



**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

**Fakultät Life Sciences**

**Department Gesundheitswissenschaften**

**Mediale Teilhabe von Menschen mit Behinderung: Professionelle Akteur\*innen in der Versorgung als Gatekeeper – Ermöglicher**

**(MediT-MB)**

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades des

Bachelor of Science (B.Sc.)

Betreuer Nr.1: Prof. Dr. med., MSc Public Health Reintjes R

Betreuer Nr.2: Dr. PH Karlheim C

**Verfasserin:** Fatima Hussein

**Matr.-Nr.:** [REDACTED]

**Studiengang:** Gesundheitswissenschaften

**Abgabedatum:** 21.11.2019

## **Danksagung**

Ich möchte das Leben, an dem ich festhalte und das Leben, das ich schätze, zu einem Teil von etwas Größerem machen. Durch die Begegnung mit bestimmten und besonderen Personen, hätte ich diese großartigen Entwicklungen und Fortschritte niemals erreichen können.

Mein Ziel war und ist es, meinen Beitrag dafür zu leisten, dass die Chancengleichheit und Teilhabemöglichkeit für im Rahmen der Gesellschaft benachteiligte Menschen mit Hilfe der Wissenschaft gefördert werden kann.

Mein erster Dank gilt meinem Vertrauensdozenten Professor Dr. Wolfgang Menz von der Hans-Böckler-Stiftung. Durch seine Empfehlung hatte ich überhaupt die Möglichkeit, mich für mein Praxissemester im Klinikum zu bewerben. Des Weiteren bedanke ich mich bei meinen beiden Betreuern, Professor Dr. Ralf Reintjes und Dr. Christoph Karlheim, für ihre Bereitschaft mich auf diesem Weg zu begleiten, mich zu betreuen und meine Arbeit zu bewerten. Für die Auswahl dieser interessanten Thematik meiner Bachelorarbeit ist Dr. Christoph Karlheim zu danken. Er zählt für mich als Pionier der qualitativen Forschung und als kreativer Geist und mit seiner Unterstützung sowie intensiven Betreuung durfte ich neues Wissen über die Methoden dieses Forschungsdesigns in Erfahrung bringen. Selbstverständlich bedanke ich mich bei den Expert\*innen, die sich dazu bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen, die mir dadurch die Studiendurchführung ermöglicht haben.

Mein Dank richtet sich weiterhin an Professor Dr. Hermann Steffen und Tristan Müskens für ihr offenes Ohr sowie ihre hilfreichen Tipps und Ratschläge, durch die ich bei meiner Ausarbeitung, gut vorangekommen bin.

Für die weitere Unterstützung und Motivation bedanke ich mich bei meinem Freundeskreis. Mein Dank geht hauptsächlich an Frau Anita Müller. Sie ist mein Vorbild, Mentorin und Beraterin. Sie hat am meisten an mich geglaubt und durch die positiven Gespräche mit ihr habe ich mein Potenzial erkannt.

## Inhaltsverzeichnis

I.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	IV
II.	Abkürzungsverzeichnis .....	IV
1	Einleitung .....	1
2	Begriffsbestimmung .....	4
2.1	Menschen mit Behinderung .....	4
2.1.1	Lese- Rechtschreibschwäche .....	6
2.1.2	Lern- und Geistige Behinderung .....	7
2.1.3	Autismus .....	7
2.2	Teilhabe .....	8
2.3	Digitale Teilhabe / Soziale Partizipation .....	10
3	Politischer Hintergrund und Stand der Forschung .....	12
4	Methodik.....	16
4.1	Stichprobenbeschreibung/ Sampling .....	16
4.2	Das qualitative Expert*innen-Interview .....	17
4.3	Aufbau des Leitfadens .....	18
4.4	Durchführung der Befragungen .....	19
4.5	Transkription.....	20
4.6	Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse .....	23
5	Ergebnisse der Befragung.....	25
5.1	Expert*innen Vorstellung und Beschreibung der Tätigkeiten.....	25
5.2	Digitale Beschaffenheit, Internetzugang und Nutzung in den Einrichtungen .....	29
5.2.1	Internetzugang in den Einrichtungen für Mitarbeiter*innen .....	29
5.2.2	Internetzugang in den Einrichtungen für Patient*innen/ Klient*innen .....	32
5.2.3	Digitale Beschaffenheit in den Einrichtungen für Mitarbeiter*innen .....	33
5.2.4	Digitale Beschaffenheit in den Einrichtungen für Patient*in /Klient*in.....	34
5.3	Mediale Handlungsweise zur Informationsbeschaffung über Erkrankungen.....	37
5.4	Aktueller Wissensstand und Meinung über das Bundesteilhabegesetz (BTHG) .	40

5.5	Haltung/Orientierung der professionellen Akteur*innen.....	43
6	Handlungsempfehlungen .....	48
7	Diskussion und Fazit .....	52
8	Literaturverzeichnis .....	57
9	Rechtsquellenverzeichnis .....	63
	Anhang .....	LXIV
	Anhang A: Leitfaden für die Expert*innen- Interviews.....	LXV
	Anhang B: Checkliste der Studiengüte.....	LXVII

## **I. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell von Behinderung der ICF, S.5

Abbildung 2: Partizipationsmodell im Spannungsfeld von Möglichkeitsstrukturen und individuellen Voraussetzungen, S.9

Tabelle 1: Transkriptionsregeln nach Kuckartz, S.20

Tabelle 2: Vorstellung und Beschreibung der Tätigkeiten des Samplings, S.29

## **II. Abkürzungsverzeichnis**

AiP: Arzt im Praktikum

BTHG: Bundesteilhabegesetz

BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

ICF: Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Infas: Institut für angewandte Sozialwissenschaften in Bonn

SGB IX: Neunten Buches Sozialgesetzbuch

UN-BRK: UN-Behindertenrechtskonvention

WHO: Welt-Gesundheit-Organisation

## Abstract „MediT-MB“

**Hintergrund:** Die Politik fordert auf, für Menschen mit Behinderung mehr Teilhabe im Rahmen der Gesellschaft zu ermöglichen. Die Nutzung von digitalen Medien stärkt die Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Beeinträchtigung. Die professionellen Akteur\*innen haben einen besonderen Einfluss darauf, ob und in welchem Maße digitale Medien von dieser Zielgruppe eingesetzt und benutzt werden. Aufgrund dessen beschäftigt sich das Forschungsprojekt mit der persönlichen Orientierung der professionellen Akteur\*innen im Versorgungssystem bezüglich der digitalen Teilhabe von erwachsenen Menschen mit Behinderung.

**Methodik:** Es wird ein qualitativ exploratives Forschungsdesign gewählt, wobei der Fokus auf den professionellen Akteur\*innen im Versorgungssystem liegt. Die Rekrutierung von jeweils zwei weiblichen und männlichen Expert\*innen zwischen 29 und 50 Jahren erfolgte ausschließlich über die Mitarbeiter\*innen eines großen Krankenhauses, sowie über den dem Klinikum übergeordneten Stiftungsverband. Es wurden Expert\*innen-Interviews mit einem vorher festgelegten Interviewleitfaden durchgeführt. Die Interviews wurden anhand des Auswertungsverfahrens der Inhaltsanalyse nach Meuser und Nagel ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die professionellen Akteur\*innen befürworten die digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Aus ihrer Sicht müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden, damit der Zugang zur Infrastruktur, zum Beispiel zu Mediengeräten und zum Internet, für diese Zielgruppe risiko- und barrierefrei gestaltet werden kann. Das Bewusstsein für die Bedeutung der digitalen Medien für eine Partizipation ist in den Institutionen der Behindertenhilfe nicht ausreichend verankert und es fehlt oft an Know-how, um die entsprechende Unterstützung zu leisten und Medienkompetenz zu vermitteln.

**Diskussion:** Die Befunde machen deutlich, welche bedeutende Rolle die professionellen Akteur\*innen bei der Ermöglichung von digitaler Teilhabe für Menschen mit Behinderung haben können. Da es bislang kaum wissenschaftlichen Studien spezifisch zu dieser oben genannten Thematik gab, sollte dieser Forschungsbereich weiterhin vertieft und erweitert werden. Bei dieser Studie kann nicht von Repräsentativität gesprochen werden, allerdings können die Ergebnisse im Sinne einer Pilotstudie für die Durchführung weiterer quantitativer Studien dienen.

## Abstract “MediT-MB”

**Background:** The policy calls for people with disabilities to be able to participate more in society. The use of digital media strengthens participation opportunities for people with disabilities. Professional actors have a special influence on whether and to what extent digital media are used by this target group. Therefore, the research project deals with the personal orientation of professional actors in the care system regarding the digital participation of adults with disabilities.

**Methodology:** A qualitative explorative research design chosen with a focus on the professional actors in the care system. The recruitment of 2 female and 2 male experts between 29 and 50 years of age carried out exclusively by the employees of a large hospital as well as by the foundation association superior to the hospital. Expert interviews conducted with a previously defined interview guideline. The interviews were evaluated using the Meuser and Nagel content analysis method.

**Results:** The professional actors advocate the digital participation of people with disabilities. From their point of view, some prerequisites must be fulfilled so that access to the infrastructure, for example to media devices and the Internet can be made risk-free and barrier-free for this target group. Awareness of the importance of digital media for participation still is not sufficiently anchored in the institutions of assistance for the disabled and there is often a lack of knowledge to provide the appropriate support and impart media competence.

**Discussion:** Findings make it clear what important role professional actors can play in enabling digital participation for people with disabilities. Since there have hardly been any scientific studies specifically on this topic to date, this research area should continue to be deepened and expanded. This study cannot be considered representative, but the results can serve as a pilot study for further quantitative studies.

## 1 Einleitung

In der heutigen Zeit ist die digitale Teilhabe eine wichtige Voraussetzung, um am öffentlichen und kulturellen Leben teilnehmen zu können. Somit ist die digitale Teilhabe gleichzusetzen mit der sozialen Teilhabe. Die Digitalisierung nimmt in allen Lebensbereichen immer mehr an Bedeutung zu. So belegt eine wissenschaftliche Studie zum Kaufverhalten von Büchern aus dem Jahr 2018, dass die Zahl der Buchkäufer und E-Book-Leser zwischen 2013 und 2017 um 6,4 Prozent Millionen gesunken ist. Dies belegt einen starken Wandel des Leseverhaltens. Der Studie zufolge ist die Ursache hierfür auf den digitalen Lebenswandel zurückzuführen, bei dem der Alltag vieler Menschen wesentlich durch eine permanente Erreichbarkeit und Nutzung digitaler sozialer Medien geprägt ist. Demzufolge wird das Lesen von Büchern oder E-Books vernachlässigt. Stattdessen wird zum Beispiel vorzugsweise abends ein Film bei Netflix angeschaut oder im „Internet gesurft“ (bpb, 2019).

Menschen mit Behinderung gehören zu den vulnerablen Gruppen der Gesellschaft, da sie sowohl von gesellschaftlichen Exklusionen als auch von Vorurteilen und Stigmata eher betroffen sind. Aufgrund der verschiedenen Behinderungsformen und -grade benötigt diese Gruppe eine besondere Aufmerksamkeit. Es ist somit wichtig, dass diese Personen von der Gesellschaft unterstützt und betreut werden (Pulsiri et al., 2019). Dabei schafft und stärkt die Nutzung von digitalen Medien Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Behinderung und erhöht auf diese Weise ihre Chancengleichheit und Teilhabe im Rahmen der Gesellschaft. Von daher ist es essenziell, diese Menschen zur digitalen Mediennutzung zu befähigen und zu fördern (bpb, 2016).

Die europäische Legislative hat diese Thematik ganz aktuell aufgegriffen: Die aktuelle EU-Richtlinie ‚2102‘ verpflichtet alle Mitgliedsländer dazu, dass Webangebote öffentlicher Stellen auf Bundes-, Landes- bis hin zur kommunalen Ebene barrierefrei<sup>1</sup> zu gestalten sind (BIK, 2019). Das hat zur Konsequenz, dass „[...] *Verwaltungen und beispielsweise Gerichte, Polizeistellen, öffentliche Krankenhäuser, Universitäten oder Bibliotheken [...] die Barrierefreiheit ihrer Internetseiten und Apps [sicherstellen müssen]*“ (ebd.). Ausgenommen von diesen Richtlinien sind lediglich „*öffentlich-rechtliche Rundfunkanstalten und in Teilen Schulen, Kindergärten und Krippen. Auftritte, die nach September 2018 veröffentlicht wer-*

---

<sup>1</sup> Barrierefrei bezieht sich in diesem Kontext auf den uneingeschränkten medialen Zugang eines jeden einzelnen

den, müssen bereits ab September 2019 zugänglich gestaltet sein. Bereits bestehende Websites müssen ab September 2020 barrierefrei zugänglich sein, für [Mobile]-Apps gilt die Richtlinie ab Juni 2021“ (ebd.).

Auf Grundlage der „Sustainable Development Goals“, der 17 Ziele, die von den *United Nations* entwickelt wurden, um die Welt zum Besseren zu verändern, hat eine Forschungsgruppe eine umfassende systematische Literaturrecherche vorgenommen und die Ergebnisse in einem Conference Paper (2019) zusammengefasst. Daraus geht hervor, dass zur Erreichung einer besseren und nachhaltigeren Zukunft der Einsatz und die Nutzung von digitalen Technologien unabdingbar ist. Den Autoren folgend, gilt dies für alle Gruppen der Bevölkerung, in besonderen Maße jedoch für Menschen mit Behinderung. Digitale Technologien dienen als große Erleichterung der Aktivitäten und Lösung von Problemen im täglichen Leben eines Menschen mit Behinderung (Pulsiri et al., 2019).

Die Zielgruppe der professionellen Akteur\*innen wie Ärzt\*innen, Therapeut\*innen und Pflegepersonen, die sich mit Menschen mit Behinderung oder Beeinträchtigung beschäftigen, nimmt nicht nur eine besondere Rolle in Bezug auf die allgemeine Teilhabe, sondern insbesondere auch bei der digitalen Teilhabe ein. Diese Rolle wird in der wissenschaftlichen Literatur u.a. als „Gatekeeper“ beschrieben (Fiege, 2012, S. 10). Die professionellen Akteur\*innen haben einen besonderen Einfluss darauf, ob und in welchem Maße digitale Medien von Menschen mit Behinderung eingesetzt und benutzt werden. Zudem haben die professionellen Akteur\*innen einen wesentlichen Einfluss auf die digitale Infrastruktur, die Menschen mit Behinderung zur Verfügung steht. Im Kontext der Teilhabe von Menschen mit Behinderung spielt das Thema Digitalisierung im Allgemeinen eine große Rolle im Gesundheitswesen und hat hiermit eine hohe Relevanz für die Public Health Forschung. So besagen Ergebnisse einer repräsentativen Studie zum Thema „Arzt-Patienten-Beziehung: Im digitalen Zeitalter“, dass ca. 70 Prozent der befragten Patienten\*innen zur Informationsbeschaffung zu Themen rund um die Gesundheit, sowohl das Internet als auch die Ärzt\*innen als meist genutzten Informationsquellen angegeben haben (Deutsche Ärzteblatt, 2015). Menschen mit Behinderung sollten ebenfalls diese Möglichkeit haben und dazu befähigt werden, das Internet zu nutzen, um sich u.a. über ihren gesundheitlichen Zustand informieren zu können.

Aufgrund dieser Tatsachen beschäftigt sich das Forschungsprojekt mit der Fragestellung: *„Wie ist die professionelle Orientierung der Akteur\*innen im Versorgungssystem – wie Ärzt\*innen, Pflegenden und Therapeut\*innen – zur digitalen Teilhabe von erwachsenen Menschen mit Behinderung?“*

In dieser Untersuchung liegt der Fokus auf der persönlichen Haltung und Orientierung von professionellen Akteur\*innen im gesundheitlichen Versorgungssystem gegenüber der digitalen Teilhabe von erwachsenen Menschen mit Behinderung.

Die Untersuchung dieser Fragestellung wird als relevant betrachtet, da durch die Orientierung der professionellen Akteur\*innen die Teilhabe am öffentlichen und gesellschaftlichen Leben für Menschen mit Behinderung wesentlich beeinflusst und gefördert werden kann. Diesbezüglich ist es von hoher gesundheitlicher Relevanz herauszufinden, wie ihre Orientierung als Expert\*innen gegenüber der digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist.

In den folgenden Kapiteln werden relevante Begriffe, die zum Verständnis der Fragestellung beitragen, definiert. Des Weiteren wird der Hintergrund der Studie vorgestellt und somit der Bezug zur Fragestellung erläutert. Daraufhin folgt die Darstellung der Untersuchungsmethodik. Dort werden die Erhebungsmethode sowie die Auswertungsstrategie der Interviews beschrieben. Zudem werden die Ergebnisse der Studie vorgestellt und es werden Handlungsempfehlungen entwickelt, die u.a. die Haltung und Orientierung von professionellen Akteur\*innen bezüglich dieser Thematik positiv fördern. Abschließend folgt sowohl eine methodische Diskussion als auch eine Ergebnisdiskussion sowie das Fazit.

## 2 Begriffsbestimmung

In diesem Kapitel werden Begrifflichkeiten, die im Rahmen der Fragestellung zu dieser Studie wesentlich sind, definiert und erläutert, um ein besseres Verständnis für die Thematik der Untersuchung zu schaffen und Missverständnisse zu verhindern.

Der Begriff ‚Behinderung‘ wird hier zuerst definiert. Es wird zwischen verschiedene Behinderungsarten differenziert, die durch genetische Ursachen, Krankheiten und Unfällen oder andere kombinierte Ursachen entstehen können (WHO, 2013). Diese Ausarbeitung beschränkt sich auf für diese Arbeit wichtige Behinderungsformen. Im Fokus stehen die Behinderung der Lese-Rechtschreibschwäche, der Lern- und geistigen Behinderung sowie der Autismus. Abschließend werden die Begrifflichkeiten Teilhabe, soziale Teilhabe sowie digitale Teilhabe näher beschrieben.

### 2.1 Menschen mit Behinderung

Für ein besseres und gemeinsames Verständnis und auch zur Veranschaulichung des Begriffes Behinderung, orientiert sich die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) am „*biopsychosozialen Modell*“, siehe Abbildung 1. Dieses Modell ist aus fünf Basiskomponenten aufgebaut: (1) Körperfunktionen und -strukturen, (2) Aktivitäten, (3) Partizipation und (4) personenbezogene Faktoren sowie (5) Umweltfaktoren. Der Grundgedanke hinter diesem Modell besteht darin, das Verständnis von Behinderung stark von dem medizinisch orientierten Konzept zu unterscheiden (DIMDI, 2005, S. 23; WHO, 2013b).

Aus medizinischer Sicht bezieht sich die Behinderung ausschließlich auf die Funktionsstörungen des Körpers, auf die Organe und geistigen Fähigkeiten von Menschen. Das biopsychosoziale Modell hingegen bezieht sich auch auf die sozialen Einflussfaktoren, die für die Entstehung einer Behinderung verantwortlich sind und stellt somit eine Verbindung zwischen dem medizinischen und sozialen Modell her (ebd.). Das bedeutet, dass sich eine Behinderung nicht nur auf körperliche Beeinträchtigung(en) allein zurückführen lässt, sondern soziale Ereignisse oder Situationen miteingeschlossen werden müssen (WHO, 2013b). Aus dieser Perspektive können sich körperliche Beeinträchtigungen durch verschiedene Ursachen, sowie Faktoren der physikalischen und sozialen Umwelt unterschiedlich auf den Menschen auswirken. Auch das Fehlen von erforderlicher personeller Unterstützung<sup>2</sup> sowie be-

---

<sup>2</sup> die personelle Unterstützung bezieht sich auf unterstützende Tätigkeiten im Alltag, z. B. durch Pflegekräfte

nötigte Heil- und Hilfsmittel stellen eine Form von ‚Behinderung‘ dar. So kann eine beeinträchtigte Teilhabe als eine Form von Behinderung betrachtet werden. Sowohl die UN-Behindertenrechtskonvention als auch das neue Bundesteilhabegesetz (BTHG) orientieren sich an diesem Modell (BMAS, 2017 b, S. 19).

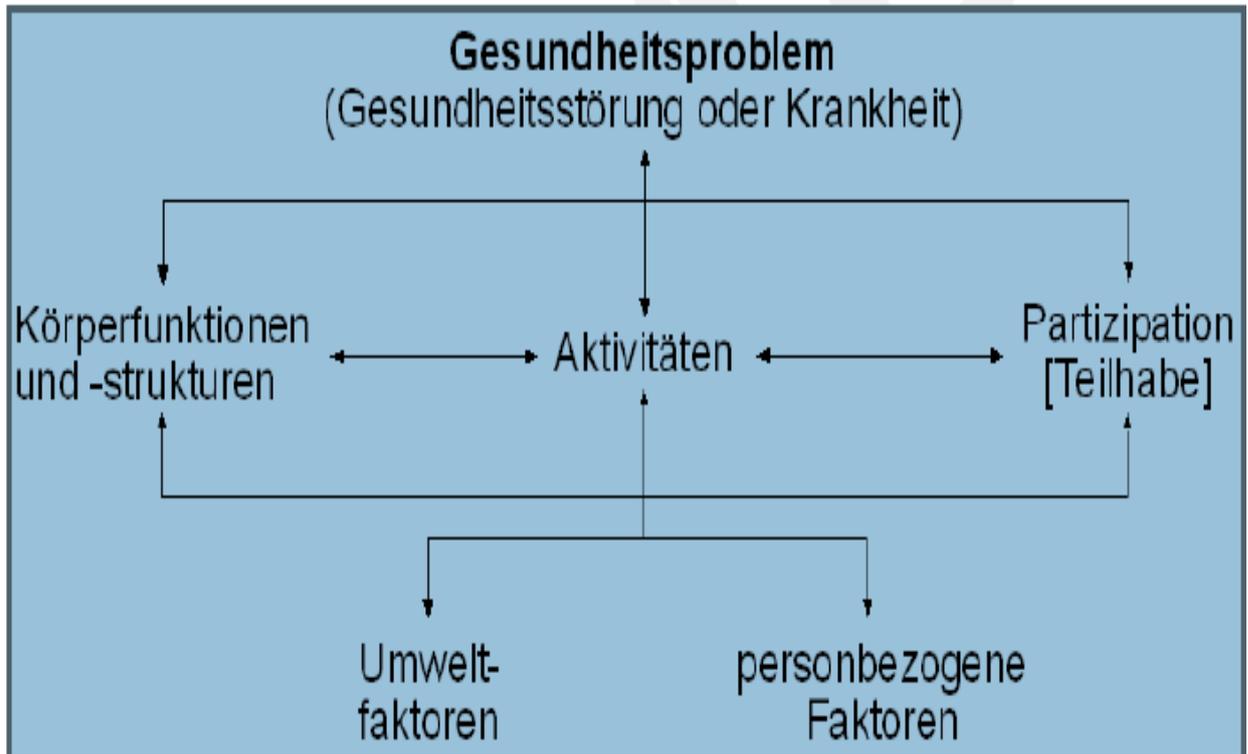


Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell von Behinderung der ICF (DIMDI, 2005, S. 23).

Das BTHG differenziert bei Menschen mit Behinderung vier verschiedene Gruppen: Menschen mit (a) körperlicher, (b) seelischer, (c) geistiger oder (d) Sinnesbeeinträchtigungen. Diese können „[...] [in] Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate [verhindert sein]“. Eine Beeinträchtigung ist vorhanden,“ [...], wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht“. „Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist“ (§2 Abs.1 SGB IX\_ neu; BTHG, 2016). Also wird hier Behinderung als eine gegenseitige Beeinflussung von Körper und Geist des Menschen und der (sozialen) Umwelt verstanden. Ebenfalls wird der Begriff der Behinderung auch verwendet, wenn eine gleichberechtigte Teilhabe durch das Zusammenwirken von Beeinträchtigungen und Barrieren der Umwelt eingeschränkt ist. Diese Definition des Begriffes wurde von der Internationalen

Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit festgelegt (ICF), welches von der Welt Gesundheit Organisation (WHO) (2001) veröffentlicht wurde (BMAS, 2016b; WHO, 2001, S.18).

Die Definition von Behinderung wurde in der neuen Fassung des Begriffes im Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) übernommen. Darüber hinaus werden im Sozialgesetzbuch zwischen zwei Gruppen von Personen mit Behinderung unterschieden, die besondere Beachtung und Leistungen erhalten sollten. Zum einen Menschen mit einer (anerkannten) „*Schwerbehinderung*“ – Es müssen Klassifizierung des Behinderungsgrades von mindestens 50 Prozent vorliegen, damit dieser Status amtlich anerkannt werden kann (BMAS, 2017 b, S. 21). Dies wird in der Versorgungsverwaltung registriert und für die Dokumentation gegenüber Dritten wird ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt (ebd.).

Zum anderen können Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 30 Prozent mit dem schwerbehinderten Status gleichgestellt werden (BMAS, 2017 b, S. 21). Die Auswirkung einer Schwerbehinderung zeigt sich unter anderem darin, dass die betroffenen Personen ihren gewöhnlichen Wohnsitz und Arbeitsplatz gar nicht oder nur mit Einschränkungen in Anspruch nehmen können (§2 Abs.1 SGB IX\_ neu, BTHG, 2016). Die zweite Gruppe von Menschen mit Behinderung, die spezifische Leistungen erhalten, sind Menschen mit einer „*wesentlichen Behinderung*“ (BMAS, 2017 b, S. 22). Zu dieser Art von Menschen mit Behinderung zählen Personen, deren Beeinträchtigung die Folge von Schäden der Funktion und Struktur des Organismus, sowie psychischer und geistiger Funktionen sind. Die Beeinträchtigung ist weit fortgeschritten, dementsprechend ist in besonderem Maße die Teilhabe an der Gesellschaft und an verschiedenen Lebensbereichen eingeschränkt, so dass Aktivitäten zum größten Teil nicht ohne Hilfsmittel oder Hilfsperson erledigt werden können (§99 SGB X-neu gem. Artikel 25 a BTHG). Im Kapitel: 3 politischer Hintergrund und Stand der Forschung wird mit detaillierten Informationen über die Ausführung der Leistungen näher darauf eingegangen.

### **2.1.1 Lese- Rechtschreibschwäche**

Menschen mit einer Lese-Rechtschreibschwäche haben besondere Probleme beim Erwerb des Lesens und Schreibens. Deswegen können sie keine gute Lese- und Schreibkompetenzen entwickeln. Sie haben Probleme, die Lautstruktur der Sprache zu erkennen und sind ebenfalls beeinträchtigt, Buchstaben in Laute zu übersetzen (Bundschuh, 2007, S. 184). Ein weiteres Problem ist die nicht ausreichende Kapazität des Gedächtnisses, Schriftwörter zu speichern. Deswegen sind die Betroffenen beim Vorlesen häufig langsamer als andere. Einige

haben Schwierigkeiten mit der visuellen Wahrnehmung und sind von den rasch wechselnden visuellen Reizen beim Lesen und Schreiben schnell überfordert. Allerdings weisen Menschen mit dieser Beeinträchtigung keine Intelligenzminderung auf. Weitere Faktoren wie das individuelle Lernverhalten sowie die familiäre und schulische Förderung können einen Einfluss auf den Erwerb dieser Kompetenzen haben (Bundschuh, 2007, S. 184ff).

### **2.1.2 Lern- und geistige Behinderung**

Menschen mit *Lernbehinderung* haben Schwierigkeiten zu lernen und diese Problematik selbstständig zu überwinden (Bundschuh et al., 2007, S. 181ff). Diese Behinderung ist durch eine Reihe neurologischer Störungen und Schwierigkeiten beim Hören, Denken, Sprechen, Lesen, Schreiben, Rechtschreiben oder mathematischen Berechnungen gekennzeichnet (Cortiella, Horowitz, 2014, S. 3). Allerdings kann jedoch bei Menschen mit einer Lernschwäche ein hohes Maß an Intelligenz bewiesen werden (Siegel, 1989, S. 514ff). Zu den gängigsten Formen von Lernbehinderung zählen Legasthenie, Rechenschwäche, Hör- und Sehbehinderung, nonverbale Lernbehinderung und minimale Hirndysfunktion (Cortiella, Horowitz, 2014, S. 3).

Hingegen wird eine *intellektuelle Behinderung* durch Neuroentwicklungsstörungen hervorgerufen. Für Menschen mit dieser Behinderung entstehen Einschränkungen bei der Entwicklung von Fähigkeiten und Intelligenz, sodass ihnen häufig keine Autonomie und Selbstbestimmung zugetraut wird. Aufgrund dessen können sie nicht selbstständig innerhalb der Gesellschaft leben und sind auf die kognitive Hilfe von anderen angewiesen (Rey et al., 2015). Auch Menschen mit dieser Behinderung haben Probleme mit dem geistigen Funktionieren und dem adaptiven Verhalten. Infolgedessen fällt es ihnen schwer, sich an die Gesellschaft anzupassen und sie brauchen verstärkt Aufmerksamkeit und Verständnis. Diese Art der Invalidität entsteht in der Regel vor dem 18. Lebensjahr (Bray, 2003). Häufig werden gerade Menschen mit geistiger Behinderung von der Gesellschaft besonders stigmatisiert und haben dadurch geringe Teilhabemöglichkeiten (Bundschuh, 2007, S. 94 ff).

### **2.1.3 Autismus**

Personen mit Autismus, oder auch als Autismus-Spektrum Störung bezeichnet, sind Menschen, die ein Problem in ihrer Entwicklung aufweisen, die durch die Kombination von genetischen Faktoren und Umweltfaktoren verursacht wird (WHO, 2013a, S. 6). Es gibt außerdem verschiedene Arten von Autismus, wie z. B. das Kanner-Syndrom, der sogenannte frühkindliche Autismus und das Asperger-Syndrom, auch bekannt unter dem Begriff der autistischen Persönlichkeitsstörung (Bundschuh et al., 2007, S. 22f; Warrier et al., 2017, S.

4). Diese beschriebenen Störungsbilder bilden die Grundlage für viele Symptome, die diese Erkrankung mit sich bringt. Im Internationalen Klassifizierungssystem zählen die autistischen Störungen im medizinisch-psychiatrischen Bereich zu den Entwicklungsstörungen (Bundschuh et al., 2007, S. 22f; Warrier et al., 2017, S. 3; WHO, 2013a, S.6f).

Zu den wesentlichen Hauptsymptomen zählen: Schwierigkeiten bei der sozialen Kommunikation und zwischenmenschlichen Beziehungen. Des Weiteren bilden sich Verzögerungen in der motorischen Entwicklung, sodass Ungeschicklichkeiten entstehen. Ebenfalls zeigt sich ein beschränktes Interesse an Hobbys und Aktivitäten (Warrier et al., 2017, S. 5; Bundschuh et al., 2007, S. 22f). Weitere Symptome, die häufig vorkommen, sind die Verzögerungen bei der Sprachentwicklung. Circa 50 Prozent lernen nie das Sprechen und weisen eine verzerrte Wahrnehmung von Situationen des sozialen Umfeldes auf, welches wiederum zu Konflikten in der Interaktion führen kann. Veränderungen lösen bei Menschen mit Autismus Panik und Angst aus. Deswegen neigen Menschen mit diesem Störungsbild zu stereotypischen Verhaltensweisen, wie beispielsweise wiederholende Bewegungen. Viele Menschen mit Autismus haben verminderte allgemeine intellektuelle Fähigkeiten (WHO, 2013a, S. 6f). Jedoch können sie häufig zu bestimmten Themengebieten Sonderinteressen entwickeln, die mit Beharrlichkeit und pfiffigem Einfallsreichtum verfolgt werden und oft nur zu lexikalischen Kenntnissen führen. Dadurch können sie es beruflich zu talentierten Spezialisten bringen (Bundschuh et al., 2007, S. 23). Allerdings muss erwähnt werden, dass die genannten Symptome bei jedem Menschen variabel und individuell vorkommen können. So benötigen einige eine lebenslange Betreuung und andere nicht (WHO, 2013a, S. 7).

## **2.2 Teilhabe**

Der Begriff ‚Teilhabe‘ ist in der heutigen Zeit von hoher gesellschaftlicher Relevanz. Eine eindeutige Begriffsbestimmung ist nicht vorhanden, da dieser Begriff von unterschiedlichen Disziplinen aus unterschiedlichen Perspektiven definiert wird. Allerdings besagt die Kernaussage verschiedener Disziplinen, dass jeder einzelne Mensch berechtigt sein soll, sich an alle Entscheidungen zu beteiligen, die ihn unmittelbar betreffen oder Einfluss auf sein Leben haben (WHO, o. J.; BZgA, 2015; bmz, 2019). Aus der Sicht der Gesundheitsförderung definiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dass die Erlangung von Kompetenzen Möglichkeiten für die Teilnehmer\*innen schafft, ihre Entscheidungen wirksamer und kompetenter zu gestalten (BZgA, 2015). Zusätzlich besagt die WHO, dass der Zusammenschluss und die Zusammenarbeit einer gleichen Zielgruppe sowohl der Identifizierung von Lösungen als auch den Einfluss von bestimmten Entscheidungen stärken. Somit

können Gemeinschaften befähigt werden, die Kontrolle über Entscheidungen, die ihr Wohlergehen beeinträchtigen könnten, zu behalten (WHO, o. J.).

Zur weiteren Veranschaulichung der einzelnen Faktoren, die eine Teilhabe begünstigen können, wird das Partizipationsmodell von Köster (2009) herangezogen. In diesem Modell werden die einzelnen Möglichkeitsstrukturen und individuelle Voraussetzungen dargestellt, die für das Gelingen der Teilhabe für Menschen mit Behinderung verantwortlich sind. Dies wird im Folgenden Schaubild (Abbildung 2) aufgezeigt (Schäper, 2016, S. 103f.).

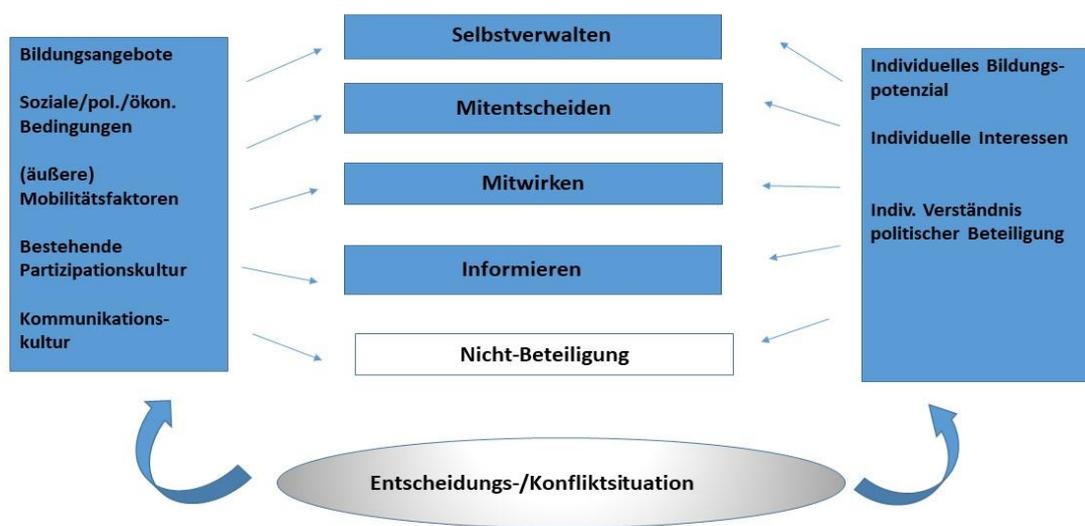


Abbildung 2: Partizipationsmodell im Spannungsfeld von Möglichkeitsstrukturen und individuellen Voraussetzungen (Schäper, 2016, S. 104: In Anlehnung an Köster 2009, S. 2).

Das Modell verfolgt das Ziel, die Wahrnehmung von Partizipationschancen bei Menschen mit Behinderung zu bekräftigen (Schäper, 2016, S. 104). Hier werden die unterschiedlichen Ebenen der Teilhabe, die im hierarchischen Verhältnis zueinanderstehen, übereinander aufgelistet. Das bedeutet, dass die 5. Stufe „Selbstverwalten“ als die höchste Form der Partizipation angenommen wird und die 1. Stufe „Nicht Beteiligung“ oder die 2. Stufe „Informieren“ als die niedrigste Form der Teilhabe eingestuft werden. Bei der niedrigsten Stufe können Bildungsstätte und Wohneinrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung spezifische Fortbildungsangebote entwickeln, die speziell diese Zielgruppe über ihre Partizipationsrechte informieren. In der höheren Ebene „Mitwirken“ können sowohl Menschen mit Behinderung als auch ohne Behinderung beispielsweise politisch partizipieren, indem sie

sich in lokalpolitische Diskurse einmischen und bei der Gestaltung einer teilhabeförderlichen Alltagsgestaltung mit involviert werden (ebd.). Dies können sie nach dem Modell von Köster (2009) auf der Stufe „Mitbestimmen“ durch Selbstvertretungsorganisationen und in Gremien kennenlernen. Auch das Selbstverwalten wird beispielsweise in Selbsthilfeorganisationen praktiziert (ebd.). So kann gesagt werden, dass die Förderung von Teilhabe in Form von Empowerment und Kompetenzentwicklung, indem von Behinderung betroffenen Menschen dazu befähigt und ermöglicht werden ihre eigenen Interessen wahrzunehmen und zu vertreten, sowohl eine Bildungsaufgabe als auch eine Gestaltungsaufgabe auf Seiten der politischen Strukturen ist (Schäper, 2016, S. 104).

Es müssen innerhalb der Gesellschaft Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Teilhabe überhaupt ermöglichen, wie beispielsweise Barrierefreiheit bezüglich der Nutzung von digitalen Medien.

### **2.3 Digitale Teilhabe / Soziale Partizipation**

Der Begriff der *sozialen Partizipation* wird, obwohl keine Konkretisierung dieses Begriffes besteht, ebenfalls ausgiebig diskutiert. Es wird beschrieben als eine Vielzahl von verschiedenen aktiven Beteiligungsmöglichkeiten am gesellschaftlichen und sozialen Leben, die sich dem Individuum in verschiedensten Gruppen der Gesellschaft anbieten (Siegrid, 2009, S. 163f).

Zur sozialen Teilhabe bezieht sich die WHO ausdrücklich auf die schutzbedürftigen und ausgegrenzten Gruppen. Laut der WHO soll die soziale Teilhabe auf die Stärkung vulnerabler Gruppen abzielen. Die soziale Beteiligung kann eine Reihe von verschiedenen Formen annehmen, darunter sollen diese Menschen mit ausgewogenen, objektiven Informationen informiert werden. Mit dem Augenmerk zur Förderung der gesundheitlichen Gerechtigkeit sowie der Gestaltung von Maßnahmen zur Förderung der Chancengleichheit und Teilhabe im Gesundheitswesen (WHO, 2008).

Eine weitere Form der sozialen Teilhabe ist die *digitale Teilhabe*. Bei der digitalen Teilhabe für Menschen mit Behinderung geht es unter anderem um die Nutzung des Internets, im Sinne von Mailkontakten, Chats oder interaktiven Onlineplattformen, sowie audiovisuelle Medien und Online- Mitschriften. Allerdings sind Menschen mit Behinderung aufgrund von bereits vorhandenen Barrieren, die im weiteren Verlauf der Arbeit benannt werden, von Exklusion in der digitalen- und sozialen Teilhabe betroffen. Somit bleibt die Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben für vielen Menschen mit Behinderung verwehrt.

Schlussfolgerungen einer internationalen empirischen Studie hierzu besagen, dass die soziale Partizipation von jungen Erwachsenen mit einer intellektuellen Behinderung durch Ermöglicher und Barrieren zur sozialen Teilhabe, die in mehreren Dimensionen auftreten, beeinflusst wird (Van Asselt et al., 2015, S. 42f). Zu den Ermöglicern der sozialen Teilhabe haben die Ergebnisse ergeben, dass Selbstbestimmung eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden kann. Dies bezieht sich ausdrücklich auf die Freiheit bei der Entscheidungsfindung und dem Ausdruck ihrer Bedürfnisse und Meinungen. In Bezug auf die Aktivitätsteilnahme, Aktivitätsideen, Verwaltung mehrerer Verpflichtungen sowie in Bezug auf das soziale Leben außerhalb der Aktivitäten einer Organisation (ebd.). Bei natürlich entstehenden Freundschaften besteht die Möglichkeit, soziale Verbindungen und Netzwerke zu verbessern. Des Weiteren bewirkt die Beteiligung in einer Gemeinschaft und die soziale Akzeptanz, durch zum Beispiel die Besetzung einer geschätzten sozialen Rolle, einen Fortschritt bei der Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft. Zu den Barrieren, die die soziale Teilhabe dieser Zielgruppe erschwert, gehört das Ausgeschlossen sein von der Gemeinschaft und die fehlende Unterstützung durch die Familie. Ebenfalls können der Mangel an Anerkennung und Förderung der Entwicklung von Fähigkeiten eine Barriere darstellen (Van Asselt et al., 2015, S. 42f).

Weitere Untersuchungen haben ergeben, dass das ambulante betreute Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung ebenfalls eine Barriere zur Eingliederung in die Gesellschaft darstellt (Trescher, Börner, 2017, S. 86ff). Der Alltag von Menschen mit Behinderung, die sich im ambulanten betreuten Wohnen befinden, ist überwiegend von Fremdbestimmung und Überwachung des privaten Alltags geprägt. Deren Alltag wird meist durch verschiedene Ablaufpläne vereinnahmt, sodass die persönliche Freizeitgestaltung eingeschränkt ist. Dabei bleibt die Möglichkeit, das eigene Leben nach eigenen Vorstellungen und Strukturen zu entfalten, verwehrt. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Autonomie und auf die gesellschaftliche Teilhabe. Das betreute Wohnen stellt eine Barriere dar, soziale Kontakte zu pflegen und verhindert die aktive soziale Teilhabe an der allgemeinen Gesellschaft und bildet hiermit eine Inklusionsschranke. Durch die Nutzung des Internets wird für Menschen mit Behinderung unter anderem die passive Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht, in Form von Informationsbeschaffung über beispielsweise audiovisuelle Medien oder Onlinezeitungen (Trescher, Börner, 2017, S. 88).

### 3 Politischer Hintergrund und Stand der Forschung

Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert auf, Menschen mit Behinderung zu mehr Teilhabe im Rahmen der Gesellschaft zu bestärken. Somit ist für diese stetig wachsende vulnerable Gruppe das Thema ‚Teilhabe‘ ein zentraler Aspekt, sowohl aus gesellschaftlicher als auch aus politischer Sicht. Von Seiten der Politik wurde demzufolge zum 01.01.2017 das Bundesteilhabegesetz (BTHG) im Bundestag verabschiedet. Die vollständige Umsetzung soll bis 2023 abgeschlossen sein. Die Kernaussage des BTHG wird bereits in Artikel 1 deutlich: *„Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen [...] um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“* (§ 1 BTHG).

Zudem steht im Sozialgesetzbuch, dass Menschen mit Beeinträchtigung *„Leistungen [...], die erforderlich sind, um eine durch die Behinderung bestehende Einschränkung einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auszugleichen [zustehen]“*. Laut BTHG *„[...] gehören [hierzu] insbesondere barrierefreie Computer“* (§ 84-SGB IX). Es wird darauf hingewiesen, dass zu den Leistungen nicht nur der Zugang zu Technologie gehört, sondern auch *„die notwendige Unterweisung im Gebrauch der Hilfsmittel sowie deren notwendige Instandhaltung oder Änderung“* (ebd.).

Das BTHG revolutioniert das Behindertenrecht und ist somit eine Erweiterung der UN-Behindertenrechts-Konvention. Die Neuerung besteht im Wesentlichen darin, dass Menschen mit Behinderung zu mehr Teilhabe und individueller Selbstbestimmung verholfen wird. Demzufolge bietet das BTHG eine Grundlage zur Behindertengerechten Unterstützung und greift in die verschiedenen Lebensbereiche ein. Die wichtigsten Inhalte des Gesetzes umfassen zum einen den Bereich „Prävention“, da viele Behinderungen durch Krankheiten entstehen. Zum anderen bezieht es sich auf die „unabhängige Teilhabeberatung“. Hierbei haben Menschen mit jeder Behinderungsform und Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, die Möglichkeit Beratungsstellen aufzusuchen und kostenlos beraten und informiert zu werden. Des Weiteren bezieht sich das BTHG, auf „die gestärkte Vertretungsrechte“ für Menschen mit Behinderung innerhalb einer Arbeitsstätte (BMAS, 2017a).

Ebenfalls erhalten Menschen mit Behinderung das Recht auf ‚mehr Einkommen‘, somit müssen sie beispielsweise nicht mehr große Teile ihres Einkommens und Vermögens einsetzen, um Leistungen zu finanzieren. Durch ‚die Neuausrichtung von Leistungen‘ wurden bestehende (Budget-) Leistungen konkretisiert und ergänzt. Dies umfasst unter anderem das

Budget für die Arbeit. So wird diesen Menschen die Partizipation am allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglicht. Ergänzend könnte die neue Ausrichtung von Leistungen bezüglich der Teilhabe an Bildung für Menschen mit Behinderung die gleichberechtigten Teilhabe an Bildungsangeboten gestatten (BMAS, 2017a). Hinzu werden Menschen, die von einer wesentlichen Behinderung betroffen oder bedroht sind, ab 2023 als leistungsberechtigte Personen anerkannt und erhalten Anspruch auf mehr Leistung(en) und Unterstützung (BMAS, 2017b, S. 22).

Bezüglich der Relevanz dieser Thematik erhebt das Institut für angewandte Sozialwissenschaften in Bonn (infas), im Auftrag des Bundesministeriums für politische Bildung, hierzu erste „Repräsentativbefragungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ in Deutschland (BMAS, 2017b, S.10f). Das Hauptziel der Studie besteht darin, zu untersuchen, wie Behinderungen und Beeinträchtigung die Möglichkeiten zur Teilhabe in allen Lebensbereichen beeinflussen können. Im Jahre 2021 wird die Studie abgeschlossen sein und die Ergebnisse vorliegen (ebd.). Die Befragung erfüllt eine Vorgabe der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die vorsieht, dass jedes Land *„geeignete Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten sammelt, um die Durchführung des Übereinkommens zu prüfen“* (ebd.).

Zu Fragen über der digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung liegen bereits einige Forschungsarbeiten, wissenschaftliche Aufsätze sowie Medien- (pädagogische) Projekten vor (Bosse et al., 2019, S. 49ff). Oft wird unter digitaler Teilhabe der Aspekt des Zugangs zu Hardware und Internet im Sinne der „accessability“ verstanden. Darüber hinaus wird auch oft auf die „usability“, also die Nutzerfreundlichkeit, verwiesen (Bosse, 2013). Beides sind notwendige, jedoch nicht hinreichende Bedingungen für digitale Teilhabe. Diese erfordert außerdem den kompetenten Umgang mit den digitalen Medien in Bezug auf die eigene Lebenssituation (Freese, Mayerle, 2013).

Ein wichtiger empirischer Befund inklusiver medienpädagogischer Forschung ist, dass im Vergleich zur Gesamtbevölkerung einige Gruppen mit Beeinträchtigung das Internet weniger nutzen (Bosse, Hasenbrink, 2016). Gerade die Gruppe Menschen mit „Lernschwierigkeiten“ sind am stärksten von medialer Exklusion betroffen, da sie weniger Zugang zu digitalen Medien haben. Gleichzeitig erhalten sie hierfür jedoch nicht die erforderliche Unterstützung von Seiten ihres professionellen Umfeldes (ebd.). Es konnte ebenfalls ein Zusammenhang zwischen den Lebensbedingungen und der Mediennutzung festgestellt werden. Menschen, die in Einrichtungen für Behindertenhilfe leben, haben weniger medialen und

digitalen Zugang verglichen zu Menschen mit Beeinträchtigung, die in privaten Haushalte leben (Bosse, Hasebrink, 2016; Bosse, Zaynel et al., 2018).

Weitere Forschungsergebnisse aus England weisen zudem darauf hin, dass im Versorgungskontext von Menschen mit Behinderung erhebliche Barrieren zur Nutzung digitaler Medien vorhanden sind. Zu diesen Barrieren zählen unter anderem: Die eingeschränkte Zugänglichkeit zu Hardware und Software von Websites und Geräten. Ebenfalls spielen finanzielle Zwänge eine große Rolle. Hinzu sind begrenzte IT-Kenntnisse und oder schlechte digitale Fähigkeiten des Personals oder der Praktizierenden, schlechte Bedingungen und Voraussetzungen, um Menschen mit Behinderung zur digitalen Teilhabe zu befähigen und zu unterstützen. Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass Mitarbeiter\*innen und Freiwillige, die sogenannten professionellen Akteur\*innen, gegenüber Behinderung zuversichtlich sind und bereit sind Menschen mit Behinderung zu unterstützen. Ebenfalls sollte beim informellen Lernen und Bereitstellen von Informationen eine entspannte und familiäre Atmosphäre hergestellt werden, bei der diese Zielgruppe sich wohl, sicher und zuverlässig fühlen kann und dadurch in der Lage ist, Fragen zu stellen (Redmond, French, 2016).

In Israel wurde eine Studie zum Thema soziale Teilhabe von Jugendlichen mit Behinderung unter dem Einsatz von Kommunikationstechnologien durchgeführt. Kommunikationstechnologien umfassen webbasierte Aktivitäten und die Beteiligung an Foren der sozialen Netzwerke. Im Rahmen der Studie wurden 65 Jugendlichen mit schwerer Behinderung sowohl Tutor\*innen als auch ein Internetanschluss in ihrem Haus zur Verfügung gestellt. Der Outcome der Studie weist ein signifikantes Ergebnis auf. Beobachtungen haben ergeben, dass ein halbes Jahr nach Projektbeginn die Teilnehmer\*innen ihre Computerkenntnisse in den meisten Bereichen erheblich verbessert haben. Die Beteiligung an Kommunikationstechnologien ist gestiegen und somit hat sich die soziale Teilhabe der Teilnehmer\*innen verbessert (Schreuer et al., 2014, S. 86f).

Es liegen außerdem Studien und wissenschaftliche Arbeiten vor, die darauf hinweisen, dass im Versorgungskontext von Menschen mit Lernschwierigkeiten und komplexen Behinderung eher die Risiken, als auch die Potenziale der Mediennutzung in den Vordergrund gestellt werden und dementsprechend medienpädagogische Angebote nicht als schwerpunktmäßig in der Assistenz und Förderung berücksichtigt werden (Mayerle, 2014). In Bezug auf die digitale Barrierefreiheit gibt es hier also noch einige Verbesserungsmöglichkeiten im Versorgungskontext. Es gilt, die Barrieren im Bewusstsein des Umfelds abzubauen (Eder, 2015, S. 75f).

Die vorliegenden Studien zeigen auf, dass es sich bei der Fragestellung mit Fokus auf die professionellen Akteur\*innen, denen eine Gatekeeper-Funktion zugeschrieben wird, um eine international forschungsrelevante Thematik handelt. Diese erhält somit eine besondere Relevanz und Bedeutung. Der Innovationsgrad der Arbeit liegt darin, dass es bislang keine wissenschaftlichen Studien zu der Orientierung professioneller Akteur\*innen in diesen spezifischen Versorgungsbereichen zu neuen Medien und dem Medienhandeln von Menschen mit Behinderung gibt. Damit die zur Anfang genannte Fragestellung erforscht werden kann, wird ein qualitativ exploratives Forschungsdesign gewählt, welches ermöglicht, latente Sinnstrukturen, verborgene Deutungsmuster und inhärente Relevanzsysteme zu erhellen. Es wurde speziell dieses Forschungsdesign gewählt, da wie vorstehend aufgezeigt werden konnte, dass zu dieser Thematik eine Forschungslücke vorhanden ist. Explorative Expert\*innen-Interviews bzw. diese Form von qualitative Forschungsdesigns eignen sich gut bei nicht oder wenig erforschten Thematiken, damit neues Basiswissen generiert werden kann (Bogner et al., 2014, S. 23). Explorative Expert\*innen-Interviews werden offen geführt, um möglichst viele Informationen und neues Wissen zur erforschten Thematik zu gewinnen. Dementsprechend wird kein Wert auf die Repräsentativität und Signifikanz der Daten gelegt (ebd.). Im folgenden Abschnitt wird die Methodik dieser Untersuchung schrittweise beschrieben.

## 4 Methodik

Die Studie richtet ihren Fokus auf die professionellen Akteure\*innen im Versorgungssystem. Im Mittelpunkt der Untersuchung steht die professionelle Orientierung der Expert\*innen im Versorgungssystem – wie Ärzt\*innen, Pfleger\*innen und Therapeut\*innen – zur digitalen Teilhabe von erwachsenen Menschen mit Behinderung. Dabei liegt ein besonderes Interesse auf der Förderung der Teilhabe am öffentlichen und gesellschaftlichen Leben für Menschen mit Behinderung. Im Zentrum der digitalen Teilhabe soll Menschen mit Behinderung ermöglicht werden, sich beispielsweise medial über ihren Gesundheitszustand informieren zu können. Im Rahmen der Studie werden Expert\*innen-Interviews anhand eines vorher festgelegten Interviewleitfadens geführt. Somit basiert die Untersuchung auf Primärquellen. In den folgenden Teilabschnitten werden das Sample, die Studienplanung, das Expert\*innen-Interview, der Aufbau des Leitfadens und die Auswertungsstrategie beschrieben.

### 4.1 Stichprobenbeschreibung/ Sampling

Im Rahmen einer qualitativen Studie zur digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist der Gesamtstichprobenumfang aufgrund der gering vorhandenen finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen, auf vier Personen begrenzt. Die Stichprobe bezieht sich bewusst auf die professionellen Akteur\*innen im Versorgungssystem. Ein einziges Auswahlkriterium war die Befragung möglichst verschiedener Akteur\*innen. Insgesamt haben vier Expert\*innen am Interview teilgenommen, die jeweils aus dem Bereich der Forschung bzw. Verwaltung, Therapie, Pflege und Medizin sind. Alle Personen haben im beruflichen Kontext Kontakt zu Menschen mit Behinderung. Die umfassende Beschreibung und Vorstellung der Expert\*innen wird in Kapitel:5 *Ergebnisse der Befragung* näher ausgeführt, da diese Informationen während der Interviews gewonnen wurden. Es besteht die Annahme, dass eine positive oder zuversichtliche Orientierung oder Haltung der Expert\*innen gegenüber Menschen mit Behinderung bezüglich der Nutzung digitaler Medien eine barrierefreie Nutzung digitaler Medien für Menschen mit Behinderung ermöglicht. Die Rekrutierung der Teilnehmer\*innen erfolgte ausschließlich über die Mitarbeiter\*innen des Klinikums, sowie über dem Klinikum übergeordneten Stiftungsverband, d.h. dem Träger der verschiedenen Einrichtungen. Aufgrund der genannten Merkmale, wie z.B. das relativ kleine zusammengestellte Sample, handelt es sich um eine *homogene gezielte Stichprobe* (Döring, Bortz, 2016, S. 304).

## 4.2 Das qualitative Expert\*innen-Interview

Expert\*innen-Interviews profitieren von dem Ruf erfolgsversprechend zu sein. Die Durchführung dieser Art der Interviewform verspricht, „[ ...] *schnell, leicht und sicher gute Interviews zu machen*“ (Bogner, Menz, 2002, S. 8). Außerdem sind Expert\*innen, verglichen mit anderen Personen, leichter für die Interviewforschung zu motivieren. Da sie selbst aufgrund ihres gehobenen Tätigkeitsbereiches wie beispielsweise in der Wissenschaft und unter anderem mit den Regeln der Wissenschaft vertraut sind oder in der Öffentlichkeit, eine gewisse Professionalität mit sich bringen (ebd.). Ein anderer Motivationsfaktor für den\*die Expert\*in könnte die eigene Neugier sowie Interesse neue Erkenntnisse zu gewinnen sein (ebd.).

*„Eine Person wird zum Experten gemacht, weil wir wie auch immer begründet annehmen, daß sie über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann bzw. jederfrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist“* (Meuser, Nagel, 2005, S. 484). Im Fokus des Interesses steht nicht der\*die Expert\*in als Person, sondern er\*sie dient für die\*den Forschende\*n als Träger des Wissens (Liebold, Trinczek, 2009, S. 37). In dieser Forschungsarbeit sind Ärzt\*innen, Therapeut\*innen, Forscher\*innen und Pflegende die sogenannten Expert\*innen, weil Sie aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung mit Menschen als Vorbildfunktion im Rahmen der Gesellschaft fungieren und somit ein Interesse am Gedankenaustausch bezüglich der medialen Teilhabe von Menschen mit Behinderung vorliegt. Des Weiteren sind für diese Untersuchung Expert\*innen vielmehr deshalb relevant, *„weil sie in einer organisationalen Position stehen, in der sie ihr Wissen und ihre Deutungen für einen breiteren sozialen Kontext relevant oder prägend machen können“* (Bogner et al., 2014, S. 17).

Im Zentrum der Untersuchung wird darauf abgezielt, Informationen über die Orientierung und die persönliche Haltung der professionellen Akteur\*innen bezüglich der medialen Teilhabe von Menschen mit Behinderung herauszufinden. Dies dient dazu, Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und einen Überblick über die Thematik zu erhalten (Bogner et al., 2014, S. 24).

Für ein gelungenes Expert\*innen-Interview muss der\*die Forscher\*in sich selbst Vorwissen über die Thematik aneignen, damit der\*die Forscher\*in eine realistische Einschätzung über die Aussagen der\*die befragte Expert\*in machen kann (Bogner, Menz, 2002, S. 22). Ebenfalls muss festgehalten werden, wie gut sich der\*die Expert\*in mit der Thematik auskennt und wie geeignet diese ist (Meuser, Nagel, 2005, S. 78). Ein weiterer Punkt, der das Gelingen

des Interviews negativ beeinflussen könnte, ist ein bestehendes Desinteresse an der zu erforschenden Thematik Seitens des\*der Expert\*in (Meuser, Nagel, 2005, S.78f). Allerdings kann auch das Geschlecht des\*der Forscher\*in Auswirkungen auf die Produktivität des Interviews haben und somit könnten Ergebnisse des Interviews verfälscht werden (Bogner, Menz, 2002, S. 24). Im Rahmen des Expert\*innen-Interviews sollen Fragen mit narrativer Generierungskraft gestellt werden, außerdem dürfen die Erzählsequenzen des Interviewten nicht beeinflusst werden. Bei diesem Expert\*innen-Interview handelt es sich um ein Leitfadengestütztes Expert\*innen- Interview.

*„Dieses Leitfadengestützte Experteninterview dürfte [...] eines der in der empirischen Sozialforschung am häufigsten genutzten Verfahren darstellen“* (Liebold, Trinczek, 2009, S. 32).

### **4.3 Aufbau des Leitfadens**

Bevor der Leitfaden konstruiert wurde, wurde überprüft, ob bereits entwickelte Leitfäden anderer Autor\*innen für diese Untersuchung geeignet sind. Es wurden in diesem Leitfaden teilweise Fragen aus einer Studie zum Thema Vermittlung von Medienkompetenz an Menschen mit sogenannten geistigen Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Land Bremen übernommen (Bosse, Hasebrink, 2016; Bosse, Zaynel et al., 2018). Jedoch wurde ein Großteil der Fragen, im Prozess der Leitfadenkonstruktion, eigenständig erarbeitet. Der Leitfaden ist inhaltlich in drei Abschnitte unterteilt. Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte und eine Begründung zur Auswahl der Fragen dargelegt.

Der Leitfaden beginnt mit Einstiegsfragen. Da es sich bei der Zielgruppe um eine selektive Stichprobe handelt, dienen diese Einstiegsfragen (Frage 1, 2) dazu, einen ersten Überblick über die einzelnen professionellen Akteur\*innen zu ermöglichen. Hier soll der Verlauf ihres beruflichen Werdeganges sowie die Schwerpunkte ihrer Arbeit herausgestellt werden, um in Erfahrung zu bringen, inwieweit die Interview-Partner\*innen aufgrund ihrer beruflichen Laufbahn Erfahrungen im Umgang mit Patient\*innen und vor allem mit Menschen mit Behinderung haben. Somit kann festgestellt werden wie ihre Sichtweise bzw. Orientierung bezüglich der Thematik zur medialen Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist. Ebenfalls kann dadurch festgestellt werden, ob diese Stichprobe für die gesamte Zielgruppe geeignet ist. Ferner dienen diese Fragen dazu, das Interview in eine narrative Richtung zu lenken.

Im zweiten Abschnitt des Leitfadens werden dem\*der Interviewten inhaltliche Fragen gestellt. Durch die Fragen zur digitalen Beschaffenheit (zum Sachstand der Digitalisierung)

und des Internetzuganges in den Einrichtungen soll indirekt herauskristallisiert werden inwiefern die befragte Person mit der medialen Welt vertraut ist, bzw. welche persönliche und professionelle Orientierung vorherrscht. Dies kann einen erheblichen Einfluss darauf haben, wie stark die Meinungen zur digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung variiert und ob und inwiefern die persönliche Souveränität im Umgang mit Technologien Auswirkung auf die Haltung zur Digitalisierung als Professionelle\*r Akteur\*in im Umgang mit Menschen mit Behinderung hat. Der hier beschriebene gesellschaftliche Bereich wird in direktem Zusammenhang zur Digitalisierung gestellt (Anhang A, Frage 5, 6, 7, 8). Dadurch soll verdeutlicht werden, dass die soziale und digitale Inklusion in allen gesellschaftlichen Bereichen untrennbar verwoben sind. Die Mehrheit der Bevölkerung (ca. 70 Prozent) nutzt zur Informationsbeschaffung bei Erkrankung das Internet (Deutsche Ärzteblatt, 2015). Ob und inwiefern diese Handlungsweise auch bei Menschen mit Behinderung Anwendung findet, soll daher an dieser Stelle betrachtet werden. Es werden zudem spezifisch Fragen (Frage 10, 10.1, 10.2) zum Bundesteilhabegesetz gestellt, da das Thema dieser Arbeit auf Grundlage des BTHG konstruiert wurde (siehe Kapitel 3: Politischer Hintergrund und Stand der Forschung).

Die Studie von Redmond & French (2016) besagt: Zur barrierefreien Nutzung digitaler Medien muss sichergestellt sein, dass die Haltung der Mitarbeiter\*innen und Freiwilligen, die sogenannten professionellen Akteur\*innen, gegenüber Behinderung zuversichtlich ist. Sie sollen den Menschen den Umgang zutrauen und sie darin unterstützen, indem sie barrierefreie Zugänge schaffen (Redmond, French, 2016). Durch Frage 9 soll die Haltung oder Orientierung der professionellen Akteur\*innen gegenüber Menschen mit Behinderung ersichtlich werden. Auf Frage 9 basiert die Forschungsfrage. Im letzten Teil des Leitfadens in der sogenannten Abschlussphase hat der\*die Expert\*in die Möglichkeit, zusätzliche offene Themen und Ergänzungen bezüglich dieser Thematik beizufügen. Der Leitfaden ist so gestellt, dass die Möglichkeit besteht, zwischen den einzelnen Fragen zu wechseln. Dadurch ist die Flexibilität des Leitfadens gesichert. Im Folgenden werden der Ablauf und die Durchführung der Befragung beschrieben.

#### **4.4 Durchführung der Befragungen**

Die geplante qualitative Datenerhebung wird den Teilnehmer\*innen anhand eines Studieninformationsbrief vorgestellt. Nach der Zustimmung der professionellen Akteur\*innen wird ein persönlicher Termin für das Interview zeitnah vereinbart. Um den Zugang zum Interview so problemlos wie möglich zu gestalten, werden die Treffen individuell abgesprochen und

vereinbart. Bei der Durchführung der Befragung ist nicht nur der inhaltliche Aufbau des Interviews wichtig, sondern auch äußere Einflussfaktoren sollten hierbei berücksichtigt werden. Deswegen müssen während der Durchführung der Befragung gewisse Regeln beachtet werden. Laut Diekmann (2007) soll die Befragung möglichst in einer angenehmen und ruhigen Atmosphäre durchgeführt werden. Diese Wohlfühlumgebung kann durch äußere Faktoren, wie z.B. die richtige Beleuchtung, Raumbeschaffenheit und Raumtemperaturen geschaffen werden. Ebenso sollte die Teilnahme einer dritten Person am Interview möglichst vermieden werden, um einen Einfluss auf die Antworten der Befragten und somit ein Bias der Endergebnisse zu verhindern (Diekmann, 2007, S. 468f).

Auch von Seiten der interviewenden Person sollte beachtet werden, dass die Fragen neutral formuliert und Suggestivfragen vermieden werden, um Fehlerquellen zu verringern (Diekmann, 2007, S. 449). Im Zusammenhang darauf wurden die Interviews in ein für die Teilnehmer\*innen vertrautem Umfeld durchgeführt, und zwar am eigenen Arbeitsplatz. Mit Ausnahme eines Interviews, bei dem sich der\*die Teilnehmer\*in bereit erklärt hat dieses vor Ort, in den Büroräumen des Klinikums durchzuführen. Im weiteren Verlauf wird der\*die Teilnehmer\*in vorab darauf hingewiesen, dass das Gespräch mit einem Diktiergerät aufgezeichnet wird. Ebenfalls wird den Proband\*innen zugesichert, dass ihre Aussagen vertraulich behandelt und ihre persönlichen Daten anonymisiert werden. Die Zustimmung an der Studienteilnahme wird durch die Unterschrift des Studieninformationsbrief bestätigt. Zu Beginn des Interviews wird zur Begrüßung der Zweck des Interviews und die ungefähre Zeitdauer von 30 bis 50 Minuten benannt. Im Rahmen der qualitativen Expert\*innen-Interviews werden professionelle Akteur\*innen im Versorgungssystem zu ihren Haltungen und ihren Einstellungen gegenüber der digitalen Teilhabe von erwachsenen Menschen mit Behinderung befragt. Am Ende der Befragung wird für die Teilnahme an der Studie bedankt und sich freundlich verabschiedet. Im Anschluss an die Befragung wird das Interview von der Expertin transkribiert, im nächsten Punkt wird dies genauer beschrieben.

#### **4.5 Transkription**

Für die Transkription der Interviews wurde das Prinzip des einfachen wissenschaftlichen Transkriptes das sogenannte ‚Grund Transkript‘ verwendet. Diese Methode ist gut dafür geeignet, wenn die Analyse des Materials sich auf den Inhalt des Interviews bezieht (Fuß, Karbach, 2014, S. 61). Bei der Transkription wird das Gesprochene zwar wortgetreu abgebildet, allerdings wird zur Vereinfachung und zum besseren Verständnis starke dialektische Wörter

ins Hochdeutsche übersetzt. Die Sprache wird sozusagen leicht geglättet. Des Weiteren werden grammatikalisch falscher Satzbau oder fehlerhafte Ausdrücke bei der Transkription beibehalten (Fuß, Karbach, 2014, S. 61, Kuckartz, 2014, S. 136f). Darüber hinaus gibt es keine einheitliche Regelung für die Transkription von qualitativen Interviews, sondern eine Vielzahl von unterschiedlichen Transkriptionsregeln. Diese wurden von verschiedenen Expert\*innen entwickelt und modifiziert. Die drei gängigsten Modelle sind die Transkriptionsregeln nach Kuckartz, Bohnsack und Schütze (Fuß, Karbach, 2014, S. 27).

Für diese Untersuchung wurde die Transkriptionsmethode nach Kuckartz verwendet, da sie insbesondere für die inhaltsanalytische Erfassung von Daten vorgesehen ist. Diese Methode umfasst unter anderem die folgenden Regeln, siehe Tabelle 1.

Legende des Transkriptes nach Kuckartz (2014)			
Pause in Sekunden	(.) Pause bis zu einer Sekunde	Angabe der Pausenlänge bei 2 (..) und 3 (...) Sekunden	Ab 4 Sekunden wird eine Zahl angegeben (4)
Lautstärke/Lautäußerungen	Sehr lautes sprechen in Großschrift: „HALLO“	Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen werden nicht notiert	Lautäußerungen die Aussage unterstützen in Klammern notiert (lachen), (seufzen)
Kennzeichnung der Personen	interviewenden Person mit „I“	befragten Person(en) „B1“, „B2“, „B3“...	/
Besondere Hervorhebungen bei	Störungen immer Angabe der Ursachen: z.B. (Handy klingelt)	Nonverbale Aktivitäten in Doppelklammern notiert, z.B. ((lacht)), ((stöhnt))	Unverständliche Wörter kenntlich gemacht: (unv.)
Nicht transkribierte Gesprächssequenz (Aufgrund von Anonymisierung oder für die Untersuchung nicht relevante Passagen)	Angabe der Zeitdauer: [...] #00:03:46 bis 00:08:58#	/	/

Tabelle 1: Transkriptionsregeln nach Kuckartz (eigene Darstellung; In Anlehnung an Kuckartz, 2014, S. 136 f.)

Die Zeichensetzung erfolgte nicht nach grammatikalischen Regeln, sondern wurde an die Intonation der jeweils sprechenden Person angepasst, um den Informationsverlust möglichst gering zu halten (Fuß, Karbach, 2014, S. 54f). Um die am Interview beteiligten Personen eindeutig zu kennzeichnen, sollte eine einheitliche persönliche Bezeichnung gewählt werden. Diese dient zudem der Anonymisierung beziehungsweise Pseudonymisierung der interviewten Personen (Fuß, Karbach, 2014, S. 76).

Auch Hinweise auf Personen im Arbeitsumfeld oder namentliche Nennungen von Bezugspersonen, die in den Redebeiträgen des Interviews entstehen können und dadurch das Zurückverfolgen der interviewten Person begünstigt werden könnte, müssen anonymisiert werden (Fuß, Karbach, 2014, S. 95f). In den vorliegenden Interviews wurden die interviewten Personen mit einer durchlaufenden Kodierung bestehend aus einem Buchstaben und der laufenden Nummer des Interviews bezeichnet (beispielsweise A1 oder B2). Die Interviewerin wurde mit den Initialen „I“ gekennzeichnet. Die Transkription des Interviews erfolgte mit Hilfe des Softwareprogrammes „Easytranscript“, Version 2.20.

#### **4.6 Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse**

Im Anschluss an die Transkription wird das Interview von einer Expertin mit dem Auswertungsverfahren nach Meuser und Nagel ausgewertet (Bogner et al., 2014, S. 25). Dieses Auswertungskonzept lehnt sich an die „Grounded Theory“ an. Hierbei handelt es sich um eine Form der qualitativen Inhaltsanalyse. Dieses Verfahren bietet sich für diese Studie an, da es sich bei diesen Expert\*innen-Interviews um explorative Interviews handelt, die auf eine Informationsgewinnung abzielen (ebd.).

Die Auswertung und die Analyse der Daten erfolgen in mehreren Schritten, worauf folglich eingegangen wird.

Im ersten Schritt erfolgt die Transkription des gesprochenen Wortes. Die Aufnahme wird abgehört und in das Textverarbeitungsprogramm „Word“ eingegeben. Wobei unvermeidlich überflüssige Pausen oder Stimmlagen, die im Verlauf des Gespräches entstehen können bei der Interpretation nicht berücksichtigt werden müssen. Eher steht das inhaltliche im Fokus. Des Weiteren geben Meuser und Nagel vor, dass je gelungener das Interview ist, desto ausführlicher sollte die Transkription erfolgen (Meuser, Nagel, 2005, S. 83).

Im nächsten Schritt findet eine zusammenfassende Inhaltsanalyse statt. Hierbei orientiert man sich bei der Paraphrasierung am chronologischen Verlauf des Textes. Beispielsweise wird das Gesagte nah am Text und in eigenen Worten zusammenfassend wiedergegeben. Die Entscheidung welche Textabschnitte des Interviews paraphrasiert werden, ist ganz allein von der Intention der Forschungsfrage abhängig. Somit wird der Ausgangstext auf eine überschaubare Kurzversion reduziert. Des Weiteren werden themengleiche paraphrasierte Passagen einzelnen oder mehreren Überschriften (Codes) zugeordnet. Ebenfalls werden ähnliche Paraphrasen zusammengefasst und somit wird der Text weiterhin auf das wesentliche reduziert. Diese Schritte werden bei jedem Interview einzeln durchgeführt (ebd., Bogner et al., 2014, S. 78f).

Im Anschluss folgt der thematische Vergleich. Hierbei werden alle Interviews miteinander thematisch verglichen, sortiert und zusammengefasst. Für themengleiche Passagen werden erneut einheitliche Codes gebildet. Dadurch entstehen neue und komplexere Paraphrasen, die die Hauptinhalte des Interviews zusammenfassen. Wichtig ist dabei zu erwähnen, dass alle Schritte nochmal kontrolliert werden müssen, um Fehler zu vermeiden. Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse ist in diesem Zusammenhang am sinnvollsten, da die einzelnen Inhalte des Interviews durch eine datengesteuerte schrittweise Kodierung herausgearbeitet werden. Zudem lässt sie sich auf sämtliche Arten von Dokumenten anwenden (Meuser, Nagel, 2005, S. 86; Dieckmann, 2001, S. 660f; Bogner et al., 2014, S. 78f).

## **5 Ergebnisse der Befragung**

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten mit dem Verfahren der theorieorientierten Kategorienbildung dargestellt, welches in der wissenschaftlichen Literatur auch als ‚deduktive Kategorienbildung‘ bezeichnet wird (Kuckartz, 2018, S. 64). Deduktiv bedeutet, dass die Kategorien vor dem Erheben der Daten gebildet werden können. Diese Form von Kategorienbildung wird häufig bei Inhaltsanalysen verwendet (ebd.). In dieser Studie wurden die einzelnen Kategorien sehr nah am Interviewleitfaden gebildet, da hier bereits eine inhaltliche Strukturierung vorgegeben ist. Im Folgenden werden die gebildeten Kategorien mit den Ergebnissen des Datenmaterials beschrieben.

### **5.1 Expert\*innen Vorstellung und Beschreibung der Tätigkeiten**

In dieser Kategorie werden die einzelnen professionellen Akteur\*innen, die an der Studie teilgenommen haben, vorgestellt und näher beschrieben. Hierbei geht es darum einen ersten Überblick über die einzelnen Expert\*innen und ihre jeweiligen Expertisen zu gewinnen. Der Verlauf ihres beruflichen Werdeganges sowie die Schwerpunkte ihrer Arbeit werden dargestellt, um in Erfahrung zu bringen, inwieweit die Interview-Partner\*innen aufgrund ihrer beruflichen Laufbahn Erfahrungen im Umgang mit Patient\*innen und vor allem mit Menschen mit Behinderung haben. Dies kann Aufschluss über Wert und Relevanz der Aussagen geben. Insgesamt haben am Interview vier Expert\*innen teilgenommen. Davon waren jeweils 50 Prozent männlich und weiblich. Die Altersspanne liegt zwischen 29 Jahren und 50 Jahren. Im Folgenden werden die einzelnen Expert\*innen vorgestellt, siehe Tabelle 2.

<b>Vorstellung und Beschreibung der Tätigkeiten des Samplings</b>		
<b>Sampling</b>	<b>Tätigkeit/ Schwerpunkte</b>	<b>Berufserfahrung mit Menschen mit Behinderung</b>
<b>Experte B1</b>	Soziologe und Gesundheitswissenschaftler und leitet seit zwei Jahren eine Stabstelle, im Bereich der Forschung, in einer Klinik.	Ca. 1Jahr und mehr
<b>Experte B2</b>	Psychiater und Psychotherapeut und leitet seit 1,4 Jahren eine medizinische Institution für Menschen mit Behinderung	Seit 8 Jahren
<b>Expertin B3</b>	Fachkraft im Pflege- und Betreuungsdienst in einer stationären Wohneinrichtung für Menschen mit einer Autismusspektrumsstörung und zusätzlich andere Behinderungsformen.	Seit 6 Jahren
<b>Expertin B4</b>	Internistin in einer medizinischen Einrichtung spezifisch für Personen mit Beeinträchtigung	Seit 7 Jahren

Tabelle2: Vorstellung und Beschreibung der Tätigkeiten des Samplings (eigene Darstellung)

- Experte B1

Der Experte B1 ist ein Soziologe und Gesundheitswissenschaftler. Während seiner Promotionszeit hat er in der Forschungsabteilung eines Krankenhauses bei einigen Forschungsprojekten mitgewirkt. Er hat dadurch viele Forschungserkenntnisse sammeln können. Aktuell leitet er seit zwei Jahren eine Stabstelle im Bereich der Forschung in einer Klinik. Bei seinen Schwerpunkten geht es hauptsächlich um die Koordination von Drittmittelforschung sowie das Beantragen von Drittmitteln und die Mitbegleitung von diversen Studien. Auch die interne Mitgestaltung und das Organisieren von Unternehmensstrukturen, wie beispielsweise der Aufbau und die Reglementierung einer neuen Fakultät kann dazu gezählt werden. Er nimmt ebenfalls im Rahmen von Versorgungsstrukturen auch an Entscheidungsprozessen teil. Zum Beispiel bei der Einführung von Digitalisierungsprozessen.

Aufgrund seiner beruflichen Position hat er genug Einfluss und gilt somit als Gatekeeper innerhalb der Forschung, wodurch er die mediale Teilhabe für Menschen mit Behinderung fördern kann. In seiner beruflichen Laufbahn ist er in Kontakt mit Menschen mit Behinderung getreten und konnte dadurch Erfahrung in der Arbeit und im Umgang mit Menschen mit Behinderung sammeln. Von einem offenen Umgang mit dieser Zielgruppe kann demnach ausgegangen werden.

- Experte B2

Experte B2 ist Psychiater und Psychotherapeut und ist seit 2011 ausschließlich für und mit Menschen mit Behinderung tätig. Nach seinem Arzt im Praktikum (AiP) hat er eine Tätigkeit in der Neurologie und Psychiatrie im Krankenhaus begonnen. Dort befindet sich zudem eine Spezialabteilung für Personen mit intellektueller Entwicklungsbeeinträchtigung. Während seiner Elternzeit ist er zwar in anderen Abteilungen eingesetzt gewesen, hat aber in diesem Bereich schon immer tätig sein wollen. Nach dem Ende seiner Elternzeit ist er dort wiedereingesetzt worden und empfindet es als spannend, weil die Arbeit dort mehrere Disziplinen vereint. Seine Aufgabe ist es, zuzuordnen, ob die Ursache eines Problemverhaltens körperlich oder psychisch ist und ob es einen Zusammenhang mit kognitivem Leistungsvermögen und der emotionalen Entwicklung gibt. Ebenfalls zu dieser Aufgabe gehört zu prüfen, wie die Systembedingungen zum Beispiel im Lebensumfeld hinsichtlich Über- oder auch Unterforderungen sind. Aktuell leitet er seit 1,4 Jahren eine neue medizinische Institution, daneben macht er Konsile im Krankenhaus. Dort begegnet er Menschen, bei denen ggf. auch eine psychiatrische Fragestellung vorliegt.

Aus seiner Berufslaufbahn geht hervor, dass er viele Jahre mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung gearbeitet hat. Daraus lässt sich schließen, dass er genug Kenntnisse und Erfahrungen hinsichtlich dieser Zielgruppe gesammelt hat. Er ist geeignet für die Expert\*innen Befragung bezüglich dieser Thematik. Zudem hat er ein hohes Bildungsniveau erreicht und hat durch seine Qualifikation als Psychotherapeut bzw. Psychiater auch einen besonderen Zugang zu diesem Klientel.

- Expertin B3

Die Expertin B3 hat vor 6 Jahren eine Ausbildung zur Ergotherapeutin abgeschlossen. Im Laufe ihrer Ausbildungszeit hat sie mehrere Praktika in unterschiedlichen Einrichtungen für Personen mit Behinderung absolviert. Während ihres letzten Praktikums im Rahmen ihrer Ausbildung in einer Werkstatt für diese Zielgruppe ist die Expertin mit einigen Menschen mit einer Autismusspektrumsstörung in Kontakt gekommen. Direkt nach der Ausbildung hat sie angefangen, in dieser stationären Wohneinrichtung zu arbeiten.

Seit circa 6 Jahren arbeitet sie als Fachkraft im Pflege- und Betreuungsdienst in einer stationären Wohneinrichtung für Menschen mit einer Autismusspektrumsstörung und andere Behinderungen. Diese benötigen unterschiedliche Behandlungsformen, ergänzend zum Autismus. Die Schwerpunkte ihrer Arbeit als Pflegefachkraft liegen in der Betreuung der Klient\*innen und in der Vorbereitung sowie Nachbereitung der Visiten für unterschiedliche medizinische Fachbereiche. Sie ist ebenfalls als Medikamentenbeauftragte eingesetzt und ein weiterer Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist die Beratung und Unterstützung von Angehörigen der Klient\*innen. Außerdem nimmt sie an Seminaren, wie beispielsweise der Autismusfachtagung, teil, bei dem sie eigene Beiträge einbringt. Daraus resultiert, dass sie im Rahmen ihres Berufes eine bedeutende Verantwortung trägt, was auf eine hohe Professionalität ihrer Person sowie Verantwortungsbewusstsein hindeutet. Außerdem ist sie bestrebt sich weiterzubilden und sich neues Wissen anzueignen.

Aufgrund der vorhandenen Ausbildung, sowie langjährige Berufserfahrung in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, wird die interviewte Person als geeignet und professionell angenommen, um Aussagen zum Thema ‚digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung‘ darlegen zu können. Die Expertin hat eine positive Einstellung zur Arbeit mit Menschen mit Behinderung und sieht die Arbeit sowohl als interessant, als auch als persönliche Herausforderung an.

- Expertin B4

Die Interviewende arbeitet insgesamt seit über 10 Jahren als Fachärztin für innere Medizin. Nach einer Tätigkeit in einem großen Krankenhaus für die Maximalversorgung ist sie jetzt seit sieben Jahren in einer medizinischen Einrichtung spezifisch für Personen mit Beeinträchtigung tätig. Aufgrund der erschwerten Verbindung zur gesundheitlichen Versorgung für einige Menschen mit Behinderung muss sich die Ärztin mit anderen medizinischen Bereichen außerhalb ihres Fachgebietes befassen. Zu ihren hauptsächlichen Tätigkeitsschwerpunkten gehört es, dieser Zielgruppe den Zugang für gesundheitliche Untersuchungen zu ermöglichen. Der Anreiz des breiten Spektrums, die die innere Medizin für Menschen mit Behinderung mit sich bringt und der sporadische Kontakt mit dieser Zielgruppe im großen Krankenhaus für die Maximalversorgung hatten einen positiven Einfluss auf ihre jetzige Berufsorientierung.

Aus ihren 7 Jahren Berufserfahrung mit Menschen mit Behinderung lässt sich schließen, dass die Person bereits vielschichtige Einblicke und ein daraus resultierendes hohes Erfahrungswissen gewonnen hat. Außerdem wird aus ihrer beruflichen Laufbahn deutlich, dass sie gerne mit dieser Zielgruppe arbeitet und dass sie dieser Zielgruppe gegenüber aufgeschlossen ist.

Insgesamt kann gesagt werden, dass alle vier Expert\*innen für die gesamte Gruppe der professionellen Akteure\*innen eine zuverlässige Auswahl darstellen.

## **5.2 Digitale Beschaffenheit, Internetzugang und Nutzung in den Einrichtungen**

Bei dieser Kategorie sollen die Ergebnisse zur digitalen Beschaffenheit und des Internetzuges in den verschiedenen Einrichtungen sowohl für das Personal als auch für die Patient\*innen oder Klient\*innen dargestellt werden. Aus Sicht der professionellen Akteur\*innen soll herauskristallisiert werden, inwiefern sie mit der medialen Welt vertraut sind und welche persönliche und professionelle Orientierung vorherrscht. Dies könnte einen Einfluss auf ihre Meinung zur digitalen Teilhabe bzw. zur Mediennutzung von Menschen mit Behinderung haben. Durch die Befragung nach der digitalen Beschaffenheit in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderung soll festgestellt werden, inwiefern sie von einer medialen Exklusion betroffen sind.

### **5.2.1 Internetzugang in den Einrichtungen für Mitarbeiter\*innen**

Im folgenden Zitat wird der Internetzugang für das Personal in den medizinischen Einrichtungen ersichtlich:

*„Ehm für Mitarbeitende gibt es kein freies WLAN, sondern ehm Mitarbeitende haben also je nach dem in welchen Bereichen sie arbeiten eben Zugänge über ihre Dienst-PCs oder Diensthandys oder auch Tablets. [...] ehem aber jetzt z.B. also es gibt jetzt keine Möglichkeit innerhalb des Netzes z.B. Social Media Sachen aufzurufen, oder was auch also nicht geht über Dienstrechner und so weiter ist, man kann keine externen ehem Mailprogramme usw. aufrufen. Also was weiß ich Yahoo oder Web.de das ist alles quasi gesperrt aber eben natürlich auch, um das Netzwerk hier zu schützen, weil das Krankenhaus Informationssystem, also das interne Netz tatsächlich geschützt werden muss vor vielen Sachen“ (Interview B1, 2019, S. 2ff, Zeile 55-65).*

In den medizinischen Einrichtungen wird für die Mitarbeiter\*innen kein freies WLAN zur Verfügung gestellt, allerdings wird der Internetzugang über die im Dienst zur Verfügung gestellten digitalen Geräte geregelt. Es ist von der Abteilung abhängig, welche Geräte den Mitarbeiter\*innen zur Verfügung gestellt werden. Der Zugriff auf *Social Media* Netzwerke sowie auf externe Mailprogramme bleibt den Mitarbeiter\*innen verwehrt. Dies wird mit dem Datenschutz des internen Netzwerkes des Klinikums begründet. Daraus erschließt sich, dass der Internetzugang vom Arbeitgeber\*in kontrolliert wird. Auch das Surfen im Netz wird durch die Sperrung von einigen Websites eingeschränkt.

Hingegen unterscheiden sich die Verhältnisse des Internetzugangs für die Mitarbeiter\*innen in den stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigung.

*„jahn, das ist wie in vielen Einrichtungen in doch sehr begrenzt- ehem wir haben einen Zugang, der muss allerdings von meiner Chefin freigeschaltet werden, wenn ich den nutzen möchte. Ansonsten steht uns nur das bekannte Intranet zur Verfügung“ (Interview B3, 2019, S. 4, Zeile 71- 74).*

Der Internetzugang ist in dieser stationären Wohneinrichtung sowie auch in den anderen stationären Wohneinrichtungen für die Mitarbeiter\*innen relativ eingeschränkt. Es ist zwar ein Zugang vorhanden, der aber nur seitens der Leitung der stationären Wohneinrichtung in Anspruch genommen werden kann, sowie lediglich auf Anfrage freigeschaltet wird. Jeder der Mitarbeiter\*innen hat einen freien Zugriff auf das Krankenhaus interne Intranet.

*„natürlich kann man dort auch schon viele Sachen ehnm nachschauen, wie z.B. war alles was im Organisationshandbuch steht, wie der Umgang mit, mit ehm mit PEJ, PEG, wie ver- abreiche ich die Medikamente richtig, was habe ich im Fall X zu tun“ (Interview B3, 2019, S. 4, Zeile 74- 76).*

Im Krankenhaus internen Intranet können berufsrelevante Themen nachgelesen werden. Als Beispiel wird das Organisationshandbuch benannt, worin verschiedenes über den Umgang mit den Klient\*innen sowie zur Gesundheitspflege der Klient\*innen steht.

Der Zugriff auf das interne Intranet wird zum einen als eine Hilfe im Berufsalltag beschrieben, die Zugangsbeschränkungen zum Internet werden jedoch als hinderlich im beruflichen Alltag erlebt:

*„Das schränkt uns Mitarbeiter natürlich schon ein. Deswegen greifen wir auch, auch wenn es manchmal nicht so richtig ist, auch mal auf unsere Mobiltelefone zurück, wenn man mal gerade sich nen Überblick z.B. verschaffen will, was kostet Artikel XY? Kann sich der Klient das leisten? Weil bevor ich sowas z.B. bei einem gesetzlichen Betreuer beantragen muss, muss ich eine ja ne grobe Idee haben, über wie viel Geld reden wir bei(..) weiß ich nicht, ne besonderen Lampe für das Zimmer des Klienten“ (Interview B3, 2019, S. 4, Zeile 91- 96).*

Die Zugangsbeschränkungen am Arbeitsplatz oder in der Institution werden als deutliche Einschränkung in der beruflichen Tätigkeit erlebt, da weitere für die Mitarbeiter\*innen wichtige Informationen nicht ohne Hürden über das Internet beschaffen werden können. Deshalb wird zum Beispiel trotz Smartphonesverbotes bei der Informationssuche darauf zurückgegriffen. Diese Zugangsbeschränkungen stellen eine deutliche Barriere hinsichtlich der erforderlichen Informationsbeschaffung zur optimalen Versorgung der Patient\*innen und Durchführung eines reibungslosen Arbeitsalltages dar.

Die Gründe für den eingeschränkten oder kontrollierten Internetzugang wurden von allen Teilnehmer\*innen ähnlich geschildert. Dies wird durch das folgende Zitat detailliert erläutert:

*„Also es gibt auch dazu neue Leitlinien zum Umgang zu mit neuen Medien und der Arbeitswelt. Und eben z.B. bei also es fängt bei so Kleinigkeiten an wie das man eben natürlich nicht einfach nen Selfie mit einem Patienten auf seine Facebook Seite stellt oder dass es problematisch sein kann, wenn man eigentlich offiziell im Dienst ist und gleichzeitig bei Instagram Fotos postet oder so. Also ja, da muss man natürlich gucken Arbeitswelt, Datenschutz, Rechte von Patienten und Patientinnen und auch anderen Mitarbeitenden sozusagen irgendwie aufeinanderprallen, wo man gucken muss wie geht man damit um“ (Interview B1, 2019, S. 3, Zeile 76-84).*

Zu den weiteren Begründungen für die Einschränkung des Internetnetzwerkes oder des Zugangs wird Bezug zu den neuen „Leitlinien zum Umgang mit neuen Medien und der Arbeitswelt“ genommen. Diese Leitlinien besagen, dass es den Mitarbeiter\*innen während ihrer Dienstzeit nicht gestattet ist, Zugriff auf die sozialen Netzwerke zu haben. Damit soll dem neuen Datenschutzrecht Rechnung getragen werden, indem z.B. die Patient\*innen vor *Social Media* Übergriffen im Internet geschützt werden und ebenfalls sollen die anderen Mitarbeiter\*innen auf der Arbeit rechtlich gesichert werden. Die Mitarbeiter\*innen sollen dadurch weniger von ihrer Tätigkeit abgelenkt werden. Mit dem neuen Arbeitsschutzgesetz sind sowohl die Patient\*innen als auch die Mitarbeiter\*innen geschützt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Mitarbeiter\*innen in den medizinischen, ambulanten und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe einen Zugang zum Internet haben. Allerdings ist der Zugang für Websites der Freizeitgestaltung eingeschränkt. Hingegen hat das Personal in den stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe absolut keinen Zugang zum Internet. In beiden Fällen spielt der datenschutzrechtliche Aspekt eine große Rolle. Des Weiteren soll verhindert werden, dass Mitarbeiter\*innen ihrer Tätigkeiten, durch die Ablenkung der Internetnutzung, nicht nachkommen.

### **5.2.2 Internetzugang in den Einrichtungen für Patient\*innen/ Klient\*innen**

Zum Internetzugang für die Patient\*innen und Klient\*innen hat sich in den ambulanten und stationären medizinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe folgendes gezeigt:

*„Also ein WLAN-Zugang für Patienten gibt es glaube ich im Krankenhaus noch nicht“ (Interview B4, 2019, S. 4, Zeile 86-87).*

Es besteht für die Patient\*innen der stationären medizinischen Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigung kein freier Internetzugang. Die digitale und mediale Teilhabe ist nicht gewährleistet. Dies ist auch in den ambulanten medizinischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung der Fall:

*„Für die Patienten nicht. Das ist auch keine stationäre Behandlung hier. Das ist ja so ambulant. Die kommen zu uns zum Termin oder zu mehreren Terminen zur Diagnostik und zur Untersuchung. Da ist das in der in der bisherigen Prozedur noch gar nicht relevant gewesen, dass das eh jetzt unbedingt erforderlich ist das so zu haben“ (Interview B2, 2019, S.5,Zeile98-101).*

Nach Aussage des Psychiaters wird in der ambulanten medizinischen Versorgung für die

Patient\*innen, die nur zur ambulanten Behandlung sowie zu mehreren Diagnostik- und Untersuchungsterminen erscheinen, der Zugang zum Internet nicht gestattet. Dies wird so begründet, dass bisher der Internetzugang für die Patient\*innen nicht relevant war. Indirekt zeigen sich erste Anzeichen zur persönlichen Orientierung des Experten bezüglich der medialen Teilhabe von Personen mit Behinderung, nämlich das für Menschen mit Behinderung die mediale Teilhabe nicht notwendig ist.

Für Patient\*innen in der medizinischen Maximalversorgung und Klient\*innen der stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigung sieht der Internetzugang wie folgend aus:

*„Patienten und Patientinnen haben die Möglichkeit über WLAN ins Internet zu gehen“* (Interview B1, 2019, S. 2, Zeile 54-55).

Im Klinikum der Maximalversorgung haben die Patient\*innen einen freien WLAN- Zugang. Somit wird hier die mediale Teilhabe unterstützt.

Ähnlich sieht es in den stationären Wohneinrichtungen für diese Zielgruppe aus, allerdings erweisen sich Schwierigkeiten bei der Nutzung des Internets:

*„Nee, also das wird eben auch freigeschaltet. Also wir haben im Großen und Ganzen im Haus schon nen WLAN- Zugang liegen“* (Interview B3, 2019, S. 6, Zeile 147-148).

*„Was das angeht, haben wir recht wenig Klienten, die überhaupt so ein medialer Zugang nutzen [...]“* (Interview B3, 2019, S. 5, Zeile 121).

Für die Klient\*innen besteht ein Internetzugang, welcher aber von ihnen nur wenig benutzt wird. Daraus folgt, dass Klient\*innen seitens der professionellen Akteur\*innen im Kontext der Befähigung zum medialen Umgang nicht ausreichend unterstützt werden.

So kann gesagt werden, dass für die Patient\*innen in den üblichen Krankenhäusern und in den stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe ein Internetzugang vorhanden ist. Allerdings weisen die Klient\*innen in den stationären Wohneinrichtungen keine ausreichenden Ressourcen in der digitalen Souveränität auf. Hingegen ist sowohl in der stationären als auch in der ambulanten medizinischen Versorgung für Menschen mit Beeinträchtigung kein Internetzugang für die Patient\*innen eingerichtet.

### **5.2.3 Digitale Beschaffenheit in den Einrichtungen für Mitarbeiter\*innen**

Im Folgenden werden die Resultate zur digitalen Beschaffenheit und Nutzung in den diversen Institutionen für die Mitarbeiter\*innen vorgestellt.

Diesbezüglich wird jeweils nach Einrichtungsform unterschieden. In den medizinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sind digitale Medien ausreichend vorhanden:

*„(.) Also für den Mitarbeiterbereich würde ich sagen ja. Die Digitalisierung geht auch hier voran. Wir haben sowohl für Pflegepersonal als auch Ärzte jetzt im letzten Jahr auch eine Umstellung auf Tablettts, dass ebend Dokumentationen etc. über Tablettts erfolgen kann“* (Interview B4, 2019, S. 5, Zeile 101-103).

Zu der digitalen Beschaffenheit in der Einrichtungen für die Mitarbeiter\*innen kann gesagt werden, dass aus Sicht der Expert\*in diese relativ gut ausgestattet ist. Die medizinische Dokumentation erfolgt digital und PCs sind ausreichend vorhanden. Die befragte Expertin ist mit der medialen Welt vertraut. Ihre Aussagen zur digitalen Teilhabe im Bezug für Menschen mit Behinderung, können realistisch eingeschätzt werden.

Ebenfalls wird diese Aussage von einem weiteren Experten bestätigt. Laut seiner Erläuterungen sind an den Arbeitsplätzen insgesamt 5 PCs vorhanden und an diesen Plätzen sind überall Zugangsmöglichkeiten zum Internet möglich. (Interview B2, 2019, S. 5, Zeile 90-91).

Die Situation für die Mitarbeiter\*innen in den stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe unterscheidet sich davon sowohl hinsichtlich der digitalen Beschaffenheit als auch deren Nutzung.

*„hmm, ehm. Smartphones spielen tatsächlich bei uns keine Rolle“* (Interview B3, 2019, S. 7, Zeile 162).

Die offizielle Nutzung von Smartphones im Berufsalltag ist nicht erlaubt und wird dementsprechend nicht benutzt. Andere Formen von digitalen Medien wurden nicht erwähnt. Dies deutet auf ein ungenügendes Vorkommen an digitalen Medien für die Mitarbeiter\*innen hin. Schlussfolgernd kann festgestellt werden, dass Mitarbeiter\*innen in den medizinischen Einrichtungen von Menschen mit Behinderung im Vergleich zum Personal aus den stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung eine angemessenere und bedarfsgerechtere digitale Beschaffenheit und Nutzung haben.

#### **5.2.4 Digitale Beschaffenheit in den Einrichtungen für Patient\*in /Klient\*in**

Die Ergebnisse zur digitalen Beschaffenheit und Nutzung in den einzelnen Einrichtungen der Behindertenhilfe, aus Patient\*innen und Klient\*innen Sicht, werden im Folgenden vorgestellt.

Weitere Ergebnisse zeigen, dass in allen Einrichtungen der Behindertenhilfe, die digitalen Strukturen für die Patient\*innen und Klient\*innen nicht ausreichend bis gar nicht zur Verfügung gestellt werden:

*„[...] und da würde ich sagen, dass es stark davon abhängt in welcher Einrichtung man sich befindet und wie die dann ausgestattet ist. Weil das tatsächlich differiert zwischen relativ gut ausgestattet bis hin zu eher nicht. Aber vielleicht auch eher nicht, weil das Klientel sozusagen oder Patienten und Patientinnen vielleicht auch tatsächlich weniger digital teilhaben“* (Interview B1, 2019, S. 4, Zeile 116-132).

Dem Experten zufolge hängen die digitale Beschaffenheit und Internetnutzung jeweils von den verschiedenen Institutionen ab. Die Ausrüstung in den Einrichtungen variiert stark zwischen einer guten Ausrüstung bis hin zu unzureichender Ausstattung. Die Tendenz zur schlechten Versorgung ist allerdings höher. Die Begründung hierfür könnte der seltene Umgang mit digitalen Medien seitens der Klient\*innen oder Patient\*innen sein. Nicht alle Klient\*innen in den Wohneinrichtungen haben dieselben Voraussetzungen und die gleichen Bedingungen, um digital teilhaben zu können. Möglicherweise haben Menschen mit einer Behinderung weniger Bedarf an der digitalen und medialen Teilhabe.

Die Begründung für die nicht ausreichende digitale Beschaffenheit in den einzelnen Einrichtungen, kann an einem weiteren Praxisbeispiel veranschaulicht werden:

*„[...] von denen wenigen, die in den Einrichtungen sind, habe ich vielfach gehört, dass der Zugang dann eingeschränkt ist. Das da schon Computerarbeitsplatz gibt in den Einrichtungen aber der ist dann meistens immer so in dem Zimmer von dem Sozialdienst Mitarbeitenden oder wenn es eine stationäre Versorgung eh Wohneinrichtung ist, dann in dem Raum der, der Mitarbeitenden der Einrichtung und der ist dann immer so eingeschränkt zu verschiedenen Zeiten dann zugänglich. Und der muss dann offen/geschlossen werden oder Computer hochgefahren werden und wie dann da so die Unterstützung jeweils ist mit den Zeiten, das kann ich gar nicht so gut sagen. Aber das ist eher echt selten, dass das so angeboten wird. Das ist so meine Erfahrung“* (Interview B2, 2019, S. 7, Zeile 147-155).

Nach Angaben des Experten berichten die Klient\*innen der Einrichtungen häufig über ein lediglich eingeschränkten medialen Zugang, sodass zwar zum Beispiel einen Computerarbeitsplatz vorhanden ist, dieser sich aber in einen Raum befindet, der ausschließlich den\*der Mitarbeitenden zur Verfügung steht und zeitlich nur eingeschränkt zugänglich ist. Es ist selten, dass der mediale Zugang angeboten wird. Die digitale und mediale Teilhabe ist aufgrund

fehlender personeller Ressourcen als auch Räumlichkeiten in den stationären Wohneinrichtungen für Klient\*innen stark eingeschränkt. Somit ist für die Klient\*innen auch der Erwerb von Medienkompetenzen nicht gewährleistet.

Als weitere Begründung für die nicht adäquate digitale Beschaffenheit wird der nicht vorhandenen Bedarf an Mediennutzung von Menschen mit Behinderung angeführt:

*„Was die Ausrüstung für Patienten angeht, sind andere Krankenhäuser weiter, weil sie ebend aber auch mehr Nutzer haben. Wenn ich jetzt als gesunder Mensch oder nicht behinderter Mensch in ein Krankenhaus komme, habe ich in vielen Häusern durchaus die Möglichkeit z.B. mich über das WLAN mit dem Internet zu verbinden. Auch noch nicht in allen Krankenhäusern, aber in vielen zumindest“* (Interview B4, 2019, S. 6, Zeile 129-136).

Laut Einschätzung der Expertin sind andere öffentliche Kliniken aufgrund des höheren Bedarfes der dort behandelnden Patient\*innen besser digital ausgestattet. Menschen ohne Behinderung nutzen häufiger das Internet und haben im Vergleich zu Menschen mit Behinderung bessere Möglichkeiten das Internet zu nutzen.

Weiterhin gilt die kognitive Einschränkung als Grund für die verminderte Nutzung der digitalen Medien:

*„Was das angeht haben wir recht wenig Klienten, die aufgrund kognitiver Einschränkung, überhaupt so ein medialer Zugang nutzen, aber wir haben zwei Klienten die arbeiten selber auch zum einen, auff jedenfall der eine Klient, um sich auszudrücken mit nem Tablett und ehm beide nutzen ein Tablett, um auch um mit ihren Angehörigen auch Kontakt zu halten“* (Interview B3, 2019, S. 5, Zeile 121-124).

Bezüglich der digitalen Beschaffenheit in den stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung wird berichtet, dass digitale Medien und der mediale Zugang aufgrund der kognitiven Einschränkung der Klient\*innen wenig benutzt werden. Tablets sind allerdings im Einsatz. Einige Klient\*innen nutzen das Tablet zur Kommunikation mit ihren Angehörigen. Die Einschränkung der Nutzung von digitalen Medien sowie des Internets führt bei den professionellen Akteur\*innen zu einer eingeschränkten Freiheit, gemeinsam mit den Menschen mit einer kognitiven Behinderung den Nutzen von digitalen Informationsmedien zu entdecken.

Allerdings kennen die Klient\*innen die Funktionen bzw. den Nutzen von Smartphones:

*„Und wenn sie uns manchmal mit unserem Handy in der Hand sehen, dann kommen sie manchmal ganz gezielt aus uns zu und zeigen es eben durch eine bestimmte Geste oder Mimik, dass sie jetzt Musik hören möchten oder so“ (Interview B3, 2019, S. 7, Zeile 175-177).*

Die Nutzung des Smartphones durch die professionellen Akteur\*innen übt eine große Anziehung auf die Klient\*innen aus, sodass die Motivation steigt, diese ebenfalls zu nutzen. Einerseits werden die Klient\*innen aufgrund ihrer kognitiven Einschränkung für nicht fähig gehalten, Smartphones zu nutzen. Andererseits wird eine große Anziehung des Smartphones für Personen mit Behinderung beschrieben. Dies deutet auf Unsicherheit bezüglich der Einschätzung der digitalen Kompetenz von Menschen mit einer Autismusspektrumsstörung oder intellektuellen Beeinträchtigung hin.

Es wird ebenfalls berichtet, welche digitalen Medien von den Klient\*innen in stationären Wohneinrichtungen am meisten konsumiert werden:

*„Wenn man das jetzt mal noch ein bisschen weitersehen will, was natürlich der Absolute Renner ist, ist sowas wie Radio und Fernsehen, ne Song an“ (Interview B3, 2019, S. 7, Zeile 165-167).*

Als Leitmedium für die Klient\*innen wird das Radio und Fernsehen beschrieben. Auditive und audiovisuelle Medien eignen sich gut für Personen mit intellektueller Behinderung.

Zusammenfassend kann die nicht angemessene digitale Beschaffenheit in den einzelnen Einrichtungen der Behindertenhilfe mit einem Mangel an Bedarf sowie der kognitiven Einschränkung der Klient\*innen und Patient\*innen begründet werden.

### **5.3 Mediale Handlungsweise zur Informationsbeschaffung über Erkrankungen**

In dieser Kategorie soll die mediale Handlungsweise zur Informationsbeschaffung über Gesundheit und Krankheit, sowohl bei Menschen mit Behinderung als auch bei Menschen ohne Behinderung näher betrachtet werden. Hierbei können etliche Nachteile und Barrieren, die bei der Informationsrecherche und der Beschaffung von gültigen Informationen einen negativen Einfluss haben könnten, erfasst werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass verschiedene Faktoren, darunter auch die unterschiedlichen Behinderungsformen, Einfluss auf die mediale Handlungsweise zur Beschaffung von Informationen über Erkrankungen bei Menschen mit Behinderung haben.

*„Also überwiegend könnte ich was zu den Patienten berichten. Wir haben hier sehr unterschiedliche Patienten und dann ist immer so die Frage mit der Teilhabe, digitale Teilhabe*

*was ist das denn für ne Gruppe? Was ist das für ein Begriff jetzt so Menschen mit Behinderung? Ehm, hier kommen Menschen zu uns mit einer intellektuellen Entwicklungsstörung“ (Interview B2, 2019, S. 10, Zeile 242-244).*

Dem Experten nach muss wahrscheinlich zwischen Menschen mit erworbenen kognitiven Beeinträchtigung und körperlichen Behinderung differenziert werden. Jede Behinderungsart hat unterschiedliche Bedarfe und benötigt eine darauf angepasste und zugeschnittene Form der digitalen Teilhabe. Es wird zwischen Menschen mit körperlicher, seelischer und geistiger Behinderung differenziert. Nicht alle Menschen mit Behinderung haben die gleichen Möglichkeiten und Voraussetzungen, um medial teilhaben zu können.

Auf das mediale Informationsverhalten von Menschen mit einer intellektuellen Behinderung wird im Folgenden detaillierter eingegangen:

*„Naja, das ist bei uns halt tatsächlich auch recht gering, weil dafür sind die Klienten tatsächlich kognitiv eingeschränkt. Das ist dann tatsächlich eher, dass die Eltern oder die Angehörigen, die gesetzlichen Betreuer sich darüber informieren, weil auch die sind im Regelfall medizinisch nicht so geschult, wie z.B. ich das bin. Und fragen sich jetzt was heißt jetzt Katatone Schizophrenie“ (Interview B3, 2019, S. 9, Zeile 234-238).*

Menschen mit einem schweren Grad der kognitiven Einschränkung informieren sich nicht über mediale Wege zu ihrer Erkrankung. Die Informationsbeschaffung wird hier beispielsweise über Angehörige und Betreuer\*innen sowie gesetzliche Betreuer\*innen durchgeführt. Daraus lässt sich erschließen, dass die Informationen in den digitalen Medien nicht barrierefrei gestaltet sind.

Weiterhin werden Nachteile und Barrieren, die die Informationsbeschaffung über mediale Wege einschränken, benannt:

*„Und das ist halt unglaublich viel Schmu im Internet auch zu finden, also so Sachen, so halb Wahrheiten gerne. Deswegen sagt man ja auch für sich selbst, so allgemein, ja fragen wir mal Dr. Google. Das sagt man nicht zu Grund. Ich meine, ich kann vllt. mit meinem erlernten Beruf und meinem Wissen unterscheiden, ok ich werde hoffentlich jetzt nicht gerade Darmkrebs haben, wenn ich Bauchschmerzen habe ((Lachen)). Aber ich sehe das z.B. auch schon manchmal bei meinem Partner, dass das dann manchmal in ne falsche Richtung geht. Und man dann echt intervenieren muss“ (Interview B3, 2019, S. 11, Zeile 279-286).*

Auch für Menschen ohne kognitive Einschränkung besteht die Gefahr bei der Informationsbeschaffung zu Erkrankungen über mediale Wege an Fehlinformationen zu gelangen. Diese können aufgrund fehlender medizinischer Kompetenzen und Fachwissen nicht sachgemäß interpretiert werden. Die Nutzung digitaler Medien zur Beschaffung von Informationen über Erkrankungen und Symptome können sowohl für Menschen mit als auch ohne kognitive Einschränkung eine Gefahr und ein Risiko darstellen. Somit wird davon ausgegangen, dass es noch kaum gut gesicherten medialen Plattformen zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen für Menschen mit Behinderung und ohne Behinderung vorhanden sind.

Allerdings kann sich die mediale Beschaffung von Informationen auch als vorteilhaft erweisen:

*„Wenn man sich Informationen aus dem Internet besorgt und diese dann mit dem Arzt seines Vertrauens sozusagen bespricht und rückkoppelt dann kann dabei viel Gutes rumkommen. Weil das die eigene Informationsdichte verbessert und weil es auch natürlich mehr Sicherheit gibt, wenn man die Fragen, die dann auftauchen besprechen kann“* (Interview B4, 2019, S. 8, Zeile 193-198).

Die Informationsbeschaffung über mediale Wege könnte sich vorteilhaft auswirken, wenn zwischen dem behandelnden Arzt oder Ärztin und Patient\*in eine gegenseitige Rücksprache zu den aus dem Internet gewonnen Informationen stattfindet. Dies könnte sich zur Unterstützung der Therapie als hilfreich erweisen. Eine Übersicht, aus welchen Quellen die Informationen stammen, kann Klarheit und Effizienz im Rahmen der Therapie verschaffen.

Für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wurden weitere Nachteile und Barrieren, die die Informationsbeschaffung über medialen Wegen behindern, erwähnt:

*„So stelle ich mir zum Beispiel vor. Man sitzt vor dem Fernseher oder vor dem Internet und sieht da blinkt eine Werbung auf, da kommt ein neues Bild, dann springt hier noch irgendwie so ein Pop-up Gedöns auf. Und das ist zu viel und so geht es vielen Klienten glaube ich auch. Ne, das dann gar nicht mehr durch diese ganze personalisierte Werbung und die ganzen bunten Bilder das ist zu viel. Die können nicht mehr separieren nach was suche ich gerade oder was will ich gerade sehen.“* (Interview B3, 2019, S. 15, Zeile 402-408).

Die personalisierten Werbeangebote in den digitalen Medien sind für Menschen mit einer kognitiven Einschränkung nicht förderlich und angemessen gestaltet. Dies kann zur Überforderung der Informationsaufnahme für die Betroffenen führen. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Zugang zur medialen Teilhabe dadurch eingeschränkt wird.

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass sich Menschen mit einer kognitiven Einschränkung nicht medial über ihre Erkrankung informieren können, da im Allgemeinen und spezifisch für dieses Klientel keine geeigneten, angepassten und evidenzbasierten Informationsplattformen entwickelt wurden. Sowohl Menschen mit Behinderung als auch ohne Behinderung benötigen eine Begleitung und Unterstützung bei der Informationssuche über Erkrankungen im Internet.

#### **5.4 Aktueller Wissensstand und Meinung über das Bundesteilhabegesetz (BTHG)**

Da der Kerngedanke dieser Untersuchung auf dem neuen BTHG basiert, wurden die Expert\*innen zu ihrem aktuellen Wissensstand und ihrer persönlichen Meinung diesbezüglich befragt. Dadurch soll unter anderem in Erfahrung gebracht werden, inwiefern sich dieses Gesetz in der Praxis etabliert hat und wie sich die persönliche Orientierung der Expert\*innen zur Thematik der Teilhabe von Menschen mit Behinderung darstellt.

Bei den professionellen Akteur\*innen haben sich Unterschiede und Gemeinsamkeiten zum Wissenstand und der Einstellung über das BTHG gezeigt. Expert\*innen aus der medizinischen Versorgung der Behindertenhilfe haben folgendes darüber erwähnt:

*„Also da muss ich gestehen also das Bundesteilhabegesetz für, da bekomme tatsächlich gar nicht so viel von mit. Ehm für uns in der Medizin ist es tatsächlich eher schon ein Schritt davor nämlich mit der WHO-Konvention zur Gleichstellung von Behinderten. Weil das letztlich auch immer unser Argument ehrlich gesagt ist, zum Teil für die Betreuung der Patienten hier. Weil wenn wir Patienten hier sehr umfangreich betreuen müssen, weil sonst eben keine Teilhabe an Medizinischer Versorgung haben“ (Interview B4, 2019, S. 11, Zeile 291-296).*

Die Expertin schildert, dass im Rahmen des Berufsalltags noch keine Erfahrungen mit dem BTHG gemacht wurden. Sie geht davon aus, dass in der Medizin die WHO-Konvention vollkommen ausreicht, da hauptsächlich die umfangreiche Betreuung der Patient\*in im Mittelpunkt steht. Durch eine intensive Betreuung kann die Teilhabe in der medizinischen Versorgung überhaupt erst ermöglicht werden. In der Praxis hat sich das BTHG sowohl in der ambulanten als auch stationären medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung noch nicht weitreichend etabliert. Vielmehr ist ein bewusstes Abstandnehmen vom BTHG zu verzeichnen. Dies wird durch folgende Aussage ersichtlich:

*„[...] mit den anderen Aspekten, die die da auch sicherlich eine Rolle spielen Zugang zu Medien, Zugang zu Kulturellen Geschichten etc. Zugänglichkeit von öffentlichem Verkehrsmittel, das ist nicht unser/ mein Bereich(lacht)“ (Interview B4, 2019, S. 12, Zeile 313-315).*

Aus der Sicht der Expertin gehören andere Aspekte des BTHG, wie z.B. der Zugang zur digitalen bzw. sozialen Teilhabe nicht zum medizinischen Bereich. Die Expertin zeigt eine distanzierte Haltung zur Etablierung und Zugänglichkeit der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung auf.

Des Weiteren wurde das BTHG von fast allen Expert\*innen ähnlich bewertet:

*„Als einen positiven Schritt, weil Politik mit diesem Gesetz steuernd eingreift. [...] und alle sozusagen jetzt aber auch mit ins Boot nimmt und sagt das ist jetzt quasi verpflichtend und wir müssen verpflichtend da jetzt genauer hingucken“* (Interview B1, 2019, S. 9, Zeile 289-292).

Der Experte empfindet das BTHG als eine positive, revolutionierende Entwicklung von Seiten der Politik, durch die, die gesamte Gesellschaft dazu aufgefordert ist, der Teilhabe mehr Beachtung zu schenken und sich spezifischer daran zu beteiligen.

Ebenfalls wurden die Strukturen des Gesetzes näher aufgegriffen und in diesem Punkt sind sich die Expert\*innen teilweise einig:

*„hmm, ich habe manchmal das Gefühl, dass gerade die Politiker, die sich mit diesem Gesetzesentwurf hier befassen haben, die sind mir zu weit weg von der Realität“* (Interview B3, 2019, S. 12, Zeile 319- 321).

Die Ausgestaltung durch Politiker\*innen scheint aus professioneller Sicht nicht realitätsnah zu sein. Zur Ermöglichung der Teilhabe ist die weitere Ausgestaltung sowie Verbesserung der Strukturen des Gesetzes nötig. Dies muss im realitätsnahen Kontext geschehen.

Weitere Ideen zu den Gesetzstrukturen, die weiterhin ausgebaut werden könnten, wurden vorgeschlagen. Sowohl aus der Sicht von professionellen Akteur\*innen der stationären Wohneinrichtungen als auch aus der ambulanten medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung wurde der Mangel an Personalressourcen angesprochen:

*„Im Moment ist es ja schon schwierig mit Besetzung von Wohneinrichtung mit Betreuerwechsel mit Schwierigkeiten, in der Werkstatt nochmal ne Zusatzbetreuung zu bekommen usw. Da weiß ich gar wie das dann so gut funktionieren kann. Wenn sich das nochmal verändern sollte, ob da überhaupt die Ressourcen dann da sind, dass da dann umgesetzt werden kann. Wenn das so wäre, wäre es bestimmt richtig gut“* (Interview B2, 2019, S. 17, Zeile 420 - 425).

Aktuell treten aufgrund von Mangel an Betreuer\*innen in den Wohneinrichtungen Schwierigkeiten auf. Es besteht weiterhin ein Defizit an Zusatzbetreuung in den Werkstätten für die Klient\*innen. Damit die Teilhabe im Sinne des BTHG umgesetzt werden kann, bedarf es sowohl innerhalb der Wohneinrichtungen als auch in den Werkstätten einer Aufstockung personeller Ressourcen.

Aus Sicht des Psychiaters wurde weiterhin auf geeignete Lebensraumkontexte plädiert, um die angemessene Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu ermöglichen:

*„Aber da gilt es aber auch nochmal gut zu gucken. Was ist für welchen Mensch wie geeignet so. Das haben wir auch schon gesehen, dass Menschen mit Behinderung auch einfach überfordert sind in den Wohn- und Arbeitszusammenhängen. Weil sie falsch eingeschätzt worden sind, ich weiß auch nicht.“* (Interview B2, 2019, S. 17ff, Zeile 437 - 446).

Um Teilhabe zu gewährleisten, müssen Wohn- und Arbeitszusammenhänge auf Eignung überprüft werden, da eine falsche Einschätzung betroffene Menschen mit Behinderung überfordern kann. Eine auf das Fachgebiet zugeschnittene Ausbildung der professionellen Akteur\*innen im Versorgungssystem kann die Teilhabe von Menschen mit Behinderung fördern.

Weitere Punkte bzw. ausbaufähige Bereiche des Gesetzes wurden von der Pflegefachkraft aus den stationären Wohneinrichtungen von Menschen mit Behinderung angesprochen. Diese resultieren aus eigenen Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag:

*„So, sowas. Ich habe einfach das Gefühl, dass es auch tatsächlich auch im Kopf der ganzen Umwelt noch nicht angekommen. Denn ehm auch da aus Erfahrung zu erzählen, ich war letzte Woche erst mit einer Kollegin und zwei Klienten waren wir hier in der Stadt, weil wir es uns mal Besetzungstechnisch erlauben konnten sowas zu machen. (4) Die Blicke der Leute (...) ist Wahnsinn“* (Interview B3, 2019, S. 13, Zeile 353 - 358).

Die Expertin hat den Eindruck, dass sich die gesamte Umwelt bzw. die Gesellschaft noch nicht mit dieser Thematik befasst hat. Sie berichtet von einem Ereignis, welches sie während der Arbeitszeit erlebt hat. Im Rahmen eines Ausfluges in die Innenstadt mit ihrer Kollegin und zwei Klient\*innen wurden sie mit unangemessenen Blicken betrachtet. Zudem kann Teilhabe nur stattfinden, wenn die gesamte ‚Umwelt‘ sich mit diesem Thema beschäftigt und auseinandersetzt sowie zur Teilhabe beiträgt. Das BTHG muss noch mehr publik werden und die Umsetzung sollte in der gesamten Gesellschaft sichtbar werden.

Ein weiterer Bereich ist die Gestaltung einer barrierefreien Umwelt:

*„Ne und wie viele Sachen sind nicht behindertengerecht? Fahren zu Pizza Hut, wenn du Glück hast, kriegst du als Rollstuhlfahrer unten einen Sitzplatz. Ist es aber voll, kannst du wieder gehen. Wie viele Sachen sind barrierefrei? Klar es wird immer mehr, ohne Frage. Aber es ist noch längst nicht alles. Damit sind die Teilhabemöglichkeiten automatisch eingegrenzt“ (Interview B3, 2019, S. 14, Zeile 370- 375).*

Am Beispiel eines Pizzalokals veranschaulicht die Expertin die nicht gerechte Ausstattung des Lokals für Menschen mit Behinderung. Ein Rollstuhlfahrer erhält nur eine Sitzmöglichkeit, wenn das Lokal nicht voll besetzt ist. Es ist vieles noch nicht barrierefrei eingerichtet und dementsprechend sind die Möglichkeiten zur Teilhabe begrenzt. Dies deutet daraufhin, dass große Teile der Umwelt noch nicht barrierefrei gestaltet sind. Das kann zusätzlich zur Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe führen.

Insgesamt wurde das Gesetz von allen Expert\*innen in der Basis positiv bewertet. Jedoch müssen noch ein paar Veränderungen, Verbesserungen und Erweiterungen bezüglich der Strukturen des Gesetzes vorgenommen werden, damit vorhandene Barrieren aufgelöst und die (digitale) Teilhabe gefördert werden kann. Im Bereich der Behindertenpflege ist das BTHG stärker vertreten, aber das Gesetz hat sich in der medizinischen Versorgung noch nicht durchgesetzt.

### **5.5 Haltung/Orientierung der professionellen Akteur\*innen**

Bei dieser Kategorie soll die Haltung bzw. Orientierung der professionellen Akteur\*innen gegenüber Menschen mit Behinderung in Bezug auf die digitale Teilhabe ersichtlich werden. Auch die Forschungsfrage wird in diesem Zusammenhang beantwortet.

In der medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung sind sich die Expert\*innen bezüglich der digitalen Teilhabe bei Menschen mit einem schweren Grad der intellektuellen Behinderung einig:

*„Aber ich glaube, dass es allerdings für die meisten Patienten von unseren Patienten, von den Patienten mit Behinderung, die hier betreut werden, muss ich sagen tatsächlich auch keine Relevanz hat. [...] Also einfach aus intellektuellen Gründen, die sind oft nicht sprachfähig, also zumindest nicht aktiv sprachfähig und können nicht lesen oder schreiben. Und das ist ja zur Nutzung des Internets in weiten Teilen erforderlich“ (Interview B4, 2019, S. 4, Zeile 89-95).*

Für die meisten Klient\*innen in medizinischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung ist die digitale Teilhabe eingeschränkt. Die Klientel, die sich in Behandlung befinden, haben in der Regel einen schweren Grad an geistiger Behinderung, so dass ihnen meistens die Fähigkeit zum Sprechen, Schreiben und Lesen fehlt. Diese Fähigkeiten dienen jedoch als Voraussetzung für die Nutzung des Internets. Dies macht aus der Bewertung deutlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht in der Lage sind, digital teilzunehmen. Es wird davon ausgegangen, dass die Nutzung des Internets Sprachkenntnisse und ein gewisses Maß an kognitiven Fähigkeiten erfordert, um digital teilnehmen zu können. Es ist daher davon auszugehen, dass digitale Medien nicht barrierefrei sind.

Darüber hinaus befürworten alle Expert\*innen die digitale Partizipation von Menschen mit einem hohen Grad an kognitiver Beeinträchtigung, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind:

*„Wenn man das ungefiltert, unbeschränkt, unbegleitet, vor allem einfach für die Füße wirft, sage ich mal. Das kann ich mir ganz schlecht vorstellen, dass das gut sein kann (Interview B4, 2019, S.14, Zeile 370-372).*

Der freie Zugang zu digitalen Medien birgt Risiken für Menschen mit geistiger Behinderung. Daher benötigen sie nach Einschätzung des Experten Hilfe und Unterstützung bei der Medienbeteiligung. Der Experte spricht sich grundsätzlich für die digitale Medienbeteiligung von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus, wenn sie bei der Medienbeteiligung unterstützt werden.

Darüber hinaus wurden weitere Bedingungen genannt, die erfüllt sein müssen:

*„Also da würde ich aufgliedern in den Bereich intellektuelle Entwicklungsstörung, körperlich-, Sehens beeinträchtigt das sind ja immer verschiedene Gruppen und ja durch soziale Medien, Facebook. Da ist ja Teilhabe nochmal ganz anders möglich. Und Menschen mit Behinderung sind ja dann z.B. haben ne gleichberechtigte Teilhabe an sich aber sind ja auch in der Aktion ja auch gleichberechtigt wie andere Menschen dann auch, weil da eh die Nutzung dann einfach für alle dann offen sein sollte. Und kann so dass da diese Gleichberechtigung dann da ist“ (Interview B2, 2019, S. 18, Zeile 459-465).*

Der Experte weist darauf hin, dass die verschiedenen Formen der Behinderung in verschiedene Bereiche unterteilt werden sollten. Zumal das Netzwerk für alle Menschen gleichermaßen nutzbar sein soll. Bedürfnisse und Hindernisse für die Mediennutzung müssen ermittelt

werden, um eine angemessene digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu gewährleisten. Darüber hinaus ist auch der Aspekt der Gleichberechtigung bei der digitalen Teilnahme wichtig.

Im Allgemeinen sollten bestimmte Fähigkeiten und Kompetenzen für die Mediennutzung entwickelt werden:

*„Die Leute, die das machen sozusagen ein Gespür dafür haben, müssen: Was für Informationen finde ich hier gerade? Wie schätze ich das ein? Also sozusagen die Frage nach Health Literacy zu stellen. Also wie Literat ist sozusagen jemand im medialen Umgang. Und da ist es letztendlich schon mal egal ob jemand eine Behinderung hat oder keine Behinderung“* (Interview B1, 2019, S. 5, Zeile 153-157).

Um Informationen über die Medien zu erhalten, ist es nicht relevant, ob eine Person eine Behinderung hat oder nicht. Im Umgang mit den Medien ist es wichtig, dass die Menschen Kompetenzen und Fertigkeiten zu ‚Health Literacy‘ entwickeln, um die Informationen beurteilen zu können. Hierbei ist es für jede\*n Einzelnen bei der medialen Recherche zu Gesundheitsinformationen wichtig, dazu imstande zu sein, diese Informationen als geeignet zu identifizieren und zu verstehen. Es ist auch wichtig, diese Informationen bewerten zu können, um sie bei der Entscheidungsfindung bei Alltagsfragen zur Gesundheitserhaltung, Bewältigung von Gesundheitsbeeinträchtigung sowie der Versorgungsnutzung anwenden zu können. Diese Kompetenzen und Fähigkeiten könnten durch die Expert\*innen in der Versorgung gefördert werden.

Es wurden auch die Vorteile erwähnt, die die barrierefreie Nutzung digitaler Medien mit sich bringen kann:

*„Ja unbedingt. Das finde ich richtig gut. Das ist schon mal ein Schritt ehm, das Vermitteln und das Erkennen was ist mit mir los so. Was kann ich machen, damit es wieder besser wird. Und das ist auch so ein Stück dann Selbstwirksamkeit, sich für sich etwas ehm zu organisieren und für sich auch etwas zu verändern. Und das ist ja schon mal ein erster Schritt dann auch für ne weitere Behandlung und Therapie auch ne. Aufjedenfall das wäre richtig gut“* (Interview B2, 2019, S. 11, Zeile 272-277).

Die digitale Teilhabe für Menschen mit Behinderung, insbesondere von Menschen mit einem hohen Grad an kognitiver Beeinträchtigung, wird vom Experten befürwortet. Dies ist so gerechtfertigt, dass der Spielraum für autonomes Handeln im Allgemeinen und für die

Erforschung von Gesundheitsinformationen über ihren Zustand erweitert wird. Darüber hinaus kann sich dies positiv auf die weiteren Schritte der Therapiebehandlung auswirken. Die barrierefreie digitale und mediale Partizipation bietet große Chancen für die soziale Partizipation und verbessert die therapeutischen Bedingungen (medizinische Partizipation) von Menschen mit Behinderung.

Eine weitere Expertin beschreibt die Bedeutung der digitalen Teilhabe für die gesellschaftliche Teilhabe wie folgt:

*„Ja ich finde, das hängt schon sehr, sehr eng miteinander, weil ich meine wir leben ja auch und benutzen gleichzeitig die Medien. Und wenn man sagt Teilhabe will man in allen Bereichen schaffen, dann gehört auch finde ich bei Menschen mit ner Behinderung durchaus zusammen. Weil das für uns auch das digitale ist ne Hilfe, damit wir uns im sozialen oder alltäglichen Leben sage ich jetzt mal zurechtfinden können“* (Interview B3, 2019, S. 16, Zeile 435-439).

Die soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist eng mit ihrer digitalen Teilhabe verknüpft, da die Digitalisierung ein wichtiger Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens ist, an dem alle gleichermaßen teilnehmen sollten. Demzufolge ist die soziale Teilhabe gleichzusetzen mit der digitalen Teilhabe.

Gegebenenfalls kann sich die digitale Teilhabe jedoch negativ auf Menschen mit Behinderung auswirken:

*„[...] das kann dann einen positiven Effekt haben auf Autonomie, auf digitale Teilhabe an sozusagen Teilhabe im Allgemeinen und auf der anderen Seite kann es eben diesen negativen Effekt haben, dass je mehr entwickelt wird, ebend nicht für spezifische Gruppen entwickelt, sondern Leute ebend auch ausgeschlossen werden davon. Also es hat sozusagen beide Komponenten“* (Interview B1, 2019, S. 10, Zeile 311-315).

Die digitale Teilhabe kann sich positiv auf die eigene Selbstständigkeit im Umgang mit digitalen Medien und ebenfalls auf die allgemeine Teilhabe auswirken. Allerdings kann es sich auch negativ auswirken, wenn die Entwicklungen nicht an den Bedürfnissen der Nutzer\*innen ausgerichtet sind. So kann nicht alles behindertengerecht oder für die verschiedenen Formen der Behinderung berücksichtigt und angepasst werden. So sind einige Menschen mit Behinderung von der digitalen Teilnahme ausgeschlossen. Im Hinblick auf die mediale und digitale Partizipation von Menschen mit Behinderung weist die Expertin auf Chancen und Risiken hin. Einerseits kann sich diese Form der Partizipation als besonders hilfreich und

effizient für die soziale Partizipation von Menschen mit Behinderung erweisen. Andererseits kann sich dies als eine Hürde für die Teilhabe bei dieser Zielgruppe erweisen, wenn sie nicht für die Bedürfnisse aller entwickelt werden.

Im Hinblick auf die Stellungnahme zur digitalen Partizipation wird zwischen den verschiedenen Formen der Behinderung unterschieden:

*„Also klar für Menschen mit einer körperlichen Behinderung ist das ein riesiger Schritt. Ehm eine riesige Option an Teilhabe. Für die Menschen mit geistiger Behinderung ist es sicherlich schwieriger davon zu profitieren“ (Interview B4, 2019, S. 13, Zeile 333-334).*

Aus der Sicht der Expertin in der stationären medizinischen Einrichtung geht hervor, dass die digitale mediale Teilhabe für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung große Chancen für die gesellschaftliche Teilhabe bietet. Hingegen bewirkt dies bei Menschen mit einer intellektuellen Behinderung eher das Gegenteil. Sie unterscheidet zwischen körperlicher und kognitiver Behinderung. Daraus geht hervor, dass die Zielgruppe mit einer intellektuellen Behinderung nicht selbstmündig ist. Aus dem gesamten Verlauf des Interviews mit dieser Expertin lässt sich schließen, dass sie sich bisher gedanklich noch nicht mit dem Thema der medialen Teilhabe von Menschen mit Behinderung befasst hat.

Zusammenfassung: Die Expert\*innen sind pro digitale Teilhabe für Menschen mit Behinderung. Allerdings müssen Barrieren abgebaut werden, die die digitale Teilhabe für dieses Klientel erschweren. Das Augenmerk liegt hierbei auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.

## 6 Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen wurden sowohl gemeinsam mit den Expert\*innen entwickelt als auch aus den Untersuchungsergebnissen selbst abgeleitet. Aufgrund dessen wurde dieses Kapitel vorgezogen. Die Empfehlungen zielen darauf ab die Bedingungen an der sozialen und digitalen Teilhabe und auch die Teilhabe an der medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung zu verbessern. Insgesamt wurden 10 Handlungsempfehlungen entwickelt.

### I. Gesundheits-Apps in einfacher Sprache

Es wäre ideal, eine Medienplattform in einfacher Sprache zu entwickeln. Auf dieser Plattform könnten z.B. psychische Störungen und Krankheiten im Hinblick auf die Krankheitsbedingungen, auch im Hinblick auf die Entwicklungsbedingungen, gut erklärt werden. Ein unabhängiger Zugang über digitale Medien könnte sich als hilfreich erweisen. Es wäre auch nützlich, wenn diese als Hilfsmittel bei der Behandlung verwendet werden könnte und die App auf Rezept verschrieben werden könnte. Relevante Informationen über die Therapie würden sich so besser festigen. Die Entwicklung von barrierefreien und evidenzbasierten Gesundheits-Apps oder Gesundheitsplattformen, die nur auf Rezept erhältlich sind, könnten den Therapieverlauf positiv unterstützen. Gesundheitstipps oder Plattformen zur Wissensvermittlung sind in dieser Form derzeit noch nicht entwickelt worden (Interview B2, 2019, S. 10f, Zeilen 248-253).

### II. Umschulung von medizinischem Personal

Für die Ausbildung des medizinischen Personals wäre es sinnvoll, Programme zu entwickeln, mit denen die verständliche, einfache Kommunikation mit Menschen mit "Lernschwierigkeiten" über Untersuchungen, Behandlungen und Therapien sowie Medikamente erlernt und geübt werden kann. Wie die Ergebnisse des Interviews B2 zeigen, kann das Verständnis der Notwendigkeit bestimmter Behandlungsverfahren und der Relevanz therapeutischer Maßnahmen für Menschen mit schweren kognitiven Behinderung ein Problem sein (Interview B2, 2019, S. 13, Zeilen 311-320).

### III. Medizinische Untersuchungen und Abläufe in ‚Leichter Sprache‘

Diese Form von Apps oder Informationsplattformen sollten auch für Menschen mit Behinderung zugänglich sein. Die professionellen Akteur\*innen sollten die notwendigen Untersuchungsverfahren und -abläufe, wie zum Beispiel die Blutabnahmen, behindertengerecht

bzw. in ‚Leichter Sprache‘ erklären und veranschaulichen. Die Formulierung und Darstellung behindertengerechter Untersuchungsverfahren könnte diesem Klientel den Zugang zur normalen medizinischen Versorgung ermöglichen.

#### IV. Entwicklung von ‚Qualitätsstandards‘ für die Informationsrecherche

Es sollten ‚Qualitätsstandards‘ erstellt werden und ‚*State of the Art*‘, um Filter für die Suche nach digitalen Plattformen zu entwickeln. Die Betreuenden bzw. Expert\*innen sollten diese nutzen können, um beispielsweise entscheiden zu können, wie relevant die Informationen auf einer Website sind. Im Umgang mit digitalen Medien kann u.a. eine betreute Informationssuche notwendig sein (Interview B2, 2019, S. 13, Zeile 328-332).

#### V. Implementierung von ‚Referenzseiten‘ nach evidenzbasierenden Quellen

Es sollte eine ‚Referenzseite‘ zur Orientierung und Empfehlung geben, die auch von den professionellen Akteur\*innen genutzt werden kann. Dies kann bei der Entscheidungsfindung, ob die Nutzung bestimmter Seiten zu Gunsten oder zu Ungunsten der Menschen ist, helfen. Referenzseiten bilden einen Rahmen im vernünftigen Umgang mit digitalen Medien. Somit kann die Informationsbeschaffung sinnvoll und sicher durchgeführt werden (Interview B2, 2019, S. 13, Zeile 332-336).

#### VI. Reformierung und Verbesserung von bereits entwickelten Apps

Bereits entwickelte Apps für Menschen mit Behinderung, wie Bsp. die Mobilitäts-App könnten weiterentwickelt, verfeinert und für Menschen mit anderen Behinderungsformen angepasst werden. Vorhandene Apps sind noch nicht für alle Behinderungsformen angemessen und bedarfsgerecht gestaltet. Somit sind sie nicht für jeden Menschen mit Behinderung nutzbar (Interview B1, 2019, S. 9, Zeile 273-277).

#### VII. Barrierefreie Gestaltung von öffentlichen Websites

Es wird empfohlen, dass die digitalen Medien in Form von Apps, Plattformen und Foren so gestaltet werden, dass auch Menschen mit kognitiver Einschränkung diese nutzen können. Hierzu sollte sowohl die Bedienung als auch die Sprache einfach gestaltet werden. Dies kann durch Visualisierung der Inhalte, wie Bsp. Bilder und Symbole, erreicht werden. Es bestehen derzeit wenige Plattformen, Apps oder andere digitale Medien, mit einer angemessenen Gestaltung, die die Nutzung erleichtert und einen Zugang speziell für Menschen mit kognitiver Einschränkung bietet. Dies wird am Beispiel der Suche nach Filmvorführzeiten im Kino verdeutlicht, da selbst für Menschen mit leichter kognitiver Einschränkung aus Sicht der

Expertin die Website unübersichtlich, verwirrend und nicht für die Zielgruppen spezifisch gestaltet sind (Interview B3, 2019, S. 15, Zeile 414-420). Eine einfache Gestaltung der Website spezifisch für diese Zielgruppe, sodass sie nach der Uhrzeit der Filmvorführung nachschauen können, wäre wünschenswert. Durch die für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung nicht angemessene Gestaltung der Kinowebsite wird die autonome Teilhabe an kulturellen und sozialen Aktivitäten für diese Zielgruppe eingeschränkt. Die Website zu öffentlichen Programmen sollte barrierefrei gestalten werden (ebd.)

#### VIII. Entwicklung von edukativen digitalen medienpädagogische Tools

Menschen mit Behinderung brauchen darüber hinaus häufig Impulse von Bezugspersonen, die im besten Fall über ein breites Wissen zur Nutzung von digitalen Medien verfügen und in der Lage sind, ihre Klient\*innen medienpädagogisch anzuleiten. In diesem Zusammenhang kann diese Untersuchung möglicherweise Hinweise an eine Technikgestaltung geben, die verantwortungsvoll und am Menschen oder Klient\*in orientiert ist. Es sollten spielerische edukative digitale medienpädagogische Tools zwischen Betreuer\*innen, Pflegekraft und Klient\*innen entwickelt werden, um herauszufinden, wie Technik funktioniert und genutzt werden kann. Dies könnte eine hohe Chance in der digitalen medialen Teilhabe für dieses Klientel bieten.

#### IX. Digitalisierung von Einrichtungen der Behindertenhilfe

Alle diversen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sollen so ausgestattet sein, dass alle Klient\*innen die gleichen Möglichkeiten zur digitalen Teilhabe haben wie jeder Durchschnittsbürger. Somit steigen die Chancengleichheit und Teilhabe für Menschen mit Behinderung innerhalb der Gesellschaft. Es sollten in den einzelnen Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe Computerräume speziell für die Klient\*innen eingerichtet werden damit die digitale Teilhabe für die Klient\*innen realisiert werden kann. Hierzu sollte genug an personelle Ressourcen vorhanden sein, um dies angemessen umzusetzen.

#### X. Barrierefreie Gestaltung der gesamten Außenwelt

Um die gesellschaftliche Teilhabe für Menschen mit Behinderung zu ermöglichen, sollte die Infrastruktur wie die räumliche Ausstattung und Gestaltung in den öffentlichen Institutionen barrierefrei bzw. für jede\*n zugänglich sein. Dies bezieht sich auf alle öffentlichen Einrichtungen, die von den Gemeinden im Rahmen der Daseinsvorsorge bereitgestellt werden, wie Cafés, Restaurants, Kinos, Schulen usw. Im Mittelpunkt steht dabei die Förderung und Stärkung des Empowerments und die Präsenz dieser Zielgruppe in der Gemeinschaft.

Im Folgenden Kapitel wird in der Ergebnisdiskussion u.a. die entwickelten Handlungsempfehlungen ansatzweise aufgegriffen und begründet.

## **7 Diskussion und Fazit**

In diesem Kapitel werden die methodische Vorgehensweise und die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit erneut aufgegriffen und unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte kritisch diskutiert. Anschließend wird die Güte der erhobenen Daten analysiert und die Fragestellung der Untersuchung im Fazit beantwortet.

In der methodischen Diskussion werden die Gütekriterien für die qualitative Forschung nach der Checkliste der ‚Internen Studiengüte‘ von Kuckartz (2018) (siehe Anhang B, S. LXII) näher beleuchtet. Ziel ist es, die Gütekriterien für die gesammelten Daten und für die inhaltliche analytische Bewertung anhand einer aus Fragen bestehenden Checkliste zu überprüfen und zu bewerten. Der Fokus der Untersuchung der ‚Internen Studiengüte‘ liegt auf zwei Kriterien. Einerseits auf der Datenerhebung und -transkription und andererseits auf der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018, S. 204f).

### **a) Datenerfassung und die Transkription**

Zur Erfassung der Daten und die Transkription wurden laut der Checkliste (siehe Anhang B, S. LXII) alle Kriterien beachtet. Die Transkriptionsvorgehensweise wurde in Kapitel: 4.5. *Transkription* detailliert beschrieben und erläutert. Für die vollständige Transkription wurden die Transkriptionsregeln mit Hilfe einer Transkriptionssoftware eingehalten. Die Transkription wurde zudem von der Forscherin selbst durchgeführt und das Postscript wurde zeitnah erstellt. Die Anonymisierung der Daten wurde ordnungsgemäß durchgeführt und die schriftliche Version entspricht dem, was gesagt wurde.

### **b) Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse**

Im Hinblick auf die qualitative Inhaltsanalyse wurde die Auswertungsmethode benannt und begründet. Die einzelnen Schritte wurden ebenfalls im Kapitel: 4.6. *Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse* aufschlussreich beschrieben und entsprechend angewendet. Aufgrund der niedrigen Anzahl der Stichprobenmenge und dementsprechend überschaubaren Menge des Datenmaterials wurde die Inhaltsanalyse, jedoch nicht computergestützt durchgeführt. Das Material bzw. jedes Transkript und die Kodierung wurden einzeln und unabhängig voneinander bearbeitet und erst zum methodisch vorgesehenen Zeitpunkt miteinander verglichen (s 4.6.). Die Kategorien und Subkategorien wurden logisch, strukturiert und nah am Interviewleitfaden entwickelt. Darüber hinaus wurden die einzelnen Kategorien begründet und definiert, siehe Kapitel: 5. *Ergebnisse*. In der qualitativen Inhaltsanalyse wurden alle erhobenen Daten berücksichtigt und das Material vor der endgültigen Kodierung mehrmals

durchlaufen. Für die Darstellung der Ergebnisse wurden Originalzitate verwendet und die APA-Kriterien wurden berücksichtigt. Auch Widersprüchlichkeiten in den Aussagen der Expert\*innen wurden angesprochen. Die anonymisierten Daten wurden im Archiv des Krankenhauses aufbewahrt.

### **c) Ergebnisdiskussion**

Bei den Ergebnissen machen die Befunde deutlich, welche bedeutende Rolle die professionellen Akteur\*innen bei der Ermöglichung von digitaler Teilhabe für Menschen mit Behinderung haben können. Es wurde zur allgemeinen Teilhabe festgestellt, dass die gesamte Umwelt bzw. die Außenumwelt für Menschen mit Behinderung nicht barrierefrei gestaltet ist und somit bleibt die Möglichkeit der Präsenz und des Zugangs zur gesellschaftlichen Teilhabe für diese Zielgruppe erschwert. Die Ergebnisse bestätigen, dass für Menschen mit Behinderung aus gesellschaftlicher Sicht bis jetzt wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Darüber hinaus erweckten einige der professionellen Akteur\*innen im Laufe der Interviews den Eindruck, dass sie sich noch nicht mit der Thematik Digitalisierung im Zusammenhang für Menschen mit Behinderung beschäftigt hatten. Andererseits führten detailliertere Anfragen nach einer möglichen Unterstützung bei der Förderung einer angemessenen digitalen Teilhabe dieser Zielgruppe zu hilfreichen und wertvollen Ideen. Auf der Grundlage dieser herausgearbeiteten Ergebnisse wurden zum Teil die Handlungsempfehlungen entwickelt, siehe Kapitel: *6. Handlungsempfehlungen*.

Ein Nebenergebnis dieser Studie ist der schwierige Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen mit (kognitiven) Behinderung. Zur Verbesserung der Situation könnten mit Hilfe von Expert\*innen Gesundheit-Apps und Plattformen speziell für diese Zielgruppe entwickelt werden, siehe Kapitel: *6 Handlungsempfehlungen*. Ebenfalls wurde in den Interviews die neuen Richtlinien des Arbeitsschutzgesetzes thematisiert. Durch die neuen Leitlinien sind z.B. die Mitarbeiter\*innen der stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe aufgrund des eingeschränkten Internetzugangs bei der Ausführung ihrer Arbeitstätigkeiten gehindert. In dieser Hinsicht sollte eine andere Regelung erfolgen. Ein weiteres Nebenergebnis ist, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung und insbesondere Menschen, die in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, am stärksten von digitaler Exklusion betroffen sind. Dieses Resultat wurde bereits in einer anderen Studie bestätigt, siehe Kapitel: *3 Politischer Hintergrund und Stand der Forschung*. In diesem Fall ist Handlungsbedarf erforderlich, weil die soziale Partizipation mit der digitalen Partizipation gleichzusetzen ist.

Aus diesem Grund sind weitere Untersuchungen über die Bedürfnisse und Anforderungen an die Mediennutzung aus Sicht von Menschen mit Behinderung erforderlich. Die Umfragen sollten hauptsächlich bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung durchgeführt werden, da sie vom Zugang zu digitalen Medien am meisten ausgeschlossen sind. Dies sollte zusammen mit den Klient\*innen, die in den Einrichtungen der Behindertenhilfe leben oder versorgt werden, durchgeführt werden, da sie den größten Nachhol- bzw. Unterstützungsbedarf aufweisen. Auch die professionellen Akteur\*innen sollten in die Umfrage einbezogen werden. Da es bisher wenige wissenschaftliche Studien zur Orientierung von professionellen Akteur\*innen in diesen spezifischen Versorgungsbereichen zu neuen Medien und dem Medienhandeln von Menschen mit Behinderung gibt, sollte dieser Forschungsbereich weiterhin vertieft und ausgebaut werden.

#### **d) Güte der erhobenen Daten**

Um die Güte der erhobenen Daten zu beurteilen, wurde festgestellt, dass die Interviews insgesamt eine gelungene Tiefe und Authentizität erreichten. Die Antworten der einzelnen Expert\*innen scheinen konsistent und glaubwürdig zu sein, siehe Kapitel: *5 Ergebnisse der Befragung*. Positiv zu vermerken ist, dass die Fragen nicht zu persönlich gestellt wurden und die Probanden in eine narrative Erzählrichtung geführt wurden. Daraus lässt sich ableiten, dass der Leitfaden für die Expert\*innen allgemein gut verständlich, nachvollziehbar und nach dem Wissensstand ihrer Expertise entsprechend gestaltet ist.

Außerdem kann gesagt werden, dass die Interviewlänge von durchschnittlich 33 Minuten als angemessen und nicht zu lang zu beurteilen ist. Darüber hinaus wurden die Interviews nach den methodischen Regeln durchgeführt, siehe Kapitel *4.4. Durchführung der Umfragen*. Bisher kann davon ausgegangen werden, dass die Durchführung der Interviews in allen 4 Interviews angemessen und erfolgreich war.

Methodenkritisch ist anzumerken, dass bei dieser Studie nicht von Repräsentativität gesprochen werden kann. Um ein größeres Sampling zu erreichen und repräsentative Ergebnisse zu erhalten, sollte zu dieser Thematik eine quantitative Studie durchgeführt werden.

Im Rahmen dieser Untersuchung dienten die Expert\*innen-Interviews nicht nur dazu die persönliche Orientierung von professionellen Akteur\*innen zur digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu identifizieren. Sie dienten u.a. als Grundlage und Vorbereitung für eine Hauptbefragung zur Erforschung möglicher Barrieren und Grenzen für die digitale

Teilnahme von Menschen mit Behinderung. Der Fokus soll dann darauf liegen, aus den gewonnenen Daten ein für alle zugängliches Befragungsinstrument zu entwickeln.

**e) Fazit: Nähere Erläuterungen zu der professionellen Orientierung der Expert\*innen**

Zur Beantwortung der Untersuchungsfrage lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Frage nach der persönlichen Orientierung der professionellen Akteur\*innen hinsichtlich der digitalen Teilhabe für Menschen mit Behinderung nicht konkret beantwortet werden kann. Die verschiedenen Expert\*innen haben in dieser Hinsicht unterschiedliche Sichtweisen und andererseits ähnliche Ansichten zu der digitalen Teilhabe für Menschen mit Behinderung. Die Expert\*innen der medizinischen Einrichtungen und der stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe arbeiten ausschließlich mit Menschen mit einem hohen Grad an kognitiven Entwicklungsstörungen. Die digitale Teilhabe wird für die Patient\*innen in den Einrichtungen der medizinischen Versorgung nicht angeboten, da die Ärztin und der Psychiater der Ansicht sind, dass die mediale und digitale Teilhabe aufgrund der stark eingeschränkten Intelligenz für diese Zielgruppe keine Relevanz haben. Darüber hinaus sehen sie sich nicht in der Verantwortung, dieser Zielgruppe eine digitale Teilhabe zu ermöglichen. Hingegen wird in den stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung ein Internetzugang angeboten, der jedoch kaum von den Klient\*innen beansprucht wird. Es wird weiter berichtet, dass die Klient\*innen es vorziehen, auditive und audiovisuelle Medien zu nutzen, weil sie sich als geeignet für Personen mit intellektueller Behinderung erweisen.

Die Mitarbeiterin dieser stationären Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung teilt ebenfalls eine ähnliche Meinung, dass diese Zielgruppe nicht über die notwendigen Intellekt- und Sprachkenntnisse verfügt, die für den Zugang zur medialen Teilhabe erforderlich sind, so dass die mediale Teilhabe für sie schwieriger ist. Insgesamt lässt sich daher der Schluss ziehen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten oder kognitiven Beeinträchtigung, die in stationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderung leben, von der digitalen Exklusion besonders betroffen sind. Sie haben daher den größten Nachhol- bzw. Unterstützungsbedarf. Das Bewusstsein für die Bedeutung digitaler Medien für die Teilhabe ist in Einrichtungen der Behindertenhilfe noch zu wenig verankert und es fehlt häufig das Know-how, um die entsprechende Unterstützung zu leisten und Medienkompetenz zu vermitteln.

Des Weiteren unterscheiden einige Expert\*innen bei der digitalen Teilhabe zwischen körperlicher und geistiger Behinderung. Sie teilen die Ansicht, dass Menschen mit einer körperlichen Behinderung eine höhere Chance haben, durch die Teilnahme an den digitalen

Medien an der Gesellschaft teilzuhaben als Menschen mit geistigen Behinderung. Sie neigen dazu, von der digitalen Teilhabe weniger zu profitieren. Andere Expert\*innen glauben, dass die barrierefreie digitale Teilhabe die Teilnahme an der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung fördern kann. Dies bezieht sich auf das autonome Handeln bei der Erforschung von Informationen über Gesundheitsfragen und deren Erkrankungen. In Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin können sich die gewonnenen Informationen positiv auf den Therapieverlauf auswirken. Aus Sicht ihrer Expertise sind sich alle Befragten einig, dass insbesondere diese Zielgruppe bedarfsgerechte Beratung und Unterstützung benötigt, um eine digitale Teilhabe ohne Risiko für sie zu ermöglichen. Insgesamt befürworten die Expert\*innen die digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung und insbesondere von Menschen mit kognitiver Einschränkung, allerdings müssen aus ihrer Sicht weitere Voraussetzungen erfüllt sein, um eine reibungslose digitale Teilhabe zu ermöglichen. Um die Souveränität bei der digitalen Beteiligung zu fördern, müssen Barrieren abgebaut und Bedürfnisse ermittelt werden. Im Hinblick auf das Bundesteilhabegesetz müssen einige Strukturen des Gesetzes in einem realistischen Kontext verbessert und erweitert werden, um gesellschaftliche Teilhabe und die damit verbundene digitale Teilhabe für Menschen mit Behinderung zu gewährleisten. So sollte beispielsweise im Hinblick auf das BTHG der Praxisbezug in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung hergestellt werden.

## 8 Literaturverzeichnis

**BIK-Barrierefreiheit für Kommunen und soziale Organisationen (2019).** EU-Richtlinie über den barrierefreien Zugang zu den Webangeboten öffentlicher Stellen. Verfügbar unter: <https://bik-fuer-alle.de/eu-richtlinie-barrierefreie-webangebote-oeffentlicher-stellen.html> [09.07.19].

**BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017a).** Einzelheiten zum Bundesteilhabegesetz; Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Leichte-Sprache/einzelheiten-zum-bundesteilhabegesetz/einzelheiten-zum-bundesteilhabegesetz-artikel.html> [20.04.19].

**BMAS- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017b).** Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung-1. Zwischenbericht. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-492-repraesentativbefragung-behinderung.html> [20.05.19].

**BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016a).** Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung, Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDFMeldungen/2016/bundesteilhabegesetz.html#Start> [08.04.19].

**BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016b).** Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe Beeinträchtigung Behinderung, Verfügbar unter: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Download/DE/PDF-Publikationen/a125-teilhabebericht.pdf?\\_\\_blob=PublikationFile=7](http://www.bmas.de/SharedDocs/Download/DE/PDF-Publikationen/a125-teilhabebericht.pdf?__blob=PublikationFile=7) [04.07.19].

**BMZ– Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2019).** Partizipation, verfügbar unter: <https://www.bmz.de/de/service/glossar/P/partizipation.html> [23.04.19].

**Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (2014).** Auswertungsverfahren für Experteninterviews, Computergestützte Auswertung, In: *Interviews mit Experten: eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS., S. 71-86.

**Bogner A, Menz W. (2002).** Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung, zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte, In Bogner A., Littig B. Menz W. (Hrsg.), *Experteninterviews, Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (1. Auflage), Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.7-29.

**Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (2014).** *Interviews mit Experten: eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.

**bpb – Bundeszentrale für politische Bildung (2019).** Lesekultur im Wandel – Essay, verfügbar unter: <http://www.bpb.de/apuz/287319/lesekultur-im-wandel> [13.04.19].

**bpb – Bundeszentrale für politische Bildung (2016).** Teilhabe in einer digitalen Gesellschaft – Wie Medien Inklusionsprozesse befördern können, verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/medien-und-sport/medienpolitik/172759/medien-und-inklusion> [13.04.19].

**Bray, A. (2003).** *Definitions of Intellectual Disability: Review of the Literature*, Report prepared for the National Health Committee. Wellington: Ministry of Health and Donald Beasley Institute Inc.

**Bosse, I. & Hasebrink, U., Haage, A., Hölig, S., Adrian, S., Kellermann, G. & Suntrup, T. (Mitarbeiter) (2016).** Mediennutzung von Menschen mit Behinderung Menschen, Forschungsbericht, verfügbar unter: [http://www.diemedienanstalten.de/fileadmin/Download/Publikationen/2016\\_Studie-Mediennutzung\\_Menschen\\_mit\\_Behinderung\\_Langfassung\\_bf\\_final.pdf](http://www.diemedienanstalten.de/fileadmin/Download/Publikationen/2016_Studie-Mediennutzung_Menschen_mit_Behinderung_Langfassung_bf_final.pdf) [08.04.19].

**Bosse, I., Zaynel, N., Lampert, C. (2018).** MeKoBe – Medienkompetenz in der Behindertenhilfe in Bremen. Bedarfserfassung und Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Fortbildungen zur Medienkompetenzförderung. Ergebnisbericht, Bremen: brema.

**Bundschuh, K., Heimlich, U., & Krawitz, R. (Hrsg.) (2007).** Wörterbuch Heilpädagogik: Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis (3. überarbeitete Auflage), Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

**Cortiella, C., Horowitz, S.H. (2014).** The State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues, New York: National Centre for Learning Disabilities, verfügbar unter: <https://www.ncl.org/wp-content/uploads/2014/11/2014-State-of-LD.pdf> [09.07.19].

**Deutsche Ärzteblatt (2015).** Arzt-Patienten-Beziehung: Im digitalen Zeitalter grundlegend verändert, verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/172722/Arzt-Patienten-Beziehung-Im-digitalen-Zeitalter-grundlegend-veraendert> [29.04.19].

**Dieckmann A. (2007).** Empirische Sozialforschung. Methoden, Anwendungen (7Aufl.), Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH.

**DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005).** Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/> [10.08.2017].

**Döring, N., & Bortz, J. (2016).** Stichprobenziehung (Kapitel 9), Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (5. Auflage), Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

**Edler, C. (2015).** E-Inklusion und Cognitive Accessibility. merz, 59 (4), S. 74-81.

**Fiege, R. (2012).** Social Media Balanced Scorecard: Erfolgreiche Social-Media-Strategien in der Praxis, Wiesbaden: Springer Vieweg.

**Freese, B., Mayerle, M. (2013).** Digitale Teilhabe - zum Potenzial der neuen Technologien im Alltag von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: SIEGEN: SOZIAL. Analysen, Berichte, Kontroversen. 18 (1), S. 4–15, verfügbar unter: <http://dokumentix.ub.uni-siegen.de/opus/volltexte/2014/785/index.html> [05.05.19].

**Fuß, S., Karbach, U. (2014).** *Grundlagen der Transkription: eine praktische Einführung*, Opladen Toronto: Verlag Barbara Budrich.

**Haage, A., Bosse, I (2019).** Basisdaten zur Mediennutzung von Menschen mit Behinderung, In: Bosse, I., Schluchter, J., Zorn, I. (Hrsg.), *Handbuch Inklusion und Medienbildung*. (1. Auflage.), Weinheim; Basel: Beltz Juventa, S.49-63.

**Kuckartz, U. (2018).** *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage), In *Grundlagentexte Methoden* (4. Auflage), Weinheim Basel: Beltz Juventa.

**Kuckartz, U. (2014).** Qualitative Inhaltsanalyse mit Computerunterstützung (Kapitel 5), In: *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2. Auflage), Weinheim Basel: Beltz Juventa.

**Mayerle, M. (2014).** Woher hat er die Idee? Selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Lernschwierigkeiten durch Mediennutzung, Abschlussbericht der Begleitforschung im PIKSL-Labor (ZPE-Schriftenreihe, Bd. 40), Siegen: Universität Gesamthochschule Siegen Zentrum f. Planung u. Evaluation sozialer Dienste.

**Meuser, M., Nagel, U. (2005).** Experteninterviews- vielfach erprobt, wenig bedacht, Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, In: Bogner, A. (Hrsg.), *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung* (2. Aufl.), Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften, S.71-94.

**Pulsiri, N., Vatananan-Thesenvitz, R., Tantipisitkul, K., Htoo Aung, T., Schaller, A.-A., Schaller, A.-M., Shannon, R. (2019).** Achieving Sustainable Development Goals for People with Disabilities through Digital Technologies, Conference Paper (Im Druck).

**Redmond, E., & French, T. (2016).** T4I2016 - Redmond, Emily, French, Tom: Disabled people crossing the digital divide: Supporting independence with digital skills in the community Figshare, verfügbar unter: <https://doi.org/10.15131/shef.data.4256471.v1> [06.05.19].

**Rey, J. M., & Association internationale de psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent, et des professions associées. (2015).** IACAPAP textbook of child and adolescent mental health, verfügbar unter: <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent> [07.07.19].

**Schäper, S. (2016).** Bedürfnisse und Bedarfslagen von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter – Anforderungen an die Sozial- und Teilhabeplanung, Voraussetzungen für gelingende Partizipationsprozesse, In: Müller, S. V., & Gärtner, C. (Hrsg.), Lebensqualität im Alter. Wiesbaden: Verlag Springer Fachmedien.

**Schreier, N., Keter, A., & Sachs, D. (2014).** Accessibility to Information and Communications Technology for the Social Participation of Youths with Disabilities: A Two-way Street: Accessibility to ICT for youths with disabilities, *Behavioural Sciences & the Law*, 32(1), S. 76–93, verfügbar unter: <https://doi.org/10.1002/bsl.2104> [06.05.19].

**SGB IX – Sozialgesetzbuch (2018). Rehabilitation** und Teilhabe von Menschen mit Behinderung, § 84 SGB IX Hilfsmittel, Verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/84.html> [15.04.19].

**Siegel, L. S. (1989).** “Why We Do Not Need Intelligence Test Scores in the Definition and Analyses of Learning Disabilities,” *Journal of Learning Disabilities*, 22(8).

**Trescher, H., & Börner, M. (2017).** Behinderung als Praxis: Biographische Zugänge zu Lebensentwürfen von Menschen mit „geistiger Behinderung, Bielefeld: Transkript.

**Van Asselt, D., Buchanan, A., & Peterson, S. (2015).** Enablers and barriers of social inclusion for young adults with intellectual disability: A multidimensional view. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 40(1), 37–48, verfügbar unter: <https://doi.org/10.3109/13668250.2014.994170> [07.07.19].

**Warrier, V., & Baron-Cohen, S. (2017).** The Genetics of Autism. In John Wiley & Sons Ltd (Hrsg.), *eLS* (S. 1–9), verfügbar unter: <https://doi.org/10.1002/9780470015902.a0021455.pub2> [08.07.19].

**WHO – World Health Organisation (2013a).** Autism spectrum disorders & other developmental disorders: From raising awareness to building capacity, World Health Organization, verfügbar unter: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/103312/9789241506618\\_eng.pdf;jsessionid=0C2DB43EC759196F765CC377214C9362?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/103312/9789241506618_eng.pdf;jsessionid=0C2DB43EC759196F765CC377214C9362?sequence=1) [08.07.19].

**WHO – World Health Organization (2013b).** International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), World Health Organization, verfügbar unter: <https://www.who.int/classifications/icf/en/> [04.07.19].

**WHO – World Health Organisation (o. J.).** Gender, equity and human rights? Participation, verfügbar unter: <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/participation-definition/en/> [20.04.19].

**WHO – World Health Organisation (2008).** Social determinants of health, Social participation, verfügbar unter: [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/) [20.04.19].

## **9 Rechtsquellenverzeichnis**

**Artikel 1 - Bundesteilhabegesetz (BTHG).** Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen in der Gesellschaft, G. v. 23.12.2016 BGBl. I S. 3234 (Nr. 66); zuletzt geändert durch Artikel 7 G. v. 29.04.2019 BGBl. I S. 530, Geltung ab 01.01.2018, abweichend siehe Artikel 26; FNA: 860-9-3/1 Sozialgesetzbuch.

**Artikel 2 - Bundesteilhabegesetz (BTHG).** Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, G. v. 23.12.2016 BGBl. I S. 3234 (Nr. 66); zuletzt geändert durch Artikel 7 G. v. 29.04.2019 BGBl. I S. 530, Geltung ab 01.01.2018, abweichend siehe Artikel 26; FNA: 860-9-3/1 Sozialgesetzbuch.

**Artikel 25a - Bundesteilhabegesetz (BTHG).** Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zum Jahr 2023, G. v. 23.12.2016 BGBl. I S. 3234 (Nr. 66); zuletzt geändert durch Artikel 7 G. v. 29.04.2019 BGBl. I S. 530, Geltung ab 01.01.2018, abweichend siehe Artikel 26; FNA: 860-9-3/1 Sozialgesetzbuch.

**§ 2 - Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).** Begriffsbestimmung, Artikel 1 G. v. 23.12.2016 BGBl. I S. 3234 (Nr. 66); zuletzt geändert durch Artikel 5 G. v. 08.07.2019 BGBl. I S. 1025, Geltung ab 01.01.2018, abweichend siehe Artikel 26; FNA: 860-9-3 Sozialgesetzbuch.

**§ 84 - Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).** Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, Teil 1 Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen, Kapitel 13 Soziale Teilhabe, SGB IX Hilfsmittel, Artikel 1 G. v. 23.12.2016 BGBl. I S. 3234 (Nr. 66); zuletzt geändert durch Artikel 5 G. v. 08.07.2019 BGBl. I S. 1025, Geltung ab 01.01.2018, abweichend siehe Artikel 26; FNA: 860-9-3 Sozialgesetzbuch 1025.

**§ 99 - Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).** Leistungsberechtigter Personenkreis, Artikel 1 G. v. 23.12.2016 BGBl. I S. 3234 (Nr. 66); zuletzt geändert durch Artikel 5 G. v. 08.07.2019 BGBl. I S. 1025, Geltung ab 01.01.2018, abweichend siehe Artikel 26; FNA: 860-9-3 Sozialgesetzbuch.

**Anhang**

**Anhang A:** Leitfaden für die Expert\*innen- Interviews S.LXV -LXVI

**Anhang B:** Checkliste der Studiengüte S.LXVII -LXVIII

## **Anhang A: Leitfaden für die Expert\*innen- Interviews**

Einstiegsfragen:

- 1. Könnten Sie mir zu Beginn ihren Aufgabenbereich und Schwerpunkte ihrer Arbeit beschreiben?**
  
- 2. Könnten Sie mir Ihren beruflichen Werdegang schildern und wie sind Sie an Ihre Arbeitsstelle gekommen?**
  - 2.1. Wie lange arbeiten Sie in ihrem Bereich?
  - 2.2. Waren Sie schon immer in dieser Stelle tätig?
  - 2.3. Wo waren Sie vorher tätig?

Inhaltliche Fragen:

- 3. Gibt es in Ihrer Einrichtung einen Internetzugang/ WLAN-Anschluss und welche Zugangsmöglichkeiten bestehen für die Mitarbeiter?**
  - 3.1. Besteht für die Patienten ebenfalls die Möglichkeit das Internet zu benutzen?
  - 3.2. Wird das Internet auch von den Patienten benutzt?
  
- 4. Schlagworte wie Digitalisierung, Internet, Tablet und Smartphone liegen ja in aller Munde. Ist die Einrichtung damit gut eingerichtet/ ausgerüstet?**
  - 4.1. Wie ist es in anderen Häusern/ Einrichtungen? Unterscheiden sich andere Bereiche stark von ihrem Bereich?
  - 4.2. Schicken Sie Ihre Klienten/Patienten ins PICSL-Labor? Tuen das auch andere Einrichtungen?
  
- 5. Was denken Sie, wie sich die Patienten über ihre Diagnose (Medial) informieren?**
  
- 6. Unterscheiden sich in dieser Hinsicht die Patienten mit Behinderung von den Patienten ohne Behinderung?**
  
- 7. Wie sinnvoll finden Sie, dass sich diese Patienten medial über ihre Diagnose informieren?**

- 7.1. Wie wirkt sich das auf das Verhältnis der Zusammenarbeit mit Ihren Patienten aus? Sollte man das fördern?
- 7.2. empfehlen Sie das aktiv oder halten Sie das für weniger sinnvoll?

**8. Ist für Menschen mit Behinderung das Internet die richtige Informationsquelle und oder benötigen diese Menschen besondere Hilfestellungen?**

- 8.1. Sollten spezielle Apps an dem Klienten/Patienten angepasst oder für sie entwickelt werden? (Leichte Sprache)

**9. Beim BTHG geht es im Wesentlichen darum, dass Menschen mit Behinderung zu mehr Teilhabe und individueller Selbstbestimmung verholfen werden. Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Bundesteilhabegesetz bis jetzt?**

- 9.1. Wie praxisnah finden Sie die Umsetzung des Gesetzes?
- 9.2. Wo sehen Sie Handlungsbedarf bezüglich des Gesetzes Seitens des Gesetzgebers bzw. wie bewerten Sie das Gesetz?

**10. Sehen Sie Potenziale zur gesellschaftlichen Teilhabe in Bezug auf digitale Medien für Menschen mit Behinderung?**

- 10.1. Können Sie sich mehr darauf beziehen, falls, ja?
- 10.2. Wieso denken Sie nicht? Was können Potenziale ermöglichen?

Abschlussfragen:

**11. Ich bin fertig mit meinen Fragen haben Sie noch Ergänzungen bezüglich dieser Thematik?**

## Anhang B: Checkliste der Studiengüte

Die folgende Checkliste listet wesentliche Punkte zur Beurteilung der internen Studiengüte in Form von Fragen auf:

a) In Bezug auf die Datenerfassung und Transkription sind diese Punkte wichtig:

- Wurden die Daten fixiert, z. B. bei Interviews in Form von Audio- oder Videoaufnahme?
- Wurde eine interviewbegleitende Dokumentation (Postskriptum) erstellt, in dem die Interviewsituation und Besonderheiten festgehalten wurden?
- Wann wurde das Postskriptum erstellt?
- Wurde eine vollständige Transkription des Interviews vorgenommen?
- Wurden Transkriptionsregeln benutzt und werden diese offengelegt?
- Wie sah der Transkriptionsprozess konkret aus?
- Wer hat transkribiert? Die Forschenden selbst?
- Wurde eine Transkriptionssoftware benutzt?
- Wurden die Daten anonymisiert? In welcher Weise?
- Ist das synchrone Arbeiten mit Audio-Aufnahme und Transkription möglich?
- Wurden die Transkriptionsregeln eingehalten und entspricht die verschriftlichte Fassung dem Gesagten?

Checkliste der Studiengüte in Bezug auf die Datenerfassung und Transkription (Kuckartz, 2018, S. 204).

b) In Bezug auf die Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse im engeren Sinn sind folgende Punkte relevant:

- Ist die gewählte inhaltsanalytische Methode der Fragestellung angemessen?
- Wird die Wahl der Methode begründet? Wenn ja, wie?
- Wurde das jeweilige Verfahren in sich richtig angewendet?
- Wurde die Inhaltsanalyse computergestützt durchgeführt?
- Wurde das Material oder Teile desselben durch mehrere Codierende unabhängig voneinander bearbeitet?
- Wie wurde die Übereinstimmung der Codierenden ermittelt? Welches Vorgehen wurde bei Nicht-Übereinstimmung gewählt?
- Ist das Kategoriensystem in sich konsistent?
- Sind die Kategorien und Subkategorien gut ausgearbeitet?
- Wie präzise und ausführlich sind die Kategoriendefinitionen?
- Gibt es konkrete Beispiele (Zitate) als Illustration für die Bedeutung der Kategorien?
- Wurden alle erhobenen Daten bei der qualitativen Inhaltsanalyse berücksichtigt?
- Wie oft wurde das Material bis zur endgültigen Codierung durchlaufen?
- Ist Auditierbarkeit, d. h. unter anderem Nachvollziehbarkeit der Codierungen, gegeben?
- Wurden auch abweichende Fälle berücksichtigt? Wird auf Ausnahmefälle und Extremfälle hingewiesen und werden diese analysiert?
- Wurden im Verlauf der Inhaltsanalyse Memos geschrieben? Wann? Wie sehen beispielhafte Memos aus?
- Wurde mit Originalzitate gearbeitet und nach welchen Kriterien wurden diese ausgewählt? Wurden nur Techniken selektiver Plausibilisierung angewendet oder wurde auch auf Gegenbeispiele und Widersprüche hingewiesen?
- Sind die gezogenen Schlussfolgerungen jeweils in den Daten begründet?
- Was wurde wie und in welcher Form dokumentiert und archiviert?

Checkliste der Studiengüte in Bezug auf die Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018, S. 204f).