



© Monkey Business / Fotoli

Zur Jugendvorsorge gehört eine vertrauliche Beratung über Themen, die für den Heranwachsenden wichtig sind.

Früherkennung für Jugendliche

Die Jugendvorsorgen – Herausforderung und Chance

Ludwig Schmid, Thomas Krause, Petra Sobanski

Pubertierende Jugendliche sind eine Zielgruppe, die man erst einmal erreichen muss. Dabei ist es besonders wichtig, gerade Heranwachsende für Vorsorgen zu gewinnen. Jugendärzte haben hier die Möglichkeit, durch Früherkennung von Risikofaktoren einer Fehlentwicklung in der Pubertät entgegenzuwirken.

Die Jugend ist etwas Wunderbares, es ist eine Schande, sie an Kinder zu vergeuden.“ Es gibt eine ganze Reihe von Zitaten über die Jugend, wie dieses Beispiel des irischen Schriftstellers Bernard Shaw zeigt. Sie beschreiben die Jugend mit einem Augenzwinkern, zeigen aber auch das Missverhältnis zwischen Erwartung und Erfüllung auf: Was erwarten wir von Jugendlichen und was erwarten sie von uns? Mit diesen Fragen im Hinterkopf sollten die Jugendvorsorgen durchgeführt werden, die für viele Kinder- und Jugendärzte eine besondere Herausforderung darstellen.

Zunächst müssen die Anforderungen der Jugendgesundheitsuntersuchungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) erfüllt werden. Ziel dieser Richtlinie ist die Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Insbesondere soll dabei durch Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren eine Fehlentwicklung in der Pubertät verhindert werden.

Des Weiteren müssen die Jugendvorsorgen in den Praxisalltag integriert werden. Das ist nicht immer einfach, da

in einer pädiatrischen Praxis zum überwiegenden Teil Säuglinge sowie Kleinkinder behandelt werden – da kann es schon mal turbulent oder chaotisch zugehen. Dennoch muss es möglich sein, dass auch Jugendliche hier ihren Platz finden und ihnen der nötige Respekt als werdende Erwachsene gezollt wird. Der Aufwand hierfür muss aber in ein wirtschaftliches Verhältnis gesetzt werden. Je nach Bundesland wird eine Jugendgesundheitsuntersuchung mit circa 40 Euro vergütet. Zusätzliche Vergütungen, zum Beispiel im Rahmen einer Sprachdiagnostik oder eines vollständigen Entwicklungsstatus, sind möglich.

In Deutschland werden zwei Jugendvorsorgen angeboten:

- J1 von 12 bis 14 Jahren, die Krankenkassen übernehmen die Kosten dafür.
- J2 von 16 bis 17 Jahren, deren Kosten nur von einigen Krankenkassen übernommen werden.

Um möglichst viele Jugendliche für die Vorsorgen zu gewinnen, ist es wichtig seinen Patienten gezielt mitzuteilen, dass man nicht nur Kinder-, sondern eben auch Jugendarzt ist. Ein Recallsystem kann helfen, Hinweise auf der Homepage zur Jugendsprechstunde sind wichtig. Um Termine im Alltag eines Jugendlichen nicht in Vergessenheit geraten zu lassen, kann es hilfreich sein, den Jugendlichen ein paar Tage vor dem eigentlichen Termin anzurufen. Erinnerung-SMS sind bei zahlreichen Softwareangeboten inbegriffen.

Wie kann eine Jugendvorsorge konkret ablaufen?

Grundsätzlich gilt: Beide Seiten sollen sich wohlfühlen, sowohl der Jugendliche, als auch der Arzt. Dies gelingt über einen geeigneten äußeren und einen inneren Raum, sprich einen Beziehungsraum. Die innere Haltung gestaltet die Arzt-Patienten-Beziehung und trägt wesentlich zur Kommunikationsbereitschaft des Jugendlichen bei.

Äußerer Raum

Eine Jugendvorsorge muss störungsfrei ablaufen können. Mitarbeiter sollten den Raum während der Untersuchung nicht betreten müssen und Telefonate nicht durchgestellt werden. Die räumlichen Voraussetzungen sind wichtig: Der Raum sollte neutral und/oder jugendgerecht gestaltet sein (**Abb. 1**). Die körperliche Untersuchung sollte in einem abgeschirmten Bereich (z. B. durch Trennwände) stattfinden können. Eine körperliche Untersuchung am Schluss gelingt meist besser als zu Beginn des Termins.

Innerer Raum (Beziehungsraum)

Der Jugendarzt muss die Herausforderung annehmen können, sich auch mit gesprächsunfreudigen, vordergründig ablehnenden Jugendlichen zu beschäftigen. Er darf sich nicht von einer angespannten Eltern-Kind-Konfliktsituation abschrecken lassen und sollte vielmehr Offenheit und Neutralität ausstrahlen. Beachten Sie hierfür folgende Tipps:

— Schaffen Sie eine Atmosphäre, mit der Sie signalisieren, dass Sie das Gegenüber grundsätzlich für wertvoll und liebenswert halten.

— Nehmen Sie eine Haltung ein, deren Körpersprache signalisiert, dass Sie das Gegenüber interessiert.

— Achten Sie auf das Setting: Ordnen Sie die Sitzmöbel einladend an, bedenken Sie Begrenzungen durch Tische. Bieten sie den Jugendlichen den Ihnen am nächsten stehenden Platz an. Sich dazwischen drängende Eltern kann man freundlich aber bestimmt zum Platztausch anregen.

— Weisen Sie darauf hin, dass es Kinderrechte gibt, dass grundsätzlich Schweigepflicht besteht und nur bei sehr wichtigen, zum Beispiel den Jugendlichen gefährdenden Themen, die Eltern eingeschaltet werden müssen. Ermöglichen Sie den Jugendlichen ein Vieraugengespräch, bei dem die Eltern den Raum verlassen.

Grundsätzlich muss grenzverletzendes Verhalten, eine drohende Suizidalität und andere akute Eigengefährdungen wie zum Beispiel durch Drogen mit den Eltern besprochen und gegebenenfalls von anderer Stelle mit betreut werden. Nicht immer muss selbstverletzendes Verhalten gefährlich sein: Verstecktes Ritzen weist eher auf eine tiefer greifende psychische Belastung hin als offensichtlich zur Schau getragenes Ritzen.

Stellen Sie einen Rückblick auf die vergangene Kindheit dar und geben Sie einen Ausblick in die Zukunft des Erwachsenwerdens. Zu Beginn des Termins sollten Krankheiten oder Leiden noch keine Rolle spielen. Mögliche, einleitende Formulierungen sind: „Schön, dass wir Gelegenheit finden, in Ruhe miteinander zu sprechen“, oder „Danke, für deine Zeit“.

Der Gesprächsbeginn

Um eine lückenlose Anamnese, eine körperliche Untersuchung und ein zusammenfassendes Gespräch führen zu können, muss man erst einmal ins Gespräch kommen.

Grundsätzlich stehen Fragebögen zur Verfügung. Sie können helfen, Themen, die vielleicht im persönlichen Gespräch als zu direkt empfunden werden, anzusprechen zu können. Jedoch ersetzen sie in keinem Fall eine persönliche Anamnese. Fragen zu Situationen in der Schule, der Familie, dem Freundeskreis, des Medienkonsums und der Gesundheit

werden in Fragebögen oft schnell entlarvt und nach sozialer Erwünschtheit beantwortet. Auch Fragen zu den Themen Depression, Angst oder Mobbing sind häufig in ihrer Zielrichtung durchschaubar und bilden manchmal wenig oder nur teilweise das Ausmaß der Belastung ab. Eine Versendung der Fragebögen vorab kann sinnvoll sein. Grundsätzlich muss auch überlegt werden, ob Jungen eher bei Ärzten, Mädchen eher bei Ärztinnen besser aufgehoben sind. Für manche Jugendliche ist das wichtig und sollte bedacht werden.

Um ins Gespräch zu kommen, können Bilder hilfreich sein. Als Inspirationsgrundlage für ein Gespräch über die Selbsteinschätzung, die Befindlichkeit, und das psychische Erleben können „die vier Temperamente“ von Hippokrates von Kós (460–375 v. Chr.) dienen. Die Bilder stammen von Iris Tescher, hängen in unserer Praxis an der Wand und bieten beim gemeinsamen Betrachten Hilfe, um einen Zugang zu finden (**Abb. 2**). Mögliche Fragen könnten „Was siehst du da?“ oder „Wem würdest du dich zuordnen?“ lauten.



Abb. 1: Möglicher Gesprächsraum für Jugendliche mit dynamischer, farbenfroher Kunst.



Abb. 2: Die vier Temperamente von Hippokrates von Kós: der Phlegmatiker (a), der Sanguiniker (b), der Choleriker (c), der Melancholiker (d)

Die Anamnese

Die Anamnese zielt darauf ab, die gesundheitliche Vorgeschichte in den Vordergrund zu stellen:

- Entwicklung und Verhalten mit Auffälligkeiten
- Stimmung: gedrückt, niedergeschlagen, euphorisch, aufgedreht
- Schulische Entwicklung: Mobbing-erfahrung, Unter-/Überforderung
- Konzentrationsfähigkeit
- Selbstwert, Schuldgefühle
- Gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Drogen-, Alkoholkonsum)
- Schlaf- und Essverhalten
- Sexualität

- Peergroup
- Freundschaften inklusive Internetfreundschaften und deren Bedeutung für den Jugendlichen
- Zukunftseinstellung
- Chronische Erkrankung, Allergien und Ähnliches beim Jugendlichen selbst oder in der Familie, gerade auch hinsichtlich der späteren Berufswahl (J2)
- Überprüfung, gegebenenfalls Ergänzung des Impfstatus
- Empfängnisverhütung

Die Untersuchung

Die Untersuchung umfasst eine differenzierte klinisch-körperliche Untersu-

chung. Sie sollte wenn möglich gegen Ende stattfinden und mit etwas abseits stehenden Zeugen (z. B. Medizinischen Fachangestellten) erfolgen.

- Erhebung der Körpermaße, inklusive Blutdruck
- Pubertätsstadium
- Zustand der Organe, inklusive Haut
- Auffälligkeiten des Skelettsystems, Körperhaltung
- Urinuntersuchung
- Überprüfung der Blutwerte
- Zu thematisierende Auffälligkeiten/Erkrankungen:
 - Bei Jungen: Phimose, Paraphimose, Hornzipfel, Varikozele, Brustdrüsenanschwellung, Hoden- und/oder Nebenhodenerkrankungen, Gleithoden, Pendelhoden, Gynäkomastie, Akne, Naevi
 - Bei Mädchen: Brustdrüse und ihre Entwicklung, Knoten, Zyklusunregelmäßigkeiten (spätestens nach 2,5 Jahren muss der Zyklus regelmäßig sein), Menstruationsbeschwerden, Akne, Haut, Striae adolescentium, Behaarung

Psychische Erkrankungen

Bei den Jugendvorsorgen sollten psychische Erkrankungen und deren frühes Erkennen einen besonderen Schwerpunkt bilden.

Die Vorsorgeuntersuchungen sind in ihrer zeitlichen Abfolge eng an die entwicklungspsychologischen und sozialisationsschwelensituationen gebunden, beziehungsweise an die Entwicklungsaufgaben der Pubertät und Adoleszenz.

Die J1 und J2 bieten die Möglichkeit, präventiv psychische Erkrankungen zu beeinflussen. Einerseits kann die Erreichung bisheriger Entwicklungsaufgaben des Kindes und seines psychosozialen Umfeldes, inklusive der anlagebedingten Faktoren, im Rückblick erfasst werden. Dies beinhaltet auch aufgetretene Schwierigkeiten verbunden mit psychischer Belastung, wie beispielsweise Anpassungsstörungen unterschiedlicher Ausprägung im Rahmen der bisherigen Entwicklung. Andererseits kann auf den aktuellen Entwicklungsstand eingegangen werden und eine prognostische Vermutung zu erreichender Entwicklungsaufgaben (z. B. Schulabschluss, Selbst-

© Iris Tescher

verantwortung, Lebensplanung sowie Freizeitgestaltung und Umgang mit Risiken wie Suchtmittelkonsum) erfolgen.

Bei psychischen Erkrankungen ist bekannt, dass Kinder, die in der Erreichung von Entwicklungsaufgaben zu mehreren Entwicklungszeitpunkten psychische Anpassungsschwierigkeiten zeigten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit im jungen Erwachsenenalter von psychischer Beeinträchtigung betroffen sind. Geläufig ist auch, dass ein nicht unerheblicher Teil psychisch kranker Erwachsener bereits im Jugendalter Symptome psychischer Erkrankungen aufwies.

In einer 2015 veröffentlichten Bestandsaufnahme von Früherkennungsmöglichkeiten psychotischer und bipolarer Störungen konnte gezeigt werden, dass sich schwere psychische Störungen wie Schizophrenien und bipolare Störungen (manisch-depressive Erkrankung unterschiedlicher Verlaufstypen) zum Teil bereits als Frühsymptom oder Auffälligkeit im Kindes- und Jugendalter bemerkbar machen. Zwei Drittel aller Patienten mit bipolaren Störungen zeigen erste Symptome bis zum Alter von 19 Jahren, also im späten Jugendalter. Ersterkrankungsalter aller Psychose- beziehungsweise Schizophreniepatienten liegt bei 21,3 Jahren. Fast 18,6 % der Patienten erkranken bereits im Jugendalter. Bei depressiven Störungen liegt zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr die höchste Dichte an Neuerkrankungen.

Alkoholbezogene Störungen manifestieren sich durchschnittlich zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr, zuzüglich der Tatsache, dass die Einnahme von Drogen triggernd auf die Manifestation anderer schwerwiegender psychischer Störungen wie psychotischen Erkrankungen wirken kann [2].

Die J1 und vor allem die J2 sind folglich geeignet, ein grobes Screening auf Vorstufen psychischer Störungen sowie individueller und psychosozialer Risikofaktoren für die Entwicklung schwerwiegender psychiatrischer Erkrankungen vorzunehmen [3]. Je früher psychische Erkrankungen erkannt und behandelt werden, desto besser ist die Prognose.

Entwicklungspsychopathologie

Das Konzept der Entwicklungspsychopathologie geht von einer alters- und ent-

wicklungsstandabhängigen Gestalt psychischer Symptome aus. Dabei unterliegen die Erlebenszustände und Verarbeitungsmechanismen dem Einfluss normaler Entwicklungsvorgänge und wirken sich auf die Art und Intensität der Symptome aus. Eine Schwierigkeit besteht unter anderem darin, dass sich psychopathologische Symptome mit alters-typischen Verarbeitungs- und Bewältigungsmechanismen überlagern können. Dadurch kann eine genaue Zuordnung schwerfallen. Weiterhin zeigen sich in der Symptomatik unter Umständen auch Einflüsse des psychosozialen Umfeldes.

Dadurch wird nachvollziehbar, dass beispielsweise Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis einen kognitiven Entwicklungsstand voraussetzen, bei dem Kinder einerseits sicher zwischen Fantasie und Realität unterscheiden können und andererseits vom kognitiven Entwicklungsstand das formal-operatorische Stadium des Denkens erreicht haben. Letzteres dürfte vor dem 12. Lebensjahr kaum gegeben sein.

Affektive Erkrankungen, insbesondere Depressionen, die wesentlich durch Stimmungsminderung und Antriebsverlust sowie vielgestaltige somatische Symptome gekennzeichnet sind, können dagegen bereits im frühen Kindesalter auftreten. Sie weisen jedoch in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand der motorischen, sprachlichen und sozial-interaktionellen Fähigkeiten ein jeweils etwas anderes Symptombild auf. So zeigen sich depressive Kleinkinder häufig leicht irritierbar, klagten über Bauchschmerzen und haben wenig Appetit. Grundschul Kinder hingegen sind entweder introvertiert, unsicher oder aber gereizt und stimmungslabil, können aber bereits über traurige Gefühle sprechen. Die kognitiven Symptome depressiver Störungen wie Denkverlangsamung, Grübeln, katastrophisierende Gedanken oder Antriebsverlust, Schuldgefühle sowie Interessenverlust bis hin zu zirkadianen Schwankungen treten im Jugendalter deutlicher hervor und können von den Jugendlichen auch selbst besser eingeschätzt werden.

Hinsichtlich der alterstypischen Gestalt und geschlechtsrollenstereotyper Wahrnehmung der Jugendlichen selbst sowie der Professionellen, lassen sich auch weibliche und männliche Ausge-

staltungen der depressiven Symptomatik differenzieren. Infolgedessen ist in der Diagnostik psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter die Symptomatik immer vor dem Hintergrund des Entwicklungsstandes zu interpretieren.

Neben psychischen Erkrankungen wie Depression und früh beginnenden schizophrenen Entwicklungen sind weitere psychische beziehungsweise psychosomatische Erkrankungen eng mit der Entwicklungsphase Pubertät und Adoleszenz verbunden. Sind bis zum Eintritt in die Pubertät körperliche Aspekte wesentlich mit Funktion beziehungsweise einem Freisein von Einschränkungen verbunden, kommen in der adoleszenten Entwicklungsphase nun zunehmend soziale Vergleichsprozesse unter Jugendlichen hinzu.

Einerseits werden Gleichaltrige oder Peergroups zur zentralen Bezugsgruppe der Jugendlichen und lösen die Eltern ab. Die Situierung und Anerkennung in dieser Gruppe ist besonders wichtig. Andererseits werden Selbsterkenntnis und der Zukunftsentwurf eigener Lebenspläne durch eine zunehmend realistischere Einschätzung der eigenen Möglichkeiten ergänzt. Diese Prozesse können zu ausgeprägten Ambivalenzen zwischen Anlagefaktoren (z. B. Körpergröße, Körperbautyp, etc.), die als gegeben und unveränderlich wahrgenommen werden, und Idealvorstellungen des Selbst führen. Einflüsse der sozialen Herkunft sowie gruppenspezifische Normen werden nicht unerheblich von medialen Identifikationsfiguren hinsichtlich Attraktivität, Figur et cetera geprägt. Hierdurch können sich begünstigende Faktoren beispielsweise für die Entstehung von Essstörungen wie Anorexie oder Bulimie herausbilden.

Kinderpsychiatrische Störungsbilder

Neben den genannten psychischen Erkrankungen unterliegen kinderpsychiatrische Störungsbilder im Jugendalter zum Teil einer Veränderung. Entsprechend dem Modell von Remschmidt und Schmidt (**Abb. 3**) bessern sich Störungsbilder mit der Ausreifung des neuronalen Systems oder der somato-psychosozialen Entwicklung der Kinder- und Jugendlichen.

© Helmchen H. et al. Psychiatrie spezieller Lebenssituationen. 2000 (4. Aufl.). Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, S. 106

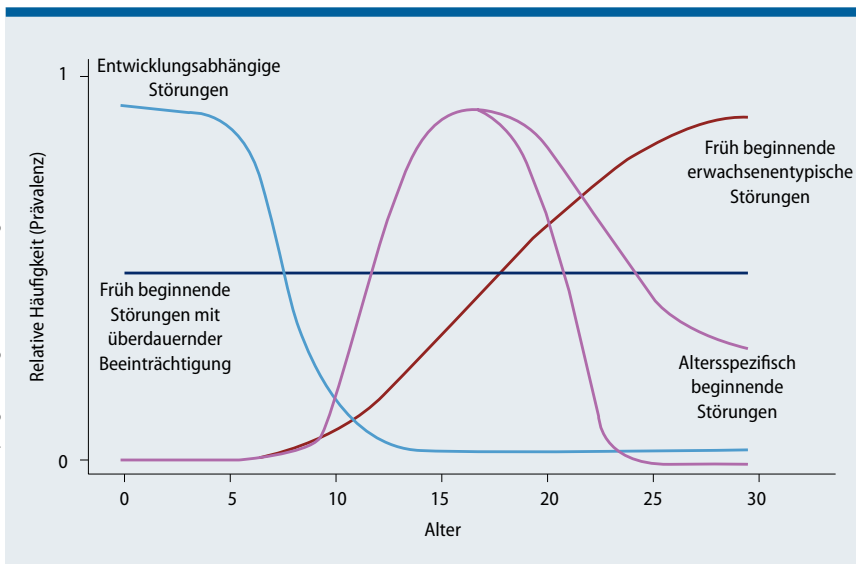


Abb. 3: Verlaufstypen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Andere Erkrankungen zeigen einen Häufigkeitsgipfel im Kindes- und Jugendalter, sind aber im Erwachsenenalter kaum mehr nachweisbar. Das Störungsbild der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung zeigt bei mindestens 30 % der Patienten einen Verlauf bis in das Erwachsenenalter. Andere psychische Erkrankungen, die eher für das Erwachsenenalter charakteristisch sind, können bei diesen Jugendlichen bereits im Jugendalter beginnen.

Hinzu kommt die Möglichkeit, dass sich aus der gemeinsamen bio-psychologischen Anlage heraus im Langzeitverlauf weitere psychische Erkrankungen entwickeln können, beispielsweise depressive oder bipolare Störungen vor dem Hintergrund einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung.

Komorbidität

Wichtig ist an komorbide Störungen kinderpsychiatrischer Erkrankungen wie beginnende Suchterkrankungen, insbesondere bei unzureichend behandelten Jugendlichen mit ADHS, oder Störungen des Sozialverhaltens zu denken. Remschmidt und Schmidt zeigten auch die Bedeutung des Erkennens früh beginnender erwachsenenpsychiatrischer Störungsbilder im Jugendalter auf, die zum Teil von den ICD-10-Kriterien in dieser Entwicklungsphase nur unzureichend erfasst werden.

Die Bedeutung einer möglichst frühen Detektion und Hilfe wird aus den Untersuchungen von Steinhausen deutlich, der fragte: „Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen?“ [4]. Steinhausen konnte zeigen, dass circa ein Drittel der Kinder, bei denen eine psychische Störung klinisch diagnostiziert wurde, auch im Erwachsenenalter psychische Erkrankungen aufwiesen.

Chronisch-somatische und neurologische Erkrankungen

Eine für Jugendärzte wichtige Gruppe sind zudem jene Jugendlichen mit chronisch somatischen oder neurologischen Erkrankungen, die letztlich als psychosomatische Erkrankungen verstanden werden sollten.

Bei Epilepsiesyndromen sind mit der neurologischen Erkrankung auch psychiatrische Störungen verbunden, wie Aufmerksamkeits- und Teilleistungsstörung oder Angst und Depression. Diese können gemeinsame neurobiologische Ursachen haben oder als Reaktionen auf die Grunderkrankung verstanden werden, die die Verarbeitungskapazität der Jugendlichen übersteigen können. Beispiele für solche Reaktionen sind die Erkenntnis von geringer Veränderbarkeit, Scham sowie die realen Einschränkungen in der Lebensperspektive chronischer Erkrankungen.

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Jugendalter wird mit circa 18 % angegeben. Dabei erweisen sich Angst, affektive Erkrankungen sowie Störungen des Sozialverhaltens mit 10 % beziehungsweise 7,5 % als häufigste Beeinträchtigungen. Mit Eintritt in die Pubertät gleichen sich die Prävalenzen zwischen Mädchen und Jungen an, differenzieren sich jedoch hinsichtlich internalisierender Störungen (Essstörungen, Angst, Depression) bei den Mädchen, gegenüber externalisierenden Störungen (Sozialverhaltensstörungen, Sucht) bei den Jungen.

Konzeptionell besteht eine familiäre Häufung depressiver Erkrankungen, die mit Eintritt in die Pubertät eine Zunahme von 2,8 % auf 5,6 % aufweist. Hinzu kommen dysthyme Störungen mit einer Häufigkeit von bis zu 8 % im Jugendalter. Es konnte gezeigt werden, dass bis zur Hälfte der Depressionen im Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter persistieren.

Versagensängste sowie Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit treten im späten Jugendalter deutlicher hervor. Hinzu kommen zum Teil dysfunktionale kognitive Schemata, Grübeln und Konzentrationsstörungen, die sich oftmals auch in Leistungseinbußen im schulischen Bereich sowie beim Verfolgen eigener Ziele in den Freizeitaktivitäten und in der Lebensplanung zeigen. Nicht selten wird versucht, Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hoffnungs- und Wertlosigkeit mit Substanzmissbrauch, Selbstverletzung oder sozialem Rückzug zu kompensieren.

Schizophrene Entwicklungen

Wie bereits angedeutet, beginnen bis zu einem Viertel der psychotischen Erkrankungen bereits im Jugendalter. Darunter fallen auch die Vorläufersymptome einer schizophreniformen Symptomatik.

Die Schwierigkeit in der Früherkennung psychotischer beziehungsweise schizophrener Entwicklungen liegt darin, dass bis zum Eintritt in die Pubertät die Vorläufersymptome sehr unspezifisch und eher im Bereich der Entwicklungsstörungen von Sprache, Motorik und sozialer Interaktion angesiedelt sind. Meist zeigen sich erste Hinweise im

Hier steht eine Anzeige.



Rückzug aus sozialen Beziehungen, da konzeptionell davon ausgegangen wird, dass aufgrund mangelnder Reizselektion und kognitiver Störungen eine fehlerhafte Interpretation sozialer Reize besteht und folglich diese als irritierend erlebt werden. Konzentrationsstörungen und Auffälligkeiten im formalen Denken führen häufig zu Schulleistungseinbrüchen, die unter genauer Kenntnis und Wertung alterstypischer Einflussfaktoren sowie Lebensereignissen als nicht erklärbarer Leistungseinbruch oder "Knick" erscheinen.

Aufgrund der Verunsicherung der Jugendlichen über die erlebten Veränderungen treten häufig ängstlich-depressive Reaktionen auf, die initial sehr schwer von Negativsymptomen einer schleichend beginnenden schizophrenen Entwicklung im Jugendalter zu unterscheiden sind. Typische Symptome „ersten Ranges“ nach Kurt Schneider wie imperative Stimmen als akustische Halluzinationen, Wahnsysteme und schwere formale Denkstörungen treten eher im Übergang zum jungen Erwachsenenalter auf. Auch zeigen sich im Jugendalter eher ein diffuses Beeinflussungserleben, Kommunikationsprobleme, inklusive der gestörten Bedeutungsinterpretation von Begriffen. Bei einem akuten Beginn psychotischer Symptomatik im frühen Jugendalter sind eine somatische Genese beispielsweise im Rahmen infektiöser Erkrankungen (z. B. Meningitis) oder drogeninduzierte psychotische Zustände (z. B. durch THC oder Amphetamine) auszuschließen.

Aufgrund der schleichenden, unspezifischen Veränderungen vor dem eindeutigen Auftreten schizophrentypischer Symptome erscheint es sinnvoll, den Jugendlichen im Langzeitverlauf aus der Perspektive der Eltern sowie sekundärer Bezugspersonen wie Lehrer zu betrachten, um Veränderungen der Affektivität, Kognition und sozialen Interaktion nachzeichnen zu können. Alarmzeichen können beispielsweise skurrile und eigenwillige Gedankengänge, soziale Rückzugstendenzen und zunehmende Nichterreichung lebensalterstypischer Entwicklungsaufgaben in mehreren Lebensbereichen (Schule, Peergroup, Freizeit und Familie) sein. Eine genaue Diagnostik der kognitiven Einschränkun-

gen, insbesondere ob diese schizophrentypisch sind, gelingt meist nur interdisziplinär mittels psychiatrischer und psychologischer Diagnostikverfahren und Ausschlussdiagnostik anderer Erkrankungen.

Suchtstörungen

Suchtstörungen stellen ein großes Problem im Jugendalter dar. Aktuelle Zahlen zum Ausmaß suchtbezogener Störungen bietet unter anderem die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Mehr als 90 % der 16- bis 17-Jährigen haben schon einmal Alkohol konsumiert, ein großer Teil der Jugendlichen konsumiert regelmäßig Alkohol. Die Häufigkeit des Rauschtrinkens sowie des regelmäßigen problematischen Alkoholkonsums sind in den vergangenen Jahren in Deutschland erfreulicherweise zurückgegangen, jedoch im europäischen Vergleich immer noch hoch. Für die Frühintervention von Bedeutung sind die Befunde, dass ein frühes Erstkonsumalter mit einer späteren erhöhten Konsummenge assoziiert ist.

Zudem ist der Nikotinkonsum problematisch, auch wenn der Anteil täglicher Raucher in der Altersgruppe zwischen 11–17 in den letzten Jahren auf 5,4 % zurückgegangen ist (KIGGS-Studie, Welle 1). Illegale Drogen wie Amphetamine, synthetische Substanzen sowie der nicht bestimmungsgemäße Gebrauch von Arzneimitteln müssen ebenfalls beachtet werden, sind jedoch in ihrer Genese und Bedeutung für eine Suchtentwicklung nur im Zusammenhang mit familiären, sozialen und biologischen Faktoren zu betrachten. Die Bedeutung der Früherkennung und -intervention ergibt sich sowohl aufgrund der gravierenden somatischen und psychischen Schäden sowie der psychosozialen Folgen aufgrund schädlichen Alkohol- und Drogenkonsums, als auch aus dem Umstand, dass das alkoholbezogene Konsummuster im Alter von 16–17 Jahren in den Folgejahren bis 25 häufig fortgesetzt wird. Die BZgA geht von circa 10 % der 16- bis 17-Jährigen aus, die einen riskanten Alkoholkonsum betreiben. 1,5 % der 12- bis 15-Jährigen werden als gefährdet eingestuft. Bekanntermaßen sind Jungen

bei alkoholbezogenen Störungen überrepräsentiert (BZgA, 2015).

Aufgrund des Wissens um Suchtphänomene, insbesondere aber der Ubiquität der Problematik in der Gesamtgesellschaft, bestehen nicht unerhebliche Tendenzen zur Bagatellisierung. Screeninginstrumente wie der RAFFT(Relax, Alone, Friends, Familiy, Trouble)-Fragebogen erscheinen sinnvoll, um einen Einstieg in die Problematisierung der Thematik zu finden.

Im Rahmen der J1/J2-Vorsorgeuntersuchungen bieten sich vielfältige Anknüpfungspunkte für die Thematisierung von Suchtproblemen. Es können unter anderem geschlechtsspezifische Aspekte und Unterschiede sowie das Wissen um die entwicklungspsychologische Bedeutung des Alkoholkonsums zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (z. B. Angstreduktion, Provokation oder Eigenständigkeits- und Unabhängigkeitsdemonstration gegenüber den Erwachsenen) angesprochen werden. Körperliche Gesundheit, Leistungsfähigkeit, ebenso wie Attraktivität und Sexualität sind auch aus kinderärztlicher Sicht wichtige Themen.

Orientierung bei der Einschätzung des Ausmaßes des Suchtmittelkonsums bieten die offiziellen Grenzwerte des risikoarmen gegenüber riskanten Alkoholkonsums für Frauen und Männer. Diese können leicht anhand der Standardgetränke selbst von den Jugendlichen eingeschätzt werden. Weitere Orientierung können die Verweise auf Online-Beratungsangebote, inklusive Selbsttests geben. Beides kommt dem jugendlichen Bedürfnis nach Kontrolle sowie Selbsteinschätzungsmöglichkeit entgegen (www.drugcom.de). Peerkonzepte [5] und Gesprächstechniken, die sich am Modell des Motivational Interviewing [6,7] orientieren, haben sich in der Suchtberatung und Behandlung von Jugendlichen als hilfreich erwiesen.

Aufgrund der gegebenenfalls vitalen Gefährdung im Rahmen von Intoxikationen und der Langzeitfolgen, sollte bei Verdacht auf Suchterkrankungen eine Einbeziehung der Eltern erfolgen.

Chance zur Früherkennung

Es scheint sich zunächst nicht aufzudrängen, aber der Zugang über die Vor-

sorgeuntersuchungen ist gut geeignet, um eine Früherkennung psychischer Erkrankungen zu ermöglichen. Denn zunächst nehmen alle Jugendlichen diese Vorsorgen als etwas „normales“ wahr, dass heißt, befürchtete Stigmatisierungen durch den Kontakt zu Kinder- und Jugendpsychiatern beziehungsweise Psychotherapeuten sind nicht zu erwarten. Während der Untersuchung können die Kinder- und Jugendärzte eine Beziehung zu den Jugendlichen aufbauen.

Beispielsweise sind mit der Feststellung von Größe und Gewicht auch gut Fragen nach der Zufriedenheit mit der körperlichen Entwicklung (Funktionalität, Erscheinungsbild) zu verbinden. Die Fragen nach gegebenenfalls bestehenden Unzufriedenheit mit dem Gewicht sowie mögliche Gegenmaßnahmen wie Sport, Fasten oder unter Umständen manipulative Maßnahmen wie Erbrechen, erscheinen dann zwangsläufig und nicht störungsspezifisch diagnostisch motiviert. Desgleichen kann bei der körperlichen Untersuchung auf Selbstverletzungen oder ähnliche körperliche Auffälligkeiten geachtet werden. Die Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit ist gut zu erfragen und ein Abgleich mit den objektiven Daten (u. a. Schulnoten) ergeben einen Hinweis auf mögliche Selbstwertprobleme bei depressiven Jugendlichen, ebenso inwieweit Sorgen und Ähnliches bestehen, die dem Anlass nicht angemessen sind. Jugendliche sind in der Lage über sich zu reflektieren und sich selbst aus der Perspektive anderer zu sehen. Selbstaussagen lassen sich erhalten, indem man Jugendliche beispielsweise bittet zu schildern, wie ihre Freunde sie in bestimmten Aspekten einschätzen würden. Hinzu kommen Fragebögen zur Selbst- und Fremdbeurteilung wie der „Youth Self Report“ (YSR) ab 11 Jahren sowie die „Child Behavior Checklist“ (CBCL).

Die standardisierten Befunderhebungsinstrumente der Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter wie das CASCAP (Clinical Assessment-Scale for Child and Adolescent Psychopathology)-System erlauben eine differenzierte Beurteilung verschiedener psychischer Dimensionen, die entweder beobachtbar sind oder erfragt werden können. Neben den bereits genannten zählen hierzu re-

gelbezogenes Verhalten, Aktivität, Aufmerksamkeit, Ängste, Zwänge, Denken, Stimmung und Gedächtnis. Anhand von Gesprächen über Hobbys und Interessen, die man sich als Arzt gut erklären lassen kann, kann man die sprachlichen Fähigkeiten, die Aufmerksamkeit, Konzentration sowie Denkfunktionen gut überprüfen. Eine Situation, in der eine Lehr-Lern-Konstellation besteht, die als Sokratischer Dialog beziehungsweise Methode bezeichnet wird [8], erscheint für Jugendliche eine angemessene Gesprächsform zu sein, in der sie das Gefühl der Kontrolle über die Situation behalten und sich gleichzeitig ernst genommen fühlen. Es gelingt dadurch auch leichter, etwaige Abweichungen zu erkennen und auf deren Relevanz im Alltag der Jugendlichen in Familie, Schule sowie Peergroup und Freizeit zu fokussieren. Offene Frageformen, die auf die Einschätzung und Bewertung durch die Jugendlichen eingehen, erscheinen sinnvoll, ebenso die Beachtung nonverbaler Signale von Scham, Unsicherheit, Widerstand und so weiter. Schwierige oder schambesetzte Themen wie Sexualität und Suchtmittelgebrauch dürfen angesprochen werden, sollten aber auch als schwierige Themen für alle Jugendlichen benannt werden.

Denkbar erscheint, dass man Jugendliche, die in der J1 oder J2 Auffälligkeiten zeigen, zu einem Folgetermin bittet, um ihre Angaben in den Fragebögen besprechen zu können. Einerseits besteht die Möglichkeit, einen zweiten Eindruck von dem Jugendlichen zu bekommen, andererseits können die Eindrücke verglichen und im Gespräch Bezug auf die Angaben und Ergebnisse der Untersuchung genommen und gemeinsame Strategien zu unter Umständen erforderlichen Maßnahmen entwickelt werden.

Literatur

1. Remschmidt H., Schmidt M.H. Störungsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Helmchen H et al. Psychiatrie spezieller Lebenssituationen, Springer, Berlin, 2000
2. Leopold, K et al. Angebote zur Früherkennung von Psychosen und bipolaren Störungen in Deutschland. Bestandsaufnahme Nervenarzt. 2015;86(3):352-8
3. Pfenning, A, Klosterkötter, J. Vorsorgeuntersuchungen und Screenings bei jungen Menschen. Nervenarzt. 2014;85:1544-50

Fazit für die Praxis

Die Jugendvorsorgen bieten vielfältige Anknüpfungspunkte zur Erkennung von Symptomen beginnender psychischer Erkrankungen. Ein Verständnis der Entwicklungsphase Jugendalter sowie Kenntnisse der Entwicklungspsychopathologie ermöglichen einen differenzierten Zugang zu Jugendlichen gerade hinsichtlich psychischer Belastungen. Die Besonderheiten der Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung haben eine große Bedeutung für ihr Gelingen. Früherkennung und Behandlungsbeginn verbessern die Prognose für die weitere Entwicklung im frühen Erwachsenenalter.

4. Steinhausen HC. Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2013 Nov;41(6):419-31
5. Kremer et al. Improving Education in the Developing World: What Have We Learned from Randomized Evaluations? Annu Rev Econom. 2009;1:513-542.
6. Miller WR, Rollnick S Motivational Interviewing. 2015 (3. Aufl.) Lambertus-Verlag, Freiburg
7. Naar-King S, Suarez M Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel
8. Delfos MF „Wie meinst du das?“ – Gesprächsführung mit Jugendlichen. 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel



Dr. med. Ludwig Schmid
Gemeinschaftspraxis
Kinder- und Jugendärzte
München Süd
Aidenbachstraße 118,
81379 München

Prof. Dr. med. Thomas Krause, M.A.
Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg

Dr. med. Petra Sobanski
Leitende Oberärztin der Klinik für Kinder und Jugendpsychosomatik am Klinikum München Schwabing

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt vorlag.