3
HV diagnostizieren
Grundlagen

S.A.V.E.

Schule als verlässlicher Entwicklungsraum

Inhalt

1 Herausforderndes Verhalten verstehen durch systematische und subjektlogische Diagnostik 1
1.1 Schritt 1: Beobachtung und Dokumentation des herausfordernden Verhaltens 4
1.2 Schritt 2: Feststellung des kognitiv-adaptiven und sozio-emotionalen Entwicklungsstands 6
1.2.1 Feststellung des kognitiv-adaptiven Entwicklungsstands 7
1.2.2 Feststellung des sozio-emotionalen Entwicklungsstands 8
1.3 Schritt 3: Abklärung physischer bzw. psychischer Erkrankungen und Beleuchtung sämtlicher Bedingungsfaktoren 9
1.3.1 Abklärung physischer Erkrankungen 9
1.3.2 Abklärung psychischer Erkrankungen 13
Exkurs: Annäherung an den Begriff der Verhaltensstörung 16
1.3.3 Beleuchten von Bedingungsfaktoren und Bedürfnissen 18
1.3.4 Interdisziplinäre Zuständigkeiten im Rahmen des Diagnostikprozesses 21
1.4 Schritt 4: Hypothesenbildung und Handlungsplanung unter Berücksichtigung bestehender Ressourcen 22
1.4.1 Hypothesenbildung 23
1.4.2 Hypothesengeleitete Handlungsplanung 25
2 Literatur 31

1 Herausforderndes Verhalten verstehen durch systematische und subjektlogische Diagnostik

Diagnostik im Kontext von herausforderndem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ist als systematischer Prozess angelegt, in dem ein subjektlogisches Vorgehen von hoher Bedeutung ist. Dies ist besonders wichtig, um die komplexen Beeinträchtigungen und ausgeprägten Förderbedarfen in den Bereichen geistige Entwicklung sowie emotionale und soziale Entwicklung näher zu analysieren.

Systematisch meint, dass

- Diagnostik im Rahmen von S.A.V.E. in aufeinander aufbauenden Schritten erfolgt, wobei
  - zunächst der kognitiv-adaptive Entwicklungsstand sowie der sozio-emotionale Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen bestimmt werden,
  - diese im weiteren Verlauf der Diagnostik als **intraindividuelle Bezugsnormen und durchgehende Referenzrahmen** der diagnostischen Entscheidungen verstanden werden (vgl. SCHANZE, SAPPOK 2024, 41).
  - auf dieser Grundlage physische und psychische Erkrankungen interdisziplinär abgeklärt werden und anschließend
  - der Blick auf individuelle Bedürfnisse und Bedingungsfaktoren gerichtet wird.

Subjektlogisch meint, dass

- das Verhalten des Kindes bzw. Jugendlichen während des gesamten diagnostischen Prozesses als eine **sinngesteuerte Anpassungsleistung** betrachtet wird (vgl. BAUMANN 2009, 8 u. 30) und
- dieses Verhalten im Verlauf der Diagnostik aus multiplen Blickwinkeln bzw. mit verschiedenen „Scheinwerfern“ (vgl. BAUMANN et al. 2021, 29) beleuchtet wird, um
- Sinnzusammenhänge zwischen den beobachteten Verhaltensweisen und der subjektiven Notwendigkeit dieses Handelns herstellen zu können.

Die Ergebnisse der systematischen und subjektlogischen Diagnostik werden zusammengeführt und zu Hypothesen verdichtet, die Zusammenhänge zwischen den beobachteten Verhaltensweisen, deren Bedingungsfaktoren und den subjektiven Notwendigkeiten dieses Verhaltens herstellen.

Die Verbindung von systematischem und subjektlogischem Vorgehen im Rahmen von S.A.V.E. begründet sich durch die Besonderheiten der Schülerinnen und Schüler mit dem Förderbedarf geistige Entwicklung und durch eine pädagogische Haltung, die sich in allen Handlungsfeldern an den Grundsätzen einer Präsenzpädagogik nach HEIM OMER ausrichtet (vgl. Kapitel 4).

Für die Diagnostik im Rahmen von S.A.V.E. bedeutet dies, dass

- die verstehende Diagnostik (nach BAUMANN 2021) um die systematische Erhebung und Berücksichtigung der **intraindividuellen Bezugsnorm** erweitert wird.
- die intraindividuelle Bezugsnorm als „**Filter aller Scheinwerfer**“ dient, wenn einzelne Aspekte des auffälligen Verhaltens diagnostisch beleuchtet werden.
- in die verstehende Diagnostik zusätzliche Scheinwerfer auf physische und psychische Erkrankungen integriert werden.

Am Ende des diagnostischen Prozesses im Rahmen von S.A.V.E. stehen valide Hypothesen, auf deren Grundlage pädagogische Handlungsansätze entwickelt werden können. Im Zentrum dieser Handlungsansätze steht immer das Aufrechthalten bzw. die Wiederherstellung der Interaktion zwischen Kind oder Jugendlichem und seinem Gegenüber, mit dem Ziel entwicklungsfördernde Prozesse zu erhalten oder in Gang zu bringen.

Folgende Grafik stellt die systematische und subjektlogische Diagnostik dar, wie sie im Rahmen von S.A.V.E. Anwendung findet. Sie visualisiert die einzelnen Schritte im diagnostischen Prozess und verweist auf entsprechende erklärende Textabschnitte:

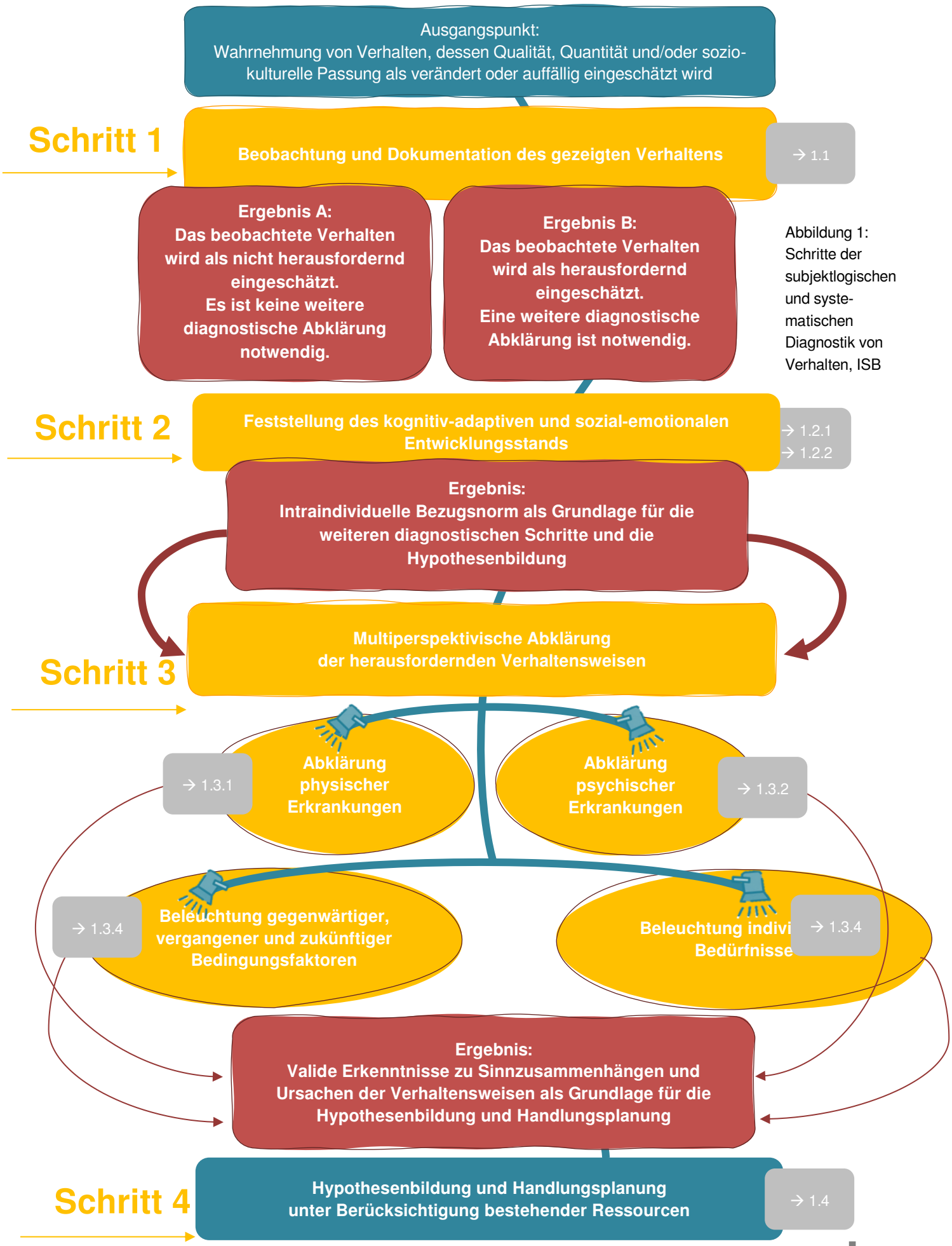


Abbildung 1: Schritte der subjektlogischen und systematischen Diagnostik von Verhalten, ISB

1.1 Schritt 1: Beobachtung und Dokumentation des herausfordernden Verhaltens

Schritt 1 der Diagnostik im Rahmen von S.A.V.E.

- **beginnt** mit der Wahrnehmung von Verhalten, das im Sinne der deskriptiven Definition (vgl. Kapitel 3) als auffällig beschrieben wird.
- **beinhaltet** die (un-)systematisch, (in-)direkt und episodisch bzw. chronologisch angelegte Beobachtung und Dokumentation des auffälligen Verhaltens, um die subjektive Wahrnehmung zu konkretisieren.
- **endet** mit der auf der Auswertung der Beobachtung bzw. Dokumentation begründeten Entscheidung über die Notwendigkeit des weiteren diagnostischen Prozesses.

Schritt 1: Beobachtung und Dokumentation

Ausgangspunkt des diagnostischen Prozesses ist i. d. R., dass Verhaltensweisen eines Kindes oder Jugendlichen von den Bezugspersonen als auffällig wahrgenommen oder deutliche Verhaltensveränderungen in einem kurzen Zeitraum beschrieben werden. Denn entwicklungsbedingt teilen Schülerinnen und Schüler mit dem Förderbedarf geistige Entwicklung selten subjektiv erlebte Problematiken (wie z. B. den Verlust von Freude) selbstreflexiv mit. Beschreibung und Dokumentation der Verhaltensweisen durch die Bezugspersonen stellen folglich zentrale und äußerst verantwortungsvolle Tätigkeiten dar, die mit höchster Sorgfalt ausgeführt werden.

Prinzipiell stehen verschiedene Beobachtungsverfahren zur Verfügung. Die Entscheidung, welches Verfahren zur Dokumentation gewählt wird, ist von der Fragestellung, der Zielsetzung und den vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen zur Beobachtung abhängig. Abbildung 2 listet relevante Verfahren systematisch auf:

Weitere Informationen im Serviceteil

	direkte Beobachtung = Analyse von Situationen, die zum Zweck der Verhaltensanalyse beobachtet wurden		indirekte Beobachtung = Analyse von Situationen, die im Alltag entstanden sind	
	episodisch =Analyse typischer (einzelner) Situationen	chronologisch = Analyse aller Situationen innerhalb eines bestimmten Zeitraums	episodisch = Analyse typischer (einzelner) Situationen	chronologisch =Analyse aller Situationen innerhalb eines bestimmten Zeitraums
systematisch = Beobachtung anhand spezifischer – vorab festgelegter – Kriterien	z. B. • Einschulungs-screenings • Verhaltens-inventare z.B. nach EGGERT & REICHEN-BACH 2021 Ziel: Verhalten in einer standardisiert hergestellten Situation zu analysieren, oft im Kontext einer med. oder päd. Zuschreibungs-diagnostik	z. B. • 31-Tage-Dokumentation sbogen (31-TD-R) → Serviceteil • Verhaltenstage-buch nach FRÖHLICH et al. 2019, 55 Ziel: sich einen Überblick über das Verhalten innerhalb eines Zeitraums verschaffen	z. B. • Antezedenz-Behavior-Consequenz-Analyse (ABC) → Serviceteil • Funktionale-Analyse-Screening-Test (FAST-D) → Serviceteil nach SORCK • Elterngespräch zu einem bestimmten Verhalten Ziel: Zusammenhänge „rund um“ ein auffälliges Verhalten zu klären	z. B. • Verhaltensfrage-bogen bei Entwicklungs-störungen (VFE) nach EINFELD, TONGE, STEIN-HAUSEN • Child Behavior Checklist (CBCL/6-18R) nach ACHEN-BACH Ziel: sich einen Überblick über gezeigte auffällige Verhaltensweise und deren Ausprägung zu verschaffen
unsystematisch = Beobachtung ohne festgelegte Kriterien	Freie Beobachtung einer Situation z.B. im pädagogischen Erstkontakt Ziel: sich einen Eindruck von der Person, ihrem Verhalten und den Umgebungsfaktoren zu verschaffen	Freie Beobachtung eines längeren Zeitraums z.B. in der pädagogischen Begleitung als Klassenleitung Ziel: Veränderungen dokumentieren., die keine vorab festgelegten Bereiche (Kompetenzen, Symptomatiken…) betreffen	Gespräche über allgemeine Herausforderungen z.B. im Elterngespräch mit der freien Frage nach aktuellen Herausforderungen im häuslichen Bereich Ziel: aktuelle Problembereiche zu erkennen	Gespräche über die Entwicklung z.B. freie Anamnese im Rahmen der Erstellung eines Sonderpädagogischen Gutachtens Ziel: Entwicklungsverlauf von auffälligen Verhaltensweisen zu erfassen

Abbildung 2: Übersicht zu verschiedenen Verhaltensbeobachtungen; ISB

Um die in einem formalisierten Dokumentationsbogen gezeigten Verhaltensweisen umfassend interpretieren zu können, ist ein vertiefender Austausch mit weiteren Bezugspersonen, wie z. B. Erziehungs- und Sorgeberechtigten, Therapeuten oder Fachlehrerinnen, notwendig. Die Ergebnisse dieser Gespräche werden zusätzlich zu den Erhebungsbögen formlos dokumentiert.

1.2 Schritt 2: Feststellung des kognitiv-adaptiven und sozio-emotionalen Entwicklungsstands

Schritt 2 der Diagnostik im Rahmen von S.A.V.E.

- **nimmt** die zusammenfassende Betrachtung der dokumentierten Beobachtungen und die Entscheidung für eine weiterführende Diagnostik auf.
- **beinhaltet** die Feststellung kognitiver, adaptiver und sozio-emotionaler Kompetenzen. Auch Informationen über neuronale Entwicklungsbedingungen, wie z. B. Autismus-Spektrum-Störungen, ADHS oder genetische Dispositionen, werden in diesem Schritt der Diagnostik gebündelt.
- **endet** mit der Beschreibung einer intraindividuellen Bezugsnorm, die sämtliche Kompetenzbereiche und neuromentalen Bedingungen zu einem konsistenten Bild zusammenfügt.

Schritt 2: Feststellung des kognitiv-adaptiven und sozial-emotionalen Entwicklungsstands

Ein Verstehen von beobachtetem Verhalten kann nur gelingen, wenn die Verhaltensweisen „auf der Basis des individuellen emotionalen und kognitiven Entwicklungsstands der Person analysiert“ (SAPPOK 2023, 27) werden. Hintergrund dieser Aussage ist die wissenschaftlich gesicherte Erkenntnis, dass sowohl „die Schwere der Störung der Intelligenzentwicklung [als auch] der emotionale Entwicklungsstand […] zentral für das Verhalten, die Symptompräsentation und die Fähigkeit zur Problembewältigung“ (ebd.) sind. Somit legen „die kognitiven und sozio-emotionalen Fähigkeiten […] die Ausgangsbasis für die Diagnostik und Behandlung fest“ (ebd.). Die Analyse der Verhaltensweisen und die Hypothesenbildung werden daher in den folgenden Schritten des Diagnostikprozesses immer in Relation zum individuellen kognitiv-adaptiven und sozial-emotionalen Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen gesetzt, die im zweiten – hier beschriebenen – Schritt bestimmt werden.

Obwohl im Folgenden kognitiv-adaptive und sozio-emotionale Kompetenzen separat betrachtet werden, gilt es durchgehend zu berücksichtigen, dass beide Bereiche das Verhalten ein und desselben Kindes bzw. Jugendlichen verständlich machen sollen und folglich keineswegs getrennt voneinander zu betrachten sind. Insbesondere, wenn diagnostische Ergebnisse große Diskrepanzen innerhalb des sozio-emotionalen Kompetenzprofils eines Kindes aufdecken, oder zwischen kognitivem bzw. adaptivem und sozio-emotionalem Funktionsniveau deutliche Unterschiede erkennbar sind, muss dieser Befund i. d. R. als eine eigene Information im Rahmen der subjektlogischen

Analyse berücksichtigt werden. Hintergrund ist die Tatsache, dass entsprechende Befunde häufig mit Verhaltensstörungen in Verbindung gebracht werden können.

Eine Besonderheit stellen in diesem Zusammenhang Verhaltensweisen dar, die genetisch bedingt sind. Kinder und Jugendliche mit entsprechender Diagnostik eines genetischen Syndroms agieren verhaltensphänotypisch. Ein Beispiel dafür ist das oft sehr ausgeprägte Suchen nach Nahrung von Menschen mit Prader-Willi-Syndrom, das auf das genetisch bedingt eingeschränkte Sättigungsgefühl zurückzuführen ist. Phänotypische Verhaltensweisen müssen mitunter in diesem Kontext als intra-individuelle Bezugsgröße im diagnostischen Prozess berücksichtigt werden.

1.2.1 Feststellung des kognitiv-adaptiven Entwicklungsstands

Feststellung des kognitiv-adaptiven Entwicklungs-stands

Adaptive Kompetenzen beschreiben die „altersgemäß selbstständige Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens" (DGKJP 2021, 38) und sind für die Beschreibung der Störungen der Intelligenzentwicklung (BfArM 2022, 6A00) sowie die Operationalisierung des Förderbedarfs geistige Entwicklung (HACKL et al. 2024a) maßgeblich.

Die Feststellung des kognitiv-adaptiven Entwicklungsstands der Kinder und Jugendlichen, die herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, ist so wichtig, weil

- kognitiv-adaptive Kompetenzen im bio-psycho-sozialen Modell untrennbar mit Aspekten der Behinderung in Verbindung stehen: Durch die Perspektive der ICF werden kognitive Leistungsmöglichkeiten (im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen), adaptive und sozio-emotionale Kompetenzen (hauptsächlich im Bereich der Aktivität) und Bedingungsfaktoren (im Bereich der Kontextfaktoren als Umweltfaktoren und als personenbezogene Faktoren) ressourcenorientiert erfasst.
- mentale Repräsentanzen einen zentralen Aspekt des Erlebens von Sicherheit, aber auch von Ängsten (z. B. in Bezug auf eine geringe räumlich-zeitliche Orientierung) darstellen.
- adaptive Kompetenzen ein wesentlicher Ausgangspunkt für den Erwerb von Handlungsfähigkeit und Coping-Strategien sind.

Kinder und Jugendliche, die im Rahmen von S.A.V.E. betrachtet werden, besuchen i. d. R. ein Förderzentrum für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung bzw. für den Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung. In diesem Zusammen-

hang ist davon auszugehen, dass für sie bereits eine Intelligenzdiagnostik vorliegt und ihr kognitives Funktionsniveau bekannt ist.

1.2.2 Feststellung des sozio-emotionalen Entwicklungsstands

Feststellung des sozio-emotionalen Entwicklungs-stands

Der emotionale Entwicklungsansatz nach DOŠEN basiert auf der Annahme, dass intellektuelle Entwicklungsverzögerung nicht nur das kognitive und adaptive Kompetenzniveau betrifft, sondern i. d. R. auch eine Verzögerung der emotionalen Entwicklung beinhaltet. Es ist davon auszugehen, dass emotionale Bedürfnisse, Motivationen, Ängste und Selbstregulationsstrategien maßgeblich durch den sozio-emotionalen Entwicklungsstand eines Kindes bzw. eines Jugendlichen bestimmt sind (SAPPOK, ZEPPERITZ, 2019) und folglich vom Lebensalter abweichen.

Es kann sein, dass ein 16-jähriger Junge selbstständig seine Brotzeit herrichtet, den Tisch angemessen deckt und vor dem Essen eigenaktiv zum Händewaschen geht, also einen relativ altersangemessenen adaptiven Entwicklungsstand zeigt. Derselbe Junge aber nimmt der Mitschülerin neben ihm ihre Brotzeit vom Teller und isst sie auf. Eine Erklärung für dieses zunächst diskrepant wirkende Verhalten kann sein, dass der Junge zwar über alltagspraktische Kompetenzen des Tischdeckens verfügt, sich aber gleichzeitig auf einer niedrigen Stufe der sozio-emotionalen Entwicklung befindet, also noch keine Ich-Du-Differenzierung besitzt, und deshalb noch kein Verständnis dafür entwickelt hat, dass die Mitschülerin ihre Brotzeit selbst essen möchte.

SEED-2

Die pädagogische Aufgabe liegt darin, das sozio-emotionale Entwicklungsalter zu bestimmen und „den emotionalen Impuls, aus dem heraus das Verhalten entsteht“ (ZEPPERITZ 2022, 26), zu erkennen und zu würdigen.

Weitere Informationen im Serviceteil

Für die Bestimmung des sozio-emotionalen Entwicklungsalters wird die ursprünglich für den Erwachsenenbereich entwickelte und inzwischen für das Alter von null bis achtzehn Jahren validierte Skala zur emotionalen Entwicklungsdiagnostik SEED-2 von SAPPOK, ZEPPERITZ et. al empfohlen.

1.3 Schritt 3: Abklärung physischer bzw. psychischer Erkrankungen und Beleuchtung sämtlicher Bedingungsfaktoren

Schritt 3 der Diagnostik im Rahmen von S.A.V.E.

- **beginnt** mit der Übernahme der intraindividuellen Bezugsnorm in den weiteren diagnostischen Prozess, der sich ab Schritt 3 verstärkt mit gefährdenden – d. h. selbst-, fremd- und sachaggressiven – Verhaltensweisen beschäftigt.
- **beinhaltet** die Abklärung physischer und psychischer Erkrankungen durch Fachärztinnen und -ärzte. Zudem muss das herausfordernde Verhalten – unabhängig von physischen und psychischen Erkrankungen – mehrperspektivisch und subjektlogisch beleuchtet werden. Das, was im Scheinwerfer dieser Perspektiven sichtbar wird, wird durch den Filter der intraindividuellen Bezugsnorm betrachtet.
- **endet** mit den Erkenntnissen, die im Scheinwerferlicht sichtbar, aber noch nicht zu einer Hypothese verdichtet wurden.

Schritt 3: Abklären physischer und psychischer Erkrankungen

Verhalten, das von Bezugspersonen als herausfordernd wahrgenommen wird, wird möglicherweise durch körperliche Schmerzen oder psychische Symptome verursacht. Das Verhalten der erkrankten Schülerinnen und Schüler ist dementsprechend der bewusste oder unbewusste Ausdruck ihres Leidens.

Um mit Kindern und Jugendlichen, die herausforderndes Verhalten zeigen, in einen gelingenden pädagogischen Dialog eintreten zu können, ist es essenziell, zu klären, ob möglicherweise physische oder psychische Erkrankungen vorliegen.

1.3.1 Abklärung physischer Erkrankungen

Schritt 3.1 der Diagnostik im Rahmen von S.A.V.E.

- **beginnt** mit der noch offenen Frage, ob das auffällige Verhalten als Ausdruck einer somatischen Erkrankung – d. h. als Ausdruck von Schmerz – zu beurteilen ist.
- **beinhaltet** die körperliche Untersuchung des Kindes durch Fachärztinnen und -ärzte. Sowohl eine Schilderung und Anamnese als auch die Interpretation des (Schmerz-)Ausdrucks vor dem Hintergrund der intraindi-

viduellen Bezugsnorm ist oft nur im interdisziplinären Zusammenwirken möglich.

- **endet** mit der Feststellung bzw. dem Ausschluss einer körperlichen Erkrankung und ggf. deren Behandlung.

Abklärung physischer Erkrankungen

„Schmerzen gehören zum Leben“ (BIENSTEIN & KLAUSS 2015, 4) und lassen sich nicht objektiv messen. Unabhängig vom subjektiven Empfinden von Schmerz lässt sich das Phänomen als „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung verknüpft ist“ (International Association for the Study of Pain, IASP nach Deutsche Schmerzgesellschaft; https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen/herausforderung-schmerz/was-ist-schmerz, abgerufen am 12.06.2025), definieren. Die Fähigkeit, Schmerz zu lokalisieren und bezüglich seiner Ursache und seiner Prognose zu begreifen, entwickeln Kinder i. d. R. in den ersten zehn Lebensjahren. Aufgrund einer Entwicklungsverzögerung können Schülerinnen und Schüler mit dem Förderbedarf geistige Entwicklung ihre Schmerzen oft nicht lokalisieren und nicht von anderen unangenehmen Reizen differenzieren oder selbstständig für Linderung sorgen (vgl. WALTER-FRÄNKL 2023, 299). Der Einsatz Unterstützter Kommunikation kann den Austausch über Schmerzen verbessern, erfordert aber von den Schülerinnen und Schülern mit Förderbedarf geistige Entwicklung differenzierte Fähigkeiten im Bereich der Wahrnehmung des eigenen Körpers und überfordert daher viele.

UK-Karte zur Mitteilung von Schmerzen

über UK-Couch

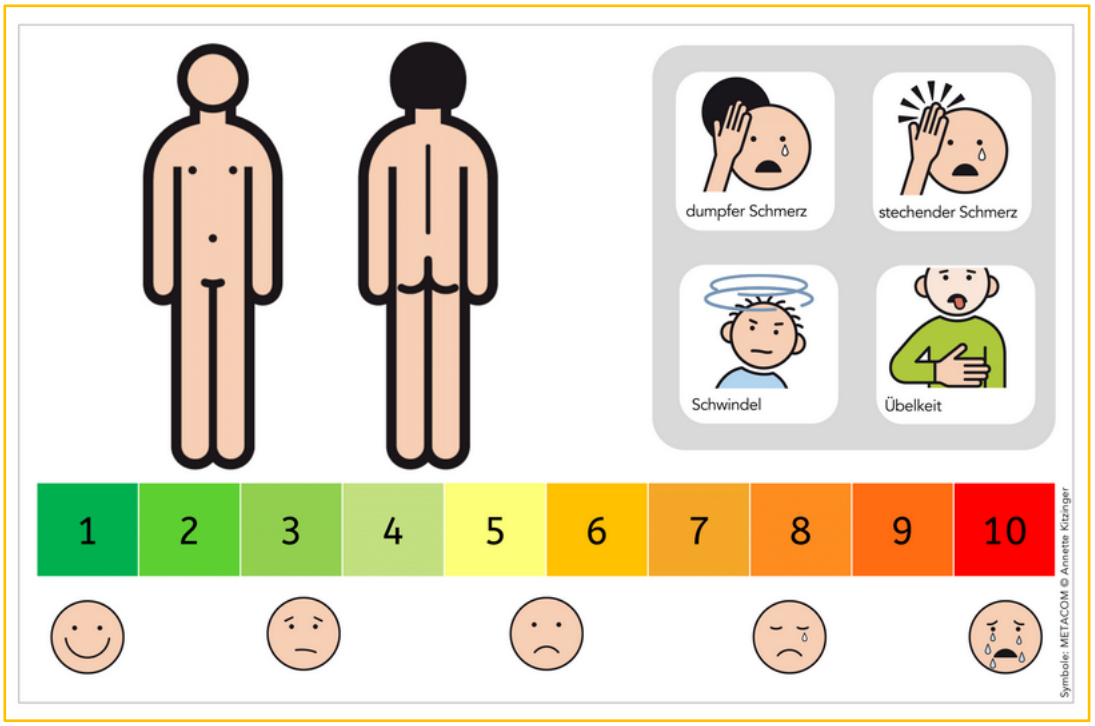


Abbildung 3: Unterstützte Kommunikation zur Mitteilung von Schmerzen; UK-Couch: https://www.dropbox.com/scl/fi/ok1v4133aj7br3r7zlkz7/Schmerzskala.pdf?rlkey=pp0zlaipgvfs9ncjmxwpzs9z4&e=1&dl=0; abgerufen am 12.06.2025

Bei nicht erkannten Schmerzen besteht die Gefahr, individuelle Ausdruckformen des Schmerzes oder Unwohlseins als auffälliges Verhalten zu deuten.

Nachdem „nahezu jeder [Mensch mit intellektueller Entwicklungsstörung] mindestens eine weitere körperliche Erkrankung“ (SAPPOK im Interview 2022, https://aktuell.uni-bielefeld.de/2022/06/30/deutschlandweit-erste-universitaetsprofessorin-fuer-behindertenmedizin-berufen/, abgerufen am 12.06.2025) hat, müssen körperliche Erkrankungen und Schmerzen, aber auch medikamenteninduzierte Nebenwirkungen ausgeschlossen werden, um eine gültige Einordnung des Verhaltens vornehmen zu können.

Der Ausschluss körperlicher Beschwerden liegt außerhalb der Zuständigkeit von Pädagoginnen und Pädagogen. Vielfältige Hürden, Risiken und Problematiken der körperlichen Untersuchung von Menschen mit geistiger Behinderung und die Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit führen allerdings dazu, dass bereits im schulischen Setting durchgeführte, möglichst präzise Verhaltens-beobachtungen und Dokumentationen von großer Bedeutung sind. Pädagoginnen und Pädagogen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung sind oft Bezugspersonen ihrer Schülerinnen und Schüler und können individuelle Ausdrucksformen „lesen“ und deuten. Ihre Aufgabe ist es, Veränderungen im Verhalten wahrzunehmen, zu

beobachten und zu dokumentieren. Vor allem, wenn Ausdrucksformen unerwartet auftauchen, wenig situationsabhängig scheinen und längere Zeit vom sonst üblichen Verhalten abweichen, sollten Pädagoginnen und Pädagogen schließlich eine somatische Untersuchung anstoßen. Durch eine sorgfältige dokumentarische Vorarbeit können Arzttermine entlastet und verkürzt werden. Dies erleichtert sowohl den Kindern und Jugendlichen sowie deren Erziehungs- und Sorgeberechtigten als auch den Medizinerinnen und Medizinern den Arztbesuch.

Abbildung 5 zeigt eine von mehreren Möglichkeiten, um Schmerzen und Unwohlsein möglichst systematisch erfassen zu können:

Weitere Skalen zur Erhebung von Schmerzen im Serviceteil, mit Möglichkeit zum Download

PADS
Skala zur Erfassung von Schmerz und Unwohlsein

Name:	**Datum/Uhrzeit (Anfang-Ende):**
Untersucher:	**Ereignis/ Anlass:**

Bewerten Sie jedes der nachstehenden Symptome mit den Punkten 0, 1, 2, 3, 4 oder NU
0 = nicht vorhanden
1 = schwierig zu erfassen oder nur einmal oder zweimal während der Untersuchung auftretend
2 = selten während der Untersuchung auftretend, aber leicht zu erfassen
3 = häufig während der Untersuchung auftretend und leicht zu erfassen
4 = fast ständig vorhanden und einfach zu erfassen
NU = nicht untersucht

Bewerten Sie diese Kategorie während der ersten Interaktionsphase

I Stimmung/Interaktion							
1.	Kooperiert nicht, griesgrämig, irritierbar, unglücklich	0	1	2	3	4	NU
2.	Widersetzt sich der Interaktion, zurückgezogen	0	1	2	3	4	NU
3.	Schwer abzulenken, kann nicht beruhigt werden	0	1	2	3	4	NU

Bewerten Sie folgende Kategorien während der Manipulation und Palpation

II Stimmlich							
4.	Jammern, Winseln, Wimmern (ziemlich gedämpft)	0	1	2	3	4	NU
5.	Mäßig lautes Lautieren (entsprechend Gesprächslautstärke)	0	1	2	3	4	NU
6.	Gebrüll/Geheul (sehr laut)	0	1	2	3	4	NU
III Gesichtsausdruck							
7.	Schaudern, Grimassieren (waagrechtes Stirnrunzeln, Wangen zurückziehen o. Kinn herunterdrücken)	0	1	2	3	4	NU
8.	Augenbrauen nähern sich, evt. senkrechte Stirnfalte	0	1	2	3	4	NU
9.	Veränderungen der Augen (zwinkern, verkleinerte Augenöffnung o. Augen fest geschlossen)	0	1	2	3	4	NU
10.	Mund geöffnet/Lippen auseinander (mind. 1 Zahn sichtbar) (waagrecht gedehnt, "O-Form", weit aufgerissen)	0	1	2	3	4	NU
11.	Fest gespitzte Lippen (kreisförmig), Schmollen o. Beben der Lippen	0	1	2	3	4	NU
12.	Beißen oder Zunge herausdrücken (beißen auf sich oder Objekte, Zähne zusammenbeißen o. Zähneknirschen)	0	1	2	3	4	NU
IV Rumpf und Extremitäten							
13.	Schützt oder bevorzugt einen bestimmten Körperteil	0	1	2	3	4	NU
14.	Zurückzucken, berührungsempfindlich	0	1	2	3	4	NU
V Physiologisch (vegetativ)							
15.	Tränen	0	1	2	3	4	NU
16.	Verstärkter Atemzug, Ringen um Luft	0	1	2	3	4	NU
17.	Atem anhalten	0	1	2	3	4	NU
18.	Geräuschvolles Atmen	0	1	2	3	4	NU

Kategorie	I	II	III	IV	V	Summe
Punkte						

Abbildung 4: PADS, WALTER-FRÄNKL 2023, 302

Es bleibt jeder Schule vorbehalten zu klären, inwieweit es möglich ist, die medizinische Diagnostik von schulischer Seite zu begleiten oder medizinische Therapien im schulischen Kontext umzusetzen.

1.3.2 Abklärung psychischer Erkrankungen

Schritt 3.2 der Diagnostik im Rahmen von S.A.V.E.

- **beginnt** mit der noch offenen Frage, ob das auffällige Verhalten als das Symptom einer psychischen Erkrankung zu beurteilen ist.
- **beinhaltet** die Erhebung eines psychopathologischen Befunds und die Interpretation des Verhaltens vor dem Hintergrund der intraindividuellen Bezugsnorm. Beide Aspekte liegen in der Verantwortung von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern, gelingen aber i. d. R. nur, wenn (pädagogische) Bezugspersonen in den Prozess einbezogen werden.
- **endet** mit der Feststellung bzw. dem Ausschluss (einer) psychischen Erkrankung im engeren Sinne.

Abklärung psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen im engeren Sinne lassen sich verstehen als

- ein Syndrom mit mehreren Symptomen,
- Störung in den Bereichen der Kognition, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person,
- Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen,
- Behinderung sozialer oder berufs- bzw. ausbildungsbezogener oder anderer wichtiger Aktivitäten (vgl. FALKAI et al. 2018, 25).

Neuromentale Entwicklungsstörungen wie ADHS oder Autismus-Spektrum-Störungen. sind daher **nicht** als psychische Erkrankungen im engeren Sinne zu verstehen.

Psychisches Krank- und psychisches Gesund-Sein wird zwar kategorial klassifiziert, ist aber dennoch als dimensionales Geschehen zu verstehen. Daraus folgt, dass die Übergänge fließend sind und es keine eindeutige Grenzziehung gibt. Alle psychischen Störungen beeinflussen Verhaltensauffälligkeit und jede Verhaltensauffälligkeit kann auch Ausdruck oder Symptom einer seelischen Störung sein (vgl. HENNICKE 2021, 207).

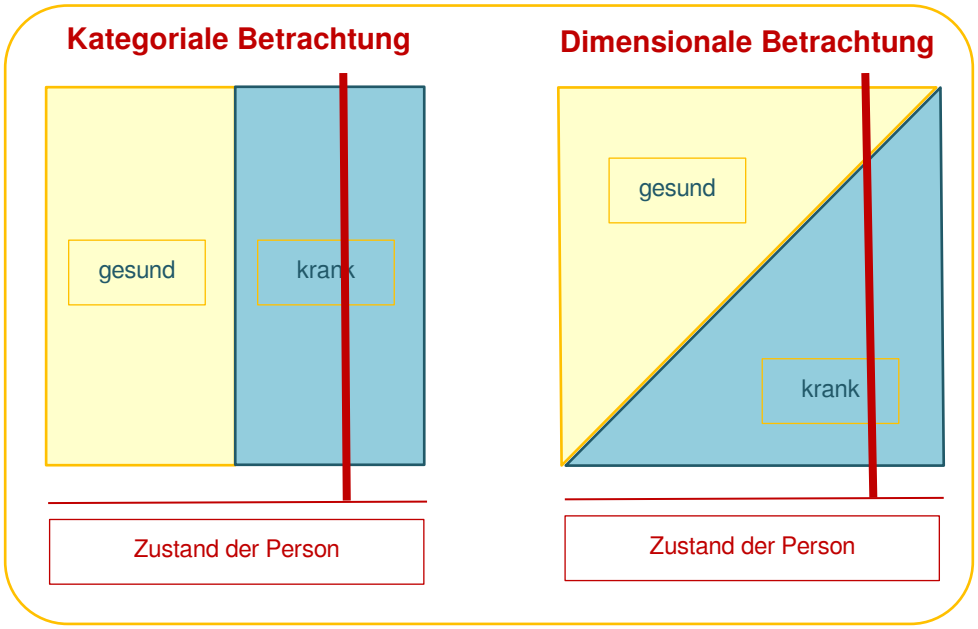


Abbildung 5: Kategoriales und dimensionales Krankheitsmodell nach HAUG 2017, 33

Erschwernisse der Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit dem FBgE

Die Diagnostik psychischer Erkrankung insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ist erheblich erschwert, weil psychische Erkrankungen

- durch subjektives Erleben gekennzeichnet sind,
- von den Kindern und Jugendlichen selbst nicht berichtet werden (underreported),
- vom Umfeld möglicherweise nicht wahrgenommen werden (underdiagnosed),
- als unwesentlich bzw. behinderungsbedingt (overshadowing) eingeschätzt werden oder
- teilweise eine behinderungs- und entwicklungsbedingte „besondere Ausgestaltung der Symptomatiken“ (HENNICKE 2021, 37) zeigen.

Die folgenden Beispiele zeigen die besonderen Erschwernisse auf:

- Beispiel 1: Das wilde Fuchteln eines Kindes mit den Armen ist erklärbar, wenn bekannt ist, dass vor seinem Gesicht eine lästige Mücke kreist. Ohne Wissen um die Mücke kann das Fuchteln als bizarr oder möglicherweise sogar fälschlich als wahnhaft wahrgenommen werden.
- Beispiel 2: Ein Kind hat sich beim Gemüseschneiden mit einem Messer minimal am Finger verletzt und reagiert panisch. Diese Eskalation lässt sich immer bei – objektiv betrachtet – kleinsten Verletzungen beobachten. Sie könnten fälschlich als Angststörung interpretiert werden, wenn übersehen wird, dass das Kind in der sozio-emotionalen Entwicklungsphase 3 große Angst vor der Verletzung der eigenen Autonomie und des eigenen Körpers hat und sein Verhalten in diesem

Zusammenhang als entwicklungsnormal und dementsprechend als „pädagogischer Auftrag“ zu verstehen ist.

- Beispiel 3: Heftige Wutanfälle eines Mädchens in der sozio-emotionalen Entwicklungsphase 3 bestimmen den Alltag mit diesem Kind. Es wird übersehen, dass das gezielte und ungezielte Wüten des Mädchens immer weniger von äußeren Faktoren ausgelöst wird. Pädagogische Maßnahmen zur Unterstützung des Erlebens von Autonomie und gebundener Struktur werden fortgesetzt. Dabei wird die Depression des Kindes, die sich in dieser Entwicklungsphase als Wut zeigt, übersehen.

Erhöhte Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen mit dem FBgE

Dennoch kommt der Abklärung von psychischen Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern mit dem Förderbedarf geistige Entwicklung eine hohe Bedeutung zu, da diese zu einer Hochrisikogruppe für psychische Erkrankungen gehören (HENNICKE 2021, 48). Die internationale Forschung geht übereinstimmend von einer Prävalenz von 30 bis 50 Prozent für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung aus. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese an einer psychischen Störung erkranken, ist damit doppelt bis dreifach so hoch wie bei nicht Beeinträchtigten.

Dieses Phänomen lässt sich auf eine hohe Vulnerabilität der Schülerinnen und Schüler mit dem Förderbedarf geistige Entwicklung zurückführen. Zum einen sind sie erhöhten Risikofaktoren aufgrund ihrer Behinderung ausgesetzt (z. B. ungünstiges Bindungsverhalten der Eltern, häufige Hospitalisierungen). Zum anderen können sie aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen weniger adäquat und flexibel auf Risiken reagieren. Somit erhöhen die biografischen Stressoren und die geringeren Coping-Fähigkeiten die Vulnerabilität und auch die Wahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen.

Für die Abklärung von psychischen Störungen ist für Pädagoginnen und Pädagogen wichtig zu wissen, dass sich
„[psychische Erkrankungen] von anderen Auffälligkeiten durch die Intensität des emotionalen Leidens, ihre geringere Möglichkeit der Selbstkontrolle und der erheblicheren Einbußen in die individuelle Funktionsfähigkeit in vielen Bereichen“ (HENNICKE 2021, 205) unterscheiden.

Welche Symptome bzw. Symptomkonstellationen als psychische Erkrankung verstanden und durch eine entsprechende Diagnose klassifiziert werden, kann nur

durch erfahrene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater entschieden werden.

Mithilfe des psychopathologischen Befunds können elementare Phänomene des Erlebens und Verhaltens eines Menschen verstanden und Symptome als Bestandteile eines psychischen Störungssyndroms zusammengesetzt werden. Auf diese Weise bereitet der Befund mit der Diagnosestellung den Weg zur Therapie.

Folgende Abbildung zeigt das Schema für die Erhebung des psychopathologischen Befunds durch kinder- und jugendpsychiatrisch Tätige:

Beobachtungen zur psychischen Gesundheit
– Abweichungen vom Regelzustand –
Die vorgegebenen Items umfassen eine Auswahl an Beschreibungen zur Vorstellung beim behandelnden Arzt.
Bitte kennzeichnen Sie NUR zutreffende Beobachtungen/Einschätzungen/Interpretationen oder ergänzen Sie handschriftlich.

Name: Geburtsdatum:	Beobachtungszeitraum:

Die Orientierung ist:	eingeschränkt: zeitlich – örtlich – zur Person – zur Situation
Die Aufmerksamkeit ist:	gestört – gering – verzögert – abschweifend – nachlassend – gesteigert
Energie und Antrieb ist:	klar – eingeengt – sprunghaft – verlangsamt – unkonzentriert – durcheinander
Das Denken ist:	beeinträchtigt: z.B. Stimmen hören – Dinge sehen – misstrauisch – fühlt sich verfolgt
Die Bewegung ist:	gehoben – gedrückt – gereizt – ängstlich – starr – gleichgültig
Die Wahrnehmung ist:	reduziert – gesteigert – unruhig – antriebslos
Die Stimmung ist:	unruhig – getrieben – verlangsamt – steif – kraftlos
Die Sprache ist:	monoton – undeutlich – verwaschen – verlangsamt – Zunahme von Schreien/Lautieren
Fremdgefährdung:	Fremdverletzung – Beschädigung von Gegenständen
Eigengefährdung:	Suizidgedanken – Suizidäußerungen – Selbstverletzendes Verhalten
Der Schlaf ist:	Weniger als üblich ← wie üblich → mehr als üblich
Das Essen ist:	Weniger als üblich ← wie üblich → mehr als üblich
Das Trinken ist:	Weniger als üblich ← wie üblich → mehr als üblich
Ausscheidung: Körpergewicht:	Weniger als üblich ← wie üblich → mehr als üblich
Besonderheiten	

© C. Feuerherd

Abbildung 6: Beobachtungsbogen zur psychischen Gesundheit in Anlehnung an das AMDP; aus: VOGEL, FEUERHERD, 2023, 318

Exkurs: Annäherung an den Begriff der Verhaltensstörung

Herausforderndes Verhalten als entwicklungsgerechtes Verhalten

Durch die bisher erfolgte Diagnostik lässt sich erkennen, inwiefern das gezeigte herausfordernde Verhalten als ein Verhalten angesehen werden kann, das dem sozio-emotionalen Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen entspricht und folglich als Anpassungsleistung verstanden werden kann.

Verhalten, das mit den sozio-emotionalen Kompetenzen einer Schülerin oder eines Schülers korrespondiert, ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Kinder und Jugendlichen trotz hochaffektiver Erregung relativ schnell beruhigen (lassen) und das gezeigte – durchaus herausfordernde – Verhalten die individuelle Lebensqualität im Hinblick auf Intensität, Frequenz und Dauer nicht wesentlich beeinträchtigt. Die auftretenden Verhaltensweisen sind daher nicht als Verhaltensstörung, sondern als grundlegendes Adaptionsgeschehen zu bewerten. Dabei spiegelt sich im Anpassungsverhalten der Schülerin bzw. des Schülers eine Kongruenz zwischen ihrem bzw. seinem sozio-emotionalen Entwicklungsstand und den vorliegenden Gegebenheiten in der Umgebung. Je besser hier also die Anpassung der räumlichen und sozialen Faktoren an den kindlichen Entwicklungsstand gelingt, desto weniger wird es zu entsprechend hochaffektiven Ausbrüchen und Konfliktsituationen kommen.

Definition „Verhaltensstörung“

Als Verhaltensstörung werden – obwohl es bisher kein einheitliches wissenschaftliches Konzept von Verhaltensstörungen gibt – Verhaltensweisen betrachtet, die

- nicht ausschließlich und durchgehend durch einen niedrigen sozio-emotionalen Entwicklungsstand erklärt werden können, obwohl sie
- zwar in vielen Fällen mit dem sozio-emotionalen Entwicklungsstand zusammenhängen, aber vom kognitiven Leistungspotential deutlich abweichen: Das Verhalten im Rahmen von Verhaltensstörungen „korrespondiert […] [i.d.R.] *nicht* mit dem kognitiven Leistungsniveau“ (DOŠEN 2018, 111).
- meist in einer Umgebung entstehen, die nicht (ausreichend) auf die „grundlegenden Bedürfnisse, Ängste und Regulationsstrategien“ (ebd.) angepasst ist.
- durch ihre Intensität, ihre Dauer und ihre Häufigkeit die Interaktion der Schülerinnen und Schüler stören und durch drohende oder tatsächliche Selbst- und Fremdgefährdung ein Risiko für die Entwicklung, die Lebensqualität und die Teilhabe der Kinder und Jugendlichen darstellen (vgl. ebd.).
- „nicht auf eine psychische Erkrankung im engeren Sinne [oder eine neuronale Entwicklungsstörung] zurückzuführen sind“ (SCHANZE, SAPPOK 2024, 38). Somit stützt sich der Versuch der Beschreibung auf Abgrenzung: die Diagnose „Verhaltensstörung“ wird zu einer Ausschlussdiagnose.
- „unter besonderen Bedingungen in eine psychische Störung ‚umschlagen‘, d. h. eine neue Qualität entwickeln“ (HENNICKE 2021, 208). Der Zeitpunkt des „qualitative[n] Umschlag[s]“ (ebd.) ist dabei ebenso vom Entwicklungsstand der

Kinder und Jugendlichen abhängig wie von der Stärke äußerer Einflüsse, der individuellen Vulnerabilität und den äußeren und inneren Ressourcen.

In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass

- „die Schwere der Verhaltensstörung [...] bei einem niedrigen emotionalen Entwicklungsstand zu[nimmt]“ (SAPPOK et al. 2023, 231) und
- „Diskrepanzen zwischen dem kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand [...] mit mehr Verhaltensstörungen verbunden [sind]“ (SAPPOK et al. 2023, 224).

Mit dem Wissen darüber, dass die Entstehung von Verhaltensstörungen maßgeblich durch unangepasste Umgebungsbedingungen (mit-)verursacht sind, muss der Blick noch einmal auf sozio-emotionale Aspekte gerichtet werden:

In Schritt 3 der Diagnostik geht es jedoch nicht mehr um die Feststellung der intraindividuellen Norm, sondern um die Beleuchtung der Bedürfnisse, Ängste und Regulationsmechanismen der Kinder und Jugendlichen. Diese Analyse beinhaltet nun den Vergleich der sozio-emotionalen Kompetenzen und kognitiven Leistungsfähigkeit mit dem zur Verfügung gestellten Umfeld.

1.3.3 Beleuchten von Bedingungsfaktoren und Bedürfnissen

Beleuchten von Bedingungsfaktoren

Schritt 3.3 der Diagnostik im Rahmen von S.A.V.E.

- **verläuft** parallel (oder im Anschluss) an die Abklärung bzw. den Ausschluss physischer und psychischer Erkrankungen.
- **beinhaltet** die Betrachtung des herausfordernden Verhaltens aus verschiedenen Perspektiven unter Berücksichtigung der intraindividuellen Norm.
- **endet** mit der zusammenfassenden Beschreibung der mehrperspektivischen Betrachtung und einer diagnostischen Erkenntnis über die Sinnhaftigkeit und die Dynamik des Verhaltens.

Leben ist zu jedem Zeitpunkt von mehr oder weniger bewussten Bedingungsfaktoren gekennzeichnet.
Im Rahmen der hier beschriebenen Diagnostik werden beleuchtet:

- in die Vergangenheit gerichtete „Fragen des Geworden-Seins (Anamnese)“ (BAUMANN et al. 2021, 30) und des „Erlebt-Habens (Biografiearbeit)“ (ebd.)
- Fragen nach gegenwärtigen Bedingungen durch ggf. problembehaftete pädagogische Situationen und bestehende Ressourcen
- Fragen nach der Befindlichkeit aller Akteurinnen und Akteure
- Fragen nach Wünschen, Ängsten und Fantasien bezüglich dessen, was kommt

Perspektive	Übergeordnete Fragestellungen für den Diagnostikprozess
Vergangenheit (Ontogenese)	• Auf welche Bedingtheiten des Kindes oder Jugendlichen kann man aus der medizinischen oder psychiatrischen Anamnese schließen? • Auf welche Bedingtheiten lässt sich aus der Biografie des Kindes oder Jugendlichen schließen?
Gegenwart (Aktualgenese)	• Welche pädagogischen Bedingungen und Veränderungspotentiale sowie sächlichen Ressourcen bestehen aktuell? • Welche Auswirkungen haben diese auf die pädagogischen Akteurinnen und Akteure?
Zukunft (Futurgenese)	• Welche Optionen zeigt das Kind oder der Jugendliche mit seinen Verhaltensweisen auf? • Welche Optionen zeigen die Beteiligten und die Pädagoginnen und Pädagogen durch ihr (pädagogisches) Verhalten auf?

Abbildung 7: Leitfragen für den diagnostischen Prozess im Kontext der Suche nach Sinnzusammenhängen bei Verhaltensstörungen nach SEITZ 1992, modifiziert von STEIN, aus BAUMANN et al. 2021, 30; ISB

Auch wenn die Lebenssituation aller Menschen immer von Bedingungsfaktoren geprägt ist, spielt die Beleuchtung dieser Aspekte insbesondere im Kontext von Verhaltensstörungen eine entscheidende Rolle, weil die Feststellung einer Verhaltensstörung, d. h. einer „schwerwiegenden Verhaltensabweichung“ (SAPPOK et al. 2023, 220) auf der Analyse der Bedingungsfaktoren beruht.

Beleuchten von Bedürfnissen

Obwohl die Theorien über die Struktur menschlicher Bedürfnisse mitunter weit auseinander gehen, verbindet sie die Annahme, dass das menschliche Verhalten von grundlegenden Bedürfnissen bestimmt wird. Grundlegende Bedürfnisse können sein:

- physische und psychische Versorgung und Sicherheit (MASLOW 1987)
- Autonomie, Kompetenz und Verbundenheit (vgl. RYAN, DECI 2017)

- Streben nach innerer Konsistenz und äußerer Kongruenz im Kontakt mit der Umwelt (vgl. GRAWE 2004)
- Ausbalancieren der dialektischen „Gestaltungsaufgaben“ (WITTROCK 2004, 154)
    - versorgen vs. entwickeln
    - ordnen vs. handeln
    - anpassen vs. entfalten

„In Abhängigkeit vom jeweiligen emotionalen Entwicklungsstand dominieren bestimmte Grundbedürfnisse, die grundlegend das eigene Verhalten und innere Erleben prägen“ (SAPPOK 2023, 223).

Besondere Beachtung müssen hier Bedürfnisse finden, die nicht dem kognitiven Funktionsniveau entsprechen.

Folgende Analysemethoden können eingesetzt werden, um Erkenntnisse über individuelle Bedürfnisse und Bedingungsfaktoren gewinnen zu können:

1. Diagnostik mit SEED

   Der sozio-emotionale Entwicklungsstand, der in Schritt 2 erhoben wurde, um die intrapersonelle Norm zu verstehen, wird nun durch die Brille der individuellen Bedürfnisse betrachtet. Welche zentralen Bedürfnisse (und Ängste) müssen durch den Entwicklungsstand des Kindes angenommen werden? Sind große Unterschiede zwischen emotionalem und kognitivem Referenzalter erkennbar? In diesem Rahmen kann z. B. deutlich werden, dass ein 17-jähriger junger Mann massive Ängste erlebt, wenn er sich morgens an der Bushaltestelle von seiner Mutter trennen muss.

2. Die vertiefte Kind-Umfeld-Analyse

   Im Sinn einer feldtheoretischen Lebensraumanalyse beleuchtet die Kind-Umfeld-Analyse alle Lebensbereiche des Kindes samt ihrer Verbindungen. Sie kann „dynamische Bedingungen in den unmittelbaren Lebenswelten [des Kindes] herausarbeiten und […] Veränderungen in der Umwelt […] bewirken, auf die das Kind dann verändert reagieren muss“ (BAUMANN et al. 2021, 141) und auf der Grundlage seiner sozio-emotionalen und kognitiven Kompetenzen auch reagieren kann. In der Analyse der Kontextfaktoren könnte z. B. erkennbar werden, dass ein muslimischer Schüler im häuslichen Umfeld die strikte Einhaltung der Regel sich halal zu ernähren, erlebt. Im schulischen Umfeld ist der Schüler enorm unsicher, wenn er mit Speisen konfrontiert ist, die er gerne essen möchte, gleichzeitig aber nicht sicher klären kann, ob sie den häuslichen Regeln entsprechen.

3. Das Szenisches Verstehen

   Die Theorie des szenischen Verstehens geht davon aus, „dass sich wichtige Lebensthemen im Verlauf aktueller Interaktionen ‚in Szene' setzen" (BAUMANN et al. 2021, 143), auch wenn diese Lebensthemen aus verschiedenen Gründen „nicht oder nur unzureichend kommunizierbar sind" (ebd.). So kann es Bezugspersonen gelingen, mit dem Wissen um diese Zusammenhänge wichtige Lebensthemen der Kinder und Jugendlichen zu erkennen und Verhaltensweisen, die durch den bisherigen Diagnoseprozess unverständlich geblieben sind, zu verstehen. Ein Junge mit einem sehr großen Bedürfnis nach Sicherheit und Selbstwirksamkeit konfrontiert z. B. seine Bezugspersonen mit grenzüberschreitenden und ekelerregenden Verhaltensweisen: Er schmiert z. B. Spucke auf die Brillen seiner Bezugspersonen oder rülpst ihnen ins Gesicht. Mit diesem Verhalten bringt er das pädagogische Team an die Grenzen der Handlungsfähigkeit und produziert Ablehnung. Mithilfe des szenischen Verstehens kann überlegt werden, dass der Junge die Ablehnung *re*-produziert, weil er sie in seiner Biografie bereits mehrfach erlebt hat.

1.3.4 Interdisziplinäre Zuständigkeiten im Rahmen des Diagnostikprozesses

Zuständigkeiten der unterschiedlichen Professionen im Diagnostikprozess

Der Diagnostikprozess im 3. Schritt von S.A.V.E. erfordert eine interdisziplinäre Kooperation. So können physiologische Beschwerden nur durch die Medizin und psychische Erkrankungen nur durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie abgeklärt werden.

Abbildung 8 verdeutlicht die Gewichtung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, wobei die unterschiedlichen Größen der Symbole die Gewichtung der Professionen darstellen.

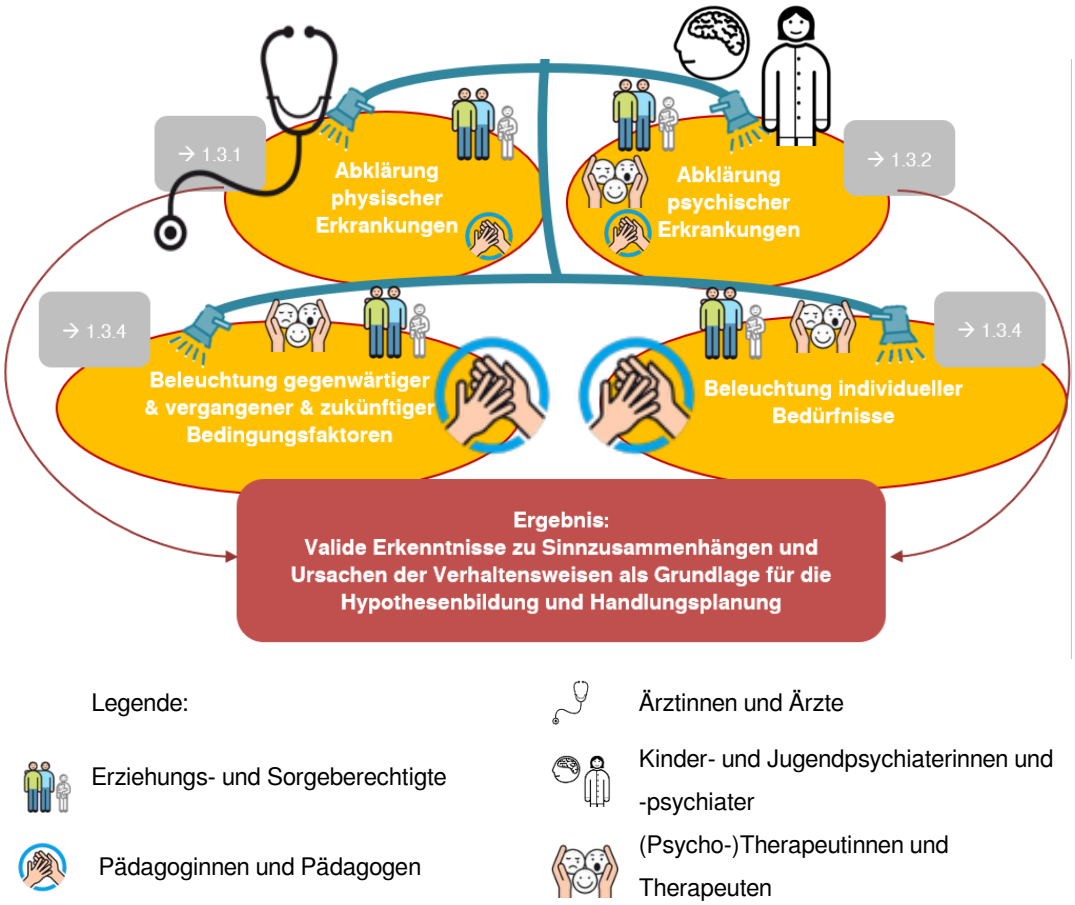


Abbildung 8: Gewichtung der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten im Diagnostikprozess, ISB

Im Verlauf des diagnostischen Prozesses ist es die Aufgabe der Lehrkraft,

- die verschiedenen diagnostischen Abklärungsmöglichkeiten zu kennen,
- die Vernetzung mit den verschiedenen Professionen zu fördern,
- ggf. den Kontakt zwischen medizinischen, therapeutischen und psychotherapeutischen Professionen und den Erziehungs- und Sorgeberechtigten herzustellen und – in Abhängigkeit von bestehenden Ressourcen und Notwendigkeiten – diese Kontakte zu begleiten und
- die Ergebnisse für die Hypothesenbildung und die pädagogische Handlungsplanung zusammenzuführen.

1.4 Schritt 4: Hypothesenbildung und Handlungsplanung unter Berücksichtigung bestehender Ressourcen

Schritt 4 der Diagnostik im Rahmen von S.A.V.E.

- **beginnt** sobald alle relevanten Aspekte vor dem Hintergrund der intraindividuellen Bezugsnorm beleuchtet wurden. Dabei wurden i. d. R. verschiedene Methoden eingesetzt; häufig waren daran Mitarbeitende anderer Versorgungssysteme beteiligt.

- **beinhaltet** die multimodale Betrachtung aller Erkenntnisse und deren Zusammenfassung zu einem diagnostischen Ergebnis. Dieses Ergebnis mündet in einer Hypothese über Sinnzusammenhänge und Bedingungsfaktoren des beobachteten herausfordernden Verhaltens.
- **endet** mit dem Entwurf eines (interdisziplinären) Unterstützungsangebots, das in einem Handlungsplan beschrieben wird.

1.4.1 Hypothesenbildung

Schritt 4.1: Hypothesenbildung

Im beschriebenen diagnostische Prozess nach S.A.V.E. entsteht eine Fülle einzelner Erkenntnisse, die jeweils mit dem Ziel möglichst valide zu sein, gewonnen wurden. Ein dem Fall gerecht werdendes Ergebnis erfordert die Integration des gesamten im Prozess erlangten Wissens zu **einer** Hypothese, die alle diagnostischen Erkenntnisse über die beobachteten Verhaltensweisen, die Bedingungsfaktoren und subjektiven Notwendigkeiten dieses Handelns zu einer konsistenten Erklärung zusammenfügt. Denn nur auf der Grundlage einer validen Hypothese können sich letztlich „neue Handlungsmöglichkeiten [eröffnen], die einen Ausbruch aus stereotypen und festgefahrenen Kreisläufen oder einer eingetretenen Handlungsunfähigkeit erleichtern“ (BAUMANN 2021, 39).

Die in sich konsistente Hypothese hat daher eine Schlüsselfunktion im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen. Sie kann dieser bedeutenden Funktion nur gerecht werden, wenn sie

- in ihrer Entstehung transparent und nachvollziehbar ist. Insbesondere die Offenlegung ihrer Bezugsnormen spielt dabei eine wichtige Rolle.
- „das als störend empfundene oder als Symptom beschriebene Verhalten für die handelnden [Pädagoginnen und] Pädagogen nachvollziehbar und verstehbar“ (BAUMANN 2021, 39) macht.
- person- und umfeldbezogene Aspekte gleichermaßen berücksichtigt und von allen Beteiligten – insbesondere den Erziehungs- und Sorgeberechtigten – getragen werden kann.
- „alle Faktoren […] [identifizieren kann], die möglicherweise zum Auftreten des Problemverhaltens, zu seiner Schwere, zur Schwankung in der Schwere und zum wiederholten Auftreten des Problemverhaltens beitragen“ (DOŠEN et al. 2010, 44).

Letztlich ist die Hypothesenbildung gelungen, wenn geklärt werden konnte,

- ob das gezeigte Verhalten dem kognitiven bzw. dem sozio-emotionalem Verhalten entspricht oder eben auch nicht,
- ob dem Verhalten physische oder psychische Schmerzen zugrunde liegen,
- ob die Schülerinnen und Schüler mit ihren gezeigten Verhaltensweisen auf ungünstige pädagogische Bedingungen hinweisen,
- ob die Kinder und Jugendlichen mit ihren Verhaltensweisen auf die Befriedigung von Bedürfnissen drängen und welche Bedürfnisse dies möglicherweise sein können,
- mit welchen Verarbeitungsstrategien die Schülerinnen und Schüler auf die Bedingungsfaktoren reagieren können.

Abbildung 9 visualisiert den Zusammenhang zwischen der multimodalen Fallbetrachtung, der Integration sämtlicher diagnostischer Ergebnisse und der Hypothesenbildung bezüglich zentraler Faktoren der Entstehung und der Manifestation des Verhaltens:

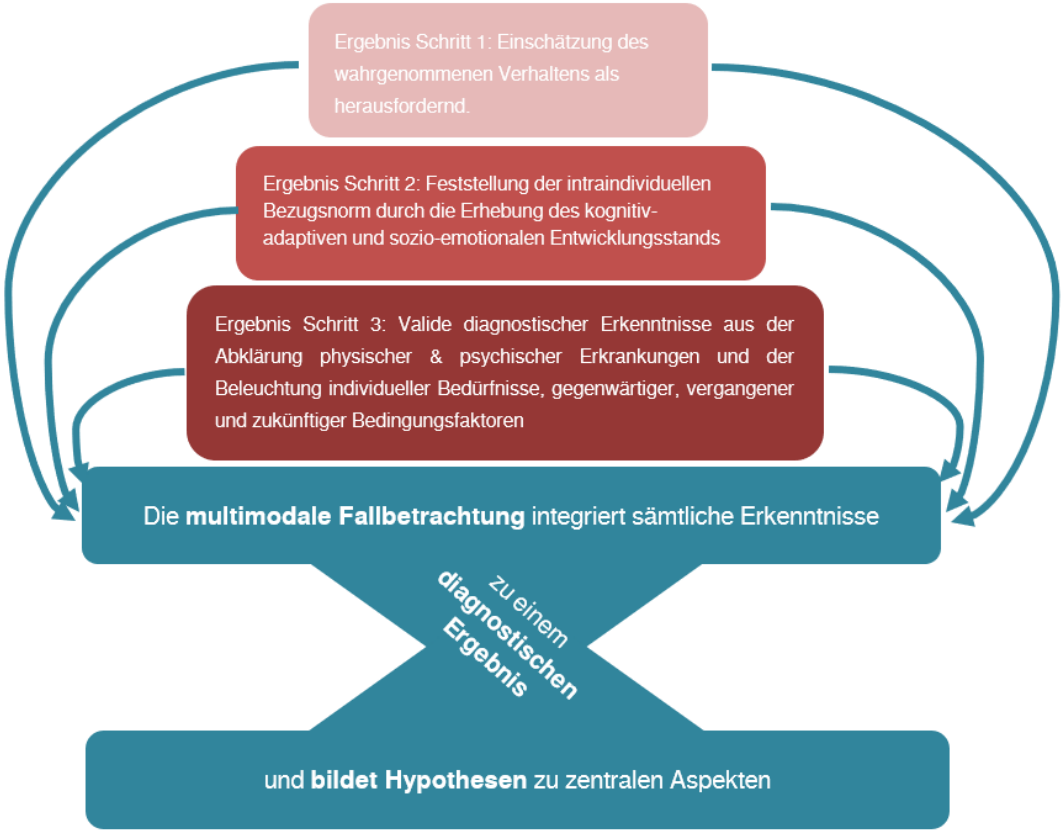


Abbildung 9: Zusammenhänge zwischen multimodaler Fallbetrachtung, diagnostischem Ergebnis und Hypothesenbildung; ISB nach DOŠEN 2018, 121

1.4.2 Hypothesengeleitete Handlungsplanung

Schritt 4.2: Handlungsplanung

Im Rahmen der multimodalen Fallbetrachtung wird deutlich, dass herausforderndes Verhalten ein äußerst komplexes Phänomen darstellt. Für die Handlungsplanung bedeutet das, dass „die erhebliche Komplexität der Problematik […] ein ebenso komplexes Hilfeangebot" (DOŠEN 2018, 125) erfordert. Abbildung 10 zeigt die Felder der Handlungsplanung als Fortsetzung der diagnostischen Maßnahmen:

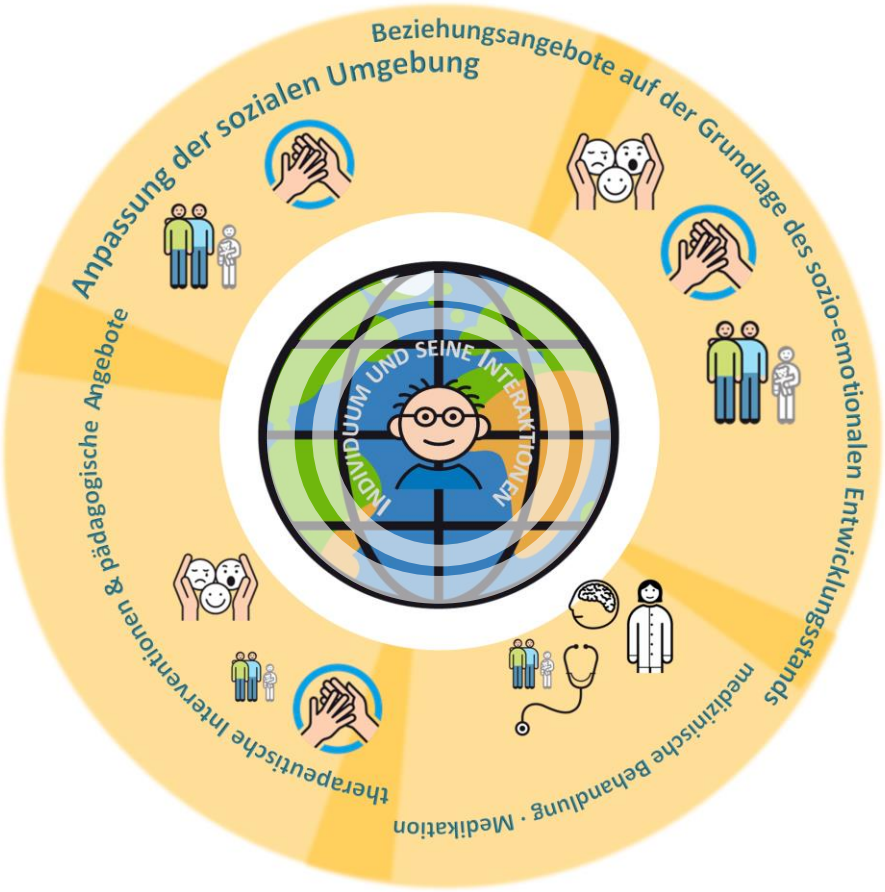
Abbildung 10: Darstellung des direkten Zusammenhangs zwischen Diagnostik nach S.A.V.E. und Handlungsplanung; ISB nach DOŠEN 2018

Die hypothesengeleitete Handlungsplanung im Rahmen der Diagnostik nach S.A.V.E.

- stellt immer die Schülerinnen und Schüler mit ihrem Umfeld in den Mittelpunkt.
- ist **multimodal**: Sämtliche diagnostischen Aspekte und das diagnostische Ergebnis dienen als Grundlage für die hypothesengeleitete Intervention.
- berücksichtigt verschiedene **Handlungsebenen** (Individuum und sein engeres bzw. weiteres Umfeld).
- integriert unterschiedliche **Maßnahmen** in unterschiedlichen **Handlungsfeldern** (z. B. therapeutische Intervention, medizinische Behandlung, pädagogische

Begleitung und Förderung; Anpassung von Raum- und Zeitstrukturen) und verbindet sie zu einem einheitlichen Interventionsplan.

- nutzt verfügbare **Ressourcen** in allen Bereichen der vernetzten Versorgungssysteme. Die interdisziplinäre Kooperation stellt sicher, dass die Versorgungssysteme auch angesichts mitunter enorm herausfordernder Verhaltensweisen entscheidungs- und handlungsfähig bleiben.



Legende:

- Erziehungs- und Sorgeberechtigte
- Pädagoginnen und Pädagogen
- Ärztinnen und Ärzte
- Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater
- (Psycho-)Therapeutinnen und Therapeuten

Abbildung 11: Handlungsfelder der multimodalen Handlungsplanung; ISB

In der Handlungsplanung werden folgende Handlungsfelder berücksichtigt, die sich stets überschneiden:

Im Handlungsfeld der Beziehungs- und Entwicklungsangebote wird die Begegnung mit den Kindern und Jugendlichen auf dem Niveau ihrer basalen Bedürfnisse sichergestellt.

Im Zentrum dieser Ebene stehen Beziehungsaufbau- und pflege gemäß des sozio-emotionalen Entwicklungsstands.

Das Handlungsfeld Sozialraum beschreibt die Anpassung der Umgebung an die Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen und berücksichtigt dabei insbesondere die Art und Weise der Kontaktaufnahme und Kommunikation, der Reizverarbeitung und der Affektregulation.

Das Handlungsfeld der therapeutischen und pädagogischen Interventionen bezieht sich sowohl auf eine mögliche (psycho-)therapeutische Behandlung als auch auf Förderung und Training in der Schule. Hier ist im schulischen Kontext z. B. der Kompetenzerwerb im Bereich Unterstützter Kommunikation oder ein Sozialtraining gemeint.

Fachärztinnen und Fachärzte übernehmen im medizinischen Handlungsfeld die somatische und psychiatrische sowie ggf. auch medikamentöse Behandlung, wenn das diagnostische Ergebnis eine physische oder psychische Erkrankung beinhaltet. Teilweise leisten Psychopharmaka auch vor dem Hintergrund von Verhaltensstörungen einen Beitrag zur gelingenden Intervention.

Wichtig zu wissen ist, dass die Handlungsfelder zwar gleichzeitig, vernetzt und/oder parallel berücksichtigt, trotzdem aber unterschiedlich gewichtet bzw. priorisiert werden. Ausschlaggebend dafür ist das diagnostische Ergebnis.

Liegt eine akute physische oder psychische Erkrankung vor, verlagert sich der Schwerpunkt der Hilfsangebote in den medizinischen Bereich, um die Gesundheit wiederherzustellen. Obwohl die ärztliche Versorgung an erster Stelle steht, brauchen Kinder und Jugendliche, um überhaupt gesund werden zu können, eine ihrer Situation angepasste soziale Umgebung und ihrem Entwicklungsstand angemessene Beziehungsangebote. Abbildung 12 verdeutlicht die Dominanz der medizinischen Versorgung im Kontext physischer und psychischer Erkrankung. Alle anderen Handlungsfelder bleiben präsent und unterstützen bedarfsgerecht die medizinischen Zielsetzungen.

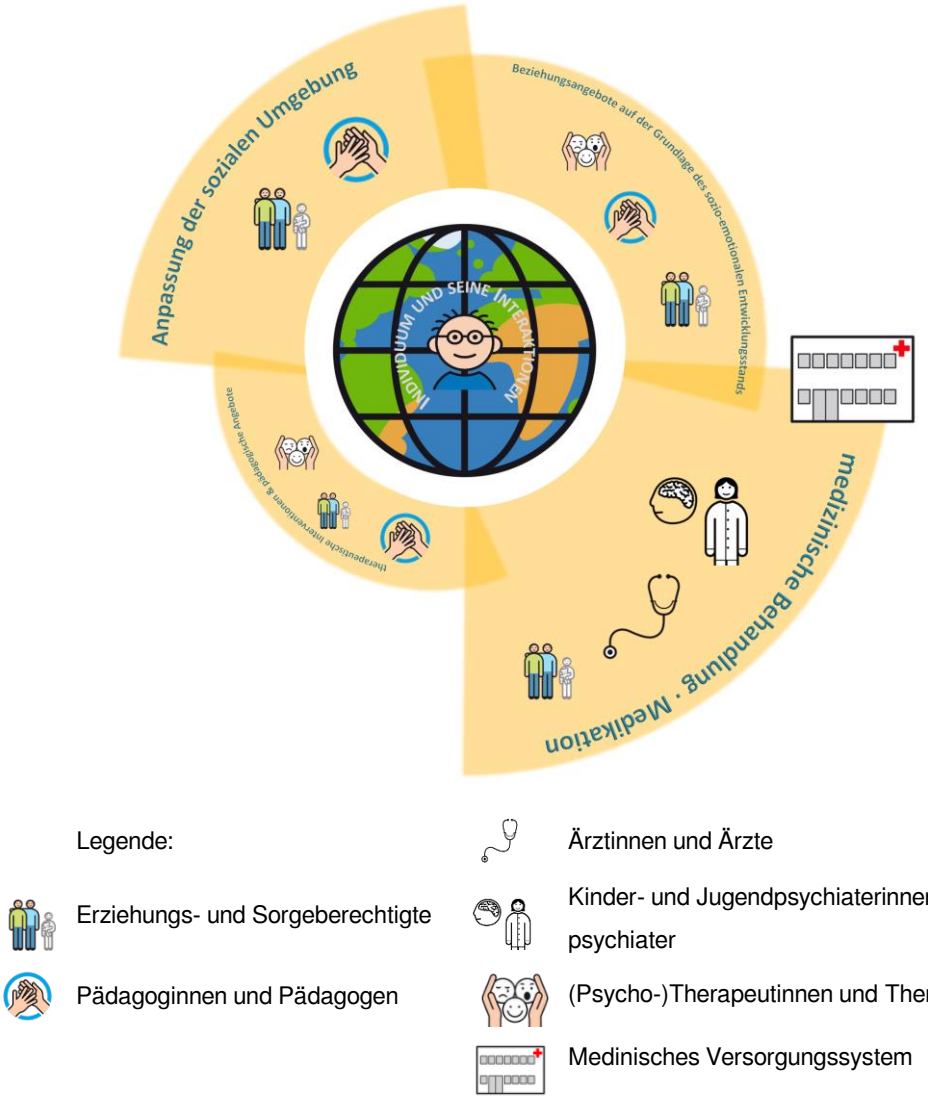


Abbildung 12: Multimodales Unterstützungssystem für Kinder und Jugendliche mit einer physischen oder psychischen Erkrankung: ISB nach DOŠEN 2018, 134

Mit der Schwere einer Erkrankung steigt auch der medizinische Behandlungsbedarf. Dies kann dazu führen, dass die Beschulung nicht (mehr) am Förderzentrum stattfinden kann und sich stattdessen an krankenpädagogischen Grundsätzen orientiert, also im Hausunterricht oder an der Schule für Kranke umgesetzt werden muss.

Sollte das diagnostische Ergebnis maßgeblich auf eine Verhaltensstörung verweisen, steht das Handlungsfeld Beziehungs- und Entwicklungsangebot im Vordergrund des multimodalen Handlungsplans. Dessen Umsetzung erfordert die aktive Gestaltung des Handlungsfelds Sozialraum. Das pädagogische Setting ist der zentrale Ort der Unterstützung, an dem Beziehungs- und Entwicklungsangebote bereitgestellt werden, die den sozio-emotionalen Kompetenzen und den kognitiv-adaptiven Ressourcen der Schülerinnen und Schüler entsprechen. Individuell geplante pädagogische Angebote sind das „Mittel der Wahl“ (SAPPOK et al. 2023, 231), um Kinder und Jugendliche mit

Verhaltensstörungen zu unterstützen. Dennoch kann „zur Linderung von schweren auto- oder fremdaggressiven Verhaltensauffälligkeiten und letztendlich zur Unterstützung von kommunikativen, heilpädagogischen Behandlungsansätzen [...] auch eine psychopharmakologische Behandlung [möglicherweise i. S. einer Off-Label-Medikation] eine ergänzende Behandlungsoption sein“ (DGKJP 2021, 68 f.). Abbildung 13 zeigt die Bedeutung des pädagogischen Settings für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen:

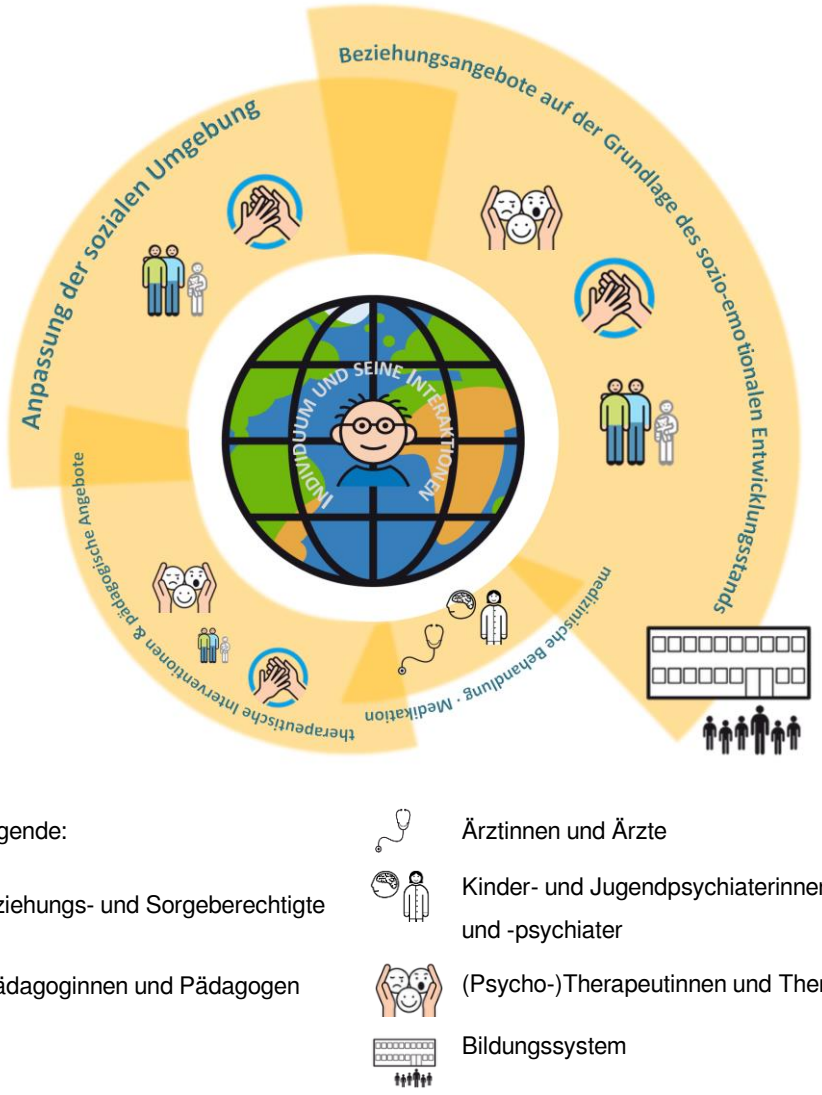


Abbildung 13: Multimodales Unterstützungssystem für Kinder und Jugendliche mit einer Verhaltensstörung, ISB nach DOŠEN 2018, 133

Mit Blick auf die Rolle der im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung Tätigen, zeigt sich, dass die pädagogische Expertise aller – d. h. der Lehr- und Pflegekräfte, aber auch der Schulbegleitungen – in mehreren Bereichen der Handlungsplanung relevant ist.

Die in diesem Kapitel aufgezeigte systematische und subjektlogische Diagnostik ist ein komplexer Prozess, der den Akteurinnen und Akteuren durch theoretisches Wissen und

praktische Erfahrung zunehmend Handlungssicherheit im Umgang mit Schülerinnen und Schülern ermöglicht, die herausforderndes Verhalten zeigen.

2 Literatur

Baumann, M., Bolz, T. & Albers, V. (2021): Verstehende Diagnostik in der Pädagogik: Verstörenden Verhaltensweisen begegnen. 1. Aufl. Weinheim: Beltz.

BfArM (2022): ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung, https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD11/uebersetzung/_node.html, abgerufen am 22.10,2025

Bienstein, P. (2016): Diagnostik und Intervention bei problematischen Verhaltensweisen, in Kuhl, J. (Hrsg.): Evidenzbasierte Diagnostik und Förderung von Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 249–276.

Bienstein, P. & Werner, N. (2023): Verhaltensanalyse, in Sappok, T. (Hrsg.): Psychische Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung: Ein Lehrbuch für die Praxis. 2., erw. u. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 321–327.

DGKJP (2021): S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (AWMF-Register Nr. 028-042; 2. überarb. Aufl.). https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-042.html, abgerufen am 20.10.2025

Došen, A. (2018): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. 2., überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Došen, A. et al. (2010): Praxisleitlinien und Prinzipien: Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten. Bd. 21, Europäische Edition, 1. Aufl. Lüdenscheid: DGSGB.

Emerson, E. (2001): Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with severe learning disabilities. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511543739

Falkai, P., Wittchen, H.-U. & Döpfner, M. (Hrsg.) (2018): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2., korr. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Hackl, K., Baysel, K. & Dworschak, W. (2024a): Arbeitspapier zur Abgrenzung der Förderschwerpunkte Geistige Entwicklung und Lernen: Die Entscheidungsmatrix. Regensburg: Universität Regensburg. https://doi.org/10.5283/epub.58336, abgerufen am 20.10.2025

Hackl, K., Baysel, K. & Dworschak, W. (2024b): Arbeitspapier zur Entscheidung über die Form der Untersuchung kognitiver Kompetenzen im statusdiagnostischen Prozess: Die Entscheidungskaskade. Regensburg: Universität Regensburg. https://doi.org/10.5283/epub.58252, abgerufen am 20.10.2025

Haug, A. (2017): Psychiatrische Untersuchung. Berlin: Springer

Hennicke, K. (2021): Der verstellte Blick: Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Maslow A. (1987): Motivation and Personality. 3. Aufl. London: Pearson

Mentzos, S. (2017): Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. 8., unveränd. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Miebach, B. (2022): Soziologische Handlungstheorie: Eine Einführung. 5. Aufl. Wiesbaden: Springer

Robert-Koch-Institut (RKI) (2021): Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. Berlin: RKI: www.rki.de/erkennenbewertenhandeln, abgerufen am 10.10.2025

Rothgang, G.-W. & Bach, J. (2021): Entwicklungspsychologie. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York City: Guilford Press

Sappok, T. (2023): Psychische Gesundheit und intellektuelle Entwicklung. In Sappok, T. (Hrsg.): Psychische Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung: Ein Lehrbuch für die Praxis. 2., erw. u. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Sappok, T., Hauke, H. & Lytochkin, A. (2023): Verhaltensstörungen. In Sappok, T. (Hrsg.): Psychische Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung: Ein Lehrbuch für die Praxis. 2., erw. u. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Sappok, T., Hermann, H. & Schanze, C. (2024): Verhaltensstörungen. In Schanze, C. & Sappok, T. (Hrsg.): Störungen der Intelligenzentwicklung. Grundlagen der

psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie. 3. überarb. Aufl. Stuttgart: Schattauer

Sappok, T. et al. (2024): Grundlagen der Diagnostik, in Schanze, C. & Sappok, T. (Hrsg.): Störungen der Intelligenzentwicklung. Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie. 3. überarb. Aufl. Stuttgart: Schattauer

Sappok, T. & Zepperitz, S. (2019): Das Alter der Gefühle: Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. 2., überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe

Schanze, C. & Markowetz, R. (2024): Pädagogik und Psychiatrie. In Schanze, C. & Sappok, T. (Hrsg.): Störungen der Intelligenzentwicklung. Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie. 3. überarb. Aufl. Stuttgart: Schattauer

Schanze, C. & Sappok, T. (Hrsg.) (2024): Psychische Gesundheit bei Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung. In In Schanze, C. & Sappok, T. (Hrsg.): Störungen der Intelligenzentwicklung. Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie. 3., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer

Schanze, C. (2023): Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung, in Sappok, T. (Hrsg.): Psychische Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung: Ein Lehrbuch für die Praxis. 2., erw. u. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Schneider, W. & Lindenberger, U. (Hrsg.) (2018): Entwicklungspsychologie. 8., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz

Wittrock, M. (2008): Ansatz der Lebensproblemzentrierten Pädagogik. In Vernooij, M. A. & Wittrock, M: Verhaltensgestört!? Perspektiven, Diagnosen, Lösungen im pädagogischen Alltag (2., aktualisierte Aufl). Paderborn: Schöningh

Zepperitz, S. (2022): Der entwicklungspsychologische Ansatz. In Zepperitz, S. (Hrsg.): Was braucht der Mensch? Entwicklungsgerechtes Arbeiten in Pädagogik und Therapie bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe