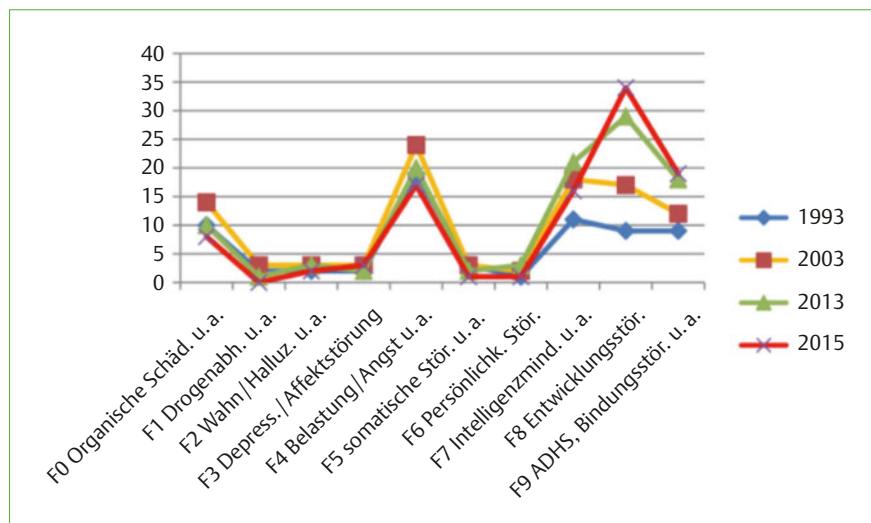


# Junge Menschen mit Behinderungen und psychischen und Verhaltensstörungen

Ingo Kretschmer, Julia Bauerhenne

Niedergelassene und Klinikärzte sehen heute häufiger pädiatrische Patienten, die körperliche Behinderungen aufweisen. Bei ihnen ist die Prävalenz psychischer Störungen und/oder Verhaltensstörungen höher als in der gleichaltrigen Normalbevölkerung. Der Beitrag diskutiert die Gründe und zeigt Konzepte auf, wie man den komplexen Entwicklungsbedürfnissen der psychisch beeinträchtigten Jungen und Mädchen besser gerecht wird.

In den letzten Jahrzehnten ist die psychosoziale Gesundheit behinderter Kinder und Jugendlicher mit vielen lebenspraktischen Neuerungen und professionellen Förderungen und medizinischen Behandlungen erweitert und qualitativ eindeutig verbessert worden. Exemplarisch seien hier nur die Einführung elektronischer Kommunikationshilfen und die weiterentwickelten therapeutischen Angebote für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung genannt. Neben den damit zusammenhängenden positiven Auswirkungen beobachten wir bei jungen Menschen mit Behinderung eine relativ hohe und kontinuierlich zunehmende Ausprägung von psychischen und Verhaltensstörungen. Unsere Langzeituntersuchung eines Förderschulzentrums für körperliche und motorische Entwicklung in Hessen zeigt steigende Diagnosezahlen von psychischen und Verhaltensstörungen von 22% (Jahresprävalenz 1993) auf 27% (Jahresprävalenz 2013) an. Diese Entwicklung entspricht auch den jährlichen Bedarfsmeldungen für psychologisch-therapeutische Hilfen von betroffenen Eltern, Lehrern und Rehabilitationsfachleuten. Für die gesamte Schulzeit vom 7.–18. Lebensjahr der untersuchten Population der Förderschule findet sich eine Prävalenz von



► Abb. 1 Dargestellt sind die relativen Häufigkeiten von ICD-10-F00-F99-Diagnosen derjenigen Schüler mit Behinderungen des untersuchten Schulzentrums von 1993–2015, die in diesen Jahren akuten psychologischen und/oder psychiatrischen Behandlungsbedarf hatten (Schülerzahl je Jahr ca. 300). Am deutlichsten steigen die akuten psychischen und Verhaltensstörungen bei denjenigen an, die Entwicklungsstörungen seit früher Kindheit bewältigen müssen (F7–F9).

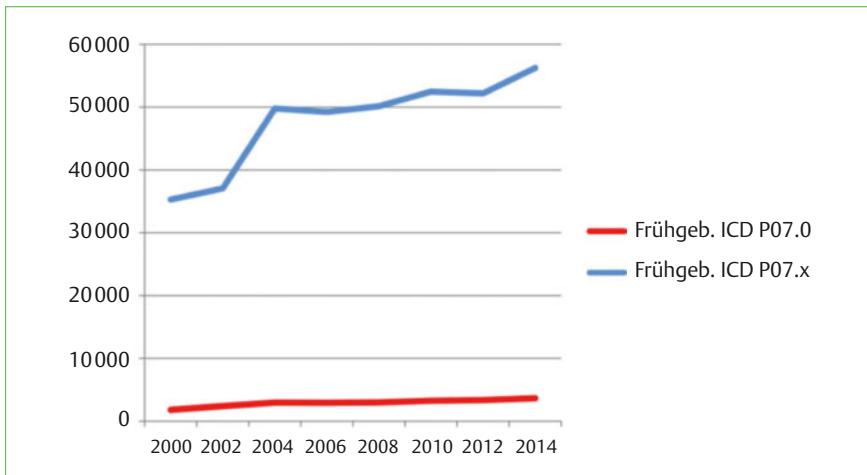
45 % für akut auftretende psychische Störungen [1]. Diese Prävalenzraten entsprechen denen von Förderschulen für geistige Entwicklung in Bayern [2].

## Welche Wirkungszusammenhänge können für den negativen Gesundheitstrend belegt werden?

### Wie ist diese Erhöhung zu erklären?

Die Art bzw. die Merkmale der veränderten psychosozialen Gesundheit junger Menschen mit Behinderungen sind in den Häufigkeitsverteilungen aller gestellten ICD-10-Diagnosen mit den Notationen F00–F99 zu erkennen. ► Abb. 1 zeigt den besonders hohen Anstieg von Diagnosen, die mit Intelligenzminderungen (F7), Entwicklungsstörungen (F8) und weiteren Störungen (F9), z.B. ADHS und Bindungsstörungen, zusammenhängen.

Erstens hat die Anzahl von schwerbehinderten Menschen mit angeborener Behinderung von 1993–2003 in Deutschland leicht zugenommen von 289408 auf 312410 [3]. Seit einigen Jahren ist diese Anzahl gering rückläufig, aber der Scheitelpunkt liegt bei den jetzt 13-jährigen Schülern. Angeborene Behinderungen und psychische und Verhaltensstörungen im Schulalter hängen sehr eng zusammen. 82 % der diagnostizierten Störungen von körperbehinderten Förderschülern (Stichprobenuntersuchung, n=80) hängen direkt mit funktionellen, hirnorganischen Beeinträchtigungen zusammen, z.B. mit



► Abb. 2 Gemeldete Geburten mit extrem niedrigem Geburtsgewicht (ICD P07.0, geringer als 999 Gramm). Die Zahlen steigen von 2000–2014 von 1795 auf 3653. Die weiteren Frühgeburtmeldungen deutscher Krankenhäuser steigen von 35 275 auf 56 235 [4].

frühkindlichen Schädigungen des ZNS, mit genetischen Syndromen, mit Anfallserkrankungen usw. 16% der seelischen Beeinträchtigungen sind vorrangig auf chronische Krankheiten oder körperliche Behinderungen zurückzuführen, die besonders hohe psychische Belastungen darstellen, wie z.B. fortschreitend zum Tode führende Erkrankungen der Muskulatur. Nur bei 2% der diagnostizierten Störungen fanden sich keine engen Zusammenhänge mit den bestehenden körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen der Schüler. Diese waren auf andere Stressoren zurückführbar, z.B. auf Scheidungskonflikte der Eltern [1].

Zweitens hat im Erhebungszeitraum die Anzahl von Frühgeborenen mit Ent-

wicklungsstörungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaft und niedrigem Geburtsgewicht stark zugenommen (► Abb. 2).

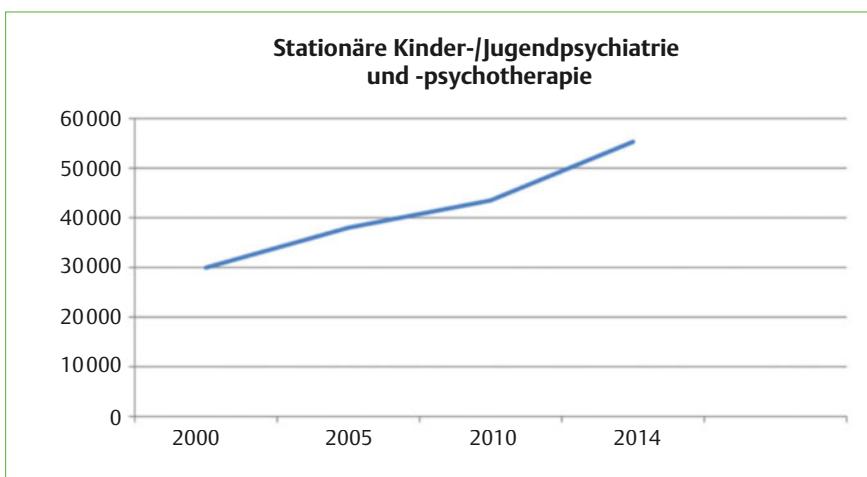
Zusammenhänge von Frühgeburtlichkeit und körperlichen sowie mentalen Beeinträchtigungen sind vielfach belegt. Besonders relevant ist hier der Befund, dass sich psychische Beeinträchtigungen häufig erst im Schulalter stärker ausprägen bzw. dann diagnostiziert werden. Folgende Störungssymptome sind bei ehemals Frühgeborenen bis zu dreimal so häufig zu beobachten wie bei normal Geborenen: Dyskalkulie- und Lese-Rechtschreib-Störungen, motorische Beeinträchtigungen, Autismus-Spektrum-, Angst-, Bindungsstörungen und ADHS-Sympto-

me [5, 6]. In dem o.g. Förderschulzentrum [1] sind mittlerweile rund 40% der jährlich gemeldeten Förderschüler mit akutem psychologischem Hilfebedarf ehemals Frühgeborene.

Drittens steigen psychische und Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen insgesamt seit ca. 25 Jahren ununterbrochen und überproportional zu anderen Erkrankungen an [7] (► Abb. 3). Diese durch viele gesellschaftliche Ursachen hervorgerufene psychische Morbidität betrifft ca. 20% aller 3- bis 17-Jährigen. Der Trend wird als „neue Morbidität“ bezeichnet und meint die Verschiebung von akuten zu chronischen und von somatischen zu psychischen Krankheiten [8]. Aufgrund der stark erhöhten psychischen Vulnerabilität von jungen Menschen mit Behinderungen ist bei ihnen von einer Akkumulation der somatischen und psychischen Erkrankungsbedingungen auszugehen. Schätzungen nehmen deswegen ein drei- bis vierfaches Erkrankungsrisiko für Menschen mit Behinderungen an [9].

### Welche Folgerungen ergeben sich für die Behandlung?

Die Untersuchung der psychosozialen Gesundheit behinderter Kinder und Jugendlicher begründet die Annahme, dass die Zunahme der Störungen wesentlich im somato-psychischen Bereich liegt und sich addiert mit dem psycho-somatischen Trend, der auch bei nicht behinderten Menschen zu beobachten ist [12]. Psychotherapeutische Krankenbehandlungen oder medikamentöse fachärztliche Therapien greifen deswegen oft viel zu kurz. Ein überragendes Thema sind die frühkindlichen Entwicklungsstörungen dieser jungen Menschen. Den langfristigen rehabilitativen Entwicklungsförderungen kommt die größte Bedeutung zu. Entsprechend müssen therapeutische Maßnahmen primär Wachstumsprozesse ermöglichen und unterstützen: Anleitungen von Eltern im Umgang mit psychischen Entwicklungsstörungen ihrer Kinder, Förderungen der mentalen und v.a. emotionalen Entwicklungen der vulnerablen Kinder und Jugendlichen in ihren Alltagssituationen. Die weiterge-



► Abb. 3 Fallzahlen von Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 2000 wurden 29 949 junge Menschen stationär behandelt, 2014 waren es 55 295 [7].

hende spezifische und bindungsbasierte Professionalisierung der sozialen Berufe ist erforderlich, die diese komplexen Entwicklungsbedürfnisse der psychisch beeinträchtigten Jungen und Mädchen bewältigen sollen.

### Konzepte

Für diese Herausforderungen lassen sich viele therapeutisch wirkungsvolle Konzepte aufzeigen. Beispielhaft werden hier zwei genannt. In der o.g. Langzeitstudie des Förderschulzentrums fiel auf, dass psychische Störungen gehäuft im Laufe des dritten Schulbesuchsjahres gemeldet wurden. In dem Zeitraum erfolgt in Hessen die Einstufung der Leistungsfähigkeit und damit die Zuweisung zu den drei Anforderungsniveaus „Förderschwerpunkt geistige Entwicklung“, „Förderschwerpunkt Lernhilfe“ und „allgemeine Schule“. Die Beteiligten versuchen meist, mit den 9- bis 10-jährigen Kindern die höchstmögliche Leistungseinstufung zu erreichen. Der damit verbundene Übungssstress und Erwartungsdruck hat die psychischen Beeinträchtigungen dieser Kinder verstärkt und zu vermehrten Störungen geführt. Eine klare Veränderung dieses Einstufungsverfahrens durch eine verlängerte Orientierung, verbesserte Diagnostik und v.a. eine intensivere Psychoedukation der Eltern und Lehrer hat die psychische Gesundheit dieser Förderschüler inzwischen in der Altersstufe wieder deutlich verbessern können [10, 11].

Als weiteres exemplarisch genanntes Konzept erweist sich die interdisziplinär erarbeitete „ICF-Fallstruktur“ als Behandlungsmodell (International Classification of Functioning, Disability and Health). Im Zusammenwirken von Eltern, Pädagogen, Ärzten und Therapeuten lassen sich genauer Misslingens- und Gelingensbedin-

gungen für die o.g. Entwicklungs- und Wachstumsprozesse finden und in ICF-Kategorien beschreiben [13]. Die erarbeiteten Wechselwirkungen im Sinne des bio-psycho-sozialen ICF-Modells geben den interdisziplinären Hilfen die notwendige gemeinsame Richtung und führen zu evidenzbasierten entwicklungsfördernden Bildungsmaßnahmen und therapeutisch-medizinischen Behandlungen.

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Dr. Ingo Kretschmer**  
Dipl.-Psychologe und Pädagoge  
Antoniushaus gGmbH  
Burgeffstr. 42  
65239 Hochheim a. M.

i.kretschmer@antonius-haus-hochheim.de

### Online

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-115851>

### Literatur

- 1 Kretschmer I. Verhaltensstörungen inklusive. In: Bognar D, Maring B, Hrsg. Inklusion an Schulen. Hürth: Carl Link in Wolters Kluwer; 2014: 138–150
- 2 Dworschak W, Baier S. Schulische Konzepte im Hinblick auf schwer(wiegend)e Verhaltensprobleme am Förderzentrum mit dem FsgE. In: Ratz C, Hrsg. Verhaltensstörungen und geistige Behinderung. Oberhausen: Athena; 2012: 229–249
- 3 Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis (absolut und je 100.000 Einwohner). [http://www.gbe-bund.de/gbe10/?i=Schwerbehinderte\\_Menschen\\_mit\\_Ausweis\\_216D](http://www.gbe-bund.de/gbe10/?i=Schwerbehinderte_Menschen_mit_Ausweis_216D)
- 4 Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). <http://www.gbe-bund.de/gbe10/?f=11761::p07>

- 5 Johnson S, Marlow N. Growing up after extremely preterm birth: Lifespan mental health outcomes. *Semin Fetal Neonatal Med* 2014; 19: 97–104
- 6 Jäckel K. Frühgeborene und Schule – Ermutigt oder ausgebremst? Landesverband Früh- und Risikogeborene Kinder Rheinland-Pfalz e.V.; 2011
- 7 Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Fachabteilung (ab 2000)
- 8 Robert Koch-Institut. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. Psychische Auffälligkeiten. [http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenblatt\\_KIGGS\\_Welle\\_1\\_Psychische\\_Auffaeligkeiten.pdf](http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenblatt_KIGGS_Welle_1_Psychische_Auffaeligkeiten.pdf)
- 9 Dilling H, Mombour W et al. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) 1999: 254
- 10 Kretschmer I. Psychische Störungen behinderter Schülerinnen und Schüler. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* 2004; 7/8: 35–42
- 11 Kretschmer I, Kleinehandig N. Persönliches Empowerment mit ICF standardisieren? *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* 2007; 11/12: 12–17
- 12 Kasten E. Somatopsychologie: Psychische Probleme als Folge körperlicher Funktionsstörungen. *Report Psychologie* 2011; 1: 12–20
- 13 Rentsch HP, Bucher P. ICF in der Rehabilitation. Neuropsychische Funktionsstörungen im Konzept der ICF. Idstein: Schulz-Kirchner; 2006: 115–132

### Summary

**Young people with disabilities and mental and behavioural disorders**  
The prevalence rate of mental disorders in children and adolescents with disabilities is higher than the prevalence rate in the normal population. This article contains a discussion about a further increase of prevalence in the last decades. It appears that mental disorders are associated with early development disorders.