

Vergriffen

Menschen mit Behinderungen in der Schweiz. Die Lebenslagen der Bezügerinnen und
Bezüger von Leistungen der Invalidenversicherung

Nationales Forschungsprogramm 45 • Probleme des Sozialstaats

Daniel Gredig • Sabine Deringer • Melanie Hirtz • Roman Page • Heinrich Zwicky

Menschen mit Behinderungen in der Schweiz

**Die Lebenslagen der Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen der
Invalidenversicherung**

Publiziert mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds
zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung

Inhaltsverzeichnis**Teil I Ausgangslage, theoretischer Bezugsrahmen und Vorstudien**

1	Einleitung	12
1.1	Ausgangslage.....	12
1.2	Sekundärstatistische Analysen von Daten zur sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz	14
1.3	Eine angemessene Sozialberichterstattung über Menschen mit Behinderungen..	20
1.4	Ziel der Untersuchung.....	29
1.5	Forschungsfragen	29
1.6	Die zu untersuchende Population.....	30
1.7	Aufbau der Untersuchung	35
2	Systematische review von Untersuchungen aus Europa und den USA	37
2.1	Zielsetzung	37
2.2	Vorgehen	37
2.3	Ergebnisse	37
2.4	Desiderate an eine Forschung zur Lage von Menschen mit Behinderungen.....	45
3	Qualitative Untersuchung der subjektiv relevanten Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen.....	47
3.1	Zielsetzung und Fragestellung	47
3.2	Vorgehen	47
3.3	Ergebnisse	52
3.4	Folgerungen für die Hauptuntersuchung.....	61

Teil II Hauptuntersuchung: Die Lebenslagen der Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen der Invalidenversicherung

4	Methode.....	62
4.1	Anlage der Untersuchung.....	62
4.2	Entwicklung des Erhebungsinstruments	64
4.3	Diskussion des Fragebogens bei Interessierten.....	66
4.4	Pretest und Revision des Erhebungsinstruments.....	67
4.5	Ziehung der Stichproben und Verlauf der Erhebung	67
4.6	Statistische Analysen.....	70
5	Beschreibung der Stichprobe	74
5.1	Rücklauf	74
5.2	Merkmale der Stichprobe	77
5.3	Beurteilung des Rücklaufs und der Repräsentativität der Stichprobe.....	86

6	Ergebnisse	87
6.1	Beschreibung der einzelnen Lebenslagendimensionen.....	87
6.2	Die Lebenslagen	111

Teil III Schluss

7	Schlussbetrachtung und weiterführende Überlegungen.....	161
8	Literatur	174
9	Anhang	178

Vorwort

Das Problembewusstsein hinsichtlich der Erschwernisse und Benachteiligungen, mit denen sich Menschen mit Behinderungen konfrontiert sehen, ist in den vergangenen Jahren gewachsen. Das Wissen zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz ist aber nach wie vor gering. Mit dieser Untersuchung der Lebenslage von Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen der Invalidenversicherung soll ein Beitrag dazu geleistet werden, diese Wissenslücke zu füllen. Die hier vorgestellten Ergebnisse mögen die Grundlage für eine breite Diskussion darüber bieten, in welchen Lebenslagen sich Bezüger/innen von Leistungen der IV befinden und welche sozialpolitischen Strategien aber auch sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Angebote zur Sicherung einer würdigen und selbstbestimmten Lebensweise von Menschen mit Behinderungen zu entwickeln bzw. zu erhalten sind.

Diese Untersuchung konnte nur Dank der Mitwirkung von 2'008 Bezüger/innen von Leistungen der IV durchgeführt werden. Wir danken diesen Personen für ihre Bereitschaft, Zeit und Geduld für diese Untersuchung aufzuwenden.

Wir danken auch den kantonalen IV-Stellen. Ohne aktive Mitarbeit sämtlicher kantonalen IV-Stellen hätte die Datenerhebung nicht stattfinden können. Auch die Diskussion der Ergebnisse mit dem Vorstand der IV-Stellen Konferenz erwies sich als sehr anregend.

Wir danken auch dem Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung, ohne dessen Finanzierung diese Untersuchung nicht hätte durchgeführt werden können.

Schliesslich danken wir auch Sonja Rohr für das Lektorat und das sorgfältige Layout des Bandes. Ohne ihr Engagement hätte diese Publikation nicht in der vorliegenden Form erfolgen können. Zudem danken wir Astrid Fischer für das Korrektorat.

Das Forschungsteam

Kurzfassung

Anlass zur Durchführung der hier vorgelegten Untersuchung war der Umstand, dass der Bestand an gesichertem Wissen zur faktischen Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz sehr gering ist. Abgesehen von den quantitativen Forschungsdefiziten fallen auch qualitative Defizite ins Auge. Den wenigen sekundärstatistischen Untersuchungen von Bevölkerungsbefragungen zur Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz fehlt es an einem theoretischen Bezugsrahmen und an substantiellen Aussagen zur sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz.

Hier setzt die vorliegende Studie an. Sie baut auf dem Konzept der Lebenslage auf, welches erlaubt Lebensbedingungen mehrdimensional zu beschreiben. Dabei werden im Gegensatz zu den Konzepten der herkömmlichen Ungleichheitsforschung sowohl materielle als auch immaterielle Aspekte mit in den Blick genommen und ökonomische, kulturelle wie auch soziale Dimensionen berücksichtigt. In Anbetracht des weitgehenden Fehlens entsprechender Forschungsarbeiten war für die vorliegende Studie ein exploratives Vorgehen angezeigt. Mittels eines qualitativen Ansatzes wurden die subjektiv relevanten Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen ermittelt. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde in einem nächsten Schritt ein Fragebogen entwickelt und erstmalig an 2'500 Bezügerinnen und Bezüger einer individuellen Massnahmen und 2'500 Bezügerinnen und Bezüger einer IV-Rente angewendet.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Teile. Im *ersten Teil* wird der theoretische Rahmen der Untersuchung aufgespannt und die Ergebnisse zu den Vorstudien dargelegt.

Zunächst werden die Ergebnisse der sekundärstatistischen Analyse der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung 2001 und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung der Jahre 1992/1993 und 1997 dargestellt. Ziel dieser Vorstudie war es, eine Bestandaufnahme der Erkenntnisse zu liefern, die aus diesen bestehenden Datensätzen gewonnen werden können und zu ermitteln, ob die gegebene Datenlage eine umfassende Beschreibung der sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz erlauben. Die Aussagen dieser Vorstudie bleiben aber sehr bruchstückhaft und äusserst limitiert. Aussagen zu Entwicklungen, wie sie für sozialpolitische Entscheidungen und die Arbeit der Professionellen in der Behindertenhilfe notwendig sind, sind schlicht nicht möglich.

In der Folge werden die Lesenden in den theoretischen Bezugsrahmen der Studie, das Konzept der Lebenslage und seine empirische Anwendung eingeführt. Das Konzept der Lebenslage nach Hradil bietet die Möglichkeit einer deskriptiven Betrachtung von

Lebensbedingungen. Dieses mehrdimensionale, nicht-kumulative bzw. nicht hierarchische Konzept bezieht ökonomische, kulturelle, wie auch soziale Dimensionen mit ein und wurde in der Schweiz bis anhin vornehmlich in der Armutsforschung und in der Erfassung der Lebenslagen von älteren Menschen eingesetzt. Wesentlich für die Beschreibung der Lebenslage einer untersuchten Population ist es, dabei jene Dimensionen einzubeziehen, die für die Betroffenen relevant und damit in einem gewissen Grad auch spezifisch sind.

In einem nächsten Abschnitt werden die Ziele der Untersuchung, die Forschungsfragen, sowie der gewählte Zugang zu Menschen mit Behinderungen über die Schweizerische Invalidenversicherung erläutert, und die damit verbundenen Limitationen erörtert.

Im anschliessenden Teil wird der Forschungsstand zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in anderen europäischen Ländern und den USA zusammengefasst. Die systematische *review* von 14 Studien aus Europa und den USA erlaubt zwar eine Zusammenstellung von gesicherten Erkenntnissen zu den untersuchten Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in andern Ländern, brachte aber auch methodische und inhaltliche Mängel der aufgearbeiteten Studien zu Tage. So wurden die Studien selten von einem theoretischen Konzept geleitet und mittels einer Kombination von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden durchgeführt.

Schliesslich werden die Ergebnisse zur qualitativen Vorstudie dargestellt. Das Ziel dieser Vorstudie war es, subjektiv relevante Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen zu ermitteln, die in die spätere quantitative Erfassung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen eingehen sollen. Dazu wurden problemzentrierte Interviews mit Menschen mit Behinderungen und Interviews mit Experten und Expertinnen durchgeführt. Für die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz stellten sich 12 Dimensionen als relevant heraus: Formale Bildung, Arbeit, Tagesstruktur, Materielle Situation, Wohnsituation, physischer und psychischer Gesundheitszustand, soziale Kontakte, Freizeit, Mobilität, Hilfe und Unterstützung, Selbstbestimmung, Diskriminierung/Stigmatisierung – Integration – Partizipation. Fünf Dimensionen (Tagesstruktur, Mobilität, Hilfe und Unterstützung, Selbstbestimmung sowie Diskriminierung/Stigmatisierung – Integration – Partizipation) sind angesichts der Erfahrungen der Betroffenen von besonderem Interesse.

Im *zweiten Teil* der Arbeit wird auf die eigentliche Hauptuntersuchung eingegangen, der schriftlichen Befragung der Bezüger und Bezügerinnen von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung.

Als Erstes werden die Methode, die Anlage der Untersuchung, die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes, die Ziehung der Stichprobe, der Verlauf der Erhebung und die angewandten statistischen Analysen beschrieben.

Es folgt die Beschreibung der Stichprobe. Es wird sowohl auf den Rücklauf der schriftlichen Fragebogen als auch auf die Merkmale der Stichprobe und ihre Repräsentativität eingegangen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hauptuntersuchung dargestellt und diskutiert. In einem ersten Schritt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Lebenslagedimensionen formale Bildung, Arbeit, persönliches Einkommen, Haushaltseinkommen, Wohnsituation, physischer und psychischer Gesundheitszustand, soziale Kontakte, Freizeit, Mobilität, Hilfe und Unterstützung, Selbstbestimmung und Diskriminierung vorgestellt und auf die Unterschiede zwischen den Bezüglern und Bezüglern individueller Massnahmen sowie Bezüglern und Bezüglern einer IV-Rente eingegangen. In einem zweiten Schritt werden die identifizierten Lebenslagen der Bezüglern und Bezüglern von Leistungen der Invalidenversicherung in Form von Profilen abgebildet und beschrieben. Die Rekonstruktion von Lebenslagen belegt eine grosse Heterogenität. Bei den Bezüglern und Bezüglern von individuellen Massnahmen liessen sich vier typische Lebenslagen identifizieren, bei den Bezüglern und Bezüglern einer IV-Rente fünf. Dies ermöglicht, potenziell problematische Konstellationen in der Ressourcenausstattung einzelner Gruppen von Bezüglern und Bezüglern individueller Massnahmen sowie Bezüglern und Bezüglern einer IV-Rente herauszuarbeiten.

Ein *dritter Teil* mit Schlussbetrachtungen, weiterführenden Überlegungen zum Nutzen der Studie schliessen den Band ab. Die Erkenntnisse zu den unterschiedlichen Lebenslagen dieses untersuchten Teils der Menschen mit Behinderungen bilden eine wichtige Grundlage für wirkungsvolle zukünftige Strategien in der Sozialpolitik. Für die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sowie in anderen Berufen in der Behindertenhilfe Tätigen geben die Erkenntnisse einen Rahmen dafür ab, den einzelnen Fall adäquat einschätzen, charakteristische Problemkonstellationen erkennen und dementsprechende Interventionen einleiten zu können.

Teil I Ausgangslage, theoretischer Bezugsrahmen und Vorstudien

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Das Problembewusstsein hinsichtlich der Erschwernisse, mit denen sich Menschen mit Behinderungen in der Schweiz konfrontiert sehen, ist in den vergangenen Jahren in Politik und Gesellschaft gewachsen. In starkem Kontrast zu diesem zunehmenden Bewusstsein um die Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen und um die Probleme, die sich den Betroffenen im Alltag stellen können, steht der geringe Bestand an gesichertem Wissen zur faktischen Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen. Im Unterschied zu anderen aktuellen Problemfeldern mangelt es an einschlägiger Forschung. Zuverlässige und aktuelle Daten zur sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen fehlen bis heute weitgehend.

Nach übereinstimmender Beurteilung sämtlicher fachlich qualifizierter Stimmen vom Bundesamt für Sozialversicherungen über das Bundesamt für Statistik, Universitätsinstitute bis hin zu Organisationen wie der Pro Infirmis, der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik oder Fragile Suisse liegen zwar Studien zu einzelnen Aspekten der Lebenssituation von Menschen mit bestimmten Behinderungen oder zu ausgewählten Untergruppen vor. So sind z.B. Wohnbauten für Menschen mit Behinderungen (Wolf, 2003), die Situation von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen in Psychiatrien (Haltiner, 1994) und die kommunikative Situation junger Erwachsener mit cerebralen Bewegungsstörungen untersucht worden (Strässle, 2000). Es finden sich Studien zur beruflichen Situation, den sozialen Kontakten und dem psychischen Gesundheitszustand von Menschen, die im Erwachsenenalter einen Hörverlust erlitten haben (Lienhard, 1992). Die Lebenslage von Frauen mit Behinderungen (Meier Rey, 2003) und die Benachteiligung von Frauen mit Behinderungen durch die Sozialversicherungen ist bearbeitet worden (vgl. Häussler, Wacker & Wetzler, 1996; Kessi, 2003). Zudem liegen Untersuchungen zu didaktischen Fragen und zu Lernprozessen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen vor (Rosenberg, 2002). Doch eine breite, *mehrdimensionale Erfassung der sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen* ist immer noch ausstehend – in der Schweiz wie übrigens auch in der Europäischen Union.¹

Dieser eklatante Mangel an Kenntnissen ist sehr problematisch und zeigt in unterschiedlichen Kontexten Wirkung:

¹ Das vorhandene Forschungsdefizit im Bereich der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz hat dazu geführt, dass die Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich die Lebenswelt von Menschen mit Behinderungen zu einem eigenen Forschungsschwerpunkt ernannt hat.

Im sozialpolitischen Kontext führt er u.a. zur merkwürdigen Schräglage, dass z.B. die Leistungen der Invalidenversicherung (IV) erfasst, eingehend ausgewertet und Politikern, Fachpersonen wie auch dem breiten Publikum jährlich in einer öffentlichen IV-Statistik zur Kenntnis gebracht werden. Diese Leistungen und der damit einhergehende Aufwand können des Breiten und medienwirksam diskutiert, auf seine Berechtigung hin befragt, im Namen weltanschaulicher Überzeugungen in Frage gestellt und unter Berufung auf sozialstaatliche Prinzipien und soziale Gerechtigkeit verteidigt werden. Wie sich aber die soziale Situation der Menschen mit Behinderungen gestaltet, welche Probleme sie birgt und wie die Betroffenen unter diesen Bedingungen ihr Leben bewältigen, bleibt unbekannt. Damit sind die für einen Teil der Menschen mit Behinderungen in der Schweiz erbrachten Leistungen bekannt, die Problemlagen hingegen, auf die sie eine Antwort darstellen sollten, bleiben jedoch weitgehend im Dunkeln. Das System der sozialen Sicherung ist aber gefordert, seine Leistungen sich verändernden Problemlagen und aktuellen Bedarfen anzupassen. Dies gilt selbstverständlich auch für die sozialstaatlichen Angebote für Menschen mit Behinderungen. Sie haben Antworten auf konkrete Unterstützungsbedürfnisse zu formulieren und adäquate Leistungen zu entwickeln. Dies setzt allerdings gesichertes Wissen zur aktuellen sozialen Situation wie auch zu deren Entwicklung voraus.

Im Kontext der professionellen Behindertenhilfe führt der Mangel an umfassender Kenntnis der sozialen Situation der Betroffenen dazu, dass die Abstimmung von Bedarf und Angebot wie auch die Bemühungen zur Innovation stets auf die individuellen Erfahrungen abstellen müssen, die von den vor Ort tätigen Professionellen der Sozialen Arbeit, der Sonderpädagogik und der Pflege, aber auch Psychologen resp. Psychologinnen und Psychiatern resp. Psychiaterinnen mit den von ihnen erreichten Fällen gemacht werden. Eine gesicherte Einordnung, ob eine bestimmte Problematik eine Ausnahmeerscheinung darstellt oder Ausdruck einer allgemeinen Problematik ist, kann auf dieser Grundlage nicht wirklich vorgenommen werden. Das dafür notwendige Wissen über systematische Zusammenhänge von einzelnen unterschiedlichen Problemen, über die Auftretenshäufigkeit verschiedener Problemkonstellationen und die möglichen Bewältigungsformen fehlt.

Mithin besteht sowohl seitens der Politik und der Agenturen der sozialen Sicherheit als auch seitens der Behindertenhilfe ein Bedarf an gesichertem, umfassendem Wissen über die soziale Situation von Menschen mit Behinderungen.

Die Forschung und die Sozialberichterstattung sind gefordert, zuverlässige und umfassende Grundlagen für eine wirkungs- und bedarfsorientierte Steuerung der zu erbringenden Leistungen bereitzustellen.

Angesichts dieser Herausforderung stellt sich im Bemühen um Effizienz zunächst die Frage, ob die gewünschten Erkenntnisse nicht vergleichsweise einfach durch sekun-

därstatistische Analysen der vorliegenden Daten aus Bevölkerungsumfragen der letzten Jahre gewonnen werden könnten.

1.2 Sekundärstatistische Analysen von Daten zur sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz

In den letzten drei Jahren sind zwei Arbeiten entstanden, in denen das Potenzial von sekundärstatistischen Analysen der Daten aus Bevölkerungsumfragen für die Ermittlung der sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz ermittelt werden soll.

1.2.1 Eine sekundärstatistische Untersuchung zu Indikatoren zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen

Im Auftrag der Pro Infirmis hat Gerheuser (2001) eine Sekundäranalyse der Daten aus der zweiten schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 zu den „Indikatoren der Gleichstellung“ von Menschen mit Behinderungen vorgenommen.

In der Gesundheitsbefragung von 1997 wurde – im Gegensatz zu ihrer ersten Durchführung 1992/1993 – eine differenziertere Erfassung von Behinderungen versucht. Nachdem in der Gesundheitsbefragung 1992/1993 Behinderung als Einschränkung in spezifischen Alltagsaktivitäten (Schwierigkeiten beim An- und Ausziehen, beim aus dem Bett steigen oder beim Essen) sowie zusätzlich mittels Einschränkungen im Lesen, Hören und bei der Bewältigung einer Wegstrecke (von 200 m) erfasst wurde, fügte man in der Gesundheitsbefragung 1997 diesen Indikatoren eine Frage an, bei der die Befragten selbst einzuschätzen hatten, ob sie andauernd (länger als ein Jahr) in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind: *„Es gibt heutzutage viele Leute, die ein psychisches oder körperliches Problem haben, wo sie in den alltäglichen Aktivitäten einschränkt. Haben Sie ein solches Problem oder eine solche Krankheit, wo schon länger als ein Jahr dauert?“*

Gerheuser rechnet alle jene Befragten zu den Menschen mit körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen, die entweder angaben, eine Geh-, Hör- und Sehbehinderung oder gemäss ihrer subjektiven Selbsteinschätzung ein andauerndes psychisches Problem zu haben. Gerheuser vergleicht dann die Menschen mit einer so definierten Behinderung hinsichtlich verschiedener Dimensionen der sozialen Situation mit den Befragten „ohne angegebene Behinderung“ (2001, S. 9–12). Neben der „Stellung im Haushalt“ bezieht er auch die „Erwerbstätigkeit“, „Ausbildung, berufliche Stellung, Einkommen“, „Freizeitaktivitäten“, den „Gemütszustand“, die „Erfahrung von Gewalt“ sowie die „Unterstützung durch IV oder UVG-Renten“ in den Vergleich ein.

1.2.2 Sekundärstatistische Analysen mit dem Ziel einer umfassenden Beschreibung der sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen

2003 legte Zwicky eine anders gelagerte und umfassendere sekundärstatistische Analyse bestehender Datensätze aus Bevölkerungsbefragungen vor. Ziel dieser Untersuchung war es, vor dem Hintergrund des Lebenslagenkonzepts eine Bestandesaufnahme der Erkenntnisse zu liefern, die aus den bestehenden Daten gewonnen werden können (Zwicky, 2003). Es sollte damit ermittelt werden, ob die gegebene Datenlage eine umfassende Beschreibung der sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz erlauben würde. Darüber hinaus sollte identifiziert werden, welche Bestandteile der Erhebungsinstrumente und welche Operationalisierungen der untersuchten Bevölkerungsbefragungen sich in der Erhebung unterschiedlicher Aspekte der sozialen Situation bewährt haben (Deringer, Zwicky, Hirtz & Gredig, 2002).

Die Auswahl der Datenquellen folgte zwei Kriterien: Erstens mussten die Daten eine Identifikation von Menschen mit Behinderungen erlauben. Zweitens musste die erfasste Gesamtstichprobe möglichst gross sein, damit die darin enthaltene Teilgruppe von Menschen mit Behinderungen eine Grösse erreicht, die repräsentative Aussagen erlaubt.

Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2001 des Bundesamtes für Statistik (Bundesamt für Statistik, 2001) sowie die Gesundheitsbefragungen 1992/1993 (Bundesamt für Statistik, 1994) und 1997 (Bundesamt für Statistik, 2000) erfüllen diese Voraussetzungen.²

Die sekundärstatistische Analyse von Zwicky (2003) stützt sich deshalb auf die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2001 wie auch auf die Gesundheitsbefragungen von 1997 und 1992/1993 inklusive der Zusatzerhebung zur Gesundheitsbefragung 1992/1993 in Institutionen.

Die *Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2001* erlaubt es, aus den 18'767 Befragten zwei Gruppen von Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten zu identifizieren, nämlich die Befragten, die ihre Beschäftigung auf Grund einer Beeinträchtigung *reduziert* haben (N=111), und diejenigen, die in der Situation der Erwerbslosigkeit auf Grund einer Beeinträchtigung darauf *verzichten*, sich weiter um eine Arbeit zu bemühen (N=108). Beide Gruppen von Menschen mit Behinderungen weisen im Vergleich zu den Befragten ohne Behinderung einen deutlich erhöhten Anteil auf dem tiefsten Bildungsniveau auf: 38.4% der Personen, die auf Grund einer Beeinträchtigung einer reduzierten Erwerbstätigkeit nachgehen und 47.3% der Personen, die auf Grund einer Beeinträchtigung keine Stelle mehr suchen, verfügen entweder über keinen Schul-

² Das im Rahmen des SPP „Zukunft Schweiz“ entwickelte „Schweizerische Haushaltspanel“, aber auch die Amtenstudie von Leu, Burri & Priester (1997) erfüllen diese Voraussetzungen z.B. nicht.

abschluss oder dann lediglich über den Abschluss der obligatorischen Schule oder einer Anlehre. Bei den Befragten ohne Behinderung beträgt der entsprechende Anteil lediglich 25.4%. Für beide Teilgruppen von Menschen mit Behinderungen lassen die Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung zudem den Schluss zu, dass sie häufiger alleine leben, andererseits aber auch häufiger eine haushaltsexterne Hilfe in Anspruch nehmen (für die genauen Prozentwerte vgl. Zwicky, 2003, S.183).

Die Daten der *Gesundheitsbefragung 1997* mit 13'004 Befragten ermöglichen – wiederum ausschliesslich für Menschen in Privathaushalten – eine Unterscheidung von folgenden Gruppen von Menschen mit Behinderungen:

Gruppe 1: Menschen mit Behinderungen insgesamt

Die Identifikation dieser ersten Gruppe geht von einem relativ weiten Behinderungsbegriff aus. Gemäss der Fragestellung der Gesundheitsbefragung fallen alle Menschen, die angeben, ein andauerndes körperliches oder psychisches Problem zu haben, das schon länger als ein Jahr dauert, in diese Gruppe. Sie beläuft sich auf 2'229 Personen. Dabei geben 78% ein körperliches Problem an, 11.5% ein psychisches Problem und die übrigen Befragten entweder beide Arten von Problemen (9.4%) oder ein Problem, das nicht in diese beiden Kategorien passt (1.1%).

Unter Berücksichtigung der vom Bundesamt für Statistik entwickelten Gewichtungsfaktoren kommt man zum Schluss, dass 17.1% der Wohnbevölkerung der Schweiz über 14 Jahre ein körperliches oder psychisches Problem hat, das über ein Jahr dauert. Bezogen auf die Wohnbevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, die hinsichtlich der anschliessenden Untersuchung von IV-Bezügern und -Bezügerinnen hier im Zentrum steht, sind es 14.5%.

Gruppe 2: IV-Rentenbezüger/innen

In dieser Teilpopulation werden nur jene Personen aus der Gruppe der Menschen mit Behinderungen berücksichtigt, die eine *IV-Rente* beziehen.

Es zeigt sich, dass nur ein relativ kleiner Teil der Menschen mit Behinderungen eine IV-Rente bezieht (N=197). Der gewichtete Anteil der IV-Rentenbezüger/innen an der Wohnbevölkerung der Schweiz (zwischen 15 und 64 Jahren) beträgt – unter der Voraussetzung der Methodik der Gesundheitsbefragung – 1.7%.³ Dieses Ergebnis entspricht der Situation in anderen Ländern, obwohl es – bei allen Vorbehalten gegenüber internationalen Vergleichen komplexer und definitionsabhängiger Indikatoren – scheint, dass in der Schweiz nach wie vor ein unterdurchschnittlicher

³ Beachte: In der Gesundheitserhebung werden *per definitionem* alle IV-Rentenbezüger/innen, die in Institutionen leben, nicht erfasst. Ausserdem führt die Methode der Telefonbefragung zu einer weiteren Unterrepräsentation von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen. Deshalb fällt diese Messung zu tief aus.

Anteil der Menschen mit Behinderungen eine IV-Rente bezieht (vgl. dazu vor allem (Marin & Prinz, 2003, S. 55).

Gruppe 3: Voll erwerbstätige Menschen mit Behinderungen

Diese Teilpopulation umfasst Menschen *mit Behinderungen*, die *voll erwerbstätig* sind. Diese Gruppe wird also durch die Befragten gebildet, die ein andauerndes körperliches oder psychisches Problem angeben und gleichzeitig mindestens 35 Stunden in der Woche einer bezahlten Erwerbstätigkeit nachgehen.

Es geben 532 Menschen mit Behinderungen an, dieser Gruppe anzugehören. Unter Berücksichtigung der vom Bundesamt für Statistik entwickelten Gewichtungsfaktoren kommt man hier zum Schluss, dass 5.2% der Menschen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren angeben, eine Beeinträchtigung zu haben, aber voll erwerbstätig sind.

Ein Vergleich dieser drei Teilgruppen bezüglich des *Geschlechterverhältnisses* zeigt, dass der Frauenanteil bei der Gruppe 1 (Menschen mit Behinderungen insgesamt) mit 59.2% deutlich am grössten, bei der Gruppe 3 (voll erwerbstätige Menschen mit Behinderungen) mit 32.2% deutlich am tiefsten ist.

Die Daten der Gesundheitsbefragung 1997 erlauben (im Unterschied zur Arbeitskräfteerhebung 2001) eine relativ differenzierte Analyse der *Einkommenssituation* von Menschen mit Behinderungen. Für die Charakterisierung der finanziellen Ressourcen eines Menschen mit Behinderungen wird dabei – in Analogie beispielsweise zur Armutsstudie von Leu et al. (1997) – vor allem das Äquivalenzeinkommen des Haushalts verwendet.

Menschen mit Behinderungen verfügen gemäss der Gesundheitsbefragung 1997 im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) über ein individuelles Einkommen von CHF 3'128.– pro Monat und ein Haushaltseinkommen von CHF 5'100.– pro Monat. Teilt man das Haushaltseinkommen durch die Zahl der erwachsenen Personen im Haushalt, ergibt sich ein Äquivalenzeinkommen von CHF 2'954.– pro Monat. Diese Durchschnittswerte liegen alle deutlich unter jenen bei Menschen ohne Behinderungen, wo das individuelle Einkommen CHF 3'645.–, das Haushaltseinkommen CHF 6'050.– und das Äquivalenzeinkommen CHF 3'323.– pro Monat beträgt.

Menschen mit Behinderungen sind im Vergleich mit Menschen ohne Behinderungen nicht generell dadurch benachteiligt, dass sie in kleineren *Wohnungen* leben müssen. Das Verhältnis von erwachsenen Personen im Haushalt zur Zimmerzahl entspricht ziemlich genau jenem von Menschen ohne Behinderungen. Allerdings kann bei dieser Analyse nicht berücksichtigt werden, dass Menschen mit Behinderungen z.B. auf Grund benötigter Hilfsmittel einen grösseren Raumbedarf haben dürften.

In der Gesundheitsbefragung 1997 wurde u.a. danach gefragt, ob die Befragten in den letzten 12 Monaten von Verwandten oder Bekannten „aus gesundheitlichen Gründen“ beispielsweise beim Einkaufen, der Pflege oder beim Essen unterstützt worden sind. Dabei zeigt sich, dass eine solche *Unterstützung* bei Menschen mit Behinderungen (22.2%) und bei IV-Bezügern und -Bezügerinnen (34%) deutlich häufiger stattgefunden hat als bei Menschen ohne Behinderungen (7.2%).

Die Gesundheitsbefragung 1997 erlaubt es auch, die Teilnahme an *Selbsthilfegruppen* als einer speziellen Form der sozialen Unterstützung zu untersuchen. Dabei geben 2.8% der Menschen mit Behinderungen, aber immerhin 9.4% der IV-Rentenbezüger/innen an, Mitglied einer Selbsthilfegruppe zu sein. Bei den übrigen Befragten (ohne Behinderungen) macht dieser Anteil lediglich 1.3% aus.

Der Versuch, die Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung von 1992/1993 und der Gesundheitsbefragung von 1997 miteinander in Beziehung zu setzen, stösst sich daran, dass auf Grund der unterschiedlichen Definitionen und Operationalisierungen von „Behinderung“ in den zwei Befragungen lediglich die Daten zu den Einschränkungen in den *Alltagsaktivitäten* verglichen werden können. Dieser Vergleich der Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten über die Zeit zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ergebnissen von 1992/1993 und 1997.

Die Daten aus der *Zusatzerhebung zur Gesundheitsbefragung 1992/1993 in Institutionen*, zu der bislang auch vom Bundesamt für Statistik noch nichts veröffentlicht worden ist, stammen von insgesamt 1'303 Personen, die in Institutionen leben und direkt befragt oder mittels Proxy-Interviews beschrieben worden sind. 148 der befragten bzw. beschriebenen Personen lebten zum Zeitpunkt der Befragung in spezifischen Institutionen für Menschen mit Behinderungen.

Dieser Zusatzerhebung können zum einen wiederum Daten zu Aktivitätseinschränkungen entnommen werden. Zum andern können vereinzelt Aspekte der sozialen Situation wie z.B. die Arbeitstätigkeit, die Ausbildungsabschlüsse, Vereinsmitgliedschaften oder – zumindest bei den Direktbefragten – wahrgenommene Kontaktdefizite beschrieben werden.

1.2.3 Fazit aus den sekundärstatistischen Analysen

Bei diesen sekundärstatistischen Analysen handelt es sich um den Versuch, aus Bevölkerungsbefragungen Aussagen zu Menschen mit Behinderungen zu gewinnen, obwohl die Situation von Menschen mit Behinderungen in diesen Befragungen nur am Rande interessiert. Es erstaunt deshalb nicht, dass dieses Vorhaben in mehrfacher Hinsicht auf Probleme stösst und schliesslich zu keinem befriedigendem Ergebnis kommen kann.

Zunächst sehen sich die Untersuchungen mit den Schwierigkeiten konfrontiert, mit denen sekundärstatistische Analysen generell kämpfen: Die Konzepte, Operationalisierungen und die Kategorien sind durch den theoretischen Ansatz und die methodischen Entscheide der ursprünglichen Forschungsarbeiten bestimmt und erweisen sich längst nicht immer mit dem Anliegen der sekundärstatistischen Analyse kompatibel. Dies kommt bei den skizzierten Versuchen der sekundärstatistischen Analyse von Daten aus der SAKE und der Gesundheitsbefragungen 1992/1993 und 1997 an mehreren Stellen deutlich zum Tragen.

So ist festzuhalten, dass „Behinderung“ in den verschiedenen Befragungen unterschiedlich definiert und operationalisiert wurde. Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung ermittelt, welche Befragten auf Grund einer Beeinträchtigung ihr Arbeitspensum reduziert haben oder darauf verzichten, sich weiter um eine Arbeit zu bemühen. Was dabei als „Behinderung“ verstanden werden soll, bleibt aber ungeklärt und damit für unterschiedliche Interpretationen durch die Befragten offen. In den Gesundheitsbefragungen wird zwar jeweils festgelegt, was unter „Behinderung“ zu verstehen ist. Doch diese Bestimmung von „Behinderung“ ist in der Befragung von 1997 wesentlich weiter als noch in der Befragung von 1992/1993.

Hieraus ergibt sich das Problem, dass die Gruppen von Menschen mit Behinderungen, die auf Grund des vorliegenden Materials gebildet werden können, durch unterschiedliche Kriterien definiert werden. Bei der SAKE wurde das Kriterium der Arbeitsintegration angewendet. Bei der Gesundheitsbefragung wurde mit dem Kriterium Behinderung (in zwei unterschiedlichen Fassungen) und Rentenbezug gearbeitet. Diese Kriterien sind inkommensurabel und führen zu Kategorien, die sich einerseits logisch nicht ausschliessen und andererseits auch nicht zu einem Gesamtbild ergänzen. Es kann auf Grund der vorliegenden Kategorisierungen nicht ausgeschlossen werden, dass dieselben Befragten in den zwei unterschiedlichen Erhebungen in je unterschiedliche Kategorien eingeordnet werden. Eine Zusammenschau und ein direkter Vergleich der Gruppen über die untersuchten Bevölkerungsbefragungen hinweg ist damit nicht möglich.

Damit reduziert sich die Ausbeute der Sekundäranalysen auf eine Beschreibung der sozialen Situation von unterschiedlichen Untergruppen von Menschen mit Behinderungen in einigen wenigen Aspekten. Und selbst in diesen wenigen Aspekten müssen die Aussagen sehr lückenhaft bleiben, da eine eingehendere Untersuchung u.a. auch daran scheitert, dass die einzelnen Untergruppen numerisch zu klein sind und eine statistische Analyse nicht mehr aussagekräftig wäre.

Die bislang vorliegenden sekundärstatistischen Untersuchungen von Bevölkerungsbefragungen, die überhaupt zugezogen werden können, bestätigen damit, dass zur Zeit keine substantiellen Aussagen zur sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz möglich sind. Die Erkenntnisse bleiben sehr bruchstückhaft und

äusserst limitiert. Aussagen zu Entwicklungen, wie sie für sozialpolitische Entscheidungen und die Arbeit der Professionellen in der Behindertenhilfe notwendig sind, sind auf der Grundlage der vorgefundenen Datenlage schlicht nicht möglich.

Um zu einer breiten, *mehrdimensionalen Erfassung der sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen* in der Schweiz zu gelangen, in der nebst allgemein relevanten insbesondere auch die für Menschen mit Behinderungen *spezifischen Dimensionen* der sozialen Situation angemessen Berücksichtigung finden und in ihrem *Zusammenhang* erkennbar werden lässt, ist zur Zeit eine eigens dafür durchgeführte und entsprechend konzipierte Befragung von Menschen mit Behinderungen notwendig.

Um die Entwicklungen in der sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz erfassen zu können, bedarf es einer periodisch wiederkehrenden Untersuchung der sozialen Situation im Sinne einer regelmässigen und angemessenen Sozialberichterstattung.

1.3 Eine angemessene Sozialberichterstattung über Menschen mit Behinderungen

Die sich um 1980 verbreitende Sozialindikatorenforschung ging vom Anspruch aus, die für die „Lebensqualität“ von Menschen relevanten Dimensionen empirisch zu beschreiben (vgl. u.a. Glatzer & Zapf, 1984). Damit setzte sie sich ab von den herkömmlichen Schichtungsstudien, die den Zusammenhang zwischen Bildung, Berufsposition und Einkommen vor allem unter dem Aspekt des Staterwerbs analysiert hatten. Diese Sozialindikatorenforschung war relativ stark auf die Durchschnittsbevölkerung ausgerichtet, sie beschrieb eine „multidimensional geschichtete mittelschichtsdominante Wohlstandsgesellschaft“ (Bolte & Hradil, 1984, zit. nach Glatzer & Hübinger, 1990, S. 31). Gleichzeitig wurden sowohl die einzelnen Sozialindikatoren als auch die Zusammenhänge zwischen ihnen in einer uneinheitlichen, um nicht zu sagen beliebigen Weise analysiert.

In der Schweiz ist im Rahmen des Schwerpunktprogramms „Zukunft Schweiz“ ein Versuch gemacht worden, die Sozialindikatorforschung wieder zu aktivieren (Suter, 2000). In Bereichen wie „Soziale Integration“, „kulturelle Diversität“ oder „politische Organisation“ wird dabei versucht, einfache Indikatoren zu bilden, die „wesentliche Entwicklungstendenzen der Schweizer Gesellschaft“ nachzeichnen. Auch dieser neueste Versuch, weist – wie sogar eine Evaluationsstudie des Nationalfonds (Frech & Meierhans, 2002) aufweist – die spezifischen Probleme der herkömmlichen Sozialberichterstattung auf: Es fehlt ein einheitliches theoretisches Konzept und die Ergebnisse sind allenfalls für die Durchschnittsbevölkerung relevant, keinesfalls aber für Bevölkerungsgruppen, die am Rande der Gesellschaft stehen und/oder mit speziellen sozialen

Problemen konfrontiert sind.⁴

Damit hat es die herkömmliche Sozialberichterstattung – in gewisser Weise entgegen ihrer Intention – nicht überzeugend geschafft, diverse Aspekte der sozialen Situation in ihrem systematischen Zusammenhang abzubilden. Dies ist aber von grösster Bedeutung. Die Lebenswelt der untersuchten Personen besteht ja nicht aus einzelnen, unverbundenen Aspekten. Die Trennung von Lebenswelten in unterschiedliche Dimensionen ist analytischer Natur. Eine solche analytische Trennung erlaubt den Betrachtenden, die unterschiedlichen Aspekte einzeln und damit vertieft zu untersuchen. Diese innerwissenschaftliche Auftrennung ist so lange gewinnbringend, als sie nicht vergessen gehen lässt, dass diese von ihr differenziert untersuchten Aspekte in der Lebenswelt der Untersuchten eng zusammenhängen. Die Individuen stehen im Zentrum einer Konstellation von miteinander verknüpften Lebensbereichen, die miteinander in unterschiedlichen Beziehungen stehen, sich also ganz spezifisch konstellieren: Die einzeln betrachteten Aspekte beeinflussen sich, sie ergänzen sich, gleichen sich aus oder kumulieren sich auch. An einen Versuch, die soziale Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz *angemessen* nachzuzeichnen, richtet sich deshalb die Erwartung, dass die Situation der Betroffenen umfassend, d.h. *mehrdimensional* abgebildet wird, und die unterschiedlichen Dimensionen der sozialen Situation in ihrem *Zusammenhang* sichtbar gemacht werden. Die Berichterstattung zu dieser Population soll also aus der limitierenden Darbietung von einzelnen Aspekten der Lebenswelt hinausgeführt werden, die für Sozialberichterstattungen im Allgemeinen üblich geworden sind. Ausserdem läuft die herkömmliche Sozialberichterstattung Gefahr, die für eine bestimmte Population spezifischen und relevanten Aspekte der Lebenswelt unbeachtet zu lassen. Auch dies ist von grösster Bedeutung: Die Berichterstattung darf nicht dabei stehen bleiben, nur jene Aspekte der Lebenswelt zu betrachten, die in der allgemeinen Ungleichheitsforschung Gegenstand der Untersuchung sind und durch den theoretischen Referenzrahmen bestimmt werden, der dieser Forschung zu Grunde gelegt wird. Über die allgemein als relevant erkannten Aspekte hinaus sind auch jene Anteile der Lebenswelt einer bestimmten untersuchten Gruppe in den Blick zu fassen, die für die Lebensbewältigung dieser Gruppe (als Herausforderung oder als Ressourcen) besonders *relevant* und damit *für diese Gruppe spezifisch* sind.

Der Anspruch, dass eine Berichterstattung zur sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen ein Bild entwerfen soll, in dem mehrere und auch für die Betroffenen spezifische Dimensionen der Lebenswelt in ihrem Zusammenhang dargestellt werden, kann mit einer Untersuchung eingelöst werden, die das Konzept der „Lebenslage“ als

⁴ Vor allem das erstgenannte Defizit wird in der Evaluationsstudie explizit formuliert: „Wissenschaftlich orientierte Probanden stören sich insbesondere daran, dass das Buch kein übergreifendes theoretisches Konzept aufweist, welches ein deduktives Ableiten der Themen ermöglichen würde“ (Frech & Meierhans, 2002, S. 9).

theoretischen Bezugsrahmen wählt. Dies wird zum einen aus den Konsequenzen ersichtlich, die sich aus diesem theoretischen Konzept für empirische Forschung ergeben. Zum anderen wird dies an jener Untersuchung deutlich, die bislang explizit mit diesem Konzept als theoretischem Bezugsrahmen gearbeitet hat: Leu, Burri und Pries-ter in ihrer Untersuchung zu Armut in der Schweiz (Leu et al., 1997).

1.3.1 Lebenslagen

1.3.1.1 Das Lebenslagenkonzept

Bis in die 1970er Jahre wurde soziale Ungleichheit vornehmlich im Rahmen von schichtungs- und klassentheoretischen Konzepten beschrieben und analysiert. Für diese Theorien ist kennzeichnend, dass sie sich bei der Beschreibung der Gesamtstruktur sozialer Ungleichheiten auf Differenzen auf der vertikalen Achse konzentrieren, die Unterschiede gewissermassen zwischen „oben“ und „unten“ erkennen lassen. Im Zentrum standen die Merkmale der meritokratischen Triade – sprich Bildung, Beruf und Einkommen –, womit die Ursachen der ungleichen Ressourcenverteilung vor allem innerhalb der Sphäre der Ökonomie gesucht wurden. Diese ökonomische Ausrichtung führte dazu, dass die berufliche Stellung als jene Dimension betrachtet wurde, die für soziale Ungleichheiten entscheidend ist (vgl. Berger & Hradil, 1990). Folglich konnten Schicht- und Klassenkonzepte soziale Ungleichheiten nur innerhalb des Kreises der Erwerbstätigen erfassen und unterstellten als einzig mögliche Beziehung zwischen den Ungleichheitslagen eine vertikale Über- oder Unterordnung.

Im Laufe der 1970er Jahre traten anders gelagerte Ungleichheiten – wie z.B. Differenzen nach Geschlecht, Kohorte, Region, Alter, Ethnie – immer stärker in den Vordergrund, womit sich die Kritik an der traditionell-ökonomischen Sichtweise auf soziale Ungleichheiten mehrte.

Die Frauenforschung zeigte z.B. auf, dass die Subsumption der Frauen in die Familien- oder Haushaltskategorie nicht angemessen sei und machte den Anspruch geltend, Frauen als eigenständige Individuen in die Analyse einzubeziehen. Ein weiterer Anstoss dieser Erweiterung und Umorientierung der schichttheoretischen Sichtweise wird häufig in der fortschreitenden Individualisierung der Gesellschaft lokalisiert. Denn durch diese hätten sich die Lebenssituationen der Gesellschaftsmitglieder drastisch geändert, was die faktische Herausbildung oder zumindest eine neue Wahrnehmung anders gelagerter sozialer Ungleichheiten mit sich bringe (Beck, 1983).

Gleichzeitig hat sich die Gesellschaft – durch den steigenden Wohlstand der Gesamtbevölkerung – von einer Wohlstands- zu einer Wohlfahrtsgesellschaft gewandelt. Damit verlieren die traditionellen Dimensionen sozialer Ungleichheiten zwar nicht an ihrer Relevanz, aber sie werden durch weitere, gewissermassen auf der horizontalen Achse gelegene Ungleichheiten ergänzt. Durch diese Fokusverschiebung von der ausschliesslichen Berücksichtigung der meritokratischen Triade, hin zu der Betrachtung

tung von horizontalen Ungleichheiten ausserhalb der ökonomischen Sphäre, trat das Lebenslagenkonzept verstärkt in die wissenschaftliche Diskussion.

Hradil versuchte in den 1980er Jahren eine Konzeption auszuarbeiten, die diejenigen Strukturen sozialer Ungleichheit beschreiben sollte, die für den Einzelnen wirklich erfahrbar sind und seine soziale Stellung im Vergleich zu anderen Gesellschaftsmitgliedern bestimmen (Hradil, 1987). Sein Konzept erhebt also nicht den Anspruch, den Ursachen und Prozessen der Produktion sozialer Ungleichheiten nachzugehen, sondern eine rein deskriptive Erfassung sozialer Ungleichheiten zu ermöglichen.

Unter sozialer Ungleichheit versteht Hradil „gesellschaftlich hervorgebrachte und relativ dauerhafte Handlungsbedingungen, die bestimmten Gesellschaftsmitgliedern die Befriedigung allgemein akzeptierter Lebensziele besser als anderen erlauben“ (Hradil, 1987, S. 144). Der Hinweis auf die gesellschaftliche Bedingtheit der Handlungsbedingungen macht deutlich, dass sich die allgemein akzeptierten Lebensziele historisch verändern können und sich somit nie endgültig bestimmen lässt, welche Handlungsbedingungen bzw. Dimensionen bei der Beschreibung sozialer Ungleichheiten berücksichtigt werden müssen. Trotzdem sind die Lebensziele und die damit zusammenhängenden Dimensionen sozialer Ungleichheit stabil genug, um vergleichbare Analysen sozialer Ungleichheiten auch über mehrere Jahre hinweg zu ermöglichen.

Die sozialen Handlungsbedingungen, die für die ungleichen Chancen, gesellschaftlich anerkannte Lebensziele zu erreichen, massgebend sind, haben eine „objektive“ und eine „subjektive“ Seite. „Objektiv“ werden sie dann genannt, wenn es sich allein um das Vorhandensein von Lebens- und Handlungsspielräumen handelt. Stehen jedoch die individuelle Wahrnehmung und die Nutzung der objektiv zur Verfügung stehenden Handlungsbedingungen im Fokus, wird die subjektive Seite angesprochen. Die theoretische und empirische Auseinandersetzung gestaltet sich insofern für die „objektive“ Seite um einiges einfacher, als die Erfassung individueller Wahrnehmungen und Einschätzungen wie auch die differente Nutzung von Ressourcen mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist.

Auf analytischer Ebene werden die Lebens- und Handlungsbedingungen in Dimensionen gegliedert, so dass zum einen wichtige von unwichtigen Bedingungen getrennt und zum anderen Querverbindungen zwischen den unterschiedlichen Dimensionen herausgearbeitet werden können. Für die Wohlstandsgesellschaft erkennt Hradil die Dimensionen Geld, formale Bildung, berufliches Prestige und formale Machtstellung als wesentliche Voraussetzungen für die Erreichung der gesellschaftlich anerkannten Wohlstands- und Erfolgsziele. Beim Übergang von der Wohlstands- zur Wohlfahrts-gesellschaft verloren diese Dimensionen in dieser Perspektive zwar nicht an Bedeutung, aber sie wurden durch die Entstehung neuer gesellschaftlicher Lebensziele – sprich existentielle Sicherheit, Entlastung von aufreibenden Lebens- und Arbeitsbe-

dingungen, Gesundheit und Partizipation – durch mehrere Dimensionen ergänzt. In der weiteren gesellschaftlichen Entwicklung wurden zusätzlich auch soziale Bedingungen – Integration, Selbstverwirklichung und Emanzipation – als wesentliche Lebensziele einbezogen, so dass die Beschreibung der Lebenslage durch weitere Dimensionen ergänzt wurde.

Diese Entwicklung zeigt auf, dass das Lebenslagenkonzept sowohl materielle als auch immaterielle Aspekte mit in den Blick nimmt und ökonomische, kulturelle wie auch soziale Dimensionen berücksichtigt. Damit wird es fruchtbar für die Deskription von Ungleichheitslagen, die mit den herkömmlichen Ansätzen unsichtbar blieben – z.B. die soziale Isolation bei Arbeitslosigkeit, die Problematik temporärer Armut und nicht zuletzt die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen (vgl. Geissler, 1994). Doch auch wenn in diesem Zusammenhang häufig von „neuen sozialen Ungleichheiten“ gesprochen wird, wäre es voreilig zu behaupten, dass diese Ungleichheiten tatsächlich neu seien. Denn durch die Individualisierung und andere gesellschaftliche Entwicklungen entstanden zwar durchaus neue Problemlagen, aber auch die Relevanz, die den Ungleichheiten beigemessen wird, und deren theoretische Integration haben sich verändert. Dadurch erhielten „alte“ Ungleichheiten eine neue Gewichtung und Aufmerksamkeit, womit sie ins Blickfeld der Diskussion treten konnten. Allerdings muss in diesem Zusammenhang beachtet werden, dass nicht alle Dimensionen – also alle Hinsichten, in denen soziale Ungleichheiten bestehen können – für alle Bevölkerungsgruppen in gleicher Masse relevant sind. So können nach Hradil (1987) manche Dimensionen durchaus nur für bestimmte Bevölkerungsgruppen von Bedeutung sein, während sie für andere Populationen nicht relevant sein müssen. Diese Überlegung führt dazu, dass in der Beschreibung der Lebenslage verschiedener Bevölkerungsgruppen nicht mehr einfach ein allgemeines Schema verfolgt werden kann. Vielmehr müssen die zu berücksichtigenden Dimensionen für jede Population eigens bestimmt bzw. erhoben werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Lebenslagenkonzept die traditionelle meritokratische Triade um eine Vielzahl neuer Dimensionen sozialer Ungleichheit erweitert hat. Damit kann nun nicht mehr nur derjenige Teil der Bevölkerung erfasst werden, der sich im Arbeitsprozess befindet, vielmehr erweitert sich der Blickwinkel auf sämtliche Gesellschaftsmitglieder. Durch die gesellschaftliche Bedingtheit der Lebensziele – über die die Dimensionen der Ungleichheit bestimmt werden – wird deutlich, dass das Lebenslagenkonzept zusätzlich die Variabilität von Ungleichheiten über die Zeit berücksichtigt. Lebenslagen und deren Dimensionen werden nicht als unveränderlich angesehen, sondern in ihrer Veränderbarkeit für die Gesellschaftsmitglieder erkannt. Das Verständnis der Dimensionen als Handlungsbedingungen und -spielräume erlaubt zudem eine Fokusverschiebung hin zum Individuum.

Ein weiterer Vorzug dieses Konzepts liegt in dem nicht-kumulativen Verständnis der unterschiedlichen Dimensionen. So können beim Einzelnen die Ressourcen in der einen Dimension stark ausgeprägt, in einer anderen dagegen eher mangelhaft vorhanden sein. Die Ausprägungen in den einzelnen Dimensionen, die Aufschluss darüber geben, wie viel Ressourcen in einer Hinsicht vorhanden sind, sind demzufolge in ihrer Konstellation für jedes Individuum einzigartig und bilden die je *individuelle* Lebenslage. Treten nun in einer Population ähnlich gestaltete individuelle Lebenslagen mit einer gewissen Häufigkeit auf, lassen sich diese zu *typischen* Lebenslagen zusammenfassen. Eine (typische) Lebenslage umfasst demzufolge eine Gruppe von Individuen, deren individuelle Lebenslagen untereinander sehr ähnlich sind.

Obwohl die Ausprägungen in den unterschiedlichen Dimensionen sozialer Ungleichheiten nicht kumulativ betrachtet werden, stehen sie sich dennoch nicht isoliert gegenüber, sondern sind in verschiedener Weise miteinander verknüpft. So können einzelne Dimensionen für andere Dimensionen funktionale Äquivalente bilden, wenn innerhalb einer Konstellation von Ausprägungen in den einzelnen Dimensionen alle Lebensziele, die mit der Hilfe eines bestimmten Handlungsspielraums erreicht werden können, direkt oder indirekt auch durch eine andere vorhandene Handlungsressource realisierbar sind. Eine gute Ausstattung mit materiellen Ressourcen kann z.B. geringe Ressourcen in anderen Dimensionen kompensieren oder substituieren. Um mögliche funktionale Äquivalente sichtbar zu machen, braucht man Kenntnisse darüber, inwieweit zwischen den Handlungsbedingungen Substitutions- und Kompensationsmöglichkeiten hinsichtlich der Erreichung allgemein anerkannter Lebensziele bestehen. Durch die Berücksichtigung dieser Zusammenhänge werden in der Folge nicht mehr nur Konstellationen von Dimensionen und die Ressourcenverteilung in denselben dargestellt, sondern es werden *Kontexte* ungleicher Handlungsbedingungen fokussiert. Lassen sich in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe *typische Kontexte* von Handlungsbedingungen feststellen, dann werden diese mit dem Begriff der *Sozialen Lage* bezeichnet (vgl. Hradil, 1987).

1.3.1.2 Die empirische Anwendung des Lebenslagenkonzepts

Nicht nur in der theoretischen Diskussion, sondern auch in der empirischen Umsetzung des Lebenslagenkonzepts finden sich zwischen den Forschenden zahlreiche Differenzen und teilweise auch Unklarheiten. Im Folgenden sollen einige empirische Umsetzungen des Lebenslagenkonzepts vorgestellt und in ihren Schwierigkeiten beleuchtet werden, allerdings ohne dabei alle bestehenden Diskrepanzen im Detail diskutieren zu können.

In der Schweiz fand das Lebenslagenkonzept bis anhin vornehmlich in der Armutsforschung (vgl. Leu et al., 1997) und in der Erfassung der Lebenslagen von älteren Menschen (vgl. Perrig-Chiello & Höpflinger, 1997) eine empirische Umsetzung bzw.

Adaption. Leu et al. (1997) führten eine repräsentative Studie zur Lebenslage der erwachsenen Wohnbevölkerung der Schweiz durch. Bei der Auswahl armutsrelevanter Dimensionen orientierten sich die Autoren an anderen wissenschaftlichen Untersuchungen, um eine punktuelle Vergleichbarkeit mit internationalen Studien zu ermöglichen. Die berücksichtigten Dimensionen wurden also nicht über eine induktiv ausgerichtete Vorstudie generiert, sondern aus anderen Studien übernommen. Eine solche Vorgehensweise birgt immer die Gefahr in sich, an den Realitäten der untersuchten Personengruppe vorbeizugehen, da die deduktive Logik eine Berücksichtigung möglicher „vergessener“ Dimensionen verunmöglicht. Insgesamt wurden neun Dimensionen berücksichtigt: Wohnsituation, Arbeit und Ausbildung, Soziale Herkunft, private Netzwerke, subjektives Wohlbefinden, Gesundheit, finanzielle Situation, demographische Merkmale und Bewältigungsstrategien. Diese Lebensbereiche wurden wiederum in mehrere Aspekte zerlegt, die sich aus subjektiven und objektiven Indikatoren zusammensetzten. Die Kombination von subjektiven und objektiven Indikatoren erlaubte in der Folge Aussagen zur Lebensqualität der erfassten Bevölkerungsgruppe. Die Wahl bzw. die Bestimmung der Dimensionen wirft allerdings einige Fragen auf. So bleibt unklar, warum die Autoren die demographischen Merkmale als eigene Dimension definierten, während z.B. Hradil (2001) und Schwenk (1999) diese als Determinante und nicht als Dimension betrachten. Auch das subjektive Wohlbefinden als Dimension wirft Probleme auf, da Leu et al. (1997) bei allen Dimensionen explizit subjektive und objektive Aspekte erheben, was bei der einseitigen Definition des subjektiven Wohlbefindens nicht mehr möglich ist. Dennoch ist es den Autoren gelungen, mit dieser Untersuchung die bisherigen Berichte zur Lebenslage von Menschen, die bis anhin nur auf Grund ihrer finanziellen Situation betrachtet wurden, um weitere Dimensionen zu erweitern. Damit zeigten sie auf, dass Armut eben nicht nur eine bestimmte finanzielle Situation, sondern auch eine bestimmte Konstellation in der Ressourcenausstattung in anderen Lebensbereichen bedeutet, wie z.B. Wohnsituation, private Netzwerke oder Gesundheit.

Perrig-Chiello und Höpflinger (1997) fragen in ihrer Studie nach dem Wohlbefinden im Alter. Durch ihren multidimensionalen Ansatz – sie teilen das Wohlbefinden in physische, psychische und soziale Aspekte ein, wobei jeder der drei eine subjektive und objektive Seite hat – lassen sich Parallelen zum Lebenslagenkonzept ziehen. In ihren theoretischen Ausführungen kommen die Autoren u.a. zur Erkenntnis, dass eine rein quantitative Erhebung zu vermeiden ist, da durch die deduktive Vorgehensweise nur diejenigen Dimensionen berücksichtigt würden, die von den Forschenden als relevant erachtet würden. Vielmehr soll vom Individuum ausgegangen und eine Verknüpfung von deduktiv mit induktiv ausgerichteten Forschungsmethoden angestrebt werden, um einer allfälligen Fokusverengung auf Seiten der Forschenden vorzubeugen. Wie im Lebenslagenkonzept betrachten Perrig-Chiello und Höpflinger (1997) die

unterschiedlichen Dimensionen weder kumuliert noch isoliert, sondern in ihren gegenseitigen Wechselwirkungen. Dies führt sie z.B. zu dem Ergebnis, dass die Fähigkeit, Eigeninitiative zu entwickeln – als psychische Variable – einen Einfluss auf die Qualität der Sozialkontakte – als soziale Variable – ausübt, während die Sozialkontakte wiederum die Eigeninitiative beeinflussen. Insofern erfährt das Lebenslagenkonzept in dieser Untersuchung zwar keine direkte empirische Umsetzung, wird aber in vielen Aspekten seines theoretischen Gehalts berücksichtigt. Und wie bei Leu et al. (1997) zeigt sich, wie wertvoll ein mehrdimensionales, nicht-kumulatives Konzept für die Erfassung und Beschreibung der Lebenslage unterschiedlicher, auch von der Gesellschaft ausgegrenzter, Bevölkerungsgruppen ist.

Eine zeitlich sehr frühe empirische Umsetzung des Lebenslagenkonzepts fand in Deutschland bereits 1986 durch Stüwe statt (Stüwe, 1991). In dieser Pilotuntersuchung versuchte der Autor den bis dahin vorherrschenden Negativbilanzierungen der Lebensverhältnisse von Migranten entgegen zu treten. Der Autor ging von der These aus, dass Defizitbilanzierungen zu kurz greifen, da sie die erworbenen Fähigkeiten, Bewältigungsstrategien und damit die Handlungskompetenzen der betroffenen Menschen nicht berücksichtigten. Durch diese Verschiebung des Fokus – weg von den Defiziten – wurde es dem Autor u.a. möglich, die unterschiedlichen Formen der Auseinandersetzung von Jugendlichen mit ihrem sozialen Bezugssystem herauszuarbeiten, was den Bedürfnissen der Interventionspraxis entgegen kommt. Schwenk (1999) hält sich in seiner Untersuchung zu sozialen Lagen in der Bundesrepublik Deutschland eng an die Ausführungen von Hradil (1987). Das Ausgangsmaterial dieser Studie bildete der Datensatz des „Wohlfahrtssurvey 1993“. Vor dem Hintergrund der von Hradil definierten Dimensionen versuchte Schwenk dieselben aus dem vorliegenden Datensatz herauszufiltern. Dies war allerdings nur bedingt möglich, da der Wohlfahrtssurvey nicht auf diese ausgerichtet war. Dennoch konnte er sieben Dimensionen – Einkommen, formale Bildung, Wohnraum, Wohnungsausstattung, Umweltbedingungen, soziale Integration und Anomie – untersuchen und beschreiben. Durch eine sorgfältig durchgeführte Auswertung konnte der Autor somit unterschiedliche soziale Lagen bilden und damit eine Strukturanalyse für die Bundesrepublik Deutschland vorlegen. In dieser Studie wird deutlich, dass eine empirische Umsetzung des Lebenslagenkonzepts nicht nur für Randgruppen, sondern auch für die gesamte Bevölkerung durchführbar ist und zu sinnvoll interpretierbaren Ergebnissen führt. Allerdings muss auch hier die Kritik geäußert werden, dass sich Schwenk lediglich auf bereits erhobene Daten stützte und insofern auf eine induktive Erforschung der relevanten Lebenslagendimensionen verzichtete. Insofern kann nicht gesagt werden, ob die vom Autor berücksichtigten Dimensionen auch in der Realität der Bevölkerung die relevanten darstellen.

Auch Berger-Schmitt hat mit den Daten des Wohlfahrtssurveys gearbeitet, wobei sie nicht nur diejenigen aus dem Jahre 1993 berücksichtigte, sondern auch jene aus dem

Jahre 1990 in die Analysen miteinbezogen (Berger-Schmitt, 1997). Ihre Analysen konzentrierten sich dabei vornehmlich auf die Lebensbereiche Erwerbstätigkeit und Arbeitssituation, Einkommen und Lebensstandard, sowie Wohnen und Wohnumwelt. Mit der Konzentration auf nur drei Lebenslagendimensionen hat sie die durch das Lebenslagenkonzept ermöglichte Reichweite bei der Beschreibung von Lebenssituationen nicht ausgeschöpft. Da sie jedoch sowohl die objektiven Merkmale dieser Dimensionen als auch deren subjektive Beurteilung einbezogen hat, hat sie dennoch einen wichtigen Aspekt des Lebenslagenkonzepts berücksichtigt. Ebenso konnte die Autorin aufzeigen, dass soziale Lagen Veränderungen unterliegen. So identifizierte sie mittels Clusteranalyse für das Jahr 1990 neun, für das Jahr 1993 zehn soziale Lagen, was sie als Indiz für ein erhebliches Mass an struktureller Mobilität interpretiert. Dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit, die Daten zur sozialen Berichterstattung in regelmässigen, und nicht allzu grossen Zeitabständen zu wiederholen.

1.3.2 Konsequenzen für eine empirische Untersuchung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz

Aus diesem Abriss zum Lebenslagenkonzept wird deutlich, dass eine Rekonstruktion von Lebenslagen über die Arbeit mit den klassischen Variablen der Ungleichheitsforschung hinaus gehen muss. Sie muss weit mehr und auf andere Ausschnitte sozialer Realität gerichtete Dimensionen einbeziehen.

Dabei ist darauf zu achten, jene Dimensionen einzubeziehen, die für die untersuchte Population relevant und damit in einem gewissen Grad auch spezifisch sind. Der Entscheid, welche Dimensionen in die Untersuchung einfließen sollen, hat von der Relevanz auszugehen, die den unterschiedlichen Dimensionen von den *Betroffenen* beigegeben wird.

Bei der forschungspraktischen Zusammenstellung der Dimensionen der zu rekonstruierenden Lebenslagen kann zunächst von den in der Ungleichheitsforschung als relevant erkannten Dimensionen von Lebenslagen und den Vorkenntnissen aus Rekonstruktionen von Lebenslagen anderer Populationen ausgegangen werden. So bietet es sich vor dem Hintergrund bestehender Untersuchungen der Lebenslage unterschiedlicher Populationen an, abzuklären, ob von Leu et al. (1997) die Dimensionen Arbeit und Ausbildung, finanzielle Situation, Wohnsituation, private Netzwerke und Gesundheit und von Schwenk (1999) die Dimensionen Bildung, Einkommen, Wohnraum, Wohnungsausstattung, soziale Integration und Umwelt in die Untersuchung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen übernommen werden können.

Für die Übernahme ist hernach entscheidend, ob diese Dimensionen auch für Menschen mit Behinderungen relevant und spezifisch genug sind. Insofern fließen die aus der Ungleichheitsforschung als relevant erkannten Dimensionen der Lebenslage durch die Bewertung der Betroffenen gebrochen in die Untersuchung ein. Dies macht es

notwendig, die zu berücksichtigenden Dimensionen in einer eigens hierauf angelegten, qualitativen Untersuchung zu identifizieren.

Schliesslich ergibt sich aus dem Lebenslagenkonzept auch eine Vorgabe an die Analyse und Diskussion der ermittelten Befunde: Es wird nicht bei der Beschreibung einzelner Dimensionen stehen geblieben. Vielmehr ist eine Zusammenschau der unterschiedlichen Dimensionen zu erbringen.

In Umsetzung des Postulats, dass die soziale Situation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz angemessen und damit mehrdimensional zu erfassen und die unterschiedlichen Dimensionen in ihrem Zusammenhang nachzuzeichnen und deshalb im theoretischen Bezugsrahmen des Lebenslagenkonzepts zu erbringen sei, ergeben sich für die Untersuchung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz die folgenden Zielsetzungen.

1.4 Ziel der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung ist es, ein *angemessenes Instrument zur umfassenden Untersuchung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz zu entwickeln*, in dem insbesondere auch behinderungsbezogene Dimensionen der Lebenssituation eine angemessene Berücksichtigung finden.

In einer ersten Querschnittuntersuchung sollen unter Anwendung dieses neuen Instruments *Fakten zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz im Jahr 2002* erhoben und der Politik, der Verwaltung, den Professionellen im Feld wie auch der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Auf der Grundlage der Erfahrungen in dieser Untersuchung soll das Instrument so optimiert werden, dass es *einer künftigen periodischen und auf die Rekonstruktion von Lebenslagen ausgerichteten Sozialberichterstattung zu Menschen mit Behinderungen in der Schweiz zur Verfügung gestellt* werden kann.

Damit soll eine auf dem Lebenslagenkonzept aufbauende und auf die Rekonstruktion von Lebenslagen orientierte Sozialberichterstattung, wie sie schon in Ansätzen besteht, weiter voran gebracht werden.

1.5 Forschungsfragen

Um diese Ziele zu erreichen, geht die Untersuchung der Frage nach,

- (1) zu welchen *Dimensionen* der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in anderen Ländern Europas und in den USA *gesicherte Erkenntnisse* vorliegen;
- (2) welche Aspekte der Lebenswelt aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen die *Dimensionen* ihrer Lebenslage darstellen, die für sie *subjektiv relevant* sind;

- (3) wie sich *die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz* unter Berücksichtigung der makro- und mikroperspektivisch relevanten Dimensionen darstellt.

1.6 Die zu untersuchende Population

Die Bestimmung der zu untersuchenden Population ist eng mit der Frage verknüpft, wie der Untersuchungsgegenstand definiert wird. Dies liegt in dieser Untersuchung nicht anders, bedarf aber angesichts der aktuellen Definition von „Behinderung“ und der gleichzeitig zu bewältigenden forschungspraktischen Herausforderungen und Begrenzungen einer eingehenderen Diskussion.

1.6.1 Zur Definition von Behinderung

Gemäss der Konzeption der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom Jahre 2001 ist unter „Behinderung“ jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einer Person zu verstehen. Dabei wird die Funktionsfähigkeit auf drei unterschiedlichen Dimensionen erfasst: Körper, Aktivität und Partizipation.

Die Dimension des Körpers umfasst Körperfunktionen (physiologische oder psychische Funktionen von Körpersystemen) und Körperstrukturen (anatomische Teile des Körpers). Bei Beeinträchtigungen auf dieser Dimension wird von „Schädigungen“ (engl. „impairments“) gesprochen.

Die Dimension der Aktivität bezieht sich auf die Möglichkeit zu handeln, aktiv zu sein, zu arbeiten, zu spielen und die Aufgaben und Arbeiten des täglichen Lebens zu erfüllen. Beeinträchtigungen auf dieser Dimension werden „Aktivitätsstörungen oder Leistungseinschränkungen“ genannt.

Die Dimension der Partizipation bezieht sich – vor dem Hintergrund ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung, ihrer Körperfunktionen und -strukturen, ihrer Aktivitäten und der Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) – auf die Teilnahme einer Person in allen Lebensbereichen. Hindernisse auf dieser Dimension werden „Beeinträchtigung der Partizipation“ genannt.

In dieser Untersuchung wird in Übereinstimmung mit der ICF unter „Behinderung“ grundsätzlich jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einer Person verstanden (vgl. WHO, 2001). Die Berücksichtigung der drei Dimensionen und deren Kontextbezogenheit erlauben eine Darstellung des funktionalen Zustands einer Person, die nicht mehr nur einzelne Aspekte, sondern die gesamte Lebenssituation berücksichtigt (vgl. Hollenweger, 2003). Da sich die ICF auch nicht mehr mit den Gesundheitsproblemen, sondern mit deren *Folgen* für die Funktionsfähigkeit der Menschen in ihrer gegenwärtigen Umwelt befasst, kann sie im Sinne des Empowerments an den Möglichkeiten eines Menschen – und nicht mehr nur an seinen Defiziten – anschliessen. Und die Kon-

textbezogenheit resultiert aus dem Verständnis, dass die Gründe für eine Beeinträchtigung vielfältig sind und gesellschaftlich geteilte Normvorstellungen ganz wesentlich darüber bestimmen, was als Behinderung wirkt (vgl. Cloerkes, 1985; Cloerkes, 1997; Eberwein & Sasse, 1998; Link, 1997; Goffman, 1975).

1.6.2 Die Definition gemäss ICF in der empirischen Forschung

Inzwischen ist es geläufig geworden, dass empirische Untersuchungen sich positiv auf diese Definition von Behinderung beziehen und sie sich zu ihrer Grundlage machen. Es fällt aber auch auf, dass diese mehrdimensionale Konzeption in vielen Arbeiten letztlich doch eingeschränkt wird. So beziehen sich die meisten Studien in der Erfassung von Behinderungen auf die Schädigung von Körperstrukturen und Körperfunktionen einerseits oder Aktivitätsstörungen und Leistungseinschränkungen andererseits (Fujiura & Rutkowski, 2001). Auch je nach Vergesellschaftungsform finden sich unterschiedliche empirische Anwendungen der ICF. Untersuchungen in den Entwicklungsländern konzentrieren sich bei der Definition von Behinderung vor allem auf die *Dimension des Körpers* (Schädigungen). In Untersuchungen zu Menschen mit Behinderungen in den industrialisierten Ländern wird „Behinderung“ hingegen vornehmlich mit Blick auf die *Dimension der Aktivität* (Aktivitätsstörungen) definiert (Fujiura & Rutkowski, 2001). Diese gesellschaftsabhängige empirische Umsetzung spricht für die Berücksichtigung des kulturellen Kontexts innerhalb der ICF.

1.6.3 Folgerungen für die Bestimmung der Untersuchungspopulation und damit verbundene Probleme

Gemäss der skizzierten Konzeption von „Behinderung“ sind unter Menschen mit Behinderungen alle Personen zu fassen, die auf einer der drei Dimensionen Körper, Aktivität oder Partizipation eine Beeinträchtigung ihrer Funktionsfähigkeit erfahren.

Die Komplexität liegt nun zum einen darin, dass dieses Kriterium in unterschiedlichsten Kontexten erfüllt sein kann. Zum anderen kann über das Vorliegen einer Funktionsbeeinträchtigung nicht unabhängig von der Person – also quasi objektiv – bestimmt werden. In vielen Fällen kann nur die davon betroffene Person entscheiden, ob eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit in einer der drei Dimensionen vorliegt.

Damit handelt es sich bei der zu untersuchenden Population nicht nur um einen Bevölkerungsausschnitt, der undeutlich umrissen ist, sondern es muss zusätzlich auf eine Selbsteinschätzung, d.h. auf eine Selbstidentifikation der Betroffenen als „Person mit einer Behinderung“ abgestellt werden.

Im Rahmen einer Befragung von Menschen mit Behinderungen, die sich zum Ziel gesetzt hat, möglichst alle Menschen mit Funktionseinschränkungen zu erreichen, wird diese Sachlage zu einer Herausforderung:

- So stellt sich die Frage, wie der Zugang zur diffusen Gruppe der betroffenen Menschen gefunden werden kann: Die Heterogenität der Gruppe verunmöglicht eine Rekrutierung über klar definierte Orte. Denn ein Zugang über Organisationen der Betroffenen oder der Behindertenhilfe würde sowohl Einschränkungen auf bestimmte Ausprägungen von Beeinträchtigungen als auch eine Konzentration auf einen bestimmten Grad von Beeinträchtigung mit sich bringen. Der Zugang zu den Betroffenen muss also auf einer breiteren Basis stattfinden.
- Die Notwendigkeit der Selbstidentifikation der Betroffenen führt dazu, dass nicht im Vorfeld entschieden werden kann, welche Personen angefragt werden müssen. Vielmehr müssen aus einer Gesamtheit von Personen diejenigen identifiziert werden, die bei sich selber Funktionseinschränkungen wahrnehmen.

Soll also eine Stichprobe von Menschen mit Behinderungen zusammengestellt werden, die aussagekräftige Ergebnisse zur Grundgesamtheit der Menschen mit Behinderungen zulässt, drängt sich der Zugang über die Gesamtbevölkerung auf, aus der diejenigen Personen herauszufiltern sind, die sich selber als „behindert“ definieren. Der Zugang über die Gesamtbevölkerung sollte hierzu breit angelegt sein, um allfällige Einschränkungen der Stichprobe möglichst zu vermeiden.

Ein solcher Zugang ist zwar durchaus möglich – und wird im Rahmen von Bevölkerungsbefragungen wie z.B. der Gesundheitsbefragung von 1997 auch so umgesetzt – ist aber mit erheblichem Aufwand auch an finanziellen Mitteln verbunden.

Einer Untersuchung, die – wie die vorliegende – auch einen explorativen Aspekt hat, stehen Mittel in einer solchen Grössenordnung aber nicht zur Verfügung. Eine selbstständige und konsequente Durchführung der erläuterten Vorgehensweise stellt im Fall dieser Untersuchung demzufolge keinen beschreibbaren Weg dar.

Eine Alternative hierzu bestünde darin, die Identifikation von Personen, die sich selbst als beeinträchtigt erfahren, im Rahmen einer der bestehenden grossen Bevölkerungsumfragen durchzuführen. Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung beispielsweise kontaktierte im Jahre 2003 42'000 Haushalte in der Schweiz; die Gesundheitsbefragung im Jahre 2002 31'000 Haushalte. Eine Koppelung z.B. mit der SAKE, die vom Bundesamt für Statistik durchgeführt wird, ist aber gemäss der Einschätzung des Bundesamts auf Grund der bestehenden Rechtslage nicht zu bewerkstelligen.

Also musste für das hier verfolgte Vorhaben eine alternative Zugangsmöglichkeit zu Menschen mit Behinderungen gefunden werden.

1.6.4 Bezüger/innen von Leistungen der Invalidenversicherung

Die gesamtschweizerischen Register der Bezüger/innen von Leistungen der Invalidenversicherung der Zentralen Ausgleichsstelle bieten die Möglichkeit, Personen zu identifizieren, die unterschiedliche Leistungen der Invalidenversicherung bezogen haben.

Zum Bezug von Leistungen der IV sind Personen berechtigt, die auf Grund einer bleibenden körperlichen, psychischen oder geistigen Beeinträchtigung *ganz oder teilweise erwerbsunfähig* sind bzw. unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich (z.B. im Haushalt) zu betätigen.⁵

In der Verbindung einer Beeinträchtigung mit der daraus hervorgehenden Erwerbsunfähigkeit kommt in der Definition von Bezüglern und Bezüglern von Leistungen der IV *prima vista* ein Kriterium zum Tragen, das der Konzeption der ICF fremd ist: Die Unmöglichkeit, sich über Erwerb wirtschaftlich selbstständig zu halten. Der Bezug einer Leistung der IV setzt zudem eine aktive Inanspruchnahme seitens der Betroffenen und eine Anerkennung der Bezugsberechtigung durch die entsprechenden Behörden voraus. Damit wird deutlich, dass Bezüglern/innen von Leistungen der IV nur einen Ausschnitt aller Menschen mit Behinderungen darstellen.

Menschen, die

- (1) Beeinträchtigungen erfahren, die ihre Erwerbsfähigkeit bzw. ihre Fähigkeit im bisherigen Aufgabenbereich tätig zu sein, nicht tangieren,
- (2) trotz Beeinträchtigungen keinen Anspruch auf Leistungen geltend machen oder
- (3) einen Anspruch auf Leistungen geltend machen und bei der Prüfung darin zurückgewiesen werden,

sind in der Gruppe der Leistungsbezüglern/innen der IV nicht enthalten. Ein Sampling aus Bezüglern und Bezüglern von Leistungen der IV unterliegt hierin also einer Limitation. Es ist zu erwarten, dass Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen aus dem Blick geraten, da sie selten Unterstützungsleistungen der IV beziehen. So z.B. Menschen mit Morbus Bechterew, mit Beeinträchtigungen aus dem rheumatischen Formenkreis oder Beeinträchtigungen innerer Organe, wie z.B. Diabetiker u.a.m. Auch all jene Personen, die bleibende Beeinträchtigungen infolge einer akuten Krankheit haben, diese aber in ihrem Alltag bewältigen und keine Unterstützungsleistungen der IV beantragen, sind bei einer solchen Zusammensetzung der Stichprobe nicht berücksichtigt.

Umgekehrt lässt sich allerdings festhalten, dass das von der IV eingesetzte Kriterium – eine bleibende körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigung, die ganz oder teilweise zur Erwerbsunfähigkeit bzw. zur Unfähigkeit, im bisherigen Aufgabenbereich tätig zu sein, führt – das Vorliegen einer Schädigung, Aktivitätsstörung, Leistungseinschränkung oder einer Beeinträchtigung der Partizipation impliziert. Insofern darf als gesichert angesehen werden, dass die Bezüglern/innen von Leistungen der IV der Gruppe der Menschen angehört, die auf Grund von Beeinträchtigungen auf den Dimensionen Körper, Aktivität und Partizipation unter die Definition der ICF fallen.

⁵ Vgl. Art. 8 bzw. Art. 7 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 [ATSG]

Und auch wenn die Leistungsbezüger/innen der IV nur eine Teilgruppe der Menschen mit Behinderungen darstellen, so lässt sich doch festhalten, dass es sich dabei um eine höchst heterogene Gruppe handelt. Dies liegt u.a. daran, dass die Invalidenversicherung unterschiedliche Typen von Leistungen erbringt: individuelle Massnahmen, Renten und Hilflosenentschädigung. Unter individuelle Massnahmen fallen so unterschiedliche Leistungen wie medizinische Massnahmen für Menschen mit einem „Geburtsgebrechen“, Massnahmen für die Sonderschulung und Betreuung (pädagogisch-therapeutische Massnahmen, Schul- und Kostgeldbeiträge, Transportkostenbeiträge etc.), Abgabe von Hilfsmitteln zur Unterstützung von Interaktion mit dem sozialen Umfeld und zur Selbstständigkeit, aber auch Hilfsmittel für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder Bildung, Berufsberatung, berufliche Ausbildung, Weiterbildung, Umschulung, Hilfe bei der Stellenvermittlung und Kapitalhilfen zur Aufnahme oder zum Ausbau einer selbstständigen Tätigkeit und die Ausrichtung von Taggeldern. Die Renten wiederum werden je nach Grad der Erwerbsunfähigkeit unterschiedlich gestuft und reichen von einer Viertelrente bis zur Vollrente. Hilflosenentschädigungen sind Geldleistungen an Personen, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedürfen.⁶

Angesichts dieser Palette von Leistungen wird deutlich, dass sich die Invalidenversicherung an Menschen richtet, die sich in grundsätzlich ganz verschiedenen Situationen befinden, d.h. in sehr unterschiedlichen sozialen Realitäten leben: Nicht nur sind die Ursachen der Beeinträchtigungen sehr verschieden – unter den Leistungsbezügerinnen und -bezügerinnen sind Personen zu erwarten, die von Geburt auf beeinträchtigt sind, aber auch solche mit Beeinträchtigungen infolge von Unfall, Arbeitsunfall, Abnutzungserkrankungen oder progredienten Krankheiten –, sondern es ist u.a. auch zu erwarten, dass diese Menschen unterschiedliche Grade der sozialen Integration aufweisen, unterschiedlich starke Erfahrungen des Ausschlusses machen, über unterschiedliche Ressourcen verfügen sowie ganz unterschiedliche Modi der Lebensbewältigung praktizieren. Zudem werden Menschen mit unterschiedlichen Formen und Schweregraden von Beeinträchtigungen berücksichtigt.

Der Zugang zu den Betroffenen über die IV erspart den Forschenden somit, ihre Untersuchung auf bestimmte Formen der Beeinträchtigungen einzugrenzen.

Wenn also für die zu bildende Stichprobe Personen gewählt werden, die *individuelle Massnahmen* in Anspruch nehmen oder eine Form von *Rente* beziehen – und damit für insgesamt 405'000 Menschen (170'000 Massnahmenbezüger/innen und 235'000 Rentenbezüger/innen) in der Schweiz stehen – kann davon ausgegangen werden, dass ein

⁶ Vgl. Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959, Stand 11. November 2003 [IVG]

breiter Ausschnitt aus der an sich grösseren Gruppe von Menschen mit Behinderungen erreicht wird. Entsprechend darf sich an eine Untersuchung einer Stichprobe aus dieser Population die berechtigte Erwartung knüpfen, wichtige Erkenntnisse über die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz gewinnen zu können.

Zudem lässt sich an einer sehr heterogenen Population ermitteln, wie weitgehend die Population von Menschen mit Behinderungen durch das zu entwickelnde Erhebungsinstrument erreicht werden kann. Die Limitationen des Instruments werden damit empirisch ermittelt und nicht durch theoretische Vorentscheidungen.

1.7 Aufbau der Untersuchung

Die Untersuchung beginnt mit einer systematischen *review* der Forschung zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen. Diese *review*, der der Stellenwert einer Voruntersuchung zukommt, arbeitet den Forschungsstand zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen auf und trägt die gesicherten Erkenntnisse zur Situation von Menschen mit Behinderungen in anderen europäischen Ländern und den USA zusammen. Überdies ermittelt sie erfolgreiche Operationalisierungen und erprobte Erhebungsinstrumente zur Erfassung von einzelnen Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen, die in der Hauptuntersuchung genutzt werden könnten.

Die qualitative Untersuchung hat zum Ziel, diejenigen Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen herauszuarbeiten, die für die Betroffenen in ihrem Leben relevant sind und deshalb in die Erfassung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen eingehen sollten.

Die Hauptuntersuchung rekonstruiert schliesslich an einer Zufallsstichprobe von Bezügerinnen und Bezügerinnen von (1) IV-Renten und (2) individuellen Massnahmen *die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz* unter Berücksichtigung der makro- und mikroperspektivisch relevanten Dimensionen. Dabei greift sie in der Konstruktion des Erhebungsinstruments und in der Interpretation der Ergebnisse auf die Erkenntnisse aus der *review*, der vorausgehenden sekundärstatistischen Untersuchung und der qualitativen Untersuchung zur Relevanzstruktur der unterschiedlichen Dimensionen der Lebenslage der Betroffenen zurück.

Der vorliegende Bericht folgt in seinem Aufbau dem Vorgehen in der Untersuchung selbst. In Kapitel 2 werden die wichtigsten Ergebnisse und Folgerungen aus der *review* vorgestellt. Kapitel 3 stellt die qualitative Untersuchung der subjektiv relevanten Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen dar und leitet mit der Zusammenstellung der zu untersuchenden Dimensionen zur Darstellung der Hauptuntersuchung über, die in Kapitel 4 mit den Ausführungen zur Methode einsetzt, eine Beschreibung der Stichprobe vornimmt und einen Einblick in die Beschreibung der Dimensionen der Lebenslage von Bezügerinnen und Bezügerinnen von Leistungen der

Invalidenversicherung gibt. Dabei liegt das Gewicht auf jenen Anteilen der unterschiedlichen Dimensionen, auf denen die Rekonstruktion von Lebenslagen mittels Clusteranalysen aufbaut. Im Anschluss daran wird die erstmals in diesem Feld generierte *Typologie* von Lebenslagen von Bezügerinnen und Bezügerinnen von Leistungen der Invalidenversicherung dargestellt.

Eine kurze Diskussion der Erkenntnisse aus dieser Rekonstruktion der Lebenslagen von Bezügerinnen und Bezügerinnen von unterschiedlichen Leistungen der IV schliessen den Bericht ab (Kapitel 7).

2 Systematische review von Untersuchungen aus Europa und den USA

2.1 Zielsetzung

Durch diese systematische *review* der Forschung zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen soll der diesbezügliche Forschungsstand und die gesicherten Erkenntnisse zur Situation in anderen europäischen Ländern und den USA aufgearbeitet und übersichtlich zusammengefasst werden. Gleichzeitig sollen in methodischer Hinsicht Hinweise auf erfolgreiche Operationalisierungen und erprobte Erhebungsinstrumente zur Erfassung von einzelnen Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen ermittelt werden.

2.2 Vorgehen

Diese *review* bezieht 14 Studien aus Europa und den USA ein.⁷ Sie wurden durch Recherchen in den Datenbanken „Sociological Abstracts“, „PsycInfo“, „Psyndex“, „Nebis“ und Internet identifiziert.

Auswahlkriterium für die einzubeziehenden Studien war, dass sie mehrere Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen untersuchten und insofern zumindest eine Teilbearbeitung der hier verfolgten Frage leisteten. Arbeiten wie jene von Hanesch, Krause und Bäcker (2000), die lediglich eine einzelne Dimension der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen untersuchten, wurden zwar als Vorbereitung der empirischen Pilotuntersuchung aufgearbeitet, aber nicht in diese *review* einbezogen.

Die ausgewählten Studien wurden in zwei Schritten aufgearbeitet: Zunächst wurden sie systematisch auf methodische und inhaltliche Aspekte analysiert. Sodann wurden die Ergebnisse zu den untersuchten Lebenslagendimensionen herausgearbeitet und kritisch diskutiert.

2.3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse dieser systematischen *review* beginnt mit einer allgemeinen Beurteilung des Forschungsstands zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA. Anschliessend wird ein Überblick der in unterschiedlichen Ländern ermittelten Prävalenz von Menschen mit Behinderungen zusammengestellt und eine Charakterisierung der untersuchten Populationen hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale vorgenommen. Im Zentrum der Darstellung stehen jedoch die Erkenntnisse zu ausgewählten Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen.

⁷ Vgl. die Zusammenstellung der systematisch analysierten Untersuchungen im Anhang Tabelle A1.

2.3.1 Allgemeine Beurteilung des Forschungsstands

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass Menschen mit Behinderungen in der wissenschaftlichen Forschung vernachlässigt werden. Zwar können in verschiedenen europäischen Ländern und in den USA Bemühungen ausgemacht werden, statistische Informationen bereitzustellen. Diese enthalten aber vor allem allgemeine Informationen wie die Prävalenz, Ursache der Beeinträchtigungen sowie Alters- und Geschlechtsverteilungen. Daneben existieren viele Studien zu einzelnen Aspekten der Lebenslage von Menschen mit bestimmten Behinderungen wie z.B. Freizeitverhalten oder Untersuchungen, die eher den Charakter explorativer Studien besitzen und nicht für den gesamten Personenkreis aussagekräftig sind.

- Als eines der grössten Probleme in der Forschung über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen müssen die **unterschiedlichen Definitionen von Behinderung** angesehen werden, die einen Vergleich zwischen den Studien oft verunmöglichen. Zwar gehen die 14 gesichteten Studien meistens von der Definition der WHO (für die neueste Version vgl. WHO, 2001) aus, indem Menschen mit Schädigungen der Körperstrukturen und Körperfunktionen und/oder Aktivitätseinschränkungen in die Stichprobe aufgenommen wurden. Die operationale Umsetzung dieser Grunddefinition führt aber in der Regel zu unterschiedlichen Abgrenzungen von Menschen mit Behinderungen. Eine einheitliche operationale Definition, die auf alle Länder und Situationen passt, ist offensichtlich nur schwer zu finden, weil in jedem Land eigene demographische und kulturelle Kräfte eine Behinderung hervorbringen und Behinderung u.a. sozial konstruiert ist.
- Ein besonderes Forschungsdefizit zeigt sich hinsichtlich **breiter Erfassungen** der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen.
- In Bezug auf die gewählte Zielgruppe von Menschen mit Behinderungen sind Menschen mit schweren Beeinträchtigungen wie z.B. mit Kommunikationsstörungen deutlich unterrepräsentiert und Studien, die Personen in stationären Einrichtungen direkt befragen, sind eine Seltenheit.
- Hinsichtlich der inhaltlichen Aspekte fällt auf, dass bei Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten wohnen, häufig die Arbeitssituation, Bildung, Finanzen, das soziale Netzwerk, der Hilfebedarf, das Wohnen und die Freizeit untersucht wurden, selten hingegen der allgemeine Gesundheitszustand, Partnerschaft und Sexualität, Diskriminierung und Gewalt sowie die Lebenszufriedenheit.
- Bei Personen in stationären Einrichtungen findet man oft Angaben zur Wohnsituation, Freizeit, zum sozialen Netzwerk und Hilfebedarf, selten Ergebnisse zur Diskriminierung und Lebenszufriedenheit.
- Auffällig ist weiter, dass keine von den sieben quantitativen Studien auf einem theoretischen Konzept basiert.

- Bei den vier qualitativen Studien fehlen mehrheitlich Angaben zu den Auswertungsmethoden und den Aspekten der Validität.
- Als vorbildlich können zwei Studien gelten, die eine Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden wählten und somit der Komplexität der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen am ehesten gerecht wurden (During, 2001; Eiermann et al., 2000).

2.3.2 Prävalenz von Menschen mit Behinderungen

Die im Folgenden dargelegten Ergebnisse zur Prävalenz von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA beziehen sich nur auf Menschen mit Behinderungen, die in **Privathaushalten** leben. Über Menschen mit Behinderungen, die in Institutionen leben, wurden dazu keine Daten gefunden.

Über die Prävalenz von Menschen mit Behinderungen in der EU liegen zwei Datenquellen vor. Einerseits Länderstudien nationaler Experten und Expertinnen, die vor allem auf Gesundheitsbefragungen, Haushaltsbefragungen und Arbeitskräfteerhebungen basieren (Van Lin, Prins & Zwinkels, 2000), sowie eine separate Monographie, die die Prävalenz von Menschen mit Behinderungen mit Hilfe von Daten des „European Community Household Panel“ (ECHP) erfasste (Eurostat, 2001). Hierbei kommt insbesondere das erste oben genannte Problem zum Tragen: Die Studien definieren unterschiedlich, welche Personen als „behindert“ gelten und einbezogen werden. Die einen Studien berücksichtigen nur Menschen mit bestimmten „Arten von Schädigungen“, andere operationalisieren Behinderung über generelle Funktions- und Aktivitätseinschränkungen und wieder andere stellen auf Selbsteinschätzungen bezüglich Behinderung ab (Van Lin et al., 2000, S. 13–15).

Im ECHP gelten alle jene Personen als „behindert“, die angeben, durch ihren Gesundheitszustand bei täglichen Verrichtungen beeinträchtigt zu sein. Es wird betont, dass diese Definition nicht identisch ist mit der Definition der WHO.

Die ECHP Stichprobe erreicht 60'000 Haushalte mit 130'000 Erwachsenen zwischen 16 und 64 Jahren. Die Daten des ECHP von 1996 zeigen, dass rund 14% der gesamten EU-Berufsbevölkerung, die in Privathaushalten lebt, in diesem Sinne als behindert zu gelten haben; dies entspricht einer Zahl von rund 26 Millionen Menschen im erwerbsfähigen Alter. Dabei fallen substantielle Unterschiede zwischen den Ländern auf: Den ECHP-Daten zufolge ist der Bevölkerungsanteil mit Behinderungen in Italien und Griechenland vergleichsweise gering (kleiner als 10%). Den höchsten Anteilswert weist Finnland (23%) auf, gefolgt von England, den Niederlanden und Portugal.

Die internationalen Unterschiede dürften gemäss Eurostat (2001) durch unterschiedliche Übersetzungen der ECHP-Originalfrage und durch unterschiedliche Stichprobengrößen pro Land entstanden sein. Denkbar ist aber auch, dass kulturelle Differenzen und unterschiedliche Institutionslandschaften zu den unterschiedlichen Prävalenzzah-

len führten. Die in den Niederlanden im Vergleich zu Italien höhere Prävalenz von Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben, könnte z.B. darauf zurück zu führen sein, dass in den Niederlanden wegen eines gut ausgebauten Assistenzsystems Menschen mit Behinderungen vermehrt in Privathaushalten und nicht in Institutionen leben.

Es ergaben sich mitunter erhebliche Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Länderstudien nationaler Experten und Expertinnen und den ECHP-Ergebnissen (siehe Tabelle 1). Dabei fällt vor allem auf, dass die Prävalenzzahlen des ECHP (ausser bei Österreich und Belgien) substanziell höher sind als bei den nationalen Erhebungen. Diese Unterschiede lassen sich primär damit erklären, dass die einzelnen Erhebungen von unterschiedlichen Definitionen von Behinderung ausgingen.

Tabelle 1: Prävalenz der Personen mit Behinderungen in der EU, basierend auf Länderstudien nationaler Experten und Expertinnen (Surveys) und ECHP (Van Lin et al., 2000, S. 26)

	A	B	DK	FIN	F	D	EL	IRL	I	L	NL	P	E	S	UK
Surveys	29.0	17.0	7.0	5.0	3.1	6.9	2.2	x	1.6	8.0	16.4	x	5.8	17.1	18.8
ECHP	12.5	12.9	17.4	22.9	15.3	17.3	8.2	10.9	7.8	16.5	18.6	18.4	9.9	x	18.8

x=missing

Zu betonen ist, dass in den Stichproben der oben zitierten Studien **Personen über 65 Jahren nicht** eingeschlossen sind. Würde man auch diese Gruppe miteinbeziehen, müsste von einer wesentlich höheren Anzahl von Menschen mit Behinderungen ausgegangen werden.

Hinsichtlich der Prävalenz von Menschen mit Behinderungen in den USA liegt eine vom U.S. Census Bureau im Jahre 1996 durchgeführte Haushaltsbefragung vor (McNeil, 1997). Die Stichprobe umfasste 32'000 Haushalte (Personen von 15 Jahren und älter). Zur Erfassung der Personen mit Behinderungen wurden mehrere Kriterien formuliert. Es wurden sowohl Funktionsstörungen als auch Aktivitätseinschränkungen erfragt. Zusätzlich wurden Kriterien für eine schwere Beeinträchtigung definiert. Obwohl auch Personen über 65 Jahren berücksichtigt wurden, erwiesen sich im Vergleich zu den ECHP Daten aus Europa nur unwesentlich mehr, nämlich 20% der Bevölkerung als beeinträchtigt, 12% als schwer beeinträchtigt.

2.3.3 Soziodemographische Merkmale von Menschen mit Behinderungen

Menschen mit Behinderungen sind sowohl in Europa als auch in den USA in älteren Kohorten relativ häufiger als in jüngeren: Während unter den 20- bis 34-jährigen Personen in allen EU-Mitgliedstaaten durchschnittlich 7% eine Beeinträchtigung haben,

sind es unter den 35- bis 49-jährigen schon 12% und unter den 50- bis 65-jährigen 27% (Eurostat, 2001).

Die relativ grössere Prävalenz von Menschen mit Behinderungen in älteren Kohorten dürfte primär damit zu erklären sein, dass sich der Gesundheitszustand vieler Menschen im Laufe des Lebens sukzessive verschlechtert. Des weiteren ergeben sich viele Beeinträchtigungen im Laufe des Lebens, die zu einer Behinderung werden können. Zudem dürfte auch der Umstand eine Rolle spielen, dass die heute jüngeren Altersgruppen bessere Arbeitsbedingungen und eine umfassendere Gesundheitsvorsorge sowie umfangreichere und qualifiziertere Rehabilitationsmassnahmen haben als die ältere Generation.

Die Daten des ECHP machen deutlich, dass Frauen in der gesamten EU geringfügig häufiger von einer Beeinträchtigung betroffen sind als Männer (15% vs. 14%) (Eurostat, 2001).

Zudem zeigt sich in den EU-Mitgliedstaaten hinsichtlich des Zivilstands, dass im Alter zwischen 30 und 64 Jahren 67% der Personen mit schweren Beeinträchtigungen verheiratet sind, während dies unter den Personen mit leichten Beeinträchtigungen 73% und unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen 78% sind (Eurostat, 2001).

Mit Blick auf das Geschlecht stellten Häussler, Wacker und Wetzler wie auch Schildmann fest, dass mehr Männer als Frauen mit Behinderungen verheiratet sind (Häussler, Wacker & Wetzler, 1996; Schildmann, 1984).

2.3.4 Ergebnisse zu den Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen

In jenen Untersuchungen, in denen mehr als eine Dimension der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen erfasst werden, lassen sich Informationen zu den Dimensionen entnehmen. Thematisiert wurden Bildung, Arbeitsintegration, die finanzielle Situation, Wohnen und Mobilität, soziale Netzwerke und Unterstützung, Freizeitaktivitäten und Erfahrungen von Diskriminierung.

2.3.4.1 Bildung

In allen EU-Ländern und den USA weisen Menschen mit Behinderungen gemessen am formalen Bildungsabschluss ein relativ tieferes Bildungsniveau auf als Menschen ohne Behinderungen. Das tiefere Bildungsniveau lässt sich nur teilweise mit dem höheren Lebensalter von Menschen mit Behinderungen erklären (Menschen höheren Alters sind im Durchschnitt weniger qualifiziert als Jüngere, und unter den Menschen mit Behinderungen ist der Anteil Älterer vergleichsweise hoch [Eurostat, 2001]). Das vergleichsweise niedrige Qualifikationsniveau von Menschen mit Behinderungen bleibt auch bei Berücksichtigung des Lebensalters erhalten (Eurostat, 2001; McNeil, 1997; Van Lin et al., 2000).

Die Untersuchungen lassen offen, worauf der konstatierte Zusammenhang von tieferen formalen Bildungsabschlüssen und Beeinträchtigungen zurückzuführen ist. Er könnte zum einen darin gründen, dass Behinderungen einen Einfluss auf die Bildungsbeteiligung haben, d.h., dass Menschen mit spezifischen Beeinträchtigungen nicht alle Bildungsmöglichkeiten in dem gleichen Masse offen stehen wie den Menschen ohne Behinderungen. Andererseits ist aber auch denkbar, dass Menschen mit niedrigem Bildungsniveau Arbeitsplätze einnehmen, die mit einem höherem Invaliditätsrisiko behaftet sind.

2.3.4.2 Arbeitsintegration

Rund 52% der Menschen mit Behinderungen, aber nur 28% der Menschen ohne Behinderungen sind EU-weit nicht erwerbstätig. Dabei haben berufstätige Menschen mit Behinderungen eine nur geringfügig höhere Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu werden als Menschen ohne Behinderungen (12% vs. 10%) (Eurostat, 2001). Eine Beeinträchtigung wirkt sich stärker negativ auf die Erwerbsbeteiligung aus als auf die Arbeitslosenquote. Demzufolge stellt die niedrige Partizipationsrate das unter arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten betrachtet grössere Problem dar, d.h. der Zugang zum Arbeitsmarkt ist offenbar schwieriger als der Verbleib auf dem Arbeitsmarkt.

Die niedrige Arbeitslosenquote von Menschen mit Behinderungen könnte aber auch Ausdruck individueller Resignation sein: Auf Grund der vermeintlichen Aussichtslosigkeit, eine Stelle zu finden, werden viele Menschen mit Behinderungen möglicherweise gar nicht erst mit der Suche beginnen. In diesem Fall wird sich das Fehlen adäquater Beschäftigungsmöglichkeiten eher in einer niedrigen Erwerbsbeteiligung als in einer hohen Arbeitslosigkeit niederschlagen. Mit anderen Worten: Eine relativ niedrige Arbeitslosenquote unter den Menschen mit Behinderungen sagt nur bedingt etwas über den Umfang der Arbeitsmarktnachteile von Menschen mit Behinderungen aus. Zusätzlich muss erwähnt werden, dass Langzeitarbeitslose in der Arbeitslosenstatistik nicht mehr aufgeführt sind.

Als typisch für die berufliche Integration von Menschen mit Behinderungen zeigt sich eine **Kumulation** folgender günstiger Faktoren: Geringes Alter (unter 45 Jahren), männlich, höherer formaler Bildungsabschluss und geringer Hilfebedarf (Bengtsson, 1999; Eurostat, 2001; Schildmann, 1984; Schriener, 2001; Windisch & Kniel, 1993).

2.3.4.3 Finanzielle Situation

In Bezug auf die finanzielle Situation zeigt sich sowohl in Europa als auch in den USA, dass Menschen mit Behinderungen über weniger Geld als der Durchschnitt der Bevölkerung verfügen und häufig in Armut geraten, zumal Beeinträchtigungen zusätzliche Kosten verursachen (Bengtsson, 1999; Eiermann et al., 2000; McNeil, 1997; Windisch & Kniel, 1993).

2.3.4.4 Wohnen und Mobilität

Obwohl Wohnen und Mobilität zur existentiell notwendigen Bedürfnisbefriedigung des Menschen gehören, stossen Menschen mit Behinderungen in diesem Bereich immer noch auf grosse Schwierigkeiten. Beklagt werden insbesondere nicht benutzergerechte und nicht zugängliche Wohn- und Transportmöglichkeiten (Bernard & Horvaka 1992; Bengtsson 1999; Harris 1995; Häussler et al. 1996). Bei den Personen in stationären Einrichtungen kommt im Wohnbereich ein Mangel an Rückzugsmöglichkeiten und eine unzureichende Personalbesetzung dazu (Klicpera, Gasteiger-Klicpera & Innerhofer, 1995; Seifert, 1997b).

2.3.4.5 Soziales Netzwerk und Unterstützung

Sowohl bei den Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben, als auch bei Personen in stationären Einrichtungen besteht eine geringe soziale Integration gegenüber Menschen ohne Behinderungen. Kontakte zu Verwandten und Fachleuten überwiegen (Klicpera et al., 1995; Seifert, 1997b; Wacker, Wetzler, Metzler & Hornung, 1998; Windisch & Kniel, 1993). Bei den von Windisch und Kniel (1993) befragten Personen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben, umfassten die Netzwerke durchschnittlich 13 Personen. Sie sind gegenüber den Netzwerken von Menschen ohne Behinderungen (mit durchschnittlich 18 Personen) deutlich kleiner (Hamel & Windisch, 1992).

Menschen mit Behinderungen wären auf ein gut funktionierendes System aus helfenden Personen aus dem nahen Umfeld und kompetenten, einfühlsamen und motivierten professionellen Helfern und Helferinnen angewiesen. Viele verzeichnen aber eine mangelnde Unterstützung bei der Bewältigung von Konflikten und psychischen Belastungen und fühlen sich als Patienten und Patientinnen nicht ernst genommen (Eiermann et al., 2000; Windisch & Kniel, 1993). Bei Windisch und Kniel (1993) z.B. zeigte sich, dass Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen im Durchschnitt über weniger umfangreiche Unterstützungsnetzwerke verfügen (6 Helfer/innen vs. 10 Helfer/innen bei Menschen ohne Behinderungen). In über 80% der von Häussler et al. (1996) untersuchten Haushalten mit Menschen mit Behinderungen wird die personelle Hilfe und Pflege überwiegend von einer Person erbracht. Diese Hauptpflegepersonen sind meist Frauen und familiär eng mit der zu betreuenden Person verbunden (Mutter oder Ehefrau).

Eine Balance zwischen Abhängigkeit und Selbstständigkeit in der Lebensführung zu finden, ist für Menschen mit Behinderungen wegen ihres grossen Hilfebedarfs unbestritten eine der wichtigsten Aufgaben, die sie täglich zu bewältigen haben. Das Angewiesensein auf die Hilfe anderer Menschen und die dadurch bedingte Abhängigkeit von anderen wird bei Häussler et al. (1996) von 50% der in Privathaushalten lebenden Menschen mit Behinderungen als belastend erlebt. Als besonders belastend empfinden

Menschen mit Behinderungen vor allem die Abhängigkeit von anderen im Bereich der Mobilität (einkaufen gehen, Treppen steigen, verreisen) und Intimpflege sowie die psychische Dimension des Angewiesenseins auf Partner/innen oder Pflegepersonen.

2.3.4.6 Freizeitaktivitäten

Menschen mit Behinderungen sind in ihrer Freizeitgestaltung deutlich eingeschränkt. Für grössere Unternehmungen fehlt oft die erforderliche Mobilität, ein entsprechendes Einkommen und passende Freizeitpartner/innen (Harris, 1995; Häussler et al., 1996). Gegenüber Menschen ohne Behinderungen verfügen Menschen mit Behinderungen z.B. nur über halb so viele Freizeitbeziehungen (5 vs. 10 Freizeitpartner/innen). Die Freizeit wird dabei überwiegend mit Familienangehörigen verbracht. Freizeitkontakte mit Verwandten sind am zweithäufigsten, gefolgt von denen mit Freunden und Freundinnen (Windisch & Kniel, 1993). Wird die Freizeit, wie bei den Personen in stationären Einrichtungen, in Gruppen verbracht, müssen zusätzlich individuelle Freizeitbedürfnisse organisatorischen und institutionellen Erfordernissen untergeordnet werden (Klicpera et al., 1995; Seifert, 1997b; Wacker et al., 1998).

2.3.4.7 Erfahrungen von Diskriminierung

Für viele Menschen mit Behinderungen ist die Erfahrungen von Diskriminierung im alltäglichen Umgang mit anderen Menschen fester Bestandteil ihrer Lebenssituation. Beklagt wird vor allem die Unsicherheit, Intoleranz und Unsensibilität der Menschen ohne Behinderungen im Umgang mit ihnen. Diskriminierung wird dabei in den Bereichen Schule (Ausschluss von der Schule, Verspottung), Ausbildung (Fehlen von behindertengerechten Ausbildungsplätzen), Arbeitsleben (schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt und mangelnde Integration im Betrieb), Mutterschaft (Absprechen des Rechts auf Mutterschaft) und die Geschlechtsidentität (Nichtwahrnehmen als geschlechtliche Wesen) erfahren (Eiermann et al., 2000; Häussler et al., 1996). Bei Personen in stationären Einrichtungen tritt zur Diskriminierung auf Grund der „Behinderung“ zusätzlich eine Diskriminierung durch den Lebensort „Heim“ hinzu. Viele Personen in stationären Einrichtungen ziehen es vor, soziale Kontakte ganz zu vermeiden, als diskriminiert zu werden (Wacker et al., 1998).

Vor dem Hintergrund dieser Belastungen überrascht es nicht, dass ein grosser Teil der Menschen mit Behinderungen an psychischen Beschwerden wie Erschöpfungszuständen, Schlafstörungen, Depressionen und Konzentrationsstörungen leidet und bei ihren Zukunftswünschen vor allem die soziale Integration im Vordergrund steht (Eiermann et al., 2000; Häussler et al., 1996).

Über alle Dimensionen betrachtet zeigen die Ergebnisse, dass Menschen mit Behinderungen über 45 Jahre, Frauen, Personen mit geistigen und psychischen Beeinträch-

tigungen, Personen mit hohem Hilfebedarf, erwerbslose Menschen mit Behinderungen und Personen mit niedrigem Bildungsniveau besonders benachteiligt werden.

2.4 Desiderate an eine Forschung zur Lage von Menschen mit Behinderungen

Vor dem Hintergrund der methodischen und inhaltlichen Mängel der aufgearbeiteten Studien ergeben sich – zusätzlich zur generellen Forderung, diesen Fragestellungen mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen – folgende Desiderate an künftige Forschung in diesem Feld:

- Eine Studie über die Lage von Menschen mit Behinderungen sollte von einem theoretischen Konzept geleitet sein.
- Um der Komplexität der Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen gerecht zu werden, ist eine Kombination von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden zu wählen.
- Bei der Zusammenstellung von Stichproben von Menschen mit Behinderungen sollte auf Repräsentativität und insbesondere auf die Berücksichtigung von Menschen in stationären Einrichtungen und mit Kommunikationsbeeinträchtigungen geachtet werden.
- Bei der Untersuchung von Menschen in stationären Einrichtungen und mit Kommunikationsbeeinträchtigungen sind die methodischen Herausforderungen offensiv anzunehmen. Vor einer Einschränkung der Zielpopulation wäre jeweils zu reflektieren, ob spezifische Mittel der Unterstützung und Übersetzung ausgeschöpft und die Möglichkeit des Einbezugs von Angehörigen oder Betreuenden in die Befragung geprüft worden sind.
- Es sollten Untersuchungen durchgeführt werden, in denen die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen *umfassend* und an *einer* Untersuchungspopulation durchgeführt werden, damit die einzelnen Dimensionen in einer Zusammenschau erfassbar werden.

Diese *review* war darauf angelegt, Untersuchungen aus der Schweiz, Europa und auch aus den USA zu identifizieren, die mehrere Aspekte der sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen in ihre Forschung einbezogen haben, so dass sie sich an eine umfassende Untersuchung der Situation und damit einer Rekonstruktion der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen annähern würden. Die Recherche zeigte bereits, dass keine der Untersuchungen zu Menschen mit Behinderungen umfassend genug angelegt war. Eine vorbildhafte Untersuchung, die zur Untersuchung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz herangezogen werden könnte und durch eine geschickte Replikation in der Schweiz einfach aus dem Wissensdefizit herausführen würde, liess sich nicht finden.

Die *review* beschränkte sich deshalb auf eine Zusammenstellung der gesicherten Erkenntnisse zu den ausschnitthaft untersuchten Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in den genannten Ländern. Mit dieser Beschränkung bestärkt die *review* gleichzeitig das Vorhaben, die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz möglichst *umfassend* und an *einer* grossen, möglichst *repräsentativen* Stichprobe von betroffenen Menschen angemessen und spezifisch – und deshalb in einer Kombination von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden – zu erforschen.

Die Notwendigkeit einer qualitativen Untersuchung im Vorfeld einer standardisierten, quantifizierenden Untersuchung, die Aussagen zu einer grossen Anzahl von Befragten erlaubt, ergibt sich daraus, dass zunächst festgestellt werden muss, über welche Dimensionen die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen beschrieben und rekonstruiert werden soll. Die in den Studien aus dem übrigen Europa und den USA untersuchten Dimensionen geben einen eindrücklichen Hinweis darauf, dass diese Dimensionen von Bedeutung sein können. Doch die Relevanz, die diesen Dimensionen zukommt, und welche subjektive Bewertung diese Dimensionen durch die Betroffenen in ihren lebensweltlichen Zusammenhängen erfahren, ist längst nicht untersucht. Ausserdem ist mit Blick auf die konkrete Situation in der Schweiz, die hinsichtlich des Systems der sozialen Sicherung, der Kultur und der Tradition mit anderen Ländern Europas und den USA zum Teil merklich kontrastiert, davon auszugehen, dass die Relevanzstruktur dieser Dimensionen für die Betroffenen in der Schweiz wie auch die konkrete Konstellation ihres Zusammenhangs und Zusammenwirkens erst an Betroffenen aus diesem Land zu ermitteln ist. Es kann auch nicht einfach auf die bestehenden Untersuchungen zu Armut oder Wohlbefinden von alten Menschen in der Schweiz zurückgegriffen werden. Es ist davon auszugehen, dass die Dimensionen, die in jene Rekonstruktionen der Lebenslage eingingen, armuts- bzw. altersspezifisch sind. Diese Dimensionen können als Orientierung dienen. Es darf aber nicht unterstellt werden, dass diese Dimensionen auch für die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen relevant und spezifisch sind. Eine ungeprüfte Übernahme der Dimensionen, die von Leu et al. (1997) zur Rekonstruktion von Lebenslagen eingesetzt wurden, verbietet sich damit.

Eine Untersuchung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz muss deshalb auf dem heutigen Stand der Kenntnisse mit einer qualitativen Untersuchung der subjektiv relevanten Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz beginnen.

3 Qualitative Untersuchung der subjektiv relevanten Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen

3.1 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel dieser Voruntersuchung war die Identifikation derjenigen Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen, die für die Betroffenen in ihrem Leben relevant sind und deshalb in die Erfassung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen eingehen sollten.

Dementsprechend wurde diese Untersuchung von zwei Fragestellungen geleitet:

- Welches sind aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen die für sie relevanten Dimensionen ihrer jeweiligen Lebenslage?
- Anhand welcher Aspekte werden diese Dimensionen beurteilt bzw. anhand welchen Kriterien werden die Handlungsspielräume eingeschätzt?

3.2 Vorgehen

Auf Grund der Aufgabenstellung, subjektiv relevante Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen zu ermitteln, wurde der Forschungsprozess qualitativ-rekonstruktiv angelegt.

In einer ersten Phase wurden Interviews mit Menschen mit Behinderungen durchgeführt, um die für sie subjektiv relevanten Dimensionen ihrer Lebenslage herauszuarbeiten. Um den Blickwinkel bei der Erfassung der unterschiedlichen Dimensionen jedoch möglichst weit zu fassen und eine multiperspektivische Aufarbeitung der Thematik zu gewährleisten, wurden in einer zweiten Phase Interviews mit Experten und Expertinnen⁸ durchgeführt. Dies entspricht auch den Erfahrungen von Seifert (1997a), Seifert et al. (2001), Häussler et al. (1996) und Wacker et al. (1998), wonach das Umfeld der betroffenen Personen berücksichtigt werden muss, um zu validen Daten zu gelangen.

3.2.1 Datenerhebung und Auswertung der Sicht der Betroffenen

3.2.1.1 Interviewform

Die subjektive Sichtweise von Menschen mit Behinderungen wurde in 12 problemzentrierten Interviews erhoben (vgl. Witzel, 1985). Diese Interviewform zeichnet sich durch eine Kombination aus induktiver und deduktiver Vorgehensweise aus. In einem ersten, narrativ angelegten Teil erhalten die Befragten die Möglichkeit zur Darlegung ihrer subjektiven Wirklichkeit. In einem zweiten Teil folgt das Interview einem Leitfaden mit offenen Fragen, der im Vorfeld der Befragung entwickelt wird. Dieser Leit-

⁸ Als Experten und Expertinnen werden Personen bezeichnet, die ihr Wissen zu der befragten Thematik sowohl aus der praktischen Tätigkeit, als auch aus einem theoretischen Hintergrund beziehen (vgl. Meuser & Nagel, 1985; Meuser & Nagel, 1997).

faden soll zum einen eine generelle richtungsweisende Wirkung haben, so dass die Gespräche auf die Lebenssituation der Betroffenen fokussiert werden können. Zum anderen wird in ihm das Hintergrundwissen der Forschenden thematisch so organisiert, dass die Annäherung an den Forschungsgegenstand möglichst kontrolliert und vergleichbar verläuft (Witzel, 1985). Zusätzlich kann ein Kurzfragebogen zu standardisiert erfassbaren Daten, wie z.B. zu soziodemographischen Merkmalen zum Einsatz kommen.

Konkret wurden die Interviews mit der offenen, weiten und erzählungsgenerierenden Einstiegsfrage begonnen: *Könnten sie mir einfach mal erzählen, wie ihre heutige Lebenssituation so aussieht, was sie so tun und lassen, und was ihnen dabei wichtig ist?* Auf diese Frage folgte jeweils eine mehr oder weniger lange Erzählsequenz, an die verständnisgenerierende Nachfragen zum Erzählten anschlossen, um die adäquate Erfassung der Sinnzusammenhänge weitgehend sicher zu stellen. Im Anschluss hieran wurden weitere offene, erzählungsgenerierende Fragen aus dem Leitfaden gestellt, denen dann wiederum verständnisgenerierende Nachfragen folgten. Dabei handelte es sich u.a. um gezielte Nachfragen zu jenen Dimensionen der Lebenswelt, die auf Grund des Literaturstudiums und der *review* von Untersuchungen zu Europa und den USA als relevant einzuschätzen sind, von den Betroffenen selber aber spontan nicht erwähnt wurden.

Zum Schluss des Interviews wurde ein Kurzfragebogen eingesetzt, der hauptsächlich zur Erfassung soziodemographischer Daten diente (sofern diese nicht schon im Interview enthalten waren).

Die Gespräche fanden (mit einer Ausnahme) bei den Befragten zu Hause statt. Dies wurde von der Interviewerin so angeboten und von den Befragten auch erfreut angenommen – vermutlich weil das für die Betroffenen den geringsten Aufwand bedeutete. Die Ausnahme bildete das Gespräch mit einer gehörlosen Frau. Dieses fand an ihrer Arbeitsstelle statt, da dies den Zuzug einer Dolmetscherin einfacher machte. Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Befragten vollständig aufgenommen.

Die Interviews dauerten zwischen 20 und 90 Minuten und generierten ausführliche Narrationen zu einzelnen Dimensionen der Lebenslage der Befragten. Die *interviewees* schienen die Interviewsituation aber positiv zu erleben und nahmen die Gelegenheit wahr, einmal einer geduldigen ZuhörerIn einfach von ihrem Alltag erzählen zu können. Das kürzeste Gespräch fand mit einem jungen Mann statt, der davon ausgegangen war, dass er hauptsächlich über seine Krankheit Auskunft geben sollte. Als die Fragen dann aber weniger auf den eigentlichen Krankheitsverlauf, als vielmehr auf die Lebenssituation im Allgemeinen zielten, erlebte er dies als zu persönlich, gestaltete seine Antworten karger und brachte das Gespräch in kurzer Frist zu einem Ende.

3.2.1.2 Das Theoretische Sampling

- Die Auswahl der Interviewpartner/innen folgte den Regeln des Theoretischen Samplings (Strauss & Corbin, 1996), wonach es nicht um die zufallsgeleitete Auswahl einer möglichst grossen Anzahl von Befragten geht, sondern um eine schrittweise vorgenommene Zusammenstellung möglichst stark kontrastierender Fälle. Gestützt auf das Literaturstudium wurde im Vorfeld des Samplings festgelegt, Kontraste hinsichtlich des Geschlechts und unterschiedlicher Formen der Beeinträchtigungen (körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen, sowie Beeinträchtigungen der Sinnesorgane) zu berücksichtigen. Im Laufe der Untersuchung bildeten sich im iterativen Forschungsprozess auf der Grundlage der jeweils vorliegenden Erkenntnisse weitere Kriterien der Kontrastbildung im Sample heraus: lebt die resp. der Betroffene seit Geburt mit den Beeinträchtigungen oder traten diese erst im Laufe des Lebens auf,
- handelt es sich um Beeinträchtigungen mit einem (relativ) statischen Verlauf (z.B. Blindheit) oder sind die Beeinträchtigungen auf eine Krankheit mit degenerativem Verlauf (z.B. Multiple Sklerose) zurück zu führen,
- sind die Beeinträchtigungen medizinisch nachweisbar oder nicht,
- lebt die resp. der Betroffene in einem Privathaushalt oder in einem Heim,
- inwieweit hat die resp. der Betroffene die Möglichkeit zur Partizipation und
- inwieweit erfährt die resp. der Betroffene Akzeptanz und Unterstützung aus dem Umfeld.

Nach dem zehnten Interview – und in Verbindung mit den Experten-/Expertinneninterviews – stellte sich eine theoretische Sättigung (vgl. Flick, 1995; Strauss & Corbin, 1996) der Ergebnisse ein. Nach der diesbezüglichen Bestätigung durch die beiden weiteren Interviews wurde die Befragung der Betroffenen nach dem zwölften Interview abgeschlossen.

3.2.1.3 Auswertung

Nach einer vollständigen Transkription der erhobenen Daten wurden diese in einer qualitativen Inhaltsanalyse gemäss Mayring ausgewertet (Mayring, 1997). Diese Methode kombiniert qualitative und quantitative Forschungstechniken und eignete sich somit für die Bearbeitung der Fragestellung dieser Untersuchung und des vorliegenden Materials. So konnten die Daten zum einen durch die – auf Grund des Literaturstudiums – im Vorfeld gewonnenen Kategorien analytisch erfasst werden, wodurch diese Dimensionen auf ihre Relevanz hin geprüft werden konnten. Zum anderen ist diese Methode aber auch offen für empirisch neu zu begründende Kategorien, was für die induktive Erfassung bestimmter subjektiv relevanter Dimensionen auch notwendig war. Nach der theoretisch geleiteten Paraphrasierung, Generalisierung und Strukturierung der transkribierten Daten wurden die Einzelanalysen und die darin jeweils

hervortretenden subjektiv relevanten Dimensionen der Lebenslage horizontal fallübergreifend betrachtet. Dadurch wurden die in den Einzelfällen herauskristallisierten Dimensionen verifiziert und durch die unterschiedlichen Dimensionsaspekte ergänzt.

Im Rahmen einer Methoden-Triangulation wurde die qualitative Inhaltsanalyse bei Bedarf durch offenes Kodieren nach Strauss und Corbin (1996) ergänzt. Die Triangulation dieser beiden Forschungsmethoden wurde vor allem bei der Analyse des Gesprächs mit einer Frau notwendig, die mit einer geistigen Beeinträchtigung lebt. Denn die vielen abgebrochenen oder nur teilweise ausgesprochenen Formulierungen konnten mit der paraphrasierenden Technik der Inhaltsanalyse nicht befriedigend interpretiert werden, so dass diese verbalen Daten mit Hilfe des offenen Kodierens aufgebrochen und konzeptualisiert wurden. Dadurch konnten auch diese Daten in die Analyse eingehen.

Während der gesamten Auswertungsphase wurden die jeweils vorliegenden Analysen vom gesamten Forschungsteam gesichtet, um in Form einer intersubjektiven Überprüfung die Plausibilität der Ergebnisse zu maximieren.

3.2.2 Datenerhebung und Auswertung der Sicht der Experten/Expertinnen

3.2.2.1 Interviewform

Die Sicht von Fachkräften aus dem Behindertenbereich wurde anhand 7 Experten-/Expertinneninterviews erhoben (vgl. Meuser & Nagel, 1985; Meuser & Nagel, 1997). Das Experten-/Expertinneninterview eignet sich zur Rekonstruktion komplexer Wissensbestände, wobei das Wissen der Experten und Expertinnen sowohl auf ihrer Erfahrung im Praxisbereich, als auch auf einer professionellen Ausbildung basiert. Bei dieser Befragungsform handelt es sich um ein leitfadengestütztes, offenes Interview, das gewährleisten soll, dass die Experten und Expertinnen zum einen genügend Raum für ihre eigene Sichtweise erhalten, gleichzeitig aber von der fokussierten Thematik nicht allzu sehr abweichen. Der Leitfaden enthielt erzählungsgenerierende Fragen und sollte verbale Daten erzeugen, anhand derer sich neue Dimensionen sowie Ergänzungen der schon identifizierten Lebenslagendimensionen herausarbeiten lassen sollten, die aus den Daten der Betroffenen möglicherweise nicht hervorgetreten waren. Der Leitfaden wurde bei jedem Interview an die Institution und die Arbeit des Experten resp. der Expertin angepasst. Dadurch sollte der Zugang, welcher die Experten und Expertinnen zu den Betroffenen, haben berücksichtigt, und damit eine möglichst breite Ausschöpfung des jeweiligen spezifischen Wissens der Experten und Expertinnen ermöglicht werden. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 50 Minuten und fanden in allen Fällen am Arbeitsplatz und in der Arbeitszeit der Befragten statt. Dies war insofern hilfreich, als dass diese Rahmenbedingung die Adressierung der Befragten in ihrer Rolle als Experten resp. Expertinnen – und nicht als Privatpersonen – erleichterten. Bei der Rekrutierung wurden unterschiedliche Institutionen angefragt, wobei sich etwa in jeder zweiten

Institution jemand für das Interview bereit erklärte. Die Gründe oder allfällige Kriterien für eine Zustimmung bzw. eine Absage konnten nicht festgestellt werden.

3.2.2.2 Das Theoretische Sampling

Auch hier folgte die Zusammenstellung der Stichprobe den Regeln des Theoretischen Samplings, wobei sich die Auswahlkriterien nicht auf die befragten Personen selber bezogen, sondern auf die Art der Institutionen, in welchen die Befragten tätig waren und auf die Beziehungsform, die die Experten und Expertinnen zu den Betroffenen hatten (in einer Beratungsstelle z.B. findet der Kontakt meist punktuell und problem-spezifisch statt, während in stationären Einrichtungen während des gesamten Alltags Kontakte bestehen). Zudem wurde berücksichtigt, welche Perspektiven die Betroffenen hatten, mit denen die Experten und Expertinnen in ihren Institutionen konfrontiert sind. So stellt es einen Unterschied dar, ob eine Reintegration in den regulären Arbeitsmarkt und damit eine Reintegration in die „Gesellschaft“ angestrebt wird, oder ob das Ziel in einer möglichst hohen Lebensqualität innerhalb einer Institution liegt, da die Betroffenen diese voraussichtlich nie verlassen werden können. In den letzten zwei Experten-/Expertinneninterviews wurde bereits eine Sättigung der Thematik festgestellt, worauf keine weiteren Interviews mehr durchgeführt wurden.

3.2.2.3 Auswertung

Die Interviewdaten der Experten und Expertinnen wurden zu Beginn der Analyse im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen verortet. Die Auswertung der Daten orientierte sich – anders als bei der einzelfallinteressierten Analyse – an thematischen Einheiten. Durch diese Vorstrukturierung war eine vollständige Transkription der Interviewdaten nicht mehr notwendig, da sich die Analyse ausschliesslich auf die thematisch relevanten Passagen konzentrierte (und z.B. alle Erzählungen zum persönlichen Hintergrund der befragten Experten und Expertinnen von der Analyse ausgeschlossen wurden). Das bereinigte Datenmaterial wurde paraphrasiert und vor dem Hintergrund des Kodierschemas – das auf Grund der Generalisierung und der Kodierung der Betroffeneninterviews erstellt worden war – aufgeschlüsselt. Zum Schluss fand ein interviewübergreifender, thematischer Vergleich statt, in dem die Sinnzusammenhänge zu Typologien/Dimensionen verknüpft wurden.

3.2.2.4 Reflexion der Erhebung und Auswertung der qualitativen Untersuchung

Bei der Datenerhebung und -auswertung kam es sowohl bei den Interviews mit den Betroffenen als auch bei jenen mit den Experten und Expertinnen zu einigen Besonderheiten, die im Folgenden erwähnt werden sollen:

Das Interview mit einer hörbehinderten Frau wurde mit Hilfe einer Gebärdensprachen-Dolmetscherin geführt, die von der Betroffenen organisiert worden war. Dies führte

insofern zu einer besonderen Gesprächssituation, als dass der Blickkontakt mit der befragten Frau nur bedingt möglich war, was teilweise zu Irritationen im Gesprächsfluss führte. Bei der Auswertung dieses Interviews musste sorgfältig darauf geachtet werden, nur den Inhalt zu paraphrasieren und nicht auf die einzelnen Formulierungen zu achten, da diese nicht von der befragten Person, sondern von der Dolmetscherin stammten. Gerade für diese Situation erwies sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring als besonders geeignet (Mayring, 1997).

Mit Blick auf die Kommunikation muss festgehalten werden, dass mit Menschen, die in ihren kommunikativen Möglichkeiten sehr stark eingeschränkt sind, im Rahmen dieser Untersuchung keine Gespräche durchgeführt werden konnten – auch wenn der Versuch unternommen wurde, möglichst nahe an diese Grenze heran zu kommen. Trotzdem bleibt es eine Tatsache, dass eine bestimmte Gruppe von Menschen mit Behinderungen nicht befragt werden konnte. Insofern bleibt festzuhalten, dass zwar versucht wurde, die ausgeschlossene Gruppe möglichst klein zu halten, es aber dennoch Menschen mit Behinderungen gibt, die mit dieser Untersuchung nicht erreicht wurden. Bei den Experten-/Expertinneninterviews ergab sich die Schwierigkeit, dass die von den Experten und Expertinnen benutzten Formulierungen häufig abstrakt und generalisierend formuliert waren. So wurde z.B. von Diskriminierung gesprochen, ohne dass präzisiert werden konnte, was konkret damit gemeint war. Dadurch wurde die Ergiebigkeit dieser Daten erheblich geschmälert.

Zum Schluss wurde festgestellt, dass aus den Experten-/Expertinneninterviews keine Dimensionen hervorgingen, die nicht auch von den befragten Betroffenen erwähnt worden waren. So dienten die Ergebnisse aus den Experten-/Expertinneninterviews vor allem der Bestätigung der aus den Betroffeneninterviews herausgearbeiteten Ergebnisse. Dies führt zur Schlussfolgerung, dass die Generierung von Wissen über die Lebenslagen unbedingt an der direkten Befragung der Betroffenen ansetzen muss, während die Befragung von Experten und Expertinnen zwar eine sinnvolle Ergänzung, niemals aber einen Ersatz für die direkte Befragung darstellt.

3.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang den aus den Daten generierten 12 Lebenslagendimensionen dargestellt.

3.3.1 Formale Bildung

Auch wenn Bildung keine Garantie für einen Arbeitsplatz bietet, so ist sie doch eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür. In diesem arbeitsspezifischen Zusammenhang wird die Ausbildung von den Betroffenen dann auch meistens erwähnt. Hradil (2001) zeigt auf, dass der mittlerweile vorhandene „Überschuss“ an Bildung dazu führt, dass „nachteilige“ Merkmale einer Person nicht mehr so einfach durch Bildung kompen-

siert werden können. Dies dürfte Menschen mit Behinderungen in spezifischer Weise treffen. Aber auch schon bei der Ausbildung stehen Menschen mit Beeinträchtigungen nicht alle Türen offen, und/oder es erfordert einen grossen Einsatz der Eltern, damit die Kinder mit Beeinträchtigungen eine qualifizierte Ausbildung geniessen können.

Durch die Analyse konnten folgende Aspekte der Dimension „formale Bildung“ herausgearbeitet werden: Schultyp (öffentliche oder private Schule, Sonderschule, Förderung, Begleitung), Ausbildungsniveau (Bildungsabschluss), Wahlfreiheit der Ausbildung, Lokalisation der Ausbildungsinstitution (vor allem im Heim ist diese häufig im gleichen Gebäude wie der Wohnraum, was negativ erlebt wurde), Finanzierung, Einsatz der Eltern und Leistungsdruck.

3.3.2 Arbeit

Auf die Frage nach der heutigen Lebenssituation erwähnten die Befragten sehr schnell ihre Erwerbstätigkeit. Fehlte eine solche, machten sie auf ihre frühere Arbeit aufmerksam, häufig im Zusammenhang mit einer Erklärung oder Rechtfertigung ihrer heutigen Erwerbslosigkeit. Dies deutet auf die grosse Relevanz der Dimension Arbeit hin, was sich unter anderem dadurch erklären lässt, dass diese auf die meisten anderen Dimensionen einen grossen Einfluss hat. Die Ausnahme wurde von zwei Frauen gebildet, von denen eine als Hausfrau und Mutter auch schon vor dem Eintreten der Beeinträchtigung nicht erwerbstätig war. Hier dürfte die Arbeit insofern keine so grosse Rolle spielen, weil sie nicht zum Selbstbild dieser Frau gehörte, und die finanzielle Abhängigkeit vom Ehemann als selbstverständlich angesehen wird. Die zweite Frau lebt mit einer geistigen Beeinträchtigung im Heim und arbeitet in einer geschützten Werkstatt. Obwohl sie den Zusammenhang zwischen Arbeit und Lohn durchaus erkennt, scheint die Arbeit keinen grossen Stellenwert einzunehmen. Möglicherweise hängt das damit zusammen, dass die Betroffene auch über das kleine ihr ausgezahlte Gehalt nicht selbstständig verfügen darf.

Als Aspekte dieser Dimension stellten sich unter anderem heraus: Arbeitslosigkeit/Arbeitspensum, freier/geschützter Arbeitsmarkt, Angemessenheit der Arbeit (im Hinblick auf die berufliche Qualifikation), Teamabhängigkeit (durch eine gute Teamarbeit können einzelne beeinträchtigungsspezifische Defizite ausgeglichen, aber auch spezifische Ressourcen genutzt werden), Zeitaufwand (auf Grund der Beeinträchtigung wird für manche Arbeiten mehr Zeit benötigt, so dass die effektive Arbeitszeit die offizielle weit überschreiten kann) und Leistungsdruck (die Betroffenen müssen in verstärktem Masse beweisen, dass sie „vollwertige“ Arbeit leisten können).

3.3.3 Tagesstruktur

Die Tagesstruktur stellt eine Dimension der Lebenslage dar, die bei anderen Erhebungen zur Lebenslage nicht erwähnt wird (z.B. Hradil, 1990, 2001; Leu et al., 1997).

Weil die Tagesstruktur aber als Ressource und Handlungsspielraum fungiert, und nicht als Aspekt unter eine andere Dimension eingeordnet werden kann, bildet sie auf dem Hintergrund des Lebenslagenkonzepts eine eigenständige Dimension – die allerdings nicht von allen Bevölkerungsgruppen als solche wahrgenommen werden dürfte.

Die Tagesstruktur ist eng mit der Arbeitstätigkeit verbunden, durch die dem Tag eine Struktur gegeben wird, ohne dass dies eine aktive Eigenleistung erfordern würde. Fällt die Arbeit weg, dann ist der/die Einzelne gefordert, sich die Tage selber zu strukturieren, was mit einem erhöhten Energieaufwand verbunden ist. Zusätzlich ist die Fähigkeit zur *Einhaltung* einer geregelten Tagesstruktur in unserer Gesellschaft grundlegend für die Integration in den Arbeitsmarkt, sowie für die gesellschaftliche Partizipation.

Zur Tagesstruktur gehört auch das Zeitkonzept. Wie schon bei der Dimension „Arbeit“ erwähnt, benötigen Menschen mit Beeinträchtigungen für viele Tätigkeiten mehr Zeit als Menschen ohne Beeinträchtigungen, was sich auf die gesamte Tagesstruktur und -organisation auswirken kann – der Tag enthält dadurch „weniger“ Stunden.

Des Weiteren muss die Spontaneität als Aspekt dieser Dimension genannt werden. Ist jemand in seiner Selbstständigkeit eingeschränkt und auf Unterstützung angewiesen, dann sind spontane Aktivitäten häufig nicht möglich, weil im Vorfeld immer erst die Unterstützungsleistungen organisiert werden müssen. Dies kann nicht nur einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität haben, sondern wirkt sich vor allem auch auf die Partizipationsmöglichkeiten der Betroffenen aus.

Interessanterweise wird diese Dimension von den Befragten nur dann erwähnt, wenn sie als „Risiko“ und nicht als „Ressource“ wahrgenommen wird.

3.3.4 Materielle Situation

Auch wenn die materielle Situation von den Befragten kaum direkt thematisiert wurde, fand sie doch meist implizit Erwähnung. Für Hradil (1987) ist es vor allem diese Dimension, die eine hohe Relevanz erreichen kann, da sie bei guter Ausstattung für viele andere Dimensionen ein funktionales Äquivalent darstellen kann. Dies konnte auch in der vorliegenden Untersuchung festgestellt werden, auch wenn die ganze Komplexität der Kompensation und Substitution unter den verschiedenen Dimensionen nicht erfasst werden konnte.

Die Aspekte der materiellen Situation sind das Einkommen, IV-Renten, Sozialleistungen, Mehrbelastungen (durch die Beeinträchtigungen entstehende Zusatzkosten, die von den Betroffenen selber getragen werden müssen) und persönlicher Besitz. Der persönliche Besitz stellt hier nicht nur eine mögliche Wertanlage dar, sondern wird auch in einem viel existentielleren Sinne verstanden. So verfügen Menschen, die im Heim leben, häufig kaum über persönlichen Besitz und auch bei dem wenigen, das sie ihr Eigen nennen, erleben sie häufig Übergriffe von Seiten der Betreuungspersonen. Dies kann gravierende Folgen für den Selbstwert, die Identität und die Selbstbestim-

mung haben (und zwar sowohl in der zugestandenen Selbstbestimmung als auch in den eigenen Fähigkeiten/Möglichkeiten, selbstbestimmt zu handeln).

3.3.5 Wohnsituation

Die Wohnsituation lässt sich relativ einfach mit „objektiven“ Kriterien beschreiben: Wohnform (z.B. Privatwohnung, Wohngemeinschaft, Heim), Grösse des Wohnraums, Infrastruktur (und allfällige behinderungsspezifische Anpassungen), Wohnkosten und Infrastruktur der Umgebung (z.B. Einkaufsmöglichkeiten, Zugänglichkeit der Wohnung). Die Einschätzung der Wohnsituation dürfte aber unter anderem von der Zeit abhängen, die jemand an seinem Wohnsitz verbringt. So verbringen Erwerbstätige meist einen beträchtlichen Anteil der Zeit ausserhalb ihrer Wohnung, während Erwerbslose viel mehr Zeit zu Hause verbringen. Dieser Umstand wird mit dem Aspekt „Aufenthaltsdauer“ bezeichnet. In dieser Studie wurde deutlich, dass das Vorhandensein eines Wohnsitzes keine Selbstverständlichkeit darstellt, weswegen dies einen eigenen Aspekt darstellt. Weitere Aspekte sind die Wahlfreiheit (muss oder darf jemand z.B. im Heim wohnen) und Schutz. Der Schutz wurde von denjenigen Personen erwähnt, die sich auf Grund einer körperlichen Beeinträchtigung kaum mehr selber wehren können und daher umso mehr Wert darauf legen, dass ihr Wohnraum gegen das Eindringen durch Fremdpersonen geschützt ist.

3.3.6 Physischer und psychischer Gesundheitszustand

Für diese Dimension ist es wichtig, den Gesundheitszustand vom „Behinderungszustand“ zu trennen – so kann also jemand auch mit einer schweren Beeinträchtigung gesund sein.⁹ Dieser Dimension wurde von den meisten Befragten eine grosse Bedeutung zugemessen, meist im Sinne von: „Ich habe zwar eine Behinderung, aber glücklicherweise bin ich gesund“. Ein guter Gesundheitszustand gilt als Grundlage um die mit den Lebenslagendimensionen dargestellten Handlungsspielräume möglichst umfassend nutzen zu können.

Diese Dimension beinhaltet zahlreiche Aspekte: Medikamente (und deren allfällige Nebenwirkungen), Schmerzen, Ohnmacht (die Betroffenen haben keine Kontrolle [mehr] über ihren Körper), Müdigkeit/Erschöpfung, Traurigkeit, Depression, Verlust (von Dingen, die auf Grund der Beeinträchtigungen nicht/nicht mehr möglich sind), Unsicherheit/Angst (bei degenerativen Erkrankungen vor allem vor der Zukunft), Verletzlichkeit (psychische/physische), Unwissenheit (über den eigenen Gesundheitszu-

⁹ Behinderung wird durch eine psychische, physische oder soziale Funktionsbeeinträchtigung, Gesundheit über das psychische, physische oder soziale Wohlbefinden bestimmt. Daher werden die beiden Begriffe nicht nur im Alltag, sondern auch auf analytischer Ebene getrennt behandelt. Überschneidungen finden erst dann statt, wenn auf Grund einer Funktionseinschränkung auch das Wohlbefinden der betreffenden Person tangiert wird.

stand/über Möglichkeiten der Bewältigung) und subjektiv vs. objektive Beurteilung von Gesundheit. Mit dem letzten Aspekt ist der Umstand gemeint, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands nicht mit dem objektiven, medizinisch festgestellten Gesundheitszustand übereinstimmen muss.

3.3.7 Soziale Kontakte

Soziale Kontakte werden von Leu et al. (1997) vor allem als Ressource betrachtet, da sie emotionale sowie praktische Unterstützung bieten können. In der vorliegenden Untersuchung wurden sie von den Befragten aber auch als mögliche Belastung identifiziert. Eine solche kann entstehen, wenn sich die Betroffenen verstärkt an gesellschaftliche Normen und gesellschaftlichen Leistungsdruck anpassen müssen, um die sozialen Kontakte aufrecht erhalten zu können. Auch erhaltene Unterstützung kann eine negativ empfundene Kehrseite in Form von Abhängigkeit und möglicherweise erwarteter Dankbarkeit beinhalten.

Soziale Kontakte bestehen in den unterschiedlichsten Kontexten und sind dementsprechend von unterschiedlicher Art. Auch die Qualität der einzelnen Kontakte wird nach individuell unterschiedlichen Kriterien beurteilt.

Dies führt dazu, dass diese Dimension durch sehr viele Aspekte beschrieben werden kann: Kontext (berufliche, private, familiäre, nachbarschaftliche, wohnsituationsbedingte Kontakte, Kontakte mit Menschen mit Behinderungen, aus der Rehabilitation etc.), Cliquen/Vereine, Selbsthilfegruppen, Religionsgemeinschaften, Haustiere, Häufigkeit der Interaktion, institutionelle Einschränkungen (bestehen z.B. im Heim ausreichend Möglichkeiten, um soziale Kontakte zu pflegen), Abhängigkeit/Unterstützung, Belastung, Beweisdruck, Partnerschaft, Elternschaft und Sexualität. Gerade bei dieser Dimension zeigte sich deutlich, wie unterschiedlich die einzelnen Aspekte von den Betroffenen beurteilt und gewichtet werden. Ebenso zeigt sich hier die Schwierigkeit einer quantitativen Operationalisierung in markanter Weise, da die Erfassung allein dieser Dimension nur durch einen umfangreichen Fragebogen – aber auch dann nur annähernd – möglich wäre.

3.3.8 Freizeit

Unter Freizeit soll nicht jede Zeit ausserhalb der beruflichen Arbeit verstanden werden, sondern nur jene, die weitgehend frei ist von notwendigen Tätigkeiten wie Schlafen, Essen, Hausarbeiten, Behördengänge, Therapien etc. (vgl. Hradil, 2001). Durch den erhöhten Zeitaufwand für „alltägliches“ und die durch den überdurchschnittlichen Energieaufwand benötigte Erholungszeit kann die Freizeit für Menschen mit Behinderungen stark eingeschränkt sein. Doch nicht nur das quantitative Ausmass der Freizeit macht einen Aspekt dieser Dimension aus, sondern auch ihre Regelmässigkeit, die verfügbaren Möglichkeiten für deren Ausgestaltung und die Möglichkeiten ihrer eigen-

ständigen Gestaltbarkeit. Als weitere Aspekte dieser Dimension wurden erwähnt: Formen der Freizeitgestaltung (Sport, Kultur, Musik, Natur, Medien, heiminterne Aktivitäten, basteln, Gartenarbeit), Zeit für sich, Ferien, Bezugsgruppen (soziale Kontakte, Vereine, religiöse Veranstaltungen, Freizeittreffs) und Kontakt zur Aussenwelt.

Wie stark einzelne Dimensionen mit anderen verknüpft sein können, zeigt sich hier in markanter Weise. So sind die Ausgestaltungsmöglichkeiten der Freizeit nicht nur von den jeweiligen Beeinträchtigungen abhängig, sondern auch von der materiellen Situation, der Mobilität, dem Gesundheitszustand oder der sozialen Kontakte.

3.3.9 Mobilität

In der Literatur wird die Mobilität als Lebenslagendimension nicht erwähnt (vgl. Hradil, 1990, 2001; Leu et al., 1997). Wenn jemand jedoch in seiner körperlichen Mobilität eingeschränkt – und daher unter Umständen auf technische Hilfsmittel angewiesen – ist, wird sich diese Einschränkung auf die „allgemeine“ Mobilität auswirken, da z.B. öffentliche Verkehrsmittel nur noch bedingt benutzt werden können. Die Selbstverständlichkeit, mit der diese Dimension häufig als „normal“ angesehen wird, dürfte der Grund sein, weswegen sie nur dann erwähnt wird, wenn sie als Risiko und nicht als Ressource wahrgenommen wird – wie das schon bei der Tagesstruktur der Fall war.

Die Mobilität lässt sich über folgende Aspekte beschreiben: Möglichkeiten zur Benutzung von Verkehrsmitteln (öffentliche, private), Zugänglichkeit von Gebäuden, umweltbedingte Grenzen (so können schneebedeckte Gehwege dazu führen, dass die Betroffenen das Haus nicht verlassen können), Bewegungsradius (ab wann ist die Mobilität eingeschränkt) und Belastung/Aufwand (auch wenn die Mobilität nicht direkt beeinträchtigt ist, so ist diese unter Umständen doch mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden). Die Relevanz dieser Dimension muss als sehr hoch eingeschätzt werden, da andere Dimensionen sie nur sehr bedingt kompensieren können. So kann mit einer gut ausgestatteten materiellen Situation zwar einiges erreicht werden (z.B. zusätzliche technische Hilfsmittel, Taxidienste), aber auch dies kann die Einschränkungen nur bedingt kompensieren. Insofern kann bei dieser Dimension von einer hohen *negativen* Relevanz gesprochen werden.

3.3.10 Hilfe und Unterstützung

Hilfe und Unterstützung stellt wie schon die Mobilität eine Dimension dar, die weder von Leu et al. (1997) noch von Hradil (2001) erwähnt wird, was insofern einleuchtend ist, als dass sie für Menschen mit Behinderungen eine spezifische Bedeutung erhält – in der Literatur zu einzelnen Aspekten der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen wird sie ausführlich diskutiert. Der Begriff „Hilfe“ bezeichnet in dieser Untersuchung den jeweiligen Hilfebedarf, während mit „Unterstützung“ die tatsächlich

erhaltenen Unterstützungsleistungen gemeint sind. Sowohl Hilfe als auch Unterstützung werden nur auf die durch die Beeinträchtigung verursachten Umstände bezogen.

Als Aspekte dieser Dimension kristallisierten sich unter anderem heraus: technische Hilfsmittel, Information/Beratung (haben die Betroffenen dazu Zugang und war diese hilfreich?), Formen (persönliche, nachbarschaftliche, medizinische, psychologische, rechtliche, sozialarbeiterische/sozialpädagogische, sozialstaatliche Hilfe und Unterstützung), Assistenz, Behindertenorganisationen, Spitex, Selbsthilfegruppen, Abhängigkeit (unabhängig vom quantitativen Ausmass des Hilfebedarfs kann die Abhängigkeit unterschiedlich gross sein und/oder empfunden werden), Gewalt (durch die Abhängigkeit können die Betroffenen psychischer und physischer Gewalt ausgesetzt sein, gegen die sie sich infolge der Abhängigkeit nicht wehren können), Bezahlung (materielle, zwischenmenschliche), Wartung der technischen Hilfsmittel (was eine finanzielle und/oder zeitliche Belastung darstellen kann), Zusatzaufwand (der trotz der Unterstützung besteht), Privatsphäre (durch Unterstützungsleistungen wird diese häufig eingeschränkt) und Kontinuität (wird die Hilfe nur punktuell oder kontinuierlich gebraucht).

Die Ausprägung dieser Dimension erwies sich als individuell sehr unterschiedlich. Dies hing zum einen mit der Art und der Schwere der Beeinträchtigung zusammen, zum anderen aber auch mit den eigenen Bewältigungsstrategien und sozialen Kompetenzen.

3.3.11 Selbstbestimmung

Selbstverwirklichung und Emanzipation werden von Hradil (1987) neben der Integration als neue Ziele, und dann auch als neue Dimensionen der Lebenslagen in industrialisierten Gesellschaften definiert. In der Untersuchung wurde deutlich, dass Selbstverwirklichung und Emanzipation insofern sehr „hohe“ Ziele darstellen, als es für deren Verwirklichung die Möglichkeit zur Selbstbestimmung voraussetzt. Selbstverwirklichung und Emanzipation spielen erst dann eine Rolle, wenn die Selbstbestimmung den Betroffenen in ausreichendem Masse als Handlungsressource zur Verfügung steht.

Selbstbestimmtes Handeln hängt mit unterschiedlichen Aspekten zusammen: Selbstbewusstsein (um eine Entscheidung fällen zu können, muss man sich seiner selbst bewusst sein), Selbstwert (um den eigenen Bedürfnissen eine Berechtigung zuzusprechen, muss man sich selber als wertvoll einschätzen), Selbstständigkeit/Abhängigkeit (je selbstständiger jemand ist, desto leichter dürfte es fallen, eigene Bedürfnisse durchzusetzen), Abgrenzung (ist genügend Raum für die Selbstbestimmung vorhanden?), Durchsetzungsvermögen und Respekt des Umfeldes.

3.3.12 Diskriminierung – Integration – Partizipation

Für Hradil (1987) stellt die Integration ebenfalls ein neues Lebensziel der westlichen, industrialisierten Gesellschaften dar, was dazu führt, dass neue Dimensionen sozialer Ungleichheit ins Blickfeld gerückt werden. Bei der Befragung hing die Integration unmittelbar mit den Möglichkeiten zur Partizipation, sowie mit dem Grad der Diskriminierung zusammen. Diese drei Begriffe können zwar analytisch durchaus getrennt werden, empirisch wurden sie jedoch von den Befragten vermischt und nur wenig differenziert wahrgenommen und beschrieben. In der Folge erwies es sich während der Analyse des Datenmaterials als schwierig, die einzelnen Aspekte dieser Dimension exakt zu benennen und zu differenzieren, da sie von den Betroffenen zwar umschrieben, aber selten direkt genannt wurden.

Dies führte zu einer Vielzahl von Aspekten, die sehr unterschiedliches betreffen: umgebungsabhängige Integration (in welche Gruppe findet eine Integration [nicht] statt?), Ungewissheit (wie lange hält die Integration noch an?), Informationsübermittlung (besteht die Möglichkeit, Informationen über das Zeitgeschehen zu erhalten?), politisches Engagement (die Beeinträchtigung kann, muss aber nicht ursächliche Motivation sein), eigenes Engagement (die Integration muss immer wieder neu hergestellt und aufrecht erhalten werden), Erlebnisse (Partizipation, Teilhabe an gesellschaftlichen Ereignissen), Normen (Menschen mit Behinderungen können diesen möglicherweise nicht entsprechen), Gleichberechtigung (wenn die gleichen bürgerlichen Pflichten bestehen, sollen auch die gleichen Rechte vorhanden sein), Individualität (das Umfeld fokussiert auf die Beeinträchtigungen, womit der „Mensch“ in den Hintergrund rückt, was Folgen für die Identität haben kann) und Einsamkeit. Diese Dimension wurde von den Betroffenen häufig als Risiko und nicht als Ressource angesehen. Es zeigte sich auch, dass diese Dimension mit vielen anderen Dimensionen eng verknüpft ist, wie z.B. den sozialen Kontakten, der Arbeit oder der Mobilität.

3.3.13 Diskussion der Ergebnisse

Von den insgesamt 12 generierten Lebenslagendimensionen wurden acht bereits von Hradil (1987; 2001), Leu et al. (1997) oder Schwenk (1999) berücksichtigt: Ausbildung, Arbeit, materielle Situation, Wohnsituation, psychischer und physischer Gesundheitszustand, soziale Kontakte, sowie Freizeit wurden – wenn auch mit etwas unterschiedlichen Bezeichnungen – sowohl theoretisch hergeleitet als auch empirisch erfasst. Für die Integration findet sich eine theoretische Herleitung bei Hradil (1987), und deren empirische Umsetzung ist bei Schwenk (1999) zu finden.

Die mit Selbstbestimmung überschriebene Dimension wurde von Hradil (1987) unter den Begriffen Selbstverwirklichung und Emanzipation theoretisch hergeleitet und begründet. Eine empirische Umsetzung fand sich jedoch bei keinem der genannten Autoren. Damit wird in den empirischen Forschungsarbeiten ein Umstand sichtbar, den

Hradil (1987) anhand der historischen Entwicklung der Dimensionen sozialer Ungleichheit aufgezeigt hat. Bis in die 1970er Jahre hinein dominierten ökonomische Dimensionen, die für eine Wohlstandsgesellschaft charakteristisch sind und in der meritokratischen Triade (Bildung-Beruf-Einkommen) ihren Ausdruck finden. Durch den Übergang von einer Wohlstands- zu einer Wohlfahrtsgesellschaft entstanden durch neue, gesellschaftlich definierte Lebensziele auch neue Dimensionen sozialer Ungleichheit. Diese betreffen soziale Sicherheit, Gesundheit und Partizipation, sowie Integration, Selbstverwirklichung und Emanzipation. Es findet damit nicht nur eine Vermehrung der Dimensionen statt, sondern auch eine zunehmende Abstraktion, die bei deren Beschreibung sichtbar wird. Sind die Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen noch relativ einfach zu operationalisieren, stellt die Operationalisierung von Selbstverwirklichung schon eine grössere Herausforderung dar. Dies dürfte mit ein Grund sein, weswegen diese Dimensionen in der empirischen Umsetzung bis anhin nicht berücksichtigt wurde.

Für die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen lassen sich drei Dimensionen identifizieren, die für sie spezifisch sind: Tagesstruktur, Mobilität sowie Hilfe und Unterstützung. Damit konnte die Überlegung von Hradil (1987) bestätigt werden, dass nicht alle Dimensionen sozialer Ungleichheit für alle Menschen von Bedeutung sind. Und es unterstreicht die Notwendigkeit, vor einer standardisierten Erfassung der Lebenslagen einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, die hierfür spezifischen Dimensionen auf induktivem Wege zu bestimmen. Ansonsten würde die Lebenslage der Betroffenen stark verzerrt wahrgenommen, was sich auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe negativ auswirken kann. Denn interessanterweise wurden diese Dimensionen von den Befragten nur wahrgenommen, wenn sie sich nicht als Ressource, sondern als Risiko darstellten. Insofern würde eine Beschreibung ihrer Lebenslage ohne die Berücksichtigung dieser Dimensionen vorteilhafter ausfallen als sie tatsächlich ist. Auch die Interpretation der Kontexte von Lebenslagen könnte nicht adäquat umgesetzt werden, da entsprechende funktionale Äquivalente fehlten – liess sich doch z.B. der Mobilität eine hohe Relevanz zuschreiben.

Als spezifisch für die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen müssen allerdings nicht nur die zusätzlichen Dimensionen erwähnt werden, sondern auch jene, die nicht herausgearbeitet werden konnten. So wurden die von Hradil (1987) erwähnten Dimensionen Prestige und formale Machtstellung von keinem der Befragten angesprochen. Dafür dürften die Gründe denjenigen ähnlich sein, die bereits bei der Selbstbestimmung erwähnt wurden. Denn damit Prestige und formale Machtstellung zur Ressource oder zum Risiko werden können, müssen vorerst viel „basalere“ Handlungsspielräume vorhanden sein – wie z.B. der Zugang zum Arbeitsmarkt. Dieser steht als Handlungsspielraum *vor* den anderen beiden Dimensionen und kann insofern als Voraussetzung für diese gelten. Steht der Arbeitsmarkt den Betroffenen als Handlungsspielraum nicht

oder nur bedingt zur Verfügung, um bei diesem Beispiel zu bleiben, verlieren Prestige und formale Machtstellung als Lebenslagendimensionen ihre Funktion.

3.4 Folgerungen für die Hauptuntersuchung

In der Hauptuntersuchung sollten also – basierend auf den Ergebnissen der qualitativen Voruntersuchung – 12 Lebenslagendimensionen berücksichtigt werden:

- Formale Bildung
- Arbeit
- Tagesstruktur
- Materielle Situation
- Wohnsituation
- Physischer und psychischer Gesundheitszustand
- Soziale Kontakte
- Freizeit
- Mobilität
- Hilfe und Unterstützung
- Selbstbestimmung
- Diskriminierung – Integration – Partizipation

Damit werden ökonomische, sozialintegrative und behinderungsbezogene Dimensionen in die Untersuchung der Lebenslage von Bezüglern und Bezügerinnen von Leistungen der Invalidenversicherung eingehen. Zu den ökonomischen Dimensionen zählen „Formale Bildung“, „Arbeit“ sowie „Materielle Situation“, zu den sozialintegrativen Dimensionen „Soziale Kontakte“ sowie „Freizeit“, und zu den behinderungsbezogenen Dimensionen „Tagesstruktur“, „Mobilität“, „Hilfe und Unterstützung“, „Selbstbestimmung“ sowie „Diskriminierung-Integration-Partizipation“. Die Dimension „physischer und psychischer Gesundheitszustand“ wird keiner dieser Gruppen zugeordnet, sondern steht für sich alleine.

Teil II Hauptuntersuchung: Die Lebenslagen der Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen der Invalidenversicherung

4 Methode

4.1 Anlage der Untersuchung

Die Hauptuntersuchung ist als Querschnittuntersuchung an einer Zufallsstichprobe von Leistungsbezügern und Leistungsbezügerinnen der Schweizerischen Invalidenversicherung konzipiert und gehört zum schriftlichen und stark strukturierten Typ von Befragungen (Atteslander, 1991).

Die Methode des geschlossenen Fragebogens mit schriftlicher und direkter Befragung (Selbsteinschätzung) bringt einige Vorteile aber auch Nachteile mit sich:

Als grosser Vorteil kann gesehen werden, dass die Befragung standardisiert ist und somit von einer hohen Objektivität des Messinstrumentes ausgegangen werden kann. Die konstanten Bedingungen für alle Befragten verhindern zudem einen Interviewereffekt und der Befrager resp. die Befragerin kann somit keinen direkten Einfluss geltend machen. Durch diese Gleichheit der Messsituation ist die Vergleichbarkeit der Daten sichergestellt. Zusätzlich kann in einem kurzen Zeitabschnitt eine grosse Stichprobe befragt werden.

Als Nachteil kann gerade bei Menschen mit Behinderungen die unkontrollierte Erhebungssituation betrachtet werden, in der nicht sichergestellt ist, ob die Fragen verstanden werden. Weiter muss damit gerechnet werden, dass Menschen auf Grund ihrer Beeinträchtigungen nicht die Möglichkeit haben, den Fragebogen selbstständig auszufüllen.

Angesichts dieser Einschränkungen von schriftlichen Befragungen und des Projektziels, eine möglichst repräsentative Stichprobe von Menschen mit unterschiedlichsten Beeinträchtigungen zu erreichen, wurden in der vorliegenden Untersuchung besondere Massnahmen getroffen:

- Um auch Menschen mit Sehbeeinträchtigungen zu erreichen, wurde das Layout des Fragebogens möglichst grossformatig gehalten.
- Damit auch Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen eine Chance hatten, den Fragebogen selber auszufüllen, wurden die Fragen so einfach wie möglich formuliert und die Filterführung stark hervorgehoben.
- Für Menschen, die auf Grund ihrer Beeinträchtigungen nicht die Möglichkeit haben, den Fragebogen selber auszufüllen, wurde im Begleitbrief darauf hingewiesen, dass Hilfe von einer Person aus dem nahen Umfeld oder von einem professionellen Helfer/einer professionellen Helferin in Anspruch genommen oder der Fragebogen auch stellvertretend ausgefüllt werden kann (Einbezug von Proxies). Diese Art der

Hilfestellung wurde in der ersten Frage des Fragebogens erfasst. Sie wird bei der Auswertung insofern berücksichtigt werden, dass Fragen zu subjektiven Bewertungen, wie z.B. Zufriedenheitsfragen, die von anderen stellvertretend ausgefüllt wurden, nicht ausgewertet werden.

- Menschen mit Behinderungen, die die Fragen lieber am Telefon oder in einem persönlichen Gespräch durchgehen wollten, konnten dies mittels Antwortblatt zurückmelden (lassen) und wurden anschliessend vom Forschungsteam persönlich kontaktiert. Dadurch wurde die Anonymität der Befragten aufgelöst. Entsprechend wurden die Namen und Telefonnummern vom Forschungsteam streng vertraulich behandelt und nach der Kontaktierung sofort vernichtet.

Diese besonderen Massnahmen haben zur Konsequenz, dass die normalerweise in schriftlichen Befragungen gegebene Gleichheit der Messsituation in dieser Untersuchung nicht durchgehend eingehalten werden konnte. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Der Einbezug von Proxies ermöglicht zwar, den Anteil der erreichbaren Menschen mit Behinderungen zu erhöhen, setzt aber indirekt das Vorhandensein einer Vertrauensperson voraus und die Bereitschaft derselben, die Fragen mit dem/der Betroffenen durchzugehen. Schriftlich oder telefonisch wurde dem Forschungsteam von einigen Angesprochenen mitgeteilt, dass sie niemanden haben, der ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens helfen kann. Angehörige und professionelle Helfer meldeten zurück, dass sie die benötigte Zeit dazu nicht aufwenden können oder wollen.

Diese Reaktionen bestätigten die Annahme, dass Menschen mit schweren kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen und somit grosser Abhängigkeit von Angehörigen oder professionellen Betreuern und Betreuerinnen auf Grund des gewählten Erhebungsinstruments trotz der getroffenen Vorkehrungen weniger gut erreicht werden können.

Alle Menschen mit Behinderungen zu erreichen, war aber auch nicht der Anspruch der Pilotuntersuchung und könnte auch in einem anderen Verfahren nicht geleistet werden. Die Durchführung der Erhebung mittels standardisierter mündlicher Interviews oder Telefoninterviews hätte z.B. den Vorteil einer höheren Kontrolle der Erhebungssituation, wäre aber auch mit einigen Nachteilen verbunden gewesen. So wären Menschen mit Hörbeeinträchtigungen klar benachteiligt gewesen. Menschen mit Konzentrationschwierigkeiten oder schneller Ermüdbarkeit hätten im Gegensatz zu einer schriftlichen Befragung nicht die Gelegenheit gehabt, die Fragen in ihrem Tempo durchzudenken und bei Bedarf sogar in kleinen Tagesetappen durchzugehen. Zudem wäre es gerade bei komplexeren Fragen wie z.B. zur Netzwerkgrösse und zur Höhe der aus den Beeinträchtigungen anfallenden Kosten für alle Befragten schwierig gewesen, spontan darüber Auskunft zu geben. Nicht zuletzt wäre mittels standardisierter münd-

licher Interviews die Befragung um einiges ressourcenintensiver ausgefallen und somit eine wesentlich kleinere Stichprobe als mittels schriftlichen Befragung erreicht worden.

Angesichts der unterschiedlich gelagerten Vor- und Nachteile der Erhebungsmethoden und der fehlenden Erfahrung mit den verschiedenen Verfahren bei einer Stichprobe von Menschen mit Behinderungen, erschien es dem Forschungsteam richtig, die Reichweite des Instruments *empirisch* zu ermitteln: Deshalb wurde von einer Eingrenzung der Untersuchung auf bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen verzichtet. Der Rücklauf soll darüber Aufschluss geben, welche Gruppen nicht erreicht werden können und wo die Limitationen des Instruments liegen.

Um weitergehende Aufschlüsse zu den Limitationen des Instruments zu erhalten, wurden die Angeschriebenen oder deren Betreuungspersonen und Angehörige zudem gebeten, auf dem Antwortblatt Rückmeldung zu machen, aus welchen Gründen die betroffene Person den Fragebogen nicht ausfüllen kann oder will bzw. weshalb er nicht mit ihr gemeinsam ausgefüllt werden kann.

4.2 Entwicklung des Erhebungsinstruments

Auf der Basis der Ergebnisse der qualitativen Analyse sowie der systematischen Durchsicht der Erkenntnisse aus Untersuchungen über Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA wurde ein Fragebogen ausgearbeitet, der die relevanten Dimensionen der Lebenslage sowie die Art und Schwere der Beeinträchtigungen und soziodemographischen Merkmale erfasst. Damit die Fragen auch stellvertretend beantwortet werden konnten, wurden Faktfragen in den Vordergrund gestellt.

Bei der Operationalisierung der einzelnen Fragen zu den Beeinträchtigungen und innerhalb einer Dimension wurde wo immer möglich auf bestehende Fragen zurückgegriffen, die sich in einer Untersuchung zu Menschen mit Behinderungen oder in einer Grosserhebung in der Schweiz bewährt haben (Schweizer Gesundheitsbefragung [SGB], der schweizerischen Arbeitskräfteerhebung [SAKE], Schweizer Haushaltspanel [SHP]). Konnte nicht auf bestehende Fragen abgestellt werden, wurden neue Fragen konstruiert, die sich aber an bestehenden orientierten, diese ergänzten oder an den Kontext anpassten. Dabei erlaubten die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung, die Antwortkategorien nahe an der Realität der Betroffenen entlang und dem schweizerischen Kontext angepasst zu formulieren.

Subjektive Bewertungen, die ganz in der Tradition mit ersten frühen Arbeiten zu Lebenslagen in Form von Fragen zur Zufriedenheit eingeholt werden, wurden mit einer Antwortskala von 0–11 erhoben (vgl. Amann, 1983; Neurath, 1981). Diese Skalierung wird auch im Schweizer Haushaltspanel eingesetzt und hat sich auch schon in anderen Untersuchungen des Forschungsteams als erfolgreich erwiesen (Gredig, Nideröst, Parpan-Blaser & Deringer, 2003).

Im Folgenden wird die Herkunft der Fragen zu den Beeinträchtigungen und zu den einzelnen Dimensionen offen gelegt. Die genaue Operationalisierung der einzelnen Fragen wird im Ergebnisteil (Kapitel 6) aufgezeigt werden:

Behinderung

Bei der Entwicklung der Fragen zu den Beeinträchtigungen orientierte sich das Forschungsteam an den Untersuchungen und Konzeptionen von Behinderungen beim Bundesamt für Sozialversicherung (2003a), Harris (1995), Häussler et al. (1996), WHO (2001).

Formale Bildung

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: SAKE, SGB, Häussler et al. (1996). Drei Fragen wurden auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Arbeit

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: SHP, SGB, Häussler et al. (1996). Zwei Fragen wurden auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Tagesstruktur

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: SHP, SGB. Eine Frage wurde auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Finanzielle Situation

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: SGB, SHP, Häussler et al. (1996). Eine Frage wurde auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Wohnen

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: SHP, Häussler et al. (1996), SGB. Vier Fragen wurden auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Gesundheit

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: SHP, SGB, Eiermann et al. (2000).

Soziales Netzwerk

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: Windisch und Kniel (1993), SGB, Häussler et al. (1996), SHP. Fünf Fragen wurden auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Freizeit

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: SHP, Windisch und Kniel (1993), Harris, (1971), SGB. Eine Frage wurde auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Mobilität

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: SGB, Häussler et al. (1996). Zwei Fragen wurden auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Hilfe- und Pflegesituation

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: Häussler et al. (1996), Windisch und Kniel (1993), SGB, SHB. Drei Fragen wurden auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Selbstbestimmung

In dieser Dimension wurden Fragen aus der Untersuchung von Windisch und Kniel (1993) berücksichtigt. Zwei Fragen wurden auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Diskriminierung

In dieser Dimension wurden Fragen aus folgenden Untersuchungen berücksichtigt: Eiermann et al. (2000), Häussler et al. (1996), Harris (1995), SGB. Zwei Fragen wurden auf Grund der Erkenntnisse aus der qualitativen Untersuchung vom Team formuliert.

Aus formaler Hinsicht wurde beim Fragebogen auf eine gute Dramaturgie und wenn immer möglich auf eine identische Gestaltung vergleichbarer Antwortkategorien geachtet. Zusätzlich wurden aus zeitökonomischen Gründen offene Antwortkategorien wenn möglich vermieden.

4.3 Diskussion des Fragebogens bei Interessierten

Es wurde ein Register zusammengestellt, das die Gesamtheit aller möglichen Fragen zu den Dimensionen enthielt. Dieses Frageregister stellte das Material dar, auf das in einem Workshop mit Vertretern/Vertreterinnen von Organisationen von Menschen mit

Behinderungen, von Organisationen der professionellen Unterstützung sowie von Stellen der Verwaltung und von Ausbildungen abgestellt wurde.

Die Dimensionen wie auch die einzelnen Fragen, die zu diesem Zeitpunkt noch in einer Rohfassung vorlagen, fanden in diesem Workshop Zustimmung. Das Team durfte sich davon überzeugen, dass keine der einbezogenen Dimensionen oder der möglichen Fragen als unwesentlich, unnütz oder unzumutbar beurteilt wurde.

Im Anschluss an den Workshop wurden Fragen aus dem Register ausgewählt und daraus ein Fragebogen zusammengestellt. Dabei wurde darauf geachtet, dass sämtliche Dimensionen den ihnen angemessenen Raum im Erhebungsinstrument erhielten. Zudem wurde die Komplexität gewisser Fragen reduziert, um die Hürde, den Fragebogen ausfüllen zu können, zu senken. Damit lag eine Fassung des Fragebogens vor, die einem Pretest unterzogen werden konnte.

4.4 Pretest und Revision des Erhebungsinstruments

Der Fragebogen wurde im Kanton Aargau bei 200 aus dem Total aller Bezüger/innen von IV-Leistungen zufällig ausgewählten Versicherten auf Verständlichkeit, Fehler, problematische Formulierungen, ungenügend vorgegebene Antwortkategorien und Reliabilität der eingesetzten Skalen getestet. Zusätzlich interessierte die Motivation der Angeschriebenen, den Fragebogen auszufüllen. Insgesamt bewährte sich der versandte Fragebogen. Nur wenige Personen bekundeten mit einzelnen Fragen Probleme. Der Rücklauf von rund 30% war, angesichts dessen, dass kein Erinnerungsschreiben verschickt wurde, befriedigend. Die Probeerhebung zeigte zudem auf, dass mit dem Instrumentarium ein breites Spektrum von Menschen mit Behinderungen erreicht werden konnte. Sowohl Menschen mit leichten wie auch sehr schweren Beeinträchtigungen füllten den Bogen aus, zwei Drittel alleine, ein Drittel mit unterschiedlich starker Unterstützung durch andere. Nur wenige der Angeschriebenen (2%) wünschten, den Fragebogen telefonisch oder im persönlichen Gespräch durchzugehen.

Mit Blick auf die Haupterhebung und dem Ziel, einen Rücklauf von 40% zu erreichen, wurde der Fragebogen auf 131 Fragen gekürzt. Zusätzlich wurde entschieden, in der Hauptuntersuchung ein Erinnerungsschreiben zu verschicken und Bezüger/innen individueller Massnahmen, die sich im Pretest nicht als invalid betrachteten, im Begleitbrief gezielter anzusprechen und zum Mitmachen zu motivieren.

Schliesslich wurden der Fragebogen, das Begleitschreiben und das Erinnerungsschreiben auf französisch und italienisch übersetzt, so dass das Erhebungsinstrument in drei Landessprachen vorlag.

4.5 Ziehung der Stichproben und Verlauf der Erhebung

Die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) in Genf führt zentrale Register, die sämtliche Versichertennummern umfassen, an die im Laufe eines Jahres eine IV-Leistung er-

bracht wurde. Diese Leistungen der IV sind nach Typ kategorisiert, so dass identifiziert werden kann, ob es sich bei den erbrachten Leistungen um individuelle Massnahmen, Renten, Hilflosenentschädigungen oder um eine Kombination dieser Leistungen handelt (vgl. BSV 2004).

Die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) bildete auf Anfrage hin zwei Ausgangsstichproben: Aus dem gesamtschweizerischen Rentenregister wurde mittels Zufallsalgorithmus eine Stichprobe von 2'500 Versichertennummern gezogen, an die im Jahr 2002 *ausschliesslich eine Rente* bezahlt wurde. Aus dem gesamtschweizerischen Register der Sachleistungen wurde eine zweite Stichprobe von 2'500 Versichertennummern gezogen, für die im Jahr 2002 *ausschliesslich eine individuelle Massnahme* erbracht wurde. Empfänger und Empfängerinnen einer Kombination von unterschiedlichen Leistungen der IV waren in diesem Sample nicht enthalten.

Dieses Sample von Versichertennummern wurde dem Geschäftsfeld IV des Bundesamts für Sozialversicherungen übergeben. Dort wurden die Nummern nach Wohnskanton geordnet. Die Liste mit den betreffenden Versichertennummern eines jeden Kantons wurde an die entsprechende kantonale IV-Stelle übermittelt. Die Forschenden erhielten gleichzeitig eine Zusammenstellung darüber, wie viele Versichertennummern pro kantonaler IV-Stelle im Sample sind. Auf dieser Grundlage stellten die Forschenden den kantonalen IV-Stellen die richtige Menge Material zu. Die kantonalen IV-Stellen übernahmen es, das Material in Umschläge der IV-Stelle zu verpacken, die Versichertennummern zu identifizieren, die Umschläge zu adressieren und zu verschicken.

Jeder Umschlag enthielt einen Fragebogen, einen Begleitbrief, der sich an die Befragten richtete, und ein pauschalfrankiertes Rückantwortcouvert. Das Begleitschreiben, der Fragebogen wie auch das gesamte Vorgehen waren zuvor vom Bundesamt für Sozialversicherung auf seine datenschutzrechtliche Zulässigkeit geprüft und für gut befunden worden.

Die kantonalen IV-Stellen stellten denselben Adressen rund drei Wochen später ein zweites Schreiben zu, in dem die Forschenden die Respondenten für ihre Teilnahme verdankten und jene, die noch nicht geantwortet hatten, nochmals motivierten, den Fragebogen auszufüllen und einzusenden.

Das Antwortcouvert zur Rücksendung des Fragebogens war direkt an die FH Aargau Nordwestschweiz adressiert. Mit diesem Verfahren blieb die Anonymität der Respondenten gegenüber den Forschenden vollständig gewahrt. Die Forschenden kamen nie mit den gezogenen Versichertennummern in Kontakt, konnten zu keinem Zeitpunkt die Adressen der Befragten sehen und die Fragebogen waren in keiner Art gekennzeichnet. Umgekehrt garantierte die direkte Rücksendung der ausgefüllten Fragebogen an die Forschenden, dass die Vertraulichkeit der Angaben gegenüber den Vertretern/Vertreterinnen der Behörden gewahrt blieb. Bei den Menschen mit Behinderun-

gen hingegen, die wünschten, vom Forschungsteam persönlich kontaktiert zu werden, konnte die Anonymität nicht gewahrt werden. Umso wichtiger war es bei diesen Fällen, die Angaben zur Person streng vertraulich zu behandeln und nach der Kontaktierung sofort zu vernichten.

Die folgende Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die involvierten kantonalen IV-Stellen, die entsprechende Zahl der ursprünglich ausgewählten (Bruttostichprobe) sowie der per Postversand erreichten (Nettostichprobe) Leistungsbezüger/innen der IV. Der Versand der Fragebogen erfolgte innerhalb von rund 3 Wochen (zwischen dem 22.8. und dem 10.9.03), in 23 von 25 Kantonen in der vorgegebenen Zielwoche (25.–29.8.03). Rund 3 Wochen nach dem Fragebogenversand wurde allen Zielpersonen das Erinnerungsschreiben zugestellt.

Tabelle 2: Stichprobe und Postversand nach Kantonen bzw. IV-Stellen

IV- Stelle	Bruttostichprobe	Nettostichprobe ¹⁾	Fragebogenversand	Erinnerungsschreiben
ZH	802	780	25.8.03	15.9.03
BE	607	543	25.8.03	15.9.03
LU	253	242	29.8.03	15.9.03
UR	25	25	25.8.03	15.9.03
SZ	76	75	25.8.03	15.9.03
OW	21	21	25.8.03	15.9.03
NW	23	23	25.8.03	15.9.03
GL	25	23	25.8.03	15.9.03
ZG	60	57	25.8.03	15.9.03
FR	179	178	01.9.03	15.9.03
SO	182	181	25.8.03	15.9.03
BS	182	175	26.8.03	15.9.03
BL	216	207	25.8.03	15.9.03
SH	52	48	25.8.03	17.9.03
AR	34	-	-	-
AI	8	8	25.8.03	16.9.03
SG	322	317	25.8.03	15.9.03
GR	119	118	26.8.03	17.9.03
AG	397	379	25.8.03	15.9.03
TG	152	144	25.8.03	18.9.03
TI	223	223	25.8.03	15.9.03
VD	399	381	22.8.03	12.9.03
VS	188	183	25.8.03	15.9.03
NE	123	120	25.8.03	16.9.03
GE	258	248	29.8.03	19.9.03
JU	60	58	25.8.03	15.9.03
ZAS	14	14	10.9.03	30.9.03
Total	5'000	4'771		

1) Die Nettostichprobe umfasst alle Personen, denen von den IV-Stellen die Fragebogenunterlagen zugestellt werden konnten.

Die Tabelle 2 zeigt auch, dass bei einer IV-Stelle (Appenzell-Ausserrhoden) auf Grund von Ferienabwesenheiten und Kommunikationsproblemen mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen der Fragebogenversand nicht zeitgerecht erfolgen konnte, so dass hier schlussendlich darauf verzichtet werden musste, die ausgewählten Personen anzuschreiben. Auf Grund der kleinen Zahl von Fällen im Kanton Ausserrhoden (34) kann aber davon ausgegangen werden, dass die gesamtschweizerische Abdeckung der Stichprobe trotzdem als gegeben erachtet werden darf.

4.6 Statistische Analysen

4.6.1 Aufbereitung der Daten

In einem ersten Arbeitsschritt wurde eine sorgfältige Aufbereitung der Daten durchgeführt. Dazu gehörte erstens eine umfassende Datenbereinigung. Zweitens wurden alle verwendeten Variablen auf fehlende Werte geprüft. Bei intervallskalierten Skalen wurden die fehlenden Werte durch den Mittelwert der Variablen ersetzt (Tabachnik & Fidell, 1996). Drittens wurden Ausreisser sorgfältig korrigiert. Ein Wert wurde als Ausreisser definiert, wenn er mehr als drei Standardabweichungen vom Mittelwert abweicht. Die so definierten Ausreisser wurden nicht etwa ausgeschieden, sondern dann dem höchst gültigen Wert zugeordnet (Tabachnik & Fidell, 1996). Diese Korrektur musste lediglich in drei Variablen vorgenommen werden.¹⁰ Abschliessend mussten zusätzliche Recodierungen und inhaltliche Ausrichtungen der Variablen vorgenommen werden.

4.6.2 Bildung von Indikatoren

In einem zweiten Arbeitsschritt ging es darum, die verschiedenen Variablen deskriptiv auszuwerten und zu den jeweiligen Dimensionen zu bündeln. Dies erfolgte entweder über Einzelvariablen oder über die Konstruktion von Indizes.¹¹

Die Verwendung von Indizes bietet sich an, wenn „ein einzelner Indikator die interessierende Dimension nicht mit ausreichender Genauigkeit misst“ (Schnell, Hill & Esser, 1999, S. 177). Sie ermöglichen es auch, mehrere Variablen zu einem einzelnen neuen Indikator zusammenzuführen, umso die weitere Analyse – ohne Informationsverlust – zu vereinfachen. Das heisst, eine derartige Konstruktion kann auch „als Reduktion des Merkmalsraumes“ verstanden werden (Ziegler, 1973).

Bei den einzelnen Dimensionen des konstruierten Fragebogens stellte sich also die Frage, welche Variablen ausgewählt und in welcher Form sie zu Indizes gebündelt werden sollen. Der Entscheid wurde anhand von theoretischen und methodischen

¹⁰ Es handelte sich um die Variablen „bezahlte Arbeit in Stunden pro Woche“, „Anzahl Personen pro Haushalt“ und „Grösse soziales Netzwerk“.

¹¹ Unter einem ‚Index‘ wird „eine Zusammenfassung von mehreren Einzelindikatoren zu einer neuen Variablen verstanden“ (Schnell, Hill & Esser, 1999, S. 160).

Überlegungen getroffen. So wurde darauf geachtet, dass die in die Indexbildung eingehenden Variablen die entsprechende Dimension passend abbilden, aber nicht zu viele fehlende Werte aufweisen, die spätere statistische Analysen (Clusteranalyse) verunmöglichen könnten. Zusätzlich mussten die Variablen miteinander korrelieren und (etwa) dieselben Wertebereiche besitzen, damit die einzelnen Variablen nicht ungleichgewichtig in den Index eingingen (Schnell et al., 1999). Die ausgewählten Variablen wurden anschliessend additiv miteinander verrechnet und die gebildeten Indizes in dem Sinne „standardisiert“, dass (kategorial) hohe Werte immer auch mit (inhaltlich) positiven Merkmalen verbunden waren.

Nach diesen Prozeduren lagen für 11 Lebenslagendimensionen entsprechende Indikator-Variablen vor. Für die Dimension „Tagesstruktur“ konnte aus methodischen Überlegungen heraus kein Indikator gebildet werden. Dafür wurde die Dimension „Materielle Situation“ mit zwei Indikatoren abgebildet: Persönliches Einkommen und Haushaltseinkommen. Auf die Berücksichtigung des Äquivalenzeinkommens wurde verzichtet (vgl. Hinweis unter 6.1.3). Damit standen für die weiteren Analysen insgesamt 12 Indikatoren bereit. Von diesen zählen „Formale Bildung“, „Arbeitsintegration“, „Persönliches Einkommen“, „Haushaltseinkommen“ sowie „Wohnraum“ zu den ökonomischen Dimensionen; „Soziale Kontakte“ sowie „Freizeitaktivitäten“ zählen zu den sozialintegrativen Dimensionen und „Mobilität“, „Unabhängigkeit von Hilfe“, „Selbstbestimmung“ sowie „Absenz von Stigmatisierungserfahrungen“ zählen zu den behinderungsbezogenen Dimensionen. Die Dimension „physischer und psychischer Gesundheitszustand“ wurde keiner dieser Gruppen zugeordnet und steht für sich alleine.

4.6.3 Clusteranalyse

In einem dritten Arbeitsschritt sollten nun typische Lebenslagen gebildet werden. Hierzu wurden die Indikator-Variablen mehreren Clusteranalysen zugeführt und diese formal und inhaltlich nach ihrer Güte beurteilt.

Grundlegendes Ziel jedes Clusterverfahrens ist das Auffinden von homogenen Gruppen bzw. Clustern für eine Menge von Objekten (hier: Befragten). Damit verfolgt die Clusteranalyse genau die Zielsetzung einer Typologie von Lebenslagen: Es sollen auf der Grundlage von sogenannten Klassifikationsmerkmalen (hier: Lebenslagendimensionen) typische Konstellationen von Lebenslagendimensionen gefunden und zu Gruppen (Cluster) vereinigt werden, die in sich sehr ähnlich (homogen), untereinander aber möglichst verschieden (heterogen) sein sollen.

In der Fachliteratur existieren jedoch eine Vielzahl von Ansätzen der Clusteranalyse.¹²

¹² Vgl. dazu Bacher (1994); Bacher (2001); Bachkhaus, Erichson, Plinke & Weiber (2003); Berger-Schmitt (1997); Kolip (1997); Lamprecht & Stamm (1994); Micheel (2003); Schwenk (1999).

In dieser Untersuchung wurde für die Prozedur „QUICK CLUSTER“ des Programmpakets SPSS/PC+ (Version 11.5) angewendet.¹³ QUICK CLUSTER rechnet nach dem iterativen K-Means-Verfahren. Für eine bestimmte Clusterzahl k werden dabei die Clusterzentren so bestimmt, dass die Streuungsquadratsumme in den Clustern ein Minimum wird.¹⁴

Die folgenden Indikator-Variablen gingen z-standardisiert in die Clusteranalyse ein:¹⁵ Höchster formaler Bildungsabschluss, Arbeitsintegration, Persönliches Einkommen, Haushaltseinkommen, Wohnraum pro Person, Gesundheitszustand, Soziale Kontakte, Teilnahme an extern-geselligen Freizeitaktivitäten, Mobilität, Unabhängigkeit von Hilfeleistungen, Selbstbestimmung, Absenz von Stigmatisierung.¹⁶

Das zentrale Problem der Clusteranalyse bezieht sich auf die Frage, wie viele Gruppen (Cluster) gebildet werden sollen und wie die Qualität einer Lösung beurteilt werden kann. Zur Bestimmung der optimalen Clusterzahl wurden Clusterlösungen von zwei bis zehn Clustern berechnet. Die Entscheidung darüber, welche Clusterlösung den Daten am besten gerecht wird, wurde entsprechend den Empfehlungen in der Fachliteratur anhand von folgenden Kriterien getroffen:

- Die durch eine bestimmte Clusterlösung erklärte Streuung (ETA^2) bzw. relative Verbesserung gegenüber der vorhergehenden Lösung (PRE) und die F-MAX-Teststatistik (Bacher, 2001, S. 78ff.).
- Die einfaktorielle Varianzanalyse untersucht, ob sich die Mittelwerte der gebildeten Cluster signifikant voneinander unterscheiden (Lamprecht & Stamm, 1994, S. 306).
- Anhand der Mittelwerte und Standardabweichungen lassen sich die interne Homogenität sowie die externe Heterogenität der Cluster überprüfen (Schwenk, 1999, S. 116).

¹³ Für Umfragedaten mit 1'000 und mehr Befragten sind hierarchische Verfahren (wie z.B. die Ward-Methode) verfahrenstechnisch und rechentechnisch ungeeignet. „Bei Datensätzen mit einer grossen Fallzahl ist der SPSS-Anwender auf die Prozedur QUICK CLUSTER angewiesen“ (Bacher, 2001, S. 73).

¹⁴ SPSS berechnet zunächst eine Startpartition von k Clusterzentren, die voneinander maximal entfernt sind. Die gefundene Ausgangslösung wird schrittweise durch Neuordnung der einzelnen Objekte verbessert. SPSS beendet den Prozess, wenn die vorgegebene Höchstzahl k überschritten wird oder wenn sich die Cluster durch weiteres Verschieben von Objekten nicht mehr verbessern lässt (Bacher, 2001, S. 73f.).

¹⁵ Durch die Z-Transformation werden die einzelnen Werte der Variablen „in eine Form umgewandelt, die es erlaubt, sie mit anderen Werten derselben oder einer anderen Verteilung zu vergleichen“ (Benninghaus, 2002). Ohne dass die Verteilung der transformierten Variablen verändert würde, liegen nach der Z-Standardisierung alle Indikator-Variablen mit gleichem Mittelwert (0), gleicher Standardabweichung (1) und gleichen Einheiten (Abweichung von Mittelwert) vor.

¹⁶ Da bei der Dimension „Diskriminierung – Integration – Partizipation“ vor allem Fragen zur Erfahrung und Befürchtung von Stigmatisierung zu einem Indikator gebündelt wurden, wurde der Indikator „Absenz von Stigmatisierung“ benannt.

-
- Die Diskriminanzanalyse prüft, ob sich gute Übereinstimmungen zwischen den Lösungen ergeben bzw. wie viel Prozent der Elemente den korrekten Clustern zugeordnet wurden (Lamprecht & Stamm, 1994, S. 306).
 - Eine gefundene Typologie von Clustern sollte man eher hinsichtlich der Fragestellung auf ihre Brauchbarkeit beurteilen. Anhand ausgewählter soziodemographischer Merkmale lassen sich die Cluster ansatzweise daraufhin überprüfen, ob es sich um rein statistische Gruppen handelt oder ob diese auch lebensweltliche Einheiten bilden (Schwenk, 1999, S. 117).

Eine Clusterlösung sollte also nicht so sehr von formalen Kriterien abhängig gemacht werden, „sondern auf jeden Fall inhaltlich interpretierbar sein“ (Bacher, 2001, S. 83).

Die vorgeschlagenen Clusterlösungen erfüllen diese Kriterien und sind inhaltlich gut interpretierbar.

5 Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden soll der Rücklauf der Fragebogen analysiert und die Merkmale der resultierenden Stichprobe beschrieben werden.

5.1 Rücklauf

5.1.1 Zeitlicher Verlauf des Rücklaufs

Die gesamte Erhebung dauerte vom Beginn des Fragebogenversands am 25.8.2003 bis zum Eingabeabschluss am 3.11.2003 ganze 10 Wochen. Die wöchentlichen Phasen der Rücksendungen der Fragebogen werden in Tabelle 3 veranschaulicht. Nach einer ersten starken – jedoch abnehmenden – Häufung der Rücksendungen in der 2. bis 4. Woche (54.9%) verhalf das am 15.9.2003 versandte Erinnerungsschreiben einem erneut hohen Rücklauf in der 5. Woche (23.4%). Danach nahm der Rücklauf deutlich ab. Während den drei letzten Wochen der Erhebung gingen noch 4% der ausgefüllten Fragebogen ein.

Tabelle 3: Phasen der Rücksendungen der Fragebogen (Eingangsdaten)

Woche	Datum	Anzahl absolut	Anzahl in %
1. Woche	25.08.–31.08.2003	29	1.4
2. Woche	01.09.–07.09.2003	446	22.2
3. Woche	08.09.–14.09.2003	309	15.4
4. Woche	15.09.–21.09.2003	348	17.3
5. Woche	22.09.–28.09.2003	469	23.4
6. Woche	29.09.–05.10.2003	204	10.2
7. Woche	06.10.–12.10.2003	121	6.0
8. Woche	13.10.–19.10.2003	37	1.8
9. Woche	20.10.–26.10.2003	29	1.4
10. Woche	27.10.–03.11.2003	16	0.8
Total	25.08.–03.11.2003	2'008	100

Der relativ flache und langgezogene Verlauf der Rücksendungen ist eventuell darauf zurückzuführen, dass die Befragten den Fragebogen in Etappen ausgefüllt haben oder auf die Mithilfe anderer Personen warten mussten.

5.1.2 Rücklaufquote

Von den insgesamt 5'000 Fragebogen konnten 229 den Adressaten nicht zugestellt werden. Versickt wurden 4'771 Fragebogen (Nettostichprobe). Der Rücklauf beträgt 2'008 ausgefüllte Fragebogen. Dies entspricht einem sehr guten Rücklauf von 42.1% der Nettostichprobe und liegt deutlich über dem im Pretest erreichten Rücklauf (30%).

Tabelle 4: Rücklaufquote

	Anzahl absolut	Anzahl in %
Bruttostichprobe	5'000	
Nicht zugestellte Fragebogen	229	
Nettostichprobe	4'771	100.0
Rücklauf ausgefüllte Fragebogen	2'008	42.1

5.1.3 Erhebungsformen

Der grösste Teil der Fragebogen (98%) ist von den Betroffenen schriftlich ausgefüllt und per Post an das Forschungsteam zurückgeschickt worden. In nur gerade 37 Fällen wurde die Befragung am Telefon durchgeführt, wobei sich diese Telefoninterviews in der Regel auf eine Teilauswahl von vorher festgelegten Kernfragen beschränkten. Die Telefoninterviews wurden auch mehrheitlich mit den Betroffenen selbst geführt, in immerhin 6 der 37 Fälle wurden die entsprechenden Informationen über Angehörige oder professionelle Betreuer/innen eingeholt.

Beinahe 70% der zurückgeschickten Fragebogen wurden von den Angeschriebenen ausschliesslich selber ausgefüllt, 20% unter Mithilfe von anderen und nur rund 6% ausschliesslich von Angehörigen oder professionellen Helfern und Helferinnen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Einbezug von Proxies bei der schriftlichen Befragung

	Anzahl absolut	Anzahl in %
Ausschliesslich selber ausgefüllt	1'382	68.8
Unter Mithilfe von Angehörigen ausgefüllt	290	14.4
Unter Mithilfe von professionellen Helfern/Helferinnen ausgefüllt	65	3.2
Unter Mithilfe anderer Personen ausgefüllt	44	2.2
Ausschliesslich von Angehörigen ausgefüllt	83	4.1
Ausschliesslich von professionellen Helfern/Helferinnen ausgefüllt	19	0.9
Ausschliesslich von anderen Personen ausgefüllt	13	0.6
Fehlende Angaben	112	5.6
Total	2'008	100

5.1.4 Rücklauf des Antwortblatts und telefonische Rückmeldungen

Als Spezifikum der vorliegenden Untersuchung kann das Antwortblatt gesehen werden, das den ausgewählten Personen mit dem Fragebogen und Begleitbrief zugeschickt wurde.

Auf diesem Antwortblatt konnten die Angeschriebenen zurückmelden, wenn sie den Fragebogen lieber am Telefon oder in einer Befragung *face to face* durchgehen wollten. Zusätzlich bestand die Möglichkeit, eine Kontaktperson anzugeben, bei der vom

Forschungsteam Informationen über die entsprechende Person eingeholt werden durfte. Zudem konnte der Fragebogen in einer anderen Sprache (deutsch, französisch, italienisch) angefordert werden.

Um Aufschluss darüber zu erhalten, welche Menschen mit welchen Beeinträchtigungen in der Untersuchung nicht erreicht werden, wurden die Angeschriebenen oder deren Betreuungspersonen gebeten, Rückmeldung zu machen, aus welchen Gründen der Fragebogen nicht ausgefüllt wurde.

Insgesamt machten 269 Personen vom Antwortblatt Gebrauch (siehe Tabelle 6). 61 Personen wünschten den Fragebogen in einer anderen Form durchzugehen und wurden vom Forschungsteam persönlich kontaktiert. Weil sich bei den telefonischen Rückrufen bei einigen Personen herausstellte, dass in der Zwischenzeit der Fragebogen mittels Hilfe von Angehörigen ausgefüllt werden konnte, war es insgesamt nur bei 37 Fällen nötig, die Befragung am Telefon durchzuführen (siehe Kapitel 5.1.3).

Von der Möglichkeit, den Fragebogen in einer anderen Sprache einzufordern, wurde allerdings weniger schriftlich, sondern eher telefonisch Gebrauch gemacht. Vor allem in der Deutsch- und Westschweiz wurde relativ häufig der Wunsch geäußert, einen Fragebogen in Italienisch zu erhalten.

Als häufiger Grund, weshalb der Fragebogen nicht ausgefüllt wurde, erwies sich, dass die Person verstorben ist. Ebenfalls häufig wurde vor allem von den Bezüglern und Bezüglern von individuellen Massnahmen angegeben, dass sie nur für Zahnkorrekturen oder Batterien des Hörgerätes Leistungen der Invalidenversicherung beziehen und somit als „gesunde Menschen“ nicht bereit sind, einen so umfassenden Fragebogen auszufüllen. Von derselben Subgruppe des Samples wurde auch überraschenderweise oft schriftlich oder telefonisch zurückgemeldet, dass sie gar keine IV-Leistungen beziehen. Bei den telefonischen Rückrufen stellte sich dann aber auf Nachfragen hin meistens heraus, dass diese Personen wohl individuelle Massnahmen bezogen haben, dies aber in der Zwischenzeit vergessen oder gar nicht richtig realisiert haben. Mit dem Ziel, eine möglichst repräsentative Stichprobe sowohl von Bezüglern und Bezüglern einer IV-Rente als auch von individuellen Massnahmen zu erreichen, wurden die Personen, die sich telefonisch meldeten und sich für die Untersuchung als nicht geeignet fühlten, trotzdem zum Mitmachen motiviert.

Tabelle 6: Rücklauf des Antwortblatts

	Anzahl absolut
Probleme beim Ausfüllen:	
Telefon erwünscht	23
Persönliches Gespräch erwünscht	19
Kontaktperson angegeben, die Auskunft geben kann	19
Fragebogen in anderer Sprache erwünscht	5
Total	66
Gründe fürs Nichtausfüllen:	
Person ist verstorben	40
Sprachprobleme	24
Gesundheitliche Gründe/Grad der Beeinträchtigungen	27
Fühlt sich nicht behindert	42
Erhält keine IV-Leistungen	32
Sieht keinen Nutzen der Untersuchung/kein Interesse	17
Erhält inzwischen AHV	3
Findet die Fragen zu persönlich	11
Findet die Fragen zu schwierig	4
Hat keine Zeit	3
Total	203
Gesamttotal	269

Als weitere Barriere für das Ausfüllen des Fragebogens erwiesen sich Sprachprobleme. Viele Personen wünschten den Fragebogen nicht einer der angebotenen drei Landessprachen, sondern in portugiesischer, türkischer oder spanischer Sprache.

Vergleichsweise selten sind Begründungen eingegangen, dass der Fragebogen auf Grund der Beeinträchtigungen nicht ausgefüllt werden könne. Dies kann sicher damit erklärt werden, dass alternative Formen der Befragung angeboten wurden (am Telefon, im persönlichen Gespräch) und im Begleitbrief ausdrücklich betont wurde, dass der Fragebogen mit Hilfe von Angehörigen und professionellen Betreuern und Betreuerinnen durchgegangen werden kann.

Dieser Hinweis im Begleitbrief veranlasste wiederum einige professionelle Helfer/innen dazu, mitzuteilen, dass der Fragebogen zu umfangreich sei und daher aus zeitökonomischen Gründen von ihnen nicht ausgefüllt werden könne.

5.2 Merkmale der Stichprobe

In den folgenden Kapiteln wird bei der Beschreibung der Stichprobe zum einen die Gesamtstichprobe in den Blick genommen. Zum anderen werden die IV-Rentner/innen und Bezüger/innen von individuellen Massnahmen getrennt betrachtet. Die anschließende Beurteilung der Repräsentativität der Stichprobe kann nur für die *IV-Rentner/innen* des Samples vorgenommen werden, da für die Bezüger/innen individueller Massnahmen keine Vergleichszahlen vorliegen.

5.2.1 Leistungsart der IV

Die Stichprobe besteht mehrheitlich aus Bezüger und Bezügerinnen einer IV-Rente (61.5%), deutlich weniger Respondenten und Respondentinnen nutzen eine individuelle Massnahme (38.5%). Diese Werte aus Tabelle 7 weichen insgesamt nur wenig von der Gesamtpopulation der IV-Leistungsbezüger/innen der Schweiz ab, wo 58% IV-Renten und 42% individuelle Massnahmen beziehen.¹⁷

Tabelle 7: Leistungsart der IV (Angaben in %)

	Alle (N=1952)
IV-Renten	61.5
Individuelle Massnahmen	38.5

5.2.2 Behinderung

Bei den in die Untersuchung einbezogenen Menschen mit Behinderungen wurden ganz im Sinne der von der WHO vorgelegten Konzeption von Behinderung (WHO, 2001) sowohl die Art der Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen¹⁸ als auch die sich daraus ergebenden Aktivitätseinschränkungen erfasst. Zusätzlich interessierte die Ursache der Beeinträchtigungen und wie die Befragten den Schweregrad ihrer Beeinträchtigungen selber einschätzen.

Aus der Tabelle 8 wird ersichtlich, dass Menschen mit Körperbeeinträchtigungen die grösste Gruppe aller Befragten bilden (46.2%), gefolgt von den Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen (27.7%) und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (27.3%).

Der Vergleich zwischen den IV-Rentnern und -Rentnerinnen sowie Bezüger und Bezügerinnen individueller Massnahmen bringt einige substantielle Unterschiede hervor: Während bei den Bezüger und Bezügerinnen individueller Massnahmen rund ein Drittel (33.4%) Körperbeeinträchtigungen und nur 9% psychische Beeinträchtigungen angeben, haben über die Hälfte der IV-Rentner/innen (55.1%) Körperbeeinträchtigungen und 39.4% psychische Beeinträchtigungen. Umgekehrt stellt sich die Situation bei den Sinnesbeeinträchtigungen (Hör- und Sehbeeinträchtigungen) dar. Über die Hälfte der Bezüger/innen individueller Massnahmen (50.6%) haben ihre Beeinträchtigungen dieser Kategorie zugeordnet, bei den IV-Rentnern und -Rentnerinnen hingegen nur 12%. Der Hinweis der IV-Statistik vom Jahre 2003 (Bundesamt für Sozialversiche-

¹⁷ Berechnung nach IV-Statistik: 170'000 individuelle Massnahmen, 235'000 IV-Renten (Diese Zahl errechnet sich aus den total 271'000 Bezüger/innen abzüglich der Bezüger/innen mehrfacher IV-Leistungen: 16'000 Bezüger/innen von HL, 8'000 Bezüger/innen von HL und individuelle Massnahmen, 12'000 Bezüger/innen individueller Massnahmen) (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003a, S.7 und Tab. 6.7, S. 48).

¹⁸ Die Art der Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen wurden sowohl offen als auch mittels vorgegebenen Antwortkategorien erhoben.

rung, 2003a), dass die häufigsten bewilligten Hilfsmittel Hörgeräte für Menschen mit starken Hörbeeinträchtigungen sind, lässt vermuten, dass der hohe Anteil der Bezüger/innen individueller Massnahmen, die ihre Beeinträchtigungen der Kategorie Sinnesbehinderung zuordneten, mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Hörbeeinträchtigungen haben.

Eine Analyse der Hilfsmittel bestätigt dies. Von den 50.6% der Bezüger/innen individueller Massnahmen, die Sinnesbeeinträchtigungen angaben, benutzen zwei Drittel ein Hörgerät. Somit kann davon ausgegangen werden, dass rund 34% der befragten Bezüger/innen individueller Massnahmen Hörbeeinträchtigungen haben.

Tabelle 8: Art der Beeinträchtigungen¹⁾ (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1914 und 1916)	IV-Renten (N zwischen 1146 und 1147)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 721 und 723)
Körperbehinderung	46.2	55.1	33.4
Sinnesbehinderung (Hör-, Sehbehinderung)	27.7	12.0	50.6
Funktionseinschränkung innerer Organe	10.9	16.2	3.2
Psychische Beeinträchtigung	27.3	39.4	9.0
Anfallskrankheit	6.4	8.8	2.6
Multiple Sklerose	1.8	2.5	0.6
Beeinträchtigung der Kommunikation	9.4	11.5	6.1
Geistige Behinderung	8.0	12.6	1.1
Sucht	4.2	6.8	0.4
Andere	12.5	12.6	12.6

1) Vorgegebene Antwortkategorien, Mehrfachantworten möglich.

Da bei den vorgegebenen Antwortkategorien Mehrfachantworten erlaubt waren, wird es möglich aufzuzeigen, wie viele der Befragten eine oder mehrere Beeinträchtigungen aufweisen.

Rund 62% aller Befragten haben ihre Beeinträchtigungen einer Kategorie, 38% zwei bis sechs Kategorien zugeordnet. Damit weisen über ein Drittel aller Befragten Mehrfachbeeinträchtigungen auf (bei den IV-Rentnern und -Rentnerinnen haben 50% Mehrfachbeeinträchtigungen, bei den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen 19%).

Ein Vergleich des in dieser Untersuchung erreichten Spektrums von Menschen mit Behinderungen mit der IV-Statistik erweist sich als schwierig. Wie oben erwähnt hat dies drei Gründe: a) In dieser Untersuchung waren Mehrfachantworten möglich, b) handelt es sich um Selbsteinschätzungen und c) können die bei der IV-Statistik angegebenen „Gebrechensgruppen“ nicht vollständig den hier gewählten Antwortkategorien zugeordnet werden. Zudem liegen die notwendigen Vergleichszahlen nur zu Rentnern und Rentnerinnen vor.

Insgesamt lässt sich für die *IV-Rentner/innen* im Sample (mit denen auf Grund der IV-Statistik überhaupt ein Vergleich angestellt werden kann) aber doch sagen, dass die Gruppen der Menschen mit Behinderungen, die bevorzugt Eingang in die Stichprobe fanden (Menschen mit Körperbeeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen der inneren Organe oder psychischen Beeinträchtigungen), auch bei der IV-Statistik die grössten Gruppen bilden.

Inwiefern die von den Befragten angegebenen Formen der Beeinträchtigungen zu Aktivitätseinschränkungen führen, zeigt die folgende Tabelle 9.

Die Rangliste der Aktivitäten, die nur mit grossen Problemen oder gar nicht ausgeübt werden können, wird von den Aktivitäten im Bereich „Ausbildung, Arbeit“ angeführt, gefolgt von den Aktivitäten in den Bereichen „Freizeit“ und „Bewegungsfreiheit“. Die wenigsten Probleme bereiten die Aktivitäten zur „Selbstversorgung“.

Der Vergleich zwischen den IV-Rentnern und -Rentnerinnen sowie den Bezüglern und Bezüglern individuell Massnahmen belegt über alle Aktivitäten hinweg massiv grössere Aktivitätseinschränkungen der IV-Rentner/innen.

Tabelle 9: Einschränkungen der Aktivitäten (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1793 und 1875)	IV-Renten (N zwischen 1038 und 1119)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 680 und 695)
Anteil der Befragten, welche angaben, dass sie bei der Ausübung folgender Aktivitäten grosse Probleme haben oder die Aktivität gar nicht ausüben können			
Lernen (schreiben, lesen, rechnen)	11.0	16.8	2.3
Anforderungen bewältigen (effizientes Einteilen und Organisieren des Tages, Umgehen mit Stresssituationen)	17.3	26.6	3.4
Verständigung (Gesprochene Sprache verstehen, geschriebene Sprache verstehen [auch in Braille], sprechen, schreiben, Gespräche führen, Telefongespräche führen)	8.9	10.4	6.5
Bewegungsfreiheit (Gegenstände aufheben, bewegen und tragen, sich draussen und in Gebäuden bewegen, öffentliche Verkehrsmittel benützen)	20.5	29.3	7.2
Selbstversorgung (sich waschen, Haare, Zähne, Fingernägel behandeln, Toilettenbenützung, an- und ausziehen von Kleidern, essen, trinken)	4.0	6.4	3.4
Hausarbeit (einkaufen, kochen, putzen, waschen, für andere sorgen)	15.9	24.4	2.8
Persönliche Beziehungen (auf Fremde und Freunde zugehen und sich mit ihnen austauschen, eine Partnerschaft beginnen und aufrechterhalten)	14.6	21.2	4.0
Ausbildung, Arbeit (Anforderungen, die eine Ausbildung und Arbeitsstelle mit sich bringen, bewältigen)	32.3	49.8	6.6
Freizeit (an Freizeitaktivitäten teilnehmen)	22.6	33.6	6.1

Analysiert man, bei wie vielen Aktivitäten die untersuchten Personen grosse Probleme haben, so zeigt sich, dass 27% aller Befragten (40% der IV-Rentner/innen und nur 8% der Bezüger/innen individueller Massnahmen) die Aktivitäten in zwei und mehr Bereichen nur mit grossen Schwierigkeiten ausüben können.

Bezüglich der Ursache der Beeinträchtigungen (siehe Tabelle 10) wird bei allen Befragten „angeboren“ mit 24% am häufigsten genannt, je rund ein Fünftel aller Befragten verweisen auf eine „andere Erkrankung“ (21.7%), „Psychische Überbelastung“ (19.7%) und „körperliche Überbelastung“ (19.4%). Der Vergleich zwischen den IV-Rentnern und -Rentnerinnen sowie den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen zeigt grosse Unterschiede bei der psychischen Überbelastung (27.5% vs. 8%) und körperlichen Überbelastung (24.1% vs. 12.2%).

Fasst man die detaillierte Ursachenliste wie in der IV-Statistik 2003 (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003a, S. 58) in die groben Kategorien „angeboren“, „Krankheit“ (Berufskrankheit, andere Erkrankung, psychische Überbelastung, körperliche Überbelastung) und „Unfall“ zusammen, so ergibt sich für die IV-Rentner/innen der Stichprobe folgende Verteilung und Abweichung zur IV-Statistik:

Die Ursache der Beeinträchtigungen ist bei rund 20% der hier einbezogenen IV-Rentner/innen „angeboren“ (IV-Statistik 11%), bei 70% „Krankheit“ (IV-Statistik 78%), bei 20% „Unfall“ (IV-Statistik 10%). Zu betonen ist dabei, dass bei der vorliegenden Untersuchung Mehrfachantworten möglich waren.

Tabelle 10: Ursache der Beeinträchtigungen¹⁾ (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1907 und 1911)	IV-Renten (N zwischen 1145 und 1148)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 714 und 717)
Angeboren	24.0	21.6	26.6
Komplikation bei Geburt	5.0	6.1	3.5
Anerkannte Berufskrankheit	9.0	9.0	8.2
Andere Erkrankung	21.7	20.6	23.9
Berufsunfall	6.7	8.6	3.9
Unfall in der Wohnung	1.4	1.5	1.0
Verkehrsunfall	6.8	8.5	4.2
Sport- und Freizeitunfall	4.2	3.7	5.0
Psychische Überbelastung	19.7	27.5	8.0
Körperliche Überbelastung	19.4	24.1	12.2
Andere Ursache	27.6	24.2	33.7

1) Mehrfachantworten möglich.

Mit Blick auf den subjektiv eingeschätzten Schweregrad der Beeinträchtigungen zeigt

Tabelle 11, dass je rund 40% aller Befragten ihre Beeinträchtigungen als mittelschwer (36.4%) und schwer (38.6%) einstufen.

Tabelle 11: Schweregrad der Beeinträchtigungen (Angaben in %)

	Alle (N=1877)	IV-Renten (N=1122)	Individuelle Massnahmen (N=708)
Leicht	15.5	5.3	30.6
Mittel	36.4	32.7	41.5
Schwer	38.6	48.6	24.2
Sehr schwer	9.4	13.4	3.7

Die Rentner/innen sind in der Kategorie „leicht“ und „mittel“ weniger häufig vertreten als die Bezüger/innen individueller Massnahmen, in den Kategorien „schwer“ und „sehr schwer“ hingegen wesentlich häufiger.

5.2.3 Geschlecht

Die Stichprobe enthält insgesamt 45.2% weibliche Befragte und 54.8% männliche Befragte (siehe Tabelle 12). In der Gruppe der IV-Rentner/innen liegt der Anteil der Frauen mit 44.3% leicht tiefer als bei den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen (46.2%). Gemäss der neuesten IV-Statistik (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003a, Tab. 6.14, S.58) sind in der Gesamtpopulation der IV-Rentner/innen 44.2% Frauen resp. 55.8% Männer, was sehr genau der Stichprobe entspricht.

Tabelle 12: Geschlecht (Angaben in %)

	Alle (N=1950)	IV-Renten (N=1174)	Individuelle Massnahmen (N=725)
Weiblich	45.2	44.3	46.2
Männlich	54.8	55.7	53.8

5.2.4 Alter

Über die Hälfte aller Befragten (54.2%) sind zwischen 50 und 65 Jahre alt. Die zahlenmässig kleinste Altersgruppe bilden die 18- bis 29-jährigen (11.5%), wobei diese unter den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen (15.9%) fast doppelt so gross ist als unter den IV-Rentnern und -Rentnerinnen (8.3%) (siehe Tabelle 13).

Die Altersverteilung weicht insgesamt wenig von der Verteilung der Gesamtpopulation der IV-Rentner/innen ab (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003a, Tab. 6.17, S. 89): Die jüngste Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren ist in der Stichprobe der IV-Rentner/innen leicht stärker vertreten (8.3% vs. 6.6%), die Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren ist leicht geringer vertreten (32.1% vs. 36.4%), dafür ist die Altersgruppe von 60 bis 65 Jahren leicht stärker vertreten (22.8% vs. 18.7%).

Tabelle 13: Alter (Angaben in %)

	Alle (N=1912)	IV-Renten (N=1151)	Individuelle Massnahmen (N=712)
18–29 Jahre	11.5	8.3	15.9
30–39 Jahre	13.0	13.5	12.8
40–49 Jahre	21.3	23.4	18.1
50–59 Jahre	31.9	32.1	32.3
60–65 Jahre	22.3	22.8	20.9

5.2.5 Nationalität

Die nachfolgende Tabelle 14 zeigt, dass der Anteil der Personen ohne Schweizer Staatsangehörigkeit in der Stichprobe insgesamt 17% beträgt. Dabei ist er unter den IV-Rentnern und -Rentnerinnen mit 21.3% deutlich höher als unter den Bezüchern und Bezügerinnen von individuellen Massnahmen der IV (10.5%).

Tabelle 14: Nationalität (Angaben in %)

	Alle (N=1949)	IV-Renten (N=1175)	Individuelle Massnahmen (N=724)
Schweizer Staatsbürgerschaft	83.0	78.7	89.5
Andere Staatsbürgerschaft	17.0	21.3	10.5

Diese Zahlen können bezüglich der IV-Rentner/innen mit der IV-Statistik des Bundesamts für Sozialversicherung des Jahres 2002 verglichen werden. Dabei zeigt sich, dass ausländische IV-Rentner/innen im Sample leicht untervertreten sind: Während in der Grundgesamtheit 2002 26.1% der Rentenbezüger/innen Ausländer und Ausländerinnen waren, sind es in dieser Stichprobe 21.3% (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003a. Tab. 6.7.1, S. 48).

5.2.6 Wohnsituation

Die Tabelle 15 zeigt die Wohnsituation der Befragten in der Stichprobe. Der Grossteil aller Befragten (93.4%) lebt in Privathaushalten und ein kleiner Teil von 4.4% entweder in Heimen (3.1%) oder in Aussenwohngruppen eines Heimes (1.3%). Erwartungsgemäss ist der Anteil der in Heimen oder Aussenwohngruppen eines Heims Lebenden unter den IV-Rentnern und -Rentnerinnen (6.6%) grösser als unter den Bezüchern und Bezügerinnen von individuellen Massnahmen (0.9%).

Tabelle 15: Wohnform (Angaben in %)

	Alle (N=1962)	IV-Renten (N=1165)	Individuelle Massnahmen (N=745)
Privathaushalt	93.4	90.4	97.7
Heim	3.1	4.7	0.5
Aussenwohngruppe eines Heimes	1.3	1.9	0.4
Andere	2.3	3.0	1.3

Rechnet man diese Prozentzahl der in Heimen oder Aussenwohngruppen lebenden IV-Rentnern und -Rentnerinnen (6.6%) hoch auf die Gesamtpopulation der IV-Rentner/-innen der Schweiz (235'000 Bezüger/innen von IV-Renten¹⁹), so repräsentieren die Befragten rund 15'510 Bewohner/innen von Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen in der gesamten Schweiz.

Genauere Vergleichszahlen zur Gesamtpopulation von IV-Leistungsbezügerinnen und -Leistungsbezügern in Heimen liegen keine vor. Als Richtwerte können die Zahl der Personen mit Ergänzungsleistungen in Heimen (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003b, S.29) und die vom BSV bewilligten Plätze in den Wohnheimen und Tagesstätten für Behinderte 2001–2003 (Bundesamt für Sozialversicherung, 2001) herangezogen werden:

Personen mit Ergänzungsleistungen zur IV im Heim 2002	17'338
Bewilligte Plätze in Wohnheimen und Tagesstätten für Behinderte 2003	23'369

Diese beiden Zahlen können als Mindest- bzw. Höchstwerte der effektiven Anzahl in Heimen oder Aussenwohngruppen lebenden IV-Leistungsbezüger/innen der Schweiz angesehen werden.²⁰ Hiervon ausgehend deutet der Vergleich darauf hin, dass die Menschen mit Behinderungen, die in einem Heim oder einer Aussenwohngruppe wohnen, in dieser Stichprobe wahrscheinlich zu gering vertreten sind.

5.2.7 Sprachregion

Die nachfolgende Tabelle 16 zeigt, dass insgesamt 68.3% aller Befragten in der Deutschschweiz wohnen, 26.7% in der Westschweiz und 5% im Tessin.

In der Teilstichprobe der IV-Rentner/innen ist der Anteil der in der Deutschschweiz wohnhaften geringer (63.5%), die Anteile der Befragten in den beiden anderen Sprachregionen deutlich grösser als in der Teilstichprobe der Bezüger/innen einmaliger IV-Leistungen.

¹⁹ Vgl. dazu Fussnote 17.

²⁰ Die Anzahl Personen mit Ergänzungsleistungen zur IV, die in Heimen wohnen, ist ein Mindestwert, da noch jene IV-Leistungsbezüger/innen dazugerechnet werden müssen, die auch in Heimen leben, jedoch nicht von der EL-Statistik erfasst werden. Die vom BSV bewilligten Plätze in Wohnheimen für Behinderte greift hingegen zu hoch, da sie auch die Plätze in Tagesstätten einbezieht.

Tabelle 16: Sprachregion (Angaben in %)

	Alle (N=1925)	IV-Renten (N=1164)	Individuelle Massnahmen (N=711)
Deutschschweiz	68.3	63.5	75.5
Westschweiz	26.7	30.2	21.9
Tessin	5.0	6.4	2.5

5.2.8 Gemeindegrosse

Die Befragten verteilen sich relativ gleichmässig auf die verschiedenen Gemeindekategorien, wobei die Rentenbezüger/innen eher aus städtischen Gebieten kommen als die Bezüger/innen von individuellen Massnahmen der IV (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Gemeindegrosse (Angaben in %)

	Alle (N=1828)	IV-Renten (N=1087)	Individuelle Massnahmen (N=692)
Weniger als 1'000 Einwohner	10.8	10.0	12.0
1'000 bis 1'999 Einwohner	10.7	10.9	10.1
2'000 bis 4'999 Einwohner	19.6	18.6	20.7
5'000 bis 9'999 Einwohner	19.2	17.9	21.4
10'000 bis 19'999 Einwohner	15.9	17.4	13.4
20'000 bis 49'999 Einwohner	9.6	9.8	9.5
50'000 bis 99'999 Einwohner	3.9	3.8	4.2
100'000 Einwohner und mehr	10.3	11.6	8.7

5.2.9 Mitgliedschaft in einer Selbsthilfeorganisation

Der Anteil der Befragten, die Mitglied einer Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Behinderungen sind, erweist sich in der Gesamtstichprobe (7.2%) und auch bei der Teilstichprobe der IV-Rentner/innen als relativ gering (8.4%) (siehe Tabelle 18).

Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Identifikation von Menschen mit Behinderungen über die Mitgliedschaft in entsprechenden Organisationen – was ein häufig eingeschlagener Weg darstellt – nur eine relativ kleine und in vielen Bereichen der Lebenslage nicht repräsentative Gruppe von Menschen mit Behinderungen zu erfassen vermag.

Tabelle 18: Mitgliedschaft in einer Selbsthilfeorganisation (Angaben in %)

	Alle (N=1865)	IV-Renten (N=1109)	Individuelle Massnahmen (N=706)
Mitglied einer Selbsthilfeorganisation	7.2	8.4	4.8
Nicht Mitglied einer Selbsthilfeorganisation	92.8	91.6	95.2

5.3 Beurteilung des Rücklaufs und der Repräsentativität der Stichprobe

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die in der vorliegenden Untersuchung erreichte Rücklaufquote von 42.1% den Erwartungen an den Rücklauf einer schriftlichen Befragung auf postalischem Wege entspricht (Diekmann, 1995). Die absolute Zahl von 2'008 ausgefüllten Fragebogen ist zudem ausreichend gross, um auch differenzierte Auswertungen für Teilgruppen des Samples durchzuführen und typische Lebenslagen mittels Clusteranalyse abzubilden.

Der Rücklauf von 42.1% kann bei einer schriftlichen Befragung von Menschen mit Behinderungen insofern als sehr gut bewertet werden, als bei der Befragung von Menschen mit relativ niedrigem Bildungsniveau (welches bei den IV-Rentnern und -Rentnerinnen des Samples der Fall ist [siehe Kapitel 6.1]), die überdies zu so genannten „Randgruppen“ gehören, in der Regel tiefere Rücklaufquoten erreicht werden (Diekmann, 1995). Nicht zuletzt muss auch berücksichtigt werden, dass im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 „Probleme des Sozialstaats“ im selben Zeitraum zwei weitere schriftliche Befragungen von Menschen mit Behinderungen durchgeführt wurden, was die Möglichkeit eröffnete, dass dieselbe Person gleich mehrmals um Angaben gebeten wurde.

In Bezug auf die Repräsentativität der vorliegenden Stichprobe kann festgehalten werden, dass der erreichte Anteil an IV-Rentnern und -Rentnerinnen sowie Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen des Samples mit der Gesamtpopulation der IV-Leistungsbezüger/innen übereinstimmt.

Die Repräsentativität der vorliegenden Daten nach den Aussenkriterien Art der Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungsursache, Geschlecht, Alter, Nationalität und Wohnsituation hingegen kann nur für die *IV-Rentner/innen* des Samples bestimmt werden, da für die Bezüger/innen individueller Massnahmen keine Vergleichszahlen vorliegen:

Während die IV-Rentner/innen in den Merkmalen Geschlecht, Alter, Schweizer Staatsbürgerschaft und Beeinträchtigungsursachen sehr gut in der Stichprobe abgebildet werden und auch die Arten der Beeinträchtigungen schwergewichtig gleich verteilt sind, zeigt sich, dass IV-Rentner/innen, die in Heimen leben, leicht untervertreten sind. Auf Grund dieses Befundes scheint die Hochrechenbarkeit der Ergebnisse der IV-Rentner/innen des Samples nur auf die Gesamtpopulation der IV-Rentner/innen gegeben, die in Privathaushalten leben.

6 Ergebnisse

Die Hauptuntersuchung verfolgt das Ziel, sowohl auf Ebene der erfassten Lebenslagendimensionen Fakten zur Lebenssituation der Leistungsbezüger/innen der Invalidenversicherung zu liefern, als auch *typische* Lebenslagen abzubilden. Entsprechend werden im Kapitel 6.1 zentrale Ergebnisse dazu vorgestellt, über welche Ressourcen und Handlungsspielräume die untersuchten Bezüger und Bezügerinnen von Leistungen der IV in den einzelnen Lebenslagendimensionen verfügen. Im Kapitel 6.2 folgen die Beschreibungen der identifizierten typischen Lebenslagen der Bezüger/innen der Leistungen der IV.

6.1 Beschreibung der einzelnen Lebenslagendimensionen

In der Beschreibung der einzelnen Dimensionen der Lebenslage werden die ermittelten Handlungsspielräume und Ressourcen der untersuchten Personen dargestellt. Dabei werden sowohl die konkreten Ausprägungen derjenigen Variablen bekannt gegeben, die in die Indikatoren für die Dimensionen der Lebenslage eingeflossen sind, als auch die Häufigkeitsverteilungen der Indikatoren selber beschrieben. Durchgehend wird zum einen die Gesamtstichprobe in den Blick genommen, zum anderen aber auch auf die Unterschiede zwischen den Bezügern und Bezügerinnen einer IV-Rente und Bezüchern und Bezügerinnen von individuellen Massnahmen eingegangen. Mit dieser Darstellung sollen erste Fakten zur Lebenssituation der Leistungsbezüger/innen der IV geliefert werden. Darüber hinaus können damit bereits die Indikatoren vorgestellt werden, die anschliessend in die Clusteranalyse Eingang finden.

6.1.1 Dimension „Formale Bildung“

Als wichtigste Merkmale der Dimension „formale Bildung“ für Menschen mit Behinderungen wurden in der vorliegenden Untersuchung die Integration in die öffentliche Schule, die Erfahrungen mit Sonderschulen, das Ausbildungsniveau und die Weiterbildungsmöglichkeiten (spezielle berufliche Förderungsmassnahmen bzw. Umschulungen) erfasst.

Auf der Basis sämtlicher von allen Befragten angegebenen formalen Bildungsabschlüsse wurde für die Dimension „formale Bildung“ anschliessend ein Indikator bestimmt, der den „höchsten formalen Bildungsabschluss“ misst.

Tabelle 19: Indikator „Höchster formaler Bildungsabschluss“¹⁾ (Angaben in %)

	Alle N=1856	IV-Renten N=1099	Individuelle Massnahmen N=707
Kein Schulabschluss	2.3	3.5	0.6
Obligatorische Schule	16.2	22.7	6.4
Anlehre	14.4	18.6	7.5
Berufsbildung	42.5	36.5	51.6
Allgemeinbildung	9.6	8.1	11.9
Höhere Berufsbildung	9.4	7.8	12.2
(Fach)Hochschule	5.5	2.9	9.9

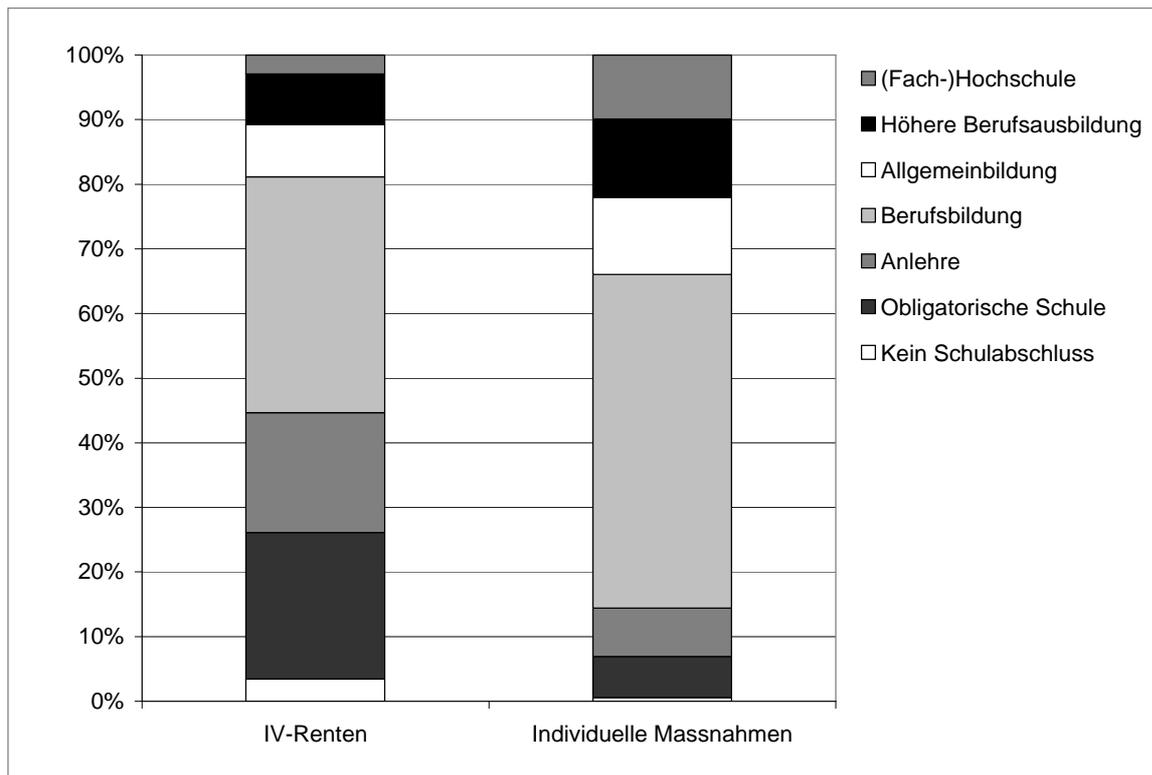
1) Klassifikation der höchsten formalen Bildungsabschlüsse nach BFS (Bundesamt für Statistik, 2002): Anlehre = Anlehre, Haushaltslehrjahr; Berufsbildung = Berufslehre, Berufsmittelschule, Vollzeitberufsschule, Handelsschule; Allgemeinbildung = Berufsmatura, Maturitätsschule, Lehrerseminar, Diplom- und Wirtschaftsmittelschule; Höhere Berufsbildung = Meisterprüfung, Techniker- und Fachschule, Höhere Fachschule, Ingenieurschule, Technikum; (Fach)Hochschule = Fachhochschule, Universität, Doktorat.

Die Tabelle 19 zeigt, dass 16.2% aller Befragten die obligatorische Schule, 14.4% eine Anlehre und 42.5% eine Berufsbildung absolvierten. Der Grossteil aller Befragten (75.4%) hat einen formalen Bildungsabschluss bis höchstens zum Niveau einer Berufsbildung abgeschlossen. Dieser Wert liegt nahe beim Wert der Gesamtbevölkerung.²¹

Im internen Vergleich zwischen den zwei Teilstichproben der Untersuchung fällt das tiefere formale Bildungsniveau der IV-Rentner/innen auf (vgl. Abbildung 1). Während zwei Fünftel der IV-Rentner/innen die obligatorische Schule (22.7%) oder eine Anlehre (18.6%), 36.5% eine Berufsbildung und lediglich 10.7% eine höhere Berufsbildung oder (Fach)Hochschule abgeschlossen haben, weisen unter den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen insgesamt nur 13.9% einen obligatorischen Schulabschluss (6.4%) oder eine Anlehre (7.5%), aber 51.6% eine Berufsbildung und 22.1% eine höhere Berufsbildung oder (Fach)Hochschule als höchsten formalen Bildungsabschluss auf.

²¹ Vgl. dazu den Bildungsstand der Schweizer Bevölkerung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003a): 18.4% der Bevölkerung haben die obligatorische Schule absolviert, 48.6% eine Berufsbildung, 7.8% eine Allgemeinbildung, 14.5% eine höhere Berufsbildung und 10.7% eine Hochschule. Somit haben 67% der Schweizer Bevölkerung einen formalen Bildungsabschluss bis höchstens zum Niveau einer Berufsbildung. (Zur Anlehre werden keine Angaben gemacht.)

Abbildung 1: Vergleich der formalen Ausbildungsniveaus zwischen IV-Rentenbezüger/-innen und Bezüger/-innen von individuellen Massnahmen der IV



Die erworbenen Bildungsabschlüsse wurden sodann in einer Art und Weise erfasst, die es erlaubt, Ausbildungsabschlüsse vor und nach dem Auftreten der Beeinträchtigungen zu unterscheiden. Es zeigt sich, dass deutlich mehr nachobligatorische Bildungsabschlüsse *vor* dem Auftreten der Beeinträchtigungen erworben wurden (N=1113) als *nach* dem Auftreten der aktuellen Beeinträchtigungen (N=517).

6.1.2 Dimension „Arbeit“

Als wichtigste Aspekte der Dimension Arbeit wurden im Fragebogen u.a. der Erwerbsstatus, das Arbeitspensum, die Zugehörigkeit bzw. der Zugangswunsch zum freien/geschützten Arbeitsmarkt, die Einschätzung der eigenen Qualifizierung, die Berufsposition und die Branchenzugehörigkeit erfasst.

Die Dimension „Arbeit“ wird hier über das geleistete Erwerbsarbeitspensum operationalisiert, d.h. über die durchschnittlich pro Woche für bezahlte Tätigkeiten aufgewendeten Stunden.²² Werden die Nicht-Erwerbstätigen in die Analyse einbezogen, ergibt dies den Indikator „Arbeitsintegration“.

Die Hälfte aller Befragten (49.5%) üben zum Zeitpunkt der Befragung keine Berufstätigkeit aus, rund ein Viertel (25.9%) ist teilzeitlich erwerbstätig und der restliche

²² Die Angaben zur Berufsposition der Befragten waren leider nicht auswertbar.

Viertel (24.6%) voll erwerbstätig (siehe Tabelle 20). Die Werte der Nicht-Erwerbstätigkeit und der Teilzeiterwerbstätigkeit liegen deutlich über denen der Gesamtbevölkerung.²³ Erwartungsgemäss markant ist der Unterschied zwischen den Bezügerinnen und Bezügerinnen der unterschiedlichen IV-Leistungen: Unter den IV-Rentnern und -Renterinnen sind mehr als doppelt so viele nicht-erwerbstätig (62.8%) als bei den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen der IV (28.7%). Nur 10.3% der IV-Rentner/innen arbeiten Vollzeit gegen Bezahlung.

Tabelle 20: Indikator „Arbeitsintegration“¹⁾ (Angaben in %)

	Alle N=1855	IV-Renten N=1102	Individuelle Massnahmen N=704
Keine Erwerbstätigkeit	49.5	62.8	28.7
1–9 Std. pro Woche	4.9	5.0	5.0
10–19 Std. pro Woche	6.0	6.0	6.1
20–36 Std. pro Woche	15.0	15.9	14.1
37 Std. pro Woche oder mehr	24.6	10.3	46.2

1) Kategorisierung gemäss BfS (Bundesamt für Statistik, 2002): vollzeiterwerbstätig ($\geq 90\%$) = durchschnittlich 37 Std. oder mehr bezahlte Tätigkeit pro Woche; teilzeiterwerbstätig I (50–89%) = durchschnittlich 20–36 Std. bezahlte Tätigkeit pro Woche; teilzeiterwerbstätig II ($< 50\%$) = durchschnittlich bis 19 Std. bezahlte Tätigkeit pro Woche.

Durchschnittlich wenden die Erwerbstätigen unter allen Befragten 31 Std. pro Woche für alle ihre bezahlten Tätigkeiten auf. Die erwerbstätigen IV-Rentner/innen arbeiten im Durchschnitt deutlich weniger (26 Std. pro Woche) als die erwerbstätigen Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (36 Std. pro Woche).

6.1.3 Dimension „Materielle Situation“

Wohlstand wird über die materielle Situation definiert und basiert auf der Grundlage von Geld. Um der Gewichtung des Gelds gerecht zu werden, wurden in der schriftlichen Befragung zu den materiellen Lebensumständen das monatliche Nettoeinkommen der befragten Person und des gesamten Haushalts in vorgegebenen Kategorien, die Einkommensquellen, die finanziellen Mehrbelastungen, die aus den Beeinträchtigungen resultieren, sowie das persönliche Nettovermögen und das Nettovermögen des gesamten Haushalts in vorgegebenen Kategorien abgefragt.

Als Indikatoren für die Dimension „materielle Situation“ bieten sich hier das monatliche Nettoeinkommen (inkl. Unterstützungsleistungen [von Sozialversicherungen, Staat und Privaten] nach Abzug von den obligatorischen Sozialversicherungsbeiträgen und den Pensionskassenbeiträgen) der befragten Person sowie des gesamten Haushalts als

²³ Vgl. dazu die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003b, SAKE 2002 in Kürze), wo 34.2% der Bevölkerung nicht erwerbstätig, 22.2% Teilzeit und 45.6% Vollzeit erwerbstätig sind.

„Generalnenner der Ungleichheitsstruktur“ (Stamm, Lamprecht & Nef, 2002, S. 45) an. Auf die Berücksichtigung des Äquivalenzeinkommens wurde verzichtet, da die Annahme bestand, dass eine Gegenüberstellung von persönlichem Einkommen und Haushaltseinkommen für die Beschreibung und Interpretation von Lebenslagen ergiebiger sind als Angaben mit Äquivalenzeinkommen, in dem die Differenzen zwischen den hier berücksichtigten Einkommen eingeebnet würden. In der späteren Analyse erweisen sich die Differenz zwischen dem persönlichen Einkommen und dem Haushaltseinkommen in der Tat als interessant und aufschlussreich.

Persönliches Einkommen

Das mittlere persönliche Einkommen aller Befragten liegt zwischen CHF 2'000.– und CHF 2'999.–. Dieser Wert liegt unter jenem der Gesamtbevölkerung.²⁴ Im internen Vergleich zwischen Bezügerinnen und Bezügerinnen von IV-Renten und von individuellen Massnahmen der IV zeigt sich, dass das mittlere persönliche Einkommen von IV-Rentenbezüger/innen (CHF 2'000.– bis 2'999.–) unter jenem der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (CHF 3'000.– bis 4'499.–) liegt.

Ein Blick in die Tabelle 21 zeigt mehr: Über die Hälfte aller Befragten (53.5%) verfügt über ein persönliches Einkommen von weniger als CHF 2'000.– (32.1%) oder von CHF 2'000.– bis 2'999.– (21.4%). Während unter den IV-Rentnern und -Rentnerinnen 63.8 % ein persönliches Einkommen von weniger als CHF 3'000.– aufweisen, sind es unter den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen der IV mit 36.6% weniger.

Tabelle 21: Indikator „Persönliches Einkommen“¹⁾ (Angaben in %)

	Alle N=1681	IV-Renten N=1021	Individuelle Massnahmen N=623
bis CHF 1'999.–	32.1	37.3	23.4
CHF 2'000.– bis 2'999.–	21.4	26.5	13.2
CHF 3'000.– bis 4'499.–	21.7	20.4	23.0
CHF 4'500.– bis 5'999.–	13.8	9.0	21.8
CHF 6'000.– bis 8'999.–	8.2	5.5	13.0
über CHF 9'000.–	2.9	1.3	5.6

1) Monatliches Nettoeinkommen inkl. Unterstützungsleistungen (von Sozialversicherungen, Staat und Privaten) nach Abzug der obligatorischen Sozialversicherungsbeiträgen und den Pensionskassenbeiträgen.

²⁴ Vgl. dazu Stamm et al. (2002, S. 47–49), wo für 1999 ein persönliches Durchschnittseinkommen von CHF 3'700.– bzw. ein durchschnittliches Haushaltseinkommen von CHF 6'900.– angegeben wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei Stamm et al. (2002) offensichtlich das arithmetische Einkommen und nicht – wie in den meisten neueren Einkommensberechnungen – das Medianeinkommen berechnet wurde. Das arithmetische Mittel könnte im Rahmen dieser Untersuchung nur für ein Teilsample berechnet werden, da relativ viele Befragte sich zwar beim kategorisierten Einkommen eingestuft, aber keine weiteren detaillierten Einkommensangaben gemacht haben.

Haushaltseinkommen

Beim Haushaltseinkommen liegt das mittlere Einkommen aller Befragten zwischen CHF 4'500.– und 5'999.–. Auch dieser Wert liegt unter jenem der Gesamtbevölkerung.²⁵ Das mittlere Haushaltseinkommen von IV-Rentnern und -Rentnerinnen liegt mit CHF 3'000.– bis 4'499.– unter jenem von Bezüglern und Bezüglern individueller Massnahmen der IV (CHF 4'500.– bis 5'999.–).

Über ein Fünftel (22.9%) aller Befragten verfügt über ein Haushaltseinkommen von bis zu CHF 2'999.–. Unter den IV-Rentnern und -Rentnerinnen weist fast ein Drittel (31%) ein Haushaltseinkommen von weniger als CHF 3'000.– auf, unter den Bezüglern und Bezüglern individueller Massnahmen der IV sind es 10.3% (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Indikator „Haushaltseinkommen“¹⁾ (Angaben in %)

	Alle N=1519	IV-Renten N=899	Individuelle Massnahmen N=586
bis CHF 1'999.–	9.4	12.1	4.8
CHF 2'000.– bis 2'999.–	13.5	18.9	5.5
CHF 3'000.– bis 4'499.–	21.1	24.4	15.4
CHF 4'500.– bis 5'999.–	21.8	19.8	25.6
CHF 6'000.– bis 8'999.–	21.7	17.7	27.6
über CHF 9'000.–	12.5	7.1	21.2

1) Monatliches Nettoeinkommen inkl. Unterstützungsleistungen (von Sozialversicherungen, Staat und Privaten) nach Abzug von den obligatorischen Sozialversicherungsbeiträgen und den Pensionskassenbeiträgen.

6.1.4 Dimension „Wohnsituation“

Als Merkmale der Dimension „Wohnsituation“ wurden die Wohnform, Wohnungseinrichtung, die Haushaltsgrösse, die Eigentumsverhältnisse, die monatliche Miete und die Grösse der Wohnung in Anzahl Zimmern betrachtet. In dieser Untersuchung wird die Dimension „Wohnsituation“ für die weitere Analyse durch den Indikator „Wohnraum bzw. Anzahl Zimmer pro Person“ abgedeckt, der sowohl die Entfaltungsmöglichkeiten der Haushaltsmitglieder als auch deren Rückzugsmöglichkeiten berücksichtigt.

Die (Privat-)Haushaltsgrösse aller Befragten liegt im Durchschnitt bei 2.4 Personen und 3.7 Zimmern. Dabei wohnen unter den IV-Rentnern und -Rentnerinnen in den durchschnittlich mit weniger Zimmern ausgestatteten (Privat-)Haushalten auch weniger Personen als unter den Bezüglern und Bezüglern individueller Massnahmen der IV. Somit verfügen alle Befragten im Durchschnitt über 1.9 Zimmer Wohnraum pro Person, was dem Wert der Gesamtbevölkerung entspricht.²⁶

²⁵ Siehe Angaben in Fussnote 24.

²⁶ Vgl. dazu Stamm et al., 2002, S. 96.

Wie aus Tabelle 23 ersichtlich wird, wohnen über die Hälfte aller Befragten (61.7%) in Einpersonenhaushalten oder Haushalten mit zwei Personen. Dabei fällt auf, dass deutlich mehr IV-Rentner/innen (31.8%) in Ein-Personen-Haushalten leben als Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (19.9%).

Tabelle 23: Anzahl Personen pro Haushalt¹⁾ (Angaben in %)

	Alle N=1785	IV-Renten N=1028	Individuelle Massnahmen N=708
1 Person	26.9	31.8	19.9
2 Personen	34.8	33.6	37.1
3 Personen	16.4	14.8	18.4
4 Personen	14.7	12.3	18.1
5 Personen	4.5	4.7	4.2
6 Personen	2.7	2.9	2.3

1) Haushalt = Privathaushalt.

Über zwei Fünftel aller Befragten (44%) leben in kleineren Wohnungen mit bis zu 3½ Zimmern, wobei dies deutlich mehr IV-Rentner/innen (52.4%) als Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (31.5%) betrifft. Letztere sind dafür in grösseren Wohnungen mit vier Zimmern und mehr stärker vertreten (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Anzahl Zimmer pro Haushalt¹⁾ (Angaben in %)

	Alle N=1840	IV-Renten N=1066	Individuelle Massnahmen N=723
1 oder 1½ Zimmer	5.5	6.8	3.5
2 oder 2½ Zimmer	12.1	15.4	7.5
3 oder 3½ Zimmer	26.4	30.1	20.5
4 oder 4½ Zimmer	30.6	28.5	33.7
5 Zimmer	15.3	11.7	20.7
6 Zimmer	6.0	4.1	8.7
7 Zimmer	2.4	1.7	3.6
8 Zimmer	1.7	1.6	1.8

1) Haushalt = Privathaushalt

Abschliessend wird für die Dimension „Wohnsituation“ der Indikator „Wohnraum pro Person“ mit der Division der errechneten „Anzahl Personen pro Haushalt“ durch die angegebene „Anzahl Zimmer pro Haushalt“ ermittelt (siehe Tabelle 25). Den Personen in stationären Einrichtungen wurde „1 Zimmer“ Wohnraum pro Person zugewiesen (mit dem Wissen, dass es natürlich auch Personen in stationären Einrichtungen mit weniger Wohnraum gibt).

Tabelle 25: Indikator „Wohnraum pro Person“¹⁾ (Angaben in %)

	Alle N=1830	IV-Renten N=1075	Individuelle Massnahmen N=705
Weniger als 1 Zimmer	8.2	9.5	6.1
1 Zimmer	21.6	25.0	16.6
Mehr als 1 Zimmer, aber weniger als 2 Zimmer	26.7	23.5	31.1
2 Zimmer	19.9	18.4	22.3
Mehr als 2 Zimmer	23.6	23.5	24.0

1) Wohnraum pro Person = Anzahl Personen pro Haushalt dividiert durch Anzahl Zimmer pro Haushalt.

Rund ein Drittel aller Befragten muss sich mit höchstens einem Zimmer Wohnraum begnügen und rund ein Viertel verfügt über mehr als zwei Zimmer. Die IV-Rentner/-innen leben generell mit weniger Wohnraum. Der in den westlich-industrialisierten Gesellschaften gültige Mindeststandard (Hradil, 1999, S. 308), nach dem jede Person mindestens einen eigenen Wohnraum zur Verfügung haben soll, wird immerhin von 8.2% aller Befragten nicht erreicht.

6.1.5 Dimension „physischer und psychischer Gesundheitszustand“

In der vorliegenden Untersuchung wird zwischen Gesundheit und Beeinträchtigungen differenziert. Es kann jemand stark beeinträchtigt aber trotzdem gesund sein.²⁷

Um etwas über den physischen und psychischen Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen zu erfahren, wurden im Fragebogen Angaben zur Art der Beschwerden, die Beschwerdeshäufigkeit und die Angewiesenheit auf Medikamente erhoben. Die Dimension „physischer und psychischer Gesundheitszustand“ wurde schliesslich als Indikator der Beschwerdeshäufigkeit und der Angewiesenheit auf Medikamente operationalisiert.

Zunächst wurde, wie Tabelle 26 zeigt, die bei allen IV-Leistungsbezügern und -Leistungsbezügerinnen im vergangenen halben Jahr aufgetretenen Beschwerden ermittelt. Sie geben am häufigsten die Kategorie Schmerzen anderer Art (57.2%) an, gefolgt von Kopfschmerzen (56.5%) und depressiven Verstimmungen (40.2%). Auch allgemeines Unwohlsein, Ängste, Verdauungsbeschwerden und Herz-/Kreislaufstörungen treten bei über 20% aller Befragten auf. Ausser Kopfschmerzen wurden alle Beschwerden bei den IV-Rentnern und -Rentnerinnen deutlich häufiger angegeben.

²⁷ Vgl. Kapitel 3.3.6.

Tabelle 26: Art der Beschwerden¹⁾ (Angaben in %)

	Alle N=1937	IV-Renten N=1161	Individuelle Massnahmen N=724
Kopfschmerzen	56.5	56.4	56.5
Schmerzen anderer Art	57.2	63.7	53.0
Ängste	32.0	38.8	24.4
Depressive Verstimmungen	40.2	50.1	28.7
Essstörungen	15.7	19.3	11.3
Verdauungsbeschwerden	30.4	34.9	26.7
Herz-/Kreislaufstörungen	23.0	29.1	15.6
Allgemeines Unwohlsein	33.8	42.1	23.8

1) Es waren Mehrfachantworten möglich.

Zur Beschreibung des Gesundheitszustands sind nicht nur die Arten von Beschwerden interessant, die angegeben wurden, sondern auch die Frequenz, mit der diese Beschwerden auftreten. Dazu wurde in Tabelle 27 die „Beschwerdenhäufigkeit“ errechnet. Über die Hälfte aller Befragten haben eher häufig (38%) oder häufig (13.1%) Beschwerden, zwei Fünftel eher selten (29.2%) oder selten (12.6%) Beschwerden, lediglich 7.1% geben an, nie Beschwerden zu haben.

Tabelle 27: Beschwerdenhäufigkeit¹⁾ (Angaben in %)

	Alle N=1906	IV-Renten N=1139	Individuelle Massnahmen N=716
Häufig Beschwerden	13.1	14.6	10.1
Eher häufig Beschwerden	38.0	46.4	26.1
Eher selten Beschwerden	29.2	26.4	33.2
Selten Beschwerden	12.6	7.6	20.1
Nie Beschwerden	7.1	5.0	10.5

1) Die Beschwerdenhäufigkeit errechnet sich als Durchschnitt über die angekreuzten Arten von Beschwerden: Kopfschmerzen, Schmerzen anderer Art, Ängste, depressive Verstimmungen, Essstörungen, Verdauungsbeschwerden, Herz-/Kreislaufstörungen, allgemeines Unwohlsein und andere. Die Befragten haben nie bzw. selten Beschwerden, wenn sie durchschnittlich „nie“ bzw. weniger als „einmal im Monat“ auftreten. Treten die Beschwerden im Durchschnitt „täglich“ auf, wird das als häufig eingestuft.

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass die Beschwerden bei den IV-Rentnern und -Rentnerinnen im Durchschnitt um einiges häufiger auftreten. Während die Beschwerden bei deutlich mehr als der Hälfte der IV-Rentner/innen durchschnittlich eher häufig (46.4%) oder häufig (14.6%) auftreten, treten sie unter den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen der IV bei knapp einem Drittel auf (26.1% bzw. 10.1%).

Als weiteres Merkmal für den Gesundheitszustand wurde die Angewiesenheit auf Medikamente erhoben. Generell kann festgehalten werden, dass die Befragten – wenn auch in unterschiedlichem Ausmass – auf Medikamente angewiesen sind, um das täg-

liche Leben zu meistern. Der Durchschnittswert der Skala liegt bei 5.3 (sd=4.2, theoretischer Maximalwert=10). Mit einem Durchschnittswert von 6.8 sind die IV-Rentner/-innen aber klar stärker auf Medikamente angewiesen als die Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (3.0).

Wie aus Tabelle 28 hervorgeht, sind gegen die Hälfte aller Befragten eher (10.7%) oder sehr stark (36.2%) auf Medikamente angewiesen. Auch hier zeigen sich bei den zwei Gruppen von Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügerinnen Differenzen. Unter den IV-Rentnern und -Rentnerinnen sind 62.5% auf Medikamente eher oder sehr stark angewiesen, unter den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen der IV sind es 22.9%. Der Anteil jener Personen, die „sehr stark“ auf Medikamente angewiesen sind, ist in diesem Sample grösser als in der Gesamtbevölkerung.²⁸

Tabelle 28: Angewiesenheit auf Medikamente¹⁾ (Angaben in %)

	Alle N=1878	IV-Renten N=1120	Individuelle Massnahmen N=709
Sehr stark angewiesen	36.2	49.2	15.8
Eher angewiesen	10.7	13.3	7.1
Mehr oder weniger angewiesen	12.9	13.4	12.1
Eher nicht angewiesen	8.2	6.9	10.6
Nicht angewiesen	32.0	17.2	54.4

1) Die Angewiesenheit auf Medikamente wurde auf einer Skala von 0 bis 10 gemessen, wobei 0 und 1 als „nicht angewiesen“ bzw. 9 und 10 als „sehr angewiesen“ klassifiziert wurden.

Als Indikator für die Dimension „Gesundheitszustand“ werden die Variablen „Beschwerdenhäufigkeit“ und die „Angewiesenheit auf Medikamente“ aggregiert. Das ergibt, wie Tabelle 29 zeigt, für über zwei Fünftel aller Befragten (42.5%) einen schlechten Gesundheitszustand, für fast einen Drittel (31%) einen mittelmässigen und für einen Viertel (26.5%) einen guten Gesundheitszustand.

Tabelle 29: Indikator „Gesundheitszustand“²⁹ (Angaben in %)

	Alle N=1855	IV-Renten N=1105	Individuelle Massnahmen N=701
Schlecht	42.5	58.4	18.0
Mittelmässig	31.0	27.4	36.9
Gut	26.5	14.2	45.1

²⁸ Vgl. dazu die Antworten zur Frage „Everyday functioning: Medication needed“ des Schweizer Haushaltspanels 2002 (Schweizer Haushaltspanel, 2002), wobei man nach demselben Muster 0 und 1 zu „not at all“ (71.7%) bzw. 9 und 10 zu „a great deal“ (4.5%) zusammenfassen kann.

²⁹ Die Aggregation der beiden Variablen „Beschwerdenhäufigkeit“ und „Angewiesenheit auf Medikamente“ zu einem Indikator „Gesundheitszustand“ ergibt eine Skala von 2 bis 10, wobei 2 bis 4 zu „schlecht“ und 8 bis 10 zu „gut“ zusammengefasst werden.

Erwartungsgemäss berichten die IV-Rentner/innen von einem eindeutig schlechteren Gesundheitszustand. Über der Hälfte der IV-Rentner/innen geht es gesundheitlich schlecht (58.4%) gegenüber knapp einem Fünftel (18%) der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV. Dafür sind klar mehr Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (45.1%) bei guter Gesundheit als die IV-Rentner/innen (14.2%).

6.1.6 Dimension „Soziale Kontakte“

Soziale Kontakte bieten die Möglichkeit, sich mit anderen Menschen auszutauschen, Probleme zu besprechen, konstruktive Kritik, Trost und konkrete Hilfestellungen zu finden.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Netzwerkgrösse (Gesamtzahl der haus-internen und -externen Kontakte), die Zusammensetzung des Netzwerks und die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe erfasst. Sie bieten einen quantitativen Hinweis auf die soziale Eingebundenheit der Menschen mit Behinderungen.

Einen Einblick in die Qualität der sozialen Beziehungen geben die Fragen nach Partnerschaft, Kindern und Vertrauenspersonen, d.h. ob es Personen gibt, mit denen man sich besonders gut versteht und über persönliche Probleme reden kann.

Für den Indikator der Dimension „Soziale Kontakte“ wurden die Fragen zur Netzwerkgrösse und zu den Vertrauenspersonen aggregiert.

Alle Befragten verteilen sich relativ gleichmässig auf die vier Kategorien der Netzwerkgrössen (siehe Tabelle 30). Vergleicht man aber die Netzwerkgrösse der IV-Rentner/innen mit der von Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen der IV, so fällt auf, dass bei den IV-Rentnern und -Rentnerinnen die kleinste Kategorie der Netzwerkgrösse (1–6 Personen) überwiegt (33.8%), bei den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen hingegen die Kategorie der Netzwerke mit mehr als 27 Personen (35.7%).

Tabelle 30: Netzwerkgrösse (Angaben in %)

	Alle (N= 1711)	IV-Renten (N= 1027)	Individuelle Massnahmen (N= 644)
1–6 Personen	27.2	33.8	16.8
7–12 Personen	22.1	24.3	18.9
13–27 Personen	26.4	25.0	28.6
Mehr als 27 Personen	24.3	16.8	35.7

In Bezug auf das Vorhandensein von Vertrauenspersonen (siehe Tabelle 31) kann generell gesagt werden, dass die Befragten mehrheitlich auf mehrere Vertrauenspersonen zurückgreifen können.

Rund doppelt so viele IV-Rentner/innen (10.5%) als Bezüger/innen individueller Massnahmen (5.9%) haben aber keine Vertrauensperson.

Die Werte, die von den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen in diesem Sample erreicht werden, entsprechen sehr genau den in der Gesundheitsbefragung vom Jahre 2002 ermittelten Werte der Schweizer Gesamtbevölkerung.³⁰

Tabelle 31: Vorhandensein von Vertrauenspersonen (Angaben in %)

	Alle (N= 1885)	IV-Renten (N= 1119)	Individuelle Massnahmen (N= 715)
Nein, keine	8.8	10.5	5.9
Ja, eine Person	36.6	39.5	31.3
Ja, mehrere Personen	54.7	50.0	62.8

Werden die Variablen „Netzwerkgrösse“ und „Anzahl Vertrauenspersonen“ zu einem Indikator „Soziale Kontakte“ aggregiert, so ergibt sich das in Tabelle 32 dargestellte Bild: Je etwa 40% aller Befragten können mittelmässig viele und viele soziale Kontakte vorweisen.

Tabelle 32: Indikator „Soziale Kontakte“³¹ (Angaben in %)

	Alle (N= 1648)	IV-Renten (N= 982)	Individuelle Massnahmen (N= 627)
Wenige soziale Kontakte	20.1	24.4	13.1
Mittelmässig viele soziale Kontakte	39.0	43.2	33.3
Viele soziale Kontakte	40.8	32.4	53.6

Die IV-Rentner/innen sind in der Kategorie „wenige soziale Kontakte“ aber häufiger vertreten als die Bezüger/innen individueller Massnahmen (24.4% bzw. 13.1%), in der Kategorie „viele soziale Kontakte“ hingegen seltener (32.4% bzw. 53.6%).

6.1.7 Dimension „Freizeit“

In der vorliegenden Untersuchung wird unter Freizeit nicht die gesamte Zeit ausserhalb der beruflichen Arbeit verstanden, sondern nur jene Zeit, die weitgehend frei von notwendigen Tätigkeiten wie schlafen, essen, Behördengängen, Therapien, Arztbesuche etc. ist und somit mehr oder minder der freien Gestaltung offen steht.

Die Freizeitgestaltung von Menschen mit Behinderungen wurde daher mittels Fragen

³⁰ Vgl. dazu die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003c), wo 4.7% keine Vertrauensperson, 29.3% eine Person und 65.9% mehrere Vertrauenspersonen angeben.

³¹ Die Aggregation der beiden Variablen „Netzwerkgrösse“ und „Anzahl Vertrauenspersonen“ zu einem Indikator „Soziale Kontakte“ ergibt eine Skala von 2 bis 7, wobei 2, 3 zu „wenige soziale Kontakte“ und 6, 7 zu „viele soziale Kontakte“ zusammengefasst werden.

zur Teilnahme an verschiedenen Freizeitaktivitäten und zu Ferienreisen erfasst.

Als Indikator für die Dimension „Freizeit“ wurden die spezifisch extern-geselligen Aktivitäten ausgewählt, weil sie einen wichtigen Aspekt der Integration und Partizipation darstellen.

Die Freizeitaktivitäten wurden mit 22 Fragen erhoben. Mittels Faktorenanalyse wurden anschliessend 6 Faktoren extrahiert, die sich deutlich voneinander unterscheiden und qualitativ unterschiedliche Arten von Freizeitaktivitäten umreissen:

Faktor 1: extern-gesellige Freizeitaktivitäten (Sportanlässe besuchen, ausgehen, mit Freunden und Kolleg/innen zusammensein, Kulturveranstaltungen besuchen, Sport treiben)

Faktor 2: expressive und expressiv-künstlerische Aktivitäten im häuslichen (selber machen) und ausserhäuslichen Bereich (Kurse besuchen)

Faktor 3: Medien und Regeneration

Faktor 4: Vereinsaktivitäten

Faktor 5: Aktivitäten im häuslichen Bereich: Haus- und Gartenarbeit, mit Tieren zusammen sein

Faktor 6: Religion

In der Tabelle 33 sind die Ergebnisse nach diesen Faktoren geordnet dargestellt.

Die Rangliste der mindestens wöchentlich ausgeübten Aktivitäten führen die Tätigkeiten „Medien und Regeneration“ an, gefolgt von den „Aktivitäten im häuslichen Bereich“. Die tiefsten Teilnahmeraten weisen die „Vereinsaktivitäten“ auf. Der Befund, dass der grösste Teil der Freizeitaktivitäten im Wohnumfeld stattfindet, wird in der von Lamprecht und Stamm (1994) durchgeführten Untersuchung zum Freizeitverhalten der Schweizer Wohnbevölkerung bestätigt.

Vergleicht man das Freizeitverhalten der IV-Rentner/innen mit dem der Bezüger/innen individueller Massnahmen, so werden einige substantielle Unterschiede sichtbar:

Generell kann gesagt werden, dass die Teilnahmequoten der IV-Rentner/innen an allen Freizeitaktivitäten (ausser den speziellen Freizeitangeboten für Menschen mit Behinderungen) tiefer liegen als die der Bezüger/innen von individuellen Massnahmen der IV.

Mit Bezug auf die „extern-geselligen Freizeitaktivitäten“ fällt auf, dass nur halb so viele IV-Rentner/innen als Bezüger/innen individueller Massnahmen mindestens wöchentlich Sport treiben (29.2% bzw. 59%) und Kulturveranstaltungen besuchen (3% bzw. 6.1%).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den „expressiv-künstlerischen Aktivitäten“. Nur rund ein Drittel der IV-Rentner/innen (30%), aber zwei Drittel der Bezüger/innen individueller Massnahmen (62.3%) benützen mindestens wöchentlich den Computer für Spiele und das Internet.

Mit Blick auf „Medien und Regeneration“ zeigt die Tabelle, dass 72% der IV-Rentner/innen mindestens wöchentlich Bücher und Zeitungen lesen. Bei den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen sind es 90.2%.

Bei den „Vereinsaktivitäten“ lässt sich zusammenfassen, dass die Bezüger/innen individueller Massnahmen häufiger als die IV-Rentner/innen an Vereinsanlässen teilnehmen, bei denen sowohl Menschen mit als auch ohne Behinderungen beteiligt sind. Vereinsaktivitäten und Freizeitangebote speziell für Menschen mit Behinderungen hingegen werden häufiger von IV-Rentnern und -Rentnerinnen genutzt.

Tabelle 33: Freizeitaktivitäten (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1770 und 1944)	IV-Renten (N zwischen 1063 und 1161)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 659 und 731)
Anteil der Befragten, welche folgende Aktivitäten mindestens einmal pro Woche und mehr ausüben:			
<i>Extern-gesellige Freizeitaktivitäten</i>			
- mit Freunden/Freundinnen, Kollegen/Kolleginnen, Bekannten zusammen sein	59.6	55.7	66.2
- Sport treiben	40.6	29.2	59.0
- Ausgehen, unter Leuten sein, in Bar, Restaurant o.ä.	34.0	32.5	36.4
- Kulturveranstaltungen besuchen, Konzert, Kino o.ä.	4.2	3.0	6.1
- Freizeitparks, Chilbi, Sportanlässe besuchen	4.3	3.9	4.8
<i>Expressiv-künstlerische Aktivitäten:</i>			
- Computer benützen (Spiele, Internet)	42.4	30.0	62.3
- Spielen, Rätsel lösen, Sammeln	31.7	28.7	37.0
- Handarbeit machen, basteln, zeichnen	30.8	27.2	36.4
- Schreiben (Tagebuch, Briefe, Gedichte)	22.3	19.4	27.3
- Musizieren	12.2	10.2	15.3
- Kurse besuchen, sich weiterbilden	10.5	6.8	16.6
<i>Medien und Regeneration</i>			
- Radio, Musik hören, TV, Video und DVD	94.0	93.1	95.6
- Bewusst ausruhen, entspannen	82.5	81.4	84.9
- Bücher, Zeitungen lesen	78.9	72.0	90.2
- Spazieren gehen, Ausflüge machen	59.3	58.4	61.2
- Einkaufsbummeln	36.1	33.8	39.0
<i>Vereine:</i>			
- An Vereinsanlässen teilnehmen, bei denen Menschen mit und ohne Behinderungen teilnehmen	6.5	5.0	8.6
- An Freizeitangeboten für Menschen mit Behinderungen teilnehmen	3.2	4.3	1.8
- An Vereinsanlässe teilnehmen, bei denen nur Menschen mit Behinderungen teilnehmen	1.8	2.2	1.2
<i>Aktivitäten im häuslichen Bereich:</i>			
- Haus- und Gartenarbeit machen	58.2	51.5	68.9
- Mit Tieren zusammen sein	44.2	42.7	46.8
<i>Religion</i>			
- Religiöse Veranstaltungen besuchen	13.0	13.4	11.8

Fasst man die „extern-geselligen Aktivitäten“ zu einem Indikator „Teilnahme an extern-geselligen Freizeitaktivitäten“³² zusammen, so zeigt sich folgendes Bild: Die Mehrheit aller Befragten (58.1%) nimmt mittelmässig häufig an extern-geselligen Freizeitaktivitäten teil (siehe Tabelle 34).

*Tabelle 34: Indikator „Teilnahme an extern-geselligen Freizeitaktivitäten“
(Angaben in %)*

	Alle (N= 1909)	IV-Renten (N=1132)	Individuelle Massnahmen (N=726)
Seltene Teilnahme an extern-geselligen Freizeitaktivitäten	14.5	20.1	6.1
Mittelmässig häufige Teilnahme an extern-geselligen Freizeitaktivitäten	58.1	61.6	52.8
Häufige Teilnahme an extern-geselligen Freizeitaktivitäten	27.4	18.4	41.2

Die IV-Rentner/innen sind in der Kategorie „seltene Teilnahme an extern-geselligen Aktivitäten“ deutlich häufiger vertreten als die Bezüger/innen individueller Massnahmen (20.1% bzw. 6.1%), in der Kategorie „häufige Teilnahme an extern-geselligen Aktivitäten“ hingegen wesentlich seltener (18.4% bzw. 41.2%).

6.1.8 Dimension „Mobilität“

Mobilität steht hier für die Möglichkeit, Distanzen zu überwinden und auch am öffentlichen Verkehr teilzunehmen. Daher erfasst der Fragebogen, wie häufig öffentliche Verkehrsmittel und Mitfahrgelegenheiten benutzt werden und die Zufriedenheit mit Aspekten des öffentlichen Verkehrs, wie z.B. den baulichen Einrichtungen. Zusätzlich mussten die Befragten angeben, wie häufig sie in der letzten Woche ihre Wohnung bzw. ihr Heim verlassen haben und wie oft sie Hilfe für kurze Fusswege, für grössere Entfernungen und für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel in Anspruch nehmen. Als Indikator für die Dimension „Mobilität“ fungiert die Beanspruchung von Mobilitätshilfe.

65.6% der Befragten haben ihre Wohnung bzw. ihr Heim in der letzten Woche vor der Befragung 7-mal und mehr verlassen. Die IV-Rentner/innen und Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV unterscheiden sich in diesem Mobilitätsaspekt deutlich. 55.3% der IV-Rentner/innen haben die Wohnung mindestens täglich verlassen, unter

³² Der Indikator wurde gebildet, indem die Durchschnittswerte über die Variablen „extern-gesellige Aktivitäten“ berechnet wurden. Die Teilnahme an extern-geselligen Freizeitaktivitäten wird als selten klassifiziert, wenn die 5 Aktivitäten durchschnittlich „weniger als einmal pro Jahr“ ausgeübt werden. Häufige Teilnahme an extern-geselligen Freizeitaktivitäten liegt vor, wenn die Aktivitäten im Durchschnitt „mindestens einmal pro Monat“ und häufiger ausgeübt werden.

den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen taten dies hingegen 82.6% (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35: Wie häufig haben Sie in der letzten Woche Ihre Wohnung bzw. Ihr Heim verlassen? (Angaben in %)

	Alle (N=1387)	IV-Renten (N=839)	Individuelle Massnahmen (N=511)
nie	2.7	3.7	0.8
1–2-mal	9.3	13	2.7
3–6-mal	22.4	28.0	13.9
7-mal und mehr	65.6	55.3	82.6

Mit Bezug auf die Beanspruchung von Mobilitätshilfe (siehe Tabelle 36), kann generell gesagt werden, dass die Befragten relativ mobil sind. Nur rund 15% aller Bezüger/innen von IV-Leistungen beanspruchen „mindestens einmal pro Monat“ und häufiger Hilfe für kurze Fusswege, grössere Entfernungen und die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Wobei die IV-Rentner/innen aber dreimal so häufig wie die Bezüger/innen individueller Massnahmen auf Hilfe angewiesen sind.

Tabelle 36: Beanspruchung von Mobilitätshilfe (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1684 und 1698)	IV-Renten (N zwischen 1013 und 1023)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 626 und 631)
Anteil der Befragten, welche bei folgenden Hilfeleistungen mindestens einmal pro Monat und häufiger ankreuzten:			
- Hilfe für kurze Fusswege	15.4	20.8	6.7
- Hilfe für grössere Entfernungen	15.5	20.3	7.8
- Hilfe für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	13.7	17.8	7.0

Bezüglich des Indikators „Mobilität“³³ (siehe Tabelle 37) ergibt sich, dass die Mehrheit (54.4%) aller Befragten als mobil d.h. komplett unabhängig von Mobilitätshilfe eingestuft werden konnten. Wobei aber beinahe doppelt so viele Bezüger/innen von individueller Massnahmen (77.2%) wie IV-Rentner/innen (40.3%) mobil sind.

³³ Der Indikator wurde gebildet, indem die Durchschnittswerte über die Variablen „Beanspruchung von Mobilitätshilfe“ berechnet wurden. Die Personen werden als wenig mobil eingestuft, wenn sie durchschnittlich bei allen drei Angaben „mindestens einmal pro Monat“ und häufiger ankreuzten. Als mobil wurden sie klassifiziert, wenn sie überhaupt „keine“ Hilfeleistungen in Anspruch nehmen.

Tabelle 37: Indikator „Mobilität“ (Angaben in %)

	Alle (N= 1671)	IV-Renten (N=1004)	Individuelle Massnahmen (N=623)
Wenig mobil	10.4	13.0	5.8
Eher mobil	35.2	46.6	17.0
Mobil	54.4	40.3	77.2

6.1.9 Dimension „Hilfe und Unterstützung“

Für viele Menschen mit Behinderungen, bei denen ein Bedarf an Hilfe bzw. Pflege vorliegt, muss ein System aus helfenden Personen aus dem nahen Umfeld sowie auch medizinischen und pädagogischen Beratungen und Hilfsmitteln verfügbar sein, das bei der täglichen Lebensführung Assistenz und Kompensation im benötigtem Masse bietet.

Diese objektiv gegebene Angewiesenheit auf Hilfsmittel und Hilfeleistungen wurde in der vorliegenden Untersuchung erfasst, indem die Befragten neben ihren benötigten Hilfsmitteln auch angeben mussten, wie oft sie Hilfe im Haushalt, in der Pflege und bei Konflikten und Krisen in Anspruch nehmen und welche Personen diese Unterstützung leisten. Zusätzlich wurde nach der Häufigkeit von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen gefragt und ermittelt, ob jemals rechtliche Unterstützung und Unterstützung durch soziale Dienste und Behindertenselbsthilfeorganisationen in Anspruch genommen worden waren.

Für den Indikator der Dimension „Hilfe und Unterstützung“ wurde die Angewiesenheit auf Hilfeleistungen im Haushalt, in der Pflege und bei Konflikten mit der Angewiesenheit auf ärztliche und therapeutische Behandlungen aggregiert.

Betrachtet man die in Tabelle 38 zusammengefasste Beanspruchung von Hilfeleistungen, so fällt auf, dass 23% aller Befragten mehrmals pro Woche und häufiger Hilfe bei Konflikten und Krisen beanspruchen. Hilfe im Haushalt haben 19.4% und Pflegeleistungen 13%.

Der Vergleich zwischen den IV-Rentnern und -Rentnerinnen sowie Bezüglern und Bezüglern individueller Massnahmen der IV bringt über alle Hilfeleistungen und dem Subindikator „Abhängigkeit von Hilfeleistungen“³⁴ eine wesentlich grössere Abhängigkeit von Hilfeleistungen der IV-Rentner/innen hervor.

³⁴ Der Subindikator „Abhängigkeit von Hilfeleistungen“ wurde gebildet, indem die Durchschnittswerte über alle Variablen (Hilfe im Haushalt, in der Pflege und bei Konflikten) berechnet wurden. Die Befragten sind sehr abhängig von Hilfeleistungen, wenn sie durchschnittlich bei allen drei Angaben „einmal pro Woche“ und häufiger ankreuzten. Als total unabhängig von Hilfeleistungen wurden sie klassifiziert, wenn sie überhaupt „keine“ Hilfeleistungen in Anspruch nehmen.

Tabelle 38: Beanspruchung von Hilfeleistungen im Haushalt, in der Pflege, bei Konflikten und Subindikator „Abhängigkeit von Hilfeleistungen“ (Haushalt, Pflege, Konflikte) (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1758 und 1826)	IV-Renten (N zwischen 1033 und 1086)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 678 und 704)
Anteil der Befragten, welche angaben, mehrmals pro Woche und häufiger Hilfe im Haushalt zu beanspruchen	19.4	29.2	5.4
Anteil der Befragten, welche angaben, mehrmals pro Woche und häufiger Pflegeleistungen zu beanspruchen	13.0	19.5	3.0
Anteil der Befragten, welche angaben, mehrmals pro Woche und häufiger Hilfe bei Konflikten und Krisen zu beanspruchen	23.0	29.9	11.9
Subindikator für Abhängigkeit von Hilfeleistungen (Haushalt, Pflege, Konflikte)	(N=1648)	(N=946)	(N=660)
- Sehr abhängig von Hilfeleistungen (Haushalt, Pflege, Konflikte)	20.1	29.4	6.5
- Wenig abhängig von Hilfeleistungen (Haushalt, Pflege, Konflikte)	32.5	39.3	23.2
- Total unabhängig von Hilfeleistungen (Haushalt, Pflege, Konflikte)	47.5	31.3	70.3

Mit Bezug auf die Beanspruchung von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen fällt in der Tabelle 39 auf, dass am häufigsten der Allgemeinarzt/die Allgemeinärztin (13% mehrmals pro Monat und häufiger) konsultiert wird, gefolgt vom Physiotherapeuten/von der Physiotherapeutin (8.4%) und dem Psychiater/der Psychiaterin (5.5%). Der Vergleich zwischen den IV-Rentnern und -Rentnerinnen sowie Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen der IV zeigt wiederum, dass die IV-Rentner/-innen wesentlich abhängiger von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen sind als die Bezüger/innen individueller Massnahmen.

Tabelle 39: Beanspruchung von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen und Subindikator „Abhängigkeit von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen“ (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1865 und 1891)	IV-Renten (N zwischen 1105 und 1126)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 714 und 716)
Anteil der Befragten, welche angeben, mehrmals pro Monat und häufiger folgende Behandlungen zu beanspruchen:			
- Allgemeinarzt/Allgemeinärztin	13.0	19.3	3.8
- Anderer Arzt/andere Ärztin	3.8	5.1	1.8
- Psychologe, Psychotherapeut/Psychologin, Psychotherapeutin	3.6	5.0	1.5
- Psychiater/in	5.5	8.1	1.8
- Physiotherapeut/in	8.4	10.3	5.9
- Chiropraktor/in	1.1	1.9	0.0
- Alternativ-medizinische/r Therapeut/in (z.B. Naturheilpraktiker/in, Magnetopath/in)	2.3	2.5	2.0
- Andere(r) nicht medizinische/r Therapeut/in (z.B. Tanz-, Mal-, Theatertherapeut/in)	1.0	1.3	0.6
- Anderer Beruf	1.7	2.4	0.7
Subindikator ³⁵ Abhängigkeit von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen	(N=1854)	(N=1102)	(N=707)
- Sehr abhängig von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen	18.6	25.2	8.9
- Wenig abhängig von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen	53.6	59.0	45.0
- Total unabhängig von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen	27.8	15.8	46.1

Werden der Subindikator „Abhängigkeit von Hilfeleistungen“ (Haushalt, Pflege und Konflikte) und der Subindikator „Abhängigkeit von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen“ zu einem positiv formulierten Indikator „Unabhängigkeit von Hilfeleistungen“ aggregiert, so ergibt sich folgendes Bild (siehe Tabelle 40): Die Mehrheit aller Befragten sind mittelmässig unabhängig von Hilfeleistungen.

³⁵ Der Subindikator „Abhängigkeit von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen“ wurde gebildet, indem die Durchschnittswerte über die Variablen berechnet wurden. Die Befragten sind sehr abhängig von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen, wenn sie durchschnittlich „mehrmals pro Monat“ und häufiger ankreuzten. Als total unabhängig von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen wurden sie klassifiziert, wenn sie überhaupt „keine“ Behandlungen in Anspruch nehmen.

Tabelle 40: Indikator „Unabhängigkeit von Hilfeleistungen“³⁶ (Angaben in %)

	Alle (N=1606)	IV-Renten (N=920)	Individuelle Massnahmen (N=648)
Wenig unabhängig von Hilfeleistungen	24.5	36.3	8.0
Mittelmässig unabhängig von Hilfeleistungen	54.6	55.7	53.5
Total unabhängig von Hilfeleistungen	20.9	8.0	38.4

Die IV-Rentner/innen sind in der Kategorie „wenig unabhängig von Hilfeleistungen“ deutlich häufiger vertreten als die Bezüger/innen individueller Massnahmen (36.3% bzw. 8%), in der Kategorie „total unabhängig von Hilfeleistungen“ hingegen deutlich seltener (8% bzw. 38.4%).

6.1.10 Dimension „Selbstbestimmung“

Neben der in Kapitel 6.1.9 erläuterten objektiv gegebenen Angewiesenheit auf bzw. Unabhängigkeit von Hilfeleistungen bei Menschen mit Behinderungen, gibt es auch eine von den Betroffenen subjektiv interpretierte Unabhängigkeit bzw. Selbstbestimmung. Sie beinhaltet nach Hahn „das Gefühl, unabhängig von anderen seine Intentionen verwirklichen zu können und nicht passiv dem Aktivsein anderer als Handlungsobjekt ausgeliefert zu sein“ (Hahn, 1981). Auf der Basis dieser Definition und einer von Windisch und Kniel (1993) entwickelten Skala zur Selbstbestimmung, wurde in der vorliegenden Untersuchung eine Batterie von 10 Fragen zusammengestellt und eingesetzt (siehe Tabelle 41). Sie weist eine gute interne Konsistenz (Cronbachs Alpha=.87) auf.

Überblickend kann festgehalten werden, dass alle Befragten angeben, eine relativ hohe Selbstbestimmung zu haben. Der Durchschnittswert der Gesamtskala liegt bei 4.00 (sd=.75, theoretische Maximalwert=5).

Mit einem Durchschnittswert von 3.7 (sd=.76) schätzen die IV-Rentner/innen ihre Selbstbestimmung aber deutlich tiefer ein als die Bezüger/innen individueller Massnahmen (Mittelwert=4.3, sd=.56). Die Tabelle 41 verdeutlicht dieses Ergebnis. Die IV-Rentner/innen bejahen im Vergleich zu den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen die positiv formulierten Aussagen (1–6) zur Selbstbestimmung deutlich weniger häufig, die negativ formulierten Aussagen (7–10) hingegen deutlich häufiger.

³⁶ Die Aggregation der beiden Subindikatoren „Abhängigkeit von Hilfeleistungen“ und „Abhängigkeit von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen“ zu einem Indikator „Unabhängigkeit von Hilfeleistungen“ ergibt eine Skala von 2 bis 6, wobei 2 und 3 zu „wenig unabhängig von Hilfeleistungen“ und 6 zu „total unabhängig von Hilfeleistungen“ zusammengefasst werden.

Tabelle 41: Selbstbestimmung (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1788 und 1831)	IV-Renten (N zwischen 1047 und 1078)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 689 und 714)
Anteil der Befragten, welche folgende Aussagen mit häufig oder immer beantworteten:			
1. Ich kann leben wie ich will	65.8	55.0	81.1
2. Schwierigkeiten bewältige ich aus eigener Kraft	74.1	62.2	91.5
3. Meinen Alltag gestalte ich selbst	85.8	81.0	92.7
4. Ich entscheide darüber, was mit mir geschieht	81.9	75.4	91.8
5. Ich führe ein unabhängiges Leben	72.6	64.1	85.3
6. Ich nutze meine Freiräume	75.8	67.8	87.3
7. Ich fühle mich von anderen Menschen abhängig	14.3	20.4	5.5
8. Ich bin auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen	17.2	25.5	6.5
9. Ich bin auf das Wohlwollen anderer Menschen angewiesen	16.5	21.8	8.7
10. Ich falle anderen Menschen zur Last	6.0	7.6	3.5

Fasst man diese Aussagen zu einem Indikator „Selbstbestimmung“³⁷ zusammen, so ergibt sich das in der Tabelle 42 dargestellte Bild: Die Mehrheit (58.3%) aller Befragten geben an, eine hohe Selbstbestimmung zu haben.

Tabelle 42: Indikator „Selbstbestimmung“ (Angaben in %)

	Alle (N=1794)	IV-Renten (N=1049)	Individuelle Massnahmen (N=696)
Geringe Selbstbestimmung	10.3	15.5	2.7
Mittlere Selbstbestimmung	31.4	41.1	17.4
Hohe Selbstbestimmung	58.3	43.4	79.9

Die IV-Rentner/innen sind in der Kategorie „geringe Selbstbestimmung“ wesentlich häufiger vertreten als die Bezüger/innen individueller Massnahmen (15.5% bzw. 2.7%), in der Kategorie „hohe Selbstbestimmung“ hingegen deutlich seltener (43.4% bzw. 79.9%).

6.1.11 Dimension „Diskriminierung – Integration – Partizipation“

Eine Beeinträchtigung zu haben, impliziert eine Abweichung von gesellschaftlich definierter Normalität. Diese Abweichung kann mit sozialer Ablehnung, Stigmatisierung und Diskriminierung einhergehen. Der Fragebogen erfasst daher die Sichtbarkeit der

³⁷ Der Indikator „Selbstbestimmung“ wurde gebildet, indem die Durchschnittswerte über alle Variablen berechnet wurden. Die Selbstbestimmung wird als „gering“ klassifiziert, wenn im Durchschnitt alle Angaben mit weniger als „manchmal“ beantwortet wurden. Ein hoher Grad an Selbstbestimmung liegt vor, wenn durchschnittlich mindestens „häufig“ gewählt wurde. Für die Berechnung wurden die Werte der negativ formulierten Items angepasst.

Beeinträchtigungen, Erfahrungen der Betroffenen mit Stigmatisierungen im alltäglichen Umgang mit anderen, und ob die Beeinträchtigungen versteckt bzw. verheimlicht und gesellschaftliche Anlässe gemieden werden. Zusätzlich interessierten diskriminierende Erfahrungen bei der Berufswahl und in der beruflichen Tätigkeit, die Mitgliedschaft in einer Behindertenselbsthilfeorganisation und politische Aktivitäten.

Für den Indikator der Dimension „Diskriminierung, Integration und Partizipation“ wurden die Erfahrungen von Stigmatisierung und die Fragen hinsichtlich des Versteckens der Beeinträchtigungen und des Vermeidens von gesellschaftlichen Anlässen aggregiert.

Es zeigt sich, dass die Mehrheit aller Befragten (54.4%) ihre Beeinträchtigungen selten oder nie zu verstecken bzw. zu verheimlichen versuchen, die IV-Rentner/innen (49.3%) aber etwas weniger häufig als die Bezüger/innen individueller Massnahmen (61.9%) (siehe Tabelle 43).

Tabelle 43: Verstecken bzw. Verheimlichen der Beeinträchtigungen (Angaben in %)

	Alle (N=1845)	IV-Renten (N=1093)	Individuelle Massnahmen (N=704)
Ja, immer	11.3	12.5	9.9
Ja, häufig	18.4	20.7	15.1
Ja, manchmal	15.8	17.5	13.1
Ja, selten	9.6	8.4	11.5
Nein, nie	44.8	40.9	50.4

Bezüglich den Schwierigkeiten im Kontakt mit fremden Menschen zeigt die Tabelle 44, dass je etwa ein Viertel aller Befragten manchmal oder häufig „unverhohlen angestarrt“ (24.3%), „abgewertet“ (23.5) und „ignoriert“ (22%) werden. Die geringste Häufigkeitsangabe befindet sich bei „beschimpft werden“ (7%).

Tabelle 44: Schwierigkeiten im Kontakt mit fremden Menschen (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1716 und 1749)	IV-Renten (N zwischen 1008 und 1033)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 659 und 670)
Anteil der Befragten, welche angaben, manchmal und häufiger folgende Erfahrungen zu machen			
- Ungefragt angefasst werden	10.6	13.5	5.8
- Ungefragt geduzt werden	21.4	26.4	13.4
- Unverhohlen angestarrt werden	24.3	30.2	15.0
- Ignoriert werden	22.0	27.4	13.5
- Abgewertet, „nicht für voll genommen“ werden	23.5	31.3	11.9
- Beschimpft werden	7.0	9.7	3.2
- Dass man unangemessene Fragen über die Beeinträchtigungen stellt	16.9	21.1	11.1
- Dass man unerwünscht Mitleid bekundet und Ratschläge gibt	20.0	25.2	11.8
- Anderes	3.6	3.7	3.3
Subindikator für Schwierigkeiten im Kontakt mit fremden Menschen			
	(N=1732)	(N=1023)	(N=663)
- viele Schwierigkeiten	21.7	28.6	10.9
- wenig Schwierigkeiten	54.6	54.8	53.7
- keine Schwierigkeiten	23.7	16.5	35.4

Der Vergleich zwischen den IV-Rentnern und -Rentnerinnen sowie den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen bringt über alle aufgelisteten Erfahrungen und dem Subindikator „Schwierigkeiten im Kontakt mit fremden Menschen“³⁸ hinweg eine grössere Erfahrung von Stigmatisierung seitens der IV-Rentner/innen hervor.

Ein Viertel aller Befragten vermeidet häufig oder manchmal gesellschaftliche Anlässe (siehe Tabelle 45), weil sie demütigende Erfahrungen befürchtet. Wobei es doppelt so viele IV-Rentner/innen sind (30.2%) wie Bezüger/innen individueller Massnahmen (16.6%).

Tabelle 45: Meidung gesellschaftlicher Anlässe (Angaben in %)

	Alle (N=1816)	IV-Renten (N=1078)	Individuelle Massnahmen (N=691)
Ja, häufig	10.0	12.3	6.1
Ja, manchmal	15.1	17.9	10.6
Ja, selten	13.0	13.2	13.2
Nein, nie	61.9	56.6	70.2

³⁸ Der Subindikator „Schwierigkeiten im Kontakt mit fremden Menschen“ wurde gebildet, indem die Durchschnittswerte über alle Variablen berechnet wurden. Die Befragten haben „viele Schwierigkeiten“, wenn sie durchschnittlich bei allen Angaben „selten“ und „häufiger“ ankreuzten. Sie haben „keine Schwierigkeiten“, wenn sie durchschnittlich bei allen Angaben „nie“ ankreuzten.

Werden die oben erwähnten Angaben zu einem positiv formulierten Indikator „Absenz von Stigmatisierungserfahrungen“³⁹ aggregiert, so ergibt sich das in Tabelle 46 dargestellte Bild: Fast die Hälfte aller Befragten (45.3%) erfahren eine grosse Absenz von Stigmatisierungserfahrungen.

Tabelle 46: Indikator „Absenz von Stigmatisierungserfahrungen“⁴⁰ (Angaben in %)

	Alle (N=1688)	IV-Renten (N=993)	Individuelle Massnahmen (N=650)
Kleine Absenz von Stigmatisierungserfahrungen	16.2	20.6	9.8
Mittlere Absenz von Stigmatisierungserfahrungen	25.2	28.4	20.3
Grosse Absenz von Stigmatisierungserfahrungen	45.3	42.9	48.2
Totale Absenz von Stigmatisierungserfahrungen	13.3	8.1	21.7

Die IV-Rentner/innen sind in der Kategorie „kleine Absenz von Stigmatisierungserfahrungen“ wesentlich häufiger vertreten als die Bezüger/innen individueller Massnahmen (20.6% bzw. 9.8%), in der Kategorie „totale Absenz von Stigmatisierungserfahrungen“ hingegen deutlich seltener (8.1% bzw. 21.7%).

Somit gehen folgende Indikatoren zur Rekonstruktion typischer Lebenslagen in die Clusteranalyse ein:

- Höchster formaler Bildungsabschluss
- Arbeitsintegration
- Persönliches Einkommen
- Haushaltseinkommen
- Wohnraum pro Person
- Gesundheitszustand
- Soziale Kontakte
- Teilnahme an extern-geselligen Freizeitaktivitäten
- Mobilität
- Unabhängigkeit von Hilfeleistungen
- Selbstbestimmung
- Absenz von Stigmatisierungserfahrungen

³⁹ Der Indikator wurde so benannt, weil nur Fragen zu Stigmatisierungserfahrungen gebündelt wurden. Zudem wurde er positiv formuliert, damit (kategorial) hohe Werte mit (inhaltlich) positiven Merkmalen verbunden sind.

⁴⁰ Die Aggregation der drei Variablen „Verstecken bzw. Verheimlichen der Beeinträchtigungen“, „Schwierigkeiten im Kontakt mit fremden Menschen“ und „Vermeiden gesellschaftlicher Anlässe“ zu einem Indikator „Absenz von Stigmatisierungserfahrungen“ ergibt eine Skala von 3 bis 11, wobei 3 bis 5 zu „kleine Absenz von Stigmatisierungserfahrungen“ und 8 bis 10 zu „grosse“ bzw. 11 zu „totale Absenz von Stigmatisierungserfahrungen“ zusammengefasst werden.

6.2 Die Lebenslagen

Die im Kapitel 6.1 vorgestellten Ergebnisse zu den Lebenslagendimensionen haben einen Überblick über die Lebensbedingungen der Leistungsbezüger/innen der Invalidenversicherung gegeben. In diesem Kapitel sollen nun *typische* Lebenslagen rekonstruiert werden. Diese Rekonstruktion ist in drei Abschnitte gegliedert. In einem ersten Schritt werden *alle Bezüger/innen von Leistungen der Invalidenversicherung* einbezogen (6.2.1). Auf den Erkenntnissen dieser Typologie aufbauend werden in einem zweiten Schritt eine Typologie für das Teilsample der Bezüger/innen von *individuellen Massnahmen* (6.2.2) und eine Typologie für das Teilsample der Bezüger/innen einer *IV-Rente* (6.2.3) geschaffen und in einer systematisierten Zusammenfassung präsentiert.

In der Darstellung dieser Typologien wird jeweils so verfahren, dass zuerst alle Lebenslagen als Profile in *einer* Grafik dargestellt werden. In der anschliessenden Beschreibung der einzelnen Lagen wird das entsprechende Profil in einer Einzeldarstellung eingangs nochmals vergegenwärtigt. In diesen graphischen Abbildungen sind entlang der X-Achse die Dimensionen abgetragen. Die Werte der Y-Achse entsprechen den Mittelwerten der jeweiligen Lage. Dabei handelt es sich um z-transformierte Werte. Zur Orientierung sind mit gepunkteten Linien die Maxima und Minima eingetragen, die von einer der Lebenslagen innerhalb des untersuchten Samples erreicht werden und den Rahmen darstellen, innerhalb dessen sich die Durchschnittswerte der Lagen auf den einzelnen Dimensionen bewegen. Der durchschnittliche Wert der Stichprobe, die der Analyse zu Grunde liegt, ist durch eine fett gezogene Linie (auf dem Nullpunkt) gekennzeichnet.

Bei der anschliessenden Beschreibung der einzelnen Lagen werden zuerst die konkreten Ausprägungen der lagenbildenden Dimensionen (aktive Variablen), die in die Clusterbildung eingegangen sind, festgehalten. Mit den abgebildeten Z-Werten können die Relationen zum Durchschnitt des Samples wiedergegeben werden. Da die Z-Werte aber keine inhaltlichen Auskünfte geben und sich die Indikatoren teilweise aus mehreren Variablen zusammensetzen, werden zur Konkretisierung der abstrakten Z-Werte oft die konkreten Ausprägungen auf einzelnen Variablen, die hinter den referierten Werten der Indikatoren stehen, aufgezeigt. Für den „Gesundheitszustand“ heisst dies beispielweise, dass nicht nur ein Z-Wert genannt und in Relation zu Werten anderer Lagen gesetzt wird (z.B. „unterdurchschnittlich“), sondern die damit zum Ausdruck gebrachte Häufigkeit von Beschwerden und das Angewiesensein auf Medikamente konkretisierend aufgeführt werden.

Anschliessend werden jeweils Informationen zur Leistungsart der IV, Beeinträchtigungsformen, Schwere der Beeinträchtigungen, Ursache der Beeinträchtigungen und zu soziodemographischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Zivilstand und Natio-

nalität der Betroffenen gegeben. Es handelt sich dabei um Variablen, die nicht in die Clusterbildung eingingen, sondern erst nach Abschluss der Modellierung zur inhaltlichen Bestimmung der Lagen herangezogen wurden (passive Variablen).

Bei der Beschreibung der aktiven als auch der passiven Variablen werden durchgehend jene Werte in den Vordergrund gestellt, die typisch für das jeweilige Cluster sind, d.h. vom Gesamtmittelwert oder – bei kategorialen Merkmalen – deutlich von der Gleichverteilung nach oben oder unten abweichen. (Die Clusterzentren der Dimensionen sind im Anhang Tabellen A2, A3, und A4 aufgeführt, ebenso die Verteilungen der passiven Variablen).

Der Deskription der Lage folgt eine kurze Interpretation, bei der mögliche Erklärungen zu den vorgefundenen Konstellationen von Lebenslagendimensionen formuliert werden und die konkreten Ausprägungen in den Lebenslagendimensionen mit aktuellen Daten zur Schweizerischen Gesamtbevölkerung in Beziehung gesetzt werden.

Bei der Betrachtung dieser Rekonstruktion von Lagen ist zu beachten, dass das hier verfolgte Vorgehen erlaubt, typische Lebenslagen im Sinne von typischen Konstellationen von Ressourcenausstattungen in den unterschiedlichen Dimensionen abzubilden. Die Nutzung der Ressourcen der Dimensionen als funktionale Äquivalente und Kompensationen unter den verschiedenen Dimensionen kann hier aber nicht aufgezeigt werden. Dies muss einer nächsten, hierauf spezialisierten Untersuchung vorbehalten bleiben.

6.2.1 Lebenslagen der Leistungsbezüger/innen der Invalidenversicherung (N=766)

In einem ersten Schritt wird das *gesamte* Sample von Bezügerinnen und Bezügerinnen von Leistungen der Invalidenversicherung daraufhin untersucht, ob sich (typische) Lebenslagen rekonstruieren lassen, indem auf der Grundlage der erfassten Lebenslagendimensionen Gruppen von Personen identifiziert werden, die hinsichtlich ihrer individuellen Lebenslagen in sich homogen, untereinander aber möglichst heterogen sind. Dazu wurde die gesamte Stichprobe in eine erste Clusteranalyse eingeführt. Da beim Verfahren der Clusteranalyse aber nur jene Personen einbezogen werden können, die hinsichtlich aller Variablen, die in die Indikatoren eingehen, gültige Werte aufweisen, basiert die Clusterbildung auf den Daten von 766 Personen.

Bei diesen 766 Personen haben sich die Verteilungen der Beeinträchtigungsformen, Schwere der Beeinträchtigungen, Ursache der Beeinträchtigungen und soziodemographischen Merkmale wie Geschlecht, Alter, und Nationalität gegenüber der Gesamtstichprobe der Leistungsbezüger/innen der IV nicht verändert. Einzig Personen, die in Heimen leben, finden sich in diesem Sample leicht reduziert wieder.

Bei den 766 Leistungsbezügern und Leistungsbezügerinnen der Invalidenversicherung erwies sich gemessen an den formal-statistischen Kriterien und inhaltlichen Interpretierbarkeit (siehe Kapitel 4.6.3) eine Clusterlösung mit 5 Clustern als angemessen. Sie erklärt 32% der Streuungsquadratsumme (ETA^2), die Mittelwerte der gebildeten Cluster unterscheiden sich signifikant ($p < .001$) und gemäss der Ergebnisse der Diskriminanzanalyse wurden 94.3% der ursprünglich gruppierten Fälle korrekt klassifiziert. Alle 5 Cluster sind inhaltlich gut interpretierbar.

Abbildung 2: Lebenslagen der Leistungsbezüger/innen der IV (N=766)

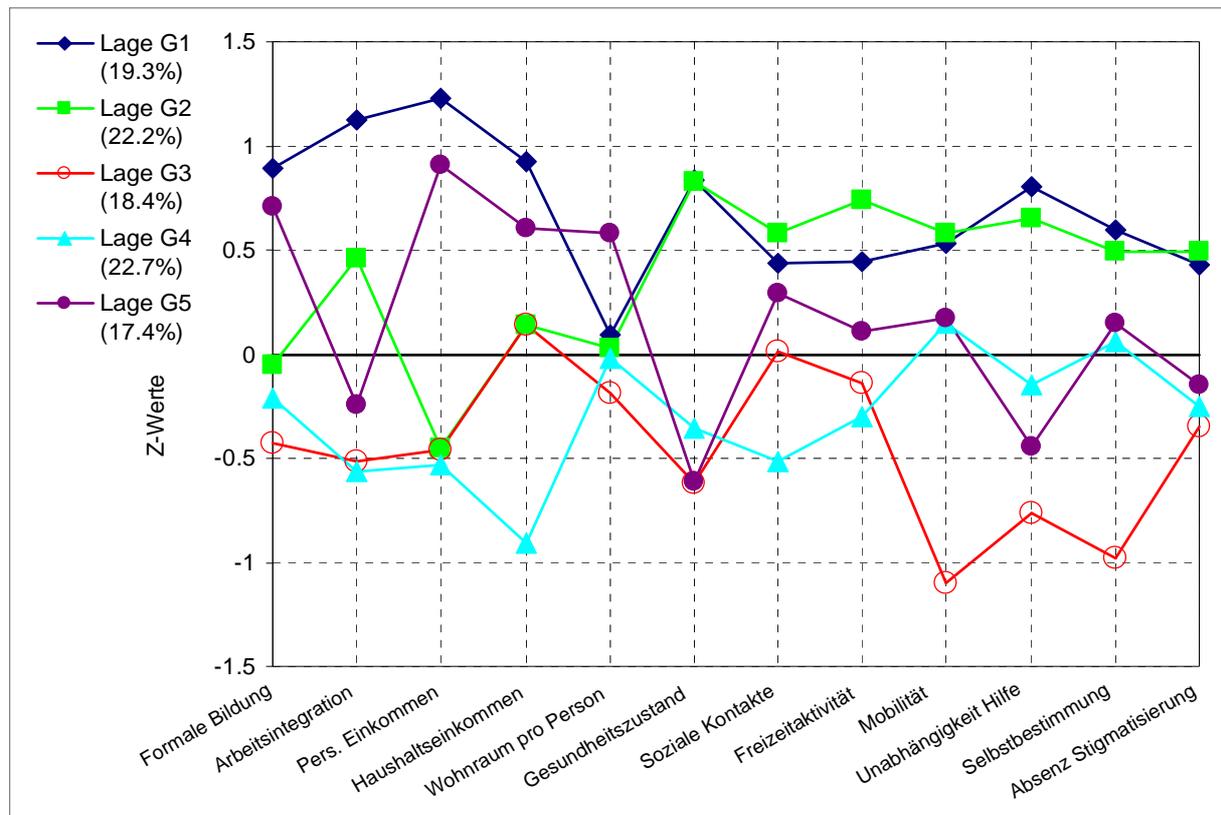


Abbildung 2 gibt einen Überblick über die 5 Lebenslagen der Leistungsbezüger/innen der Invalidenversicherung. Sie lässt Lagen erkennen, die in den Lebenslagendimensionen Gesundheitszustand, Soziale Kontakte, Freizeitaktivität, Mobilität, Unabhängigkeit von Hilfe, Selbstbestimmung und Absenz von Stigmatisierung durchgehend klar überdurchschnittliche Werte aufweisen (Lage G1 und Lage G2). Umgekehrt werden Lagen ersichtlich, die über all diese Lebenslagendimensionen deutlich tiefere Werte erreichen (Lage G3, Lage G4, Lage G5). Die Lebenslagen der einbezogenen Bezüger/-innen von Leistungen der IV gliedern sich entlang der sozialintegrativen und behinderungsbezogenen Dimensionen in zwei recht deutlich getrennte Lager. Da sich die Stichprobe aus zwei unterschiedlich definierten Kategorien von Leistungsbezügern und Leistungsbezügerinnen zusammensetzt, drängt sich die Vermutung auf, dass hin-

ter diesem über 7 Lebenslagendimensionen hinweg verlaufenden markanten Unterschied zwischen den Lagen G1 und G2 einerseits und den Lagen G3, G4 und G5 andererseits schlicht die zwei unterschiedlich definierten Kategorien von Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügerinnen stehen.

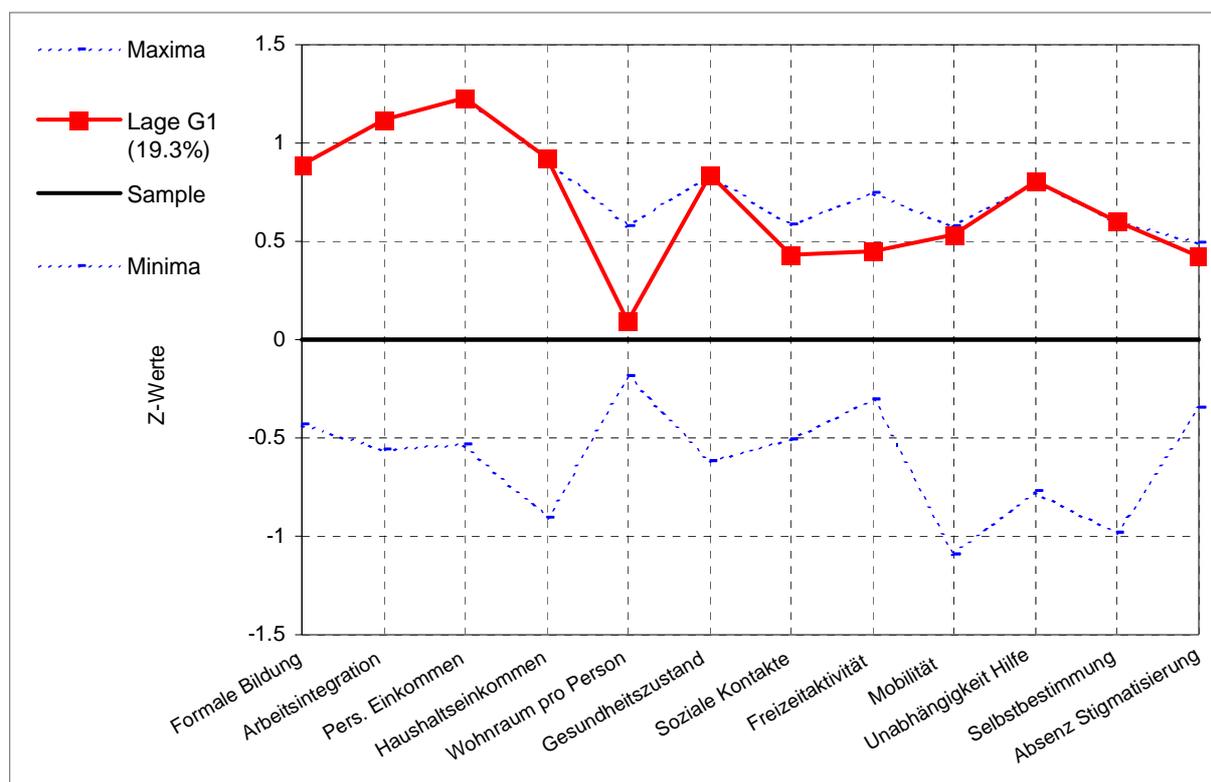
Die Analyse dieser Lagen bezüglich dem Merkmal Leistungsart der IV bringt denn auch hervor, dass in Lage G1 und Lage G2 überdurchschnittlich häufig Bezüger/innen von individuellen Massnahmen, in Lage G3, G4 und G5 hingegen überdurchschnittlich häufig IV-Rentner/innen vertreten sind.

Diese 5 Lagen werden im Folgenden inhaltlich genauer charakterisiert und zueinander in Beziehung gesetzt.

Lage G1: „Bezüger/innen individueller Massnahmen“ (N=148)

Die Personen in dieser Lage zeichnen sich dadurch aus, dass sie in 7 Lebenslagendimensionen die höchsten und in den übrigen Dimensionen Werte über dem Durchschnitt der Stichprobe erreichen.

Abbildung 3: Lage G1 der Leistungsbezüger/innen der IV (N=148)



49.3% der Lagemitglieder haben formale Bildungsabschlüsse bis zum Niveau einer Berufsbildung und ganze 43.9% eine höhere Berufsbildung oder (Fach)Hochschule absolviert. Damit weisen sie mit Abstand das höchste formale Bildungsniveau im Sample auf. Drei Viertel arbeiten 37 Stunden pro Woche und mehr und nur 6.1%

gehen keiner bezahlten Erwerbstätigkeit nach, womit die Arbeitsintegration in dieser Lage als sehr hoch eingeschätzt werden kann. Passend zu diesem hohen Bildungsniveau und der guten Arbeitsintegration werden beim persönlichen Einkommen und Haushaltseinkommen die höchsten Werte im Sample erreicht: 81.1% der Betroffenen haben ein persönliches Einkommen von über CHF 4'500.– pro Monat, 74.4% verfügen über ein Haushaltseinkommen von mehr als CHF 6'000.– pro Monat. Der Wohnraum, den sie zur Verfügung haben, liegt nahe dem Durchschnitt aller Leistungsbezüger/innen der IV. In den Merkmalen Gesundheitszustand, soziale Kontakte, extern-gesellige Freizeitaktivitäten, Mobilität, Unabhängigkeit von Hilfeleistungen, Selbstbestimmung und Absenz von Erfahrungen und der Befürchtung von Stigmatisierung sind die Personen der Lage G1 durchgehend am besten oder zweitbesten gestellt.

Für den Gesundheitszustand bedeutet dies konkret, dass 79% weniger als einmal pro Woche Beschwerden haben und 65.5% nicht auf Medikamente angewiesen sind, um ihre täglichen Aufgaben bewältigen zu können. Betrachtet man die soziale Integration genauer, so verfügen 43.9% über eine Netzwerkgrösse von mehr als 27 Personen und 63.5% können auf mehrere Vertrauenspersonen zurückgreifen. Dementsprechend häufig werden extern-gesellige Freizeitaktivitäten ausgeübt.

Wenn man sich die Abhängigkeit von Hilfe und Unterstützung dieser Personen ansieht, so bezeichnet sich in den Bereichen Mobilität, Haushalt, Pflege und medizinischer Versorgung jeweils eine Mehrheit als komplett von Hilfeleistungen unabhängig. Passend zu diesem Umstand wird die Selbstbestimmung zu 88.5% als hoch eingeschätzt.

Der hohe Wert bei der Dimension Absenz von Erfahrungen und der Befürchtung von Stigmatisierung kann dadurch anschaulich gemacht werden, dass 71.6% z.B. nie gesellschaftliche Anlässe vermeiden, weil sie demütigende Erfahrungen befürchten.

Die Angehörigen dieser Lage sind vor allem Bezüger/innen individueller Massnahmen (87.2%). Sie weisen mehrheitlich (52.1%) Sinnesbeeinträchtigungen auf; wobei eine Analyse der Hilfsmittel ergibt, dass es sich vor allem um Hörbeeinträchtigungen handelt. 77.8% stufen ihre Beeinträchtigungen bezüglich Schweregrad als leicht oder mittel ein.

Während die Altersverteilung in etwa dem Sample entspricht (50.4% sind älter als 50 Jahre), ist der Anteil der Männer (77.2%) und der Verheirateten (72.4%) in dieser Lage deutlich über dem Durchschnitt.

Bei den Angehörigen dieser Lage handelt es sich also um vorwiegend ältere Männer, die nach eigener Einschätzung leichte oder mittelschwere Beeinträchtigungen aufweisen, vergleichsweise wenig mit Beschwerden konfrontiert und mehrheitlich nicht auf Medikamente angewiesen sind, um ihre täglichen Aufgaben bewältigen zu können

(65.5%). Hierin gleichen sie der schweizerischen Gesamtbevölkerung: Der Anteil Personen in dieser Lage, der keine Medikamente benötigt, ist in annähernd gleich gross wie in der Gesamtbevölkerung.⁴¹

Dank dieser nur leichten und wenig stigmatisierten Beeinträchtigungen (z.B. Hörbeeinträchtigungen) sind die Personen in dieser Lage fähig, ein hohes Arbeitspensum zu bewältigen und soziale Kontakte zu pflegen; sie sind unabhängig von Hilfeleistungen, in der Lage ein sehr selbstbestimmtes Leben zu führen und kaum mit Erfahrungen von Stigmatisierung konfrontiert. Diese im Vergleich zu den übrigen Lagen vorteilhafte Lebenssituation wird durch den Umstand verstärkt, dass diese Personen sich durch ein hohes Bildungsniveau auszeichnen und über ein hohes persönliches Einkommen verfügen. Dabei ist zu betonen, dass das formale Bildungsniveau und persönliche Einkommen auch deutlich über dem der Schweizerischen Gesamtbevölkerung liegt.⁴² In diesen letztgenannten Merkmalen unterscheidet sich die Lage G1 deutlich von der im Folgenden beschriebenen Lage G2.

Lage G2: „Bezüger/innen individueller Massnahmen“ (N=170)

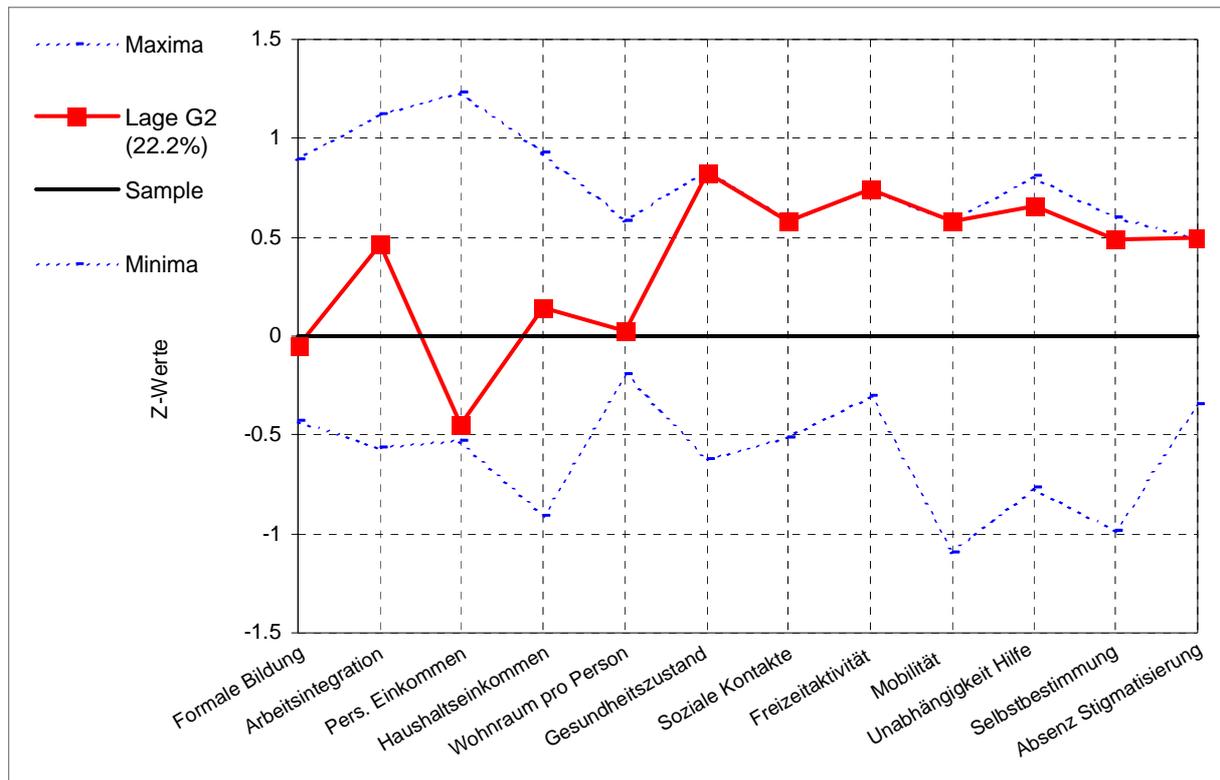
Die Lage G2 ist dadurch gekennzeichnet, dass sie in den 5 sozialintegrativen und behinderungsbezogenen Dimensionen die Maximalwerte erreichen, während in den ökonomischen Dimensionen eine Verwerfung zwischen einer hohen Arbeitsintegration und einem tiefen Einkommen vorliegt.

⁴¹ Vgl. dazu die Frage „Everyday functioning: Medication needed“ des Schweizer Haushaltspanels 2002 (Schweizer Haushaltspanel, 2002), wo 71.7% mit „not at all“ bzw. 4.5% mit „a great deal“ antworten.

⁴² Vgl. dazu den Bildungsstand der Bevölkerung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003a), wo 25.2% der Bevölkerung in der Schweiz (Lage G1: 43.9%) als höchsten Bildungsabschluss eine höhere Berufsbildung oder eine Hochschule absolviert haben.

Vgl. dazu Stamm et al. (2002, S. 47–49), wo für 1999 ein persönliches Durchschnittseinkommen von CHF 3'700.– (Lage G1: CHF 4'500.– bis 5'999.–) angegeben wird.

Abbildung 4: Lage G2 der Leistungsbezüger/innen der IV (N=170)



Die Angehörigen dieser Lage verfügen über ein Niveau formaler Bildung, das dem Durchschnitt der Stichprobe entspricht. 84.1% können höchstens eine Berufsbildung vorweisen und nur 5.8% haben eine höhere Berufsbildung oder eine (Fach)Hochschule abgeschlossen. Mit 21.8%, die keiner bezahlten Erwerbstätigkeit nachgehen, 37%, die zwischen 10 und 36 Stunden arbeiten, und 33.5%, die 37 Stunden und mehr beschäftigt sind, wird bezüglich Arbeitsintegration der zweithöchste Wert im Sample erreicht. Im Kontrast zu dieser überdurchschnittlichen Arbeitsintegration steht das tiefe persönliche Einkommen: 42.4% verfügen über ein Einkommen von weniger als CHF 2'000.– pro Monat und keine Person verzeichnet ein persönliches Einkommen von über CHF 6'000.–. Das Haushaltseinkommen ist das zweitgeringste im Sample. Der Wohnraum pro Person hingegen liegt im Durchschnitt. In den Merkmalen Gesundheitszustand, soziale Kontakte, extern-gesellige Freizeitaktivitäten, Mobilität, Unabhängigkeit von Hilfeleistungen, Selbstbestimmung und Absenz von Stigmatisierung sind die Personen der Lage G2 – ähnlich wie die Lage G1 – durchgehend am besten oder zweitbesten gestellt.

Die Angehörigen dieser Lage sind mehrheitlich Bezüger/innen individueller Massnahmen (66.9%). Sie weisen überdurchschnittlich häufig Sinnesbeeinträchtigungen (39.5%) und angeborene Beeinträchtigungen (30.7%) auf; es handelt sich – wie eine Analyse der Hilfsmittel ergibt – sowohl um Personen mit Seh- wie auch Hörbeein-

trächtigungen. 81.2% stufen ihre Beeinträchtigungen als leicht oder mittel ein. Der Anteil der Frauen ist mit 55.3% überdurchschnittlich hoch. Die Mehrheit ist verheiratet (52.9%), mit 41.2% ist jedoch der Anteil der Ledigen im Vergleich zu den andern Lagen am höchsten. 33.1% befinden sich in der Alterskategorie zwischen 18 und 29 Jahren, so viele wie in keiner andern Lage.

Die Personen in dieser Lage sind somit den Angehörigen der Lage G1 bezüglich der Ausprägungen in der Lebenslagendimension Gesundheitszustand sowie in den sozial-integrativen und behinderungsbezogenen Dimensionen sehr ähnlich, allerdings zeigen sich bei den ökonomischen Dimensionen deutliche Unterschiede: Die Personen der Lage G2 weisen im Gegensatz zur Lage G1 eine durchschnittliche formale Bildung auf, arbeiten häufiger nur Teilzeit und verfügen überraschenderweise über ein ähnlich tiefes persönliches Einkommen wie die im folgenden beschriebenen Lagen G3 und G4. Das von ihnen erreichte mittlere persönliche Einkommen zwischen CHF 2'000.– und CHF 2'999.– pro Monat liegt dabei deutlich unter dem berichteten monatlichen Durchschnittseinkommen der Schweizerischen Gesamtbevölkerung.

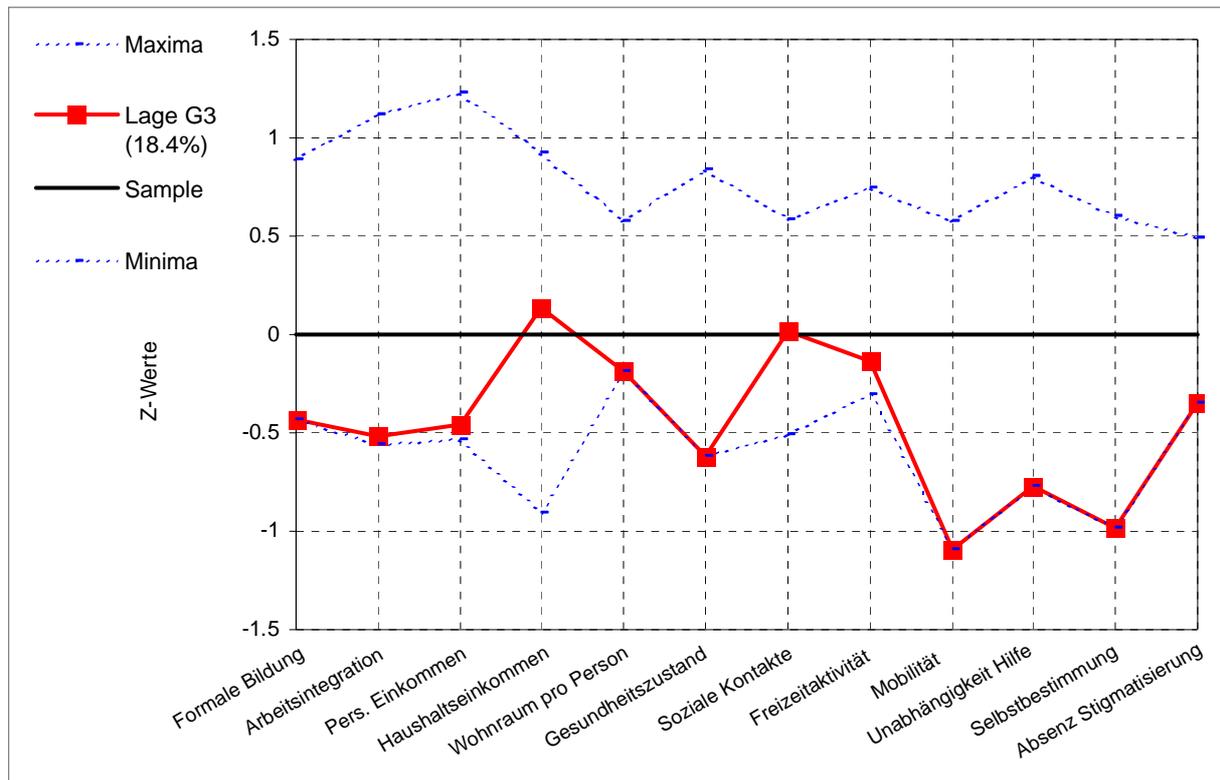
Dieses trotz bestehender Arbeitsintegration sehr tiefe Einkommen, könnte einerseits dadurch erklärt werden, dass sich in dieser Lage überproportional viele junge Personen befinden, die noch nicht lange im Berufsleben integriert sind. Eine Analyse der Art des Haupterwerbs unterstützt diese Sicht: 10.9% der Angehörigen der Lage G2 befinden sich noch in einer Lehre, so viele wie in keiner andern Lage.

Andererseits kann die Diskrepanz zwischen Arbeitsintegration und persönlichem Einkommen auch mit der Art der Beeinträchtigungen in Zusammenhang stehen. Den Personen mit angeborenen Sinnesbeeinträchtigungen, die unter den Angehörigen dieser Lage häufig sind, ist möglicherweise der Zutritt zu höheren formalen Bildungsabschlüssen und somit zu einer besser bezahlten Arbeitsstelle verwehrt worden. Sie arbeiten häufig in geschützten Werkstätten.

Lage G3: „IV-Rentner/innen“ (N=141)

Die Lage G3 ist nahezu das Spiegelbild der Lage G1. In 7 Lebenslagendimensionen werden die tiefsten, in 5 Dimensionen nur knapp durchschnittliche Werte verzeichnet. Damit weisen sie die klar nachteiligste Lebenslage auf.

Abbildung 5: Lage G3 der Leistungsbezüger/innen der IV (N=141)



Die Angehörigen der Lage G3 haben ein tiefes Bildungsniveau. 88.7% haben einen formalen Bildungsabschluss bis zum Niveau einer Berufsbildung (29.8% nur die obligatorische Schule, 23.4% eine Anlehre) erworben. Damit wird das tiefste formale Bildungsniveau aller Lagen erreicht. 74.5% gehen keiner bezahlten Erwerbstätigkeit nach. Weitere 17.8% arbeiten weniger als 36 Stunden in der Woche, womit die Arbeitsintegration für diese Lage als sehr gering bezeichnet werden kann. Das persönliche Einkommen erweist sich als klar unterdurchschnittlich: 45.4% verfügen über ein persönliches Einkommen unter CHF 2'000.– und niemand erreicht ein Einkommen über CHF 6'000.–. Das Haushaltseinkommen dagegen liegt knapp über dem Durchschnitt des Sample. Beim Wohnraum pro Person werden im Vergleich zu den andern Lagen die geringsten Werte erreicht: 39.8% haben ein Zimmer und weniger.

Der Gesundheitszustand ist auffällig schlecht. 68.1% haben mindestens einmal pro Woche und häufiger Beschwerden und 55.3% sind sehr auf Medikamente angewiesen, um die täglichen Aufgaben zu bewältigen. Die sozialen Kontakte und extern-geselligen Freizeitaktivitäten hingegen entsprechen mehr oder weniger dem Durchschnitt. Grosse Defizite liegen bei der Mobilität vor: Nur 3.5% brauchen nie Hilfe für kurze Fusswege, grössere Entfernungen oder die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Zusätzlich besteht im Vergleich zu den andern Lagen die grösste Abhängigkeit von Hilfeleistungen in den Bereichen Haushalt, Pflege und medizinische Versorgung und der geringste Grad an wahrgenommener Selbstbestimmung. Konkret bedeutet dies,

dass nur 2.8% sich als komplett unabhängig von Hilfeleistungen einstufen und 31.2% ihre Selbstbestimmung als tief einschätzen.

Die Absenz von Erfahrungen und Befürchtung von Stigmatisierung erreicht den tiefsten Durchschnittswert. Dieses Ergebnis kann dadurch anschaulich gemacht werden, dass 36.2% manchmal oder häufig und nur 40% nie Anlässe vermeiden, weil sie demütigende Erfahrungen befürchten.

Die Personen in dieser Lage sind vor allem Bezüger/innen einer IV-Rente (91.4%). Sie weisen mehrheitlich körperliche Beeinträchtigungen auf (60.9%) – was sie vor allem von der Lage G1 und G2 unterscheidet – und deutlich überdurchschnittlich häufig psychische (41.3%) und geistige Beeinträchtigungen (13%). Rund 75% stufen ihre Beeinträchtigungen als mindestens schwer ein, so viele wie in keiner andern Lage.

Der Anteil der Frauen ist mit 60.7% der höchste von allen Lagen. Beinahe die Hälfte aller Personen ist zwar über 50 Jahre alt, mit einem Anteil von 29.7% sind aber die Personen zwischen 40 und 49 Jahren überdurchschnittlich häufig vertreten. Während der Zivilstand unauffällig ist (61% sind verheiratet), sind Ausländer mit 28.4% (Durchschnitt 14.7%) in dieser Lage sehr häufig vertreten.

Bei den Angehörigen dieser Lage handelt es sich also mehrheitlich um Frauen, die häufig ausländischer Herkunft sind und ein relativ tiefes formales Bildungsniveau erreichen. Der Anteil von 29.8% dieses Clusters, der nur eine obligatorische Schule absolviert hat, ist deutlich grösser als in der Schweizerischen Gesamtbevölkerung.⁴³ Zusätzlich weisen die Angehörigen dieser Lage schwere Beeinträchtigungen auf, leiden häufig an Beschwerden und sind mehrheitlich sehr auf Medikamente angewiesen, um die täglichen Aufgaben zu bewältigen (55.3%). Der Anteil an Personen, die sehr auf Medikamente angewiesen sind, erweist sich als 12-mal grösser als in der Schweizerischen Gesamtbevölkerung (Schweizer Haushaltspanel, 2002).

Durch die starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind die Angehörigen dieser Lage mehrheitlich nicht fähig, einer bezahlten Erwerbstätigkeit nachzugehen, und dementsprechend häufig mit einem tiefen persönlichen Einkommen konfrontiert. Der hohe Bedarf an Hilfeleistungen, der tiefe Grad an wahrgenommener Selbstbestimmung und die häufigen Erfahrungen von Stigmatisierung, welche diese Lage zusätzlich charakterisieren, kann dadurch plausibilisiert werden, dass der Anteil an Personen mit Sinnesbeeinträchtigungen – im Gegensatz zur Lage G1 und G2 – hier tief ist, dafür körperliche Beeinträchtigungen, psychische Beeinträchtigungen und vor allem ein überdurchschnittlicher Anteil an geistigen Beeinträchtigungen kennzeichnend für diese

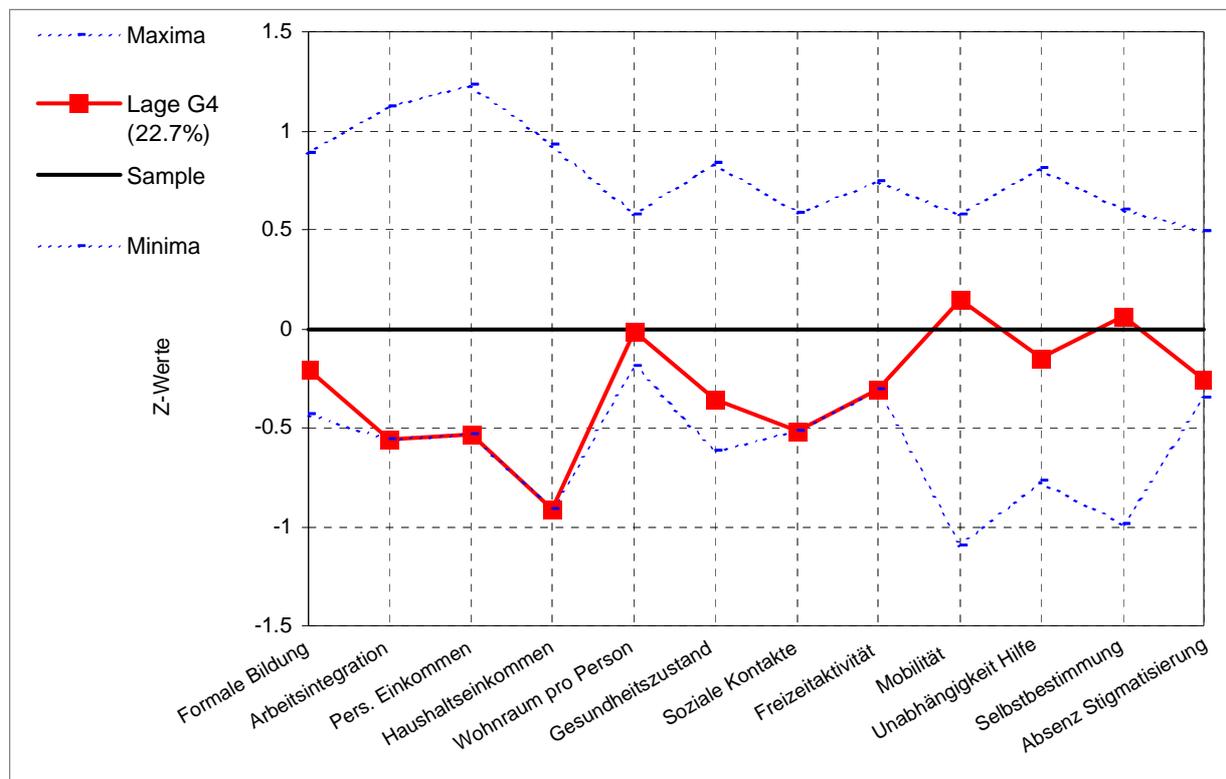
⁴³ Vgl. dazu den Bildungsstand der Bevölkerung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003a), wo 18.4% der Bevölkerung in der Schweiz (Lage G3: 29.8%) als höchsten Bildungsabschluss die obligatorische Schule absolviert haben.

Lage ist. Eine weitere Analyse der Art der Beeinträchtigungen zeigt zudem auf, dass so häufig wie in keiner andern Lage Mehrfachbeeinträchtigungen vorliegen.

Lage G4: „IV-Rentner/innen“ (N=174)

Die Lage G4 nimmt in 5 Lebenslagendimensionen die tiefsten Werte ein und in den übrigen Dimensionen werden höchstens durchschnittliche Werte erreicht.

Abbildung 6: Lage G4 der Leistungsbezüger/innen der IV (N=174)



83.2% haben einen formalen Bildungsabschluss bis zur Höhe einer Berufsbildung (21.8 % die obligatorische Schule, 12.6% eine Anlehre) absolviert. Damit weisen diese Personen das zweittiefste formale Bildungsniveau aller Lagen auf. In den Lebenslagendimensionen Arbeitsintegration, persönliches Einkommen und Haushaltseinkommen werden die tiefsten Werte erreicht: Drei Viertel gehen keiner Erwerbstätigkeit nach, 79.9% haben ein persönliches Einkommen von weniger als CHF 3'000.– pro Monat und 86.3% ein kleineres Haushaltseinkommen als CHF 4'500.– pro Monat. Der Wohnraum, der einer Person zur Verfügung steht, zeigt sich als unauffällig.

Im Vergleich zu den Lagen G3 und G5 („IV-Rentner/innen“), erweisen sich die Angehörigen der Lage G4 als in etwa gleich gesundheitlich beeinträchtigt und von Stigmatisierungen betroffen, aber als am wenigsten abhängig von Hilfe und am schlechtesten sozial integriert. So verfügen 43.1% über eine Netzwerkgrösse von nur 1 bis 6 Perso-

nen und 14.4% können auf keine Vertrauensperson zurückgreifen. Dementsprechend selten werden extern-gesellige Freizeitaktivitäten ausgeübt.

Lage G4 umfasst vor allem Bezüger/innen einer IV-Rente (82.2%). Sie weisen zwar mehrheitlich körperliche Beeinträchtigungen auf (56.2%); kennzeichnend für diese Lage ist aber vor allem der überdurchschnittlich hohe Anteil von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen (41.4%). Die Mehrheit der Personen in dieser Lage stufen ihre Beeinträchtigungen als schwer oder sehr schwer ein (63.3%).

Während die Altersverteilung in dieser Lage in etwa der Verteilung in der Stichprobe entspricht (53.5% sind älter als 50 Jahre alt), sind Frauen leicht übervertreten (53.8%). Bezüglich Zivilstand zeigt sich, dass 39.5% verheiratet, überdurchschnittlich häufig jedoch ledig (32%), geschieden (19.2%) und getrennt (5.2%) sind. Ausländer und Personen, die in der Westschweiz wohnen, sind leicht übervertreten.

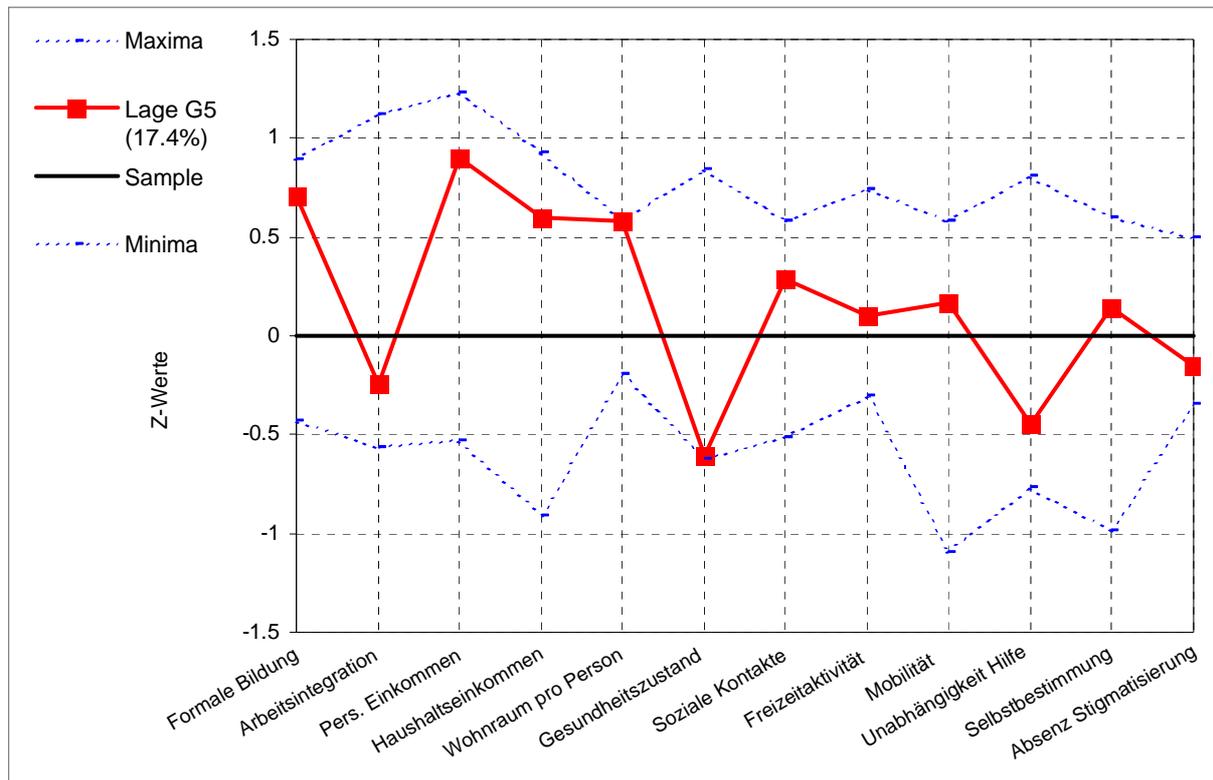
Bei den Angehörigen dieses Clusters handelt es sich also überdurchschnittlich häufig um Frauen mit relativ tiefem formalem Bildungsniveau und einer schlechten Arbeitsintegration. Sie sind mit etwa gleich grossen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erfahrungen von Stigmatisierung konfrontiert wie die Personen der Rentnerlage G3 und G5, bezüglich sozialer Integration aber klar am schlechtesten gestellt. Der Anteil von 15%, die keine Vertrauensperson haben, ist dabei dreimal so gross wie in der Schweizerischen Gesamtbevölkerung (Bundesamt für Statistik, 2003c).

Dieses Defizit bei den sozialen Kontakten passt zum Umstand, dass die Personen in dieser Lage mehrheitlich alleinstehend sind und in Einpersonenhaushalten leben. Das Letztere wiederum kann zur Erklärung herangezogen werden, weshalb das Haushaltseinkommen den absolut tiefsten Wert aller Lagen erreicht. Das ihnen zur Verfügung stehende mittlere Haushaltseinkommen zwischen CHF 2'000.– und CHF 2'999.– pro Monat erweist sich als um einiges tiefer als das berichtete durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen von CHF 6'900.– der Schweizerischen Gesamtbevölkerung (Stamm et al., 2002).

Lage G5: „IV-Rentner/innen“ (N=133)

Lage G5 zeichnet sich dadurch aus, dass in den sozialintegrativen und behinderungsbezogenen Dimensionen sowohl unterdurchschnittliche und als auch leicht überdurchschnittliche, bei den ökonomischen Dimensionen hingegen klar Werte über dem Samedurchschnitt erreicht werden, mit Ausnahme der Arbeitsintegration.

Abbildung 7: Lage G5 der Leistungsbezüger/innen der IV (N=133)



Die Mehrheit der Angehörigen dieser Lage (53.3%) hat einen höheren formalen Bildungsabschluss als eine Berufsbildung. Damit wird bezüglich formaler Bildung der zweithöchste Wert im Sample erreicht. Die Arbeitsintegration ist im Vergleich zu den Lagen G3 und G4 („IV-Rentner/innen“) besser, aber immerhin gehen 52.6% der Personen keiner Erwerbstätigkeit nach und lediglich 7.5% arbeiten Vollzeit (37 Stunden und mehr pro Woche).

Im Kontrast zu dieser schlechten Arbeitsintegration steht das relativ hohe persönliche Einkommen und Haushaltseinkommen: 59.4% verfügen über ein persönliches Einkommen von über CHF 4'500.– und 60.1% über ein Haushaltseinkommen von mehr als CHF 6'000.– pro Monat. Als ähnlich überdurchschnittlich wie das Einkommen erweist sich der Wohnraum, indem 45.1% über einen Wohnraum von mehr als 2 Zimmer pro Person verfügen können.

Im Vergleich zu den Lagen G3 und G4 („IV-Rentner/innen“) erweisen sich die Personen der Lage G5 als in etwa gleich gesundheitlich beeinträchtigt und von Stigmatisierung betroffen, aber als am besten sozial integriert, mobil und fähig, selbstbestimmt zu leben. In Bezug auf die Unabhängigkeit von Hilfe nehmen sie eine mittlere Position ein.

Personen in dieser Lage sind mehrheitlich Bezüger/innen einer IV-Rente (74.2%). Sie weisen überdurchschnittlich häufig Körperbeeinträchtigungen (62.6%) und Funktionseinschränkungen innerer Organe (17.6%) auf. 85% stufen ihre Beeinträchtigungen als mittel oder schwer ein.

Männer sind mit einem Anteil von 65.2% übervertreten. 66.7% befinden sich in der Alterskategorie zwischen 50 und 65 Jahren, und mit nur 3.1% derjenigen, die zwischen 18 und 29 Jahre alt sind, besteht diese Lage überwiegend aus Personen, die sich in ihrer zweiten Lebenshälfte befinden. Über die Hälfte ist verheiratet, mit 18.9% ist jedoch der Anteil der geschiedenen Personen im Vergleich zu den andern Lagen überdurchschnittlich hoch.

Bei den Personen in dieser Lage handelt es sich also mehrheitlich um ältere Männer mit einem überdurchschnittlich hohen formalen Bildungsabschluss, die auf Grund ihrer grossen gesundheitlichen Beschwerden gering, aber immer noch besser als die Angehörigen der Lagen G3 und G4, in den Arbeitsmarkt integriert sind. Obwohl 52.6% keiner Erwerbstätigkeit nachgehen und 39.8% nur Teilzeit arbeiten, wird überraschenderweise ein hohes persönliches Einkommen erreicht. Dieser Sachverhalt lässt vermuten, dass die Personen in dieser Lage neben der IV-Rente und dem Einkommen als Arbeitnehmer/innen noch über andere Einkommensquellen verfügen. Eine Analyse der Einkommensart bestätigt dies: 48.1% beziehen zusätzlich Leistungen aus der Pensionskasse und erreichen damit ein mittleres Einkommen zwischen CHF 4'500.– und CHF 5'999.– pro Monat, das deutlich über dem persönlichen monatlichen Durchschnittseinkommen der Schweizerischen Gesamtbevölkerung zu liegen kommt.

Dieses vergleichsweise hohe Einkommen und der Umstand, dass mehrheitlich Einpersonnen- oder Zweipersonenhaushalte vorliegen passt dazu, dass die Personen dieser Lage über den meisten Wohnraum pro Person verfügen können.

6.2.2 Beurteilung der typischen Lebenslagen aller Leistungsbezüger/innen der Invalidenversicherung

Bei den 766 Bezüger/innen von Leistungen der Invalidenversicherung, die in die Clusteranalyse Eingang fanden, lassen sich 2 Lagen identifizieren, in denen sich vor allem Bezüger/innen individueller Massnahmen, und 3 Lagen, in denen sich vor allem IV-Rentner/innen finden. Ihre Profile, die sich aus der Konstellation in den Dimensionen der Lebenslage ergeben, verlaufen über die Mehrzahl der Lebenslagendimensionen getrennt, einzig bei der Bildung, dem Einkommen und Wohnraum sind Überschneidungen sichtbar. So erreicht beispielsweise die Lage G2 „Bezüger/innen individueller Massnahmen“ ein so tiefes Einkommen wie die Lagen G3 und G4 („IV-Rentner/innen“), die Lage G5 „IV-Rentner/innen“ ein höheres Einkommen als die Lage G2 „Bezüger/innen individueller Massnahmen“. Damit kann belegt werden, dass die IV-Rentner/innen und Bezüger/innen individueller Massnahmen sich zwar nicht in vollständig getrennten Lagen befinden, sich aber – über alle Lebenslagen betrachtet – doch stark voneinander unterscheiden.

Gleichzeitig wurde aus dieser ersten Clusteranalyse auch ersichtlich, dass sich hinter den IV-Rentnern und Rentnerinnen wie auch hinter den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen interessante untereinander heterogene Gruppen befinden, von denen noch weitere zu entdecken es sich geradezu aufdrängt.

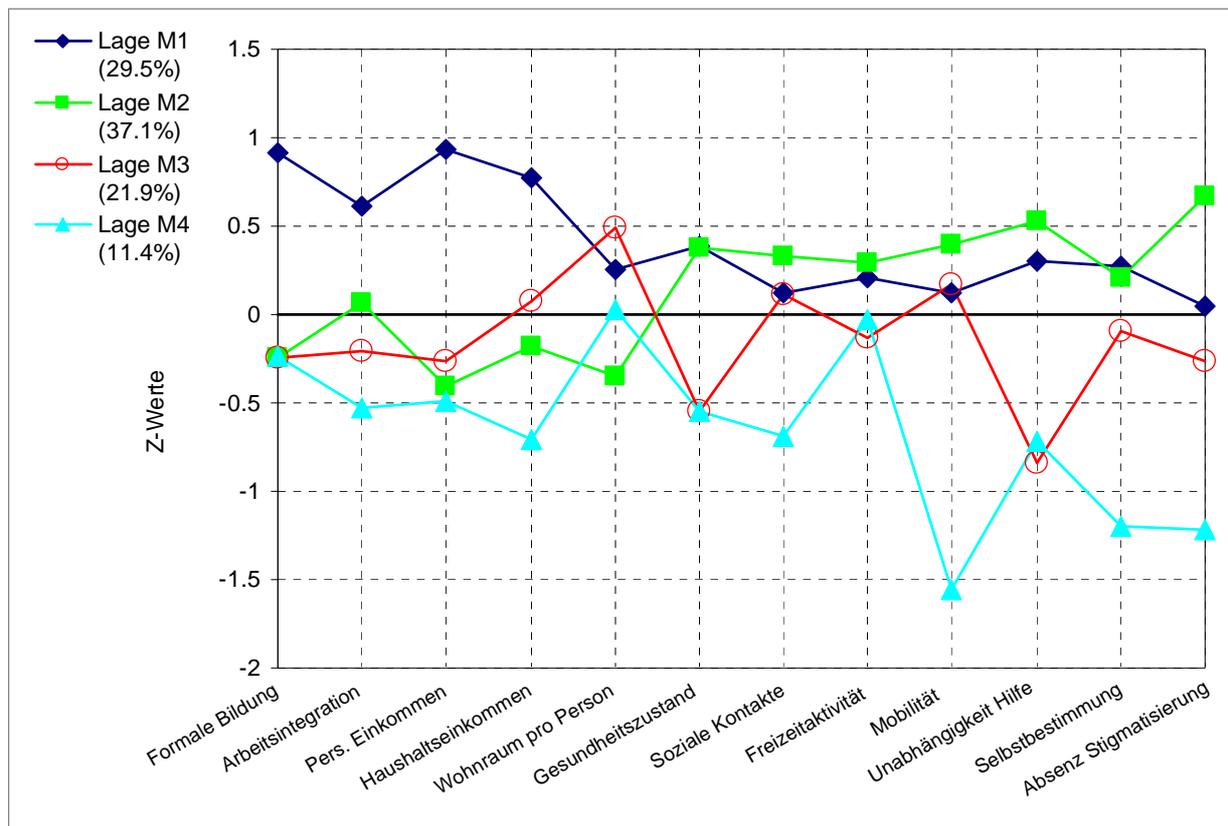
Auf Grund dieser Befunde erscheint es sinnvoll, die Teilstichprobe der IV-Rentner/-innen und der Bezüger/innen individueller Massnahmen getrennt auf typische Lebenslagen hin zu untersuchen. In einem nächsten Schritt wird entsprechend mit zwei getrennten Datensätzen weitergearbeitet und die IV-Rentner/innen einerseits und die Bezüger/innen individueller Massnahmen andererseits werden gesondert in Clusteranalysen eingeführt.

6.2.3 Lebenslagen der Bezüger/innen von individuellen Massnahmen der Invalidenversicherung (N=315)

Die Clusteranalyse in der Teilstichprobe der Bezüger/innen individueller Massnahmen basiert auf 315 Fällen. Bei diesen 315 Personen haben sich die Verteilungen der Beeinträchtigungsformen, Schwere der Beeinträchtigungen, Ursache der Beeinträchtigungen, Wohnform und soziodemographischen Merkmale wie Geschlecht, Alter, und Nationalität gegenüber der Gesamtstichprobe der Bezüger/innen individueller Massnahmen nicht verändert.

Gemessen an den in Kapitel 4.6.3 dargestellten Kriterien erschien beim Modell der Bezüger/innen von individuellen Massnahmen der Invalidenversicherung eine Lösung mit 4 Clustern angemessen. Diese Lösung erklärt 24% der Streuungsquadratsumme (ETA^2), die Mittelwerte der gebildeten Cluster unterscheiden sich signifikant ($p < .001$), 94.3% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert und alle 4 Cluster sind inhaltlich gut interpretierbar.

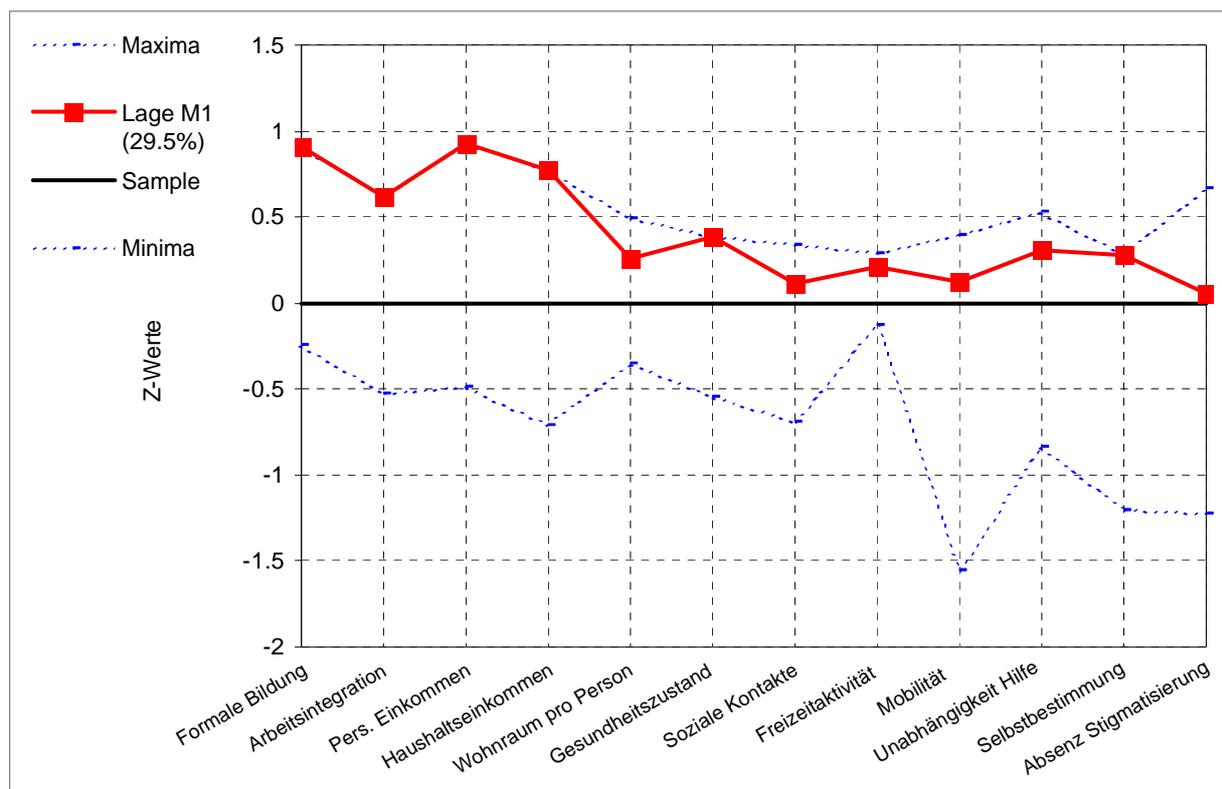
Abbildung 8: Lebenslagen der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (N=315)



Lage M1 der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (N=93)

Die Lage M1 ist vor allem dadurch charakterisiert, dass sie bei den ökonomischen Dimensionen die höchsten Werte des Samples einnimmt. Auch bei den restlichen Dimensionen kann sie überdurchschnittliche Werte verzeichnen.

Abbildung 9: Lage M1 der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (N=93)



Die Angehörigen der Lage M1 verfügen mit Abstand über die höchsten formalen Bildungsabschlüsse unter den Bezügerinnen und Bezügerinnen von individuellen Massnahmen. Alle weisen mindestens eine Berufsbildung und 60.2% eine tertiäre Ausbildung, d.h. eine höhere Berufsbildung oder (Fach)Hochschule vor. 72% arbeiten Vollzeit gegen Bezahlung und lediglich 6.5% gehen keiner bezahlten Erwerbstätigkeit nach, womit die Arbeitsintegration für diese Lage als sehr hoch eingeschätzt werden kann. Passend zum hohen Bildungsniveau und der guten Arbeitsintegration werden auch beim Einkommen die mit grossem Abstand höchsten Werte im Sample erreicht: Der Grossteil der Lageangehörigen (81.8%) verfügt über ein persönliches Einkommen von mehr als CHF 4'500.– pro Monat und niemand verzeichnet ein Einkommen von weniger als CHF 2'000.– pro Monat. Kein Haushalt muss mit weniger als CHF 4'500.– pro Monat auskommen und 83.8% der Haushalte hat ein Einkommen von mehr als CHF 6'000.– pro Monat zur Verfügung. Nach Lage M3 findet sich hier die beste Relation von Räumen zu Personen: Ein Drittel (32.3%) der Wohnungen dieser Lage bieten jedem Bewohner mehr als zwei Zimmer Wohnraum.

Der Gesundheitszustand wird zusammen mit den Angehörigen der Lage M2 am besten beurteilt: 25.8% haben weniger als einmal pro Monat Beschwerden, 11.8% gar keine. Der Grossteil (68.8%) ist nicht auf Medikamente angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern.

In den Dimensionen soziale Kontakte, Freizeitaktivität, Unabhängigkeit von Hilfe und Absenz von Erfahrungen und Befürchtungen von Stigmatisierung werden nach der Lage M2 die zweithöchsten Werte erreicht. Zwei Drittel (66.7%) der Angehörigen dieser Lage erfreuen sich eines grossen sozialen Netzwerks von mehr als 13 Personen und 64.5% geben mehrere Vertrauenspersonen an. Dementsprechend häufig werden extern-gesellige Freizeitaktivitäten ausgeübt. Der Grossteil bezeichnet sich komplett unabhängig von Hilfeleistungen. Bezüglich Mobilität findet sich die Lage unauffällig über dem Durchschnitt des Samples.

Die gute Integration im sozialen Umfeld wird durch den Umstand ergänzt, dass die Stigmatisierungserfahrungen unauffällig bleiben. Die klare Spitzenlage in allen vier ökonomischen Dimensionen und die hohen Werte in allen anderen Dimensionen drückt sich zusätzlich in der am höchsten eingeschätzten Selbstbestimmung des Samples aus.

In der Lage M1 sind die Männer so häufig (69.2%) vertreten wie in keiner anderen Lage im Sample der Bezüger/innen individueller Massnahmen. Altersmässig befinden sich die Personen in dieser Lage im „mittleren Alter“, 27.5% sind zwischen 40 und 49 Jahre, 28.6% zwischen 50 und 59 Jahre alt. Mit 73.9% weist diese Lage den grössten Anteil derjenigen auf, die verheiratet sind. 58.7% – und damit so viele wie in keiner anderen Lage dieses Samples – leben mit Sinnesbeeinträchtigungen, während psychische Beeinträchtigungen oder Funktionseinschränkungen der inneren Organe von den Betroffenen nicht genannt werden. 80.3% stufen ihre Beeinträchtigungen als leicht bis mittel ein.

Bei der Betrachtung dieser Lebenslage entsteht das Bild von erfolgreichen, gut integrierten und verheirateten Männern im „mittleren Alter“. Ihr formales Bildungsniveau⁴⁴, die Arbeitsintegration⁴⁵ und das Einkommen⁴⁶ sind nicht nur im Vergleich zum

⁴⁴ Vgl. dazu den Bildungsstand der Bevölkerung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003a), wo 18.4% der Bevölkerung in der Schweiz als höchsten Bildungsabschluss die obligatorische Schule, 48.6% (Lage M1: 31.2%) eine Berufsbildung, 7.8% (8.6%) eine Allgemeinbildung, 14.5% (26.9%) höhere Berufsbildung und 10.7% (33.3%) eine Hochschule absolviert haben.

⁴⁵ Vgl. dazu die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003b), wo 34.2% der Schweizer Bevölkerung (Lage M1: 6.5%) Nicht-Erwerbstätige und 45.6% (72%) Vollzeit bzw. 10.2% (19.4%) Teilzeit I und 10% (2.2%) Teilzeit II erwerbstätig sind.

⁴⁶ Vgl. dazu Stamm et al. (2002, S. 47–49), wo für 1999 ein persönliches Durchschnittseinkommen von CHF 3'700.– (Lage M1: CHF 4'500.– bis 5'999.–) bzw. ein durchschnittliches Haushaltseinkommen von CHF 6'900.– (über CHF 9'000.–) angegeben wird.

Sample der Bezüger/innen individueller Massnahmen überdurchschnittlich hoch, sondern sie übertreffen in diesen Dimensionen auch den Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Die überdurchschnittliche Arbeitsintegration und das hohe Einkommen lässt sich möglicherweise mit dem hohen Anteil an Männern plausibilisieren (deren Normalbiographie nach wie vor eine im Vergleich zu Frauen höhere Arbeitsintegration und ein höheres Einkommen beinhaltet).

Auf der Ebene der „persönlichen Situation“ macht diese ressourcenreiche und diesbezüglich eher unproblematische Lebenslage deutlich, dass es trotz Beeinträchtigungen möglich ist, nicht nur ein hohes Bildungsniveau zu erreichen sowie beruflich und finanziell erfolgreich, sondern auch sozial stark integriert zu sein. Dies zeigt, dass das Vorhandensein von Beeinträchtigungen demzufolge nicht unmittelbar zu weniger gut ausgestatteten Lebenslagen führen muss. Durch den Zugang zum Bildungssystem und zum Arbeitsmarkt können in diesen Dimensionen Ressourcen aufgebaut werden, die möglicherweise Ressourcendefizite in anderen Dimensionen ausgleichen können. Es darf allerdings nicht vergessen werden, dass die Lebenslage nichts darüber aussagt, *wie* diese Lebenslage für die Betroffenen zustande gekommen ist. Es ist also nicht erkennbar, ob die Betroffenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung die gleichen Bedingungen erfüllen musste, um diese Ressourcen aufbauen zu können, oder ob dies nur mit Hilfe zusätzlichen Aufwands und spezifischer Umstände möglich war. War der Zugang zum Bildungssystem und zum Arbeitsmarkt wirklich frei, oder musste dieser Zugang von jedem einzelnen erst erkämpft werden? Mussten die Betroffenen zusätzliche Leistungen erbringen, um ihren Arbeitsplatz zu erhalten und dann auch zu behalten? Wurde der Zugang zum Bildungssystem möglicherweise nur durch den spezifischen Einsatz der Eltern möglich? Zu all diesen Fragen sind auf Grund der vorliegenden Daten leider keine Aussagen möglich – sichtbar ist nur, dass es die Betroffenen geschafft haben.

Doch auch wenn die Betroffenen ihre Beeinträchtigungen nur als leicht bis mittel einschätzen, und vor dem Hintergrund der ressourcenreichen Lebenslage die Beeinträchtigungen in Vergessenheit geraten könnten, sind diese doch schwerwiegend genug, um Anspruch auf individuelle Massnahmen der IV zu haben. Diese bestehen häufig in der Finanzierung von spezifischen Hilfsmitteln oder beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Insofern könnte folgender Schluss gezogen werden:

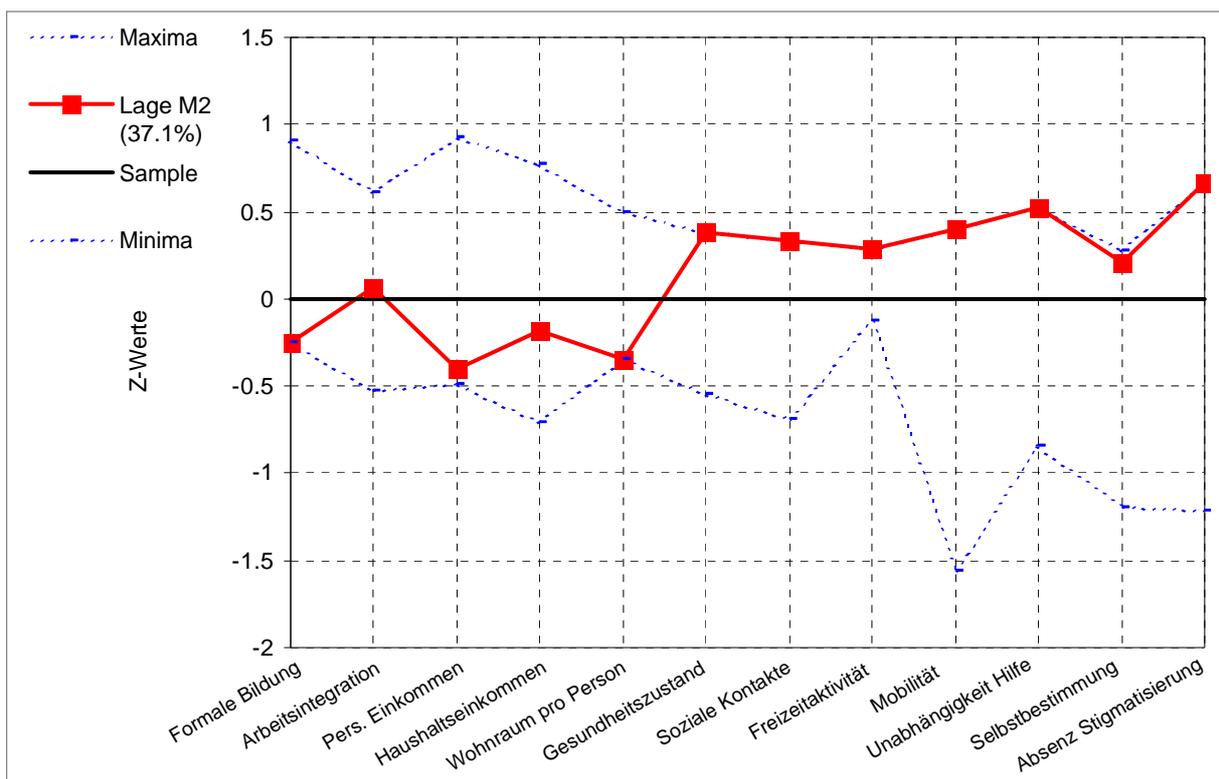
Wenn es für die Bewältigung von Beeinträchtigungen Hilfsmittel gibt, und wenn diese für die Betroffenen zugänglich und bezahlbar sind, dann erleichtert dies eine gesellschaftliche Integration und Partizipation. Ebenso ist ein solches Ziel mit Umschulungen oder Eingliederungsmassnahmen erreichbar. Insofern hat die IV bei den Personen dieser Lebenslage ihr Ziel der Eingliederung und Integration von Menschen mit Beeinträchtigungen erreicht bzw. sie dabei erfolgreich unterstützt.

Typisierend zusammengefasst handelt es sich bei der Lage M1 der Bezüger/innen individueller Massnahmen um verheiratete, erwerbstätige Männer mit einem hohen Ausbildungsniveau. Sie sind finanziell gut abgesichert und auch in allen anderen Dimensionen werden in dieser Lebenslage überdurchschnittliche Werte erreicht, was das Bild der gutsituierten, verheirateten Männer mittleren Alters entstehen lässt, die auch sozial gut eingebettet sind. Da bei dieser Lebenslage keine Dimension hinsichtlich der Ressourcen mangelhaft ausgestattet ist, wäre ohne entsprechende Informationen nicht erkennbar, dass diese Männer mit Beeinträchtigungen leben.

Lage M2 der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (N=117)

Die Angehörigen der Lage M2 verzeichnen eine Arbeitsintegration über dem Durchschnitt, das Bildungsniveau und das Einkommen sind aber dennoch unterdurchschnittlich. Demgegenüber verzeichnet diese Lage bei den sozialintegrativen und den behinderungsbezogenen Dimensionen die höchsten Werte des gesamten Samples. Insofern kann diese Lage durch die Diskrepanz zwischen dem Ressourcenpotential bei den ökonomischen Dimensionen und demjenigen der sozialintegrativen sowie den behinderungsbezogenen Dimensionen charakterisiert werden.

Abbildung 10: Lage M2 der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (N=117)



Die Angehörigen der Lage M2 verfügen zusammen mit der Lage M3 über das tiefste Bildungsniveau des Samples: 79.5% haben einen formalen Bildungsabschluss bis zur

Höhe einer Berufsbildung und lediglich 6% haben eine höhere Berufsbildung oder (Fach)Hochschule abgeschlossen. Die Arbeitsintegration ist zwar am zweitbesten, bleibt aber unauffällig: 44.4% sind Vollzeit erwerbstätig und rund ein Viertel (22.2%) sind erwerbslos. Trotz durchschnittlicher Arbeitsintegration fällt das persönliche Einkommen weit unter den Durchschnitt des Samples: Knapp die Hälfte (47.8%) verzeichnet ein persönliches Einkommen von weniger als CHF 3'000.– pro Monat und lediglich 1.7% erreichen ein Einkommen von über CHF 6'000.– pro Monat. Der Mehrheit der Haushalte (58.1%) steht ein Einkommen von weniger als CHF 6'000.– pro Monat zur Verfügung. Im Vergleich mit allen anderen Lagen sind die Anteile der Personen, die mit einem persönlichen Einkommen (31.6%) bzw. einem Haushaltseinkommen (8.5%) von unter CHF 2'000.– pro Monat auskommen müssen, am höchsten. Beim Wohnraum erreicht die Lage M2 den geringsten Wert: Einem Drittel (32.5%) bietet die Wohnung nur 1 Zimmer oder weniger Wohnraum pro Person.

Der Gesundheitszustand wird zusammen mit der Lage M1 am besten beurteilt: 32.5% haben weniger als einmal pro Monat Beschwerden und 9.4% gar keine. Der Grossteil (71.8%) ist nicht auf Medikamente angewiesen.

In den Dimensionen soziale Kontakte, Freizeitaktivität, Mobilität und Unabhängigkeit von Hilfe erreicht die Lage M2 durchgehend Spitzenwerte: Konkret bedeutet dies, dass 76.1% über ein Netzwerk von mehr als 13 Personen verfügen und 78.6% mehrere Vertrauenspersonen angeben. Dementsprechend häufig werden extern-gesellige Freizeitaktivitäten ausgeübt. Der Grossteil der Angehörigen dieser Lage (94%) ist mobil und braucht nie Hilfe für kurze Fusswege, grössere Entfernungen oder für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Fast alle bezeichnen sich total unabhängig von Hilfeleistungen: Lediglich 2.6% nehmen Hilfe bei der Pflege in Anspruch, niemand braucht eine Haushaltshilfe.

Der bei weitem höchste Wert in der Dimension Absenz von Erfahrungen von Stigmatisierung kann durch die Angabe veranschaulicht werden, dass 88.9% nie gesellschaftliche Anlässe vermeiden, weil sie demütigende Erfahrungen befürchten und 74.4% sich nie genötigt fühlen, ihre Beeinträchtigungen zu verstecken bzw. zu verheimlichen. Ergänzend zum besten Gesundheitszustand und zur Höchstlage in den 6 sozialintegrativen und behinderungsbezogenen Dimensionen wird die Selbstbestimmung hoch eingeschätzt.

Mit dem grössten Anteil (34.5%) in der Alterskategorie der 18-bis 29-jährigen repräsentiert die Lage M2 die jüngste Gruppe des Samples der Bezüger/innen individueller Massnahmen. Das junge Alter dieser – überdurchschnittlich häufig männlichen – Betroffenen dürfte den vorfindbaren Zivilstand erklären: mit 36.2% weist diese Lage den höchsten Anteil der Ledigen auf. Ebenso hat diese Lage den höchsten Anteil Personen

mit angeborenen Beeinträchtigungen (32.5%).⁴⁷ Wie bei der Lage M1 überwiegen in dieser Lage Menschen, die mit Sinnesbeeinträchtigungen leben (48.7%), und mit 80% stufen auch fast ebenso viele ihre Beeinträchtigungen als leicht bis mittel ein.

Die Lage M2 lässt sich aus unterschiedlichen Gründen gut vor dem Hintergrund der Lage M1 beschreiben und erklären. Denn beide Lagen weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen auf, sowie einen überdurchschnittlichen Männeranteil. Ebenso erfreuen sich beide Lagen hinsichtlich der sozialintegrativen und behinderungsbezogenen Dimensionen überdurchschnittlich gut ausgestatteter Ressourcen.

Der grosse Unterschied hinsichtlich des Ressourcenpotentials liegt bei den ökonomischen Dimensionen, also bei Bildung, Arbeit, Erwerbseinkommen und zusätzlich auch dem Wohnraum. Während die Lage M1 bei diesen Dimensionen die höchsten Werte des gesamten Samples erreicht, liegen die Werte der Lage M2 bei der Arbeitsintegration noch knapp über dem Durchschnitt, bei den anderen Dimensionen jedoch weit unterhalb. Auf der Ebene der passiven Variablen findet sich der Unterschied zwischen den beiden Lagen beim Alter: während bei der Lage M1 das „mittlere Alter“ überrepräsentiert ist, sind es bei der Lage M2 die jüngeren Menschen.

Die Unterschiede bei den ökonomischen Dimensionen können mit dem Altersunterschied der Personen in diesen zwei Lagen erklärt werden. Menschen zwischen 18 und 29 Jahren befinden sich häufig noch in der Ausbildung. Da der zum Erhebungszeitpunkt erhobene höchste formale Bildungsabschluss die momentane Situation – und nicht das zu erwartende Bildungsniveau – abbildet, könnte es also durchaus sein, dass die Personen dieser Lage innert Kurzem, wenn sie ihre Ausbildungen abgeschlossen haben, ein wesentlich höheres Bildungsniveau vorweisen können als zum Erhebungszeitpunkt.

Das persönliche Einkommen ist ebenfalls stark vom Alter abhängig. So besetzen jüngere Menschen meist tiefer qualifizierte Positionen als ältere Mitarbeiter/innen, die bereits „Karriere“ machen konnten, womit sie – bei gleicher Bildungsqualifikation – tendenziell weniger verdienen als ihre älteren Arbeitskolleg/innen. Die nur durchschnittliche Arbeitsintegration kann gut damit zusammen hängen, dass ein grosser Anteil dieser Personen noch in der Ausbildung ist, und damit noch nicht vollumfänglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann: weniger als die Hälfte ist Vollzeit erwerbstätig, ein Viertel ist sogar erwerbslos. Doch trotz dieses hohen Anteils an erwerbslosen Personen bezieht niemand in dieser Lage Sozialhilfeleistungen oder Arbeitslosenunterstützung.

⁴⁷ Der hohe Anteil derjenigen, die mit angeborenen Beeinträchtigungen leben, lässt sich unter Umständen ebenfalls auf das junge Alter zurückführen: die Wahrscheinlichkeit sich durch Krankheit oder Unfall Beeinträchtigungen zugezogen zu haben ist in der Zeitspanne eines noch jungen Lebens kleiner als im hohen Alter, so dass der Anteil an angeborenen Beeinträchtigungen in dieser Lage hoch ausfällt.

Dies weist auf andere Finanzierungswege hin, denen hier jedoch nicht weiter nachgegangen werden kann.⁴⁸

Zum jungen Alter der Angehörigen dieser Lage passt ebenfalls der geringe Wohnraum, der ihnen zur Verfügung steht. Junge Menschen verfügen meist noch nicht über die gleichen finanziellen Möglichkeiten wie ältere (wie das auch bei dieser Gruppe der Fall ist), was, insbesondere wenn sie noch in Ausbildung sind, dazu führt, dass sie häufig noch bei den Eltern oder in anderen Wohngemeinschaften leben. Dies wird durch den Umstand bestätigt, dass in dieser Lage lediglich 12% alleine wohnen.

Charakterisierend für die Lage ist nun der Umstand, dass die mangelhaften Ressourcen in den ökonomischen Dimensionen keinen negativen Einfluss auf die sozialintegrativen und behinderungsbezogenen Dimensionen ausüben. Vor dem Hintergrund der gesamten Lebenslage entsteht bei diesen Personen das Bild von jungen, unternehmungsfreudigen, gut integrierten Menschen, die am Anfang ihrer Berufskarriere stehen. Wenn die mangelhaften Ressourcen in den ökonomischen Dimensionen eine Frage des Alters sind, und diese erwartungsgemäss in naher Zukunft zunehmen können, dann wird verständlich, weswegen sie sich kaum negativ auf die sozialintegrativen Dimensionen auswirken: bei jungen Menschen werden zum einen kaum finanzielle Ressourcen erwartet, weshalb das Fehlen derselben zu keinen Ausgrenzungen von Seiten der Gesellschaft führt. Ebenso beinhaltet ein solcher Zustand für junge Menschen viel seltener das Risiko einer Demoralisierung als für ältere Menschen, da diese Situation bei jungen Menschen nicht als dauerhaft, sondern als vorübergehend wahrgenommen wird.

Vor dem Hintergrund dieser Interpretationen, die vor allem das Alter als erklärenden Faktor berücksichtigt hat, können die Lagen M1 und M2 als generationenabhängige Äquivalente angesehen werden: die jüngere Lage M2 unterscheidet sich (hinsichtlich der passiven Variablen) ausser im Alter kaum von der älteren Lage M1. Ob es sich bei diesen beiden Lagen tatsächlich um einen generationsbedingten Unterschied handelt, müsste im Rahmen einer Längsschnittstudie genauer untersucht werden. Wenn es so wäre, dann müssten in der so ausgeprägten Lage M2 immer die jungen Menschen überwiegen; es müssten also immer wieder neue Personen in diese Lage nachrücken, während diejenigen, die jetzt in dieser Lage sind, in eine andere Lage wechseln müssten (so wäre gut denkbar, dass die „erfolgreichen“ der Lage M2 in 10 bis 20 Jahren in der Lage M1 zu finden sind). Wenn diese Lage allerdings hinsichtlich der Ressourcenausstattung bestehen bleibt, sich aber das Alter erhöht, dann müsste nach weiteren

⁴⁸ Wenn man allerdings davon ausgeht, dass ein grosser Teil der Angehörigen dieser Lage noch in der Ausbildung steht, dann dürften die Eltern der Betroffenen einen wichtigen Finanzierungsweg darstellen.

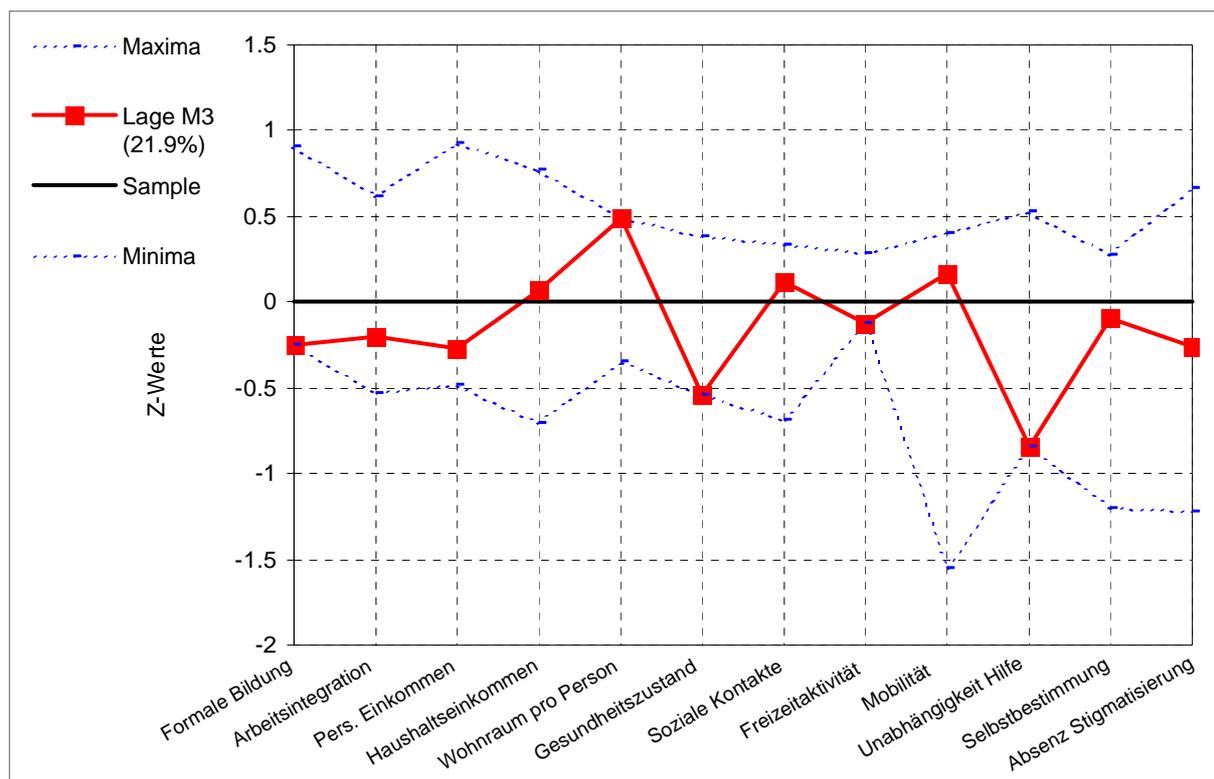
Erklärungsmöglichkeiten gesucht werden. Da bis anhin jedoch keine entsprechenden Daten verfügbar sind, kann über derartige Entwicklungen nur spekuliert werden.

Typisierend zusammengefasst handelt es sich bei der Lage M2 der Bezüger/innen individueller Massnahmen um junge, ledige Männer, die einen relativ tiefen Bildungsabschluss vorweisen. Obwohl sie durchschnittlich häufig erwerbstätig sind, ist ihr Einkommen unterdurchschnittlich. Gleich dem Bild von unternehmungsfreudigen, jungen Menschen können die Betroffenen bei allen sozialintegrativen und behinderungsbezogenen Dimensionen grosse Ressourcen vorweisen. Hierzu (und unterstützend zum guten Gesundheitszustand) werden die Beeinträchtigungen der Angehörigen dieser Lage als leicht bis mittel eingeschätzt.

Lage M3 der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (N=69)

Die Lage M3 zeichnet sich durch ihre mittlere Position aus. Sie ist in den ökonomischen Dimensionen unterdurchschnittlich, erreicht beim Wohnraum positive und in den Dimensionen Gesundheitszustand sowie Unabhängigkeit von Hilfe negative Spitzenwerte. Ansonsten bleibt sie unauffällig.

Abbildung 11: Lage M3 der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (N=69)



Die Angehörigen der Lage M3 verfügen zusammen mit der Lage M2 über das tiefste Bildungsniveau. 79.7% haben höchstens einen formalen Bildungsabschluss bis zum

Niveau einer Berufsbildung und lediglich 8.7% haben eine höhere Berufsbildung oder (Fach)Hochschule abgeschlossen. Die Arbeitsintegration ist gering: 34.8% sind nicht erwerbstätig und bloss 30.4% arbeiten Vollzeit gegen Bezahlung. Das persönliche Einkommen ist das zweithöchste im Sample, bleibt aber unterdurchschnittlich: Fast die Hälfte der Personen in dieser Lage (46.4%) verzeichnet ein persönliches Einkommen von weniger als CHF 3'000.– pro Monat und 29% gar weniger als CHF 2'000.– pro Monat. Lediglich 5.7% stehen mehr als CHF 6'000.– pro Monat zur Verfügung. Das Einkommen der Haushalte dagegen liegt knapp über dem Durchschnitt. Beim Wohnraum pro Person erreicht die Lage den höchsten Wert des Samples: zwei Fünftel (39.1%) stehen mehr als zwei Zimmer zur Verfügung. Niemand muss mit weniger als 1 Zimmer Wohnraum auskommen.

Der Gesundheitszustand wird im Vergleich zu den anderen Lagen am schlechtesten beurteilt: 27.5% haben mindestens einmal pro Woche Beschwerden und 11.6% gar täglich. 43.5% sind (eher) sehr auf Medikamente angewiesen, um den Alltag zu bewältigen.

Die sozialen Kontakte und die Freizeitaktivität sind leicht über- bzw. unterdurchschnittlich, wobei die Angehörigen dieser Lage so wenig wie in keiner anderen Lage an Freizeitaktivitäten teilnehmen. Dazu passt das geringste Ausmass an Unabhängigkeit von Hilfe aller Lagen: 15.9% benötigt Hilfe im Haushalt und 53.6% wird Hilfe bei der Bewältigung von Konflikten und psychischen Problemen geleistet.

Die durchschnittliche Integration im sozialen Umfeld und die Abhängigkeit von Hilfe werden durch die unterdurchschnittliche Absenz von Erfahrungen und Befürchtungen von Stigmatisierung ergänzt: 36.2% vermeiden öffentliche Anlässe, weil sie demütigende Erfahrungen befürchten. Die wahrgenommene Selbstbestimmung liegt im Durchschnitt des Samples.

Die Lage M3 zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass sie mit 62.3% den weitaus grössten Frauenanteil des gesamten Samples aufweist. Diese Frauen befinden sich überwiegend in der zweiten Lebenshälfte (58% sind älter als 50 Jahre) – womit diese Lage als die „älteste“ bezeichnet werden kann⁴⁹ – und sind knapp überdurchschnittlich häufig verheiratet (63.8%). Die Beeinträchtigungsarten verteilen sich unauffällig auf die unterschiedlichen Kategorien, wobei die Körperbeeinträchtigungen mit 44.9% bei dieser Lage den grössten Anteil ausmachen. Die Betroffenen schätzen ihre Beeinträchtigungen als mittel bis schwer ein (79.1%).

Die Ressourcen der Lage M3 sind sehr ungleichmässig verteilt, so dass sie in manchen Dimensionen über- in anderen aber auch unterdurchschnittlich vorhanden sind. Den

⁴⁹ Entsprechend dem hohen Alter ist auch der Anteil derjenigen, bei denen die Beeinträchtigungen angeboren sind, bei dieser Lage mit 14.5% am kleinsten.

herausragendsten Wert erreicht diese Lage bei der Wohnsituation, wo die grössten Ressourcen des gesamten Samples der Bezüger/innen individueller Massnahmen erreicht wird. Dies kann mit dem hohen Alter dieser Personen und dem Familienstatus erklärt werden: Ein grosser Anteil der Betroffenen hat Kinder (60.9%), aber in Anbetracht des Alters dürften diese nicht mehr bei ihren Eltern wohnen. Damit steht der ursprünglich für eine ganze Familie gerechnete Wohnraum nun den Eltern alleine zur Verfügung.⁵⁰

Bei den ökonomischen Dimensionen bleibt diese Lage unterdurchschnittlich.⁵¹ Im Vergleich zur Lage M1 könnte dies mit der geschlechtsspezifischen Zusammensetzung der beiden Lagen plausibilisiert werden: Während in der ökonomisch ressourcenstarken Lage die Männer überdurchschnittlich häufig vertreten sind, sind bei der Lage M3 die Frauen überrepräsentiert.

Obwohl die Arbeitsintegration und das persönliche Einkommen unterdurchschnittlich ist, liegt das Haushaltseinkommen über dem Durchschnitt. Dies entspricht dem Umstand, dass ein hoher Anteil der Angehörigen dieser Lage verheiratet ist und daher auf die finanzielle Unterstützung ihrer Ehepartner und Ehepartnerinnen zählen dürfte.

Markant und bezeichnend für diese Lage ist der schlechte allgemeine Gesundheitszustand. Dieser plausibilisiert die hohe Abhängigkeit von Hilfeleistungen, denn auf Grund der Einschätzung der Beeinträchtigungen als mittelschwer wäre ein so grosser Hilfebedarf nicht zu erwarten gewesen. Nun sind die Angehörigen dieser Lage aber trotz des schlechten Gesundheitszustandes und der hohen Hilfsbedürftigkeit überdurchschnittlich gut in ihr soziales Umfeld integriert. Es zeigte sich – einmal mehr –, dass die Einbindung in ein soziales Netzwerk eng mit dem Zivilstand beziehungsweise der Wohnform der betroffenen Personen zusammenhängt. Personen, die mit anderen zusammen wohnen, verfügen meistens über eine bessere Integration in ihr soziales Umfeld als diejenigen, die alleine wohnen. Und die Haushaltsgrösse dürfte wiederum mit dem Zivilstand der Betroffenen zusammenhängen. Dies zeigt sich bei dieser Lage besonders deutlich, denn auf Grund des schlechten Gesundheitszustands hätte man mit Schwierigkeiten bei der Integration rechnen können, was sich hier aber nicht bestätigt.⁵²

Typisierend zusammengefasst handelt es sich bei der Lage M3 der Bezüger/innen individueller Massnahmen um Frauen in der zweiten Lebenshälfte, die dank der Unterstüt-

⁵⁰ Diese Interpretation wird durch den Umstand bestätigt, dass mehr als die Hälfte dieser Lage in Zwei- oder Drei-Personen-Haushalten lebt.

⁵¹ Vor dem Hintergrund des gesamten Samples muss allerdings hinzugefügt werden, dass die Werte der Lage M1 bei den ökonomischen Dimensionen derart hoch sind, dass die entsprechenden Werte bei den Lagen M2, M3 und M4 unter den Durchschnitt fallen.

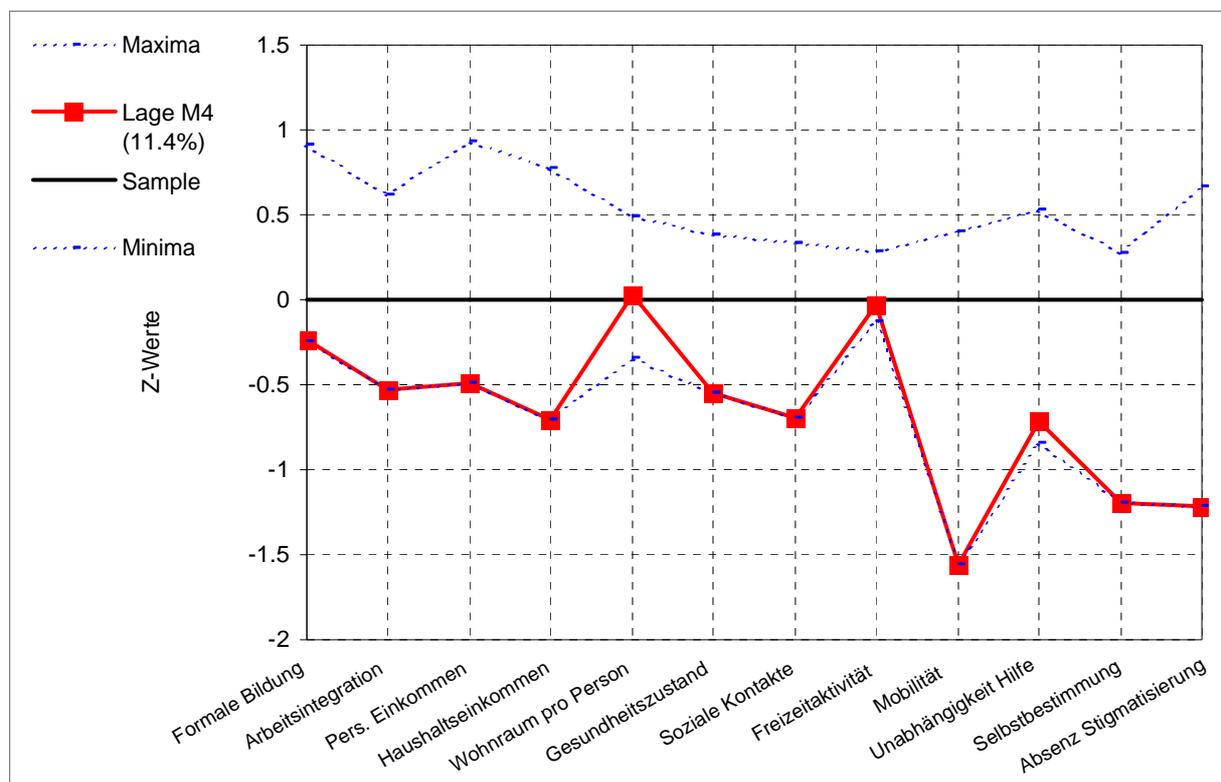
⁵² Womit sich auch die theoretischen Überlegungen von Hradil (1987) bestätigen lassen, demgemäss die Ressourcen der verschiedenen Dimensionen als Kompensation für allfällige „Lücken“ dienen können.

zung des Ehepartners trotz tiefer Bildung, tiefer Arbeitsintegration und unterdurchschnittlichem Einkommen auf ein durchschnittliches Haushaltseinkommen zählen können. Die mittelschweren Beeinträchtigungen und der schlechte Gesundheitszustand plausibilisieren die hohe Abhängigkeit von Hilfeleistungen und den unterdurchschnittlichen Grad an Selbstbestimmung. Dennoch ist diese Lage gut in soziale Netzwerke integriert, was auf ihre Lebenssituation zusammen mit einem Ehepartner zurückgeführt werden kann.

Lage M4 der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (N=36)

Die Lage M4 ist nahezu das Spiegelbild der Lage M1. Sie erreicht in fast allen Dimensionen die tiefsten Werte oder liegt zumindest unter dem Durchschnitt des Samples der Bezüger/innen individueller Massnahmen. Damit weisen die Personen dieser Lage die ressourcenärmste Lebenslage auf.

Abbildung 12: Lage M4 der Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (N=36)



Das Bildungsniveau in der Lage M4 ist tief und liegt nur minimal über dem der Lagen M2 und M3: 69.4% haben höchstens einen formalen Bildungsabschluss bis zum Niveau einer Berufsbildung und nur 13.9% haben eine höhere Berufsbildung oder (Fach)Hochschule abgeschlossen. In den übrigen ökonomischen Dimensionen sind die geringsten Werte des Samples zu verzeichnen: 52.8% gehen keiner Erwerbstätigkeit nach und nur ein Viertel arbeitet Vollzeit gegen Bezahlung. Rund die Hälfte der

Angehörigen der Lage (52.8%) verzeichnet ein persönliches Einkommen von weniger als CHF 3'000.– pro Monat und 27.8% der Einkommen liegen gar unter CHF 2'000.– pro Monat. Niemand hat ein Einkommen über CHF 6'000.– pro Monat zur Verfügung. 55.6% der Haushalte müssen mit einem Einkommen von weniger als CHF 4'500.– pro Monat auskommen. Der Wohnraum, der den Betroffenen zur Verfügung steht, bewegt sich nahe beim Durchschnitt der Stichprobe.

Der Gesundheitszustand ist – wie bei den Angehörigen der Lage M3 – schlecht: 36.1% haben mindestens einmal pro Woche Beschwerden und 8.3% gar täglich, niemand gibt an, keine Beschwerden zu haben. 44.5% sind (eher) sehr auf Medikamente angewiesen.

In den Dimensionen soziale Kontakte, Mobilität, Selbstbestimmung und Absenz von Erfahrungen und Befürchtungen von Stigmatisierung werden weitere Tiefstwerte erreicht: Ein Viertel der Angehörigen dieser Lage verfügt über ein soziales Netzwerk, das weniger als 7 Personen umfasst, und 69.4% geben an, höchstens eine Vertrauensperson zu haben. Der Grossteil ist in seiner Mobilität stark eingeschränkt: 77.8% brauchen Hilfe für kurze Fusswege, grössere Entfernungen oder für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Die Unabhängigkeit von Hilfe ist gering und nur in der Lage M3 tiefer: rund ein Viertel nimmt Hilfe im Haushalt bzw. Pflegehilfe in Anspruch und 52.8% nehmen Hilfe bei der Bewältigung von Konflikten und psychischen Problemen in Anspruch.

Die schlechteste Mobilität und Integration im sozialen Umfeld des gesamten Samples wird durch den Umstand ergänzt, dass alle Personen in dieser Lage von Stigmatisierungserfahrungen zu berichten wissen: 55.5% meiden manchmal bis häufig gesellschaftliche Anlässe, weil sie demütigende Erfahrungen befürchten, und 52.8% versuchen häufig bis immer ihre Beeinträchtigungen zu verstecken bzw. zu verheimlichen. Die durchgehend schlechte Ressourcenausstattung der Angehörigen dieser Lage drückt sich schliesslich in einer extrem tief geschätzten Selbstbestimmung aus.

In der Lage M4 (hinsichtlich der Grösse die kleinste Lage des Samples) sind die Frauen mit 55.6% leicht übervertreten. Altersmässig befindet sich diese Lage im Mittelfeld (38.9% sind zwischen 30 und 39 Jahre, 27.8% sind zwischen 50 und 59 Jahre alt), so dass nicht eindeutig von einer „jungen“ oder eher „älteren“ Lage gesprochen werden kann. Kennzeichnend für diese Lage sind vor allem der Zivilstand und die Art der Beeinträchtigungen: 22.2% sind geschieden – wobei der Durchschnitt des Samples bei 8.3% liegt – und 28.6% leben mit psychischen Beeinträchtigungen. Weitere 54.3% leben mit körperlichen Beeinträchtigungen, was ebenfalls weit über dem Durchschnitt liegt. Mehr als die Hälfte (52.9%) beurteilen ihre Beeinträchtigungen als schwer bis sehr schwer, womit die Einschätzung der Beeinträchtigungen bei dieser Lage, im Vergleich zum Sample, am negativsten ausfällt.

Der überdurchschnittlich hohe Anteil derjenigen, die geschieden sind, wird bei dieser Lage durch den Befund ergänzt, dass die Hälfte der Betroffenen – und damit so viele wie in keiner anderen Lage – alleine lebt. Und wie schon bei der Lage M3 kann die Haushaltsgrösse mit der Einbettung in ein soziales Umfeld zusammengebracht werden. Nicht nur die Wohnungssituation deutet bei dieser Lebenslage auf Einsamkeit hin, auch die soziale Integration liegt weit unterhalb des Durchschnitts (22.2% können keine Vertrauensperson nennen, was die soziale Isolation der Angehörigen dieser Lage deutlich macht).⁵³

Auch in den ökonomischen Dimensionen können diese Betroffenen kaum auf Ressourcen zurückgreifen; die Werte dieser Dimensionen liegen weit unterhalb des Durchschnitts. Entsprechend dieser desolaten Lage sind denn auch 14.3% dieser Personen auf Sozialhilfe angewiesen.⁵⁴

Entsprechend dem hohen Anteil von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, verfügen die Angehörigen dieser Lage über die schlechteste Mobilität. Dieser Zustand wird durch die vergleichsweise erhöhte Hilfsbedürftigkeit ergänzt: Während bei allen anderen Lagen über 97% nie auf eine Pflegehilfe zurückgreifen müssen, sind es bei der Lage M4 nur noch 77.8%. Diese hohe Hilfsbedürftigkeit kann nicht nur mit dem hohen Anteil Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen plausibilisiert werden, sondern auch mit der Übervertretung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Denn gerade psychotherapeutische Massnahmen bedingen meist regelmässige Konsultationen, was den Wert auf dem Indikator Hilfsbedürftigkeit in die Höhe treibt. Vor dem Hintergrund der sozialen Isolation und der stark eingeschränkten Mobilität dieser Lage erstaunt es, dass sie dennoch durchschnittlich häufig an geselligen Freizeitaktivitäten teilnehmen. Hier wird die Interpretation schwierig, da differenziertere Kenntnisse über die Art und Weise der Beteiligung an diesen Freizeitaktivitäten vonnöten wären. Denn die Teilnahme an geselligen Anlässen muss nicht zwangsläufig mit einer sozialen Integration zusammenhängen, da man diese Anlässe auch als „Aussenstehende/r“ besuchen kann.

Der durchschnittliche Wert in dieser Dimension steht auch in gewissem Gegensatz zum Befund hinsichtlich der Stigmatisierungserfahrungen der Personen in dieser Lage. Demnach meiden immerhin 22.2% aus Angst vor demütigenden Erfahrungen häufig gesellige Anlässe, was der häufigen Teilnahme an Freizeitaktivitäten widerspricht.

Passend zu der gesamten Ausgestaltung dieser Lebenslage ist jedoch der Umstand, dass der Grad an Selbstbestimmung als gering eingeschätzt wird. Denn wenn nur wenige Ressourcen vorhanden sind, wird der Grad an Selbstbestimmung automatisch geringer, da für die Umsetzung von eigenen Wünschen und Bedürfnissen auch entspre-

⁵³ Vgl. dazu die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003c), wo 4.7% keine Vertrauensperson, 29.3% eine und 65.9% mehrere Vertrauenspersonen angeben.

⁵⁴ Hier ist anzufügen, dass einzig in der Lage M4 Personen zu finden sind, die Sozialhilfe beziehen.

chende Ressourcen vorhanden sein müssen. Menschen, denen solche Ressourcen weitgehend fehlen, fühlen sich daher häufig den „Umständen“ ausgeliefert und können nur wenig Selbstbestimmung in ihrem Leben ausüben.

Im Vergleich zu den anderen Lagen dieses Samples ist es diese Lage M4, bei der am deutlichsten eine benachteiligte Situation erkennbar ist. Ohne hier eine Kausalität festlegen zu wollen, ist dennoch ein klarer Zusammenhang zwischen dem Leben mit Beeinträchtigungen und der Ressourcengestaltung der Lebenslage festzustellen. Offensichtlich reichen hier die individuellen Massnahmen der IV nicht aus, um die Ressourcen der Lebenslage aufrecht zu erhalten.

Typisierend zusammengefasst handelt es sich bei der Lage M4 der Bezüger/innen individueller Massnahmen um stark isoliert lebende Frauen und Männer, die mit psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen leben. Sie können in keiner Dimension auf gut ausgestattete Ressourcen zurückgreifen und schätzen den Grad an Selbstbestimmung als eher gering ein.

Beitrag der Dimensionen zur Lagenbildung

Im Anschluss an die ausführliche Beschreibung der 4 Lebenslagen der Bezüger/innen individueller Massnahmen soll der Frage nachgegangen werden, in welchem Umfang die einzelnen Lebenslagendimensionen zur Bildung der Lagentypologie beitragen. Diese Analyse ist nicht nur statistisch bedeutsam, sondern bezieht sich substantiell auf die Frage, welche Dimensionen Lebenslagen differenzieren.

Tabelle 47 gibt den durch die Clusterlösung erklärten Varianzanteil (indiziert durch das Assoziationsmass ETA^2) bei den 12 Indikator-Variablen der Clusteranalyse wieder. Wie aus der Tabelle 47 ersichtlich wird, trägt bei den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen der IV das persönliche Einkommen, d.h. in einer ökonomischen Dimension am meisten zur Bildung der Cluster bei ($ETA^2 = 0.38$), gefolgt von der Mobilität (0.37), der Absenz von Erfahrungen und Befürchtungen von Stigmatisierung (0.35) und der Unabhängigkeit von Hilfe (0.34), die behinderungsbezogene Dimensionen darstellen.

Tabelle 47: Durch die 4-Clusterlösung erklärte Varianz (ETA^2), Bezüger/innen individueller Massnahmen der IV (N=315)

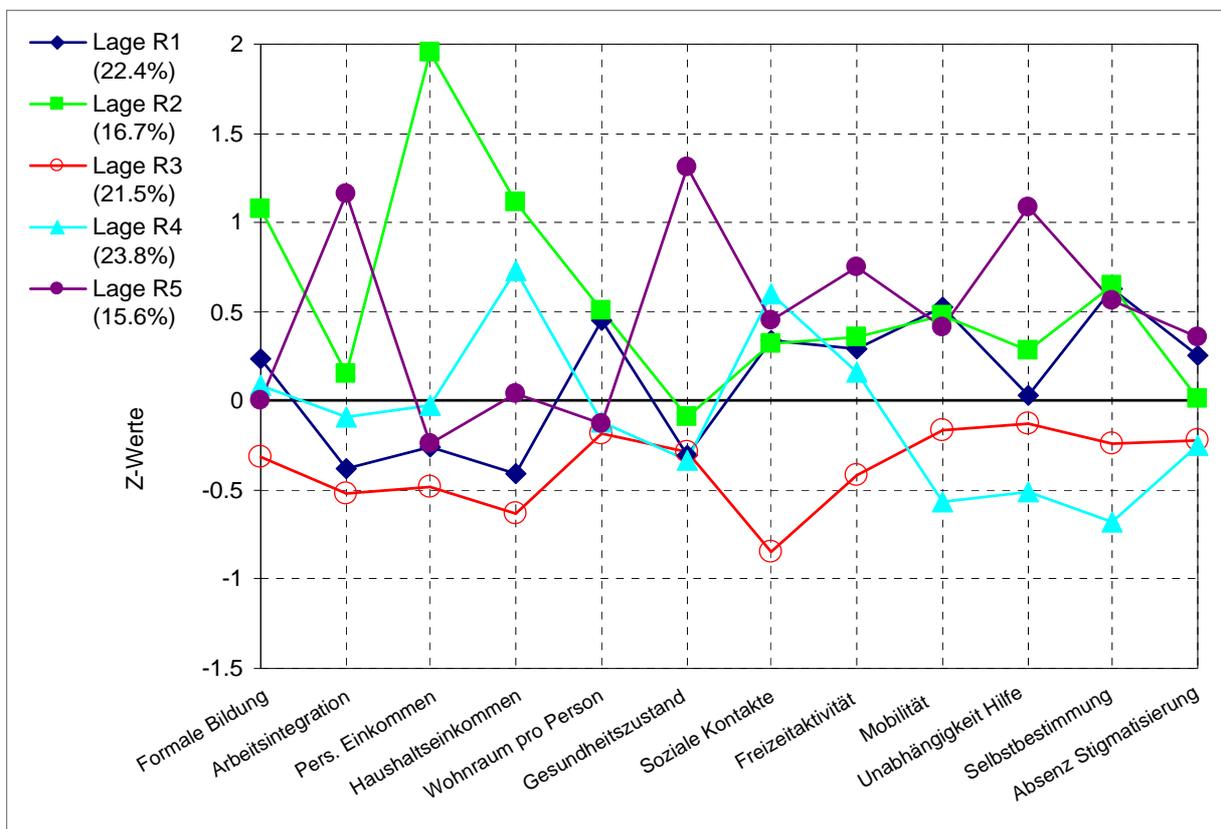
	ETA^2
Formale Bildung	0.30
Arbeitsintegration	0.16
Pers. Einkommen	0.38
Haushaltseinkommen	0.25
Wohnraum pro Person	0.12
Gesundheitszustand	0.22
Soziale Kontakte	0.10
Freizeitaktivität	0.04
Mobilität	0.37
Unabhängigkeit Hilfe	0.34
Selbstbestimmung	0.23
Absenz Stigmatisierung	0.35

6.2.4 Lebenslagen der IV-Rentner/innen (n=442)

Die Clusteranalyse in der Teilstichprobe der Bezüger/innen einer IV-Rente basiert auf 442 Fällen. Bei diesen 442 Personen haben sich die Verteilungen der Beeinträchtigungsformen, Schwere der Beeinträchtigungen, Ursache der Beeinträchtigungen und soziodemographischen Merkmale wie Geschlecht, Alter, und Nationalität gegenüber der Gesamtstichprobe der IV-Rentner/innen nicht verändert. Einzig Personen, die in Heimen leben, finden sich in diesem Sample leicht reduziert wieder.

Gemessen an den in Kapitel 4.6.3 dargestellten Kriterien erschien beim Modell der IV-Rentner/innen eine Lösung mit 5 Clustern angemessen. Sie erklärt 29% der Streuungsquadratsumme (ETA^2), die Mittelwerte der gebildeten Cluster unterscheiden sich signifikant ($p \leq .001$), 95.5% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert und alle 5 Cluster sind inhaltlich gut interpretierbar.

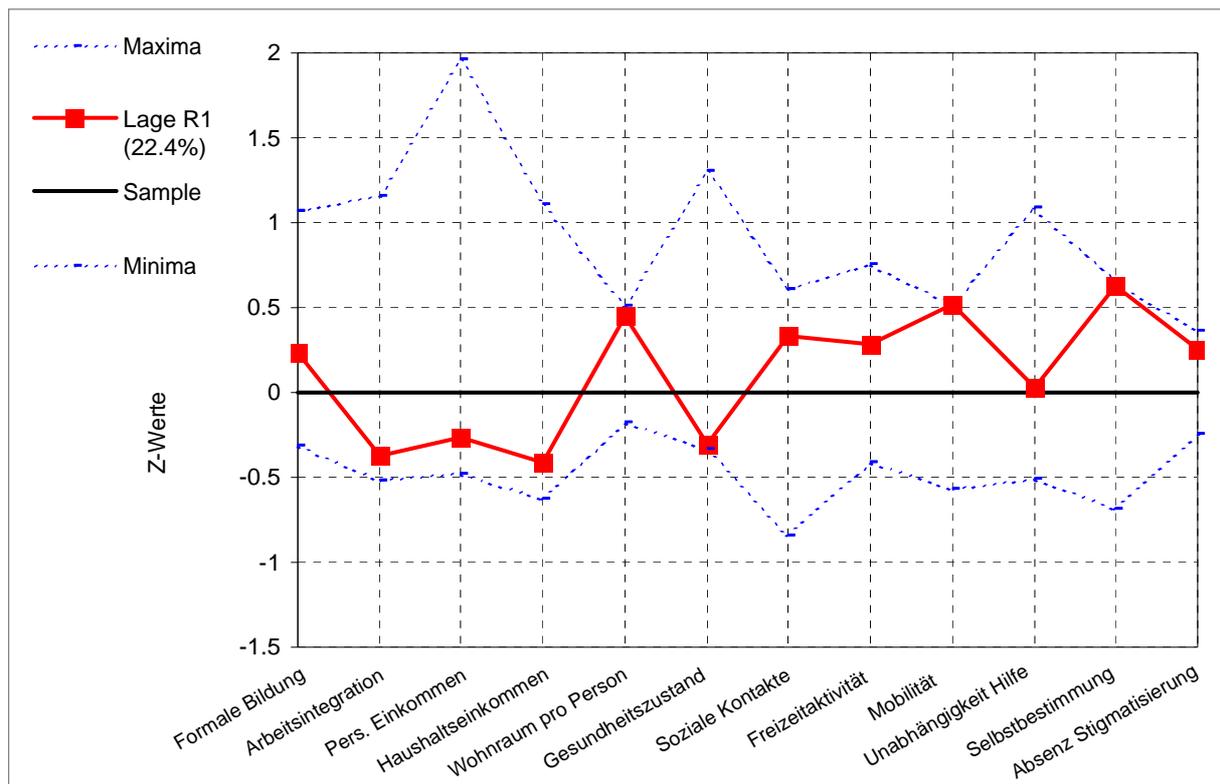
Abbildung 13: Lebenslagen der IV-Rentner/innen (n=442)



Lage R1 der IV-Rentner/innen (N=99)

Lage R1 ist gekennzeichnet durch überdurchschnittliche Werte in den sozialintegrativen sowie in den behinderungsbezogenen Dimensionen, trotz schlechter Gesundheit und tiefer Werte in den ökonomischen Dimensionen (ausser der Ausbildung).

Abbildung 14: Lage R1 der IV-Rentner/innen (N=99)



Rund die Hälfte (48.5%) der Angehörigen der Lage R1 verfügt über eine Berufsbildung: 16.2% haben die obligatorische Schule und 13.1% eine Anlehre abgeschlossen. Damit hat der Grossteil (77.8%) einen formalen Bildungsabschluss bis zum Niveau einer Berufsbildung. Das entspricht dem zweithöchsten Bildungsniveau aller Lagen dieses Samples. Auffallend gering ist die Arbeitsintegration: 77.8% üben keine Erwerbstätigkeit aus und nur 8.1% arbeiten 20 Stunden und mehr pro Woche gegen Bezahlung. Das persönliche sowie das Haushaltseinkommen sind klar unterdurchschnittlich: Drei Viertel (75.8%) verfügen über ein persönliches Einkommen von weniger als CHF 3'000.– pro Monat und niemand hat ein persönliches Einkommen von über CHF 6'000.– zur Verfügung. Der Grossteil der Haushalte (77.7%) muss mit einem Haushaltseinkommen von weniger als CHF 4'500.– auskommen. Zusammen mit Lage R2 stellt diese Lage ihren Angehörigen am meisten Wohnräume zur Verfügung. 60.6% der Personen wohnen in mindestens zwei Räumen, wobei anzumerken ist, dass über die Hälfte Einpersonenhaushalte darstellen.

Der Gesundheitszustand ist ähnlich schlecht wie derjenige der Angehörigen der Lagen

R3 und R4. Alle Personen in dieser Lage leiden unter Beschwerden: 41.4% mindestens einmal pro Woche und 19.2% täglich. Drei Viertel sind eher (17.2%) bis sehr (57.6%) auf Medikamente angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern.

In den Dimensionen soziale Kontakte und in der Ausübung von extern-geselligen Freizeitaktivitäten erreichen die Angehörigen der Lage R1 leicht überdurchschnittliche Werte: Die Mehrheit (53.5%) erfreut sich über ein (eher) grosses soziales Netzwerk von über 13 Personen und 65.7% haben mehrere Vertrauenspersonen. In Bezug auf Mobilität ist diese Lage gar am besten gestellt: 63.2 % brauchen nie Hilfe für kurze Fusswege, grössere Entfernungen oder für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Die Unabhängigkeit von Hilfe erweist sich als unauffällig und die Absenz von Erfahrungen und Befürchtungen von Stigmatisierung als am zweithöchsten in Bezug auf alle anderen Lagen: Zwei Drittel (65.7%) geben an, dass sie nie Anlässe meiden, weil sie demütigende Erfahrungen befürchten. Dementsprechend hoch schätzen sie ihre Selbstbestimmung ein.

In dieser Lage ist der Frauenanteil mit 56.1% überdurchschnittlich hoch. Etwas weniger als die Hälfte aller Personen ist verheiratet, mit 23.7% ist jedoch der Anteil der geschiedenen Personen im Vergleich zu den anderen Lagen am höchsten. 66% befinden sich in der Alterskategorie zwischen 50 und 65 Jahren, und mit einem Anteil von 2.1%, die zwischen 18 und 29 Jahre alt sind, besteht diese Lage überwiegend aus Menschen, die sich in ihrer zweiten Lebenshälfte befinden.

Der Anteil derjenigen, die mit Funktionseinschränkungen der inneren Organe leben, ist mit 20.6% verhältnismässig hoch. 60.8% leben mit körperlichen Beeinträchtigungen, was sich jedoch von den anderen Lagen nicht signifikant unterscheidet. Mit 2.1% ist der Anteil derjenigen Betroffenen mit geistigen Beeinträchtigungen der niedrigste überhaupt. Bei gut einem Viertel (25.5%) sind die Beeinträchtigungen angeboren, was einer überdurchschnittlichen Häufigkeit entspricht. 69% stufen auch ihre Beeinträchtigungen als schwer bis sehr schwer ein.

Bis auf die Lage R3 verzeichnet keine andere Lage hinsichtlich Arbeitsintegration, persönlichem Einkommen und Haushaltseinkommen so tiefe Werte wie die Lage R1. Bei der Zusammensetzung des persönlichen Einkommens fällt auf, dass zwei Drittel (66.7%) eine Vollrente der IV beziehen, was dem zweithöchsten Wert des gesamten Samples entspricht – und zu der tiefen Arbeitsintegration der Angehörigen dieser Lage passt. Aber nur 25% beziehen Leistungen der Pensionskassen. Dieser doch eher kleine Anteil der Pensionskassenbezüger/innen ist möglicherweise auf den Umstand zurückzuführen, dass in dieser Lage der Anteil Frauen und Geschiedener überdurchschnittlich hoch ist. Frauen arbeiten häufiger Teilzeit als Männer und im Zusammenhang mit tieferen Berufspositionen (und den damit zusammenhängenden tieferen Löhnen) errei-

chen sie häufiger Jahreseinkommen, die unterhalb des pflichtversicherten Mindestlohns liegen. Damit haben sie kein Anrecht auf Leistungen der 2. Säule erwerben können. Ausserdem ist bei Frauen dieser Generation zu berücksichtigen, dass sie möglicherweise nur bis zur Familiengründung erwerbstätig waren und der Grund für die Invalidität zu einem Zeitpunkt eintrat, in dem sie nicht versichert waren.

Obwohl sich das Haushaltseinkommen bei den Angehörigen dieser Lage breit streut, ist es gesamthaft gesehen ebenfalls unterdurchschnittlich. Dies dürfte auf den überdurchschnittlich grossen Anteil geschiedener Personen zurückzuführen sein. Geschiedene können oftmals auf kein zweites Einkommen im Haushalt zählen. Dies lässt sich u.a. daran erkennen, dass gut die Hälfte der Personen in dieser Lage in einem Einpersonenhaushalt lebt, was zum Ausdruck bringt, dass der Grossteil derjenigen, die nicht verheiratet sind, tatsächlich ohne Partner oder Partnerin leben.⁵⁵

Im Kontrast zu den tiefen Werten beim Einkommen und der Arbeitsintegration steht das Bildungsniveau der Angehörigen dieser Lage. 70.7% können einen formalen Bildungsabschluss bis zum Niveau einer Berufsbildung vorweisen, womit das allgemeine formale Bildungsniveau in dieser Lage klar über dem Durchschnitt liegt und nur noch von der Lage R2 übertroffen wird. Die trotz des hohen Bildungsniveaus klar unterdurchschnittliche Arbeitsintegration kann mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und der Schwere der Beeinträchtigungen der Angehörigen dieser Lage plausibilisiert werden: So ist die Lage R1 nicht nur durch einen schlechten Gesundheitszustand⁵⁶ gekennzeichnet, sondern auch dadurch, dass über zwei Drittel ihre Beeinträchtigungen als schwer bis sehr schwer einstufen. Dieser Umstand lässt die Vermutung zu, dass die Personen dieser Lage nicht wegen fehlender Ausbildung, sondern vielmehr auf Grund der Schwere der Beeinträchtigungen und des schlechten Gesundheitszustands nur noch sehr eingeschränkt in den Arbeitsmarkt integriert sind.

Trotz des schlechten allgemeinen Gesundheitszustands und der Schwere der Beeinträchtigungen, weist diese Lage im Gesamtvergleich des Samples die meisten Ressourcen bei der Mobilität auf. Zudem sind die Angehörigen dieser Lage nur durchschnittlich häufig auf Hilfeleistungen Dritter angewiesen.⁵⁷

⁵⁵ Diese kleine Haushaltsgrösse (weitere 30.3% leben in einem Zweipersonenhaushalt) weist auf die überdurchschnittlich gut ausgestattete Wohnsituation hin. Bei dieser Lage ist der Anteil derer, die Kinder haben, relativ hoch. In Anbetracht des höheren Alters der Betroffenen, dürften diese Kinder jedoch nicht mehr bei den Eltern wohnen, womit diesen häufig der Wohnraum, der vorher für eine ganze Familie reichen musste, nun alleine zur Verfügung steht.

⁵⁶ 74.8% sind für die Bewältigung ihrer täglichen Aufgaben auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen. Vgl. dazu die Frage „Everyday functioning: Medication needed“ des Schweizer Haushaltspanels 2002 (Schweizer Haushaltspanel, 2002), wo 71.7% mit „not at all“ bzw. 4.5% mit „a great deal“ antworten.

⁵⁷ Hierzu muss allerdings gesagt werden, dass die Interpretation der Mobilität sehr schwierig ist. Denn Ursachen von Einschränkungen in der Mobilität können auf Grund der unterschiedlichen Auswirkungen verschiedener Beeinträchtigungen, der verfügbaren Hilfsmittel und nicht zuletzt auf Grund der baulichen Gegebenheiten sehr verschieden sein. Da den Ursachen in dieser Untersuchung jedoch nicht detaillierter nachgegangen werden konnte, bleibt die Interpretation der Mobilität schwierig.

Das soziale Netzwerk sieht bei den Personen in dieser Lage sehr unterschiedlich aus. Die Grösse des sozialen Netzwerks variiert zwischen „1 bis 6 Personen“ und „mehr als 27 Personen“, wobei die Verteilung auf die unterschiedlichen Kategorien relativ ausgeglichen ist. Um einiges homogener präsentiert sich die Lage, wenn man die Anzahl der Vertrauenspersonen fokussiert. So berichten 65.7% über das Vorhandensein mehrerer Vertrauenspersonen und lediglich 3% können diesbezüglich auf niemanden zurückgreifen. Im Vergleich zu den anderen Lagen führt dies dazu, dass sich der Wert der sozialen Kontakte im Mittelfeld, aber doch über dem Durchschnitt platziert. Betrachtet man das soziale Netzwerk als Handlungsspielraum, dann plausibilisiert deren überdurchschnittlich gute Ausgestaltung die überdurchschnittlich häufigen extern-geselligen Freizeitaktivitäten.

Zum überdurchschnittlich gut ausgestatteten sozialen Umfeld und den Beteiligungen an Freizeitaktivitäten passt der Umstand, dass knapp zwei Drittel keine Erfahrungen von Stigmatisierung gemacht haben und gesellige Anlässe nicht deswegen meiden.

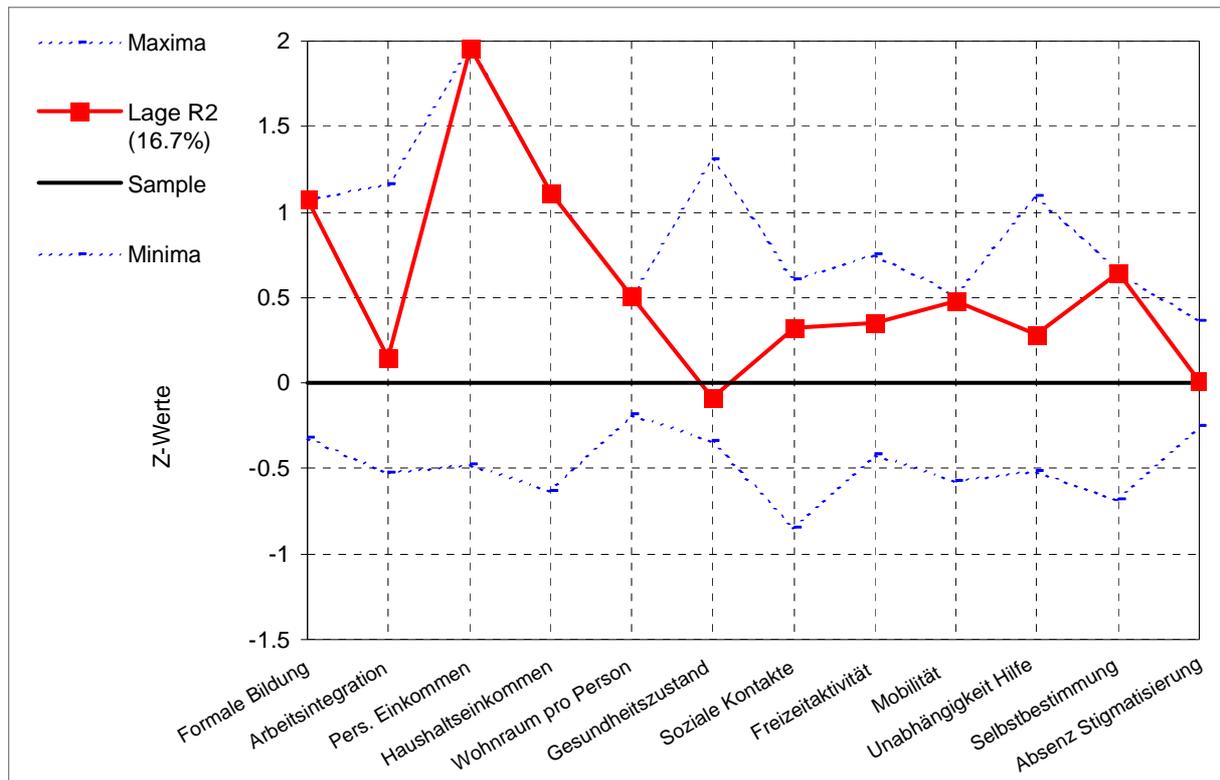
Die Ausgestaltung der Lage R1 wird dadurch abgerundet, dass die Betroffenen die Einschätzung haben, ihr Leben weitgehend selbstbestimmt führen zu können. Auch wenn diese Einschätzung von zahlreichen Faktoren und nicht zuletzt von der Konstellation der gesamten Lebenslage beeinflusst sein dürfte, entspricht sie doch den Arten der Beeinträchtigungen: mit dem hohen Anteil Personen mit Funktionseinschränkungen der inneren Organe und dem geringen Anteil Personen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen, weist diese Lage nur einen kleinen Anteil jener Beeinträchtigungen auf, die den grössten Stigmatisierungen ausgesetzt sind.

Typisierend zusammengefasst handelt es sich bei der Lage R1 um überwiegend geschiedene, ältere Frauen, die über einen überdurchschnittlich hohen Bildungsabschluss verfügen. Trotzdem sind sie kaum in den Arbeitsmarkt integriert, haben einen schlechten Gesundheitszustand und schwere Beeinträchtigungen. Ein Grossteil der Angehörigen dieser Lage bezieht eine Vollrente der IV und lebt mit einem sehr eingeschränkten persönlichen Einkommen. Das soziale Netzwerk, die Freizeitaktivitäten und die Selbstbestimmung liegen über dem Durchschnitt, was von dem überdurchschnittlichen Fehlen von Stigmatisierungserfahrungen unterstrichen wird.

Lage R2 der IV-Rentner/innen (N=74)

Die Lage R2 zeichnet sich durch höchste Ressourcen in den ökonomischen Dimensionen und (unter)durchschnittliche Gesundheit bei überdurchschnittlichen Werten in den sozial-integrativen sowie behinderungsbezogenen Dimensionen aus.

Abbildung 15: Lage R2 der IV-Rentner/innen (N=74)



Die Angehörigen der Lage R2 verfügen mit Abstand über die höchsten formalen Bildungsabschlüsse des Samples: Fast alle (95.9%) weisen mindestens eine Berufsbildung und 40.5% gar eine tertiäre Ausbildung, d.h. eine höhere Berufsbildung oder (Fach)Hochschule vor. Die Arbeitsintegration liegt nur leicht über dem Durchschnitt: 50% sind erwerbstätig, wobei ein Drittel 20 bis 36 Stunden pro Woche (25.7%) oder gar Vollzeit (6.8%) gegen Bezahlung arbeitet. Auffallend sind die klar höchsten Einkommen aller Lagen: Fast alle (93.2%) verfügen über ein persönliches Einkommen über CHF 4'500.– und 63.6% über CHF 6'000.– pro Monat, niemand verzeichnet weniger als CHF 2'000.– im Monat. Kaum ein Haushalt (2.7%) muss mit weniger als CHF 4'500.– im Monat auskommen und drei Viertel (74.4%) der Haushaltseinkommen liegen über CHF 6'000.– pro Monat. Den Personen dieser Lage steht der meiste Wohnraum zur Verfügung: 44.6% der Wohnungen bieten jedem Bewohner resp. jeder Bewohnerin mehr als zwei Zimmer.

Der Gesundheitszustand ist leicht unterdurchschnittlich. In den restlichen Dimensionen ist die Lage R2 ähnlich positioniert wie die Lage R1. Die Dimensionen soziale Kontakte, Freizeitaktivitäten, Mobilität und Unabhängigkeit von Hilfe erweisen sich alle als überdurchschnittlich gut ausgestattet. Der Wert der Absenz von Stigmatisierung liegt im Durchschnitt des Samples. Die Selbstbestimmung wird so hoch eingeschätzt wie in keiner anderen Lage.

Mit 81.1% liegt der Anteil der Männer bei dieser Gruppe stark über dem Durchschnitt. 74.6% sind in der Altersgruppe zwischen 50 und 65, womit die Gruppe durchschnittlich noch etwas älter ist als die Lage R1. Des weiteren hat diese Gruppe den grössten Anteil an verheirateten Personen überhaupt (64.4%). Wie bei der Lage R1 ist auch hier der Anteil derer, die mit Funktionseinschränkungen der inneren Organe leben, überdurchschnittlich hoch. Die Beeinträchtigungen sind meist nicht angeboren, und ebenfalls im Unterschied zur Lage R1, stufen die Betroffenen ihre Beeinträchtigungen nicht als sehr schwer ein.

Wenn man sich die Lage R2 gesamthaft, und vor dem Hintergrund der frauenlastigen Lage R1 ansieht, dann entsteht der Eindruck, dass es sich hierbei um die männerlastige Version der Lage R1 handelt. Wie in der Lage R1 leben auch hier die Betroffenen überdurchschnittlich häufig mit Funktionseinschränkungen der inneren Organe, sie befinden sich in der zweiten Lebenshälfte und 76.1% haben Kinder.⁵⁸ Es gibt allerdings entscheidende Unterschiede bei einzelnen Dimensionen, die auf geschlechtstypische Ausprägungen von Biographien zurückgeführt werden können.

Das persönliche Einkommen liegt bei den Angehörigen dieser Lage so weit über dem Durchschnitt, dass die Werte aller anderer Lagen des Samples unter den Durchschnitt sinken: 63.4% verfügen über ein Einkommen von mehr als CHF 6'000.– pro Monat – in keiner anderen Lage ist ein solches Einkommen vorhanden, das deutlich über dem durchschnittlichen persönlichen Einkommen der Gesamtbevölkerung der Schweiz liegt.⁵⁹ Die Zusammensetzungen der Einkommensquellen machen diese hohen Werte verständlich: Entsprechend der guten Arbeitsintegration bezieht nur gut die Hälfte der Angehörigen dieser Lage eine Vollrente der IV. Zudem erhalten 67.6% Leistungen der Pensionskassen. Dieser Anteil wird in keiner anderen Rentnerlage übertroffen. Hier zeigt sich nun der geschlechterbezogene Unterschied zwischen der männerlastigen Rentnerlage 2 und der frauenlastigen Rentnerlage 1 sehr deutlich. Da Männer nach wie vor häufig andere Berufsbiographien haben als Frauen, also seltener ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen, seltener Teilzeit beschäftigt sind und im Durchschnitt höhere Einkommen erzielen, können sie – wie zuvor schon erwähnt – im Rahmen der zweiten Säule eine bessere Absicherung im Falle von Invalidität erreichen. Insofern erweist sich die zweite Säule für Männer als wesentlich bessere Absicherung als für Frauen. Zudem dürfte sich auch die Nationalität auf das Einkommen auswirken. So weist diese

⁵⁸ Diese beiden Aspekte können wie schon bei der Lage R1 die überdurchschnittlich gute Wohnsituation erklären: Auf Grund des hohen Alters dürften die Kinder bereits eigene Haushalte gegründet haben, weswegen den Eltern nun der gleiche Wohnraum zur Verfügung steht, wie vorher der ganzen Familie. Bei der Lage R2 kommt noch zusätzlich die gute finanzielle Situation hinzu, was sich auf die Wohnverhältnisse ebenfalls positiv auswirken dürfte.

⁵⁹ Vgl. dazu Stamm et al. (2002, S. 47–49), wo für die Bevölkerung der Schweiz 1999 ein persönliches Durchschnittseinkommen von CHF 3'700.– (Lage R2: CHF 6'000.– bis 8'999.–) bzw. ein durchschnittliches Haushaltseinkommen von CHF 6'900.– (Lage R2: CHF 6'000.– bis 8'999.–) angegeben wird.

Lage mit 5.4% den kleinsten Anteil Personen auf, die keine Schweizer Staatsbürger-schaft besitzen. (Bei der Lage R1 ist dieser Anteil fast viermal so hoch).

Nicht nur beim persönlichen Einkommen, sondern auch bei der formalen Bildung erzielt die Lage R2 einen Spitzenwert. 95.9% weisen mindestens eine Berufsbildung und 40.5% gar eine tertiäre Ausbildung, d.h. eine höhere Berufsbildung oder (Fach)Hochschule vor.⁶⁰ Das hohe formale Bildungsniveau lässt sich mit zwei zusammenhängenden Argumenten plausibilisieren: mit 8.3% ist der Anteil derjenigen, bei denen die Beeinträchtigungen angeboren sind, relativ gering. Die meisten konnten ihre Ausbildung noch vor Auftreten der Beeinträchtigungen abschliessen (89.1%). Der tiefe Anteil Personen mit angeborenen Beeinträchtigungen dürfte wiederum in Zusammenhang mit dem hohen Alter der Angehörigen dieser Lage stehen. Denn je älter jemand wird, desto höher ist die Chance, von Beeinträchtigungen betroffen zu sein, womit der Anteil derjenigen mit angeborenen Beeinträchtigungen automatisch sinkt.

Während die Werte der Lage R2 hinsichtlich Bildung, Arbeitsintegration und Einkommen stark von denjenigen der Lage R1 abweichen, sind sich die beiden Profile in den restlichen Dimensionen – mit leichten Abweichungen – sehr ähnlich. Der Gesundheitszustand ist bei beiden Lagen unterdurchschnittlich (was möglicherweise auf das eher höhere Alter beider Lagen zurück zu führen ist), während die Ressourcen in den sozialintegrativen und behinderungsbezogenen Dimensionen überdurchschnittlich sind.

Somit zeigen sich die Unterschiede zwischen der männerlastigen Lage R2 und der frauenlastigen Lage R1 überwiegend in den Dimensionen formales Bildungsniveau und persönliches Einkommen.

Die bei beiden Lagen überdurchschnittlichen Werte für das soziale Netzwerk, Freizeitaktivitäten und Grad der Selbstbestimmung werden durch die wenigen Erfahrungen von Stigmatisierung noch hervorgehoben. Damit kann auch das Bild dieser beiden Lagen abgerundet werden. Es handelt sich um ältere Menschen mit Beeinträchtigungen, die durchschnittlich häufig Stigmatisierungen ausgesetzt sind. Die gute Mobilität, zusammen mit der gesamten Ausgestaltung der Lebenslage, lässt bei den Angehörigen beider Lagen die Einschätzung entstehen, ihr Leben weitgehend selbstbestimmt gestalten zu können. Hierfür dürfte die gute finanzielle Situation der Lage R2 noch unterstützend wirken, da die Ressourcen dieser Dimension viele andere Aspekte der Lebenslage kompensieren können.

Typisierend zusammengefasst handelt es sich bei der Lage R2 um ältere, verheiratete Männer, die mit nicht-angeborenen Funktionseinschränkungen der inneren Organe

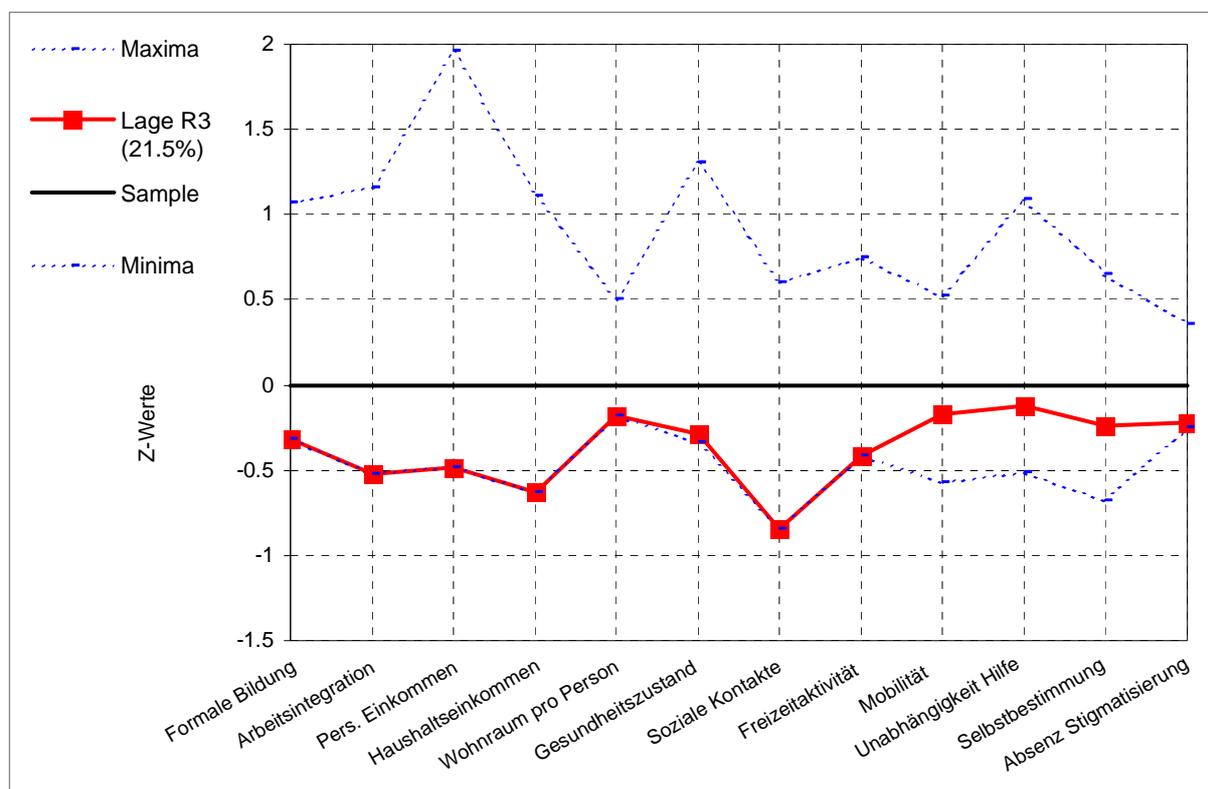
⁶⁰ Vgl. dazu den Bildungsstand der Bevölkerung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003a), wo 81.6% der Schweizer Bevölkerung mindestens eine Berufsbildung und 25.2% eine höhere Berufsbildung oder (Fach)Hochschule absolviert haben.

leben. Diese Männer verfügen über ein hohes Bildungsniveau, sind teilweise noch erwerbstätig und können dank den Leistungen der Pensionskassen (und – falls vorhanden – dem Erwerbseinkommen) ein hohes persönliches Einkommen vorweisen. Obwohl sie ihre Beeinträchtigungen nicht als sehr schwer einstufen, liegt ihr Gesundheitszustand im unterdurchschnittlichen Bereich. Diese Männer sind sehr mobil, schätzen den Grad ihrer Selbstbestimmung als hoch ein und berichten über durchschnittlich häufige Erfahrungen von Stigmatisierung.

Lage R3 der IV-Rentner/innen (N=95)

Die Lage R3 zeichnet sich durch einen schlechten Gesundheitszustand aus und erreicht in den ökonomischen sowie in den sozialintegrativen Dimensionen die tiefsten Werte des Samples.

Abbildung 16: Lage R3 der IV-Rentner/innen (N=95)



Die Angehörigen der Lage R3 verfügen mit Abstand über das tiefste formale Bildungsniveau im Sample: Ein Drittel (34.7%) hat nur die obligatorische Schule und 20% eine Anlehre absolviert. Der Grossteil (92.6%) hat höchstens eine Berufsbildung abgeschlossen und niemand weist eine höhere Berufsbildung oder einen (Fach)Hochschulabschluss vor. Ebenfalls geringer als in allen anderen Lagen fällt die Arbeitsintegration aus: Der Grossteil (87.4%) geht keiner Erwerbstätigkeit nach und lediglich 4.2% arbeiten 20 und mehr Stunden pro Woche gegen Bezahlung. Dement-

sprechend erreicht die Lage R3 die tiefsten Einkommen des Samples: 88.4% verfügen über ein persönliches Einkommen von weniger als CHF 3'000.– pro Monat und die Mehrheit (53.7%) gar unter CHF 2'000.– im Monat. Niemand verzeichnet ein persönliches Einkommen über CHF 6'000.– im Monat. Der Grossteil der Haushalte (84.2%) muss mit einem Einkommen von weniger als CHF 4'500.– im Monat auskommen. Auch beim Wohnraum erreicht die Lage R3 den tiefsten Wert: in 36.8% der Haushalte bietet die Wohnung nur 1 Zimmer pro Person zum Wohnen.

Der Gesundheitszustand erweist sich als ähnlich schlecht wie in Lage R1 und R4. Auffallend ist hingegen die soziale Isolation der Personen dieser Lage. Die sozialen Kontakte fallen so spärlich aus, dass die Werte aller anderen Lagen überdurchschnittlich werden: rund zwei Drittel (66.3%) haben nur ein kleines soziales Netzwerk von 1 bis 6 Personen. 51.6% geben eine und 21.1% geben keine Vertrauensperson an. Dementsprechend selten werden extern-gesellige Freizeitaktivitäten ausgeübt.

Weitere Defizite sind in den Dimensionen Mobilität, Unabhängigkeit von Hilfe, Abwesenheit von Stigmatisierung und Selbstbestimmung auszumachen. 30.5% brauchen für kurze Fusswege, grössere Entfernungen oder für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel Hilfe. 60% sind im Haushalt und 56.8% zur Bewältigung von psychischen Belastungen auf Hilfe angewiesen. Der tiefe Wert in der Dimension Abwesenheit von Erfahrungen von Stigmatisierung kann dadurch veranschaulicht werden, dass 57.9% gesellschaftliche Anlässe vermeiden, weil sie demütigende Erfahrungen befürchten.

In dieser Lage sind Männer und Frauen zu praktisch gleichen Anteilen vertreten. Sie leben etwas überdurchschnittlich häufig von ihrem/ihrer Partner/in getrennt oder sind geschieden. 68.8% sind zwischen 40 und 59 Jahre alt, der restliche Anteil eher älter als jünger. Diese eher unauffällige Lage ist hauptsächlich durch die Art der Beeinträchtigungen gekennzeichnet: Knapp die Hälfte lebt mit psychischen, 12% mit geistigen Beeinträchtigungen. Damit weist diese Lage den höchsten Anteil Menschen mit psychischen oder geistigen Beeinträchtigungen auf. Des Weiteren ist für die Angehörigen dieser Lage kennzeichnend, dass 78% ihre Beeinträchtigungen als schwer bis sehr schwer einschätzen.

Mit dem weit unterdurchschnittlichen persönlichen Einkommen können die Personen in dieser Lage kaum auf finanzielle Ressourcen zurückgreifen. Die Zusammensetzung des persönlichen Einkommens weist auf die Schwere der Beeinträchtigungen und die damit zusammenhängende tiefe Arbeitsintegration hin: 69.5% – und damit so viele wie in keiner anderen Lage – beziehen eine Vollrente der IV und lediglich 9.5% erzielen ein Erwerbseinkommen. Mit 22% ist der Anteil derjenigen, die Ergänzungsleistungen beziehen, der höchste des gesamten Samples. Auch ist der Anteil derjenigen, die Sozialhilfeleistungen empfangen, mit 5.3% der höchste des gesamten Samples. Der

Umstand, dass nicht nur das persönliche Einkommen, sondern auch das Haushaltseinkommen weit unter dem Durchschnitt liegt, spiegelt, dass die Angehörigen dieser Lage nicht auf einen Partner oder eine Partnerin zählen können. Dies wird auch daran ersichtlich, dass 41.5% in einem Einpersonenhaushalt leben. Inwieweit das tiefe persönliche Einkommen und die schlechte Arbeitsintegration mit dem tiefen formalen Bildungsniveau der Angehörigen dieser Lage zusammenhängt, ist schwierig abzuschätzen. Es dürfte aber sicher nicht ohne Bedeutung sein, dass der höchste erreichte formale Bildungsabschluss bei diesen Personen die Allgemeinbildung darstellt und auch dieser nur von 7.4% erreicht wird.⁶¹ Insofern kann der Bildungsabschluss nicht als Ressource und allenfalls zur Kompensation anderer Dimensionen eingesetzt werden, was sich – in Kombination mit anderen Faktoren – negativ auf die Ressourcenausgestaltung der gesamten Lebenslage auswirken kann.

Der Gesundheitszustand ist unterdurchschnittlich gut. Zusammen mit der Art der Beeinträchtigungen kann er auch die schlechte Einbettung in ein soziales Umfeld plausibilisieren: Psychische und geistige Beeinträchtigungen gehen – nicht zuletzt auf Grund des hohen Potenzials für Stigmatisierungen, das sich auch hier wieder findet – häufig mit einer sozialen Isolation einher, und der schlechte Gesundheitszustand dürfte das Pflegen von sozialen Kontakten zusätzlich erschweren. Das Ausmass der sozialen Isolation bei Personen in dieser Lage ist extrem.⁶² (Die Werte aller anderen Dimensionen liegen vergleichsweise im überdurchschnittlichen Bereich). Wenn man sich in Erinnerung ruft, dass die einzelnen Dimensionen als Ressourcen und somit auch als Kompensation für andere mangelhaft ausgestatteten Handlungsspielräume in der Lebenslage dienen können, wird die desolate Situation der Angehörigen dieser Lage deutlich. So könnte eine gute Einbettung in ein soziales Umfeld nicht nur den psychischen Zustand von Menschen positiv beeinflussen, sondern sie hat häufig auch eine Vermittlungsfunktion: Arbeitsstellen und Wohnungen können über den Bekanntenkreis vermittelt werden, ebenso wie der Austausch von Informationen, die Voraussetzung für eine Integration in die heutige Informationsgesellschaft sind.

Bei einer Lebenslage, die in allen Dimensionen unterdurchschnittliche Werte aufweist, erstaunt es nicht, dass die Betroffenen den Grad an Selbstbestimmung als gering einschätzen. Denn wenn jemand nur über sehr wenig Ressourcen verfügt, ist sein Handlungsspielraum stark eingegrenzt, was wiederum die Möglichkeiten zur Ressourcenvermehrung einschränkt. Dadurch fühlen sich die Betroffenen häufig „ohnmächtig“ oder den „Umständen“ ausgeliefert.

⁶¹ Vgl. dazu den Bildungsstand der Bevölkerung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003a), wo 32.6% mindestens eine Allgemeinbildung abgeschlossen haben, 14.5% eine höhere Berufsbildung und 10.7% eine (Fach)Hochschule.

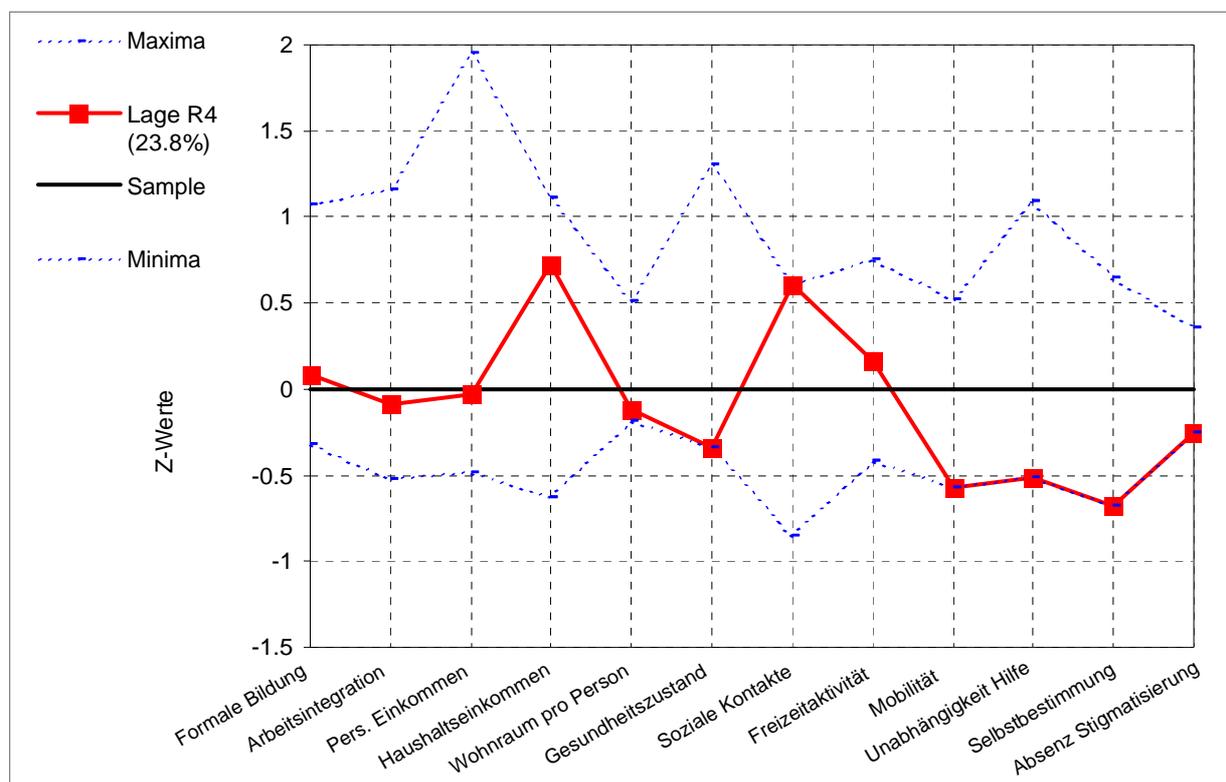
⁶² Vgl. dazu die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003c), wo 4.7% keine Vertrauenspersonen, 29.3% eine und 65.9% mehrere Vertrauenspersonen angeben.

Typisierend zusammengefasst kann gesagt werden, dass es sich bei der Lage R3 um Männer und Frauen mittleren Alters handelt, die häufig mit psychischen oder geistigen Beeinträchtigungen leben, die sie als schwer bis sehr schwer einschätzen. Die Angehörigen dieser Lage verfügen in fast allen Dimensionen über die geringsten Ressourcen des gesamten Samples. Damit leben sie nicht nur mit einem minimalen finanziellen Spielraum, sondern sind auch durch soziale Isolation gekennzeichnet. Personen in dieser Lage berichten über häufige Erfahrungen von Stigmatisierung und schätzen den Grad an Selbstbestimmung als gering ein.

Lage R4 der IV-Rentner/innen (N=105)

Kennzeichnend für die Lage R4 ist der im Vergleich zum gesamten Sample schlechteste Gesundheitszustand der Betroffenen und die klaren Tiefstwerte in den behinderungsbezogenen Dimensionen. Bei unauffälligen ökonomischen Dimensionen verbessern die hohen Haushaltseinkommen und das grösste soziale Netzwerk die Lebenslage.

Abbildung 17: Lage R4 der IV-Rentner/innen (N=105)



Die ökonomischen Dimensionen formale Bildung, Arbeitsintegration und persönliches Einkommen fallen in der Lage R4 unauffällig aus. Während das persönliche Einkommen bei der Mehrheit (58.1%) unter CHF 3'000.– im Monat liegt, verfügen die Haushalte über die zweithöchsten Einkommen aller Lagen: 82.9% der Haushaltseinkommen liegen über CHF 4'500.– pro Monat und die Hälfte (50.5%) gar über CHF 6'000.– im

Monat. Der Wohnraum pro Person ist ähnlich tief wie in den Lagen R3 und R5. Der Gesundheitszustand ist so schlecht wie in den Lagen R1 und R3. Auffällig hoch sind die sozialen Kontakte: Der Grossteil (70.5%) verfügt über ein grosses Netzwerk von mehr als 13 Personen und gibt mehrere Vertrauenspersonen an (64.8%). Obwohl die Angehörigen der Lage R4 die meisten sozialen Kontakte im Sample vorweisen, nehmen sie nur mittelmässig oft an extern-geselligen Freizeitaktivitäten teil. Die tiefsten Werte von allen Lagen werden in den Merkmalen Mobilität, Unabhängigkeit von Hilfe und Absenz von Erfahrungen und Befürchtungen von Stigmatisierung erreicht. Das bedeutet konkret, dass 87.6% Hilfe für kurze Fusswege, grössere Entfernungen und für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel benötigen. 51.5% der Angehörigen dieser Lage benötigen mindestens mehrmals pro Woche Hilfe im Haushalt und 43.7% zur Bewältigung von psychischen Belastungen. Dazu kommen Ängste stigmatisiert zu werden: Die Mehrheit (58.1%) vermeidet gesellschaftliche Anlässe, weil sie demütigende Erfahrungen befürchten. Die hohe Hilfeabhängigkeit und häufige Erfahrung von Stigmatisierung wird durch die mit Abstand tiefste Einschätzung der Selbstbestimmung ergänzt.

Die Angehörigen der Lage R4 weisen mit 47.1% etwa den gleich hohen Anteil Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf wie die Lage R3. Die Angehörigen der Lage R4 sind aber tendenziell etwas jünger; vor allem die 30- bis 39-jährigen sind hier stärker vertreten. Auch findet sich hier der höchste Frauenanteil des gesamten Samples (60%), sowie ein überdurchschnittlich hoher Anteil an verheirateten Personen.

Die Angehörigen der Lage R4 liegen hinsichtlich Bildungsniveau, Arbeitsintegration und persönlichem Einkommen⁶³ im Durchschnitt des Samples und sind damit besser gestellt als die Angehörigen der Lage R3 und zeigen bei den ökonomischen Dimensionen einen grossen Unterschied beim Haushaltseinkommen: Dieses ist weit überdurchschnittlich. Die Diskrepanz zwischen persönlichem Einkommen und dem Haushaltseinkommen kann mit dem hohen Anteil an verheirateten Personen in dieser Lage plausibilisiert werden, sowie mit dem Umstand, dass der Frauenanteil überdurchschnittlich hoch ist. Der Ehestand weist darauf hin, dass die Betroffenen häufig von einem Partner oder einer Partnerin finanziell unterstützt werden (wozu auch der Umstand passt, dass diese Lage mit 15.2% den kleinsten Anteil von Einpersonenhaushalten des gesamten Samples aufweist). Dass, vor dem Hintergrund der traditionellen Arbeitsteilung, nach wie vor überwiegend Männer die „Ernährerfunktion“ der Familie innehaben, trägt zur Plausibilisierung des hohen Haushaltseinkommens dieser frauen-

⁶³ 65.7% beziehen eine Vollrente der IV, was dem Umstand entspricht, dass über 70% der Lage weniger als 9 Stunden pro Woche einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

lastigen Lage bei. Hier zeigt sich also ein deutlicher Unterschied zwischen der Lage R4 und der Lage R3: Während die Angehörigen der Lage R3 überwiegend auf sich alleine gestellt sind, können die Angehörigen der Lage R4 auf finanzielle Unterstützung aus dem Haushalt zählen.⁶⁴

Sehr gut ausgestattete Ressourcen weist diese Lage auch bei den sozialen Kontakten auf.⁶⁵ Während die Angehörigen der Lage R3 hier mit den wenigsten Ressourcen auskommen müssen, sind in der Lage R4 am meisten vorhanden. Dies mag erstaunen, da diese Lage ebenso wie die Lage R3 einen hohen Anteil Personen mit psychischen Beeinträchtigungen aufweist, und diese Beeinträchtigungen häufig mit sozialer Isolation einhergehen. Des Weiteren weisen die Angehörigen dieser Lage den tiefsten Wert hinsichtlich der Unabhängigkeit von Hilfe auf; und eine starke Hilfsbedürftigkeit dürfte die Möglichkeit zur Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten zusätzlich einschränken. Eine Plausibilisierung, weswegen trotz dieser beiden Erschwernissen ein hoher Wert hinsichtlich der sozialen Kontakte erreicht wird, kann wiederum im Ehestand und der damit zusammenhängenden Wohnsituation der Betroffenen gefunden werden: Über drei Viertel leben in einem Haushalt mit 2 bis 4 Personen. Bei solchen Wohnverhältnissen sind nicht nur soziale Beziehungen im Haushalt gegeben. Darüber hinaus können die Betroffenen bis zu einem gewissen Grad auch am sozialen Netzwerk der anderen Haushaltsmitglieder teilhaben. Zusätzlich haben 70.9% (und damit so viel wie in keiner anderen Lage) Kinder, und in Anbetracht des eher tieferen Alters dieser Lage kann davon ausgegangen werden, dass ein grosser Teil dieser Kinder noch mit den Eltern zusammenlebt. Insofern ist zu vermuten, dass zusätzlich auch über die Kinder Sozialkontakte entstehen, beispielsweise durch die Eltern der Schulkameraden.

Dass das soziale Umfeld wesentlich mit den Lebens- und Wohnverhältnissen zusammenhängt wird durch den Umstand unterstrichen, dass die Wohnverhältnisse und die Sozialkontakte die einzigen beiden Dimensionen dieser Lebenslage sind, bei denen die Ressourcen überdurchschnittlich gut ausgestattet sind. Bei der Mobilität, den Erfahrungen von Stigmatisierung und dem Gesundheitszustand liegen die Werte demgegenüber wieder weit unter dem Durchschnitt.

So können diese beiden Dimensionen nicht darüber hinwegtäuschen, dass die allgemeine Ausgestaltung dieser Lebenslage eher ressourcenarm ist. Damit lässt sich dann auch der Befund, dass der Grad an Selbstbestimmung als gering eingeschätzt wird, plausibilisieren.

⁶⁴ Vgl. dazu Stamm et al. (2002, S. 47–49), wo für 1999 ein persönliches Durchschnittseinkommen von CHF 3'700.– (Lage R4: CHF 2'000.– bis 2'999.–) bzw. ein durchschnittliches Haushaltseinkommen von CHF 6'900.– (Lage R4: CHF 6'000.– bis 8'999.–) angegeben wird.

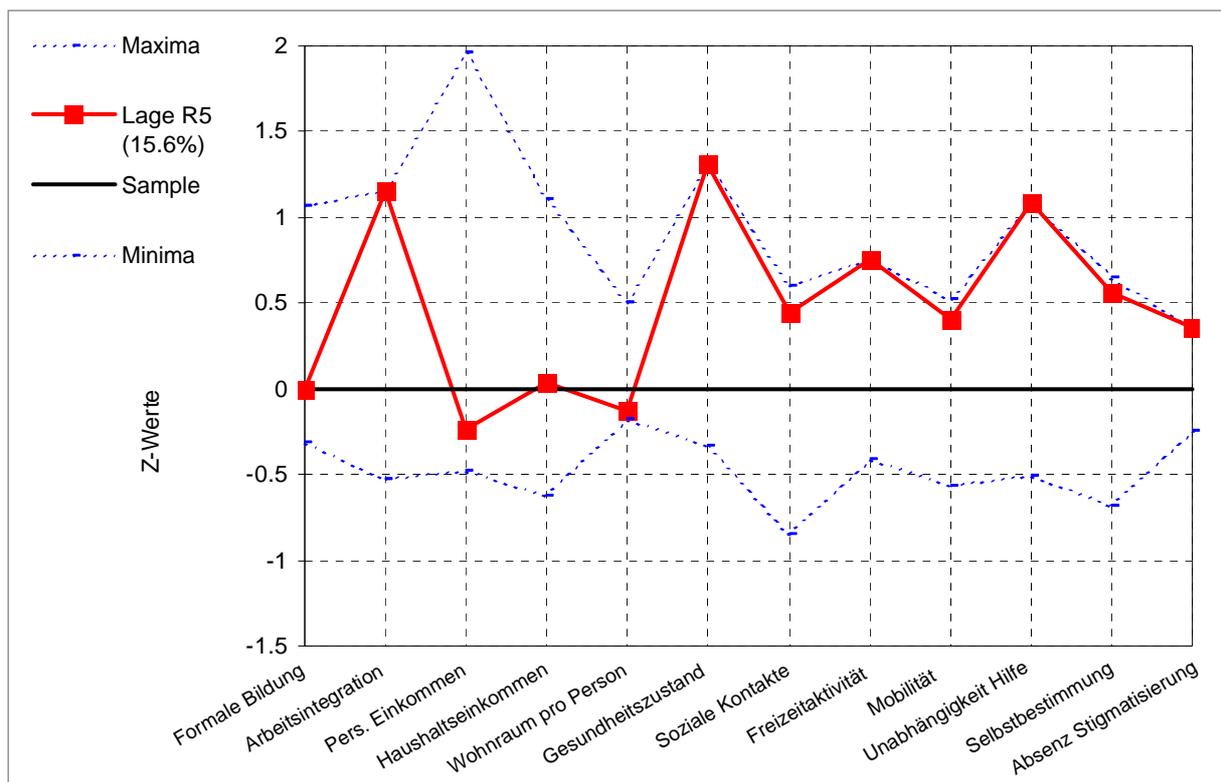
⁶⁵ Vgl. dazu die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003c), wo 4.7% keine Vertrauensperson, 29.3% eine und 65.9% mehrere Vertrauenspersonen angeben.

Typisierend zusammengefasst handelt es sich bei der Lage R4 um überwiegend verheiratete Frauen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren, die mit psychischen Beeinträchtigungen leben. Sie verfügen über eine durchschnittliche Bildung, sind aber nur wenig in den Arbeitsmarkt integriert. Sie erhalten zu einem grossen Teil eine Vollrente der IV, und durch das Fehlen anderer Einkommensquellen liegt ihr persönliches Einkommen unterhalb des Durchschnitts. Diese Frauen werden aber finanziell durch ihre Partner unterstützt, wodurch das Haushaltseinkommen weit über dem Durchschnitt liegt. Sie leben in Haushalten von zwei bis vier Personen und können auf gute Ressourcen beim sozialen Netzwerk zurückgreifen. Der schlechte Gesundheitszustand dieser Frauen geht mit schlechter Mobilität und einer grossen Hilfsbedürftigkeit einher. Sie schätzen den Grad an Selbstbestimmung als sehr gering ein. Die einzigen überdurchschnittlich gut ausgestatteten Dimensionen (Haushaltseinkommen und soziale Kontakte) werden überwiegend durch die Partner/innen oder die Familie bereitgestellt.

Lage R5 der IV-Rentner/innen (N=69)

Die Lage R5 ist gekennzeichnet durch den mit Abstand besten Gesundheitszustand der Betroffenen. Sie erreicht Höchstwerte in der Arbeitsintegration und in den sozialintegrativen sowie behinderungsbezogenen Dimensionen bei tiefen Einkommen.

Abbildung 18: Lage R5 der IV-Rentner/innen (N=69)



Das formale Bildungsniveau in der Lage R5 liegt genau im Durchschnitt des Samples der IV-Rentner/innen: 15.9% der Angehörigen dieser Lage haben die obligatorische Schule, 30.4% eine Anlehre und 40.6% eine Berufsbildung absolviert. Bei der Arbeitsintegration wird klar der Spitzenwert erreicht. 85.5% sind erwerbstätig, wobei über zwei Drittel 20 bis 36 Stunden pro Woche (26.1%) oder gar Vollzeit (43.5%) gegen Bezahlung arbeiten. Das persönliche Einkommen ist trotz hoher Erwerbstätigkeit unterdurchschnittlich: Der Grossteil der Personen (69.6%) verfügt über weniger als CHF 3'000.– Einkommen im Monat und niemand über CHF 6'000.–. Das Haushaltseinkommen liegt im Durchschnitt des Samples. Zusammen mit den Lagen R3 und R4 stellt diese Lage ihren Haushaltsmitgliedern am wenigsten Wohnräume zur Verfügung.

Der Gesundheitszustand wird mit hohem Abstand am besten beurteilt, so gut, dass die Werte der anderen Lagen in dieser Dimension unter den Durchschnitt fallen: 23.2% haben weniger als einmal pro Monat Beschwerden und 14.5% gar keine. Der Grossteil (63.8%) ist nicht auf Medikamente angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern.

In den Dimensionen soziale Kontakte, Freizeitaktivität, Mobilität, Unabhängigkeit von Hilfe und Absenz von Erfahrungen und Befürchtungen von Stigmatisierung erreicht die Lage R5 hohe, wenn nicht gar Spitzenwerte. Am auffallendsten ist die Unabhängigkeit von Hilfe: Fast alle (97.1%) bezeichnen sich unabhängig von Hilfeleistungen zur Pflege und der medizinischen Versorgung, der Grossteil braucht keine Hilfe im Haushalt (79.7%) oder zur Bewältigung von psychischen Belastungen (78.3%). Zudem geben so wenige wie in keiner anderen Lage (24.6%) an, dass sie Anlässe meiden, um demütigende Erfahrungen zu vermeiden. Der durchwegs guten Lage entsprechend wird die Selbstbestimmung hoch eingeschätzt.

Mit 29% weist diese Gruppe den höchsten Anteil der 18- bis 29-jährigen auf und kann somit als die „jüngste“ Lage bezeichnet werden. Die Männer sind überdurchschnittlich häufig (62.3%) vertreten und in Anbetracht des noch eher jungen Alters erstaunt es nicht, dass gut die Hälfte der Angehörigen dieser Lage ledig ist. Die Anteile der Personen mit Sinnesbeeinträchtigungen oder geistigen Beeinträchtigungen sind überdurchschnittlich hoch, wobei der Anteil der Personen mit Sinnesbeeinträchtigungen klar überwiegt. Bei 27.7% sind die Beeinträchtigungen angeboren, was dem höchsten Wert des gesamten Samples entspricht. 79.4% – und damit so viele wie in keiner anderen Lage – schätzen ihre Beeinträchtigungen als leicht bis mittel ein.

Die Einschätzung der eigenen Beeinträchtigungen als eher leicht, zusammen mit dem stark überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand, macht die hohe Arbeitsintegra-

tion dieser Lage plausibel: 70% arbeiten mehr als 20 Stunden pro Woche.⁶⁶ Diese Kombination von gutem Gesundheitszustand, hoher Arbeitsintegration und einer Einschätzung der Beeinträchtigungen als leicht bis mittelschwer lässt vor dem Hintergrund des Alters dieser Personen das Bild von dynamischen, motivierten jungen Menschen entstehen, die „zwar behindert, aber vollkommen gesund“ sind. Unterstützend für dieses Bild wirkt der Befund, dass die Beeinträchtigungen überdurchschnittlich häufig angeboren sind. Denn Menschen, die mit ihren Beeinträchtigungen bereits aufgewachsen sind, und insofern auch keinen anderen Zustand kennen, haben häufig auch weniger Probleme im Umgang mit den Beeinträchtigungen als jene, bei denen die Beeinträchtigungen erst im Laufe des Lebens aufgetreten sind.

In Anbetracht der sehr hohen Arbeitsintegration mag das tiefe persönliche Einkommen der Angehörigen dieser Lage überraschen. Dieses besteht überwiegend aus dem Erwerbseinkommen⁶⁷ oder einer Vollrente der IV.⁶⁸ Der Umstand, dass mehr als die Hälfte ein Erwerbseinkommen erzielt, lässt den Schluss zu, dass das tiefe persönliche Einkommen nicht auf die Renten allein zurückzuführen ist, sondern auch auf die Höhe der Erwerbseinkommen, das von den Angehörigen dieser Lage erzielt wird. Eine genauere Analyse der entsprechenden Daten zeigt nun, dass die Angehörigen dieser Lage zum einen überdurchschnittlich häufig an geschützten Arbeitsplätzen arbeiten und zum anderen, ebenfalls überdurchschnittlich häufig, eine Lehre absolvieren. Beides kann die Ausgestaltung dieser Lebenslage plausibilisieren: Arbeitet jemand an einem geschützten Arbeitsplatz, hat er oder sie auch trotz hoher Arbeitsintegration keine Möglichkeit, ein hohes Einkommen zu erzielen. Dennoch können diese Personen in den sozialintegrativen und den behinderungsbezogenen Dimensionen auf überdurchschnittlich gute Ressourcen zurückgreifen. Dies lässt sich zum einen mit der hohen Arbeitsintegration erklären, aber auch ein Blick auf die möglichen Biographien dieser Personen trägt zur Plausibilisierung bei. So sind in dieser Lage nicht nur überdurchschnittlich viele Personen, bei denen die Beeinträchtigungen angeboren sind, sondern es verfügen auch überdurchschnittlich viele über Erfahrungen mit Sonderschulen. Insofern dürfte es sich bei diesen Betroffenen um Personen handeln, die auf Grund ihrer angeborenen Beeinträchtigungen keinen Zugang zur Regelschule hatten und daher eine Sonderschule besucht haben. Dies schlägt sich in der Folge in einem tiefen Bildungsniveau und einem erschwerten Zugang zum freien Arbeitsmarkt nieder. Für viele sind dann geschützte Arbeitsplätze die einzige Möglichkeit, einer Erwerbstätigkeit

⁶⁶ Vgl. dazu die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003b): wo 34.2% der Schweizer Bevölkerung (Lage R5: 14.5%) Nicht-Erwerbstätige und 45.6% (43.5%) Vollzeit bzw. 10.2% (26.1%) Teilzeit I und 10% (15.9%) Teilzeit II erwerbstätig sind.

⁶⁷ Mit 71.3% ist der Anteil derer, die ein Erwerbseinkommen (selbstständig und angestellt) vorweisen können, der grösste des gesamten Samples.

⁶⁸ Entsprechend dem hohen Anteil derer, die ein Erwerbseinkommen vorweisen können, ist der Anteil derjenigen, die eine Vollrente der IV beziehen mit 40.9% der kleinste des gesamten Samples.

nachzugehen. Durch den Besuch von Sonderschulen und die Tätigkeiten im geschützten Arbeitsmarkt haben die Betroffenen aber viele soziale Kontakte, was sich dann auch positiv auf die Freizeitgestaltung auswirkt. Ebenso ermöglichen die Ausstattungen der geschützten Arbeitsplätze ein hohes Mass an Selbstständigkeit.

Für diejenigen Betroffenen, die eine Lehre absolvieren, sieht die Situation etwas anders aus. Sie sind mit einer hohen Arbeitsintegration im freien Arbeitsmarkt tätig, verfügen aber weder über ein hohes formales Bildungsniveau, noch über ein hohes Erwerbseinkommen. Dies dürfte für diese Personen jedoch nur ein vorübergehender Zustand sein. Denn sobald sie die Lehre abgeschlossen haben, erreichen sie beim Bildungsniveau einen höheren Wert und auch das Einkommen dürfte steigen. Mit zunehmendem Alter haben sie dann auch die Möglichkeit, sich in höhere Positionen hinauf zu arbeiten – eine Möglichkeit, die denjenigen, die eine Sonderschule absolviert haben und an geschützten Arbeitsplätzen tätig sind, nicht in gleichem Ausmass zur Verfügung steht.

Insofern handelt es sich bei den Angehörigen dieser Lage um Menschen mit angeborenen Beeinträchtigungen, deren Ressourcen zwar zur Zeit sehr ähnlich gelagert sind, denen aber gänzlich unterschiedliche Perspektiven oder Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

Typisierend zusammengefasst handelt es sich bei den Angehörigen der Lage R5 um junge, ledige Männer, die mit Sinnesbeeinträchtigungen oder leichten geistigen Beeinträchtigungen leben. Sie sind zu einem grossen Teil erwerbstätig, verfügen aber nur über ein geringes Einkommen und können auch nur ein durchschnittliches Bildungsniveau vorweisen. Sie arbeiten entweder an einem geschützten Arbeitsplatz oder sie absolvieren eine Lehre. Ihr Gesundheitszustand ist sehr gut. Diese Männer haben ein gutes soziales Netzwerk, gehen häufig Freizeitaktivitäten nach, was zu der guten Mobilität und der geringen Hilfsbedürftigkeit passt. Sie machen eher selten Erfahrungen von Stigmatisierung und schätzen den Grad an Selbstbestimmung positiv ein.

Beitrag der Dimensionen zur Lagenbildung

Auch mit Blick auf die 5 Lagen der IV-Rentner/innen interessiert, in welchem Umfang einzelne Lebenslagendimensionen zur Bildung der Lagentypologie beitragen. Tabelle 48 gibt den durch die Clusterlösung erklärten Varianzanteil (indiziert durch das Assoziationsmass ETA^2) bei den 12 Indikator-Variablen der Clusteranalyse wieder. Wie aus der Tabelle 48 ersichtlich wird, trägt bei den Rentenbezüger/innen der Invalidenversicherung das persönliche Einkommen am meisten zur Bildung der Cluster bei ($ETA^2 = 0.60$), gefolgt vom Haushaltseinkommen (0.43), dem Gesundheitszustand (0.38), der Selbstbestimmung (0.36) und der Arbeitsintegration (0.31). Diese Ergebnisse bringen zum Ausdruck, dass alle einbezogenen Dimensionen für die Lagenbildung von Bedeutung sind. Eine Lage kann deshalb nicht über einen Ausschnitt von wenigen Dimensionen bestimmt werden, sondern bedarf einer Charakterisierung unter Einbezug aller hier berücksichtigten Dimensionen. Zugleich wird aber auch die grosse Bedeutung der ökonomischen Dimensionen für die Lagenbildung ersichtlich und begründet auch die verstärkte Aufmerksamkeit für ökonomische Belange in der Interpretation.

Tabelle 48: Durch die 5-Clusterlösung erklärte Varianz (ETA^2), IV-Rentner/innen ($N=442$)

	ETA^2
Formale Bildung	0.20
Arbeitsintegration	0.31
Pers. Einkommen	0.60
Haushaltseinkommen	0.43
Wohnraum pro Person	0.09
Gesundheitszustand	0.38
Soziale Kontakte	0.30
Freizeitaktivität	0.18
Mobilität	0.22
Unabhängigkeit Hilfe	0.26
Selbstbestimmung	0.36
Absenz Stigmatisierung	0.07

Teil III Schluss

7 Schlussbetrachtung und weiterführende Überlegungen

In Ermangelung einer Sozialberichterstattung zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz hat diese Untersuchung drei unterschiedliche, aber miteinander verbundene Zielsetzungen verfolgt.

Primäres Ziel war es, eine breite, mehrdimensionale Erfassung der sozialen Situation von Bezüglern und Bezüglern von Leistungen der Invalidenversicherung zu leisten und so zuverlässige und aktuelle Daten zur sozialen Situation dieses Segments von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz bereitzustellen.

Da hierin an keiner bestehenden Befragung angeknüpft werden konnte, erhielt der Entscheid für einen leitenden theoretischen Rahmen wie auch die Entwicklung eines angemessenen Erhebungsinstruments einen grundsätzlichen Stellenwert. Die primäre Zielsetzung wurde deshalb auf drei Ziele aufgefächert: Ein Ziel der Untersuchung musste sein, ein **angemessenes Instrument zur umfassenden Untersuchung der Lebenslage von Bezüglern und Bezüglern von Leistungen der Invalidenversicherung zu entwickeln**, in dem insbesondere auch behinderungsbezogene Dimensionen der Lebenssituation eine angemessene Berücksichtigung finden. In einer ersten Anwendung dieses neuen Instruments im Rahmen einer Querschnittuntersuchung bei den Bezüglern und Bezüglern von Leistungen der Invalidenversicherung sollten mit diesem Instrument **Fakten zur Lebenslage von Bezüglern und Bezüglern von Leistungen der Invalidenversicherung in der Schweiz im Jahr 2002** erhoben werden. Und schliesslich sollte auf der Grundlage der Erfahrungen in dieser ersten Untersuchung das Instrument so optimiert werden, dass es einer künftigen periodischen und auf die Rekonstruktion von Lebenslagen ausgerichteten Sozialberichterstattung zu Menschen mit Behinderungen in der Schweiz zur Verfügung gestellt werden kann.

Dabei ging es in dieser Untersuchung nicht nur darum, einen Beitrag dazu zu leisten, die eklatante Wissenslücke bezüglich der Lebenslage von Menschen, die Leistungen der Invalidenversicherung beziehen, zu schliessen. Darüber hinaus sollte versucht werden, die Grenzen der traditionellen Ungleichheitsforschung und die Usancen der herkömmlichen Sozialberichterstattung zu überschreiten. Die Untersuchung der Lebenssituation sollte von einem theoretischen Konzept geleitet werden, das zulässt,

- nicht nur schichtspezifische Dimensionen der sozialen Situation, sondern auch soziale und für die gewählte Bevölkerungsgruppe relevante Dimensionen zu berücksichtigen
- über eine Betrachtung von isolierten Dimensionen hinauszugehen, die Dimensionen zueinander in einen Zusammenhang zu stellen und damit die analytische Trennung der sozialen Situation in unterschiedliche Dimensionen zu überwinden.

Angesichts dieser Anforderungen an ein leitendes Konzept und den damit zusammenhängenden Ansprüchen an die vorliegende Untersuchung fiel die Wahl auf das theoretische Konzept der *Lebenslage*. Dieses von Hradil ausgearbeitete Konzept erfüllt die genannten Bedingungen: Die Orientierung am Konzept der Lebenslage führt zu einer mehrdimensionalen Betrachtung einer Lebenssituation und erlaubt, nebst statusbildenden, schichtbezogenen Dimensionen auch deutlich anders gelagerte Dimensionen, wie beispielsweise Aspekte der sozialen Integration, zu berücksichtigen und Dimensionen der Lebenswelt mit in den Blick zu nehmen, die für die Bezüger/innen von Leistungen der Invalidenversicherung von besonderer Relevanz sind. Dies erlaubte, in dieser Untersuchung sowohl ökonomische, sozialintegrative als auch behinderungsbezogene Dimensionen zu erfassen. Dabei werden die unterschiedlichen Dimensionen der Lebenslage als Handlungsspielräume und Ressourcen verstanden.

Die Ressourcen der einzelnen Dimensionen können für einen Vergleich zwischen einzelnen Gruppen nicht einfach kumuliert werden, da es zwischen den Dimensionen qualitative Unterschiede gibt. Denn auch wenn bei der einen Gruppe die Ressourcen der einen Dimension Defizite in anderen Dimensionen kompensieren können, besteht diese Möglichkeit bei einer anderen Gruppe (und damit einer anderen Lebenslage) unter Umständen nicht. Um solche Kompensations- und Substitutionsmöglichkeiten zu bestimmen, muss der gesamte Kontext der einzelnen Lebenslage berücksichtigt werden. Die Erscheinungs- und Verlaufsformen der Kompensationen selbst konnten in dieser Untersuchung allerdings nicht ermittelt werden und sind in einer späteren Fortführung der Analyse zu leisten.

Wie die referierten Ergebnisse zeigen, hat sich dieses theoretische Konzept in einer empirischen Untersuchung erfolgreich umsetzen lassen und sich für die Erfassung und Beschreibung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz als fruchtbar erwiesen:

- Durch die qualitative Vorstudie konnten Dimensionen herausgearbeitet werden, die für Menschen mit Behinderungen in der Schweiz von besonderer Relevanz sind, und in anderen Arbeiten nicht als Dimensionen erscheinen. So wurde z.B. erkannt, dass die Dimensionen „Tagesstruktur“, „Mobilität“ und „Hilfe und Unterstützung“ für diese Bevölkerungsgruppe eine Relevanz haben und in die Untersuchung von Bezügerinnen und Bezügerinnen von Leistungen der Invalidenversicherung einbezogen werden sollten. (Ob diese Dimensionen auch für andere Bevölkerungsgruppen relevant sind, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht gesagt werden und ist für die Beschreibung der Lebenslage von Bezügerinnen und Bezügerinnen von Leistungen der IV auch nicht von Bedeutung). Ferner wurde bei Dimensionen, die bereits von anderen Autoren theoretisch hergeleitet und in empirischen Arbeiten eingesetzt worden sind, klar ersichtlich, dass diese Dimensionen bei der hier untersuchten Gruppe etwas an-

ders gelagert werden sollten (Hradil, 1987, 1999; Schwenk, 1999). Hradil (1987) begreift die Dimensionen Selbstverwirklichung und Emanzipation nebst Integration als neue Dimensionen der Lebenslagen von Angehörigen von industrialisierten Gesellschaften. Für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen wurde allerdings deutlich, dass Selbstverwirklichung und Emanzipation insofern als anspruchsvoll formulierte Ziele anzusehen sind, als für deren Verwirklichung die Möglichkeit zur Selbstbestimmung vorausgesetzt ist. Selbstverwirklichung und Emanzipation können also erst dann als Ziele relevant werden, wenn die Selbstbestimmung der Betroffenen in ausreichendem Masse als Handlungsressource zur Verfügung steht. Da dies bei Menschen mit Behinderungen nicht durchgehend der Fall ist, wurde diese Dimension als Selbstbestimmung gefasst.

- Die qualitative Vorstudie zeigte des weiteren, dass nicht für alle Befragten alle Dimensionen dieselbe Relevanz besaßen. Meist wurden die einzelnen Dimensionen nur dann erwähnt, wenn sie von den Betroffenen als defizitär eingeschätzt wurden oder unerwarteterweise gut ausgestattet waren. Es zeichnete sich somit bereits in der qualitativen Vorstudie ab, dass bei dieser Bevölkerungsgruppe sehr unterschiedliche Lebenslagen vorfindbar sein würden. Diesem Umstand wurde mit dem Vorgehen nach den Regeln des theoretischen Samplings Rechnung getragen.
- Die Kontextgebundenheit der einzelnen Lebenslagen zeigte sich daran, dass die Ressourcen der unterschiedlichen Dimensionen nicht bei allen Befragten die gleichen Kompensations- oder Substitutionsmöglichkeiten besaßen. Dies bestätigt wiederum, dass die Ressourcen der einzelnen Dimensionen nicht ohne weitere Differenzierungen kumulierbar sind, womit die theoretischen Ausführungen von Hradil bestätigt werden können.
- Die Hauptuntersuchung stellte in ihrer Ermittlung von Lebenslagen auf die qualitativ-rekonstruktiv ermittelten Dimension ab und berücksichtigte in der Beschreibung und der Typisierung der Lebenslage von Bezüglern und Bezügerinnen von Leistungen der Invalidenversicherung folgende Dimensionen: Formale Bildung, Arbeit, Tagesstruktur, materielle Situation, Wohnsituation, physischer und psychischer Gesundheitszustand, soziale Kontakte, Freizeit, Mobilität, Hilfe und Unterstützung, Selbstbestimmung, Diskriminierung/Stigmatisierung – Integration – Partizipation.
- Die Angemessenheit der qualitativ-rekonstruktiven Vorstudie konnte in der quantitativen Hauptstudie durch den Befund bestätigt werden, dass in der Clusterbildung, die zu den typischen Lagen führte, sämtliche berücksichtigten Dimensionen einen signifikanten Beitrag leisteten. Zudem erfüllen die präsentierten Clusterlösungen die gängigen Gütekriterien an Clusteranalysen und erweisen sich als sinnvoll interpretierbar.

Die vorliegende Untersuchung konnte damit zeigen, dass eine empirische Untersuchung auf der Basis des Lebenslagenkonzepts bei Menschen mit Behinderungen

durchführbar ist und zu gehaltvollen Erkenntnissen führt. Damit reiht sich diese Arbeit in die Gruppe der bestehenden Arbeiten zu Armut oder auch zu alten Menschen in der Schweiz ein, die belegen, dass auf dieser theoretischen Grundlage einer mehrdimensionalen Rekonstruktion von Lebenslagen auch randständiger, wenig integrierter Bevölkerungsgruppen nichts mehr im Wege steht.

Voraussetzung hierfür ist allerdings – wie diese Untersuchung auch verdeutlicht – eine komplexe Anlage des Vorgehens, in der die Leistungen von Verfahren der qualitativen und der quantitativen Sozialforschung sorgfältig zusammengeführt und integriert werden. Das vorliegende Beispiel lässt eindrücklich deutlich werden, dass ohne die qualitative Vorstudie nicht alle relevanten Dimensionen der Lebenslage von Bezügerinnen und Bezügerinnen von Leistungen der IV und damit von Menschen mit Behinderungen hätten evidenzbasiert benannt und in die weitere Analyse einbezogen werden können.

Diese Zusammenstellung relevanter Dimensionen der Lebenslage ist aber nicht abschliessend. Zum einen können sie nicht stillschweigend auf andere, eventuell auch prekär integrierte Bevölkerungsgruppen übertragen werden. Angesichts der Spezifik der zusammengestellten Dimensionen ist vielmehr für jede Bevölkerungsgruppe, die untersucht werden soll, neu zu identifizieren, was bei einer guten Forschungslage ohne weitere Umstände möglich ist, bei wenig untersuchten Populationen aber besonderer Aufmerksamkeit und besonderer Sorgfalt bedarf. Zum anderen ist auch die historische Bedingtheit der Dimensionen zu beachten, die es notwendig macht, die Zusammensetzung der Dimensionen immer wieder zu überprüfen und allenfalls auch in Zukunft neu vorzunehmen.

Die Ergebnisse der Hauptuntersuchung bezeugen die Heterogenität der Bezüger/innen von Leistungen der Invalidenversicherung. Die Lebenslagen sowohl der Bezüger/innen individueller Massnahmen als auch der Bezüger/innen von IV-Renten erweisen sich als deutlich heterogen. Unter den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen liessen sich vier unterschiedliche typische Lebenslagen identifizieren. Unter den Bezügerinnen und Bezügerinnen einer Invalidenrente sind fünf voneinander deutlich unterscheidbare typische Lebenslagen zu unterscheiden.

Im Folgenden sollen diese Lagen nochmals skizzenhaft in Erinnerung gerufen werden. Zudem wird auf potenziell problematische Konstellationen in der Ressourcenausstattung der Angehörigen einer Lage hingewiesen.

Lagen der Bezüger/innen von individuellen Massnahmen

Lage M1: *Die Angehörigen der Lage M1 sind überdurchschnittlich häufig verheiratete Männer im mittleren Alter. Sie weisen häufig Sinnesbeeinträchtigungen, aber einen guten Gesundheitszustand auf, haben einen hohen formalen Bildungsabschluss, sind sehr gut in den Arbeitsmarkt integriert, verfügen über ein hohes Einkommen, sind gut sozial integriert, unabhängig von Hilfeleistungen und in Bezug zum Sample der Bezüger/innen von individuellen Massnahmen durchschnittlich häufig mit Erfahrungen von Stigmatisierung belastet.*

Lage M2: *Die Angehörigen der Lage M2 sind überdurchschnittlich häufig junge ledige Männer. Sie weisen häufig Sinnesbeeinträchtigungen, aber einen guten Gesundheitszustand auf, verfügen über einen relativ tiefen formalen Bildungsabschluss, sind gut aber schlechter als die Angehörigen der Lage M1 in den Arbeitsmarkt integriert, verfügen über ein tiefes Einkommen, sind gut sozial integriert, unabhängig von Hilfeleistungen und kaum mit Erfahrungen von Stigmatisierung belastet.*

Als geringe Ressource dieser Personen erweist sich das tiefe Bildungsniveau (80% haben höchstens eine Berufsbildung absolviert) und das tiefe Einkommen (48% verfügen über weniger als CHF 3'000.– pro Monat). Auf Grund des jungen Alters dieser Personen ist aber anzunehmen, dass mit dem Abschliessen der eventuell noch laufenden Ausbildung, mit dem Absolvieren von weiteren Weiterbildungen und „Ansammeln“ von Berufsjahren das Bildungsniveau und Einkommen im Verlauf des Lebens noch verbessert werden wird.

Lage M3: *Bei den Angehörigen der Lage M3 handelt es sich überdurchschnittlich häufig um ältere verheiratete Frauen. Sie weisen häufig körperliche Beeinträchtigungen und einen schlechten Gesundheitszustand auf, haben einen tiefen formalen Bildungsabschluss, sind nur teilweise in den Arbeitsmarkt integriert, verfügen über ein relativ tiefes persönliches Einkommen, erreichen dank dem Einkommen des Ehepartners ein überdurchschnittliches Haushaltseinkommen, sind durch das Eingebundensein in einer Familie sozial integriert, aber relativ abhängig von Hilfeleistungen und mit Erfahrungen von Stigmatisierung belastet.*

Als problematisch bei den Angehörigen dieser Lage muss neben den gesundheitlichen Problemen (44% sind eher bis sehr auf Medikamente angewiesen) und relativ schlechten Arbeitsintegration (35% sind nicht erwerbstätig, 35% arbeiten teilzeit), die relativ grosse Abhängigkeit von Hilfeleistungen gesehen werden (16% benötigen Hilfe im Haushalt und bei 54% wird Hilfe bei der Bewältigung von Konflikten und psychischen Problemen geleistet).

Lage M4: *Die Angehörigen der Lage M4 sind überdurchschnittlich häufig geschiedene Frauen im mittleren Alter. Sie weisen häufig körperliche oder psychische Beeinträchtigungen und einen schlechten Gesundheitszustand auf, haben einen tiefen formalen Bildungsabschluss, sind mehrheitlich nicht in den Arbeitsmarkt integriert, verfügen über ein relativ tiefes Einkommen, sind schlecht sozial integriert, sehr abhängig von Hilfeleistungen und häufig mit Erfahrungen von Stigmatisierung belastet.*

Besonders kritisch bei dieser Lage ist die Abhängigkeit von Hilfe bei der Mobilität (78% brauchen Hilfe für das Überwinden von kurzen Fusswegen, grösseren Entfernungen oder für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel). Hinzu kommt, dass auch in allen übrigen Dimensionen Werte erreicht werden, die unter dem Durchschnitt aller Bezüger/innen von individuellen Massnahmen liegen, und somit keine Möglichkeit besteht, geringe Ressourcen und Handlungsspielräume in der Dimension „Mobilität“ mit Ressourcen aus einer anderen Dimension zu kompensieren (53% gehen z.B. keiner Erwerbstätigkeit nach, 53% verfügen über ein persönliches Einkommen von weniger als CHF 3'000.– pro Monat, 70% können nur auf eine Vertrauensperson zurückgreifen).

Damit erweist sich die Lage M4 als klar am nachteiligsten von allen Lagen der Bezüger/innen von individuellen Massnahmen.

Lagen der Bezüger/innen einer IV-Rente

Lage R1: *Die Angehörigen der Lage R1 sind überdurchschnittlich häufig geschiedene ältere Frauen mit einem relativ guten formalen Bildungsniveau. Sie weisen häufiger als die Angehörigen der andern Lagen Funktionseinschränkungen der inneren Organe auf, haben einen schlechten Gesundheitszustand, sind kaum in den Arbeitsmarkt integriert, haben ein tiefes Einkommen, sind aber gut sozial integriert, wenig abhängig von Hilfeleistungen und kaum mit Erfahrungen von Stigmatisierung belastet.*

Als besonders problematisch erweist sich bei den Angehörigen dieser Lage der Ausschluss vom Arbeitsmarkt (78% sind erwerbslos), der schlechte Gesundheitszustand (58% sind sehr auf Medikamente angewiesen) und die prekäre Einkommenssituation (76% verfügen über ein Einkommen von weniger als CHF 3'000.– pro Monat). Erschwerend kommt bei dieser frauenlastigen Lage dazu, dass – im Gegensatz zu der männerlastigen Lage R2 – nur selten die IV-Rente mit Leistungen der beruflichen Vorsorge aufgebessert werden kann.

Lage R2: *Bei den Angehörigen der Lage R2 handelt es sich überdurchschnittlich häufig um verheiratete ältere Männer mit einem hohen formalen Bildungsniveau. Sie weisen häufiger als die Angehörigen der andern Lagen Funktionseinschränkungen der inneren Organe auf, haben einen schlechten Gesundheitszustand, sind aber teilweise noch in den Arbeitsmarkt integriert, erreichen dank Leistungen der Pensionskassen ein relativ hohes persönliches Einkommen, sind gut sozial integriert, wenig abhängig von Hilfeleistungen und kaum mit Erfahrungen von Stigmatisierung belastet.*

Bei dieser Gruppe kann der schlechte Gesundheitszustand als potenziell problematischer Punkt gesehen werden (46% sind sehr auf Medikamente angewiesen). Trotz dieser grossen gesundheitlichen Probleme sind diese Personen zwar noch teilweise in den Arbeitsmarkt integriert (50% sind erwerbstätig). Bei einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands besteht aber möglicherweise die Gefahr, aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen zu werden.

Lage R3: *Bei den Angehörigen der Lage R3 verfügen Frauen als auch Männer über ein tiefes formales Bildungsniveau. Häufiger als die Angehörigen der andern Lagen weisen sie psychische oder geistige Beeinträchtigungen auf, haben einen schlechten Gesundheitszustand, sind kaum in den Arbeitsmarkt integriert, haben ein tiefes Einkommen, sind sozial sehr isoliert, relativ stark abhängig von Hilfeleistungen und häufig mit Erfahrungen von Stigmatisierung belastet.*

Ein besonders kritischer Punkt an dieser Lage ist die soziale Isolation (66% verfügen über ein Netzwerk von nur 1 bis 6 Personen, 21% haben keine Vertrauensperson). Damit haben diese Personen nur wenig Möglichkeiten, sich mit anderen auszutauschen, Probleme zu besprechen, Trost und konkrete Hilfestellungen zu finden. Dieses

Defizit in einer der wichtigsten Bewältigungsressourcen erweist sich als umso schwerwiegender, als auch in allen übrigen Dimensionen Werte erreicht werden, die klar unter dem Durchschnitt aller Rentenbezüger/innen liegen, und somit geringe Ressourcen und Handlungsspielräume in der Dimension „Soziale Kontakte“ nicht mit Ressourcen aus einer anderen Dimension kompensiert werden können. Ein zweiter sehr kritischer Punkt ist die minimale Ausstattung in den ökonomischen Dimensionen (ein Drittel hat z.B. nur die obligatorische Schule absolviert, 87% sind nicht erwerbstätig, 88% verfügen über ein Einkommen von weniger als CHF 3'000.– pro Monat).

Damit erweist sich diese Lage als klar am nachteiligsten von allen Lagen der Bezüger/innen einer IV-Rente.

Lage R4: *Die Angehörigen der Lage R4 sind überdurchschnittlich häufig verheiratete Frauen im mittleren Alter. Sie weisen häufiger als die Angehörigen der andern Lagen psychische Beeinträchtigungen auf, haben einen schlechten Gesundheitszustand, sind eher nicht in den Arbeitsmarkt integriert, erreichen aber dank dem Einkommen des Ehepartners ein relativ hohes Haushaltseinkommen, sind durch das Eingebundensein in eine Familie sehr gut sozial integriert, aber sehr auf Hilfe angewiesen und häufig mit Erfahrungen von Stigmatisierung belastet.*

Als potenziell problematischer Punkt dieser Lage kann neben der schlechten Arbeitsmarktintegration und den grossen gesundheitlichen Problemen die hohe Abhängigkeit von Hilfeleistungen gesehen werden (67% benötigen Hilfe im Haushalt, davon 52% mehrmals pro Woche und häufiger; bei 62% wird Hilfe zur Bewältigung von Konflikten und psychischen Problemen geleistet, davon bei 44% mehrmals pro Woche und häufiger). Dementsprechend tief fällt der Grad an wahrgenommener Selbstbestimmung aus (92% schätzen den Grad ihrer Selbstbestimmung als mittelmässig hoch oder tief ein). Zusätzlich erweist sich bei den Angehörigen dieser Lage die Angst vor Stigmatisierung als Belastungsfaktor (59% vermeiden gesellschaftliche Anlässe, weil sie demütigende Erfahrungen befürchten).

Lage R5: *Die Angehörigen der Lage R5 sind überdurchschnittlich häufig junge, ledige Männer mit einem durchschnittlichen formalen Bildungsniveau. Sie weisen häufiger als die Angehörigen der andern Lagen angeborene Sinnesbeeinträchtigungen auf, haben aber einen guten Gesundheitszustand, sind gut in den Arbeitsmarkt integriert, gut sozial integriert, wenig abhängig von Hilfeleistungen, kaum mit Erfahrungen von Stigmatisierung belastet, haben aber ein tiefes Einkommen.*

Als mangelnde Ressource dieser Personen erweist sich das nur durchschnittliche formale Bildungsniveau (88% haben höchstens eine Berufsausbildung absolviert) und das tiefe Einkommen (70% verfügen über weniger als CHF 3'000.– pro Monat). Auf Grund des jungen Alters dieser Personen ist aber anzunehmen, dass diejenigen, die

eine Lehre absolvieren, mit dem Abschliessen derselben und dem Besuchen von zusätzlichen Weiterbildungen und „Ansammeln“ von Berufsjahren ihr formales Bildungsniveau und Einkommen im Verlauf des Lebens noch verbessern werden. Wie sich die Lage derjenigen, die an geschützten Arbeitsplätzen tätig sind, entwickeln wird, kann hier nicht abgeschätzt werden.

Dieser Überblick macht eindrücklich deutlich, dass sowohl die Bezüger/innen von individuellen Massnahmen als auch die Bezüger/innen von Renten sich in deutlich unterschiedlichen Lebenslagen befinden. Vor diesem Hintergrund verbietet sich also eine pauschalisierende Betrachtung von IV-Rentnern und -Rentnerinnen oder auch Bezüger/innen von individuellen Massnahmen.

Der Überblick lässt aber auch Lagen mit Unterversorgung erkennen. Bei den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen betrifft dies die Lage M4. Bei den IV-Rentnern und -Rentnerinnen erweist sich insbesondere die Lage R3 als eine Lebenslage mit sehr geringen Ressourcen.

Mit den Angehörigen der Lage R3 befindet sich ein namhafter Teil (21.5%) der IV-Rentner/innen (der angesichts der Stichprobe, die wir erreicht haben, eher noch zu klein eingeschätzt wird) in einer desolaten Lebenslage. Ihre Lebenslage ist sowohl in den ökonomischen als auch in den sozialintegrativen und den behinderungsbezogenen Dimensionen von Mangel gezeichnet:

- sie leben unter oder nahe der Armutsgrenze (über die Hälfte dieser Rentner/innen hat ein Einkommen unterhalb von CHF 2'000.– pro Monat)
- sind sozial isoliert (21.5% haben keine Vertrauensperson)
- sie sind in mehreren Hinsichten auf Hilfen angewiesen, sind in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt und erleben häufig Stigmatisierungen.

Ferner fällt auf, dass ein Teil der Ungleichheiten unter den Menschen mit Behinderungen, die eine IV-Rente beziehen, auf Regelungen in andern Sozialversicherungen, namentlich auf Bestimmungen der beruflichen Vorsorge (2. Säule) zurückzuführen sind. Insbesondere geschlechterbezogene Differenzen werden durch das System dieses zweiten Sozialwerks hervorgerufen. Ein Blick auf die Lagen R1 und R2 vermag dies deutlich zu machen: Die frauenlastige Rentnerlage 1 und die männerlastige Rentnerlage 2 unterscheiden sich am deutlichsten hinsichtlich der Höhe des erzielten persönlichen Einkommens. Ausschlaggebend ist dabei, dass die Rentner in der Lage R1 viel seltener Leistungen der beruflichen Vorsorge (25%) beziehen als die Angehörigen der Lage R2 (68%). Dass Frauen seltener Leistungen der 2. Säule beziehen, hat zwei Gründe: Zum einen arbeiten sie häufiger teilzeit, was in Verbindung mit geringen Löhnen bisher häufig zu einem Gehalt unter dem pflichtversicherten Mindestlohn führte. Zum anderen unterbrechen Frauen, die Familienarbeit leisten, oftmals ihre

Erwerbstätigkeit. Beides (zu geringer Lohn und Unterbruch der Erwerbstätigkeit) führt dazu, dass sie – zumindest zeitweise – nicht versichert sind und damit im Invaliditätsfall keine Leistungen der Pensionskassen erhalten. Hinsichtlich des versicherten Mindestlohns ist inzwischen eine Verbesserung der gesetzlichen Regelung eingetreten. Mit Blick auf die Konsequenzen eines Erwerbsunterbruchs sind noch Lösungen zu ermitteln.

In der eingehenden Beschreibung der Lagen der Bezüger/innen von IV-Renten wie auch der Bezüger/innen von individuellen Massnahmen wurde jeweils die durch die Clusterlösung erklärte Varianz aufgezeigt und hervorgehoben, welche Dimensionen am meisten zur Bildung der Cluster beitragen. Bei beiden Teilstichproben, sowohl bei den Bezügerinnen und Bezügerinnen individueller Massnahmen als auch bei den IV-Rentnern und -Rentnerinnen, erweist sich das persönliche Einkommen als jene Dimension, die am meisten zur Clusterbildung und damit zur Differenzierung der Lagen beiträgt.

Dies ist insofern beachtenswert, als hierin die grosse Bedeutung hervortritt, die den materiellen Ressourcen auch angesichts ihrer Einbettung in eine Beobachtung von insgesamt 12 relevanten Dimensionen für die Differenzierung der identifizierten Lagen zukommt. Dies ist als Fingerzeig darauf zu verstehen, welche Bedeutung materiellen Ressourcen an sich und auch als Medium der Kompensation von mangelnden oder knappen Ressourcenausstattungen in anderen Dimensionen zukommt. Dies ist aber auch als Fingerzeig darauf zu verstehen, wie bedeutsam monetäre Transferleistungen im Rahmen des sozialen Sicherungssystems für die Betroffenen sind.

Damit ruft die Untersuchung in Erinnerung, dass die Diskussion um die Invalidenversicherung nicht auf Fragen der Anspruchsberechtigung, der Gewährung von Leistungen und auf Kostenfragen fixiert werden darf. Dies wird der Problematik nicht gerecht. Der Fokus muss erweitert werden: In der Diskussion um die Invalidenversicherung hat auch der *Bedarf* von Menschen mit Behinderungen *in unterschiedlichen Lebenslagen* berücksichtigt zu werden. Es ist angesichts von Lebenslagen mit deutlich mangelhaften Ressourcen vermehrt zu diskutieren, ob das bestehende Netz sozialer Sicherung *effektiv* genug ist, um Menschen mit Behinderungen *ein Leben jenseits von Armut zu sichern* und ihnen die Möglichkeit zur *Kompensation* von geringen Ressourcen in anderen Dimensionen zu geben.

Interessant ist aber auch, dass der Beeinträchtigungsart eine weniger grosse Bedeutung zukommt, als zunächst vielleicht vermutet wird.

An den IV-Rentnern und -Rentnerinnen wird damit deutlich, dass die geläufigen groben Kategorisierungen in unterschiedliche Gruppen von Beeinträchtigungen längst nicht genügen, um die unterschiedlichen Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen zu begreifen. Es zeigt sich, dass sich Menschen mit ähnlich gelagerten

Beeinträchtigungen in sehr unterschiedlichen Lebenslagen befinden können.

In der obigen Skizze der unterschiedlichen Lagen von IV-Rentner/innen wurden jeweils jene Beeinträchtigungen hervorgehoben, die unter den Angehörigen einer bestimmten Lage deutlich von der Gleichverteilung nach oben abweichen und insofern für diese Gruppe als typisch zu betrachten sind. Mit Blick hierauf ist an dieser Stelle präzisierend nachzutragen, dass Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen in allen identifizierten Lagen der Bezüger/innen einer IV-Rente zu finden sind (50% bis 60%). Die „Beeinträchtigungsart“ verbindet die Betroffenen also nicht unbedingt.

Eine anders lautende Aussage liesse sich höchstens mit Blick auf Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen treffen. Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen sind in der Lage R3 übervertreten. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen finden sich überproportional häufig in den Lagen R3 und R4. Dabei ist mit Blick auf die Letzteren allerdings zu beachten, dass die Befragten ihre Beeinträchtigungen selbst deklariert haben und Mehrfachnennungen möglich waren. Es kann damit nicht danach unterschieden werden, ob die psychischen Beeinträchtigungen der Grund für den Leistungsbezug bei der IV darstellen oder zu anderen Beeinträchtigungen hinzukommen bzw. sich im Laufe der Zeit hinzugesellt haben. Dennoch ist unbestreitbar, dass sich Personen mit psychischen Beeinträchtigungen überproportional häufig in Lagen befinden, die durch eine geringe Ressourcenausstattung gekennzeichnet oder als desolat (Lage R3) zu bezeichnen sind.

Trotz dieser Erkenntnisgewinne muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass es sich hier um die Ergebnisse einer statistischen Berechnung handelt, die zwar Kriterien sozialwissenschaftlicher Analysen erfüllt, aber dennoch notwendigerweise immer ein Stück Realität vernachlässigt und Unschärfen aufweist (Kluge, 1999). Bei dieser Studie ist vor allem zu erwähnen, dass diejenigen Personen, die den Fragebogen nur unvollständig ausgefüllt haben oder bei denen Angehörige oder professionelle Helfer/-innen nicht alle Fragen stellvertretend für sie beantworten konnten, und somit in den Indikator-Variablen fehlende Werte aufwiesen, bei der Clusterbildung unberücksichtigt blieben. Um Aussagen zur Lebenssituation dieser Personen machen zu können, wird es in weiteren Forschungsarbeiten nötig sein – unabhängig von der Bündelung der Lebenslagendimensionen – erfasste Einzelinformationen noch detaillierter als bisher wiederzugeben und diese mit spezifischen Untergruppen in Beziehung zu setzen.

Diese Untersuchung arbeitet an einer Stichprobe von Bezügern und Bezügerinnen von Leistungen der IV und ist damit für 405'000 Betroffene repräsentativ. Dennoch sind angesichts der Limitationen einer solchen Untersuchung zusätzliche, gezielte Untersuchungen bei Menschen mit Behinderungen notwendig, die gemäss der eingangs präsentierten weiteren Definition zwar eine „Behinderung“ aufweisen, aber unauffällig integriert sind und keine Leistungen der IV in Anspruch nehmen. Gezielte Untersu-

chungen sind aber auch für die Erfassung der Lebenslage von mehrfach schwer beeinträchtigten Menschen notwendig, die mit dem eingesetzten Instrument nicht erreicht werden konnten. Zusätzlich wäre eine Untersuchung zu erwägen, die sich speziell an Menschen in stationären Einrichtungen wendet.

Vor dem Hintergrund dieser Untersuchung ist seitens der (sozial)politischen Akteure und Akteurinnen zu beachten, dass sich Bezüger/innen von individuellen Massnahmen, aber auch von IV-Renten in **sehr unterschiedlichen Lebenslagen befinden**. Vor diesem Hintergrund verbietet sich also eine pauschalisierende Betrachtung von Bezügerinnen und Bezügerinnen von Leistungen, der Invalidenversicherung. „Die IV-Bezüger/-innen“ oder „Die IV-Rentner/innen“ gibt es nicht!

Dem Zusammenspiel der ersten und zweiten Säule ist mit Blick auf Menschen, die in Folge von körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt werden, mehr Aufmerksamkeit entgegen zu bringen. Das heutige System leistet einer ungleichen Sicherung von Männern und Frauen Vorschub und setzt Frauen, insbesondere wenn sie sich nicht in einer klassischen Paar- bzw. Familiensituation befinden und sich auf einen unterstützenden Ehepartner verlassen können, einem erhöhten Risiko aus, sich allein auf die Leistungen der Invalidenversicherung stützen zu müssen. Die Leistungen der Invalidenversicherung bieten aber keine genügende Absicherung gegen Armut. Dies vermag die Ressourcenausstattung der IV-Rentner/innen in der desolaten Lage R3 zu verdeutlichen.

In der aktuellen Diskussion um die IV ist deshalb wieder vermehrt zu thematisieren, was Leben als Mensch mit Behinderungen in der Schweiz bedeutet, was *Bedarf* von Menschen mit Behinderungen in *unterschiedlichen Lebenslagen* ist und ob das bestehende System so ausgestaltet ist, dass es das minimale Ziel, ein Leben in Armut zu verhindern, effektiv zu erreichen vermag.

Für die praktische Arbeit der Professionellen der Sozialen Arbeit und anderer Berufstätiger in der Behindertenhilfe können die identifizierten Lebenslagen der Bezüger/innen von Leistungen der Invalidenversicherung in zweierlei Hinsicht fruchtbar gemacht werden: Zum einen ist man bei der Entwicklung von Interventionskonzepten darauf angewiesen, die Zielgruppe möglichst genau zu kennen. Hierzu leistet die Rekonstruktion von (typischen) Lebenslagen einen Beitrag. Zum anderen kann aber auch in der konkreten Beratungssituation das Wissen um typische Lebenslagen das professionelle Handeln unterstützen: In langjähriger beruflicher Erfahrung entwickeln Professionelle der Sozialen Arbeit ein Gespür für spezifische Problemlagen ihrer Klienten resp. Klientinnen und die dahinter stehenden Lebenssituationen. Dieses fachliche, durch Erfahrung weiterentwickelte Wissen kann durch die Ergebnisse dieser Untersuchung angereichert werden. Die Kenntnis typischer Lebenslagen, in denen die Lebens-

lagendimensionen mit soziodemographischen Merkmalen auf repräsentativer Basis verknüpft sind, bietet eine Erweiterung der wissenschaftlichen Wissensbasis und stellt damit eine Bestärkung professionellen Handelns dar, das sich durch die Gleichzeitigkeit von Theorieverstehen und Fallverstehen, d.h. durch die Vermittlung von abstrahierendem, verallgemeinerndem Wissen (typische Lagen) und dem Erkennen des Besonderen und Einmaligen am konkreten Fall auszeichnet (Dewe, Ferchhoff, Scherr & Stüwe, 1993; Gildemeister, 1992). Insofern kann das Wissen um typische Lagen konkret in die Handlungsbegründung im einzelnen Fall eingehen, indem es hilft, die Situation einzelner Klienten/Klientinnen in den Kontext allgemein festgestellter Problemkonstellationen zu stellen und Ansatzpunkte zur professionellen Intervention zu formulieren.

Die vorliegende Querschnittuntersuchung lässt nun allerdings keine Aussagen auf mögliche Entwicklungen in den Lebenslagen von Bezüglern und Bezüglern von Leistungen der IV zu. Für zuverlässige Aussagen über Entwicklungen im Sinne eines Monitorings sind periodisch wiederholte Untersuchungen der Lebenslagen notwendig, die das Kriterium der Vergleichbarkeit erfüllen. Aus diesem Grund würde es sich anbieten, die vorgestellte Untersuchung periodisch, z.B. in einem Abstand von fünf Jahren, durchzuführen. Damit liesse sich nachzeichnen, ob sich Lagen insgesamt verschieben, in welche Richtung sie sich verschieben und ob sozialpolitische Korrekturen, wie z.B. Anpassungen des versicherten Mindestlohns in der beruflichen Vorsorge die gewünschten Ergebnisse erzeugen.

In der Absicht, eine Wiederholung einer Untersuchung der Lebenslagen von Bezüglern und Bezüglern von Leistungen der Invalidenversicherung oder auch eine erweiterte Untersuchung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen überhaupt zu ermöglichen, wird das in dieser Untersuchung eingesetzte Erhebungsinstrument auf den Grundlagen der nun vorliegenden Erfahrungen kritisch gesichtet und ausgefeilt. Das aufgearbeitete Instrument wird damit für eine künftige Nutzung zur Verfügung stehen.

8 Literatur

- Amann, A. (1983). *Lebenslage und Sozialarbeit. Elemente zu einer Soziologie von Hilfe und Kontrolle*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Atteslander, P. (1991). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Bacher, J. (1994). *Clusteranalyse. Anwendungsorientierte Einführung*. München, Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- Bacher, J. (2001). *Teststatistiken zur Bestimmung der Clusterzahl für QUICK CLUSTER*, 48, from http://www.gesis.org/Publikationen/Zeitschriften/ZA_Information/
- Bachhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (10. Auflage ed.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Beck, U. (1983). *Jenseits von Stand und Klasse? Soziale Welt, Sonderband 2*.
- Bengtsson, S. (1999). Die sozialen Folgen einer Behinderung in den 90er Jahren - Eine Untersuchung in Dänemark. In M. Kreuzer (Ed.), *Behindertenhilfe und Sonderpädagogik. Erfahrungen und Praxisbeispiele aus Dänemark* (pp. 71-102). Neuwied: Luchterhand.
- Benninghaus, H. (2002). *Deskriptive Statistik* (9. Auflage ed.). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Berger, P. A., & Hradil, S. (1990). Die Modernisierung sozialer Ungleichheit - und die neuen Konturen ihrer Erforschung. *Soziale Welt, Sonderband 7*.
- Berger-Schmitt, R. (1997). Mobilität sozialer Lagen in den neuen Bundesländern seit 1990. In E. Pankoke (Ed.), *Aufstieg für alle?* (pp. 155-235). Opladen: Leske+Budrich.
- Bernard, J., & Horvaka, H. (1992). *Behinderung: Ein gesellschaftliches Problem. Befunde, Strukturen, Probleme*. Wien: Passagen.
- Bolte, K. M., & Hradil, S. (1984). *Soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen: Leske+Budrich.
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2001). *Uebersicht Platzzahlen Bedarfsplanung 2001-2003 in den Wohnheimen und Tagesstätten für Behinderte*, from <http://www.bsv.admin.ch/iv/statistik/d/index.htm>
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2003a). *IV-Statistik 2003*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2003b). *Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2002*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Bundesamt für Statistik. (1994). *Gesundheitsbefragung 1992/93*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik. (2000). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik. (2001). *Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2001*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik. (2002). *Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2002*. Zürich: Neue Zürcher Zeitung.
- Bundesamt für Statistik. (2003a). *Bildungsindikatoren: Bildungsstand der Bevölkerung*, from http://www.bfs.admin.ch/stat_ch/ber15/dtfr15.htm
- Bundesamt für Statistik. (2003b). *SAKE 2002 in Kürze. Wichtigste Ergebnisse der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, Sektion Erwerb-leben und Arbeitsmarkt.
- Bundesamt für Statistik. (2003c). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Erste Ergebnisse*. Neuenburg: Sektion Gesundheit des Bundesamtes für Statistik.
- Cloerkes, G. (1985). *Einstellung und Verhalten gegenüber Behinderten: eine kritische Bestandaufnahme der Ergebnisse internationaler Forschung*. Berlin: Marhold.

- Cloerkes, G. (1997). *Soziologie der Behinderten. Eine Einführung*. Heidelberg: Edition Schindele.
- Deringer, S., Zwicky, H., Hirtz, M., & Gredig, D. (2002). *Lebenslage und Lebensbewältigung von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz*. Brugg: Fachhochschule Aargau, Departement Soziale Arbeit.
- Dewe, B., Ferchhoff, W., Scherr, A., & Stüwe, G. (1993). *Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis*. Weinheim, München: Juventa.
- Diekmann, A. (1995). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Hamburg: Rowohlt.
- During, M. (2001). *Lebenslagen von betreuten Menschen*. Opladen: Leske+Budrich.
- Eberwein, H., & Sasse, A. (1998). *Behindert sein oder behindert werden?: Interdisziplinäre Analysen zum Behinderungsbegriff*. Neuwied: Luchterhand.
- Eiermann, N., Häussler, M., & Helfferich, C. (2000). *Live. Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eurostat. (2001). *Disability and Social Participation in Europe*. Luxembourg.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Frech, M., & Meierhans, J. (2002). *Zusammenfassung Evaluation des Sozialberichts 2000*. Zug: Schweizerischer Nationalfonds.
- Fujiura, G., & Rutkowski, V. (2001). Counting Disability. In M. Bury (Ed.), *Handbook of Disabilities Studies* (pp. 69-96). Springfield: Thomas.
- Geissler, B. (1994). Klasse, Schicht oder Lebenslage? Was leisten diese Begriffe bei der Analyse der 'neuen' sozialen Ungleichheiten? *Leviathan*, 22(4), 541-559.
- Gerheuser, F. W. (2001). *Indikatoren zur Gleichstellung behinderter Menschen in der Schweiz*. Brugg: POLIS Politik und Sozialberatung.
- Glatzer, W., & Hübinger, W. (1990). Lebenslagen und Armut. In H. e.U. (Ed.), *Armut im Wohlstand* (pp. 31-55). Frankfurt a.M.: Edition Suhrkamp.
- Glatzer, W., & Zapf, W. (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik: objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Goffman, E. (1975). *Stigma*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gildemeister, R. (1992). *Neue Aspekte der Professionalisierungsdebatte*. Neue Praxis, 23(3), 207-219.
- Gredig, D., Nideröst, S., Parpan-Blaser, A., & Deringer, S. (2003). *HIV-Schutzstrategien von heterosexuellen Männern. Eine theorievergleichende Untersuchung der Erklärungskraft sozialkognitiver Modelle unter Berücksichtigung der somatischen Kultur*. Unpublished manuscript, Brugg.
- Hahn, M. (1981). *Behinderung als soziale Abhängigkeit*. München.
- Haltiner, R. (1994). Eine Erhebung zur Situation der geistig behinderten Bewohnerinnen und Bewohner in den psychiatrischen Kliniken und den mit diesen assoziierten Wohnheimen der Deutschschweiz. In J. Egli (Ed.), *Dezentrale Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung: eine Alternative zur Anstalt*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Hamel, T., & Windisch, M. (1992). *Soziale Netzwerke von nichtbehinderten und behinderten Erwachsenen: Vergleichende Analyse eines Indikators sozialer Integration*. Unpublished manuscript, Kassel.
- Hanesch, W., Krause, P., & Bäcker, G. (2000). *Armut und Ungleichheit in Deutschland*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Harris, A. M. (1971). *Handicapped and Impaired in Great Britain*. London.
- Harris, L. (1995). *NOD Survey of Americans with Disabilities*. Unpublished manuscript, Los Altos.

- Häussler, M., Wacker, E., & Wetzler, R. (1996). *Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten*. Baden-Baden: Nomos.
- Hollenweger, J. (2003). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF): Ein neues Modell von Behinderung (Teil I). *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 10.
- Hradil, S. (1987). *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft*. Opladen: Leske+Budrich.
- Hradil, S. (1990). Lebenslagenanalysen in der Bundesrepublik Deutschland. In H. T. (Hrsg.) (Ed.), *Lebenslagen: Sozialindikatorenforschung in beiden Teilen Deutschlands*. Saarbrücken-Scheidt: Dadder.
- Hradil, S. (1999). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Stuttgart: Leske+Budrich.
- Hradil, S. (2001). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Opladen: Leske+Budrich.
- Kessi, C. (2003). Benachteiligung von behinderten Frauen in der Sozialversicherung. In C. Meier Rey (Ed.), *"Wenn Frauen wollen, kommt vieles ins Rollen": Lebenslagen von Frauen mit Behinderungen*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B., & Innerhofer, P. (1995). *Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine empirische Bestandesaufnahme in Südtirol*. Heidelberg: Asanger.
- Kluge, S. (1999). *Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske+Budrich.
- Kolip, P. (1997). *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Lamprecht, H., & Stamm, M. (1994). *Die soziale Ordnung der Freizeit. Soziale Unterschiede im Freizeitverhalten der Schweizer Bevölkerung*. Zürich: Seismo.
- Leu, R. E., Burri, S., & Priester, T. (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Lienhard, P. (1992). *Ertaubung als Lebenskrise. Bewältigung des Gehörverlustes im Erwachsenenalter*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Link, J. (1997). *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Marin, B., & Prinz, C. (2003). *Facts and Figures on Disability Welfare*. Wien: European Centre.
- Mayring, P. (1997). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- McNeil, J. (1997). *Americans with Disabilities 1997*. Retrieved 1.3.2001, from www.census.gov/hhes/www/disable/sipp/disab97/asc97.html
- Meier Rey, C. (2003). *"Wenn Frauen wollen, kommt vieles ins Rollen": Lebenslagen von Frauen mit Behinderungen*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Meuser, M., & Nagel, U. (1985). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In G. Jüttemann (Ed.), *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Meuser, M., & Nagel, U. (1997). Das ExperInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In A. Prengel (Ed.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim, München: Juventa.
- Micheel, H.-G. (2003). Explorative Typisierung von Ratingskalen. In H.-G. Micheel (Ed.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (pp. 401-417). München, Unterschleißheim: Luchterhand.
- Neurath, O. (1981). Empirische Soziologie. In H. Rutte (Ed.), *Otto Neurath. Gesammelte philosophische und methodologische Schriften*. (Vol. 1, pp. 423-527). Wien: Hölder-Pichler-Tempsky.

- Perrig-Chiello, P., & Höpflinger, F. (1997). *Wohlbefinden im Alter*. Weinheim, München: Juventa.
- Rosenberg, S. (2002). Forschung Sonderpädagogik Schweiz von 2000 bis 2002. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 12.
- Schildmann, U. (1984). Female living conditions and disability. *Int. J. Rehab. Research*, 7(3), 324-326.
- Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München, Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- Schriner, K. (2001). A disability study. Perspectives on employment issues and policies for disabled people. An international view. In M. Bury (Ed.), *Handbook of Disability Studies* (pp. 642-662). Springfield: Thomas.
- Schweizer Haushaltspanel. (2002). Schweizer Haushaltspanel (SHP) 2002: Universität Neuenburg.
- Schwenk, O. G. (1999). *Soziale Lagen in der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen: Leske+ Budrich.
- Seifert, M. (1997a). *Lebensqualität und Wohnen bei schwerer geistiger Behinderung. Eine Studie zur Lebensqualität*. Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Seifert, M. (1997b). *Wohnalltag von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung. Eine Studie zur Lebensqualität*. Reutlingen: Diakonie.
- Seifert, M., Fornefeld, B., & König, P. (2001). *Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim*. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Stamm, H., Lamprecht, M., & Nef, R. (2002). *Soziale Ungleichheit in der Schweiz. Strukturen und Wahrnehmung*. Zürich: Seismo.
- Strässle, J. (2000). *Wortlos erwachsen werden: zur kommunikativen Situation junger Erwachsener mit cerebralen Bewegungsstörungen*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Stüwe, G. (1991). Lebenslagen und Bewältigungsstrategien junger Ausländer. In K. Lajos (Ed.), *Die zweite und dritte Ausländergeneration*. Opladen: Leske+Budrich.
- Suter, C. (2000). *Sozialbericht 2000*. Zürich: Seismo.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. California State University, Northridge: Harper Collins College Publishers.
- Van Lin, M., Prins, R., & Zwinkels, W. (2000, 01 05 2001). *The Employment Situation of Disabled Persons in the EU, 2001*, from www.employment-disability.net
- Wacker, E., Wetzler, R., Metzler, H., & Hornung, C. (1998). *Leben im Heim: Angebotsstrukturen und Chancen selbstständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe*. Baden-Baden: Nomos.
- WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva.
- Windisch, M., & Kniel, A. (1993). *Lebensbedingungen behinderter Erwachsener: eine Studie zu Hilfebedarf, sozialer Unterstützung und Integration*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Ed.), *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Wolf, P. (2003). *Bauen und Bauten für geistig Behinderte*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Ziegler, R. (1973). Typologien und Klassifikationen. In F. Sack (Ed.), *Soziologie. Sprache - Bezug zur Praxis - Verhältnis zu anderen Wissenschaften* (pp. S. 11-47). Opladen.
- Zwicky, H. (2003). Zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz. Empirische Hinweise aus der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung 2001 und der Gesundheitsbefragung 1997. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 29(1).

9 Anhang

Tabelle A1: Übersicht empirischer Studien über Menschen mit Behinderungen

Land	Publikation/ Befragungszeitpunkt	N	Stichprobe	Methode
EU-Länder	(Van Lin et al., 2000)/ 1991–2000		Menschen mit Behinderung in Privathaushalten (16–64 Jahre) jedes Land andere Definition von Behinderung	Metaanalyse von nationalen Erhebungen (Haushalts-/Gesundheits-/Arbeitskräfteerhebungen)
EU-Länder	(Eurostat, 2001)/ 1996	8'700	Menschen in Privathaushalten, die durch Gesundheitszustand bei täglichen Verrichtungen beeinträchtigt sind (16–64 Jahre) aus 60'000 Haushalten gefiltert	Fragebogen (paper-pencil)
USA	(L. Harris, 1995)/ 1994	1'000	Menschen in Privathaushalten mit Störungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen, die tägliche Aktivitäten limitieren, sich selber als Menschen mit Behinderung einschätzen (16 Jahre und älter)	Fragebogen (Telefoninterview) bei Kommunikationsproblemen wurden Angehörige befragt
USA	(McNeil, 1997)/ 1996	6'000 (32'000)	Menschen in Privathaushalten mit Störungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen, Aktivitätseinschränkungen, Invalidenrente (jedes Alter) aus 32'000 Haushalten gefiltert	Fragebogen (paper-pencil)
England	(A. M. Harris, 1971)/ 1968–1969	13'000	Menschen in Privathaushalten mit Störungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen, welche Aktivitäten stoppt oder limitiert (16 Jahre und älter)	Fragebogen (face to face) bei Kommunikationsproblemen wurden Angehörige befragt
Österreich	(Bernard & Horvaka, 1992)	82	Menschen mit Behinderung, Angehörige, Nichtbehinderte mit „Mediatorfunktion“	Delphitechnik

Land	Publikation/ Befragungszeitpunkt	N	Stichprobe	Methode
Italien	(Klicpera et al., 1995)	919	Menschen mit geistiger Behinderung, die bei Angehörigen, in Wohngemeinschaften, Anstalten, Pflege- und Altersheimen leben (jedes Alter)	Halbstrukturierte Interviews (Bundesamt für Statistik, 2003a) mit Betroffenen und Angehörigen Fragebogen bei Betreuer (paper-pencil)
Dänemark	(Bengtsson, 1999)/ 1995	250	Menschen in Privathaushalten mit grösseren oder kleineren Aktivitätseinschränkungen, chronischer Krankheit (18–60 Jahre)	Fragebogen (face to face)
Deutschland	(Windisch & Kniel, 1993)/1986	354	Menschen in Privathaushalten mit körperlicher Behinderung, Seh-, Hörschädigung (18–60 Jahre)	Fragebogen (face to face)
Deutschland	Häussler, Wacker et al. 1996/1992	353	Menschen in Privathaushalten mit andauernder Krankheit, Schwerbehindertenausweis, medizinischen Hilfsmitteln, Hilfebedarf, bettlägerig (unter 65 Jahre)	Halbstrukturierte Interviews mit Betroffenen oder Hauptpflegepersonen
Deutschland	(Seifert, 1997b)/ 1991–1992	185	Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung, die in Heimen leben (jedes Alter)	Halbstrukturierte Interviews mit 22 Mitarbeitern
Deutschland	(Wacker et al., 1998)/ 1995	200	Menschen, die in Wohn- und Betreuungseinrichtungen wohnen (jedes Alter)	Halbstrukturierte Interviews mit Betroffenen und 40 Mitarbeitern
Deutschland	(Eiermann et al., 2000)/1997–1998	987	Frauen in Privathaushalten mit körperlicher Behinderung und Sinnesbehinderung (16–60 Jahre)	Fragebogen (paper-pencil) bei 60 Frauen und 40 Vertretern gesellschaftlicher Interessenverbände zusätzlich halbstrukturierte Interviews
Deutschland	(During, 2001)/ 1987–1997	14	Menschen mit Vormund	Sekundäranalyse früherer Untersuchungen; Narrative Interviews mit 14 Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung (29–90 Jahre)

Tabelle A2: Clusterzentren der Indikatoren (z-transformiert) und Zusammensetzung der Lagen aller Leistungsbezüger/innen IV (N=766)

	Lage G1	Lage G2	Lage G3	Lage G4	Lage G5	Total
Zahl der Befragten (N)	148	170	141	174	133	766
Zahl der Befragten (%)	19.3	22.2	18.4	22.7	17.4	100.0
<i>Z-Werte auf den Dimensionen</i>						
Formale Bildung	0.89	-0.05	-0.43	-0.21	0.71	
Arbeitsintegration	1.12	0.46	-0.51	-0.56	-0.24	
Pers. Einkommen	1.23	-0.45	-0.46	-0.53	0.90	
Haushaltseinkommen	0.93	0.14	0.14	-0.91	0.60	
Wohnraum pro Person	0.09	0.03	-0.19	-0.02	0.58	
Gesundheitszustand	0.84	0.83	-0.62	-0.36	-0.61	
Soziale Kontakte	0.44	0.58	0.01	-0.51	0.29	
Freizeitaktivität	0.45	0.74	-0.14	-0.30	0.10	
Mobilität	0.53	0.58	-1.10	0.15	0.17	
Unabhängigkeit Hilfe	0.81	0.65	-0.77	-0.15	-0.45	
Selbstbestimmung	0.60	0.49	-0.98	0.06	0.15	
Absenz Stigmatisierung	0.43	0.49	-0.34	-0.26	-0.15	
<i>Zusammensetzung der Lagen (%)</i>						
Leistungsart der IV						
- Individuelle Massnahmen	87.2	66.9	8.6	17.8	25.8	41.6
- IV-Renten	12.8	33.1	91.4	82.2	74.2	58.4
Körperbehinderungen	34.9	36.4	60.9	56.2	62.6	49.7
Sinnesbehinderungen	52.1	39.5	12.3	14.8	12.2	26.5
Psychische Behinderungen	10.3	9.9	41.3	41.4	33.6	27.1
Beeinträchtigungen Innere Organe	2.1	2.5	15.2	11.8	17.6	9.5
Geistige Behinderungen	1.4	3.1	13.0	5.3	1.5	4.8
Schwere der Beeinträchtigungen						
- leicht	36.1	33.5	0.7	5.6	6.3	16.9
- mittel	41.7	47.7	25.0	31.1	44.1	37.9
- schwer	18.8	17.4	56.6	50.9	40.9	36.7
- sehr schwer	3.5	1.3	17.6	12.4	8.7	8.6
Behinderungsursache: angeboren	17.9	30.7	19.4	24.3	15.3	22.0
Geschlecht						
- weiblich	22.8	55.3	60.7	53.8	34.8	46.2
- männlich	77.2	44.7	39.3	46.2	65.2	53.8
Alter						
- 18–29 Jahre	6.2	33.1	6.5	6.4	3.1	11.7
- 30–39 Jahre	17.9	12.7	17.4	17.4	7.8	14.8
- 40–49 Jahre	25.5	17.5	29.7	22.7	22.5	23.3
- 50–59 Jahre	28.3	23.5	27.5	30.8	37.2	29.2
- 60–65 Jahre	22.1	13.3	18.8	22.7	29.5	20.9
Zivilstand						
- ledig	20.0	41.2	24.8	32.0	13.6	27.2
- verheiratet	72.4	52.9	61.0	39.5	60.6	56.4
- verwitwet	0.7	1.2	2.8	4.1	3.0	2.4
- geschieden/getrennt	6.9	4.7	11.3	24.4	22.7	13.9
Schweizer Staatsbürgerschaft						
- ja	92.5	94.1	71.6	78.6	89.4	85.3
- nein	7.5	5.9	28.4	21.4	10.6	14.7

Tabelle A3: Clusterzentren der Indikatoren (z-transformiert) und Zusammensetzung der Lagen der Bezüger/innen individueller Massnahmen (N=315)

	Lage M1	Lage M2	Lage M3	Lage M4	Total
Zahl der Befragten (N)	93	117	69	36	315
Zahl der Befragten (%)	29.5	37.1	21.9	11.4	100.0
<i>Z-Werte auf den Dimensionen</i>					
Formale Bildung	0.91	-0.25	-0.25	-0.23	
Arbeitsintegration	0.62	0.06	-0.20	-0.53	
Pers. Einkommen	0.93	-0.40	-0.27	-0.49	
Haushaltseinkommen	0.77	-0.18	0.07	-0.71	
Wohnraum pro Person	0.26	-0.35	0.49	0.03	
Gesundheitszustand	0.38	0.38	-0.55	-0.54	
Soziale Kontakte	0.12	0.33	0.12	-0.69	
Freizeitaktivität	0.21	0.29	-0.13	-0.03	
Mobilität	0.12	0.40	0.17	-1.56	
Unabhängigkeit Hilfe	0.30	0.53	-0.84	-0.72	
Selbstbestimmung	0.27	0.21	-0.10	-1.20	
Absenz Stigmatisierung	0.05	0.67	-0.26	-1.22	
<i>Zusammensetzung der Lagen (%)</i>					
Körperbehinderungen	31.5	34.5	44.9	54.3	38.2
Sinnesbehinderungen	58.7	48.7	37.7	34.3	47.6
Psychische Behinderungen	6.5	7.1	8.7	28.6	9.7
Beeinträchtigungen Innere Organe	0.0	1.8	2.9	2.9	1.6
Geistige Behinderungen	0.0	1.8	0.0	2.9	1.0
<i>Schwere der Beeinträchtigungen</i>					
- leicht	42.9	34.5	19.4	8.8	30.8
- mittel	37.4	45.5	53.7	38.2	44.0
- schwer	18.7	15.5	25.4	35.3	20.9
- sehr schwer	1.1	4.5	1.5	17.6	4.3
Behinderungsursache: angeboren	24.2	32.5	14.5	28.6	25.6
<i>Geschlecht</i>					
- weiblich	30.8	43.1	62.3	55.6	45.2
- männlich	69.2	56.9	37.7	44.4	54.8
<i>Alter</i>					
- 18–29 Jahre	3.3	34.5	14.5	11.1	18.1
- 30–39 Jahre	22.0	10.6	8.7	38.9	16.8
- 40–49 Jahre	27.5	17.7	18.8	16.7	20.7
- 50–59 Jahre	28.6	17.7	31.9	27.8	25.2
- 60–65 Jahre	18.7	19.5	26.1	5.6	19.1
<i>Zivilstand</i>					
- ledig	20.7	36.2	23.2	36.1	28.8
- verheiratet	73.9	56.9	63.8	38.9	61.3
- verwitwet	0.0	1.7	2.9	2.8	1.6
- geschieden/getrennt	5.4	5.1	10.1	22.2	8.3
<i>Schweizer Staatsbürgerschaft</i>					
- ja	92.4	90.5	94.2	86.1	91.4
- nein	7.6	9.5	5.8	13.9	8.6

Tabelle A4: Clusterzentren der Indikatoren (z-transformiert) und Zusammensetzung der Lagen der IV-Rentner/innen (N=442)

	Lage R1	Lage R2	Lage R3	Lage R4	Lage R5	Total
Zahl der Befragten (N)	99	74	95	105	69	442
Zahl der Befragten (%)	22.4	16.7	21.5	23.8	15.6	100.0
<i>Z-Werte auf den Dimensionen</i>						
Formale Bildung	0.24	1.07	-0.32	0.09	0.00	
Arbeitsintegration	-0.38	0.15	-0.52	-0.09	1.16	
Pers. Einkommen	-0.26	1.96	-0.48	-0.03	-0.24	
Haushaltseinkommen	-0.41	1.11	-0.63	0.73	0.04	
Wohnraum pro Person	0.45	0.51	-0.18	-0.12	-0.13	
Gesundheitszustand	-0.30	-0.09	-0.29	-0.34	1.31	
Soziale Kontakte	0.34	0.32	-0.85	0.60	0.45	
Freizeitaktivität	0.29	0.35	-0.41	0.17	0.75	
Mobilität	0.52	0.47	-0.17	-0.57	0.41	
Unabhängigkeit Hilfe	0.03	0.28	-0.13	-0.51	1.09	
Selbstbestimmung	0.63	0.65	-0.24	-0.68	0.56	
Absenz Stigmatisierung	0.26	0.01	-0.22	-0.25	0.36	
<i>Zusammensetzung der Lagen (%)</i>						
Körperbehinderungen	60.8	60.8	56.5	62.7	50.0	58.7
Sinnesbehinderungen	7.2	12.2	8.7	9.8	17.2	10.5
Psychische Behinderungen	38.1	33.8	48.9	47.1	26.6	40.1
Beeinträchtigungen Innere Organe	20.6	23.0	15.2	13.7	1.6	15.4
Geistige Behinderungen	2.1	4.1	12.0	8.8	12.5	7.7
<i>Schwere der Beeinträchtigungen</i>						
- leicht	2.3	8.5	2.2	0.0	25.4	6.3
- mittel	28.7	46.5	19.8	27.0	54.0	33.3
- schwer	57.5	36.6	63.7	54.0	19.0	48.5
- sehr schwer	11.5	8.5	14.3	19.0	1.6	11.9
Behinderungsursache: angeboren	25.5	8.3	12.1	20.4	27.7	18.9
<i>Geschlecht</i>						
- weiblich	56.1	18.9	49.5	60.0	37.7	46.5
- männlich	43.9	81.1	50.5	40.0	62.3	53.5
<i>Alter</i>						
- 18–29 Jahre	2.1	2.8	4.3	1.9	29.0	6.9
- 30–39 Jahre	12.4	2.8	6.5	21.4	23.2	13.4
- 40–49 Jahre	19.6	19.7	33.3	31.1	18.8	25.2
- 50–59 Jahre	33.0	39.4	35.5	28.2	24.6	32.1
- 60–65 Jahre	33.0	35.2	20.4	17.5	4.3	22.4
<i>Zivilstand</i>						
- ledig	21.6	15.1	29.8	19.0	50.7	26.3
- verheiratet	48.5	64.4	44.7	63.8	40.6	52.7
- verwitwet	3.1	2.7	4.3	1.9	1.4	2.7
- geschieden/getrennt	26.8	17.8	21.3	15.2	7.2	18.3
<i>Schweizer Staatsbürgerschaft</i>						
- ja	78.6	94.6	69.1	76.2	94.2	81.1
- nein	21.4	5.4	30.9	23.8	5.8	18.9