

# Klinisches Untersuchungsverfahren

**Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2010). Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation bei Kindern und Jugendlichen (MARSYS). Marburger Symptom Rating (MSR). Standardisiertes Elterninterview zur Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Bern: Huber, Manual 62 Seiten, 79,00 Euro.**

Klinische Diagnostik sollte möglichst symptomnah und konkret psychopathologische Symptome erfassen – und dies in standardisierter und ökonomischer Form. Diese Anforderungen erfüllt das **Marburger Symptom Rating (MSR)**, das über fast drei Jahrzehnte aus der klinisch-psychiatrischen Praxis heraus von der Arbeitsgruppe von Helmut Remschmidt entwickelt wurde.

Mit dem MSR sollen durch die Befragung der Hauptbezugspersonen eines Kindes oder Jugendlichen (= in der Regel ein Elternteil) die psychopathologische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen auf 22 Ratingskalen erfasst werden. Auf diese Weise sollen **alle** wichtigen und häufig auftretenden Symptome in differenzierter Weise quantifiziert werden. Das Verfahren soll auf alle Altersgruppen (ab 3 Jahre) – bis ins Heranwachsendenalter (21 Jahre) – anwendbar sein. Die Autoren weisen darauf hin, dass ein solches Verfahren empirisch fundiert, hinreichend reliabel, valide und veränderungssensitiv sein sollte. Sie fordern darüber hinaus, dass „es in der praktischen Diagnostik und Indikationsstellung im Bereich der Psychiatrie, Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters einsetzbar ist und in der Qualitätssicherung, Therapieevaluation und Forschung genutzt werden kann.“ (S. 11 des Manuals).

Das MSR basiert auf einer Symptomliste mit 87 Items, die auf einen Dokumentationsbogen zurückgeht, die seit 1975 in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der FU Berlin eingesetzt wurde. Diese Items untergliedern sich in folgende acht Themenblöcke:

1. Körperliche Behinderungen und Auffälligkeiten,
2. Sprachstörungen,
3. Auffällige Gewohnheiten,
4. Sexuelle Auffälligkeiten,
5. Auffälligkeiten im Sprachverhalten,

6. Störungen im Spiel- und Leistungsverhalten,
7. Auffälligkeiten im emotionalen Bereich und
8. Sonstige Auffälligkeiten.

An einer Stichprobe von 1.591 Berliner Patienten waren grobe Faktor- und Cluster-Zuordnungen möglich, wobei eine **gleichzeitige Anwendung** einer Hauptkomponenten- und Clusteranalyse etwas willkürlich erscheint und in ihrer Gegenüberstellung auch nicht durchgängig überzeugt; hier wäre eine Beschränkung auf die Ergebnisse der Faktorenanalyse angemessener gewesen. Es resultierte eine 17-Faktorenlösung, die dimensionsanalytisch das Fundament der MSR bildet, das heißt es wurden 17 Items formuliert, die jeweils den Inhalt eines Faktors repräsentierten. Des Weiteren wurden fünf zusätzliche Items erstellt, die in der ursprünglichen Itemsammlung nicht enthalten waren (z. B. Störungen des Realitätsbezug) oder klinisch besonders zentrale Items (z. B. suizidales Verhalten) darstellen. Die Ausprägung der Symptomkomplexe wurde jeweils als „nicht vorhanden“, „minimal vorhanden“, „leicht vorhanden“, „deutlich vorhanden“, „schwer vorhanden“ skaliert. Ist eine Einschätzung nicht möglich, kann dies vermerkt werden („fehlender Wert“).

Das Elterninterview erfasst unter anderem die folgenden Bereiche: Aggressivität, Angst, Entwicklungsauffälligkeiten, hyperaktive Symptome, Enuresis/Enkopresis, Störungen des Essverhaltens, Zwangssymptome, suizidales Verhalten und Drogen-/Alkoholmissbrauch.

In der separat publizierten Interview- und Ratinganleitung werden zu jedem der 22 Symptomkomplexe die Einzelsymptome, Einschluss- und Ausschlusskriterien und gezielte Hinweise zur Durchführung mitgeteilt. Die Interview- und Ratinganleitung ist sehr übersichtlich und ansprechend gestaltet.

Wie einleitend erwähnt, bestehen vielfältige Anwendungsmöglichkeiten für das MSR im Bereich der Kinder-/Jugendpsychiatrie und der Klinischen Kinderpsychologie. Selbstverständlich kann bei guter Kenntnis des Patienten auch der behandelnde Arzt oder Psychologe das Symptom-Rating direkt, das heißt auch ohne die Elternangaben, ausfüllen. Die Autoren des Manuals teilen auch mit, dass das standardisierte Elterninterview auch telefonisch durchgeführt werden kann.

Es liegt eine Normierung des Verfahrens vor, wobei im Anhang des Manuals Prozentränge für psychisch gesunde Kinder/Jugendliche (3–17 Jahre), psychisch kranke Kinder/Jugendliche aus ambulanten Stichproben (3–21 Jahre)

Die Klinischen Untersuchungsverfahren werden von der Mit-herausgeberin, Prof. Dr. Gudrun Sartory, betreut. Es werden nur angeforderte Rezensionen veröffentlicht. Rückfragen bezüglich Buchbesprechungen richten Sie direkt an: Prof. Dr. Gudrun Sartory, Universität Wuppertal, Abteilung für Klinische Psychologie, FB G, Max-Horkheimer-Straße 20, 42097 Wuppertal.

und psychisch kranke Kinder/Jugendliche mit schweren psychischen Störungen (stationäre Patienten von 6–21 Jahre) abgedruckt sind.

Das Manual liefert zwei Anwendungsbeispiele von unterschiedlich belasteten Patienten, wobei das Auswertungsblatt eine Einordnung der Patienten aufgrund der erzielten Symptomwertsumme (Rohwerte) in die drei erwähnten Normierungsstichproben (geschlechts- und altersdifferenziert) gestattet.

Mit dem MSR wurden seit 1998 über 11.000 Patientendaten erhoben, die in vielfältiger Weise das Verfahren fundieren. So wurden systematisch ambulante Poliklinik-Stichproben mit ambulanten Praxen- und stationären Klinik-Stichproben miteinander verglichen. Zudem erfolgte eine Validierung an den ICD-10-Diagnosen und der Child Behavior Checklist (CBCL) nach Achenbach (1991). In einem weiteren Schritt wurde die faktorielle Validität überprüft, wobei die extrahierte Sechs-Faktorenlösung die Heterogenität der Symptombereiche bestätigt. Zur Reliabilitätsbestimmung wurde die Inter-Rater-Reliabilität auf der Basis von Videoaufnahmen des MSR-Interviews überprüft. Die Ergebnisse können als hinreichend bewertet werden – sie schwanken jedoch erheblich zwischen den einzelnen Symptomkomplexen. Die Änderungssensitivität wurde an zwei großen Stichproben (ambulant versus stationär) überprüft und kann als sehr gut bewertet werden, das heißt, das MSR ist im klinischen Alltag gut in der Lage, Veränderungen in der Symptomatik darzustellen.

Das MSR ist ein besonders sorgfältig und sehr gut normiertes Verfahren. Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ist aufgrund der sehr sorgfältigen und konkret ausgearbeiteten Interview- und Ratinganleitung gegeben. Die Ökonomie bei der Durchführung (= ca. 15 Minuten) und der Auswertung (= ca. 5 Minuten) überzeugt. Aufgrund der Ökonomie des Verfahrens können manche Bereiche, wie die Entwicklungsstörungen (z. B. motorische und Sprachstörungen, s. a. Petermann & von

Suchodoletz, 2009) nur grob erfasst werden. Generell verzichtet das MSR auf die Erfassung von Ressourcen (s. a. Petermann & Schmidt, 2009). Die zunächst etwas befremdlich wirkende Unterscheidung zwischen den Symptomkomplexen „mangelnde Leistungshaltung“ und „übermäßige Leistungshaltung“ ist – wenn man sich auf die Operationalisierung auf der Itemebene begibt – als besonders instruktiv und für die Praxis als gewinnbringend zu bezeichnen.

Bei der Inter-Rater-Übereinstimmung (auch bei Experten, erfasst mit dem Kappa-Koeffizienten) ist auffallend, dass diese Maße bei einigen Symptomkomplexen (sehr) niedrig ausfallen (z. B. bei Kontaktstörungen, Auffälligkeiten im Sexualverhalten, sonstige Symptome). Solche Befunde sind jedoch mit der Beschaffenheit der erfassten Merkmale erklärbar.

Insgesamt liegt also mit dem Marburger Symptom Rating (MSR) ein methodisch sauber konstruiertes, sehr ökonomisches Verfahren vor, das uneingeschränkt für die klinische Anwendung empfohlen werden kann. Ich sehe den Einsatzbereich und klinischen Ertrag des Verfahrens vor allem für die klinische Praxis – sowohl im Bereich der Indikationsstellung als auch der klinischen Praxiskontrolle (i. S. einer Kontrolle des Therapieverlaufes).

## Literatur

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Petermann, F. & Schmidt, M. H. (2009). Ressourcenorientierte Diagnostik – eine Leerformel oder nützliche Perspektive? *Kindheit und Entwicklung*, 18, 49–56.
- Petermann, F. & Suchodoletz, W. von (2009). Sprachdiagnostik und Sprachtherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 191–193.

Prof. Dr. Franz Petermann, Universität Bremen

DOI: 10.1026/1616-3443/a000082