



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.

20. Jahrgang | Heft 4/2010

*Off zielles Mitteilungsorgan
der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.*

forum

für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie | 20. Jahrgang | Heft 4/2010

Forum Verlag | ISSN 1866-6677

bkjpp



Fotos: www.fotothek.de, Stadt Friedrichshafen



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.

Jahrestagung des BKJPP

Kooperationen – über Grenzen hinweg

Messe Friedrichshafen
Konferenzzentrum Ost

10.–12. November 2011

Organisation/Information/Begleitende Ausstellung
CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH
Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 85 99 62-24
Fax: 0 30 / 85 07 98 26
E-Mail: bkjpp@ctw-congress.de
Internet: www.ctw-congress.de/bkjpp

www.ctw-congress.de/bkjpp

Inhalt

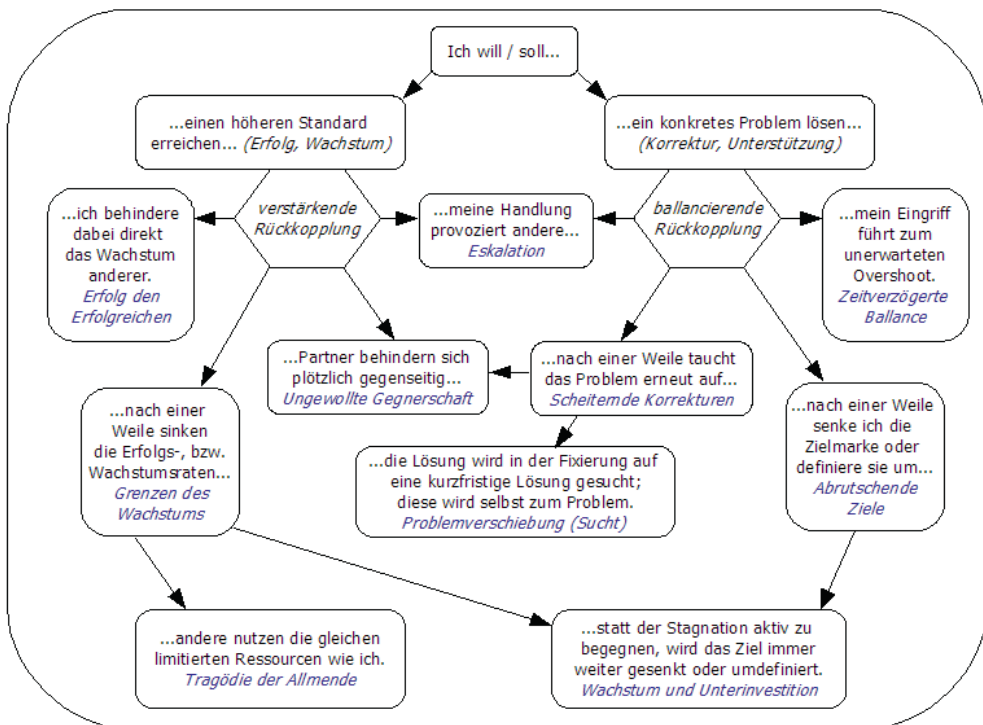
Editorial: Der reflexive Praktiker und die Archetypen <i>Ingo Spitzczok von Brisinski</i>	2
Psychiatrisches Screening im Rahmen der Reihenuntersuchung zur Einschulung <i>Barbara Wüst</i>	5
Vereinbarungen zwischen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Kliniken – Treffen der Regionalvertreter BAG mit den Regionalspre- chern des BKJPP. Diskussionsentwurf aus Rheinland-Pfalz <i>Gundolf Berg & Michael Brünger</i>	67
Nachruf Dr. Dörte Stolle von den ehemaligen BAG-Wegbegleitern <i>Joachim Jungmann & Wilhelm Rotthaus</i>	71
Nachruf Dr. Dörte Stolle aus der Klinik und der heutigen BAG <i>Martin Jung & Renate Schepker</i>	72
Nachruf Prof. Dr. Ulrich Knölker <i>Oliver Bilke - Hentsch & Matthias Schmelzle</i>	73
<i>Buchrezensionen</i>	
Qualitätsmanagement jenseits von Checklisten – wie Qualitätsmanagement in der Praxis wirklich Nutzen bringt	75
Arbeitsmaterialien für kindliche Zeugen von häuslicher Gewalt	76
Praxis der Multifamilientherapie	77
<i>Spielrezension</i>	
Malen im Quadrat - Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Handlungsplanung	80
<i>Erratum</i>	82
<i>Hinweise für Autoren</i>	83

Editorial: **Der reflexive Praktiker und die Archetypen**

Nach dem Blick in die moderne Welt der neuronalen Netze (Spitzcok von Brisinski, 2010) soll diesmal eine Brücke aus der Praxis zu Archetypen geschlagen werden: „Um zu reflectieren, muß der Geist in seiner fortschreitenden Thätigkeit einen Augenblick still stehn, das eben Vorgestellte in eine Einheit fassen, und auf diese Weise, als Gegenstand, sich selbst entgegenstellen. Die Einheiten, deren er auf diesem Wege mehrere bilden kann, vergleicht er wiederum unter einander, und trennt und verbindet sie nach seinem Bedürfnis“ (Wilhelm von Humboldt: Über Denken und Sprechen. 1795/1796. In: Werke, Bd. 7,2, Berlin, 1907; S. 581).

Der Physiker und Philosoph Wolfgang Pauli schrieb: „Der Vorgang des Verstehens der Natur, sowie auch die Beglückung, die der Mensch beim Verstehen, d. h. beim Bewußtwerden einer neuen Erkenntnis, empfindet, scheint demnach auf einer Entsprechung, einem Zur-Deckung-Kommen von präexisten inneren Bildern der menschlichen Psyche mit äußeren Objekten und ihrem Verhalten zu beruhen. Diese Auffassung der Naturerkenntnis geht bekanntlich auf Plato zurück und wird ... auch von Kepler in sehr klarer Weise vertreten. Dieser spricht in der Tat von Ideen, die im Geist Gottes präexistent sind und die der Seele, als dem Ebenbild Gottes, mit eingeschaffen wurden. Diese Urbilder, welche die Seele mit Hilfe eines angeborenen Instinktes wahrnehmen könne, nennt Kepler *archetypisch*. Die Übereinstimmung mit den von C. G. Jung in die moderne Psychologie eingeführten, als Instinkte des Vorstellens funktionierenden urchümlichen Bildern oder *Archetypen* ist sehr weitgehend. Indem die moderne Psychologie den Nachweis erbringt, daß jedes Verstehen ein langwieriger Prozeß ist, der lange vor der rationalen Formulierbarkeit des Bewußtseinsinhalts durch Prozesse im Unbewußten begleitet wird, hat sie die Aufmerksamkeit wieder auf die vorbewußte *archaische* Stufe der Erkenntnis gelenkt. Auf dieser Stufe sind an Stelle von klaren Begriffen Bilder mit starkem emotionalem Gehalt vorhanden, die nicht gedacht, sondern gleichsam malend geschaut werden. Insofern diese Bilder ein

Ausdruck für einen geahnten, aber noch unbekanntem Sachverhalt sind, können sie entsprechend der von C. G. Jung aufgestellten Definition des Symbols auch als symbolisch bezeichnet werden. Als anordnende Operatoren und Bildner in dieser Welt der symbolischen Bilder funktionieren die *Archetypen* eben als die gesuchte Brücke zwischen den Sinneswahrnehmungen und den Ideen und sind demnach auch eine notwendige Voraussetzung für die Entstehung einer naturwissenschaftlichen Theorie. Jedoch muß man sich davor hüten, dieses a priori der Erkenntnis ins Bewußtsein zu verlegen und auf bestimmte, rational formulierbare Ideen zu beziehen“ (zitiert nach Heisenberg 1976, S. 301-302).



Systemarchetypische Problemanalyse (aus: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Systemarchetypische_Problemanalyse.png&filetimestamp=20061117154540)

Der Begriff „Archetyp“ stammt aus dem Altgriechischen: ἀρχή arché bedeutet „Beginn“, „Anfang“ und τύπος typos „Vorbild“, „Skizze“. Dieser Begriff bezeichnet

- ein Muster, das zeitlich oder strukturell am Anfang steht, völlig neu und Vorbild für die Nachfolger ist,
- in der Psychoanalyse eine unbewusste Grundassoziation,
- in der Systemtheorie einen soziologischen Begriff zur Strukturierung häufig beobachtbarer Verhaltensmuster von Menschen.

Da unsere Urteilsbildungen meist auf einer selektiven Wahrnehmung beruhen, sind sie oft von Verzerrungen und Verallgemeinerungen geprägt: passende Ansichten werden verstärkt, unpassende abgeschwächt. Gewöhnung und Zeitdruck führen zu Pauschalisierungen.

In der analytischen Psychologie bezeichnet der Archetypus die im kollektiven Unbewussten angesiedelten Urbilder menschlicher Vorstellungsmuster. Archetypen sind demnach psychische Strukturdominanten, die als unbewusste Wirkfaktoren das Bewusstsein beeinflussen, dieses präfigurieren und strukturieren. Viele der Archetypen beruhen auf Urerfahrungen der Menschheit wie Geburt, Kindheit, Pubertät, ein Kind bekommen, Elternschaft, alt werden, Tod (<http://de.wikipedia.org/wiki/Archetypus>).

„Wir lernen die Praxis des empirischen Urteilens nicht, indem wir Regeln lernen; es werden uns Urteile beigebracht, und ihr Zusammenhang mit anderen Urteilen“ (Ludwig Wittgenstein 1956ff.; 1984ff.: Über Gewissheit §140. Werkausgabe Bd. 1-8; Oxford: Blackwell; Frankfurt am Main: Suhrkamp).

Ein *Muster* ist die Gesamtheit nicht signifikanter, besonderer Unterschiede (Sullivan 1980). Des Weiteren kann ein Muster ein Merkmal sein, das bei Wiederholungen eines größeren Zusammenhangs erhalten bleibt bzw. reproduziert wird. Die Wiederholungen können räumlicher und/oder zeitlicher Art (z. B. Verhaltensmuster) sein oder auch reproduktiver Art.

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

Heisenberg, W. (1976) Schritte über Grenzen. München: R. Piper, 3. Aufl.

Ingo Spitzcok von Brisinski (2010) Editorial: Der reflexive Praktiker und künstliche neuronale Netze. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 3, 2-6

Sullivan, H. S. (1980) Die interpersonale Theorie der Psychiatrie. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag

Psychiatrisches Screening im Rahmen der Reihenuntersuchung zur Einschulung

Barbara Wüst

1 Einleitung

1.1 Einführung / Historischer Rückblick

1.1.1 Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens

Im letzten Jahrhundert hat die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland um mehr als 30 Jahre zugenommen. Nur ein kleiner Teil dieses Erfolges wird der klinischen Medizin zugeschrieben, der größere Teil der gewonnenen Lebensjahre wird auf Verbesserungen der Lebensverhältnisse durch einen funktionierenden öffentlichen Gesundheitsdienst zurückgeführt. Eine Versorgung mit sauberem Trinkwasser, die Förderung einer gesunden Lebensführung, die Etablierung und Einhaltung eines hohen Hygienestandards und die Verfügbarkeit wirksamer Impfstoffe sind essentielle Bedingungen für längeres und gesundes Leben und auch heute noch Eckpunkte der Tätigkeit der Gesundheitsämter in Deutschland (Walter, 2007).

Öffentliche Gesundheitsdienste sind seit der Antike Teil der staatlichen Aufgaben. Im alten Rom wurde nach mehreren durch Ratten übertragenen Epidemien ein Hygienegesetz verabschiedet. So wurde eine Infrastruktur zur Abwasser- und Müllentsorgung aufgebaut (Thüry, 2001).

Im Deutschen Reich entwickelten die einzelnen Fürstentümer jeweils eigene Konzepte für die Gesundheit der Bevölkerung. Homogene Versorgungsstrukturen gab es bis tief in das neunzehnte Jahrhundert in Deutschland nicht. So gab es zum Beispiel in München und Berlin zwischen den Jahren 1830-1840 bei Choleraepidemien nur sogenannte Besuchsanstalten zur Verbesserung der

Hygiene in betroffenen Haushalten. Erste lokale Gesundheitsämter wurden ab 1876 gegründet (Vogel, 2003). In den nächsten Jahren, parallel zur Bismarckschen Sozialgesetzgebung, wurden im ganzen deutschen Reich Strukturen für die Arbeiter- und Volksgesundheit aufgebaut. Die Aufgaben lagen z.B. in der Versorgung von Wöchnerinnen und Kleinkindern zur Reduzierung von Kindersterblichkeit, aber auch im Bau von Arbeitersiedlungen (Albrecht, 1900). Die Gesundheit gehört seither in Deutschland zu den öffentlich-rechtlichen Aufgaben im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, wo Gesundheit lange ein Tätigkeitsbereich der privaten und caritativen Wohlfahrt blieb (Albrecht, 1900). Schulärzte wurden um die Jahrhundertwende von den Gesundheitsämtern eingestellt; hier wurden erste Einschulungsreihenuntersuchungen eingeführt (Bauer, 2002). Diese homogene staatliche Struktur machte den öffentlichen Gesundheitsdienst dementsprechend auch anfälliger für zentrale Verordnungen, wie die zur Euthanasie und zu Zwangssterilisationen im Dritten Reich. Ab 1934 wurden die bestehenden Strukturen der Gesundheitsämter deutschlandweit vereinheitlicht und dienten vor allem der Rasse- und Erbhygiene (Bauer, 2002).

In den USA wurde der öffentliche Gesundheitsdienst, Public Health Service, schon 1798 aufgrund eines Gesetzes gegründet. Ziel war es, aus ökonomischen und verteidigungsrechtlichen Gründen zuvörderst die Gesundheit der Seeleute zu verbessern. Aufgabe des Public Health Service war zunächst die Bekämpfung von Gelbfieber, Lepra, Grippe und anderen Infektionskrankheiten; bis heute gehören dazu die venerischen Erkrankungen und AIDS. Weitere Arbeitsthemen sind die Ernährung, die Abwasserhygiene, sowie nach dem Zweiten Weltkrieg die psychiatrische Betreuung der Kriegsveteranen. Zusätzlich wurden Mütterberatungen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit ab 1901 etabliert. Auch die Schuleingangsuntersuchung dient bis heute dem Impfschutz der Bevölkerung (Parascandola, 1998).

Nach 1947 sind die westlichen Bundesländer der Bizone in der Verwaltung u. a. nach US-amerikanischem Vorbild aufgebaut worden. In den neu aufgebauten Ämtern wurde die nationalsozialistische Vergangenheit, die z.B. zur Selektion und Tötung psychisch Kranker geführt hat, über viele Jahrzehnte nicht aufgearbeitet. Eine Skepsis der Bevölkerung gegenüber der Amtsmacht war somit nachvollziehbar (Stehen, 2005; Langmann, 1976).

1.1.2 Strukturen des öffentlichen Gesundheitssystems seit 1947

Die Bundesländer Deutschlands sind seit 1947 im Gesundheitswesen für die Aufgabenbereiche Gesundheitsschutz, Gesundheitshilfe und Aufsicht über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens zuständig. Alle Einrichtungen des öffentlichen Dienstes, die an diesen Aufgaben mitwirken, werden unter der Bezeichnung Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) zusammengefasst. Die Schwerpunktaufgaben wandeln sich, je nachdem welche Krankheitsbilder epidemisch auftreten und als behandelbar eingeschätzt werden. So waren zum Beispiel nach den Mangeljahren des Krieges große Teile der Bevölkerung mit Tuberkulose infiziert. Dementsprechend spielten in den fünfziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts Screening-Untersuchungen mit der Suche nach Erkrankten mit offener, d.h. ansteckender Tuberkulose eine große Rolle im öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Diagnose mittels Röntgenbild und die Behandlung mit den neuen Antibiotika waren preiswert und einfach (WHO, 1950).

In den folgenden Jahren wurden die Schwerpunkte wiederholt den gesellschaftlichen Bedürfnissen angepasst; noch in den fünfziger Jahren entwickelten sich sogenannte freiwillige Mütterberatungen, die Ernährungs- und Hygieneberatungen für die Mütter von Säuglingen durchführten. Dabei wurden die Kinder regelmäßig von Kinderkrankenschwestern gemessen und gewogen und bei Auffälligkeiten dem Amtskinderarzt vorgestellt.

1.1.3 Schuleingangsuntersuchung

Wie in den meisten Bundesländern werden alle Kinder in Nordrhein-Westfalen vor ihrer Einschulung von Ärzten des örtlichen Gesundheitsamtes auf Schulfähigkeit untersucht. Dies erfolgt aufgrund §12 des ÖGDG (Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst), welches beinhaltet, dass die Schuleingangsuntersuchung im Rahmen der betriebsmedizinischen Aufgaben für die Schulen die Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten durchführt.

Neben den bis dahin üblichen Gesundheitsuntersuchungen nach dem Bielefelder Screening unter rein organmedizinischen Aspekten, hat sich so in den letzten Jahren ein Screening zur Entwicklungsdiagnostik, S-ENS, zur standardisierten Erfassung der Körperkoordination, Visuomotorik, visuel-

len Wahrnehmung, Informationsverarbeitung und Sprachkompetenz, sowie der auditiven Informationsverarbeitung bei der Einschulungsuntersuchung etabliert. Dies hat zum Ziel, Kinder mit Entwicklungsdefiziten oder Teilleistungsschwächen schon im vorschulischen Bereich zu erkennen und zu fördern. Somit sollen benachteiligte Kinder besser auf die Schule vorbereitet und ein frühes Misserfolgserlebnis mit drohendem Schulversagen vermieden werden (Bielefelder Screening: lögd, 1983; S-ENS: lögd, 2005). Diese Untersuchungen und Maßnahmen bilden die Grundlage der im Gesetz genannten Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen und Entwicklungsdefiziten mit standardisierten Methoden.

Einen Hinweis auf die Wichtigkeit eines solchen Vorgehens gibt eine Studie aus dem hessischen Wetteraukreis, bei der u. a. deutlich wurde, dass bei Kindern, die in der Schuluntersuchung als kleinkindhaft, kasperlnd, distanzgemindert oder konzentrationsschwach geschildert wurden, zwei Jahre später in 85% der Fälle eine Auffälligkeit in der Schulleistung oder im Verhalten dokumentiert werden konnte (Glock et al., 2007).

Allein die Untersuchung von kindlichem Verhalten wurde bisher nicht standardisiert durchgeführt und dokumentiert. Verschiedene Versuche anderer unterer Gesundheitsbehörden, eine psychiatrische Untersuchung zu etablieren oder nur Elternfragebögen zu verteilen, waren in den letzten Jahren am politischen Druck durch die lokalen Kreistagsmitglieder und Eltern gescheitert (Horacek, 2000).

Neben den umschriebenen Entwicklungsdefiziten zeigen viele Kinder Verhaltensauffälligkeiten, die ebenso zu Schulversagen und Frustration führen können. Bei diesen Kindern ist die Gefahr der Umschulung auf eine Förderschule trotz durchschnittlicher Begabung gegeben, weil sie ohne spezifische Behandlung und Förderung unter ihren Möglichkeiten bleiben (Schulz, 2000). Um zu erwartende Konflikte in der Schule bei persistierenden Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig zu erkennen, scheint es sinnvoll, im Rahmen der regulären Einschulungsuntersuchung ein psychiatrisches Screening zu etablieren. Dies soll analog den Entwicklungsdefiziten zu einer frühzeitigen Behandlung führen und die Gefahr von Konflikten und Schulversagen senken.

Im Rahmen eines Pilotprojektes auf kommunaler Ebene im Landkreis Olpe, NRW, wurde ein standardisiertes Screening zunächst für einen Jahrgang der Schuleingangsuntersuchung eingeführt. Dabei wurde entschieden, die Eltern mit Fragebögen zum Verhalten ihrer Kinder zu befragen, sowie das situative Verhalten während der Schuleingangsuntersuchung durch die jeweilige Untersucherin standardisiert dokumentieren zu lassen. Ein halbes Jahr nach

Schulbeginn wurden zusätzlich die Lehrerinnen insbesondere zu Aufmerksamkeit, Hypermotorik und Impulsivität aller Kinder befragt.

Im Vorfeld der Untersuchung wurde in Gesprächen mit Eltern, Erzieherinnen und Lehrerinnen deutlich, dass die Akzeptanz für ein psychiatrisches Screening aufgrund des bestehenden Leidensdrucks der Pädagogen und Eltern gegeben ist. Zudem wurde auch von der politischen Seite des Kreistages die Studie wohlwollend unterstützt.

1.2 Stand der Forschung

1.2.1 Psychische Gesundheit von Kindern in Deutschland

„Deutsche Kinder – Sorgenkinder?“, so titelt ein Newsletter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom Mai 2004. Infektionskrankheiten haben durch effektive Therapien, Impfungen und bessere hygienische Standards viel von ihrem Schrecken verloren. Eher hat sich bei den Krankheiten, die Kinder und Jugendliche gefährden, ein Wandel vollzogen: Es sterben weniger Kinder, zum Beispiel aufgrund von Infektionskrankheiten; dafür treten andere, oft langwierige Leiden in den Vordergrund: Immerhin 24% der jungen Eltern geben an, dass in ihrer Familie ein chronisch krankes Kind lebt (Newsletter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, 2004).

In dem seit 2003 laufenden Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs) des Robert-Koch-Instituts werden bei Kindern bis zu 17 Jahren die körperliche und psychische Gesundheit, das soziale Umfeld, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mithilfe von Untersuchungen, Interviews und Fragebögen evaluiert (Kurth et al., 2002). Im Rahmen der Bella-Studie, einer Unterstudie des laufenden KiGGs, berichteten 10% der befragten Kinder und Jugendlichen, unter Ängsten zu leiden, mehr als 5% unter Depressionen und mehr als 7% waren in ihrem Sozialverhalten auffällig. Bei rund 11% der Mädchen und fast 18% der Jungen gibt es Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme. Dazu zählen u. a. mangelnde Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Aggressivität, Ängste, Depressionen und betont unsoziales Verhalten. Bei 10% aller Kinder ist die bestehende Symptomatik so gravierend, dass eine therapeutische Beratung oder Behandlung indiziert sei (Hölling & Schlack, 2007).

In der Studie wird deutlich, dass Kinder aus Migrantenfamilien, sozial schwachen Elternhäusern und Teilfamilien zu den gefährdeten Risikogruppen gehören (Erhart et al., 2007).

1.2.2 Epidemiologie hyperkinetischer Auffälligkeiten

Hyperkinetische Störungen stellen mit einer Prävalenz von bis zu 5 Prozent im Kindesalter die häufigsten psychischen Störungen in dieser Altersgruppe dar (Eichenberg, 2007). Die Verhaltensauffälligkeiten zeigen sich in der Regel sehr früh, oft sogar schon im ersten Lebensjahr mit Regulierungsschwierigkeiten.

Bei hyperkinetischen Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren sind allgemeine Anzeichen von motorischer Unruhe und extremer Umtriebigkeit die deutlichsten Merkmale. Den Kindern fällt es schwer, zu einem ruhigen und ausdauernden Spiel zu kommen. Da im Kindergarten wesentlich mehr ablenkende Reize auf das Kind einströmen, können hier die Auffälligkeiten stärker ausgeprägt sein als in der Familie. Viele Kinder fallen außerdem durch extreme Wutausbrüche und das Nichtbeachten von Grenzen und Anweisungen auf. Die Eltern sind häufig sehr stark durch das ungesteuerte Verhalten ihres Kindes belastet, das von den Eltern ein hohes Maß an Aufsicht, aber auch Geduld erfordert, das nicht immer aufzubringen ist. Aufgrund der hohen Impulsivität der Kinder ist das Unfallrisiko zu Hause wie im Straßenverkehr deutlich erhöht (Barkley, 2001).

Bei diesem Erkrankungsbild kommt es vielfach zu besonderen Schwierigkeiten nach der Einschulung, weil erstmals fremdbestimmte, als langweilig erlebte Unterrichtsstunden den Alltag prägen und nachmittags dann noch die Hausaufgaben folgen, bei denen eine nicht unerhebliche Fremdsteuerung in vielen Fällen nötig wird (Barkley, 2005).

In der Studie von Döpfner et al. (2000) gaben 10% aller Eltern von Jungen im Alter von 4 bis 10 Jahren an, dass ihr Kind sehr unruhig sei und nicht still sitzen könne. Bei den Mädchen wurde dies von 7,5% der Eltern berichtet. Das heißt, im Durchschnitt befindet sich in jeder Kindergartengruppe und in jeder Schulklasse mindestens ein Kind mit diesem Störungsbild, häufig sind es aber mehrere Kinder, die zumindest in geringem Grade mit diesen Problemen behaftet sind. Ausgeprägte hyperkinetische Auffälligkeiten treten bei

Jungen dreimal häufiger auf als bei Mädchen. Sie beginnen fast immer vor dem Schulalter; meist sind sie spätestens im Alter von 5 bis 6 Jahren deutlich erkennbar.

Neuere Studien weisen darauf hin, dass erbliche Faktoren eine bedeutende Rolle spielen; vermutlich stellen sie sogar den wichtigsten Entstehungsfaktor dar, vor familiären Umweltfaktoren sowie hirnorganischen und neurochemischen Faktoren (Thapar et al., 1999; Weisshaupt & Jokeit, 2006; Barkley, 2003). Die Bedingungen, unter denen die Kinder in der Familie, im Kindergarten und in der Schule aufwachsen, beeinflussen jedoch die Ausprägung und den Verlauf dieser Auffälligkeiten erheblich. Als Risikofaktoren gelten männliches Geschlecht, junges Alter, niedrige soziale Schicht der Mutter, Alkoholprobleme beim Vater und weitere psychosoziale Faktoren (Banaschewski et al., 2004).

In Adoptionsstudien konnte ein höheres Ausmaß an Überaktivität bei den leiblichen Eltern von betroffenen Kindern, verglichen mit den Adoptiveltern, festgestellt werden. Familienstudien ergaben, dass Verwandte ersten Grades männlicher Patienten ein fünffach erhöhtes Risiko für ADHS aufweisen (Remschmidt, 2004).

1.2.3 Prognose hyperkinetisch erkrankter Kinder

Mit der Einschulung geht meist eine deutliche Zunahme der Probleme einher, weil die Kinder plötzlich mit Anforderungen an Ruhe, Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit konfrontiert werden, denen sie nicht gewachsen sind. In der Familie wird die Bewältigung der Hausaufgaben häufig zum Kernproblem. Die meisten hyperkinetischen Kinder unterscheiden sich in ihrer grundlegenden Begabung nicht von anderen Kindern; in der Schule zeigen viele dieser Kinder jedoch schlechtere Noten und müssen häufiger eine Klasse wiederholen (Döpfner et al., 2000; Taylor et al., 2004; Barkley, 2005; Schäfer, 2005). Schlechte Leistungen in der Schule, vor allem beim Erlernen des Lesens- und Schreibens, treten häufig, aber nicht immer auf. Aufgrund dieser Schwierigkeiten verlieren viele Kinder sehr schnell die Lust am Lernen. Aggressive Verhaltensweisen können zunehmen. Die Schulschwierigkeiten können so stark werden, dass nicht nur Klassenwiederholungen, sondern auch Umschulungen notwendig werden (Döpfner et al., 2000; Barkley et al., 2007).

Es kann angenommen werden, dass aggressiv auffällige Jugendliche, deren schulische Karriere durch Misserfolge gekennzeichnet ist und die von

Mitschülern abgelehnt werden, u. a. dahin tendieren, sich gleichgesinnten, ebenfalls auffälligen Jugendlichen anzuschließen, um Akzeptanz und Anerkennung zu erfahren. Solche Gruppen mit auffälligen Jugendlichen können wiederum als „Trainingsort“ für delinquente Aktionen und für Drogenmissbrauch fungieren: Eine Reihe von Jugendlichen schwänzt die Schule; sie stehen, sie zerstören mutwillig Eigentum, nehmen Alkohol und Drogen zu sich und geraten in Konflikt mit der Polizei. Dies kann selbstverständlich nicht als unausweichliches Schicksal für alle trotzig und verweigernden Kindergartenkinder festgestellt werden, aber das Risiko für eine solche Entwicklung ist deutlich erhöht. Deshalb erscheint es besonders wichtig, möglichst frühzeitig die richtigen Maßnahmen zu ergreifen (Döpfner et al., 2000).

1.2.4 Situation der Diagnostik verhaltensauffälliger Kinder

In einer Studie konnte Pavuluri (1996) in New Jersey/USA zeigen, dass Eltern mit verhaltensauffälligen Vorschulkindern nur in 19% der Fälle professionelle Hilfe gesucht haben. Familien mit vielschichtigen Problemen, u. a. Trennung der Eltern, niedriges Einkommen, suchten deutlich seltener nach externer Hilfe, als andere. Hinweise, dass das Hilfesuchverhalten auch in Deutschland ähnlich aussieht, gibt der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), der konstatiert, dass Kinder aus sozial schwachen Familien seltener an den Vorsorgeuntersuchungen der Kinderärzte teilnehmen oder ihre Kinder impfen lassen (Hölling & Schlack, 2007).

Somit ist neben den niedergelassenen Kinderärzten vor allem auch der öffentliche Gesundheitsdienst mit den verpflichtenden Reihenuntersuchungen gefordert, Risikokinder zu erkennen. Insbesondere sollte hier jedoch der Blick neben den körperlichen Erkrankungen und der Entwicklung der Kinder auch auf die psychische Gesundheit fallen.

Erste Versuche, eine frühe Diagnostik von psychischen Auffälligkeiten zu ermöglichen, werden z.B. im Kreis Recklinghausen gemacht, wo die Erzieherinnen im Kindergarten jeweils vor dem vierten und fünften Geburtstag einen Verhaltensfragebogen ausfüllen und den Eltern mitgeben. Diese können den Bogen dann bei den Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 beim Kinderarzt vorlegen und die Ergebnisse besprechen. Das Verfahren wurde von den Eltern akzeptiert und führte in 33% zu weitergehenden Maßnahmen wie Elternberatung, Frühförderung oder seltener zu einer psychologischen/ psychiatrischen Behandlung (Maier & Horacek, 2007).

Erfolgreiche Behandlungen erfordern in jedem Fall ein mittel- bis langfristiges Vorgehen. Sollte ein Kind also in der Schule verhaltensauffällig werden und mit Misserfolg und negativem Feedback konfrontiert werden, folgen Frustrationen, die bei einer früheren Diagnosestellung hätten vermieden werden können. Die hyperkinetischen Störungen, als häufigste psychiatrische Störungen des Kindesalters, zeigen sich häufig bereits durch Beginn in der frühen Kindheit; definiert sind die Störungen laut ICD-10 mit einem Beginn vor dem siebten Lebensjahr (Taylor et al., 2004; Remschmidt et al., 2002). Zur Vorstellung beim Psychologen oder Arzt kommen die betroffenen Kinder jedoch in der Regel erst mit ca. 8 bis 9 Jahren, wenn sich soziale Folgen oder Schulversagen manifestieren. Ein weiterer Grund für eine späte Vorstellung ist möglicherweise auch die politische Debatte, ob ADHS eine Erkrankung oder nur gesellschaftliche Stigmatisierung sei (Buitelaar & Rothenberger, 2004; Barkley, 2005).

In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass eine Vernachlässigung der Diagnostik psychiatrischer Symptome im Vorschulalter und frühen Schulalter als Konsequenz häufig eine chronische psychische Erkrankung und Entwicklungsdefizite nach sich zieht und damit einen schlechteren Schulerfolg, sowie eine schlechtere Sozialprognose (Barkley, 2002). Psychiatrische Erkrankungen bei Kindern wachsen nicht grundsätzlich aus; sie neigen in über 50% zur Chronifizierung. Aufmerksamkeitsdefizitstörungen tendieren in 86% zu Chronifizierung (Ihle & Esser, 2002; Barkley, 2007).

1.2.5 Entwicklung eines diagnostischen Screenings

Wichtige Voraussetzungen zur Etablierung eines breit angelegten Screenings bestehen darin, dass das Krankheitsbild epidemisch vorkommt, dass eine Diagnostik prinzipiell möglich ist und dass ökonomisch sinnvolle Behandlungsmethoden vorhanden sind. Im Zuge der Punkte 1.2.1 bis 1.2.6 wurde bereits eine Reihe von Gründen dargelegt, die dafür sprechen, das Suchspektrum der Einschulungsuntersuchung um psychiatrische Störungen und Erkrankungen, insbesondere um ADHS, zu erweitern. Im Folgenden werden solche Begründungen – zwecks einer komprimierten Verdeutlichung der Notwendigkeit der Ergänzung der bisherigen Einschulungsuntersuchung in Form einer Argumentationskette vorgebracht:

(1) *Bei den Krankheiten von Kindern und Jugendlichen ist ein Wandel hin zu den Verhaltensstörungen festzustellen:* Vor allem Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme, Ängste und Depressionen prägen die gesundheitliche Gesamtsituation. Etwa 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland weisen psychische Auffälligkeiten auf, die eine genauere Abklärung erfordern; bei etwa 10% besteht ein Beratungs- oder Therapiebedarf. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom bildet zusammen mit den oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten die häufigsten dokumentierten Verhaltensstörungen im Kindesalter.

(2) *Der Schulübergang hat substantielle Bedeutung für die Manifestierung von Verhaltensauffälligkeiten:* Hyperkinetische Verhaltensauffälligkeiten zeigen sich in der Regel sehr früh, oft bereits im ersten Lebensjahr. Im Kindergarten kommt es häufig zu einer Verstärkung der Symptomatik und z.T. bereits zu extremen Auffälligkeiten. Mit dem Übergang in die Grundschule erfolgt eine neuerliche Zunahme und Intensivierung der Symptomatik; während des Grundschulalters erweitert sich das Spektrum der Auffälligkeiten (hyperkinetische Störungen, Aggressivität, Risikoverhalten, Sozialverhaltensstörung, Delinquenz). Darüber hinaus erschweren die Komorbiditäten vieler Kinder mit ADHS zusätzlich und nachhaltig einen Schulerfolg sowie eine positive soziale Entwicklung. Es kommt zu schlechten Schulnoten, Klassenwiederholungen und ggf. Umschulungen. Eltern und Kinder sind durch die Probleme sehr belastet und allein überfordert.

(3) *Diagnostik und Behandlung werden vernachlässigt - mit erheblichen Konsequenzen:* Eltern von verhaltensauffälligen Vorschul- und Schulkindern suchen eher selten professionelle Hilfe auf. Kinder aus sozial schwachen Familien nehmen seltener an den Vorsorgeuntersuchungen der Kinderärzte teil. Erst mit 8 bis 9 Jahren werden Kinder mit hyperkinetischen Störungen zunehmend beim Arzt oder Psychologen vorstellig.

(4) *Möglichkeiten einer wirksamen Prävention und Behandlung stehen bereit:* Eine solche problematische Entwicklung wäre prinzipiell vermeidbar oder mindestens erheblich zu lindern, da gemäß MTA-Studie wirksame Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

(5) *Akzeptanz für ein psychiatrisches Screening ist voraussichtlich gegeben:* Folgt man den Erkenntnissen des Pilotprojektes, so ist die Akzeptanz für ein psychiatrisches Screening bei Pädagogen und Eltern zunehmend gegeben.

Wichtig ist es deshalb, verlässliche Screenings zu schaffen, mit deren Hilfe man Risikokinder erkennen und gezielte Maßnahmen zum Schutz gefährdeter Kinder und Jugendlicher ergreifen kann. Als Konsequenz ist maßgeblich

der öffentliche Gesundheitsdienst mit den verpflichtenden Reihenuntersuchungen gefordert, Risikokinder zu benennen.

Ziel der folgenden Untersuchung war zunächst zu eruieren, ob mittlerweile von einer Akzeptanz der Bevölkerung für ein psychiatrisches Screening im Rahmen der verpflichtenden amtsärztlichen Untersuchung ausgegangen werden kann. Zudem war es wichtig, zu erkennen, welche Familien die Zusammenarbeit wahrscheinlich verweigern.

Im Weiteren ging es darum einzugrenzen, in welcher Breite ein solches Screening angelegt werden muss: Müssen sowohl Elternfragebögen als auch Verhaltensbeobachtungen während der Untersuchung eingesetzt werden, um eine orientierende Aussage über die seelische Situation des Kindes zu bekommen? Korrelieren diese einzelnen Einschätzungen miteinander?

Sollte sowohl die Akzeptanz der Eltern als auch die Aussagekraft eines Screenings vorhanden sein, kann überlegt werden, ein möglichst ökonomisches Screening in ganz NRW in die Schuleingangsuntersuchung zu integrieren.

1.3 Fragestellung

Ziel der Studie war es, ergänzend zur körperlichen Untersuchung und zum Entwicklungsscreening bei der Schuleingangsuntersuchung, ein psychiatrisches Screening zu entwickeln. Dies soll möglichst einfach zu handhaben sein für alle Mitarbeiter der örtlichen Gesundheitsämter Nordrhein Westfalens, die alljährlich ca. 140.000 Kinder vor der Einschulung sehen. Des Weiteren sollte es möglichst ökonomisch zu etablieren und auch für psychiatrisch wenig geschulte Mitarbeiter verständlich sein. Pro Kind soll die Zeit von 10 Minuten nicht überschritten werden und die Dokumentation sollte übersichtlich sein.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung für das Schuljahr 2005/2006 wurden die Eltern aller Einschulungskinder im Kreis Olpe für das Jahr 2006 gefragt, ob sie bereit wären an o. g. Studie teilzunehmen. Alle Kinder, die regulär im folgenden Sommer eingeschult werden sollten, wurden in die Studie aufgenommen. Als einziges Ausschlusskriterium galt eine nicht altersgemäße Einschulung von Kindern; hiernach wurden solche Kinder ausgeschlossen, die im Vorjahr schon vom Schulbesuch zurückgestellt worden waren oder auf Wunsch der Eltern vorzeitig eingeschult werden sollten.

Da die Teilnahme an der Studie freiwillig war, wurden im Einzelnen zunächst folgende Fragestellungen entwickelt:

(I) Aufgrund der Befürchtung, dass Eltern auffälliger Kinder oder Kinder aus Risikofamilien eher die Teilnahme verweigern, da diese Familien auch die Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt weniger häufig durchführen lassen, haben wir die Familien, die bereit waren an der Studie teilzunehmen, mit denjenigen Familien verglichen, die die Teilnahmeerklärung nicht unterschrieben haben (dies bedeutete insbesondere, den späteren Kontakt zur Lehrerin aufzunehmen):

- (a) Stimmt der soziodemografische Kontext der Teilnehmerfamilien mit dem Kontext der Nicht-Teilnehmer überein?
- (b) Gibt es Unterschiede im kindlichen Verhalten, beobachtet in der Untersuchungssituation, zwischen den beiden Gruppen?
- (c) Gibt es Unterschiede in der kindlichen Leistungsfähigkeit zwischen den beiden Gruppen?
- (d) Schätzen Nicht- Teilnehmer- Eltern ihre Kinder als auffälliger ein?

(II) Ist es möglich, im Rahmen einer ca. einstündigen, standardisierten Untersuchung bei Fünfjährigen eine aussagefähige Verhaltensbeobachtung mit dem Instrument VWU zu machen? Ist es unter ökonomischen Gesichtspunkten ausreichend, expansive Verhaltensauffälligkeiten und einen etwaigen Behandlungsbedarf bei Vorschulkindern aufgrund eines auffälligen Einschulungsscreenings zu diagnostizieren?

- (a) Ist es möglich, Aussagen insbesondere über Aspekte wie Ablenkbarkeit, Konzentrationsfähigkeit und Regeleinhaltung zu machen?
- (b) Korrelieren o. g. Beobachtungen mit den Elterneinschätzungen (FBB-HKS; CBCL)?
- (c) Korrelieren die während der Schuluntersuchung gewonnenen Befunde mit den später gemachten Beobachtungen der Klassenlehrerin (FBB-HKS)?

(III) Erfüllt der FBB-HKS im Alltag der Reihenuntersuchung zufriedenstellend oder ausreichend die Funktion als Diagnostikum expansiver Symptomatik? Korrelieren die Fragebogeneinschätzungen der Eltern bezüglich des Kindesverhaltens mit der Beobachtung der Lehrer, insbesondere bezüglich Konzentration, Hyperkinese und Impulsivität?

(IV) Welche Verhaltensauffälligkeiten werden schwerpunktmäßig von den Eltern bei Fünfjährigen mit dem Fragebogen CBCL beschrieben?

(V) Lassen sich im Rahmen dieser Studie Hinweise dahingehend finden, dass diese Ergänzung zum Schuleingangsscreening in ganz Nordrhein-Westfalen etabliert werden kann?

2 Methodik

2.1 Instrumente

2.1.1 Vorgaben für die Einschulungsuntersuchung

Die Einschulungsuntersuchung in Nordrhein-Westfalen wird seit 1967 durch die regelmäßig überarbeiteten sog. „Jugendärztlichen Definitionen“ und das sog. „Bielefelder Modell“ geprägt. Mit diesen Instrumenten werden alle Einschüler in NRW durch Ärztinnen der örtlichen Gesundheitsämter in den letzten Monaten vor der Einschulung untersucht. Die Vorgaben der beiden Arbeitsinstrumente ermöglichen, dass die Diagnosen in ganz NRW unter Standardbedingungen gestellt und dokumentiert werden. Die erhobenen Befunde beziehen sich laut Anweisungsheft auf:

- „Körpermaße“ beinhalten Größe und Gewicht eines Kindes.
- „Befunde des Kopfes“: Dazu wird ein Sehtest durchgeführt einschließlich Stereosehen und Überprüfung des Farbsinns. Mittels Audiometer wird die Hörfähigkeit untersucht; Trommelfell und Rachen werden inspiziert, es wird auf Dismorphien und Allergien geachtet.
- „Befunde der inneren Organe“ beinhalten Tastbefund der Schilddrüse, Auskultationsbefunde von Herz und Lunge, Messen des arteriellen Blutdrucks. Es wird auf chronische Bronchitiden bzw. Asthma bronchiale, auf Bauchwandhernien und Entwicklung der Genitale geachtet.
- „Befunde des Skeletts und der Haut“ umfassen Thorax- und Wirbelsäulendeformitäten, sowie Hüft- und Fußschäden. Des Weiteren wird nach Ekzemen und anderen Hautauffälligkeiten gesehen.
- „Befunde der Konstitution der Harnorgane und andere“ beinhalten chronische Erkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus. Dazu wird ggf. eine Urinuntersuchung mit einem Teststäbchen durchgeführt.
- „Befunde des ZNS und des Verhaltens“ beziehen sich auf anamnestisch erhobene Verhaltensauffälligkeiten wie emotionale Entwicklung, hyperkinetische Symptome, hirnorganischen oder sozialen Störungen. Zudem wird nach Enuresis, Enkopresis und Tics gefragt. Die Definitionen für diese Auffälligkeiten sind jedoch recht vage gehalten und nicht ausreichend für eine

Verdachtsdiagnose, da sie nicht den Leitlinien für Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechen.

→ „Befunde zu Motorik und Koordination“ beinhalten Überprüfungen von Einbeinstand und -hüpfen, Diadochokinese, Daumen-Oppositionsversuch und das Zeichnen einer geraden Linie; auf zerebrale Bewegungsstörungen wird geachtet.

→ „Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen“ werden mit Hilfe von Bildertafeln geprüft.

→ Zudem wird nach bekannten Behinderungen gefragt.

Als übliche Maßnahmen bei Auffälligkeiten werden Einbestellung in die jugendärztliche Sprechstunde zur Beratung, Verordnung von Fördersport oder Freistellung vom Sport durchgeführt. Sollten weitergehende Maßnahmen sinnvoll sein, wird das Kind zum Kinderarzt geschickt. Dies geschieht auch, wenn der erhobene Impfstatus nicht vollständig ist.

2.1.2 Screening des Entwicklungsstandes S-ENS bei Einschulungsuntersuchung

Das Screening des Entwicklungsstandes (S-ENS) bei Einschulungsuntersuchungen ist ein Verfahren zur orientierenden Überprüfung von allgemeinen und umschriebenen Entwicklungsstörungen (Döpfner et al., 2005). Es wurde in den Jahren 2000 bis 2003 in Zusammenarbeit vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd), den Gesundheitsämtern Aachen, Köln, Bonn und der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln entwickelt.

Das S-ENS wurde aus vorhandenen Entwicklungstests konstruiert; es umfasst Untertests aus dem Körperkoordinationstest für Kinder (Kiphard & Schilling, 1974), aus dem Grundintelligenztest Culture Fair Intelligence Test CFT (Cattell et al., 1997), einem nicht sprachlichen und überkulturellen Intelligenztest, sowie Teile aus dem Bielefelder Screening für Vorschulkinder zur Erfassung von Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten (Jansen et al., 1999). Zudem kommen Untertests aus dem Psycholinguistischen Entwicklungstest PET (Angermaier, 1977) und der Graphomotorischen Testbatterie (Rudolf, 1986) zur Anwendung.

Obwohl das Screening keine genauen Diagnosen von Entwicklungsstörungen nach ICD-10 ermöglicht, können mit seiner Hilfe auffällige Kinder einer genaueren Diagnostik zugeführt werden. Ziel ist es, Auffälligkeiten im

Bereich des Sprechens, der Sprache, der visuell-räumlichen Fertigkeiten und der motorischen Fertigkeiten zu erkennen. Das Screening gibt Hinweise auf Intelligenzminderung sowie auf umschriebene Entwicklungsstörungen, wie sie in der ICD-10 mit F80 – F83 klassifiziert sind, d.h. Sprechen, Sprache, schulische Fähigkeiten, Lese-Rechtschreib-Schwäche, sowie isolierte Rechtschreibstörung und motorische Schwächen.

Die Testdurchführung dauert ca. 20 Minuten und umfasst folgende Untertests:

- Körperkoordination: beidbeiniges seitliches Hin- und Herspringen;
- Visuomotorik: Gestaltrekonstruktion, d.h. Vervollständigung eines Dra-chens und Gestaltreproduktion, d.h. Nachzeichnen eines Tisches, Kreuzes und Baums;
- Visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung: Auswahl und Zuordnung einer Ergänzungsfigur bzw. Erkennen identischer Figuren;
- Sprachkompetenz und auditive Informationsverarbeitung: Pseudowörter nachsprechen, unvollständige Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen;
- Artikulation und Lautbildung werden beurteilt.

Das Screening wird mittlerweile flächendeckend bei der Schuleingangsuntersuchung durch die örtlichen Gesundheitsbehörden in NRW angewandt. Die Ergebnisse werden jährlich durch das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA) ausgewertet. Mit der Einschulungsuntersuchung für das Jahr 2010 ist aus urheberrechtlichen Gründen ein neues Screening SOPESS entwickelt worden, dies zeigt jedoch einen vergleichbaren Aufbau (LIGA, 2009, unveröffentlicht).

2.1.3 Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung VWU

VWU ist ein Instrument der Verhaltensbeobachtung von Kindern während einer psychologischen Testung. Es ist im Rahmen von Forschungsprojekten der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln eingesetzt worden; in der Ursprungsform wurde es von Barkley und Murphy zur Dokumentation hyperkinetischen Verhaltens entwickelt (Döpfner et al., 2002; Barkley & Murphy, 2006). Der Beobachtungsbogen besteht aus 10 Items, die abgestuft auf einer Skala von 1-5 die Ausprägung einer Symptomatik beschreiben. Aspekte sind das Instruktionsverständnis des Probanden, seine Kooperation bei der Testung und das Interesse an den gestellten Aufgaben. Des Weiteren wird die Reaktion auf den Untersucher und die Situation bezüglich Ängstlichkeit und Frustrationstole-

ranz bei Misserfolgen eingeschätzt. Motorische Unruhe, Ablenkbarkeit und Konzentration als Hinweise auf das Vorliegen eines ADHS werden dokumentiert, sowie die Arbeitsgeschwindigkeit erfasst. Zudem wird Aufmerksamkeit suchendes oder demonstratives Verhalten wie Albernheit, Clownerei, Angeben, Verstecken und Provokation beobachtet.

Die Dokumentation mit diesem Instrument ist klinisch sehr praktikabel, dauert beim erfahrenen Untersucher nicht mehr als zwei Minuten und deckt einen Großteil üblichen Verhaltens ab.

2.1.4 Child Behavior Checklist 4-18

Unter den Elternfragebögen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zählt die in den USA von Achenbach (1991) entwickelte und in 58 Sprachen übersetzte Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) zu den international sehr häufig und vielfältig angewandten Instrumenten, was sich in einer hohen Anzahl internationaler Veröffentlichungen und Studien mit kulturellen Vergleichen widerspiegelt. Auf Achenbachs Revision von 1991 basiert die deutsche Konsensusversion der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (Döpfner et al. 1998; s. auch Remschmidt & Walter, 1990). Die deutsche Version der CBCL 4-18 – wie auch die ebenfalls aus der CBCL hervorgegangenen Fragebogenfassungen für Jugendliche, Lehrer und Erzieher – haben sich gemäß der Literatur als praktikabel und konsistent zu den Untersuchungen in den USA erwiesen.

Die CBCL 4-18 ist ein Elternfragebogen sowohl zur Erfassung der Kompetenzen als auch der psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 4 und 18 Jahren. Der Fragebogen ist so einfach wie möglich formuliert, so dass auch Eltern mit niedrigem Bildungsniveau in die Untersuchung mit einbezogen werden können. Bei den Problemfragen ist ein Zeitraum von 6 Monaten vorgegeben, der retrospektiv von den Eltern zu beantworten ist. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Eltern ihre eigene Einschätzung des Kindes wiedergeben sollen, auch wenn sich diese mit der Einschätzung durch andere Personen nicht decken sollte. Zur Beantwortung werden etwa 15 bis 20 Minuten angesetzt.

Der Elternfragebogen besteht aus zwei Teilen; im ersten Teil werden offene Anamnesefragen und Fragen nach sozialen Kompetenzen gestellt. Da dieser bei unserer Untersuchung nicht zur Anwendung kam, wird er nicht weiter beschrieben. Der zweite Teil des Elternfragebogens besteht aus 120 Fragen

und befasst sich mit Symptomen, Auffälligkeiten und problematischen Verhaltensweisen des zu beurteilenden Kindes bzw. Jugendlichen. Dabei kann jede Frage anhand einer dreistufigen Skala von 0 (nicht zutreffend), über 1 (etwas oder manchmal zutreffend) bis 2 (genau oder häufig zutreffend) beantwortet werden. Die Eltern können auch weitere Auffälligkeiten ergänzen, sollten diese nicht im Fragebogen enthalten sein.

Aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden acht Syndromskalen abgeleitet, die sich in drei Gruppen einteilen lassen: die internalisierenden Störungen, die externalisierenden Störungen und die gemischten Störungen. In der Gruppe der internalisierenden Störungen sind drei Skalen/Dimensionen zu unterscheiden. Kinder und Jugendliche, die eine hohe Ausprägung auf der Skala „Sozialer Rückzug“ aufweisen, möchten lieber allein sein, sind verschlossen, weigern sich zu sprechen, sind eher schüchtern, wenig aktiv und häufiger traurig verstimmt. Bei der Skala „Körperliche Beschwerden“ weisen die Kinder/Jugendlichen gehäuft verschiedene somatische Symptome wie Schwindel, Müdigkeit, Schmerzzustände, erbrechen, Augen- und Hautprobleme auf. Kinder/Jugendliche mit einer hohen Ausprägung der Skala „Ängstlich/Depressiv“ klagen gehäuft über Einsamkeit, soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle, allgemeine Ängstlichkeit und Nervosität.

In der Gruppe der externalisierenden Störungen sind die zwei Skalen „Delinquentes Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ voneinander zu unterscheiden: In der Skala „Delinquentes Verhalten“ sind Kinder und Jugendliche mit hoher Ausprägung der folgenden Items erfasst: „sich nicht schuldig fühlen, schlechten Umgang haben, lügen, lieber mit Älteren zusammen sein, von zu Hause weglaufen, zündeln, stehlen, obszönes Fluchen, zu viel an Sex denken, Schule schwänzen, Alkohol und Drogen nehmen und mutwillige Zerstörung“. Auf der Skala „Aggressives Verhalten“ haben Kinder und Jugendliche einen hohen Wert, deren Eltern folgende Items als zutreffend markieren: „sich streiten, widersprechen, angeben, zerstören, nicht gehorchen, viel Beachtung brauchen, leicht eifersüchtig sein, körperlich übergriffig sein, viel schreien, Clown spielen, störrisch sein, oft Stimmungswechsel zeigen, zu viel reden, gerne hänseln, häufige Wutausbrüche zeigen, andere bedrohen und laut sein“. In der Gruppe der gemischten Störungen erhalten Kinder/Jugendliche auf der Skala/Dimension „Soziale Probleme“ hohe Scores, deren Verhalten vor allem von Ablehnung durch Gleichaltrige sowie von unreifem und von Erwachsenen abhängigem Sozialverhalten geprägt ist. Mittels der Skala „Schizoid/Zwanghaft“ werden neben Tendenzen zu zwanghaftem Denken und Handeln auch psychotisch anmutende Verhaltensweisen (Halluzinationen) und eigen-

artiges, bizarres Denken und Verhalten erfasst. Die Skala „Aufmerksamkeitsstörungen“ setzt sich aus Items zu motorischer Unruhe, Impulsivität und Konzentrationsstörungen zusammen.

Diese acht Syndromskalen werden für alle Altersgruppen gemeinsam gebildet; für die Gruppe der Vier- bis Elfjährigen gibt es ergänzend noch eine Skala „Sexuelle Probleme“ mit Inhalten wie Störung der Geschlechtsidentität und exzessiver Sexualität. Weitere 33 Items werden keiner Skala zugeordnet, gehen mit allen anderen Items jedoch in die „Gesamtauffälligkeit“ ein (ausgenommen Allergie und Asthma).

2.1.5 Fremdbeurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher FBB-HKS

Der Fragebogen FBB-HKS (mittlerweile überarbeitet und im Handel), bestehend aus 20 Items, stellt ein Instrument zum Vergleich der Einschätzung von ADHS-Symptomatik sowohl interpersonell als auch im zeitlichen Längsschnitt dar (Döpfner & Lehmkuhl, 1998). Der Fremdbeurteilungsbogen kann sowohl von Eltern als auch Erziehern oder Lehrern ausgefüllt werden. Im Vergleich zum CBCL als breitbanddiagnostischer Fragebogen ist der FBB ein störungsspezifischer Fragebogen, der aufgrund der Nähe zu den Diagnostikerkriterien analog DSM-IV und ICD-10 zur Stützung und Ergänzung der Eingangs- und Verlaufsdiagnostik benutzt werden kann.

Zur Beurteilung der einzelnen Items bzw. Kriterien wird eine vierstufige Antwortskala von 0 bis 3 vorgegeben. Dabei bedeutet null, dass die jeweilige Symptomatik nicht vorhanden ist; ein bis drei Punkte werden je nach Intensität der Symptomatik vergeben. Analog zu den Verhaltens-Checklisten kann der Bogen kategorial und dimensional ausgewertet werden. Die kategoriale Auswertung gibt Hinweise auf die Elterneinschätzung bezüglich des Vorliegens einer hyperkinetischen Symptomatik. In der dimensionalen Auswertung werden Kennwerte für Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität gebildet (Brühl et al., 2000).

Der Fragebogen wird eingesetzt zur orientierenden Diagnostikfindung, insbesondere jedoch zur Verlaufsbeurteilung und zum Vergleich verschiedener Beobachter. Bzgl. der Einschätzung durch Eltern liegen deutsche Normen vor, bzgl. der Einschätzung durch Lehrkräfte eine Evaluierung.

2.2 Datenerhebung

2.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen der alljährlichen Einschulungsuntersuchung der fünf- bis sechsjährigen Kinder wurden im Kreis Olpe alle Kinder, die in 2005 eingeschult wurden, untersucht. Der Kreis Olpe ist ein ländlich strukturierter Flächenkreis mit 142.140 Einwohnern, die in 7 Gemeinden mit 12.359 bis 27.953 Einwohnern leben. Auf einer Fläche von 135,15 km² leben durchschnittlich 199,99 Einwohner pro Quadratkilometer (Kreis Olpe: Zahlen Daten Fakten 08/2005). Der Bevölkerungsanteil der Kinder und Jugendlichen liegt mit 21,5% um 2,4% über dem Durchschnitt in NRW.

	Olpe (2005)	NRW (2005)
Anzahl der (zeitgerechten) Einschüler	1698 (100%)	140 630 (100%)
Geschlechterverhältnis	48,2%_m/51,8%_w	51,6%_m/48,4%_w
Auffälligkeiten:		
Sehen	49 (3,0%)	12 377 (8,8%)
Hörstörung	62 (3,8%)	6 135 (4,4%)
Übergewicht	88 (5,4%)	3 382 (5,7%)
Verhaltensauffälligkeit	111 (6,8%)	3 180 (4,8%)
Maßnahme:		
Psychologe	19 (1,2%)	597 (0,9%)
Kompensator. Sport	131 (8,0%)	13 610 (13,6%)
Prävention:		
Teiln. Früherkenn. U8/U9	1 241 (80,4%)	104 587 (79,4%)
Impfstatus:		
Masern, Mumps u. Röteln	1 246 (80,2%)	119 330 (74,5%)
Diphtherie, Tetanus	1 532 (98,6%)	157 420 (98,3%)
Hepatitis B	1 466 (94,4%)	140 497 (87,7%)
SENS auffällig:		
Körperkoordination	96 (6,1%)	8 687 (8,2%)
Visuomotorik	115 (7,2%)	6 983 (6,9%)

Tabelle 1: Vergleich der Einschulungsdaten Kreis Olpe – NRW 2005

In Nordrhein-Westfalen werden jährlich ca. 140.000 Kinder eingeschult und zuvor von den kommunalen Gesundheitsämtern untersucht. Ein Vergleich ausgewählter Untersuchungsergebnisse des gesamten Landes mit den Olper Ergebnissen (Iögd, Gesundheitsamt Olpe – DSU Auswertung, 2005; Iögd, Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen, Jahresbericht 2005, 12/2006) wird weiter unten durchgeführt.

In der ursprünglichen Untersuchungsstichprobe befinden sich die im Kreis Olpe lebenden Kinder, die im Sommer 2005 regulär eingeschult werden sollten (N=1698). Die Daten von Kindern, die auf Antrag eingeschult wurden oder im Vorjahr aufgrund medizinischer Bedenken zurückgestellt wurden, sind nicht in diese Untersuchungsstichprobe eingeflossen. Ihre Anzahl ist also nicht in der Anzahl der Einschüler in Tabelle 1 (N=1.698) enthalten.

Vor Studienbeginn wurden die Eltern um ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme – insbesondere an der Längsschnitt-Erhebung unter Einbeziehung der Lehrer – gebeten. Nach einem halben Jahr Schulbesuch wurde den Klassenlehrerinnen/Lehrern der FBB-HKS zum Ausfüllen vorgelegt (postalische Zusendung). Die Nicht-Einverständnis-Quote, d.h. die Quote derjenigen Eltern, die keine schriftliche Erlaubnis für eine Längsschnittstudie gegeben haben, beträgt – bezogen auf die Anzahl der zeitgerechten Einschüler im Kreis Olpe (N=1.698; s. o. Tab. 1) – 24,20 Prozent (n=411). Gleichwohl haben diese Eltern häufig dennoch die o. g. zur Studie gehörigen Fragebögen ausgefüllt, so dass die Datensätze dieser Eltern bzw. deren Kinder zwar beim zweiten Untersuchungszeitpunkt (nach einem halben Jahr) fehlen, nicht jedoch beim Untersuchungszeitpunkt der Einschulung. Weiter unten wird ein statistischer Vergleich zwischen teilnehmenden Kindern und nicht teilnehmenden Kindern erfolgen.

2.2.2 Datenerhebung bei der Einschulungsuntersuchung

Aus der ursprünglichen Kohorte der 1.698 zeitgerechten Einschüler des Kreises Olpe wurden bei 150 Kindern (8,83%) die Fragebögen von vornherein nicht ausgefüllt oder die Items dieser Bögen wurden, etwa infolge sprachlicher Defizite bei Migrationshintergrund o. ä., nicht verstanden. Die effektive Datenbasis der Studie besteht daher aus den Datensätzen von N=1.548 Kindern. Alle 1.548 Kinder wurden im Rahmen der Einschulungsuntersuchung auf der Basis der „jugendärztlichen Definitionen“ körperlich untersucht; es wurde ein Hör- und Sehtest sowie aufgrund des Impfstatus eine Impfberatung durchgeführt.

Mithilfe des S-ENS wurde ein Entwicklungsscreening in Anwesenheit der Eltern erhoben; dabei wurde das Verhalten der Kinder durch die Untersucherin mit dem Verhaltensbeobachtungsbogen VWU eingeschätzt. Parallel dazu füllten die Eltern freiwillig die CBCL 4-18 und den FBB-HKS aus. Insgesamt liegen also von N1=1.548 Kindern Daten zum ersten Untersu-

chungszeitpunkt vor. Von diesem Kollektiv nahmen 385 Kinder (24,87%) – infolge der Teilnahmeverweigerung der Eltern – nicht an der Erhebung des zweiten Untersuchungszeitpunktes teil, so dass bei der zweiten Untersuchung eine Schülerstichprobe von $N_2=1.163$ gegeben ist.

Bei diesen Größenordnungen der Datenbasis zum ersten und zweiten Messzeitpunkt sind die bei Umfragen und Fragebogenstudien üblicherweise auftretenden „Missing Values“ noch nicht berücksichtigt. Solche fehlenden Werte können bei den einzelnen Items sowie bei den Summen- oder Gesamtscores der Erhebungsinstrumente der vorliegenden Studie in begrenztem, unterschiedlichem Ausmaß auftreten. Bei statistischen Analysen, die eine simultane, kombinierte Auswertung jeweils mehrerer Variablen oder Variablengruppen vornehmen, etwa in Form von Kreuztabellenanalysen oder Korrelationsanalysen, kann es darüber hinaus auch zu einer gewissen Kumulation fehlender Werte kommen.

Zwei Sonderfälle im Sinne relativ geringer Anzahlen „gültiger Werte“ sind bei den Messinstrumenten FBB-HKS-Lehrer und CBCL gegeben. Hier liegen die effektiven, rechnerisch verwertbaren Gesamtstichprobengrößen jeweils nur knapp über $N=1.100$ bzw. $N=1.000$. Im Falle des FBB-HKS-Lehrer ist diese Situation durch die Nicht-Teilnehmer des zweiten Untersuchungszeitpunktes begründet. Bei der CBCL ist der Grund hierfür in den für Teilnehmer sehr hohen sprachlichen Anforderungen sowie in dem mit über 100 Items vergleichsweise sehr hohen Bearbeitungsaufwand dieses Instrumentes zu sehen, der z.T. eine Zurückweisung bzw. Nicht-Ausfüllung des Bogens bewirkte.

2.2.3 Datenerhebung im zeitlichen Längsschnitt

Bei den Kindern, bei denen die Eltern mit einer Längsschnittbeobachtung einverstanden waren, wurden nach dem ersten Schulhalbjahr die Klassenlehrerinnen/Lehrer mit dem FBB-HKS insbesondere nach Aufmerksamkeitschwäche, Impulsivität und Hypermotorik gefragt. Analog zu den Subitems des S-ENS wurden die Lehrer um eine Leistungseinschätzung ihrer Schüler im Bereich Lesen, Schreiben und Schriftbild, Rechnen, Erfassen neuer Lerninhalte, Sport und selbständiges Arbeiten gebeten.

3 Ergebnisse

3.1 Vergleich zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern

3.1.1 Vergleich anhand Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, sozio-ökonomischem Status

Das Teilnehmer-Kollektiv setzt sich zu 48,6% (n=565) aus Jungen und zu 51,4% (n=598) aus Mädchen zusammen; bei den Nicht-Teilnehmern sind 51,9% (n=200) Jungen und 48,1% (n=185) Mädchen vorhanden. Bezüglich dieser Geschlechtsverteilung bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven (Chi-Quadrat=1,312; df=1; p=0.252).

Die Klassifizierung der ethnischen Zugehörigkeit erfolgte nach Kriterien des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd). Gruppe 1 sind deutsche Familien, Gruppe 2 beinhaltet Russlanddeutsche Familien, Gruppe 3 sind türkische Familien, Gruppe 4 sind russische Familien und Gruppe 5 sind andere Nationalitäten.

Ethnische Gruppe	Statistik	Teilnehmer		Gesamt
		nein	ja	
deutsch (1)	Anzahl	244	1001	1245
	Prozent	63,4%	86,1%	80,4%
Russland-deutsch (2)	Anzahl	1	1	2
	Prozent	,3%	,1%	,1%
türkisch (3)	Anzahl	97	119	216
	Prozent	25,2%	10,2%	14,0%
russisch (4)	Anzahl	14	7	21
	Prozent	3,6%	,6%	1,4%
andere (5)	Anzahl	29	35	64
	Prozent	7,5%	3,0%	4,1%
Gesamt	Anzahl	385	1163	1548
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 3: Verteilung der ethnischen Zugehörigkeit bei den Familien der Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer

Tabelle 3 zeigt u. a., dass im Gesamt-Kollektiv hauptsächlich Familien mit deutscher, türkischer und anderer ethnischer Herkunft vertreten sind. Innerhalb des Teilnehmerkollektivs sind relativ mehr deutsche, aber z.B. weniger türkische Familien repräsentiert als in der Nicht-Teilnehmer-Gruppe. Des Weiteren sind auch die Anteile russischer Familien und anderer Nationalitäten bei den Teilnehmern tendenziell geringer ausgeprägt. Der Verteilungsunterschied zwischen den beiden Kollektiven bezüglich ihrer ethnischen Zusammensetzung erweist sich im Chi-Quadrat-Test nach Pearson als sehr signifikant (Chi-Quadrat=99,553; df=4; p=0.000***).

Sozialstatus Punkte	Statistik	Teilnehmer		Gesamt
		nein	ja	
1	Anzahl	149	274	423
	Prozent	39,7%	23,8%	27,7%
2	Anzahl	146	513	659
	Prozent	38,9%	44,6%	43,2%
3	Anzahl	28	139	167
	Prozent	7,5%	12,1%	10,9%
4	Anzahl	11	74	85
	Prozent	2,9%	6,4%	5,6%
5	Anzahl	41	151	192
	Prozent	10,9%	13,1%	12,6%
Gesamt	Anzahl	375	1151	1526
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 4: Verteilung des Sozialstatus bei Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern

Der Sozialstatus bzw. sozialökonomische Status wird nach aktuell ausgeübtem Beruf, wenn dies nicht möglich ist, nach erlerntem Beruf beurteilt. Bei Elternpaaren wird die Einschätzung entsprechend des höher gruppierten Elternteils vorgenommen. Gemäß Bielefelder Screening wird ein Punkt vergeben, wenn die Eltern als ungelernte oder angelehrte Arbeiter tätig sind, 2 Punkte bei abgeschlossener Lehre, Beamten im einfachen Dienst und Angestellten (Büro, Post, Bahn) sowie Kleinbauern. Drei Punkte erhalten mittlere Beamte und Angestellte, sowie Arbeiter in leitenden Positionen, wie Werksmeister. Die Kategorie 4 ist für gehobene Beamte und Angestellte vor-

gesehen, für Selbständige mit kleinen Betrieben wie Gewerbetreibende oder Landwirte, sowie für Lehrer ohne Hochschulabschluss. Fünf Punkte werden für Beamte im höheren Dienst, Freiberufler, Akademiker und Inhaber mittlerer Betriebe vergeben. Sechs Punkte entfallen auf Inhaber größerer Unternehmen sowie auf Künstler von Rang. Auf dieser Ordinalskala des Sozialstatus unterscheiden sich Teilnehmer von Nicht-Teilnehmern gemäß Mann-Whitney-U-Test hoch signifikant ($U=176536,5$; $Z=-5,603$; $p=0.000^{***}$). Dabei ist der mediane Sozialstatus der Teilnehmer (2,40 Punkte; Quartilabstand=1,00 Punkt) oberhalb des Medians der Nicht-Teilnehmer (2,00 Punkte; Quartilabstand=1,00 Punkt) lokalisiert. Eine differenzierte Betrachtung der Gruppenunterschiede beim sozialökonomischen Status ermöglicht Tabelle 4. Insbesondere weist die Gruppe der Teilnehmer einen deutlich geringeren Anteil an Eltern auf, die als ungelernete oder angelernte Arbeiter tätig sind; des Weiteren sind die mittleren und höheren beruflichen Tätigkeiten häufiger bei den Teilnehmern als bei den Nicht-Teilnehmern repräsentiert.

3.1.2 Vergleich anhand des Verhaltensbeobachtungsbogens „Verhalten während der Untersuchung“ VWU, des Fremdbeurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher, FBB-HKS sowie der Child Behavior Checklist CBCL

Kriterium / Item	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Signifikanz
Instruktionsverständnis	198233,5	838379,5	-,969	,333
Kooperation	201679,5	840694,5	-,124	,901
Aufgabeninteresse	198017,5	835902,5	-,831	,406
Angstlichkeit/Unsicherheit	192696,0	828324,0	-1,918	,055
Frustrationstoleranz	196284,0	827410,0	-1,525	,127
Motorische Unruhe	201250,0	836878,0	-,166	,868
Ablenkbarkeit	201600,5	266220,5	-,059	,953
Impulsivität	200769,0	265389,0	-,139	,889
Arbeitsgeschwindigkeit	193932,5	258912,5	-1,369	,171
Aufmerksamkeitssuche	194919,5	258822,5	-1,054	,292

Tabelle 5: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Testes: Testkontrast zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern bei den 10 Items des Verhaltensbeobachtungsbogens VWU

Der Vergleich zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der Längsschnittstudie wurde anhand des Mann-Whitney-U-Testes bei allen 10 Kriterien/Items des Verhaltensbeobachtungsbogens VWU durchgeführt, wobei kein signifikantes Ergebnis resultierte (s. Tabelle 5).

Ein entsprechender Gruppenvergleich bezüglich der einzelnen 20 FBB-HKS-Fragen, die von den Eltern zum Einschulungszeitpunkt beantworteten wurden, beförderte ebenfalls keine Signifikanz zutage (Tabelle 6).

Item-Nr.	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Signifikanz
1	150912,0	741153,0	-,502	,616
2	152793,0	755046,0	-,691	,490
3	147365,0	738693,0	-,627	,530
4	150181,0	748052,0	-,974	,330
5	143148,0	706539,0	-,817	,414
6	144675,0	731661,0	-1,149	,251
7	144552,0	715398,0	-1,034	,301
8	150920,0	745515,0	-,013	,990
9	148904,0	736974,0	-,322	,747
10	153962,5	755118,5	-,007	,994
11	151273,0	748051,0	-,209	,834
12	154321,0	755477,0	-,100	,920
13	152523,0	748209,0	-,098	,922
14	147790,5	185465,5	-,400	,689
15	142289,0	178604,0	-1,084	,278
16	146849,0	185075,0	-1,093	,274
17	149429,5	737499,5	-,749	,454
18	152455,0	753611,0	-,491	,623
19	151176,0	742504,0	-,362	,718
20	148227,5	737382,5	-,284	,777

Tabelle 6: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Testes: Testkontrast zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern bei den 20 Items des FBB- HKS (Eltern)

Auch bei den 3 FBB-HKS-Summenscores Aufmerksamkeitschwäche, Hyperkinese und Impulsivität existieren keine statistisch substantiellen Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern (Tabelle 7).

Summenscore	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Signifikanz
Aufmerksamkeitschwäche	118433,5	149061,5	-1,239	,215
Hyperkinese	131138,0	166383,0	-1,271	,204
Impulsivität	142669,5	703939,5	-,243	,808

Tabelle 7: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Testes: Testkontrast zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern bei den 3 Summenscores des FBB-HKS (Eltern)

Tabelle 8 führt die Ergebnisse des Gruppenvergleichs zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern des zweiten Untersuchungszeitpunktes für auf die 10 einzelnen CBCL-Dimensionen sowie für den CBCL-Totalscore.

Dimension / Score	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Signifikanz
Sozialer Rückzug	93676,5	431107,5	-0,584	0,559
Körperliche Beschwerden	93592,5	120157,5	-0,701	0,483
Ängstlich Depressiv	92315,0	429746,0	-1,400	0,162
Soziale Probleme	92850,0	430281,0	-1,292	0,196
Schizoid/Zwanghaft	93887,5	431318,5	-0,366	0,714
Aufmerksamkeitsprobleme	92737,0	430168,0	-1,663	0,096
Dissoziales Verhalten	92800,5	430231,5	-1,766	0,077
Aggressives Verhalten	93546,0	430977,0	-0,902	0,367
Internalisierende Störungen	94026,0	431457,0	-0,167	0,868
Externalisierende Störungen	93987,0	431418,0	-0,194	0,847
CBCL Total	94248,0	120813,0	-0,074	0,941

Tabelle 8: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Testes: Testkontrast zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern bei den 10 Dimensionen der CBCL sowie beim CBCL-Gesamtscore

Konsistent mit den vorausgehenden Resultaten lässt sich anhand des Gruppenkontrastes bei den CBCL-Variablen ebenfalls kein Non-Responder-Effekt aufzeigen; sämtliche Vergleiche auf den einzelnen Dimensionen sowie auf der Gesamtdimension fallen insignifikant aus.

3.2 Ergebnisse des Fremdbeurteilungsbogens für Eltern, Lehrer und Erzieher FBB-HKS/Übereinstimmung zwischen Eltern und Lehrern

Um (a) einen kompakten Überblick über die Ergebnisse der Beurteilung der Einschüler anhand des FBB-HKS sowie (b) ein einfaches, direktes Maß für die Eltern-Lehrer-Übereinstimmung bei der Einschätzung der Kinder auf den einzelnen FBB-HKS-Items zu erhalten, wurde zunächst die 4-stufige Antwortskala dieses Instrumentes zu 2 Kategorien zusammengefasst, die provisorisch mit den Begriffen „eher unauffällig“ (Punkte 0 und 1 der ursprünglichen FBB-HKS-Skala) und „eher auffällig“ (Punkte 2 und 3) bezeichnet wurden. Sodann wurde jedes einzelne (zweikategorielle) von den Eltern beantwortete Item mit dem entsprechenden (zweikategoriellen) „Lehrer-Item“ innerhalb einer Vierfelder-Kontingenztafel gekreuzt.

Eltern-Urteil		Lehrer-Urteil		Gesamt
		eher unauffällig	eher auffällig	
eher unauffällig	Anzahl	822	157	979
	Prozent	79,7%	15,3%	95,0%
eher auffällig	Anzahl	31	21	52
	Prozent	3,0%	2,0%	5,0%
Gesamt	Anzahl	853	178	1031
	Prozent	82,7%	17,3%	100,0%

Tabelle 9: Eltern-Lehrer-Übereinstimmung beim FBB-HKS-Item 1 (Nicht-Beachtung von Einzelheiten und Flüchtigkeitsfehler)

Als Beispiel zeigt Tabelle 9 die Übereinstimmung/Nicht-Übereinstimmung zwischen Eltern- und Lehrerurteil bei FBB-HKS-Item 1. Die Prozentwerte wurden generell in Bezug auf die (nach Abzug der jeweiligen Anzahl fehlender Werte verbleibende) effektive rechnerische Gesamtstichprobengröße

(hier: N=1.031) bzw. auf die effektive Grundmenge der Einschüler ermittelt. 79,7% aller beurteilten Kinder werden von Eltern und Lehrern übereinstimmend als eher unauffällig hinsichtlich des Verhaltensmerkmals der häufigen Nicht-Beachtung von Einzelheiten sowie Flüchtigkeitsfehler klassifiziert; 2,0% werden übereinstimmend als eher auffällig eingeschätzt. Die Gesamtübereinstimmung beträgt in diesem Beispiel somit 81,7%. Dies bedeutet gleichzeitig, dass Eltern und Lehrer bei 18,3% aller Kinder zu nicht-übereinstimmenden, unterschiedlichen Urteilen über die kategorielle Zugehörigkeit der jeweiligen Kinder gelangen.

Des Weiteren lässt sich der Kontingenztabelle entnehmen, dass erheblich mehr Lehrer (17,3%) als Eltern (5,0%) dahin tendieren, Kinder als auffällig zu klassifizieren. Umgekehrt betrachtet, werden von den Eltern mehr Kinder (95,0%) als unauffällig eingeschätzt als von den Lehrern (82,7%).

Frage-/Item-Nr. des FBB-HKS	Übereinstimmung bei unauffällig*	Übereinstimmung bei auffällig*	Übereinstimmung insgesamt	Eltern: % Auffällige	Lehrer: % Auffällige
1	79,7	2,0	81,7	5,0	17,3
2	73,8	3,6	77,4	7,2	22,6
3	83,0	1,2	84,2	5,9	12,2
4	80,9	1,5	82,4	4,9	15,7
5	82,1	1,8	83,9	4,3	15,4
6	82,1	3,0	85,1	7,5	13,4
7	91,3	0,4	91,7	2,8	6,3
8	65,8	8,0	73,8	13,7	28,5
9	88,5	0,8	89,3	4,8	7,5
10	78,5	3,5	82,0	12,5	12,4
11	87,8	2,0	89,8	5,9	8,4
12	89,3	1,2	90,5	4,5	7,5
13	90,4	0,8	91,2	4,5	5,8
14	94,3	0,1	94,4	2,3	3,5
15	92,4	0,7	93,1	2,3	6,0
16	89,5	1,0	90,5	5,4	6,0
17	85,8	1,4	87,2	5,7	10,0
18	81,9	3,1	85,0	9,9	11,2
19	83,5	1,8	85,3	7,8	10,5
20	78,5	3,0	81,5	12,7	11,8
<i>Mittelwert</i>	<i>83,3</i>	<i>1,7</i>	<i>85,2</i>	<i>5,6</i>	<i>10,9</i>

Tabelle 10: Übereinstimmungen bei der Bewertung der Kinder als „eher unauffällig“ bzw. „eher auffällig“ gemäß den Items des FBB-HKS; Prozentanteile der von Eltern und Lehrern als „eher auffällig“ eingeschätzten Kinder. Die drei höchsten Prozentsätze wurden jeweils grau markiert.

Tabelle 10 enthält einen komprimierten Überblick über die Ergebnisse aller 20 Vierfelder-Tafeln. Im Median über sämtliche FBB-HKS-Items werden

83,3% aller Kinder übereinstimmend als eher unauffällig und 1,7% übereinstimmend als eher auffällig bewertet. Die mediane Gesamtübereinstimmung beträgt 85,2%; mithin existieren im Durchschnitt bei 14,8% der Einschüler Meinungsunterschiede zwischen Eltern und Lehrern hinsichtlich der kategoriellen Zuordnung bzw. hinsichtlich des Auffälligkeitspotentials. Um die Item-Nummern der Tabelle 10 mit den zugehörigen Item-Formulierungen verbinden zu können, wurden in Tabelle 11 die FBB-HKS-Items in begrifflicher Kurzform notiert.

Kurzformen der FBB-HKS-Items 1 - 20
1) Nichtbeachtung von Einzelheiten; macht häufig Flüchtigkeitsfehler
2) kann Aufmerksamkeit nur kurze Zeit halten
3) hört häufig nicht zu
4) führt Aufgaben häufig nicht vollständig aus
5) hat oft Schwierigkeiten, Aktivitäten zu organisieren
6) vermeidet länger andauernde Aufgaben
7) verliert häufig Gegenstände
8) lässt sich oft ablenken
9) ist im Alltag oft vergesslich
10) zappelt häufig herum oder rutscht auf Stuhl herum
11) steht häufig auf, wenn er sitzen soll
12) kann nicht ruhig spielen
13) läuft häufig herum, wenn es unpassend ist
14) zeigt häufig starkes Gefühl innerer Unruhe
15) zeigt durchgängig extreme innere Unruhe
16) ist häufig 'auf Achse' oder wie angetrieben
17) platzt häufig mit Antworten heraus
18) kann nur schwer warten oder abwarten
19) unterbricht und stört andere häufig
20) redet häufig übermäßig viel

Tabelle 11: FBB-HKS-Items 1 bis 20 in Kurzformulierung

Im Durchschnitt werden 10,9% der Kinder von den Lehrern als tendenziell auffällig eingestuft; hingegen nehmen die Eltern lediglich bei 5,6% ihrer Kin-

der ein Auffälligkeitspotential wahr (s. Tab. 10). In der Umkehrbetrachtung bewerten Lehrer – wiederum im Median über alle Items – 89,1% aller Kinder als eher unauffällig. Bei den Eltern ist dieser Anteilswert mit 94,4% immerhin mehr als 5% höher lokalisiert.

Die relativ größten, übereinstimmend als eher unauffällig (> 90%) bzw. eher auffällig ($\geq 3,5\%$; Spitzenwert: 8,0% bei Item 8) klassifizierten Anteile des Kindergesamtkollektivs finden sich bei den Items 14, 15 und 7 („starke innere Unruhe; extreme innere Unruhe; Verlust von Gegenständen“) bzw. 8, 2 und 10 („ablenken lassen; Aufmerksamkeit nicht halten können; zappeln und herumrutschen“) (s. Tab. 10). Die Items 14, 15 und 7 repräsentieren zugleich auch jene FBB-HKS-Inhalte, bei denen insgesamt die höchste Konkordanz (> 90%) zwischen Eltern und Lehrern bei der Einschätzung der Einschüler besteht.

Wird das Augenmerk darauf gerichtet, ob spezifische Fragebogeninhalte mit besonders niedrigen Konkordanzraten einhergehen, so ist bei den Unauffälligkeits-Einschätzungen das Item 8 („ablenken lassen“; ca. 65%) zu nennen; bei den Auffälligkeits-Einschätzungen fallen speziell die sehr schwachen Anteile bei den Items 14 (0,1%) und 7 (0,4%) ins Auge.

Das Item 8 („sich oft ablenken lassen“) stellt bei Eltern und Lehrern jenen FBB-HKS-Inhalt dar, dementsprechend jeweils die meisten Kinder (Eltern: 13,7%; Lehrer: 28,5%) als „eher auffällig“ eingeschätzt werden (s. Tab. 10). Bei den Eltern sind es des Weiteren die beiden Items 20 und 10 („übermäßig viel reden“: 12,7%; „zappeln und herumrutschen“: 12,5%), bei den Lehrern die beiden Items 2 und 1 („Aufmerksamkeit nicht halten können“: 22,6%; „Einzelheiten oft nicht beachten und Flüchtigkeitsfehler machen“: 17,3%), bei denen ebenfalls noch ein markanter Anteil der Einschüler als tendenziell auffällig bewertet wird.

Im Gesamtpool der FBB-HKS-Fragen sind es spezifisch die Items 14/15, 7 und 5 (Eltern) bzw. 14, 13 und 15/16 (Lehrer), bei denen die Eltern bzw. Lehrer jeweils die relativ meisten Kinder als eher unauffällig klassifizieren (keine farbliche Markierung in Tab. 10). Die Inhalte dieser Fragen betreffen hauptsächlich Aspekte übermäßiger bis extremer innerer Unruhe so- wie übermäßiger motorischer Unruhe.

Die relativ stärksten Prozentsatz-Differenzen zwischen Eltern und Lehrern bezüglich der Klassifikation von Kindern als eher auffällig treten bei den Items 1, 2, 4 und 5 auf: Hier sind die Anteilswerte bei den Lehrern jeweils um mehr als das Dreifache über den entsprechenden Anteilswerten der Eltern

lokalisiert. Die diesbezüglichen Iteminhalte entstammen sämtlich der Dimension „Aufmerksamkeitsschwäche“ des FBB-HKS und betreffen im Einzelnen die Nichtbeachtung von Einzelheiten, die mangelnde Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit, die unvollständige/abgebrochene Auftragsdurchführung sowie Organisationsschwierigkeiten.

Abschließend sollen zwei Korrelationsmaße ermittelt werden, die sehr oft zur Berechnung der Inter-Rater-Übereinstimmung bei Ordinalskalen herangezogen werden: Kendall's Tau und Spearman's Rho bzw. Spearman's Rangkorrelationskoeffizient. Um dabei die gesamten Informationen der vorliegenden FBB-HKS-Daten auszunutzen, werden die Korrelationen auf der Grundlage der ursprünglichen 4-stufigen Beurteilungsskala (0 bis 3 Punkte) errechnet. Im Vergleich mit den Kendall'schen und Spearman'schen Korrelationskoeffizienten, die vom Modell bzw. Ansatz her eine exakte, inferenzstatistisch abgesicherte Quantifizierung der Ausprägung der Eltern-Lehrer-Übereinstimmung darstellen sollen, können die bisher zu dieser Frage durchgeführten Auswertungen „lediglich“ als deskriptive Überblicksanalysen bezeichnet werden. Die beiden Korrelationsmaße basieren insbesondere auf einer Schätzung jenes Ausmaßes an Beurteiler-Übereinstimmung, welches über ein bereits rein zufällig zu erwartendes Ausmaß hinausgeht.

Sämtliche Korrelationskoeffizienten – außer jenen bei den Items 7 und 14 – weisen (maßgeblich auch infolge des sehr großen Stichprobenumfangs) hohe Signifikanz auf. Da Korrelationen in der Höhe/Ausprägung von $r < 0.20$ in der einschlägigen Fachliteratur überwiegend als „sehr schwach“, „geringfügig“ oder „vernachlässigbar“ eingestuft werden, und erst ab einer Größenordnung von $r \geq 0.20$ bzw. $r \geq 0.30$ von „schwachen“ bzw. „mittelhohen“ Zusammenhängen gesprochen werden sollte, wurden in Tabelle 11 ausschließlich Koeffizienten in der Größenordnung von $r \geq 0.20$ farblich markiert.

Generell ist festzustellen, dass Spearman's Rho dem Tau-Koeffizienten numerisch stets sehr nahe kommt und diesen in den überwiegenden Fällen größenmäßig noch etwas übertrifft.

Gemäß Tabelle 12 sind bei 14 von 20 FBB-HKS-Inhalten die Zusammenhänge zwischen den Beurteilungen der Eltern und Lehrer als geringfügig zu bewerten ($r < 0.20$). Bei 6 Items (2, 8, 10, 12, 13, 15) liegen schwache Korrelationen vor ($r \geq 0.20$), wobei nur die Übereinstimmung bei Item 2 eine Stärke von $r > 0.25$ überschreitet.

Item-Nr.	Statistik	Kendal's Tau	Spearman's Rho
1	Korrelation	,16***	0,17***
	N	1031	1031
2	Korrelation	0,25***	0,27***
	N	1042	1042
3	Korrelation	0,13***	0,14***
	N	1032	1032
4	Korrelation	0,15***	0,15***
	N	1037	1037
5	Korrelation	0,13***	0,14***
	N	1004	1004
6	Korrelation	0,18***	0,19***
	N	1028	1028
7	Korrelation	0,07*	0,07*
	N	1012	1012
8	Korrelation	0,21***	0,24***
	N	1035	1035
9	Korrelation	0,11***	0,12***
	N	1029	1029
10	Korrelation	0,21***	0,22***
	N	1039	1039
11	Korrelation	0,17***	0,18***
	N	1037	1037
12	Korrelation	0,20***	0,21***
	N	1042	1042
13	Korrelation	0,21***	0,22***
	N	1036	1036
14	Korrelation	0,05	0,05
	N	1029	1029
15	Korrelation	0,20***	0,20***
	N	1014	1014
16	Korrelation	0,13***	0,14***
	N	1028	1028
17	Korrelation	0,12***	0,13***
	N	1025	1025
18	Korrelation	0,18***	0,19***
	N	1041	1041
19	Korrelation	0,18***	0,19***
	N	1032	1032
20	Korrelation	0,16***	0,17***
	N	1024	1024

Tabelle 12: Kendall's Tau und Spearman's Rho als Maße der Eltern-Lehrer-Übereinstimmung bei der Beurteilung der Einschüler gemäß FBB-HKS, graue Markierung: $r \geq 0.20$ (schwache Korrelation), * signifikant ($p \leq 0.05$), *** hoch signifikant ($p \leq 0.001$)

Interessant erscheint der Sachverhalt, dass die 3 FBB-HKS-Fragen mit den relativ höchsten Korrelationskoeffizienten (2: kann Aufmerksamkeit nur kurze Zeit halten; 8: lässt sich oft ablenken; 10: zappelt oder rutscht herum) jenen 3 Items entsprechen, welche die relativ höchsten deskriptiven Konkordanzraten bei der Auffälligkeits-Einschätzung (s. o. Tabelle 9), gleichzeitig aber nur relativ moderate Übereinstimmungen bei der Unauffälligkeitsbewertung aufweisen. Dieser Sachverhalt lässt sich u. a. als möglicher Hinweis auf die Differenzierungsfähigkeit der betreffenden Fragebogenitems auffassen. Demgegenüber stellen sich die Fragen 7 und 14 bei der Korrelationsanalyse als diejenigen mit der geringsten Eltern-Lehrer-Übereinstimmung dar.

Übereinstimmungsanalyse bei den Summenscores des FBB-HKS

Tabelle 13 enthält die Mediane und Streuungsparameter für die FBB-HKS-Summenscores „Aufmerksamkeitsschwäche“ (Sum Item 1 bis 9), „Hyperkinese“ (Sum Item 10 bis 16) und „Impulsivität“ (Sum Item 17 bis 20) des FBB-HKS für das Eltern- und Lehrerkollektiv.

Summenscore	Median	Quartilabstand	Minimum	Maximum	Gültige N
Aufmerksamkeit - Lehrer	4	8	0	27	1096
Aufmerksamkeit - Eltern	4	4	0	23	1257
Hyperkinese - Lehrer	0	3	0	21	1098
Hyperkinese - Eltern	1	3	0	21	1306
Impulsivität - Lehrer	1	3	0	12	1092
Impulsivität - Eltern	2	2	0	12	1331

Tabelle 13: Deskriptive statistische Kennwerte (Mediane und Streuungen) der FBB-HKS-Summenscores für Eltern und Lehrer

Während die Aufmerksamkeitsschwäche der Kinder im Median von beiden Gruppen gleich beurteilt wird und sich dabei nur die Quartilabstände bzw. Streuungen moderat unterscheiden, ist der Eltern-Median der Hyperkinese-Einschätzung – bei gleichen Streuungen – geringfügig oberhalb des entsprechenden Lehrermedians lokalisiert (Differenz: 1 Punkt). Für die Impulsivitätsbeurteilung gilt die gleiche 1-Punkt-Differenz, wobei hier die Streuung der Elternurteile geringfügig niedriger gegenüber den Lehrern ist. Angesichts

der theoretischen Skalenspreizung der FBB-HKS-Summscores (Aufmerksamkeitsschwäche: 0 – 27; Hyperkinese: 0 – 21; Impulsivität: 0 – 12) sind damit insgesamt keinerlei bedeutsame Differenzen im Urteilsniveau zwischen Eltern- und Lehrerkollektiv zu konstatieren. Lediglich bei der Aufmerksamkeitsdimension scheinen Lehrer den durch die Skala zur Verfügung gestellten Urteilsspielraum deutlich stärker auszuschöpfen als Eltern (s. Quartilabstand/Streuung in Tab. 13).

Da sich bei größeren und großen Stichproben Tau und Rho fast vollständig gleichen (s. auch Tab. 12) und das Rho eine noch etwas höhere Informationsausschöpfung aufweist als Tau, enthält Tabelle 14 die Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten zwischen Eltern- und Lehrerurteil bei den FBB-HKS-Summscores. Hiernach besteht auf der Fragebogen-Dimension Aufmerksamkeit eine mittelhohe Übereinstimmung bei der Einschätzung der Einschüler zwischen den beiden Kollektiven. Die Koeffizienten für die Hyperkinese- und Impulsivitätsdimension sind dagegen im schwachen Ausprägungsspektrum lokalisiert, wobei die Zusammenhangsstärke bei der Hyperkinese größer ausfällt.

Summenscore		Aufmerksamkeit - Eltern	Hyperkinese - Eltern	Impulsivität - Eltern
Aufmerksamkeit - Lehrer	Korrelation	0,315***		
	N	954		
Hyperkinese - Lehrer	Korrelation		0,271***	
	N		987	
Impulsivität - Lehrer	Korrelation			0,225***
	N			997

Tabelle 14: Spearman's Rangkorrelation Rho zwischen Eltern- und Lehrer-Einschätzung bzgl. Summenskalen des FBB-HKS. Graue Markierung: $r \geq 0.20$ (schwache Korrelation), dunkelgraue Markierung: $r \geq 0.30$ (mittlere Korrelation), *** hoch signifikant ($p \leq 0.001$)

3.3 Ergebnisse der Untersucherbeobachtung „Verhalten während der Untersuchung“ VWU / Zusammenhang mit Eltern- und Lehrer-Einschätzung

Im Weiteren stellte sich die Frage, ob es grundsätzlich möglich ist, im Rahmen einer ca. einstündigen, standardisierten Untersuchung bei Fünfjährigen eine aussagefähige Verhaltensbeobachtung mit dem Instrument VWU insbesondere über Aspekte wie Ablenkbarkeit, Konzentrationsfähigkeit und Regelinhaltung zu machen. Darüber hinaus richtet sich das Interesse auf den statistischen Zusammenhang der Untersucherbeobachtungen mit den Elterneinschätzungen und den Beobachtungen der späteren Klassenlehrer (FBB-HKS). Bei einem Vergleich der Beobachtungen der Untersucher mit denen der Eltern und Lehrer ist folgender Aspekt zu berücksichtigen: Immerhin liegen im Maximum fast zwölf Monate zwischen der Schuluntersuchung und der Befragung der Lehrer, die erst nach fast einem halben Jahr Schulbesuch durchgeführt wurde; gewisse Reifungsprozesse und Lernprozesse sind in der unterschiedlichen Einschätzung dadurch nicht auszuschließen.

Um eine genaue Interpretation der Tabellen mit den Häufigkeitsverteilungen der VWU-Variablen zu ermöglichen, können folgende Hinweise zur Skalierung und Kategorisierung des VWU beim Einschulungsscreening hilfreich sein:

Instruktionsverständnis: 1 Punkt entspricht einem sofortigen Verständnis der Instruktionen, 2 Punkte einem Instruktionsverständnis nach einmaliger Wiederholung, 3 Punkte einer mehrfachen Wiederholung der Instruktion. Bei 4 Punkten muss die Aufgabe zum Verständnis demonstriert werden; bei 5 Punkten hat das Kind trotz verbaler und demonstrativer Wiederholung die Untersucherinstruktionen nicht verstanden; der Test musste abgebrochen werden.

Kooperation: 1 Punkt bedeutet ein gutes und leichtes Befolgen von Anweisungen des Untersuchers, ohne dass das Kind dazu gedrängt werden muss. 2 Punkte entsprechen einer Kooperation, die nur bei vorsichtigem Drängen oder Erinnerung eintritt. Bei 3 Punkten folgt das Kind den Anweisungen erst nach deutlicher Intervention durch den Untersucher; bei 4 Punkten werden Anweisungen erst nach erheblichen Interventionen und nur teilweise durchgeführt. Bei 5 Punkten hält sich das Kind nicht an die Anweisungen, egal wie intensiv der Untersucher darauf besteht.

Aufgabeninteresse: 1 Punkt bedeutet, dass das Kind erpicht ist, die Aufgaben anzugehen. 2 Punkte entsprechen nur einem gelegentlichen Interessenverlust, bei ansonsten eifriger Mitarbeit. Bei 3 Punkten ist das Kind nur gelegentlich interessiert, bei 4 Punkten selten interessiert. Bei 5 Punkten zeigt das Kind keinerlei Interesse an den Aufgaben.

Unsicherheit/Ängstlichkeit: 1 Punkt bedeutet keinerlei Anzeichen für Ängstlichkeit oder Unsicherheit; 2 Punkte entsprechen einer leichten Unsicherheit in der Eingangsphase oder Trennungssituation. Bei 3 Punkten benötigt das Kind leichte Unterstützung bei Angst vor Misserfolg, bei Unsicherheit bei bestimmten Aufgaben oder bei Fragen nach Bestätigung. Bei 4 Punkten zeigt sich diese Symptomatik durchgängig. Bei 5 Punkten ist die Testdurchführung aufgrund von Ängstlichkeit in Frage gestellt oder nur in Anwesenheit der Mutter möglich.

Frustrationstoleranz: 1 Punkt bedeutet übliche Reaktionen auf Misserfolge und eine Akzeptanz von Regeln. Zwei Punkte entsprechen einer missmutigen und gedrückten Reaktion ohne weitere Erregung. Bei 3 Punkten zeigt das Kind zwar eine Reaktion mit Weinen und Schreien, hört nach kurzer Zeit aber damit auf. Bei 4 Punkten zeigt sich ein länger dauernder Wutanfall, bei 5 Punkten eine Katastrophenreaktion.

Motorische Unruhe: 1 Punkt bedeutet keine motorische Unruhe, 2 Punkte leichte Bewegungen von Händen, Fingern und Armen. Bei 3 Punkten zappelt das Kind auf dem Stuhl, windet sich, kann aber eine angemessene Zeit sitzen bleiben. Bei 4 Punkten zeigt sich ein Kind hyperaktiv; es steht häufig auf, kann jedoch noch gesteuert werden und setzt sich wieder hin. Bei 5 Punkten zeigt sich ein sehr hyperaktives Kind, das kaum zu kontrollieren ist.

Ablenkbareit und Konzentration: 1 Punkt bedeutet eine zielgerichtete Arbeitshaltung mit der Fähigkeit, das Interesse an den Aufgaben beizubehalten; 2 Punkte zeigen eine leichte Ablenkbareit mit Steuerungsbedarf. 3 Punkte werden bei beträchtlichem Steuerbedarf durch Ablenkbareit vergeben, 4 Punkte bei einer Aufmerksamkeitsspanne von nur wenigen Sekunden. 5 Punkte werden vergeben, wenn ein Kind gar nicht erst mit den Aufgaben beginnt.

Impulsivität: 1 Punkt bedeutet eine gute Impulskontrolle; keinerlei impulsives Verhalten wird beobachtet. 2 Punkte entsprechen einer zeitweiligen Im-

pulsivität: ein Kind hört zum Beispiel Instruktionen nicht zu Ende an. Bei 3 Punkten wird eine mäßige Impulskontrolle beobachtet; bei 4 Punkten werden aufgrund von Impulsivität häufige Fehler in der Testung beobachtet. Bei 5 Punkten ist die Steuerbarkeit aufgrund von Impulsivität eingeschränkt.

Arbeitsgeschwindigkeit: 1 Punkt bedeutet langsames Arbeitstempo, 2 Punkte mäßiges, 3 Punkte angemessenes, 4 Punkte schnelles, 5 Punkte überhastetes Arbeitstempo. Bei diesem Item sind also – anders als bei den anderen – die mittleren Punktzahlen mit 3 und 4 Punkten unauffällig.

Aufmerksamkeitssuchendes und demonstratives Verhalten: 1 Punkt bedeutet, es werden keine Verhaltensweisen, die Aufmerksamkeit mit Albereien, Clownereien, Angeben, Verstecken oder Provokationen zu erreichen versuchen, beobachtet. 2 Punkte werden bei seltenen derartigen Verhaltensweisen, 3 Punkte bei gelegentlichem, 4 Punkte bei häufigem, 5 Punkte bei ständigem Aufmerksamkeit suchenden Verhalten vergeben.

Punkte	Instruktionsverständnis		Kooperation		Aufgabeninteresse		Unsicherheit/Ängstlichkeit		Frustrationstoleranz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	1194	77,1	1217	78,6	1193	77,1	1177	76,0	1351	87,3
2	208	13,4	200	12,9	244	15,8	223	14,4	113	7,3
3	60	3,9	45	2,9	36	2,3	52	3,4	10	,6
4	22	1,4	17	1,1	9	,6	25	1,6	1	,1
5	6	,4	9	,6	5	,3	9	,6	7	,5
Gesamt	1490	96,3	1488	96,1	1487	96,1	1486	96,0	1482	95,7
Fehlend	58	3,7	60	3,9	61	3,9	62	4,0	66	4,3
Gesamt	1548	100,0	1548	100,0	1548	100,0	1548	100,0	1548	100,0

Tabelle 15a: Häufigkeitsverteilungen der Variablen/Kriterien des Verhaltensbeobachtungssystems VWU (Variablen 1 bis 5)

Die Tabellen 15a und 15b zeigen die Verteilungen der absoluten und relativen Häufigkeiten der Variablen des Kind-Verhaltens nach Einschätzung durch die Untersucher während der Untersuchung. Bei 7 von 10 Merkmalen (Instruktionsverständnis, Kooperation, Aufgabeninteresse, Unsicherheit, Frustrati-

onstoleranz, Ablenkbarkeit und Impulsivität) wurden bei über 90% der zu beurteilenden Kinder lediglich 1 oder 2 Punkte vergeben, so dass in diesen Fällen von den Differenzierungs- bzw. Diskriminationsmöglichkeiten, die die VWU-Skala den Beurteilern theoretisch anbietet (Skalenspektrum: 1 bis 5) nur wenig Gebrauch gemacht wurde¹. Aber auch bei den Verhaltensmerkmalen „Motorische Unruhe“, „Aufmerksamkeitssuchendes und Demonstratives Verhalten“ wurden in dem Skalenrange zwischen 3 und 5 Punkten nur wenig mehr Urteilsunterscheidungen getroffen.

Punkte	Motorische Unruhe		Ablenkbarkeit u. Konzentration		Impulsivität		Arbeitsgeschwindigkeit		Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	832	53,7	1036	66,9	1240	80,1	83	5,4	1125	72,7
2	469	30,3	359	23,2	193	12,5	168	10,9	219	14,1
3	155	10,0	66	4,3	27	1,7	1060	68,5	81	5,2
4	19	1,2	20	1,3	14	,9	135	8,7	38	2,5
5	11	,7	3	,2	7	,5	34	2,2	17	1,1
Gesamt	1486	96,0	1484	95,9	1481	95,7	1480	95,6	1480	95,6
Fehlend	62	4,0	64	4,1	67	4,3	68	4,4	68	4,4
Gesamt	1548	100,0	1548	100,0	1548	100,0	1548	100,0	1548	100,0

Tabelle 15b: Häufigkeitsverteilungen der Variablen/Kriterien des Verhaltensbeobachtungssystems VWU (Variablen 6 bis 10)

Die Variable Arbeitsgeschwindigkeit entfällt aus diesen Überlegungen, da sie – entgegen den übrigen VWU-Variablen – so konzipiert wurde, dass zu erwartende „Normalwerte“ (z.B.: angemessenes Tempo = 3 Punkte) im Mittelbereich der Skala lokalisiert sind, während sich Kategorien für unangepasstes, „auffälliges“ Tempo (z.B. langsames Tempo (1 Punkt) und überhastetes Tempo (5 Punkte) sowohl links als auch rechts vom Skalenmittelpunkt befinden. Skalenpunkt 3 bildet mit 68,5% des Kindergesamtkollektivs auch den eindeutigen empirischen Verteilungsschwerpunkt der Geschwindigkeitsvariable (s. Tab. 15b).

¹ Bei allen VWU-Merkmalen (außer Arbeitsgeschwindigkeit) beträgt der Median = 1

Tabelle 16 gibt einen Überblick über die Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten Rho , betreffend den Zusammenhang zwischen den VWU-Variablen einerseits und den drei FBB-HKS-Summenskalen bei Eltern und Lehrern andererseits. Bis auf 6 Koeffizienten weisen sämtliche Korrelationen (überwiegend hohe) Signifikanz auf, woran zu einem großen Teil die sehr umfangreiche Studienstichprobe beteiligt ist.

VWU ↓	FBB-HKS →	Aufmerksam- keitsschwäche - Lehrer	Hyperkinese - Lehrer	Impulsivität - Lehrer	Aufmerksam- keitsschwäche - Eltern	Hyperkinese - Eltern	Impulsivität - Eltern
Instruktions- verständnis	Korrelation	.300***	.227***	-.135**	.183***	.134***	.073**
	N	1065	1066	1080	1217	1265	1288
Kooperation	Korrelation	.285***	.232***	-.149**	.235***	.197***	.107**
	N	1064	1065	1080	1215	1264	1286
Aufgaben- interesse	Korrelation	.288***	.215***	-.121**	.205***	.170***	.105***
	N	1063	1064	1059	1214	1262	1285
Unsicherheit/ Angstlichkeit	Korrelation	.134**	-.095**	.021	.071*	.001	-.013
	N	1062	1063	1058	1213	1262	1284
Frustrations- toleranz	Korrelation	.182**	-.166***	-.089**	.167***	.109***	.068*
	N	1059	1060	1055	1209	1259	1281
Motorische Unruhe	Korrelation	.277***	.278***	-.164***	.149***	.196***	.156***
	N	1062	1063	1058	1213	1262	1284
Ablenkbarkeit/ Konzentration	Korrelation	.313***	.302***	-.170**	.239***	.203***	.127***
	N	1059	1060	1055	1212	1260	1282
Impulsivität	Korrelation	.298***	.276***	.207***	.198***	.228***	.160***
	N	1056	1057	1052	1209	1257	1279
Arbeitsge- schwindigkeit	Korrelation	-.182**	-.086**	.019	-.118**	-.039	.028
	N	1054	1055	1050	1209	1257	1279
Aufmerksam- keitssuche	Korrelation	.239***	.230***	-.174***	.188***	.190***	.160***
	N	1057	1058	1053	1209	1259	1280

Tabelle 16: Spearman-Rangkorrelation Rho zwischen den Verhaltensbeobachtungskriterien des VWU einerseits und den drei Gesamtscore-Dimensionen des FBB-HKS bei Eltern und Lehrern andererseits

Der Tabelle ist auf den ersten Blick zu entnehmen, dass die Korrelationen der VWU-Merkmale mit den FBB-HKS-Lehrereinschätzungen generell sichtlich höher ausfallen, als die entsprechenden Zusammenhänge der VWU-Merkmale mit den Elternurteilen. Es existiert kein einziger mittelhoher Zusammenhang zwischen einer VWU-Variable und einer FBB-HKS-Dimension (Elterneinschätzung). Darüber hinaus ist die Anzahl der Korrelationen von $r \geq 0.20$ bei den Eltern erheblich kleiner als bei den Lehrern (5 versus 14) bzw. treten bei den Eltern die meisten geringfügigen/vernachlässigbaren Koeffizienten auf. Einzig das VWU-Kriterium Ablenkbarkeit/Konzentrationsschwäche weist gleichzeitig mit zwei Elterneinschätzungen (Aufmerksamkeitsschwäche, Hyperkinese) Zusammenhangskoeffizienten von $r \geq 0.20$ auf. Insgesamt hängen also die Untersucherbeschreibungen – trotz des erheblichen zeitlichen Abstandes zwischen

Schuluntersuchung und Lehrerbefragung – in stärkerem Maße mit den Lehrern als mit den Elternurteilen zusammen. Dies kann bereits an dieser Stelle als ein möglicher Hinweis darauf vorgemerkt werden, dass es auch in einer kurzen Untersuchungssituation möglich zu sein scheint, für den Schulbesuch relevantes, psychisch auffälliges Verhalten zu beobachten und zu dokumentieren.

Die 3 VWU-Merkmale „Unsicherheit/Ängstlichkeit“, „Frustrationstoleranz“ und „Arbeitsgeschwindigkeit“ weisen im Schnitt die schwächsten Korrelationen bzw. ausschließlich geringfügige Korrelationen mit den verschiedenen FBB-HKS-Variablen auf, so dass sich diesbezüglich nur von fraglichen, wahrscheinlich vernachlässigbaren Relationen zur ADHS-Symptomatik sprechen lässt. Das Merkmal „Unsicherheit“ ist gemeinsam mit der Arbeitsgeschwindigkeit durch die relativ häufigsten insignifikanten Korrelationsbefunde charakterisiert. Für die Arbeitsgeschwindigkeit erscheint dies nicht sehr bemerkenswert, da bei diesem Merkmal – wie oben bereits notiert – die (Aus-)Richtung der Punkteskala nicht mit jener der übrigen VWU-Kriterien kompatibel ist.

Einzig die VWU-Variable „Impulsivität“ steht durch hoch signifikante, wenn auch ausschließlich schwache Korrelationen zu allen drei FBB-HKS-Summenskalen in substantieller Relation. Das VWU-Merkmal der Ablenkbarkeit/Konzentrationsschwäche weist immerhin zwei mittelhohe Zusammenhänge (a) zur FBB-HKS-Aufmerksamkeitsschwäche und (b) zur Hyperkinese auf (bei Lehrer- und Elterneinschätzung). Auch das mangelnde Instruktionsverständnis im VWU tritt durch einen mittleren und einen schwachen Korrelationskoeffizienten (a) zur Aufmerksamkeitsschwäche und (b) zur Hyperkinese des FBB-HKS in substantielle Relation.

Zuletzt existieren noch bei den VWU-Aspekten „Kooperation“, „Aufgabeninteresse“, „Motorische Unruhe“ und „Aufmerksamkeitssuchendes/Demonstratives Verhalten“ jeweils zwei schwache Zusammenhänge mit der FBB-HKS-Aufmerksamkeitsschwäche und Hyperkinese.

Zusammenfassend sind die VWU-Merkmale „Impulsivität“, „Ablenkbarkeit“ und „Instruktionsverständnis“ möglicherweise am engsten mit den FBB-HKS-Summenscores assoziiert. Die im vorigen Absatz zusätzlich genannten Merkmale sind zwar durch jeweils zwei von drei möglichen Relationen, gleichzeitig jedoch durch ausschließlich schwache/kleine Relationen zum FBB-HKS gekennzeichnet.

Werden die Ergebnisse aus der Sicht der FBB-HKS-Dimensionen betrachtet dann fällt auf, dass die Impulsivität lediglich eine einzige schwache – ansonsten nur geringfügige/vernachlässigbare – Korrelation(en) mit den VWU-Aspekten aufweist.

3.4 Ergebnisse der Child Behavior Checklist CBCL

In der Einschulungssituation wurde den Eltern des Weiteren die ausführliche deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist CBCL 4-18 zur Verhaltenseinschätzung ihrer Kinder zur Beantwortung vorgelegt. Konkret wurden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung die Items zu 8 Problem- bzw. Syndromskalen erfragt, die wiederum noch zu drei übergeordneten Skalen (Internalisierende und Externalisierende Auffälligkeiten sowie CBCL Gesamtauffälligkeit) zusammengefasst wurden. Das Hauptinteresse gilt der Frage, welche spezifischen Verhaltensauffälligkeiten mit welchen relativen Häufigkeiten von den Eltern bei Fünfjährigen mit dem Fragebogen CBCL im Rahmen einer solch relevanten Situation beschrieben werden.

Vor der eigentlichen, die Fragestellung betreffenden statistischen Analyse wurden die Rohwerte der Kinder auf jeder einzelnen der 11 CBCL-Skalen (8 Problem- + 3 Metaskalen) gemäß den alters- und geschlechtsspezifischen Normtabellen den Normskalenbereichen „unauffällig“, „borderline“ und „auffällig“ zugewiesen. Im Folgenden werden daher die empirischen Ergebnisse der CBCL als Verteilungen der absoluten und relativen Häufigkeiten der CBCL-Scores der Einschüler bei diesen drei klinischen Kategorien/Klassen dargestellt (Tabellen 17a und 17b).

Kategorie	Sozialer Rückzug		Körperliche Beschwerden		Ängstlich Depressiv		Soziale Probleme		Schizoid/ Zwanghaft		Aufmerksamkeitsprobleme	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
unauffällig	1046	96,6	1052	97,1	1032	95,3	1048	96,8	1035	95,6	1060	97,9
borderline	27	2,5	19	1,8	39	3,6	15	1,4	38	3,5	12	1,1
auffällig	10	,9	12	1,1	12	1,1	20	1,8	10	,9	11	1,0
Gesamt	1083	100,0	1083	100,0	1083	100,0	1083	100,0	1083	100,0	1083	100,0

Tabelle 17a: Häufigkeitsverteilungen der Normkategorien der Deutschen Child Behavior Checklist innerhalb der Gesamtstichprobe (Variablen 1 bis 6)

Kategorie	Dissoziales Verhalten		Aggressives Verhalten		Internalis. Störungen		Externalis. Störungen		CBCL Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
unauffällig	1065	98,3	1062	98,1	946	87,3	963	88,9	955	88,2
borderline	12	1,1	13	1,2	72	6,6	77	7,1	71	6,6
auffällig	6	,6	8	,7	65	6,0	43	4,0	57	5,3
Gesamt	1083	100,0	1083	100,0	1083	100,0	1083	100,0	1083	100,0

Tabelle 17b: Häufigkeitsverteilungen der Normkategorien der Deutschen Child Behavior Checklist innerhalb der Gesamtstichprobe (Variablen 7 bis 11) Internalis. = Internalisierende; Externalis. = Externalisierende

Die 8 diskreten Subskalen weisen Unauffälligkeitsraten von $\geq 95\%$ auf. Im Median über die 8 Problemskalen fallen 1,0% bzw. 1,6% der Kinder unter die Kategorien „auffällig“ bzw. „borderline“. Die Skalen „Soziale Probleme“ (1,8%), „Körperliche Beschwerden“ (1,1%), „Ängstlich/Depressiv“ (1,1%) und „Aufmerksamkeitsprobleme“ (1,0%) sind jeweils durch $\geq 1,0\%$ auffällig klassifizierte Kinder charakterisiert, wobei die sozialen Probleme mit 1,8% den relativen Spitzenwert darstellen. Markant hohe borderline-Raten existieren bei den Merkmalen „Ängstlich/Depressiv“ (3,6%), „Schizoid/Zwanghaft“ (3,5%) und „Sozialer Rückzug“ (2,5%).

Werden die Klassen „borderline“ und „auffällig“ summarisch betrachtet, so ergibt sich als Rangordnung von Problemdimensionen: „Ängstlich/Depressiv“ (4,7%), „Schizoid/Zwanghaft“ (4,4%), „Sozialer Rückzug“ (3,4%) und „Soziale Probleme“ (3,2%).

Zusammenfassend lassen sich „Ängstlich/Depressiv“, „Soziale Probleme“ und „Schizoid/Zwanghaft“ im Elternurteil als jene CBCL-Problemdimensionen identifizieren, auf denen die relativ größte Anzahl von Einschülern als auffällig und tendenziell auffällig lokalisiert ist. Demgegenüber repräsentieren die Problemskalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ diejenigen Skalen mit den höchsten Unauffälligkeitsanteilen ($> 98\%$), gefolgt von „Aufmerksamkeitsproblemen“ und „Körperlichen Beschwerden“. Gleichzeitig sind die Merkmale „Dissoziales und Aggressives Verhalten“ mit den geringsten Anteilen auffälliger Einschüler verknüpft (0,6% und 0,7%). Bei den drei übergeordneten Skalen „Internalisierende Störungen“, „Externalisierende Störungen“ und „CBCL-Gesamt“ ergibt sich ein etwas anderes

Bild: Hier liegen die Prozentsätze unauffälliger Kinder generell unterhalb von 90% und dabei ziemlich nah beieinander.

Die borderline-Quoten betragen 7,1% (Externalisierende Störungen) sowie 6,6% (Internalisierende Störungen und CBCL-Gesamt), sind also sichtlich höher ausgeprägt als die entsprechenden Quoten der einzelnen Problemskalen (max. 3,6%).

Auch die Anteile von als auffällig klassifizierten Einschülern sind bei den drei Metaskalen (Internalisierung: 6,0%, Externalisierung: 4,0%, Gesamt: 5,3%) deutlich oberhalb der Vergleichswerte der untergeordneten Problemskalen angesiedelt.

Bei summarischer Betrachtung der Auffälligkeits- und Borderline-Klasse werden auf der übergeordneten Dimension der Internalisierenden Störungen die vergleichsweise häufigsten Problemfälle ausgewiesen (12,6% versus 11,1% bzw. 11,4% beim Externalisierungs- bzw. Gesamtscore).

3.5 Sekundäranalysen: Korrelationen zwischen den Messinstrumenten der Studie

Tabelle 18 zeigt die internen Korrelationen bzw. die Interkorrelationsmatrix der Merkmale des Beobachtungsbogens Verhalten während der Untersuchung VWU.

Eine optische Inspektion ergibt plausible Hinweise auf zwei benachbarte „Cluster“ bzw. Merkmalsgruppen. Zum einen existieren relativ enge Zusammenhänge zwischen den vier Variablen „(mangelndes) Instruktionsverständnis“, „Aufgabeninteresse“, „Kooperation“ und „Konzentration/ Ablenkbarkeit“. Zum anderen weisen die Variablen „Motorische Unruhe“, „Aufmerksamkeitssuche/Demonstratives Verhalten“, „Ablenkbarkeit“ und „Impulsivität“ relativ starke Interkorrelationen auf. Während der eine deskriptive Cluster annähernd Aufgaben- und Problemlösungsmerkmale thematisiert, liegt die inhaltliche Bedeutung des anderen eher auf hyperkinetischen Verhaltensauffälligkeiten. Bei beiden Clustern spielt gestörtes Konzentrationsverhalten die Rolle einer grundlegenden Bedingung.

Merkmals-Statistik		IV	KOP	INT	UNS	FT	MU	ABL	IMP	AG	AS
IV	Korr.	1,000	0,569***	0,530***	0,314***	0,385***	0,273***	0,490***	0,365***	0,303***	0,259***
	N	1490	1488	1487	1486	1482	1486	1484	1481	1479	1479
KOP	Korr.	0,569***	1,000	0,670***	0,279***	0,380***	0,383***	0,591***	0,485***	0,197***	0,407***
	N	1488	1488	1486	1485	1481	1485	1483	1480	1478	1479
INT	Korr.	0,530***	0,670***	1,000	0,231***	0,395***	0,410***	0,616***	0,490***	0,220***	0,435***
	N	1487	1486	1487	1484	1480	1484	1482	1479	1477	1477
UNS	Korr.	0,314***	0,279***	0,231***	1,000	0,371***	0,216***	0,255***	0,147***	0,198***	0,145***
	N	1486	1485	1484	1486	1481	1484	1482	1479	1477	1477
FT	Korr.	0,385***	0,380***	0,395***	0,371***	1,000	0,224***	0,361***	0,368***	0,139***	0,276***
	N	1482	1481	1480	1481	1482	1481	1478	1477	1473	1473
MU	Korr.	0,273***	0,383***	0,410***	0,216***	0,224***	1,000	0,590***	0,470***	0,030	0,592***
	N	1486	1485	1484	1484	1481	1486	1483	1480	1478	1478
ABL	Korr.	0,490***	0,591***	0,616***	0,255***	0,361***	0,590***	1,000	0,563***	0,164***	0,534***
	N	1484	1483	1482	1482	1478	1483	1484	1480	1477	1477
IMP	Korr.	0,365***	0,485***	0,490***	0,147***	0,368***	0,470***	0,563***	1,000	0,011	0,521***
	N	1481	1480	1479	1479	1477	1480	1480	1481	1475	1475
AG	Korr.	0,303***	0,197***	0,220***	0,198***	0,139***	0,030	0,164***	0,011	1,000	0,027
	N	1479	1479	1477	1477	1473	1478	1477	1475	1475	1480
AS	Korr.	0,259***	0,407***	0,435***	0,145***	0,276***	0,592***	0,534***	0,521***	0,027	1,000
	N	1479	1479	1477	1477	1473	1478	1477	1475	1475	1480

Tabelle 18: Interkorrelationen (Spearman-Rangkorrelationen Rho) zwischen den Merkmalen/Kriterien des VWU-Verhaltensbeobachtungsbogens IV=Instruktionsverständnis, KOP=Kooperation, INT=Aufgabeninteresse, UNS=Unsicherheit/Ängstlichkeit, FT=Frustrationstoleranz, MU=Motorische Unruhe, ABL=Ablenkbareit/Konzentration, IMP=Impulsivität, AG=Arbeitsgeschwindigkeit, AS=Aufmerksamkeitssuche. *** hoch signifikant ($p \leq 0,001$)

Neben diesen Zusammenhängen existieren innerhalb des VWU auch Merkmale, die – gemessen an der Korrelationshöhe – zwar nicht orthogonal zueinander stehen, aber doch recht wenig Überschneidung aufzuweisen scheinen. Als Beispiele hierfür kann etwa die Relation zwischen Unsicherheit/Ängstlichkeit und Impulsivität gelten oder diejenige zwischen Unsicherheit/Ängstlichkeit und Aufmerksamkeitssuche (jeweils $r < 0,15$).

Um zumindest generell die Größenordnung der Korrelationen zwischen VWU bzw. FBB-HKS einerseits und CBCL andererseits abschätzen zu kön-

nen, zeigt Tabelle 19 das Spearman'sche Rho zwischen den VWU-Merkmalen bzw. den FBB-HKS-Summscores und dem CBCL-Totalwert.

Merkmal / Summenscore	Statistik	CBCL Total
Instruktionsverständnis (VWU)	Korrelation	.058
	N	1013
Kooperation (VWU)	Korrelation	.088**
	N	1012
Aufgabeninteresse (VWU)	Korrelation	.078*
	N	1011
Unsicherheit/Ängstlichkeit (VWU)	Korrelation	.042
	N	1012
Frustrationstoleranz (VWU)	Korrelation	.123***
	N	1011
Motorische Unruhe (VWU)	Korrelation	.053
	N	1011
Ablenkbarkeit/Aufmerksamkeit (VWU)	Korrelation	.099**
	N	1011
Impulsivität (VWU)	Korrelation	.095**
	N	1010
Arbeitsgeschwindigkeit (VWU)	Korrelation	-.069*
	N	1009
Aufmerksamkeit – Lehrer (FBB-HKS)	Korrelation	.110**
	N	774
Hyperkinese – Lehrer (FBB-HKS)	Korrelation	.079*
	N	777
Impulsivität – Lehrer (FBB-HKS)	Korrelation	.038
	N	772
Aufmerksamkeit – Eltern (FBB-HKS)	Korrelation	.367***
	N	933
Hyperkinese – Eltern (FBB-HKS)	Korrelation	.312***
	N	984
Impulsivität – Eltern (FBB-HKS)	Korrelation	.317***
	N	990

Tabelle 19: Spearman's Rangkorrelation zwischen VWU-Merkmalen und FBB-HKS-Summscores einerseits und CBCL-Gesamtwert andererseits

Die diesbezüglichen Resultate sind eindeutig: Lediglich die drei Summenscores des von den Eltern ausgefüllten FBB-HKS korrelieren in mittlerer Höhe mit dem Gesamtwert der CBCL (die ebenfalls von den Eltern beantwortet wurde).

4 Diskussion

4.1 Vorbemerkungen

Zu Beginn der Einschulungsuntersuchung des Jugendärztlichen Dienstes des Amtes für Gesundheits- und Verbraucherschutz des Kreis Olpe für das Schuljahr 2005/2006 wurden die Eltern im Schul- und Jugendärztlichen Dienst des Amtes für Gesundheits- und Verbraucherschutz nach ihrer Bereitschaft gefragt, mit ihren Kindern an o. g. Studie teilzunehmen, bei der Verhaltenseinschätzungen durch die Eltern selbst, durch die Untersucherinnen im Gesundheitsamt und – nach ca. einem halben Schuljahr – durch die Lehrer erhoben sowie untereinander verglichen werden sollten. Zu diesem Zweck musste eine ausführliche Einverständniserklärung mit Schweigepflichtentbindung gegenüber der Grundschule unterschrieben werden. Bei Eltern, die nicht spontan unterschrieben, wurde aufgrund des sensiblen Settings einer Pflichtuntersuchung auf eine weitere, wiederholte Aufforderung verzichtet. Insbesondere Migrantenfamilien oder sozial schwache Familien sind gegenüber einer derartigen Behördensituation eher misstrauisch eingestellt; ihr Kommen erfolgt in der Regel nicht aus eigenem Antrieb bzw. eigener Motivation, sondern überwiegend aufgrund des verpflichtenden Charakters der Situation.

Die Wahl des ländlich gelegenen Kreises Olpe ist bezüglich des Auftretens psychischer Erkrankungen eher irrelevant, da insbesondere die häufigsten psychischen Störungen wie das ADHS in allen Kulturen weltweit etwa gleich häufig auftreten (Gomez,1999; du Paul 1998). Ein möglicher Unterschied liegt im Erziehungsverhalten und im Temperament, sowie in der gesellschaftlichen Akzeptanz von abnormem Verhalten (Leung,1996).

4.2 Vergleich von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern

Die Bedeutung der Teilnahmeverweigerung und des Rückganges von Ausschöpfungsquoten für die Aussagekraft medizinischer und epidemiologischer

Studien hängt zentral von der Frage ab, ob sich die Gruppe der Nicht-Teilnehmer, im weiteren Nonresponder (NR), wie die Gruppe der Responder, bzw. wie eine beschreibbare Teilgruppe der Responder verhält oder völlig andere Charakteristika als diese aufweist. Sollten andere Charakteristika vorliegen, so können die jeweiligen Studienergebnisse verzerrt sein, und die an der Response-Stichprobe gewonnenen Erkenntnisse würden somit nicht die Bewertungen/Einschätzungen, Einstellungen, Verhaltensweisen etc. der Befragten oder Untersuchten widerspiegeln.

Die Problematik, dass sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer („Verweigerer“, „Nicht-Befragbare“, „schweigendes Kollektiv“ etc.) in gewissen Eigenschaften stark voneinander unterscheiden können, ist bekannt. Um der Gefahr eines Nonresponse-Bias entgegenzuwirken, wurden u. a. überzeugendere, wirksamere Rekrutierungs- und Werbemaßnahmen sowie der Einsatz von Gratifikationssystemen vorgeschlagen. Des Weiteren können potentiellen Verweigerern spezielle, erheblich reduzierte Erhebungsverfahren (so genannte Kurzerhebungsverfahren) oder spezielle Nichtteilnehmer-Kurzfragebögen (KFB) angeboten werden, um wenigstens einige relevante Informationen von dieser spezifischen Gruppe zu erhalten. Die zur Frage von Nonresponder-Responder-Unterschieden und zu den Auswirkungen eines möglichen Nonresponse-Bias – nicht sehr zahlreich – existierenden empirischen Untersuchungen bzw. Publikationen (u. a. Feuersenger et al., 2005; Richiardi et al., 2002; Helasoja et al., 2002; Madigan et al., 2000; Bisgard et al., 1994; Melton et al. 1993) ergeben insgesamt ein uneinheitliches, z. T. widersprüchliches Bild und weisen auf dringenden Forschungsbedarf zu diesem Problemkreis hin.

Auch im Falle der vorliegenden Studie waren nicht alle Familien bereit, insbesondere die Befragung durch die Lehrer zum zweiten Messzeitpunkt zu akzeptieren. Von 1.548 Familien nahmen 1.163 an der Längsschnittbefragung teil; 385 Eltern (24,87%) waren nicht damit einverstanden, wenngleich viele von ihnen die Verhaltensfragebögen im Rahmen der Einschulungsuntersuchung ausfüllten. Hierdurch wurde im Prinzip – was die Erforschung eines potentiellen Nichtteilnahme-Bias angeht – eine besondere, einzigartige Situation geschaffen: Von den späteren Non-Respondern (nNR=385) liegen zum initialen Untersuchungszeitpunkt die gleichen umfangreichen Daten vor, wie von den Respondern (nR=1.163).

Dies ermöglichte eine umfangreiche Serie von Signifikanzvergleichen zwischen diesen beiden Gruppen, sowohl hinsichtlich der erhobenen soziodemographischen bzw. sozioökonomischen Angaben, als auch bezüglich aller

Items, Dimensionen und Gesamtwerte von VWU, FBB-HKS (Eltern) und CBCL. Selbstverständlich können diese Analysen keine (nur theoretisch existierenden) Responder-Nonresponder-Vergleiche mit FBB-HKS-Lehrer-Daten zum zweiten Messzeitpunkt ersetzen; jedoch stehen die Variablen der Eingangsuntersuchung immerhin in nachgewiesener signifikanter Korrelation mit den späteren Lehrereinschätzungen, so dass ihnen zumindest ein prä-diktiver Stellenwert zukommt.

Was nun die konkreten empirischen Resultate bezüglich eines potentiellen Non-Responder-Bias angeht, existieren zunächst keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern bei der Geschlechtsverteilung. Allerdings müssen sowohl bei der ethnischen Zugehörigkeit als auch beim Sozialstatus bzw. sozioökonomischen Status hoch signifikante Differenzen zwischen den beiden Kollektiven konstatiert werden. Im Einzelnen setzt sich das Teilnehmer-Kollektiv vergleichsweise in erhöhtem Maße aus deutschen Familien und in geringerem Maße aus türkisch- und russischstämmigen Familien sowie aus Familien mit anderem ethnischen Hintergrund zusammen. Entsprechend stellt sich der Sozialstatus unter den teilnehmenden Familien als relativ höher dar.

Diese beiden Gruppendifferenzen repräsentieren jedoch die einzigen gehaltvollen Hinweise auf mögliche Nicht-Teilnehmer-Effekte innerhalb der Studie. Bei allen 44 Variablen von VWU, FBB-HKS-Eltern und CBCL wurden – je nach Festlegung des Signifikanzniveaus – entweder keine (0) oder lediglich 3 signifikante Gruppenunterschiede zutage befördert, wobei sich diese Signifikanzen nicht auf Gesamt- bzw. Totalscores der drei Messinstrumente beziehen.

Zusammenfassend kann für die zweite Erhebung bzw. den zweiten Messzeitpunkt der vorliegenden Studie ein Nicht-Teilnehmer-Effekt, bewirkt durch Verteilungsbesonderheiten der ethnischen Zugehörigkeit und des sozioökonomischen Status‘ der untersuchten Schüler bzw. deren Familien, letztlich nicht völlig ausgeschlossen werden. Jedoch sprechen die konsequent nicht vorhandenen Responder-Nonresponder-Unterschiede bei allen bei der Eingangsuntersuchung eingesetzten Befragungs- und Beobachtungsinstrumenten zumindest nicht für die Befürchtung, die nach einem halben Jahr erhobenen Daten der Schülerbeurteilung (FBB-HKS) – wenn nun auch durch Lehrer anstatt Eltern erstellt/beigebracht – könnten durch einen gravierenden Nonresponder-Bias verzerrt sein.

Zuvörderst kann erleichtert konstatiert werden, dass die Kinder aus denjenigen Familien, die eine Teilnahme an der späteren Einschätzung durch die Lehrer verweigert haben, innerhalb der Eingangsuntersuchung durch die Untersucher und die Eltern nicht unterschiedlich gegenüber den teilnehmenden Kindern beurteilt wurden.

4.3 Übereinstimmung zwischen Eltern und Lehrern im Fragebogen FBB-HKS und Untersucherbeobachtung mit dem VWU

Die Korrelationen der VWU-Merkmale mit den FBB-HKS-Lehrereinschätzungen sind generell höher ausgefallen, als die entsprechenden Zusammenhänge der VWU-Merkmale mit den Elternurteilen. Es existiert kein einziger mittelhoher Zusammenhang zwischen einer VWU-Variable und einer FBB-HKS-Dimension (Elterneinschätzung). Darüber hinaus ist die Anzahl der Korrelationen von $r \geq 0.20$ bei den Eltern erheblich kleiner als bei den Lehrern (5 versus 14), bzw. treten bei den Eltern die meisten geringfügigen/vernachlässigbaren Koeffizienten auf. Einzig das VWU-Kriterium „Ablenkbarkeit/Konzentrationsschwäche“ weist gleichzeitig mit zwei Elterneinschätzungen („Aufmerksamkeitsschwäche“, „Hyperkinese“) einen Zusammenhangskoeffizienten von $r \geq 0.20$ auf.

Insgesamt hängen also die Untersucherbeschreibungen – trotz des erheblichen zeitlichen Abstandes zwischen Schuluntersuchung und Lehrerbefragung – in stärkerem Maße mit den Lehrer- als mit den Elternurteilen zusammen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es auch in einer kurzen Untersuchungssituation möglich zu sein scheint, für den Schulbesuch relevantes, psychisch auffälliges Verhalten zu beobachten und zu dokumentieren.

Die Untersuchereinschätzung während der halbstündigen Schuluntersuchung deckt sich somit bezüglich der Verhaltensbeobachtungen eher mit der späteren Beobachtung durch die Klassenlehrerin, als die Einschätzung der Eltern. Eine Erklärung dafür ist sicherlich, dass die Schuleingangsuntersuchung eine der ersten Leistungssituationen im Leben eines Kindes ist, die sich nicht an der individuellen Entwicklung des Kindes orientiert, sondern an Altersnormen. Der Blickwinkel der Ärztin im Gesundheitsamt ist somit im Gegensatz zu den Eltern oder Erzieherinnen eines Kindes, die in der Regel die individuelle Entwicklung eines Kindes beschreiben, an der Bezugsnorm orientiert. In seinen Studien zur Benotung in Schulen zeigt Rheinberg, dass die meisten Lehrer die Leistungen ihrer Schüler mit der Altersnorm vergleichen, er nennt

dies die Bezugsnormorientierung schulischer Leistungsbeurteilung (Rheinberg, 2002). Für die Beschulung in einer Klasse von bis zu dreißig Kindern ist es für die Lehrerin wichtig zu sehen, welche Kinder sie entsprechend den Vorgaben des Kultusministeriums unterrichten kann, weil sie ausreichende Fähigkeiten im kognitiven wie emotionalen und sozialen Bereich zeigen. Kinder, die diese Norm nicht erfüllen benötigen eine individuelle Förderung. Für die Durchführung des Unterrichts in einer Klassengemeinschaft ist der Blick auf die Bezugsnorm unerlässlich. Kinder die diese Normen nicht erfüllen, fallen in der Schule, die eine höhere Bereitschaft zur Anpassung der Kinder an die Unterrichtssituation erwartet, deutlich stärker auf, als in den Kindergartenjahren, die vor allem vom freien Spiel geprägt sind.

Die standardisierte Schuleingangsuntersuchung ist somit nicht nur bezüglich der Gesundheitsaspekte, sondern durch die Einführung des Entwicklungsscreenings auch bezüglich der Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft, sowie der Arbeitsgeschwindigkeit und Anpassungsfähigkeit an eine fremde Situation eines Kindes an der Bezugsnorm orientiert. Dies nimmt den späteren Blick der Klassenlehrerin vorweg.

4.4 Child behavior check list

Die in dieser Untersuchung benutzte Fassung für 4- bis 18jährige zeigt bei einer nicht psychiatrisch vorstelligen Population von 5-6 Jahre alten Kindern wenig Auffälligkeiten. Die von den Eltern neben expansiven Verhaltensauffälligkeiten geschilderten Symptome sind vor allem einzelne Phobien, die jedoch die Skala „Ängstlichkeit/Depression“ nicht in den auffälligen Bereich treiben. Somit scheint es ausreichend, die Eltern nach expansiven bzw. hyperkinetischen in einem Fragebogen zu fragen.

Der Aufwand des Ausfüllens des Fragebogens durch die Eltern sowie das Auswerten steht in keinem Verhältnis zu den Ergebnissen. Zudem waren bis zu 20% der Eltern nicht in der Lage den Bogen auszufüllen, darunter viele Migranten, aber auch bildungsferne Eltern zeigten nicht das nötige Leseverständnis. Dieses Instrument ist daher offenbar eher nicht tauglich für eine Reihenuntersuchung und wurde von den Eltern auch am wenigsten akzeptiert.

4.5 Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung

Die Benutzung des VWU hat sich als sinnvoll herausgestellt, eine genauere Beschreibung des kindlichen Verhaltens als im FBB-HKS war möglich. Es fällt hierbei auf, dass die von den Lehrern beklagte mangelnde Aufmerksamkeit, zum Teil auch die Hyperkinese nicht nur bei Kindern mit ADHS-Symptomatik auffällt, sondern auch bei Kindern, die schulisch oder sprachlich überfordert sind und sich somit im Item „Instruktionsverständnis“ schwach darstellten. Hier wird deutlich, dass die Breite der Verhaltensbeobachtung im VWU sinnvoll ist, da Kinder mit vielfältigen Schwierigkeiten, ob mit intellektueller Überforderung, emotionalen Störungen oder autistischer Zügen, zunächst als auffällig im FBB-HKS geschildert werden.

Bei einzelnen Kindern wurden Zwangsstörung, Depression oder Asperger Autismus diagnostiziert. Diese Kinder fielen sowohl im FBB-HKS auf, weil Unruhe oder Trotz geschildert wurde, als auch in der Verhaltensbeobachtung mit dem VWU. Letzteres Instrument unterscheidet die Symptome jedoch genauer.

Für ein Screening ohne Anspruch auf eine genaue Diagnosestellung scheinen diese Instrumente auszureichen und einen etwaigen Behandlungsbedarf bei Vorschulkindern zu erkennen.

4.6 Elternfragebogen FBB- HKS

Görtz und Mitarbeiter (2002) untersuchten bei Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren den Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) und den Selbstbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (SBB-HKS) in einer Feldstichprobe und zwei weiteren kleineren klinischen und Unauffälligenstichproben. Die drei a priori-Skalen des Fremdurteilsfragebogens („Unaufmerksamkeit“, „Hyperaktivität“ und „Impulsivität“) und die Gesamtauffälligkeitsskala erwiesen sich in der Feldstichprobe auch bei den 11- bis 18jährigen durchweg als intern konsistent ($\alpha > .78$). Die Subskalen korrelierten im mittleren bis höheren Bereich ($r = .44$ bis $r = .64$) miteinander. Im Elternurteil wurden Jungen im Vergleich zu Mädchen als unaufmerksamer und als hyperaktiver, jedoch nicht als impulsiver beurteilt. 11- bis 14jährige erzielten im Vergleich zu 15- bis 18jährigen auf allen Symptomstärkeskalen höhere Werte, die sich statistisch zumindest als Trend absichern ließen. Nach den Symptomkriterien von DSM-IV ergab sich auf der Basis des Fremdbe-

urteilungsbogens für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung eine Diagnoseprävalenz von 8,4%. Für die Symptomkriterien nach ICD-10 ließ sich eine Diagnoseprävalenz von 1,8% ermitteln (Görtz-Dorten & Döpfner, 2009).

Da in der o. g. Studie von der Universität Köln wie in unserer Untersuchung ein Bevölkerungsquerschnitt von Grundschulkindern befragt wurde, sollte zu erwarten sein, dass die Prävalenzraten für ADHS vergleichbar sind. Es ist somit wahrscheinlich, dass die beobachteten Symptome sich mit dem Wechsel in die Grundschule verändern. Eltern von Kindergartenkindern leiden weniger stark an einem zu langsamen morgendlichen Ablauf, da die meisten Kindergärten offene Anfangszeiten haben und somit der Zeitdruck kleiner ist, ebenso fällt bei Kindergartenkindern zwar auf, dass diese ein sprunghaftes Spielverhalten zeigen und selten gern ruhige Tätigkeiten durchführen. Zu einem Leidensdruck wird dies jedoch erst mit dem Wechsel auf die Grundschule, wo die täglichen Hausaufgaben zur Pflicht werden. Somit ist es sinnvoll einen an die Lebenssituation von Vorschulkindern adaptierten Fragebogen in der Schuleingangsuntersuchung einzusetzen.

In einer Untersuchung am Universitätsklinikum Köln wurde anhand der Einschätzungen von Eltern, Erziehern und Ärzten die Prävalenz von ADHS unter drei- bis sechsjährigen Kindern in Deutschland erhoben. Bundesweit nahmen 708 Kinder aus 103 pädiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen teil. Die Eltern und Erzieher der Kinder bearbeiteten eine ADHS-Symptomcheckliste, während Ärzte die Kinder im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung (U8/U9) einschätzten. Die o. g. Symptomcheckliste ist unter dem Namen FBB-ADHS-V veröffentlicht, die Validierungsstichprobe hatte ein Durchschnittsalter von 4,7 Jahren, liegt somit nur unwesentlich unter dem Alter der Einschulungsuntersuchung nach dem neuen Schulgesetz NRW (Breuer & Döpfner 2008). 13,6 bis 15,4% der vorgestellten Kinder wurden von den Ärzten als motorisch unruhig und zappelig, impulsiv oder unaufmerksam beurteilt. Die Ärzte stellten bei 4,6 Prozent der Kinder die Diagnose ADHS. Eltern und Erzieher schätzten im Vergleich zu den Ärzten die Symptomatik gravierender ein. Beispielsweise beschrieben 16,5 bis 26,7% der Eltern ihre Kinder als zappelig, impulsiv oder unaufmerksam. 13,4% der Eltern und 6,4% der Erzieher erlebten die ADHS-Symptome der Kinder als sehr belastend. Daraus resultierte ein hoher Beratungsbedarf der Eltern. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse nicht nur die bisherigen Prävalenzraten, sondern auch den Befund, dass Jungen häufiger von ADHS betroffen sind und ausgeprägtere Symptome zeigen als Mädchen (Breuer & Döpfner 2006).

Die von den Ärzten genannten Prävalenzzahlen decken sich in der o. g. Studie mit unseren Ergebnissen während der Schuleingangsuntersuchung. Allerdings wurden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung von Seiten der Eltern deutlich niedrigere Prävalenzzahlen genannt. Dies kann damit zusammen hängen, dass die im FBB-HKS und in der CBCL erfragten Symptome eher der Situation von Schulkindern entspricht, während der in der o. g. Studie benutzte Fragebogen für die ADHS-Symptomatik von Kindergartenkindern eher angemessen scheint.

5 Zusammenfassung

Der Beginn der Untersuchung im Jahre 2005 wurde von benachbarten Gesundheitsämtern sowie psychiatrischen Kliniken mit Interesse verfolgt. Neben der Frage, ob es anmaßend sei, den Verdacht auf eine spezifische psychiatrische Erkrankung nach einer einmaligen, kurzen Untersuchung zu äußern, wurde immer wieder die Praktikabilität erfragt.

So wird meines Wissens nach aktuell der VWU in den Gesundheitsämtern in Meschede, Paderborn, Hochsauerland im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung dokumentiert. Zudem werden die Eltern mit dem FBB- ADS und dem SDQ befragt. Kinder, die hier auffällig sind, werden zur weiteren Diagnostik in die Ambulanzen der kinder- und jugendpsychiatrischen LWL-Kliniken überwiesen. Durch dieses Screening hat sich auch die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern und Kliniken intensiviert.

Im Kreis Olpe haben sich die als psychiatrisch auffällig beurteilten Kinder von ursprünglich 1,5 % in den Jahren 2001-2004 auf 7,11 % im Jahr 2005 (121 Kinder von 1700) erhöht. Grundlage für die Empfehlung an die Eltern, einen Spezialisten aufzusuchen, war nur die systematische Verhaltensbeobachtung mit dem VWU während der Schuleingangsuntersuchung, die den Eltern gegebenen Fragebögen wurden unabhängig vom Untersuchungstermin später ausgewertet. Die Validität des Instruments VWU ist wie o. g. ausreichend, die Sensitivität ist möglicherweise eher niedrig, da mit mehr psychisch kranken Kindern zu rechnen ist, wie wir z. B. aus der KIGGS-Studie wissen (Hölling 2007, Breuer u. Döpfner 2006).

Zum jetzigen Zeitpunkt können wir jedoch sagen, dass die 121 Kinder, die bei der Schuleingangsuntersuchung als auffällig beschrieben wurden, fast durchweg während der Grundschulzeit einem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt wurden. Diese Zahlen wurden jedoch nicht mehr systematisch erhoben. Ein Screening auf Landesebene einzuführen macht m. E. nur Sinn, wenn ge-

nügend Praxen oder Ambulanzen niedrigschwellig bereit sind eine entsprechende Diagnostik und Beratung der betroffenen Familien auch schon vor der Einschulung durchzuführen. Es ist wichtig Eltern und Kinder schon in der Einschulungsphase mit Beratung und verhaltenstherapeutischen Angeboten wie Triple P oder PEP zu begleiten und so den zu erwartenden Misserfolgserlebnissen vorzubeugen.

6 Literatur

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18*, University of Vermont, Departement of Psychiatry, Burlington

Albrecht, H. (1900). Weltausstellung in Paris. Amtlicher Katalog der Ausstellung des deutschen Reiches, soziale Wohlfahrtspflege, 102-132

Angermaier, M. (1977). *Psycholinguistischer Entwicklungstest PET*, Beltz

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/ 4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P., Heim, K., Köln, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik

Banaschewski, T., Roessner, V., Uebel, H., Rothenberger, A. (2004). Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 137-147

Barclay, L. (2004). *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder ADHD*. Center Watch

Barkley, R.A. & Murphy, K.R. (2006). *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder, A Clinical Workbook*, The Guilford Press, New York

Barkley, R.A., Murphy, K.R., Fischer, M. (2008). *ADHD in Adults, What the Science Says*, The Guilford Press , New York

Barkley, R.A. (2002). *Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (suppl.), 36-43

Barkley, R.A. (2003). Issues in the diagnosis of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Children, *Brain & Development*, 25, 77-83

Barkley, R.A. (2000). *Taking Charge of ADHD. The complete, authoritative guide for parents*, The Guilford Press, New York and London

Barkley, R. A. (2001). Accidents and ADHD. *The Economics of Neuroscience*, 3, 64-68

Barkley, R. A. (2002). *Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (suppl.), 10-15

Bauer, A. (2002). Festvortrag anlässlich 300 Jahren öffentliches Gesundheitswesen in Mannheim

- Bendiner, E (1995).* Sara Josephine Baker: crusader for women and children's health. *Hospital Practice* 30 (9): 68-77
- Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Wietzker, A., Hölling, H. (2002).* Ein Methodenvergleich der Child behavior Checklist und des Strengths and Difficulties Questionnaire. *Das Gesundheitswesen, Sonderheft 1*, 119-124
- Bisgard, K.M., Folsom, A., Hong, C., Sellers, T. (1994).* Mortality and cancer rates in Non-respondents to a prospective study of older women – 5-year follow-up, *Am J Epidemiol*, 15-5, 139 (10), 990-1000
- Bor, W., Markie-Dadds, C., Sanders, M.R. (2002, Dez).* The effects of the triple P – Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive and attentional/hyperactive difficulties, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7-31
- Brand, H., Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst lögd (2006, Dez.).* Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein- Westfalen. Jahresbericht 2005
- Breuer, D.; Döpfner, M. (2006).* Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – Eine bundesweite Befragung, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (5), 357-365
- Breuer, D., Döpfner, M. (2008).* Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen bei Vorschulkindern im Eltern- und Erzieherurteil; *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogisch Psychologie*, 40 (1), 40-48
- Brühl, B. (2001).* Der Elternfragebogen für Hyperkinetisches und oppositionelles Trotzverhalten: Statistische Analysen und Ergebnisse, *Dissertation Köln*
- Brühl, B, Döpfner, M., Lehmkuhl, G (2000).* Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetisch Störungen FBB-HKS – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung* 9, 115-125
- Buitelaar, J., Rothenberger, A. (2004).* Foreword. ADHD in the scientific and political context, *European Child & Adolescent Psychiatry* 13:I/1-I/6
- Bürgin, D. (2006).* Psychoanalytische Aspekte der Gewaltprävention. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. (Hg) ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung. *Vandenhoeck & Ruprecht*, 143-168
- Cattell, R. B., Weiß, R. H., Osterland, J. (1997).* Grundintelligenztest CFT-1, 5. rev. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Cierpka, M., Schick, A. (2006).* Das Fördern von emotionalen Kompetenzen mit FAUST-LOS bei Kindern. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. (Hg) ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung. *Vandenhoeck & Ruprecht*, 286-301
- Claus, D., Aust, E., Hammer, P. (2002).* ADS – Das Erwachsenen-Buch. *Oberstebrink*
- Clauss, G. & H. Ebner (1995).* Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. *Frankfurt/M.: Harri Deutsch*

Dammasch, F. (2006). ADHS – endlich hat das Kind einen Namen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. (Hg) ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung. Vandenhoeck & Ruprecht, 189-221

Dt. Gesellschaft f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (2003). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln Deutscher Ärzte Verlag

Dietmair, I., Döpfner, M., Kierfeld, F., Mersmann, H., Simon, K., Trost-Brinkhues, G. (2005). S-ENS Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungen. Theoretische und statistische Grundlagen, Hrsg. Landesinstitut für öffentlichen Gesundheitsdienst lögd Bielefeld

Döpfner, M. (2007). Was bringt die medikamentöse Langzeittherapie wirklich? Neue Erkenntnisse aus der MTA-Studie, ADHS Report, 29A

Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl, G. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 25, 218-233

Döpfner, M., Melchers, P., Fegert, J., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., Schmeck, K., Steinhausen, H.C. & Poustka, F. (1994). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). Kindheit und Entwicklung 3, 54-59

Döpfner, M., Breuer, D., Schürmann, S., Wolff Metternich, T., Rademacher, C., & Lehmkuhl, G. (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder - global outcome. European Child & Adolescent Psychiatry, 13, supplement 1, I/117 - I/129

Döpfner, M., Schürmann, S., Fröhlich, J. (2002). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten- THOP. Weinheim

Döpfner, M., Kierfeld, F. (2001). Validierung eines Screenings für Entwicklungsstörungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Forschungsbericht Klinik und Poliklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln

Döpfner, M.; Fröhlich, J.; Lehmkuhl, G. (2000). Hyperkinetische Störungen- Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hogrefe

Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (1998). Diagnostik- System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ) Testzentrale Göttingen

Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C. (2006). KIDS Kinder-Diagnostik-System, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Hogrefe

Döpfner, M., Schürmann, S., Lehmkuhl, G. (2000). Wackelpeter und Trotzkopf, Beltz

Döpfner, M., Schürmann, S., Fröhlich, J. (2002). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensweisen THOP. Beltz

- Eichenberg, Christiane* (2007). Recherche zu hyperkinetischen Störungen: Häufigste psychische Störung bei Kindern. Deutsches Ärzteblatt, 173 ff
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R.* (2007). Der Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, Bundesgesundheitsblatt, Band 50, 800- 809
- Feuersenger, A., Stang, A., Moebus, S., Schermund, A., Erbel, R., Jöckel, K.* (2005). Wie unterscheiden sich Nichtteilnehmer, die einen Nichtteilnehmer- Kurzfragebogen ausgefüllt haben, von denen, die ihn nicht ausgefüllt haben? 50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie- gmds, German Medical Science, 2005. Doc 05gmds023
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Rastam, M., Johnson, M., Rothenberger, A., Niklasson, L.* (2004). Co- Existing disorders in ADHD- implications for diagnosis and intervention, European Child & Adolescent Psychiatry, 13, supplement 1, 1/80 - 1/92
- Gerspach, M.* (2006). Zum Verstehen von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. (Hg) ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung. Vandenhoeck & Ruprecht, 91-111
- Görtz, A., Döpfner, M., Nowak, A., Bonus, B., Lehmkuhl, G.* (2002). Ist das Selbsturteil Jugendlicher bei der Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörungen hilfreich? Eine Analyse mit dem Diagnostikum DISYPS, Kindheit und Entwicklung 11, 82-89
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M.* (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung von Kindern und Jugendlichen im Elternurteil- Analyse einer Feldstichprobe, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 37(3), 183-194
- Goller, Martin* (2004). Bundesministerium für Bildung und Forschung, Newsletter, Thema Kinder und Jugendliche, Berlin
- Glock, J., Glock, U., Neuhäuser, I.* (2007). Wie gut differenziert die Schuleingangsuntersuchung? Pädiatrische Praxis 9, 15-20
- Grothe, K.-D.; Horlbeck, A.-M.* (2006). Warum ich auch mit Medikamenten behandle. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. (Hg) ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung, Vandenhoeck & Ruprecht, 134-142
- Henke, B.* (2006). Die Hamburger Frühpräventionsstudie zur psychischen und psychosozialen Integration von Kindern von 0 bis 3 Jahren. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. (Hg) ADHS- Frühprävention statt Medikalisierung, Vandenhoeck & Ruprecht, 270-285
- Helasoja, V., Prattala, R., Dregval, L., Pudule, I.; Kasmel, A.* (2002). Late response and item non-response in the Finbalt Health Monitor Survey. Eur J Public Health 12(2), 117-232
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R.* (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS), Bundesgesundheitsblatt, Band 50, 784-793

Hölling, H., Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS), Bundesgesundheitsblatt, Band 50, 794-799

Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und soziosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Bundesgesundheitsblatt 866-872

Hüther, G. (2006). Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnnorganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen. In: Leuzinger-Bohleber, M, Brandl, Y. (Hg) ADHS- Frühprävention statt Medikalisierung, Vandenhoeck & Ruprecht, 222-237

IDIS Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen, Lt. Laaser, U. (1989). Jugendärztliche Definitionen. Manuskriptdruck, Bielefeld

Ihle W., Esser G.: *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2002). Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau 53: 159-169

Jansen, H., Mannhaupt, G., Marx, H, Skowronek, H. (1999). Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC), Handanweisung Hogrefe

Jensen, P.S., Arnold, L.E., Swanson, J.M., Molina, B.S.G., Flory, K., Hinshaw, S.P., Greiner, A.R., Hechtman, L., Vitiello, B., Hoza, B., Pelham, W.E., Elliott, G.R., Wells, K.C., Abikoff, H.B., Gibbons, R.D., Marcus, S., Conners, C.K., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., March, J.S., Newcorn, J.H., Severe, J.B., Wigal & Kwan, H. T. (2007). 3-Year Follow-up of the NIMH MTA Study, J.A.M. ACAD: Child and Adolescent Psychiatry, 46 (8), 989-1001

Kiphard, E.J., Schilling, F. (1974). Körper-Koordinationstest für Kinder KTK, Beltz

Kurth, B.M., Bergmann, K.E., Hölling, H., Kahl, H., Kamtsiuris, P., Thefeld, W. (2002). Der bundesweite Kinder- und Jugendsurvey, das Gesamtkonzept, das Gesundheitswesen S1, 3-11

Kuschel, A; Lübke, A.; Köppe, E., Miller, Y., Hahlweg, K. & Sanders, M. R. (2004). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und Begleitsymptome bei drei- bis sechsjährigen Kindern- Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 32/2, 97-106

Langmann, R. (1976). Rückblick auf 100 Jahre öffentlicher Gesundheitsdienst, Öff. Gesundheitswesen 38, 3003-313, Thieme Verlag Stuttgart

Lemkuhl, U. & G.; Döpfner, M. (2002). Gewaltprävention bei Kindern und Jugendlichen, frühe Verhaltensindikatoren, Verlauf und Interventionsansätze, Bundesgesundheitsblatt, 984-991

Lockowandt, O. (1996). Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung FEW, 8. überarbeitete Auflage, Beltz

Lüpke, von, H. (2006). Der Dialog in Bewegung und der entgleiste Dialog. Beiträge aus der Säuglingsforschung und Neurobiologie. In: Leuzinger-Bohleber, M, Brandl, Y. (Hg), ADHS- Frühprävention statt Medikalisierung, Vandenhoeck & Ruprecht, 169-188

- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, lögd* (2005, Dez.). Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen – Jahresbericht 2004
- Lehmann, H.* (2002). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Bundesgesundheitsblatt 851-865
- Lehmkuhl, G., Döpfner, M.* (2006). Die Bedeutung multimodaler Therapieansätze bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung in ADHS- Frühprävention statt Medikalisierung, 118-133, Vandenhoeck & Ruprecht
- Leung, P, Luk S, Taylor E., Mak F., Bacon Shone J* (1996). The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *British J. Psychiatry*, 168:486-496
- Leuzinger-Bohleber, M, Brandl, Y.* (Hg) (2006). ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung, Vandenhoeck & Ruprecht
- Leuzinger-Bohleber, M; Brandl, Y.* (2006). Die Frankfurter Präventionsstudie. Zur psychischen und psychosozialen Integration von verhaltensauffälligen Kindern im Kindergartenalter. In: Leuzinger-Bohleber, M, Brandl, Y. (Hg) ADHS- Frühprävention statt Medikalisierung, Vandenhoeck & Ruprecht, 238-269
- Lögd Landesinstitut öffentlicher Gesundheitsdienst* (1987) Bielefelder Screening, Eigenverlag
- Lögd Landesinstitut öffentlicher Gesundheitsdienst Gesundheitsamt Kreis Olpe DSU-* Auswertung 2005 (nicht veröffentlichte Statistik der Schulanfänger Untersuchung)
- Madigan, M.P., Troisi, R., Potischman, N., Brogan, D., Gammon, M., Malone, K., Brinton, L.A.* (2000). Characteristics of respondents and non respondents from a case- control study of breast cancer in younger women. *Int. J Epidemiol*, 29(5), 793-798
- Markie-Dadds, C., Sanders, M.R., Turner, K.M.* (2003). Das Triple P Elternarbeitsbuch, Der Ratgeber zur positiven Erziehung mit praktischen Übungen, PAG Institut für Psychologie
- Maier, A., Lange, S., Horacek, U.* (2007). Psychische Störungen und Entwicklungsauffälligkeiten früher erkennen mit neuem Kita-Vorsorgebogen, bvkj-Kinder- und Jugendarzt, 140-141
- Melchers, P., Döpfner, M.* (1993). Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), Einführung und Anleitung zur Handanweisung
- Melton, L., Dyck, P., Karnes, J.L., O'Brien, P., Service, F.J.* (1993). Non-response bias in studies of diabetic complications- The Rochester Diabetic Neuropathy Study. *J Clin Epidemiol*, 46(4), 341-348
- Molina, B.S.G., Flory, K., Hinshaw, S.P., Greiner, A.R., Arnold, L.E., Swanson, J.M., Hechtman, L., Jensen, P.S., Vitiello, B., Hoza, B., Pelham, W.E., Elliott, G.R., Wells, K.C., Abikoff, H.B., Gibbon, R.D., Marcus, S., Conners, C.K., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., March, J.S., Newcorn, J.H., Severe, J.B. & Wigal, T.* (2007). Delinquent Behavior and Emerging Substance Use in the MTA at 36 Months: Prevalence, Course, and Treatment Effects, *J.A.M. ACAD: Child and Adolescent Psychiatry*, 46:8, 1028-1040

- Parascondola, John L.* (1998). Public Health Service. A Historical Guide to the U.S. Government. New York: Oxford University Press, 487-493
- Pavuluri, M. & Luk, S.* (1996). Help- Seeking for Behavior Problems by parents of Preschool Children: A Community Studie. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 35 (2),215-222
- Petermann, F., Natzke, H., Gerken, N., Walter, H.-J.* (2006). Verhaltenstraining für Schulanfänger, Ein Programm zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen, Hogrefe
- Pott, E. & Lehmann, F.* (2002). Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen, *Bundesgesundheitsblatt* 976-983
- Ralston, S.J., Lorenzo, M. & the adore study group* (2004). ADORE- Attention Deficit Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe, *European Child & Adolescent Psychiatry* 13:1/36-1/42
- Ravens-Sieberer, U., Hölling, H., Bettge, S. & Wietzker, A.* (2002). Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendsurvey, *Das Gesundheitswesen*, Sonderheft 1, 30-35
- Ravens-Sieberer, U., Schulte-Markwort, M., Bettge S. & Barkmann, C.* (2002). Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, *Das Gesundheitswesen*, Sonderheft 1, 88-94
- Remschmidt, H., Walter, R.* (1990). Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern – mit deutschen Normen für die Child Behavior Checklist, Hogrefe
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F.* (2006). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 5. vollständig überarbeitete Auflage
- Remschmidt, H. & Heiser, P.* (2004). Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen, *Deutsches Ärzteblatt* 101(37), 2457-2458
- Rheinberg, F.* (2002). Bezugsnormen und schulische Leistungsbeurteilung, in *Leistungsmessung in Schulen*, 59-72, Hrsg. Weinert, F, Beltz
- Richiardi, L., Boffetta, P. & Merletti, F.*(2002). Analysis of nonresponse bias in a population- based case- control study on lung cancer. *J Clin Epidemiol*, 55,1033-1040
- Riedesser, P.*(2006). Einige Argumente zur ADHS-Kontroverse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung*, 111-117, Vandenhoeck & Ruprecht
- Rothenberger, A., Danckaerts, M., Döpfner, M., Sergeant, J. & Steinhausen, H.- C.* (2004). EINAQ- A European educational initiative on Attention- Deficit Hyperactivity Disorder and associated problems, *European Child & Adolescent Psychiatry* 13:1/31-1/35
- Sanders, M. R.* (1999). Triple P – Positive Parenting Program: Toward an empirically validated multilevel parenting an family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical child and Family Psychology review*, 2,71-90
- Schäfer, U.*(2005). *Sonder- oder Regelschule?* In *Barkley, R. A.* (Hg.) *Das große ADHS Handbuch für Eltern von Barkley*, Huber Verlag, 348

Schubert, I., Horch, K., Kahl, H., Köster, I., Meyer, C. & Reiter, S. (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen RKI

Schubert, I., Köster, I., Christopher, A., Ihle P., Döpfner M., Lehmkuhl, G. (2003). Hyperkinetische Störung als Krankenscheindiagnose bei Kindern und Jugendlichen- eine versorgungsepidemiologische Studie auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen, Forschungsbericht, BMGS

Schulz, G., Troest-Brinkhues, G., Plum, H. & Schlack, U. (2000). Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, Köln 1995-1999, Eigenverlag

Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. & Metevia, L. (2000). Early intervention with preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive behavior: Two-year post- treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 253-266

Sinzig, J. & Lehmkuhl, G. (2007). What do we know about the serotonergic genetic heterogeneity in attention deficit-/hyperactivity disorder and autistic disorders? *Psychopathology*, 40 (5), 329-337

Stang, A. (2007). Hyperkinetische Störungen: Ein bundesweiter Vergleich der Hospitalisationsraten, *Deutsches Ärzteblatt* 104, 19, 1306-1307

Steen, R. (2005). Geschichte des öffentlichen Gesundheitsdienstes , Band 6 Soziale Arbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst, S 24-42, S. 129-136, Ernst Reinhardt Verlag

Swanson, J.M., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Molina, B.S.G., Flory, K., Greiner, A.R., Gibbons, R.D., Hechtman, L., Jensen, P.S., Kwan, H., Vitiello, B., Hoza, B., Pelham, W.E., Elliott, G.R., Wells, K.C., Abikoff, H.B., Gibbson, R.D., Marcus, S., Conners, C.K., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., March, J.S., Newcorn, J.H., Severe, J.B. & Wigal, T. (2007). Secondary Evaluations of the MTA 36- Month Outcomes: Propensity Score and Growth Mixture Model Analyses. *Child and Adolescent Psychiatry*, 46:8, 1003-1013

Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H.-C. & Zuddas; A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade, *European Child & Adolescent Psychiatry* 13:1/7-1/30

Thapar, A., Holmes, J., Poulton, K., Harrington, R. (1999). Genetic basis of attention deficit and hyperactivity, *British Journal of Psychiatry* 174, 105-111

Thüry, G. (2001). Müll und Marmorsäulen. Siedlungshygiene in der römischen Antike, S.6ff

Vogel, K. (2003). Das Deutsche Hygiene- Museum Dresden, 1811-1990, M. Sandstein. Verlag Dresden

Voss, H. (2005, August). Kreis Olpe Zahlen Daten Fakten, Hrsg. Kreis Olpe, der Landrat

Viciano, A. (2006). Zahlen statt Mythen, von Allergie bis Motorik, die wichtigsten Ergebnisse der KIGGs-Studie, *DIE ZEIT*, 40/2006

Walter, K. (2007). Johann Peter Frank und der öffentliche Gesundheitsdienst, Rede zur Verleihung der J.P. Frank Medaille

Weisshaupt, R., Jokeit H. (2006). Was ist ADHD?, Tellmed, Psychiatrie & Neurologie

Weltgesundheitsorganisation (1950). Chronik der Weltgesundheitsorganisation, Vol. 4, Nr. 6, 633-658

Weltgesundheitsorganisation (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, klinisch diagnostische Leitlinien, ICD- 10, Verlag Hans Huber

Adresse der Autorin:

Dr. Barbara Wüst

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie

Krim 1

58540 Meinerzhagen

Vereinbarungen zwischen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Kliniken – Treffen der Regionalvertreter BAG mit den Regionalsprechern des BKJPP Diskussionsentwurf aus Rheinland-Pfalz

Gundolf Berg & Michael Brünger

Stand 15.09.2010

PRÄAMBEL:

Primäre und obligate Zielsetzung des Dialogs zwischen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Vertretern der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (incl. deren Ambulanzen und Tageskliniken) ist die Verbesserung der Versorgung. Hier können Verbesserungen erreicht werden, die letztlich nicht nur unserer primäre Aufgabe, nämlich der Versorgung unserer Patienten dienen, sondern die unsere kollegiale Zusammenarbeit weiter verbessern und uns helfen, unsere hohe fachliche Kompetenz zu nutzen, damit auch zukünftig eine qualitativ hochwertige kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ihren Platz in der Versorgungslandschaft behält.

Problem	Lösungsvorschlag	Kommentar
Unklare Zuständigkeit der Kliniken bei notfallmäßiger Aufnahme	Alle Betten führenden Kliniken definieren ihr Pflichtversorgungsgebiet eindeutig und geben die entsprechende Regelung bekannt.	Definierte Pflichtversorgungsgebiete existieren noch nicht in allen Bundesländern. Die BAG sollte eine Empfehlung bzw. soweit dies irgend möglich ist einen Standard formulieren.

Problem	Lösungsvorschlag	Kommentar
Aufnahme von Kindern und Jugendlichen aus einer Jugendhilfeeinrichtung, die aus einem anderen Bundesland bzw. Pflichtversorgungsgebiet stammen	Regelung, die sich in Rheinland-Pfalz bewährt hat: Hat der Jugendliche (auch weiterhin) seinen Lebensmittelpunkt im Pflichtversorgungsgebiet, begründet dies die Zuständigkeit der Klinik. Wird die Jugendhilfemaßnahme gekündigt und kehrt der Jugendliche an seinen ursprünglichen 1. Wohnsitz zurück, liegt die Pflichtversorgung dort.	
Die derzeitigen Regelungen der Überweisung verhindern eine sinnvolle Vernetzung zwischen Praxen und Kliniken	Die Problematik kann letztlich nur in Verhandlungen mit Kassen geregelt werden. Dies erscheint derzeit kaum erfolgreich möglich, so dass wir mit der Situation leben müssen. Wichtig erscheint eine kollegiale Zusammenarbeit, die letztlich trotz der bestehenden Einschränkungen eine Kooperation möglich macht.	
Sinnvolle Parallelbehandlungen sind seit Neuregelung erschwert	s.o. Derzeit nicht möglich. Müsste Gegenstand weiterer Verhandlungen sein, u.U. über IV-Verträge zu regeln.	Ressourcen eines Netzes müssen parallel nutzbar sein (z. B. Behandlung in der Praxis, Elterntraining in der Klinikambulanz)

Problem	Lösungsvorschlag	Kommentar
Überweisung vorstationärer Termin (Vorstationäre Pauschale vs. Quartalspauschale)	<p>Wenn ein ambulanter Vorkontakt aus Sicht des Niedergelassenen therapeutisch sinnvoll erscheint, dann wird auch eine Überweisung ausgestellt. Eine direkte Einweisung auf die Station muss grundsätzlich zwar möglich sein, sollte aber auf Notfälle beschränkt bleiben, damit für die Klinik eine sinnvolle Therapieplanung schon vor Aufnahme machbar bleibt. Näheres ist jeweils im Einzelfall, bzw. zwischen den konkreten Kooperationspartnern zu klären.</p> <p>Weiterer Gesprächsbedarf besteht aus Sicht der Niedergelassenen in der Frage der Wartezeiten für eine stationäre Aufnahme.</p>	Zeitkriterium ungeeignet
Bei Entlassung aus der Klinik ist die Weiterbehandlung in einer KJP-Praxis im gleichen Quartal derzeit oft nicht möglich	<p>Seitens der niedergelassenen KJP wird eine rasche Weiterbehandlung sichergestellt. Insbes. kurzfristige Verordnungen und Kontrollen medikamentöser Behandlungen werden sichergestellt. Seitens der Kliniken wird versucht, eine frühzeitige telefonische Information über geplante Entlassungen zu geben. Aber auch im Falle einer kurzfristigen Entlassung muss die Weiterbehandlung sichergestellt werden.</p>	Niedergelassene KJP sind nicht bereit einen Patienten zu betreuen, wenn sie nicht die SPV-Pauschale im gleichen Quartal abrechnen können.

Problem	Lösungsvorschlag	Kommentar
<p>Akutversorgung wird nicht von allen niedergelassenen Praxen geleistet</p>	<p>Niedergelassene KJP beteiligen sich an der Akutversorgung indem sie sehr rasche Termine für Notfälle anbieten und nicht a priori direkt an die Klinik weiterverweisen.</p>	<p>Nicht jede Akutversorgung in der Klinik führt zur stationären Aufnahme. Gibt es Möglichkeiten, eine Staffellung der vorhandenen Ressourcen sinnvoll einzusetzen?</p>
<p>In Zeiten der Urlaubsvertretung erfährt die Klinik von ihrer Vertretungsrolle erst durch Patienten, die auch keine Verordnung vorweisen können, die Verschreibung von Stimulanzien ist unter diesen Umständen nicht machbar. Wie soll diese Leistung der Klinik abgerechnet werden?</p>	<p>Die Praxisvertretung wird rechtzeitig geregelt. In Regionen, in welchen die Klinikambulanzen einbezogen werden dürfen, weil es keine adäquate andere ambulante Vertretung gibt, wird die Klinik vorher über den Urlaub des niedergelassenen Kollegen informiert. Patienten weisen Verordnungen vor.</p>	<p>Institutsambulanzen dürfen eigentlich gar nicht vertreten! Niedergelassene können in der Klinik arbeiten und umgekehrt. Weisungsbefugnisse beachten! Gibt es ausgewogene Gestaltungsmöglichkeiten?</p>

Nachruf Dr. Dörte Stolle

von den ehemaligen BAG-Wegbegleitern

Wir betrauern den Tod einer engagierten Fachkollegin und Mitgestalterin unserer BAG. Frau Dr. Stolle trat mit beruflicher Entschiedenheit ein für das zentrale Anliegen der modernen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, welches darauf ausgerichtet ist, jungen Menschen, die von psychischer Krankheit und schwerwiegenden Störungen ihrer Entwicklung betroffen sind, eine selbstbestimmte Persönlichkeits- und Fähigkeitsentfaltung zu ermöglichen, um ihnen trotz ihrer Beeinträchtigung die altersgemäße gesellschaftliche Zugehörigkeit zu erhalten.

Ihre Tätigkeit als langjährige Chefärztin einer großen Versorgungsklinik war genauso wie ihr Einsatz als aktives Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte von hoher sozialer Verantwortlichkeit und fachlicher Effektivität gekennzeichnet. Dass Frau Stolle die Kinder- und Jugendpsychiatrie als einen „Seismographen für gesellschaftliche Entwicklungen“, wie ein Leitreferat der diesjährigen Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke titelt, wahrgenommen hat, wurde nicht nur in der partnerschaftlichen Vorstandsarbeit der BAG sondern auch im Rahmen eines gemeinsamen mehrjährigen Bundesmodellprojekts zur integrativen Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen deutlich. Der Erfolg ihres Projektbeitrags zur Verbesserung der Versorgung von Suchtmittel abhängigen jungen Menschen im Bundesland Schleswig-Holstein setzte im Besonderen auf Lebenswirklichkeit und Sicherung der Behandlungskontinuität der Betroffenen.

Fachlichkeit, Beharrlichkeit und die freundliche Zugewandtheit von Frau Stolle werden uns in anhaltender Erinnerung bleiben.

Dr. Joachim Jungmann

Dr. Wilhelm Rotthaus

Nachruf Dr. Dörte Stolle

aus der Klinik und der heutigen BAG

Dr. Dörte Stolle war von 1987 bis 2005 Ärztliche Direktorin der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hesterberg. Sie hat dort die Nachfolge von Prof. Meyerhoff angetreten und seine Ideen vom Aufbau einer modernen Klinik weiterentwickelt.

Frau Dr. Stolle hat in ihrer Zeit eine rasante Entwicklung der therapeutischen Möglichkeiten miterlebt und durch ihr Wirken begleitet. Unter ihrer Leitung entwickelte sich differenziertes Behandlungsspektrum, neuen Ideen und Behandlungsansätzen stand sie aufgeschlossen und pragmatisch gegenüber. So förderte sie in der Klinik die Entwicklung des therapeutischen Reitens und der Systemischen Therapie, aber auch die Differenzierung der Behandlungsansätze und Stationsausrichtungen. Unter anderem entstand in ihrer Zeit die Station für Suchtmittel konsumierende Jugendliche. Frau Dr. Stolle sah die Chancen einer Vernetzung und trieb die Kooperation mit den benachbarten Kliniken, den niedergelassenen Fachärzten und den Einrichtungen der Jugendhilfe und Gesundheitsämtern voran. Sie engagierte sich berufspolitisch in der BAG der Leitenden Klinikärzte, war langjähriges Vorstandsmitglied und sorgte so für einen überregionalen Austausch.

Trotz klarer Vorstellungen und Anforderungen an ihre Mitarbeiter verstand sie es, eine freundliche Arbeitsatmosphäre zu schaffen und ihre Mitarbeiter für neue Aufgaben zu interessieren. Sie engagierte sich für eine gute Arbeitssituation von Müttern in der Klinik und ermöglichte – weit vorausschauend und vor jeder Förderung durch e-quality Zertifikate etc. – die Koordination von Familie und Beruf. Im Kontakt zu Patienten und Mitarbeitern war sie einführend und warmherzig. Dadurch war sie den Kinderpsychiaterinnen, die sich mit dem Gedanken trugen, eine Leitungsfunktion auszuüben, ein lebendiges Vorbild.

Frau Dr. Stolle erzählte gerne von ihren Pferden. Sie ritt in ihrer Freizeit und richtete sich für ihr Hobby immer etwas Spielraum ein. Ihre Erfahrungen als Kinder- und Jugendpsychiaterin setzte sie in kreative Energie um. Am Ende ihrer Laufbahn veröffentlichte sie einen beachteten Roman zum Thema und Fachbücher: „Dissoziale Jugendliche“ und eines über die spezielle Entwicklung von Mädchen. Bei der letzten Begegnung berichtete sie über ein neues schriftstellerisches Projekt, das nun unvollendet bleibt – sie hatte noch viel vor. Frau Dr. Stolle ist im Juli 2010, für alle die sie kannten unerwartet, verstorben und wurde im engsten Familienkreis beigesetzt. Wir behalten sie als engagierte Kollegin in dankbarer Erinnerung.

Dr. Martin Jung

Prof. Dr. Renate Schepker

Nachruf Professor Dr. Ulrich Knölker

Prof. Dr. med. Ulrich Knölker ist im September diesen Jahres nach langer und schwerer Krankheit von uns gegangen.

Die Deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie verliert mit Ulrich Knölker einen integeren, warmherzigen, umfassend gebildeten und hochgeschätzten Kollegen, Freund und Mentor.

Ulrich Knölker, geboren 1942, studierte in Würzburg, Wien und Hamburg. Er absolvierte in seiner Heimatstadt Berlin seine Pädiatriebildung, wechselte in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und ging mit seinem Lehrer Professor Nissen nach Würzburg, wo er über Zwangsstörungen habilitierte. Wer ihn näher kannte, dem sind noch seine liebevoll ironischen Vergleiche zwischen der Berliner und der Fränkischen Mentalität in Erinnerung.

Er wechselte in die im Aufbau befindliche Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie nach Lübeck, baute die dortige Klinik auf und führte nach auch für ihn persönlich unerfreulichen Umstrukturierungen die Poliklinik der Universität weiter.

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte von Ulrich Knölker waren stets die affektiven Erkrankungen, sein Schwerpunkt die Zwangsstörungen, aber auch in umfassender Weise das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. Ebenso leistete er eine umfangreiche gutachterliche Tätigkeit, war ein geschätzter Lehrer, Supervisor und Berater.

Unvergessen bleibt Ulrich Knölker aber als wertschätzender, fordernder und fördernder Chefarzt, der es stets verstand, genau die richtigen Personen, Talente und Teams zusammenzustellen, so dass es für alle eine Freude war, mit ihm zusammenzuarbeiten.

Durch seine gute Vernetzung innerhalb des Fachgebietes ermöglichte er nachwachsenden Kollegen einen intensiven Austausch ohne hinderlichen Schultreit, sondern stets an der Sache und am Patienten orientiert.

Ulrich Knölkers wertschätzender und immer auch humorvoll ressourcenorientierter Umgang mit problematischen Patienten und Familien und seine Grundwerte einer auf naturwissenschaftlicher Basis beruhenden sozialen Psychiatrie waren für viele Mitarbeiter prägend. Sein von therapeutischer Haltung durchdrungenes Denken ermöglichte die stets gute Stimmung und Atmosphäre in den Teams, welche mitverantwortlich war für das Fundament der fachlich und qualitativ hochstehenden Behandlungen in seiner Klinik.

In den letzten Jahren musste sich Ulrich Knölker wegen seiner Erkrankung zunehmend zurückziehen. Er bleibt uns in Erinnerung als persönlich bescheidener und feingeistiger Mensch, fachlich als großer und prägender Kollege.

Dr. Oliver Bilke-Hentsch

Dr. Matthias Schmelzle

Buchrezensionen

Julia Bellabarba & Christine Kuch: **Qualitätsmanagement jenseits von Checklisten – wie Qualitätsmanagement in der Praxis wirklich Nutzen bringt.** 2009, 252 S., Hardcover, 54,95 €; Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. ISBN/EAN:978-3-939069-89-8

„Landläufigen Meinungen zum Trotz geht es im Qualitätsmanagement in erster Linie nicht darum zu dokumentieren, was man sowieso macht, sondern darum zu überlegen, wie man das, was man macht, besser machen könnte“ (S. 113).

Dass es beim Qualitätsmanagement nicht um ein Plus an Arbeit, sondern um eine Mehr an Qualität (und mittelfristig um ein Weniger an Arbeit) gehen kann, dies verdeutlicht dieses Buch sehr nachhaltig. Didaktisch sehr gut aufgebaut, führt es an Hand der 6 Bereiche „Grundlagen“, „Einführung in das Qualitätsmanagement“, „QM-Tools“, „Veränderungsmethoden“, „Kommunikation, Vertrauen und Verbindlichkeit“ sowie „Praxisbeispiele“ nebst einem Anhang und in griffigen 32 Beiträgen sehr gut und umfassend zum und durch das Thema Qualitätsmanagement und deren praktischer Umsetzung. Zur ausgezeichneten Lesbarkeit tragen neben den kurz gehaltenen und sehr griffig formulierten Abschnitten – nur 2 aus dem Bereich „Praxisbeispiele“ umfassen mehr als 10 Seiten – die hohen Detailkenntnisse und die große Praxiserfahrung beider Autorinnen, die sich wie ein unterliegender roter Faden durchs ganze Buch ziehen, bei. Die Praxisrelevanz erhöht wird durch die Autorenschaft von Praktikern für die 7 reinen Praxisbeispiele quer durch die verschiedenen medizinischen Disziplinen, von der Schmerzbehandlung bis zur Depression, von der Praxis bis zum MVZ. Dabei kommt es nicht zu einer Vernachlässigung notwendiger theoretischer Basisvermittlung, die sich z.B. in dem Übersichtsartikel über die gängigen, eher checklistenbasierten klassischen QM-Programme, vor allem aber in den vielen darüber hinausgehend vorgestellten Methoden und Möglichkeiten der Qualitätssicherungsmaßnahmen, der Darstellung der rechtlichen Bestimmungen sowie Rahmgebung und Fragen bzgl. Zertifizierung zeigen. Angenehm dabei, dass diese nicht wertend, sondern als mögliche Alternativen, deren Auswahl ganz dem An-

wender überlassen bleibt, dargestellt werden. Sehr anwenderfreundlich sind auch die übersichtlich gehaltenen Quellenangaben im Anschluss an jeden Artikel. Dabei finden nicht nur klassische Medien, sondern auch Quellen im Netz und nutzerfreundliche Downloads Beachtung.

Empfehlenswert scheint mir das Buch sowohl für Neueinsteiger mit dem Bedürfnis nach Übersicht als auch insbesondere für Nutzer, die bereits Erfahrung mit klassischen QM-Maßnahmen haben, darüber hinaus aber Anregung und Hilfestellungen, besonders „jenseits der Checklisten“ suchen – und hier bekommen.

H.-G. Löffler, Breklum

Daniel Seyfried und Regina Winkler: **Ein Tag in Pauls Familie - Arbeitsmaterialien für kindliche Zeugen von häuslicher Gewalt**. 2008, 55 S. m. zahlr. farb. Illustr., Hardcover, 14,80 €. dgvt Verlag, Tübingen, ISBN: 9783871590849

Das gut 50-seitige Buch, das aus einem Projekt der Beratungsstelle „Neue Wege“ zusammen mit der Stadt Bochum entstanden ist, wendet sich explizit an Kinder, die Zeugen häuslicher Gewalt geworden sind. Es gliedert sich grob in 5 Kapitel mit anhängender Literatur- und Materialempfehlung und Protokollbögen (die benutzerfreundlich als Kopiervorlagen zur Verfügung stehen). Im 1. Kapitel wird kurz und knapp die Entstehungsgeschichte und das Einsatzgebiets vorgestellt. Das 2. Kapitel fasst kurz die wichtigsten Daten zum Thema zusammen. Gewicht bekommen hier – sehr aner kennenswert! – neben den reinen Fakten auch die Sorgen, Nöte, Empfindungen und Gefühle der Kinder, sowie die innerfamiliären Beziehungen, die interpersonalen Abhängigkeiten und die daraus resultierenden Beziehungsmuster und intrapsychischen Prozesse. Im 3. Kapitel wird in 15 stimmig gemalten Bildern die Geschichte eines schulisch unaufmerksamen, sozial ängstlichen und etwas isolierten Jungen, der entspannt mit der Mutter zu Hause den Nachmittag verbringt, aber ängstlich der Rückkehr des Vaters und dem Verlauf des Abends entgegen sieht, erzählt. Obwohl der Vater ihm liebevoll eine Gute-Nacht-Geschichte erzählt, erfüllt sich der sehnliche Wunsch des Jungen nach einen friedlichen Abend nicht, denn er hört ihn sehr beunruhigende Geräusche, die ihn hilf-

los machen. Hier hört die Geschichte auf und soll Anregung für weitere Erzählmöglichkeiten für betroffene Kinder bieten. Daran anschließend werden zu jedem Bild „Fragestellungen“ und Vorschläge zur „Therapie“, jeweils in Form kurzer Sätze oder Vorschläge, angeboten. Im 5. Kapitel werden unter den Stichworten Schuld- und Schamgefühle/Überforderung, Wut, Angst/Hilflosigkeit, Vertrauen, Selbstwert, Ambivalenz, Rollenbilder und Geheimnisse sehr wichtige Themen angesprochen und mit konkreten Vorschlägen zum Umgang kommentiert. Allerdings macht der Umfang von 4 Seiten schon deutlich, dass dies nicht mehr als Stichworte sein können.

Obwohl vorher selbst auf den engen Zusammenhang von Gewalt gegenüber der Mutter und Gewalt auch gegen das Kind hingewiesen wird (60 % der Fälle!), wird in den Bildern hauptsächlich der Aspekt der Gewalt gegen die Mutter thematisiert. Vielleicht wäre in einer weiteren Auflage ein zweiter Erzählstrang zum Thema von Kindern erlittener Gewalt möglich.

Ungeachtet dessen stellt die Bildgeschichte mit dem offenen Abschluss eine sehr gute Möglichkeit dar, mit Kindern das Thema erlebter familiärer Gewalt zu bearbeiten und in Bilder oder Worte zu bringen.

H.-G. Löffler, Breklum

Eia Asen, Michael Scholz: **Praxis der Multifamilientherapie**. 2009, 165 S., Softcover, 19,95 €. Carl-Auer Verlag, Heidelberg. ISBN: 9783896706621

Das Buch stellt den zunächst in London (Eia Asen, Marlborough Family Service) entwickelten und ab den 90igern parallel in Dresden (Michael Scholz, Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie) weiterentwickelten Ansatz der gleichzeitigen Psychotherapie mit mehreren Familien bei vorrangig kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen dar. Der Begriff „Praxis“ im Titel des Buches erfährt hier einen ausgesprochen hohen Stellenwert und wird inhaltlich eindrucksvoll in den Vordergrund gestellt.

Im Anschluss an eine kurze Vorbemerkung werden in 2 kompakten und didaktisch sehr gut verständlichen Kapiteln die „Entwicklung und Prinzipien der Multifamilientherapie (MFT)“ und allgemeine theoretische Gesichtspunkte dargelegt. Ursprünglich aus dem Bereich der „Multiproblemfamilien“ bzw. „Multiinstitutionenfamilien“ (mit z. T. widerstrebenden Expertenbeiträgen bzw. entsprechender Konsumhaltung) entstanden, findet es heute

in vielfältigen Gebieten Anwendung. Dabei wird betont, dass die MFT kein eigenständig singuläres Verfahren darstellt, sondern komplementär in multimodalen Behandlungen eingesetzt wird. Herausgestellt wird der Ursprung aus dem Bereich systemischer Einzel- und Gruppentherapien. Gleichzeitig wird der hohe Grad an Strukturiertheit des Verfahrens sehr verdeutlicht, was nicht zuletzt durch die häufigen Rollen- und damit Perspektivenwechsel aller Beteiligter bedingt ist.

Zu Grunde gelegt wird die „Erkenntnis, dass Menschen in Konfliktsituationen für das eigene Problem meist eine eingeschränkte Sichtweise haben, aber eine hohe Sensitivität für ähnliche Probleme bei anderen“. Dies wird mittels der dadurch entstehenden „Vielzahl differenzierter Außenperspektiven“ für die gleichzeitige Arbeit mit mehreren Familien genutzt. Grundlegend ist dabei eine Atmosphäre der gegenseitigen Anteilnahme, des Verstehens und der Transparenz sowie die Nutzung „spezifischer gruppentherapeutischer Wirkfaktoren“. Spezifisch systemtherapeutisch wird betont, dass die Rolle der Therapeuten nicht die der ‚besseren Eltern‘, sondern derer, die auf dem „therapeutischen Rücksitz“ Platz nehmen, ist. Allgemeine systemische Interventionen (Beobachtung, Wahrnehmungsvergleich, Bewertung, Veränderungswunsch und Aktion) sowie spezifische MFT-Techniken (Videofeedback, Rollentausch, Adoptivverfahren, Urkunden) werden zum Ende des Theorieteils dargestellt und typische Problemsituationen inkl. möglicher Umgangsmöglichkeiten damit besprochen.

Im folgenden Kapitel, das mengenmäßig etwa die Hälfte des ganzen Buches einnimmt, werden einzelne Übungen dargestellt. Dabei wird ein einheitliches Darstellungsprinzip (Einsatzmöglichkeiten, Ablauf, Therapieziel, Materialien, Anweisung, Auswertungsfokus und kritische Therapiesituationen) angewandt, was die Übersichtlichkeit, aber auch die praktische Nutzung erheblich erleichtert. Übergeordnet ist eine Einteilung in Gruppen-, Familien-, Eltern-, Individuums- und Störungsbezogenheit. Die insgesamt 49 vorgestellten Übungen decken dabei ein recht breites Spektrum von bekannt bewährten über neu komponierte bis zu ganz neuen kreativen Ideen und Einsatzmöglichkeiten, nicht nur aus dem systemischen Bereich, ab. Sie stellen eine recht solide Grundlage dar, sind aber darüber hinaus ein Ideenlieferant, der anregt, besonders in verzwickten therapeutischen Situationen Möglichkeiten der Lösungsentwicklung selbst weiterzuentwickeln.

Im vorletzten Kapitel „Spezielle Anwendungsgebiete und Projekte“ werden verschiedene Modelle der konkreten Umsetzung in unterschiedlichen Helferbereichen (Klinik, Schule, frühe Elternschaft, etc.), aber auch verschiedenen diagnoseorientierten Settings (inklusive psychotischer Störungen) konkret

vorgestellt und in ihren Besonderheiten beschrieben. Auch hier herrscht neben der Besprechung übergeordneter Gesichtspunkte eine nutzerfreundliche Praxisorientierung und offene Darstellung der verschiedenen Operationalisierungsmöglichkeiten vor.

Im Schlusskapitel „Praktische Erwägungen“ werden vor dem Hintergrund der eigenen Anwendungen und Projekte Fragen zu Personal- und Raumbedarf, aber auch dem finanziellen Bedarf diskutiert. An dieser Stelle werden Ergebnisse verschiedener Studien hinsichtlich Outcome und Wirksamkeit, aber auch zu Kontraindikation und Ausbildung in diesem Verfahren erörtert. Jochen Schweitzer nennt im Vorwort berechtigterweise das Buch ein „Kochbuch der gehobenen systemischen Cuisine“. Insbesondere in Zeiten, in denen viel über Konsumhaltung der Klienten und Multiinstitutionsfamilien gesprochen und geklagt wird, stellt das vorgestellte Vorgehen eine hilfreiche und ermutigende Lösungsmöglichkeit dar. Nicht zuletzt der sehr pragmatische Ansatz dürfte auch zur – bereits begonnenen – Verbreitung dieses Ansatzes im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie beigetragen haben und dies weiterhin tun. Dabei können m. E. sowohl mit der Methode bereits Vertraute als auch noch unerfahrene Therapeuten sehr von dem Buch profitieren.

Rundherum ein Buch, das Therapeuten mit Freude am kreativen, Systembezogenen, nicht nur systemischen, Arbeiten und besonders in schwierigen Situationen eine große Anregung und Hilfe sein kann und von daher sicher ein breites Publikum finden wird.

H.-G. Löffler, Breklum

Spiel-Rezension

Esther-Maria Keil: **Malen im Quadrat – Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Handlungsplanung**. 52,- €. Manfred-Vogt-Spieleverlag, Bremen, in Kooperation mit Ravensburger. http://shop.strato.de/epages/61070738.sf/de_CH/?ObjectPath=/Shops/61070738/Categories

AD(H)D und Co: woran denken Sie spontan bei den Therapieangeboten für Kinder mit ADHS? Voraussichtlich wie die meisten an Trainings, Medikamente, Pädagogik, etc. Unter dem Stichwort „Spiele“ wahrscheinlich am ehesten an Computerspiele.

Natürlich zutreffend, aber tatsächlich gibt es auch viele Spiele im klassischen Format, die Entsprechendes schulen. Eines der neueren Spiele speziell zur Förderung von Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Handlungsplanung ist das Spiel „Malen im Quadrat“ von Esther-Maria Keil. Ziel des Spiels ist der Einsatz als Trainingsinstrument in der therapeutischen und pädagogischen Förderung. Kinder und Jugendlichen sollen ihr „Aktivitätspotential kennen und regulieren lernen und eine systematische Aufgaben- und Zielorientierung trainieren“.

Das Spiel besteht zunächst aus 3 Sets von je 6 kleinen quadratischen Bildkarten (Format 8 x 8 cm) mit verschiedenen geometrischen Figuren mit aufsteigendem Schwierigkeitsgrad als Vorgabe. Die Figuren sind in unterschiedlichen Farben ausgemalt. Ein Kind muss nach den exakten verbalen Angaben eines Mitspielers, entweder per vorgegebenem Text zum Nachsprechen oder als freie Formulierung, die geometrischen Figuren durch das Ziehen von Linien per Stift und mit Hilfe eines Lineals in ein leeres Quadrat einzeichnen und anschließend entsprechend kolorieren. Dies kann sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting erfolgen. Gefragt sind insbesondere seitens des Instruktors genaues Erfassen und Instruieren, aber auch Bezugnahme auf die Reaktionen des Malers; auf der anderen Seite übt der Maler genaues Zuhören und Umsetzen der Vorgaben.

Zunächst erscheinen die vorgegebenen Figuren als recht kompliziert; mit Hilfe der vorgegebenen Texte und der darin enthaltenen Strukturierungsvorschläge lernen die Spieler aber recht schnell, die komplexen Muster gut zu erfassen und zu erklären bzw. genau hinzuhören und erfolgreich zu malen.

Die meisten Kinder nehmen das Spiel sehr gerne an und sind mit Spaß dabei. Akzeptanz und Spaßfaktor sind auf der Kinderseite groß. Ein Üben der Fähigkeiten erfolgt recht spielerisch und ist den wenigsten bewusst.

Das schnell aufgebaute und nutzerfreundlich gestaltete Spiel lässt sich somit sehr gut in verschiedene Trainings problemlos einbauen und sehr variabel nutzen. Als Spiel ist es auch sehr gut im häuslichen Alltag und zum Üben im familiären Rahmen zu nutzen und für den Transfer erlernter Fertigkeiten in den Alltag geeignet. Von daher eignet sich das Spiel als ein sinnvoller Baustein zur Förderung von Kindern mit Problemen bei der Aufmerksamkeitssteuerung recht gut.

H.-G. Löffler, Breklum

Erratum

Stellungnahme zu den MTA-Langzeitergebnissen von Götz-Erik Trott & Klaus-Ulrich Oehler in Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (3), 90-95: Versehentlich wurde eine von der Redaktion bearbeitete Fassung des Artikels nicht wie sonst üblich mit den Autoren abgestimmt und unabgesprochen veröffentlicht. Dadurch ist die inhaltliche Aussage des Artikels aus Sicht der Autoren verändert worden. Der Originalabsatz lautet: „Dieses kann in optimaler Weise durch die ärztlich-kinderpsychiatrische Behandlung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erreicht werden. Weniger Erfolg versprechend sind kurzzeitige hochintensive und auch teure Therapiemaßnahmen, wie z. B. Richtlinienpsychotherapie. Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, die die Möglichkeit eröffnet, die Patienten jahrelang zu begleiten und das therapeutische Angebot den individuellen Bedürfnissen anzupassen, scheint ideal geeignet zu sein, um die Prognose der Patienten zu verbessern, und das bei einem unerreicht günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis.“

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, BKJPP-Geschäftsstelle c/o Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernseh-sendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschreiben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- ✓ Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.