

7 Diagnostik

7.1 Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik

H. Bode

7.1.1 Biopsychosoziales Krankheitskonzept

Gesundheit, Entwicklung, Störungen und Erkrankungen entstehen in einer komplexen Interaktion zwischen genetischen Prädispositionen, genetischen Programmen sowie biologischen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren, Faktoren, die bereits intrauterin, deutlicher peri- und insbesondere postnatal wirken.

Psychosomatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen erfordern daher ein ganzheitliches, biopsychosoziales Krankheitskonzept als Grundlage für eine angemessene Diagnostik und Behandlung, weil aus unvollständiger Diagnostik eine inadäquate Therapie mit schlechter Prognose folgt.

Auf individueller Ebene können psychosomatische Krankheiten wie Kopf- oder Bauchschmerzen, aber auch Verhaltensstörungen, z.B. infolge sozialer Ausgrenzung (Mobbing), Ausdruck einer schulischen Überforderung oder familiärer Belastungsfaktoren sein.

Andererseits können auch körperliche Störungen, insbesondere schwerwiegende akute oder chronische Erkrankungen, die Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen verzögern und das familiäre Dasein sowie die soziale Situation nachhaltig stören. Beispiele hierfür bzw. Folgen hiervon sind:

- Störungen der Autonomieentwicklung
- inadäquate familiäre Kontrollmechanismen
- sekundäre emotionale oder Verhaltensstörungen
- Schulversagen

- Einschränkung der beruflichen und materiellen Möglichkeiten
- soziale Ausgrenzung

Biologische, psychische und familiär-soziale Faktoren stehen bei psychosomatischen Störungen oft in einer komplexen Wechselwirkung, die in einlinigen Kausalitäten nicht angemessen abzubilden sind. Zusätzlich sind biografische Aspekte bedeutsam (s. Kap. 6). Ein Modell für die Entstehung psychosomatischer Störungen zeigt die ► Abb. 7.1.

7.1.2 Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik

Das Verständnis psychosomatischer Störungen und Erkrankungen erfordert ein mehrdimensionales diagnostisches Vorgehen, wie es in der Sozialpädiatrie als mehrdimensionale Bereichsdiagnostik etabliert ist. Diese stellt eine bewährte Grundlage für die Beratung und Behandlungsplanung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung dar. Ein solches Vorgehen unterscheidet sich etwas vom multiaxialen Diagnosesystem der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Folgende Bereiche sind in der mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik (EKPSA + T) zu betrachten:

- Entwicklungsstand/Intelligenz
- körperlich-neurologischer Befund
- psychischer Befund und Verhalten
- soziale Kontextfaktoren
- Abklärung der Ätiologie
- Teilhabe an der Gemeinschaft

Bei vielen Patienten findet man ein Konvolut von Problemen oder Symptomen in den genannten 6 Bereichen, de-

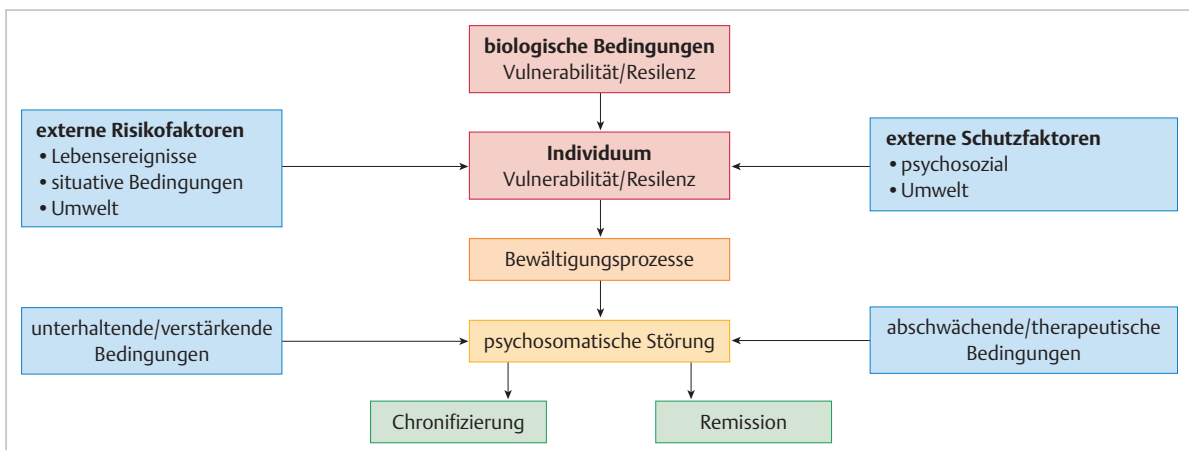


Abb. 7.1 Modell zur Entstehung psychosomatischer Störungen

ren Bedingungsgefüge schwierig zu entschlüsseln ist, die aber unterschiedliche therapeutische Konsequenzen haben müssen. Sie stehen z. T. in ursächlicher Beziehung zueinander, teilweise stellen sie relevante Begleitumstände oder Komorbiditäten dar oder sind auch bedeutsam für die Prognose.

Die je nach Problemstellung sinnvollen diagnostischen Techniken werden in den folgenden Kapiteln erläutert. Die mehrdimensionale Bereichsdiagnostik befasst sich mit:

- dem Patienten
- der Familie des Patienten bzw. seinen Bezugspersonen
- dem sozialen Umfeld des Patienten und seiner Umwelt im weiteren Sinne

Für die Diagnostik und Behandlungsplanung ist das individuelle **Ressourcenprofil** von großer Bedeutung. Dieses fasst die Risiko- und Schutzfaktoren von Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Bereichen zusammen. In der Soziologie wird bei Risiko- und Schutzfaktoren dieser Bereich auch als **soziales Kapital** bezeichnet (s. ▶ Tab. 7.1)

Praxistipp



Die Praxis zeigt, dass viele psychosomatische Störungen nur im Kontext der familiären Situation zu verstehen und zu behandeln sind.

In der psychosomatischen Grundversorgung sollte – soweit möglich – eine orientierende Einschätzung gewonnen werden zur Bedeutung und Rolle der:

- leiblichen und ggf. sozialen Eltern
- anderer Lebenspartner der Eltern
- Geschwister
- mitbetreuenden anderen Familienmitglieder
- familiären Interaktionen und Aktivitäten
- Wohnsituation
- sozialen Lage der Familie

In ausgewählten Fällen kann auch eine Kenntnis der Biografie der Eltern bedeutsam sein (z. B. Scheidung der eigenen Eltern, eigene Erfahrungen der Eltern mit pädagogischen oder Jugendhilfeeinrichtungen, belastende/traumatische Erfahrungen der Eltern), um elterliches Verhalten und deren Entscheidungen nachvollziehen zu können.

Gesundheits- und krankheitsrelevante Bereiche im Umfeld der Patienten sind die konkreten Bedingungen für den Patienten in:

- Krippe
- Kindertagesstätte
- Kindergarten
- Schule
- Peer-Group
- Freizeit
- medizinischen und nichtmedizinischen Unterstützungssystemen (z. B. Therapeuten, Ärzte, sonderpädagogische Förderung, Maßnahmen der Jugendhilfe)

Tab. 7.1 Risiko- und Schutzfaktoren von Kindern/Jugendlichen (Auswahl).

Betrachtungsebene beim Patienten (Kind/Jugendlicher)	Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Biologisch	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht (je nach Störung) • (epi-)genetische Disposition • Frühgeborene • chronische Erkrankung • Entwicklungsstörung • Behinderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht (je nach Störung) • (epi-)genetische Disposition • körperliche Gesundheit • sprachliche Kompetenz
psychisch/sozial	<ul style="list-style-type: none"> • schwieriges Temperament • negative Bindungserfahrungen • individuell belastende Erfahrungen • Traumatisierung • mangelnde Kontroll- und Bewältigungsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstregulation • Intelligenz • Selbstkontrolle • Temperament (aktiv, aufmerksam, sozial) • Kohärenz, Selbstwirksamkeit, Motivation
Familie	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche/psychische Erkrankungen • beeinträchtigte Kompetenzen • mangelndes Wissen • dysfunktionelle Erziehungsstrategien • Egoismus • Überarbeitung • Verzicht auf eigene Bedürfnisse • eheliche Disharmonie • Kriminalität • unerwünschte/sehr frühe Elternschaft • Armut • Deprivation 	<ul style="list-style-type: none"> • intuitives Wissen • Persönlichkeitseigenschaften (Motivation, Optimismus, emotionale Kompetenz, Frustrationstoleranz etc.) • Sorge um das kindliche Wohlergehen • positiver Erziehungs- und Kommunikationsstil • aktive Bewältigungsstrategien • positive Lebenserfahrungen
Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende soziale Unterstützung/Sicherheit • Ausgrenzung • negative Rollenvorbilder 	soziale Akzeptanz und Unterstützung (personell, materiell, organisatorisch, informationell)

Ebenfalls günstig oder negativ auf das Befinden des Patienten können sich auswirken:

- Rollen und Einflüsse von Erziehern/Lehrern
- räumliche Bedingungen
- zeitliche Belastungen
- pädagogische Konzepte
- Normen und Erwartungen des Umfeldes an Funktionen, Leistungen oder Verhalten

Es ist hilfreich, sich im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung ein Bild über diese Lebensbereiche des Patienten zu machen und zu prüfen, ob sie:

- der aktuellen Funktionsfähigkeit, den Bedürfnissen und realen Möglichkeiten angemessen sind.
- eine altersangemessene und dem Entwicklungsstand entsprechende Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen.

Merke



Eine **fehlende Passung** (Misfit) von Wünschen, Erwartungen, Anforderungen und realen Gegebenheiten und Möglichkeiten ist häufig Ursache oder Auslöser psychosomatischer Störungen.

Psychosomatische Störungen erwachsen nicht selten aus einer Beeinträchtigung der Teilhabe an der Gemeinschaft (z. B. schulische Überforderung, Mobbing). Andererseits können sie aber auch wiederum zu einer relevanten Teilhabebeeinträchtigung führen (z. B. soziale Ausgrenzung, Schulversäumnis).

Für die Erstellung eines psychosomatischen Behandlungsplans ist es schließlich wichtig, die krankheits- und belastungsspezifischen Prognosefaktoren zu kennen. Nur dann können realistische Behandlungsziele in angemessenem Zeitrahmen formuliert werden.

Unter den zeitlich limitierten Bedingungen einer psychosomatischen Grundversorgung können die aufgeführten Aspekte sicherlich immer wieder nur orientierend erfasst werden. Immer wieder gelingt dies erst nach wiederholtem Kontakt zu Patienten und Familien oder im Rahmen einer Verlaufsdagnostik. Fragebögen, die von den Eltern ausgefüllt werden, sind ein sinnvolles und ökonomisches Instrument zur Vervollständigung der biografischen und Entwicklungsanamnese. Darauf sollte im Interesse einer störungsangepassten Diagnostik keinesfalls verzichtet werden.

Merke



Bei komplexerer oder schwerwiegender Problematik müssen rechtzeitig weitere Berufsgruppen mit einbezogen oder ein stationäres Behandlungssetting erwirkt werden – auch wenn dies wohnortnah nicht möglich ist.

7.1.3 Multiaxiales Klassifikationssystem

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie existiert vor dem Hintergrund eines gleich umfassenden Krankheitsbegriffes und -verständnisses für die Diagnostik ein ähnliches Vorgehen: das multiaxiale Klassifikationssystem (MAS). Es beschreibt und klassifiziert die Lebenssituation der Patienten in 6 Achsen:

- Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom
- Achse 2: umschriebene Entwicklungsrückstände
- Achse 3: Intelligenzniveau
- Achse 4: andere Erkrankungen
- Achse 5: assoziierte abnorme psychosoziale Umstände
- Achse 6: globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Für die psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrie wird die Anwendung der mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik empfohlen. Sie ist stärker am methodischen Konzept der Pädiatrie orientiert sowie an den in der pädiatrischen Praxis erkennbaren Symptomen und Problemlagen. Sie betont die körperlich-organischen Aspekte der Erkrankungen stärker und betrachtet diese als gleichwertig mit den psychosozialen Aspekten.

Das multiaxiale Klassifikationssystem legt dagegen den Schwerpunkt stärker auf die psychosozialen als auf die körperlich-organischen Aspekte. Psychosomatisch qualifizierte KJÄ müssen auch dieses MAS kennen.

7.1.4 Fazit

Die mehrdimensionale Bereichsdiagnostik ist für die Diagnostik und Behandlungsplanung in der psychosomatischen Grundversorgung sehr geeignet. Sie umfasst nach einer vorangegangenen biografischen und störungsspezifischen Anamnese die Diagnostik nach dem EKPSA+T-Schema in den Bereichen:

- Entwicklung/Intelligenz
- körperlich-neurologischer Befund
- psychischer Befund und Verhalten
- soziale Kontextfaktoren
- Abklärung der Ätiologie
- Teilhabe des Patienten am sozialen Leben

Ein Ressourcenprofil aus Schutz- und Risikofaktoren, unter Berücksichtigung krankheits- und belastungsspezifischer Prognosefaktoren, ermöglicht es danach, einen psychosomatischen Behandlungsplan zu erstellen.

7.2 Familien- und Beziehungsdiagnostik

C. Büsching-Elwenn

7.2.1 Aufgabe und Ziel

Es gibt in der Familienforschung schon lange Übereinstimmung darüber, dass Familieninteraktionen die Entstehung und Aufrechterhaltung von Psychopathologien bei Kindern und Jugendlichen beeinflussen. Familiendiagnostik bedeutet für KJÄ die Erfassung der familiären und sozialen Faktoren, die u. a. für die Entstehung der Probleme oder psychischen Störungen der Kinder und Jugendlichen verantwortlich sind.

Neben dem Verständnis der Entstehung ist die Aufdeckung der aufrechterhaltenden Strukturen sowie der vorhandenen bzw. mangelnden Bewältigungsstrategien der Beziehungskonflikte von ebenso wichtiger Bedeutung.

Im Praxisalltag von KJÄ ist die diagnostische Abklärung ein Einstieg in die weitere Zusammenarbeit mit den Kindern/Jugendlichen und ihren Familien. Dabei umschließt die Familiendiagnostik die Analyse der Beziehungsstrukturen und der Erziehungsstile. Das klingt erst einmal kompliziert, muss es aber nicht sein. Ziel der Familiendiagnostik ist es, KJÄ zu helfen, die richtige Indikation für weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu stellen, die Behandlungsnotwendigkeit sowie die Form der Zusammenarbeit mit dem Patienten und seiner Familie zu erarbeiten. Dazu sollte der KJA die funktionalen und dysfunktionalen Strukturen, die für eine sinnvolle Intervention nötig sind, identifizieren. Zusätzlich zu den Informationen aus der psychosomatischen Anamnese (s. Kap. 6) sind folgende Punkte anzusprechen:

- **A Ebene der Familie/Umfeld:**
 - Problemerkfassung aus Sicht des Patienten und der jeweiligen Familienmitglieder
 - Umgang der Familie generell mit psychischen Problemen (kognitiv und emotional)
 - Bedeutung der psychischen Probleme des Kindes/Jugendlichen für die Familie
 - (bisherige) Bewältigungsversuche der psychischen Probleme innerhalb der Familie
- **B Ebene der Therapie:**
 - Kooperationsmöglichkeiten für Therapie mit der Familie abklären
 - Annahme oder (generelle) Ablehnung von Hilfestellungen durch die Familie thematisieren
 - Vereinbarkeit der notwendigen therapeutischen Maßnahmen aus Sicht des KJA mit den Vorstellungen des Patienten und seiner Familie prüfen

7.2.2 Familiendiagnostisches Interview

Im gemeinsamen familiendiagnostischen Interview kann der Patient mit einem oder beiden Elternteilen (je nach Familienform) befragt werden. Dabei können KJÄ zusätzlich die Eltern-Kind-Interaktion beobachten. Bei jüngeren Kindern kann das Interview evtl. abgekürzt und mit den Eltern zu einem anderen Termin weitergesprochen werden.

Bei Bedarf können auch andere wichtige Bezugspersonen, wie Geschwister oder Großeltern integriert werden. Dieses Vorgehen ist mit dem Patienten bzw. den Eltern zu besprechen und dafür das Einverständnis einzuholen („Sind Sie/bist du einverstanden, dass wir miteinander sprechen?“), um alle Beteiligten in die Entscheidungsbildung einzubinden.

Offene Fragen im familiendiagnostischen Interview - immer an alle Beteiligten! [15]

1. Was ist das Problem für Dich / für Sie? (Problemwahrnehmung, Kontextklärung)
2. Wie gehst Du / gehen Sie mit dem Problem um? (Umgang mit Problemen)
3. Was hast Du / haben Sie bisher getan, um das Problem zu bewältigen?
4. Was wünschst Du Dir / wünschen Sie sich? (Zielvorstellung, Auftrag)
5. Wo siehst Du / sehen Sie Lösungsmöglichkeiten? (Lösungsorientierung)
6. Was kannst Du / können Sie selbst zur Lösung beitragen?
7. Wo kannst Du / können Sie uns helfen? (Kooperationsmöglichkeiten)
8. Was kann ich als Kinder- und Jugendarzt zur Lösung beitragen?

7.2.3 Weitere Verfahren zur Erfassung von Familienstrukturen

Neben dem familiendiagnostischen Interview können z. B. durchgeführt bzw. angewandt werden:

- Fragebögen
- projektive Verfahren
- gemeinsame Interaktionsaufgaben
- Einzelexplorationen

Begrifflichkeiten

Zu den verwendeten Begrifflichkeiten bei den projektiven Verfahren:

Unter **Kohäsion** versteht man das Ausmaß der emotionalen Verbindungen zwischen den Familienmitgliedern.

Unter **Adaptabilität** versteht man die Fähigkeit des Familiensystems, Regeln, Machtverhältnisse oder Rollen entsprechend der entwicklungs- oder situationsbedingten Belastungen zu verändern [3]. Dieses kann von zu viel Veränderungsbereitschaft („Chaosfamilien“), über den

mittleren Bereich mit flexiblen oder strukturierten Familien, bis hin zu zu wenig Veränderungsbereitschaft („rigide Familien“) gehen.

So stellte sich Emres Familie aus dem folgenden Beispiel in der weiterführenden Familiendiagnostik als ein eher rigides Familiensystem mit einer geringen Veränderungsbereitschaft dar.

Familie-in-Tieren

Kasuistik

Der 8-jährige Emre malt seine Familie als Tiere in folgender Reihenfolge:

- Zuerst den Vater als großen Löwen
- sich als kleinen Löwen
- den 24-jährigen Bruder als Fuchs
- die Mutter als kleines Pferd
- die Schwester (21 Jahre) als Maus
- die kleine Tochter der Schwester als Mäusekind
- seinen Zwillingbruder „vergisst“ er

Auswertung

Das projektive Verfahren „Familie-in-Tieren“ genügt nicht den Anforderungen der klassischen Testtheorie, ist aber erst einmal informativ, da Emre in 5 Minuten seine Sicht der Familienstruktur ohne viele Worte ausdrückt und ohne in Loyalitätskonflikt zu geraten. Und zwar im Hinblick auf:

- Hierarchie: Der Vater als Löwe ist der Bestimmer und „der frisst das Pferd“ – die Mutter
- Selbstbild und Wunsch: ein kleiner Löwe zu sein
- emotionale Kohäsionen in der Familie: Die Schwester wird als kleine Maus in der Familie abgetan, die ohne Ausbildung schon früh schwanger geworden ist, aber noch zuhause wohnt.
- seine Eifersucht zum Zwillingbruder

Diese Informationen von Emre müssen also sorgfältig in die Kenntnisse aus der Anamnese und dem familiendiagnostischen Interview eingeordnet werden.

Familienbrett/-aufstellung

Mit dem strukturell orientierten Skulpturverfahren als **Familienbrett** [14] ist eine strukturelle, projektive Diagnostik zur Familiendynamiken möglich. Mithilfe der in Form, Größe und Farbe unterschiedlichen Figuren werden im Originalverfahren auf einem Brett die Familienmitglieder und ihre Beziehung zueinander dargestellt. Denn das oft von Klein- und jungen Schulkindern nicht „Aus-sprechbare“ kann häufig erst in der Aufstellung der Familienmitglieder mit Figuren ausgedrückt werden.

Dadurch wird es möglich, sich als Untersucher die Familie und die Beziehungen untereinander aus verschiedenen Perspektiven anzusehen und ihre emotionalen Verknüpfungen zu verstehen.



Merke

Die **Familienaufstellung** lässt für den erfahrenen KJA eine Analyse der inneren Repräsentationen des spielerisch handelnden Kindes in seiner Wirklichkeitskonstruktion oder Wunschrepräsentation der Figuren zu.

Kasuistik

Der 7-jährige Felix wird unsicher und schweigt bei Fragen zu seinen Familienmitgliedern. Sehr in sich gekehrt, wirkt er dabei traurig berührt und verweigert sich im Gespräch. Erst im Spiel beim Aufstellen der Figuren, die er als seine Familie (Mutter, Vater, Schwester und er selbst) auswählt, erzählt er von seiner Angst, dass der Vater (weit von der Kernfamilie aufgestellt und ohne Blickkontakt) nicht mehr zurückkommt.

Auf die Frage, warum der Papa so weit weg steht, sagt er: „Weiß ich nicht.“

Ohne dabei Fragen zu stellen (!), aber mit der Bitte, doch zu erklären, warum die anderen so stehen und wie es den anderen und ihm geht, erzählt er im Verlauf des behutsamen Gesprächs immer freier werdend von den Konflikten der Eltern und seiner „Angst, dass Papa weggeht“.

In einem späteren Kontakt kommen durch Veränderung der Positionen der Figuren zueinander seine realen und fantasierten Ängste zum bildlichen Ausdruck und werden erzählt. Durch die Hinzunahme von Figuren, z. B. als Großeltern, werden mögliche Ressourcen zur Bewältigung seines Konflikts erkenntlich. Am Ende eines weiteren Kontakts bringt er mit seiner „Wunsch-Aufstellung“ der Familie zum Ausdruck, wie es in Zukunft werden soll.

Figuren

Als Figuren für die Familienaufstellung können wie im Original Holzfiguren verwendet werden, stilisiert mit wenigen Eigenschaften:

- rund
- eckig
- groß
- klein
- Blickrichtung

Aber auch die bei Kindern üblichen Playmobilfiguren (z. B. 6–8 Figuren) mit wenigen äußeren Eigenschaften, haben sich als Eltern, Großeltern, Geschwister oder andere Personen, wie z. B. Lehrer bewährt. Biegsame, bekleidete und personendifferenzierte Holzspielfiguren sind ebenfalls möglich.

Auswertung

Die Kriterien für die Auswertung der Familienaufstellung sind:

- **Entfernung** – als Dimension für:
 - emotionale Nähe oder den Wunsch nach Nähe

- Kontakthäufigkeit
- Abgelöstheit
- Abhängigkeit
- Übernahme von Versorgung
- Mitverantwortung
- **Blickrichtung** – als Indikator für:
 - Beziehungsintensität
 - Beziehungswunsch
 - Beziehungsablehnung
- **Perspektive** – gibt Hinweise auf die Reihenfolge der Aufstellung, die Platzierung und die Reaktionen auf vom Untersucher vorgeschlagene Änderungen der Stellungen einzelner Familienmitglieder.

Merke



Zur Auswertung einer Familienaufstellung ist immer **Protokoll** zu führen!

Die Stellung der Familienmitglieder bildet eine Momentaufnahme des vom Kind empfundenen inneren Bildes seiner familiären Wirklichkeit ab. Diese Ausdrucksform ist sowohl diagnostisch wie auch therapeutisch nutzbar. Insbesondere dann, wenn aufgrund altersbedingter Sprachausdrucksängel, Loyalitätskonflikte, Trauma bedingter Scham oder diffuser Angst die gedanklichen und emotionalen Vorgänge sprachlich nicht ausgedrückt werden können.

Merke



Die **Familienkulptur** kann als Kommunikationsmittel den Zugang zwischen Kind/Jugendlichem und Behandler erleichtern und im therapeutischen Prozess für Perspektivwechsel oder Handlungsentwürfe hilfreich sein.

7.2.4 Auswertung und familien-diagnostischer Nachfolgetermin

Nach dem familiendiagnostischen Gespräch ist dieses auszuwerten. Dies geschieht, indem z. B. die KJÄ möglichst nachfolgende Fragen systematisch beantworten und natürlich ihre sonstigen Kenntnisse aus den bisherigen Kontakten sowie aus der Anamnese nutzen.

Familiendiagnostische Fragestellungen sind [15]:

- **allgemeine familiäre Entwicklungsbedingungen:**
 - Was sind die wichtigsten familiären Belastungsfaktoren?
 - Welche aktuelle Entwicklungsaufgabe (kleine oder große Kinder, Trennungen etc.) hat die Familie?
 - Über welche Ressourcen verfügt sie?
- **Stellenwert der psychischen Störung in der Familie:**
 - Was hat die Familie verändert, seitdem psychische Probleme aufgetreten sind?

- Was versucht der Patient durch sein Verhalten in der Familie zu erreichen und was erreicht er tatsächlich („Warum darf der/die das?“)?
- Welche negativen oder positiven Folgewirkungen gibt es?
- Welche anderen Familienprobleme sind durch das Auftreten der psychischen Störung in den Hintergrund geraten?
- **problemspezifische familiäre Bewältigungsformen:**
 - Wie reagiert die Familie auf die psychische Störung
 - Wie haben sich alle darauf eingestellt?
 - Wie werden durch Lösungsversuche Probleme stabilisiert oder verschärft?

Es ist möglichst immer ein Nachfolgetermin anzusetzen, um Ergebnisse der Diagnostik mitzuteilen und Störungs- bzw. Behandlungskonzepte zu erklären sowie nächste Schritte zu planen. Hierbei ist unbedingt auf günstige Bedingungen der weiteren Zusammenarbeit zu achten, wie Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung. Die Selbstberichte des Patienten und die Fremdbenachrichtungen der Familie decken oft Differenzen in der Wahrnehmung von Problemen auf und sind häufig für Missverständnisse und Konflikte in der Familie verantwortlich.

Struktur des familiendiagnostischen Nachfolgegesprächs:

- Wünsche und Positionen **aller** Familienmitglieder zusammenfassen (Bestätigung oder Korrektur der Beteiligten einholen „Stimmt das so?“)
- auf Gemeinsamkeiten oder Diskrepanzen zwischen Familienmitgliedern eingehen
- Lösungsmöglichkeiten / weitere Vorgehensweisen vorstellen und Patient bzw. Eltern einbeziehen – im Therapiekonzept sollten sich möglichst alle Beteiligten wiederfinden.
- Lösungsvorschläge aus der Familie einbeziehen
- Ressourcenanalyse („Was ist möglich“)

Merke



Im Gespräch sollte der KJÄ die Informationen kurz und knapp wiedergeben. Bei der Darstellung ist darauf zu achten, sich nicht in Einzelheiten zu verzetteln (Zeitmanagement beachten!), aber Diskrepanzen zwischen fachlicher Ansicht und Elternmeinung immer anzusprechen und zu klären.

7.2.5 Red Flags

Familiendiagnostik im Praxisalltag von KJÄ ist keine Familientherapie; sie zielt nicht in erster Linie auf eine Veränderung des familiären Umfeldes des Kindes oder Jugendlichen ab. Für eine ausführliche Familiendiagnostik, z. B. zu Beginn einer Psychotherapie, sollte weiterverwiesen werden.

Vorsicht ist bei einigen projektiven Verfahren oder einfachen Fragebögen geboten: diese sind immer nur Teil des Ganzen! Deshalb sollten sich KJÄ vor vorschnellen – scheinbar einfachen – Zusammenhängen in Acht nehmen, denn: „Manchmal ist es anders als es scheint.“ Daher ist immer die genaue Anamnese und auch Nachfragen nötig.

Kooperiert die Familie des Patienten nicht wirklich (mit Aussagen wie: “Wir wollen ja, aber es geht irgendwie nicht.“) und werden im Rahmen der Familiendiagnostik Beziehungskonflikte aufgedeckt, sollten KJÄ die Eltern nicht im Regen stehen lassen. Sondern sie sollten diese kompetent beraten können über mögliche Einrichtungen, die weiterhelfen können (Elternberatungsstellen, Psychotherapien, Paartherapien, etc.) und dies anteilnehmend weiterverfolgen.

7.2.6 Fazit

In der psychosomatischen Grundversorgung geht es in der Familien-, Beziehungs- und Erziehungsdiagnostik neben der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit vorrangig um das Aufdecken von Ressourcen; d. h. das Erkennen der Möglichkeiten der Familien, in ihren unterschiedlichen Formen bei der Behandlung zu kooperieren sowie das Erkennen von Fallstricken, die diese Möglichkeiten begrenzen.

KJÄ haben vielleicht nicht die Möglichkeit, eine perfekte familiendiagnostische Standardsituation mit Mutter, Vater, Kind aufnehmen zu lassen und anschließend mit einem 2. Beobachter, der das Geschehen durch einen Einwegspiegel analysiert hat, zu besprechen. Aber KJÄ haben den unschätzbaren Vorteil, die Kinder und Jugendlichen in vielen Kontakten – meist über Jahre – in der „normalen“ Interaktion mit den Eltern oder sonstigen Beziehungspersonen zu beobachten und diese Beobachtungen zu notieren. Wenn diese Informationen genutzt und durch gezielte Familiendiagnostik ergänzt werden, haben KJÄ eine gute Basis, um in die erfolgreiche Behandlung mit einer kooperierenden Patientenfamilie einzusteigen.

7.3 Körperlich-neurologische Diagnostik

H. Bode

7.3.1 Funktion

Eine ärztliche körperliche und neurologische Untersuchung ist unverzichtbarer Baustein in der psychosomatischen Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen. Mit ihr sollen körperliche Erkrankungen oder Funktionsstörungen festgestellt bzw. ausgeschlossen werden. Sie ist aufgrund der zuvor erhobenen Anamnese hypothesengeleitet, mithin aber immer differenzialdiagnostisch angelegt.

Die ärztliche körperlich-neurologische Untersuchung soll die Beschwerden objektivieren. Sie dient auch dem

Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt, Patient und Bezugspersonen. Sie zeigt an, dass die beklagten Beschwerden akzeptiert und ernst genommen werden.

Ein unauffälliger körperlich-neurologischer Untersuchungsbefund ist für Patienten und Bezugspersonen beruhigend und erlaubt in vielen Fällen, bei der Betreuung auf weitergehende Diagnostik (z. B. Labor, Bildgebung) zu verzichten. Das muss allerdings auch die Gewissheit und Überzeugung des Arztes sein, die dieser dann vertreten und vermitteln kann.

Funktionen der körperlich-neurologischen Untersuchung sind demnach:

- Herstellung eines Vertrauensverhältnisses
- Objektivierung von Symptomen/Befunden

bei unauffälligem Befund:

- Beruhigung
- Verzicht auf weitergehende Diagnostik

7.3.2 Praktische Durchführung

Die körperlich-neurologische Untersuchung sollte einfühlsam, zügig, systematisch und gründlich stattfinden. Jugendliche sollten über die Anwesenheit der Eltern mitentscheiden. Schmerzhaftige Untersuchungsabläufe sollten wenn möglich vermieden werden. Es empfiehlt sich, einen orientierenden Ganzkörperstatus mit einer vertieften symptombezogenen Untersuchung zu kombinieren.

Ganzkörperuntersuchung

Zur Ganzkörperuntersuchung sollten routinemäßig gehören:

- Messung von:
 - Länge
 - Gewicht
 - Body-Mass-Index (BMI)
 - Kopfumfang
- orientierende Untersuchung auf Anomalien und Pflegezustand bei:
 - Haut
 - Haaren
 - Nägeln
 - Zähnen
- Inspektion und Untersuchung nach den üblichen Verfahren bei:
 - Mund
 - Rachen
 - Augen
 - Nase
 - Ohren
 - Brust- und Bauchorganen
 - Nierenlager
 - Genitalorganen
 - Skelettsystem

Dabei ist auf besonderes Verhalten während der Untersuchung zu achten und diese ggf. je nach konkreter Fragestellung zu modifizieren.

Neurologische Untersuchung

Die neurologische Untersuchung umfasst:

- die Überprüfung der Hirnnervenfunktionen
- eine orientierende Seh- und Hörprüfung
- die Prüfung der Muskelkraft
- die Prüfung der Körper- und feinmotorischen Koordination
- die Prüfung des Reflexstatus
- die Prüfung der Sensibilität
- je nach Problemlage ggf. verschiedene differenziertere Funktionsprüfungen

In manchen Fällen kann der Patient auf Bitte des Untersuchers die zur Vorstellung führenden Symptome reproduzieren. Immer wieder gelingt dies auch durch geeignete Manöver des Untersuchers. Bei unklaren Untersuchungsbefunden kann eine Wiederholung der Untersuchung nützlich oder nötig sein, um die Reproduzierbarkeit der Symptome zu überprüfen oder – bei Symptomwandel – Hinweise für ein neu aufgetretenes oder progredientes Krankheitsgeschehen zu finden.

Merke



Es ist entscheidend, dass die Untersucher die geschilderten Beschwerden vor und während der Untersuchung mit dem eigenen Krankheitswissen und insbesondere objektiven, neurologisch-topischen Zusammenhängen abgleichen. Nichtorganische Störungen sind oft durch eine bunte, für organisch begründete Erkrankungen untypische oder gar unmögliche Symptomatologie gekennzeichnet. Einzelheiten für die Praxis werden in den jeweiligen Kapiteln dargestellt.

Dokumentation

Fotos oder bei motorischen Auffälligkeiten Videoaufzeichnungen, die die Bezugspersonen erstellt haben, sind oft hilfreich. Auch Tagebücher und Protokolle haben sich bewährt.

Merke



Bei Säuglingen, Kleinkindern und insbesondere behinderten Kindern und Jugendlichen mit **eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten** muss die körperlich-neurologische Untersuchung besonders umfassend und gründlich sein. Sie reicht häufiger allerdings nicht aus, sodass – auch bei unspezifischen Befunden – hier eine niedrigere Schwelle für die weiterführende Diagnostik anzusetzen ist.

7.3.3 Bewertung und weiterführende Diagnostik

Der hausärztlich tätige Kinder- und Jugendarzt kann je nach Symptomatik eine Basisuntersuchung (Ultraschall, Labor) durchführen. Weitergehende Maßnahmen organisiert er als Fallverantwortlicher. Die konsiliarische Einbeziehung pädiatrischer Spezialgebiete und nicht pädiatrischer Fachärzte kann im Einzelfall bei ungeklärter, möglicherweise organisch bedingter Symptomatologie nötig sein. Sie kann eine Verdachtsdiagnose bestätigen helfen oder die Beteiligten bei unauffälligem Befund beruhigen. Es besteht allerdings die Gefahr eines unkoordinierten Vorgehens: Werden von den hinzugezogenen Kollegen weitere Untersuchungen in ihrem oder weiteren Spezialgebieten veranlasst, kann es zu einem langen diagnostischen Irrweg kommen. Damit verstreicht wichtige Zeit für ggf. nötige, nicht-medizinische Maßnahmen.

Gleiches gilt für Laboruntersuchungen, den Einsatz bildgebender Verfahren und spezialisierte medizinische Funktionsuntersuchungen. Auch hier sollte die Regel beherzigt werden, dass Häufiges häufig ist. Für eingreifende, den Patienten belastende oder schmerzhafteste Untersuchungen sollte ein starkes Verdachtsmoment vorliegen. Aufwendige und teure Untersuchungen sind meist vermeidbar, in Einzelfällen jedoch nötig, um Ängste der Familien aus der Welt zu schaffen (z.B. MRT bei Krebsangst).

Einzelheiten der weiterführenden Diagnostik, insbesondere zur Differenzialdiagnostik organischer Erkrankungen, werden in den jeweiligen Kapiteln behandelt.

Cave



Wichtige Hinweise zur körperlich-neurologischen Untersuchung:

- Verzichte nie auf eine körperlich-neurologische Untersuchung bei anamnestisch „offensichtlichen“ psychogenen Beschwerden!
- Eine Basisuntersuchung wie Labor/Ultraschall sollte begründbar sein
- Weiterführende ausufernde Diagnostik sollte vermieden werden!
- An das Munchhausen-Stellvertreter-Syndrom sollte gedacht werden.
- Bei neuen Symptomen oder zunehmender Schwere derselben muss die bisherige Arbeitsdiagnose kritisch geprüft werden, eine kurzfristige Reevaluation mit erneuter körperlich-neurologischer Untersuchung und – je nach Befund – eine weiterführende Diagnostik stattfinden.

Auch Tagebücher und Protokolle haben sich bewährt.

7.4 Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik

H. Tegtmeier-Metzdorf

7.4.1 Den Entwicklungsstand feststellen

Das besondere Unterscheidungsmerkmal der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin liegt in der stetigen und teilweise dramatischen Entwicklung der Patienten. Zwangsläufig ergibt sich so die zentrale Frage nach dem Entwicklungsstand eines jeweiligen Kindes. Eine solche Einschätzung bringen die Eltern häufig bereits mit in die Sprechstunde und sind besorgt, wenn ihr Kind nach ihrem Eindruck zurückgeblieben ist. Dabei vergleichen sie es mit den anderen Kindern in der Müttergruppe oder mit älteren Geschwisterkindern.

Erfahrungswerte

KJÄ besitzen durch ihre Aus- und Weiterbildung und insbesondere durch ihre tägliche Arbeit einen erheblich größeren Fundus an Erfahrung und schätzen damit das Kind schon nach vergleichsweise kurzer Zeit wesentlich sicherer ein. Das gelingt am besten dadurch, dass sie es in standardisierten Situationen in seinem Spontanverhalten und bei Anforderungen beobachten. Damit können **qualitative Aussagen** begründet werden – für eine **quantitative Beurteilung** ist das jedoch unzureichend. Zu Letzterer gibt es Verfahren, die diesen eigenen Horizont erweitern, indem sie standardisierte Situationen nutzen und an repräsentativen Populationen Normen erheben; daran kann ein Kind dann zukünftig gemessen werden.

Screening- und Testverfahren

Screening-Verfahren sind zeitökonomisch und taugen zu einer Abgrenzung von fraglich entwicklungsgefährdeten Kindern, die mit differenzierten und aufwendigeren Testverfahren weiter untersucht werden sollten. So sind Fragebögen zur Sprachentwicklung in die sogenannten „neuen Vorsorgeuntersuchungen“ U7a, U10 und U11 des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und Varianten der schon lange existierenden sonstigen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen von Selektivverfahren integriert. Dazu gehören:

- die **Selbstbeurteilungsbögen zu Wortschatz und Grammatik** von Suchodoletz für 2- und für 3-jährige Kinder (SBE-2-KT und SBE-3-KT), im Internet unter: www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/SBE-2-KT.php
- die Mannheimer Elternfragebögen (MEF) [8]
- die **Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter**, Version II (BUEVA-II) von Esser und Wyschkorn [11]

- die **Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Grundschulalter** (BUEGA) von Esser, Wyschkorn und Ballaschk [10]

Während die erstgenannten Verfahren aus reinen Fragebögen bestehen, sind BUEVA-II und BUEGA stark verkürzte Formen aufwendiger Intelligenz- und Entwicklungstests. Mittels vielfältiger Materialien ermöglichen sie eine Beobachtung des Kindes beim Problemlösen und führen zu objektiven Ergebnissen.

Durch die Reduktion von Aufgaben sind die Screenings allerdings mit einer bedeutsamen Unsicherheit belastet, so dass alleinig darauf aufbauend eine valide Einschätzung des jeweiligen Kindes nicht sicher möglich ist. Bei unterdurchschnittlichen Ergebnissen sind deshalb umfangreichere Testverfahren im Sinne einer Stufendiagnostik indiziert [12]. Die meisten Testverfahren können von berechtigten Personen der entsprechenden Berufsgruppen über die Testverlage Hogrefe (www.testzentrale.de) und Pearson (www.pearsonassessment.de/) bezogen werden. Dort werden auch die Eckdaten dieser Tests aufgeführt, wie:

- Einsatzbereich
- Beschreibung der Untertests
- Bearbeitungsdauer
- Ergebnisse zu den Testgütekriterien
- Umfang und Alter der Normierung
- der aktuelle Preis

Eine verlagsunabhängige Übersicht und Darstellung findet sich auf der Website www.entwicklungsdiagnostik.de von Dr. Thorsten Macha.

Entwicklungstests

Die im deutschsprachigen Raum traditionsreichen Entwicklungstests sollen den Stand des Kindes feststellen bei:

- der Fein- und Grobmotorik
- der Sprache
- schulischen Fertigkeiten
- sozialem Verstehen und Handeln
- den kognitiven Fähigkeiten

Auf das Letztere sind die **Intelligenztests** spezialisiert; sie messen zentral den vorliegenden Entwicklungsstand bei:

- abstraktem und konkretem Denken
- dem Arbeitsgedächtnis
- Aspekten der Aufmerksamkeit

Sie beinhalten einerseits sprachabhängige und andererseits handlungsbetonte Untertests ([2], [18]). Gebräuchlich sind insbesondere:

- die **Wechsler-Intelligenztests** für Vorschulkinder (WPPSI-III) und für Kinder (WISC-IV)
- die 2015 revidierte und neu normierte **Kaufmann-Assessment Battery for Children-2** (KABC-II)
- die **Intelligence and Development Scale** (ids und ids-p) zur Einschätzung der kognitiven Entwicklung.

Letztere beinhaltet fakultativ einen allgemeinen Entwicklungsteil. So zieht die ids mit ihrer Version für die Kleinkinder (ids-p von 3;0–5;11 Jahre) in etwa gleich mit dem Entwicklungstest für Kinder von 6 Monaten bis 6 Jahre (ET 6–6 R) von Petermann und Macha [16] – wenn auch die Leistungsprüfung erst mit 3 Jahren beginnt.

Cave



Je jünger das jeweilige Kleinkind ist, desto mehr hängen die Testergebnisse von dessen **Tagesform** und Beziehung zum Testleiter ab. Eine Leistungsmotivation bildet sich nämlich erst langsam heraus, sodass die Stabilität der Ergebnisse anfangs noch gering und daher kritisch zu bewerten ist.

7.4.2 Hinweise zu den Testverfahren

Eine sehr **gute Vertrautheit mit einem Testverfahren** ist grundsätzlich wertvoller als ein nur gerade eben ausreichender Umgang mit einer großen Vielzahl an Tests. Denn erst mit häufiger Durchführung solcher Tests vermag sich ein solider Erfahrungshintergrund auszubilden, der dann eine sichere Zuordnung der numerischen Testergebnisse ermöglicht.

Die Entscheidung für ein Testverfahren sollte ganz wesentlich in Abhängigkeit von der **verfügbaren Zeit** getroffen werden. Während Fragebögen eher eine Zeiteinsparung für die Anamneseerhebung ermöglichen, benötigen die o. g. anderen Screenings zwischen 30 und 60 Minuten Durchführungszeit. Ein Intelligenztest nimmt hingegen in etwa die doppelte Zeit in Anspruch.

Die **Preise** für die BUEVA und BUEGA liegen knapp unter 400€, während die Intelligenz- und Entwicklungstests etwa 900€ bis zu 1500 € kosten. Dazu müssen noch die nicht gerade günstigen Verbrauchsmaterialien mit einkalkuliert werden.

Diejenigen KJÄ, die die Testdurchführung **an Mitarbeiter/innen delegieren**, sollten die Testverfahren trotzdem ausreichend häufig selber durchgeführt haben. Nur so wird eine kritische und damit valide Einordnung der Ergebnisse möglich. Dabei werden viele auch feststellen, dass die eigenständige Durchführung eine Bereicherung für die eigene Arbeit sein kann und Spaß macht.

Culture Fair Tests

Gut brauchbar für die Praxis sind die Culture Fair Tests für Vorschul- und Schulkinder (CFT 1-R) sowie für ältere Schulkinder, Jugendliche und Erwachsene (CFT 20-R) von Cattell. Sie stellen quasi ein Mittelding zwischen Screening und multimodalem Intelligenztest dar.

Ihre **Vorteile** sind: kurze Durchführungszeit und günstiger Preis.

Die **Nachteile** liegen darin, dass es sich um reine „Papier- und Bleistifttests“ handelt.

Sie beleuchten das abstrakte Problemlösen bei rein visuell vorgegebenen Aufgaben und erlauben zusätzlich einen Blick auf die Belastbarkeit der Testperson sowie auf die Stabilität der Ergebnisse über die Zeit. In Verlaufsuntersuchungen über mehrere Jahrzehnte zeigte sich eine erstaunliche Stabilität der Ergebnisse – unabhängig von den Veränderungen in der Lebenswelt der Kinder/Jugendlichen.

Es besteht außerdem eine besondere Eignung zur Erfassung der non-verbalen Intelligenz bei der Untersuchung von Kindern mit Verdacht auf eine Lese-Rechtschreib-Störung. So kann eine Diskrepanz zu den infrage stehenden schulischen Fertigkeiten erkannt werden. Die dazu noch notwendigen Lese- und Rechtschreib-Testverfahren sind im Kap. 20 aufgeführt und erläutert.

7.4.3 Besondere Herausforderungen

Besondere Herausforderungen ergeben bei der Untersuchung von **Kindern aus Migrationsfamilien**, die häufig der deutschen Sprache noch nicht mächtig sind. In solchen Fällen müssen die Aufgaben weitgehend sprachunabhängig verständlich und durchführbar sein.

Diese Anforderungen erfüllen die **Snyjders-Oomen non-verbalen Intelligenztests** in der Version für Klein- und Vorschulkinder sowie für Schulkinder und Jugendliche (SON-R 2 ½-7 und SON-R 5 ½-17), die ursprünglich speziell für hörgeschädigte und kommunikationsgestörte junge Menschen entwickelt wurden. Die Durchführung dieser aufwändigen und teuren Tests bleibt allerdings in der Regel spezialisierten Sozial- und Neuropädiatern und anderen Stellen vorbehalten.

Cave



Eine besondere Rolle spielen bei der Testdurchführung die **Verhaltensbeobachtung** und deren Einbeziehung in die Interpretation der formalen Testergebnisse. Während sehr gute Ergebnisse kaum ein Ergebnis des Zufalls sein können, sind insbesondere unerwartet schlechte Resultate kritisch zu beleuchten. Vielfältig sind die Faktoren, die das bedingen können. Dazu zählen:

- mangelndes Aufgabenverständnis bei eingeschränktem Sprachverständnis oder gemindertem Hören, z. B. durch einen beidseitigen Paukenerguss
- eine vergessene Brille bei einer Fernsichtigkeit
- aufkommende Infektionen am Untersuchungstag
- Leistungsblockaden bei Versagensängsten
- starke soziale Ängste

Zur Dokumentation der Testergebnisse gehören deshalb die Verhaltensbeobachtungen unbedingt mit dazu. Das begründet auch die notwendigen Anforderungen an ein Grundwissen um Testtheorie, die Entwicklung von Kindern und ein psychologisches Verständnis durch den Testleiter. Ein rein schematisch durchgeführter Test ist nicht nur wertlos, sondern kann durch unzutreffende Schlussfolgerungen auch schädlich sein.