
Gesundheit von Frauen mit Behinderungen

KAPITEL 9

-
- ▶ *Fünf Millionen Frauen und Mädchen (etwa 12% der weiblichen Bevölkerung) haben eine amtlich anerkannte Behinderung, bei 3,8 Millionen liegt eine Schwerbehinderung vor.*
-
- ▶ *Der Anteil der Frauen mit Behinderungen steigt mit dem Alter an; fast 60% der Frauen mit anerkannter Schwerbehinderung sind 65 Jahre alt oder älter.*
-
- ▶ *Rund 19% der Frauen mit Beeinträchtigungen nehmen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut wahr, im Gegensatz zu rund 75% der Frauen ohne Beeinträchtigungen.*
-
- ▶ *Frauen mit Beeinträchtigungen haben eine höhere Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Versorgung als Frauen ohne Beeinträchtigungen.*
-
- ▶ *Frauen mit Behinderungen sind im Lebensverlauf deutlich häufiger von Gewalt betroffen als Frauen ohne Behinderungen.*

9 Gesundheit von Frauen mit Behinderungen

9.1 Einleitung

Beeinträchtigungen und Behinderungen betreffen große Teile der Bevölkerung – als direkt Betroffene oder als Angehörige. Dabei stellen Frauen mit Behinderungen eine besonders von gesundheitlicher Ungleichheit betroffene Personengruppe dar. Viele von ihnen erfahren mehrfache Diskriminierung, aufgrund ihrer Behinderung und ihres Geschlechts [1]. In diesem Kapitel werden Aspekte der besonderen gesundheitlichen Lage von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen aufgezeigt: Es werden die allgemeine Lebenssituation und die gesundheitliche Lage von Frauen mit Behinderungen in Deutschland beschrieben sowie Daten zum gesundheitsbezogenen Verhalten, zur Inanspruchnahme und zur Zugänglichkeit von Leistungen der Gesundheitsversorgung, mit dem Schwerpunkt ambulante Versorgung, dargestellt. Hieraus ergeben sich auch Überlegungen zur Gestaltung einer nutzerinnengerechten Angebotsstruktur. Weitere Abschnitte widmen sich den Themen sexuelle und reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung sowie Gewalterfahrungen.

Als Datengrundlage werden verschiedene Studien und Berichte genutzt, darunter der Mikrozensus und die Statistik der schwerbehinderten Menschen des Statistischen Bundesamtes [2, 3], die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) herausgegebenen Teilhabeberichte der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen [4, 5], die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie die Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen [6]. Diese Studie wurde sowohl als repräsentative Haushaltsbefragung als auch als repräsentative Einrichtungsbefragung durchgeführt, die teilnehmenden Frauen waren 16 bis 65 Jahre alt. Aus der Haushaltsbefragung wurden Daten von 800 Frauen ausgewertet, in der Einrichtungsbefragung wurden 102 Frauen mit zumeist psychischen Erkrankungen mit dem allgemeinen Fragebogen und 318 Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in einem vergleichbaren Fragebogen in vereinfachter Sprache

befragt. Außerdem wurden internationale Erhebungen wie der European Health and Integration Survey (EHSIS) [7] sowie zwei Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Sexualität von Jugendlichen mit Behinderungen [8, 9] einbezogen.

Allerdings sind der Forschungsstand und die Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Behinderungen in vielen Bereichen lückenhaft. Bei Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung werden Menschen mit Behinderungen häufig nicht genügend miteinbezogen (u. a., weil es an barrierefreien Erhebungsmethoden mangelt) und sind daher unterrepräsentiert. Eine weitere Schwierigkeit der Datenerhebung betrifft die Gruppe der Menschen mit Behinderungen, die nicht in eigenen Haushalten oder bei ihrer Familie, sondern in Wohnrichtungen oder in Pflegeheimen leben, da diese nur selten Bestandteil der Stichproben von Befragungen sind. Auch gehörlose Menschen werden aufgrund methodischer Aspekte in Studien meist nicht berücksichtigt, da häufig (rein akustische) Telefoninterviews als Erhebungsmethode genutzt werden.

9.2 Begriffsbestimmung und rechtliche Grundlagen

Die Sichtweise auf Behinderungen hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt und ist weiter in Veränderung begriffen [5, 10]. Daher sollen hier zunächst begriffliche und rechtliche Grundlagen im Überblick dargestellt werden; für detailliertere Ausführungen sei auf die Teilhabeberichte der Bundesregierung verwiesen [4, 5]. Diese verstehen unter Beeinträchtigungen, dass aufgrund von Funktionsstörungen (z. B. wegen chronischer Erkrankungen) dauerhafte Einschränkungen in Aktivitäten und Teilhabe bestehen. Dagegen entstehen Behinderungen, wenn Beeinträchtigungen mit Barrieren in der Umwelt so zusammenwirken, dass dadurch die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt wird (**Abb. 9.2.1**) [5]. Der Aspekt der Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt ist ein wesentliches Kennzeichen der „International Classification of Functioning,

Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [1], die 2001 veröffentlicht wurde und die Diskussion wie die Gesetzgebung entscheidend mitgeprägt hat [5, 12].

Auch in der deutschen Sozialgesetzgebung wird – übernommen aus der UN-Behindertenrechtskonvention [1] – auf die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt Bezug genommen: Menschen mit Behinderungen werden darin verstanden als „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Als langfristig gilt ein Zeitraum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert“ (Bundesgleichstellungsgesetz, § 3 BGG; ähnlich Neuntes Buch Sozialgesetzbuch, § 2 Absatz 1 SGB IX). Die „besonderen Belange von Frauen mit Behinderungen“ sind „zu berücksichtigen und bestehende Benachteiligungen zu beseitigen“ (§ 2 Absatz 1 BGG). Für eine amtliche Anerkennung von Behinderungen muss ein Antrag gestellt werden. Dabei werden die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft abgestuft nach Schweregraden (Grad der Behinderung, GdB) festgestellt. Ein GdB ab 50

zählt als Schwerbehinderung (§ 2 Absatz 2 SGB IX). Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen haben Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mit dem Ziel, eine Behinderung abzuwenden, Verschlimmerungen zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (SGB IX § 4). Bei Vorliegen bestimmter rechtlicher Voraussetzungen besteht außerdem ein Anrecht auf Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Teil 2 SGB IX).

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) [1] verzichtet auf eine Definition von Behinderung und verweist darauf, „dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht“ (Präambel, Buchstabe e). Zur Gruppe der Menschen mit Behinderungen zählen laut UN-BRK „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Artikel 1, Satz 2); dies verdeutlicht auch den engen Bezug der UN-BRK zur ICF.

Abbildung 9.2.1

Beeinträchtigungen, Behinderungen und anerkannte Behinderungen

Quelle: Teilhabeberichte der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen [4, 5]



Die UN-BRK ist als Völkerrechtsvertrag für Deutschland seit 2009 rechtsgültig. Sie konkretisiert die Menschenrechte für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und soll die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen sicherstellen. Frauen mit Behinderungen werden in der UN-BRK besonders hervorgehoben, da sie sowohl aufgrund ihres Geschlechts als auch aufgrund ihrer Behinderung Diskriminierungen erleben können und sich zudem aus der Verbindung dieser beiden Ungleichheitsdimensionen neue Benachteiligungen ergeben. Dabei wurde in der UN-BRK der sogenannte „Twin-Track-Approach“ umgesetzt [13]: Es gibt einen eigenen Artikel zu Frauen (Artikel 6, siehe [Infobox 9.2.1](#)) als auch Frauen- und Genderreferenzen in anderen wichtigen Artikeln (z. B. Artikel 25 zur Gesundheit, siehe [Infobox 9.5.3.1](#)). Insgesamt verpflichten sich die Vertragsstaaten, Maßnahmen zur Gleichstellung und zur Förderung der Autonomie von Frauen zu treffen.

Die Bundesregierung stellte auf Grundlage der UN-BRK den Nationalen Aktionsplan (NAP) „Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“ [14] mit Maßnahmen zur Umsetzung der UN-BRK auf. In Bezug auf Frauen mit Behinderungen sieht der Aktionsplan Datenerhebungen, die Förderung politischer Teilhabe, die Etablierung von Frauenbeauftragten in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen sowie die Verbesserung der Barrierefreiheit von Unterstützungseinrichtungen bei von Gewalt betroffenen Frauen vor [14]. 2016 wurde der NAP neu aufgelegt. Der „NAP 2.0“ soll die konkrete Umsetzung der UN-BRK weiter voranbringen und insbesondere im Bereich des Arbeitsmarktes die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen stärken. Besondere Schwerpunkte für Frauen mit Behinderungen sind die Förderung der Interessenvertretung und Stärkung der Mitwirkungsmöglichkeiten in Werkstätten sowie die Stärkung des Gewaltschutzes [14].

Auch das 2016 verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) soll für eine Verbesserung der Teilhabe und Selbstbestimmung im Sinne der UN-BRK sorgen. Schwerpunkt ist die Neufassung des SGB IX: Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wurde aus der Sozialhilfe herausgenommen und in das SGB IX eingegliedert [15]. Der dadurch eingeleitete Systemwechsel wird insgesamt begrüßt; dennoch kritisieren Betroffene, dass es auch Bereiche gibt, in denen es zu Verschlechterungen

Infobox 9.2.1

Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen [1]

Artikel 6 – Frauen mit Behinderungen

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind, und ergreifen in dieser Hinsicht Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt genießen können.

(2) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Sicherung der vollen Entfaltung, der Förderung und der Stärkung der Autonomie der Frauen, um zu garantieren, dass sie die in diesem Übereinkommen genannten Menschenrechte und Grundfreiheiten ausüben und genießen können.

kommt [16]. Zur Stärkung und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, Menschen, die von Behinderung bedroht sind, sowie ihren Angehörigen fördert das BMAS mit der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX die Umsetzung eines von Trägern und Leistungserbringern unabhängigen Beratungsangebots.

9.3 Häufigkeit, Ursachen und Formen von Behinderung

Nach Daten des Mikrozensus lebten im Jahr 2017 in Deutschland 5,0 Millionen Frauen und Mädchen mit einer amtlich anerkannten Behinderung, dies entspricht 12,1% der weiblichen Bevölkerung [2]. Der Schwerbehindertenstatistik des Statistischen Bundesamtes zufolge lag 2017 die Zahl der Frauen mit Schwerbehinderung, also mit einer Einstufung des Grads der Behinderung über 50, bei 3,8 Millionen [3]. 78,4% von ihnen waren über 55 Jahre alt, 58,2% 65 Jahre alt und älter. Jünger als 25 Jahre waren nur 3,2% der schwerbehinderten Frauen [3]. Der Großteil der Schwerbehinderten wird im Laufe des Lebens erworben. Von einer angeborenen Behinderung waren 3% der Frauen betroffen.

Körperliche Behinderungen waren 2017 nach der Schwerbehindertenstatistik mit 59,0% die häufigste Form der Schwerbehinderung bei Frauen

Tabelle 9.3.1

Frauen mit Schwerbehinderungen, 2017

Datenbasis: Statistik der schwerbehinderten Menschen [3]



Form der schwersten Behinderung*	Anzahl	Anteil	Veränderung 2005–2017
Körperliche Behinderung	2.264.396	59,0 %	+ 7,6 %
Blindheit oder Sehbehinderung	205.163	5,3 %	-0,4 %
Sprach- oder Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörung	151.528	3,9 %	+ 22,6 %
Psychische Behinderung	342.662	8,9 %	+ 95,5 %
Geistige Behinderung, Lernbehinderung	125.177	3,3 %	+ 11,9 %
Sonstige Behinderung	749.128	19,5 %	+ 45,1 %
Gesamt	3.838.054	100,0 %	+ 18,6 %

* Einteilung gemäß Zweitem Teilhabebericht 2016 [5]

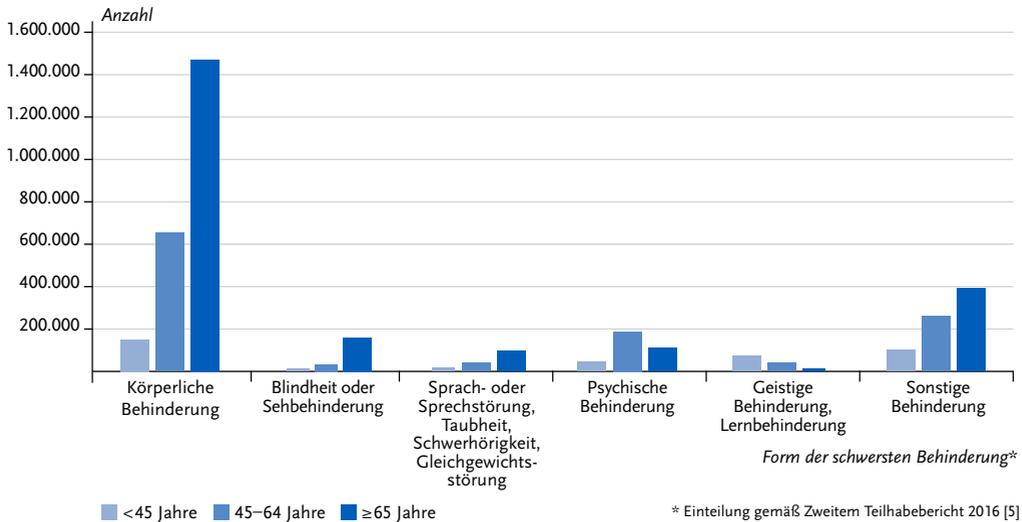
(Tab. 9.3.1). Unter diesen spielten Funktionsbeeinträchtigungen innerer Organe oder Organsysteme mit 21,2 % und Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen mit 12,5 % aller Schwerbehinderungen bei Frauen die größte Rolle [3]. Dass mit zunehmendem Lebensalter mehr Frauen von Schwerbehinderungen betroffen sind, ist vor allem auf den Anstieg bei den körperlichen Beeinträchtigungen zurückzuführen (Abb. 9.3.1). In der Statistik der schwerbehinderten Menschen sind jedoch nur die Personen erfasst, die einen Antrag auf Anerkennung ihrer Behinderung gestellt haben und einen Grad der Behinderung ab 50 aufweisen. Die tatsächliche Anzahl von Frauen mit Schwerbehinderungen ist wahrscheinlich noch höher, da viele Frauen keinen Antrag auf Anerkennung der Behinderung stellen. So hatten in der Studie des BMFSFJ nur 37 % der beeinträchtigten Frauen in den Haushalten einen Behindertenausweis [6]. Dass bei Männern eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung häufiger ist als bei Frauen, wird auch darauf zurückgeführt, dass Männer häufiger erwerbstätig sind und eher von den Vorteilen einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung auf dem Arbeitsmarkt und bei der Rente („Frühberentung“) profitieren [3, 17].

Die Anzahl der Frauen mit anerkannten Schwerbehinderungen ist von 2005 bis 2017 um rund 19 % gestiegen, der Anteil der Frauen mit Schwerbehinderungen an der weiblichen Bevölkerung erhöhte sich von 7,7 % auf 9,1 %. Den größten Anstieg gab es bei den psychischen Behinderungen (Tab. 9.3.1) und innerhalb dieser Gruppe bei den Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. 2005 lag bei 70.848 Frauen eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung aufgrund dieser Störungen

vor, 2017 bei 217.301 Frauen; besonders hoch war der Anstieg in der Altersgruppe zwischen 45 und 70 Jahren [3, 18]. Möglicherweise ist diese Entwicklung im Zusammenhang zu sehen mit der starken Zunahme an Krankschreibungen und Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen, für die als Gründe u. a. die größere Bedeutung der psychischen Gesundheit in Arbeits- und Lebenswelten, eine veränderte Wahrnehmung sowie ein verändertes ärztliches Diagnoseverhalten diskutiert werden (siehe Kapitel 2.1.7).

Im Zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung wird – basierend auf Auswertungen der Mikrozensusdaten – auch für Beeinträchtigungen und leichte Behinderungen die zeitliche Entwicklung ausgewiesen. Demnach ist die Anzahl der Frauen mit Beeinträchtigungen (als Behinderungen und chronische Krankheit zusammengenommen) zwischen 2005 und 2013 um 16 % und die der Frauen mit leichten Behinderungen (Grad der Behinderung unter 50) um 57 % angestiegen [5]. Der Anstieg ist zum einen auf den mit dem demografischen Wandel einhergehenden Anstieg der Zahl älterer Menschen zu erklären, die ein höheres Risiko für Beeinträchtigungen und Behinderungen aufweisen [5]. Da sich jedoch auch der Anteil der Menschen mit Behinderungen in den einzelnen Altersgruppen erhöht hat, kann davon ausgegangen werden, dass mehr Menschen einen Antrag auf Anerkennung gestellt haben, der leichte Behinderungen bestätigt, oder mehr Menschen mit leichten Behinderungen dies in der Erhebung angegeben haben [5].

Abbildung 9.3.1
Frauen mit Schwerbehinderungen nach Alter, 2017
 Datenbasis: Statistik der schwerbehinderten Menschen [3]



9.4 Lebenslagen von Frauen mit Behinderungen

Der Großteil der Frauen mit Behinderungen wohnt in privaten Haushalten, nur ein geringer Teil lebt in stationären Wohneinrichtungen. Dieser lässt sich anhand der Statistiken des Statistischen Bundesamts zur Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe sowie Pflege abschätzen [5]. Nach Berechnungen des Zweiten Teilhabebereichs (2016) lebten im Jahr 2014 insgesamt 640.022 Frauen und Mädchen stationär in Wohneinrichtungen. Der überwiegende Anteil (541.544 Frauen) wohnte in vollstationärer Dauerpflege [5]; dort werden hauptsächlich ältere Frauen über 65 Jahren versorgt [19]. Im Bereich der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit seelischen Behinderungen (§ 35a SGB VIII) lebten 4.088 Frauen und Mädchen unter 27 Jahren in einer Einrichtung [18]. Im Bereich der Eingliederungshilfe zum Wohnen in einer Wohneinrichtung (Teil 2 SGB IX) waren Ende 2014 78.360 Frauen registriert. Insgesamt waren 64 % der stationär untergebrachten Menschen mit Beeinträchtigungen Frauen und Mädchen [5]. Zu der Personengruppe der Frauen und Mädchen mit Behinderungen, die in stationären Einrichtungen leben, liegen bislang nur wenige

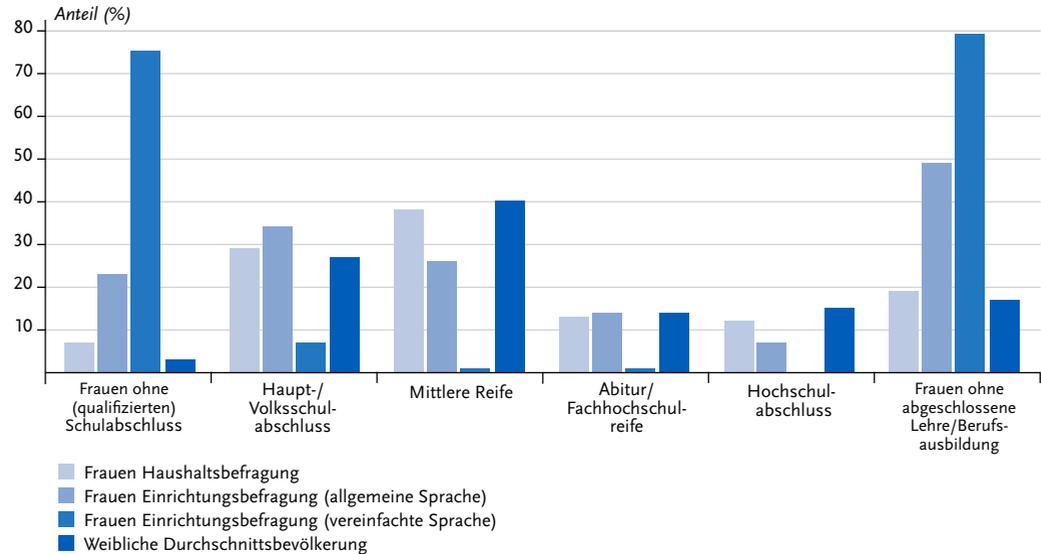
Informationen vor, da die Studien Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) und GEDA nicht in Einrichtungen der Behindertenhilfe durchgeführt werden und im Mikrozensus 2017 keine Befragung zu Behinderung in den Einrichtungen stattfand [5]. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Lebenslagen der in Einrichtungen lebenden Menschen stark von denen in Haushalten unterscheiden.

Für den Bildungsbereich ergab der Mikrozensus 2017, dass 44,6 % der Frauen mit und 65,7 % der Frauen ohne amtlich anerkannte Behinderungen ab 15 Jahren die Mittlere Reife, Fachhochschulreife oder das Abitur haben [2]. Dagegen gab es 2010/2011 in der BMFSFJ-Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen nur geringe Unterschiede zwischen den Frauen mit Behinderungen, die an der Haushaltsbefragung teilnahmen, und der weiblichen Durchschnittsbevölkerung (deren Daten wurden der Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ aus dem Jahr 2004 [20] entnommen). Von den Frauen mit Behinderungen, die in Privathaushalten lebten, hatten 63 % Mittlere Reife, Abitur oder einen Hochschulabschluss, im Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung waren es 69 %. Die in allgemeiner Sprache befragten und überwiegend psychisch

Abbildung 9.4.1

Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse bei 16- bis 65-jährigen Frauen mit Behinderungen

Datenbasis: Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland [6]



kranken Frauen in Einrichtungen hatten mit 47 % und die in vereinfachter Sprache befragten und überwiegend kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen mit 2 % deutlich seltener einen dieser Abschlüsse (Abb. 9.4.1) [6]. 19 % der Frauen mit Behinderungen, die in Haushalten lebten, hatten keine abgeschlossene Lehre oder Berufsausbildung. Von den in Einrichtungen lebenden Frauen, die in allgemeiner Sprache befragt wurden, waren dies 49 %, von den Frauen, die in vereinfachter Sprache befragt wurden, 79 %. In der Vergleichsgruppe (weiblicher Bevölkerungsdurchschnitt) gaben 17 % keine abgeschlossene Lehre oder Berufsausbildung an (Abb. 9.4.1) [6]. Die Unterschiede zwischen der BMFSFJ-Studie und dem Mikrozensus ergeben sich daraus, dass in der BMFSFJ-Studie auch Frauen mit nicht-erkannten Behinderungen eingeschlossen sind, aus einer unterschiedlichen Altersverteilung der Teilnehmerinnen und daraus, dass es sich um unterschiedliche Erhebungsjahre handelt.

Der Anteil von Frauen mit Behinderungen auf dem (ersten) Arbeitsmarkt ist deutlich niedriger als von Frauen ohne Behinderungen sowie von Männern mit und ohne Behinderungen. Frauen mit Behinderungen sind somit auf doppelte Weise von Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt betroffen

[21]. Laut Mikrozensus waren 53,3 % der Frauen mit Behinderungen zwischen 15 und 65 Jahren erwerbstätig oder suchten nach einer Tätigkeit, gegenüber 76,8 % der Frauen ohne Behinderungen [2]. Die Haushaltsbefragung der BMFSFJ-Studie kommt auch aufgrund unterschiedlicher Erhebungsjahre zu leicht abweichenden Ergebnissen: Knapp die Hälfte der Frauen mit Behinderungen (49 %) waren erwerbstätig, im Vergleich zu 57 % der weiblichen Durchschnittsbevölkerung (jedoch lag die Erwerbsquote von Frauen 2004 noch etwas niedriger als zum Zeitpunkt der BMFSFJ-Befragung) [6]. Allerdings waren Frauen mit Behinderungen deutlich seltener vollzeiterwerbstätig (18 % gegenüber 31 %), was mit dem im Durchschnitt höheren Alter oder mit erhöhten gesundheitlichen Belastungen zusammenhängen kann [6]. Bei den Frauen, die in Einrichtungen leben, lag der Anteil der Erwerbstätigen deutlich höher (50 % bei Befragten in allgemeiner und 88 % bei Befragten in vereinfachter Sprache), da sie meist in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen arbeiteten. Dies geht mit einem deutlich niedrigeren Einkommen (von unter 400 Euro) einher, da sich das Entgelt nach § 21 SGB IX auf durchschnittlich 159 Euro monatlich beläuft [6]. Die Kosten für Unterkunft und ergänzenden

Regelbedarf werden separat gezahlt, sofern das Einkommen (Werkstatteinkommen sowie ggf. weitere Einnahmen wie Erwerbsminderungsrente) das Existenzminimum nicht vollständig decken.

Hinsichtlich Partnerschaft und Familie zeigen die Daten des Mikrozensus, dass Frauen mit Behinderungen auch aufgrund ihres höheren Alters seltener ledig und häufiger verwitwet oder geschieden sind als Frauen, die keine Behinderungen haben [2, 17]; der Anteil der Verheirateten ist in beiden Gruppen etwa gleich hoch (47,2 % bzw. 44,6 %). In den jüngeren Altersgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede: Bei den 25- bis 45-Jährigen sind 49,9 % der Frauen mit Behinderungen ledig und 40,7 % verheiratet; von den Frauen ohne Behinderungen dieser Altersgruppe 41,2 % und 52,6 % [2]. Die Studie des BMFSFJ ergab kaum Unterschiede zwischen den Frauen der Haushaltsbefragung und der Durchschnittsbevölkerung: 72 % waren zum Zeitpunkt der Befragung in einer Partnerschaft, 55 % waren verheiratet und 73 % hatten Kinder. Deutliche Unterschiede zeigt die Befragung von Frauen in Wohneinrichtungen: Von den Befragten in allgemeiner Sprache waren nur 34 % und von den Befragten in vereinfachter Sprache 42 % aktuell in einer Partnerschaft, 4 % bzw. 5 % waren aktuell verheiratet und 39 % bzw. 6 % hatten Kinder [6]. Frauen, die in Einrichtungen leben, sind also deutlich seltener in eine Partnerschaft eingebunden oder haben Kinder (zu Sexualität und Verhütung siehe Kapitel 9.6). Für Mütter und Väter, die bei der Wahrnehmung ihrer Elternrolle auf Hilfe angewiesen sind, stellt Elternassistenz eine wichtige Unterstützungsmöglichkeit dar. Diese ist allerdings nicht flächendeckend verfügbar [22–24].

Frauen mit Behinderungen sind im Allgemeinen häufiger von sozialer Isolation betroffen als Frauen ohne Beeinträchtigungen und sie haben weniger enge soziale Beziehungen, in denen sie sich geborgen fühlen. In der Erhebung des BMFSFJ gaben 28 % der Frauen der Haushaltsbefragung an, „Geborgenheit und Wärme“ zu vermissen, von den in Einrichtungen lebenden Frauen waren es sogar 54 %. Der Durchschnittswert der weiblichen Bevölkerung lag bei 13 % [6]. Nach Daten des SOEP von 2013/2014 gaben 13 % der beeinträchtigten Frauen an, selten oder keine Besuchskontakte zu haben, 18 % hatten das Gefühl fehlender Gesellschaft, zum Vergleich: Bei Frauen ohne Beeinträchtigungen betrug dieser Anteil 9 % bzw. 10 % [5].

9.5 Gesundheit von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen

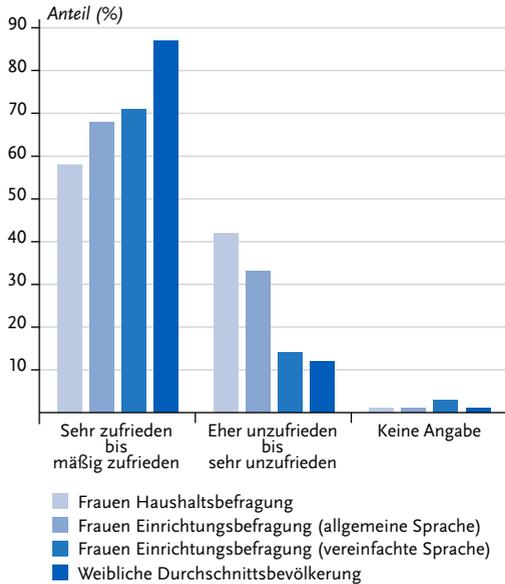
9.5.1 Gesundheitliche Lage

Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands liefert wichtige Informationen für die Beschreibung der Gesundheit von Personen und Bevölkerungsgruppen (siehe Kapitel 2.1.2). Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen etwas schlechter ein als Männer. Frauen mit Beeinträchtigungen (Operationalisierung gemäß Zweitem Teilhaberbericht: Bestehen einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung oder einer erheblichen dauerhaften krankheitsbedingten Einschränkung bei der Ausübung von Alltagstätigkeiten [5]) unterscheiden sich in ihrer Selbsteinschätzung deutlich von Frauen ohne Beeinträchtigungen: Laut GEDA 2014/2015-EHIS nehmen 74,5 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut wahr; dagegen sind es bei Frauen mit Beeinträchtigungen nur 18,8 %. Ein Grund dafür ist, dass die Gruppe der Frauen mit Beeinträchtigungen definitionsgemäß auch Frauen mit chronischen Erkrankungen umfasst. Mit zunehmendem Alter wird die eigene Gesundheit als schlechter eingeschätzt; dies gilt sowohl für Frauen mit als auch für Frauen ohne Beeinträchtigungen.

Auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit gibt es Unterschiede: Die Studie des BMFSFJ [6] zeigt, dass 42 % der Frauen mit Behinderungen, die in privaten Haushalten leben, 33 % der Frauen in Einrichtungen, die in allgemeiner Sprache befragt wurden, sowie 14 % der Frauen in Einrichtungen, die in vereinfachter Sprache befragt wurden, eher unzufrieden bis sehr unzufrieden mit ihrem Gesundheitszustand sind. In der Vergleichsgruppe der nicht beeinträchtigten Frauen trifft dies nur auf 12 % der Befragten zu (Abb. 9.5.1.1) [6]. Die geringere Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bei Frauen mit Behinderungen in Haushalten könnte damit zusammenhängen, dass beim Begriff „Gesundheitszustand“ möglicherweise eher an körperliche Gesundheit gedacht wird und die Frauen der Haushaltsbefragung häufiger und mehr körperliche Beeinträchtigungen und Schmerzen haben [6].

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen; somit gibt das Vorhandensein

Abbildung 9.5.1.1
Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand bei 16- bis 65-jährigen Frauen mit Behinderungen
 Datenbasis: Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland [6]



einer ärztlich diagnostizierten Depression oder einer depressiven Symptomatik Hinweise auf die psychische Gesundheit von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (siehe Kapitel 2.1.7). Aus den Daten der GEDA 2014/2015-EHIS-Studie ergibt sich, dass bei 30,0 % der Frauen mit und bei 10,2 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine Depression ärztlich diagnostiziert worden war. Bei 31,1 % der Frauen mit und 8,6 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen bestand eine depressive Symptomatik. Die hohen Anteile psychisch belasteter Frauen mit Behinderungen hatten sich auch in der BMFSFJ-Studie gezeigt [6].

Krankheiten und Behinderungen bedingen sich wechselseitig. Einerseits resultieren zahlreiche Behinderungen oder Beeinträchtigungen aus Krankheiten, andererseits sind Menschen mit Beeinträchtigungen, falls sie erkranken, häufig länger durch diese Krankheiten eingeschränkt. Zudem können Beeinträchtigungen die Wahrnehmung des Gesundheitszustands erheblich beeinflussen und auch Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen. Darüber hinaus verweist die BMFSFJ-Studie

darauf, dass die erheblichen psychischen Belastungen von Frauen auch mit Diskriminierungen und Gewalterfahrungen im Zusammenhang stehen können [6]. Konkrete Prävalenzen von Erkrankungen durch Behinderungen und – davon abgegrenzt – Prävalenzen von Erkrankungen bei Frauen mit Behinderungen sind aufgrund der vielfältigen Wechselwirkungen nur bedingt zu erfassen [25].

9.5.2 Gesundheitsverhalten

Gesundheitsbezogenes Verhalten umfasst u. a. die Bereiche Bewegung, Ernährung sowie Tabak- und Alkoholkonsum. Im Allgemeinen sind Männer in ihrer Freizeit eher sportlich aktiv, während Frauen sich im Durchschnitt gesünder ernähren (siehe Kapitel 2.2.1 und 2.2.2). Nach GEDA 2014/2015-EHIS üben 28,9 % der Frauen mit und 44,7 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen mindestens 2,5 Stunden pro Woche Ausdaueraktivitäten (z. B. Radfahren, Joggen, Fußballspielen oder Schwimmen) aus, wie von der WHO empfohlen. Dagegen ist der Anteil der Frauen, welche die Empfehlungen zu Muskelkräftigungsaktivitäten (z. B. Krafttraining, Pilates oder Yoga) erreichen, in beiden Gruppen fast gleich (24,4 % bzw. 28,1 %, Unterschied nicht statistisch signifikant). Ein Grund dafür könnte sein, dass Aktivitäten zur Muskelkräftigung von körperlich beeinträchtigten Menschen leichter durchzuführen sind als Ausdaueraktivitäten.

Von den Frauen mit Beeinträchtigungen verzehren 59,6 % täglich Obst und 41,4 % täglich Gemüse. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zu Frauen ohne Beeinträchtigungen (53,1 % bzw. 40,3 %). Frauen mit Beeinträchtigungen sind etwas häufiger übergewichtig (32,2 % gegenüber 28,1 %) und deutlich häufiger adipös als Frauen ohne Beeinträchtigungen (29,2 % gegenüber 16,1 %).

Hinsichtlich des Rauchens und Alkoholkonsums verhalten sich Frauen mit Beeinträchtigungen gesünder als Frauen ohne Beeinträchtigungen. Der Anteil der Raucherinnen beträgt bei Frauen mit Beeinträchtigungen 16,0 % und bei Frauen ohne Beeinträchtigungen 21,6 % (Unterschied nicht statistisch signifikant). Riskanter Alkoholkonsum besteht bei 8,6 % der Frauen mit und 14,8 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen, beim Rauschtrinken sind es 17,7 % gegenüber 25,7 % (zu den Formen des Alkoholkonsums siehe Infobox 2.2.5.2).

Aus Berichten von Suchtverbänden und Einrichtungen der Behindertenhilfe geht hervor, dass insbesondere eine leichte und mittelgradige sogenannte geistige Behinderung das Risiko für einen exzessiven Alkohol- und Cannabiskonsum erhöht [26].

9.5.3 Gesundheitsversorgung

Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Auswertungen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS zur ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung zeigen eine höhere Inanspruchnahme durch Frauen mit Beeinträchtigungen. Eine ärztliche Praxis wurde von fast allen Frauen mit Beeinträchtigungen (98,2 %) mindestens einmal innerhalb von zwölf Monaten aufgesucht, für Frauen ohne Beeinträchtigungen beträgt der entsprechende Anteil 89,9 %. 38,5 % der Frauen mit und 13,3 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen verbrachten innerhalb eines Jahres mindestens eine Nacht im Krankenhaus. Die höhere Inanspruchnahme ist auch darauf zurückzuführen, dass die Definition von Beeinträchtigungen chronische Krankheiten einschließt, bei denen mehr ärztliche Betreuung notwendig ist.

Die ambulante medizinische Versorgung von Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen wurde in einem Modellprojekt des Landes Nordrhein-Westfalen untersucht [27]. Die erhobenen Daten wurden mit Daten aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008 – 2011) des RKI verglichen. Aus der Erhebung ergibt sich, dass 97,1 % der Befragten mit Behinderungen eine Hausärztin oder einen Hausarzt hatten. Dieser Wert liegt höher als in der Allgemeinbevölkerung (89,4 %). Bei den Frauen war die Inanspruchnahme von Hausärztinnen und Hausärzten in den letzten drei Monaten mit 94,2 % deutlich höher als bei den Männern (72,9 %). Auch Fachärztinnen und Fachärzte wurden häufiger in Anspruch genommen als in der durch DEGS1 repräsentierten Durchschnittsbevölkerung. Allerdings ist die Inanspruchnahme gynäkologischer Praxen bei den befragten Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen mit 68,1 % etwas geringer als in der Durchschnittsbevölkerung (74,9 %). Die dargestellten Ergebnisse geben Aufschluss über die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten durch eine bestimmte Teilgruppe und sind nicht

auf die sehr heterogene Gruppe aller Frauen mit Behinderungen übertragbar. So sind beispielsweise bauliche Barrieren für Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen weniger problematisch und vor allem bei Menschen, die in Einrichtungen wohnen, ist durch das betreuende Personal in der Regel eine regelmäßige ärztliche Untersuchung gewährleistet [27].

Arzneimittelgebrauch

Im Bereich der ärztlich verordneten Arzneimittel liegen Daten aus der BMFSFJ-Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland vor [6]. Fast alle Frauen (93 %) mit Behinderungen gaben in der Einrichtungsbefragung in allgemeiner Sprache (Frauen mit vorwiegend psychischen Erkrankungen, siehe Kapitel 9.1) an, regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen. 77 % der Medikamente nutzenden Frauen nahmen Psychopharmaka und Schlafmittel ein, 24 % Herz-Kreislauf-Medikamente. 12 % gebrauchten Medikamente zur Schilddrüsenregulierung, 6 % Medikamente gegen Schmerzen und weitere 6 % Präparate gegen Magen-Darm-Beschwerden [6]. Auch die Frauen, die in vereinfachter Sprache befragt wurden, nahmen zu 85 % regelmäßig Medikamente ein. In dieser Gruppe wurden Mittel gegen Epilepsie und Spastiken von 24 % der Medikamente anwendenden Frauen eingenommen, Psychopharmaka nahmen 23 % ein, 18 % Herz-Kreislauf-Medikamente, Schilddrüsenmedikamente 15 % und 5 % Präparate gegen Diabetes [6]. In der Haushaltsbefragung gaben 74 % der Frauen an, regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen. Hier stehen Herz-Kreislauf-Medikamente (35 % der Medikamentennutzerinnen) an erster Stelle, gefolgt von Psychopharmaka und Schlafmitteln (24 %), Schilddrüsenmedikamenten (27 %) sowie Schmerzmitteln (21 %) [6].

Infobox 9.5.3.1**Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen [1]****Artikel 25 – Gesundheit**

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschweringliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;

b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;

c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;

d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angeeignet zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie u. a. durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;

f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung

In der UN-BRK wurde verankert, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten ist (siehe [Infobox 9.5.3.1](#)) [1]. Dies bedeutet, dass Gesundheitseinrichtungen wie Arztpraxen und Krankenhäuser barrierefrei sein und auch in ländlichen Regionen in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen sollten.

Eine Abfrage der Stiftung Gesundheit zur Barrierefreiheit der 196.000 in ihrem Ärzteportal eingetragenen ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Praxen ergab, dass nur 11 % der Praxen mindestens drei von zwölf Kriterien der Barrierefreiheit erfüllten [5]. 21 % der Praxen verfügten über einen ebenerdigen Zugang oder waren mit dem Aufzug erreichbar, 23 % hatten rollstuhlgerechte Praxisräume, 5 % behindertengerechte Parkplätze, je 3 % flexible Untersuchungsmöbel und ein barrierefreies WC und 1 % Orientierungshilfen für Sehbehinderte [5]. Jede fünfte Allgemeinarztpraxis (22 %) hatte einen ebenerdigen oder mit Aufzug möglichen Zugang und rollstuhlgerechte Praxisräume. Von den gynäkologischen Praxen verfügte ein Drittel über einen barrierefreien Zugang und ein Viertel über rollstuhlgerechte Räume. Weitere Kriterien wurden nur zu sehr geringen Anteilen erfüllt. Zu diesen gehören barrierefreie Kommunikation, etwa durch Zusammenarbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern für Gebärdensprache, und barrierefreie Informationen, z. B. Internetseiten in Leichter Sprache ([Tab. 9.5.3.1](#)) [4]. Teilweise beginnen Zugangsbarrieren noch vor der Vereinbarung eines Termins. So ist für gehörlose Personen oder Menschen mit einer Sprachbehinderung eine Terminvereinbarung per Telefon nicht

möglich. Das Angebot der Anmeldung per E-Mail oder Fax gehört ebenfalls zu den Kriterien für eine barrierefreie Arztpraxis [28].

Ein weiteres Problem ist die Versorgung in ländlichen Gebieten: In vielen Regionen ist im Umkreis von 20 Kilometern keine barrierefreie hausärztliche Praxis vorhanden [29]. Bereits das Verlassen der Wohnung ohne Begleitung sowie die Wege zu den Arztpraxen können Barrieren darstellen und somit problematisch sein. In der EHSIS-Erhebung gaben in Deutschland 54,3 % der Frauen mit Behinderungen (15-Jährige und Ältere) an, in ihrer Mobilität eingeschränkt zu sein, 35,8 % hatten Probleme beim Zugang zu Gebäuden, 24,6 % Transportprobleme [30]. Ein weiterer Aspekt ist, dass Menschen mit Behinderungen tendenziell mehr Zuzahlungen leisten müssen, da sie mehr Hilfsmittel oder sonstige zuzahlungspflichtige Gesundheitsleistungen benötigen. Über Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen liegen bisher keine Daten zur Zugänglichkeit vor [5].

Soziale Barrieren wie Berührungsängste oder Vorurteile treten hauptsächlich im Bereich der Kommunikation und dem Umgang mit Menschen mit (insbesondere psychischen oder sogenannten geistigen) Behinderungen auf [31]. Ein sensibler Umgang von Ärztinnen und Ärzten, vor allem von Gynäkologinnen und Gynäkologen, mit Besonderheiten in der Behandlung von Frauen mit Behinderungen ist erforderlich. Insbesondere bei Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist ein vorbereitendes Gespräch in verständlicher Sprache über die Untersuchung notwendig. Die Bundesärztekammer hat zu diesem Zweck eine Fortbildungsreihe für Ärztinnen und Ärzte zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit sogenannten geistigen und mehrfachen Behinderungen konzipiert [5]. Auch Informationsmaterialien zu den jeweiligen Erkrankungen, Untersuchungen und Behandlungen in Leichter Sprache oder in Braille-Schrift werden benötigt. In wie vielen Praxen bundesweit solche Materialien zur Verfügung stehen, ist nicht bekannt [5]. Hinzu kommen einstellungsbezogene Barrieren: Viele Menschen, auch Ärztinnen und Ärzte und verschiedene Gesundheitsfachberufe, haben Unsicherheiten im Umgang mit Menschen mit Behinderungen [32].

Gerade im Bereich der gynäkologischen Versorgung ist für Frauen mit Beeinträchtigungen der Zugang erschwert, da für die Untersuchungen

bei bestimmten körperlichen Einschränkungen barrierefreie Umkleidemöglichkeiten sowie höhenverstellbare Behandlungsstühle zwingend notwendig sind [33]. In Deutschland stehen bisher nur fünf auf die gynäkologische Behandlung von Frauen mit Behinderungen spezialisierte Spezialambulanzen und gynäkologische Sprechstundenangebote zur Verfügung: in Erlangen, Dachau, Frankfurt am Main, Bremen und Berlin. Hierdurch ist das Recht auf freie Arztwahl stark eingeschränkt [33, 34]. Der Besuch von gynäkologischen Praxen, die nicht den Ansprüchen der Barrierefreiheit entsprechen, ist ohne Begleitung für viele Frauen mit Behinderungen nicht möglich, was die Inanspruchnahme gynäkologischer Behandlungen verhindern oder einschränken kann. Zudem ist die Untersuchung und Behandlung behinderter Frauen oftmals zeitaufwendig, was jedoch von den Krankenkassen nicht zusätzlich vergütet wird. Diese Zugangsbarrieren sind auch deshalb von Bedeutung, weil Frauen mit Behinderungen ein besonders hohes Risiko aufweisen, Opfer sexualisierter Gewalt zu werden (siehe Kapitel 9.6 und Kapitel 8). Dies gilt insbesondere für Frauen mit schweren körperlichen und sogenannten geistigen Behinderungen, die sich nicht verbal äußern können [6]. Bei dieser Personengruppe könnten regelmäßige gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen Hinweise auf möglichen sexuellen Missbrauch geben.

Für eine bessere medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen wurden Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit sogenannten geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderungen in ganz Deutschland eingerichtet. Wie Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung in diesen Zentren gestaltet werden und welche förderlichen bzw. hinderlichen Faktoren vorliegen, wird derzeit in einer Studie untersucht [35]. Bundesweit existiert eine Fülle von Selbsthilfeinitiativen von Menschen mit Behinderungen. Eine maßgebliche Dachorganisation ist die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (www.bag-selbsthilfe.de) mit ihren 117 Selbsthilfeorganisationen, 13 Landesarbeitsgemeinschaften und fünf Fachverbänden. In einigen Ländern gibt es (Selbsthilfe-) Initiativen von Frauen mit Behinderungen, die sich für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung und andere Belange einsetzen.

Tabelle 9.5.3.1

Kriterien für eine barrierefreie Arztpraxis

Quellen: Eigene Darstellung nach Schülle 2016 [36], Schülle und Hornberg 2016 [31], KBV 2015 [28]

Bauliche Barrierefreiheit	Sprachliche Barrierefreiheit	Soziale Barrierefreiheit
Behindertenparkplätze	Terminabsprache über E-Mail/Fax (für gehörlose Personen)	Sensibler und sicherer Umgang des medizinischen Personals mit Personen mit Behinderungen
Ebenerdiger Zugang/Aufzug gemäß DIN EN 81-70	Kooperation mit Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern	Selbstständige Inanspruchnahme der Versorgung ohne Abhängigkeit von Angehörigen/Assistenz/Betreuungspersonen
Blindenleitsysteme	Erfahrungen in der Kommunikation in einfacher Sprache	Anerkennung von selbstbestimmter Sexualität und Reproduktion bei Frauen mit Behinderungen
Barrierefreies WC und ggf. Umkleieräume	Ermöglichung von Assistenz in der Kommunikation	Vorhandene Infrastruktur und Mobilität
Räume und Flure breit genug für Rollstuhlfahrende	Informationen in Leichter Sprache	
Höhenverstellbare Behandlungsstühle/-liegen	Schilder, Klingel etc. in Braille-Schrift	

Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung und Assistenz

Rehabilitation hat das Ziel, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden oder eine bereits eingetretene Beeinträchtigung zu beseitigen oder abzumildern und den Betroffenen ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Daher spielt sie für Menschen mit Behinderungen eine wichtige Rolle. Die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation orientieren sich am biopsychosozialen Modell der ICF. Eine Besonderheit des deutschen Rehabilitationssystems besteht darin, dass rehabilitative Leistungen über die gesamte Lebensphase von unterschiedlichen Leistungsträgern angeboten werden [37]. Frauen zeigen eine höhere Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen als Männer; Daten zur Inanspruchnahme werden in [Kapitel 2.3.5](#) dargestellt. Auch Pflegeleistungen werden von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen häufig in Anspruch genommen. Frauen sind deutlich häufiger als Männer von Pflegebedürftigkeit betroffen. Zudem werden sie häufiger in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt (siehe [Kapitel 2.3.6](#)) [38].

Versicherte haben Anspruch auf Hilfsmittel wie Hör- oder Sehhilfen, Spritzen, Inkontinenzversorgung, Atemtherapiegeräte [39], die erforderlich sind „um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen“ (§ 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Eine Orientierungshilfe für die grundsätzliche Verordnungsfähigkeit von

Hilfsmitteln bietet das vom GKV-Spitzenverband zu erstellende Hilfsmittelverzeichnis. Die dort gelisteten Produkte stehen für die Versorgung der Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots grundsätzlich zur Verfügung. Der Versorgungsanspruch der Versicherten hängt jedoch nicht davon ab, ob das benötigte Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist; im Einzelfall kann auch ein Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel bestehen, das nicht im Hilfsmittelverzeichnis enthalten ist. Die Kosten für benötigte Hilfsmittel werden von den Krankenkassen getragen. Durch die stetig älter werdende Bevölkerung und den Anstieg an Behinderungen mit zunehmendem Alter sind die Kosten für Hilfsmittel kontinuierlich gestiegen [39]. Für hörbehinderte oder gehörlose Personen tragen die zuständigen Träger der Sozialleistungen die Kosten für Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher, insbesondere bei ärztlichen Untersuchungen und Amtsbesuchen (§ 19 SGB X). Auch die gesundheitliche Selbsthilfe wird durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gefördert (siehe [Kapitel 2.3.8](#)). In welchem Maße diese Angebote von Frauen mit Behinderungen in Anspruch genommen werden, ist auf Basis der bestehenden Datenlage unklar.

Einige Menschen mit Behinderungen benötigen Assistenz bei alltäglichen Tätigkeiten, aber auch z. B. bei Praxisbesuchen. In Deutschland liegt der Anteil der Frauen mit Behinderungen, die Assistenz benötigen, bei 28,4 % (Männer:

21,4 %) [40], wie sich aus den Daten des EHSIS [30] ergibt. Die Anteile im EU-Durchschnitt sind höher, mit ähnlichen Geschlechterunterschieden (38,8 % bzw. 34,4 %) [40]. Bei stationären Aufenthalten besteht für pflegebedürftige Menschen, welche ihre persönliche Assistenz im Rahmen des sogenannten Arbeitgebermodells organisieren, die Möglichkeit, die Assistenzperson ins Krankenhaus mitzunehmen (§ 66 Absatz 4 Satz 1 SGB XII). Die Kosten werden von der GKV übernommen (§ 11 Absatz 3 SGB V und § 63b Absatz 4 SGB XII). Während die Träger der Sozialhilfe nach § 63b Absatz 4 SGB XII die Kosten der persönlichen Assistenz auch während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zu übernehmen haben, ist nach § 11 Absatz 3 SGB V bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft vom Leistungsumfang der GKV gedeckt. In diesen Fällen wird auch das Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI über die ersten vier Wochen des Aufenthalts hinaus gewährt. Diese Regelungen gelten jedoch

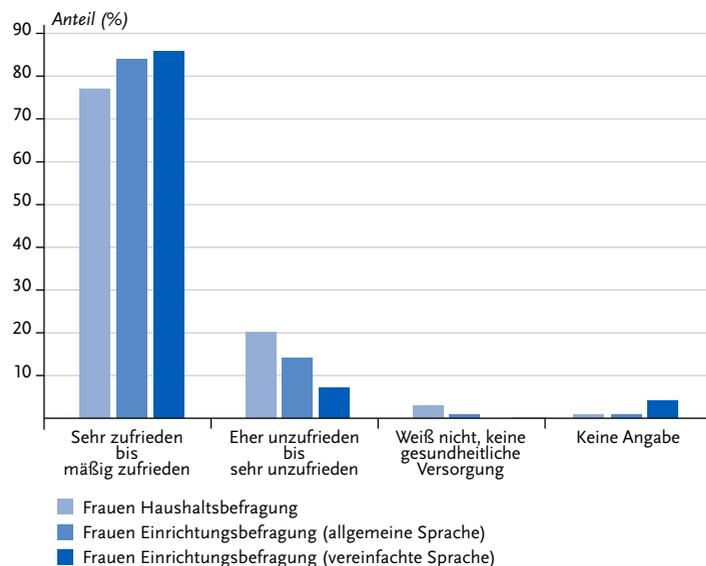
nur eingeschränkt für Personen, die ihre Assistenz im Wege der Sachleistung organisieren oder in stationären Einrichtungen wohnen [41].

Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung

In der Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen des BMFSFJ [6] wurde auch die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung erfragt. 77 % der Frauen mit Behinderungen, die in Haushalten leben, waren mit der Gesundheitsversorgung sehr bis mäßig zufrieden, 20 % waren eher unzufrieden bis sehr unzufrieden (Abb. 9.5.3.1). Von den in Einrichtungen lebenden Frauen, die in allgemeiner Sprache befragt wurden, waren 14 % und von den in vereinfachter Sprache befragten Frauen 7 % eher unzufrieden bis sehr unzufrieden. Einige Frauen aus der Gruppe der Haushaltsbefragung äußerten, dass sie sich in ihrer Beeinträchtigung nicht anerkannt und ernst genommen fühlten und schilderten Probleme mit Ärztinnen und Ärzten sowie mit Behörden und Krankenkassen [6].

Abbildung 9.5.3.1
Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung bei 16- bis 65-jährigen Frauen mit Behinderungen

Datenbasis: Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland [6]



9.6 Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung

Sexualität kann als Grundbestandteil von Gesundheit verstanden werden (siehe Kapitel 7.1) [42]. Jedoch wurden die Lebensbereiche Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft Menschen mit Behinderungen in der Vergangenheit meist abgesprochen [43]. Auch wenn in der UN-Behindertenrechtskonvention das Recht von Menschen mit Beeinträchtigungen auf eine selbstbestimmte Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft explizit hervorgehoben wird, sehen gesellschaftliche Rollenbilder für Frauen mit Behinderungen auch heute noch eher ein Leben ohne Kinder vor [22, 43, 44]. Frauen mit Behinderungen werden oft nicht als Frauen wahrgenommen, sondern als „Behinderte“; dies geht einher mit einer Negierung ihrer Sexualität [44]. Schwierigkeiten, selbstbestimmte Sexualität zu leben, existieren besonders für Frauen, die in Einrichtungen wohnen [6, 22, 43, 45, 46].

Junge Frauen mit Behinderungen haben häufig weniger Zugang zu Informationen über ihren Körper, Verhütung und sexuell übertragbare Krankheiten als Frauen ohne Behinderungen [47]. Dies trifft besonders für Frauen und Mädchen mit sogenannten geistigen Behinderungen zu. Aufklärung über Sexualität und Verhütung durch Familie oder Betreuungspersonen findet oft nicht statt [47] und gynäkologische Untersuchungen werden unter Umständen als nicht notwendig wahrgenommen [22]. Eine 2011 durchgeführte Befragung der BZgA von 12- bis 17-Jährigen an neun Förderschulen für Körper-, Hör- und Sehbehinderung sowie zwei Berufsbildungswerken in Sachsen zeigte, dass dort fast jedes zweite Mädchen (47,7%) eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufgesucht hatte. Bei den Mädchen mit einer körperlichen Beeinträchtigung lag der Anteil nur bei 37,0% [8].

Das Verhütungsverhalten beim ersten Geschlechtsverkehr der in der BZgA-Studie befragten Jugendlichen mit Behinderungen war ähnlich wie bei den Gleichaltrigen ohne Behinderungen. 90,0% der Mädchen und 86,2% der Jungen mit Behinderungen nutzten Verhütungsmittel. Von den Mädchen gaben 80% an, dass ein Kondom genutzt wurde, 30% verhüteten mit der Pille und 10% mit der Drei-Monats-Spritze [8]. In einer weiteren Studie der BZgA von 2013/2014 wurden 18- bis 25-jährige junge Erwachsene aus Sachsen mit Körper- und

Sinnesbehinderungen sowie chronischen Erkrankungen zu Sexualität und Verhütung befragt. 86% der jungen Frauen und 95% der Männer hatten beim ersten Geschlechtsverkehr eine Verhütungsmethode angewandt [9]. 50% der Frauen gaben an, dass mit einem Kondom verhütet wurde, 26% nutzten eine Kombination aus Pille und Kondom, 9% nur die Pille. Die Kondomnutzung nahm mit zunehmender Erfahrung ab: 26% der Frauen gaben an, dass beim letzten Geschlechtsverkehr mit dem Kondom verhütet wurde, 16% hatten mit Kondom und Pille verhütet, 38% nur mit der Pille. 9% der Frauen nutzten andere Verhütungsmethoden, 11% hatten gar nicht verhütet [9].

Mit Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes im Jahr 1992 ist die Sterilisation Minderjähriger nach §1631c Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) gesetzlich verboten. §1905 BGB legt fest, dass bei Volljährigen, die einwilligungsunfähig sind, Sterilisationen nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden dürfen, wenn die Sterilisation dem Willen der Betreuten nicht widerspricht, anzunehmen ist, dass es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde, infolge dieser die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung für das Leben oder die körperliche oder seelische Gesundheit einer Schwangeren zu erwarten wäre und die Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden kann [48]. Das Bundesamt für Justiz dokumentiert die durch Betreuungsgerichte getroffenen Entscheidungen zur Sterilisation. 2016 sind 23 genehmigte und 8 abgelehnte Sterilisationen verzeichnet, bei deutlicher Abnahme seit 2002 (88 genehmigte, 15 abgelehnte Sterilisationen) [49]. In der Studie des BMFSFJ zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen gaben 18% der Frauen der Haushaltsbefragung, 9% der in allgemeiner Sprache befragten Frauen in Einrichtungen und 17% der in Einrichtungen lebenden und in vereinfachter Sprache befragten Frauen an, sterilisiert worden zu sein. Dabei berichteten nur 37% der in vereinfachter Sprache befragten Einrichtungsbewohnerinnen über sexuelle Erfahrungen (Haushaltsbefragung: 95%, Einrichtungsbefragung in allgemeiner Sprache: 75%) [6]. Von den in vereinfachter Sprache befragten Frauen, die sterilisiert waren, gaben 53% an, dass sie selbst die Sterilisation gewollt hätten. Ein Teil der Frauen nannte Personen, die ihnen die Sterilisation nahegelegt hatten (Ärztinnen und

Ärzte, Betreuende, Eltern oder andere Personen), ein Teil machte keine Angaben [50]. Eine ähnliche Situation zeigt sich bei der Verhütung: Von den in vereinfachter Sprache befragten Einrichtungsbewohnerinnen, die nicht sterilisiert waren, hatten 51 % aktuell oder früher Verhütungsmittel genutzt – auch dies ein hoher Anteil vor dem Hintergrund, dass nur wenige der Frauen sexuell aktiv sind [6]. Von denjenigen, die Verhütungsmittel nutzten, erhielt mit 43 % ein überdurchschnittlich hoher Anteil die Drei-Monats-Spritze [50].

9.7 Gewalterfahrungen

Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind im Lebensverlauf deutlich häufiger von Gewalt betroffen als Frauen ohne Behinderungen. Von den in der BMFSFJ-Studie befragten Frauen mit Behinderungen hatten fast doppelt so viele mindestens eine Situation körperlicher Gewalt erlebt wie Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (58 % bis 73 % gegenüber 35 %). 77 % der behinderten Frauen in Haushalten sowie 90 % der in allgemeiner Sprache befragten und 68 % der in vereinfachter Sprache befragten Einrichtungsbewohnerinnen waren als Erwachsene psychischen Übergriffen ausgesetzt; im Bevölkerungsdurchschnitt waren es 45 % der befragten Frauen. [6]. Am häufigsten erleben Frauen körperliche Gewalt in der Partnerschaftsbeziehung oder durch andere Familienangehörige. 10 % bis 20 % der in Einrichtungen befragten Frauen geben Gewalt durch Mitbewohnerinnen bzw. Mitbewohner und, seltener, Personal an [6].

Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind zwei- bis dreimal so oft von sexuellen Übergriffen betroffen wie Frauen ohne Behinderungen [6]. Die BMFSFJ-Studie zeigte, dass jede zweite bis dritte Frau mit Behinderungen jemals in ihrem Leben von sexueller Gewalt betroffen war. Mit 56 % waren die Frauen, die in Einrichtungen lebten und in allgemeiner Sprache befragt wurden, am höchsten belastet. Von den in vereinfachter Sprache befragten Einrichtungsbewohnerinnen waren 34 % und von den in Haushalten lebenden Frauen mit Behinderungen 43 % jemals sexueller Gewalt ausgesetzt (Allgemeinbevölkerung: 19 %) [6]. Häufig geschehen diese Grenzüberschreitungen in familiären, pflegerischen oder therapeutischen Kontexten [34],

in Einrichtungen am häufigsten durch Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner. Dies erschwert eine Einordnung der Taten durch die Betroffenen als sexualisierte Gewalt und verhindert durch sozialen Druck und Abhängigkeit eine Kommunikation der Übergriffe nach außen. Zudem wird den Frauen und Mädchen häufig nicht geglaubt, besonders wenn sogenannte geistige Behinderungen oder Lernschwierigkeiten vorliegen. In einer geplanten Studie des BMAS sollen daher die vorhandenen Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen vor allem in sogenannten Einrichtungen erhoben werden. In Kapitel 8 dieses Berichts werden die gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen ausführlich thematisiert.

9.8 Fazit

Frauen mit Behinderungen sind eine heterogene Gruppe, in der ganz unterschiedliche gesundheitliche Situationen und Bedarfe existieren. Die Anzahl der Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ist, auch im Zuge des demografischen Wandels, insgesamt angestiegen, einen besonders großen Anstieg gab es bei den psychisch bedingten Schwerbehinderungen. Im Durchschnitt weisen Frauen mit Behinderungen höhere psychische Belastungen auf und stufen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Frauen ohne Beeinträchtigungen. Dies ist zum Teil darin begründet, dass die Gruppe der Frauen mit Beeinträchtigungen definitionsgemäß auch Frauen mit chronischen Erkrankungen beinhaltet, kann aber auch mit der höheren Betroffenheit von Gewalt und Diskriminierungen zusammenhängen. Im Gesundheitsverhalten zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beeinträchtigungen.

Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen haben einen größeren Bedarf an Leistungen der Gesundheitsversorgung und nehmen diese stärker in Anspruch. Gleichzeitig besteht ein eingeschränkter Zugang zu den Versorgungsangeboten. Dies gilt auch für die gynäkologische Versorgung. Derzeit werden durch ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Forschungsvorhaben die bestehenden Angebote der gynäkologischen Versorgung untersucht und Handlungsempfehlungen erarbeitet [51]. „Rehabilitation, Gesundheit

und Pflege“ stellt ein wichtiges Handlungsfeld des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-BRK (siehe Kapitel 9.2) dar [14]. Auch aus Sicht der Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern ist inklusive Gesundheitsversorgung ein vordringliches Ziel [41, 52]. Um dieses zu erreichen, werden u. a. der weitere Ausbau und die Sicherstellung von Barrierefreiheit, Vergütung des Mehraufwands bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen, Aus- und Fortbildungen für die Gesundheitsberufe sowie die Verbesserung der Kooperation der Krankenhäuser mit den Systemen der Selbsthilfe und Selbstvertretungen empfohlen [41, 53].

Eine selbstbestimmte Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft und deren gesellschaftliche Akzeptanz sind für Frauen mit Behinderungen nach wie vor wichtige Ziele [44, 54]. Besonders Frauen in Wohneinrichtungen haben es deutlich schwerer, ein selbstbestimmtes Sexualleben zu führen und Beziehungen sowie eine Familiengründung zu verwirklichen. Zudem besteht ein großer Bedarf an Sexualaufklärung und adressatinnengerechter Beratung [8, 9]. Hierzu gibt es verschiedene Projekte, z. B. von *donum vitae*, *pro familia* und der BZgA [54]. So wurden im Projekt „Ich will auch heiraten“ von *donum vitae* Angebote der Schwangerschafts(konflikt-)beratung für Menschen mit Lernschwierigkeiten entwickelt; u. a. wurde die bestehende Online-Beratung auch in Leichter Sprache bereitgestellt [55]. Im Modellprojekt *ReWiKs* der BZgA werden Materialien zur sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Wohneinrichtungen erstellt, einschließlich Fassungen in Leichter Sprache [46]. Sexuelle Selbstbestimmung ist nicht zuletzt eine wesentliche Grundlage für die Prävention sexueller Gewalt.

Der Schutz von Frauen und Mädchen mit Behinderungen vor (sexualisierter) Gewalt ist ein weiteres zentrales Thema [14, 56, 57], das auch im Nationalen Aktionsplan adressiert wird. Vom Deutschen Institut für Menschenrechte, an dem die Monitoringstelle zur UN-Behindertenrechtskonvention angesiedelt ist, wird insgesamt ein Fortschritt bei der Behandlung des Themas festgestellt [56]. Dazu gehören z. B. die gesetzliche Verankerung von Frauenbeauftragten in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und die Förderung von Modellprojekten wie dem „Bundes-Netzwerk für Frauenbeauftragte in Einrichtungen“ [58] oder „BeSt – Beraten

und Stärken“ zum Schutz von Mädchen und Jungen mit Behinderungen vor sexualisierter Gewalt in Institutionen [59]. Auch in den Ländern sowie von Wohlfahrtsverbänden werden Projekte zum Gewaltschutz durchgeführt, etwa zur Erstellung von Leitfäden, Arbeitshilfen und Informationen [56]. Darüber hinaus werden vom Deutschen Institut für Menschenrechte gesetzliche Verpflichtungen zum Gewaltschutz auf bundesrechtlicher Ebene, die Verpflichtung der Sozialhilfeträger zum Vorhalten von Gewaltschutzkonzepten und Beschwerdeverfahren sowie die Reformierung der „Heimgesetze“ auf Länderebene empfohlen; bisher existieren nur in wenigen Ländern entsprechende Vorschriften zum Gewaltschutz [56]. Zudem sind die allgemeinen Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser noch immer weitgehend nicht barrierefrei zugänglich für von Gewalt betroffene Frauen mit Behinderungen. Hier soll im Rahmen des Bundesinvestitionsprogramms „Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen“ auch die Barrierefreiheit verbessert werden [60]. Als zentrales bundesweites, niedrigschwelliges, barrierefreies, anonymes und kostenfreies Angebot der (Erst-)Beratung und Weitervermittlung an Unterstützungseinrichtungen vor Ort (Lotsenfunktion) gibt es bereits seit 2013 das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ (www.hilfetelefon.de), welches auch die spezifischen Bedarfe von Frauen mit Beeinträchtigungen angemessen berücksichtigt.

Um Maßnahmen gezielt entwickeln zu können, sollte zudem die Datenlage zur Gesundheit von Frauen mit Behinderungen verbessert werden; dies sieht auch der Nationale Aktionsplan vor [14]. Ein erster Schritt ist eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen [61], die erstmalig von 2017 bis 2021 durchgeführt wird. Darin sollen die Teilhabe in den Bereichen Politik, Sport, Bildung, Freizeit und Arbeit sowie Möglichkeiten der Selbstbestimmung erhoben werden. Außerdem wird die Inanspruchnahme von Hilfs- und Heilmitteln sowie personellen und technischen Hilfen durch Menschen mit Beeinträchtigungen erfragt [61]. Die Prävalenz von Erkrankungen und der Umgang mit Krankheiten werden voraussichtlich nicht erhoben, da die gesellschaftliche Teilhabe im Fokus steht. Für die Erhebung der Gesundheit von Frauen mit Behinderungen in der Gesundheitsforschung wäre die Entwicklung einheitlicher Indikatoren sinnvoll, um Trends im Zeitverlauf abzubilden [6, 40]. Neben der sozialen

Dimension von Behinderung und dem Einfluss von (sozialer und struktureller) Diskriminierung sollten die salutogenetische Perspektive (siehe [Infobox 2.3.2.1](#)) berücksichtigt und die Ressourcen in den Blick genommen werden. Auch die Verbindung von Geschlecht, Behinderung und Daten zu anderen Diversitätsmerkmalen, insbesondere Migration, sollte untersucht werden [62].

Insgesamt gibt es trotz deutlicher Fortschritte noch Handlungsbedarf. Die dargestellten Befunde zeigen, dass Frauen mit Behinderungen in ihrer Autonomie bestärkt werden müssen und dass Maßnahmen zur Verhinderung und zum Abbau der Mehrfachdiskriminierung und von Gewalt weiterhin notwendig sind [63, 64]. Darüber hinaus gilt es auch im Bereich Gesundheit und Gesundheitsversorgung bestehende Barrieren weiterhin abzubauen und Frauen mit Behinderungen zu unterstützen.

Literatur

1. Vereinte Nationen (2006) Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Stand: 01.04.2020)
2. Statistisches Bundesamt (2020) Öffentliche Sozialleistungen – Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
3. Statistisches Bundesamt (2019) Sozialleistungen – Schwerbehinderte Menschen. Fachserie 13 Reihe 5.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
4. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2013) Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2016) Zweiter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn
6. Schrötle M, Hornberg C (2013) Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht. BMFSFJ, Berlin
7. Eurostat. (2015) Disability statistics background – European health and social integration survey. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_background_-_European_health_and_social_integration_survey (Stand: 01.04.2020)
8. Wienholz S, Seidel A, Michel M et al. (2013) Jugendsexualität und Behinderung: Ergebnisse einer Befragung an Förderschulen für Sachsen. BZgA, Köln
9. Wienholz S, Seidel A, Michel M (2017) Junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen: Sexualität – Verhütung – Soziale Beziehungen. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Sachsen. Eine Studie im Auftrag der BZgA – Onlineversion. BZgA, Köln. www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin/forschung/pdf/Kurzfassung_Junge_Erwachsene_mit_Beeintraechtigungen_Sachsen_Onlineversion.pdf (Stand: 01.04.2020)
10. Robert Koch-Institut (2015) Behinderungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 131–138
11. World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Deutsche Fassung herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentations und Information (DIMDI). WHO, Genf
12. Ewert T, Stucki G (2007) Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Einsatzmöglichkeiten in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 50(7):953–961
13. Arnade S (2011) Entstehung, Bedeutung und Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention: Eine Einführung mit besonderer Würdigung der Rechte von Frauen mit Behinderung. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung »Behinderung ohne Behinderte?! Perspektiven der Disability Studies«, Universität Hamburg, 11.07.2011. www.zedis-ev-hochschule-hh.de/files/arnade_11072011.pdf (Stand: 01.04.2020)
14. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2016) Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). BMAS, Berlin
15. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg) (2017) Bundesteilhabegesetz Kompakt. Die wichtigsten Änderungen im SGB IX. BAR, Frankfurt/Main
16. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (Hrsg) (2016) Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbands zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung: (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Der Paritätische Gesamtverband, Berlin
17. Pfaff H und Mitarbeiterinnen (2012) Lebenslagen der behinderten Menschen – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wirtschaft und Statistik 3:232–243
18. Statistisches Bundesamt (2019) Bevölkerungsanteile und gesamte Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
19. Statistisches Bundesamt (2019) Pflegestatistik – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftig, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
20. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ, Berlin, Bonn
21. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2009) Lebenslagen behinderter Frauen in Deutschland. Auswertung des Mikrozensus 2005. BMFSFJ, Berlin
22. Klamp-Gretschel K (2016) Politische Teilhabe von Frauen mit geistiger Behinderung: Bedeutung und Perspektiven der Partizipation. Budrich UniPress Ltd, Berlin
23. Petri A, Ribbert B (2017) Sexualität und Verhütung bei Menschen mit Beeinträchtigung: Qualifizierungsbedarfe und -angebote. BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung (1):18–21
24. Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e.V. (Hrsg) (2019) Elternassistenz. Unterstützung für Eltern mit Behinderung und chronischen Erkrankungen: Ratgeber für die Beantragung und Organisation personeller Hilfen zur Pflege und Versorgung der Kinder. Ratgeberreihe – Band 4. bbe e.V., Löhne
25. World Health Organization (Hrsg) (2011) World Report on Disability. WHO, Geneva

26. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (Hrsg) (2015) Fachexpertise Geistige Behinderung und Sucht. Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe. BeB, Berlin
27. Geraedts M, Schwalen S (2017) Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung: Modellprojekt zur Erfassung der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Abschlussbericht. Universität Witten/Herdecke, Interdisziplinäres Zentrum für Versorgungsforschung, Ärztekammer Nordrhein.
www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/versorgung/Gesundheitsuntersuchung_Menschen_Mit_Geistiger_Behinderung_Abschlussbericht_2017_09_06.pdf (Stand: 01.04.2020)
28. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) (2015) Barrieren abbauen. Ideen und Vorschläge für die Praxis. KBV, Berlin
29. Stiftung Gesundheit (2012) Barrierefreiheit in der hausärztlichen Versorgung. Darstellung auf Basis der Daten der Stiftung Gesundheit 9/2012.
www.stiftung-gesundheit.de/images/arzt-auskunft_download/hausarztpraxen-barrierefrei.pdf (Stand: 01.04.2020)
30. Eurostat (2015) Disability Database.
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/equality/data/database> (Stand: 01.04.2020)
31. Schülle M, Hornberg C (2016) Barrieren der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung. Fördernde und hemmende Faktoren bei der Etablierung medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZEB). Bundesgesundheitsbl 59(9):1117–1124
32. Richter-Kuhlmann E (2013) Versorgung von Menschen mit Behinderung: Barrieren gibt es nicht nur äußerlich. Dtsch Arztebl Int 110(38):1720–1721
33. Pösl NF, Wattenberg I, Hornberg C (2018) Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarfe – Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland mit besonderem Fokus auf Nordrhein-Westfalen. Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW, Bochum
34. Rüger H (2013) Gesundheitsversorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderung. Bayerischer Landesfrauenrat, München
35. Oluoku S, Kostka J, Rathmann K (2018) Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB): Eine qualitative Interviewstudie aus ExpertInnenblick. Psychother Psychosom Med Psychol 68(08):e38
36. Schülle M (Hrsg) (2016) Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1 – Empirische Erkenntnisse. Beitrag D33-2016.
www.reha-recht.de (Stand: 01.04.2020)
37. Mittag O, Welti F (2017) Medizinische Rehabilitation im europäischen Vergleich und Auswirkungen des europäischen Rechts auf die deutsche Rehabilitation. Bundesgesundheitsbl 60(4):378–385
38. Bundesministerium für Gesundheit (2019) Pflegeversicherung. Zahlen und Fakten. Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, ihre Leistungen, ihre Versicherten und die Entwicklung ihrer Finanzen seit 1995. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden.
www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html (Stand: 01.04.2020)
39. GKV-Spitzenverband (2018) Ausgaben für Hilfsmittel, Amtliche Statistik KJ1.
www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp (Stand: 01.04.2020)
40. Prütz F, Lange C (2016) Daten zu Behinderung und Teilhabe in Deutschland. Anforderungen, Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisse. Bundesgesundheitsbl 59(9):1103–1116
41. Behindertenbeauftragte von Bund und Ländern (2019) Düsseldorf Erklärung der Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern – Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen weiter verbessern!
www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/20190322_D%3C3%BCseldorfer_Erkl%3C3%A4rung.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Stand: 01.04.2020)
42. Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG), Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit (2012) Sexuelle Gesundheit – Definition und Positionierung der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG).
www.dstig.de/images/position%20der%20dstig%20zur%20sexuellen%20gesundheit.pdf (Stand: 01.04.2020)
43. Hermes G (2004) Behinderung und Elternschaft leben – Kein Widerspruch! Eine Studie zum Unterstützungsbedarf körper- und sinnesbehinderter Eltern in Deutschland. AG SPAK Bücher, Neu-Ulm
44. Köbsell S (2014) Gendering Disability: Behinderung, Geschlecht und Körper. In: Jacob J, Köbsell S, Wollrad E (Hrsg) Gendering Disability – Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. transcript, Bielefeld, S. 17–34
45. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer, Stuttgart
46. Ortlund B, Jennessen S, Römisch K et al. (2016) Das Modellprojekt ReWikis: Aktuelle Forschungsergebnisse zu Teilhabechancen Erwachsener mit Behinderung im Bereich der sexuellen Selbstbestimmung. Bundesgesundheitsbl 59(9):1085–1092
47. Mickler B, Schroll R (2013) Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen – Hintergründe verstehen, Signale erkennen, gezielt handeln. In: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Hessisches Sozialministerium (Hrsg) Ärztliches Praxishandbuch Gewalt. Verlag S. Kramarz, Wust-Fischbeck
48. Staatliche Koordinierungsstelle nach Artikel 33 UN-Behindertenrechtskonvention (2017) Zwangssterilisation. Positionspapier der Staatlichen Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK (Fachausschuss Freiheits- und Sozialrechte).
www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Downloads/DE/20170426_Positionspapier_Zwangssterilisation.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Stand: 01.04.2020)
49. Bundesamt für Justiz (2018) Betreuungsverfahren. Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2017.
www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung_node.html;jsessionid=08B4C495736CA825956237EA3659FF8.2_cid370 (Stand: 01.04.2020)
50. Zinsmeister J (2012) Zur Einflussnahme rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer auf die Verhütung und Familienplanung der Betreuten. BTPrax – Betreuungsrechtliche Praxis (6):227–232
51. Bundesministerium für Gesundheit (2017) Bekanntmachungen: Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburts-hilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderungen.
www.forschung-bundesgesundheitsministerium.de/foerderung/bekanntmachungen/spezialambulanzen (Stand: 01.04.2020)
52. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2019) Teilhabempfehlungen – Mehr Inklusion wagen! Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Berlin

53. Aleshchenkova V (2017) Versorgung von Patienten mit geistiger und Mehrfachbehinderung: Auswirkungen und Probleme im Zeitalter des DRG-Abrechnungssystems. Springer, Wiesbaden
54. Puschke M (2017) Hat die UN-Behindertenrechtskonvention bewirkt, dass sexuelle Selbstbestimmung gelebt werden kann? Eine Annäherung aus Sicht von Frauen mit Behinderung. BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung (1):10–13
55. Schyma P (2017) Inklusive Beratung: Ergebnisse aus dem Projekt: »Ich will auch heiraten!«. BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung (1):29–32
56. Rabe H, Leisering B (2018) Die Istanbul-Konvention: neue Impulse für die Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin
57. Schrötte M, Hornberg C (2014) Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen – Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention – Endbericht. BMFSFJ, Berlin
58. Frauen-Beauftragte in Einrichtungen (2019) Ein Bundesnetzwerk für Frauen-Beauftragte in Einrichtungen. <https://frauenbeauftragte.weibernetz.de/nachricht/das-bundes-netzwerk-der-frauen-beauftragten-stark-machen.html> (Stand: 01.04.2020)
59. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e. V. (2017) BeSt – Beraten und Stärken. Bundesweites Modellprojekt 2015–2020 zum Schutz von Mädchen und Jungen mit Behinderung vor sexualisierter Gewalt in Institutionen. www.dgfpi.de/kinderschutz/best-beraten-staerken.html (Stand: 01.04.2020)
60. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019) Frauenhäuser und Beratungsstellen – Bundesinvestitionsprogramm »Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen« startet. www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundesinvestitionsprogramm-gemeinsam-gegen-gewalt-an-frauen-startet/140312 (Stand: 01.04.2020)
61. Steinwede J, Schröder H, Schäfers M et al. (Hrsg) (2018) Forschungsbericht 512. Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: 2. Zwischenbericht. BMAS, Bonn
62. Vereinte Nationen, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015) Abschließende Bemerkung über den ersten Staatenbericht Deutschlands. www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere_Publikationen/CRPD_Abschliessende_Bemerkungen_ueber_den_ersten_Staatenbericht_Deutschlands.pdf (Stand: 01.04.2020)
63. Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg) (2011) Behinderung: Neues Verständnis nach der Behindertenrechtskonvention. POSITIONEN, Nr. 4. DIMR, Berlin
64. Leisering B (2017) Rechte von Frauen und Mädchen mit Behinderungen: Allgemeine Bemerkung Nr. 3 des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Deutsches Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin

