

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3685>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Korsch, Franziska; Petermann, Franz

Titel: Früherkennung von Verhaltensstörungen durch die
schulärztliche Eingangsuntersuchung

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61
(9), 691-705

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

ÜBERSICHTSARBEITEN

Früherkennung von Verhaltensstörungen durch die schulärztliche Eingangsuntersuchung

Franziska Korsch und Franz Petermann

Summary

Identification of Early Childhood Behavioral Disorders by German Preschool Medical Examinations

Increasing prevalence of behavioral disorders among preschool children, such as ADHD, conduct and emotional disorders, has led to growing interest in research concerning prevention measures and early identification of children at risk. This paper gives an overview of prevalence data and characteristics of behavioural disorders in preschool children and their influence on the children's quality of life. The necessity of diagnostic measures in early childhood is discussed and German prevention programmes for preschoolers are reviewed for their ability to identify children at risk.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 691-705

Keywords

ADHD – conduct disorder – emotional disorder – school entry – prevention

Zusammenfassung

Frühkindliche Verhaltensstörungen wie ADHS, Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen, können die Einschulung eines Kindes und damit den ersten Schritt in Richtung einer erfolgreichen schulischen Laufbahn erheblich beeinträchtigen, was die Notwendigkeit einer frühzeitigen Identifizierung von Risikokindern verdeutlicht, um diesen noch vor der Einschulung die benötigten Interventionsmaßnahmen zuführen zu können. In diesem Beitrag werden aktuelle Angaben zu Häufigkeiten von Symptomen einer Verhaltensstörung und Prävalenzangaben zu Verhaltensstörungen bei Schulanfängern berichtet, sowie der Einfluss der Störungen auf die Lebensqualität betroffener Kinder erörtert. Die Notwendigkeit einer frühen Diagnostik wird diskutiert und Limitationen etablierter Früherkennungsprogramme des Vorschulalters bezüglich der Identifizierung von Verhaltensstörungen werden besprochen.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 691 – 705 (2012), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

Schlagwörter

ADHS – Störung des Sozialverhaltens – emotionale Störung – schulärztliche Eingangsuntersuchung – Früherkennung

1 Hintergrund

Mit dem Schuleintritt müssen sich Kinder an schulische Leistungsnormen gewöhnen, neue Lerninhalte erschließen und sich in einem neuen sozialen Umfeld orientieren. Für die erfolgreiche Bewältigung dieses Entwicklungsschritts wird nicht nur eine altersentsprechende kognitive und körperliche Entwicklung benötigt. Schulanfänger müssen auch in der Lage sein, ihr Verhalten an die neuen Regeln und Strukturen anzupassen (Koglin u. Petermann, 2008; Oldenhage, Daseking, Petermann, 2009). Kinder mit einer Verhaltensstörung haben häufig Schwierigkeiten, diese Anpassung vorzunehmen (Koglin u. Petermann, 2008) und es besteht die Gefahr einer frühen Beeinträchtigung des schulischen Werdegangs (Giovanni et al., 2005; Willcutt et al., 2007), weshalb die Möglichkeit der Früherkennung von Verhaltensstörungen zunehmend an Bedeutung gewinnt. Im vorliegenden Beitrag werden die Fragen diskutiert, ob die Diagnostik von Verhaltensstörungen in der frühen Kindheit angemessen ist und ob die bundesweit bereits etablierten Früherkennungsmaßnahmen zur Identifizierung von Risikokindern geeignet sind.

2 Prävalenzen frühkindlicher Verhaltensstörungen

Verhaltensstörungen sind durch situationsübergreifendes, altersunangemessenes und schwerwiegendes Verhalten gekennzeichnet und beeinträchtigen die kindliche Entwicklung über einen längeren Zeitraum (Petermann u. Petermann, 2011). In diesem Beitrag wird auf die für das Vorschulalter typischen externalisierenden Störungen mit oppositioneller, aggressiver oder hyperkinetischer Symptomäußerung und die internalisierenden emotionalen Störungen wie soziale Ängstlichkeit und Depression eingegangen (vgl. Garnefski, Kraaija, van Etten, 2005). Wurde keine vollständige Diagnostik, sondern lediglich ein Screeningverfahren verwendet, wird vom Vorliegen von Symptomen gesprochen. Eine detaillierte Darstellung der Diagnosekriterien der Störungsgruppen ist z. B. bei Petermann (2008) oder Remschmidt, Schmidt und Poustka (2006) zu finden.

Zur Prävalenz kindlicher Verhaltensstörungen existieren zahlreiche Angaben, die jedoch zum Teil stark differieren. Allgemein werden 5-16 % der Kindergartenkinder als sehr, und weitere 19 % als grenzwertig subklinisch verhaltensauffällig beschrieben (Elberling, Linneberg, Olsen, Goodman, Skovgaard, 2010; Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer, Schlack, 2007; Tröster u. Reineke, 2007). Zur Verteilung externalisierender

und internalisierender Störungsbilder gibt es unterschiedliche Befunde: Eine Studie von Giovanni et al. (2005) ergab ein Überwiegen externalisierender Verhaltensstörungen mit 10,3 % gegenüber 7,2 %, während nach den Ergebnissen von Kuschel, Heinrichs, Bertram, Naumann und Hahlweg (2008) internalisierende Störungen häufiger vertreten sind (9-16 % gegenüber 5-9 %). Symptommhäufigkeiten sind Tabelle 1, Angaben zu Prävalenzen von Verhaltensstörungen Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 1: Angaben zur Häufigkeit der Symptome von Verhaltensstörungen in Kindergarten und Grundschule

Quelle	Hölling et al. (2007)	Baker et al. (2010)	Elberling et al. (2010)	Haffner et al. (2002)	Tröster u. Reineke (2007)	Giovan- ni et al. (2005)	Hölling et al. (2007)	Ravens- Sieberer et al. (2007)
	Kindergarten				Grundschule			
N	3875	141	3501	4363	732	131	4148	1133
Alter	3-6	5	5-7	6	3-6	Erstklässler	7-10	7-10
Verfahren	SDQ	CBCL	SDQ	CBCL	VBV 3-6	CBCL	SDQ	SDQ
Hyperaktivität/ Unaufmerksam- keit	8,2 %	12,1 %	0,7 %	6,5 %	9,4-11,7 %	10,9 %	10,5 %	3,5 %
aggressives Verhalten	15,8 %	-	3,0 %	7,8 %	-	-	15,1 %	7,9 %
oppositionell- aggressiv	-	24,1 %	-	-	9-11,8 %	-	-	-
emotionale Probleme	6,6 %	22,3 %	1,5 %	7,5 %	20,1-21,4 %	8,9 %	10,4 %	14,5 %
Ängstlichkeit	-	17 %	-	-	-	-	-	9,3 %
Depressivität	-	5,3 %	-	-	-	-	-	5,2 %

Anmerkungen: CBCL: Child Behavioral Checklist; SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire; VBV 3-6: Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder

Demnach gehören hyperkinetische Störungen zu den häufigsten Problembereichen im Kindergarten, wobei 0,7-12,1 % der Kinder Probleme mit Hyperaktivität zeigen (Baker, Neece, Fenning, Crnic, Blacher, 2010; Elberling et al., 2010) und bei 1,9-10,7 % eine Diagnose aus dem Bereich der ADHS vorliegt (Ford, Goodman, Meltzer, 2003; Haffner et al., 2002). Probleme mit Sozialverhalten oder Aggressionen werden bei 3,0-15,8 % berichtet (Elberling et al., 2010; Hölling et al., 2007) und 2,5-6,7 % der Kinder tragen eine Diagnose aus dem Bereich der Störungen des Sozialverhaltens (Haffner et al., 2002; Kim-Cohen et al., 2005). Schwierigkeiten im emotionalen Bereich betreffen 1,5-22,3 % (Baker et al., 2010; Elberling et al., 2010) und bei 3,3-5,1 % liegt eine entsprechende Diagnose vor (Ford et al., 2003; Haffner et al., 2002).

Tabelle 2: Angaben zur Prävalenz von Verhaltensstörungen in Kindergarten und Grundschule

Quelle	Kim-Cohen et al. (2005)	Ford et al. (2003)	Haffner et al. (2002)	Green et al. (2005)	Ford et al. (2003)	Merikangas et al. (2010)
	Kindergarten				Grundschule	
N	2232	2964	4363	3926	2949	1148
Alter	4,5-5	5-7	6	5-10	8-10	8-11
Verfahren	Kriterien-Liste nach DSM-IV	DAWBA DSM-IV	AMDP-System und ICD-10	ICD-10 Kriterien	DAWBA DSM-IV	DISC DSM-IV
ADHS	-	1,9 %	10,7 %	1,6 %	2,5 %	9,9 %
SSV	2,5-6,6 %	-	6,7 %	4,9 %	-	1,5 %
oppositionell-aggressiv	-	2,7 %	-	3,5 %	2,8 %	-
emotionale Störung	-	3,3 %	5,1 %	2,4 %	3,4 %	3,3 %
Angststörungen	-	3,2 %	-	2,2 %	3,1 %	0,9 %
Depression	-	0,1 %	-	0,2 %	0,3 %	2,4 %

Anmerkungen: ADHS: Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung; AMDP: Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie; DAWBA: The Development and Well-Being Assessment; DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children; SSV: Störung des Sozialverhaltens

Auch nach der Einschulung bleiben Verhaltensstörungen eine bedeutende Problematik und 12,7-14,8 % der Grundschüler haben eine Verhaltensstörung (Merikangas, Nakamura, Kessler, 2009) und bereits zum Zeitpunkt der Einschulung sind über 5 % der Kinder wegen auffälligem Verhalten in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung. 4-13,6 % der Eltern geben in Fragebögen an, dass ihr Kind wegen auffälligen Verhaltens eine Behandlung benötige und weitere 4 % der Eltern sind sich über den Behandlungsbedarf ihres Kindes unsicher (Haffner et al., 2002; Kuschel et al., 2008). Wie den Tabellen 1 und 2 zu entnehmen ist, fallen 3,5-10,9 % der Grundschüler in Screeningverfahren durch Hyperaktivität oder Unaufmerksamkeit auf (Giovanni et al., 2005; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, Erhart, 2007) und 1,6-9,9 % haben eine diagnostizierte ADHS (Green, McGinnity, Meltzer, Ford, Goodman, 2005; Merikangas et al., 2010). Aggressives Verhalten wird bei 7,9-15,1 % berichtet (Hölling et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2007) und mindestens 1,5-4,9 % weisen die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens auf (Green et al., 2005; Merikangas et al., 2010). Emotionale Schwierigkeiten liegen bei 8,9-14,5 % vor (Giovanni et al., 2005; Ravens-Sieberer et al., 2007) und 2,4-3,4 % der Grundschüler haben eine diagnostizierte emotionale Störung (Ford et al., 2003; Green et al., 2005).

2.1 Inkonsistente Angaben

Gründe für die schwankenden Angaben zur Auftretenshäufigkeit kindlicher Verhaltensstörungen können Unterschiede in den Untersuchungsdesigns sein, z. B. aufgrund unterschiedlicher Messinstrumente und Diagnosekriterien (Döpfner u. Petermann, 2012). Auch der Zeitpunkt der Untersuchung ist von Bedeutung. So erklären Elberling et al. (2010) das geringe Auftreten von Verhaltensstörungen in ihrer Untersuchung damit, dass Kindergartenkinder geringeren Leistungs- und Verhaltensanforderungen unterliegen, weshalb nach der Einschulung mit einem Anstieg des auffälligen Verhaltens zu rechnen sei. Ein weiterer Grund für die differierenden Angaben können unterschiedlichen Quellen der Beurteilung oder durch die fremde Untersuchungssituation verändertes Verhalten sein (Döpfner u. Petermann, 2012). Bei der Diagnostik einer Verhaltensstörung im Vorschulalter werden in der Regel Eltern und Erzieher durch Interviews oder Fremdbeurteilungsfragebögen in den diagnostischen Prozess einbezogen. Zur Übereinstimmung der Verhaltensbeurteilung beider Elternteile existieren im deutschsprachigen Raum nur wenige Publikationen. Vorliegende Studien zeigen jedoch, dass Eltern in ihrem Urteil in Fragebögen mit einer Intraklassenkorrelation (ICC) zwischen .51 und .70 (Median .64) übereinstimmen (Kuschel, Heinrichs, Bertram, Naumann, Hahlweg, 2007), wobei nach Wirtz (2004) ab einem Wert von .70 von einer guten Übereinstimmung ausgegangen werden kann, wohingegen ICC unter .50 als schwach zu interpretieren sind und nicht mehr von einer Übereinstimmung im Urteil auszugehen ist. Die besten Übereinstimmungen fanden sich für externalisierende Verhaltensbereiche ($ICC = .70$), wobei Mütter die Intensität des auffälligen Verhaltens signifikant höher einstufen als Väter (Kuschel et al., 2008). Findet die Diagnostik situationsübergreifend durch Befragung eines Elternteils und der pädagogischen Fachkräfte des Kindes statt, fanden sich jedoch lediglich ICC in dem Bereich zwischen .18 bis .30 (Kuschel et al., 2007). Dabei beschreiben Eltern ihre Kinder generell als auffälliger und berichten mehr oppositionell-aggressives Verhalten, während Lehrer emotionales und hyperkinetisches Problemverhalten in den Vordergrund stellen (Elberling et al., 2010; Giovanni et al., 2005). Folglich scheint zur Verhaltensbeurteilung die Befragung eines Elternteils ausreichend, wohingegen nicht auf das Urteil der pädagogischen Fachkräfte verzichtet werden sollte, um die Gefahr falsch negativer oder positiver Ergebnisse im diagnostischen Prozess zu verringern und somit auch die Kosten unnötiger Folgeuntersuchungen und Behandlungsmaßnahmen zu reduzieren.

3 Folgen früher Verhaltensstörungen

Vorschulkinder mit einer Verhaltensstörung zeigen im Vergleich zu verhaltensunauffälligen Kindern signifikant niedrigere physische Gesundheit (Green et al., 2005) und eine signifikant verringerte Lebensqualität (Hakkaart-van Roijen et al., 2007; Wade-

pohl, Koglin, Vonderlin, Petermann, 2011). Ein Erklärungsansatz für das verringerte psychosoziale Wohlbefinden ist, dass verhaltensauffällige Kinder bei Gleichaltrigen sozial schlechter gestellt sind und mehr Schwierigkeiten haben, Freundschaften zu schließen und aufrecht zu erhalten, oder an Gruppenaktivitäten teilzunehmen (Ekornås, Heimann, Tjus, Heyerdahl, Lundervold, 2011; Green et al., 2005). Auch das schulische Leistungspotenzial kann beeinträchtigt werden und Kinder mit einer Verhaltensstörung zeigen schon im Kindergarten verringerte Vorläuferfertigkeiten schulischer Lerninhalte (Willcutt et al., 2007). Auch werden schlechtere Leistungen in der Grundschule berichtet und der weitere schulische und berufliche Werdegang kann beeinträchtigt werden (Kim-Cohen et al., 2005; Willcutt et al., 2007). Betroffene Kinder werden von Lehrkräften bezüglich des Lern- und Unterrichtsverhaltens signifikant schlechter eingestuft (Massetti et al., 2008; Stöckli, 2004; Willcutt et al., 2007), stehen in ihrer kognitiven Entwicklung bis zu zwei Jahre hinter ihren Klassenkameraden zurück (Green et al., 2005) und bleiben häufiger und länger vom Unterricht fern als verhaltensunauffällige Kinder (Green et al., 2005). Vor allem bei externalisierenden Verhaltensstörungen geht ein früher Störungsbeginn mit einer schlechteren Entwicklungsprognose einher (Kim-Cohen et al., 2005; Petermann, Helmsen, Koglin, 2010; Wiedebusch u. Petermann, 2011) und Kinder, die noch vor der Einschulung die Diagnose einer oppositionellen Verhaltensstörung erhalten, zeigen im Jugend- und Erwachsenenalter schlechtere soziale Anpassung, erhöhte Delinquenz und Substanzmissbrauch (Fergusson, Horwood, Ridder, 2005; Petermann u. Lehmkuhl, 2010).

4 Frühkindliche Diagnostik

Aufgrund des durch normative Entwicklungsunterschiede erschwerten diagnostischen Entscheidungsprozesses und der Gefahr einer Beeinträchtigung der Selbst- oder Fremdwahrnehmung des Kindes durch die Diagnose (vgl. Egger u. Angold, 2006), stellt sich die Frage, ob eine Diagnostik von Verhaltensstörungen im Vorschulalter überhaupt notwendig und möglich ist. Aktuelle Ergebnisse zeigen, dass sich kindliche Verhaltensstörungen nicht einfach im Laufe der Entwicklung „auswachsen“, sondern im Gegenteil eine hohe Stabilität aufweisen (Schlack, Hölling, Kurth, Huss, 2007) und innerhalb des Kindergartens (Baker et al., 2010) und nach dem Übergang in die Grundschule (Gasteiger-Klicpera, Klicpera, Schabmann, 2006; Kim-Cohen et al., 2005) aufrecht erhalten werden. Dabei besteht die Gefahr, dass sich das Problemverhalten manifestiert und zusätzlich komorbide Störungen ausgebildet werden, wodurch die Lebensqualität betroffener Kinder gesenkt (Klassen, Miller, Fine, 2004; Kastner et al., 2011) und Kosten- und Zeitaufwand der Behandlung erhöht werden (Hakkaart-van Roijen et al., 2007). Vor allem externalisierende Störungen weisen untereinander hohe Komorbiditätsraten auf und die Wahrscheinlichkeit, dass ADHS und aggressives Verhalten zeitgleich auftreten ist mit 21 % sehr hoch (vgl. Witthöft, Koglin, Petermann, 2010). Gründe hierfür können aus

der Störung resultierende Interaktionsschwierigkeiten oder soziale Probleme sein (Petermann et al., 2010). In Vor- und Grundschulalter finden daher vor allem universelle Interventionsmaßnahmen zur allgemeinen Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen Anwendung. Diese können Symptome von Verhaltensstörungen reduzieren, die mit der Störung einhergehenden Entwicklungsrisiken verringern und zur Verbesserung von Lebensqualität, Peer-Stellung und schulischer Leistungen beitragen (Hakkaart-van Roijen et al., 2007; Koglin u. Petermann, 2011; Scheffler et al., 2009). Damit die Behandlungskosten von den Krankenkassen übernommen werden, ist die Vergabe einer Diagnose jedoch zwingend erforderlich. Für den diagnostischen Prozess existieren zahlreiche für Vorschulkinder normierte psychometrische Testverfahren, die eine verlässliche Überprüfung auf das Vorliegen von Verhaltensstörungen ermöglichen (Wilson, Minnis, Puckering, Gillberg, 2009), solange normative Entwicklungsdifferenzen berücksichtigt werden (Oldenhave et al., 2009). Auch erleichtert die Vergabe einheitlicher Diagnosen die Kommunikation in der Forschung und trägt so zum Ursachenverständnis eines Störungsbilds und zur stetigen Verbesserung diagnostischer Kriterien bei.

5 Früherkennung durch U-9 und SEU

Bei der Früherkennung kindlicher Verhaltensstörungen kann nicht auf den Einsatz flächendeckender Screenings verzichtet werden, da Eltern und Erzieher aufgrund von Urteilsdifferenzen und mangels fachlicher Kompetenzen nicht zur Identifizierung der Risikokinder geeignet sind. Zwar finden aktuell Erweiterungen in Ausbildung und Professionalisierung frühpädagogischer Fachkräfte statt, doch ist der Bereich der psychosozialen Gesundheitsförderung noch nicht ausreichend entwickelt, um eine Früherkennung im Kindergarten umfassend zu gewährleisten.

Mit der kinderärztlichen Routinevorsorgeuntersuchung (U) und der schulärztlichen Eingangsuntersuchung (SEU) existieren zwei groß angelegte Maßnahmen zur Feststellung von Förderbedarf im Kindesalter.

Die U bis zum sechsten Lebensjahr (U-1 bis U-9) dienen der Früherkennung von Erkrankungen, die eine normale Entwicklung gefährden, finden ab der Geburt regelmäßig auf freiwilliger Basis statt und sind Bestandteil des Pflichtleistungskatalogs gesetzlicher Krankenkassen. Im Vordergrund stehen körperliche Erkrankungen, jedoch ist ab U-7 (21. Lebensmonat) auch eine Befragung der Eltern bezüglich bestehender Verhaltensauffälligkeiten vorgesehen. Folglich wäre mit der U-9 im 60. Lebensmonat eine vorschulische Identifizierung von Verhaltensstörungen möglich (vgl. Kinder-Richtlinien des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 2011). Ein nicht geringer Anteil psychischer Auffälligkeiten wird durch die U jedoch gar nicht oder falsch diagnostiziert oder im Falle einer Diagnose nicht entsprechend weiterbehandelt (Burchard, Wittmann, Auer, 2010; Egger u. Angold, 2006). Auch sinkt die Zahl der teilnehmenden Kinder kontinuierlich: An der U-7 nehmen über

90 % der Kinder teil, an U-8 86-89 % und an U-9 nur noch 80-86 % (Horstkotte, 2007; Kamtsiuris, Bergmann, Rattay, Schlaud, 2007), wobei auffällt, dass vor allem für Kinder aus Familien mit erhöhtem Risiko für die Ausbildung kindlicher Verhaltensstörungen wie zum Beispiel Familien mit Migrationshintergrund und Familien aus der unteren sozialen Schicht das Angebot der Früherkennungsuntersuchungen deutlich geringer wahrgenommen wird (Horstkotte, 2007; Spitzcok von Brisinski, Schaff, Schepker, Schulte-Markwort, 2006).

Daher scheint die SEU für die Früherkennung von Verhaltensstörungen besser geeignet. Sie ist in allen Bundesländern als gesetzlich verbindliche Maßnahme festgelegt (z. B. § 36 Abschnitt 4 BremSchulG) und kann die gesamte Einschulungskohorte – und somit auch Kinder aus Risikofamilien – flächendeckend erfassen. In den meisten Bundesländern setzt die SEU im letzten halben Jahr vor Schulbeginn an. Ihr Fokus liegt auf der medizinischen Beurteilung des Entwicklungsstands bezüglich der anstehenden Einschulung, der Identifizierung von Risikokindern und der Empfehlung weiterführender Diagnostik und Förderung (vgl. Oldenhage et al., 2009). Jedoch ist der Untersuchungsablauf nicht einheitlich geregelt und die Bundesländer unterscheiden sich teilweise stark bezüglich Art, Umfang und Zeitpunkt der Untersuchung (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2006; vgl. z. B. Tabelle 3 für einen Auszug der Methoden zur Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten durch die SEU). Auch innerhalb der Bundesländer gibt es Differenzen in der Testdurchführung (Geyer u. Wedegärtner, 2007; Oldenhage et al., 2009), wodurch die Objektivität des Verfahrens verringert und eine Verwendung der Ergebnisse für epidemiologische Fragestellungen erschwert wird. Auch liegt der Fokus der SEU nicht primär auf der Identifizierung von Verhaltensstörungen und die Verhaltensbeobachtung des Amtsarztes kann aufgrund der Untersuchungssituation erschwert werden (Helmsen, Petermann, Wiedebusch, 2009; Oldenhage et al., 2009). Aus diesen und aus zeitökonomischen Gründen scheint der Einsatz von Screeningverfahren zur Identifizierung von Risikokindern mit Verdacht auf das Vorliegen einer Verhaltensstörung sinnvoll. Die in der SEU zum Einsatz kommenden Screeningverfahren müssen für das Alter der Vorschulkinder und die Fremdbeurteilung durch die Eltern normiert sein und eine ausreichende Sensitivität aufweisen. Einige Bundesländer sehen bislang noch kein Screening auf Verhaltensstörungen im Rahmen der SEU vor. So verzichtet beispielsweise Berlin bislang auf die Erhebung der psychosozialen Gesundheit im Rahmen der SEU (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin, 2011) und in Niedersachsen wird aktuell über die Einführung eines strukturierten Verhaltensscreenings diskutiert (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, 2002). In der SEU in Bremen wird seit 2010 der schnell und einfach einsetzbare Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) als Screeningverfahren eingesetzt (Gesundheitsamt Freie Hansestadt Bremen, 2010), der mit nur 25 Items eine große Bandbreite kindlichen Problemverhaltens schnell und einfach erfasst (Goodman, 1997; Helmsen et al., 2009). Öffentlich zugängliche Ergebnisse zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der SEU sind Tabelle 3 zu entnehmen. Demnach konnte bei 5-20 % der Schulan-

fänger der Verdacht auf das Vorliegen einer Verhaltensstörung festgestellt werden (Amt für Wahlen, Statistik und Stadtforschung Wiesbaden, 2007; Land Schleswig-Holstein, 2009; Stadt Köln, 2009). Auffällig ist, dass die Verhaltensbeurteilung in einigen Bundesländern allein auf der Verhaltensbeobachtung des Amtsarztes beruht und auf die Verwendung standardisierter Screeningverfahren verzichtet wird.

Tabelle 3: Häufigkeiten von Verdachtsdiagnosen in der SEU

SEU	Bremen	Köln	München	NRW	Rheinland-Pfalz	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Wiesbaden
Jahr	2010	2004-2007	2005	2006	2006	2009	2005	2001-2006
N	4.002	36.331	1.233	81.960	35.301	15.046	14.026	17.269
Verfahren	SDQ	AU	SDQ	k. A.	AU	AU	SDQ	AU
auffälliges Verhalten	-	20,6 %	8,7 %	7,4 %	6,2 %	6,0 %	20,3 %	9,7 %
emotionale Probleme	5,4 %	-	-	-	-	-	8,5 %	4,7 %
SSV	10,3 %	-	-	-	-	-	7,1 %	4,1 %
ADHS	4,3 %	-	-	-	-	2,4 %	-	-

Anmerkungen: ADHS: Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung; SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire; SSV: Störung des Sozialverhaltens; AU: Arzturteil; k. A.: keine Angaben

Datenquellen: Bremen: Gesundheitsamt Freie Hansestadt Bremen (2010); Köln: Stadt Köln (2009); München: Gesundheitsberichterstattung der Landeshauptstadt München (2010); Nordrhein-Westfalen: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2006); Rheinland-Pfalz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2006); Sachsen-Anhalt: Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt (2011); Schleswig-Holstein: Land Schleswig-Holstein (2009); Wiesbaden: Amt für Wahlen, Statistik und Stadtforschung Wiesbaden (2007)

Da ein auffälliger Wert in einem Screeningverfahren jedoch per Definition nicht der Diagnostik genügt, sondern lediglich einen Hinweis auf den Schweregrad von Symptomausprägungen geben kann, ist der Erfolg eines Screenings ist nicht nur von der Güte des Verfahrens abhängig, sondern auch davon, wie schnell der Verdacht auf das Vorliegen einer Verhaltensstörung im Rahmen einer Abklärungsdiagnostik abgesichert werden kann und wie lange es danach dauert, bis eine entsprechende Intervention eingeleitet wird. Nicht zu vernachlässigen ist dabei auch die Frage, ob die Eltern der betroffenen Kinder motiviert sind, die angebotenen Fördermaßnahmen wahrzunehmen. Von der Verdachtsdiagnose bis zum Beginn der Förderung vergehen in der Regel mehrere Monate und betroffene Kinder sind folglich mit hoher Wahrscheinlichkeit bis zum Beginn der Förderung bereits eingeschult. Daher scheint die Zeitspanne zwischen SEU und Einschulung zu gering und die SEU wird ihrem Ziel, Risikokinder nicht im Sinne einer Rückstellung vom Schuleintritt „auszusortieren“, sondern eine zeitnahe Förderung zu gewährleisten (Oldenhage et al., 2009), im Bereich der Verhaltensstörungen nicht gerecht.

Fände die SEU hingegen früh genug statt, um betroffenen Kindern noch vor der Einschulung eine Teilnahme an therapeutische Maßnahmen zu ermöglichen, könnten die mit Verhaltensstörungen einhergehenden Leistungsdefizite, die Etikettierung durch den Lehrer und die Ausgrenzung durch Peers vermieden werden. Aus diesem Grund wird in einigen Bundesländern aktuell eine Neukonzipierung der SEU diskutiert (Burchard et al., 2010; Oldenhage et al., 2009) und in Sachsen-Anhalt (Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt, 2011) und Baden-Württemberg (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2006) trat bereits eine Vorverlegung der SEU in das vorletzte Kindergartenjahr in Kraft.

6 Schlussfolgerungen

Obwohl Verhaltensstörungen im Einschulungsalter keine Seltenheit sind, die Vorteile einer frühen Diagnostik überwiegen und Zusammenhänge mit schulischen und sozialen Entwicklungsrisiken bekannt sind, besteht im deutschsprachigen Raum noch immer Forschungsbedarf bezüglich der etablierten präventiven Maßnahmen.

Die erste Anlaufstelle bei Verdacht auf Verhaltensstörung bleibt dabei in der Regel der Kinderarzt, der zum Beispiel im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung einen Verdacht auf Verhaltensstörung aussprechen kann, oder der Amtsarzt der SEU. Diese Schnittstelle zwischen Pädiatrie und Kinderpsychiatrie verdeutlicht die Notwendigkeit der Kooperation zwischen Kinderarzt, -psychiater und -psychotherapeut (Reinhardt u. Petermann, 2010). Aufgrund sinkender Teilnehmerzahlen und der geringen Sensitivität (Burchard et al., 2010; Spitzcok von Brisinski et al., 2006) scheint die U-9 jedoch nur bedingt zur Identifizierung von Risikokindern geeignet. Eine bedeutendere Rolle für die Früherkennung von Verhaltensstörungen nimmt die SEU ein, da sie flächendeckend alle Kinder einer Einschulungskohorte erfasst. Es existieren ausreichend psychometrische Screeningverfahren, die in der SEU zum Einsatz kommen können. Um die Nutzung des Angebots einer Abklärungsdiagnostik zu erhöhen, ist darauf zu achten, dass die durchführenden Amtsärzte in den eingesetzten Verfahren geschult sind und Eltern betroffener Kinder ausreichend bezüglich Risiken und Interventionsmöglichkeiten beraten können.

Obwohl die Teilnahme an der SEU für jedes Kind einer Einschulungskohorte verpflichtend ist, existieren bislang nur wenige Studien zu ihrer Effektivität. Aktuell wird vermehrt Kritik am zeitlichen Setting der SEU geübt, da Kindern mit einer Verhaltensstörung vor der Einschulung nicht genügend Zeit bleibt, von den Interventionsmaßnahmen zu profitieren. Weitere Forschung ist notwendig, um zu prüfen, welche Bedeutung die Feststellung einer Verdachtsdiagnose im Rahmen der SEU besitzt. Es ist zu klären, in welchem Umfang Chancengleichheit bei der Einschulung gewährleistet werden kann. Um dies zu prüfen, müssen Längsschnittstudien zur kognitiven, behavioralen und emotionalen Entwicklung verhaltensauffälliger und -unauffälliger Kinder realisiert werden, die die Daten

der SEU einschließen und den Entwicklungsverlauf während des Grundschulbesuchs erfassen. Aktuell werden aus diesem Grund Kinder, bei denen im Rahmen der bremischen SEU durch das Screeningverfahren SDQ der Verdacht auf eine Verhaltensstörung festgestellt wurde, zu einer Abklärungsdiagnostik in die Hochschulambulanz des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen überwiesen und in ihrer weiteren Entwicklung über die erste Klasse beobachtet. Ziel dieses Projektes ist es, die prognostische Qualität der SEU bezüglich der Identifizierung von Verhaltensstörungen zu ermitteln und festzustellen, inwiefern Kinder mit einer Verhaltensstörung durch den in der SEU festgestellten Förderbedarf profitieren.

Literatur

- Amt für Wahlen, Statistik und Stadtforschung Wiesbaden (2007). Wie gesund sind Wiesbadens Schulanfänger? Verfügbar unter: http://www.wiesbaden.de/medien/dokumente/leben/stadtportrait/2007_1_nur_Textteil.pdf [08.03.2012].
- Baker, B. L., Neece, C. L., Fenning, R. M., Crnic, K. A., Blacher, J. (2010). Mental Disorders in Five-Year-Old Children With or Without Developmental Delay: Focus on ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 492-505.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2011). Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“). *Bundesanzeiger*, 40, 1013.
- Burchard, F., Wittmann, G., Auer, N. (2010). Zweistufiges Screening zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 3, 64-85.
- Döpfner, M., Petermann, F. (2012). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (3., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Egger, H. L., Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313-337.
- Ekornäs, B., Heimann, M., Tjus, T., Heyerdahl, S., Lundervold, A. J. (2011). Primary School Children's Peer Relationships: Discrepancies in Self-Perceived Social Acceptance in Children with Emotional or Behavioral Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30, 570-582.
- Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, E., Goodman, R., Skovgaard, A. (2010). The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: The Copenhagen Child Cohort 2000. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 725-735.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 837-849.
- Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203-1211.

- Garnefski, N., Kraaija, V., van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28, 619-631.
- Gasteiger-Klicpera, B., Klicpera, C., Schabmann, A. (2006). Der Zusammenhang zwischen Lese-, Rechtschreib- und Verhaltensschwierigkeiten. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 55-67.
- Gesundheitsamt Freie Hansestadt Bremen (2010). Im Dienste Ihrer Gesundheit. Leistungsbericht 2010. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/1_nb_Amtsleitung_Jahresbericht_%202010.pdf [06.03.2012].
- Gesundheitsberichterstattung der Landeshauptstadt München (2010). Gesundheitszustand von Kindern in München. Verfügbar unter: http://www.muenchen.de/media/lhm/_de/rubriken/Rathaus/rgu/daten_plaene/gesundheitsberichterstattung/pdf/gesundheitsbericht_2010_.pdf
- Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt (2011). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Verfügbar unter: http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Politik_und_Verwaltung/Bibliothek_MS/Publikationen2011/kgbericht_2011.pdf [08.03.2012].
- Geyer, S., Wedegärtner, F. (2007). Variabilität von Arzturteilen in Schuleingangsuntersuchungen. *Gesundheitswesen*, 69, 621-627.
- Giovanni, S., Haffner, J., Parzer, P., Stehen, R., Klett, M., Resch, F. (2005). Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 104-125.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T., Goodman, R. (2005). Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Haffner, J., Esther, C., Münch, H., Parzer, P., Raue, B., Steen, R., Klett, M., Resch, F. (2002). Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 675-696.
- Hakkaart-van Roijen, L., Zwirs, B., Bouwmans, C., Tan, S., Schulpen, T., Vlasveld, L., Buitelaar, J. (2007). Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 316-326.
- Helmsen, J., Petermann, F., Wiedebusch, S. (2009). Erhebung der sozial-emotionalen Kompetenz im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen*, 71, 669-674.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberger, U., Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 784-793.
- Horstkotte, E. (2007). Start in die Schule – gleiche Chancen für alle? In Gesundheitsamt Freie Hansestadt Bremen (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit – Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Entwicklungschancen von Kindern in Bremen* (S. 18-35). Bremen: Eigendruck.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P., Schlaud, M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 836-850.
- Kastner, J., Lipsius, M., Hecking, M., Petermann, F., Petermann, U., Mayer, H. et al. (2011). Kognitive Leistungsprofile motorisch- und sprachentwicklungsverzögerter Vorschulkinder. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 173-185.

- Kim-Cohen, J., Arseneault, L., Caspi, A., Tomas, M. P., Taylor, A., Moffitt, T. E. (2005). Validity of DSM-IV conduct disorder in 4 1/2-5-year-old children: a longitudinal epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1108-1117.
- Klassen, A. F., Miller, A., Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 114, 541-547.
- Koglin, U., Petermann, F. (2008). Kindergarten- und Grundschulalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl., S. 81-98). Göttingen: Hogrefe.
- Koglin, U., Petermann, F. (2011). The effectiveness of the behavioral training for preschool children. *European Early Childhood Education Research Journal*, 19, 97-111.
- Kuschel, A., Heinrichs, N., Bertram, H., Naumann, S., Hahlweg, K. (2007). Wie gut stimmen Eltern und Erzieherinnen in der Beurteilung von Verhaltensproblemen bei Kindergartenkindern überein? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35, 51-58.
- Kuschel, A., Heinrichs, N., Bertram, H., Naumann, S., Hahlweg, K. (2008). Psychische Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern aus der Sicht der Eltern und Erzieherinnen in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 161-172.
- Land Schleswig-Holstein (2009). Untersuchung der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein 2009. Verfügbar unter: http://www.schleswig-holstein.de/MASG/DE/Service/Broschueren/PDF/schuleinguntber2009__blob=publicationFile.pdf [08.03.2012].
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2006). Neukonzeption Einschulungsuntersuchung. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/40_Service_Publikationen/Neukonzeption_Einschulung.pdf [09.10.2012].
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2006). Jahresbericht 2006 Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Verfügbar unter: http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/gesundheitberichtedaten/dsu/jahresbericht_dsu_2006.pdf [08.03.2012].
- Massetti, G., Lahey, B., Pelham, W., Loney, J., Ehrhardt, A., Lee, S., Kipp, H. (2008). Academic Achievement Over 8 Years Among Children Who Met Modified Criteria for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder at 4-6 Years of Age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 399-410.
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., Koretz, D. S. (2010). Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 125, 75-81.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 7-20.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (2006). Zum Gesundheitsstatus von Vorschulkindern: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen aus dem Jahre 2006. Verfügbar unter: [http://msagd.rlp.de/gesundheits/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsberichte/?Fsize=1%3C%82%2%A8tx_ttnews\[back](http://msagd.rlp.de/gesundheits/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsberichte/?Fsize=1%3C%82%2%A8tx_ttnews[back) [08.03.2012].
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (2002). Niedersächsischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Verfügbar unter: http://www.nlga.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=27094&article_id=19369&psmand=20 [08.03.2012].
- Oldenhage, M., Daseking, M., Petermann, F. (2009). Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen*, 71, 638-647.

- Petermann, F. (Hrsg.) (2008). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (6., vollst. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Helmsen, J., Koglin, U. (2010). Expansive Verhaltensstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158, 22-27.
- Petermann, F., Lehmkuhl, G. (2010). Prävention von Aggression und Gewalt. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 239-244.
- Petermann, F., Petermann, U. (2011). Prävention. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 197-200.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Reinhardt, D., Petermann, F. (2010). Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158, 15-21.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., Poustka, F. (Hrsg.) (2006). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (5., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Scheffler, R. M., Brown, T. T., Fulton, B. D., Hinshaw, S. P., Levine, P., Stone, S. (2009). Positive association between attention-deficit/ hyperactivity disorder medication use and academic achievement during elementary school. *Pediatrics*, 123, 1273-1279.
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B. M., Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 827-835.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin (2011). Gesundheitsberichterstattung Berlin Spezialbericht Sozialstruktur und Kindergesundheit. Verfügbar unter: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistik-gessoz/gesundheits/spezialberichte/gbe_spezial_2011_1_ssak0708.pdf?start&ts=1305628458&file=gbe_spezial_2011_1_ssak0708.pdf [08.03.2012].
- Spitzcok von Brisinski, I., Schaff, C., Schepker, R., Schulte-Markwort, M. (2006). Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte zur Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U4 bis U9. *Forum für Kinder- und Jugend-Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 16, 7-60.
- Stadt Köln (2009). Kindergesundheit im Vorschulalter. Verfügbar unter: <http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf53/1-1.pdf> [08.03.2012].
- Stöckli, G. (2004). Schüchternheit in der Schule. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 51, 69-83.
- Tröster, H., Reineke, D. (2007). Prävalenz von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kindergartenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 171-179.
- Wadepohl, H., Koglin, U., Vonderlin, E., Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Kindergarten. Evaluation eines präventiven Verhaltenstrainings. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 219-228.
- Wiedebusch, S., Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 209-218.
- Willcutt, E., Betjemann, R., Wadsworth, S., Samuelsson, S., Corley, R., DeFries, J., Byrne, B., Pennington, B., Olson, R. (2007). Preschool twin study of the relation between attention-deficit/hyperactivity disorder and prereading skills. *Reading and Writing*, 20, 103-125.
- Wilson, P., Minnis, H., Puckering, C., Gillberg, C. (2009). Should we aspire to screen preschool children for conduct disorder? *Archives of Disease in Childhood*, 94, 812-816.

- Wirtz, M. (2004). Bestimmung der Güte von Beurteilereinschätzungen mittels der Intraklassenkorrelation und Verbesserung von Beurteilereinschätzungen. *Rehabilitation*, 43, 384,389.
- Witthöft, J., Koglin, U., Petermann, F. (2010). Zur Komorbidität von aggressivem Verhalten und ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 218-227.

Korrespondenzanschrift: Franziska Korsch, Dipl.-Psych., Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen, Grazer Straße 6, 28359 Bremen; E-Mail: fkorsch@uni-bremen.de

Franziska Korsch und Franz Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen