männern mit Behinderung in Deutschland. Die gleichberechtigte berufliche Integration ist ein wesentliches Anliegen der Politik, sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene. Dementsprechend wird die Erwerbsbeteiligung der Geschlechter, in Form der Beschäftigungsquoten, gegenübergestellt. Die zugrundegelegten Daten stammen vom Mikrozensus 2003. Es wird sowohl zwischen den Geschlechtern, als auch zwischen schwer- und leichtbehinderten Personen unterschieden. Die Beschäftigungsquote liegt bei den leichtbehinderten Personen (Frauen: 49%, Männer: 58%) über denen der schwerbehinderten (Frauen: 31.4%, Männer: 36%).[2] Die Beschäftigungsquote der nicht-behinderten Personen (Frauen: 59%, Männer: 73.3%) liegt deutlich über der der

[1] Das Labour-Force Konzept der ILO unterscheidet zwischen *Erwerbspersonen* und *Nichterwerbspersonen*. Erwerbspersonen werden unterteilt in *Erwerbstätige* und *Erwerbslose*. Zu den Erwerbstätigen zählen Personen in einem Arbeitsverhältnis, die mindestens 1 Stunde pro Woche arbeiten; Selbstständige/Freiberufler und unbezahlt mithelfende Familienangehörige. Auch wenn eine Person in einem Beschäftigungsverhältnis steht, der Beschäftigung in der Berichtswoche aber vorübergehend nicht nachgeht, gilt sie als erwerbstätig. Als Erwerbslos gilt jeder, der nicht erwerbstätig ist aber aktiv in den letzten 4 Wochen Arbeit gesucht hat und innerhalb von 2 Wochen eine Arbeit aufnehmen kann. Nichterwerbspersonen sind weder erwerbstätig noch erwerbslos (Möller und Walwei: 2009, S. 23).

[2] Unter leichtbehinderten Personen werden hier diejenigen mit einem GdB zwischen 30% und 50% verstanden.

behinderten (Michel und Häußler-Sczepan: 2005, S. 562).

Mühling (2000) untersucht auf Basis des Mikrozensus von 1995 die Integration am Arbeitsmarkt von schwerbehinderten Menschen. Die Erwerbsbeteiligung wird als Erwerbstätigenquote ermittelt, der die Erwerbstätigkeit nach dem Labour-Force Konzept zugrunde gelegt wird. Die Erwerbstätigenquote der schwerbehinderten Menschen ab 15 Jahren liegt bei 16.8% und die der leichtbehinderten Menschen bei 43.7% (Mühling: 2000, S. 18). Die Erwerbsquote liegt bei schwerbehinderten Menschen bei 18.5%, bei leichtbehinderten Menschen bei 48%(Mühling: 2000, S. 19). Bezogen auf die Gruppe der schwerbehinderten Menschen unter 60 Jahren zeigt sich, dass die Erwerbsneigung mit zunehmendem Grad der Behinderung abnimmt (vgl. Mühling: 2000, S. 20).

George (1998) beschreibt die Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Behinderung und geht auf arbeitsmarktpolitische Instrumente und deren eingliedernde Wirkung für behinderte Menschen ein. Er beschränkt sich in seinen Aussagen weitestgehend auf die Gruppe der schwerbehinderten Menschen und stützt sich dabei auf amtliche Statistiken. Arbeitslosigkeit und deren Risikofaktoren für Menschen mit Schwerbehinderung wird in Bezug auf die Statistik der Bundesanstalt für Arbeit (1996) diskutiert. Die nach dem Geschlecht getrennten Erwerbsquoten für behinderte und nicht-behinderte Menschen, werden auf Basis der Daten des Mikrozensus von 1989 für Westdeutschland dargestellt.[1] Diese beziehen sich nicht auf das erwerbsfähige Alter, sondern es wird die Erwerbsquote für verschiedene Altersklassen sowie insgesamt für alle behinderten Menschen von mehr als 15 Jahren berechnet. Bei den Frauen liegt die Quote insgesamt bei 18.6% und bei den Männern bei 32.9% (George: 1998, S. 57).

3.1.2 Arbeiten auf der Basis der Beschäftigungsstatistik

Rauch und Brehm (2003) analysieren die Entwicklung der Situation schwerbehinderter Menschen am Arbeitsmarkt im Zeitraum zwischen 1995 und 2001. 1999 liegt für Personen von 15 bis unter 65 Jahren die Erwerbsquote bei 33.8% und hat sich damit gegenüber 1995 (36.9%) um knapp 3 Prozentpunkte reduziert (Rauch und Brehm: 2003, S. 23). Die Erwerbsquoten sind den Amtlichen Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit (ANBA) zum Arbeitsmarkt entnommen. Folglich besitzen sie im Bezug auf die gesamte Population der schwerbehinderten Menschen eine eingeschränkte Aussagekraft, da sie sich nur auf Daten der BA beziehen.

Der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen schwerbehinderten Menschen an allen schwerbehinderten Menschen im erwerbsfähigen Alter bildet die Erwerbsquote. In den ANBA resultiert die Beschäftigtenzahl zum einen aus den besetzten Pflichtarbeitsplätzen, die die Unternehmen der BA melden müssen und zum anderen aus der Teilerhebung von Arbeitgebern mit weniger als 20 Arbeitsplätzen. Alle 5 Jahre wird die Teilerhebung

[1] Die aus dem Mikrozensus bestimmte Erwerbsquote bezieht sich auf alle amtlich registrierten behinderten Menschen.

durchgeführt, um die Anzahl von schwerbehinderten Menschen zu erheben, die in Betrieben angestellt sind, die nicht unter das Gesetz zur Beschäftigungspflicht fallen. Bei den Arbeitslosen handelt es sich um schwerbehinderte Personen, die sich bei einer Arbeitsagentur als arbeitslos gemeldet haben.

Bereits zuvor hat Henninges (1997a) bei seiner Analyse der Arbeitsmarktsituation und der Merkmale von arbeitslosen schwerbehinderten Menschen die Daten der ANBA für die Jahre 1990 bis 1995 verwendet. Die Erwerbsquote wurde in der o.g. Weise für die 15 bis unter 65 Jährigen berechnet und liegt in Westdeutschland 1993 bei 38.7% und in Ostdeutschland bei 31.8%.[1]

3.2 Arbeiten auf der Basis der europäischen amtlichen Statistik

3.2.1 Der Labour-Force Survey als Datenbasis

Das „Europäische Jahr der Menschen mit Behinderung“ (2003) wurde zum Anlass genommen, um 2002 ein Ad-hoc-Modul über die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung in die Arbeitskräfteerhebung aufzunehmen. Für die Gesamtzahl der teilnehmenden Länder werden Aussagen zur Erwerbsbeteiligung getroffen, die sich nach dem Labour-Force Konzept richten und auf die Privatbevölkerung zwischen 16 und 65 Jahren beziehen. Für Deutschland werden keine separaten Zahlen ausgegeben, diese können aber anhand der Daten erstellt werden. Die Erhebung der Art der Behinderung war im Fragenprogramm der Arbeitskräfteerhebung vorgesehen, wurde allerdings in Deutschland nicht umgesetzt (Dupré und Karjalainen: 2003, S. 7).[2] Somit liegen für Deutschland keine Daten vor, um Erwerbsbeteiligung nach Art der Behinderung zu differenzieren.

Der Grad der Einschränkung wird aus drei Fragen zur Arbeit konstruiert. Diese beziehen sich auf die Art und den Umfang der Arbeit sowie auf die Mobilität auf dem Weg zur Arbeit. Je nachdem bei wievielen der drei Fragen eine Einschränkung bejaht wird, ergibt sich einer von vier Einschränkungsgraden.[3] Um internationale Vergleichbarkeit herzustellen, wurde im Ad-hoc Modul auf die Definition von Behinderung durch sozialrechtliche Konzepte verzichtet. Stattdessen wurde auf eine subjektive Definition von Behinderung zurückgegriffen: „Behinderte sind diejenigen Personen, die angaben, ein lang andauerndes Gesundheitsproblem bzw. eine Behinderung zu haben, das bzw. die seit mindestens sechs Monaten vorliegt bzw. voraussichtlich mindestens sechs Monate lang vorliegen wird“ (Dupré und Karjalainen: 2003, S. 7). Mit diesem Datensatz sind damit für die Bundesrepublik auch – sehr begrenzt – Aussagen über Personen möglich,

[1] Die Erwerbsquote für Westdeutschland ist Tabelle15A entnommen, wohingegen die Erwerbsquote für Ostdeutschland aus den Angaben der Tabelle15B berechnet wurde.

[2] Commission Regulation (EC) No 1566/2001 of 12 July 2001

[3] Als Grad der Einschränkung wird unterschieden: schwerstbehindert; schwerbehindert; mittelgradig behindert; geringfügig behindert (vgl. dazu Dupré und Karjalainen: 2003, S. 7).

die keine amtlich anerkannte Behinderung besitzen. Auf Basis dieser Daten wurde für Deutschland ein Anteil von behinderten Menschen von 11.2% ermittelt (Dupré und Karjalainen: 2003, S. 1).

3.2.2 Das „European Community Household Panel on Income and Living Conditions“ (ECHP) als Datenbasis

Gestützt auf den Deprivationsansatz untersucht Maschke (2008) die Lebenslagen behinderter Menschen in verschiedenen Bereichen der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Dazu zählt auch der Bereich Arbeit und Beschäftigung. Die Datenbasis für die Untersuchung bildet das „European Community Household Panel on Income and Living Conditions“ (ECHP) von 2001.[1]

Behinderung und dessen Schweregrad wird durch zwei Fragen der Selbsteinschätzung operationalisiert. Zunächst wird gesundheitliche Beeinträchtigung erfragt („Haben Sie irgendein chronisches physisches oder psychisches Gesundheitsproblem, Krankheit oder Behinderung?“). Im Anschluss wird gefragt, inwieweit dadurch eine Einschränkung bei den täglichen Aktivitäten auftritt. Falls eine Einschränkung besteht, kann der Befragte abstufen, ob er davon stark, leicht oder nicht betroffen ist. Aufgrund dieser Antwort werden die Personen als „stark-behindert“ oder „leicht-behindert“ klassifiziert. Als „nicht-behindert“ gelten Personen, die entweder keine gesundheitliche Beeinträchtigung haben oder davon im Alltag nicht eingeschränkt sind (Maschke: 2008, S. 73f). In Deutschland gaben ca. 40% der über 16-Jährigen an, eine Behinderung zu haben (Maschke: 2008, S. 74).

Maschke beschränkt seine weiteren Analysen auf die „stark-behinderten“ Personen. Der Beschäftigungsstatus „stark-behinderter“ Personen wird für die 20 bis 64 Jährigen zwischen den EU-Ländern verglichen. Unterschieden wird nach inaktiv, arbeitslos oder beschäftigt mit mehr als 15 Stunden pro Woche. Für Deutschland lässt sich die Erwerbsbeteiligung bestimmen, indem der Anteil der Beschäftigten (ca. 30%) und der der Arbeitslosen (ca. 13%) addiert wird. Somit liegt die Erwerbsbeteiligung bei ca. 43% für das Jahr 2001.[2]

Einige Jahre zuvor hat bereits Bergeskog (2001) eine ähnliche Studie vorgelegt. Darin vergleicht er ausführlich die Arbeitsmarktpolitik, -strategien und -statistiken in 11 Ländern der OECD. Obwohl Deutschland nicht zu den untersuchten Ländern gehört, wird es aber zum Vergleich erwähnt. Die Datenbasis für die deutschen Daten liefert das ECHP

[1] Für Deutschland werden die Daten des ECHP aus den Daten des SOEP aufgefüllt. Im SOEP wird, neben den Fragen zur subjektiven Einschätzung von Behinderung die für das ECHP relevant sind, auch nach Schwerbehinderung bzw. Erwerbsminderung gefragt. Es zeigt sich, dass bei 90% der Befragten die subjektive Einschätzung von Behinderung mit der sozialrechtlichen übereinstimmt (Maschke: 2008, S. 74).

[2] Die Angaben wurden der Abbildung III.7 Beschäftigungsstatus behinderter Personen entnommen (Maschke: 2008, S. 88)

aus dem Jahre 1996. Das Fragemodul zur Gesundheit enthielt 1996 die gleichen Fragen wie 2001; entsprechend wird Behinderung gleichermaßen ermittelt (siehe oben).

Bezogen auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ergibt sich für Deutschland ein Anteil von Menschen mit Behinderung von 17%.[1] Die Erwerbsbeteiligung dieser Gruppe liegt bei 58% (Bergeskog: 2001, S. 313).[2]

3.3 Studien auf der Basis des SOEP

Maschke (2003) nutzt als Datengrundlage für seine Studie zur sozioökonomischen Lage von behinderten Menschen seit Mitte der 80er Jahre nicht die amtlichen Statistiken, sondern die Befragungsdaten des SOEP. Im Abschnitt zur Situation behinderter Menschen auf dem Arbeitsmarkt wird die Erwerbsbeteiligung schwerbehinderter Menschen thematisiert. Nach der Definition der erwerbsfähigen Bevölkerung als Personen zwischen 25 und 65 Jahren und der Erwerbsbeteiligung als der Anteil der in den Arbeitsmarkt integrierten schwerbehinderten Menschen wird die Erwerbsbeteiligung berechnet. Für 1985 berichtet Maschke „unter“ 40%[3], für 1998 hingegen 36.5%(Maschke: 2003, S. 170). Eine Differenzierung nach Art der Behinderung wird nicht vorgenommen.

Auf der Basis der SOEP-Daten zeichnet Weil (1996) die Entwicklung der Erwerbsquote der schwerbehinderten Menschen zwischen 1984 und 1988 in den alten Bundesländer nach.[4] 1988 lag die Erwerbstätigenquote der schwerbehinderten Menschen bei 63% und bei den nicht-behinderten Menschen bei 76% (Weil: 1996, S. 50).

Frick und Sadowski (1996) gehen unter anderem empirisch der Frage nach, ob schwerbehinderte Menschen tatsächlich als Problemgruppe am Arbeitsmarkt gelten können. Dazu vergleichen sie die Beschäftigungssituation von schwer- und nichtbehinderten Personen zwischen 16 und 60 Jahren. Die Erwerbsquote schwerbehinderter Menschen wird mit 55% angegeben. Diese Zahl scheint der Arbeit von Backes-Gellner und Frick (1989) entnommen zu sein und bezieht sich auf SOEP-Daten von 1986.

[1] Unter der Verwendung derselben Datenbasis und Definitionen enthält der Bericht der Europäischen Kommision zur Beschäftigungssituation behinderter Menschen präzisere Angaben. Der Anteil der Menschen mit Behinderung zwischen 16 und 64 Jahren liegt bei 17.3% und die Erwerbsbeteiligung bei 57.6% (vgl. Europäische Kommission: 2001, S. 35ff).

[2] Welche Definitionen für die Berechnung der Erwerbsbeteiligung zugrunde gelegt werden, ist nur dem Glossar des Textes zu entnehmen. Demnach wurde die Erwerbsbeteiligung nach den Definitionen der ILO berechnet (vgl. Bergeskog: 2001, S. 327-333).

[3] Der Artikel enthält keine genauere Angabe zur Erwerbsbeteiligung für das Jahr 1985.

[4] Seine Angaben basieren auf der Studie von Sadowski und Frick (1992).

3.4 Ad-hoc-Erhebungen

In der Praxis der kommerziellen Erhebungsinstitute werden nicht-replikative Querschnittsstudien (vor allem, wenn es sich nicht um eine Omnibus-Erhebung handelt) häufig als „Ad-hoc-Studien“ bezeichnet. Im Bereich der Erwerbstätigkeit behinderter Menschen sind solche Studien eher selten. Dies liegt z.T. an den erheblichen Kosten der Datenerhebung und vor allem der Schwierigkeit, mit vertretbarem Aufwand eine geeignete Stichprobe zu ziehen. Aus diesem Grund besitzen alle uns bekannten Ad-hoc-Erhebungen bedeutsame Einschränkungen in ihrer Verallgemeinerbarkeit. Die Studien werden im Folgenden mit dem Jahr ihrer Hauptveröffentlichung zitiert.

3.4.1 Die Studie „Menschen mit Behinderung“ (2003)

Das „Sozialwissenschaftliche Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V.“ veröffentlichte 2003 die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderung. Der Anspruch bestand darin – für ganz Deutschland – die Meinungen und Bewertungen behinderter Menschen in Erfahrung zu bringen. Diese werden im Bericht in Kombination zu Fakten der amtlichen Sozialberichterstattung vorgestellt. Die Auswahl der Befragten erfolgte in Kooperation mit diversen Behindertenorganisationen, Sozial- und Wohlfahrtsverbände bzw. -organisationen.[1] Insgesamt wurden 1030 Fragebögen ausgewertet. Die Erwerbsbeteiligung wird im Bericht vor allem durch die amtlichen Erwerbsquoten beschrieben, die Rauch und Brehm (2003) entnommen sind. Im Laufe der Ergebnisdiskussion der subjektiven Bewertung der Arbeitsverhältnisse durch die Befragten wird eine Erwerbsquote von 60% für die 18 bis 60 Jährigen genannt.(Haupt et al.: 2003, S. 157).[2] Der Fragebogen würde weitere Analysen nach Art der Behinderung, die in 6 Kategorien erfasst wird, erlauben.[3]

3.4.2 Die Studie „Schwerbehinderte Menschen auf dem Arbeitsmarkt“ (2002)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Clubs Behinderter und ihrer Freunde (BAG cbf) wurde 2000/01 eine schriftliche Befragung von schwerbehinderten Menschen zu ihrer beruflichen Situati-

[1] Nähere Informationen zum Auswahlverfahren bietet der Bericht nicht. Auch eine Ausschöpfungsrate wird nicht berichtet. Damit verstößt dieser Bericht gegen die minimalsten Ansprüche an die Beschreibung einer wissenschaftlichen Studie. Der Verzicht auf jede methodische Beschreibung legt den Verdacht auf ein Convenience-Sample nahe. Bis zum Beweis des Gegenteils muss davon ausgegangen werden, dass die Studie in keiner Weise verallgemeinerbar ist.

[2] Die Erwerbsquote wird hier aus dem Anteil der Erwerbstätigen und Arbeitslosen gebildet, wobei der Bericht nicht die zugrundegelegte Definition nennt. Es gilt zu berücksichtigen, dass lediglich 345 Personen im Datensatz der interessierenden Altersgruppe (18 bis 60) angehören (Haupt et al.: 2003, S. 12).

[3] Die Kategorien sind: Körperbehinderung durch Lähmung/Amputation; andere Körperbehinderung; Blindheit; starke Sehbehinderung; gehörlos und schwerhörig.

on umgesetzt. Dazu wurde eine Zufallsstichprobe aus den Daten von sechs Versorgungsämtern, von 7.200 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren gezogen, von denen 1.051 an der Studie teilnahmen (Rücklaufquote von knapp 15%) (Treinen: 2002, S. 1). Die Auswahl der Versorgungsämter scheint keine einfache Zufallsstichprobe zu sein.[1]

Welches Konzept von Erwerbstätigkeit Verwendung findet, wird im Text nicht definiert. Als arbeitslos gelten amtlich gemeldete Personen. Die Erwerbsbeteiligung wird nicht unmittelbar angegeben, aber sie lässt sich anhand der Angaben im Text für die Stichprobe auf 59.7% berechnen.[2] Die Art der Behinderung wird kategorial erfasst und in Bezug zur Art des Beschäftigungsverhältnisses ausgewertet (vgl. Treinen: 2002, S. 4).[3] Der Datensatz ermöglicht die Berechnung der Erwerbsbeteiligung schwerbehinderter Menschen nach groben Kategorien der Art der Behinderung.[4]

3.4.3 Die Studie „Live: Frauen mit Behinderung“ (2000)

Die bundesweite Studie „Live, Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Behinderung“ besteht aus drei Erhebungen zwischen 1997 und 1998. Eine davon ist eine schriftliche Befragung von Frauen (im Alter von 16-60 Jahren) mit einer Körper- oder Sinnesbehinderung, die einen Schwerbehindertenausweis besitzen. Die anderen beiden Erhebungen waren qualitativer Art. Es wurden zum einen biographische mündliche Befragungen mit gezielt ausgewählten behinderten Frauen durchgeführt und zum anderen Experteninterviews mit Vertretern aus Verbänden und Institutionen geführt.

Die Zufallsstichprobe der Teilnehmerinnen (n=5.269) der schriftlichen Befragung wurde aus den Adressdaten der Landesversorgungsämter in den jeweiligen Bundesländern ermittelt (Rücklaufquote: 18.73%).[5]

Erwerbsbeteiligung wird im Abschlussbericht der Studie als Erwerbstätigenquote verstanden. Von den 987 Studienteilnehmerinnen gaben 44.4% an, erwerbstätig zu sein (Eiermann et al.: 2000, S. 103). Die Erwerbsquote ist in den Ergebnissen des Berichtes nicht enthalten, jedoch sollte es anhand der Daten möglich sein, sie zu ermitteln. Da die Art der schwersten Behinderung in der Studie in 11 bezeichnete Kategorien (z.B. Krebs, Funktionseinschränkung der Gliedmaßen) eingeteilt wird, ist diesbezüglich eine

[1] Trotz unserer Bemühungen beim IAQ und beim Erhebungsinstitut konnte kein Erhebungsbericht ermittelt werden.

[2] Eigene Berechnung mit den Daten der Tabelle 4: Berufsstatus und Arbeitsuche schwerbehinderter Befragter nach Alter (in absoluten Zahlen) (Treinen: 2002, S. 7).

[3] Unterschieden wird nach: gehbehindert, Rollstuhfahrer, blind, gehörlos, geistig behindert, psychisch behindert, lernbehindert und Funktionsstörung.

[4] Der Datenzugang muss beim mittlerweile emiritierten Leiter der Studie individuell erbeten werden.

[5] Die Autoren machen für die geringe Rücklaufquote u.a. die aus Datenschutzgründen fehlende Rücklaufkontrolle und die fehlende Stichprobenbereinigung um stichprobenneutrale Ausfälle verantwortlich (vgl. Eiermann et al.: 2000, S. 59ff).

differenzierte Auswertung der Erwerbsbeteiligung möglich (vgl. dazu Eiermann et al.: 2000, S. 77).[1]

3.5 Zusammenfassung

Die bislang vorliegenden Studien zur Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen verwenden nur wenige verschiedene Datenquellen. Das allen Datenquellen mit Ausnahme der Ad-hoc-Erhebungen gemeinsame Hauptproblem besteht im Fehlen der Erhebung der Art der Behinderung. Diejenigen Studien, bei denen die Art der Behinderung erhoben wurden, leiden einerseits unter der in der Regel für eine differenzierte Analyse zu geringen Fallzahl, andererseits unter konzeptuellen und erhebungstechnischen Problemen. Abgesehen von den verschiedenen Zeitpunkten ist ein Vergleich zwischen den Studien schon allein durch die Uneinheitlichkeit der verwendeten Definitionen, der Auswahlverfahren und die Einschränkung des erwerbsfähigen Alters schwierig.[2] Angesichts der hohen Zahl der betroffenen Personen ist der geringe Informationsstand in Deutschland über die Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen erstaunlich.

[1] Genauere Angaben zu den Auswertungsmöglichkeiten sind uns nicht möglich, da uns weder der Datensatz noch der Fragebogen der LIVE-Studie zur Verfügung stehen.

[2] Die Tatsache, dass die mit öffentlichen Mitteln geförderten Ad-hoc-Erhebungen nicht als Mikrodatensatz zur Verfügung stehen und in den Veröffentlichungen nur höchst unzureichend beschrieben werden, erscheint zu Zeiten des Informationsfreiheitsgesetzes, der Forschungsdatenzentren und den DFG-Richtlinien guter wissenschaftlicher Praxis kaum glaublich.

4 Datenbestände über Menschen mit Behinderung in Deutschland

Die Hauptursache für die mangelnde Information über die Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen liegen in den Besonderheiten dieser prozessproduzierten Verwaltungstatistiken. Viele dieser Besonderheiten resultieren aus der amtlichen Erfassung der Schwerbehinderung. Daher muss zunächst der Prozeß der amtlichen Anerkennung einer Behinderung dargestellt werden.

4.1 Amtliches Anerkennungsverfahren

Das SGB IX („Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) sieht Leistungen für Menschen mit Behinderungen vor, „um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (§1 SGB IX).

Um einige der Rechte zur Teilhabe in Anspruch nehmen zu können, wird der Nachweis der Behinderteneigenschaft vorausgesetzt. Darunter fallen vor allem die Leistungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (z.B. unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr). Auch andere Gesetzbücher (z.B. Einkommenssteuergesetzbuch), die Erleichterungen für Menschen mit Behinderung enthalten, setzen dafür einen amtlichen Nachweis voraus. Hingegen sind beispielsweise Leistungen des SGB IX zur medizinischen Rehabilitation unabhängig vom amtlichen Behindertenstatus.

Menschen mit Schwerbehinderung (Grad der Behinderung (GdB) über 50) bekommen einen Schwerbehindertenausweis ausgestellt, Personen mit einer leichteren Behinderung (GdB unter 50%) verwenden ihren Feststellungsbescheid als Behinderungsnachweis. Die Gültigkeit dieser Nachweise wird auf längstens 5 Jahre befristet und kann nach neuerlicher Überprüfung verlängert werden. In Fällen, bei denen keine Veränderung der Behinderung zu erwarten ist, kann der Ausweis/Bescheinigung unbefristet ausgestellt werden. Der Antrag wird, mittels eines Antragsvordruckes, an die für das Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht zuständige Stelle (in der Regel das für den Wohnsitz zuständige Versorgungsamt) gerichtet.[1] Um die Behinderung nachzuweisen, müssen dem Antrag entweder Unterlagen über den Gesundheitszustand oder die Adressen der behandelnden Ärzte, die darüber Auskunft erteilen können, beigelegt wer-

[1] In Bundesländern, in denen es kein Versorgungsamt mehr gibt, übernehmen andere Stellen deren Aufgabe (z.B. Kreise und kreisfreie Städte).

den. Die medizinischen Unterlagen werden von einem ärztlichen Gutachter ausgewertet, um einen GdB festzulegen (vgl. LWL-Integrationsamt Westfalen: 2009). Als Grundlage zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Feststellung der Behinderung dient die Versorgungsmedizin-Verordnung[1] (VersMedV), die zum 01.01.2009 in Kraft trat.[2]

Die Versorgungsmedizin-Verordnung enthält Vorgaben zur Bestimmung des Grades der Behinderung in Abhängigkeit von den behinderungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Der anerkannte GdB kann 20% bis 100% betragen. Für eine einzelne Behinderung muss mindestens ein Grad von 20 erreicht werden, damit diese amtlich anerkannt wird (§69 Abs. 1 SGB IX). Prinzipiell wird der Grad der Behinderung in Zehnerschritten abgestuft, wobei eine Behinderung mit einem Grad von 10 nur berücksichtigt wird, wenn noch weitere Behinderungen vorhanden sind, deren Gesamt-Grad der Behinderung sich auf wenigstens 20 beläuft. Bei der Festlegung des Gesamt-GdB wird von der schwerwiegendsten Behinderung ausgegangen und überprüft, ob weitere bestehende Behinderungen die Funktionsbeeinträchtigung zusätzlich verstärken. „Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander“ (A3 Abs. a VersMedV). Im Einzelfall muss also genau geprüft werden, in welcher Wechselwirkung die Behinderungen zueinander stehen. Eine allgemeine Rechenregel zur Bestimmung des Gesamt-GdB schließt sich somit aus. Falls es aufgrund der Behinderung zu außergewöhnlichen seelischen Begleiterscheinungen oder Schmerzen kommt, muss dem durch eine entsprechende Erhöhung des GdB Rechnung getragen werden (A2 Abs. i VersMedV). Der GdB ist „grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen“ (A2 Abs. b VersMedV) und lässt somit keinen Schluss auf eine mögliche Beeinträchtigung im Erwerbsleben zu.

Erfüllt ein Mensch mit Schwerbehinderung die nach §2 und §3 der Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAwV) festgelegten Voraussetzungen (z.B. blind, gehörlos), dann wird in seinen Schwerbehindertenausweis ein oder mehrere zugehörige Merkzeichen eingetragen, welche die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen (z.B. „Freifahrt“ im ÖPNV) bieten.

Im Antragsformular wird zusätzlich nach Erwerbstätigkeit gefragt, womit abhängige Beschäftigung gemeint ist. Nach §69 Abs. 1 SGB IX gelten für erwerbstätige Personen, die einen Antrag auf Schwerbehinderung stellen, spezielle Fristen die zu einer bevorzugten Bearbeitung im Antragsverfahren führen. Auf diese Weise soll möglichst schnell für das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und -nehmer geklärt werden, ob der Arbeitnehmer vom besonderen Kündigungsschutz und Nachteilsausgleichen für schwerbehinderte Menschen Gebrauch machen kann (LWL-Integrationsamt Westfalen: 2009, S. 14). Da das Merkmal Erwerbstätigkeit ausschließlich für das Antragsverfahren des Erst- oder Änderungsan-

[1] Download unter: http://www.bmas.de/portal/33270/

[2] Ehemals wurde der Grad der Behinderung nach den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP) festgestellt.

trages erfasst wird, wird es von den Versorgungsämtern nicht gespeichert.

Obwohl sich international das Klassifikationssystem der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) etabliert hat, orientiert sich das deutsche Anerkennungsverfahren von Behinderung weiterhin an körperlichen Defiziten. Durch die Betonung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hat die ICF zwar in der Gesetzgebung und Definition von Behinderung im SGB IX Eingang gefunden, die Dokumentationsbögen zur Antragstellung, die von den Versorgungsämtern ausgefüllt werden, sind jedoch unverändert geblieben citep[vgl.][S. 90]Pfaff2008.
Im Antragsverfahren sind bei der Beurteilung des GdB nur Funktionseinschränkungen bedeutsam (Michel und Häußler-Sczepan: 2005, S. 536). Weitere Dimensionen der ICF (so z.B. Umweltfaktoren) werden nicht erfasst.

4.2 Daten über Menschen mit amtlich anerkannter Behinderung

4.2.1 Statistik der schwerbehinderten Menschen

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht alle zwei Jahre (in der Fachserie 13 Reihe 5.1) die Statistik der schwerbehinderten Menschen. Diese bundesweite Statistik liegt in ihrer aktuellen Ausgabe für das Jahr 2007 vor.

Bei der Statistik der schwerbehinderten Menschen handelt es sich um eine Totalerhebung. Im Berichtsjahr 2007 wurden 6.918.172 Menschen erfasst, von denen sich 3.041.875 im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 65 Jahren befanden.[1]

Nach §131 SGB IX enthält die Statistik der schwerbehinderten Menschen die Zahl der schwerbehinderten Menschen mit gültigem Ausweis sowie deren persönliche Merkmale wie Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit und Wohnort. Unter schwerbehinderten Menschen werden diejenigen verstanden, die eine amtlich anerkannte Behinderung mit einem Grad von 50 und mehr besitzen und die rechtlichen Voraussetzungen nach §2 Abs. 2 SGB IX erfüllen. In der Statistik werden ausschließlich Personen erfasst, die im Besitz eines gültigen Schwerbehindertenausweises sind. Des Weiteren gibt die Statistik Auskunft über die Art, die Ursache und den Grad der Behinderung. Über die Erwerbstätigkeit der Menschen mit Behinderung enthält sie keine Angaben.

Die Art der Behinderung wird einer von 55 Kategorien zugeteilt. Das zugrundeliegende Klassifikationsschema findet sich in den „Erhebungsunterlagen für die Statistik der schwerbehinderten Menschen“ (Statistisches Bundesamt: 2009c, S. 4). Darin wird festgeschrieben, dass maximal drei Arten der Behinderung mit jeweiligem Grad und Ursache

[1] Eigene Berechnung der Personen im erwerbsfähigen Alter aus den Daten der Tabelle 1.1 „Schwerbehinderte Menschen am 31.12.2007 nach Altersgruppen, Ländern, Grad der Behinderung und Staatsangehörigkeit“ (Statistisches Bundesamt: 2009b, S. 10).

der Behinderung pro Person berücksichtigt werden. Die Reihenfolge der Angaben zur Behinderung wird nach ihrem Schweregrad festgelegt. Die Erhebungsunterlagen sollen eine einheitliche Erhebung der Daten für die Bundesstatistik sicherstellen.

Die Datenlieferung an das Statistische Bundesamt erfolgt in mehreren Schritten. Damit ein schwerbehinderter Mensch in der bundesweiten Statistik erfasst wird, muss dieser zunächst seine Schwerbehinderteneigenschaft bei einem Versorgungsamt anerkennen lassen. Die Versorgungsämter speichern die Daten der Antragssteller und übermitteln sie an das jeweilige Landesversorgungsamt, wo sie zentral gesammelt werden.[1] Von dort gelangen die Daten anonymisiert an das Statistische Landesamt. Nach Plausibilitätsprüfungen und in einigen Fällen einem Abgleich mit den Einwohnermelderegistern werden die Daten an das Statistische Bundesamt weitergegeben. Das Statistische Bundesamt besitzt also keine personenbezogenen Daten der Personen, die in der Bundesstatistik erfasst werden.[2]

Verblüffenderweise werden die Daten auf Länderebene alle 5 Jahre gelöscht (Pfaff et al.: 2008, S. 92).[3] Für jüngere Daten lassen sich bei den statistischen Ämtern des Bundes und der Länder Sonderaufbereitungen anfordern.[4] Die Aufbereitungen sind für die Ämter sehr aufwändig und zeitintensiv, weswegen der Nutzer die Kosten von ca. 2000€ für eine solche Auswertung tragen muss (Pfaff et al.: 2008, S. 89).[5]

Die Daten der Schwerbehindertenstatistik können aus mehreren Gründen nicht als unverzerrte Vollerhebung angesehen werden. Falls Personen aus Angst vor Stigmatisierung ihren Anspruch auf Anerkennung nicht wahrnehmen, dann sollten „(...) gerade Menschen im erwerbsfähigen Alter in der amtlichen Schwerbehindertenstatistik signifikant unterschätzt werden“ (Driller und Pfaff: 2006, S. 90).[6] Maschke (2003, S.166) hebt hervor, dass es für Arbeitnehmer einen größeren Anreiz gibt, ihre Behinderung anerkennen zu lassen, weil sie dann vom Arbeitsschutzrecht profitieren. Also sollten vor allem Personen, die bereits längere Zeit erwerbstätig sind, in der Schwerbehindertenstatistik nachgewiesen werden. Ähnlich kann die Tatsache, dass die Zahl der männlichen Personen mit Behinderung in allen Altersgruppen über der der Frauen liegt, erklärt werden: Männer sind häufiger erwerbstätig werden daher eher Anträge auf Anerkennung einer Schwerbehinderung stellen (Pfaff (2006, S. 1268)), vgl. auch ’ (Michel und Häußler-Sczepan: 2005, S. 533). Weiterhin besteht für Frauen und Männer, die keiner Erwerbstätigkeit nachge-

[1] In einigen Bundesländern sind die (Landes-)Versorgungsämter abgeschafft und deren Aufgaben auf andere Verwaltungseinrichtungen verteilt worden. Am Prinzip des beschriebenen Datentransfers ändert das jedoch nichts.

[2] Eine ausführlichere Darstellung und Kritik der methodischen Beschränkungen der Datenerhebung und Datenaufbereitung bietet Pfaff et al. (2008).

[3] Dafür scheint es – außer einem technisch veralteten Grund einer Speicherplatzbeschränkung – keinen technischen oder juristisch stichhaltigen Grund zu geben.

[4] Ein Beispiel für eine Sonderaufbereitung findet sich bei Driller und Pfaff (2005, S. 24).

[5] Die Tatsache, dass eine technisch triviale Analyse aufwändig und zeitintensiv ist, zeigt die veraltete Art des Datenmanagements in Verwaltungen an einem weiteren Beispiel.

[6] Einen empirischen Beleg für diese Hypothese scheint es bislang nicht zu geben.

hen, weniger Anreiz sich einen Schwerbehindertenausweis ausstellen zu lassen. Darüber hinaus vermuten Driller und Pfaff (2006) auf der Basis eines internationalen Vergleichs der Bevölkerungsanteile geistig behinderter Menschen mit den Daten von 2001, dass die amtliche Statistik der Bundesrepublik die Zahl dieser Personen um 100.000 unterschätzt (Driller und Pfaff: 2006, S. 68f.).

4.2.2 Die Daten der Landesversorgungsämter

Die Landesversorgungsämter sind in der Regel die Einrichtungen, in denen die Daten der schwerbehinderten Menschen in einem Bundesland zusammenlaufen. In einigen Bundesländern (z.B. Nordrhein-Westfalen) wurden die Versorgungsämter und damit das Landesversorgungsamt aufgelöst und deren Aufgaben im Bereich Schwerbehindertenrecht an die Kreise und kreisfreien Städte übergeben.[1] Gleichwohl bleibt die zentrale Datenspeicherung auch in diesen Bundesländern bestehen, weil die entsprechenden Abteilungen der ehemaligen Landesversorgungsämter anderweitig angegliedert werden.

Die Landesversorgungsämter sammeln die Daten von allen Personen, die in einem Bundesland erfolgreich einen Antrag auf Behinderung gestellt haben.[2] Folglich werden sowohl schwerbehinderte als auch leichtbehinderte Menschen erfasst.[3] Da die Daten aus einem Antragsverfahren stammen, handelt es sich dabei um Personendaten mit Adresse. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der behinderten Menschen ein Interesse daran hat, seine Behinderung amtlich anerkennen zu lassen, um Zugang zu verschiedenen Leistungen und Vergünstigungen zu erlangen (z.B. Einkommenssteuerermäßigung). Die Datenbestände der Landesversorgungsämter bieten somit prinzipiell eine Auswahlgrundlage für eine Stichprobenziehung.

Die Angaben die ein Bürger bei seinem Versorgungsamt zur Antragstellung einer Behinderung macht, sind sogenannte Sozialdaten nach §67 Abs. 1 SGB X. Diese personenbezogenen Einzeldaten werden wegen ihrer Sensibilität durch das Sozialgeheimnis geschützt.

---

[1] vgl. www.bezirksregierung-muenster.de/startseite/service/Sozial-und_Familienleistungen/index.html.

[2] In Bayern liegen die personalisierten Daten nur in den Versorgungsämtern vor, nicht im Landesversorgungsamt.

[3] Um die Hypothese zu überprüfen, ob es Veränderungen in den Bewilligungsquoten gibt, wurden 13 Landesversorgungsämter angeschrieben und um die Erstellung einer Bewilligungsstatistik gebeten. Für die Jahre 2008 und 2009 sollte eine Auszählung der Personen vorgenommen werden, die einen Antrag auf Anerkennung ihrer Behinderung bewilligt bekommen haben und bei denen dieser Antrag abgelehnt wurde. Idealerweise sollten die bewilligten Fälle nach Art und Grad der Behinderung aufgeführt werden und die abgelehnten Fälle nach dem Ablehnungsgrund. Unterstützt wurde die Anfrage durch einen beigelegten Brief des Direktors des IAB. Berlin, Brandenburg und Schleswig-Holstein wurden nicht angeschrieben, weil sie nach eigener Auskunft keine Bewilligungsstatistik führen. Von den 9 erhaltenen Antwortschreiben enthielten lediglich 7 Datenmaterial mit unterschiedlichem Informationsgehalt. Nur Bayern konnte die Daten in der gewünschten Form zur Verfügung stellen. Auffällig ist, dass keines der neuen Bundesländer der Anfrage nachgekommen ist. Insgesamt hat sich gezeigt, dass die öffentlichen Verwaltungen nicht in der Lage sind, auf ihre vorhandenen Datenbestände zuzugreifen.

Versorgungsämter sind Leistungsträger nach §12 SGB I. Folglich erfassen sie personenbezogene Daten, die sie zur Wahrnehmungen ihrer Pflichten als Sozialleistungsträger benötigen. Das Sozialgeheimnis stellt sicher, dass die Daten ausschließlich Befugten zu diesem Zwecke zugänglich sind oder an sie weitergegeben werden dürfen (§35 Abs. 1 SGB I). Die Übermittelung von Sozialdaten kann für die Forschung zulässig sein, wenn das Vorhaben den Sozialleistungsbereich betrifft und oder der Planung der Aufgaben einer öffentlichen Stelle im Sozialleistungsbereich dient (§75 Abs. 1 SGB X). Das gilt nur, wenn „schutzwürdige Interessen des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden oder das öffentliche Interesse an der Forschung und Planung das Geheimhaltungsinteresse des Betroffenen erheblich überwiegt“ (§75 Abs. 1 SGB X). Der Datentransfer darf in der Regel erst nach schriftlicher Einwilligung des Betroffenen erfolgen, um dessen Recht auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren.[1] Unter gewissen Umständen erlaubt §75 Abs. 1 SGB X den Verzicht einer Einwilligung der Betroffenen (vgl. dazu Kap. 5 Metschke und Wellbrock: 2002). In diesem Falle bedarf die Übermittlung der Daten der Genehmigung durch die oberste Bundes- oder Landesbehörde, die für den Bereich zuständig ist, aus dem die Daten stammen (§75 Abs. 2 SGB X).

Schon allein die Selektionsprozesse durch die Definition der amtlich anerkannten Behinderung, zusammen mit den Problemen der föderalen Struktur, der Auflösung der Landesversorgungsämter in einigen Bundesländern sowie der Eigenheiten der Personendaten in Bayern, lassen eine Stichprobenziehung aus den Daten der Landesversorgungsämter als einen mühseligen und wenige verzerrungsarmen Weg zur Gewinnung einer Stichprobe erscheinen. Die praktischen Erfahrungen einer Stichprobenziehung aus den Adressdaten der Landesversorgungsämter bei Eiermann et al. (2000) zeigen aber noch weitere Probleme.

Zur Untersuchung von Frauen mit Körper- oder Sinnesbehinderung wurden die Landesversorgungsämter in einem Anschreiben darum gebeten, eine zufällige Adressauswahl vorzunehmen, um diesen Personen den Fragebogen schicken zu können (Rücklaufquote: 18.73%). Für die Studie sollten diese Daten ohne Einwilligung der Betroffenen an ein Erhebungsinstitut weitergegeben werden, was die Genehmigung der jeweiligen Dienstbehörden voraussetzte. „Nur zwei Bundesländer (Bayern und Thüringen) teilten die datenschutzrechtliche Auffassung des Auftraggebers und hatten keine datenschutzrechtlichen Einwände gegen eine Weitergabe der Adressen, die unmittelbar nach Versendung der Fragebögen durch unser Institut vernichtet wurden“ (Eiermann et al.: 2000, S.59). In den anderen Bundesländern wurden die Fragebögen von den Landesversorgungsämtern selber verschickt, wodurch keine datenschutzrechtlichen Probleme auftreten, da keine Adressen von den Ämtern weitergegeben werden mussten.[2] Schließlich erwarteten einige der angeschriebenen Behörden eine Entlohnung für den Aufwand einer Adressauswahl

[1] Eine umfangreiche Beschreibung der Standards, die ein Einwilligungsschreiben erfüllen muss, damit es rechtsgültig ist, bietet Metschke und Wellbrock (2002, Kap. 4).

[2] Dadurch wird das Stichprobenverfahren aber zu einem Opt-In-Verfahren. Diese sind in der empirischen Literatur notorisch für niedrige Rücklaufquoten und erhebliche Selektivität. Methodologen raten von der Verwendung von Opt-In-Verfahren immer ab.

(Eiermann et al.: 2000, S.59). Die angefallenen Mehrkosten werden nicht näher erwähnt, jedoch, dass der gesamte Prozess zu „zum Teil zähen Verhandlungen“ (Eiermann et al.: 2000, S.59) führte. Entsprechend langwierig wird die Durchführung eines Stichprobenverfahrens auf diesem Wege sein.

4.2.3 Daten der Finanzämter

Behinderte Menschen haben im alltäglichen Leben als Folge ihrer Behinderung häufig Mehraufwendungen. Das Einkommensteuergesetz (EstG) sieht daher als Ausgleich für die Belastung einen Pauschbetrag (§33b EstG) vor, der ohne Einzelnachweis der tatsächlichen Aufwendungen gewährt wird. Daher entstand im Rahmen dieses Projekts die Idee, diese Datenbestände für eine Stichprobenziehung zu verwenden.

Das Anrecht auf den Pauschbetrag erhält man, wenn die amtlich anerkannte Behinderung bei dem zuständigen Finanzamt nachgewiesen wird. Die Höhe des Pauschbetrages richtet sich nach dem dauernden Grad der Behinderung (GdB). Den niedrigsten Betrag von 310€ erhält man mit einem GdB von 25 oder 30, den höchsten Betrag von 3700€ erhalten hilflose oder blinde Menschen (§33b Abs. 3 EstG). Kindern steht der Pauschbetrag ebenfalls zu. Sollten sie ihn nicht selbst in Anspruch nehmen, kann er auf Antrag auf die steuerpflichtigen Erziehungsberechtigten übertragen werden (§33b Abs. 5 EstG). Anstelle des festgelegten Pauschbetrages kann die „außergewöhnliche Belastung“ auch durch einen Einzelnachweis der Aufwendungen steuerlich geltend gemacht werden. Die Einkommensteuer wird ermäßigt, wenn der Betrag der Aufwendungen die zumutbare Belastung (richtet sich prozentual nach den Gesamtbetrag der Einkünfte) übersteigt (§33 Abs. 1 und 3 EstG).

Da ein Pauschbetrag beantragt werden muss, sind die Antragsteller in den Finanzamtdaten registriert. Das Finanzamt gibt die Information über die Höhe des Betrages an die Gemeinden weiter, die diesen dann auf die Lohnsteuerkarten drucken. Für jeden dieser Fälle lässt sich anhand der Datenkodierung beim Finanzamt ermitteln, auf Grund wessen Behinderung der Pauschbetrag gewährt wurde. Auf diese Weise lassen sich auch behinderte Kinder ermitteln, deren Pauschbetrag auf die Eltern übertragen wurde.

Personen, die die „außergewöhnliche Belastung“ anstelle des Pauschbetrages geltend machen, lassen sich ebenfalls aus den Finanzamtdaten herausfiltern. Hierbei stellt sich das Problem, dass nicht erkennbar ist, ob eine Behinderung für die Aufwendungen ausschlaggebend ist oder ein anderer Grund. Generell können sehr unterschiedliche Gründe eine „außergewöhnliche Belastung“ bedingen und von der Steuer abgesetzt werden.

In jedem Bundesland gibt es eine zentrale Stelle, der die gesamte Datenverwaltung der Finanzämter obliegt (in der Regel Oberfinanzdirektion). Anhand der dort vorliegenden personalisierten Daten der Einkommensteuerpflichtigen ließe sich ermitteln, wer aufgrund eines bestimmten Grades der Behinderung einen Pauschbetrag zugestanden bekommt, um aus diesem Personenkreis eine Stichprobe zu ziehen. Die Daten werden durch

das Steuergeheimnis nach §30 der Abgabeverordnung (AO) geschützt. Darin ist festgelegt, unter welchen Umständen die Daten der Steuerpflichtigen „offenbart“ werden dürfen (§30 Abs. 4 AO). Das gilt u.a. für die Durchführung von Verwaltungsverfahren, wenn der Betroffene der Datenweitergabe zustimmt oder wenn sie durch ein Gesetz erlaubt wird. Eine Gesetzespassage der Abgabeordnung, die die Nutzung der Finanzverwaltungsdaten für wissenschaftliche Zwecke regelt, gibt es nicht. Unter den gegebenen Bedingungen der Bundesrepublik kommen diese Daten daher für eine Stichprobenziehung nicht in Frage. Allerdings eröffnet dieser Datenbestand eine andere Möglichkeit, Daten über Behinderte zu gewinnen: Die Lohn- und Einkommensstatistik.

Die Daten der Länderfinanzverwaltungen werden für die Lohn- und Einkommensteuerstatistik des Bundes weiterverarbeitet. Diese erscheint alle drei Jahre in der Fachserie 14 Reihe 7.1 und soll eine Beurteilung der Struktur und Wirkungsweise der Einkommensteuer ermöglichen. Sie umfasst als Vollerhebung die Einkommensteuerveranlagungen von unbeschränkten und beschränkten steuerpflichtigen Personen nach §1 EStG.[1] Die rechtliche Grundlage für die Statistik ist das Gesetz über Steuerstatistiken (StStatG), welches in §2 Abs. 2 die Erhebungsmerkmale festlegt. Da der „Behinderten-Pauschbetrag“ nach §33b EStG bei der Einkommensteuer geltend gemacht werden kann, wird er als Erhebungsmerkmal erfasst. Über die Höhe des Pauschbetrages lässt sich rückschließen, welchen Grad der Behinderung ein Steuerpflichtiger hat.

Die veröffentlichte Lohn- und Steuerstatistik beinhaltet keine Auswertungen zum Pauschbetrag, aber es sind Analysen dazu anhand des entsprechenden „Scientific Use Files“ des Statistischen Bundesamtes möglich.[2] Das Scientific Use File ist eine 10% Stichprobe der Gesamtheit der Steuerpflichtigen und enthält faktisch anonymisierte Mikrodaten.[3]

Weitere für eine Analyse der Erwerbstätigkeit Behinderter interessante Erhebungsmerkmale sind der Wirtschaftszweig[4], die Einkunftsart (unterschieden nach Gewinneinkünften und Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit) sowie die soziale Gliederung. Anhand der Einkunftsart können erwerbstätige Personen identifiziert werden. Analysen

[1] Die Lohn- und Einkommensteuerstatistik für ein Berichtsjahr erscheint dreieinhalb bis vier Jahre nach Ende des Veranlagungsjahres. Der Grund dafür sind die langen Fristen zur Abgabe der Einkommensteuererklärung (vgl. Anmerkungen zur Lohn- und Einkommensteuerstatistik in: Statistisches Bundesamt (2009a)).

[2] Der Datensatz zur aktuellen Lohn- und Einkommensteuerstatistik 2004 wird Anfang Juni 2010 zur Verfügung stehen. Angeboten wird der Datensatz unter: http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/lest/index.asp.

[3] Für wissenschaftliche Zwecke kann der File bei den Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder gegen 95€ beantragt werden: http://www.forschungsdatenzentrum.de/nutzungsantrag.asp

[4] Im Scientific Use File wird der Wirtschaftszweig unter einer Gewerbekennzahl (AB bis O) geführt, die an die Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes angelehnt ist. Im Scientific Use File gibt es keine tiefere Gliederung als die der Abschnitte (AB bis O). Der Zugriff auf die Tiefengliederung ist über die Datenfernverarbeitung bei einem Forschungsdatenzentrum möglich.

spezieller Personengruppen wie z.B. Beamte/Richter/Soldaten sind möglich.[1]

Anscheinend sind diese Daten noch niemals für die Analyse der Lebenslagen behinderter Personen oder zur externen Validierung von Survey-Daten, wie z.B. dem SOEP, verwendet worden. Angesichts der geringen Kosten und der großen Fallzahl bei diesem prozessproduzierten Datensatz empfehlen wir eine detailliertere Untersuchung der Möglichkeiten dieses Datensatzes für die Fragestellung dieser Studie.

4.3 Potentielle Datenbanken über Menschen mit amtlich bekannter Behinderung

Bei einem großen Teil der Behinderungen ist damit zu rechnen, dass sie lebenslang anhalten. Daher sind z.B. auch Datenquellen, die sich auf Personen beziehen, die noch nicht in das Arbeitsleben eingetreten sind, von Interesse. Daher wurden eine Reihe von potentiellen Datenquellen dahingehend untersucht, ob Individualdaten für eine – eventuell erst Jahrzehnte spätere – Stichprobenziehung zur Verfügung stehen könnten. Zunächst werden Datenquellen diskutiert, bei denen zwar bekannt ist, dass eine Behinderung vorliegt, diese aber nicht in jedem Fall eine amtlich anerkannte Behinderung sein muss.

4.3.1 Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Die SEU ist in allen Bundesländern üblich und wird verpflichtend vor der Einschulung eines Kindes vorgenommen. Diese schulärztliche Untersuchung soll die körperliche Entwicklung und Belastbarkeit der Kinder sowie eventuelle schwerwiegende Beeinträchtigungen feststellen. Werden Beeinträchtigungen in der Entwicklung und der Gesundheit eines Kindes festgestellt, informiert der untersuchende Arzt die Eltern und die Schule des Kindes.[2]

Umfang und Durchführung der SEU unterscheiden sich von Land zu Land. Selbst innerhalb eines Landes kann es Kommunen geben, die sich nicht an einem einheitlichen Modell beteiligen. Eine weit verbreitete Variante zur Durchführung und Dokumentation der Untersuchung ist das „Bielefelder Modell“. Nach diesem Modell verfahren unter anderem Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern und Hessen. Das Modell besteht aus einer Liste von Befunden, die standardisiert erhoben und dokumentiert werden. Darin enthalten sind auch Befunde spezieller Behinderungen des Kindes, die die Bereiche Lernbehinderung, Körperbehinderung und geistige Behinderung abdecken (vgl. LIGA.NRW: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit: 2008, S. 9).

[1] Auflistung der Merkmale des Datensatzes unter: http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/lest/suf/2001/index.asp

[2] vgl. die Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über die Schuleingangsuntersuchung unter http://www.kindergesundheit-info.de/1763.0.html.

Das Kind wird auf Merkmale verschiedener Bereiche hin untersucht (z.B. Befunde der inneren Organe, Befunde spezieller Behinderungen) und der Befund wird mit den Markierungen X, B ,A ,D und 0 codiert (vgl. LIGA.NRW: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit: 2008, S. 14). In den jugendärztlichen Definitionen des „Bielefelder Modells“ findet sich zu jedem der zu befundenden Merkmale eine Merkmalsdefinition, eine Erläuterung zur Durchführung der Befundung, eine Auflistung der möglichen Codierungen und deren Bedeutung und ob je nach Befund weitere Maßnahmen vom Amtsarzt eingeleitet werden müssen (vgl. LÖDG NRW: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW: 1989, S.9).

Die Codierung mit „D“ wird verwendet, wenn ein Befund vorliegt, „...der eine erhebliche und nicht nur vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung für das Kind bedeutet“ (LÖDG NRW: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW: 1989, S.2). Kinder mit einer dauerhaften Behinderung lassen sich durch die Merkmale „Körperbehinderung“ und „geistige Behinderung“ erkennen. Bei allen anderen Merkmalen geben die Markierungen mit einem „D“, einen Hinweis auf eine mögliche Behinderung. Dabei berücksichtigt werden muss, dass die SEU in einer frühen Lebensphase absolviert wird und die Kinder, auch durch gezielte Förderung aufgrund der Empfehlungen der SEU, Entwicklungsschübe durchleben können, die eine Behinderung abwenden. Eine Beeinträchtigung zur Zeit der SEU ist also durchaus reversibel.

Die Ergebnisse der SEU werden in den Landesgesundheitsämtern zentral gesammelt und für Veröffentlichungen aufbereitet. Daraus lässt sich entnehmen, wie viele Kinder mit einer Beeinträchtigung in einem Einschulungsjahrgang waren. Der Anteil der Kinder mit einem der drei Merkmale aus dem Bereich „Spezielle Behinderungen“, lag in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2006 zwischen 0.4 und 0.6% (LIGA.NRW: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit: 2008, S. 19). Die Daten, aus denen die Statistiken zur Schuleingangsuntersuchung bei den Landesgesundheitsämtern erstellt werden, sind anonymisiert.

Die Personendaten mit Anschrift der Kinder befinden sich nur in den einzelnen Gesundheitsämtern, die mit der Durchführung der SEU betraut sind. Teils liegen die Befunde in Aktenform vor, teils sind sie durch ein EDV-System erfasst. Eine Stichprobenziehung wäre anhand der vorhandenen Informationen prinzipiell umsetzbar. Allerdings werden die Adressdaten nach der SEU nicht aktualisiert, so dass Adressrecherchen in größerem Umfang notwendig würden. Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass die Fristen zur Lagerung der Akten von Land zu Land variieren. In Nordrhein-Westfalen werden die Daten nur 10 Jahre aufbewahrt, d.h. für gewöhnlich bis zum 16. Lebensjahr eines Schülers (KGSt: Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement: 2006, S.110). In Hessen hingegen werden die Daten bis zum Ablauf des 23. Lebensjahres der betroffenen

Schüler aufgehoben.[1]

Der Durchführung einer Stichprobe auf Basis dieser Akten steht zunächst einmal die ärztliche Schweigepflicht entgegen. Vermutlich ließe sich in umfänglichen Verhandlungen mit den Landesdatenschützern ein Modell entwickeln, bei denen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung in einer disproportionalen Schichtung (z.B. 50% Fälle mit Behinderung, 50% Fälle ohne Behinderung) ohne Weitergabe der Merkmale verwendet würden, allerdings wird die technische Umsetzung vor allem in den Ämtern ohne elektronische Erfassung der Ergebnisse erhebliche Probleme und Kosten bedingen. Da – wie bei allen wissenschaftlichen Projekten – mit Kooperationsproblemen der nachgeordneten Ämter zu rechnen ist[2], erscheint dieser Weg der Stichprobenziehung zwar prinzipiell möglich, aber nur wenig erfolgversprechend.

4.3.2 Schulämter

Aufgrund der allgemeinen Schulpflicht wäre zu erwarten, dass behinderte Kinder (vor allem, wenn Sie eine Förderschule besuchen) in irgendeiner Weise den Schulbehörden bekannt sind. Als geeignete Aggregatebene erschienen uns zunächst die Schulämter.

Schulämter sind die untere Schulaufsichtsbehörde im Rahmen der Schulaufsicht der Kultusministerien, die entweder für alle Schulen oder bestimmte Schularten auf kommunaler Ebene zuständig sind. In einigen Bundesländern wurden die Schulämter aufgelöst und deren Aufgaben von einer zentralen Stelle übernommen (z.B. Landesschulbehörde in Niedersachsen).[3] Die Schulämter der Bundesländer führen in der Regel keine Listen von behinderten Kindern und Jugendlichen, die eine Förderschule besuchen. Personalisierte Daten als Grundlage für eine Stichprobe finden sich nur bei den Förderschulen selbst.[4] Damit verbliebe nur der mühselige Weg einer Klumpenstichprobe der einzelnen Förderschulen. Da dieser Weg in der Regel mit erheblichem Aufwand (Einwilligung der Ministerien, der Schulaufsichtsbehörden, der Schulleitungen, der Elternvertreter und der einzelnen Eltern) verbunden ist, erscheint dieser Zugang kaum in die Praxis umsetzbar.

---

[1] §7 Abs. 2 Verordnung über die Zulassung und die Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege vom 7. Februar 2000.

[2] Diese Probleme werden im Allgemeinen unterschätzt. Müssen die Ämter nicht aufgrund eines Gesetzes kooperieren, dann ist immer mit Erhebungsproblemen zu rechnen. Interessanterweise kooperieren Ämter selbst dann nicht immer, wenn es gesetzlich vorgeschrieben ist. Ein Beispiel liefert die durch ein Bundesgesetz geregelte Bereinigung des Ausländerzentralregisters. Hier haben nur 92.2% der durch ein Gesetz zur Mitwirkung verpflichteten Gemeinden kooperiert: „Von den zu Beginn der Bereinigung bestehenden 647 Ausländerbehörden haben 596 an der Bereinigung teilgenommen“ (Opfermann et al.: 2006, 483).

[3] http://www.bildungsserver.de/zeigen.html?seite=4624

[4] Die Ausnahme bildet Hessen. Dort gibt es ein deutschlandweit einzigartiges Schulverwaltungsverfahren in Form der zentralen Lehrer- und Schülerdatenbank (LUSD) des Hessischen Kultusministeriums (http://www.lusdportal.hessen.de/).

4.3.3 Wehrmedizinalstatistik

In Deutschland gilt gemäß §1 des Wehrpflichtgesetzes (WPflG) die allgemeine Wehrpflicht für jeden Mann vom vollendeten 18. Lebensjahr an, der im Sinne des Grundgesetzes deutsch ist.

Im Zuge der Feststellung der Wehrtauglichkeit hat der Wehrpflichtige die Pflicht, sich zu melden, vorzustellen und Unterlagen vorzulegen, die auf seine geistige und körperliche Tauglichkeit schließen lassen (§3 WPflG). Die Adressen der zu erfassenden Personen werden von den Einwohnermeldebehörden an das zuständige Kreiswehrersatzamt (KWEA) weitergeleitet. Daraufhin versendet das KWEA einen Fragebogen zur Musterungsvorbereitung und seit 2006 auch einen medizinischen Fragebogen, durch den vorab Untauglichkeit nachgewiesen werden kann, ohne sich der Musterung zu unterziehen. Zum Wehrdienst nicht herangezogen wird, wer nicht wehrdienstfähig ist. Darunter fallen nach §11 des WPflG auch schwerbehinderte Menschen.

Reichen die gesundheitlichen Angaben des medizinischen Fragebogens nicht aus, um eine Untauglichkeit festzustellen, muss der Wehrpflichtige zur Musterung erscheinen. Die Musterung wird von einem Militärarzt geleitet, der nach den Richtlinien der Zentralen Dienstvorschrift ZDv 46/1 einen Tauglichkeitsgrad vergibt.

Nicht-Wehrdienstfähige bekommen den Tauglichkeitsgrad T5, der durch eine schwere Gesundheitsstörung, dessen Besserung nicht zu erwarten ist, begründet wird. Die Wehrpflichtigen, die diesen Grad erhalten, werden in der Wehrmedizinalstatistik erfasst, die vom Institut für Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen der Bundeswehr erstellt wird. Die Fälle in diesem Datenbestand weisen das Merkmal Behinderung nicht gesondert auf, da nur die Wehrdienstfähigkeit für die Bundeswehr von Interesse ist.

Die Diagnosen über den Gesundheitszustand werden gemeinsam mit der Schwere der entsprechenden Mängel in groben Kategorien erfasst (z.B. Wirbelsäulenveränderungen mit Gradation von I-VI).[1]

Ein Rückschluss von diesen Kategorien auf Behinderung wäre zwar prinzipiell möglich, da aber die Daten lediglich in anonymisierter Form vorliegen, können sie nicht für die Konstruktion eines Samplingframes verwendet werden.

4.3.4 Blindengeld

In allen Bundesländern wird blinden Menschen durch das Landesblindengeld eine sozialrechtliche Leistung zugestanden, um die blindheitsbedingten Mehraufwendungen aus-

[1] Das Beispiel wurde einem vom Institut für Wehrmedizinalstatistik zur Verfügung gestellten Auszug der Statistik zu „Gesundheitsnummern der Gradationen I - VI bei erstuntersuchten Wehrpflichtigen“ entnommen.

zugleichen.[1] Die Landesgesetze definieren Blindheit in Anlehung an § 72 Abs. 5 SGB XII. Demnach darf die Gesamtsehkraft für beide Augen nicht mehr als ein Fünfzigstel betragen, um als blind zu gelten oder es muss eine nicht nur vorübergehende Störung des Sehvermögens bestehen, die vom Schweregrad der Beeinträchtigung der erstgenannten gleichzusetzen ist.[2]

Das Blindengeld wird auf Antrag gewährt, wenn der Betroffene über ein medizinisches Gutachten verfügt, das den gemessenen Grad der Einschränkung des Sehvermögens bescheinigt.[3] Die Höhe der Zahlung unterscheidet sich zwischen den Ländern und erfolgt unabhängig vom Einkommen.

Nach SBG X §69 Abs. 2 Nr. 1 sind die Stellen, die die gesetzlichen Vorschriften der Länder über die Gewährung von Blindengeldleistungen umsetzen, den Leistungsträgern gleichgestellt, die dem Sozialgeheimnis nach §35 SGB I unterliegen. Daraus folgt, dass die personenbezogenen Daten über Blindengeldbezieher unter den Bedingungen gemäß §75 SBG X prinzipiell für die Forschung genutzt werden können.

Eine entsprechende Studie hat Schröder (1997) vorgelegt, der im Rheinland eine persönliche Befragung von 1013 blinden bzw. hochgradig sehbehinderten Menschen zu ihrer Beschäftigungssituation durchgeführt hat. Die Auswahlgrundlage war die Blindengelddatei des Landschaftsverbandes Rheinland, die alle Blindengeldbezieher des Zuständigkeitsbereiches umfasste.

Falls man also den Weg der Stichprobenziehung über die Art der Behinderung gehen will, dann könnte eine Stichprobe aus einer Blindengelddatei zu den einfacheren Subgruppen zu gehören. Da das Blindengeld aber nicht „automatisch“ gewährt wird, sondern nur auf Antrag des Betroffenen, muss – wie bei jedem auf Entscheidungshandeln basierenden Prozess – mit nur unzureichend modellierbaren Selektionsprozessen gerechnet werden. Da weiterhin Personen mit einer einschränkenden Sehbehinderung, die aber den Kriterien für die Gewährung des Blindengeldes noch nicht genügen, in den Blindengelddateien fehlen, würde selbst eine Studie, die sich auf Sehbehinderte beschränkt, nur die Endstadien, aber nicht den Prozess einer langsamen Verschlechterung der Sehkraft erfassen können.

[1] In folgenden Bundesländern wird auch Blindengeld bei hochgradiger Sehbehinderung gezahlt: Berlin, Hessen (wesentlich Sehbehinderte), Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Als hochgradig sehbehindert gilt derjenige, dessen Sehkraft nicht mehr als ein Zwanzigstel beträgt.

[2] Die Landesblindengeldgesetze variieren in Bezug auf die Sehschärfe des besseren Auges.

[3] Die jeweiligen Landesblindengesetze regeln, an welche zuständige Behörde der Antrag gestellt werden muss.

4.3.5 Verkehrsverbünde

Im Öffentlichen Personennahverkehr haben Menschen mit Schwerbehinderung, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt, hilflos, blind oder gehörlos sind, den Anspruch auf „Freifahrt“. Es erschien plausibel, das die Verkehrsverbünde Dateien über die Personen besitzen, die einen Anspruch auf Freifahrt besitzen. Dies ist leider nicht der Fall.

Die „Freifahrt“ wird im Versorgungsamt gegen Vorlage des Schwerbehindertenausweises mit entsprechendem Merkzeichen beantragt und durch eine Wertmarke nachgewiesen. Personen mit dem Merkzeichen G, aG und Gl zahlen für diese Wertmarke 60€ im Jahr.[1] Für Personen mit dem Merkzeichen H und Bl ist die Wertmarke kostenlos.[2]

Die Verkehrsverbünde besitzen keine Daten über die Personen, die im Besitz einer Wertmarke sind. Das resultiert daraus, dass die Gelder für die Wertmarken nicht unmittelbar von den Versorgungsämtern an die Verkehrsverbünde fließen, sondern an den Bund abgeführt werden müssen. Die Verkehrsunternehmen können die entstandenen Fahrgeldausfälle auf Antrag erstattet bekommen (§150 SGB IX). Dabei erhalten sie einen von der jeweiligen Landesregierung festgelegten Prozentsatz, der von den Unternehmen nachgewiesenen Fahrgeldeinnahmen.

Nach dem Verkehrsstatistikgesetz (VerkStatG) sind die Verkehrsverbünde dazu verpflichtet, vierteljährig eine Personenverkehrsstatistik zu erheben, die eine Zählung der Fahrgäste vorsieht. Im Zuge dieser Erhebung wird durch Vorzeigen des Fahrausweises ermittelt, wie viele Personen u.a. mit Schwerbehinderung in den Verkehrsmitteln befördert werden. Dabei werden keinerlei Personendaten über die Fahrgäste erhoben. Je nach Aufkommen der gezählten Fahrgäste mit Schwerbehindertenausweis, kann die Kostenerstattung an die Verkehrsbetriebe gegenüber dem festgesetzten Prozentsatz erhöht werden (§148 Abs. 5 SGB IX). Die einzigen Daten über Menschen mit Behinderung, die bei den Verkehrsverbünden vorliegen, sind die Ergebnisse der Personenverkehrsstatistik. Damit scheiden die Verkehrsverbünde als Datenlieferanten faktisch aus.

4.3.6 Kraftfahrzeugbundesamt (KBA)

Im § 33 des SGB IX sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben festgehalten. Darunter fällt die Kraftfahrzeughilfe, die ein Mensch wegen seiner Schwerbehinderung in Anspruch nehmen kann, wenn er dauerhaft auf die Nutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen ist um seinen Arbeits- oder Ausbildungsort oder den Ort einer sonstigen Leistung der beruflichen Bildung zu erreichen (§3 Abs. 1 KfzHV). Kraftfahrzeughilfe gilt folglich ausschließlich für Personen, die im Arbeits- und Berufsleben stehen. Gleich-

[1] Folgende Merkzeichen stehen für: G=Gehbehinderte; aG=außergewöhnlich Gehbehinderte; Gl=Gehörlose

[2] Folgende Merkzeichen stehen für: H=Hilflose; Bl=Blinde.

gestellte nach §2 Abs. 3 SGB IX haben ebenfalls das Recht diese Leistungen zu erhalten.

Die Hilfe umfasst u.a. Leistungen für eine behinderungsbedingte Zusatzaustattung des Kraftfahrzeuges (KfzHV §2 Abs 1). Diese Art von Umbaumaßnahmen, wie auch jede andere, muss den Zulassungsbehörden gemeldet werden. Die Idee bestand nun darin, dass diese Daten an das Kraftfahrzeugbundesamt weitergeleitet werden, was eine mögliche Datenquelle für eine Stichprobenziehung darstellen könnte.

Das KBA führt die Daten zu allen zugelassenen Fahrzeugen und deren Halter der Bundesrepublik im Zentralen Fahrzeugregister. Die Daten liegen in personalisierter Form vor, jedoch existiert das Merkmal „Behinderung“ nicht.[1] Alle den Umbau von Kraftfahrzeugen betreffenden Informationen werden von den Zulassungsstellen nicht an das KBA, sondern an die örtlichen Finanzbehörden übermittelt. Damit scheidet auch diese Datenquelle aus.

4.3.7 Gebühreneinzugszentrale (GEZ)

Der Rundfunkgebührenstaatsvertrag (RGebStV) regelt den Geltungsbereich der Rundfunkgebühren, die von der GEZ erhoben werden.
Gebührenpflichtig ist jeder Rundfunkteilnehmer. Rundfunkteilnehmer ist, wer ein Rundfunkempfangsgerät zum Empfang bereithält (§1 Abs. 1 RGebStV). In §6 des RGebStV wird die Befreiung von Gebühren für folgende natürliche Personen geregelt: blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von 60% allein wegen der Sehbehinderung; hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist und behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung nicht nur vorübergehend wenigstens 80 vom Hundert beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können. Wenn bei der Antragstellung eines Schwerbehindertenausweises eines oder mehrere der genannten Kriterien erfüllt sind, bekommt man das Merkzeichen „RF“ im Ausweis eingetragen.

Da dieses Merkzeichen für die Befreiung eines Menschen mit Behinderung von der Rundfunkgebühr die Voraussetzung darstellt, hält die GEZ keine Daten von Personen mit Behinderung bereit, die über die der Versorgungsämter hinausgehen.

Der personalisierte Datenbestand der Rundfunkteilnehmer enthält nicht explizit das Merkmal Behinderung, aber über das Merkmal Befreiungsgrund lässt sich eine Behinderung erkennen. Die Art der Behinderung ist nicht gespeichert, da es für die Gebührenbefreiung keine Bedeutung hat, wegen welcher Behinderung das Merkzeichen RF zuerkannt wurde. Die personenbezogenen Daten der Rundfunkteilnehmer bei der GEZ

[1] Zwar enthält das Kraftfahrzeugregister Daten über 21.838 Krankenfahrstühle (Stand: 2009), aber deren Nutzung ist an keine amtlich anerkannte Behinderung geknüpft.

unterliegen den Landesdatenschutzgesetzen in denen die Landesrundfunkanstalten ihren Sitz haben.[1] Nach unserem Wissen wurden die Daten der GEZ noch nie für irgendeine wissenschaftliche Studie genutzt. Unter den gegebenen gesetzlichen Bedingungen halten wir den Datenbestand der GEZ kaum für zugänglich.

4.4 Potentielle Datenbanken über Menschen, deren Behinderung nicht amtlich bekannt ist

In vielen Verwaltungsdatenbeständen und Surveys wird eine amtlich anerkannte Behinderung nicht abgefragt, aber es liegen Diagnosen vor. Damit stellt sich die Frage, ob diese Merkmale als indirekte Messung einer Behinderung verwendet werden können.[2]

4.4.1 Verwendung von ICD-Daten als Proxy für den Grad der Behinderung

Eine Möglichkeit der Verwendung von ICD-Daten bestünde nun darin, Diagnosen durch Experten oder durch einen Klassifikationsbaum danach zu klassifizieren, ob von der durch die Diagnose bezeichneten Krankheit eine langfristige Funktionsbeeinträchtigung zu erwarten ist oder das Risiko einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung besteht. Bei einigen schweren Krankheiten (z.B. Parkinson oder MS) scheint die Übergangswahrscheinlichkeit von der Diagnose zu einer Behinderung deutlich erhöht.

Dennoch lässt sich der Grad der Behinderung (GdB) für diese schweren Krankheiten nicht ohne nähere Untersuchung des Einzelfalls festlegen. So führt eine Migräne noch nicht unbedingt zu einer Behinderung: Migräne mit leichter Verlaufsform verursacht nach der VersMedV einen GdB von 0 bis 10%, womit noch keine ausreichende Funktionsbeeinträchtigung für eine amtliche Anerkennung vorliegt. In ihrer schwersten Verlaufsform kann Migräne einen GdB von 50 oder 60% bedingen.

Ein deterministischer Schluss von einer ICD-Diagnose auf eine Behinderung ist zwar nicht möglich, trotzdem scheint eine Stichprobenziehung auf diesem Wege nicht ausgeschlossen. Zwar gibt es keine einfache Tabelle, bei der man von einer ICD-Diagnose ausgehend den zu erwartenden Grad der Behinderung ablesen kann,[3] aber die entsprechenden

[1] Unter welchen Umständen ein Zugriff auf diese Daten möglich ist, muss in Absprache mit dem jeweiligen Landesdatenschutzbeauftragten geklärt werden.

[2] Statistisch kann man das Problem als Zwei-Phasen-Design interpretieren. Dies ist Gegenstand des laufenden DFG-Projekts „Use of population data bases with double sampling for choice-based sample surveys and time-to-event data“ des Erstautors in Zusammenarbeit mit dem BIPS (Bremen). Einzelheiten finden sich unter http://www.survey-methodology.de/de/projekt5.html.

[3] Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat die Frage nach der Existenz einer solchen Tabelle verneint.

Wahrscheinlichkeiten lassen sich prinzipiell schätzen.[1] Aus diesen Wahrscheinlichkeiten ließen sich problemlos Schichten bilden, die für eine disproportionale Schichtung verwendet werden könnten. In Hinsicht auf Prospektivstudien, die auch den in §2 Abs. 1 SGB IX angesprochenen Aspekt der Bedrohung durch eine Behinderung erfassen sollen, erscheint dieser Zugang neben außergewöhnlich großen Kohortenstudien der einzig mögliche Weg einer geeigneten Stichprobenkonstruktion.

4.4.2 Gesetzliche Krankenkassen

Die Krankenkassen sind nach §6 Abs. 1 Nr.1 des SGB IX einer der Rehabilitationsträger. Daraufhin ist im Zusammenhang mit ihrem Rehabilitationsauftrag zu vermuten, dass möglicherweise Datenbestände mit dem Merkmal Behinderung vorliegen. Eine Überprüfung bei den Bundesverbänden der Krankenkassen ergab, dass Behinderung nicht als gesondertes Merkmal gespeichert wird. Die Krankheitsdiagnosen der Versicherten werden bei allen Krankenkassen nach dem ICD-Schlüssel klassifiziert. Trotz bestehender Einschränkungen dieser Vorgehensweise ließen sich die Diagnosen als Hinweis auf eine Behinderung eines Versicherten auffassen (vgl. Abschnitt 4.4.1).

Die Bundesverbände werden aber nur mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten der Versicherten versorgt, was eine zentrale Stichprobenziehung verhindert. Trotzdem ist eine solche Ziehung prinzipiell möglich. Z.B. gibt es am wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) zu jedem Fall im Datenbestand eine Identifikationsnummer. Es bestünde die Möglichkeit aus dem bundesweiten Datenbestand der AOK eine Stichprobe von Fällen mit speziellen Diagnosen zu ziehen und sie mittels Identifikationsnummer zu deanonymisieren. Die Umsetzung ist von der Mitarbeit und der Zustimmung der einzelnen örtlichen Kassen abhängig, könnte aber prinzipiell vom WIdO aus zentral koordiniert werden.

Die Weitergabe dieser Personendaten unterliegt dem Schutz des Sozialgeheimnisses nach §35 SBG 1 (vgl. dazu Abschnitt 4.2.2). Um das Sozialgeheimnis zu wahren, kann das bei solchen Probleme übliche „Opt-in-System“ genutzt werden. Dabei zieht die Krankenkasse nach den Vorgaben eines Auftraggebers eine Versichertenstichprobe. Die ausgewählten Personen werden von der Krankenkasse angeschrieben und nach ihrer Einwilligung zur Datenweitergabe für eine Studie gefragt. Die Adressen von den teilnahmebereiten

[1] Eine Recherche in den medizinischen Datenbanken erbrachte das ungewöhnliche Ergebnis, dass anscheinend keine Arbeiten zum Thema vorliegen. Angesichts der Tatsache, das die Modellierung über Klassifikationsbäume bzw. Survival-Trees oder Random-Survival-Forests (Ishwaran et al.: 2008) aussichtsreich erscheint, ist dies überraschend und sollte Anlass zu weiteren Untersuchungen geben. Geeignete Datenbasen ließen durch anonymes Record-Linkage (vgl. Schnell et al. (2009a), Schnell et al. (2009b)) der Daten der Krankenkassen mit den Daten der Rentenversicherer erstellen. Eine Alternative wäre die Verwendung der Daten des geplanten nationalen Mortalitätsregisters. Schließlich ließen sich auch amerikanische, britische oder skandinavische Daten für diese Modellierung verwenden, da solche Daten dort problemloser zugänglich sind.

Personen werden dann von den Krankenkassen an die Forscher weitergegeben.[1] Solche Stichproben wurde in mehreren Studien in der Bundesrepublik bereits verwendet.[2]

4.4.3 Gesetzliche Unfallversicherung

Nach §6 Abs. 1 Nr.3 des SGB IX gehört die gesetzliche Unfallversicherung zu den Rehabilitationsträgern, die Menschen mit Behinderungen mit Leistungen zur Teilhabe unterstützen sollen. Die zu erbringenden Leistungen umfassen medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Der Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung deckt Folgen von Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten ab. Die Träger der Leistungen sind die landwirtschaftlichen und gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Generell gilt der Grundsatz Rehabilitation vor Rente. Eine optimale medizinische Betreuung des Versicherten soll seine berufliche und soziale Wiedereingliederung des Versicherten nach einem Unfall oder einer Berufskrankheit gewährleisten. Erst wenn alle zumutbaren Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschöpft sind, wird eine Entschädigung in Form einer Rente gezahlt.

Voraussetzung für die Rente ist der in einem qualifizierten medizinischen Gutachten festgelegte Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem *gesamten* Gebiet des Erwerbslebens. Es handelt sich dabei um eine „abstrakte Schadensbemessung“, weil für die Einschätzung des MdE nicht die tatsächlichen Einkommenseinbußen oder Einschränkungen im privaten Bereich berücksichtigt werden. Der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit wird in Prozent angegeben und kann in Schritten von 5% abgestuft werden. Eine Rente wird gewährt, wenn die Folgen eines Versicherungsfalles eine MdE von mindestens 20% verursachen und diese nach Ablauf von 26 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles noch bestehen (§56 SGB VII). Als Versicherungsfälle gelten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§7 Abs.1 SGB VII). Die Frist von 26 Wochen verhindert die Erfassung von kurzfristigen Beeinträchtigungen und deckt sich somit mit dem Kriterium zur Definition von Behinderung aus §2 SGB IX, das von einer mehr als sechsmonatigen Abweichung von dem für das Alter typischen Gesundheitszustand ausgeht. Es handelt sich somit um eine Funktionsbeeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit, die im Sinne des SGB IX eine Behinderung darstellt. Das bestätigt sich darin, dass im An-

[1] Der Übersichtsartikel von Kho et al. (2009) befasst sich mit schriftlichen Einverständniserklärungen und der damit verbundenen verzerrten Auswahl in Beobachtungsstudien, die Daten aus medizinischen Aufzeichnungen verwenden. In den 17 untersuchten Studien wurden Unterschiede zwischen den Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern gefunden, auch wenn sie über die Studien hinweg nicht konsistent und gleich stark waren.

[2] Eine Übersicht findet sich bei Heller (2009) sowie im Schwerpunktheft 10/2008 des Bundesgesundheitsblatts.

trag bei den Versorgungsämtern zur Anerkennung der Behinderung danach gefragt wird, ob bereits eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt. Wenn das der Fall ist, kann der MdE als Grad der Behinderung unmittelbar übernommen werden, sofern der Antragsteller keine neuerliche Begutachtung verlangt.

Der Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ist der Dachverband des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften und des Bundesverbandes der Unfallkassen.[1] Die Mitglieder des DGUV versichern mehr als 70 Millionen Menschen in Deutschland, darunter fallen u.a. alle abhängig Beschäftigten, Schüler und Studierende sowie ehrenamtlich Tätige.[2] Des Weiteren sind Arbeitgeber je nach Satzung des versichernden Unfallversicherungsträgers pflichtversichert. Ein freiwilliger Eintritt in die Unfallversicherung ist für Arbeitgeber möglich. Die Gruppe der Beamten ist in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht vertreten.

Die DGUV besitzt anonymisierte Daten über die Versicherten mit Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE). Mittels Personenkennziffern wäre es prinzipiell technisch möglich, Personenmerkmale der Fälle für Stichprobenziehung zu erhalten.[3] Der Weg über den MdE ist nötig, weil Behinderung in den Daten nicht eigenständig erfasst wird. Als Einschränkung ist zu beachten, dass sich durch den MdE lediglich Personen mit erworbenen Behinderungen durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit erfassen lassen. Über den DGUV könnte Kontakt zu den einzelnen Versicherungsträgern aufgenommen und eine Stichprobenziehung koordiniert werden. Ein Beispiel für diese Art der Stichprobenziehung konnte in der Literatur nicht gefunden werden.

4.4.4 Gesetzliche Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist für alle Personen, die gegen ein Arbeitsentgelt oder wegen ihrer Berufsausbildung beschäftigt werden, eine Pflichtversicherung. Das gilt auch für einige Berufsgruppen der Selbstständigen (siehe § 2 SGB IV). Darüber hinaus steht es jedem zu, freiwillig der Rentenversicherung beizutreten. Derzeit werden mehr als 57 Millionen Personen von der Deutschen Rentenversicherung betreut.[4]

Gemäß §6 Abs. 1 Nr.4 SGB IX ist die gesetzliche Rentenversicherung ein Rehabilitationsträger und erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde Leistungen. Das SGB VI umfasst alle Leistungsangebote der Rentenversiche-

[1] Im eigenen Spitzenverband der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV) organisiert, sind die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und die Gartenbau-Berufsgenossenschaft, mit ca. 1.6 Millionen Beitragspflichtigen. Zum Kreise der Versicherten gehören vor allem landwirtschaftliche Unternehmer, ihre Beschäftigten und Auszubildenden. Alle weiteren Ausführungen über die Datenbestände gelten auch für die LSV.

[2] http://www.dguv.de

[3] Die Übermittlung der Adressdaten der Unfallversicherten an Dritte ist durch das Sozialgeheimnis nach §35 SBG 1 geregelt (vgl. dazu Abschnitt 4.2.2).

[4] vgl. http://www.deutsche-rentenversicherung.de

rung. Personen, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist (§10 Abs. 1 Nr.1 SGB VI), erhalten Leistungen zur Teilhabe. Darunter fallen medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen. Gemeinsames Ziel der Leistungen ist es, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen. Nachrangig werden Rentenleistungen erbracht, sofern die Leistungen zur Teilhabe ausgeschöpft sind (§9 SGB VI).

Bei der Rente wegen Erwerbsminderung wird zwischen teilweiser und voller Erwerbsminderung unterschieden. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§43 Abs. 1 SGB VI). Dieselbe Definition gilt für die volle Erwerbsminderung, mit dem Unterschied, dass ein Versicherter außerstande sein muss, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§43 Abs. 2 SGB VI). Folglich ist jede Person erwerbsfähig, die die gesundheitliche Konstitution besitzt, täglich mindestens sechs Stunden einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Erfüllt der Versicherte obendrein die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (z.B. Beitragszeiten), kann er einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen. Dem Antrag müssen ärztliche Unterlagen über den Gesundheitszustand beigefügt werden. Daraufhin wird vom Ärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung ein sozialmedizinisches Gutachten erstellt, auf dessen Grundlage über das Vorhandensein einer Erwerbsminderung entschieden wird. Im Jahr 2008 haben insgesamt rund 1.56 Millionen Versicherte im erwerbsfähigen Alter eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten (Deutsche Rentenversicherung Bund: 2009, S. 6).

Das Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) stellt die prozessproduzierten Rentenversicherungsdaten der Wissenschaft und Forschung zur Verfügung. Merkmale über die Behinderung oder Krankheiten werden von der Rentenversicherung nicht gespeichert, obwohl sie in der Anlage (R210) des Rentenantragsformulares abgefragt werden. Der verfügbare Datenbestand der Versicherten enthält aber die Variable „Rentenart“, wodurch man Personen mit Erwerbsminderungsrente identifizieren kann. Dabei handelt es sich um Personen mit Krankheiten oder Behinderung, die nicht unbedingt auch eine amtlich anerkannte Behinderung besitzen müssen, da diese keine Voraussetzung für eine Erwerbsminderungrente darstellt.

Der bundesweite Datenbestand ist anonymisiert. Jeder Fall besitzt jedoch eine Zählnummer, mit der er bei den Landesträgern deanonymisiert werden kann. Die technischen Voraussetzungen und Verfahrenswege für eine Stichprobenziehung sind beim FDZ-RV gegeben.[1] Dabei wird zunächst eine Stichprobe aus dem Gesamtdatenbestand von den

[1] Die Übermittlung der Adressdaten der Rentenversicherten an Dritte ist durch das Sozialgeheimnis nach §35 SBG 1 geschützt (vgl. Abschnitt 4.2.2.)

Personen mit dem interessierenden Merkmal gezogen. Die zugehörigen Zählnummern werden an die Rentenversicherungsträger übermittelt, die die Erhebungsunterlagen den ausgewählten Versicherten zukommen lassen. Erklärt sich ein Versicherter bereit, an der Erhebung teilzunehmen, schickt er die ausgefüllten Unterlagen an die mit der Auswertung betraute Einrichtung zurück. Dieses Verfahren ist mit dem Datenschutz vereinbar, da keine Versichertendaten von der Rentenversicherung an Dritte weitergegeben werden (vgl. Metschke und Wellbrock: 2002, S. 40f).

4.4.5 Krankenhausstatistik

Jedes Jahr wird in Deutschland vom Statistischen Bundesamt die Krankenhausstatistik erstellt. Dabei handelt es sich um eine Totalerhebung aller Krankenhäuser, die nach der Krankenhausstatistik-Verordnung zur Auskunft über Grunddaten, Kostennachweise und Diagnosedaten verpflichtet sind. Von Interesse für die Machbarkeitsstudie sind die Diagnosedaten der Krankenhauspatienten, weil sich darüber eine mögliche Behinderung der Patienten ableiten lässt. Darin erfasst werden alle Patienten, die aus einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus entlassen wurden. Als hauptsächliche Gründe für den Aufenthalt werden bis zu drei Hauptdiagnosen erfasst, die nach der deutschen Version der „Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten“ (ICD-10-GM) verschlüsselt werden. Die Diagnosedaten der bundesweiten Krankenhausstatistik stammen von den statistischen Landesämtern. Jedes Krankenhaus übermittelt seine Patientendaten an das jeweilige statistische Landesamt, wo sie gesammelt und auf Plausibilität geprüft werden. Die Landesämter erfassen neben den Hauptdiagnosen auch Personenmerkmale wie Geschlecht, Geburtsdatum, Postleitzahl und Wohnort. Die für eine Stichprobenziehung benötigten Adressdaten werden von den Krankenhäusern nicht an die Statistischen Landesämter weitergegeben.

Damit verbliebe nur der Weg über die ca. 2080 einzelnen Krankenhäuser.[1] Angesichts der Selektivität durch die ICD-Diagnose anstelle eines Behinderungsmerkmals, der Selektivität durch die Tatsache einer Behandlung und der zu erwartenden Kooperationsprobleme der einzelnen Krankenhäuser scheidet für eine praktische Implementierung einer Behindertenstichprobe der Zugang über die Krankenhäuser aus.

4.4.6 Daten des paritätischen Wohlfahrtsverbandes

Der Paritätische Gesamtverband ist ein Dachverband von eigenständigen Organisationen, Einrichtungen und Gruppierungen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Viele dieser Organisationen kümmern sich um die Belange behinderter Menschen.[2] Der Verband

[1] Der Dachverband der Interessengemeinschaften der Krankenhäuser, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), erhält keinerlei individuelle Patientendaten. Die Adressdaten aller Krankenhäuser, die im Zuge der Krankenhausstatistik erhoben werden, sind im „Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ aufgeführt. Für den Preis von 49€ kann das Verzeichnis beim Statistischen Bundesamt bezogen werden.

[2] vgl. http://www.der-paritaetische.de/

verfügt jedoch über keinerlei Datenbestände der Klienten dieser einzelnen Mitgliedsorganisationen. Um herauszufinden, welche behinderten Menschen die Leistungen des Verbandes in Anspruch nehmen, muss Kontakt zu den einzelnen Einrichtungen aufgenommen werden.

4.5 Gesundheitssurveys

Gesundheitssurveys enthalten in der Regel Fragen zu Behinderungen oder zumindest Fragen nach Krankheitsdiagnosen. Damit eignen sich Gesundheitssurveys zumindest teilweise für die Bearbeitung einiger Probleme im Umfeld der Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen. Die wichtigsten allgemeinen Gesundheitssurveys werden in Deutschland vom RKI erhoben, daher werden zunächst die Gesundheitssurveys des RKI behandelt.[1]

4.5.1 Bundesgesundheitssurvey 98 (BGS 98)

Der älteste bundesweite Gesundheitssurvey ist der BGS 98. Die teilnehmenden Personen wurden sowohl zu gesundheitsrelevanten Themen befragt als auch einer medizinischen Untersuchung unterzogen.[2] Zur Grundgesamtheit gehören alle in Privathaushalten lebenden Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren. Die Stichprobe ist eine mehrstufige Zufallsauswahl mit den Auswahlstufen Gemeinde, Stadtteil bzw. Wahlbezirk und Person aus dem Einwohnermelderegister (vgl. Bellach et al.: 1998, S. 64f).

Der Kern des Fragebogens ist ein Selbstausfüller-Fragenbogen, der unter anderem den allgemeinen Gesundheitszustand, Krankheiten und Beschwerden sowie Arbeitsplatzbelastungen erfragt. Daneben gibt es unter anderem Module zu Arzneimitteln, Ernährung und psychischen Störungen. Das letztgenannte Modul soll Inzidenzen und Prävalenzen der psychischen Morbidität und Komorbidität in der Bevölkerung ermitteln. Die Teilnehmer (18-65 Jahre) dieses Moduls wurden durch ein Screening ermittelt. Die Zahl der Befragten des Kerns beläuft sich auf 7.124, die des Moduls zu psychischen Störungen auf 4.181 Personen.

Im Kern des Surveys wird nach einer vom Versorgungsamt amtlich anerkannten Behinderung (zusammen mit deren Grad und dem Zeitpunkt der Anerkennung) gefragt. Die Art der Behinderung fehlt im Fragenkatalog. Hingegen wird von 44 Krankheiten überprüft, ob der Befragte davon jemals betroffen war oder ist.[3]

---

[1] Das Robert-Koch-Institut (RKI) ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention.

[2] Homepage: www.rki.de/cln_160/nn_201174/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/BGSurveys/bgsurveys__node.html?__nnn=true

[3] Zusätzlich wird im Modul „Psychische Störungen“ das Vorhandensein psychischer Beschwerden (ICD- bzw. DSM-Diagnosen) ermittelt. Eine genauere Beschreibung des Moduls „Psychische Störungen“ findet sich bei Wittchen et al. (1998).

Der Befragte wird auch um die Angabe seiner Berufstätigkeit, um eine Tätigkeitsbeschreibung und eine Einordnung seiner beruflichen Stellung gebeten. Personen die nicht erwerbstätig sind, können angeben, ob sie arbeitslos gemeldet sind.[1]

4.5.2 Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)

Mit dem DEGS setzt das RKI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit den BGS 98 fort. Der DEGS soll bundesweit repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (18-79 Jahre) liefern.[2] Der Erhebungszeitraum reicht bis in das dritte Quartal 2011. Die Studienteilnehmer setzen sich aus befragungswilligen Teilnehmern des BGS 98 (bis 89 Jahre) und einer neuen Stichprobe zusammen. Diese stammt aus einem zweistufigen Auswahlverfahren, wobei zunächst eine Auswahl von politischen Gemeinden vorgenommen wird, aus denen im Weiteren Personen aus den Einwohnermelderegistern gezogen werden. Angestrebt wird eine Gesamtteilnehmerzahl von 7.500 Personen.

Behinderung wird über die amtliche Anerkennung bei einem Versorgungsamt definiert. Die Fragen dazu sind die gleichen wie im BGS 98. Darüber hinaus wird nach dem Vorhandensein von einer oder mehreren lang andauernden, chronischen Krankheiten gefragt. Die Fragen zur Erwerbstätigkeit sind weitestgehend dem BGS 98 entnommen, mit der Ergänzung der Frage nach der Wochenarbeitszeit.[3]

Nach Beendigung der Studie sollen die Daten in anonymisierter Form als Scientific Use File für die Gesundheitsforschung, Epidemiologie und Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Wann die Daten tatsächlich zur Verfügung stehen werden, ist nicht bekannt. Legt man die Dauer bei BGS98 zugrunde, dann werden die Daten vermutlich kaum vor Ende 2013 zur Verfügung stehen. Dies gilt vor allem für das Modul „Psychische Störungen“.

[1] Die Surveydaten lassen sich auf Antrag beim Robert Koch-Institut als Public Use File anfordern (Kosten: 90€): http://www.rki.de/cln_160/nn_201172/DE/Content/GBE/Erhebungen/PublicUseFiles/formular__inhalt.html. Die Datenverwaltung des Datensatzes zum Modul „Psychische Störungen“ ist bemerkenswerterweise ausschließlich in der Obhut eines Lehrstuhlinhabers: Der Datensatz kann für 150€ beim Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden bezogen werden (http://psylux.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/materialien/puf-ngs.html).

[2] Homepage: www.rki.de/degs.

[3] Im DEGS findet das Modul „Psychische Störungen“ wiederholte Anwendung und bietet anhand mit dem „Composite International Diagnostic Interview“ eine differenzierte Erfassung psychischer Störungen nach der DSM-IV- Klassifikation. Enzelheiten finden sich wieder bei http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/projekte/ag1_p3_ger.

4.5.3 Telefongesundheitssurveys 2002 - 2007 (GSTel03-07)

Die Telefongesundheitssurveys zwischen 2002 und 2007 sollten als jährliche Befragungen dem Gesundheitsmonitoring zwischen den Untersuchungssurveys überbrücken. Auf diese Weise sollten aktuelle Gesundheitsdaten für Politik und Wissenschaft zur Verfügung gestellt werden. Weiterhin sollten diese Surveys Informationen zur Verbreitung von wichtigen Risikofaktoren und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen liefern. In Anlehnung an den Bundesgesundheitssurvey 1998 wurden viele Instrumente und Fragen übernommen (vgl. Ziese: 2005). Die Stichprobenziehung erfolgte nach dem ADM-Verfahren. Der umfangreichste Survey war der GSTel03 mit 8.313 Personen, die Fallzahl in den folgenden Studien war kleiner.[1] In allen GSTel.Erhebungen wurde Behinderung, aber nicht Art der Behinderung erfragt. Die Frageformulierungen entsprechen der der GEDA-Studie (vgl. den folgenden Abschnitt). Arbeitslosigkeit wurde ebenfalls wie in der GEDA-Studie erhoben.[2]

4.5.4 Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)

Der Gesundheitssurvey GEDA wurde erstmalig 2008/09 telefonisch erhoben und liefert Daten zu etwa 25.000 in Deutschland lebenden Personen über 18 Jahren.[3] Die jährlich als Querschnitt wiederholte Befragung besteht aus einem Kernbereich und einem sich jährlich ändernden Themenbereich. Zum Kernbereich gehören unter anderem Erkrankungen, Verletzungen, psychische Gesundheit sowie Krankheitsfolgen und Behinderung. Nach einer expliziten Frage nach einer Schwerbehinderung folgt eine Frage nach dem Grad der amtlich anerkannten Behinderung.

Die derzeitige Erwerbstätigkeit wird ebenfalls erhoben.[4] Der Befragte wird um die genaue Bezeichnung seiner beruflichen Tätigkeit, um die Einordnung des Betriebes in einen Wirtschaftsbereich (z.B. Industrie, Gesundheitsbranche) und die Angabe der beruflichen Stellung gebeten.[5] Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit wird offen abgefragt. Nichterwerbstätige können beschreibende Angaben zu ihrer Situation machen, z.B. dass sie arbeitslos gemeldet sind.

---

[1] Nähere Informationen finden sich unter http://www.rki.de/cln_160/nn_201172/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/Geda/Bisherige__tel__survey__inhalt.html.

[2] Die Daten des GSTel03 sind als Public Use File verfügbar und können beim RKI für 90€ bestellt werden: http://www.rki.de/cln_178/nn_201172/DE/Content/GBE/Erhebungen/PublicUseFiles/formular__inhalt.html. Die Public Use Files der Folgewellen GSTel04-07 sind für dieses Jahr (2010) angekündigt.

[3] Homepage: www.rki.de/geda.

[4] Zu der Frage „Sind Sie derzeit erwerbstätig?“ gibt es im Fragebogen folgende Erläuterung: „Darunter verstehen wir jede bezahlte bzw. mit Einkommen verbundene Tätigkeit, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat. Hinweis: Auch Gelegenheitsjobber, die z.Z. nicht arbeiten, zählen als erwerbstätig. 1-Euro-Jobs gelten nicht als Erwerbstätigkeit, da kein Arbeitsentgelt oder Lohn bezahlt wird. Man erhält lediglich eine Aufwandsentschädigung zusätzlich zum Arbeitslosengeld II“ (vgl. Fragebogen der GEDA Studie 2008/09).

[5] Die berufliche Tätigkeit kodiert die GESIS im Auftrag des RKI nach ISCO-88 und KldB-1992.

In der Erhebung 2009/10 wurden einige Fragen gegenüber der vorherigen Welle ergänzt.[1] Erstmals wird die Frage nach Unfallverletzungen gestellt und ob daraus eine amtlich anerkannte Behinderung hervorgegangen ist. Der Grad dieser durch einen Unfall entstandenen Behinderung wird abgefragt. Dadurch können auch amtlich anerkannte Menschen ohne Schwerbehinderung erfasst werden, sofern die Behinderung durch einen Unfall verursacht wurde. Die Frage nach einer Schwerbehinderung wird ebenfalls in dieser Welle gestellt. Arbeitslosigkeit wird sowohl nach einer subjektiven Einschätzung als auch durch die Frage nach einer Meldung bei einer Arbeitsagentur ermittelt. Das ILO-Konzept wird nicht angewendet.[2]

4.5.5 Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS)

Die KiGGS ist eine repräsentative Studie an der bislang 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren teilgenommen haben. Die Kinder und Jugendlichen wurden zufällig aus den Einwohnermelderegistern der 167 Studienorte ausgewählt. Es wurden sowohl Befragungen als auch körperliche Untersuchungen und Tests erhoben. Die Basiserhebung stammt aus den Jahren 2003-2006 und soll durch weitere Befragungswellen (1.Welle: 2009-2012) ergänzt werden. Um bei den Folgewellen weiterhin die Altersklasse der 0-6 Jährigen abzudecken, wird eine ergänzende Stichprobe aus den Einwohnermeldergistern der Studienstandorte gezogen.[3]

Im allgemeinen Fragebogen an die Eltern, in dem sie über ihre Kinder Auskunft erteilen, wird nach einer amtlich anerkannten Behinderung und dessen Grad gefragt. Darüber hinaus wird die Art der Behinderung durch eine offene Abfrage geklärt.

Da es sich bei den Studienteilnehmern um Kinder handelt, findet Erwerbstätigkeit keine umfangreiche Beachtung. Im Fragebogen für Jugendliche (14- bis 17-Jährige), wird nach der derzeitigen Beschäftigung (z.B. Lehre) gefragt.[4]

4.5.6 Der „European Health Interview Survey“ (EHIS)

Der von Eurostat koordinierte EHIS erhebt bevölkerungsbezogene Gesundheitsdaten. Dieser Survey enthält die Themenmodule Gesundheitsstatus (European Health Status

[1] In der Welle 2008/09 sollen etwa 23.000 Personen interviewt werden.

[2] Die Daten werden vom RKI als Public Use File gegen eine Auslagenpauschale von 90€ zur Verfügung gestellt. Die Datenaufbereitung der Erhebung von 2008/09 ist abgeschlossen. Zur Zeit werden vom RKI interne Berichte zu den Daten angefertigt. Im Anschluss werden die Daten als Public Use File veröffentlicht. Der Zeitpunkt für die Veröffentlichung konnte vom RKI nicht genannt werden.

[3] Homepage: http://www.rki.de/kiggs

[4] Der Datensatz der Basiserhebung des KiGGS ist auf Antrag beim Robert Koch-Institut als Public Use File für 90€ erhältlich (http://www.rki.de/cln_160/nn_201172/DE/Content/GBE/Erhebungen/PublicUseFiles/formular__inhalt.htm.

Module: EHSM), Gesundheitsversorgung (European Health Care Module: EHCM) und Gesundheitsfaktoren (European Health Determinants Modul: EHDM). Ergänzend werden demographische und sozio-ökonomische Variablen erhoben (European Background Module: EBM).

Von besonderer Bedeutung für diese Machbarkeitsstudie sind die Module EHSM und EHCM. EHSM umfasst 3 Fragen zur selbsteingeschätzten Gesundheit (Minimum European Health Interview: MEHI), sowie Fragen zu Verletzungen und Unfällen, arbeitsbedingten Problemen, Schmerzen, psychischen Beschwerden und zum Wohlbefinden. Das EHCM beinhaltet objektive Gesundheitsfragen wie z.B. Krankenhausaufenthalte oder Arztbesuche. Insgesamt werden zu den vier Themenkomplexen ca. 130 Fragen gestellt. Der EHIS zielt nicht spezifisch auf Behinderung ab, aber die im EHSM gestellten Fragen zu bestehenden Krankheiten und deren beeinträchtigende Wirkung im Alltag sind brauchbare Indikatoren für eine Behinderung.[1] Weiterhin geben die Hintergrundvariablen unter anderem Aufschluss über den gegenwärtigen Beschäftigungsstatus.

Die erste Erhebungswelle fand 2006 bis 2010 in 21 Staaten statt und basierte auf einer freien Vereinbarung der Mitgliederstaaten. In Ermangelung einer gesetzlichen Grundlage blieb die Umsetzung der Erhebung den Mitgliedstaaten überlassen. So konnte der EHIS als eigenständige Erhebung oder als Teil bestehender nationaler Surveys durchgeführt werden. In Deutschland wurden 2009 die deutschen Übersetzungen der Fragen einer Teilstichprobe der GEDA (vgl. den Abschnitt zur GEDA) als Pretest vorgelegt.[2] 2013/14 soll der EHIS verbindlich in allen Mitgliedsstaaten stattfinden und dann alle 5 Jahre wiederholt werden.[3]

4.5.7 Das „European Module on Disability and Social Integration“ (EDSIM)

Das Ziel des ebenfalls von Eurostat koordinierten EDSIM ist die Untersuchung der sozialen Integration von Menschen mit Behinderung.[4] Das Modul umfasst 10 Abschnitte: Zugang zum und Nutzung des Internet, Zugang zu Ausbildungsangeboten, Art der Beschäftigung, wirtschaftliche Stellung, Mobilität, Transport, Gemeinschaftsleben und Freizeit, Zugang zu Gebäuden, sozialer Kontakt und negative Einstellungen bzw. negatives Verhalten (Meltzer: 2008, S. 27). Die Auswahl der Abschnitte lehnt sich an die ICF an. Diese Abschnitte werden ergänzt um Themenblöcke zu Gesundheitsproblemen, Einschränkungen bei Basisaktivitäten (z.B. sehen, gehen) und Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. baden, essen) sowie 16 demographische und sozioökonomische Standardva-

[1] Der Fragebogen des EHIS findet sich im Bereich „Methodologies and data collections“ auf dem Dokumentenserver von Eurostat: http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library.

[2] Veröffentlichungen des RKI zu diesen Tests liegen bislang nicht vor.

[3] vgl. Commission Regulation (EC) No 1338/2008 vom 16.12.2008.

[4] Es wurde vorgeschlagen, EDSIM in „European Survey on the Interaction between Health and Social Integration (ESIHSI)“ umzubenennen. Möglicherweise wird das Modul unter diesem neuen Namen umgesetzt (Eurostat: 2010, S. 5).

riablen. Dazu gehört auch der Erwerbsstatus (Eurostat: 2010, S. 14f).

Voraussichtlich wird das EDSIM die Berechnung der Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung zulassen. Ob eine differenzierte Auswertung nach Art der Behinderung möglich ist, hängt von der endgültigen Version des Fragebogens ab, der noch nicht vorliegt.[1]

Das EDSIM ist als alleinstehendes Modul konzipiert und sollte ursprünglich 2012 zunächst einmalig implementiert werden; die Daten sollten dann Ende Juni 2014 für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung stehen (Eurostat: 2010, S. 16).[2]

Die Grundgesamtheit der Studie werden in Deutschland alle Personen ab 15 Jahren bilden, die in Privathaushalten leben. Um die Genauigkeitsanforderungen von Eurostat zu erfüllen, ist für Deutschland eine effektive Stichprobe von mindestens 18.122 Personen angesetzt (Eurostat: 2010, S. 18).[3]

4.5.8 „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE)

SHARE ist eine europaweit vergleichende Paneluntersuchung zum Thema Gesundheit, Alterung und Pensionierung. Die Zielpopulation besteht aus Personen, die älter als 50 Jahre sind. Die Daten sollen Einblicke in die Abhängigkeiten zwischen ökonomischen, gesundheitlichen, psychologischen und sozialen Faktoren verschaffen, welche die Lebensqualität der älteren Personen bestimmen.[4] Die erste Welle (2004) umfasste 25.000 Befragte, davon 3008 deutsche. In der zweiten Welle (2006/2007) reduzierte sich die Teilnehmerzahl in Deutschland auf 2568, in der dritten Welle sank die Teilnehmerzahl in Deutschland auf 1544.[5]

Obwohl gerade bei älteren Menschen Behinderungen vermehrt bestehen, wurde in der ersten Welle von SHARE der Bereich der Behinderung nicht gesondert berücksichtigt. Behinderung wurde gemeinsam mit dem Bestehen langwieriger Gesundheitsproblemen und Krankheiten abgefragt. Eine zeitliche Eingrenzung zur Dauer der Beschwerden, wie sie im SGB IX bei der Definition von Behinderung vorgenommen wird, wurde nicht erhoben. Durch die Art der Frageformulierung lässt sich bei Bejahung der Frage nicht

[1] Eine gesetzliche Grundlage in Form einer verbindlichen Commission Regulation befindet sich derzeit noch in der Entwicklung. In der zweiten Hälfte 2010 soll ein Entwurf vorliegen. Ein Vorschlag (noch kein Entwurf) findet sich bereits in Eurostat (2010).

[2] Nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes wird die Umsetzung zum geplanten Zeitpunkt nicht vollzogen werden können, weil die bisherigen Vorbereitungen zur Einhaltung des Zeitplanes nicht ausreichen. Eine Entscheidung, wann EDSIM tatsächlich implementiert wird, liegt zum Zeitpunkt dieses Berichts noch nicht vor.

[3] Art und Größe der geforderten Genauigkeit für EDSIM konnten bis zum Berichtsende nicht in Erfahrung gebracht werden.

[4] Homepage: http://www.share-project.org/deutsch/

[5] Nur 1256 der 2568 Teilnehmer der zweiten Welle sind jünger als 65 Jahre.

feststellen, ob eine Behinderung vorliegt.

Auskunft über mögliche Behinderungen lassen sich nur aus den Fragen zu diagnostizierten Krankheiten (14 Kategorien, unter anderem nach Parkinson und Krebs) und gesundheitsbedingten Einschränkung (während der letzten 6 Monate oder länger bei täglichen Verrichtungen) ermitteln. Da eine Reihe von Merkmalen zur Erwerbstätigkeit erfasst werden, ist die Berechnung der Erwerbsbeteiligung möglich. Dafür nutzbar ist der Erwerbsstatus und die Frage danach, ob in den letzten vier Wochen einer bezahlten Arbeit nachgegangen wurde.[1]

4.5.9 Access-Panels der Gesundheitsforschung

Relativ kostengünstig ließen sich Erhebungen über die bestehenden Access-Panels der Gesundheitsforschung durchführen. Gerade im Fall von Behinderungen ist hier aber mit erheblicher Selektivität zu rechnen, so dass nur für geringe Grade der Behinderung und für wenige Behinderungsursachen verallgemeinerbare Aussagen erwartbar sind.

Das „Healthcare Access Panel“ von TNS-Healthcare ist ein Daten-Pool von rund 70.000 befragungsbereiten Personen (18-79 Jahre), die bereits nach Krankheiten und Beschwerden befragt wurden (TNS Healthcare: 2007). Der Daten-Pool resultiert aus einer bundesweiten Stichprobe deutscher Haushalte (vgl. Mueller und Bormann: 2004, S. 69).

Ob die Befragungspersonen des Pools eine Behinderung haben, ist unbekannt. Hinweise darauf lassen sich aber aus Fragen bereits durchgeführter Studien gewinnen. So wurde eine Studie mit rund 15.000 Personen durchgeführt, bei der unter anderem Einschränkungen im alltäglichen Leben durch 80 Krankheiten ermittelt wurden.

In einer weiteren Befragung wird regelmäßig der „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung postalisch erhoben. Diese Studie wurde 2009 zum 16. Mal erhoben. Jede Erhebung basiert auf ca. 1500 Personen, die jeweils unabhängig aus einem anderen Access-Panel von TNS (Postal Panel) gezogen werden. Bei dieser Befragung liegt der Schwerpunkt auf den Erfahrungen von Versicherten und Patienten mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die Studie enthielt 2009 die Frage, ob eine lang andauernde Krankheit, Behinderung oder körperliche Gebrechlichkeit besteht, die bei Alltagsaktivitäten einschränkt (Güther: 2009). In den vorangegangenen Erhebungen des Gesundheitsmonitors wurde explizit danach gefragt, ob eine Behinderung vorliegt, die vom Versorgungsamt anerkannt ist (Güther: 2009a). In der 15. Welle (2009) haben ca. 13% der Personen diese Frage bejaht. Eine Frage nach der Art der Behinderung wird nicht gestellt.[2]

[1] Die Daten der SHARE Studie sind bei der GESIS auf Antrag (Zugangskategorie C) gegen 25€ erhältlich.

[2] Da die Studie von der Bertelsmann-Stiftung finanziert wird, sollten die Daten prinzipiell über die Stiftung bereitgestellt werden können. Die Homepage der Studie bei der Bertelsmannstiftung erwähnt keinen Datenzugang; die Studie findet sich auch nicht im Datenbestandskatalog bei GESIS.

4.5.10 Die geplante Helmholtz-Kohorte

Die größte in der Planung befindliche epidemiologische Studie in Deutschland ist die „Helmholtz-Kohorte“. Die 200.000 Teilnehmer im Alter zwischen 40-60 Jahren sollen 10-20 Jahre medizinisch untersucht werden und ergänzende Selbstauskünfte erteilen. Ziel der Kohortenstudie ist es, Erkenntisse über Risikofaktoren von Krankheiten zu erlangen. Die Datenerhebung beginnt voraussichtlich 2012. Trivialerweise werden die Datenbestände ICD-Diagnosen enthalten; ob und wie Behinderung erfasst werden soll, ist bislang unbekannt.

Diese Studie könnte neue Daten über die Ursachen und Folgen von Behinderungen liefern, falls die Daten zeitnah nach der Erhebung zugänglich sein sollten (dies ist bei epidemiologischen Surveys außerhalb des RKI in der Bundesrepublik leider nicht selbstverständlich). Diese Studie steht aber vor methodisch interessanten Problemen. Bislang wurden nur wenige Details über das Stichprobenkonzept bekannt; ein technisches Design-Papier wurde bislang – 2 Jahre vor der Datenerhebung – nicht publiziert. Bekannt ist aber, dass die Kohorte in nur wenigen regionalen Zentren erhoben werden wird. Dies macht Aussagen über bundesweite Verteilungen unmöglich. Durch die Beschränkung der Zahl der Zentren bei hoher Fallzahl werden ungewöhnlich hohe Auswahlsätze erreicht, die in großen Gemeinden bedrückende Nonresponseprobleme verursachen können. Zusammen mit den unvermeidbaren erheblichen Klumpeneffekten führt dieses Grunddesign zu statistischen Problemen, die in in ihrer Konsequenz und ihrer statistischen Unkorrigierbarkeit bislang nicht diskutiert wurden. Es steht zu befürchten, dass die Bundesrepublik ihre einzige Chance auf eine verallgemeinerbare nationale medizinische Zufallsstichprobe verspielt. Damit wäre diese Datenbasis auch für die Forschung zu Behinderung weitgehend wertlos.

5 Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung

Zum Teil finden sich die Angaben zur Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung in anderen Datenbanken oder Studien, als sie bisher erörtert wurden. Diese Datenquellen sollen abschließend vorgestellt werden.

5.1 Verwaltungsdaten

5.1.1 Die Daten der Integrationsämter zur Beschäftigungspflicht

Die Integrationsämter sind laut §102 des SGB IX damit betraut die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe durchzuführen. Arbeitgeber, die im Jahresdurchschnitt über mindestens 20 Arbeitsplätze verfügen, müssen der Beschäftigungspflicht von Menschen mit Schwerbehinderung oder ihnen gleichgestellte behinderte Menschen nachkommen, indem sie 5% ihrer Arbeitsplätze aus diesem Personenkreis besetzen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen: 2009, S. 10).[1]

Kommen die Arbeitgeber ihrer Beschäftigungspflicht nicht nach, müssen sie jährlich eine Ausgleichsabgabe abführen, die nach der Differenz der Ist- und der Soll-Beschäftigung gestaffelt wird. Die Ausgleichsabgabe dient dazu einen Kostenausgleich zwischen den Arbeitgebern zu schaffen, die ihrer Beschäftigungspflicht nachkommen und daher erhöhte Kosten zu tragen haben. Die Auskunft der Arbeitgeber über angestellte schwerbehinderte Menschen erteilen sie der zuständigen Agentur für Arbeit (§80 Abs. 2 SGB IX). Von dort gelangen die Daten an das Integrationsamt, welches die Ausgleichsabgabe für jedes Unternehmen bemisst und dafür Sorge trägt, dass sie gezahlt wird. Die Arbeitsagentur übermittelt zu diesem Zwecke die Unternehmensdaten inklusive Adresse und einige Merkmale der dort beschäftigten schwerbehinderten Menschen. Dazu zählen Vor- und Nachname und die Gültigkeitsdauer des Ausweises. Adressdaten der Beschäftigten werden nicht übermittelt. Eine Stichprobenziehung auf Basis dieser Informationen müsste zunächst den Kontakt zu den Unternehmen herstellen, um einzelne Beschäftigte

[1] Behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50%, aber wenigstens 30% können schwerbehinderten Menschen gesetzlich gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können (§2 Abs. 3 SGB IX).

kontaktieren zu können.

Die Daten aus dem Anzeigeverfahren werden dezentral von den Arbeitsagenturen elektronisch an die Bundesagentur für Arbeit übermittelt und dort zentral aufbereitet, ausgewertet und in der Beschäftigungsstatistik schwerbehinderter Menschen (BsbM) veröffentlicht.

Im Jahr 2007 lag die Ist-Quote schwerbehinderter Beschäftigter bei 4.2% mit 806.887 Beschäftigten. Nach Hochrechnungen mit dem SOEP wird die Zahl der erwerbstätigen Menschen mit Schwerbehinderung unterschätzt. Rund 30% der Erwerbstätigen, die eine Schwerbehinderung besitzen, verschweigen diese Tatsache ihrem Arbeitgeber (vgl. Fußnote in Frick und Sadowski: 1996, S. 475).

Neben der BsbM wird alle fünf Jahre eine repräsentative Teilerhebung der Arbeitgeber mit weniger als 20 Arbeitsplätzen durchgeführt (§80 Abs.4 SGB IX), um in Erfahrung zu bringen, wie viele Arbeitsplätze dort mit schwerbehinderten Menschen bzw. Gleichgestellten besetzt sind. Im Jahr 2005 entfielen 142.700 Beschäftigte auf diesen Arbeitgeberkreis.

Diese beiden Beschäftigungsstatistiken schwerbehinderter Menschen können zu einer Berechnung der Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen herangezogen werden. Der oben erwähnte hohe Anteil schwerbehinderter Personen, die die Tatsache der Behinderung ihrem Arbeitgeber verschweigen, wird zu einer erheblichen Verzerrung aller Analysen führen, die auf diesen Datenbasen aufbauen. Weiterhin lassen sich mit diesen Daten kaum Aussagen zur Beschäftigung von Menschen mit einer leichten Behinderung vornehmen.[1]. Zur Art der Behinderung der Beschäftigten lässt diese Datengrundlage ebenfalls keine Schlüsse zu.

5.1.2 Prozessdaten der Bundesagentur für Arbeit

Von den Prozessdaten der Bundesagentur für Arbeit ist einzig der Datenbestand zu den Arbeitslosen und Arbeitssuchenden für diese Studie von Interesse, weil nur dieser Datenbestand personenbezogene Daten von Menschen mit Behinderung enthält.

Die Statistik der Arbeitslosen und Arbeitssuchenden resultiert aus den Geschäftsdaten der Arbeitsagenturen und der Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Registriert werden Arbeitslose und Arbeitssuchende im Rechtskreis des SGB II und SGB III.

Als arbeitslos gilt nach §16 SGB III Abs. 1, wer vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht, bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet ist, eine versicherungspflichtige Beschäftigung sucht und dafür den Vermittlungsbemühungen zur

[1] Eine Ausnahme bilden die wenigen Personen, die eine Gleichgestellung erwirkt haben.

Verfügung steht.[1]

Die Statistik wird aus den Daten aller bei den nach SGB II und SGB III zuständigen Trägern gemeldeten Personen erstellt; es handelt sich also um eine Vollerhebung der Gemeldeten. Die Geschäftsdaten umfassen soziodemographische und für die Betreuung und Vermittlung relevante Merkmale. Dazu zählt auch eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung. Durch den Arbeitsvermittler wird zwar nach diesem Merkmal gefragt, die Beantwortung steht dem Arbeitslosen bzw. Arbeitssuchenden jedoch frei.

Falls bei einem Bewerber vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, wird das vermerkt (vgl. Bundesagentur für Arbeit: 2009, S. 13ff). Die Vermittlungsrelevanz ist abhängig von der Einschätzung des Kunden und dem Zielberuf. Herrscht darüber Zweifel, ob eine Einschränkung tatsächlich besteht, muss diese durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden aber seit einigen Jahren weder die Art der Schwerbehinderung noch die der gesundheitlichen Einschränkungen festgehalten. Die letzte Strukturanalyse der Arbeitslosen stammt aus dem Jahr 2003. Danach waren 23.7% (999.089) der Arbeitslosen gesundheitlich beeinträchtigt. 4% (167.561) davon hatten eine Schwerbehinderung (vgl. Bundesanstalt für Arbeit: 2003).

Der Datenbestand der Arbeitslosen und Arbeitssuchenden ist personalisiert und als Auswahlgrundlage für eine Stichprobenziehung geeignet. Neben den darin enthaltenen Menschen mit Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung, liefert das Merkmal „vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen“ einen Hinweis auf den Personenkreis mit einer möglicherweise leichten Behinderung bzw. Personen, die keine amtliche Anerkennung ihrer Behinderung vorgenommen haben.

Zur Berechnung der Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung ist diese Datenbasis nur bedingt nutzbar. Mit der Ausnahme der Gleichgestellten beschränken sich die Angaben auf schwerbehinderte Menschen, die nicht nach der Art ihrer Behinderung differenziert werden können. Auch die Verwendung für eine Auswahlgrundlage erscheint eher zweifelhaft: Menschen, die nie arbeitslos waren oder nie einer sozialversicherungs-

[1] „Arbeitsuchend sind Personen, die eine Beschäftigung als Arbeitnehmer/in mit einer Dauer von mehr als sieben Kalendertagen im In- oder Ausland suchen, sich wegen der Vermittlung in ein entsprechendes Beschäftigungsverhältnis bei einer Arbeitsagentur, Arbeitsgemeinschaft oder einem kommunalen Träger gemeldet haben und die angestrebte Arbeitnehmertätigkeit ausüben können und dürfen“ (Bundesagentur für Arbeit: 2009, S. 6). Als „beschäftigungslos“ werden Personen bezeichnet, die eine wöchentliche Arbeitszeit von weniger als 15 Stunden besitzen (§119 Abs. 3 SGB III). Teilnehmer von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen werden nicht als Arbeitslose geführt (§16 Abs. 2 SGB III). Personen, die nach der Vollendung des 58. Lebensjahres ein Jahr lang kein Angebot für eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung erhalten haben, gelten ebenfalls nicht als arbeitslos (§53a Abs. 2 SGB II).

pflichtigen Beschäftigung nachgegangen sind, werden durch die Prozessdaten der BA nicht erfasst.[1]

5.1.3 Daten über die Mitarbeiter der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (BAG:WfbM) ist ein bundesweiter Zusammenschluss der Träger von Eingliederungseinrichtungen, insbesondere von Werkstätten, Förderstätten und Integrationsunternehmen.[2] 2009 gab es in Deutschland 715 anerkannte Werkstätten für behinderte Menschen, von denen 92.4% in der BAG:WfbM organisiert waren. Ingesamt waren in den organisierten Werkstätten 268.544 Menschen mit Behinderung beschäftigt, wovon rund 77.84% eine geistige, 3.89% eine psychische und 18.28% eine körperliche Beeinträchtigung haben.[3]

Die Bundesarbeitsgemeinschaft führt keine Datenbank der behinderten Menschen, die in Werkstätten ihrer Träger arbeiten. Die Arbeitsgemeinschaft verfügt daher weder über Mikrodaten noch über tiefgegliederte Tabellen zu der Art der Behinderung oder der Art der Tätigkeit der Beschäftigten. Ob die Beschäftigten eine amtlich anerkannte Behinderung haben, ist ebenfalls unbekannt.

Sollte Interesse an dieser Subpopulation bestehen, so ließe sich leicht eine Klumpenstichprobe der in den Werkstätten beschäftigten Personen ziehen, da eine Datenbank aller 848 Werkstätten für behinderte Menschen existiert.[4] Da die Mitarbeiter dieser Werkstätten sozialversicherungspflichtig sind, ließen sich diese Mitarbeiter über den Weg der IAB-Betriebsdatei auch direkt aus den Datenbeständen der BA ziehen. Allerdings ist der datenschutzrechtliche als auch der technische Aufwand dieses Vorgehens sehr hoch und mit möglichen Selektivitätsprobleme behaftet.[5]

Richtet sich das Interesse einer Studie nicht direkt auf diese Subpopulation, dann erscheint – da der Selektionsprozess zur Aufnahme in die Werkstätten kaum exakt model-

[1] Die zeitliche Beschränkung der Daten der BA muss ebenfalls berücksichtigt werden: Ältere Datenbestände liegen nicht als maschinenlesbare Datei vor.

[2] http://www.bagwfbm.de

[3] Statistiken der BAG:WfbM: http://www.bagwfbm.de/category/34

[4] Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales fördert das „Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation“ (Rehadat) (http://www.rehadat.de). Auf der Homepage von Rehadat findet man die Datenbank „Werkstätten für behinderte Menschen“, die alle von der Bundesagentur für Arbeit anerkannten Hauptwerkstätten enthält sowie einige Zweigwerkstätten und Blindenwerkstätten. Insgesamt umfasst die Datenbank 848 Adressen (Stand: 30.01.10), die jährlich aktualisiert werden.

[5] Datenschutzrechtlich muss bei dem zuständigen Sozialministerium ein Antrag nach §75 SGB X gestellt werden. Kann man dort das Überwiegen des öffentlichen Interesses glaubhaft machen, so müssen die Werkstätten in keiner Weise kooperieren. Da ein großer Teil der Werkstattbeschäftigten unter Vormundschaft steht, müssen die gesetzlichen Vertreter vor einer Befragung ihre Zustimmung geben. Dieses Erfordernis könnte durch unkoperative Werkstätten taktisch genutzt werden. Entsprechende Selektivitätseffekte sind bei dieser Art der Stichprobenziehung also denkbar.

lierbar ist – dieser Zugang zur Konstruktion eines Sampling-Frames für Behinderte nur sehr begrenzt für eine aufwändige Multiple-Frame-Stichprobe brauchbar.

5.2 Befragungsdaten

5.2.1 Der Mikrozensus

Das Statistische Bundesamt bezeichnet den Mikrozensus als „die amtliche Repräsentativstatistik“ über die Bevölkerung der Bundesrepublik. Jährlich werden 1% aller Haushalte zu ihrer demographischen, sozialen und wirtschaftlichen Situation befragt. Damit erreicht der MZ eine Befragtenzahl von rund 830.000 in rund 390.000 Haushalten. Der MZ ist faktisch ein Rotationspanel (allerdings ohne Personentracking), das auf einer stark geklumpten Flächenstichprobe basiert. Innerhalb eines Auswahlbezirks werden alle Haushalte und ihre Mitglieder befragt.[1]

Zusätzlich zum Grundprogramm des MZ wird stets ein Zusatzprogramm mit Themenschwerpunkten erhoben. Die Themenschwerpunkte werden gemäß § 4 des Mikrozensusgesetzes[2] (MZG) bis 2012 festgeschrieben, wobei jeder Schwerpunkt alle vier Jahre wiederholt wird.

Das Zusatzprogramm „Angaben zur Gesundheit“, welches letztmalig 2005 erhoben wurde, beinhaltet die Abfrage von Behinderung. Folglich fand dieses Zusatzprogramm 2009 erneute Anwendung.[3] Für das Kernmodul besteht gemäß §7 des MZG Auskunftspflicht. Diese Pflicht hat ein Volljähriger auch stellvertretend für volljährige Haushaltsmitglieder zu erfüllen, die wegen einer Behinderung nicht selbst Auskunft geben können. Durch diese Proxy-Interviews ist, trotz Befragungsunfähigkeit einiger behinderter Menschen, eine Datenerhebung über sie möglich. Dieser Vorteil gilt indes nicht für die Fragen des Zusatzprogramms „Angaben zur Gesundheit“, da sie nicht der Auskunftspflicht unterliegen (vgl. Iversen: 2007, S. 40).

Im Zusatzprogramm „Angaben zur Gesundheit“ wird die durch einen amtlichen Bescheid festgestellte Behinderung und dessen Grad erhoben. Dabei wird die Unterscheidung getroffen, ob der amtliche Bescheid von einem Versorgungsamt, einer sonstigen amtlichen Stelle (z.B. Rentenbescheid, Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung) oder von beiden

[1] http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Wissenschaftsforum/MethodenVerfahren/Mikrozensus/SUFMikrozensus.psml. Der Mikrozensus weist zahlreiche interessante methodische Problem auf (Undercoverage der Anstaltsbevölkerung, Designeffekt, Proxy-Interviews, besondere Interviewer-Effekte, Erhebungsmodus-Effekte, dezentrale Datenaufbereitung, eine komplexe Hochrechnung usw.), die aber – außerhalb des Statistischen Bundesamtes – kaum untersucht werden. Faktisch werden die Ergebnisse des MZ häufig fälschlich wie Grundgesamtsparameter behandelt.

[2] Die aktuelle Rechtsgrundlage ist das Mikrozensusgesetz 2005 vom 24.06.2004 (BGBl. I S. 1350) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz vom 22.01.1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246).

[3] Die Daten des MZ 2009 werden voraussichtlich Anfang 2011 verfügbar sein.

Stellen ausgestellt wurde. Im Unterschied zu vielen anderen Surveys wird damit Behinderung hier umfassender ermittelt, weil neben den Menschen mit einer schweren Behinderung auch diejenigen mit einer leichten Behinderung (Grad der Behinderung unter 50) erfasst werden. Allerdings wird nicht nach der Art der Behinderung gefragt.

Die Fragen zur Erwerbstätigkeit stammen aus dem Kernmodul und sind damit Pflichtfragen. Die Arbeitsmarktbeteiligung wird mit der Frage „Haben Sie in der vergangenen Woche eine bezahlte bzw. eine mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit ausgeübt? Dabei ist es irrelevant, welchen zeitlichen Umfang diese hatte.“ überprüft. Der Beruf wird offen abgefragt und nach ISCO-88 COM klassifiziert. Darüber hinaus muss der Befragte angeben, wie viele Stunden er normalerweise pro Woche arbeitet. Nicht Erwerbstätige können zum einen angeben, ob sie in den letzten 4 Wochen eine berufliche bzw. bezahlte Tätigkeit gesucht haben und ob sie in der vergangenen Woche als arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldet waren.[1]

Auf Basis der Daten des MZ ist die Ermittlung der Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung möglich. Das schließt jedoch nur die Menschen ein, deren Behinderung amtlich anerkannt ist. Die Erwerbsbeteiligung lässt sich aber nicht nach Art der Behinderung aufschlüsseln. Trotz der prinzipiellen Verfügbarkeit der Mikrodaten sind Analysen auf der Basis des MZ in Hinsicht auf die differenzierte Analyse der Erwerbsbeteiligung Behinderter nur sehr begrenzt möglich.[2]

5.2.2 Labour Force Survey (LFS)

Der LFS (in Deutschland auch Arbeitskräfteerhebung genannt) ist eine vierteljährliche Erhebung, bei der eine große Stichprobe der Bevölkerung in Privathaushalten der EU, EFTA (ausgenommen Liechtenstein) und den Kandidatenländern befragt wird. Auf Basis einheitlicher Definitionen, Klassifikationen und einer einheitlichen Liste von Merkmalen, soll der LFS vergleichbare Daten unter anderem zur Arbeitsmarktbeteiligung der Bevölkerung ab 15 Jahren liefern.[3]

In Deutschland ist der LFS in den Mikrozensus integriert. Dabei erhält jede für den Mikrozensus ausgewählte Person auch die Fragen des Kernprogramms des LFS.[4] Die Datenerhebung des Mikrozensus innerhalb eines Jahres läuft kontinuierlich ab, wobei die Daten des LFS jeweils vierteljährlich veröffentlicht werden. Die meisten Merkmale des LFS sind gleichzeitig auch Merkmale des Mikrozensus und damit auskunftspflichtig. Die wenigen über das Fragenprogramm des Mikrozensus hinaus reichenden Fragen des

[1] Die Fragen wurden dem Fragebogen des Mikrozensus von 2005 entnommen.
[2] Die Daten des Mikrozensus können als Scientific Use File bei den Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bestellt werden. Der Preis für ein Berichtsjahr beträgt 95€.
[3] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/introduction
[4] Festgelegt durch §12 des Mikrozensusgesetzes.

LFS sind optional zu beantworten.

Seit 1999 wird das Fragenprogramm des LFS durch Ad-hoc-Module mit wechselnden Themenschwerpunkten ergänzt.[1] Die Themen werden für einen Zeitraum von drei Jahren im Voraus verhandelt und in einer Kommissionsverordnung festgelegt. Zur Umsetzung der Ad-Hoc Module wird eine Mikrozensusstichprobe verwendet, deren Auswahlsatz sich nach den von Eurostat geforderten Genauigkeitsansprüchen richtet.[2]

Um für das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen (2003) eine Datengrundlage zu schaffen, wurde 2002 das Ad-hoc-Modul „Beschäftigung von Behinderten“[3] in den LFS aufgenommen. Das Modul umfasst elf Variablen zu Bestehen, Art, Ursache und Dauer eines lang andauernden Gesundheitsproblems bzw. einer Behinderung. Ferner wird nach einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die Behinderung gefragt. Sowohl Art und Umfang der Einschränkung der Arbeit sowie das Vorhandensein von Mobilitätsproblemen wird erfasst.[4] Behinderung wird durch die Frage nach dem Vorliegen eines lang andauernden Gesundheitsproblems und dessen Dauer erfasst.[5] Fünf Variablen des Moduls waren optional und wurden in Deutschland nicht umgesetzt. Darunter fiel auch die Art und Ursache der Beeinträchtigung (vgl. Dupré und Karjalainen: 2003, S. 7).

In Deutschland liegt der Anteil der Befragten im Alter von 16-64 Jahren, die angeben ein lang andauerndes Gesundheitsproblem oder eine Behinderung zu haben, bei 11.2%. Im Vergleich dazu liegt der Anteil insgesamt in der EU-15 bei 16.4% (vgl. Dupré und Karjalainen: 2003, S. 2).

Ein zweites relevantes Ad-hoc Modul ist das aus dem Jahr 2007 zum Thema „Arbeitsunfälle und berufsbedingte Gesundheitsprobleme“. Das Modul beginnt mit der Frage, ob man in den letzten 12 Monaten einen oder mehrere Arbeitsunfälle hatte. Falls es einen Arbeitsunfall gab, wird danach gefragt, ob mittlerweile die Arbeit wieder aufgenommen werden konnte. Über die Art des Gesundheitsschadens, der durch den Arbeitsunfall entstanden ist, wird nichts in Erfahrung gebracht. Die Fragen zu arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen sollen ohne Bezugnahme auf Arbeitsunfälle gestellt werden. Hat ein Befragter ein oder mehrere arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme, kann er aus einer Lis-

[1] Übersicht der Ad-hoc-Module 1999-2012: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/methodology/ad-hoc_modules

[2] Für das Zusatzmodule des LFS 2002 wurde eine Auswahlsatz von 0.45% verwendet.

[3] Eine Referenz zum Modul findet sich hier: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/DE/hlth_empdis_esms.htm

[4] Die Festlegung des Fragenprogramms findet sich in: Commission Regulation (EC) No 1566/2001 of 12 July 2001.

[5] Die Festlegung des Fragenprogramms findet sich in: Commission Regulation (EC) No 341/2006 of 24 February 2006.

te von 11 Items die schwerwiegendsten wählen.[1]

Die Themen der zukünftigen Ad-hoc Module für 2010 bis 2012 sind bereits festgeschrieben.[2] Das Modul „Employment of disabled people“ ist für 2011 vorgesehen und soll Informationen über die Situation von behinderten Menschen auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stellen. Das Fragebogenprogramm wird gegenüber 2002 modifiziert.

Der neue Fragebogen wird mit der Abfrage einer „longstanding health condition or disease“ beginnen.[3] Die Abfrage enthält eine Liste von 17 Items, die sich auf anatomische, physiologische und psychologische Probleme beziehen. Das Konzept von Behinderung ist an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angelehnt. Behinderung wird darin als Zusammenspiel von Umweltfaktoren und des persönlichen Gesundheitszustandes verstanden. Die 11 Variablen des Moduls beziehen sich auf Gesundheitsprobleme (z.B. Krebs, Depressionen), Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten (z.B. gehen), Einschränkungen im Arbeitsleben durch Gesundheitsproblemen sowie erhaltene oder benötigte Unterstützung bei der Erwerbstätigkeit. Zur Zielpopulation gehören Personen im Alter von 16 bis 64 Jahren. Nach der gegenwärtigen Informationslage wird im Statistischen Bundesamt davon ausgegangen, dass das Ad-hoc-Modul 2011 vollständig in einer 2% Stichprobe des Mikrozensus umgesetzt wird.[4]

5.2.3 „European Union Statistics on Income and Living Conditions“ (EU-SILC)

Die EU-SILC ist eine jährliche Erhebung (seit 2005) in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, die das European Community Household Panel (ECHP) als ihre Vorgängererhebung ablöst. Diese Erhebung soll vergleichbare Daten über Einkommen, Armut, soziale Ausgrenzung und Lebensbedingungen bieten.[5] Der deutsche Teil von EU-SILC wird unter dem Namen „Leben in Deutschland“ durchgeführt und umfasst jährlich ca. 14.000 Haushalte. Diese werden per Zufallsziehung aus der Dauerstichprobe befragungsbereiter Haushalte („Haushalte Heute“) gezogen. Dabei handelt es sich um Haushalte, die sich nach Teilnahme am Mikrozensus dazu bereit erklärt haben, auch an weiteren amtlichen Befragungen teilzunehmen.[6]

---

[1] Die Mikrodaten des LFS sind auf Antrag bei Eurostat erhältlich. Die Kosten des Datensatzes für ein Jahr beläuft sich für Neunutzer auf 500€. Der komplette Datensatz (1983-2008) kostet für Neunutzer 1500€: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/lfs

[2] Commission Regulation (EC) No 365/2008 of 23 April 2008.

[3] Der Entwurf des Fragebogens für das Ad-Hoc Modul 2011 findet sich in Eurostat (2009).

[4] Die endgültige Fassung der „Commission Regulation“ sollte bereits im ersten Quartal 2010 erscheinen. Bislang wurde nicht entschieden, ob – wie 2002 – einige der Variablen für Deutschland optional sind und deshalb vermutlich nicht in das deutsche Fragenprogramm aufgenommen werden.

[5] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/living_conditions_and_social_protection/introduction/income_social_inclusion_living_conditions

[6] Einzelheiten finden sich bei Gramlich et al. (2009).

In EU-SILC erhält jedes Haushaltsmitglied ab 16 Jahren einen Personenfragebogen. Das Thema Gesundheit wird über das „Minimum European Health Module (MEHM)“ abgefragt (vgl. Buchow: 2008, S. 2). Das MEHM besteht aus drei Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand, lang andauernden chronischen Krankheiten und krankheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Arbeiten. Da explizit nur nach Krankheiten gefragt wird, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen und die Einschränkung bei alltäglicher Arbeit als Folge der Erkrankung erfragt wird, kann Behinderung durch diese drei Fragen nur unzureichend erfasst werden. Darüber hinaus bietet das EU-SILC keine Differenzierung nach Art der Krankheit.[1]

5.2.4 Sozio-ökonomische Panel (SOEP)

Das SOEP ist die bekannteste und größte Wiederholungsbefragung privater Haushalte in der Bundesrepublik. Seit der ersten Welle (1984) wird die Befragung jährlich zum Teil bei denselben Personen und Familien durchgeführt. Seit 1990 werden auch die neuen Bundesländer in der Studie berücksichtigt. Die erste Welle umfasste jeweils eine Stichprobe deutscher und (begrenzt auf vier Herkunftsländer) ausländischer Haushalte. Zur Befragungspopulation gehörte jedes Haushaltsmitglied, das das 17. Lebensjahr erreicht hatte. Seit 2000 werden auch Haushaltsmitglieder ab dem 16. Lebensjahr befragt. An die 16- bis 17-Jährigen wird ein spezifischer Jugendfragebogen gerichtet, der lediglich eine generelle Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes verlangt. Nach ihrer Behinderung werden die Jugendlichen erstmals gefragt, wenn sie das 18. Lebensjahr erreichen und den umfangreicheren Personenfragebogen für Erwachsene bekommen. Folglich ist die Berechnung der Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Behinderung auf das Alter von 18 bis 65 beschränkt.[2]

Die Haushalte der ersten Wellen in West- und Ostdeutschland wurden in den folgenden Jahren immer wieder um weitere Stichproben ergänzt. Dazu gehörten die Zuwandererstichprobe, eine Ergänzungsstichprobe, die Innovationsstichprobe und die Hocheinkommensstichprobe. Insgesamt kommt das SOEP in der 25. Welle (2008) auf rund 20.000 befragte Personen in rund 11.000 Haushalten.

Das SOEP liefert unter anderem kontinuierlich Informationen über körperliche und mentale Gesundheit sowie Erwerbsbeteiligung und berufliche Mobilität der Befragten. Behinderung wird durch die Frage nach einer amtlichen Feststellung von Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung erfasst. Damit wird der Personenkreis von denjenigen mit Behinderung abgedeckt, die ihren Antrag an ein Versorgungsamt gerichtet haben oder die

[1] Bisher können nur die Daten des EU-SILC 2005 über das Forschungsdatenzentrum des Bundes und der Länder über die Datenfernverarbeitung oder als Gastwissenschaftler genutzt werden (http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/eu-silc/index.asp.) Zukünftig sollen die EU-SILC-Querschnittsdaten für 500€ erwerbbar werden (http://www.eds-destatis.de/de/microdata/download/eu-silc-de.pdf9.

[2] Ein weiteres Problem entsteht, wie in jeder nicht auf einer reinen Zufallsstichprobe aus den Einwohnermeldeämtern basierten Bevölkerungsstichprobe, durch das Undercoverage der Anstaltsbevölkerung.

Leistungen bei einer Unfallversicherung geltend gemacht haben. 12.5% (2463) der Befragten habe die Frage bejaht, 0.5% (89) haben keine Angabe gemacht.[1] Ergänzend wird der Grad der Schwerbehinderung/Erwerbsminderung abgefragt. Die Tabelle 1 zeigt den Grad der Schwerbehinderung im SOEP 2008 (ungewichtet).[2]

Tabelle 1: Grad der Schwerbehinderung/Erwerbsminderung im SOEP 2008

Grad	n	Prozent	kumuliert
10	8	0.59	0.59
15	3	0.22	0.81
20	74	5.44	6.25
25	9	0.66	6.91
30	230	16.91	23.82
35	7	0.51	24.34
40	145	10.66	35.00
45	3	0.22	35.22
50	358	26.32	61.54
60	142	10.44	71.99
65	3	0.22	72.21
70	83	6.10	78.31
75	4	0.29	78.60
80	92	6.76	85.37
90	29	2.13	87.50
100	170	12.50	100.00
Total	1360	100.00	

Die Art der Behinderung wird im SOEP mit einer offenen Frage erhoben. Um eine Reidentifizierung auszuschließen, ist die Art der Behinderung im Standarddatensatz nicht enthalten. Die Klarschriftangaben der Befragten zu ihrer Behinderung liegen im SOEP lediglich als Strings vor, für die keine Vercodung vorgenommen wurde. Um die Erwerbsbeteiligung nach Art der Behinderung differenziert zu untersuchen, müsste zunächst

[1] Die Fragen und Anteile beziehen sich auf das SOEP von 2008.

[2] Der Grad der Behinderung wird in 10er Schritten abgestuft, der der Erwerbsminderung in 5er Schritten. Entsprechend wurden aus der Tabelle 12 unplausible Fälle ausgeschlossen.

unter hohem Aufwand eine eigene Klassifizierung vorgenommen werden.[1]

Im Fragenteil „Gesundheit und Krankheit“ werden weitere objektive Gesundheitsvariablen erhoben, wie z.B. die Anzahl von Arztbesuchen in den letzten drei Monaten sowie Krankenhausaufenthalten im letzten Jahr. Um die subjektive Einschätzung der mit der Gesundheit verbundenen Lebensqualität abzubilden wird auch der SF-12 (12 Items zu 8 Gesundheitsdimensionen) erhoben.

Da alle notwendigen Variablen Bestandteil des SOEP sind, lässt sich die Erwerbsbeteiligung der Menschen mit Behinderung berechnen. Für 2008 lässt sich für schwerbehinderte Menschen eine Erwerbsquote von knapp 54% und eine Erwerbstätigenquote von knapp 49.7% berechnen.[2]

Da das SOEP zahlreiche weitere Variablen (z.B. zur beruflichen Tätigkeit, dem Wirtschaftszweig sowie die wöchentliche Arbeitszeit) enthält, sind sehr detaillierte Aussagen mit dem SOEP zur Beschäftigung Behinderter möglich.[3]

5.2.5 Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS)

Der ALLBUS wird seit 1980 regelmäßig im Abstand von zwei Jahren erhoben. Für Konzeption, Design, Frageprogramm und Durchführung ist eine GESIS-Abteilung verantwortlich.[4] Seit 1991 besteht die Grundgesamtheit des ALLBUS aus der erwachsenen Bevölkerung des Bundesgebietes. Als Nettostichprobe wird seit 1991 eine Fallzahl von rund 3500 angestrebt, wobei Ostdeutsche in der Stichprobe überrepräsentiert sind. Seit dem Jahr 2000 werden die Befragten zufällig in zwei Stufen ermittelt. Die erste Auswahlstufe bildet die Gemeinde und in der zweiten Stufe werden die Personen aus den Einwohnermelderegistern gezogen.

---

[1] Zugriff auf die Klarschriftangaben kann man an einem Arbeitsplatz für Gastwissenschaftler am DIW erlangen. Eine solche Analyse setzt eine hohe Qualität der Befragtenangaben voraus. Um dies zu überprüfen wurden für diese Studie alle Klarschriftangaben im SOEP durchgesehen. Hierzu wurde vom DIW freundlicherweise eine Datei mit allen Klarschriftangaben (ohne jede Identifikatoren) zur Verfügung gestellt. Nach einer vorläufigen Analyse erscheint eine nachträgliche Klassifizierung dieser Angaben kaum möglich. Weder ist klar erkennbar, ob es sich um Selbst- oder Proxy-Auskünfte handelt, noch ist das Ausmaß der Veränderung der Einträge durch die Interviewer erkennbar. Schließlich variiert die Art der Beschreibung der Behinderung zwischen den Einträgen erheblich. Es wäre zu wünschen, dass das SOEP an dieser Stelle in zukünftigen Wellen detailliertere standardisierte Instrumente verwendet.

[2] Eigene Berechnung auf der Basis des Labour-Force-Konzepts für Personen zwischen 15 und unter 65 Jahren.

[3] Der anonymisierte Mikro-Datensatz aller Wellen des SOEP wird Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen gegen eine Nutzungsgebühr von 30€ durch das DIW zur Verfügung gestellt.

[4] http://www.gesis.org/dienstleistungen/daten/umfragedaten/allbus/

Der ALLBUS ist ein multithematischer replikativer Survey. Dabei wechseln regelmäßig die inhaltlichen Schwerpunkte. Nur im Jahr 2004 mit dem Schwerpunkt Gesundheit wurde im ALLBUS nach Behinderung gefragt (amtlich festgestellte Schwerbehinderung/Erwerbsminderung und dessen Grad). Als objektive Gesundheitsindikatoren dienten im ALLBUS 2004 Fragen zum Vorliegen chronischer Krankheiten, zu Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten und Krankschreibungen. Dem Befragten wurde eine Liste mit 12 chronischen Krankheiten (z.B. Asthma, Krebs) mit der Bitte vorgelegt, alle Erkrankungen mit mindestens 12 Monaten Dauer anzugeben. Darüber konnten weitere Erkrankungen mit einer offenen Antwort angegeben werden. Weiterhin wurde der SF-12 aus dem SOEP von 2002 in das Frageprogramm übernommen (vgl. Haarmann et al.: 2006, S. 16f).

Da die Standarddemographie alle Fragen, die zur Berechnung benötigt werden, enthält, kann die Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Schwerbehinderung für den ALLBUS 2004 berechnet werden. Eine Differenzierung nach Art der Behinderung ist aber leider nicht möglich.[1]

5.2.6 International Social Survey Programme (ISSP)

Das ISSP ist ein internationaler Zusammenschluss von Instituten in nunmehr 45 Ländern, der Umfragen zu sozialwissenschaftlich relevanten Themen durchführt. Dafür wird jährlich gemeinsam ein englischer Basisfragebogen entwickelt, der dann in die einzelnen Landessprachen übersetzt wird.

In Deutschland wird das ISSP alle zwei Jahre gemeinsam mit dem ALLBUS als schriftlicher Drop-Off durchgeführt. Im Jahr 2011 wird im ISSP erstmalig ein Gesundheitsmodul umgesetzt. Behinderung ist darin mit der Frage nach einer lang anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigung und deren einschränkenden Wirkung auf alltägliche Aktivitäten enthalten, wobei die Frage nach der einschränkenden Wirkung in den teilnehmenden Ländern optional ist.[2]

5.2.7 Euromodule

Euromodule war ein weitgehend europäisches Gemeinschaftsprojekt der vergleichenden Wohlfahrtsforschung zwischen 1999 und 2002. Zur Bestimmung des Wohlfahrtsniveaus in den teilnehmenden Ländern wurden objektive Lebensbedingungen und das damit verbundene subjektive Wohlbefinden abgefragt (vgl. Delhey et al.: 2001).

In Deutschland wurde Euromodule im Rahmen des Infratest Omnibus Surveys im Herbst 1999 durchgeführt. Die Auswahl der Studienteilnehmer (deutsche Staatsbürger ab 14

[1] Der Datensatz wird vom GESIS Datenarchiv verwaltet und kann dort für wissenschaftliche Zwecke nach einer Registrierung kostenlos bezogen werden (http://www.gesis.org/dienstleistungen/daten/umfragedaten/allbus/datenzugang/.

[2] Die endgültige englische Fragebogenversion ist für Ende Juni 2010 angekündigt.

Jahren) erfolgte in einer mehrstufig geschichteten Zufallsauswahl. 2493 Personen beantworteten unter anderem Fragen zur Gesundheit sowie zur Bildung und Beschäftigung.[1] Es wurde eine Frage zur Einschränkung im Alltag durch den Gesundheitszustand gestellt.[2] Zusätzlich konnte der Befragte seine Zufriedenheit mit seiner Gesundheit auf einer 10-stufigen Ratingskala angeben. Der Erwerbsstatus, die ISCO-88-Klassifikation der Beschäftigung, die wöchentliche Arbeitszeit sowie Gründe für eine Nichterwerbstätigkeit wurden ebenfalls erhoben.[3]

5.2.8 Das Panel „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (PASS)

Im Auftrag des Institutes für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) wird jährlich eine Haushaltsbefragung von Leistungsempfängern nach SGB II und einer Bevölkerungsstichprobe mit überproportionaler Berücksichtigung einkommensschwächerer Haushalte realisiert. PASS soll Daten zu sozialen Prozessen und nicht intendierten Nebeneffekten der Arbeitsmarktreform nach dem SGB II liefern.[4]

Die befragten Haushalte werden durch eine zweistufige Zufallsstichprobe ermittelt. Hierzu werden zuerst Postleitzahlenbezirke und dann Bedarfsgemeinschaften aus Registerdaten der Bundesagentur für Arbeit gezogen. Neben den Bedarfsgemeinschaften werden Adressen zufällig aus einer geschichteten Gebäudestichprobe ausgewählt; die Auswahl der Haushalte erfolgt dann nach einer Begehung. Befragt werden jeweils alle Haushaltsmitglieder ab 15 Jahren.[5] An der ersten Welle des PASS (2006-2007) nahmen rund 12.500 Personen teil, in der zweiten Welle (2007-2008) reduzierte sich die Zahl auf rund 10.000 Personen.

Die Abfragen zur Gesundheit gleichen sich in bisherigen Wellen. Behinderung wird durch die Frage nach einer amtlichen Anerkennung und dessen Grad erfasst. Die Behinderung kann anschließend von den Befragten in fünf grobe Kategorien (z.B. körperliche Behinderung, Anfallsleiden) eingeteilt werden. Die gleiche Abfrage wird Personen gestellt, die zwar keine amtlich anerkannte Behinderung haben, aber eine schwere gesundheitliche Einschränkung. Ob die Behinderung oder die schwere gesundheitliche Einschränkung eine gravierende Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit des Befragten hat, wird durch die Frage nach einer amtlichen Anerkennung von Nicht-Erwerbsfähigkeit bestimmt.

Die Fragen aus dem Erwerbstätigkeitsmodul umfassen Erwerbsstatus und Wochenarbeitszeit, die berufliche Stellung und die Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit. Außerdem werden nicht Erwerbstätige danach gefragt, ob sie arbeitslos sind. Aussagen zur Erwerbsbeteiligung von behinderten Menschen sind auf Basis der Daten des PASS möglich und bedingt sogar kategorial nach Art der Behinderung. Aufgrund der Grundgesamtheit

[1] Das Codebuch von 2002 gibt auf S.35 eine Responsequote von 64.3% an.
[2] vgl. den Fragebogen im Anhang von Delhey et al. (2001).
[3] Der Datenzugang ist über das Zentralarchiv der GESIS für 25 € möglich (Zugangskategorie A).
[4] http://www.iab.de/de/befragungen/iab-haushaltspanel-pass.aspx.
[5] Einzelheiten zum Design finden sich bei Rudolph und Trappmann (2007).

der Studie sind die Ergebnisse nur bedingt auf die Gesamtbevölkerung verallgemeinerbar.[1]

5.2.9 Das Niedgrigeinkommens-Panel (NIEP)

Das NIEP war eine halbjährliche Wiederholungsbefragung im Zeitraum von 1998 bis 2002. Insgesamt wurden sechs Befragungswellen durchgeführt, die Aufschluss über die Prozesse der Armutsentstehung und -überwindung geben sollen. Befragt wurden in der ersten Welle 1922 deutschsprachige Haushalte, die zu diesem Zeitpunkt dem untersten Quintil der Einkommensverteilung angehörten. In der letzten Welle konnten nur noch 1212 Haushalte wiederbefragt werden.[2]

Im Fragenprogramm der dritten Welle wurde erstmalig nach außergewöhnlichen Belastungen gefragt. Dazu gehörte die Abfrage einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung und deren Grad.[3] Die Art der Behinderung wurde nicht abgefragt, aber die Ursache der Behinderung.[4] Weiterhin wurde ab der zweiten Welle eine Fragenbatterie zum Thema Gesundheit erhoben. Es wurde nach einer Beeinträchtigung im Alltag durch den aktuellen Gesundheitszustand gefragt und danach, ob der Gesundheitsszustand die Ursache für eine eventuelle Erwerbslosigkeit sei. Personen, die von einer Erwerbsbeeinträchtigung berichteten, wurden nach der voraussichtlichen Dauer dieses Zustandes befragt (vgl. Kortmann et al.: 2002). Durch die vorgegebenen Antwortkategorien kann festgestellt werden, ob die Beeinträchtigung vermutlich länger als 6 Monate anhalten wird. Mit dieser zeitlichen Angabe und den abgefragten Beschwerden, ließe sich Behinderung im Sinne des SGB IX konstruieren, auch wenn keine amtliche Schwerbehinderung vorliegt.[5] Alle Haushaltsmitglieder ab 15 Jahren wurden zu ihrer aktuellen Erwerbssituation, zu ihrer Berufsposition und der Berufsbezeichnung befragt. Die Erwerbsbeteiligung schwerbehinderter Menschen lässt sich mit den Daten des NIEP berechnen, wobei auf eine Differenzierung nach der Art der Behinderung verzichtet werden muss.[6]

---

[1] Die Fragebögen des PASS sind unter der Adresse http://fdz.iab.de/de/FDZ_Individual_Data/PASS/Working_Tools.aspx erhältlich. Die PASS-Datensätze können kostenfrei auf Antrag als Scientific Use File beim Forschungsdatenzentrum des IAB angefordert werden: http://fdz.iab.de/de/FDZ_Individual_Data/PASS/Data_Access.aspx.

[2] Einzelheiten finden sich bei Schwarze und Mühling (2005).

[3] Im erwerbsfähigen Alter gibt es im Datensatz der 3. Welle 202 Personen mit einem GdB zwischen 30% und 100%.

[4] Die Kategorien für die Ursache sind: schwere Erkrankung, schwerer Unfall, angeboren/geburtsbedingt, allgemeiner Verschleiß und sonstige.

[5] Schließlich lassen sich Haushalte mit Menschen mit Gehbehinderung durch eine Frage in der 6. Welle nach Haushaltsmitgliedern mit dem Merkzeichen „G“ auf dem Schwerbehindertenausweis ermitteln. In 96 der Haushalte gibt es Haushaltsmitglieder mit diesem Merkzeichen. Das entspricht 7.9% der Haushalte in der 6. Welle. Es wird nicht danach gefragt, um welches Haushaltsmitglied es sich dabei handelt.

[6] Interessanterweise ist dieser vom BMAS (also aus Steuergeldern) finanzierte Datensatz nur bei TNS Infratest Sozialforschung kostenpflichtig zu beziehen: http://www.tns-infratest-sofo.com/arbeitsber/2550/2550_kurzf2.html. Der Preis für eine Welle beläuft sich auf 75€ und für alle 6 Wellen auf 300€ .

5.2.10 Alterssurvey

Der „Deutsche Alterssurvey: Die zweite Lebenshälfte“ (DEAS) ist eine bundesweite Längsschnittbefragung, die vom Deutschen Zentrum für Altersfragen durchgeführt wird. Zur Untersuchungspopulation gehören ausschließlich Personen, die 40 Jahre und älter sind. Diese werden umfassend zu ihrer Lebenssituation, einschließlich ihres beruflichen Status und ihre Gesundheit befragt.[1]

2008 wurde (nach 1996 und 2002) die dritte Welle des Surveys statt. Dabei wurde jeweils versucht, die Personen aus der vorangegangenen Welle erneut zu befragen. Zusätzlich wurden jeweils neue Stichprobe gezogen. Der Querschnitt von 2008 umfasst 8200 Personen in Privathaushalten, unter denen sich seit dieser Welle auch erstmalig Ausländer befinden. Die Stichprobe wird disproportional geschichtet aus Einwohnermeldeamtsregistern gezogen.

Im CAPI-Teil der Befragung werden Fragen zur Gesundheit und Erwerbstätigkeit gestellt. Der Fragenkomplex zur Erwerbstätigkeit umfasst den Erwerbsstatus, die berufliche Stellung und die Berufsbezeichnung. Arbeitslose können angeben, ob sie bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet sind, ob sie in letzten vier Wochen Anstrengungen unternommen haben, eine Arbeit zu finden und ob sie den Wunsch hegen, wieder eine Haupterwerbstätigkeit aufzunehmen.

Der Gesundheitsstatus wird über eine Liste mit gesundheitlichen Problemen erhoben. Weitere objektive Gesundheitsvariablen sind die Anzahl von Arztbesuchen und Nächte zur stationären Behandlung im Krankenhaus. In der dritten Welle wird eine Frage zum Vergleich des eigenen Gesundheitszustands mit denen anderer Menschen gleichen Alters gestellt. Weiterhin wird anhand einer Liste alltäglicher Verrichtungen abgefragt, ob der Befragte bei diesen Alltagsanforderungen aufgrund seiner gesundheitlichen Situation eingeschränkt ist. Damit kommen die Fragen inhaltlich der Definition von Behinderung aus dem SGB IX nahe. Eine explizite Abfrage von Behinderung fehlt im Alterssurvey.

Eine Erwerbsbeteiligung ließe sich anhand der Daten ermitteln, allerdings aufgrund der Grundgesamtheit des Surveys nur für Personen zwischen 40 und 65 Jahren des erwerbsfähigen Alters.[2]

[1] Homepage: www.deutscher-alterssurvey.de

[2] Für wissenschaftliche Zwecke ist der Datenzugang zu den anonymisierten Mikrodaten für 25€ über den Datenarchiv-Service der GESIS möglich (Zugangskategorie C). Der Datensatz der dritten Welle wird voraussichtlich in der zweiten Hälfte von 2010 verfügbar sein. Die vorangegangenen Wellen befinden sich bereits im Zentralarchiv.

5.2.11 Die Studie „Sparen und Altersvorsorge in Deutschland“ (SAVE)

Das Mannheimer Forschungsinstitut für Ökonomie und Demographischen Wandel (MEA) führt seit 2001 regelmäßig die Haushaltsumfrage SAVE durch.[1] Nach eine Testerhebung wurde die Befragung ab 2003 als jährliches Panel angelegt. Die Studie erhebt vor allem wirtschaftliche Sachverhalte wie das Sparverhalten.

Die zu befragenden Haushalte werden zum einen durch eine Zufallsstichprobe ausgewählt (seit 2005 aus dem Einwohnermelderegister) und zum anderen aus einem Infratest Access-Panel (vgl. dazu Börsch-Supan et al.: 2009, S. 35ff). Die Erhebung von 2009 umfasst in etwa 2600 Haushalte.

Seit 2005 werden auch Gesundheitsfragen erhoben. Der Befragte soll die Fragen stets für sich selbst und stellvertretend für seine/n Partner/in beantworten. Nach der Einschätzung des Gesundheitszustandes auf einer 5-stufigen Skala wird nach langwierigen Gesundheitsproblemen, Krankheiten oder Behinderungen gefragt.[2] Diese Formulierung lässt den Befragten erheblichen Interpretationsspielraum. An diese Frage schließt sich die Abfrage einer Liste von 10 Krankheiten an.

Da auch der Erwerbsstatus erhoben wird, ließe sich die Erwerbsbeteiligung für Personen mit „Gesundheitsproblemen, Krankheiten oder Behinderungen“ berechnen. Aufgrund der unüblichen Frageformulierung kann die Behinderung dabei allerdings nicht wie im SGB IX definiert werden.[3]

5.2.12 Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland

Die Studie von 2003 sollte im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) Gewalterfahrungen von Frauen in Deutschland untersuchen. Insgesamt wurden 10.264 Frauen interviewt.

Eine Frage nimmt Bezug auf chronische, ernsthafte Erkrankung und körperliche Behinderung.[4] Behinderung konnte durch eine offene Antwortkategorie spezifiziert werden. Von den Frauen zwischen 16 und 65 Jahren nannten 1434 eine chronische Erkrankung und 290 eine Behinderung. 1443 der Frauen benannten ihre chronische Krankheit bzw.

[1] Homepage: http://www.mea.uni-mannheim.de/

[2] Die Frage lautet: „Haben Sie oder Ihr(e) Partner(in) langwierige Gesundheitsprobleme, Krankheiten oder Behinderungen? Unter langwierig verstehen wir, dass Sie damit schon seit längerer Zeit Probleme haben oder wahrscheinlich für längere Zeit Probleme haben werden“.

[3] Die Daten der SAVE-Studie sind beim Datenarchiv der GESIS für wissenschaftliche Zwecke auf Antrag und nach schriftlicher Genehmigung des Datengebers erhältlich (Zugangskategorie C) gegen 25 € Gebühren erhältlich.

[4] Die Frage lautete: „Leiden Sie an einer chronischen, ernsthaften Erkrankung oder einer körperlichen Behinderung?“ (vgl. Müller et al.: 2004).

Behinderung. Anschließend konnten die Befragten eine eventuelle Beeinträchtigung im alltäglichen Leben angeben. Psychische Erkrankungen wurden ausschließlich als Folge von erzwungenen sexuellen Handlungen thematisiert. Die Befragte sollte dabei die gesundheitlichen und seelischen Folgen benennen (z.B. Depression, Essstörungen).

Erwerbstätigkeit spielte in der Zielsetzung der Studie eine untergeordnete Rolle, deswegen wurde lediglich nach Erwerbsstatus und der beruflichen Stellung gefragt; die Berufsbezeichnung wurde nicht erhoben.[1]

5.2.13 Neuere große Bevölkerungsuntersuchungen ohne Informationen über Behinderte

Angesichts des Mangels an Daten über Behinderte ist es erstaunlich, das auch neuere große Erhebungen, bei denen man zumindest einige Fragen zur Behinderung erwarten würde, keinerlei Informationen zu diesem Thema erheben. In diesem Zusammenhang sollen nur zwei Großerhebungen genannt werden: AIDA und den Zensus.[2]

Integrierter Survey

Das „Deutsche Jugend Institut“ (DJI) führt die Haushaltsbefragung „Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten“ (AIDA) durch. Dieser Survey wird auch als „Integrierter Survey bezeichnet“, weil AIDA die bisherigen Studien des DJI zusammenfasst. Das Ziel dieses zunächst noch bis 2015 laufenden Projektes ist es, Daten zum Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen sowie zu den Lebenslagen von Familien in Deutschland zu liefern.[3] Die Daten der ersten Welle aus dem Jahr n2009 sollen Anfang 2010 zur Verfügung stehen und über die Survey-Datenbank des DJI öffentlich zugänglich sein.

Dem Integrierten Survey ist eine Querschnittsstudie auf derBasis einer Personenstichprobe. Die Erhebung basiert auf einer repräsentativen Einwohnermeldeamtsstichprobe in etwa 300 Gemeinden und 25.000 Haushalten. Es sollen alle befragungsfähigen Personen des Haushalts befragt werden (Kinder, Jugendliche bzw. junge Erwachsene, Erwachsene). Dem Alter entsprechend erhalten die Befragten einen spezifischen Fragebogen. Der Fragebogen 2009 enthält keinerlei Frage zur Behinderung der Kinder oder Eltern.[4] Auch der Gesundheitszustand wird nur höchst unzureichend als subjektive Zufriedenheitsfrage erhoben. AIDA 2009 liefert damit keinerlei Informationen über Behinderungen von Kindern bzw. Eltern.

[1] Der Datensatz ist im GESIS Datenarchiv in der Zugangskategorie A für 25 € erhältlich.
[2] Eine ähnliche Größe wie AIDA besitzt in der Bundesrepublik nur noch die Media-Analyse, die auch keine Informationen zum Thema erhebt, sowie natürlich der Mikro-Zensus.
[3] Homepage: http://www.dji.de/aida
[4] Die Aussage gründet sich auf den Methodenbericht zur Erhebung.

Zensus 2011

2008 wurde durch eine EU-Verordnung festgelegt, dass vergleichbare Volks- und Wohnraumzählungen in der Europäischen Union umgesetzt werden sollen.[1] Der für das Jahr 2011 in Deutschland geplante Zensus soll vornehmlich aktuelle Bevölkerungs- und Wohnungszahlen für die Bundesrepublik Deutschland ermitteln.[2]

Der bevorstehende Zensus ist eine registergestützte Erhebung und unterscheidet sich dadurch von vorangegangenen Volkszählungen. Der Zensus wird aus dem Record-Linkage verschiedener Verwaltungsdaten und einer ca. 10% Haushaltsstichprobe der Bevölkerung bestehen. Die zu erhebenden Merkmale wurden im Zensusgesetz festgelegt. Entsprechend diesem Gesetz werden keine Daten zum Gesundheitszustand oder eine Behinderung im Rahmen des Zensus erhoben. Damit wird der Zensus 2011 keine Daten zur Berechnung der Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen liefern können.

[1] Verordnung (EG) Nr. 763/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über Volks- und Wohnungszählungen.

[2] http://www.zensus2011.de

6 Schätzung der Zahl der behinderten Personen und ihrer Erwerbsbeteiligung aus bestehenden Datenbeständen

Die zahlreichen – wenn auch methodisch unzulänglichen – Erhebungen erlauben durchaus detaillierte Beschreibungen der Lebenssituation behinderte Menschen. Leider ist es mit keinem der existierenden Datensätze möglich, die Zahl und die Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen für alle möglicherweise interessierenden Subgruppen zu schätzen.

Unterscheidet man nur danach, ob eine Person jemals erwerbstätig war oder nicht, ob eine Schwer- oder Leichtbehinderung vorliegt oder nicht und ob diese Behinderung amtlich anerkannt wurde oder nicht, dann ergeben sich schon 8 Kombinationen, die mit keinem Datensatz allein geschätzt werden können (vgl. Tabelle 2). Allerdings kann sowohl die Zahl der behinderten Personen als auch deren Erwerbsbeteiligung aus verschiedenen Quellen geschätzt werden. Dabei muss beachtet werden, dass die Datenbestände zum Teil älter als 10 Jahre sind. Beispielhaft soll dies für die genannten Merkmalskombinationen erläutert werden.

Tabelle 2: Datenquelle für die Anzahl der Personen insgesamt und das Ausmaß der Arbeitsmarktbeteiligung

	jemals gearbeitet		niemals gearbeitet	
anerkannt	schwer behindert	leicht behindert	schwer behindert	leicht behindert
Ja	(1)	(2)	(3)	(4)
Nein	(5)	(6)	(7)	(8)

1. Die beiden Parameter dieser Gruppe lassen sich durch zahlreiche verschiedene Quellen schätzen, so. z.B. durch den Mikrozensus, GEDA und das SOEP.
2. Diese Gruppe lässt sich z.B. mit dem Mikrozensus und dem BGS-98 schätzen (aber z.B. nicht mit GEDA).
3. Hier liegen Daten aus dem Mikrozensus, dem BGS-98 und der GEDA vor.

4. Auch hier liegen Daten aus dem Mikrozensus und dem BGS-98 vor.
5. In Frage kämen hier EU-SILC, der LFS 2002, Euromodule sowie vor allem das ECHP von 2001 mit zusätzlichen Daten aus dem SOEP. Alle diese Zahlen sind nun mehr als 8 Jahre alt.
6. Da die Definition einer leichten Behinderung schwierig ist, lassen sich diese Zahlen nur durch Surveys schätzen, bei denen eine Abstufung der empfundenen Behinderung erhoben wurde. In Frage kämen hier EU-SILC, der LFS von 2002 bzw. 2011 sowie Euromodule. Mit Ausnahme des LFS-2011 müssen diese Zahlen als veraltet betrachtet werden.
7. Die Gruppe der Schwerbehinderten, die ohne amtliche Anerkennung niemals gearbeitet haben, lässt sich durch den LFS 2002 und Euromodule schätzen.[1]
8. Mit den üblichen Einschränkungen lassen sich Schätzungen aus dem LFS 2002 und dem Euromodule gewinnen. Auch diese Zahlen müssen als veraltete angesehen werden.

[1] Das DJI-Kinderpanel von 2002 enthält 2190 Kleinkinder der Geburtskohorten 10/96 bis 9/97 und Schulkinder, die zwischen 10/93 und 9/94 geboren wurden. Die letzte Gruppe erreicht nun die Volljährigkeit. Da für diese Behinderung erfragt wurde, kann zumindest die Größe dieser Gruppe (wenn auch ohne Erwerbsbeteiligung) geschätzt werden.

7 Überlegungen zu einem Survey zur Erwerbsbeteiligung behinderter Menschnen

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass mit den vorhandenen Datenbeständen in Deutschland bislang kaum differenzierte Aussagen über EBM möglich sind. Zwar wäre ein Großteil der interessierenden Informationen in verschiedenen Datenbanken (Krankenkassen, Rentenversicherer, Qualitätssicherungsstellen, Versorgungsämter, BA, LBV, Unfallsicherungen) vorhanden, die Abwesenheit einer Personenidentifikationsnummer, die föderale Struktur der meisten Organisationen sowie die damit verbundenen Datenschutzauflagen und die unzureichende IT-Kompetenz und IT-Infrastruktur in zahlreichen der beteiligten Körperschaften lässt eine effiziente Nutzung der vorhandenen Daten als aussichtslos erscheinen.

Daher sind für die Beantwortung aktueller differenzierter inhaltlicher Forschungsfragen neue Primärdatenerhebungen unvermeidlich. Die bevorstehende Erhebung des LFS mit Disability-Modul und vor allem die geplante EDSIM-Erhebung erscheinen zunächst aussichtsreich, um große Teile des Informationsbedarfs zur EBM zu decken. Sollte in den nächsten 2-4 Jahren eine EDSIM-Erhebung erfolgen, könnte mit vergleichsweise geringen Kosten die meisten der für diese Machbarkeitsstudie zentralen inhaltlichen Fragen beantwortet werden. Sollte eine EDSIM-Erhebung innerhalb dieses Zeitraums nicht möglich sein, wäre eine Erhebung einiger zusätzlicher Variablen im LFS bzw. Mikrozensus (nicht: innerhalb der Stichprobe der dauerhaft befragungsbereiten Haushalte) wünschenswert. Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Grundlage sowie die Erfahrungen in der Umsetzungsdauer und mit den Problemen der Primärdatenerhebung unter den föderalen Bedingungen der amtlichen Statistik lassen diese Möglichkeit als kaum machbar erscheinen. Damit verbleibt im Fall der Nichtrealisierung von EDSIM nur die Möglichkeit, das Fragebogenprogramm bestehender Erhebungen zu vergrößern oder einen gänzlich neuen Survey zu erheben. Die letzte Möglichkeit wird im folgenden Abschnitt ausführlich dargestellt; Hinweise zur Erweiterung bestehender Erhebungen finden sich im letzten Kapitel.

7.1 Stichprobengröße

Die Entscheidung über eine erforderliche Stichprobengröße hängt immer von der Fragestellung ab, die der Survey beantworten soll. In aller Regel ist bei sozialwissenschaftlichen Surveys die Fragestellung der Studie selten präzise genug, um daraus eine Stichprobengröße berechnen zu können.[1] Üblich ist die mehr oder weniger willkürliche Festlegung eine Subgruppe, für die eine Mindestanzahl an Beobachtungen verfügbar sein soll. Entsprechend findet sich bei der Vorbereitung des neuen britischen Disability-Panels bei Purdon (2005) die Feststellung, dass 50.000 Fälle als Minimum der erforderlichen Fallzahl anzusehen seien.

Solche Abschätzungen lassen sich für eine Panelstudie leicht plausibilisieren. Geht man von einem Erkrankungsrisiko für eine Behinderung von 0.2% pro Jahr aus, dann benötigt man bei der Berücksichtigung von nur 10 Ursachen, einer Laufzeit von 10 Jahren und einer gewünschten Subgruppengröße von 100 Personen eine Stichprobe von 50.000 Personen.

Versucht man über einen relativen Standardfehler zu einer Abschätzung zu gelangen, hängt das Ergebnis natürlich vom Anteilswert des betrachteten Merkmals und dem erwarteten Design-Effekt ab. Aufgrund solcher Überlegungen gelangt der „European Health Interview Survey Task Force III report on sampling issues“ vom November 2009 mit einer detaillierten Begründung zu einer notwendigen Stichprobengröße von 21.095 Fällen in der Bundesrepublik.[2] Daher kann man für einen Disability-Survey für die BRD eine Stichprobengröße von 20.000 bis 22.000 Fälle als notwendig betrachten.

7.2 Behinderte und von Behinderung bedrohte Personen

Ein optimales Design einer Stichprobe setzt eine exakte Definition der Fragestellung der Studie voraus. Für diese Studie ist zunächst eine Entscheidung darüber notwendig, ob über aktuell behinderte Personen oder auch Personen, die von Behinderung bedroht sind, Aussagen gemacht werden sollen.

---

[1] Solche Berechnungen basieren fast immer entweder auf der gewünschten Wahrscheinlichkeit für Alpha- und Beta-Fehler bei statistischen Tests *einer* exakt definierten statistischen Hypothese (unter Annahme vermuteter Effektstärken) oder der Festlegung einer maximalen Größe eines Standardfehlers. Für den LFS der EU wurde so z.B. (willkürlich) ein relativer Standardfehler (also ein Variationskoeffizient) von 5% in der kleinsten zu erwartenden Analysezelle festgelegt. Im Gegensatz zur Popularität solcher Berechnungen in Lehrbüchern spielen bei der faktischen Festlegung von Stichprobengrößen in der Forschungspraxis solche Berechnungen kaum eine Rolle, da die Fragestellung selten präzise genug definiert wurde.

[2] http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library?l=/methodologiessandsdatasc/healthsinterviewssurvey/2007-2008_methodology, S.38 im Bericht.

7.2.1 Von Behinderung bedrohte Personen

Amtliche Registerdaten über von Behinderung bedrohte Personen gibt es nicht. Da also keine Auswahlgrundlage für diese Population vorhanden ist, verbleiben als gangbare Alternative nur die speziellen Verfahren zur Auswahl seltener Populationen.[1] Zwar ist das Merkmal „Behinderung“ weit häufiger, als dass die Verwendung dieser Verfahren im Allgemeinen gerechtfertigt werden kann, dies gilt aber nicht für den Fall eines inhaltlichen Interesses an besonderen Behinderungsformen oder an besonderen Teilgruppen (wie z.B. minimale Behinderung) oder einem Interesse an den Übergängen in den Zustand der Behinderung. In diesen Fällen sind die Verfahren für seltene Populationen unvermeidlich.

Weder inhaltliche noch methodologische Literatur zu diesem Problem war auffindbar. Prinzipiell scheinen hier nur zwei verschiedene Zugänge möglich: Entweder man beginnt mit einer sehr großen zufällig gewählten Ausgangsstichprobe und fragt dann direkt nach dem Merkmal oder man verwendet Diagnoseregister als Ausgangspunkt. Der Zugang über die direkte Frage würde aufgrund der erforderlichen Stichprobengröße (vgl. Abschnitt 7.1) erhebliche Kosten verursachen und erscheint daher unter den gegebenen Bedingungen der Bundesrepublik faktisch als nicht durchführbar.

Hingegen erscheint die Verwendung von Diagnoseregistern realisierbar: Man beginnt mit einer Auswahl von Krankenkassen, aus deren Daten man Fälle mit zuvor als relevant bestimmte ICD-Diagnosen auswählt. Die entsprechenden Diagnosen (z.B. Diabetes, Demenz, Depression, MS) ließen sich entweder durch medizinische Expertise oder vermutlich besser empirisch durch Analyse vorhandener Registerdaten der Krankenkassen (oder mit erheblichem Aufwand und einer erforderlichen Neuvercodung durch die Versorgungsämter) bestimmen.

Personen mit einer entsprechenden Diagnose ließen sich dann als Befragungs- oder Registerpanel im Zeitverlauf in Hinsicht auf die Arbeitsmarktbeteiligung beobachten. Da es Studien in der BRD gibt, bei denen Krankenkassen aus ihren Registern nach ICD-Diagnose Stichprobenziehungen durchführen, wären alle rechtlichen Probleme prinzipiell lösbar. Auch die statistischen und technischen Probleme einer solchen Studie sind zu bewältigen.[2]

Aufgrund der dezentralen und föderalen Struktur der dann beteiligten Organisationen darf der Organisationsaufwand einer solchen Studie nicht unterschätzt werden. Die Durchführung wird sicherlich mehrere Jahre Vorbereitung erfordern und höhere Kosten verursachen, als eine Erhebung aktuell behinderter Personen. Angesichts dieser Probleme und Kosten ist zu vermuten, dass mögliche Interessenten an den Ergebnissen einer solchen Studie eher auf die retrospektiv erhobenen Daten aktuell Behinderter zurückgreifen werden. Hierbei muss beachtet werden, dass diese Art von Studien nur Personen enthalten, bei denen eine Behinderung tatsächlich eintrat. Bei der reinen Retrospektiverhebung

[1] Eine neuere Übersicht findet sich bei Kalton (2009).
[2] Zu den Problemen im Umgang mit ICD-Diagnosen in GKV-Daten vgl. Swart und Ihle (2005).

behinderter Personen sind damit vor allem keine Schätzungen der Übergangswahrscheinlichkeiten möglich.

Die hohe sozialpolitische Relevanz einer Erhebung unter von Behinderung bedrohten Personen ist offensichtlich. Die Dauer und der Aufwand für eine solche Studie wird allerdings erheblich sein. Daher ist ohne eine klare politische Entscheidungen über die Wünschbarkeit einer solchen Studie und die Bereitstellung der entsprechenden finanziellen Mittel eine Prospektivstudie dieses Typs unrealistisch.

7.2.2 Aktuell behinderte Personen

Prinzipiell sind zwei verschiedene operationale Zugänge zu aktuell behinderten Menschen möglich: Entweder man folgt einem Modell funktioneller Einschränkungen oder man beschränkt sich auf ein (vor der Erhebung existierendes) amtliches Merkmal.

Screening nach funktioneller Einschränkung

Das bekannteste Beispiel für ein Modell funktioneller Einschränkungen ist die von der WHO stammende „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). Eine ganze Reihe von Operationalisierungen in nationalen Surveys zu Behinderungen basieren auf der ICF, so z.B. in Australien, Irland, Mexico, Zimbabwe und Malawi. Der kanadische „Participation and Activity Limitation Survey“ (PALS) beginnt – wie der kanadadische Zensus 2006 – mit vier Fragen nach Einschränkungen durch Behinderungen:

> 1. Do you have any difficulty hearing, seeing, communicating, walking, climbing stairs, bending, learning or doing any similar activities?
> ...
> 2. Does a physical condition or mental condition or health problem reduce the amount or the kind of activity you can do
> a) at home?
> ...
> b) at work or at school?
> ...
> c) in other activities, for example, transportation or leisure?
> ...

Im PALS schließen sich an diese Fragen jeweils weitere Filterfragen für insgesamt 10 Hauptgruppen von Behinderung an (Hören, Sehen, Verständigung, Gehbehinderung, Beweglichkeit, Schmerz, Lernen, Gedächtnis, Entwicklungsstörungen und Emotionale Probleme).[1]

[1] Einzelheiten finden sich bei MacKenzie/Hurst/Crompton (2009).

Die Erhebung von Behinderungen in dieser Art mit einem Bevölkerungssurvey steht vor nicht unerheblichen methodischen Problemen (z.B. Befragbarkeit der Betroffenen, Anteil von Proxy-Antworten[1] etc.), die aber prinzipiell lösbar sind.[2] Besondere Aufmerksamkeit muss den Behinderungen gelten, bei denen Kommunikationsprobleme in Verbindung zum Erhebungsmodus zu erwarten sind. Purdon et al. (2005) beschreibt anhand von Hör-, Sprach- und Sehvermögen, Fingerfertigkeit, Lese- und Schreibfähigkeit sowie Kognition, welche Schwierigkeiten je nach Erhebungsmodus – in Abhängigkeit der Schwere der Behinderung – auftreten können und wie damit umgegangen werden kann.

Die Lösung dieser Erhebungsprobleme ist allerdings mit erheblichen Kosten verbunden.[3] Als Datenerhebungsmethode erscheint sowohl in Hinsicht auf die Zugänglichkeit, die Kosten als auch auf Grund der besonderen erhebungstechnischen Schwierigkeiten der Subpopulationen ein Methoden-Mix unvermeidbar. Da im Gegensatz zu den sonst üblichen Erhebungen nicht auf die Erhebung außerhalb von Privathaushalten verzichtet werden kann, käme als Auswahlgrundlage in der Bundesrepublik vermutlich nur die Gesamtheit der Einwohnermelderegister in Frage.[4]

Zusammen mit den Besonderheiten der Befragung einer Population, die zumindest teilweise nicht mit Standardmethoden befragt werden kann, wird dies zu Fallkosten weit über 100 Euro führen. Schon bei einer Stichprobengröße von 10.000 Personen sind die Erhebungskosten damit deutlich höher, als es bei Studien zu sozialpolitisch relevanten Subpopulationen in der Regel akzeptiert wird. Trotzdem wäre aus epidemiologischer Sicht eine zu PALS vergleichbare Erhebung für die Bundesrepublik höchst wünschenswert.

---

[1] Hendershot et al. (2003) haben in den USA mit den Daten des National Health Interview Survey on Disability (NHIS-D) (1994-1995) die Effekte des Schweregrades von Aktivitätseinschränkungen auf Antwortmuster und -erfolg untersucht. In Anlehnung an die ICF wurden 8 physische Aktivitäten zusammengestellt (z.B. Treppensteigen, 20 Minuten stehen) zu denen die Befragten angeben sollten, ob sie in deren Ausführung eingeschränkt sind. Um den Schweregrad der Aktivitätseinschränkung zu bestimmen, wurde ein Score durch Addition der Anzahl eingeschränkter Aktivitäten berechnet. Der Schweregrad wird nach mild, moderat und schwer unterschieden. Als Ergebnis der Studie zeigt sich, dass je schwerer die Aktivitätseinschränkung ist, desto eher sind die Befragten zu kontaktieren und bereit zur Studienteilnahme. Gleichzeitig steigt der Anteil von Proxy bzw. unterstützten Angaben mit der Zahl der Einschränkungen (Hendershot et al.: 2003, S. 48). Der hohe Proxyanteil kann zu einer Verringerung der Datenqualität führen, weil Proxy-Angaben weniger präzise als die Eigenangaben der Befragten sind.

[2] Vgl. hierzu Purdon (2005) und Statistics Canada (2008).

[3] Je nach durchführender Institution eines solchen Disability-Surveys könnten unerwünschten Sponsorship-Effekte auftretet. So kann vor allem bei einigen amtlichen Erhebungen erwartet werden, dass die Teilnahmebereitschaft bzw. das Eingeständnis einer amtlich anerkannten Behinderung gegenüber einigen Institutionen geringer sein wird, da ein Teil der behinderten Befragten eine Beinträchtigung potentieller Vermittlungsprozessen befürchten wird.

[4] Zu den wenigen Alternativen, vor allem die Verwendung von Gebäuderegistern, vgl. Schnell (2008).

Auswahl aus Registern mit dem gespeicherten Merkmal amtlich anerkannter Behinderung

Möchte man keine Studie über Spezialpopulationen (Blinde, Beschäftigte in speziellen Werkstätten) dann kämen nur Auswahlen aus den Daten der Versorgungsämter in Betracht. Mit Ausnahme des Landes Bayern (in dem mehrere Ämter im Land kontaktiert werden müssten), ist die Kooperation nur einer Behörde pro Bundesland erforderlich. Mit entsprechendem zeitlichen Vorlauf und nicht-trivialen Kosten scheint aber das Auswahlproblem mit der Beschränkung auf amtlich anerkannte Behinderungen prinzipiell lösbar.

Auch hier würden vergleichsweise große Stichproben erforderlich. Da man sich aber auf eine bekannte Behinderung stützt, würden deutlich geringere Fallzahlen bei identischen Genauigkeitsansprüchen (und einer veränderten Grundgesamtheit) möglich. Eine Beschränkung auf 5000 Fälle dürfte alle vorhandenen Informationsbedürfnisse für diese Grundgesamtheit (also ohne Kinder und Jugendliche, ohne Personen mit Funktionseinschränkung ohne Anerkennung) befriedigen können.

Auch hier wäre ein Methodenmix erforderlich. Die Erhebungskosten pro Fall werden in der gleichen Größenordnung wie bei dem Screening-Modell liegen. Die Durchführung der Feldarbeit wird aber tendenziell leichter, da mit hoher Erreichbarkeit und hoher Kooperationsbereitschaft bei allen Elementen der Grundgesamtheit (bzw. ihrer Betreuer) gerechnet werden kann, da es sich um Betroffene handelt, die den Sinn einer solchen Erhebung eher erkennen als es bei Befragungen der allgemeinen Bevölkerung der Fall ist.

Durch die Beschränkung auf die anerkannten Behinderungen geht viel an erwünschter Information verloren. Andererseits eröffnen sich hier auch interessante Möglichkeiten zur Verbesserung der Datenqualität. So könnte man die Studienteilnehmer bitten, den Feststellungsbescheid ihres Versorgungsamtes vom Interviewer kopieren zu lassen.[1] Ebenso könnte man die Befragten um die Zustimmung zur Zuspielung der Daten der Versorgungsämter sowie der Daten des IABs bitten.[2]

[1] Der Bescheid enthält eine Auflistung der bestehenden Beeinträchtigungen sowie den dazugehörigen Gesamt-Grad der Behinderung. Die Kopie könnte mit Hilfe der eingebauten Webcams der Laptops der CAPI-Systeme oder mit den Handys der Interviewer erfolgen.

[2] Da Beamte und Selbstständige in den Daten der BA (kaum) enthalten sind, muss die naheliegende Idee, eine Stichprobe aus den Versorgungsämtern anonym entweder über eine Vertrauensstelle oder über geeignete technische Methoden auch ohne Einwilligung der Befragten in einen anonymisierten Datensatz zusammenzuführen, verworfen werden. Dieses Vorgehen eignet sich prinzipiell nur dann, wenn ausschließlich die sozialversicherungspflichtige Arbeitsmarktbeteiligung amtlich anerkannter Behinderte von Interesse wäre.

8 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

8.1 Vermeintliche Nichtfinanzierbarkeit eines eigenständigen Disability-Surveys

Um differenzierte Aussagen auch für kleine Bevölkerungsgruppen zu ermöglichen, sind für die Maßstäbe der BRD ungewöhnlich große Stichproben erforderlich (vgl. Abschnitt 7.1). Zwar wäre es wünschenswert, wenn ein Disability-Survey durch das RKI durchgeführt würde, das RKI ist aber an seiner Kapazitätsgrenze angelangt. Da das Statistische Bundesamt als Datenerhebungsorganisation nicht in Frage kommt, müsste die Studie an ein kommerzielles Erhebungsinstitut vergeben werden. Dies würde Kosten über 1.2 Millionen Euro erfordern. Selbst bei Beschränkung auf die amtlich anerkannten behinderten Menschen würden Kosten über 500.000 Euro anfallen. Bei der gegebenen Haushaltslage erscheint die Finanzierung solcher Studien derzeit unwahrscheinlich. Dies ist umso bedauerlicher, als das über den Einsatz der Förderungsmittel für Behinderte in Höhe von mehreren Milliarden Euro jährlich faktisch ohne ausreichende Datengrundlage entschieden wird.[1]

8.2 Forderung nach Erweiterung von EDSIM

Die Implementierung von EDSIM (vgl. Abschnitt 4.5.7) wird durch das statistische Bundesamt erfolgen. Alle Informationen, die Gegenstand dieser Machbarkeitsstudie sind, lassen sich durch EDSIM erheben, falls das Erhebungsprogramm um eine einzige einfache und im Rahmen des Mikrozensus durchaus übliche Frage ergänzt wird: Die Frage nach der amtlich anerkannten Behinderung. Leider wird nach Aussage des Statistischen Bundesamtes auch für eine Frage in einer Teilstichprobe des Mikrozensus ein explizites Gesetz notwendig. Da dies aber auch für EDSIM zutrifft, sollten alle an diesen Daten interessierten Organisationen darauf drängen, dass die Frage nach der amtlich anerkannten Behinderung Bestandteil des EDSIM-Gesetzesentwurfs wird.

[1] Beispiele für diese Summen finden sich z.B. im Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen 2009.

8.3 Ergänzung bestehender Stichproben

Der aussichtsreichste Weg, um zu detaillierteren Informationen über die Erwerbstätigkeit Behinderter Personen zu gelangen, scheint in der Ergänzung bestehender Erhebungen um wenige zusätzliche Fragen zu liegen.

Im Rahmen der PASS-Studie könnte nach Art der Behinderung und nach amtlich nicht anerkannten Behinderungen gefragt werden. PASS besitzt zwar eine vergleichsweise große Fallzahl, allerdings ist diese Zahl im Vergleich zu einem eigenständigen Disability-Survey klein. Weiterhin erlaubt das Stichprobendesign von PASS Aussagen über die allgemeine Bevölkerung nur mit einer Fallzahl, die die Standardgröße sozialwissenschaftlicher Surveys in der Bundesrepublik kaum überschreitet.

Das SOEP besitzt ebenfalls eine für eine differenzierte Beschreibung der Situation von Behinderten zu geringe Fallzahl, trotzdem sollten die Daten des SOEP im Prinzip für viele Anwendungsfelder ausreichen. Im SOEP sollte aber vor allem die Art der Behinderung anders erfragt werden wie bisher.[1] Auch hier sollten alle an diesen Daten interessierten Organisationen gegenüber der SOEP-Gruppe die Wünschbarkeit der Ausdehnung des Frageprogramms für Behinderte klar betonen.

Ebenso wünschenswert wäre eine Erweiterung des Frageprogramms für GEDA. Im derzeitigen Frageprogramm fehlt für eine Disability-Studie vor allem eine etwas detailliertere Erhebung der Funktionseinschränkungen. Da dies aber auch für eine Gesundheitsberichterstattung von Interesse ist, sollte eine solche Ausweitung des Frageprogramms gegenüber dem RKI gut begründbar sein.

[1] Dazu gehört die Veränderung der Frage, ob eine amtliche anerkannte Schwerbehinderung vorliegt, zu der Frage, ob eine anerkannte Behinderung vorliegt. Die Autoren haben mit der SOEP-Gruppe eine Diskussion um die Erfassung der Behinderung begonnen.

Literaturverzeichnis

Allmendinger, Jutta, und *Angela Rauch*, 2005a: Der Arbeitsmarkt der Zukunft : Qualifikationsanforderungen und Integrationschancen behinderter Menschen. S. 14–24 in: *Reinhard Ackermann* (Hg.), Perspektiven für Suchtkranke : Teilhabe fördern, fordern, sichern. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht. Bd. 28. Geesthacht: Neuland.

Allmendinger, Jutta, und *Angela Rauch*, 2005b: Behinderte und gesundheitlich eingeschränkte Menschen: Qualifikationsstrukturen und Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt heute und morgen. Konturen: Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen 26 (1): 20–23.

Backes-Gellner, Uschi, und *Bernd Frick*, 1989: Discrimination in Employment in the Federal Republic of Germany. Technischer Bericht 2, IAAEG, Trier.

Bäcker, Gerhard, *Gerhard Naegele*, *Reinhard Bispinck*, *Klaus Hofemann* und *Jennifer Neubauer*, 2008: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland: Grundlagen, Arbeit, Einkommen und Finanzierung. Wiesbaden: VS.

Bellach, Bärbel Maria, *H. Knopf* und *Wolfgang Thefeld*, 1998: Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. Das Gesundheitswesen. 60 (Sonderheft 2): 59–68.

Bergeskog, Anders, 2001: Labour market policies, strategies and statistics for people with disabilities: a cross-national approach. Technischer Bericht 13, IFAU, Uppsala.

Börsch-Supan, Axel, *Michela Coppola*, *Lothar Essig*, *Angelika Eymann* und *Daniel Schunk*, 2009: The German SAVE study: Design and Results. Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel.

Buchow, Hartmut, 2008: Das Europäische Gesundheitserhebungssystem - European Health Survey System, EHSS. in: *Statistisches Bundeamt* (Hg.), Gesundheit be(ob)achten - Nutzung, Integration und Ergänzung vorhandener Datenquellen, 17. Wissenschaftliches Kolloquium. Wiesbaden.

Bundesagentur für Arbeit, 2009: Qualitätsbericht: Statistik der Arbeitslosen und Arbeitsuchenden. Version 2.0.

Bundesanstalt für Arbeit, 2003: Strukturanalyse: Bestand an Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Sondernummer der Amtlichen Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA). http://www1.arbeitsamt.de/hst/services/anba/jg_2003/struktur2003/str101.xls (27.05.10).

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hg.), 2009: Jahresbericht 2008/2009: Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf. Wiesbaden: Universum Verlag.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales , 2008: Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Technischer Bericht, Bundesministerium für Arbeit und Soziales .

Delhey, Jan, *Petra Böhnke*, *Roland Habich* und *Wolfgang Zapf*, 2001: The Euromodule: A New Instrument for Comparative Welfare Research. Technischer Bericht FS III 01 - 401, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.), 2009: Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenbestand am 31.12.2008. Bd. 172. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Driller, Elke, und *Holger Pfaff*, 2005: Soziodemographische Struktur von Menschen mit Behinderungen in Deutschland: Abschlussbericht einer Studie im Auftrag des Brüsseler Kreis. Forschungsbericht, Köln.

Driller, Elke, und *Holger Pfaff*, 2006: Soziodemographische Struktur von Menschen mit Behinderung in Deutschland. S. 26–117 in: *Fritz Krueger* und *Johannes Degen* (Hg.), Das Alter behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Dupré, Didier, und *Antti Karjalainen*, 2003: Beschäftigung behinderter Menschen in Europa 2002. Technischer Bericht 26, Eurostat.

Eiermann, Nicole, *Monika Häußler* und *Cornelia Helfferich*, 2000: Live, Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Behinderung: Lebenssituation, Bedarfslagen und Interessenvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Schriftenreihe des BMFSFJ. Bd. 183. Stuttgart: Kohlhammer.

Europäische Kommission, 2001: The employment situation of people with disabilities in the European Union. Employment and Social affairs.

Eurostat, 2009: Draft Commission Regulation adopting the specifications of the 2011 ad hoc module on Employment of disabled people. Meeting of the European Directors of Social Statistics (Luxembourg, 24-25 September 2009). http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/ssd/library?l=/dss_meetings/meetings_2009/september_24-25/point_lfs_2011pdf/_EN_1.0_&a=d (10.06.10).

Eurostat, 2010: Disability Statistics: Streamlined Approach and Proposal for an EP and Council Regulation as Regards a Survey on the Interaction Between Health and Social Integration. Meeting of the European Directors of Social Statistics (Luxembourg, 11-12 March 2010). http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/ssd/library?l=/dss_meetings/meetings_2010/march_11-12_meeting/disability_statisticspdf/_EN_1.0_&a=d (27.05.10).

Frick, Bernd, und *Dieter Sadowski*, 1996: Arbeitsmarktpolitik für Behinderte in Deutschland: Möglichkeiten und Grenzen. S. 471–479 in: *Zwierlein Eduard* (Hg.), Handbuch Integration und Ausgrenzung : behinderte Mitmenschen in der Gesellschaft. Neuwied: Luchterhand.

George, Rainer, 1998: Die Arbeitsmarktsituation von Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland. Arbeit und Sozialpolitik 52 (7-8): 52–62.

Gramlich, Tobias, *Tobias Bachteler*, *Bernhard Schimpl-Neimanns* und *Rainer Schnell*, 2009: Panelerhebungen der amtlichen Statistik als Datenquellen für die Sozialwissenschaften. Technischer Bericht 132, RAT-SWD. http://www.ratswd.de/download.

Güther, Bernd, 2009: Gesundheitsmonitor. Feld- und Methodenbericht - Welle 16 - Bevölkerungsbefragung / Versichertenstichprobe.

Güther, Bernd, 2009a: Gesundheitsmonitor. Feld- und Methodenbericht - Welle 15 - Bevölkerungsbefragung / Versichertenstichprobe.

Haarmann, Alexander, *Evi Scholz*, *Martina Wasmer*, *Michael Blohm* und *Janet Harkness*, 2006: Konzeption und Durchführung der Ällgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften"(ALLBUS) 2004. ZUMA-Methodenbericht.

Haupt, Hanna, *Reinhard Liebscher* und *Gunnar Winkler*, 2003: Menschen mit Behinderung - Report 2003: Daten und Fakten zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen in Deutschland. Berlin: trafo-Verlag.

Heller, Günther, 2009: Administrative Data from Germanys Statutory Health Insurances for Social, Economic and Medical Research. Technischer Bericht 122, RatSWD.

Hendershot, Gerry E., *Lisa J. Colpe* und *Peter C. Hunt*, 2003: Persons with Activity Limitations: Non-response and Proxy Response in the U.S. National Health Interview Survey on Disability in: *Barbara M. Altman*, *Sharon N. Barnartt*, *Gerry E. Hendershot* und *Sheryl A. Larson* (Hg.), Using survey data to study disability: results from the national health survey on disability. Amsterdam: Elsevier JAI.

Henninges, Hasso von, 1997a: Arbeitsmarktsituation und Merkmale von arbeitslosen Schwerbehinderten. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 207.

Henninges, Hasso von, 1997b: Arbeitsmarktrelevante Statistiken über Schwerbehinderte. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 474–478.

Ishwaran, Hemant, *Udaya B. Kogalur*, *Eugene H. Blackstone* und *Michael S. Laue*, 2008: Random Survival Forests. The Annals of Applied Statistics 2: 841–860.

Iversen, Kirsten, 2007: Das Mikrozensusgesetz 2005 und der Übergang zur Unterjährigkeit. Wirtschaft und Statistik (1): 38–44.

Kalton, Graham, 2009: Methods for oversampling rare subpopulations in social surveys. Survey Methodology 35 (2): 125–141.

KGSt: Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement, 2006: Aufbewahrungsfristen für Kommunalverwaltungen (B 4/2006).

Kho, Michelle E, *Mark Duffett*, *Donald J Willison*, *Deborah J Cook* und *Melissa C Brouwers*, 2009: Written informed consent and selection bias in observational studies using medical records: systematic review. BMJ 338: 1–8.

Kortmann, Klaus, *Peter Sopp* und *Miriam Thum*, 2002: Das Niedrigeinkommens-Panel (NIEP). Methodenbericht: Gesamtuntersuchung.

LÖDG NRW: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, 1989: Jugendärztliche Definitionen.

LIGA.NRW: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, 2008: Jahresbericht 2006: Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen.

LWL-Integrationsamt Westfalen (Hg.), 2009: Behinderung und Ausweis. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

MacKenzie, Andrew, *Matt Hurst* und *Susan Crompton*, 2009: Defining disability in the Participation and Activity Limitation Survey. Canadian Social Trends (88): 55–62.

Maschke, Michael, 2003: Die sozioökonomische Lage behinderter Menschen in Deutschland. S. 165–181 in: *Günther Cloerkes* (Hg.), Wie man behindert wird : Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Materialien zur Soziologie der Behinderten. Heidelberg: Winter.

Maschke, Michael, 2008: Behindertenpolitik in der Europäischen Union: Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedstaaten. Wiesbaden: VS.

Meltzer, Howard, 2008: Report on the development of a survey module on disability and social integration. Technischer Bericht 35100-2006-002/0199, University of Leicester.

Metschke, Rainer, und *Rita Wellbrock*, 2002: Datenschutz in Wissenschaft und Forschung. Materialien zum Datenschutz. Bd. 28.

Mühling, Tanja, 2000: Die berufliche Integration von Schwerbehinderten: Ergebnisse des Mikrozensus 1995. Nutzerkonferenz 'Forschung mit dem Mikrozensus: Analysen zur Sozialstruktur und zum Arbeitsmarkt' 2, 2000.

Michel, Marion, und *Monika Häußler-Sczepan*, 2005: Die Situation von Frauen und Männern mit Behinderung. Kap. 524-608 in: *Waltraud Cornelißen* (Hg.), Gender-Datenreport: 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. München.

Möller, Joachim, und *Ulrich Walwei* (Hg.), 2009: Handbuch Arbeitsmarkt 2009: Analysen, Daten, Fakten. IAB-Bibliothek. Bd. 314. Bielefeld: Bertelsmann.

Müller, Ursula, *Monika Schröttle*, *Doris Hess* und *Angela Prussog-Wagner*, 2004: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Mueller, Ulrich O., und *Cornelia Bormann*, 2004: Panel Erhebungen mit Gesundheitsbezug. ZUMA-Nachrichten 54: 53–96.

Opfermann, Heike, *Claire Grobecker* und *Elle Krack-Roberg*, 2006: Auswirkung der Bereinigung des Ausländerzentralregisters auf die amtliche Ausländerstatistik. Wirtschaft und Statistik 5 ('Von den zu Beginn der Bereinigung bestehenden 647 Ausländerbehörden haben 596 an der Bereinigung teilgenommen" (483)): 480–494.

Pfaff, Heiko, 2004: Lebenslagen der behinderten Menschen: Ergebnis des Mikrozensus 2003. Wirtschaft und Statistik (10): 1181–1194.

Pfaff, Heiko, 2006: Lebenslagen der behinderten Menschen: Ergebnis des Mikrozensus 2005. Wirtschaft und Statistik (12): 1267–1277.

Pfaff, Heiko, *Elke Driller* und *Oliver Ommen*, 2008: Die amtliche Schwerbehindertenstatistik - derzeitige Restriktionen und zukünftige Aufgaben. S. 87–94 in: *Bärbel-Maria Kurth* (Hg.), Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland: Konzepte, Anforderungen, Datenquellen. Report Versorgungsforschung. Berlin: Deutscher Ärzte-Verlag.

Purdon, Susan, *Madhavi Bajekal*, *Catherine Bromley*, *Caroline Bryson*, *Melanie Doyle*, *Gerry Nicolaas* und *Kerry Sproston*, 2005: Meeting DWP's long-term information needs on disability: A feasibility report. Technischer Bericht 267, Department for Work and Pensions.

Rauch, Angela, 2005: Behinderte Menschen auf dem Arbeitsmarkt. S. 25–43 in: *Rudolf Bieker* (Hg.), Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.

Rauch, Angela, und *Hannelore Brehm*, 2003: Licht am Ende des Tunnels?: eine aktuelle Analyse der Situation schwerbehinderter Menschen am Arbeitsmarkt. Technischer Bericht 6, IAB-Werkstattbericht, Nürnberg.

Rengers, Martina, 2004: Das international vereinbarte Labour-Force-Konzept. Wirtschaft und Statistik (12): 1369–1383.

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

Sadowski, Dieter, und *Bernd Frick*, 1992: Die Beschäftigung Schwerbehinderter, Betriebswirtschaftliche Analysen und politische Empfehlungen, Studien und Materialien zur Sozialpolitik. Idstein: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz.

Schnell, Rainer, 2008: Avoiding Problems of Traditional Sampling Strategies for Household Surveys in Germany: Some New Suggestions. Technischer Bericht 33, Deutsches Institut für Wirtschaft. http://www.diw.de/documents/publikationen/73/86107/diw_datadoc_2008-033.pdf.

Schnell, Rainer, *Tobias Bachteler* und *Jörg Reiher*, 2009a: Entwicklung einer neuen fehlertoleranten Methode bei der Verknüpfung von personenbezogenen Datenbanken unter Gewährleistung des Datenschutzes. MDA - Methoden, Daten, Analysen 3 (2): 203–217.

Schnell, Rainer, *Tobias Bachteler* und *Jörg Reiher*, 2009b: Privacy-preserving record linkage using Bloom filters. BMC Medical Informatics and Decision Making 9 (41).

Schröder, Helmut, 1997: Die Beschäftigungssituation von Blinden: Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung von Blinden und Unternehmen. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 502–513.

Schwarze, J., und *T. Mühling*, 2005: Auswertung des Niedrigeinkommenspanels (NIEP) im Hinblick auf eine mehrdimensionale Analyse von Armut. Technischer Bericht, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn.

Statistics Canada (Hg.), 2008: Participation and Activity Limitation Survey 2006: Research Data Center (RDC) User Guide. Ottawa: Minister of Industry.

Statistisches Bundesamt, 2009a: Finanzen und Steuern: Lohn- und Einkommensteuer 2004. Fachserie 14 Reihe 7.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2009b: Sozialleistungen: Schwerbehinderte Menschen 2007. Fachserie 13, Reihe 5.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, 2009c: Statistik der schwerbehinderten Menschen. Qualitätsbericht, Wiesbaden.

Swart, Enno, und *Peter Ihle* (Hg.), 2005: Routinedaten im Gesundheitswesen. Bern: Huber.

TNS Healthcare, 2007: Big Screen 2007. Infomailing. http://www.tnshealthcare.de/pdf/Big%20Screen%2007_TNS%20Healthcare%20Access%20Panel.pdf (24.05.2010).

Treinen, Heiner, 2002: Außer dem Ausweis haben sie wenig gemein...: Schwerbehinderte Menschen auf dem Arbeitsmarkt. Technischer Bericht 2002-07, Institut Arbeit und Technik.

Weil, Stefan, 1996: Die wirtschaftliche Lage Schwerbehinderter in Deutschland: Entwicklungen in den alten Bundesländern 1980 - 1994. Tübinger Volkswirtschaftliche Schriften. Bd. 14. Tübingen: Francke.

Wittchen, Hans U., *N. Müller* und *S. Storz*, 1998: Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Das Gesundheitswesen 60 (Sonderheft 2): 95–100.

Ziese, Thomas, 2005: Der telefonische Gesundheitssurvey 2003 - Baustein zum Gesundheitsmonitoringsystem für Deutschland in: *Martin Kohler*, *Angelika Rieck*, *Susan Borch* und *Thomas Ziese* (Hg.), Erster telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts - Methodische Beiträge. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.