

Empirische Sonderpädagogik, 2021, Nr. 4, S. 354-364

ISSN 1869-4845 (Print) · ISSN 1869-4934 (Internet)

Operationalisierungen von Beeinträchtigung und Behinderung bei Kindern und Jugendlichen – eine illustrative Replikation aus dem Teilhabebericht

Anne Stöcker & Carmen Zurbriggen

Universität Luxemburg

Zusammenfassung

Der Kurzbeitrag repliziert die dem ersten Teilhabebericht (BMAS, 2013) zugrundeliegende Berechnung von Beeinträchtigung und Behinderung bei Kindern und Jugendlichen auf Basis der für Deutschland repräsentativen „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS). Ausgangspunkt für die statistische Illustration unterschiedlicher Modelle von Beeinträchtigung ist der „Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener“. Die Bandbreite der Anteile an Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bewegt sich je nach Operationalisierung zwischen 9.3 % und 23.8 %, wobei die erste Angabe das im Teilhabebericht gewählte Modell darstellt. Der Anteil an Behinderung beläuft sich diesem entsprechend auf 2 %. Die Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung von Transparenz hinsichtlich der zugrundeliegenden theoretischen Modelle und Operationalisierungen bei statistischen Angaben zu Behinderung und Beeinträchtigung.

Schlüsselwörter: Beeinträchtigung, Behinderung, Operationalisierung, Kinder, Jugendliche

Operationalizations of impairment and disability in children and adolescents – an illustrative replication from the Participation Report

Abstract

This short article replicates the calculation of impairment and disability in children and adolescents on which the first Report on Participation (BMAS, 2013) is based, using the nationally representative "German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents" (KiGGS). The starting point for the statistical illustration of different models of impairment is the "Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener". The proportion of impairment in children and adolescents in Germany ranges from 9.3 % to 23.8 %, depending on the operationalization, with the first figure representing the model selected in the Report on Participation. As expected, the proportion of disability is 2 %. The results illustrate the importance of transparency with regard to the underlying theoretical models and operationalizations in statistical data on disability and impairment.

Keywords: Impairment, Disability, Operationalization, Children, Adolescents

Zu Entwicklung, Ausdifferenzierung und Vielfalt des Begriffs Behinderung wurden bereits etliche theoretische Arbeiten publiziert (z. B. Danz, 2011). Wenngleich heute eine Reihe von theoretisch erklärenden Modellen parallel zueinander existieren, hat sich die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; WHO, 2001) als bio-psycho-soziales, multidimensionales Modell international etabliert. Die empirische Erfassung wird der theoretischen Komplexität jedoch vielfach nicht gerecht und ist zudem nicht eindeutig (Coenen et al., 2016), wie die große Bandbreite der Angaben zu Menschen mit Behinderung bei einem Vergleich internationaler Statistiken zeigt. Gemäß dem Statistischen Amt der Europäischen Union beispielsweise reichen die Angaben für das Jahr 2019 je nach Land von 2.6 % bis zu 11.5 % oder bei einer alternativen Operationalisierung sogar von 9.0 % bis 30.8 % aller Menschen ab 16 Jahren (Eurostat, 2021). Eine solche Bandbreite ist nicht auf unterschiedliche Inzidenzen in den verschiedenen Ländern zurückzuführen, sondern vielmehr auf unterschiedliche soziale Konstruktionen und deren Erfassung (z. B. Powell & Pfahl, 2019). So führen schon allein unterschiedliche Operationalisierungen des Konstrukts Behinderung zu zwischen (Bundes-)Ländern stark variierenden Anteilen. Dies trifft neben Erwachsenen gleichermaßen auf die Datenlage zum Anteil an Behinderung bei Kindern und Jugendlichen zu.

Eine Besonderheit der Lebensphasen Kindheit und Jugend ist die dynamische Entwicklung, durch die einerseits angeborene Behinderungen erst offenbar werden und andererseits Behinderungen erworben oder in Auseinandersetzung mit Institutionen zugeschrieben werden. Ein prominenter Kontext der Anerkennungspraxis von Behinderung bei Kindern und Jugendlichen ist die Schule, in der Behinderung durch Labels wie Sonderpädagogischer Förderbedarf (SPF) abgebildet wird (Blanck, 2015). Für den schulischen Bereich wird auf nationaler Ebene an unterschiedlichen Indizes und

Quoten des SPF deutlich, wie uneinheitlich die Erfassung ist und wie sehr sich die Angaben je Bundesland nach den jeweiligen gesetzlichen Grundlagen und gewählten Operationalisierungen unterscheiden (z. B. Malecki, 2013).

Bei der Suche nach repräsentativen Angaben zu Beeinträchtigung und Behinderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland stellt der „Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“ (BMAS, 2013) die informativste und bislang aktuellste Quelle dar. Die darin rapportierten Angaben beruhen auf der Basiserhebung der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS; Hölling et al., 2012). Es wird zum einen die sozialstaatliche Kategorie anerkannter Behinderung herangezogen, zum anderen wird Beeinträchtigung anhand des Instrumentes „Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener“ (Bethell et al., 2002) berechnet. Im vorliegenden Kurzbeitrag werden Instrument, Itemauswahl sowie Berechnungen genauer beleuchtet, um die im Teilhabebericht ermittelten Quoten mit Inhalt zu füllen bzw. zu illustrieren. Dazu werden unterschiedliche Modelle von Beeinträchtigung operationalisiert und in ihren empirischen Konsequenzen unter Einbezug soziostruktureller Merkmale wie Geschlecht und Schulstufe beschrieben. Im Anschluss werden die dargestellten Operationalisierungen kritisch diskutiert und die Relevanz für die sonderpädagogische Forschung und Praxis verdeutlicht.

Behinderung und Beeinträchtigung im Teilhabebericht

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung der KiGGS-Basiserhebung, auf der die Berechnungen beruhen, war gemäß dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch eine Behinderung gegeben, „wenn ... körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als

sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen“ (ehem. § 2 SGB IX) und so zu beeinträchtigter Teilhabe führen. Erst ab 2018 galt die geänderte Bestimmung in Anlehnung an die ICF (WHO, 2001): „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 2 SGB IX). Dies stellt im Vergleich zur vorangehenden Begriffsbestimmung eine deutlichere Zuwendung zu Kontextfaktoren dar, deren Bedeutung für die Anerkennungspraxis jedoch noch nicht beurteilt werden kann.

Eine *Beeinträchtigung* wird im Teilhabebericht als eine körperliche Einschränkung beschrieben, auf die reduzierte soziale Teilhabechancen folgen können (BMAS, 2013), aber nicht müssen. In diesem Sinne „muss [bei Beeinträchtigung] eine dauerhafte Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund einer Schädigung von Körperfunktionen (inkl. psychischen Funktionen) oder Körperstrukturen vorliegen. Sind Aktivitäten und Teilhabe durch ungünstige Kontextbedingungen dauerhaft beeinträchtigt, wird von Behinderung gesprochen“ (BMAS, 2013, S. 40).

Erhebung und Operationalisierung in KiGGS

Der erste Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS, 2013) zieht als einzige verfügbare Datenquelle für Kinder und Jugendliche die vom Robert Koch-Institut durchgeführte Studie KiGGS heran. Durch den Auftrag des Gesundheitsmonitorings fokussiert KiGGS auf gesundheitsrelevante Informationen und im Design ergänzen sich quer- und längsschnittliche Komponenten. Die Stichprobe der Basiserhebung, die von 2003 bis 2006 durchgeführt wurde, umfasst 17641 Kinder und Jugendliche. Seitdem

folgten 2009–2012 und 2014–2017 zwei weitere Wellen (Hölling et al., 2012). Die Eltern wurden in der Basiserhebung und in Welle 2 nach einer amtlich anerkannten Behinderung, dem Jahr ihrer Anerkennung und dem Grad der Behinderung sowie (in einem freien Antwortformat) nach der Art der Behinderung gefragt. In der Auswertung im Teilhabebericht wird die dichotome amtlich anerkannte Behinderung einbezogen und Beeinträchtigung anhand des angesprochenen CSHCNs operationalisiert. Letzterer wurde in Welle 2 nicht mehr vollständig abgefragt.

Die im Teilhabebericht vorgenommenen Berechnungen der Anteile von Beeinträchtigung und Behinderung bei Kindern und Jugendlichen wurden mit den Daten der Basiserhebung bezogen auf die Bevölkerungsfortschreibung für 2010 des Statistischen Bundesamtes vorgenommen, also bezogen auf den Bevölkerungsstand von 2010 gewichtet: Von den Kindern und Jugendlichen in Deutschland haben 2 % eine Behinderung (ggf. inklusive Beeinträchtigung) und für 8 % wird eine Beeinträchtigung (exklusive Behinderung) angegeben. Dies sind zusammengenommen 1.3 Millionen Personen. Zur Überschneidung zwischen diesen Gruppen, also Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, wird im Teilhabebericht keine Aussage getroffen (BMAS, 2013). Ein Grund könnte in der definitorischen Zusammenfassung liegen: „Zu den Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen werden auf Grundlage der KiGGS Basiserhebung im Folgenden all jene gezählt, die entweder eine amtlich festgestellte Behinderung oder bei denen die Eltern bei mindestens einer der oben genannten Fragen angegeben haben, dass ihr Kind dauerhaften Unterstützungsbedarf oder Einschränkungen hat, die durch Krankheiten, Gesundheitsprobleme oder Verhaltensstörungen verursacht wurden“ (BMAS, 2013, S. 51). Letzteres entspricht einem erhöhten Gesundheitsbedarf nach dem Instrument CSHCN.

Das Instrument CSHCN

Der englischsprachige CSHCN wurde als Screener für chronische Erkrankungen und besondere Gesundheitsbedarfe im Sinne des US-amerikanischen Maternal and Child Health Bureau entwickelt. Dementsprechend fokussiert der CSHCN eher Gesundheitskonsequenzen und -versorgung sowie entsprechende Bedarfe als konkrete spezifische Diagnosen oder Behinderungen (Bethell et al., 2002).

Den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten der Kinder oder Jugendlichen werden „[e]inige Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes“ angekündigt (deutschsprachige Version in BMAS, 2013 und RKI, 2013). Im Anschluss sind fünf Items zu beantworten zu (1) verschriebenen Medikamenten, (2) mehr als altersüblicher Versorgung, (3) Einschränkungen irgendeiner Art, (4) speziellen Therapien und (5) Entwicklungs- oder Verhaltensproblemen (Items vgl. Tab. 1). Es folgen jeweils zwei weitere Unterfragen: a) ob dies ggf. „aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems“ vorliege; b) die Frage nach der bisherigen oder zu erwartenden Dauer von mindestens 12 Monaten. Für Item 5 gibt es lediglich Unterfrage b. Im Sinne des CSHCN liegen erhöhte Gesundheitsbedürfnisse vor, wenn *mindestens* ein Item aus 1–5 sowie die bei diesem Item verfügbaren untergeordneten Fragen bejaht werden (dies entspricht in Tab. 1 Modell F; Bethell et al., 2002).

Während in der KiGGS-Basiserhebung alle Items des CSHCN enthalten sind, werden im Teilhabebericht nur die Items 2 bis 5 zur Operationalisierung von Beeinträchtigung einbezogen. Item 1 wird nicht berücksichtigt, da die Einnahme verschriebener Medikamente (in den letzten 12 Monaten) nicht als relevant für Beeinträchtigung im Sinne des Berichts eingestuft wird (BMAS, 2013). Beeinträchtigung wird somit operationalisiert, wenn *eines* der vier Items 2 bis 5 bejaht wird *und* alle der jeweiligen Unterfragen ebenfalls mit ja beantwortet werden.

Da das Instrument, die (Auswahl der) Items und die untergeordneten Fragen nicht aus den obigen Definitionen zu Beeinträchtigung und Behinderung entstanden sind, interessiert ihre empirische Aussage bzw. die Passung und empirischen Auswirkungen ihrer Anwendung.

Fragestellung

Im Folgenden sollen die Angaben zu Beeinträchtigung und Behinderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland aus der Bundesberichterstattung anhand von den Angaben im Teilhabebericht (BMAS, 2013) illustriert werden. Dabei wird zentral der Frage nachgegangen, wie sich der Einbezug oder Ausschluss der Einnahme verschriebener Medikamente (Item 1 des CSHCN) sowie die beiden konsekutiven Fragen nach körperlichem Ursprung (a) und zeitlicher Dauer (b) auf die Anteile an Behinderung oder Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen auswirken.

Alle Berechnungen der Anteile erfolgen mit Version 5 des Scientific Use Files der KiGGS-Basiserhebung (RKI, 2013). Die Analysen wurden mit der Software Stata (Version 16) vorgenommen. Fehlende Werte wurden paarweise ausgeschlossen.

Ergebnisse

Verschiedene Modelle und Operationalisierungen von Beeinträchtigung

In Tabelle 1 werden unterschiedliche Modelle dargestellt. Sie unterscheiden sich im Wesentlichen im Einbezug von Item 1 (ab Modell D) und entsprechen damit einerseits dem ursprünglichen CSHCN und andererseits der Operationalisierung von Beeinträchtigung im Teilhabebericht. Weiterhin wurden die konsekutiven Unterfragen (a, b) schrittweise eingebunden, um ihre empirische Bedeutung zu ermitteln. Die einbezogenen Items wurden jeweils durch ein

Kreuz in Tabelle 1 markiert. Im Folgenden werden gewichtete Angaben der Stichprobe berichtet, die auf den Bevölkerungsstand von des 31.12.2004 bezogen werden können, da der Gewichtungsfaktor bezogen auf den Bevölkerungsstand von 2010 nicht vorliegt.

Modell C entspricht der Operationalisierung von Beeinträchtigung des Teilhabeberichts (BMAS, 2013): Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn eine der Fragen zu (2) mehr als altersüblicher Versorgung, (3) Einschränkungen irgendeiner Art, (4) speziellen Therapien und (5) Entwicklungs- oder Verhaltensproblemen mit ja beantwortet wurde, sofern das oder die bejahten Probleme ebenfalls (a) dem Körper zugerechnet und (b) wenigstens (erwartbar) 12 Monate vorlagen. Mit dem angegebenen Gewichtungsfaktor traf dies auf 9.3 % der Kinder und Jugendlichen mit Hauptwohnsitz in Deutschland zu (s. Tab. 2, Zeile 1.2). Wird die Unterfrage nach der Dauer der Probleme (b) nicht einbezogen, erhöht sich der Anteil auf 11.1 % (Modell B, Tab. 2, Zeile 1.2). Abzüglich der körperlichen Zuschreibung (Unterfrage a) liegt der Anteil bei 13.8 % (Modell A, Tab. 2, Zeile 1.2). Inklusive Frage 1 nach der Medikamenteneinnahme ohne untergeordnete Fragen (Modell D, Tab. 2, Zeile 1.2) ist mit 23.8 % eine Zunahme von 10.0 % zu verzeichnen. Der Unterschied zwischen Modell C und Modell F, die beide im ursprünglichen Sinne des CSHCN mit den Eingrenzungen auf Körper und Dauer gebildet werden (Unterfragen a und b), sich aber im Einbezug der verschriebenen Medikamente unterscheiden (Frage 1), liegt immerhin bei 3.8 % (vgl. Modelle C und F in Tab. 2, Zeile 1.2).

Wird Modell C nun gewichtet für die Stichprobe der Schülerinnen und Schüler betrachtet (Tab. 2, Zeile 1.3), liegt der Anteil bei 11.1 % und somit etwas höher als bei allen Kindern und Jugendlichen (9.3 %; Tab. 2, Zeile 1.2). Mit Ausnahme von Modell D sind Schülerinnen und Schülern anteilig immer etwas mehr von Beeinträchtigung betroffen als die Gruppe aller Kinder und

Jugendlichen. Während sich bei den Modellen A bis C die Anteile je nach Bezugsgruppe zwischen 9.3 % und 14.5 % bewegen, ist unter Einbezug von Item 1 (Frage nach Medikamenten) die Spannweite etwa doppelt so hoch (9.3–23.8 %; Tab. 2, Zeilen 1.2–1.3). Die Unterschiede zwischen den Modellen A und B (nur erste Unterfrage bejaht) sowie Modell C (beide Unterfragen bejaht) fallen etwa halb so groß aus wie bei D, E und F. So ist bei den Schülerinnen und Schülern (Zeile 1.3) die Spannweite in den Anteilen von Beeinträchtigung ohne Einbezug der Frage nach Medikamenten bei 3.4 % (11.1–14.5 %), während sie unter Einbezug dieser Frage bei 7.9 % liegt (15.8–23.7 %).

Überschneidungen zwischen Beeinträchtigung und Behinderung

Die Erhebung von Behinderung beruht in der KiGGS Basiserhebung auf der Angabe der Eltern nach einer amtlich anerkannten Behinderung des Kindes. Im Datensatz und damit ebenso im Teilhabebericht sind 352 Kinder und Jugendliche mit Behinderung enthalten. Gewichtet auf alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland entspricht dies 2 % (BMAS, 2013; RKI, 2013). Unsere Berechnung unterscheidet sich wegen eines anderen Gewichtungsfaktors für den Bevölkerungsstand von 2004 (entgegen 2010) mit 2.05 % marginal in der repräsentativen Angabe.

In Tabelle 2 sind in den Zeilen 2.0–2.3 Anzahl und Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigung zuzüglich jenen mit Behinderung dargestellt. Die Differenz zwischen den deskriptiven Blöcken ergibt sich also aus Kindern und Jugendlichen, die zwar eine amtlich anerkannte Behinderung, jedoch keine Beeinträchtigung nach den Modellen A–F (s. Tab. 1) haben. In absoluten Zahlen werden im Teilhabebericht 1730 Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigung – enthält der Definition nach Behinderung – angegeben, was repliziert werden konnte (s. Tab. 2, Zeile 2.1; BMAS,

Tabelle 1: Modelle und Operationalisierungen von Beeinträchtigung anhand des Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screeners

Items und Unterfragen	Modelle					
	A	B	C	D	E	F
1. Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt verschriebene Medikamente (außer Vitamine)?				X	X	X
a. Aufgrund eines gesundheitlichen Problems o. ä.?					X	X
b. Mindestens 12 Monate Dauer?						X
2. Braucht Ihr Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist?	X	X	X	X	X	X
a. Aufgrund eines gesundheitlichen Problems o. ä.?		X	X		X	X
b. Mindestens 12 Monate Dauer?			X			X
3. Ist Ihr Kind in irgendeiner Weise eingeschränkt oder daran gehindert, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können?	X	X	X	X	X	X
a. Aufgrund eines gesundheitlichen Problems o. ä.?		X	X		X	X
b. Mindestens 12 Monate Dauer?			X			X
4. Braucht oder bekommt Ihr Kind eine spezielle Therapie, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie?	X	X	X	X	X	X
a. Aufgrund eines gesundheitlichen Problems o. ä.?		X	X		X	X
b. Mindestens 12 Monate Dauer?			X			X
5. Hat Ihr Kind emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekommt?	X	X	X	X	X	X
b. Mindestens 12 Monate Dauer?			X			X

Anmerkung: Wortlaut Unterfrage a: Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems? Wortlaut Unterfrage b: Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?

Tabelle 2: Häufigkeiten und Anteile von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigung und Behinderung in der KiGGS-Basiserhebung

	Modelle					
	A	B	C	D	E	F
<i>Häufigkeiten und Anteile von Beeinträchtigung:</i>						
(1.0) Stichprobe pro Modell	16632	16632	16632	16657	16657	16657
(1.1) Anzahl und Anteil in der Stichprobe	2322	1836	1551	4027	3101	2226
	14.0 %	11.0 %	9.3 %	24.2 %	18.6 %	13.4 %
(1.2) Anteil gewichtet auf Kinder und Jugendliche in der Bevölkerung	13.8 %	11.1 %	9.3 %	23.8 %	18.3 %	13.1 %
(1.3) Anteil gewichtet auf Schülerinnen und Schüler in der Bevölkerung	14.5 %	12.6 %	11.1 %	23.7 %	19.3 %	15.8 %
<i>Häufigkeiten und Anteile von Beeinträchtigung zuzüglich amtlich anerkannter Behinderung:</i>						
(2.0) Stichprobe pro Modell	16652	16652	16652	16676	16676	16676
(2.1) Anzahl und Anteil in der Stichprobe	2480	2001	1730	4166	3256	2394
	14.9 %	12.0 %	10.4 %	25.0 %	19.5 %	14.4 %
(2.2) Anteil gewichtet auf Kinder und Jugendliche in der Bevölkerung	14.7 %	12.1 %	10.4 %	24.6 %	19.2 %	14.2 %
(2.3) Anteil gewichtet auf Schülerinnen und Schüler in der Bevölkerung	15.6 %	13.8 %	12.4 %	24.6 %	20.5 %	17.1 %

Anmerkung: Alle gewichteten Angaben sind anhand von Altersjahrgang, Geschlecht, deutscher Staatsangehörigkeit, Ost-West-Region und Bildungsstand der Eltern an die Gesamtbevölkerung Deutschlands im Lebensalter von 10 Wochen bis zu 17 Jahren (Bevölkerungsstand 31.12.2004) angepasst. Alle absoluten und prozentualen Angaben beziehen sich darauf, ob eine der markierten Fragen (1–5) zutraf und ggf. die konsekutiven Fragen (a, b) ebenfalls mit ja beantwortet wurden. Fehlende Werte wurden paarweise ausgeschlossen.

2013, S. 52). Wird in einem weiteren Schritt analog zum Teilhabebericht Modell C für Beeinträchtigung *exklusive* der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung betrachtet (nicht in Tabelle), ergibt sich mit 8.3 % ein leicht höherer Anteil als im Teilhabebericht berichteten 8 %. In beiden Fällen betrifft Beeinträchtigung und Behinderung in der Bevölkerung jedoch über 1.3 Millionen Kinder und Jugendliche.

Zum Verhältnis zwischen den beiden Konstrukten bzw. dem Zuwachs von Block 1.0–1.3 zu Block 2.0–2.3 in Tabelle 2 ist festzustellen, dass 50.3 % der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung keine Beeinträchtigung im Sinne von Modell C haben. Anders herum betrachtet haben 89.2 % der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigung (nach Modell C) keine Behinderung. Bei Beeinträchtigung nach Modell F haben 91.9 % der Kinder und Jugendlichen keine Behinderung, wobei von den Kindern und Jugendlichen mit Behinderung 53 % eine Beeinträchtigung nach Modell F haben.

Von den Schülerinnen und Schülern haben 2.3 % eine amtlich anerkannte Behinderung. Somit liegt ihr Anteil höher als bei allen Kindern und Jugendlichen inklusive des vor- und nachschulischen Alters. Höhere Anteile unter Schülerinnen und Schülern liegen auch für Beeinträchtigung nach Modell C bzw. dem Teilhabebericht (11.1 %, Tab. 2, Zeile 1.3) und für Beeinträchtigung exklusive Behinderung mit 10.0 % vor.

Anteile nach Geschlecht und Schulstufe

Während in der gewichteten Stichprobe 49 % aller Kinder und Jugendlichen weiblichen Geschlechts sind, sinkt der Anteil unter denjenigen mit amtlich anerkannter Behinderung auf 45 % und im Rahmen von Modell C sogar auf 37 %. Bei Modell F – und somit inklusive der Frage nach Medikamenteneinnahme – sind 40 % weiblich.

Bei einer schulbezogenen Einteilung der Kinder und Jugendlichen in vorschulisch, Primarstufe, weiterführende Schulen sowie in eine Gruppe, die nicht mehr die Schule

besucht, sind unterschiedliche Muster zu beobachten. So weichen die Anteile der Modelle C und F sowie amtlich anerkannter Behinderung mit 21 %, 19 % und 18 % im vorschulischen Bereich deutlich von der gewichteten Gesamtstichprobe mit 32 % ab. Der Anteil an Beeinträchtigung nach Modell C liegt mit 31 % in der Primarstufe 10 % höher als in der Gesamtstichprobe. In der Sekundarstufe liegen ebenfalls höhere Anteile der drei Beeinträchtigungsgruppen als in der Gruppe aller Kinder und Jugendlichen vor (44 %), wobei hier der höchste Anteil in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung 54 % liegt im Vergleich mit den Modellen C (48 %) und F (52 %).

Abschließend ist festzuhalten, dass Beeinträchtigung und Behinderung im Sinne des Teilhabeberichts zusammengefasst je nach Definition zwischen 12.4 % und 24.6 % aller Schülerinnen und Schüler in Deutschland betrifft (für das Jahr 2010; Tab. 2, Zeile 2.3).

Diskussion

Ausgehend von (inter-)national unterschiedlichen statistischen Angaben zu Menschen mit Behinderungen und entsprechend heterogenen Befunden zu (bundes-)länderspezifischen Anteilen von Schülerinnen und Schülern mit SPF wurde im vorliegenden Kurzbeitrag die Berechnung von Beeinträchtigung und Behinderung bei Kindern und Jugendlichen aus dem ersten Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS, 2013) repliziert. Das der Angabe von Beeinträchtigung in der KiGGS-Studie zugrundeliegende Instrument CSHCN wurde für verschiedene Operationalisierungen herangezogen und so die unterschiedlichen Anteile bei Kindern und Jugendlichen je nach Modell statistisch illustriert. Die Anteile amtlich anerkannter Behinderung (gemäß Teilhabebericht 2.0 %) und die absoluten Zahlen hinsichtlich Beeinträchtigung im Sinne des Teilhabeberichts bzw. Modell C sind

bei der Replikation sehr ähnlich bis gleich. Bei übereinstimmenden absoluten Zahlen unterscheiden sich lediglich die gewichteten repräsentative Angaben für alle Kinder und Jugendlichen mit Behinderung um 0.05 % und für Beeinträchtigung exklusive Behinderung um 0.3 %, was sich durch die unterschiedlichen Faktoren der Gewichtung (Bevölkerungsstand 2004 zu 2010) erklären lässt.

Zunächst ist die Auswahl des Instruments hervorzuheben, mit dessen Hilfe eine über die dichotome Kategorie staatlich anerkannte Behinderung hinausgehende differenziertere Aussage über Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen getroffen werden kann. Trotzdem ist zu diskutieren, inwiefern ein Instrument, das zum Screening chronischer Erkrankungen und erhöhter Gesundheitsbedarfe entwickelt wurde, zur Operationalisierung von Beeinträchtigung eingesetzt werden kann. Trotz des medizinischen Fokus des CSHCN sind die Items auch auf Lebensgestaltung und Partizipation hin formuliert. Überraschend stellt sich jedoch die statistisch geringe Überschneidung zwischen amtlich anerkannter Behinderung und Modellen von Beeinträchtigung dar. Dies wirft unter Rückbezug auf die sozialrechtliche Definition von Behinderung einmal mehr die Frage auf, welche Behinderungen als solche anerkannt werden, wenn sie durch die genannten eher allgemeinen Fragen wie z. B. nach Einschränkungen oder Therapien nicht erfasst wurden.

In Bezug auf die Fragestellung lässt sich festhalten, dass der Einbezug der Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente sich angesichts der Spannweite der Anteile (Tab. 2, Zeile 1.1–1.3) nach Ursache und Dauer stärker zu unterscheiden scheint. Durch die Entscheidung, dieses Item 1 im Teilhabebericht nicht für die Bestimmung von Beeinträchtigung aufzunehmen, wurde der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigung – wie zu erwarten war – nennenswert reduziert. Unter Rückbezug auf theoretische Begriffe ist die Entscheidung,

das Item nicht einzubeziehen, durchaus plausibel, da dieser Aspekt nicht auf dauerhafte Schädigungen von Körperstrukturen hinweisen muss. Da Medikamenteneinnahme jedoch auf körperliche Schädigungen verweisen kann und daher durch das Item bspw. leichte Behinderungen erfasst werden können (Coenen et al., 2016), gilt es diesem Aspekt bei Vergleichen mit anderen Statistiken besondere Beachtung zu schenken. Auch hinsichtlich (sonder-)pädagogischer Aufgaben bezüglich erschwerter Lern- und Entwicklungsbedingungen könnte Item 1 ein wichtiger Hinweis auf ein Kontinuum sein, das keine kleine Gruppe an Schülerinnen und Schülern betrifft (Tab. 2, Zeile 1.3 und 2.3).

Kritisch gegen die Verwendung des CSHNC zur Operationalisierung von Beeinträchtigung kann eingewendet werden, dass die (in Unterfrage b) angegebene zeitliche Dauer von 12 Monaten nicht in Beziehung zu Begriffen oder Gesetzgebung zu Behinderung oder Beeinträchtigung steht, die einerseits von unbestimmter Dauer und andererseits von einem 6-monatigen Zeitraum ausgehen. Empirisch betrachtet sind die Auswirkungen der zusätzlichen Einschränkung durch einen Zeitraum etwas geringer als bei der hinzugenommenen Bedingung körperlicher Ursachen (s. Tab. 2, Modelle B–C < A–B). Körperliche Ursachen bzw. Zuschreibung scheint tendenziell mit längerer Dauer einherzugehen. Die Zurechnung auf körperliche Ursachen (erfasst mit Unterfrage a) und die Defizitorientierung der Items kann mit bestimmten Definitionen von Beeinträchtigung einhergehen, aber auch – gerade deshalb – sehr kritisiert werden. Die Berücksichtigung ist jedoch empirisch lohnenswert zur Unterscheidung anders entstehender Beeinträchtigungen. So ist bei Betrachtung des Instruments CSHCN an sich auffallend, dass bei der Frage nach Entwicklungs- und Verhaltensproblemen (Item 5) keine Unterfrage der Zuschreibung auf Körper existiert. Dies erstaunt, da im Kontext von Entwicklungsstörungen z. B. durch schwierige soziale Herkunftsverhält-

nisse eine entsprechende Differenzierung angebracht sein könnte. Ein Hinweis auf Entwicklungs- und Verhaltensprobleme mit Ursache außerhalb des eigenen Körpers könnte in den leicht höheren Anteilen unter Schülerinnen und Schülern im Vergleich zur Gesamtstichprobe der Kinder und Jugendlichen liegen, was wiederum als ein mögliches Indiz für gewisse schulische Verhaltenserwartungen bzw. deren nicht Erfüllung interpretiert werden könnte.

Mit dem vorliegenden Kurzbeitrag sollte basierend auf einem umfangreichen, repräsentativen Datensatz und einem international eingesetzten Instrument aufgezeigt werden, wie die Anteile von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen oder Behinderung in Deutschland je nach Modell oder Operationalisierung variieren. Die empirische Illustration eines bereits bekannten, wenngleich auch häufig missachteten Phänomens kann als Anlass oder Beispiel für einen reflektierten Umgang mit statistischen Angaben zu Behinderung, Beeinträchtigung oder auch zum Status sonderpädagogischem Förderbedarf dienen. Die Ergebnisse dieser erweiterten Replikation sollen aber auch zu einer möglichst differenzierten Erfassung von Behinderung und Beeinträchtigung in empirischen Studien anregen. Nicht zuletzt verdeutlicht die große Bandbreite an Anteilen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und Beeinträchtigung, wie bedeutsam eine transparente Darstellung der zugrundeliegenden theoretischen Modelle und Operationalisierung sein kann.

Literaturverzeichnis

- Bethell, C. D., Read, D., Stein, R. E., Blumberg, S. J., Wells, N., & Newacheck, P. W. (2002). Identifying Children With Special Health Care Needs: Development and Evaluation of a Short Screening Instrument. *Ambulatory Pediatrics*, 2(1), 38–48. [https://doi.org/10.1367/1539-4409\(2002\)002<0038:ICWSHC>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1367/1539-4409(2002)002<0038:ICWSHC>2.0.CO;2)
- Blanck, J. M. (2015). Schulische Integration und Inklusion in Deutschland: Eine vergleichende Betrachtung der 16 Bundesländer. In P. Kuhl, P. Stanat, B. Lütje-Klose, C. Gresch, H. A. Pant, & M. Prenzel (Hrsg.), *Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen* (S. 153–177). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06604-8_6
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2013). *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. Bonn.
- Coenen, M., Sabariego, C. & Cieza, A. (2016). Empfehlungen zur Erhebung und Aufbereitung von Daten zu Teilhabe und Behinderung aus der Perspektive der Weltgesundheitsorganisation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(9), 1060–1067. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2412-x>
- Danz, S. (2011). *Behinderung: Ein Begriff voller Hindernisse*. Fachhochschulverlag.
- Eurostat. (2021). European statistics. Database Health: Prevalence of disability. Zugriff unter <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>
- Hölling, H., Schlack, R., Kamtsiuris, P., Butschalowsky, H., Schlaud, M. & Kurth, B. M. (2012). Die KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(6–7), 836–842. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1486-3>

Malecki, A. (2013). Sonderpädagogische Förderung in Deutschland – eine Analyse der Datenlage in der Schulstatistik. *Wirtschaft und Statistik*, 356–365.

Powell, J. J. W., & Pfahl, L. (2019). Disability and inequality in educational opportunities from a life course perspective. In R. Becker (Hrsg.), *Research Handbook on the Sociology of Education* (S. 383–406). Edward Elgar.

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. (2013). *KiGGS-Basiserhebung – „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“*. Scientific Use File 5. Version. <https://dx.doi.org/10.7797/9-200306-1-1-5>

United Nations. (2007). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*. New York.

World Health Organization. (2001). *ICF International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva.

Korrespondenzadresse:

Anne Stöcker

Universität Luxemburg
Institut für Bildung und Gesellschaft
Fakultät für Geisteswissenschaften, Erziehungswissenschaften und Sozialwissenschaften
Porte des Sciences 11
L-4366 Esch-sur-Alzette
anne.stoecker@uni.lu



Anne Stöcker
<https://orcid.org/0000-0002-9913-3393>

Carmen Zurbriggen
<https://orcid.org/0000-0002-0906-2000>

Erstmalig eingereicht: 13.04.2021
Überarbeitung eingereicht: 15.09.2021
Angenommen: 16.09.2021