

Martina Groß · Petra Warschburger

Chronische Bauchschmerzen im Kindesalter

Das „Stopp den Schmerz mit Happy-Pingu“-Programm



HOGREFE



Chronische Bauchschmerzen im Kindesalter

Chronische Bauchschmerzen im Kindesalter

Das „Stopp den Schmerz mit Happy-Pingu“-Programm

von

Martina Groß und Petra Warschburger

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Dipl.-Psych. Martina Groß, geb. 1981. 2001–2007 Studium der Psychologie in Potsdam. 2008–2010 Mitarbeiterin am Patienten-Trainings- und Beratungszentrum der Universität Potsdam. Seit 2011 Mitarbeiterin der Deutschen Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung e.v.

Prof. Dr. Petra Warschburger, geb. 1965. 1985–1991 Studium der Psychologie in Trier. 1995 Promotion. 1998 Habilitation. 1999–2003 Hochschuldozentin für Angewandte Psychologie und Rehabilitation an der Universität Bremen. Seit 2003 Professorin für Beratungspsychologie am Department für Psychologie der Universität Potsdam und dort Leiterin des Patienten-Trainings- und Beratungszentrum für chronisch kranke Kinder und Jugendliche.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Illustrationen Happy Pingu, Pingu-Tricks, Comic Grübel Paul und Mädchen (Situationskärtchen):
Klaus Gehrmann, Freiburg; www.klausgehrmann.net
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2379-1

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus M. Groß/P. Warschburger – Chronische Bauchschmerzen im Kindesalter (ISBN 9783840923791) © 2012 Hogrefe, Göttingen.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Vorwort | 7 |
| Kapitel 1: Einleitung | 9 |
| Kapitel 2: Störungsbild | 11 |
| 2.1 Klassifikation nach ICD-10 und Rome-III-Kriterien | 11 |
| 2.2 Epidemiologie und Verlauf | 14 |
| 2.3 Ätiologie | 14 |
| Kapitel 3: Diagnostik von CBS im Kindes- und Jugendalter | 18 |
| 3.1 Ablaufplan und Flussdiagramm | 18 |
| 3.2 Indikation und Kontraindikation | 18 |
| 3.3 Ärztliche Diagnostik | 20 |
| 3.4 Psychosoziale Diagnostik und Erstgespräch | 20 |
| Kapitel 4: Behandlung von chronischen Bauchschmerzen | 25 |
| Kapitel 5: Das „Stopp den Schmerz mit Happy-Pingu“-Programm | 27 |
| 5.1 Umfang und Rahmenbedingungen | 27 |
| 5.2 Gruppentraining vs. Einzeltraining | 27 |
| 5.3 Therapeuten-/Trainerverhalten | 27 |
| 5.4 Kritische Situationen im Training | 28 |
| 5.5 Allgemeiner Sitzungsaufbau und Wiederkehrende Elemente im Programm | 29 |
| Kapitel 6: Trainingssitzungen | 36 |
| 6.1 Sitzung 1: Woher kommen meine Schmerzgeister? | 37 |
| 6.2 Sitzung 2: Paula und der Stress | 45 |
| 6.3 Sitzung 3: Mit Pingu-Tricks geht es mir besser! | 52 |
| 6.4 Sitzung 4: Paul und die Mega-Geister | 56 |
| 6.5 Sitzung 5: Ablenken macht Spaß! | 59 |
| 6.6 Sitzung 6: Pingu-Koffer zum Wohlfühlen | 63 |
| Kapitel 7: Elternarbeit | 67 |
| Kapitel 8: Evaluation des Programmes | 73 |

Anhang

| | |
|---|----|
| Glossar medizinischer Fachbegriffe | 75 |
| Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM | 78 |
| Literatur | 81 |

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Info- und Arbeitsblätter, die zur Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Vorwort

Bauchschmerzen sind im Kindesalter ein häufig zu beobachtendes Phänomen: Ihre Ursachen sind sehr unterschiedlich. Es wird häufig zwischen den sogenannten „harmlosen“ und den „ernsten“ Bauchschmerzen unterschieden. Unter „ernsten“ Bauchschmerzen werden dann meist akute oder chronische Schmerzen verstanden, die Hinweise auf eine schwerwiegende Erkrankung darstellen (wie z. B. eine Blinddarmentzündung oder Morbus Crohn). Diese Formen sind im Kindesalter sehr selten anzutreffen. Wesentlich häufiger sind die sogenannten „harmlosen“ Formen, bei denen keine behandlungsbedürftige Organerkrankung vorliegt und die dann oftmals als reine Reaktionen auf Stress in der Schule, blähende Nahrungsmittel oder Streit mit den Freunden verstanden werden. Treten Bauchschmerzen in solchen Situationen vereinzelt auf, dann ist der Begriff „harmlos“ vielleicht noch gerechtfertigt, nicht jedoch, wenn diese Bauchschmerzen wiederholt auftreten und den Alltag von Kindern und deren Eltern massiv beeinträchtigen: Kinder lassen ihre Lieblingspeise stehen, bleiben vor Schmerzen dem Unterricht fern oder sagen Verabredungen mit Freunden ab. Die Eltern sind verunsichert, suchen Hilfe beim Arzt, der ihnen oftmals nur bestätigen kann, dass keine behandlungsbedürftige Organerkrankung vorliegt. Da die Schmerzen der Kinder jedoch persistieren, werden oftmals weitere diagnostische Untersuchungen herbeigeführt, um sicher zu stellen, dass keine organische Erkrankung „übersehen wurde“. So haben Eltern und Kinder oft eine Odyssee von diagnostischen Abklärungen und erfolglosen Behandlungsversuchen hinter sich. Sie fühlen sich missverstanden, alleine gelassen und haben das Gefühl, dass die Schmerzen ihres Kindes verharmlost werden.

Chronische Bauchschmerzen sind kein „harmloses, vorübergehendes Problem“. Werden die Probleme nicht frühzeitig behandelt, besteht die Gefahr, dass sich die Schmerzen bis ins Erwachsenenalter fort setzen und weitere, physische wie psychische Probleme auftreten. Chronische Bauchschmerzen bei Kindern müssen von allen – Eltern, Ärzten und Psychologen – ernst genommen werden. Eine Reduktion auf psychologische Stressreaktionen wird der multifaktoriellen Genese und Krankheitsaufrechterhaltung nicht gerecht. Eine umfassende biopsychosoziale Sichtweise ist notwendig,

die auch die intra- und interindividuelle Variabilität der Symptomatik berücksichtigt.

Das vorliegende Behandlungsprogramm „Stoppen Schmerz mit Happy-Pingu“ ist in den letzten fünf Jahren intensiver Beschäftigung mit der Thematik entstanden. Es handelt sich um ein sechsstündiges kognitiv-behaviorales Schulungsprogramm für Kinder im Grundschulalter mit begleitender Elternschulung, das sowohl als Einzel- als auch als Gruppentraining durchgeführt werden kann. „Happy-Pingu“, ein fröhlicher Pinguin, der aber öfters unter Bauchschmerzen leidet, begleitet die Kinder durch das Programm. Gemeinsam mit Happy-Pingu finden die Kinder heraus, was die Auslöser für ihre Bauchschmerzen sind und welche Möglichkeiten sie haben, ihre Bauchschmerzen selbstständig in den Griff zu bekommen. Im Mittelpunkt steht also die Hilflosigkeit im Umgang mit den Schmerzen zu reduzieren und angemessene Schmerzbewältigungsstrategien einzusetzen. Happy-Pingu hat für die Kinder jede Menge Tricks parat, um die Schmerzgeister zu vertreiben. Bewährte verhaltenstherapeutische Methoden wie Psychoedukation, Selbstbeobachtungsverfahren, Entspannung, kognitive Umstrukturierung oder auch Aufmerksamkeitslenkung kommen zum Einsatz.

Das Vorgehen wurde von uns umfangreich auf seine Wirksamkeit und Akzeptanz überprüft. In einer unkontrollierten Pilotstudie zeigten sich sehr positive Effekte auf das Schmerzerleben und die Bewältigungsstrategien der Kinder sowie eine hohe Akzeptanz des Vorgehens. Diese positive Befundlage konnte auch durch die Ergebnisse einer kontrolliert-randomisierten Evaluationsstudie bestätigt werden; eine Katamnese zeigte, dass die Effekte längerfristig stabil sind.

Zum Aufbau des Buches: Im ersten Teil des Manuals erhält der Leser einen kurzen Überblick zum Störungsbild des chronischen Bauchschmerzes. Ausführlich wird dann im zweiten Kapitel das diagnostische Vorgehen dargestellt, um für die Therapie Hinweise für das konkrete Vorgehen zu erhalten. Auf der beiliegenden CD-ROM finden sich Materialien, die bei der Diagnostik eingesetzt werden können. Nach einer Übersicht zum aktuellen Stand des Wissens zur Behandlung

der chronischen Bauchschmerzen wird detailliert das Vorgehen im Programm „Stopp den Schmerz mit Happy-Pingu“ dargestellt. Zuerst werden Hinweise zum allgemeinen Vorgehen gegeben, dann die einzelnen Sitzungsinhalte detailliert beschrieben. Abschließend werden die Ergebnisse der Evaluation dargestellt. Die notwendigen Arbeitsmaterialien finden sich auf der CD-ROM direkt zum Ausdrucken.

Wir möchten uns ganz herzlich bei Herrn Dr. Hassmann, Sozialpädiatrisches Zentrum, Homburg und Frau Dipl. oec. troph. Helena von Schassen, Universität Potsdam, für die Unterstützung bei der Erstellung der Ernährungsschulung bedanken. Ebenso gilt unser Dank Frau cand.-psych. Claudia Calvano für ihre Hilfe bei der Manuskriptgestaltung. An erster Stelle ist jedoch den

Kindern und deren Eltern zu danken, die an diesem Behandlungsprogramm und den begleitenden Studien teilgenommen und deren Rückmeldungen dazu beigetragen haben, unser Vorgehen zu optimieren.

Wir freuen uns, mit diesem Manual das erste strukturierte und evaluierte ambulante Behandlungsprogramm für Grundschulkindern mit chronischen Bauchschmerzen vorzulegen. Wir hoffen damit zu einer Verbesserung der Versorgung von Kindern mit chronischen Bauchschmerzen beizutragen.

Potsdam, im März 2011

*Martina Groß und
Petra Warschburger*

Kapitel 1

Einleitung

Fallbeispiel: Beate

Beate, 10 Jahre, ist ein aufgewecktes und fröhliches Kind. Sie besucht die 4. Klasse einer Grundschule. In ihrer Freizeit trifft sie sich am liebsten mit ihren Freunden oder übt Klavier. Seit ihrem 8. Lebensjahr klagt sie wiederholt über Schmerzen in der unteren Bauchregion. Bei starken Episoden sind die Schmerzen „ganz tief drin und drückend“. Die Bauchschmerzen treten ca. zweimal pro Woche mit unterschiedlicher Stärke auf und dauern eine halbe bis zu einer ganzen Stunde an. Die Eltern berichten zudem über Blähungen in Zusammenhang mit leichteren Bauchschmerzepisoden. Mehrmals wurde ein Arzt aufgesucht. Der Arzt führte Blut- und Urintests sowie den H₂-Atemtest durch. Nachdem der Arzt keinen Hinweis auf eine organische Erkrankung fand, wechselten die Eltern zu einem anderen Arzt und ließen dort die gleichen Untersuchungen durchführen. Auch dieser Arzt kam zu dem gleichen Ergebnis. Weder Beate noch ihre Eltern haben eine Erklärung für das Auftreten der Bauchschmerzen. Die Eltern vermuten, dass es an der Ernährung liegen könnte oder an überzogenen schulischen Leistungsansprüchen. Ausgelöst werden die Bauchschmerzen vor allem dann, wenn sie zu viel, zu wenig oder zu schnell gegessen habe, bei längeren Autofahrten sowie nach Streit mit ihrem Bruder. Für Beate ist es besonders schwierig mit den Bauchschmerzen umzugehen, wenn die Schmerzen in der Schule, bei Freunden oder bei den Hausaufgaben auftreten: Insbesondere fällt Beate der Umgang damit schwer, wenn sie alleine zu Hause ist. Wenn die Schmerzen in der Schule auftreten, informiert sie den Lehrer, aber oftmals versucht sie auch, sich nichts anmerken zu lassen und weiter dem Unterricht zu folgen. Beate hat schon Vieles ausprobiert, um die Schmerzen in den Griff zu kriegen, wie beispielsweise tiefes Atmen, den Bauch zu reiben, sich hinlegen oder sich durch Spielen abzulenken. Am liebsten wäre es ihr, die Schmerzen würden ganz einfach wieder verschwinden. Sie glaubt, ohne die Bauchschmerzen könnte sie fröhlicher sein und die gesamte Familie wäre ausgeglichener. Die Eltern wenden sich ihrer Tochter besonders stark zu, sobald die Bauchschmerzen auftreten, indem sie z. B. die schmerzhafte Stelle massieren oder ihr extra Getränke zubereiten.

Schmerz ist untrennbar mit dem Leben verbunden – er „gehört dazu“. Das Auftreten und Erleben von Schmerzen sind als normale physiologische Reaktion sinnvoll und signalisieren uns, dass etwas nicht in Ordnung ist. Was passiert jedoch, wenn der Schmerz immer wiederkehrt, wenn er seine „Signalfunktion“ verliert und chronifiziert wie das bei Beate der Fall ist? Wie können Kinder und Eltern damit umgehen, damit der Schmerz nicht das gesamte Leben bestimmt? Dabei stellen sich gerade die Eltern oftmals Fragen wie „Übersehe ich etwas Wesentliches?“ oder „Wird eine schwerwiegende Erkrankung nicht erkannt?“

Bauchschmerzen sind im Kindes- und Jugendalter weit verbreitet. Episodische Bauchschmerzen kennt jedes Kind. Problematisch wird es, wenn die Bauchschmerzen mehrmals wöchentlich auftreten und das Kind in seinem Alltag einschränken. Die Abgrenzung zwischen akuten, wiederkehren-

den und chronischen Schmerzen ist wesentlich für die Einleitung von Behandlungsmaßnahmen. Akute, remittierende und chronische Schmerzen werden hinsichtlich ihrer zeitlichen Dimension und Funktion voneinander abgegrenzt. *Akute Schmerzen* sind zeitlich begrenzt und gehen im Kindesalter häufig mit akuten Erkrankungen einher (Zernikow & Hechler, 2008). Akute Schmerzen können als Folge einer Verletzung, zum Beispiel einer Verbrennung, auftreten, wobei sie häufig im Sinne eines „Schadensfrühwarnsystems“ dienen. Ebenso finden sich akute Schmerzen bei Infektionskrankheiten, schmerzhaften Eingriffen oder auch therapiebedingt wie bei Injektionen oder operativen Eingriffen (z. B. Marx, 2002). Demgegenüber spricht man von *chronischen Schmerzen*, wenn diese über mindestens sechs Monate andauern und auf langwierigen Grunderkrankungen, wie onkologischen Erkrankungen oder Muskeldystrophien, beruhen (Petermann, Wiedebusch, Kroll & Mühlig, 1996). *Remittierender Schmerz*

hingegen tritt mit zyklischen Verläufen oder Komplikationen in wiederkehrenden Schmerzepisoden auf. Häufig wird in diesem Zusammenhang der Begriff „funktional“ verwandt, da für die Schmerzen keine organische Ursache nachgewiesen werden kann. Ist die Ursache für den Schmerz jedoch nicht zu finden, nicht zu beseitigen oder besteht der Schmerz trotz der Beseitigung seiner Ursache fort, entsteht ein *chronisches Schmerzproblem*. Der Schmerz ist nun nicht mehr nur Zeichen für die Erkrankung, sondern die Erkrankung selbst.

In den letzten Jahren wird dem Thema chronische Bauchschmerzen (CBS) im Kindesalter immer mehr Aufmerksamkeit zuteil. Chronische Bauchschmerzen stellen ein ernst zunehmendes und behandlungsbedürftiges Problem dar. Zentral sind dabei die zahlreichen Folgebelastungen und langfristigen Einschränkungen, mit denen die betroffenen Kinder konfrontiert werden. Probleme in der Akzeptanz der ständig auftretenden Beschwerden sind häufig. In der Schule fallen die Kinder durch

Fehlzeiten im Unterricht auf (Kaufman, Cromer, Daleiden, Zaron-Aqua, Aqua & Li, 1997). Oft wird den Betroffenen unterstellt, sie würden ihre Beschwerden eher als Ausrede zur Vermeidung unerwünschter Aufgaben schildern. Daher verschweigen einige Kinder ihre Schmerzen, aus Angst, nicht ernst genommen zu werden. Die Krankheitsakzeptanz und der Umgang mit der Erkrankung spielen eine zentrale Rolle für eine erfolgreiche Schmerzbewältigung. Eine frühzeitige Behandlung der Bauchschmerzen verhindert, dass sich komorbid weitere Beschwerden manifestieren.

Mit dem Bauchschmerztraining „Stopp den Schmerz mit Happy-Pingu“ liegt ein evaluiertes Programm vor, das sowohl als Einzel- wie auch als Gruppentraining durchgeführt werden kann. Wesentliches Ziel des Programmes ist es, angemessene Bewältigungsstrategien im Umgang mit den Schmerzen zu vermitteln, um so die Schmerzen und die Einschränkungen der Betroffenen im Alltag zu minimieren.

Kapitel 2

Störungsbild

In der Forschung werden verschiedene Fachtermini wie idiopathische, rekurrende und funktionelle Bauchschmerzen verwendet, um das Krankheitsbild der chronischen Bauchschmerzen (CBS) zu bezeichnen. Oftmals wird die Diagnose als sogenannte Ausschlussdiagnose gestellt, wenn andere Erkrankungen als Erklärung nicht in Frage kommen. Mittlerweile wurden jedoch in verschiedenen Klassifikationssystemen Kriterien definiert, die eine Diagnose von CBS über eine reine Ausschlussdiagnostik hinaus erlauben. Im folgenden Kapitel wird ausführlich auf die verschiedenen Klassifikationen eingegangen.

2.1 Klassifikation nach ICD-10 und Rome-III-Kriterien

Jahrzehntlang bestimmten die Kriterien von Apley und Naish (1958) Forschung und Praxis. Die Autoren beschrieben CBS als rezidivierende Bauchschmerzen mit einer Frequenz von mindestens drei Schmerzepisoden in drei Monaten. Hierbei wird ein Mindestalter der Person von drei Jahren festgelegt. Die Erkrankungsdauer beträgt wenigstens 12 Monate und die Schmerzen sind schwer genug, um die Alltagsaktivität der Kinder einzuschränken. Bei der Mehrzahl der Kinder sind die Schmerzen um den Bauchnabel lokalisiert. Für die Beschwerden liegt keine identifizierbare organische Ursache vor. Aus heutiger Sicht sind diese Kriterien zu unscharf formuliert und stellen vielmehr ein weites Spektrum von gastrointestinalen Symptomen dar, deren Konstellation individuell variieren kann.

Am häufigsten werden aktuell die Rome-III-Kriterien angewendet; in Deutschland zusätzlich die Kriterien nach ICD-10. Pädiatrische und gastroenterologische Fachgesellschaften haben Störungskriterien, die sogenannten Rome-III-Kriterien (1989–2006) als Leitlinien zur symptomorientierten Falldefinition und Klassifikation funktioneller abdomineller Schmerzen erstellt (Rasquin et al., 2006). Die Anwendung der Rome-III-Kriterien soll sicherstellen, eine homogene Gruppe gastrointestinaler Beschwerden ohne organische Ursache zu beschreiben und gleichzeitig

akute von chronischen Schmerzen diagnostisch voneinander abzugrenzen. Unterschieden werden fünf verschiedene gastrointestinale Beschwerdebilder, die mit funktionellen abdominellen Beschwerden und Schmerzen einhergehen: funktionelle Dyspepsie, Reizdarmsyndrom, abdominelle Migräne, kindlicher, funktioneller, abdomineller Schmerz sowie das kindliche, funktionelle, abdominelle Schmerzsyndrom. Gemeinsam ist allen gastrointestinalen Störungsbildern nach den Rome-III-Kriterien, dass sie für den Altersbereich von 4 bis 18 Jahren gelten und die beschriebenen Beschwerden mindestens einmal wöchentlich auftreten. Zudem beträgt die Erkrankungsdauer mindestens 2 Monate. Eine detaillierte Übersicht findet sich in Tabelle 2.

In der ICD-10 können chronische Bauchschmerzen entweder unter pädiatrischen bzw. internistischen Erkrankungen (Kapitel K für Darmerkrankungen), unter den psychischen Störungen (Kapitel F45 für somatoforme Störungen) oder als einzelnes, funktionelles Symptom (Kapitel R10 Bauch- und Beckenschmerzen) klassifiziert werden. Eine Möglichkeit CBS nach den ICD-10 Kriterien zu klassifizieren ist die „somatoforme autonome Funktionsstörung“ (F45.31, F45.32), weswegen im Folgenden deren Kernmerkmale aufgeführt sind (vgl. Tabelle 1). Diese stimmen weitestgehend mit den Rome-III-Kriterien (H2d I) überein. Weitere Möglichkeiten der Klassifikation nach ICD-10 und Rome-III sind nachfolgend näher beschrieben.

Zunächst werden die funktionellen gastroenterologischen Störungsbilder (H2) nach den Rome-III-Kriterien und anschließend die entsprechenden ICD-10-Diagnoseschlüssel aus Tabelle 2 (s. o.) erläutert. Gerade die Angemessenheit der Diagnosekriterien im ICD-10 für die Phänomenologie der Störungen im Kindes- und Jugendalter wird bislang noch kritisch diskutiert (z. B. Noeker, 2008).

Bei der *funktionellen Dyspepsie* („Reizmagen“) sind die Beschwerden im Oberbauch (Magen) lokalisiert und können durch Besiedlung mit dem Bakterium *Helicobacter pylori* ausgelöst werden.

Es handelt sich um einen persistierenden oder rekurrenden Schmerz. Nach ICD-10 kann die *funktionelle Dyspepsie* unter F45.31 (somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes) klassifiziert werden. Hierbei müssen subjektive Gefühle des Brennens, Drückens, Stechens im Ober- bzw. Unterbauch in Kombination mit einer vegetativen Begleiterscheinung auftreten. Obwohl die Patienten häufig psychische Belastungen sowie aktuelle Probleme schildern, fließt das psychosoziale Belastungsniveau nicht in den Kriterienkatalog ein. Die Diagnose wird vergeben, wenn folgende Kriterien

erfüllt sind: die Überzeugung, eine körperliche Erkrankung im Gastrointestinaltrakt zu haben, begleitende (vegetative) Symptome sowie der Ausschluss einer organischen Ursache der Beschwerden. Des Weiteren zeigen die Symptome keinen Zusammenhang zu einer phobischen (F40.0 bis F40.9) oder einer Panikstörung (F41.0). Zudem kann die funktionelle Dyspepsie als ein Symptom im Rahmen von Bauch- und Beckenschmerzen (Abschnitt R10) kodiert werden. Die Ziffer R10.1 bezeichnet Schmerzen im Bereich des Oberbauches (inklusive Schmerzen im Epigastrium).

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der somatoformen autonomen Funktionsstörung (F45.3) nach ICD-10 (aus: Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2009, S. 215 ff.)

| | |
|---------------|--|
| A. | Symptome der autonomen (vegetativen) Erregung, welche von Patienten als körperliche Krankheit interpretiert werden, in einem oder mehreren der folgenden Systeme oder Organe: Herz und kardiovaskuläres System, oberer Gastrointestinaltrakt (Ösophagus und Magen), unterer Gastrointestinaltrakt, respiratorisches System, Urogenitalsystem. |
| B. | Das Vorhandensein von zwei oder mehr der folgenden Symptome: 1. Palpitationen 2. Schweißausbrüche (heiß oder kalt) 3. Mundtrockenheit 4. Hitzewallungen oder Erröten 5. Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln oder Unruhe im Bauch |
| C. | Eines oder mehr der folgenden Symptome: 1. Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend 2. Dyspnoe oder Hyperventilation 3. Außergewöhnliche Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung 4. Aerophagie, Singultus oder brennendes Gefühl im Brustkorb oder im Epigastrium 5. Bericht über häufigen Stuhlgang 6. Erhöhte Miktionsfrequenz oder Dysurie 7. Gefühl der Überblähung oder Völlegefühl |
| D. | Kein Nachweis über Störung oder Funktion der Organe oder Systeme, über die die Patienten klagen. |
| E. | Die Symptome treten nicht ausschließlich in Zusammenhang mit einer phobischen (F40.0–F40.9) oder einer Panikstörung (F41.0) auf. |
| | Mit der fünften Stelle werden die verschiedenen Störungen dieser Gruppe durch die Angabe des Organs oder Organsystems, welches von den Patienten als Ursprung ihrer Symptome angesehen wird, näher gekennzeichnet. |
| F45.31 | Oberer Gastrointestinaltrakt – dazugehörige Begriffe: psychogene Aerophagie/psychogener Singultus/Dyspepsie/Pylorospasmus/Magenneurose |
| F45.32 | Unterer Gastrointestinaltrakt – dazugehörige Begriffe: psychogene Flatulenz/psychogenes Colon Irritabile/psychogene Diarrhoe |

Tabelle 2: Klassifikation und Kriterien CBS im Kindes- und Jugendalter nach Rome-III (2006) und ICD-10

| Kriterium | H2a. funktionelle Dyspepsie | H2b. Reizdarmsyndrom | H2c. abdominale Migräne | H2d. kindlicher, funktioneller, abdominaler Schmerz | H2d I. kindliches, funktionelles Schmerzsyndrom |
|---------------------------------------|--|--|---|--|--|
| Symptomatik | <ul style="list-style-type: none"> – anhaltender oder rezidivierender Schmerz oder Unwohlsein | <ul style="list-style-type: none"> – Unwohlsein oder Schmerz | <ul style="list-style-type: none"> – anfallsartige Episoden intensiven Schmerzes – Dauer: mind. 1 Stunde – symptomfreie Intervalle über Wochen bis Monate | <ul style="list-style-type: none"> – episodischer oder kontinuierlicher abdominaler Schmerz | <ul style="list-style-type: none"> – episodischer oder kontinuierlicher abdominaler Schmerz (H2d) |
| Lokalisation | <ul style="list-style-type: none"> – Magen, oberhalb des Bauchnabels | <ul style="list-style-type: none"> – nicht spezifiziert, Ober- oder Unterbauch möglich | <ul style="list-style-type: none"> – Bauchnabelregion | <ul style="list-style-type: none"> – nicht spezifiziert, Ober- oder Unterbauch möglich | <ul style="list-style-type: none"> – nicht spezifiziert, Ober- oder Unterbauch möglich |
| Zeitkriterium | <ul style="list-style-type: none"> – mind. 1-mal pro Woche – seit mind. 2 Monaten | <ul style="list-style-type: none"> – mind. 1-mal pro Woche – seit mind. 2 Monaten | <ul style="list-style-type: none"> – mind. 2 Episoden in den letzten 12 Monaten | <ul style="list-style-type: none"> – mind. 1-mal pro Woche – seit mind. 2 Monaten | <ul style="list-style-type: none"> – mind. 1-mal pro Woche – seit mind. 2 Monaten |
| Assoziierte Merkmale für die Diagnose | <ul style="list-style-type: none"> – Reizdarmsyndrom (H2 b) | <ul style="list-style-type: none"> – Erleichterung mit Stuhlgang – Beginn assoziiert mit Veränderung in Häufigkeit des Stuhlgangs – Beginn assoziiert mit einer Veränderung der Stuhlkonsistenz | <ul style="list-style-type: none"> – Appetitlosigkeit – Übelkeit – Erbrechen – Kopfschmerz – Lichtempfindlichkeit – Blässe im Gesicht | <ul style="list-style-type: none"> – andere funktionelle, gastrointestinale Störung (H2) | <ul style="list-style-type: none"> – Einbußen in der Funktionsfähigkeit im Alltag – zusätzliche körperliche Beschwerden wie Kopfschmerz, Gliederschmerz oder Schlafstörungen |
| ICD-10 Diagnose | F45.31 | F45.31, F45.32 K58.0 K58.9 | G43.82 | R10.1 R10.3 | F45.31, F45.32 R10.1 R10.3 |

Das *Reizdarmsyndrom* („*Colon irritabile*“) geht mit Symptomen wie Stuhlnunregelmäßigkeiten (Diarrhoe) oder Blähungen einher und steht häufig in Verbindung mit Übelkeit, Erbrechen oder Schluckstörungen bei konstantem Körpergewicht (Hyams, 1995). Vor allem bei Mädchen besteht ein erhöhtes Risiko, dass ein zunächst isoliert auftretender Bauchschmerz später in ein Reizdarmsyndrom übergeht (Walker, Guite, Duke, Barnard & Greene, 1998). Im Jugendalter nimmt die Prävalenz des Reizdarmsyndroms zu. In der ICD-10 wird das Reizdarmsyndrom im Kapitel K (Krankheiten des Verdauungssystems) klassifiziert (K58.0 bezeichnet das Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe; K58.9 ohne Diarrhoe). Dazugehörige Begriffe sind zum Beispiel Irritables Kolon oder auch Reizkolon.

Die *abdominelle Migräne* ist durch anfallsartige Episoden gekennzeichnet und geht mit starken, akuten periumbilikalen (im Bereich des Bauchnabels lokalisierten) Schmerzen einher. Die Dauer einer Schmerzepisode variiert von Stunden bis zu Tagen. Beschwerdefreie Intervalle können Wochen bis Monate andauern. Der Schmerz tritt mit mindestens zwei der folgenden Merkmale auf: Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, Lichtempfindlichkeit oder Blässe im Gesicht. Die abdominelle Migräne führt zu Einschränkungen der Alltagsaktivitäten. Analog zur klassischen Migräne spielen individuelle Triggerfaktoren für die Krankheitsentstehung eine Rolle (Noeker, 2008).

Zur Klassifikation des *rekurrierenden Bauchschmerzes* werden nach Rome-III-Kriterien zwei Störungsentitäten unterschieden: der isoliert auftretende abdominelle funktionelle Schmerz, dessen wesentliches Kennzeichen ein episodischer oder andauernder abdomineller Schmerz ist, sowie das abdominelle funktionelle Schmerzsyndrom. Letzteres ist zusätzlich mit stärkeren Funktionseinschränkungen im Alltag sowie weiteren körperlichen Beschwerden assoziiert. Beide Störungsbilder können nach ICD-10 unter den somatoformen autonomen Funktionsstörungen des unteren Gastrointestinaltraktes (F45.32) oder im Kapitel R1 (R10.3, Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauchs) kodiert werden.

Die Gemeinsamkeit zwischen den beschriebenen funktionellen gastrointestinalen Störungen besteht darin, dass die Beschwerden nicht durch entzündliche, anatomische, metabolische oder

neoplastische Prozesse, erklärt werden können. Zur diagnostischen Absicherung ist es daher notwendig, dass von ärztlicher Seite eine organische Ursache ausgeschlossen wurde.

2.2 Epidemiologie und Verlauf

Schmerzen sind im Kindes- und Jugendalter weit verbreitet. Häufige Schmerzsyndrome sind dabei Kopf- sowie Bauchschmerzen (Ellert, Neuhauser & Roth-Isigkeit, 2007; Roth-Isigkeit, Raspe, Stöven, Thyen & Schmucker, 2003). Die Schätzungen für die Prävalenz von CBS im Kindes- und Jugendalter schwanken je nach Klassifikationskriterien stark. In einer Metaanalyse mit 14 einbezogenen Untersuchungen im Zeitraum von 1957 und 2004 wurden Prävalenzraten von 0,3 bis 19% berichtet (Chitkara, Rawat & Talley, 2005). Problematisch hierbei ist, dass den Studien sowohl unterschiedliche Stichprobengrößen als auch unterschiedliche Altersgruppen zugrunde liegen. Legt man die Stichprobengröße als Kriterium für eine Aussage zugrunde ($N > 1.000$), beträgt die Prävalenzrate aller Kinder mit CBS im Alter von 2 bis 17 Jahren zwischen 0,3% (Groholt, Stigum, Nordhagen & Kohler, 2003) und 8,0% (Petersen, Bergstrom & Brulin, 2003). Am häufigsten treten CBS bei Kindern im Alter zwischen 7 und 12 Jahren auf (Groholt, et al., 2003) und betreffen mehr Mädchen als Jungen (Alfvén, 1993). CBS gilt als bedeutsamer Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung weiterer Schmerzsyndrome und psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Campo et al., 2004; Walker et al., 1998). Darüber hinaus zählen CBS zu den häufigsten Anlässen für Ärztekonsultationen in der pädiatrischen Praxis (Konijnenberg, Uiterwaal, Kimpen, van der Hoeven, Buitelaar & de Graeff-Meeder, 2005; Plunkett & Beattie, 2005).

2.3 Ätiologie

Gerade die ungeklärte Ätiologie der CBS wird von den Betroffenen und deren Angehörigen als belastend erlebt. Oftmals erfahren die Kinder und deren Eltern von verschiedenen Ärzten, dass „nichts gefunden werden konnte, das die Beschwerden erklärt“ und damit der Vorwurf, dass letztendlich der Schmerz psychogen verursacht oder simuliert wurde. Dies kann zu Unsicherheit und Hilflosigkeit bei den Kindern, vor allem aber auch bei den Eltern führen. Es gibt nicht *den* or-