

Praxis „Kind im Zentrum“, Zürich  
Sepp Holtz

## Mobbing in der Grundstufe – ein Fallbericht

*Beratungen machen 40 % der Tätigkeit in der pädiatrischen Praxis aus [1]. Unter Zeitdruck besteht die Gefahr, dass Verhaltensauffälligkeiten mit einfachen Ratsschlägen abgefertigt werden. In diesem Fallbeispiel soll aufgezeigt werden, wie aufgrund von konzeptorientiertem Vorgehen auch komplexe und knifflige, aber umso spannendere Fragestellungen angegangen werden können.*

### Fragestellungen in der Praxis

Lora (Name geändert) wird von den Eltern wegen Problemen in der Grundstufe Kindergarten zu mir in die Praxis gebracht. Lora, 5 2/12-jährig, besucht seit sechs Monaten die Grundstufe Kindergarten, ein Modell bei dem die Kinder von vier verschiedenen Lehrerinnen in unterschiedlichen Stufen unterrichtet werden. Lora geht es nicht gut. Sie fühlt sich von den Kindern ausgeschlossen und berichtet, dass sie geplagt, gestoßen und geschlagen werde. Am liebsten spiele sie für sich allein. Den Zugang zu den anderen Kindern finde sie, laut Kindergärtnerinnen, nur schlecht. Den Eltern fällt es zunehmend schwerer, ihre Tochter in den Kindergarten zu schicken. Trotz wiederholten Gesprächen mit den Lehrerinnen gab es keine wirkliche Verbesserung der Situation für Lora. Früher, in der Krippe, war Lora zufrieden. Aber auch damals war sie eher eine Einzelgängerin, Beobachterin und stritt viel mit ihrem jüngeren Bruder.

### Anamnese

Ich kenne Lora seit ihrer Geburt. Die Mutter war aufgrund von hohem Blutverlust in der Schwangerschaft deutlich geschwächt, während aus kindlicher Sicht Schwangerschaft und Geburt unauffällig verliefen. Lora zeigte eine problemlose frühkindliche Entwicklung, keinerlei Schwierigkeiten mit Schlaf, Schreien oder Ernährung. Bei familiärer Allergiebelastung wurde

sie bis weit in die zweite Hälfte des ersten Lebensjahres ausschließlich gestillt. Gegen Ende des ersten Lebensjahres Start mit Gemüse, Kartoffeln und Reiswaren, welche bis heute Loras Lieblingspeisen sind.

*Kommentar: Eine abflachende Gewichtskurve nach dem 6. Monat bei ausschließlich gestillten Kindern (Abb. 1) bedingt eine Beratung der Kindsmutter mit dem Hinweis, dass diesen Kindern im zweiten Halbjahr Beikost beigefüttert werden muss, um den erhöhten Kalorienbedarf abdecken zu können [2]. Bei einer abflachenden Gewichtskurve bei Kindern, die mit Getreidebrei gefüttert werden, muss an die Differentialdiagnose Zöliakie gedacht werden.*

Im Kleinkindesalter war Lora in ihrer Sprachentwicklung auffällig weit. Sie sprach bereits im Alter von einem Jahr mehrere Worte. Schon kurz danach folgten Zweiwortsätze. Früh entdeckte sie das Basteln und Zeichnen, die Motorik zeigte sich in der Norm. Die Eltern, welche Impfungen eher skeptisch gegenüberstanden, stimmten der Teil-Grundimmunisierung (DTPa-IPV) im Alter von 2 ½ Jahren zu. Gleichzeitig kam das zweite Kind der Familie zur Welt, ein kleiner gesunder Junge. Lora wurde zunehmend quengelig und trotzte stark, für die Eltern eine Reaktion auf die Impfung, für mich stand dieses Verhaltensmuster eher im Zusammenhang mit der Geburt des Geschwisters. Während Lora im Kleinkindesalter mit Ausnahme von banalen Infekten kaum krank war, hatte sie wenige Monate

nach Kindergartenentritt eine bakterielle Pneumonie, die problemlos abheilte. Lora begann tagsüber auch wieder einzunässen, nachdem sie schon sehr früh trocken und sauber war.

### Abklärungsvorgehen

Es stellt sich die Frage, warum es Lora im Kindergarten so schlecht geht. Die erweiterte Anamnese ergibt, dass Lora zuhause zwar viel mit ihrem Bruder streite, aber sehr gerne konzentriert und vertieft Stunden beim Basteln und Zeichnen verbringe. Hinausgehen auf die Straße verweigere sie jedoch vehement. Die bemühten Eltern waren am Ende ihres Lateins, genauso die Kindergärtnerinnen.

Was ist der Grund für Lora's Probleme? Dass sie drangsaliert wird, könnte man als „Mobbing“ abgeben – und das Thema an die Schule und deren Sozialarbeiterin weiterleiten. Jedoch ist es meiner Meinung nach die Aufgabe des Kinder- und Hausarztes, sich Überlegungen zur Ursache der Problematik zu machen. Eine Antwort kann im Fit-Modell gefunden werden. Nach dem Fit-Modell [3] werden die Bereiche Lernen, Geborgenheit und Sozialisation beachtet (siehe auch den Beitrag von Benz und Largo in dieser Ausgabe: „Welche Schule brauchen Kinder“). Nur wenn die Bedürfnisse des Kindes in diesen Bereichen in Übereinstimmung mit den Anforderungen der Umwelt sind, kann es sich optimal entwickeln und wohl fühlen. Entsprechend gilt es, die Lebenssituation von Lora ganzheitlich zu betrachten.

### Entwicklungs-pädiatrische Abklärung

Die körperliche Untersuchung ergab bei einem etwas bleichen und traurig wirkenden Kind einen völlig unauffälli-

gen somatischen Status. Die Länge lag mit 102 cm zwischen der 3. und 10. Perzentile, das Gewicht mit 16,4 kg auf der 25. Perzentile. Vom Habitus her aber wirkte sie zart und schutzbedürftig. Die neuromotorische Abklärung mittels „Zürcher Neuromotorik“ [4] ergab altersentsprechende Befunde, sowohl im Bereiche der Leistung wie auch der Qualität der Bewegungen (Mitbewegungen). Die beigezogene Psychologin führte die erweiterte kognitive Abklärung durch: Der sprachfreie SON-R Test zeigte einen IQ von 144, was einem Entwicklungs-

alter eines 7–8-jährigen Mädchens entsprach. Spezifische Sprachtests wie der Pizzamiglio, Sprachverständnistest (37 von 40 richtigen Antworten) und der Subtest „Begriffe“ aus dem HAWIVA-III (Wert 15), zeigten erwartungsgemäß eine sprachliche Intelligenz, die weit über ihrem chronologischen Alter lag. Lora blühte in der Abklärungssituation auf. Ihr Vorgehen zeigte Systematik, vorausschauendes Planen, gute Selbststeuerung, Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer! Sozial zeigte sie sich im Zweiersetting kompetent und beziehungs-fähig. Aufgrund der Abklärungs-

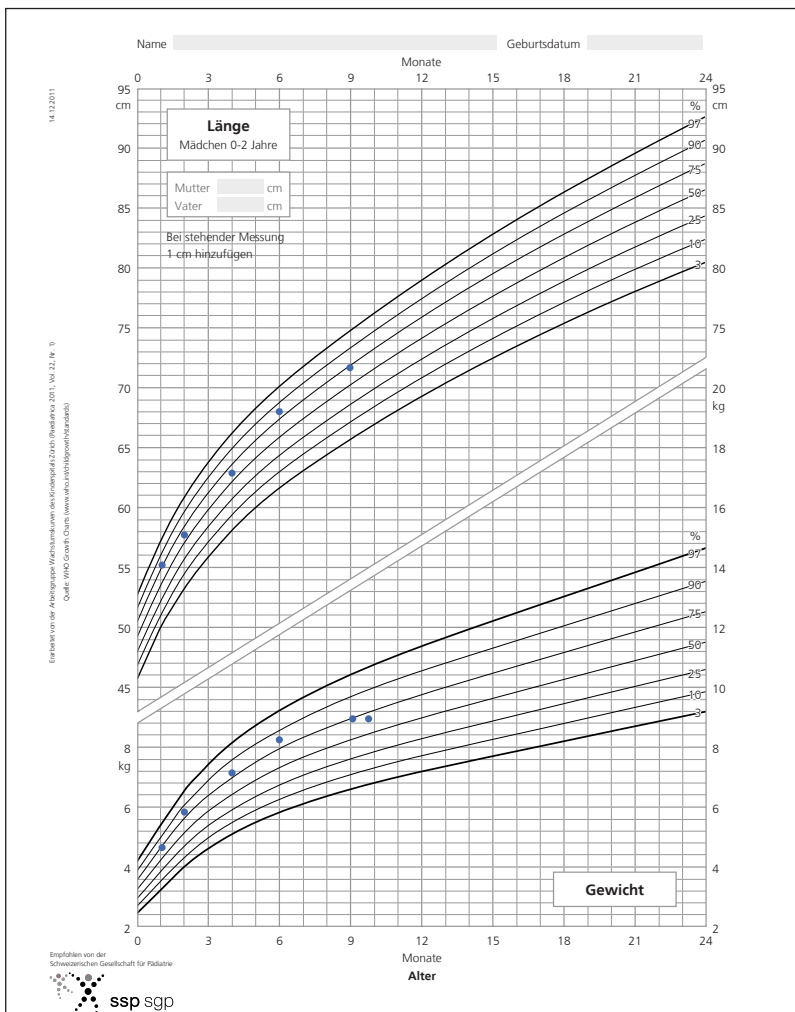
resultate lag eine bisher nicht erkannte kognitive Hochbegabung vor, die zu den beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten (Rückzug, ausgestoßen werden, etc.) führen kann (siehe Artikel Benz und Largo).

Immer muss man aber auch nach körperlichen Gründen für eine Verhaltensstörung suchen. Gründe können ein Eisenmangel, Zöliakie oder andere chronische Erkrankungen sein. Deshalb ist es wichtig, das Wachstum, welches bei diesen Erkrankungen manchmal als einziger somatischer Parameter auffällig ist, besonders genau zu betrachten. Als Puzzlestein dient dazu die elterliche Zielgröße. Sie wird in meiner Praxis beim Erstkontakt erfragt – oder noch besser gemessen, falls beide Elternteile dabei sind. Das Resultat wird mit Angabe einer Standardabweichung als Klammer in die Kurve eingetragen (Abb. 2).

*Kommentar: Die elterliche Zielgröße berechnet sich durch Größe des Vaters und Größe der Mutter, bei einem Knaben +13 cm, bei Mädchen -13 cm, geteilt durch 2. Eine Standard-Abweichung entspricht +/-8,5 cm.*

**Relativer Kleinwuchs**

Obwohl Lora in einer ersten Betrachtung innerhalb der Perzentilen gedeiht, ist der Verlauf der Längenkurve auffällig (Abb. 2)! Bei ihren großen Eltern entspricht eine Standardabweichung unter der elterlichen Zielgröße der 50. Perzentile! Obwohl das Gewicht zur Größe nicht auf eine Gedeihstörung hinweist, verlangt der relative Kleinwuchs nach weiteren somatischen Überlegungen! Wie weiter? Das Röntgenbild der linken Hand ergab ein Knochenalter, das einem 3-jährigen Mädchen entspricht. Lora war also ein gut 5-jähriges Mädchen mit einem Knochenalter eines 3-jährigen und einem



**Abbildung 1** Lora's Perzentilenkurve: Verlauf Länge und Gewicht im Kleinkindesalter

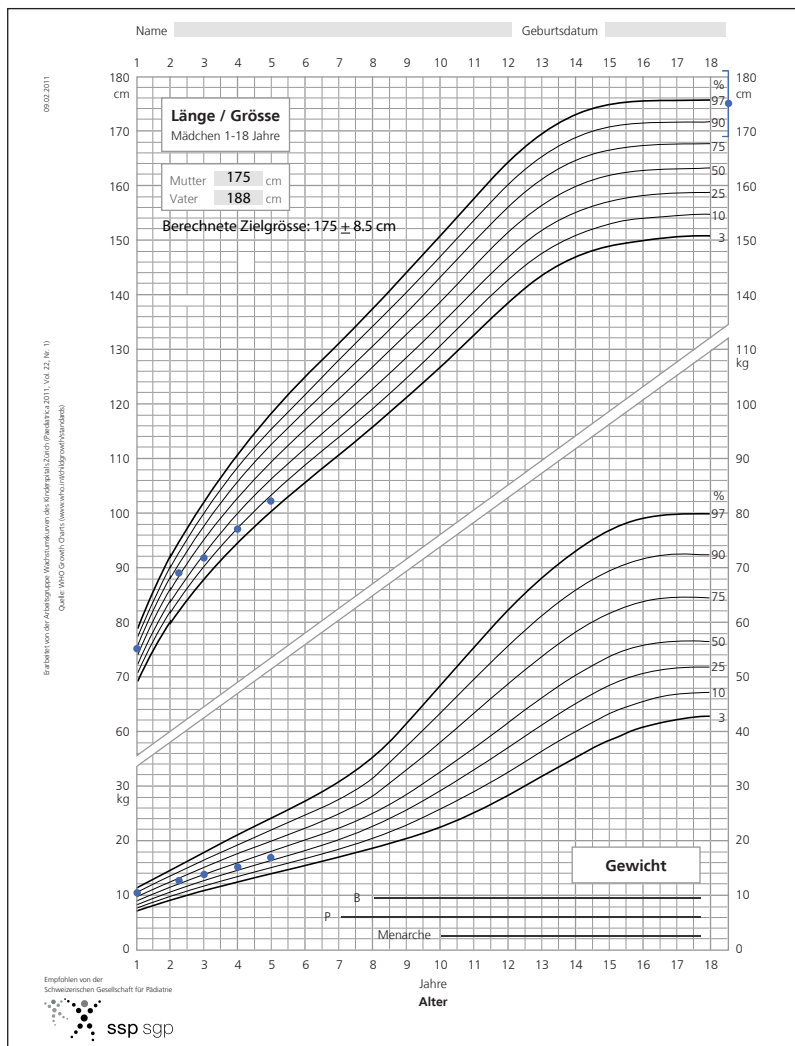


Abbildung 2 Lora's Perzentilenkurve: Verlauf Länge, Gewicht und Zielgröße

kognitiven Alter eines 7–8-jährigen Mädchens!  
 Die venöse Blutentnahme zeigte den Grund des Kleinwuchses! Während das Hämoglobin mit 9,2 g/dl (Norm 9,2–15,5 g/dl) noch im untersten Bereich der Norm lag, war das MCV mit 62,5 (Norm 80–96 fl) deutlich zu niedrig und der Eisenspeicher kaum messbar (Ferritin unter 2 bei 20–200 mg/l Norm). Das stark erhöhte Gliadin IgA von 88,0 (Norm < 7 U/ml), das erhöhte Gliadin IgG von 354 (Norm < als 7/U

und die erhöhte t-Transglutaminase IgA von 78 (Norm < 7 U/ml) ergaben serologisch einen dringenden Verdacht auf eine Glutenunverträglichkeit, einer Zöliakie. Die Klinik bestand somit nur aus dem relativen Kleinwuchs [5]! Das Gewicht lag perzentilenmäßig sogar über der Länge. Lora hatte früher weder Bauchschmerzen noch Durchfall gehabt. Jedoch bestanden nach genauem Nachfragen in den letzten Wochen Beschwerden mit stinkenden Stühlen bei geblähtem Bauch und viel Wind.

Die Antriebslosigkeit und das appetitlose Herumstochern im Essen bekamen nun eine andere Wertigkeit. Zur weiteren Abklärung wurde Lora in die gastroenterologische Sprechstunde des Kinderspitals Zürich geschickt. Bei der dort durchgeführten Gastroskopie bestand schon makroskopisch ein deutlicher Hinweis auf eine abgeflachte Duodenalmukosa und die Histologie zeigte eine subtotale Zottenatrophie entsprechend einer Zöliakie vom Typ 3b. Die Ernährungsberatung wurde eingeleitet und Lora unter Geburtsgbrechen Ziff. 279 bei der IV angemeldet. Ein Screening der Familie, Verwandte ersten Grades, wurde empfohlen.

### Zwischenüberlegungen zum Fit-Modell

Wir hatten also zwei „Baustellen“! Die neu entdeckte Zöliakie und die Hochbegabung. In Absprache mit den Eltern wurde entschieden, die Kindergärtnerinnen über beide Befunde zu informieren, aber vorerst den Verlauf der biologischen Erholung abzuwarten. Kurz darauf wurde ich zum Mittagessen bei einer „Knirschpizza“ (aus Maismehl) eingeladen. Suggestiv wirkte Lora „vifer“ und fröhlicher, die roten Backen hätten aber auch von der Aufregung her stammen können, weil „ihr“ Doktor Sepp einen Hausbesuch machte.

Der weitere Verlauf war enttäuschend. Trotz strikt eingehaltener Diät und labormässiger Abnahme der pathologischen Blutwerte stieg das Ferritin nicht an! Klinisch zeigten sich auch nur wenige Fortschritte. Loras soziale Außenseiterrolle im Kindergarten dauerte ebenfalls an und ihre Unlust, wie auch das Einnässen persistierten. Hatten wir die Diskriminierung durch die Hochbegabung zu wenig beachtet? Drei Monate nach striktem Therapiebeginn, bei nicht ansteigenden Ferri-

tinwerten, entschieden wir uns für eine Eisentransfusion unter kontinuierlicher kardiopulmonaler Überwachung. Es wurden knapp 100 mg Fe<sup>3+</sup> in Form von Venofer infundiert. Am Ende der vierstündigen Überwachung entwickelte Lora ein reaktives Fieber, welches aber gut auf Paracetamol reagierte.

### Wie ging es weiter?

Vier Monate nach der Diagnose und der Eisentransfusion hatte sich Loras Alltag nun stabilisiert. Sie ging energiegeladener in den Kindergarten, und mit Freude konnten die Eltern ihr Herumtollen auf dem Trampolin betrachten. Auch wenn Loras soziale Rolle noch nicht gefestigt war, konnten die Kindergärtnerinnen doch eine Beruhigung der Situation feststellen und auch das Einnässen ging zurück. Der Hochbegabung wurde mit Zusatzangeboten im Rahmen der Schule Rechnung getragen.

### Schlussfolgerungen

Als entwicklungsorientierter Kinderarzt wäre die Verführung, auf die sogenannte Hochbegabungsschiene aufzu-

springen, groß gewesen. Genauso wäre für den rein somatisch orientierten Arzt, falls er die elterliche Zielgröße in sein Denken einbezogen und entsprechend den relativen Kleinwuchs weiter abklärte, vielleicht die Hochbegabung untergegangen. Erst mit dem Konzept der ganzheitlichen Betrachtung wird in diesem dargestellten Fall der komplexen Situation Rechnung getragen.

### *A case report on mobbing in a school child*

*Forty percent of the work of a paediatrician in private practice consists of counselling parents and children. There is a danger that behavioural symptoms are not taken seriously and brushed away with simple advices. This case vignette demonstrates that difficult and complex symptoms can be solved by using a concept-oriented approach.*

### Literatur

1. Reinhard P. Beratung in der pädiatrischen Praxis: Luxus oder Notwendigkeit, Verlag Praxis Pädiatrie 1998; 11 – 23.

2. Agostoni C, Braegger C et al. Breast-feeding: A Commentary by the ESPGAN Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2009; 49: 112 – 125.
3. Largo RH, Jenni OG. Das Zürcher Fit-Konzept. Familiendynamik 2005; 30: 11 – 127.
4. Jenni OG, Caflisch J, Latal B. Motorik im Schulalter. Pädiatrie up2date 2008; 4: 339 – 356.
5. Braegger CP, Rogler G. Klinische und epidemiologische Aspekte der Zöliakie. Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin 10/3: 7 – 10.

### Korrespondenzadresse

KD Dr. med. Sepp Holtz  
FMH Kinder- und Jugendmedizin  
Schwerpunkt Entwicklungspädiatrie  
Praxis „Kind im Zentrum“  
Mutschellenstraße 189  
CH - 8038 Zürich

holtz@cyberlink.ch