

# **Diagnostische Möglichkeiten zur Feststellung einer seelischen Behinderung (§ 35a SGB VIII)**

Claudia Mehler-Wex und Andreas Warnke

## **Gesetzliche Regelung zur Feststellung einer seelischen Behinderung**

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX, Neufassung des § 35a SGB VIII). Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX bedarf die Feststellung einer Abweichung der seelischen Gesundheit der Diagnose eines „Arztes, der über besondere Erfahrungen in der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche verfügt, eines psychologischen Psychotherapeuten oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“. Die Diagnose ist nach den Kriterien des Internationalen Klassifikationsschemas für Krankheiten, die sog. ICD-10, zu stellen und zu verschlüsseln. Einzubeziehen ist hierbei auch der Entwicklungsstand, da Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten (Lesen, Schreiben und Rechnen) sowie der Sprache längerfristig die Integration des jungen Menschen gefährden können. Auch das Intelligenzniveau des Betroffenen ist zu überprüfen, um eine eventuelle Mehrfachbeeinträchtigung im Sinne einer geistigen Behinderung dokumentieren zu können.

Neben den genannten Kriterien muss festgestellt werden, ob die Funktionsbeeinträchtigung des Kindes oder Jugendlichen dessen Teilhabe an einem adäquaten Leben in der Gesellschaft einschränkt. Die daraus resultierende Gefährdung der psychosozialen Integration und Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen sind Grundvoraussetzung der Feststellung einer drohenden oder bestehenden seelischen Behinderung.

## **Der Begriff der seelischen Erkrankung bzw. psychischen Störung**

Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen sind als ein Zustand gestörter Lebensfunktionen zu verstehen, der den Betroffenen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen. Die auftretende Symptomatik wird multifaktoriell bedingt, u.a. durch die körperliche Disposition und die psychische Vulnerabilität des Kindes oder Jugendlichen sowie durch externe psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren.

Intrapersonale Risikofaktoren sind genetische Störungen, Schwangerschafts- oder Geburtschäden, frühkindliche Erkrankungen oder Missbildungen sowie Teilleistungsstörungen. Demgegenüber stellen Intelligenz, Interessenbildung, Kontakt- und kommunikative Begabung sowie Ressourcen zur Selbsthilfe protektive Faktoren dar. Negative extrapersonale Einflüsse wie abnorme Belastungen z.B. durch Deprivation, Trennungs- oder Verlusterlebnisse, Gewalt etc. können psychiatrische Erkrankungen prädisponieren. Umgekehrt kann ein stabiler famili-

ärer Rahmen, der Geborgenheit und Vertrauen vermittelt, vor manchen psychischen Störungen schützen bzw., abhängig von der Diagnose, eine baldige Remission erleichtern.

Eine seelische Störung kann sich durch die zeitlich verzögerte Entwicklung einer Fähigkeit ergeben (*zeitliche Norm*). Jedoch ist auch entscheidend, ob die erworbene Fähigkeit tatsächlich altersentsprechende Qualität aufweist (z.B. Stottern statt fließendem Sprachgebrauch; *qualitative Norm*). Wird eine angelegte Fähigkeit zu wenig (z.B. Sprechen bei Autismus) oder zu exzessiv ausgeübt (z.B. Panikreaktionen bei phobischen Erkrankungen), kann dies ebenfalls Zeichen einer psychischen Störung sein (*quantitative Norm*). Darüberhinaus ist entscheidend, die erworbene Fähigkeit sinngemäß und funktionsgerecht zu verwenden (Beispiel: Essfähigkeit von Patienten mit Pubertätsmagersucht wird nicht genutzt; *funktionelle Norm*).

Zu berücksichtigen ist auch die *Stabilität* der Störung in der weiteren Lebensgeschichte; so bleiben z.B. Teilleistungsstörungen oft lebenslang erhalten, wohingegen bei Enuresis nocturna (nächtliches „Bettnässen“) ein Sistieren der Symptomatik in höherem Alter zu erwarten ist. Schließlich ist ein prognostisch wichtiger Aspekt die Frage, ob bei der jeweilig aktuell vorliegenden Störung ein *Wandel der Symptomatik* zu erwarten ist, was ein umso rascheres und konsequenteres therapeutisches Eingreifen nahelegen sollte (z.B. kommt es bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) häufiger im weiteren Lebenslauf zu einer zusätzlichen Verbindung mit Störung des Sozialverhaltens und auch mit Suchterkrankungen).

### **Diagnosefindung über das multiaxiale Klassifikationsschema psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10**

„Seelische Störungen, die eine Behinderung zur Folge haben können, sind:

1. körperlich nicht begründbare Psychosen
2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen
3. Suchtkrankheiten
4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen“ (§ 3 der Verordnung nach § 47 BSHG, Eingliederungshilfe-Verordnung vom 1.2.1975, BGBl I, S. 433).

Erweiternd wurden mit § 35a KJHG zum Begriff der seelischen Behinderung folgende psychische Störungen, die eine (drohende) Behinderung zur Folge haben können, hinzugefügt:

- Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Lesen, Schreiben, Rechnen) und der Sprache, wenn sie längerfristig die Integration gefährden,
- chronische Störungen, die die psychische Entwicklung und Integration gefährden.

Nach ICD-10 sind folgende Gruppen psychischer Störungen zu unterscheiden (Dilling et al. 2015):

- F0 organische und symptomatische psychische Störungen
- F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 affektive Störungen
- F4 neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend

Alle genannten Störungsbilder können eine seelische Behinderung bedingen, mit Ausnahme der Intelligenzminderung F7, die als geistige Behinderung in den Bereich der Sozialhilfe fällt. Bei Entwicklungsstörungen auf motorischer Ebene ist ebenfalls eine Indikation zur Sozialhilfe näherliegend.

Das durch Remschmidt, Schmidt und Poustka (2012) auch im deutschsprachigen Raum etablierte „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO“ umfasst sechs Achsen zur Befunderhebung:

- Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom (F0-F6, F9, s.o.)
- Achse 2: umschriebene Entwicklungsstörungen (F8, s.o.)
- Achse 3: Intelligenzniveau (F7, s.o.)
- Achse 4: körperliche Symptomatik
- Achse 5: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

#### *Das zugrundeliegende klinisch-psychiatrische Syndrom*

Das ärztliche Gutachten zur Eingliederungshilfe sollte sich auf das genannte multiaxiale Schema stützen.

„Achse 1“ basiert auf der ausführlichen Anamneseerhebung und dem psychopathologischen Untersuchungsbefund des Kindes oder Jugendlichen. Ergänzend sind psychologische Testverfahren durchzuführen (je nach Ausgangsbefund z.B. Persönlichkeitsinventare, störungsspezifische Fragebögen zur Selbsteinschätzung). Hilfreich oder auch notwendig sind Verhaltensbeobachtungen, möglicherweise ist dazu auch eine stationäre Untersuchung erforderlich. Diese Untersuchung ist unerlässlich auch bei Störungen, die primär auf den Achsen 2-4 liegen, hinsichtlich der Klärung, inwieweit (sekundäre) psychische Störungen der Achse 1 vorhanden sind, die u.U. die gesellschaftliche Eingliederung zusätzlich beeinträchtigen.

„Achse 2“ betrifft die Frage, ob umschriebene Entwicklungsstörungen vorliegen. Hierunter fallen in Bezug zu § 35a SGB VIII Legasthenie (Lese-, Rechtschreibstörung) und Dyskalkulie (Rechenstörung). Hierzu sind zum einen schulische Stellungnahmen und Zeugnisnoten (deutlich schlechtere Noten in Deutsch bzw. Mathematik als in den übrigen Fächern), zum anderen spezielle Testungen notwendig, um die jeweilige Störung zu objektivieren.

Legasthenie-Gutachten erfordern die Durchführung eines standardisierten Lese-Rechtschreibtests. Nach aktuellen S3 Leitlinien ([www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-044.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-044.html)) werden bei Verdacht auf *Legasthenie* folgende diagnostische Verfahren zur *Diagnostik einer Lesestörung* empfohlen (nach Schulte-Körne 2015):

- Ein Leseverständnistest für Erst- bis Sechstklässler (ELFE 1-6)
- Lesegeschwindigkeits- und -verständnistest für die Klassen 6-12 (LGVT-R 5-13)
- Lesetestbatterie für die Klassenstufen 6-7 (Lesen 6-7)
- Lesetestbatterie für die Klassenstufen 8-9 (Lesen 8-9)
- Würzburger Leise Leseprobe – Revision (WLLP-R)
- Deutscher Rechtschreibtest für das erste und zweite Schuljahr (DERET 1-2+)

- Deutscher Rechtschreibtest für das dritte und vierte Schuljahr (DERET 3-4+)
- Hamburger Schreib-Probe 1-10 (HSP 1-10)
- Salzburger Lese- und Rechtschreibtest (SLRT II) - Lesetest für die 2. 3. und 4. Klasse

Folgende diagnostische Verfahren werden zur *Diagnostik einer Rechtschreibstörung* empfohlen:

- Salzburger Lese- und Rechtschreibtest (SLRT II)
- Weingartener Grundwortschatz Rechtschreib-Test für 1. und 2. Klassen (WRT 1+)
- Weingartener Grundwortschatz Rechtschreib-Test für 2. und 3. Klassen (WRT 2+)
- Weingartener Grundwortschatz Rechtschreib-Test für dritte und vierte Klassen (WRT 3+)
- Weingartener Grundwortschatz Rechtschreib-Test für vierte und fünfte Klassen der Grund- und Hauptschule (WRT 4+)
- Aus Ermangelung an Alternativen sollte für die Altersgruppe der Jugendlichen ab der 11. Klasse der RST-ARR angewendet werden (KKP).

Die Diagnose beinhaltet nach der S3 Leitlinie ([www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-044.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-044.html)): „Das Vorliegen einer Lese-Rechtschreibstörung, isolierten Rechtschreibstörung oder isolierten Lesestörung sollte dann festgestellt werden, wenn die Leseleistung und/oder Rechtschreibleistung deutlich unter dem Niveau liegt, das aufgrund der Altersnorm, oder der Klassennorm oder der Intelligenz zu erwarten ist und die Bewältigung der Alltagsanforderungen beeinträchtigt oder gefährdet ist. Die Diskrepanz sollte anderthalb Standardabweichungen (1,5 SD) betragen und die Leistung in den einzelnen Lernbereichen sollte mindestens unterhalb des Durchschnittsbereichs (mind. 1 SD Abweichung von Mittelwert) liegen. Wenn die Lese- und/oder Rechtschreibschwierigkeiten durch Evidenz aus der klinischen Untersuchung und den Ergebnissen der psychometrischen Verfahren belegt werden, kann ein weniger strenger Grenzwert herangezogen werden (ab 1,0 SD unter dem Durchschnitt der Klassennorm, der Altersnorm oder dem aufgrund der Intelligenz zu erwartenden Leistungsniveau im Lesen und/oder Rechtschreiben). Bei der Diagnostik durch psychometrische Verfahren soll wenn möglich auf schulformspezifische Normen und Klassennormen zurückgegriffen werden.“

Empfehlung: „Zur Diagnostik der Lese-und/oder Rechtschreibstörung soll auf das Kriterium der Alters- oder Klassennormdiskrepanz oder auf das Kriterium der IQ-Diskrepanz zurückgegriffen werden“ (siehe auch Sondervoten der Leitlinie).

Zur diagnostischen Überprüfung der Rechenleistungen bei Verdacht auf *Dyskalkulie* sollen nach S3 Leitlinie zu Lese-und Rechtschreibstörung folgende Testverfahren eingesetzt werden:

- Deutscher Mathematiktest für fünfte Klassen (DEMAT 5)
- Deutscher Mathematiktest für sechste Klassen (DEMAT 6)
- Deutscher Mathematiktest für neunte Klassen (DEMAT 9)
- Diagnostisches Inventar zu Rechenfertigkeiten im Grundschul-alter (DIRG)
- Kettenrechner für dritte und vierte Klassen (KR 3-4)

(Starke Empfehlung, Empfehlungsgrad A)

Defizite des Sprachvermögens, der Wahrnehmung, der Konzentration und Motorik müssen ebenfalls überprüft werden. Durch eine Entwicklungsstörung kann die soziale Integration eines Kindes oder Jugendlichen nachhaltig im Sinne einer drohenden seelischen Behinderung gefährdet sein. Häufige Komorbiditäten sind: Hyperkinetische Störung bzw. Aufmerksam-

keitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, Angststörung, Depression, Rechenstörung, Expressive und rezeptive Sprachstörung.

Auf „Achse 3“ wird das Intelligenzniveau angegeben, festgestellt durch psychologische Intelligenz- und Leistungsdiagnostik wie z.B.

- Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Kinder IV (HAWIK-IV)
- Kaufman-Test (K-ABC II)
- Adaptives Intelligenzdiagnostikum 3 (AID 3)
- Snijders-Oomen Nicht-verbale Intelligenztest (SON)
- CFT-1 R Grundintelligenztest Skala 1
- CFT-20 R

Werte im unteren Durchschnittsbereich (IQ 85 bis 95) erfordern u.U. eine weitere Überprüfung durch ein alternatives Testverfahren, um eine Intelligenzminderung sicher auszuschließen. Das Intelligenzniveau ist auch von besonderer Bedeutung für die Diagnose einer Entwicklungsstörung (Achse 2), da diese einen  $IQ \geq 70$  voraussetzt. Außerdem kann eine Teilleistungsstörung im schulischen Bereich nur dann attestiert werden, wenn die Ergebnisse aus den Rechen-, Lese- und Rechtschreibtests in Bezug zum Intelligenzniveau gesetzt wurden (siehe unter Achse 2).

In „Achse 4“ werden körperliche Symptome/Erkrankungen klassifiziert. Hierdurch sollen organische Ursachen der psychischen Störung oder körperliche Symptome einer psychischen Störung erfasst werden. Die Erfassung psychosomatischer Symptome kann an dieser Stelle stattfinden (z.B. Konversionsstörung, Epilepsie).

*Die beiden letzten Achsen 4 und 5 liefern einen bedeutsamen Beitrag zur Feststellung der Beeinträchtigung in der Teilhabe am Leben.* Es handelt sich hierbei um die Zusammenfassung der Eindrücke aller an der Hilfeplanung Beteiligten, insbesondere auch der Jugendhilfe. Der ärztliche Gutachter gibt hierzu seine Einschätzung an, ist jedoch, anders als bei Achse 1-4, nicht alleinig beurteilende Instanz.

In „Achse 5“ sind die assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umstände erfasst, die das Kind im Zeitraum der letzten sechs Monate vor Behandlungszeitpunkt direkt und durchgehend betroffen haben:

- abnorme intrafamiliäre Beziehungen (z.B. Disharmonie, Mangel an Wärme, Misshandlung oder Missbrauch)
- psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
- inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
- abnorme Erziehungsbedingungen (z.B. elterliche Überfürsorge; unzureichende elterliche Steuerung und Aufsicht; Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt; unangemessene Anforderungen durch die Eltern)
- abnorme unmittelbare Umgebung (z.B. Aufwachsen außerhalb des Elternhauses, getrennte leibliche Eltern, isolierte Familie)
- akute, belastende Lebensereignisse
- gesellschaftliche Belastungsfaktoren (Verfolgung, Diskriminierung, Migration etc.)
- chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit (z.B. Sündenbockrolle, Streitigkeiten mit Mitschülern/Lehrern)
- belastende Lebensereignisse

In „Achse 6“ sind die Kriterien zur Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung angeführt. Diese ist nach Schweregraden eingeteilt in den Stufen 0 (herausragende soziale Funktionen mit guten zwischenmenschlichen Beziehungen in und außerhalb der Familie, mit adäquaten Interessen und Freizeitaktivitäten) bis 8 (tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung, Fehlen von Kommunikation, Gefahr der Eigen- oder Fremdgefährdung). Die Beurteilung sollte sich stützen auf die Art der Beziehungen des Kindes oder Jugendlichen zu Familie, Gleichaltrigen und Außenstehenden, auf die sozialen Kompetenzen, die schulische/berufliche Adaptation, Interessenlage und Freizeitaktivitäten.

### **Formulierung ärztlicher Stellungnahmen**

Zur Beantragung einer durch die Jugendhilfe getragenen Wiedereingliederungshilfe nach § 35a KJHG bedarf es einer ärztlichen Stellungnahme. Diese muss bei dem Betreffenden eine Abweichung der seelischen Gesundheit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand feststellen. Zur näheren Beschreibung der Erkrankung sollten die sechs Achsen des multiaxialen Klassifikationsschemas (ICD-10) herangezogen werden. Nach Darlegung der Achsen 1-4 ist klar festzulegen, ob es sich aus ärztlicher Sicht allein um eine psychische Störung/geistige Behinderung/körperliche Erkrankung oder Behinderung oder um eine Mehrfachbeeinträchtigung handelt. Falls die psychische Störung kombiniert mit einer körperlichen Erkrankung oder geistigen Behinderung auftritt, ist abzuwägen, durch welchen Anteil die Teilhabe am Leben am stärksten beeinträchtigt wird (*Diese Unterscheidung wird mit Einführung der sog. „großen Lösung“ an jetziger Bedeutung verlieren, da nach Inkrafttreten dann alle Arten der Behinderung mit Bedarf an Eingliederungshilfe der Jugendhilfe zukommen, also geistige und körperliche Behinderung nicht mehr der Sozialhilfe zugeordnet werden*).

Mit Hilfe der Achsen 5 und 6 erfolgt die Einschätzung der sozialen Beeinträchtigung und Teilhabe. Zusammenfassend sollte ärztlich bewertet werden, ob von einer drohenden oder bereits bestehenden seelischen Behinderung auszugehen ist. Hilfreich ist die konkrete Nennung des Förderungsbedarfs mit Vorschlägen zur Umsetzung der Eingliederungshilfe (z.B. Erziehungshilfe, voll- oder teilstationäre heilpädagogische Maßnahmen etc.).

Die abschließende Beurteilung der in den beiden letzten Achsen verschlüsselten Aspekte erfolgt im Rahmen eines Hilfeplangesprächs letztlich durch die Jugendhilfe, die über die Gewährung der beantragten Maßnahme entscheidet. Eine gut funktionierende Kooperation zwischen Therapeuten und Jugendhilfe stellt gerade hinsichtlich des § 35a SGB VIII eine entscheidende Basis dar, um effektiv bestehende Barrieren der adäquaten Teilhabe am Leben bei Kindern und Jugendlichen reduzieren und überwinden zu können und ihnen somit eine altersentsprechende Weiterentwicklung zu ermöglichen.

### **Literatur**

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (2007): Leitlinien für Diagnostik und Therapie: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Köln

Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H. (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Bern, 10. Aufl.

Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F. (2012): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern, 6. Aufl.

Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main, Fachbereich Jugend (Hrsg.) (2016) Rechtsprechungsübersicht in Leitsätzen Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte nach § 35a SGB VIII sowie angrenzender Vor-

schriften. Stand: Mai 2016. Frankfurt am Main

### **Autor/in**

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Andreas Warnke ist Ordinarius i.R. der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg.

Prof. Dr. med. Claudia Mehler-Wex ist Chefärztin der HEMERA Klinik, Privatklinik für Seelische Gesundheit, Jugendliche und junge Erwachsene in Bad Kissingen.

### **Emailadresse**

Prof. Dr. Andreas Warnke: [warnke@kjp.uni-wuerzburg.de](mailto:warnke@kjp.uni-wuerzburg.de)

Prof. Dr. Claudia Mehler-Wex: [mehler-wex@hemera.de](mailto:mehler-wex@hemera.de)

### **Hinweis**

Veröffentlicht am 10.08.2016 unter <http://www.SGBVIII.de/S81.pdf>