

2013

Möglichkeit und Effekt einer vor- schulischen leitlinienbasierten Frühdiagnostik der Aufmerksam- keitsdefizit-/ und Hyperaktivi- tätsstörung (ADHS)

Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde doctor philosophiae
der Fakultät für Erziehungswissenschaften
der Universität Bielefeld

Vorgelegt von
Gregor Wittmann

Akademischer Grad bei Vorlage
Diplom Pädagoge

Wittmann



1. Gutachter: Prof. Dr. Holger Ziegler
2. Gutachterin: Prof. Dr. Nina Heinrichs
3. Gutachterin: Prof. Dr. Katharina Gröning

Inhalt

Inhalt	1
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	7
Danksagung.....	8
1. Zusammenfassung.....	9
2. Einleitung	12
3. Primäre Fragestellung	14
4. Theoretische Grundlagen	17
4.1 AD(H)S	17
4.1.1 Historischer Werdegang der AD(H)S oder die Geschichte des Zappelphilipps	17
4.1.2 Diagnose AD(H)S – Notwendigkeit zielgerichteter Behandlung	24
4.1.3 Definition und Diagnostik der AD(H)S nach DSM und ICD	25
4.1.3.1 Ätiologie	25
4.1.3.2 Symptomatik	26
4.1.3.2.1 Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche	27
4.1.3.2.2 Impulsivität	27
4.1.3.2.3 Hyperaktivität	27
4.1.3.2.4 Die Symptomatik der AD(H)S in den einzelnen Lebensabschnitten	28
4.1.3.3 Klassifikationssysteme der AD(H)S – DSM und ICD	29
4.1.3.4 Leitlinien der Diagnostik.....	32
4.1.3.4.1 Differenzialdiagnostik	32
4.1.3.4.2 Exploration	33
4.1.3.4.3 Fragebogenverfahren	33
4.1.3.4.4 Testpsychologische Untersuchungen.....	34
4.1.3.4.5 Organische Diagnostik.....	34
4.1.3.4.6 Verhaltensbeobachtung	34
4.1.3.4.7 Verlaufskontrolle	34
4.1.3.4.8 Multiaxiale Diagnostik	35
4.1.3.4.9 Leitlinien im Kontext der Praktikabilität	35
4.1.3.5 Prävalenz im Kindes- und Jugendalter	36
4.1.3.5.1 Geschlechterverteilung im Kindes- und Jugendalter	37
4.1.3.5.2 Gesellschaftliche Einflussfaktoren auf die Prävalenz	38
4.1.3.6 Komorbidität – Koexistenz begleitender Störungen	40
4.1.4 Die Bedeutung der AD(H)S aus soziologisch-ökonomischer Perspektive	42
4.1.5 Interaktion der AD(H)S mit den primären Lebensbereichen im Kindes- und Jugendalter.....	44
4.1.5.1 AD(H)S im familiären Kontext.....	45
4.1.5.2 AD(H)S im Kontext der Peer-Group.....	46
4.1.5.3 AD(H)S im Kontext der Schule	47
4.1.5.3.1 Frühe Schuljahre als Initiator von AD(H)S Diagnosen	47
4.1.5.3.2 Copingmöglichkeiten der Schule.....	49
4.1.6 AD(H)S im Erwachsenenalter	52
4.1.6.1 Prävalenz und Versorgungsangebot im Erwachsenenalter.....	53

4.1.6.2 Geschlechterverteilung im Erwachsenenalter	54
4.1.6.3 Komorbiditäten im Erwachsenenalter	54
4.1.7 Behandlungsmethoden	56
4.1.7.1 Interventionen bei einer AD(H)S – Evidenzbasierte Methoden.....	57
4.1.7.1.1 Psychoedukation.....	58
4.1.7.1.2 Verhaltenstherapie	58
4.1.7.1.3 Neurofeedback.....	60
4.1.7.1.4 Medikation.....	60
4.1.7.1.5 Diäten	63
4.1.7.1.6 Elterntaining	63
4.1.7.2 Interventionen bei einer AD(H)S – Nicht evidenzbasierte Methoden.....	67
4.1.7.2.1 Kinder- und Jugendhilfe	67
4.1.7.2.2 Motopädie.....	69
4.1.7.2.3 Ergotherapie.....	70
4.1.7.2.4 Selbsthilfegruppen	71
4.1.7.3 Zusammenspiel der Hilfsangebote	71
4.2 Früherkennung und Prävention	73
4.2.1 Früherkennung und Prävention	73
4.2.2 Früherkennung und Prävention im Kontext einer AD(H)S	75
4.2.3 Bestehende Verfahren der Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter	76
4.2.3.1 Der Kindergarten.....	77
4.2.3.2 Die Kindervorsorgeuntersuchungen.....	79
4.2.3.3 Die Schuleingangsuntersuchung	82
4.2.3.4 Bestehendes präventives Potenzial im Vorschulalter.....	83
5. Modellprojekt zur Früherkennung psychischer Störungen.....	86
5.1 Ausgangslage des Modellprojektes	86
5.2 Methodik	87
5.2.1 Die 1. Screeningstufe.....	88
5.2.1.1 SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire	88
5.2.1.2 VEWU – Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung	90
5.2.1.3 Klinischer Eindruck	91
5.2.1.4 Ablauf	92
5.2.2 Die 2. Screeningstufe.....	92
5.2.2.1 Anamnese.....	93
5.2.2.2 Aktometertestung	93
5.2.2.3 CBCL – Child Behavior Checklist (4-18).....	94
5.2.2.4 SNAP VI	94
5.2.2.5 Ablauf	94
5.2.3 Leitliniennähe der AD(H)S Diagnose des Präventionsprojektes	95
5.2.4 Präventives Potenzial des Modellprojektes in Abgrenzung zum bestehenden vorschulischen Versorgungssystem	97
5.3 Projektbegleitende Evaluation	98
5.4 Ergebnisse der Modelljahre 2007 bis 2011	99
5.4.1 Verteilung der Auffälligkeiten im Rahmen der 1. Screeningstufe – 1/2.....	101
5.4.2 Verteilung der Auffälligkeiten im Rahmen der 1. Screeningstufe – 2/2.....	103
5.4.3 Teilnahme an der 2. Screeningstufe im Kontext der Zuweisungskriterien	104
5.4.4 Frequentierung der 2. Screeningstufe	105
5.4.5 Befunde der Teilnehmer der 2. Screeningstufe im Kontext der Zuweisungskriterien.....	106
5.4.6 Befunde im Rahmen der 2. Screeningstufe im Vergleich der Landkreise	108
5.5 Auswertung der projektbegleitenden Evaluation der Modelljahre 2007 bis 2011	109
6. Die Effektstudie – Vergleichende Nachuntersuchung	112
6.1 Studienhypothesen	112
6.2 Erste Datenerhebung (DE) – Aufsuchende Evaluation	113
6.2.1 Methodik	113
6.2.1.1 Probanden.....	113
6.2.1.2 Instrumentarium	114

6.2.1.2.1 CBCL – Child Behavior Checklist (4-18)	114
6.2.1.2.2 DISYPS-II – Diagnostik-System für psychische Störungen im Kinder- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV.....	114
6.2.1.2.3 Fragebogen zum sozioökonomischen Status	115
6.2.1.2.4 ILK – Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen	115
6.2.1.2.5 SDQ – Strenghts and Difficulties Questionaire	116
6.2.1.2.6 VEWU – Verhalten während der Untersuchung.....	117
6.2.1.2.7 Schulzeugnisse.....	118
6.2.1.3 Einarbeitung der Projektmitarbeiter	118
6.2.1.4 Durchführung der Datenerhebung.....	119
6.2.1.5 Datenschutz.....	120
6.2.1.6 Ethikantrag	121
6.3 Zweite Datenerhebung (DE2) – Telefonische Nachakquise	121
6.3.1 Methodik	121
6.3.1.1 Instrumentarium	121
6.3.1.2 Datenerhebung	122
6.3.1.3 Datenschutz.....	122
6.3.1.4 Ethikantrag	123
6.4 Gruppenvergleich.....	123
6.5 Ergebnisse.....	126
6.5.1 Reliabilitätsanalysen des Instrumentariums	126
6.5.2 CBCL	128
6.5.3 SDQ.....	130
6.5.4 ILK	135
6.5.5 DISYPS-II	136
6.5.6 VEWU	137
6.5.7 Auswertung der Schulzeugnisse	138
6.5.8 Telefonische Nachakquise – zweite Datenerhebung	140
6.6 Die Effektstudie – Auswertung der Ergebnisse	148
6.6.1 Vergleichbarkeit der Ergebnisse.....	148
6.6.2 AD(H)S im Kontext der frühen Schulzeit	150
6.6.3 Prüfung der Studienhypothesen.....	152
6.6.3.1 Hypothese 1.....	152
6.6.3.2 Hypothese 2.....	155
6.6.3.3 Hypothese 3.....	156
7. Diskussion	160
7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	160
7.2 Kritische Betrachtung der Methodik	162
7.2.1 Projektbegleitende Evaluation	162
7.2.2 Die Effektstudie.....	163
7.3 Projektbezogene Diskussion	165
7.3.1 Handlungsempfehlungen.....	167
7.3.2 Projektbezogener Ausblick.....	167
7.4 Fazit	169
Literatur.....	173
Anhang	184
Ablaufdiagramm der Datenerhebung	184
Verwendung der DISYPS-II Bögen.....	185
Aufklärung der Eltern zur Studienteilnahme.....	186
Einverständniserklärung der Früherkennungsgruppe (FG)	188
Einverständniserklärung der Vergleichsgruppe (VG)	189
CBCL 4-18.....	190
Fragebogen zum sozioökonomischen Hintergrund (Früherkennungsgruppe)	191
Fragebogen zum sozioökonomischen Hintergrund (Kontrollgruppe).....	199

ILK- Fragebogen Eltern und Kinder	206
SDQ-Bogen	207
DISYPS-II-Bögen	208
VEWU-Bogen	209
Rückmeldebogen an Eltern der Früherkennungsgruppe	210
Rückmeldebogen an Eltern der Vergleichsgruppe	213
Eidesstattliche Erklärung	216

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Früherkennung im Kindes- und Jugendalter	28
Tabelle 2: Diagnosekriterien nach ICD-10	30
Tabelle 3: Diagnosekriterien nach DSM-IV	31
Tabelle 4: Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland	37
Tabelle 5: Verdachtsfälle auf Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland	37
Tabelle 6: Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland	38
Tabelle 7: Verdachtsfälle der AD(H)S im Kontext des sozialen Hintergrunds.....	39
Tabelle 8: Spezifische und unspezifische Prävention im Kindes- und Jugendalter	74
Tabelle 9: Verhaltens- und Verhältnisprävention im Kindes- und Jugendalter	74
Tabelle 10: Universelle, selektive und indizierte Prävention im Kindes- und Jugendalter	74
Tabelle 11: Zusammenfassende Klassifizierung des Kindergartens aus präventiver Perspektive	78
Tabelle 12: Kindervorsorgeuntersuchungen	79
Tabelle 13: Zusammenfassende Klassifizierung der Kindervorsorgeuntersuchungen aus präventiver Perspektive	81
Tabelle 14: Zusammenfassende Klassifizierung der Schuleingangsuntersuchung aus präventiver Perspektive nach Tröster	83
Tabelle 15: Zusammenfassende Beschreibung des Präventionsprojektes aus präventiver Perspektive	98
Tabelle 16: Auswertungen der Modelljahre 2007 bis 2011	99
Tabelle 17: Anzahl der Auffälligen der beiden Screeningbögen SDQ und VEWU.....	101
Tabelle 18: Zusammensetzung der Auffälligkeiten von VEWU- gegenüber SDQ-Befunden	103
Tabelle 19: Teilnahme an der 2. Screeningstufe nach Kreisen und Zuweisungskriterien	104
Tabelle 20: Frequentierung der 2. Screeningstufe	105
Tabelle 21: Befunde der Teilnehmer der 2. Screeningstufe im Kontext der Zuweisungskriterien	107
Tabelle 22: Befunde im Rahmen der 2. Screeningstufe im Vergleich der Landkreise	108
Tabelle 23: KIGGS-Studie 2006 und Präventionsprojekt 2007-2011	110
Tabelle 24: Fragebogen zum sozioökonomischen Status.....	115
Tabelle 25: Intra-Klassen-Korrelation VEWU.....	119
Tabelle 26: Fragebogen der telefonischen Nachakquise	122
Tabelle 27: Studienteilnehmer im Verhältnis an potentiell möglichen Probanden	123
Tabelle 28: Gruppenvergleich zum Zeitpunkt der DE	123
Tabelle 29: Bildungsgrad der Mutter	124
Tabelle 30: Bildungsgrad des Vaters	124
Tabelle 31: Sozioökonomischer Status der Familien	125
Tabelle 32: ILK-Vergleich der Zeitverteilung beider Gruppen.....	125
Tabelle 33: Reliabilitätsanalysen der verwendeten Instrumente	127
Tabelle 34: Entwicklung der CBCL-Befunde der FG zwischen SEU und DE	128
Tabelle 35: CBCL-Befunde zum Zeitpunkt der DE.....	129
Tabelle 36: Ergebnisse des SDQ zum Zeitpunkt der SEU, der DE und 2. DE	130
Tabelle 37: Entwicklung bei den Kontrollfragen zwischen SEU und DE.....	131
Tabelle 38: Entwicklung bei den Kontrollfragen zwischen SEU und DE2.....	132
Tabelle 39: Entwicklung bei den Kontrollfragen zwischen DE und DE2.....	132
Tabelle 40: SDQ- Ergebnisse innerhalb der Gruppen vom Zeitpunkt der SEU bis zum Zeitpunkt der DE.....	133
Tabelle 41: SDQ-Ergebnisse innerhalb der Gruppen vom Zeitpunkt der 1. bis zum Zeitpunkt der 2. DE	134
Tabelle 42: Ergebnisse ILK zum Zeitpunkt der DE, Elternperspektive	135
Tabelle 43: Ergebnisse ILK zum Zeitpunkt der DE, Kinderperspektive.....	135
Tabelle 44: Ergebnisse DISYPS-II zum Zeitpunkt der DE.....	136
Tabelle 46: SDQ- Ergebnisse innerhalb der Gruppen vom Zeitpunkt der SEU bis zum Zeitpunkt der DE.....	138
Tabelle 47: Zeugnisauswertung	139
Tabelle 49: Ergebnisse der eigenen Fragebogens bzw. der telefonischen Nachakquise	141
Tabelle 50: AD(H)S-bezogene Medikation in beiden Gruppen.....	142
Tabelle 51: Durchführende Fachkräfte der AD(H)S Erstdiagnose	143
Tabelle 52: Alter bei Erstdiagnose in Monaten.....	144
Tabelle 53: Frequentierung von Hilfsangeboten	146
Tabelle 54: Frequentierung von Hilfsangeboten zusammengefasst	146
Tabelle 55: Alter der Probanden bei Erstfrequentierung der einzelnen Angebote	147

Tabelle 56: Alter der Probanden bei Erstfrequentierung der Angebote zusammengefasst	147
Tabelle 57: Ergebnisse DISYPS-II der FG zum Zeitpunkt der DE.....	154
Tabelle 58: Zeugnisauswertung der FG	154
Tabelle 59: Alter der Probanden bei Erstfrequentierung der Angebote zusammengefasst	156
Tabelle 60: CBCL-Befunde zum Zeitpunkt der DE.....	156
Tabelle 61: Ergebnisse ILK zum Zeitpunkt der DE, Elternperspektive	157
Tabelle 62: Ergebnisse DISYPS-II zum Zeitpunkt der DE.....	157

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum	33
Abbildung 2: Idealtypische Darstellung der Entwicklungsaufgaben in drei Lebensphasen und dazwischen liegende Statusübergänge	42
Abbildung 3: Bevölkerung nach Altersgruppen.....	43
Abbildung 4: Bevölkerungsanteil der unter 20- und der über 65-Jährigen 1950-2060	43
Abbildung 5: Modell gegenseitig erzwingender Interaktion.....	46
Abbildung 6: Spätfolgen einer AD(H)S im Erwachsenenalter	52
Abbildung 7: Leitlinie Kinder-Jugend-Psychiatrie: Hyperkinetische Störung.....	57
Abbildung 8: Verordnung von Methylphenidat von 1992 bis 2001 – Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen.....	61
Abbildung 9: Prozentuale Verordnung von MPH nach Facharztgruppen, 01/2000 bis 6/2002:	62
Abbildung 10: Angebotsstruktur des Triple-P:	66
Abbildung 11: Methodik der ersten Screeningstufe	92
Abbildung 12: Methodik der zweiten Screeningstufe	95
Abbildung 13: Auffällige VEWU prozentual	102
Abbildung 14: Auffällige SDQ	102
Abbildung 15: Chart zu Tabelle 18.....	103
Abbildung 16: Charts zu Tabelle 19	105
Abbildung 17: Chart zu Tabelle 20.....	106
Abbildung 18: Frequentierung der 2. Screeningstufe (Angaben in %)	106
Abbildung 19: Chart zu Tabelle 21	107
Abbildung 20: Positive Befunde im Rahmen der 2. Screeningstufe	108
Abbildung 21: Anteil VEWU-Auffälliger im Rahmen der 1. Screeningstufe.....	109
Abbildung 22: Auffälligkeiten, Bereitschaft zur S2 und tatsächliche S2 Teilnahmen	110
Abbildung 23: CBCL: Entwicklung der FG zwischen SEU und DE	128
Abbildung 24: SDQ ADHS & SSV	130
Abbildung 25: SDQ-ADHS: Entwicklung zwischen SEU und DE	133
Abbildung 26: SDQ und SSV: Entwicklung zwischen SEU und DE	133
Abbildung 27: Im schulischen Kontext verhaltensauffällige Probanden	140
Abbildung 28: Probandenalter (in Monaten) bei AD(H)S Diagnose und AD(H)S Diagnose vor der Einschulung.....	141
Abbildung 29: Boxplots: Alter bei der AD(H)S-Erstdiagnose in Monaten	141
Abbildung 30: AD(H)S-bezogene Medikation	142
Abbildung 31: ADHS-Medikation.....	143
Abbildung 32: Diagnosestellende Fachkraft	144
Abbildung 33: Probandenalter (in Monaten) bei AD(H)S Diagnose und AD(H)S Diagnose vor der Einschulung.....	153
Abbildung 34: CBCL-Entwicklung der FG zwischen SEU und DE.....	153
Abbildung 35: SDQ-ADHS Entwicklung zwischen SEU und DE.....	153
Abbildung 36: Im schulischen Kontext verhaltensauffällige Probanden (Lehrerperspektive).....	154
Abbildung 37: Anteil an Probanden der FG mit AD(H)S-bezogener Medikation	155
Abbildung 38: Ergebnisse SDQ-SSV zum Zeitpunkt der DE.....	157
Abbildung 39: Medikation bei DE.....	158
Abbildung 40: ADHS-Medikation (FG und VG).....	158
Abbildung 41: Probandenalter (in Monaten) bei AD(H)S und AD(H)S Diagnose vor der Einschulung	165
Abbildung 42: Diagnosestellende Fachkraft	166

Danksagung

Diese Arbeit entstand auf der Grundlage des Präventionsprojektes »Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter« der LWL-Klinik Marsberg, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, das ich während meiner Tätigkeit in dieser Einrichtung betreuen durfte. Initiiert wurde dieses Projekt durch den Chefarzt der Klinik, Dr. med. Falk Burchard und meiner Vorgängerin Frau Anne Regniet. Beiden gilt für die mit diesem Projekt verbundene Arbeit und ihr Engagement, wodurch mir ermöglicht wurde, diese Studie zu erstellen, großer Dank.

Natürlich möchte ich auch meinem Doktorvater Herrn Professor Dr. Holger Ziegler herzlich danken, der mir ermöglichte, diese Dissertation zu verfassen und mir bei Fragen jederzeit hilfreich zur Seite stand.

Im Lauf der einzelnen mit dieser Arbeit verbundenen Schritte erhielt ich zudem wertvolle Unterstützung durch verschiedene Personen, denen ich mich zu mehr Dank verpflichtet fühle, als ich an dieser Stelle in Worte zu fassen vermag. Dennoch werde ich mich im Folgenden genau daran versuchen, in der Hoffnung, zumindest ansatzweise meine Dankbarkeit zu vermitteln.

Beginnen möchte ich mit Dr. med. Falk Burchard, der mich in das Präventionsprojekt einarbeitete und mir mit großer Geduld und Bereitschaft über den langen Schaffensprozess beiseite stand. Professor Dr. Nina Heinrichs – zum Zeitpunkt, als diese Arbeit geschrieben wurde, in der Leitung der Arbeitseinheit 7, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Universität Bielefeld –, gebührt ebenfalls mein tief empfundener Dank. Die Anregungen und praktischen Hilfen bei der Datenakquise und -auswertung waren für mich von unschätzbarem Wert und erleichterten mir meine Arbeit an dieser Studie ungemein. Frau Julia Kleffner, studentische Hilfskraft der LWL-Klinik Marsberg (KJP) aus dem Bereich Lehramt, und Frau Estia Zafirakis, studentische Hilfskraft aus dem Fachbereich Psychologie der Universität Bielefeld, möchte ich für ihre engagierte und motivierte Arbeit bei der mit einem hohen Arbeitsaufwand verbundenen Datenakquise im Rahmen der ersten Datenerhebung danken. Ohne sie wäre die Datenerhebung nicht in dieser vergleichsweise kurzen Zeit möglich gewesen. Nicht zu vergessen Frau Linda Riechmann, Masterstudentin im Bereich Psychologie an der Universität Bielefeld. Sowohl für die Durchführung der zweiten Datenerhebung als auch den produktiven und immer freundlichen Austausch gebührt ihr mein aufrichtiger Dank. Das LWL-Forschungsinstitut für seelische Gesundheit, das die Effektstudie im Rahmen meiner Tätigkeit an der LWL-Klinik Marsberg (KJP) förderte, darf an dieser Stelle ebenfalls nicht unerwähnt bleiben. Vielen Dank selbstverständlich auch in diese Richtung.

Abseits dieser fachlichen Unterstützung möchte ich meinen Bezugspersonen – seien es nun meine Freunde, Eltern und Verwandten – danken, dass sie mit Verständnis und Nachsicht auf die sträfliche Vernachlässigung durch meine Person in der nahen Vergangenheit reagiert haben. Hier habe ich im Anschluss meiner Arbeit vieles nachzuholen und wieder gut zu machen, es sei an dieser Stelle vermerkt, dass ich mir dieses Umstands nur zu bewusst bin.

1. Zusammenfassung

Schlüsselwörter: ADHS, Diagnostik, Früherkennung, Prävention, psychische Auffälligkeiten, Schuleingangsuntersuchung, Screening, Vorschulalter

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, kurz AD(H)S, ist in Deutschland eine der am weitesten verbreiteten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie wird als Folge genetischer, biologischer und umweltbedingter Faktoren verstanden, auch wenn die genauen Ursachen noch nicht vollständig erforscht sind. Die AD(H)S manifestiert sich anhand dreier Kardinalsymptome: einer motorischen Unruhe (Hyperaktivität), einer Aufmerksamkeitsproblematik und einer problematischen Impulskontrolle (Impulsivität). Die genannten Symptome interagieren stark mit der Lebenswelt der Betroffenen und führen in vielen Fällen zu erheblichen Entwicklungsrisiken in der sozialen Interaktion sowie der schulischen/beruflichen Ausbildung und tragen außerdem zur Ausprägung komorbider Begleitstörungen bei. In der Alltagspraxis erhalten von AD(H)S betroffene Kinder und Jugendliche häufig erst dann konkrete Hilfsangebote, wenn bereits manifeste psychische oder psychosoziale Beeinträchtigungen vorliegen. Derartige Probleme werden in vielen Fällen erstmalig im schulischen Kontext beobachtet. Dieser Umstand liegt darin begründet, dass von AD(H)S betroffene Kinder den schulischen Anforderungen symptombedingt nur schwer nachkommen können. Präventive Maßnahmen infolge einer Früherkennung, noch bevor manifeste Beeinträchtigungen vorliegen, gelten aufgrund der schwierigen, nur anhand von Verhaltensbeobachtung möglicher Diagnostik und der Ausrichtung der gängigen Klassifikationssysteme (ICD und DSM) auf ein Alter von 6-12 Jahren für den vorschulischen Bereich als umstritten. Zudem ist eine Vermeidung der Störung durch eine Primärprävention, also eine Verhinderung des Auftretens der Störung, aufgrund des genetischen Ursprungs der AD(H)S nicht möglich. Im Kontext der AD(H)S ist aus diesem Grund lediglich entweder eine *Sekundärprävention* in einem symptomarmen Stadium zur Vermeidung psychischer und/ oder psychosozialer Beeinträchtigungen, oder eine *Tertiärprävention* bei bereits vollausgeprägter Symptomatik zur Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit möglich.

Das bestehende vorschulische Versorgungssystem zur Früherkennung von Entwicklungsrisiken, bestehend aus dem Kindergarten, den Kindervorsorgeuntersuchungen und der Schuleingangsuntersuchung, hält aufgrund der breiten Ausrichtung auf alle potenziellen Entwicklungsrisiken unspezifische, nicht auf einen Bereich spezialisierte und zugeschnittene Ansätze vor. Der Auftrag des Kindergartens ist die Betreuung von Kindern mit ausschließlich pädagogischer Perspektive. Die medizinischen Untersuchungen der Kindervorsorge- und der Schuleingangsuntersuchung bieten nicht die strukturellen Voraussetzungen für ein konkret auf psychische Auffälligkeiten abzielendes Vorgehen. Daher wird nur ein Teil der von AD(H)S betroffenen Kindern bereits im vorschulischen Alter diagnostiziert, wie die Diskrepanz der Prävalenz zwischen der Vorschulzeit (3-6 Jahre) mit 1,5% gegenüber der frühen Schulzeit (7-10 Jahre) mit 5,3% belegt (Hölling et al. 2007).

Die LWL-Klinik Marsberg (KJP) hat vor diesem Hintergrund mit einem »Modellprojekt zur Früherkennung von psychischen Störungen im Vorschulalter« versucht, ein spezifisches Angebot zu Früherkennung psychischer Auffälligkeiten in Ergänzung der bestehenden Versorgungsstruktur zu etablieren (vgl. Burchard et al. 2010). Ziel dieses Projektes ist es, von psychischen Störungen betroffene Kinder, primär AD(H)S, schon vor der Einschulung zu erkennen und die Eltern über Behandlungsangebote zu informieren. In einem zweistufigen Screeningverfahren, das in der ersten Stufe aus einer Vorselektion von potenziell Auffälligen und in der zweiten Stufe aus einer ausführlicheren leitliniennahen Untersuchung dieser vorselektierten Probanden besteht, werden von psychischen Störungen betroffene Probanden vorschulisch diagnostiziert und die Eltern über Hilfsmöglichkeiten beraten. Diese Intervention soll Eltern und Betroffenen ermöglichen, Hilfsangebote aufzusuchen, noch bevor sich psychische und/ oder psychosoziale Beeinträchtigungen manifestieren. Primäres Anliegen des Modellprojektes ist demnach die Sekundärprävention. Nach vier Jahren Praxis haben knapp 24.000 Probanden aus drei Landkreisen das Projekt durchlaufen. Davon erhielten 1,38% durch das Präventionsprojekt eine Diagnose über eine bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht erkannte psychische Störung.

Im Rahmen einer Effektstudie wurden Teilnehmer des Präventionsprojektes, die in der zweiten Screeningstufe des Präventionsprojektes eine AD(H)S Diagnose erhielten, im Schnitt zwei Jahre nach Diagnosestellung in ihrem Sozialverhalten, ihrer Schulleistung, ihrer Lebensqualität und sowie in weiteren für die Entwicklung relevanten Bereiche (z.B. sozioökonomischer Status, Zeitpunkt der Erstdiagnose, Medikation, etc.) untersucht. Verglichen wurden die Befunde mit einer Gruppe von Probanden mit einer diagnostizierten AD(H)S, die durch das reguläre Versorgungssystem erkannt wurden und sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in ambulanter psychiatrischer Behandlung befanden. Anhand der erhobenen Daten geht die vorliegende Studie der Frage nach, inwiefern sich eine frühe leitliniennahe AD(H)S-Diagnose im vorschulischen Bereich im weiteren Verlauf bestätigen lässt und inwiefern die Früherkennung zu einer frühen und/ oder vermehrten Frequentierung von Hilfsangeboten führt. Darauf aufbauend wurde überprüft, inwiefern diese frühere und/ oder intensivere Inanspruchnahme der Hilfen einen messbaren Effekt auf die untersuchten entwicklungsrelevanten Bereiche hatte.

Im Rahmen der Effektstudie wurden deutliche Hinweise gefunden, dass sich die im Rahmen des Modellprojektes erfolgten AD(H)S-Diagnosen im weiteren Entwicklungsverlauf der Probanden bestätigen ließen. Es scheint demnach möglich, anhand einer spezifischen leitliniennahen Methodik bereits im späten Vorschulalter valide eine AD(H)S zu erkennen. In den drei Landkreisen, in denen das Modellprojekt durchgeführt wird, erhielten in vier Modelljahren 1,38% aller Projektteilnehmer eine bis dahin noch nicht erkannte Diagnose über eine psychische Störung; in den meisten Fällen lag eine AD(H)S vor. Durch das reguläre Früherkennungs-Versorgungssystem erhalten ca. 1,5% aller Kinder eine AD(H)S-Diagnose noch vor der Einschulung (Hölling et al. 2007). Die durch das Modellprojekt diagnostizierten Probanden erhielten erstmalig durch das Modellprojekt die Diagnose AD(H)S, sie sind demnach nicht Teil der 1,5% der vorschulisch durch das reguläre Früherkennungs-Versorgungssystem erkannten Betroffenen. Durch die Ergänzung der spezifischen Diagnostik im Rahmen des

Modellprojektes konnte die Anzahl der vorschulisch erkannten Kinder mit einer AD(H)S somit mit insgesamt 2,88% nahezu verdoppelt werden. Durch das Modellprojekt wurden prozentual in den teilnehmenden Landkreisen somit nahezu so viele Kinder erkannt, wie durch das gesamte Früherkennungs-Versorgungssystem zusammengekommen. Trotz dieser anscheinend validen Diagnosestellung im vorschulischen Bereich gelang es jedoch nicht, die Probanden bzw. deren Eltern früher oder vermehrt AD(H)S-bezogenen Hilfsangeboten zuzuführen. Eine Verbesserung der Prognose aufgrund einer Früherkennung der AD(H)S konnte demnach nicht nachgewiesen werden. Es ist jedoch möglich, dass die ausbleibende Frequentierung von Hilfsangeboten trotz früher Diagnose und Beratung zumindest zum Teil in der Methodik der Befundrückmeldung im Rahmen der zweiten Screeningstufe des Modellprojektes begründet liegt. Es ergeben sich zwei Erklärungsansätze. Der *erste* projektbezogene Ansatz folgt der Annahme, dass die Diagnose durch das Projekt zu einem Zeitpunkt gestellt wurde, an dem erste Frühindikatoren für sich abzeichnende Probleme in vielen Fällen nur durch auf psychische Auffälligkeiten spezialisierte Fachkräfte erkennbar waren, diese Frühindikatoren sich hingegen fachfremden Personen in der Regel noch nicht offenbarten. Die Probanden bzw. die Eltern erlebten demnach noch keinen manifesten und wahrnehmbaren Leidensdruck. Aus dieser subjektiven Perspektive lag demzufolge kein konkreter Handlungsbedarf vor. Zudem erhielten die Eltern am Ende einer etwa zweistündigen Untersuchung eine rein mündliche Befundrückmeldung und Beratung. Dieses Vorgehen gilt jedoch als die am wenigsten nachhaltige Form der medizinischen Rückmeldung (vgl. Cope et al. 2003; Tattersall et al. 1994). Das Zusammenspiel aus fehlender Problemwahrnehmung der Eltern, gepaart mit einer rein mündlichen und dadurch potenziell wenig nachhaltigen Befundrückmeldung mit hohem Informationsverlust könnte einer Frequentierung von Hilfsangeboten trotz früher Diagnose entgegengewirkt haben. Würde sich diese Hypothese bewahrheiten, wäre durch eine Optimierung der Befundrückmeldung sowie der damit verbundenen Beratung im Rahmen der zweiten Screeningstufe eine Verbesserung der Frequentierung von Hilfsangeboten durch die früh erkannten Probanden bzw. deren Eltern, und darauf aufbauend eventuell auch eine Verbesserung der Prognose möglich. Der *zweite* Erklärungsansatz für die ausbleibende Frequentierung von Hilfen trotz früher Diagnose folgt der Annahme, dass die Frühdiagnose einer AD(H)S in der Vorschulzeit nur äußerst bedingt dazu geeignet ist, Impulse für eine frühe Frequentierung von Hilfen in einer für Eltern wie auch Betroffene sehr belebten Phase zu geben, die geprägt ist von der Erschließung neuer Lebensräume und den damit verbundenen Anforderungen. Beide Ansätze gilt es in weiteren Studien zu prüfen. Im Rahmen dieser Arbeit konnte weder ein positiver noch ein negativer Effekt einer frühen vorschulischen AD(H)S-Diagnose nachgewiesen werden.

2. Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) bzw. die Hyperkinetische Störung (HKS)¹ ist seit den frühen 1970er-Jahren die wohl am häufigsten und intensivsten diskutierte psychische Störung im Kindes- und Jugendalter der westlichen Kulturen. Sehr unterschiedliche Fachrichtungen und Konzepte prägen die Auseinandersetzungen um diese Störung. Dabei geht es sowohl über existenzielle Fragen, wie nach den Ursachen der Störung bis hin zu Fragen eines adäquaten Umgangs mit Betroffenen. Kaum eine Störung ist breiter diskutiert, in kaum einer Störung sind die Diskrepanzen zwischen den Ansichten größer und in kaum einer ähnlich gelagerten Diskussion werden die eigenen Standpunkte verbitterter vertreten und andere Ansichten negiert. Abseits der Grabenkämpfe etablierte sich jedoch in den vergangenen Jahren die Idee multidimensionaler Ansätze. Die Erkenntnis, dass die verschiedenen Perspektiven und Herangehensweisen, zumindest jene, welche auf evidenzbasierter Forschung beruhen, sich nicht unbedingt gegenseitig negieren und ihre je eigene Daseinsberechtigung haben, manifestiert sich in einem zunehmend breiter werdenden Angebot und einem Behandlungssetting, dem multidisziplinären Ansatz, der primär jenen zugutekommt, um die es im Kern geht oder zumindest gehen sollte: den Betroffenen und deren Angehörigen.

Ein nicht unerheblicher Anteil hoch problembelasteter Kinder mit dem Symptomkomplex, der als AD(H)S klassifiziert wird, erhält ab einem gewissen Zeitpunkt, meist wenn symptombedingte Verhaltensmuster in einzelnen sozialen Lebenswelten an Grenzen stoßen, eine medizinische Diagnose. Eine entsprechende Klassifikation erscheint in vielen Fällen als Grundvoraussetzung und Anstoß weiterer medizinischer, psychologischer und pädagogischer Behandlungsschritte. Demnach erfolgt die Diagnose aktuell primär auf Probleme, die bereits manifest sind. Durch die der Schule vorgeschalteten Institutionen werden jedoch immer mehr Bemühungen unternommen, Kinder frühzeitig mittels einer entsprechenden Diagnose zu klassifizieren, also noch bevor Probleme im psychosozialen Kontext entstehen konnten. Diese frühzeitige Klassifikation von Kindern ist nicht unumstritten. So wird argumentiert, dass eine derart frühe Einordnung die Gefahr birgt, Kinder zu pathologisieren. Die intrafamiliäre Interaktion und der Umgang mit den Betroffenen werden demnach schon zu Beginn des Kontakts zu bedeutenden Entwicklungsinstanzen (z.B. der Schule) durch negative Erwartungshaltungen geprägt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob die Voraussetzungen für eine Diagnose, die jeweils störungsspezifischen Symptome, bereits in der frühen Entwicklungsphase des Vorschulalters standardisiert und treffsicher erfassbar sind. Dieser Argumentation kann entgegengehalten werden, dass eine frühe Identifikation von Kindern, die den Symptomkomplex einer AD(H)S aufweisen, unumgänglich ist, um präventiv handeln zu können. In diesen Fällen muss die Diagnose gestellt werden, *bevor* symptombedingte Probleme zu konkreten Entwicklungsrisiken anwachsen. Der Frage nach der Treffsicherheit von Diagnosen in der frühen Kindheit kann eine jahrzehntelange Forschung sehr unterschiedlicher Fachrichtun-

1 Zur Vereinfachung wird im Folgenden die am weitesten verbreitete Abkürzung AD(H)S verwendet.

gen entgegengehalten werden, die medizinische Leitlinien hervorbrachte, welche Fehldiagnosen entgegenwirken sollen.

Diese Arbeit befasst sich mit der Fragestellung, inwiefern eine vorschulische Diagnose anhand der gängigen Leitlinien valide sein kann und welchen Effekt diese frühe Klassifizierung, noch vor der Einschulung, auf die betroffenen Kinder hat. Diese Frage wird aus der Perspektive eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Modellprojektes heraus betrachtet, das sich dem Ziel verschrieben hat, betroffene Kinder möglichst frühzeitig zu identifizieren, zu klassifizieren und zu behandeln. So stellt das Modellprojekt das Werkzeug zur Überprüfung der zugrundeliegenden Fragestellung dar, ob die frühe AD(H)S-Diagnose nach den gängigen medizinischen Leitlinien und Klassifikationssystemen ICD-10 oder DSM-IV in Verbindung mit einer medizinischen fachärztlichen Beratung über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten nachweisbare Effekte auf die weitere Entwicklung der Probanden hat. Es gilt zu prüfen, inwiefern die frühe medizinische Klassifikation und Beratung positiven Einfluss auf eine normative und adäquate Entwicklung hat und dadurch wünschenswert ist, oder ob eine derartige Intervention nicht eher Prozesse initiiert, die negative Effekte begünstigt.

3. Primäre Fragestellung

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Fragestellung, inwiefern eine Früherkennung der AD(H)S noch vor der Einschulung, bevor sich psychosoziale Beeinträchtigungen manifestiert haben (symptomarmes Stadium), möglich ist und inwiefern sie einen positiven Effekt auf die entwicklungsrelevanten Bereiche Lebensqualität, Leistungsentwicklung und Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) begünstigt. Damit ein Verfahren zur Früherkennung und darauf aufbauend zur Prävention, also Risikopersonen einer gezielten Diagnostik und Behandlung zuzuführen noch bevor sich psychische und/ oder psychosoziale Beeinträchtigungen manifestieren konnten, (symptomarmes Stadium) effektiv sein kann, müssen nach Tröster (2009) folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Die Frühindikatoren der Störung sind zuverlässig identifizierbar.
2. Die Störung ist behandelbar und in ihrem Verlauf beeinflussbar.
3. Ein früher Therapiebeginn verbessert die Prognose.
4. Die organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen für eine gezielte Diagnostik der Risikopersonen sind vorhanden.
5. Effektive Therapie- und Fördermaßnahmen stehen zur Verfügung.

Anhand der breiten pädagogischen, psychologischen und medizinischen Behandlungsansätze, viele davon auf ihre Effektivität positiv untersucht (siehe Kapitel 4.1.7 S. 57ff.), darf die AD(H)S als behandelbare Störung betrachtet werden. Effektive Therapie- und Fördermaßnahmen stehen zur Verfügung. Diese Grundvoraussetzungen für eine Früherkennung/ Prävention (Kriterien 2 und 5) dürfen demnach als gesichert gelten.

Zu klären ist jedoch, inwieweit Frühindikatoren einer AD(H)S bereits in der Vorschulzeit zuverlässig identifiziert werden können (Kriterium 1). Die gängigen Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 fokussieren für eine Diagnose ein Alter von 6-12 Jahren, die Diagnosekriterien gelten für jüngere Kinder als nur bedingt geeignet (vgl. Steinhausen 2010b). Diese grundlegende Voraussetzung einer Früherkennung ist demnach nicht gesichert und bedarf der Überprüfung. Die gängigen Früherkennungssysteme, der Kindergarten, die Kindervorsorgeuntersuchungen und die Schuleingangsuntersuchung (s. Kapitel 4.2.3, S. 76ff.), sind aus präventiver Perspektive unspezifische Verfahren (vgl. Tröster 2009). Das heißt, sie sind nicht speziell auf die Identifikation spezieller Problemlagen, in diesem Fall psychischer Auffälligkeiten, ausgelegt. Sie sind (teilweise u.a.) darauf ausgerichtet, ein breites Spektrum entwicklungsgefährdender Aspekte frühzeitig zu erfassen und einschlägige Hilfsangebote zu initiieren. Diese sehr breitgefächerte Perspektive führt jedoch dazu, dass spezielle Risikobereiche wie das der psychischen Auffälligkeiten, die sich erneut in eine große Bandbreite komplexer und unterschiedlicher Störungen unterteilen, nur verhältnismäßig oberflächlich und nicht umfassend und mit dem Zeitaufwand, den eine leitliniengerechte Diagnose in dem Bereich benötigt, untersucht werden können. In der Regel werden Kinder bei potenziellen Problemen an für den jeweiligen Bereich spezialisierte Fachkräfte verwiesen. Für eine Therapie ist dies

selbstverständlich der richtige Weg. Den Erfordernissen der Früherkennung eines psychischen Störungsbildes, die aufgrund der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes in der Regel nur durch speziell geschulte Fachkräfte in einem standardisierten, evidenzbasierten und häufig aufwendigen Verfahren valide möglich ist, kann die Methodik der angesprochenen drei Institutionen jedoch nicht gerecht werden. Zum Teil sind die für eine Diagnose notwendigen Spezialisten nicht an der Untersuchung beteiligt oder ihnen fehlen die für eine Diagnose notwendigen zeitlichen bzw. strukturellen Ressourcen. Die bestehenden drei Institutionen vor der Einschulung können daher aufgrund ihrer Methodik nicht den gängigen Leitlinien zur Diagnose einer AD(H)S gerecht werden, eine valide Diagnose ist in diesem Zusammenhang nicht möglich. Um Aussagen über die generelle Möglichkeit einer frühen AD(H)S-Diagnose zu tätigen waren die bestehenden Systeme nicht geeignet. Aus diesem Grund wurde zur Klärung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Fragestellungen nicht eines der bestehenden Systeme betrachtet, sondern ein Modellprojekt zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter der LWL-Klinik Marsberg (KJP). Das Projekt ist spezifisch auf psychische Störungen ausgerichtet und mündet im weiteren Verlauf (2. Screeningstufe) in eine leitliniennahe Diagnostik, durchgeführt durch speziell auf diesen Bereich geschulte Fachkräfte (spezifischer Präventionsansatz). Die Voraussetzungen, Frühindikatoren der AD(H)S zu erkennen, wenn möglich, sind bei diesem Projekt demnach bedeutend günstiger als in einem der drei bestehenden und etablierten Systeme. Abgesehen davon erfüllt das Modellprojekt, da es an die etablierte Schuleingangsuntersuchung angebunden ist, wie die drei bestehenden Systeme den Anspruch einer universellen Prävention (Tröster 2009), also eines präventiven Angebotes, das die gesamte Bevölkerungsgruppen erreicht. Eine etwaige Vorselektion der Projektteilnehmer und dadurch der potenziellen Probanden ist auszuschließen, da bei dem Setting der Schuleingangsuntersuchung alle Kinder einer Alterskohorte erreicht werden. Die organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen für eine frühe Diagnose nach den gängigen Klassifikationssystemen sind demnach gegeben (Kriterium 4).

Inwiefern eine frühe AD(H)S-Diagnose die Prognose verbessert (Kriterium 3), gilt es zu prüfen. In Bezug auf die Frage, inwiefern Früherkennung und Prävention im Kontext der AD(H)S die Prognose Betroffener verbessern kann, wird davon ausgegangen, dass früh initiierte Hilfen als Folge der Früherkennung, zu einem für die Behandlung als besonders günstigen Zeitpunkt (symptomarmes Stadium) erfolgt und dadurch die Grundlagen positiver Effekte für die weitere Entwicklung der Betroffenen bildet. Vor solchen potenziellen positiven Effekten steht jedoch die Frage, inwieweit eine frühe Diagnose, noch bevor sich psychosoziale Beeinträchtigungen manifestiert haben und solange der Leidensdruck noch gering ist (symptomarmes Stadium), überhaupt Initiator für die Frequentierung von Hilfsangeboten ist. In der Vorschulzeit werden aufgrund des Alters der Probanden Hilfeformen primär durch die Eltern initiiert. Es muss demnach geprüft werden, ob sich eine vermehrte oder frühere Frequentierung von Hilfsangeboten durch die Früherkennung der Störung und Beratung der Eltern nachweisen lässt. Wenn diese frühe Inanspruchnahme auf der Grundlage der Früherkennung nachgewiesen werden kann, ist darauf aufbauend zu prüfen, inwiefern sich Hinweise auf positive Auswirkungen dieser Hilfen auf die entwicklungsrelevanten Bereiche der Lebensqualität,

Leistungsentwicklung und Komorbiditäten finden lassen, oder ob aus der Früherkennung und/oder der frühen/ vermehrten Frequentierung von Hilfsangeboten noch im symptomarmen Stadium eventuell negative Folgen auf die genannten entwicklungsrelevanten Bereiche resultieren.

4. Theoretische Grundlagen

4.1 AD(H)S

Jeder Teilbereich dieser Arbeit – sei es das zugrunde liegende Modellprojekt zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter der LWL-Klinik Marsberg (KJP), die projektbegleitende Evaluation oder die daran anknüpfende Effektstudie – dreht sich um das Störungsbild der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S). Die AD(H)S, oder vielmehr die Fragestellung, wie man diese Störung frühzeitig erkennen kann und ihr im Anschluss adäquat begegnet, stellt die zentrale Triebfeder dieser Arbeit dar.

Die AD(H)S stellt sowohl im Hinblick auf die Prävalenz wie auch in Form ihrer Bedeutung für die Entwicklung betroffener junger Menschen eines der bedeutendsten psychiatrischen Syndrome des Kindes- und Jugendalters dar. In Deutschland kann von einer Prävalenz von ca. 5% im Alter vom dritten bis zum achtzehnten Lebensjahr ausgegangen werden, wie es z.B. die Ergebnisse der KiGGS-Studie von 2006 nahelegen (Schlack et al. 2007). Schenken wir dieser Zahl glauben, so ist allein durch dieses Syndrom ein großer Anteil der Menschen unter 18 Jahren von einer psychischen Störung betroffen, deren Symptome hohe Risikofaktoren für eine normative und adäquate psychosoziale, aber auch ökonomische Entwicklung mit sich bringen, und deren Schweregrad in besonderem Maße durch psychosoziale und gesellschaftliche Faktoren beeinflusst wird (vgl. Barkley 1998; Döpfner et al. 1998a). Durch diese starke Wechselwirkung mit anderen Lebensbereichen birgt AD(H)S zudem Risiken für das Auftreten von weiteren schwerwiegenden und entwicklungsrelevanten komorbiden psychiatrischen Störungsbildern (Biedermann et al. 2007). Auf das Konstrukt AD(H)S und die damit verbundenen Rahmenbedingungen wird in dem folgenden Kapitel eingegangen, beginnend mit einer Darstellung des historischen Werdegangs dieses Störungsbildes.

4.1.1 Historischer Werdegang der AD(H)S oder die Geschichte des Zappelphilipps

Seit es fundierte und ausführliche Texte über Menschen und deren Persönlichkeit gibt, tauchen Berichte über ein Zusammenspiel von drei Persönlichkeitsmerkmalen auf: gesteigerte motorischen Unruhe, mangelnde emotionale Impulskontrolle und hochgradige Ablenkbarkeit. Da sich frühe Texte primär mit den Menschen beschäftigen, welche an der damaligen Geschichte mitwirkten, also mit den Herren ihrer Zeit, verwundert es nicht, dass primär diese herausragenden Persönlichkeiten in solchen Texten Beachtung fanden. So wurde Alexander der Große oder auch Dschingis Kahn mit Verhaltensweisen in Verbindung gebracht, die an die heute allgemein anerkannten Symptome einer AD(H)S erinnern. Auch wenn Prävalenzraten oder eine genaue Diagnose anhand dieser Texte nicht zu ermitteln sind, so deuten diese Berichte doch an, dass AD(H)S nicht, wie oft behauptet wurde und zum Teil noch wird, eine »neue Störung« der Moderne darstellt, hervorgerufen durch ungünstige Kontextfaktoren der

modernen Welt, beginnend mit der Landflucht und ungünstigen urbanen Bedingungen während der Industrialisierung (Rothenberger et al. 2005).

Da eine hyperkinetische Störung durch mit den Symptomen verbundene soziale Probleme auffiel, wurde dieses Störungsbild lange Zeit als rein pädagogisch-erzieherische Aufgabe betrachtet. In dem sehr populären Werk des Allgemeinmediziners und späteren Nervenarztes Heinrich Hoffmann »Der Struwwelpeter«, das 1845 erschienen ist, wurden verschiedene Formen abnormalen und unerwünschten Verhaltens bei Kindern und deren vermeintliche Folgen drastisch aufgezeigt. Eine diese Figuren ist der Zappelphilipp, der deutlich das Verhalten eines symptomstarken hyperaktiven Kindes zeigt. Zunehmend medizinische Beachtung fanden die Verhaltensweisen der AD(H)S im 19. Jahrhundert. So enthielt das 1810 erschienene Buch »Untersuchung über die Natur und den Ursprung der Geisteszerrüttung« (Crichton) ein Kapitel, das sich mit Aufmerksamkeit den damit verbundenen Störungen befasst. Verschiedene Erklärungsmuster für die gesteigerte Unruhe von Kindern wurden dargestellt, so etwa eine Funktionsstörung des Gehirns, wie Griesinger 1845 annahm, aber auch eine vorschnelle Entwicklung, wie von Neumann (1859) vermutet. An der Frage nach der Eingruppierung des Krankheitsbildes versuchte sich Maudsley (1867), indem er die betreffenden Kinder der Krankheitsgruppe der »affektiven oder moralischen Irreseins« zuordnete. Andere, wie Emminghaus (1878), vermuteten eine »Vererbung und Degeneration« (vgl. Seidler 2004). Im Jahr 1869 wurde der Begriff der »Neurasthenie« von dem Neurologen George Miller Bread eingebracht. Bread postulierte, dass die durch eine AD(H)S beschriebenen Störungen häufiger als alle anderen Nervenerkrankungen in den USA vorkommen und beschrieb sie weiterhin als »predominantly American societal illness« oder als »American nervousness«. In Deutschland rückte am Ende des 19. Jahrhunderts das Problem mit den nervösen Kindern in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. Aufgrund der politischen Entwicklung wurden vermehrt soldatische Tugenden wie Disziplin, Pünktlichkeit, Ordnung und Treue von den Bürgern gefordert, die mit den Verhaltensweisen einer AD(H)S Symptomatik oft nicht vereinbar waren. Der Leipziger Philosoph und Pädagoge Ludwig Strümpell klassifizierte 1890 motorische Übererregbarkeit und Unaufmerksamkeit als konstitutionellen Charakterfehler.

Der Beginn der modernen Geschichte der AD(H)S bzw. der Hyperkinetischen Störung (HKS) begann mit einer ersten fachlichen Beschreibung durch Sir George Frederick Still 1902 und A. F. Tredgold 1908. Still bemerkt, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil seiner Patienten mit den Symptomen einer AD(H)S aus stabilen und strukturierten familiären Systemen kommen. Die Gründe für die beschriebene motorische Unruhe und Unaufmerksamkeit sieht er daher nicht primär in einer inadäquaten Erziehung der Kinder, sondern vermutet einen Defekt der moralischen Kontrolle infolge einer frühen organischen Schädigung des Gehirns und/oder erblicher Dispositionen. Aufgrund der hohen motorischen Aktivität und der Unfähigkeit zur längeren Aufmerksamkeit trotz normaler Intelligenz komme es nach Still bei den Betroffenen oft zu starken Schulproblemen. Jungen seien nach seiner Erfahrung häufiger betroffen als Mädchen. Er führt drei Unterarten der Störung ein, die als Vorläufer der aktuellen AD(H)S Typen nach dem DSM-IV gelten dürfen. Still unterscheidet zwischen einer Hirn-

schädigung (Typ 1), einer minimalen Hirndysfunktion (Typ 2) und der Hyperaktivität (Typ 3).

Tredgold übernimmt die Annahme, dass der Symptomatik eine organische Schädigung zugrunde liegt, welche durch Vererbung weitergegeben wird. Er stellt die Hypothese auf, dass die Bereiche des Gehirns, die für die Moral zuständig sind, erst durch die jüngste Evolution entstanden seien und demnach noch störanfälliger als ältere Abschnitte seien. Daher seien moralische Defizite, unter die nach ihm und Still auch die AD(H)S Symptome fallen, im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen häufiger vertreten. Entsprechende hirnorganische Defekte können nach ihm u.a. Epilepsie, Hysterie, Migräne und Hyperaktivität hervorrufen. Umweltfaktoren haben nach Tredgolds und Stills Ansatz als Ursprung für die Symptomatik keinen großen Einfluss.

Erhärtet wurden diese Ansätze und Erklärungsmuster durch die Folgen der Enzephalitis-epidemie (Entzündung des Gehirns) zwischen 1917 und 1918. Im Verlauf dieser Epidemie wurden bei einem Teil der erkrankten Kinder Verhaltensveränderungen festgestellt, obwohl die Erkrankung scheinbar gut überstanden wurde (Rothenberger et al. 2005). Diejenigen Patienten, die am schwersten von der Erkrankung betroffen waren, zeigten nach der Genesung die deutlichsten Verhaltensveränderungen (Hohman 1922; Ebaugh 1923; Strecker/Ebaugh 1924). Jedoch sei hier angemerkt, dass nur einige der beschriebenen Patienten die heutigen Kriterien einer AD(H)S erfüllen würden. Nichtsdestotrotz wurden diese Erkenntnisse als Beleg für eine Korrelation zwischen hirnorganischen Schädigungen und dem Auftreten einer Hyperaktivität gewertet (vgl. Rothenberger et al. 2005).

In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts splitterte sich die Diskussion um Hyperkinetische Störungen in mehrere Einzeldisziplinen (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Soziologie), die zu verschiedenen Ansätzen und Perspektiven auf das Störungsbild führten. So wurde der Arzt vermehrt auch als Erzieher des Kindes verstanden, die betroffenen Kinder seien Grenzgänger zwischen dem normalen Kind und dem psychisch abnormen und wurden als schwer erziehbare Kinder bezeichnet (vgl. Rothenberger et al. 2005). Die Ansicht, dass die Störung eine Kombination aus pädagogischen und medizinischen Problemen sei, wurde auch von Ärzten aus der Sowjetunion Anfang der 1920er-Jahre befürwortet, wo die Hyperaktivität zu dieser Zeit schon als Krankheit anerkannt war (Isaev\ Kagan 1981).

Kramer und Pollnow (1930a, 1930b) beschrieben ein Syndrom, das durch extreme motorische Unruhe, Ablenkbarkeit und sprachliche Entwicklungsstörungen gekennzeichnet war. Dieses Syndrom benannten sie als »hyperkinetische Erkrankung«. In dem von ihnen beschriebenen Krankheitsbild stand die motorische Unruhe im Vordergrund, jedoch fanden auch gesteigerte Impulsivität, innere Unruhe, Aggressivität und Probleme mit zwischenmenschlichen Beziehungen Beachtung. Die Ursache einer Hyperaktivität sei nach vorherrschender Meinung eine Hirnschädigung bzw. minimale Hirnschädigung als Folge eines Traumas, pränataler Enzephalopathie (Sammelbegriff für krankhafte Veränderung des Gehirns vor der Geburt) oder Geburtsschäden (Kahn\ Cohen 1934). Der Umstand, dass Verhaltensweisen von Primaten, die man einer Frontalhirnläsion unterzogen hatte, ähnliche Verhaltensweisen wie hyperaktive Kinder aufwiesen, führte zu der Vermutung, dass der mögliche hirnorganische

Defekt in der Frontalhirnstruktur verortet sei, auch wenn bei den meisten Betroffenen keine derartige Verletzung bestätigt werden konnte (Rothenberger et al. 2005). Entgegen dieser Herleitung stellte Childers 1935 fest, dass nur ein geringer Teil von hyperaktiven Kindern eine Hirnschädigung aufwies, was zu einer Unterscheidung zwischen dem hyperaktiven Kind und dem hirngeschädigten Kind führte.

In Deutschland führte die politische Entwicklung während der 1930er-Jahre zu einer Abwanderung führender Wissenschaftler und einer ideologisch verzerrten Perspektive, die eine differenzierte Diskussion auf Jahre unterbrach. Eine hyperkinetische Störung war nach der neuen Denkrichtung ein Problem, gegen das mit dem Ziel des »freudigen Gehorsams« eingeschritten werden müsse. Es wurde empfohlen, betroffene Kinder der Hitlerjugend zum Zwecke der nationalsozialistischen Erziehung zu überantworten – eine Vorgabe, welche mit den damals aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen bricht und die hyperkinetische Störung als rein pädagogisches Problem definiert (Seidler 2004).

In den 1940er- und 1950er-Jahren erschien eine Reihe wissenschaftlicher Beiträge, die den Beginn der Psychopharmakotherapie bei Kindern markierte, insbesondere bei verhaltensgestörten jungen Patienten. Die Wirksamkeit von Amphetamin bei der Behandlung einer hyperkinetischen Störung wurde zufällig während einer Behandlung durch Charles Barkley entdeckt (1937). Nach Einnahme zeigten die Patienten ein ruhigeres Verhalten und verbesserte Schulleistungen. Auch sei eine Einnahme therapiefördernd, was jedoch nur so lange anhalte, wie das Präparat eingenommen werde. Als zweites Mittel wurde Methylphenidat (MPH) für die Behandlung von AD(H)S entdeckt. 1944 von Leandro Panizzon (Firma Ciba, heute Novartis) entwickelt, kam es 1954 auf den Markt. Ritalin – die Bezeichnung, unter der MPH vermarktet wird – leitete sich aus dem Vornamen der Frau des Erfinders ab (Rita), die das Präparat nutzte, um besser Tennis spielen zu können (Weber 2001). Kontrollierte Studien zu MPH folgten in den 1960er-Jahren mit dem Ergebnis, dass sich die Kernsymptome bei 75% der Probanden besserten und eine gute Verträglichkeit vorlag, wodurch sich MPH als Mittel erster Wahl etablierte. Aufgrund von Unverträglichkeiten und einer stärker werdenden Diskussion über den Gebrauch von Psychostimulanzien bei Kindern, auch wegen der Gefahr des Substanzmissbrauchs, wurden zu Beginn der 1970er-Jahre Studien zu Nicht-Stimulanzien durchgeführt, jedoch mit mittelmäßigen bis geringen klinischen Effekten. Erst 2005 kam in Deutschland mit Atomoxetin ein Präparat auf den Markt, das eine Alternative zu MPH darstellt (Rothenberger et al. 2005).

Ende der 1950er-Jahre wurde das Konzept, dass eine Hirnschädigung als einziger Grund für eine AD(H)S infrage komme, mehr und mehr in Frage gestellt. Die Oxford International Study Group of Child Neurology empfiehlt, eine Hirnschädigung nicht ausschließlich vom Verhalten abzuleiten. Zukünftig solle »Minimal Brain Dysfunction« (MBD) den Begriff der minimalen Hirnschädigung ersetzen (MacKeith\ Bax 1963). Als Folge davon wurde kein pathologischer Befund mehr für eine hyperkinetische Störung vorausgesetzt. Man ging nunmehr davon aus, dass auch nicht messbare organpathologische Auffälligkeiten einen bedeutenden Einfluss auf das Störungsbild haben können. 1957 wurden durch Laufer und Denhoff die Konzepte und Begriffe »Syndrom hyperkinetischen Verhaltens« und »Hyperkinetische Im-

pulsstörung« eingeführt. Der Begriff der Hyperaktivität etablierte sich in der Literatur. Es wurde eine multimodale Behandlung empfohlen, welche die einzelnen AD(H)S relevanten Fachrichtungen Psychotherapie, Medizin und Pädagogik einbezieht.

In den 1960er-Jahren entwickelten sich zwei Betrachtungsweisen des hyperkinetischen Syndroms, die sich in den beiden diagnostischen Klassifikationssystemen »Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder« (DSM) der American Psychiatric Association und der durch die World Health Organisation (WHO) herausgegebenen »International Classification of Diseases« (ICD) widerspiegeln. So wurde in Europa das HKS eher als seltenes Syndrom mit indirekten Zeichen einer Hirnschädigung gesehen, während in Nordamerika das Syndrom als häufiger Befund gewertet wurde, der in den meisten Fällen nicht zwangsläufig mit sichtbaren Zeichen einer Hirnschädigung einhergeht (vgl. Rothenberger et al. 2005). In den späten 1960er-Jahren wurden erste Erhebungsinstrumente veröffentlicht, die zwar hauptsächlich Verhaltensveränderungen während einer Behandlung dokumentieren sollten, jedoch auch erfolgreich in epidemiologischen Studien eingesetzt wurden. Wegen seiner Verbreitung besonders hervorzuheben ist der 1969 durch Conners et al. entwickelte Eltern- und Lehrerfragebogen zur Erfassung eines hyperaktiven Syndroms.

In den 1970er-Jahren rückte das hyperkinetische Syndrom mehr und mehr in den Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung. So wurden weitere Studien durchgeführt, um Hyperaktivität mittels psychophysiologischer Methoden mit dem Ziel zu untersuchen, den hirnfunktionellen Hintergrund besser zu beleuchten. So konnte u.a. nachgewiesen werden, dass Kinder mit einem hyperkinetischen Syndrom Schwierigkeiten in der Informationsverarbeitung haben, was teilweise den Frontalhirnfunktionen zugeordnet werden konnte (Rothenberg 1982). Zeitgleich vertrat und erforschte Douglas die Hypothese, dass nicht die motorische Unruhe als Kernsymptom einer HKS anzusehen sei, sondern die Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit und der Impulsivität. Dies seien nach Douglas die Bereiche, in denen eine Stimulanzmedikation am ehesten Erfolg verspreche (Douglas 1972). Durch Studien erhärteten Douglas et al. weiterhin die Annahme, dass Lese- und Rechtschreibstörungen bei hyperkinetischen Kindern nicht in höherem Ausmaß als bei anderen Kindern vorlagen, ebenso dass diese Kinder teilweise eine normale Aufmerksamkeitsspanne aufweisen können, wenn sie fortwährend bestärkt werden und die Ablenkung durch störende Reize minimiert wird (Freibergs/ Douglas 1969). Durch diese Befunde wurden die Umweltfaktoren wieder mehr in das Zentrum der Behandlung gerückt.

1977/78 wurde das Hyperkinetische Syndrom in der damals aktuellen neunten Version der ICD benannt, in der zurzeit gültigen zehnten Version von 1992 wurde der Begriff Hyperkinetische Störung (HKS) eingeführt (Dilling\ Freyberg 2008). Eine weitere Auswirkung dieser Forschungsrichtung der 1970er- und 1980er-Jahre war die erste Nennung des »Attention Deficit Disorder« (ADD) im Rahmen des DSM-III (American Psychiatric Association 1980). Das Augenmerk der ADD – 1987 in der DSM-III-R in »Attentiondeficit-Hyperactivity Disorder« (ADHD) umbenannt – lag primär auf den Aufmerksamkeitsdefiziten und nicht auf der motorischen Unruhe (vgl. Rothenberger et al. 2005). 1994 wurden die Kriterien der ADHS/ADS in der zurzeit gültigen Version des DSM-IV aktualisiert (Steinhausen et al.

2010a). Die Diagnosekriterien beider Systeme setzten den Beginn der Störung vor dem 7. Lebensjahr voraus; die Symptome müssen über einen Zeitraum von über sechs Monaten konstant auftreten und sich in zwei oder mehr Lebensbereichen manifestieren.

Neben dieser Entwicklung entstanden in den 1970er-Jahren weitere Erklärungshypothesen, wie die der Hyperkinetischen Störung als Folge einer Nahrungsmittelunverträglichkeit (Feingold 1975), als Resultat fehlerhafter Erziehung (Bettelheim 1973; Willis\, Lovaas 1977) oder hervorgerufen durch Probleme im sozialökonomischen urbanem Umfeld (Whalen\ Henker 1980). Der Zusammenhang von *Nahrungssubstanzen* und HKS konnte durch verschiedene Studien nicht belegt werden. Dass *Umweltfaktoren* auf die Symptomatik der HKS Auswirkungen nehmen können, wurde hingegen durch Studien untermauert (Rothenberger et al. 2005). Zur gleichen Zeit wurde die Medikation von Kindern aufgrund einer AD(H)S immer öfter kritisch hinterfragt, häufig unter Verweis auf Studien, welche die Rolle von Umwelteinflüssen auf die Symptomatik einer AD(H)S unterstrichen (Block 1977; Schrag\ Divoky 1975). Seit Beginn der 1970er-Jahre wurde immer wieder diskutiert, ob eine AD(H)S eine eigenständige Störung mit verschiedenen Symptomen darstellt, die auf eine einheitliche Ursache zurückzuführen ist. Diese Fragestellung führte zu Studien, die sich zum Ziel gesetzt haben, der Existenz der AD(H)S nachzugehen. Anhand dieser wissenschaftlichen Bemühungen konnte evidenzbasiert dargelegt werden, dass AD(H)S die Kriterien einer eigenständigen psychischen Störung erfüllt (Weiss\ Trokenberg-Hechtman 1993).

Die AD(H)S wurde seit Ende der 1980er-Jahre nunmehr weitestgehend als Störung mit genetischer Grundlage verstanden, deren Symptomatik stark mit den vorliegenden psychosoziale Kontextfaktoren interagiert (Faraone 2005). Um etwaigen ungünstigen familiären Kontext- und Systemfaktoren begegnen zu können, wurden ergänzend zu medikamentösen und therapeutischen Interventionen nicht-medikamentöse Behandlungen wie zum Beispiel AD(H)S-Elterntrainings zur Stärkung von erzieherischen Kompetenzen in den Herkunftsfamilien entwickelt. Zudem bildeten sich Selbsthilfegruppen wie die 1989 gegründete amerikanische CHAD (Children with ADD), welche die Thematik der AD(H)S auch in den Fokus des politischen und gesellschaftlichen Interesses rückten. So fand der Ansatz breite Zustimmung, dass der AD(H)S zwar biologische Ursachen zugrunde liegen, aufgrund der starken Interaktion der Symptomatik mit den bestehenden Kontextfaktoren jedoch oft eine multimodale Behandlung durch verschiedene Fachgruppen (Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Fachtherapeuten, Lehrern, Eltern) notwendig macht, auch wenn Interventionen, die eine Behandlung mit Psychostimulanzien einschließen, z.B. nach Jensen (2002) am ehesten Erfolg versprechen. Das steigende öffentliche Interesse an dem Störungsbild AD(H)S führte auch zu kontroversen Diskussionen, vor allem im Bereich der Medikation. So wurde die medikamentöse Behandlung durchaus kritisch hinterfragt, wobei die »Citizen Commission on Human Rights« (CCHR) der Scientology Bewegung besonders erwähnenswert erscheint. Die CCHR richtete sich gezielt gegen wissenschaftliche Institutionen und Kliniken und postulierte eine hohe Anzahl von Zuviel- und Fehlverschreibungen und Medikamentenmissbrauch bei dem Gebrauch von Psychostimulanzien und anderen Psychopharmaka bei Kindern. Die Organisation stellte unter Nichtbeachtung jüngsten wissenschaftlichen Studien die Behauptung auf, das Störungsbild der AD(H)S

sei eine Erfindung der Pharmaindustrie und der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft vor dem Hintergrund rein wirtschaftlicher Interessen (vgl. Rothenberger et al. 2005). Diskussionen und Ansichten dieser Art, die nicht nur durch Scientology vertreten wurden, führten zu einer gesteigerten gesellschaftlichen Verunsicherung gegenüber der medikamentösen und evidenzbasierten Behandlung von AD(H)S. Als Reaktion darauf stieg die Zahl von Behandlungsabbrüchen, die Compliance gegenüber der medizinischen Behandlung einer AD(H)S nahm ab (Barkley 1990).

In den 1980er-Jahren konnte anhand neuer Forschungsmethoden der pathophysiologische Hintergrund weiter geklärt werden. So arbeiteten neurochemische Studien heraus, dass bei einer AD(H)S ein Defizit im dopaminergen System und/ oder noradrenergen Neurotransmittersystem vorliegen und Faktoren wie z.B. neurokognitive Entwicklungsverzögerungen, gestörte Mutter-Kind Interaktion mit einem ungünstigen Störungsverlauf verbunden sein können (Rothenberger et al. 2005).

Das Instrumentarium zur Feststellung und Bewertung einer AD(H)S wuchs indes weiter an, was zu einer Verbesserung der standardisierten diagnostischen Möglichkeiten führte, z.B. der Child Behaviour Checklist – CBCL (Achenbach 1983), dem Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ (Rothenberg et al. 2004) sowie dem Continuous Performance Test – CPT (Gordon 1983).

Ab 1990 setzte sich der Erkenntnisgewinn zu den neurobiologischen Ursachen der AD(H)S fort. Durch Familien-, Adoptions- und Zwillingsuntersuchungen konnte die genetische Komponente von AD(H)S weiter untermauert werden (Lippel 2009). So liegt das Risiko an einer AD(H)S zu erkranken zwei- bis achtfach höher, wenn bei Eltern oder Geschwistern ebenfalls eine AD(H)S vorliegt (Buchmann 2008). Auch die Frage, inwiefern genetische und nicht genetische Faktoren Einfluss auf das Entstehen einer AD(H)S nehmen, wurde weiter beleuchtet (Sandberg 2002). So konnten z.B. Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von AD(H)S und Nikotinkonsum der Mutter während der Schwangerschaft als Risikofaktor erkannt werden.

Luk, Leung und Ho (2002) konnten in ihrer Veröffentlichung »Cross-cultural/ ethnic aspects of childhood hyperactivity« Hinweise darlegen, dass AD(H)S kein rein »westliches Symptom« darstellt, sondern kulturunabhängig weltweit auftritt, auch wenn kulturbedingte Einflüsse darauf wirken, wie eine AD(H)S gewertet, beachtet und wie darauf reagiert wird. In Deutschland etablierte sich ein durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördertes zentrales AD(H)S Netzwerk mit dem Ziel, die multidisziplinäre Behandlung von AD(H)S zu optimieren und den Austausch zwischen den Fachbereichen weiter zu fördern.

In Europa wurden Leitlinien weiter optimiert und national abgeglichen (Tylor et al. 2004). Die diagnostischen Unterschiede der beiden Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 blieben jedoch bestehen. AD(H)S im Vorschul- und Erwachsenenalter fand immer mehr Beachtung, vor allem nachdem erkannt wurde, dass etwa zwei Drittel der betroffenen Kinder auch im Erwachsenenalter noch Probleme mit AD(H)S aufweisen (Krause et al. 2004; Trott 2008). So wurde am 14.04.2011 erstmalig ein methylphenidathaltiges Präparat (Medikinet® adult) zur Behandlung einer AD(H)S im Erwachsenenalter zugelassen, sofern sich andere

therapeutische Maßnahmen als unzureichend erwiesen haben (BfArM 2011). Es ist zu erwarten, dass der Bereich der AD(H)S im Erwachsenenalter in naher Zukunft noch weitere Beachtung finden wird und zukünftig Behandlungen immer seltener mit Vollendung des 18. Lebensjahrs enden.

Neben der wichtigen Beachtung von Erwachsenen, die an einer AD(H)S leiden, ist der Bereich der Vorschule ebenfalls ein wichtiges Themenfeld, das mehr und mehr Beachtung findet. Die Fortschritte in der Diagnostik bieten die Möglichkeit, immer früher Hinweise auf eine vorliegende AD(H)S wahrzunehmen. Mittlerweile ist es möglich, mit einer Therapie zu beginnen, bevor betroffene Kinder im Rahmen des Schulbesuchs deutlich höhere und von Schuljahr zu Schuljahr steigende Anforderungen in für AD(H)S Betroffene problematischen Bereichen wie Daueraufmerksamkeit, Selbststeuerungsfähigkeit der eigenen Impulsivität und der Fähigkeit zur motorischen Ruhe während des Unterrichts erfüllen müssen. In Zukunft wird das Thema AD(H)S noch stärker zur Schnittstelle der verschiedenen Fachbereiche der Medizin, Psychologie, Pädagogik, Soziologie und Politik werden, die sich multidisziplinär an der Erforschung, Behandlung und Aufklärung der AD(H)S beteiligen.

4.1.2 Diagnose AD(H)S – Notwendigkeit zielgerichteter Behandlung

Wird die AD(H)S nach der medizinischen Klassifikation durch die ICD-10 oder DSM-IV betrachtet, so setzt sich diese Störung aus einem parallel auftauchenden Symptomkomplex aus erhöhter Impulsivität, niedriger Daueraufmerksamkeit und erhöhter motorischer Unruhe zusammen. Je nach Ausprägung und Klassifikationssystem lassen sich die Diagnosen der AD(H)S in Unterarten mit Schwerpunkten auf verschiedenen Symptomen unterteilen (s. Kap. 4.1.3, S. 25ff.). Trotz dieser Subtypen lässt sich das Störungsbild der AD(H)S durch die genannten drei Kernsymptome charakterisieren. Zwar liegen neurowissenschaftliche Studien vor, die auf biologische Dispositionen bei den Betroffenen hinweisen (vgl. Steinhausen et al. 2010e), eine eindeutige und valide biologische Messung und Identifizierung ist anhand der aktuellen Erkenntnisse jedoch noch nicht gelungen. AD(H)S ist zum aktuellen Zeitpunkt demnach eine Störung, die ausschließlich anhand Verhaltensbeobachtung erfassbar und klassifizierbar ist.

Es stellt sich die Frage nach der Daseinsberechtigung einer nicht somatisch messbaren Störung, die sich lediglich anhand von Verhaltensbeobachtungen identifizieren lässt, und inwieweit es überhaupt eine gemeinsame (biologische) Ursache für das Auftreten dieses Symptomkomplexes gibt. So könnte es, statt die drei Kernsymptome unter dem Mantel einer Diagnose zusammenzufassen, sinnvoller sein, die drei problematischen Verhaltensweisen einzeln zu betrachten und zu behandeln. Diesem Gedanken kann entgegengehalten werden, dass, auch wenn es keine exakte Methode zur biologischen Messung und Identifizierung der Störung gibt, es doch eine Reihe von Studien und Detailbefunden gibt, die auf eine genetische/ biologische Disposition von AD(H)S Betroffenen schließen lassen. So weisen Zwillingsstudien auf einen starken genetischen Einfluss hin (Banaschewski 2010a). Die Erblichkeit von AD(H)S ist ähnlich hoch wie die Erblichkeit von Körpergröße und deutlich höher als diejenige von Intelligenz (Faraone et al. 2005). Studien zur Neuroanatomie sprechen übereinstimmend für

ein Defizit im fronto-parieto-striatalen Netzwerk bei AD(H)S (Steinhausen et al. 2010e). Castellanos et al. (1996) kamen in mehreren Studien zu dem Befund, dass von AD(H)S betroffene Kinder im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von unauffälligen Probanden ein um 5% geringeres cerebrales Gesamtvolumen aufwiesen. Auch Hesslinger et al. (2001) berichten von einer Volumenminderung im linken orbitofrontalen Kortex bei erwachsenen Patienten mit AD(H)S. Dieser kleine Ausschnitt an biologischen Studien belegt, dass, auch wenn keine eindeutige Ursachenklärung für die Symptome einer AD(H)S vorliegt, doch vieles für eine genetisch oder biologisch fundierte Disposition spricht. Wenn also Personen anhand der gängigen Klassifikationssysteme als von AD(H)S betroffen diagnostiziert werden, unterscheiden sie sich demnach augenscheinlich biologisch messbar von nicht den Klassifikationsparametern der AD(H)S entsprechenden Personen. Auch abseits der Biologie ist festzustellen, dass es weltweit einen auffällig hohen Anteil von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gibt, bei denen die drei beschriebenen Leitsymptome parallel auftreten und in ähnlicher Weise miteinander interagieren. Weltweit liegt die Prävalenz nach einer Metaanalyse aller zur Verfügung stehenden Studien von Polanczyk et al. (2007) bei 5,3%. Der Symptomenkomplex einer AD(H)S ist demnach ein weltweites und kulturunabhängiges Problem, dem es zu begegnen gilt. Um Betroffene in Abgrenzung zu anderen Störungsbildern zu identifizieren und zielgerichtete Behandlungsansätze initiieren zu können, ist ein einheitliches und evidenzbasiertes Klassifikationssystem unumgänglich. Eine Diagnose der AD(H)S, die wie beschrieben nur aufgrund externer Beobachtung möglich ist, lässt jedoch auch immer Spielraum für Fehleinschätzungen und Irrtümer. Um den Anteil von falschen Diagnosen und daraus resultierenden falschen Interventionen zu minimieren, wurden standardisierte Handlungsempfehlungen erarbeitet, die anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse fortwährend überarbeitet und weiter optimiert werden. Auf diese standardisierten Handlungsempfehlungen, den Diagnose-Leitlinien, und den ihnen zugrunde liegenden Spezifika einer AD(H)S, wird in den folgenden Kapiteln näher eingegangen.

4.1.3 Definition und Diagnostik der AD(H)S nach DSM und ICD

Die folgende Definition bezieht sich auf den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Stand zum Zeitpunkt der Abfassung dieser Arbeit (2012). Je nach zeitlicher Distanz können neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu einer genaueren Ausdifferenzierung und/ oder zu Änderungen der hier dargestellten Betrachtungsweise führen.

4.1.3.1 Ätiologie

AD(H)S wird als Folge genetischer, biologischer und umweltbedingter Faktoren verstanden, auch wenn die genauen Ursachen noch nicht vollständig erforscht sind. Trotz dieser ausstehenden abschließenden Ursachenklärung spricht eine Reihe von Einzelbefunden dafür, dass sich von AD(H)S Betroffene biologisch signifikant von Personen unterscheiden, die nicht den Parametern einer AD(H)S Diagnose entsprechenden (vgl. Banaschewski 2010a; Faraone et al. 2005; Steinhausen et al. 2010e; Castellanos et al. 1996; Hesslinger et al. 2001). Nach derzeitigem wissenschaftlichem Stand ist davon auszugehen, dass eine Störung der Botenstoffe Sero-

tonin, Noradrenalin und Dopamin vorliegt. Aufgrund dieser Störung kommt es zu einer abnormen Reizweiterleitung im Gehirn (Gumpert 2006). Diese unzureichende neurochemische Übertragung führt zu Defiziten in der Verhaltenssteuerung, im Arbeitsgedächtnis, der Motivationsregulation und der motorischen Kontrolle (Resnick 2000). Beachtenswert ist das gehäufte Vorkommen einer AD(H)S bei Kindern, deren Eltern oder Geschwister ebenfalls unter der Störung leiden (vgl. Buchmann 2008). Diese genetische, also erbliche Komponente sollte die bei der Behandlung, gerade im nichtmedikamentösen Bereich, Beachtung finden. So unterliegen betroffene Eltern und Geschwister, also direkte Akteure in wichtigen Lebensbereichen von Betroffenen, häufig denselben Risikofaktoren und Beeinträchtigungen, was die zugrundeliegende Problematik verschärfen kann. Eine ausschließliche Behandlung von Betroffenen ist in diesen Fällen häufig unzureichend.

Abseits der genetischen und biologischen Faktoren gibt es Belege für einen Zusammenhang zwischen AD(H)S und frühkindlichen Traumata (z.B. Sturz vom Wickeltisch) sowie Komplikationen und Belastungen während der Schwangerschaft wie etwa Frühgeburt, vorzeitige Wehentätigkeit oder schwerem Alkohol- und Nikotinkonsum (aktiv und passiv) (Döpfner et al. 2007; Rothenberger et al. 2005; Rückinger et al. 2009).

Die genetisch/ biologisch begründeten symptombedingten Verhaltensimpulse haben das Potenzial, je stärker sie ausgeprägt sind, in umso bedeutenderer Weise mit den lebensweltlichen Kontextfaktoren, im Besonderen mit dem Elternhaus, der Peer-Group und der Schule zu interagieren. Je deutlicher die Symptome und je geringer die kompensatorischen und protektiven Faktoren der einzelnen Lebenswelten ausgeprägt sind, desto größer ist die Gefahr, dass sich inadäquate Interaktionsmuster manifestieren, die wiederum die Kernsymptome verstärken und die Entstehung komorbider Störungen begünstigen.

4.1.3.2 Symptomatik

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S nach DSM-IV) und die Hyperkinetische Störung (HKS nach ICD-10) setzen sich aus den drei bereits genannten Kardinalsymptomen zusammen, der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche, der Hyperaktivität und der Impulsivität. Je nach Ausprägung dieser drei Symptome kann zwischen verschiedenen Subtypen unterschieden (s. Kap. 4.1.3.3, S. 29).

Abseits dieser drei Kardinalsymptome gibt es einige Verhaltensweisen, die oft bei einer AD(H)S erlebt werden, jedoch keine für eine Diagnose relevanten Symptome darstellen. Diese Merkmale werden auch als *sekundäre Symptome* bezeichnet, die sich häufig erst aus der (kern-)symptombedingt schwierigen Interaktion der Betroffenen mit der Lebensumwelt ergeben (Krowatschek 2004). Darunter fallen Anpassungsschwierigkeiten, geringe Frustrationstoleranz, Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten, Aggressivität, oppositionelles Verhalten, soziale Isolation und Schlafprobleme (vgl. Goodman et al. 2007; Simchen 2007). Neben den problematischen Symptomen einer AD(H)S sollten die *positiven* Begleitmerkmale, die häufig bei Betroffenen erlebt werden, nicht unerwähnt bleiben. So wird oft ein gesteigerter Gerechtigkeitssinn, gute Orientierung, große Phantasie und eine rasche Reaktionsfähigkeit beobachtet (Brandau et al. 2006).

Wie schon angesprochen finden die beschriebenen sogenannten sekundären Symptome bei den Diagnosekriterien einer AD(H)S keine Berücksichtigung. Im Folgenden werden daher lediglich die drei für eine Diagnose relevanten Kernsymptome der AD(H)S beschrieben.

4.1.3.2.1 Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche

Die Aufmerksamkeitsproblematik von AD(H)S-Betroffenen unterteilt sich in eine Beeinträchtigung der selektiven Aufmerksamkeit und der Daueraufmerksamkeit. Die selektive Aufmerksamkeit beschreibt die Fähigkeit, zwischen relevanten und irrelevanten Reizen zu unterscheiden. Betroffene haben Probleme damit, sich auf wichtige/ zielführende Bereiche zu konzentrieren und verlieren sich bei der Lösung von Aufgaben häufig im Detail. Die Daueraufmerksamkeit bezieht sich auf die Fähigkeit, sich über einen längeren Zeitraum auf eine Tätigkeit zu konzentrieren. Probleme in der Daueraufmerksamkeit manifestieren sich in einer leichten Ablenkbarkeit, häufiges wechselnder Tätigkeit und dem schnellen Abbrechen erst kürzlich begonnener Aufgaben (vgl. Döpfner et al. 2008a; vgl. Tröster 2009).

Im Alltag ergeben sich aus dem Symptom der Aufmerksamkeitschwäche Schwierigkeiten wie z.B. bei der Bewältigung von Hausaufgaben. Es kommt zu Flüchtigkeitsfehlern und Abbrüchen/ Vergessen von Aufgabenteilen. In der sozialen Interaktion kommt es vermehrt zu Konflikten, da Anweisungen nicht oder nur teilweise erfüllt werden, Gegenstände verloren gehen und es für Betroffene schwierig ist zuzuhören (Tröster 2009).

4.1.3.2.2 Impulsivität

Probleme mit der Impulsivität unterteilen sich in die motivationale und die kognitive Impulsivität. Die motivationale Impulsivität beschreibt Probleme damit, eigene Bedürfnisse aufzuschieben oder abzuwarten, bis man an der Reihe ist. Die kognitive Impulsivität bezieht sich auf die Steuerungsfähigkeit von Handlungsimpulsen. Betroffene haben Schwierigkeiten, Tätigkeiten zu planen oder zu reagieren/ antworten, bevor z.B. eine Frage zu Ende gestellt wurde (Tröster 2009). Sie handeln häufig sprunghaft und teilweise, ohne an die Konsequenzen des Handelns zu denken, was z.B. zum Teil das höhere Unfallrisiko von AD(H)S-Betroffenen erklärt (Döpfner et al. 2007).

4.1.3.2.3 Hyperaktivität

Hyperaktivität zeigt sich in einer hohen motorischen Unruhe bzw. einem gesteigerten, häufig ungeschickten Bewegungsdrang und unregulierten, ziellosen Bewegungen. Betroffenen fällt es vor allem in Situationen, die ein hohes Maß an Verhaltenskontrolle erfordern (Schule, Abendessen, Hausaufgaben) schwer, den eigenen Bewegungsdrang zu kontrollieren. Im Alltag sind Betroffene ruhelos, ständig in Bewegung und reden übermäßig viel und laut (Tröster 2009).

4.1.3.2.4 Die Symptomatik der AD(H)S in den einzelnen Lebensabschnitten

Die Kernsymptome einer AD(H)S manifestieren sich in den verschiedenen Lebensabschnitten in der Regel in unterschiedlicher Weise (vgl. Döpfner et al. 2000). Grund für diese Diskrepanzen sind neben entwicklungsrelevanten Aspekten auch die mit dem jeweiligen Altersabschnitt verbundenen Aufgaben und Erwartungen, mit denen sich ein Mensch konfrontiert sieht. So wird bei einem Erwachsenen beispielsweise erwartet, auch über längere Zeit einer bestimmten Aufgabe nachzugehen, einem Kleinkind hingegen wird diese Aufgabe in den seltensten Fällen gestellt.

Die AD(H)S-Diagnostik fokussiert in erster Linie ein Alter zwischen 6 und 12 Jahren (vgl. Steinhausen 2010b), dennoch lässt sich hyperaktives und impulsives Verhalten häufig bereits in der Vorschulzeit beobachten. Im Säuglingsalter weisen viele Kinder, bei denen im späteren Verlauf eine AD(H)S diagnostiziert wird, Regulationsstörungen auf wie zum Beispiel einen unregelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus, emotionale Irritierbarkeit und vermehrtes Schreien. Sie lassen sich nur schwer beruhigen und haben Probleme, sich auf neue Situationen einzustellen (Tröster 2009).

Tabelle 1: Früherkennung im Kindes- und Jugendalter

Säuglings- und Kleinkindalter
<ul style="list-style-type: none"> – hohes psychophysiologisches Aktivitätsniveau – schwieriges Temperament (Schlafprobleme, Essprobleme, gereizte Stimmung) – negative Eltern-Kind-Interaktion
Vorschulalter
<ul style="list-style-type: none"> – Hyperaktivität (ziellose Aktivität) – geringe Spielintensität und -ausdauer – Entwicklungsdefizite – oppositionelles Verhalten – Risikofaktoren für ungünstige Entwicklung: aversive Eltern-Kind-Interaktion, Aggressivität des Kindes, Entwicklungsdefizite
Grundschulalter
<ul style="list-style-type: none"> – Unruhe/Ablenkbarkeit im Unterricht – Lernschwierigkeiten/Teilleistungsschwächen – Umschulungen/Klassenwiederholungen – aggressives Verhalten (mind. 30–50%) – Ablehnung durch Gleichaltrige – Leistungsunsicherheit/Selbstwertprobleme
Jugendalter
<ul style="list-style-type: none"> – Verminderung der motorischen Unruhe – Aufmerksamkeitsstörungen persistieren häufig – aggressives Verhalten – dissoziales Verhalten/Delinquenz (30%) – Alkohol-/Drogenmissbrauch – emotionale Auffälligkeiten

Quelle: Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000a, S. 17, zit. nach Tröster 2009.

Im Kleinkind- und Jugendalter fallen Kinder vermehrt primär wegen ihrer motorischen Unruhe auf. Viele Kleinkinder besuchen den Kindergarten, also eine Institution, in der erstmalig auch Personen jenseits der Familie und der nahen Bezugspersonen mit dem Kind regelmäßig über einen längeren Zeitraum interagieren. Im Rahmen des Kindergartens findet zudem erstmalig regelmäßige soziale Interaktion in größeren Gruppen von Gleichaltrigen statt. Von AD(H)S betroffene Kinder verhalten sich in diesem Zusammenhang häufig unberechenbar

und launisch. Sie weisen eine gesteigerte Unruhe auf. Oftmals ist die Ausdauer bei länger anhaltenden Spielen und Aktivitäten niedrig. Spielregeln und Absprachen können nur schwer eingehalten werden. Gegenüber Eltern und Betreuern nimmt oppositionelles und Trotzverhalten zu (Tröster 2009).

Im Grundschulalter stehen in der Regel Schulleistungsprobleme im Vordergrund. Es fällt von AD(H)S Betroffenen aufgrund ihrer Symptomatik schwer, den Anforderungen der Schule gerecht zu werden. Diese Anforderungen setzen sich primär daraus zusammen, dass die Schüler 45 Minuten lang dem Unterricht folgen, auf ihrem Platz sitzen bleiben müssen und erst nach Aufforderung sprechen dürfen. Jeder dieser Ansprüche bedeutet für von AD(H)S Betroffene eine Schwierigkeit. Bei Fehlverhalten reagieren sie nicht auf reguläre Interventionen. Lehrer, die in der Regel nicht auf den Umgang mit von AD(H)S Betroffenen ausgebildet sind, stoßen an ihre Grenzen. Aus diesem Zusammenspiel ungünstiger Faktoren entstehen neben Schulleistungsproblemen in vielen Fällen auch erste psychische und/ oder psychosoziale Beeinträchtigungen (Tröster 2009).

Im Jugendalter ist häufig eine Abnahme des hyperaktiven Verhaltens bei gleichbleibender Symptomstärke in den Bereichen Impulsivität und Aufmerksamkeitsproblemen zu beobachten. Aufgrund von symptombedingten ungünstigen schulischen Rahmenbedingungen, die wiederum ungünstig mit anderen Lebensbereichen interagieren, haben sich in vielen Fällen zwischen Grundschul- und Jugendalter psychische und psychosoziale Probleme chronifiziert und Komorbiditäten entwickelt (z.B. Störung des Sozialverhaltens → Aggressivität, Delinquenz, Drogenproblematik, emotionale Probleme; vgl. Döpfner et al. 2000a).

4.1.3.3 Klassifikationssysteme der AD(H)S – DSM und ICD

Da es keine Laborparameter gibt, anhand deren eine AD(H)S definitiv festgestellt werden kann (Döpfner et al. 2000a), ist eine Diagnose ausschließlich anhand verhaltensorientierter Beobachtungen möglich. Zur Identifizierung und Abgrenzung gegenüber anderen Störungsbildern bedarf es daher eines klar definierten verhaltensbezogenen Kategorisierungssystems. Die beiden bestehenden internationalen Klassifikationssysteme – die »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« kurz ICD (aktuelle Version ICD-10) und das »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« kurz DSM (aktuelle Version DSM-IV) – bieten derartige Kategorisierungssysteme, unter deren Anwendung spezielle Verhaltensmuster als Symptome definiert und diese Symptome bzw. Symptomenkomplexe wiederum als Störungsbilder festgeschrieben werden (vgl. Roggensack 2006). Diese Systeme beinhalten Zeit-, Symptom-, Verlaufs- und Ausschlusskriterien, um den Verdacht auf eine Störung bestätigen oder widerlegen zu können (Haug 2004). Beide Modelle stellen eine krankheits- bzw. störungsspezifische international einheitliche Sprache und Definition dar, die alle Fachkräfte des Gesundheitswesens weltweit kennen und verstehen. Neben der reinen Klassifizierung wird dadurch die Kommunikation über Krankheiten bzw. Störungen zwischen einzelnen Fachkräften standardisiert und erleichtert (BAR 2006).

In ihren diagnostischen Kriterien sind sich die ICD-10 und die DSM-IV sehr ähnlich. Unterschiede bestehen lediglich in der Kombination der Symptome. So müssen die Symptome

bei einer Diagnose nach ICD-10 in allen drei Bereichen (Aufmerksamkeit, Hyperaktivität & Impulsivität) deutlich ausgeprägt sein. Bei einer Diagnose nach DSM-IV reicht es hingegen, wenn nur die Symptome im Bereich Aufmerksamkeit oder nur im Bereich Hyperaktivität/ Impulsivität ausgeprägt sind. So wird nach dem DSM-IV unterschieden zwischen

Tabelle 2: Diagnosekriterien nach ICD-10

<p>Mindestens sechs der Symptome von Unaufmerksamkeit und mindestens drei Symptome der Überaktivität und mindestens ein Symptom der Impulsivität</p>
<p>Unaufmerksamkeit: Die Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> – sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten, – sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten, – hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird, – können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellen Verhaltens oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden), – sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren, – vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern, – verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z.B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge, – werden häufig von externen Stimuli abgelenkt, – sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.
<p>Überaktivität: Die Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> – fucheln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen, – verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen erwartet wird, dass sie sitzen bleiben – laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl), – sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen, – zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.
<p>Impulsivität: Die Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> – platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist, – können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen, – unterbrechen und stören andere häufig (z.B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein), – reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.
<p>AD(H)S-Subtypen</p> <ul style="list-style-type: none"> – F90.0: Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung – F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens – F90.8: Sonstige hyperkinetische Störungen – F90.9: Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet

Quelle: Dilling/Mombour/Schmidt 2011.

- dem »Mischtypus«, wenn die Symptome der Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/ Impulsivität gleichermaßen ausgeprägt sind,
- dem »vorwiegend unaufmerksamen Typ«, wenn nur die Symptome der Unaufmerksamkeit ausgeprägt sind
- und dem »vorwiegend hyperaktiven-impulsiven Typ«, wenn nur die Symptome im Bereich Hyperaktivität/ Impulsivität ausgeprägt sind.

Dadurch, dass nach ICD-10 im Gegensatz zu DSM-IV alle Kardinalsymptome für eine Diagnose ausgeprägt sein müssen, stellt die ICD-10 die strengeren Voraussetzungen für eine AD(H)S Diagnose dar (vgl. Tröster 2009). Für eine AD(H)S Diagnose müssen unabhängig der drei Kardinalsymptome folgende Kriterien sowohl nach der DSM-IV wie auch der ICD-10 erfüllt sein:

1. Die Symptome müssen bei Diagnose seit mindestens 6 Monate auftreten.
2. Die Symptome müssen sich in mindestens zwei Lebensbereichen manifestieren.
3. Einige Symptome müssen vor dem 6. (ICD-10) bzw. 7. (DSM-IV) Lebensjahr aufgetreten sein.
4. Die Symptome führen zu einer deutlichen Beeinträchtigung im Leben der Betroffenen.
5. Die Symptome sind deutlich stärker ausgeprägt als bei Kindern im gleichen Alter, gleichem Entwicklungsstand und gleicher Intelligenz.
6. Symptome sind nicht durch andere psychische Störungen oder Erkrankungen erklärbar (vgl. Steinhausen 2010b).

Tabelle 3: Diagnosekriterien nach DSM-IV

<p>Mindestens sechs der Symptome von Unaufmerksamkeit <u>und / oder</u> Mindestens sechs der Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität.</p>
<p>Unaufmerksamkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler. – Hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten. – Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen. – Hält häufig Anweisungen anderer nicht durch und kann Arbeiten nicht zu Ende bringen. – Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben zu organisieren. – Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengung erfordern. – Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für Aktivitäten benötigt. – Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken. – Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich.
<p>Hyperaktivität:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zappelt häufig mit Händen oder Füßen und rutscht auf dem Stuhl herum. – Steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf. – Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf subjektives Unruhegefühl beschränkt sein). – Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. – Ist häufig »auf Achse« oder handelt oftmals, als wäre sie/er getrieben. – Redet häufig übermäßig viel.
<p>Impulsivität:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist. – Kann nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist. – Unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)
<p>AD(H)S-Subtypen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 314.01: Mischtypus – 314.00: Vorwiegend unaufmerksamer Typ – 314.01: Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ – 314.09: teilremittierter Typ, (Betroffene, die Symptome zeigen, jedoch zum aktuellen Zeitpunkt nicht alle Kriterien erfüllen (z.B. Erwachsene))

Quelle: American Psychiatric Association 2000.

4.1.3.4 Leitlinien der Diagnostik

Grundlage für eine AD(H)S-Diagnose bilden die Klassifikationssysteme ICD und DSM in ihren jeweils aktuellen Versionen, in denen das Störungsbild in Abgrenzung von anderen beschrieben wird. Um zu entscheiden, ob die Symptome einer Person den jeweiligen Kategorien entsprechen, müssen einschlägige patientenbezogene Informationen akquiriert werden. In Ermangelung von Laborparametern, mit denen eine AD(H)S eindeutig feststellbar wäre (Döpfner et al. 2000a), können die AD(H)S-Kriterien lediglich mittels Verhaltensbeobachtungen überprüft werden. Nun ist der Begriff der Verhaltensbeobachtung zunächst sehr unspezifisch. Jeder Mensch interagiert in vielen Lebensbereichen und Situationen, die von vielen Einflüssen, Umwelt- und Persönlichkeitsvariablen (eigener und die anderer sozialer Akteure) gleichermaßen geprägt sind. Um die Kriterien einer AD(H)S valide anhand des Verhaltens zu prüfen, ist es daher unumgänglich, genau zu definieren, welches Verhalten in welchem Rahmen anhand der zugrundeliegenden Kategorien zu prüfen ist. Vor diesem Hintergrund wurden Leitlinien zur Diagnostik erstellt, die den mit der Durchführung betrauten Fachkräften standardisierte Handlungsanweisungen bei der Diagnosefindung einer AD(H)S geben sollen (Roggensack 2006). Ziel dieser Leitlinien ist es sicherzustellen, dass standardisiert eine ausreichende und umfassende Informationsgrundlage erhoben wird, auf deren Grundlage eine valide AD(H)S Diagnose gestellt oder verworfen werden kann. Abseits der reinen Diagnostik stoßen die Klassifikationssysteme an ihre Grenzen, wenn es um die Frage nach der Wechselwirkung zwischen Störungen und (Lebens-)Umwelt der Betroffenen geht. Die breite Ausrichtung der Leitlinien bei der Informationsakquise soll neben der beschriebenen validen Diagnostik daher auch für die folgende Behandlung relevante Informationen erfassen, z.B. die Symptome der zugrundeliegenden Störung, die die Lebensumstände der Betroffenen beeinflussen oder von ihnen beeinflusst werden.

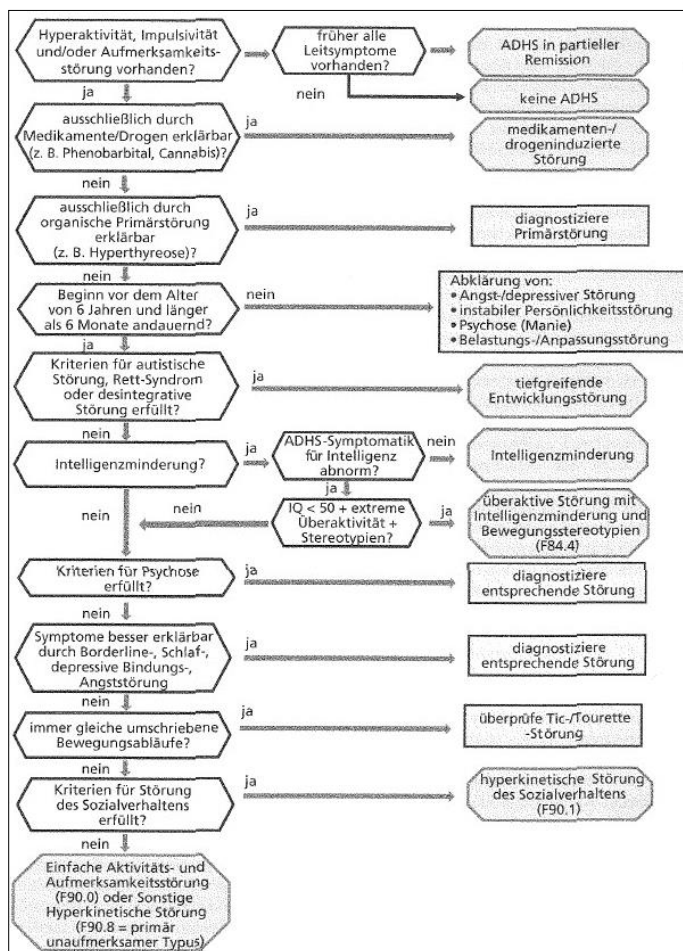
Die Bundesärztekammer (2006b) empfiehlt in der Diagnostik einer AD(H)S ein Vorgehen, das sich aus den Bereichen der Differenzialdiagnostik, Exploration, Fragebogenverfahren, testpsychologischen Untersuchungen, organischer Diagnostik, Verhaltensbeobachtung und Verlaufskontrolle zusammensetzt.

4.1.3.4.1 Differenzialdiagnostik

Die Differenzialdiagnostik verfolgt das Ziel, alternative Erklärungsmuster für das Vorliegen einer bestimmten Symptomatik bzw. eines bestimmten Symptomenkomplexes auszuschließen. Die mit einer AD(H)S verbundenen Kardinalsymptome (Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität) lassen sich in manchen Fällen auch durch andere Faktoren erklären, wie z.B. Medikamente, organische Dispositionen, andere psychische Störungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung oder Psychosen. Bevor eine AD(H)S diagnostiziert wird, müssen diese alternativen Erklärungen ausgeschlossen werden.

Der differenzialdiagnostische Entscheidungsbaum stellt die Ausschlusskriterien einer AD(H)S Diagnose dar und definiert den Ablauf (Abbildung 1).

Abbildung 1: Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum



Quelle: Döpfner/Frölich/Lehmkühl 2009.

4.1.3.4.2 Exploration

Die Exploration umschreibt das Erkunden bestimmter Sachverhalte und Stimmungen mittels qualifizierter Gesprächsführung (Kubinger 2009). Im Rahmen einer AD(H)S-Diagnostik wird das Auftreten der Kardinalsymptome in Bezug auf Häufigkeit, Intensität, Situation, Begleitprobleme, psychosoziale Bedingungen und die Entwicklungsgeschichte eruiert (vgl. Bundesärztekammer 2006b). Je nach Alter des Kindes kann es hilfreich sein, es in diesen Vorgang mit einzubeziehen.

4.1.3.4.3 Fragebogenverfahren

Fragebogenverfahren mittels standardisierter und evaluierter Fragebögen dienen der Abklärung bestimmter Verhaltensweisen und Symptome (z.B. »FBB-ADHS«, Döpfner et al. 2008b). Die dadurch erhobenen Ergebnisse stellen einen Vergleich zu einer (i.d.R.) repräsentativen Gruppe dar. Dadurch ermittelte auffällige Ergebnisse stellen keine feststehenden Diagnosen dar. Sie sind vielmehr dahingehend zu interpretieren, dass die Probanden die auffälligeren Ergebnisse einer Gesamtstichprobe erreicht haben und somit sich Hinweise auf etwaige vorliegende Störungen ergeben. Bei der Erfassung von AD(H)S-Symptomen hat sich die Fremdbeurteilung aus Eltern- und/oder Lehrerperspektive als valider herausgestellt (Bundes-

ärztekammer 2006b). Dennoch können Selbstbeurteilungsbögen, die häufig erst für ein Alter über 11 Jahren vorgesehen sind, wertvolle Ergänzungen zu den Fremdbeurteilungsbögen darstellen.

4.1.3.4.4 Testpsychologische Untersuchungen

Es gibt zurzeit keine testpsychologischen Verfahren, mittels derer eine AD(H)S definitiv festgestellt werden kann (Döpfner et al. 2000a). Dennoch können derartige Testverfahren bei der Diagnosefindung hilfreich sein. Die Intelligenz-, Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik können beispielsweise Rückschlüsse über Alternativerklärungen der Symptomatik bieten oder auf Komorbiditäten bzw. Begleitprobleme hinweisen. Sie werden jedoch als nicht in dem Maße als hilfreich angesehen, dass sie routinemäßig eingesetzt würden (vgl. Döpfner et al. 2000a).

4.1.3.4.5 Organische Diagnostik

Da es keine speziellen messbaren körperlichen Merkmale der AD(H)S gibt, zielt die Abklärung organischer Dispositionen primär auf die Abklärung von Alternativerklärungen der vorliegenden Symptomatik ab (vgl. Roggensack 2006).

4.1.3.4.6 Verhaltensbeobachtung

Die Verhaltensbeobachtung soll Rückschlüsse über typische Verhaltensweisen einer Person, einer Kleingruppe oder eines größeren sozialen Verbandes erlauben (vgl. Moreno 1973). Die Verhaltensbeobachtung bzw. Verhaltensbeurteilung im Kontext einer AD(H)S-Diagnostik findet in jedem Patientenkontakt und jedem Untersuchungsschritt statt. Symptome der AD(H)S manifestieren sich aufgrund der Rahmenbedingungen von Laboruntersuchungen nicht zwangsweise in jeder Untersuchungssituation. Daher sollten nach Möglichkeit Wege gesucht werden, Probanden in deren natürlichem Umfeld zu beobachten (z.B. mittels Videoaufnahmen) oder auch Verhaltensbeobachtungen in anderen, externen Bereichen (z.B. von Lehrern) zu erheben (vgl. Bundesärztekammer 2006b).

4.1.3.4.7 Verlaufskontrolle

Die Verlaufskontrolle kommt primär bei der Frage nach der Effektivität der initiierten Therapie zur Geltung und ist somit in erster Linie kein diagnostisches Kriterium. Sie erhält jedoch Relevanz bei der Überprüfung des Diagnosekriteriums der zeitlichen Konstanz sowie der lebensweltübergreifenden Manifestation der Symptomatik (vgl. Abbildung 1). Wie in Kapitel 4.1.3.3 (S. 29ff.) beschrieben müssen die Symptome mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten konstant in mehreren Lebensbereichen auftreten. Diese zeitliche Konstanz der Symptome und der Aspekt, inwiefern sie lebensweltübergreifend auftreten, lässt sich mithilfe der Verlaufskontrolle ermitteln. Für die Bewertung des Verlaufs werden regelmäßige Rückmeldungen aus den verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Familie, Schule etc.) sowie die Er-

gebnisse der in regelmäßigem Abstand wiederholten psychologischen Testverfahren und Verhaltensbeobachtungen herangezogen (vgl. Bundesärztekammer 2006b).

4.1.3.4.8 *Multiaxiale Diagnostik*

Kommt es zur Diagnose, wird die Abbildung und Erläuterung der Störung entlang der folgenden sechs Achsen (multiaxiale Diagnostik) vorgeschlagen:

- Achse 1: das klinisch-psychiatrische Syndrom (die psychiatrische Diagnose)
- Achse 2: umschriebene Entwicklungsstörungen
- Achse 3: Intelligenzniveau
- Achse 4: körperliche Symptomatik
- Achse 5: assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Achse 6: globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

(vgl. Bundesärztekammer 2006b)

Durch dieses Vorgehen sollen neben der vorliegenden Störung auch die Entwicklung des Betroffenen, begleitende Erkrankungen und Lebensumstände erfasst werden. Dadurch entsteht ein umfassender Überblick über das vorliegende Störungsbild im Kontext der Begleit- und Lebensumstände, die zum Krankheitsverlauf beitragen und dadurch in der weiteren Behandlung Beachtung finden müssen. Diese ganzheitliche Darstellung vereinfacht die Initiierung von angemessenen Interventionen und soll sich positiv auf die Prognose der auf die Diagnostik folgenden Behandlung auswirken.

4.1.3.4.9 *Leitlinien im Kontext der Praktikabilität*

Die Leitlinien der Bundesärztekammer zur validen Diagnose einer AD(H)S sind vielschichtig und gewährleisten die Akquise von Informationen aus mehreren Lebensbereichen mittels verschiedener Verfahren. Die dadurch geschaffene Informationsdichte soll gewährleisten, alternative Erklärungsmuster auszuschließen und Verzerrungen aufgrund von beispielsweise Laborsituationen oder Beschränkungen auf einen Lebensbereich zu vermeiden. Nur wenn die abgefragten Bereiche ein einheitliches und kohärentes Bild ergeben, das den Klassifikationssystemen der ICD-10 oder des DSM-IV entspricht, wird die Diagnose AD(H)S gestellt.

Solange es keine biologisch messbaren Faktoren gibt, anhand deren eine AD(H)S definitiv festgestellt werden kann (Döpfner et al. 2000a), wird die Frage nach der tatsächlichen Validität der leitlinienkonformen AD(H)S-Diagnose nicht abschließend zu klären sein. Abseits der in den Leitlinien verankerten Rückmeldungen aus den verschiedenen Bereichen bieten jedoch die in Kapitel 4.1.3.1 (S. 25f.) angeführten Studien Hinweise auf die Treffsicherheit dieses Vorgehens. Sie geben deutliche Anzeichen dahingehend, dass sich Menschen, welche nach ICD-10 und DSM-IV die AD(H)S Kriterien erfüllen, sich anscheinend biologisch signifikant von nicht den Kriterien der AD(H)S entsprechenden Personen unterscheiden (vgl. Banaschewski 2010a; Faraone et al. 2005; Steinhausen et al. 2010e; Castellanos et al. 1996; Hesslinger et al. 2001).

Primäres Problem der Leitlinien zur Erfassung einer AD(H)S ist der mit ihnen verbundene Aufwand. Nicht jede zur Diagnosestellung berechnete Fachkraft hat die zeitlichen, personellen und strukturellen Ressourcen, um die mit den Leitlinien verbundenen Vorgaben auch zufriedenstellend zu erfüllen. Ein Beispiel hierfür stellen die Pädiater dar, die im Rahmen der Kindervorsorgeuntersuchungen ebenfalls nach psychischen Auffälligkeiten, darunter auch AD(H)S, suchen sollen. Zum einen ist die Kindervorsorgeuntersuchung eine breit ausgerichtete universelle Intervention, in deren Verlauf lediglich unter anderem nach Anzeichen einer AD(H)S Ausschau gehalten wird. Wird ein Verdachtsfall ermittelt, steht dem Pädiater in der Regel kein speziell auf AD(H)S zugeschnittenes Testverfahren zur Verfügung, auch hat er keine zeitlichen Ressourcen, die für eine leitlinienkonforme AD(H)S Diagnostik erforderlich sind. Im Durchschnitt setzt sich die Arbeitszeit eines Kinderarztes zu zwei Dritteln aus den Kindervorsorgeuntersuchungen zusammen, die verbleibende Zeit dient der Regelbehandlung (vgl. Burchard et al. 2010). Die Berufsgruppe der Pädiater ist also nicht speziell für die Diagnostik von psychischen Störungen ausgebildet, und ihr stehen auch nicht ausreichend Zeit und Material zur Verfügung, um bei der Diagnosefindung einer AD(H)S leitlinienkonform vorzugehen.

Abschließend ist festzustellen, dass die bestehenden AD(H)S-bezogenen Leitlinien offensichtlich eine valide Diagnosefindung zulassen, wenn sie entsprechend den Vorgaben durchgeführt werden. Fehlt es jedoch an den Ressourcen, die Vorgaben umzusetzen, steigt das Risiko von Fehldiagnosen und daraus resultierenden inadäquaten Interventionen.

4.1.3.5 Prävalenz im Kindes- und Jugendalter

Die aktuellste und umfassendste Erhebung zur Prävalenz der AD(H)S in Deutschland stellt das Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) dar. Diese Studie wurde zwischen 2003 und 2006 von dem Robert Koch-Institut durchgeführt. Im Rahmen dieser Erhebung beantworteten die Eltern von 7.569 Jungen und 7.267 Mädchen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren u.a. einen AD(H)S-Diagnosefragebogen und den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Rothenberg et al. 2004). Ergänzend hierzu wurde von 7.919 Kindern im Alter von 3 bis 11 Jahren das Verhalten während der medizinisch-psychologischen Tests beobachtet. Dabei wurden diejenigen Probanden als AD(H)S-Fälle eingestuft, deren Eltern angaben, dass bereits eine AD(H)S-Diagnose nach einem der beiden Klassifikationssysteme (DSM-IV oder ICD-10) von einem Arzt oder Psychologen gestellt worden war. Als Verdachtsfälle galten all jene Probanden, die bei den Fragen zum Bereich AD(H)S des durch die Eltern ausgefüllten SDQ-Bogens ein auffälliges Ergebnis erreichten (Schlack et al. 2007).

Neben den stark variierenden Prävalenzraten zwischen den Alterskohorten (Tabelle 4) bestätigt die Erhebung vorangegangene Studienergebnisse, wonach Jungen deutlich öfter eine AD(H)S-Diagnose erhalten als Mädchen, nach der KiGGS-Studie insgesamt 4,4-mal so häufig. Insgesamt liegt die Prävalenz der 3- bis 18-Jährigen bei 4,8%. Hier ist zu erwähnen, dass sich diese Zahl ausschließlich auf die mit einer AD(H)S diagnostizierten Probanden zusammensetzt, die Verdachtsfälle wurden hier nicht berücksichtigt.

Tabelle 4: Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

	Jungen	Mädchen	Gesamt
3-6 Jahre	2,4%	0,6%	1,5%
7-10 Jahre	8,7%	1,9%	5,3%
11-13 Jahre	11,3%	3,0%	7,1%
14-17 Jahre	9,4%	1,8%	5,6%
Gesamt	7,9%	1,8%	4,8%

Quelle: Schalck/Hölling/Kurth/Huss 2007.

Der Vollständigkeit halber folgt nun die Auswertung der Verdachtsfälle (Tabelle 5), die in die Prävalenzrate keinen Eingang gefunden haben. Die Zahlen deuten an, dass die Dunkelziffer der tatsächlich von AD(H)S Betroffenen vermutlich höher liegt als die offizielle Prävalenz von 4,8%.

Tabelle 5: Verdachtsfälle auf Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

	Jungen	Mädchen	Gesamt
3-6 Jahre	7,2%	4,7%	6,0%
7-10 Jahre	8,0%	4,8%	6,4%
11-13 Jahre	7,2%	3,0%	5,0%
14-17 Jahre	3,7%	1,9%	2,8%
Gesamt	6,4%	3,6%	4,9%

Quelle: Schalck/Hölling/Kurth/Huss 2007.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zur AD(H)S-Prävalenz in Deutschland decken sich mit den Resultaten internationaler Studien der vergangenen Jahre. So liegt die weltweite Prävalenzrate nach einer Meta-Analyse aller zur Verfügung stehenden Studien bei 5,3%, also dicht an dem Ergebnis der KiGGS-Studie mit 4,8% (Polanczyk et al. 2007).

4.1.3.5.1 Geschlechterverteilung im Kindes- und Jugendalter

Die Verteilung zwischen den Geschlechtern schwankt je nach Studie stark zwischen 2:1 und 10:1 (vgl. Ross/Ross 1982), Jungen stellen im Kinder- und Jugendalter jedoch in jeder Studie den größeren Anteil der Betroffenen dar. Damit stellt sich die Frage, wie diese deutliche Diskrepanz zu erklären ist. Der überwiegenden Meinung nach liegen die primären Gründe in der unterschiedlichen Sozialisation der Geschlechter im Umgang mit Problemen sowie den vorherrschenden Überweisungsmodalitäten. Dies fußt auf der Hypothese, dass Mädchen/Frauen aufgrund ihrer Sozialisation eher dazu erzogen werden, im Fall auftretender Probleme eher internalisierend zu reagieren (z.B. Angst, geringes Selbstwertgefühl), Jungen/Männer hingegen eher externalisierend (aggressives Verhalten) (vgl. Brown et al. 1991). So ist das externa-

lisierende Verhalten einer aggressiv oppositionell agierenden Person in der Wahrnehmung der sozialen Umgebung deutlich präsenter als das internalisierende Verhalten einer beispielsweise schweigsamen oder zurückgezogenen Person. Eine Initiierung von Interventionen geht im Kindes- und Jugendalter in den allermeisten Fällen von Eltern oder Lehrern aus, die auf inadäquates Verhalten oder psychosoziale Probleme reagieren und Hilfen einleiten. Betroffene im Kindes- und Jugendalter fordern dagegen eher selten selbst Hilfen ein. Dies führt dazu, dass die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer durch ihr Verhalten als auffällig wahrgenommenen Person Interventionen eingeleitet werden, deutlich höher liegt als bei gesellschaftlich als eher unauffällig wahrgenommenen Personen. Dieser Erklärungsansatz behauptet also, dass der Anteil der von AD(H)S betroffenen Kinder und Jugendlichen zwischen den Geschlechtern in Wirklichkeit gleich ist, die Betroffenheit bei Mädchen jedoch wesentlich seltener erkannt wird (vgl. Resnick 2000). Dies würde zum einen bedeuten, dass die tatsächliche Prävalenz der AD(H)S im Kindes- und Jugendalter bedeutend höher läge als der aktuell erfasste Anteil, da es v.a. bei Mädchen eine hohe Dunkelziffer gibt. Zum anderen wird die Notwendigkeit unterstrichen, geschlechtsspezifische Indikatoren bei der Klassifizierung einer AD(H)S zu erarbeiten, um diese potenzielle Dunkelziffer nicht erkannter weiblicher Betroffener zu minimieren. Diesen zurzeit noch wenig beachteten Bereich in der AD(H)S-Forschung gilt es zukünftig durch entsprechende Studien weiter zu erforschen.

4.1.3.5.2 Gesellschaftliche Einflussfaktoren auf die Prävalenz

Auch wenn nachgewiesen werden konnte, dass AD(H)S eine Störung ist, die kulturunabhängig weltweit auftritt (vgl. Polanczyk et al. 2007), so variiert die Prävalenz zwischen den einzelnen Ländern, Kulturen und Subkulturen teilweise erheblich. So ergaben beispielsweise Studien aus Nord- und Südamerika, Europa und dem mittleren Osten, dass die Prävalenz in Ländern mit niedrigem Einkommen bei 1,9% liegt, in Ländern mit höherem Einkommen dagegen bei 4,2% (vgl. Fayyad et al. 2007).

Tabelle 6: Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

	3-6 Jahre	7-10 Jahre	11-13 Jahre	14-17 Jahre	Gesamt
Sozialer Status					
Niedrig	2,8%	7,3%	9,4%	6,4%	6,4
Mittel	1,3%	5,5%	7,4%	5,8%	5,0
Hoch	0,9%	3,4%	4,2%	4,7%	3,2
Migrationsstatus					
Migrant	1,6%	2,9%	6,0%	2,4%	3,1%
Nicht-Migrant	1,5%	5,7%	7,2%	6,1%	5,1%

Quelle: Schalck/Hölling/Kurth/Huss 2007.

Tabelle 7: Verdachtsfälle der AD(H)S im Kontext des sozialen Hintergrunds

	3-6 Jahre	7-10 Jahre	11-13 Jahre	14-17 Jahre	Gesamt
Sozialer Status					
Niedrig	10,4%	10,7%	8,1%	3,5%	8,0%
Mittel	5,7%	5,6%	4,6%	3,0%	4,6%
Hoch	2,9%	4,1%	2,7%	1,8%	2,9%
Migrationsstatus					
Migrant	6,0%	8,1%	6,2%	3,8%	5,9%
Nicht-Migrant	6,0%	6,2%	4,8%	2,6%	4,8%

Quelle: Schalck/Hölling/Kurth/Huss 2007.

Auch in Deutschland schwankt die Prävalenz zwischen den sozialen Schichten erheblich. So liegt der durchschnittliche Anteil an von AD(H)S Betroffenen mit niedrigem sozialem Status mit 6,4% doppelt so hoch wie unter Kindern und Jugendlichen mit einem hohen sozialen Status (3,2%). Bei den Verdachtsfällen ist dieser Unterschied zwischen den Schichten mit 8% gegenüber 2,9% noch deutlicher (vgl. Schalck et al. 2007). Einen Erklärungsansatz für diese deutliche Diskrepanz der Prävalenzraten bietet die Hypothese der sozialen Selektion (Bastine 1998). Demnach kommt es bei Betroffenen, teilweise über Generationen hinweg, aufgrund der störungsbezogenen Beeinträchtigungen (z.B. im Leistungsbereich) zu einem kontinuierlichen Absinken im sozioökonomischen Bereich. Die mit einem niedrigen sozialen Status verbundenen ungünstigen psychosozialen Rahmenbedingungen – z.B. geringe ökonomische Ressourcen oder gesellschaftliche Desintegration (Kausalitätshypothese) – begünstigen diesen Effekt und erschweren die Rückkehr in höhere soziale Schichten (vgl. Bastine 1998; Schalck et al. 2007). Die hohe Diskrepanz zwischen den Schichten im Bereich der Verdachtsfälle legt eine hohe Dunkelziffer von noch nicht diagnostizierten Betroffenen nahe und somit eine potenzielle Unterversorgung der Betroffenen in dieser niedrigen sozialen Schicht, die ebenfalls mit der Kausalitätshypothese erklärt werden könnte. Gehen wir von einer erblichen Komponente bei der AD(H)S aus (vgl. Bruchmann 2008), ist das Risiko hoch, dass die nachfolgenden Generationen neben dem niedrigen sozialen Status und den damit verbundenen Problemen zusätzlich auch den Beeinträchtigungen unterliegen, die sich aus dem (vererbten) Störungsbild AD(H)S ergeben. Dieses Dreigespann aus sozialer Selektion, ungünstigen psychosozialen Rahmenbedingungen und erblich bedingtem hohem AD(H)S Risiko unterstreicht die Wechselwirkungen der AD(H)S mit den sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die sich daraus ergebende Gefahr sozialer und ökonomischer Ausgrenzung, denen sich Personen gegenübersehen, die von einer AD(H)S betroffen sind. Die beschriebenen Faktoren bieten einen Erklärungsansatz für die Entstehung der deutlichen Diskrepanz der Prävalenz zwischen hohen und niedrigen sozialen Schichten.

Auffällig bei den AD(H)S-Diagnosen ist die niedrigere Prävalenzrate von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gegenüber solchen ohne (3,1% vs. 5,1%) (Schalck et al. 2007). Neben kulturell bedingter unterschiedlicher Symptomentoleranz (Schalck et al.

2007; Biedermann et al. 2005) könnte die bei Migranten häufig vertretene ungünstige gesellschaftliche Integration einen Erklärungsansatz bieten (vgl. Petendra 2004). Bei den Verdachtsfällen fällt auf, dass hier der Anteil von Migranten gegenüber Nicht-Migranten höher ist (5,9% gegenüber 4,8%), was einen Hinweis auf eine Unterversorgung dieser Bevölkerungsgruppe darstellen könnte (vgl. Schalck et al. 2007).

Neben diesen psychosozialen und ökonomischen Einflussfaktoren ergeben sich auch aufgrund der unterschiedlichen Diagnosestandards zwischen den Ländern Unterschiede in den Prävalenzraten. So nutzen Kliniker verschiedener Kulturen teilweise unterschiedliche Erhebungsinstrumente für die Diagnose einer AD(H)S und legen unterschiedliche Schwerpunkte. In Bezug auf die Ätiologie bei AD(H)S legen nach Resnick (2000) beispielsweise italienische Kliniker im Vergleich zu ihren us-amerikanischen Kollegen ein größeres Augenmerk auf die Umgebungseinflüsse. Kliniker aus China und Indonesien bewerten Hyperaktivität eher und höher als Kliniker aus Japan und den USA (Mann et al. 1992).

Zu guter Letzt bestehen kulturbedingte Differenzen darüber, was adäquates, gesellschaftskonformes Verhalten sein soll. Der Umgang mit auffälligen Personen variiert stark, von gesellschaftlicher Ausgrenzung bis hin zu einem umfassenden sozialen Netz, das von AD(H)S betroffene Personen davor bewahren soll, in gesellschaftliche Randbereiche abzurutschen. Die in einem Land vorherrschenden kulturellen Normen sollten in dem Umgang mit AD(H)S daher ebenfalls Beachtung finden (vgl. Resnik 2000). Einige Forscher sprechen sich dafür aus, dass AD(H)S-Symptome im Kontext der etwaigen kulturellen Umgebung, mit den dazugehörigen kulturellen Erwartungen und Toleranz, betrachtet werden sollten. Normabweichendes Verhalten sollte eher anhand von kulturabhängigen Variablen bewertet werden, anstatt von global einheitlichen Kriterien (vgl. Chandara 1993; Ideus 1994). Dieser Ansatz lohnt der Beachtung, da die genannten Unterschiede nicht zu leugnen und durch Studien gut belegt sind. Die Klassifikation einer AD(H)S unter Berücksichtigung der kulturellen Unterschiede bedarf jedoch einer ausführlichen Operationalisierung und Normierung innerhalb der einzelnen Länder und Kulturen. Der damit verbundene Aufwand und die nötige übergeordnete Strukturierung würde jedoch ein Maß an Zusammenarbeit erfordern, das allein schon aufgrund der politischen und gesellschaftlichen Differenzen innerhalb einzelner Länder als schwierig oder gar nicht umsetzbar anzusehen ist. Zudem würde ein solches Unterfangen auf logistischer Ebene eine übergeordnete leitende Institution voraussetzen und einen finanziellen und organisatorischen Aufwand verlangen, der nur schwer zu bewältigen wäre. Die globale Klassifikation der AD(H)S als Grundlage der Diagnostik bleibt daher, zumindest in naher und mittlerer Zukunft, alternativlos, auch wenn kulturabhängige Variablen bei der Diagnose einer AD(H)S Berücksichtigung finden sollten.

4.1.3.6 Komorbidität – Koexistenz begleitender Störungen

Die Symptomatik einer AD(H)S interagiert stark mit den einzelnen Lebensbereichen der Betroffenen, beginnend mit dem familiären Kontext über die Peer-Group bis zu Schule und Ausbildung. Primär in den Leistungsbereichen wie Schule und Ausbildung kommt es aufgrund der mit einer AD(H)S verbundenen Symptome häufig zu Problemen, verstärkt durch

Rahmenbedingungen (z.B. Frontalunterricht), denen die Betroffenen in vielen Fällen nicht genügen können. Als Folge von ungünstigen Rahmenbedingungen steigen die Risiken schulischer Probleme sowie von Problemen im sozialen Kontakt zur Gleichaltrigengruppe (Peer-Group). Da die einzelnen Lebensbereiche miteinander interagieren und vernetzt sind, haben Probleme in einem Lebensbereich auch Auswirkungen auf die anderen. So belasten Schulprobleme beispielsweise häufig gleichzeitig das familiäre Gefüge. Die Peer-Group distanziert sich von den problembehafteten und auffälligen Kindern oder Jugendlichen, die Integration wird gefährdet, eine Außenseiterrolle wahrscheinlicher.

Sozioökonomische Faktoren können ebenfalls auf die Entwicklung und das Ausmaß von Risikofaktoren im Kontext einer AD(H)S einwirken, sei es kompensierend oder verschärfend. Studien zum sozioökonomischen Hintergrund belegen, dass die Prävalenz der AD(H)S in Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status mit 6,4% gegenüber 3,2% bei gut situierten Familien deutlich höher liegt (Hölling et al. 2007; s. Tabelle 6, S. 38). Diese Diskrepanz zwischen den sozialen Schichten ergibt sich zum einen aus der erblichen Komponente der AD(H)S, aber auch aus sozialer Selektion, knapperen Ressourcen und ungünstigeren psychosozialen Rahmenbedingungen im Vergleich zu sozioökonomisch besser gestellten Familien (s. Kapitel 4.1.3.5.2, S. 39ff.). Das aufgrund schlechter Ressourcenausstattung steigende Risiko für eine normative Entwicklung und eine ökonomische Selbstständigkeit ist hinreichend belegt (vgl. Barkley 1998). Viele Eltern von Betroffenen weisen zudem aufgrund der erblichen Komponente (vgl. Faraone 2005; Lippel 2009) ebenfalls eine AD(H)S auf und waren in ihrer Biografie denselben gesteigerten Risiken (z.B. erhöhte Gefahr des Schulabbruchs) ausgesetzt, wie ihre Kinder es heute sind. Die erhöhten Risiken in den beschriebenen Bereichen und die erbliche Komponente der AD(H)S bietet demnach eine Erklärung für den Umstand, dass der Anteil von AD(H)S betroffenen Kindern und Jugendlichen in sozioökonomisch eher niedrig gestellten Familien höher ist als in den sozioökonomisch besser gestellten. Die damit verbundenen Probleme – z.B. mangelnde finanzielle Mittel, niedrige Bildung, mangelnde Integration der Familie und/ oder strukturelle Probleme – können zusätzliche Belastungsfaktoren für von AD(H)S betroffene Kinder und Jugendliche darstellen und das Risiko komorbider Begleitstörungen deutlich erhöhen, die sich z.B. aus gestörten Eltern-Kind Beziehungen oder wiederkehrenden Frustrationen z.B. durch Schulversagen und/ oder soziale Isolation ergeben.

Studien belegen eine hohe Rate an Komorbiditäten im Zusammenhang mit AD(H)S. So weisen 47% der von einer AD(H)S betroffenen nach Steinhausen, Metzke, Meier und Kanenberger (1998) eine koexistente Störung auf. Wenn der klinische Eindruck zu den diagnostizierten Begleitstörungen hinzugezogen wird, liegt der Anteil nach Steinhausen (2010c) mit 85% noch deutlich höher. Der Anteil multipler Komorbiditäten läge bei bis zu 60%. Nach der »Multimodal Treatment of AD(H)S Study« (MTA) treten folgende Störungen besonders häufig neben einer AD(H)S auf:

- Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten: 40%
- Angststörungen: 34%

- Störungen des Sozialverhaltens: 14%
- Tic-Störungen: 11%
- Affektive Störungen: 4%

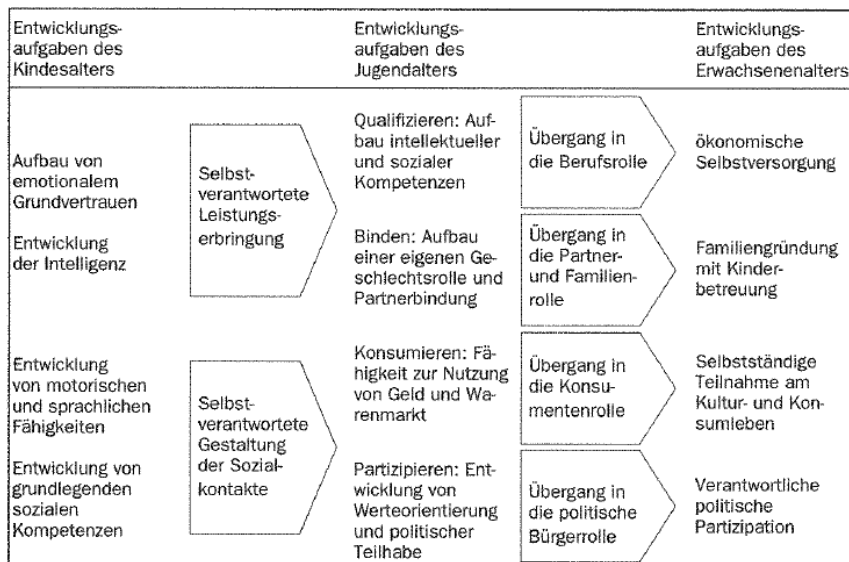
Quelle: MTA Cooperative Group 1999.

Dass AD(H)S von weiteren Störungsbildern begleitet wird, ist demnach eher die Regel als die Ausnahme. Diese Störungsbilder bilden in vielen Fällen einen sich gegenseitig beeinflussenden und schwer voneinander zu unterscheidenden Verbund von Auffälligkeiten. Diesem Umstand ist sowohl in der Diagnostik als auch in der späteren Behandlung Rechnung zu tragen. Da die Symptomatiken einiger der genannten Störungen auf den ersten Blick denen der AD(H)S ähneln, kommt der Differenzialdiagnose besondere Bedeutung zu. Es gilt, andere Störungen des Verhaltens, der Entwicklung, andere körperliche Erkrankungen sowie neurologische Störungen zu bestimmen und zu entscheiden, ob diese komorbid bestehen oder eine AD(H)S imitieren (vgl. Resnick 2000; Cantwell 1996).

4.1.4 Die Bedeutung der AD(H)S aus soziologisch-ökonomischer Perspektive

Kindheit und Jugend sind geprägt von Lern- und Entwicklungsprozessen, die vom unmündigen Kind bis hin zu einem selbstständigen und aus gesellschaftlicher Sicht produktiven Erwachsenen führen, dem die Befähigung zugesprochen wird, die eigene Gesellschaft sowohl biologisch wie auch ökonomisch zu reproduzieren (vgl. Hurrelmann/Quenzel 2012).

Abbildung 2: Idealtypische Darstellung der Entwicklungsaufgaben in drei Lebensphasen und dazwischen liegende Statusübergänge



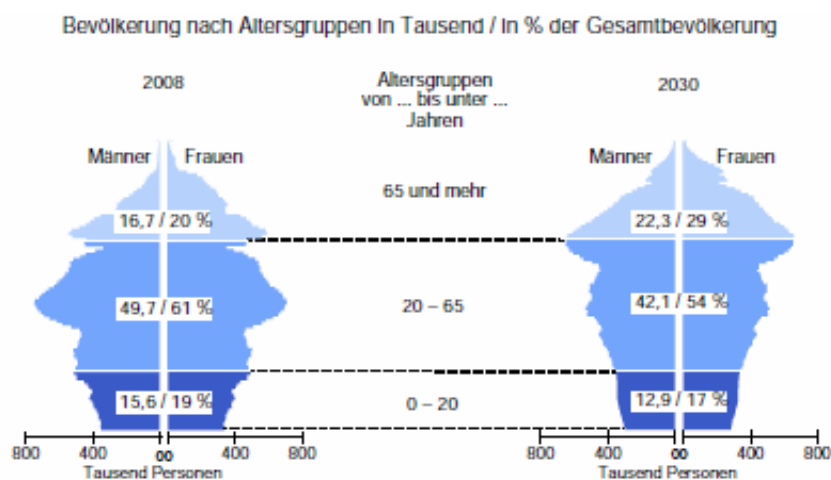
Quelle: Hurrelmann/Quenzel 2012, S. 41.

Um nach diesem Ansatz als erwachsen zu gelten, muss ein Individuum verschiedene Entwicklungsaufgaben erfüllt haben, die sich unter den übergeordneten Themen der Selbstständigkeit im Leistungsbereich und im gesellschaftlich-sozialen Bereich zusammenfassen lassen (s. Abbildung 2). Der Leistungsbereich gliedert sich wiederum in die ökonomische Selbstver-

sorgung und die biologische Reproduktion. Der gesellschaftliche-soziale Bereich gliedert sich in die Partizipation am gesellschaftlichen Leben und die Entwicklung eines individuellen Werte- und Normsystems (politische Partizipation). Von der frühesten Kindheit an wird auf diese Ziel hingearbeitet, um die nachwachsende Generation zu mündigen und selbstständigen Menschen zu sozialisieren. Nur eine Gesellschaft, in der der Großteil der Population diese Anforderungen erfüllt, kann bestehen, sich reproduzieren und wachsen.

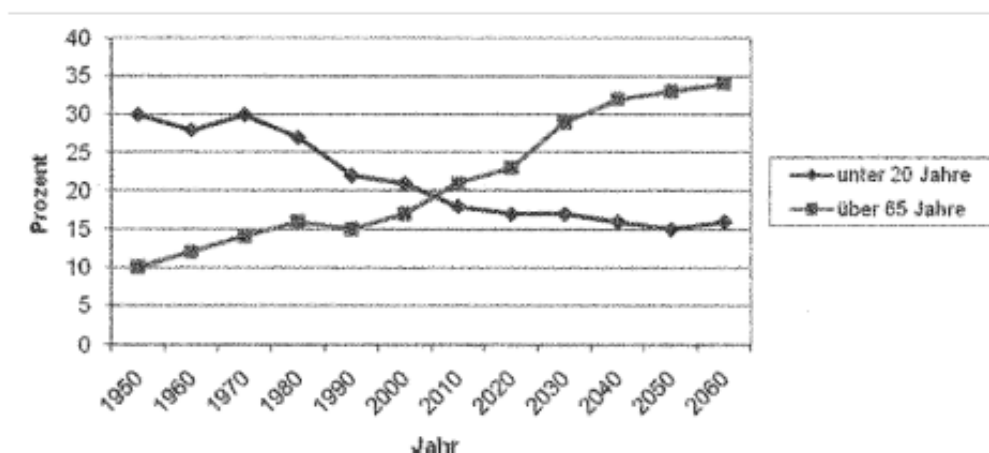
Dieser übergeordnete Blickwinkel macht deutlich, wie wichtig der Mensch als Ressource für das Fortbestehen der Gesellschaft ist, die ihn wiederum trägt und absichert. Die Bedeutung des produktiven Teils der Gesellschaft wird noch weiter unterstrichen, wenn der demographische Wandel der kommenden Jahrzehnte berücksichtigt wird.

Abbildung 3: Bevölkerung nach Altersgruppen



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011.

Abbildung 4: Bevölkerungsanteil der unter 20- und der über 65-Jährigen 1950-2060



Quelle: Hurrelmann/Quenzel 2012.

Hält sich im Moment der Anteil junger Menschen (unter 20 Jahre) und älteren (über 65 Jahre) aktuell noch die Waage, so entwickeln sich beide Alterslagen in ungünstiger Weise auseinander (s. Abbildung 3 und Abbildung 4). Der Trend, dass immer weniger junge Menschen immer mehr ältere zu versorgen haben, wird mit den Jahren immer deutlicher werden. Die Ressource an produktiven, die Gesellschaft tragenden und erweiternden Menschen wird demnach

in den kommenden Jahrzehnten deutlich zurückgehen. Parallel dazu werden diese immer weniger werdenden produktiven Mitglieder der Gesellschaft jedoch einen immer stärker anwachsenden Anteil von älteren Menschen mit versorgen müssen. Es gilt, den verbleibenden Pool so effektiv wie möglich zu nutzen, um neben der generationalen Reproduktion auch den größer werdenden Teil des älteren, nicht mehr produktiven Anteils der Gesellschaft, versorgen zu können. Um das zu erreichen, müssen für die nachfolgenden Generationen möglichst entwicklungsfördernde Rahmenbedingungen geschaffen werden. Parallel zu entwicklungsfördernden Bedingungen gilt es, krankheitsbedingte (ökonomische) Ausfälle von potenziell produktiven Menschen möglichst gering zu halten. Neben einer guten strukturellen Versorgung von Familien, v.a. in Gestalt guter Bildungschancen und ökonomischer sowie sozialer Absicherung, ist hierzu auch die gesundheitliche Versorgung sehr bedeutsam. So ist beispielsweise ein Großteil der von pädagogischen und psychischen Problemen betroffenen Menschen bei entsprechender Hilfe befähigt, ein selbstverantwortliches Leben zu führen, also aus ökonomischer Perspektive ein produktiver Teil der Gesellschaft zu sein. Individuelle Problemlagen wie zum Beispiel inadäquate psychosoziale Strukturen oder geringe ökonomische Ressourcen gefährden jedoch diese sowohl gesellschaftlich wie auch für das Individuum wichtige Entwicklung. Eine gute Versorgung im Fall derartiger Probleme, seien sie pädagogischen oder medizinischen Ursprungs, mindert den Anteil von »produktiven Ausfällen«, die im schlimmsten Fall selbst langfristig Ressourcen binden.

Eine angemessene Unterstützung bei einer AD(H)S – als eine der am häufigsten auftretenden Störungen, die in vielen Fällen bis in das Erwachsenenalter reicht und hohe Risikofaktoren für eine normative Entwicklung zu einem produktiven Teil der Gesellschaft birgt – ist demnach aus individueller wie auch aus sozioökonomischer Perspektive von Bedeutung.

4.1.5 Interaktion der AD(H)S mit den primären Lebensbereichen im Kindes- und Jugendalter

AD(H)S stellt eine Störung dar, die das Potenzial hat, in erheblichem Maße mit den Lebenswelten der Betroffenen zu interagieren. Auf häufig zu beobachtende Muster in den drei wichtigsten Lebensbereichen von Kindern – dem Elternhaus, der Gleichaltrigengruppe (Peer-Group) und im späteren Verlauf der Schule – wird im Folgenden näher eingegangen.

AD(H)S-bezogene Probleme sind lebensweltübergreifend. So ist die Manifestation der Symptome in mindestens zwei Bereichen Voraussetzung für eine Diagnose (s. Kap. 4.1.3.3, S. 29f.). Probleme in einem Lebensbereich stehen jedoch immer in Wechselwirkung mit anderen Bereichen (Bronfenbrenner 1981). So wirkt sich eine schulische Problematik auch fast immer auf den häuslichen Bereich aus. Diese Interaktion ist im Einzelfall verschieden und hängt stark mit den individuellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der agierenden Personen zusammen. Mit der Zeit verändern sich einzelne Lebensbereiche, wodurch sich wiederum auch die Art und Weise der Beziehungen zwischen ihnen wandelt. Kinder und Jugendliche erschließen sich mit fortlaufender Zeit immer mehr und immer selbstständiger die sie umgebende Umwelt und somit auch außerhäusliche Bereiche wie zum Beispiel einen eigenen Freundeskreis oder die Schule. Neben den nachfolgend beschriebenen lebensweltbezogenen

Auswirkungen einer AD(H)S gilt es, allem voran in der Behandlung einer AD(H)S, diese Wechselwirkung zwischen den einzelnen Lebensbereichen zu beachten und das gesamte System in die Behandlung der Betroffenen einzubeziehen. Eine Fokussierung auf *einen* Lebensbereich birgt die Gefahr, dem Problem hinterherzulaufen, ohne den Ursachen flächendeckend zu begegnen. Ergeben sich beispielsweise familiäre Probleme aufgrund von Schulproblemen, droht die Gefahr, dass, wenn ausschließlich familienorientierte Hilfen etabliert werden, ein Teil der Ursache aus dem schulischen Bereich und vor allem daraus resultierende Stressfaktoren bestehen bleiben, diese aber eine erneute Aktualisierung der familiären Problematik begünstigen. Ist ausschließlich der schulische Bereich Fokus der Hilfsangebote steigt wiederum die Gefahr, dass auch bei erfolgreichen Hilfen im schulischen Kontext unbehandelte Probleme aus der familiären Lebenswelt ab einem gewissen Punkt negative Auswirkungen auf den schulischen Bereich nehmen und die überwunden geglaubten (schulischen) Probleme erneut initiieren. Betroffene, deren Bezugspersonen und -systeme sind in diesem Szenario trotz konkreter Hilfsangebote dauerhaft unter Belastung, was Ohnmachtsgefühle und Resignation hervorrufen sowie der Motivation und Compliance bestehender und zukünftiger Hilfsangebote entgegenwirkt kann und je nach Ausrichtung Komorbiditäten begünstigt. Neben fachübergreifenden Ansätzen (multimodale Therapie) sollte die Behandlung einer AD(H)S demnach auch lebenswelt- und lebenssystemübergreifend ausgelegt sein, um symptombedingten Problemen flächendeckend erfolgreich und nachhaltig begegnen zu können.

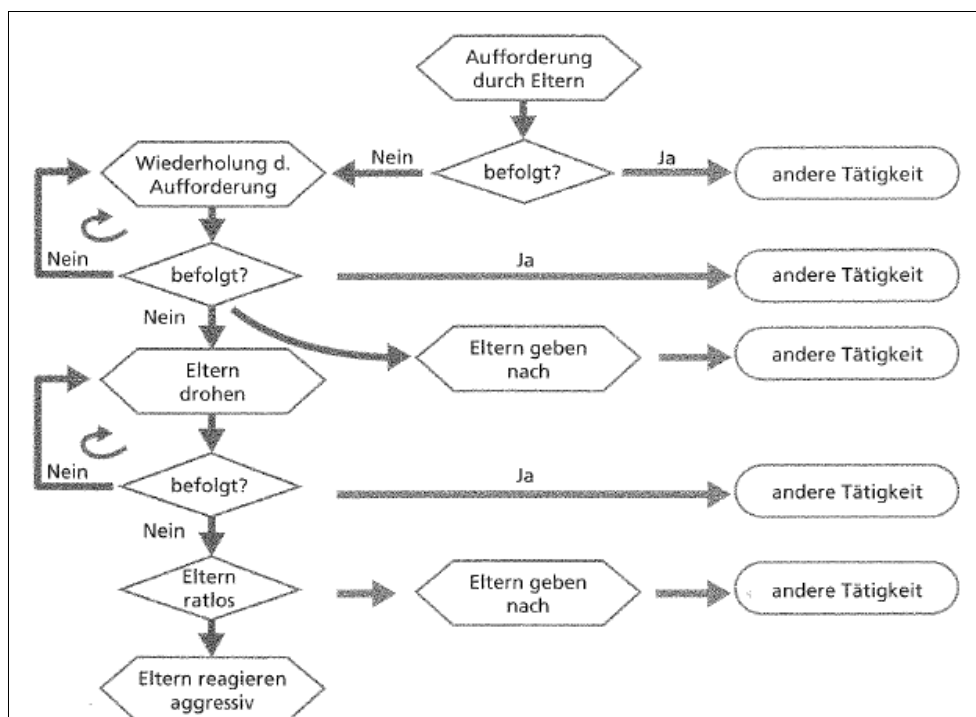
4.1.5.1 AD(H)S im familiären Kontext

Die AD(H)S bezogenen Symptome haben das Potenzial, die Eltern-Kind-Interaktion in bedeutendem Ausmaß negativ zu beeinflussen. Studien wie die von Schreyer und Hampel (2009) belegen, dass sich das Erziehungsverhalten von Eltern mit einem von AD(H)S betroffenen Kind signifikant negativ vom Erziehungsverhalten von Eltern mit störungsfreien Kindern unterscheidet (vgl. Döpfner et al. 2002; Johnston\ Mash 2001). Das von Patterson (1982) ursprünglich für Kinder mit aggressivem Verhalten entwickelte und von Barkley (1981) auf Kinder mit einer AD(H)S übertragene Konzept der *gegenseitig erzwingenden Interaktion* gibt einen guten Überblick über Interaktionsmuster, die zu problematischen familiären Verhaltensmustern führen können.

Primär vor dem Hintergrund mangelnder Aufmerksamkeit und hoher Impulsivität ist die Gefahr bei von AD(H)S betroffenen Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu gleichaltrigen höher, dass Aufforderungen oder Grenzsetzungen von Eltern nicht oder nicht zu Ende befolgt werden. In der Regel werden in solchen Fällen Anweisungen wiederholt, wobei erneut die Gefahr besteht, dass die aufmerksamkeitsgestörten Betroffenen nicht oder nur unzureichend reagieren. Möglicherweise wiederholen die Eltern die Aufforderung nicht und erledigen die Aufgabe z.B. selbst. Alternativ werden die Eltern bei der Frage energischer und drohen beispielsweise. Eventuell hatte die erste Anfrage den Betroffenen symptombedingt nicht erreicht. Nun besteht die Gefahr, dass die aus Betroffenen-sicht unangemessene emotional negativ gefärbte Aufforderung der Eltern als Kränkung erlebt wird. Neben der Begründung des Nichtbefolgens aufgrund niedriger Aufmerksamkeit steigt die Möglichkeit, dass das Kind bzw. der

Jugendliche der Aufforderung aus Trotz nicht nachkommt. Folgt das Kind bzw. der Jugendliche wiederum nicht der Aufforderung, droht sich auf beiden Seiten die negativ geprägte Reaktion wie Frustration, Wut, Enttäuschung oder Aggression gegenseitig zu verstärken. Das Risiko eines Teufelskreises sich in Wechselwirkung aufschaukelnder Reaktionen steigt. Folgt das Kind bzw. der Jugendliche ab einem gewissen Punkt einer Aufforderung, wird dies oftmals durch Eltern als selbstverständlich wahrgenommen, statt das erwünschte Verhalten (positiv) zu verstärken. Negatives Verhalten, in diesem Fall das Nichtbefolgen einer Anweisung, ist in der Wahrnehmung der Eltern meist wesentlich präsenter und generiert eine Reaktion und somit Aufmerksamkeit. Allerdings ist diese Aufmerksamkeit negativ behaftet. Von AD(H)S Betroffene, die z.B. ein ausgeprägtes Aufmerksamkeitsdefizit aufweisen, können durch diese (wenn auch negative) Aufmerksamkeitsreaktion in ihrem Verhalten bestätigt werden, vor allem wenn es an positiv behafteter Aufmerksamkeit mangelt. Das Ablassen von der Aufforderung durch die Eltern wiederum eröffnet den Kindern und Jugendlichen einen potenziellen Weg, (unangenehme) Aufforderungen zukünftig mittels des in der Vergangenheit angewandten Verhaltens zu umgehen. Oppositionelles Verhalten wird erlernt und droht sich im weiteren Verlauf zu verstärken. Mit der Zeit droht eine Defizitperspektive der Eltern zu entstehen, die wiederum zukünftige Interaktionen beeinflusst (vgl. Döpfner et al. 2010).

Abbildung 5: Modell gegenseitig erzwingender Interaktion



Quelle: Barkley 1981, zit. n. Döpfner/Steinhausen 2010.

4.1.5.2 AD(H)S im Kontext der Peer-Group

Bei der Frage nach den möglichen Auswirkungen einer AD(H)S auf die Interaktion mit der Peer-Group kommt dem Kontext, in dem die Betroffenen sozial agieren, eine hohe Bedeutung zu. In der frühen Kindheit bzw. der Vorschulzeit agieren Betroffene in der Regel in einem recht freien Rahmen (Kindergarten, häusliche/ familiäre Umwelt, externes familiäres Um-

feld), der zwar sozialen Regeln unterliegt, jedoch noch nicht durch hohe Anforderungen geprägt ist. Die Interaktionen sind häufig durch die Eltern oder pädagogische Fachkräfte (Kindergarten) eng begleitet oder doch zumindest beobachtet, wodurch Eltern und Betreuer in diesem frühen Stadium die Möglichkeit haben, einen starken protektiven Einfluss auf die Interaktion in diesem ersten Lebensbereich ihrer Kinder zu nehmen. Grundsätzlich können sich in diesem Alter auch bei Gleichaltrigen ähnliche gegenseitig erzwingende Interaktionen ereignen wie im familiären Kontext, wenn auch etwas anders gelagert (vgl. Barkley 1981). So wird die geringe Spielintensität und Ausdauer häufig von Gleichaltrigen als problematisch wahrgenommen, was zu einer Außenseiterposition und erschwerten Bedingungen führen kann, Freundschaften aufzubauen (vgl. Döpfner 2000a). Im schulischen Kontext kommt es in Abgrenzung zur Vorschulzeit zu einem sprunghaften Anstieg der Anforderungen. Parallel dazu entfallen protektive Faktoren wie die enge Betreuungsdichte durch Eltern und pädagogische Fachkräfte. Die angesprochenen sich gegenseitig erzwingenden Interaktionen können weniger durch die Eltern abgefangen werden. Zudem wächst die Gefahr, dass sie durch symptombedingte schulische Probleme im Unterrichtskontext noch weiter verstärkt werden. Folgen sind häufig Integrationsprobleme und eine Außenseiterposition betroffener, welche Komorbiditäten wie zum Beispiel Ängstlichkeit, Depressivität aber auch oppositionelles Verhalten begünstigen können (vgl. Patterson 1982; Steinhausen 2010b).

4.1.5.3 AD(H)S im Kontext der Schule

4.1.5.3.1 Frühe Schuljahre als Initiator von AD(H)S Diagnosen

Die mit einer AD(H)S verbundenen Symptome interagieren stark mit den einzelnen Lebensbereichen und dem sozialen Umfeld der Betroffenen, oft beginnend mit dem Säuglings- und Kleinkindalter. In manchen Fällen kommt es schon in dieser frühen Lebensperiode zu Ess- oder Schlafproblemen (Wolke/Rizzo/Woods 2002). Eltern betroffener Kinder berichten bereits in der Vorschulzeit von AD(H)S-bedingten Belastungen (Schlack et al. 2007). Dank des in der Regel engen und strukturierten Rahmens des familiären Systems können die Symptome der AD(H)S in den meisten Fällen jedoch noch gut kompensiert werden, sodass zu diesem Zeitpunkt für die Eltern und das involvierte Bezugssystem noch keine Notwendigkeit zu Interventionen oder einer diagnostischen Abklärung ersichtlich ist (siehe Diskrepanz zwischen wahrgenommener Belastung (6%) und Diagnosen (1,5%) (Hölling et al. 2007)).

Mit dem Kindergarten taucht für die Kinder erstmalig ein neuer Lebensbereich neben dem geschützten familiären Rahmen auf. Durch diesen Übergang verschärfen sich in vielen Fällen die Symptome und die damit verbundenen Probleme. Von AD(H)S betroffene Kinder agieren im Kindergarten aufgrund der größeren Anzahl von Reizen und der weniger engen Betreuung vermehrt auffälliger als gesunde Gleichaltrige (Döpfner et al. 2007). Das auffällige Sozialverhalten wird zu diesem Zeitpunkt häufig noch Entwicklungsverzögerungen oder erzieherischen Problemen zugeordnet und den Eltern entsprechend kommuniziert. Der Verdacht einer AD(H)S wird selten ausgesprochen. Dennoch steigt die Prävalenz von 0,7% im Alter von 3 Jahren auf 1,4% im 4. und 2% im 5. und 6. Lebensjahr (Schalk et al. 2007). Die Betreuung im

Kindergarten entspricht zwar nicht der Dichte einer Betreuung im familiären Rahmen, trotzdem scheinen viele Kinder mit einer AD(H)S auch in dieser Zeit noch nicht in dem Maße aufzufallen, dass eine AD(H)S Diagnostik initiiert würde. So liegt die Prävalenz zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr zusammengefasst bei durchschnittlich 1,5% (Schalk et al. 2007).

Dies ändert sich mit dem 7. Lebensjahr. Zwischen dem 7. und 10. Lebensjahr steigt die Anzahl der mit einer AD(H)S diagnostizierten Kinder auf durchschnittlich 5,3% (Hölling et al. 2007; Schlack et al. 2007). Da eine AD(H)S primär von genetischen/ biologischen Faktoren bedingt wird (s. Kapitel 4.1.3.1, S. 25ff.), kann davon ausgegangen werden, dass sich das Störungsbild bei den im Vorschulalter noch nicht diagnostizierten Kindern, die kurz nach der Einschulung eine Diagnose erhielten, nicht erst nach der Einschulung entwickelt hat, sondern schon vorher manifest war (vgl. Burchard et al. 2010). Ein weiterer Hinweis dafür, dass der Anteil der tatsächlich von einer AD(H)S betroffenen Kinder zwischen den beiden Alterskohorten ähnlich verteilt ist, liefert die Auswertung der AD(H)S-Verdachtsfälle der KiGGS-Studie (Hölling et al. 2007). Demnach ist der Anteil an Verdachtsfällen in beiden Alterskohorten mit 6,0% unter den 3-6 jährigen gegenüber 6,4% bei den 7-10 jährigen nahezu gleich (Schlack et al. 2007).

Der sprunghafte Anstieg der AD(H)S Diagnosen deutet auf zweierlei hin. Zum einen scheint nur ein kleiner Teil der Kinder mit einer AD(H)S im Vorschulalter durch das vorhandene Versorgungssystem erkannt zu werden. Auf diesen Umstand wird in dem Kapitel 4.2.4.4 (S. 83ff.) ausführlicher eingegangen. Zum anderen scheint ein Umstand einzutreten, der dazu führt, dass ab dem 6. Lebensjahr die AD(H)S-Diagnosen auffallend ansteigen. Die Vermutung liegt nahe, dass die Einschulung als primärer Grund für diese Entwicklung anzusehen ist. Sie stellt durch den neuen Lebensraum, die damit verbundenen gesteigerten Anforderungen, neuen Bezugspersonen und einer im Vergleich zu Elternhaus und Kindergarten weit weniger enge Betreuung die entscheidendste strukturelle Veränderung im Kindesalter dar. Gerade AD(H)S-Betroffene haben aufgrund ihrer Symptomatik oft Probleme, den neuen Anforderungen des Schulunterrichts gerecht zu werden. Den Betroffenen fällt es beispielsweise schwer, über einen längeren Zeitraum still sitzen zu bleiben (Hyperaktivität), abzuwarten, bis sie an die Reihe kommen (Impulsivität) und sich über einen längeren Zeitraum trotz anderer Reize auf eine Sache zu konzentrieren (Aufmerksamkeit). Diese Fähigkeiten stellen jedoch Grundvoraussetzungen für die reguläre Teilnahme am Schulunterricht dar. Die Ereigniskette verwundert daher nicht, dass schulische und etwaige sich daraus ergebende familiäre und soziale Probleme zu einer erhöhten Frequentierung von ärztlicher oder therapeutischer Hilfen im Verlauf der ersten Schuljahre führt, was wiederum die steigende Anzahl von AD(H)S-Diagnosen erklärt. Unterstützt wird die These, wonach Kinder mit einer AD(H)S im Durchschnitt deutlich mehr Schulprobleme haben, durch Ergebnisse folgender Studien:

- Der Anteil an Schülern, die während ihrer Grundschulzeit Nachhilfeunterricht erhalten haben, liegt nach einer Studie des Instituts für Jugendforschung (2003) bei 27% (Dohmen et al. 2008). Demgegenüber liegt der Anteil der mit einer AD(H)S diagnostizierten Kinder, die Nachhilfeunterricht nehmen, bei 56% (Barkley 1998).

- 6,1% der Schüler haben im Abgangsjahr 2010 die Schule ohne Abschluss verlassen (Statistisches Bundesamt 2010). Demgegenüber erlangen 10-35% der mit einer AD(H)S diagnostizierten Schüler keinen High-School-Abschluss (Barkley 1998)
- 46% der Schüler mit einer AD(H)S-Diagnose wurden schon mindestens einmal vom Schulunterricht suspendiert (Barkley 1998). Hier liegen keine vergleichbaren Daten aus der Grundgesamtheit der Schüler vor.

Es sei angemerkt, dass die Daten von Barkley (1998) aus amerikanischen Studien stammen, die Vergleiche (Dohmen et al. 2008; Statistisches Bundesamt 2010) aus deutschen Erhebungen. Die gesellschaftlichen, strukturellen und kulturellen Unterschiede der Probanden lassen demnach nur bedingt einen Vergleich zu. Dennoch deuten die Diskrepanzen zwischen Kindern mit einer AD(H)S-Diagnose und solchen ohne einen deutlichen Trend an. Kinder mit einer AD(H)S scheinen im Schnitt erheblich mehr Probleme im Schulalltag zu haben, mehr Hilfen zu benötigen und häufiger in ihrer Schullaufbahn zu scheitern.

Die deutsche Schule als Sozialisationsinstanz stellt aufgrund der mit ihr verbundenen Strukturen und Anforderungen die zentrale Institution dar, in deren Kontext die symptombedingten Probleme einer AD(H)S häufig zum ersten Mal einen Stellenwert und eine Intensität erreichen, die externe Hilfe und Interventionen notwendig macht.

4.1.5.3.2 Copingmöglichkeiten der Schule

Die AD(H)S ist ein Störungsbild, welches gerade in den frühen Schuljahren stark mit dem schulischen System interagiert, oft zu lebensweltübergreifenden Problemen führt und Interventionen durch externe Fachkräfte nötig macht. Diese Kinder stellen die Lehrkräfte, die neben der Aufgabe der Wissensvermittlung auch strukturelle und erzieherische Aufgaben gegenüber den Kindern haben, neben einem schon ohne diese Mehrbelastung gut gefüllten und verantwortungsvollen Arbeitsalltag vor zusätzliche Herausforderungen. Betrachten wir die Prävalenzrate der 7- bis 10-jährigen (5,3%, Schalk et al. 2007) im Verhältnis zur durchschnittlichen Klassengröße in Grundschulen von 24 Kindern (VBE 2009), so befinden sich durchschnittlich 1,3 von einer AD(H)S betroffene Kinder in jeder Grundschulklasse. Der Umgang mit diesem Störungsbild im Schulalltag ist demnach keine Ausnahme, sondern gehört zum Alltag der Lehrkräfte.

Der Umgang mit den Symptomen einer AD(H)S stellt Lehrer kontextbedingt vor eine große Herausforderung. So ist eine enge Betreuung oder zumindest eine Betreuung in Kleingruppen in der Schule über einen längeren Zeitraum nicht möglich. Ein mit 24 Kindern gefüllter Klassenraum bietet viele Reize und Möglichkeiten der Ablenkung. Der reguläre Schulunterricht ist darauf ausgerichtet, dass die Schüler 45 Minuten lang vergleichsweise ruhig auf einem Stuhl sitzen und aufmerksam dem Schulunterricht folgen. Diese grundlegenden Anforderungen stellen Kinder mit einer AD(H)S vor große Schwierigkeiten. Die Lehrkraft wiederum steht vor dem Problem, auf die geminderte Aufmerksamkeitsspanne, höhere Ablenkbarkeit und gesteigerte motorische Unruhe adäquat einzugehen, jedoch gleichzeitig einen unterrichtskonformen Rahmen mit festen Regeln aufrechtzuerhalten. Die Betroffenen ihre Symptomatik

ausleben zu lassen, ohne dass Strukturen und Regeln vorgegeben werden, ist kontraproduktiv und verstärkt Verhaltensweisen, die in späteren Jahren zu großen Problemen im schulischen, beruflichen und sozialen Bereich führen können (vgl. Spitzcok von Brisinski 2007). Klassische Konsequenzen wie etwa Ermahnungen, Drohungen und schlechte Benotung sind ebenso wenig erfolgversprechend, da die Ursachen der Symptomatik nicht im pädagogischen Bereich liegen (s. Kap. 4.1.3.1, S. 25f.). Spezielle Vorgehensweisen und Strategien sind notwendig, um den Spagat zwischen individueller Förderung und gleichzeitiger Aufrechterhaltung des flächendeckenden Regelrahmens zu bewältigen. Um diesen Anforderungen begegnen zu können, sind grundsätzliche Kenntnisse über das Störungsbild sowie über Interventionskonzepte notwendig.

In der Studie von Jürgen Oelkers »I want to be a good teacher – zur Ausbildung von Lehrkräften in Deutschland« (2009) wird ausführlich die Problematik in der deutschen Lehrerbildung dargestellt. Darin kritisiert er das Fehlen von verpflichtenden Lerninhalten im Bereich erziehungswissenschaftlicher Grundlagen, Defizite in der fachdidaktischen Ausbildung, das Fehlen einer systemischen Qualifizierung der Lehrer in den außerhochschulischen Einrichtungen der Lehrerbildung, der Praxisschock aufgrund der praxisfernen Ausbildung, das Fehlen von Standards und die Resistenz der Fachwissenschaft, sich den Mängeln der Ausbildung zu stellen. Es fällt auf, dass selbst in dieser sehr umfassenden Darstellung der Bereich der psychischen Störungen im Kontext Schule keine Berücksichtigung findet. Dieser »weiße Fleck« verdeutlicht, dass es hier oft noch an einem Bewusstsein mangelt, dass psychische Auffälligkeiten von Schülern sowie der Umgang sowohl mit den problembelasteten Schülern wie aber auch mit deren Eltern Teil des Schulalltags sind. Neben den Eltern stellen die Lehrer die Personengruppe dar, die am unmittelbarsten und am häufigsten mit den betroffenen Kindern umgehen. Selbst bei umfassender Therapie ist die Zeit, die ein Lehrer mit dem betreffenden Schüler verbringt, um ein vielfaches höher als die des Therapeuten. Die Ausbildung der Lehrkräfte beinhaltet jedoch keinerlei standardisierte Wissensvermittlung zu psychischen Störungsbildern in Abgrenzung zu pädagogischen Problemen, über Handlungskonzepte bei psychisch belasteten Schülern und zur Wissensvermittlung über schulexterne Ansprechpartner und Hilfsangebote. Die Lehrkräfte werden nach dem Studium in einen Arbeitsalltag entlassen, in dessen Verlauf sie mit psychisch hoch problematischen Kindern und Jugendlichen konfrontiert werden. Dieses Manko wird häufig ergänzt durch einen problematischen familiären Hintergrund ohne Wissen darüber, wie solchen Situationen adäquat zu agieren ist. Dabei stellen Leitlinien und schulexterne Fachkräfte keineswegs die Anforderung an die Lehrer, dass sie therapeutischen Aufgaben nachkommen sollten. Vielmehr geht es darum, psychische Störungen in Abgrenzung zu pädagogischen Problemlagen wahrzunehmen sowie zu erkennen, wann ein Maß erreicht ist, an dem externe Hilfen notwendig werden. Aufbauend darauf ist Wissen vonnöten, welche Institutionen und Hilfsmöglichkeiten bestehen, um Eltern ggf. an diese Stellen vermitteln zu können (vgl. Lippel 2009). Der Umgang mit Eltern, der sich durchaus problematisch gestalten kann, müsste ebenfalls geschult werden (vgl. Born\ Oehler 2009). Der Austausch zwischen Fachkräften, mit Einverständnis der Eltern, ist für das betroffene Kind, die behandelnden Stellen, aber auch für die Lehrkräfte hilfreich. Ein zielgerichtetes Konzept

zum Umgang mit dem betroffenen Kind, die Perspektivenentwicklung und die Effektivität der Behandlung profitieren von einem solchen professionellen Austausch.

Zurzeit fehlt es demnach in diesem Bereich an einer strukturierten Wissensvermittlung, es wird den Lehrkräften überlassen, sich selbst in Eigeninitiative fortzubilden. Gerade junge Lehrer, die frisch aus dem Studium in den Schulalltag übergehen, erleben den schon angesprochenen Praxisschock ganz unmittelbar. Ein großer Anteil hoch engagierter Lehrer bringt aus diesem Grund einen erheblichen Teil der eigenen Freizeit damit, sich selbstständig Wissen und Handlungsmöglichkeiten anzueignen. Neben den Lehrkräften betrifft dieses Defizit jedoch auch vor allem die betroffenen Kinder und deren Eltern. So wird der Hilfebedarf häufig erst dann erkannt, wenn die Schullaufbahn massiv gefährdet ist und psychosoziale Probleme sich bereits manifestiert haben. Da auch das Wissen um notwendige Hilfen nicht standardisiert vermittelt wurde, können Lehrer häufig nicht auf die jeweils passende Intervention verweisen, was eine diagnostische Abklärung und die ggf. notwendige Behandlung weiter verzögert. Ist ein Ansprechpartner bzw. eine Maßnahme gefunden, gestaltet sich in vielen Fällen die Initiierung dieser Maßnahme als schwierig, da sie nur durch die Eltern erfolgen kann. Es gilt somit, Kontakt mit den Eltern aufzunehmen und die Informationen angemessen zu transportieren, sodass ein gemeinsamer konstruktiver Austausch über das Problem und mögliche notwendige Hilfen erfolgen kann. Derartige Gespräche können sich mitunter als schwierig gestalten und erfordern konkretes Wissen, wie in derartigen Situationen zu verfahren ist. Da im Rahmen des Lehramtsstudiums nicht vermittelt wird, wie in derartigen Situationen zu agieren ist, besteht das Risiko, dass der gemeinsame Austausch scheitert, das Verhältnis zwischen Lehrkraft und Eltern negativ geprägt wird und sich Hilfen dadurch weiter verzögern. Durch diese Verzögerungen steigt wiederum das Risiko, dass sich Störungsbilder chronifizieren und sich aufgrund der steigenden psychosozialen Probleme komorbide Problematiken entwickeln, was wiederum die weitere Schullaufbahn und normative Entwicklung des Betroffenen gefährdet.

Eine Verbesserung der Interventionsmöglichkeiten stellen die Schulsozialarbeiter dar, die in den vergangenen Jahren an immer mehr Schulen eingeführt wurden. Diese Fachkräfte können, ohne in der Unterrichtsgestaltung eingespannt zu sein, Lehrkräfte im Umgang mit problembelasteten Jugendlichen unterstützen, deren Integration fördern, Interventionsmöglichkeiten transportieren, Elterngespräche initiieren, moderieren und ggf. an weitere Hilfen vermitteln. Auch wenn diese Entwicklung durchaus begrüßenswert und ein Schritt in die richtige Richtung ist, kann sie jedoch nicht als alleinige Lösung der Problematik gesehen werden. Trotz Unterstützung durch die Schulsozialarbeiter bleibt die Anforderung an die Lehrkräfte, auch problembelastete Schüler in den Unterricht zu integrieren und mit ihnen bedarfsgerecht umzugehen.

4.1.6 AD(H)S im Erwachsenenalter

Aktuelle Studien belegen, dass eine AD(H)S nicht –wie vormals angenommen– in den meisten Fällen mit dem frühen Erwachsenenalter endet.

Abbildung 6: Spätfolgen einer AD(H)S im Erwachsenenalter

Erwachsenenalter
<ul style="list-style-type: none"> – Persistenz hyperkinetischer Symptome bei 30–60 % – ausgeprägte Symptomatik bei ca. 30 % – geringe Schulbildung – Delinquenz und dissoziale Persönlichkeitsstörung bei etwa 15–30 %

Quelle: Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000a, S. 17, zit. nach Tröster 2009.

Vielmehr deutet einiges darauf hin, dass bis zu 2/3 der Betroffenen auch im Erwachsenenalter unter den Symptomen einer AD(H)S leiden (vgl. Resnick 2000; Döpfner et al. 2000a). Nun unterscheidet sich die Lebenswelt eines Erwachsenen bedeutend von der eines Kindes und Jugendlichen. Die Kindes- und Jugendphase ist in der westlichen Welt geprägt von dem Bestreben, ein strukturiertes und durch verschiedene Institutionen, v.a. Familie und Schule begleitetes Umfeld zu bieten, welches gewährleisten soll, dass aus unmündigen abhängigen Kindern selbstständige Menschen werden, die zu einem produktiven Teil der Gesellschaft heranwachsen (vgl. Hurrelmann/Quenzel 2012). Zu jeder Zeit bestehen im Leben eines Heranwachsenden flankierende Hilfsinstitutionen, die bei Bedarf unterstützend und erzieherisch intervenieren. Allgemein wird anerkannt, dass Menschen in dieser Lebensphase zuweilen inadäquat agieren, da sie schließlich noch nicht als vollwertige, selbstständige und selbstverantwortliche Teile der Gesellschaft gelten. Das Strafrecht, das zwischen Erwachsenen und Jugendlichen unterscheidet, ist ein Beispiel für diesen besonderen Status, den Heranwachsende in unserer Gesellschaft haben. Dieses Moratorium endet jedoch – abgesehen von der strafrechtlichen Beurteilung – mit Eintritt in die Erwerbstätigkeit. Sehr abrupt wird mit diesem Schritt von der Umgebung ein neues Maß an Verantwortung vorausgesetzt, Fehler und inadäquates Verhalten werden von nun an weit weniger toleriert. Diese veränderten Bedingungen treffen vor allem Menschen, die Probleme aufweisen, die in der Lebensphase Jugend nicht erzieherisch bewältigt werden konnten (z.B. körperliche Behinderungen oder psychische Störungen), und dadurch eine ungünstigere Ausgangsposition mitbringen (z.B. geringe Schulbildung).

Bei der AD(H)S gilt es nun zu betrachten, in welcher Weise die Symptome mit den neuen Rahmenbedingungen des Erwachsenenalters interagieren. Aufgrund der veränderten Umweltbedingungen können sich die Symptome bei Erwachsenen etwas anders als im Kindes- und Jugendalter darstellen. Eine AD(H)S setzt sich, wie schon angesprochen, bei etwa zwei Dritteln der Betroffenen im Erwachsenenalter fort, wobei häufig eine Veränderung der Qualität und Quantität der Symptome zu beobachten ist. So ist der Bereich der motorischen Unruhe bereits häufig im Jugendalter rückläufig, die Impulsivität wie auch die Aufmerksamkeitsprob-

leme bleiben dagegen in vielen Fällen bestehen (vgl. Weiss et al. 1999). Die Ausgangslage von Betroffenen ist zudem bereits von vornherein aufgrund von symptombedingten negativen Entwicklungen innerhalb der Jugendphase – z.B. schlechter oder keiner Schulabschlüsse – belastet, was das Potenzial birgt, den Übergang in die Erwerbstätigkeit und somit zu einem selbstständigen Leben zu erschweren (vgl. Barkley 1998; vgl. Döpfner et al. 2000a). Wird ein Ausbildungsplatz gefunden, drohen aufgrund der Symptomatik ähnliche Probleme wie bereits in der Schule (s. Kap. 4.1.5.3, S. 47ff.). Die etwaigen Konsequenzen wie z.B. Abmahnungen oder Kündigungen und schließlich drohende Arbeitslosigkeit sind jedoch weitaus drastischer, die Unterstützungsangebote im Vergleich zur Schulzeit hingegen niedriger. Das symptombedingte Risikopotenzial im Erwachsenenalter hat demnach eine gänzlich andere Qualität als in der Lebensphase Jugend. So bedroht eine AD(H)S im Jugendalter hauptsächlich die adäquate Entwicklung des Heranwachsenden, im Erwachsenenalter primär seine ökonomische Selbstständigkeit. In beiden Altersabschnitten drohen darüber hinaus negative Auswirkungen in den Bereichen der sozialen Interaktion, Lebensqualität und ein erhöhtes Risiko komorbider Erkrankungen. Es bleibt festzustellen, dass eine AD(H)S im Erwachsenenalter das Potenzial hat, von der Qualität her ähnlich starke Auswirkungen auf die Betroffenen zu haben wie in den früheren Lebensjahren. Als entsprechend gleichwertig ist der Bedarf an Hilfsangeboten einzuordnen.

4.1.6.1 Prävalenz und Versorgungsangebot im Erwachsenenalter

Die AD(H)S im Erwachsenenalter findet erst seit recht kurzer Zeit statt, und diese Phase ist weit weniger erforscht als das Kinder- und Jugendalter. Jüngste amerikanische Studien ergaben eine Prävalenz zwischen 3,4% (Fayyad et al. 2007) und 4,4% (Kessler et al. 2006). Teilweise variierten die Ergebnisse stark zwischen Ländern mit einem eher niedrigen Einkommen (Prävalenz 4,2%) und ökonomisch besser gestellten (Prävalenz 1,9%). Die Erhebung fand in Ländern Nord- und Südamerikas statt (Fayyad et al. 2007). Bei vielen betroffenen Erwachsenen lag vor den Studien noch keine AD(H)S Diagnose vor, ein beträchtlicher Anteil war jedoch bereits wegen anderer psychischer Störungen in Behandlung.

Diese Zahlen, die mit 3,4 bis 4,4% recht nah an der Prävalenz im Kindes- und Jugendalter liegen (4,8%) machen deutlich, dass die AD(H)S-bedingten Symptome bei einem großen Teil der Betroffenen auch im Erwachsenenalter weiterhin auftreten. Hierzu sei angemerkt, dass eine AD(H)S aufgrund ihrer komplexen Ursachen (s. Kap. 4.1.3.1, S. 25f.) nicht erst im Erwachsenenalter beginnt, sondern, sofern sie dann auftritt, immer eine Fortsetzung aus dem Kindes- und Jugendalter ist. Betroffene Erwachsene stehen häufig vor dem Problem, einen geeigneten Arzt oder Therapeuten zu finden, der über ausreichende Kenntnisse zum Störungsbild der AD(H)S verfügt. Gehört es zum Standard eines jeden Kinder- und Jugendarztes und -therapeuten, sich zumindest rudimentär mit dieser Störung zu befassen, kann dies im Erwachsenenbereich noch nicht vorausgesetzt werden (vgl. Resnick 2000). Ebenso wie die Forschung sich erst langsam der Thematik von AD(H)S nach dem 18. Lebensjahr nähert, ist die Versorgungslandschaft, sei es ärztlich oder therapeutisch oder seien es andere Hilfeformen, im Vergleich zur Versorgung im Kindes- und Jugendalter noch vergleichsweise gering ausge-

prägt. Angeregt durch aktuelle Forschungsergebnisse wachsen jedoch Akzeptanz und Wissen um die Notwendigkeit von Hilfsangeboten für Betroffene im Erwachsenenalter. Dass im Bereich der Medikation ab dem 14.04.2011 mit Medikinet® Adult ein Präparat zur gezielten Behandlung von Erwachsenen mit einer AD(H)S zugelassen wurde, ist ein Beispiel dieser Entwicklung. Auf lange Sicht werden sich die Versorgungsstrukturen im Erwachsenenbereich denen im Kinder- und Jugendbereich noch weiter anpassen. Aus einer sich daraus ergebenden steigenden Sensibilisierung der Fachkräfte könnte eine ebenfalls steigende Prävalenz nach dem 18. Lebensjahr resultieren.

4.1.6.2 Geschlechterverteilung im Erwachsenenalter

Während im Kindes- und Jugendalter deutlich mehr Jungen eine AD(H)S-Diagnose erhalten als Mädchen (s. Kap. 4.1.3.5.1, S. 37f.), ist die Anzahl der AD(H)S-bezogenen Behandlungen im Erwachsenenalter bei Frauen je nach Studie gleich oder höher als bei Männern (Resnick 2000; Kates 2005; Biederman et al. 2006). Dieser Umstand soll mittels folgender Hypothesen erklärt werden. Sie ergibt sich aus dem Trend, dass Frauen im Durchschnitt eher bereit sind, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, während bei Männern der Hang dominiert, Symptome zu ignorieren und deren Behandlung zu verschieben (vgl. Resnick 2000). Gestützt wird diese These durch die Annahme, dass ebenso viele Mädchen wie Jungen eine AD(H)S aufweisen, Mädchen jedoch sozialisationsbedingt aufgrund des im Vergleich zu Jungen eher internalisierenden Umgangs mit den Symptomen im Kindes- und Jugendalter weniger als von AD(H)S betroffen identifiziert werden (vgl. Brown et al. 1991). Im Erwachsenenalter, in dem Hilfen – anders als im Kindes- und Jugendalter – in den allermeisten Fällen selbst initiiert werden, greift die genannte höhere Bereitschaft von Frauen, sich aufgrund von psychischen Problemen in Behandlung zu begeben. Der Anteil betroffener Männer bleibt nach dieser Hypothese gleich, aufgrund ihrer geringeren Behandlungsbereitschaft ist die Zahl sich in Behandlung befindlichen Männer jedoch geringer als die tatsächliche Anzahl Betroffener. Zusammenfassend folgen diese Thesen der Annahme, dass AD(H)S gleich über die Geschlechter verteilt ist. Sozialisationsbedingte Einflussfaktoren bewirken jedoch, dass Mädchen weit weniger häufig von externen Personen erkannt werden als Jungen. Nach der Volljährigkeit und der damit verbundenen Selbstbestimmung begeben sich Frauen tendenziell wiederum häufiger in Behandlung als Männer (vgl. Resnick 2000), was die Angleichung der Prävalenzen im Erwachsenenalter erklärt. Es fehlt jedoch noch an Studien, die sich mit dem Phänomen der Diskrepanz der Geschlechterverteilung zwischen dem Kindes- und Jugendalter sowie dem Erwachsenenalter befassen, um diese These weiter zu untermauern oder alternative Erklärungen anzubieten.

4.1.6.3 Komorbiditäten im Erwachsenenalter

Ebenso wie eine AD(H)S im Erwachsenenalter eine Fortsetzung aus dem Kindes- und Jugendalter darstellt, setzen sich koexistierende Störungen in vielen Fällen ebenfalls nach dem Ende des Jugendalters fort. Genauso wie die AD(H)S interagieren sie mit den neuen Anforderungen der Umwelt. Da diese Anforderungen im erwerbstätigem Alter steigen und protektive

Faktoren wie eine umfassende Hilfsstruktur im Bereich AD(H)S, höhere Toleranz gegenüber inadäquaten Verhalten und das soziale Netz bestehend aus Familie, Schule und Institutionen ausdünnen, steigt das Risiko von psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen. Komorbide Störungen im Kindes- und Jugendalter bedrohen primär die adäquate Entwicklung, den schulischen Werdegang und die Lebensqualität der Betroffenen. Im Erwachsenenalter hingegen ersetzen höhere Risikofaktoren im Bereich der Ausbildung die schulischen Risiken sowie eine drohende Erwerbslosigkeit mit den damit verbundenen negativen psychischen und psychosozialen Auswirkungen die Risiken der normativen Entwicklung im Jugendalter. Das Risiko für die Lebensqualität Betroffener bleibt bestehen, kann sich nun jedoch aus anderen Kontextfaktoren als im Kindes- und Jugendalter ergeben.

Neben einer Fortsetzung von Begleitstörungen können sich durch den beschriebenen Rückgang protektiver Faktoren und der Ressourcen (z.B. familiäre Unterstützung), gepaart mit dem gleichzeitigen Anstieg der Anforderungen (z.B. höherer Leistungsdruck) Komorbiditäten ergeben, die vorher noch nicht manifest waren. Diese neuen Risikofaktoren müssen bei der Weiterbehandlung von AD(H)S-Patienten Berücksichtigung finden, die sich im Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter befinden. Bei diesem Übergang kommt es auch immer zu einem Wechsel der behandelnden Fachkräfte und Institutionen. So enden beispielsweise die Befugnisse des Jugendamtes bis auf einige Ausnahmen mit der Vollendung des 18. Lebensjahres, gleiches gilt für Kinder- und Jugendpsychiater oder -therapeuten. Dieser Übergang birgt Risiken, so gibt es z.B. bei AD(H)S weit mehr Angebote für den Kindes- und Jugendbereich. Einen Arzt zu finden, der Betroffene im Erwachsenenalter weiterbehandelt, könnte sich demnach als schwierig erweisen. Pädagogische Hilfen enden meist ersatzlos mit der Volljährigkeit, sodass eine Fortsetzung nicht möglich und diese Lücke schwierig zu füllen ist. Wird dennoch ein weiterbehandelnder Arzt oder Therapeut gefunden, kann es sein, dass dieser aufgrund seiner Ausrichtung auf den Erwachsenenbereich nur bedingt Fachkenntnisse über die Kindheitsstörungen und deren Auswirkungen vorweisen kann. Der vorbehandelnde Arzt, Spezialist für den Kindes- und Jugendbereich, ist hingegen in der Regel kein Fachmann für das Erwachsenenalter (vgl. Resnick 2000). Beide Bereiche sind jedoch wichtig für einen möglichst erfolgreichen Therapeutenwechsel.

Abseits der Problematik im Kontext von Behandlungsübergänge stellt die Abgrenzung einer AD(H)S zu anderen Störungsbildern schon für darauf spezialisierte Fachkräfte ein aufwendiges und mitunter schwieriges Unterfangen dar. Da es im Erwachsenenalter, wie bereits angesprochen, jedoch im Vergleich zum Kindes- und Jugendalter weitaus weniger Fachkräfte mit fundierten Erfahrungen der AD(H)S-Diagnostik und -behandlung gibt, ist die Gefahr von Fehldiagnosen und sich daraus ergebenden inadäquaten Interventionen weitaus höher als im Kindes- und Jugendalter. Neben den grundsätzlichen Problemen dieser Versorgungslücke steigen im Erwachsenenalter die Gefahren von Falschdiagnosen, inadäquaten oder ausbleibenden Interventionen und komorbiden Störungen. Dieser Umstand ergibt sich aus steigenden Anforderungen und deutlich geringeren strukturellen und fachlichen Ressourcen im Vergleich zu den vorangegangenen Lebensphasen.

4.1.7 Behandlungsmethoden

Zwar liegen die Ursachen einer AD(H)S im biologischen Bereich begründet, dennoch kommt den Umweltfaktoren wie dem familiären Hintergrund, ökonomischen und kulturellen Faktoren sowie die schulischen Kontextfaktoren bei einer Behandlung eine große Bedeutung zu. Dabei ist primär darauf zu achten, wie die einzelnen Lebensbereiche auf die mit einer AD(H)S verbundenen Symptome reagieren.

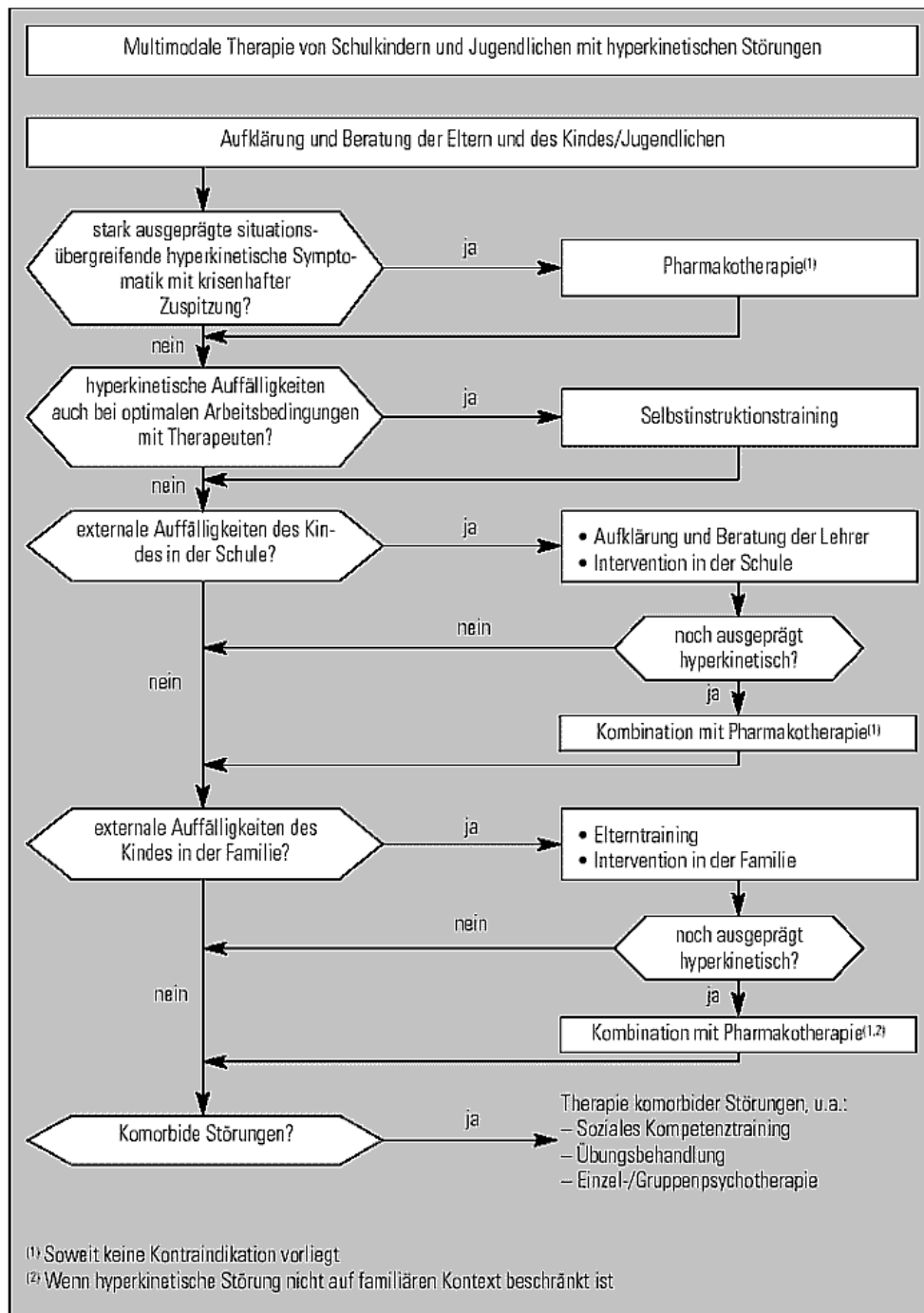
Eine ökonomisch abgesicherte Familie, deren Elternteile selbst frei von psychischen Störungen und Auffälligkeiten sind und die gesellschaftlich gut integriert sind, hat mehr Ressourcen und Möglichkeiten, protektiv auf eine AD(H)S-Symptomatik zu reagieren, als eine ökonomisch schlecht gestellte Familie, deren Elternteile selbst psychische Auffälligkeiten aufweisen und die – eventuell aufgrund ihres Migrationshintergrundes – sich gesellschaftlich noch nicht integrieren konnten. Diese zwei pointierten Beispiele sollen deutlich machen, dass je nach individuellem Fall die Kontextfaktoren eine AD(H)S-Symptomatik kompensieren oder noch verstärken können und das Auftreten von komorbiden Störungen eher oder weniger wahrscheinlich machen. Untermuert wird diese Ansicht u.a. durch Ergebnisse der KiGGS-Studie (Hölling et al. 2007), wonach der Anteil der von AD(H)S Betroffenen in den sozio-ökonomisch schlecht gestellten Familien am höchsten ist (3,2% gegenüber 6,4%)

Vor diesem Hintergrund ist die Rolle zu verdeutlichen, die nichtmedikamentöse Interventionen wie z.B. Therapie, Elternttraining oder Erziehungshilfen einnehmen. Zwar gilt eine Medikation als die wirksamste Behandlungsmethode und kann der Symptomatik einer AD(H)S effektiv entgegenwirken (Spitzcok von Brisinski 2007); bestehenden sozialen Defiziten, sei es aus Folge der AD(H)S oder schon vorher vorhandenen, kann sie jedoch nur sekundär durch eine Symptommilderung begegnen. Oftmals über Jahre gewachsene und chronifizierte problematische Verhaltensweisen wie zum Beispiel in der innerfamiliären Interaktion können allein durch eine Medikation nicht durchbrochen werden. So gilt es, bei Bedarf auch die familiären Systeme, Schule und Umfeld zu unterstützen, um einen entwicklungsfördernden Rahmen für die Betroffenen zu schaffen.

Hauptsächliches Ziel jeder Behandlung ist die Verminderung oder Beseitigung der unmittelbaren Symptome einer Störung, die Vermeidung oder Behebung der auf der primären Störung aufbauenden Komorbiditäten, die Verbesserung der Lebensqualität sowie der Leistungsfähigkeit des Betroffenen (sowie deren Umwelt) und die Wiederherstellung oder Förderung der sozialen und ökonomischen Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit auf ein entwicklungsadäquates Maß. Bei den Behandlungsangeboten wird zwischen patienten-, eltern- und schulzentrierten Interventionen unterschieden. Da eine AD(H)S sich auf die gesamte Lebenswelt der Betroffenen auswirkt, ist die Inklusion dieser drei Bereiche in die Behandlung in den meisten Fällen eher erfolversprechend als isolierte Ansätze (vgl. Steinhausen et al. 2010a). Eine umfassende multimodale Behandlung sollte aus den Bausteinen der Beratung und Aufklärung (Psychoedukation), der Verhaltenstherapie und ggf. der Medikation bestehen, bei Bedarf unterstützt durch ergänzende Angebote (vgl. Bargele et al. 2010). Die Medikation stellt dabei eine optionale Möglichkeit dar, die erst dann Anwendung finden sollte, wenn an-

dere Interventionen nicht ausreichend sind. Der Entscheidungsbaum in Abbildung 7 zeigt die Planung eines multimodalen Therapiekonzeptes.

Abbildung 7: Leitlinie Kinder-Jugend-Psychiatrie: Hyperkinetische Störung



Quelle: AWMF online – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin; Leitlinie Kinder-Jugend-Psychiatrie: Hyperkinetische Störung.

4.1.7.1 Interventionen bei einer AD(H)S – Evidenzbasierte Methoden

Es folgen die evidenzbasierten und gängigsten Behandlungsmethoden bzw. Bausteine. Die in den letzten Jahren sehr populär gewordenen Angebote der Ergotherapie, Mototherapie und Logopädie tauchen in der folgenden Auflistung nicht auf. Die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethoden ist zurzeit noch nicht in ausreichendem Maße wissenschaftlich belegt, wes-

wegen sie in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007) nicht empfohlen werden. Trotzdem nehmen viele AD(H)S-Betroffene Therapien in Anspruch, die auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Verbesserung der Symptomatik basieren (Schubert et al. 2010). Die folgende Auflistung der evidenzbasierten Methoden entstand in Anlehnung an eine Veröffentlichung von Steinhausen, Rothberger und Döpfner (2010d) im »Handbuch AD(H)S – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung«.

4.1.7.1.1 Psychoedukation

Die Psychoedukation umfasst die Aufklärung und Beratung über das vorliegende psychische Störungsbild. Ziel ist eine umfangreiche Wissensvermittlung über Ursache(n), Auswirkung/Symptome, Verbreitung, Besonderheiten und Behandlungsmöglichkeiten aufgrund des vorliegenden Befundes. Auf dieser Grundlage sollen Ängste gemindert, Perspektiven geschaffen und der Umgang mit der Störung erleichtert werden. Die thematischen Schwerpunkte der Psychoedukation können je nach Adressat und Lebensbereich variieren. Je jünger der Betroffene, desto mehr tritt seine eigene Edukation in den Hintergrund, wodurch die Information der Eltern wiederum an Relevanz gewinnt.

Adressaten einer Psychoedukation können sowohl der Betroffene, Eltern, Angehörige sowie Bezugspersonen (z.B. Lehrkräfte) sein, und sollte am Anfang einer jeden Behandlung stehen. Durch die Erläuterung der vorliegenden Störung fällt es den Adressaten leichter, normabweichendes oder unerwünschtes Verhalten als Folge einer Störung zu verstehen und nicht als böswilliges zielgerichtetes Verhalten (Entdämonisierung des Betroffenen). Weitere Behandlungsschritte können anhand der gegebenen Informationen besser verstanden und dadurch eher akzeptiert werden (Verbesserung der Compliance). Die neuen Perspektiven, die sich etwa durch Information über Behandlungsschritte eröffnen, führen oft bereits zu einem positiven Effekt wie z.B. einer Entlastung, Vernetzung und/ oder Versöhnung.

4.1.7.1.2 Verhaltenstherapie

Den verhaltenstherapeutischen Ansätzen liegt das von Patterson und seiner Arbeitsgruppe entwickelte und 1982 veröffentlichte Modell der Entwicklung von negativ-kontrollierenden Interaktionen zur Erklärung von aggressivem Verhalten zugrunde. Nach diesem Modell reagieren betroffene Kinder aufgrund ihrer Symptomatik häufig nicht auf an sie gestellte Aufforderungen oder führen diese nicht zuende. Die Eltern wiederholen die Aufforderung, oftmals wieder ohne den gewünschten Erfolg. Durch Frustration und Ohnmacht wird der Ton immer schärfer, das Verhalten der Eltern aggressiver. Dies wiederholt sich, bis das betroffene Kind der Aufforderung nachkommt oder die Eltern aufgeben. Als Folge des Aufgebens der Eltern lernt das Kind aus seinem Verhalten, dass es durch unerwünschtes Verhalten (verweigern, schreien, ignorieren, Aggression) unliebsame Aufgaben umgehen kann. Kommt es öfters zu diesem Ausgang des Szenarios, verfestigt sich das Verhalten des Kindes weiter. Aus diesem Setting kann weiterhin eine Zunahme der Aggressivität der Eltern resultieren, der sich das Kind ab einem gewissen Punkt beugt. Als Folge lernt das Kind am Beispiel der Eltern, dass

aggressives Verhalten eine adäquate Form der Konfliktbewältigung darstellt (Modelllernen). Kommt es zu einem erneuten Konflikt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das betroffene Kind das am Beispiel der Eltern erlernte Verhalten imitiert. Beide Möglichkeiten verschärfen die Grundproblematik und führen zu einer immer weiter führenden Eskalation der familiären Interaktion. Ein erwünschtes Verhalten wird häufig nicht mehr wahrgenommen, der Fokus liegt auf den negativen Erwartungen und Erfahrungen. Gewünschtes Verhalten wird nicht verstärkt und somit nicht gefestigt, was wiederum ein Gefühl der Kränkung hervorrufen kann, welches den Kreislauf sich gegenseitig erzwingender Interaktionen wiederum weiter verschärft (Barkley 1981).

Derartige Ereignisstrudel sollen durch verhaltenstherapeutische Ansätze aufgezeigt und durchbrochen werden, um alternative Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und zu erlernen. Anders als die Psychoedukation, die unabhängig vom Adressaten immer Anwendung finden sollte, hängen die jeweiligen verhaltenstherapeutischen Interventionen von der/den Zielperson(en) ab.

Patientenzentriert:

Die patientenzentrierten Ansätze verfolgen das Ziel, dass Patienten angemessene soziale Interaktion (wieder) erlernen. Zudem sollen sie lernen, sich zu strukturieren, sich selbst zu steuern und mit Frustrationen adäquat umzugehen. Beispiele für derartige Interventionen sind Spieltraining, kognitive Therapie, soziales Kompetenztraining oder Frustrationskontrolltraining.

Eltern- und familienzentriert:

Hier soll den Eltern bzw. Familienangehörigen geholfen werden, angemessen mit den störungsspezifischen Verhaltensweisen des Betroffenen umzugehen, ein entwicklungsförderndes Miteinander zu schaffen und eine konstruktive Form der Kommunikation zu ermöglichen. Beispiele für Eltern- und familienzentrierte Interventionen sind z.B. Eltern-Kind-Therapie oder Kommunikationstraining.

Kindergarten- / schulzentriert:

Bei dieser Herangehensweise werden ähnliche Ziele verfolgt wie bei den Eltern- und familienzentrierten Interventionen. Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen von Kindergarten und Schule im Vergleich zur Familie sind hier jedoch andere Ansätze notwendig. Z. B. wird primär angestrebt Betroffene in einen großen Klassenverband zu integrieren, sie im Unterricht zu halten und adäquat auf die störungsspezifischen Symptome im Rahmen des Kindergartens bzw. der Schule zu reagieren.

Das Modell der Entwicklung von negativ-kontrollierenden Interaktionen zur Erklärung von aggressivem Verhalten von Patterson et al. wurde 1981 von Barkley auf Kinder mit AD(H)S angewendet (Konzept der sich gegenseitig erzwingender Interaktionen). Verhaltenstherapeutische Ansätze gehören zu den am besten evaluierten Methoden (vgl. MTA Cooperative Group 1999), daher werden sie in allen aktuellen Behandlungsleitlinien zur AD(H)S empfohlen (vgl. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2007; Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007; Taylor et al. 2004).

4.1.7.1.3 Neurofeedback

Das Neurofeedback wird mithilfe des Elektroenzephalogramms (EEG) durchgeführt. Mittels EEG können elektronische Aktivitäten des Gehirns, gemessen über die Spannungsschwankungen auf der Kopfhaut, grafisch dargestellt werden. Die elektrischen Aktivitäten werden in verschiedene Frequenzbänder aufgeteilt, die z.B. Rückschlüsse über den Entwicklungsstand des Gehirns oder den mentalen Zustand (z.B. Aufmerksamkeit) des Probanden zulassen. Sonst nicht sichtbare physiologische Vorgänge können dadurch sichtbar gemacht werden.

Die gemessenen Informationen werden dem Patienten während der Sitzung fortlaufend rückgemeldet (Biofeedback). Wenn nun die Hirnaktivität in eine erwünschte Richtung geht, wird dies durch einen positiven Reiz verstärkt (operantes Konditionieren). Durch die „Sichtbarmachung“ erwünschter Gemütszustände, Erlernen von Techniken, um diese Zustände hervorzurufen, und die unmittelbare Belohnung sollen bei den Patienten die Fähigkeit zur Selbstregulation verbessert und erwünschte Stimmungen gefestigt werden.

Dem Neurofeedback wurde über lange Zeit wenig Beachtung geschenkt, erst Studienergebnisse aus der nahen Vergangenheit belegen die Wirksamkeit dieses Ansatzes bei der Behandlung einer AD(H)S (vgl. Heinrich 2010). So verglichen Fuchs et al. (2003) und von Monastera et al. (2002) in zwei Studien den Neurofeedback-Ansatz mit einer Methylphenidat-Behandlung. In beiden Studien war das Neurofeedback der Medikation in ihrem positiven Effekt nicht unterlegen. Die Stabilität der klinischen Verbesserung nach einer Behandlung mittels Neurofeedback wurde in einer Follow-Up Studie durch Leins et al. (2006) belegt.

4.1.7.1.4 Medikation

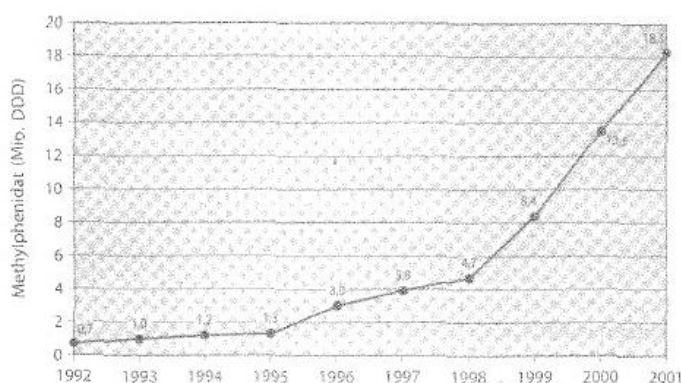
Die medikamentöse Behandlung einer AD(H)S wird seit ihren Anfängen in den 1940er-Jahren kontrovers diskutiert. Auf die schon in dem Kapitel über die Historie der AD(H)S angesprochenen Kritik nach Art der »Citizen Commission on Human Rights« (Scientology; s. S. 22) wird an dieser Stelle nicht eingegangen, da hier jahrzehntelange wissenschaftliche Forschung verschiedenster Fachrichtungen zugunsten der eigenen Ideologie keinerlei Beachtung findet. Die Hypothese einer gemeinschaftlichen weltweiten Verschwörung der Pharmafirmen und diversen Fachrichtungen aufgrund ökonomischer Interessen sei erwähnt, jedoch nicht vertiefend.

Abseits davon bezieht sich die Kritik gegenüber der medikamentösen Behandlung primär auf die Gefahr der Fehldiagnose, z.B. als Folge der schwierigen Abgrenzung zu anderen Störungsbildern wie der Störung des Sozialverhaltens, und eine mangelnde Vernetzung mit nicht-medikamentösen Behandlungsformen. Auch Nebenwirkungen und Langzeitfolgen sind oft Anlass einer kritischen Bewertung dieser Behandlungsform. So werden bei einer Langzeitbehandlung durch Methylphenidat (MPH), dem am weitesten verbreiteten Präparat bei der medikamentösen AD(H)S-Behandlung, Wachstumsverzögerungen, reduzierte Gewichtszunahme, Schlaflosigkeit und Bluthochdruck beobachtet (Fachinformation des Arzneimittel-Kompendium der Schweiz 2006). Obwohl Methylphenidat seit 1954 auf dem Markt ist, fehlt es noch immer an Untersuchungen bezüglich der Langzeitbehandlung (Behandlungsdauer

länger als ein Jahr), zur Verträglichkeit vor dem 6. Lebensjahr und zu den Spätfolgen der Behandlung (Schubert et al. 2002). Diese Nebenwirkungen und Unklarheiten stellen wichtige und beachtenswerte Begleitumstände im Zusammenhang mit dem am meisten verwendeten Präparat zur Behandlung einer AD(H)S, Methylphenidat, dar. Die Nebenwirkungen müssen bei der medikamentösen Therapie sowohl Berücksichtigung finden wie auch an Betroffene und ggf. Eltern kommuniziert werden. Nach ausführlicher ärztlicher Beratung und Diagnostik muss im Einzelfall immer zwischen Nutzen und Risiko abgewogen werden. Der Kritik, dass Betroffene Kinder gezielt mittels MPH ruhig gestellt werden, kann die Tatsache entgegeng gehalten werden, dass MPH ein stimulierendes Präparat ist, das die Dopaminkonzentration im Gehirn erhöht (Schubert et al. 2002). Es handelt sich demnach vielmehr, auch wenn in der Therapie retardierende Präparate eingesetzt werden, in erster Linie um ein anregendes Medikament, nicht um ein beruhigendes.

In den letzten Jahren gab es Versuche, dem Problem der schwierigen AD(H)S-Diagnose und Abgrenzung gegenüber anderen Störungsbildern durch Leitlinien zu begegnen (z.B. Bundesärztekammer 2006a, b; Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007). Auf Grundlage der aktuellen evidenzbasierten Standards in Diagnostik und Therapie psychischer Störungen sollen behandelnde Fachkräfte Hilfsmittel zur Umsetzung dieser Vorgaben erhalten (Roggensack 2006). Durch diese Leitlinien und die damit verbundenen Standards soll ein strukturiertes und evidenzbasiertes Vorgehen gefördert und verbreitet sowie die Qualität in der Diagnostik und Therapie erhöht werden (Döpfner et al. 2000a). Die Medikation wird in den in Deutschland verbreiteten Leitlinien als ein Teil einer umfassenden Behandlung gesehen (multimodale Therapie), der nur dann Anwendung finden soll, wenn hyperkinetische Auffälligkeiten in einem derart hohen Maß ausgeprägt sind, dass die weitere Entwicklung des Kindes/ Jugendlichen gefährdet wird und sich diese Auffälligkeiten durch andere Maßnahmen und Therapieformen nicht hinreichend vermindern lassen (Döpfner et al. 2000a).

Abbildung 8: Verordnung von Methylphenidat von 1992 bis 2001 – Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen

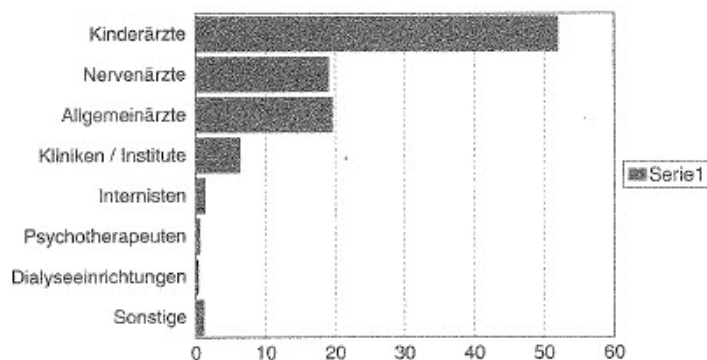


Quelle: Lohse/Lorenzen/Müller-Oerlinghausen 2003.

Die Anzahl von Verordnungen von MPH stieg in Deutschland in den letzten Jahrzehnten um das zehn- bis vierzigfache (Abbildung 8; Bessou et al. 2004), was ebenfalls kritische Fragen nach den Hintergründen zur Folge hatte. Diese deutliche Steigerung der Verordnungszahlen von MPH ist nicht einfach zu erklären. Hier spielen voraussichtlich verschiedene Faktoren

eine Rolle. Als ein Grund wird die verbesserte Diagnostik und dadurch steigende Prävalenz der AD(H)S in den vergangenen Jahren gesehen (Banaschewski et al. 2010b). Es wird vermutet, dass diese erhöhte Anzahl an Diagnosen mit der fast zur gleichen Zeit ansteigenden Akzeptanz gegenüber Psychostimulanzien als Teil der Behandlung einer AD(H)S korreliert. So wurden zwischen 1962 und 1993 mehr als 250 Übersichtsarbeiten und 3.000 Einzelarbeiten über die Wirkung von Stimulanzien publiziert (Swanson et al. 1993). Die durch diese Studien belegte hohe Responder-Rate von 75-90% wird als Wegbereiter dieser deutlich angestiegenen Akzeptanz bei den verschreibenden Ärzten angesehen.

Abbildung 9: Prozentuale Verordnung von MPH nach Facharztgruppen, 01/2000 bis 6/2002:



Quelle: Lohse/Lorenzen/Müller-Oerlinghausen 2003.

Wie in Abbildung 9 zu sehen ist, werden über 50% der methylphenidathaltigen Präparate durch Kinderärzte und knapp 20% durch Allgemeinmediziner verordnet. Die ärztliche Fachgruppe der Pädiater und der Allgemeinmediziner ist jedoch nicht auf die Diagnose psychischer Störungen oder auf deren Behandlung spezialisiert, sondern per Definition und Ausrichtung ihrer Arbeit wesentlich breiter, nämlich auf alle möglichen und gängigen Krankheitsbilder ausgerichtet. Gegebenenfalls haben beide Fachgruppen die Möglichkeit, zur ausführlicheren Diagnostik und Behandlung an speziell auf die vorliegende Problematik spezialisierte Fachärzte zu überweisen. Die Pädiater bzw. Hausärzte sind selbst keine Spezialisten für den Bereich psychischer Störungen und somit auch nicht für AD(H)S. Allerdings deutet die Datenlage darauf hin, dass sie hier – anders als bei anderen Krankheitsbildern – seltener an Fachärzte, in diesem Fall Psychiater, verweisen und vielmehr selbst eine medizinische Therapie in Form einer Medikation initiieren bzw. nach erfolgter ADHS Diagnose fortführen. Bei ADHS Diagnosen durch Hausärzte oder Pädiater ist anzumerken, dass beide ärztliche Fachgruppen aufgrund der eigenen zeitlichen Ressourcen, ihrer Ausbildung und den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln in vielen Fällen nicht die Möglichkeit haben, eine leitlinienkonforme Diagnose zu stellen. Generell gilt es demnach, auf dieser Grundlage zu prüfen, ob Methylphenidat flächendeckend indikations- und leitliniengerecht eingesetzt wird, insbesondere durch Arztgruppen, die in der Regel keine Kinder vor dem Hintergrund psychischer Auffälligkeiten behandeln (Schubert et al. 2002; Bundestagsdrucksache 2002).

4.1.7.1.5 Diäten

Zwischen 1975 und 1990 wurde der Ansatz vor allem bei Selbsthilfegruppen populär, dass eine AD(H)S-Symptomatik mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten korrelieren könnte. Es wurde mittels Diäten versucht, die auslösenden Nahrungsmittel bzw. Zusätze zu eliminieren, um dadurch eine Verbesserung der vorliegenden Symptomatik zu erreichen.

Ein positiver Effekt auf die Symptomatik einer AD(H)S konnte bisher nur von einem Diäten-Ansatz nachgewiesen werden, der *oligogenen Diät* (Egger 2000). Dieser Ansatz geht von individuell variierenden Unverträglichkeiten gegenüber einzelnen Nahrungsmitteln aus. Zu Beginn beruht die Diät auf wenigen inerten Nahrungsmitteln, also Nahrungsmitteln, die als besonders reaktionsarm gelten. Nach und nach werden dem Körper weitere Nahrungsmittel zugeführt, um eine etwaige auftauchende oder verstärkte AD(H)S Symptomatik festzustellen. Kommt es zu einem Anstieg, wird dieses Nahrungsmittel dauerhaft aus dem Ernährungsplan herausgenommen. Dieser Prozess der sukzessiven Nahrungsmittelzufuhr und ggf. Eliminierung im Nahrungsplan der Patienten ist ein sehr zeitaufwendiger, kostspieliger und umständlicher Ansatz. Eine fachliche Begleitung ist bei diesem Ansatz besonders wichtig, da gerade zu Beginn der Diät die Gefahr einer Mangelernährung hoch ist (Steinhausen 2001).

4.1.7.1.6 Elternt raining

Innerhalb Deutschlands existiert eine Fülle von Elternprogrammen, die problematischen Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen vorbeugen oder begegnen sollen. Der Großteil dieser Programme ist jedoch nicht unter wissenschaftlichen Aspekten auf ihre Wirksamkeit überprüft worden. Daher werden hier nur drei etablierte Ansätze mit unterschiedlicher Ausrichtung und Methodik exemplarisch beschrieben, deren Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte:

- **EFFEKT – Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training** (Lösel et al. 2008)
- **PEP – Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten** (Plück et al. 2006)
- **Triple P – Positive Parenting Program** (Sanders 1999)

EFFEKT

Das Programm zur »Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training« **EFFEKT** richtet sich an psychosozial nicht auffällige Kinder (präventiver Ansatz) und gliedert sich in einen Eltern- und einen Kinderkurs. Der Elternkurs findet in fünf Gruppensitzungen von 90-120 Minuten statt und fokussiert die Förderung der Erziehungskompetenz (vgl. Grüne Liste Prävention 2012a). Inhaltlich bestehen diese fünf Sitzungen aus Vorträgen mit Erfahrungsaustausch der teilnehmenden Eltern, Gruppendiskussionen und Rollenspielen (Lösel et al. 2008). Der Kinderkurs, der entweder im Kindergarten oder in der Grundschule angeboten werden soll, verfolgt in 15 Sitzungen von je 45 bis 60 Minuten das Ziel, die sozial-emotionale Kompetenz im Umgang mit und Lösen von Problemen zu stärken (Grüne Liste Prävention 2012a). Die 15 Einheiten beinhalten Rollenspiele, Bildbetrachtungen und Frage-Antwort-

Runden, begleitet von spielerischen Inhalten wie Malen und Singen (Lösel et al. 2008). Zur besseren Akzeptanz sollen diese Gruppen unter Verwendung von Handpuppen moderiert werden.

Die Gruppenleiter setzen sich aus Mitarbeitern aus sozialen Berufen zusammen, die eine qualifizierte Berufsausbildung vorweisen können. Innerhalb eines viertägigen Seminars mit bis zu 20 Teilnehmern werden die Teilnehmer dazu befähigt, selbstständig Gruppenangebote in den eigenen Einrichtungen zu initiieren (vgl. Grüne Liste Prävention 2012; vgl. Lösel et al. 2008).

Das Angebot wurde auf seine Effektivität untersucht und die Ergebnisse 2006 von Lösel et al. veröffentlicht. Zur Evaluation wurde eine Fall- und eine Kontrollgruppe gebildet, die sich nach Geschlecht, sozioökonomischem und psychosozialen Hintergrund glichen. Vor Trainingsbeginn wurden beide Gruppen anhand von Verhaltensbeobachtungen durch Eltern und Erzieherinnen miteinander verglichen. Die Interventionsgruppe durchlief daraufhin das EFFEKT-Training. Drei Monate nach Trainingsabschluss sowie ein Jahr danach wurde die Beobachtung bei beiden Gruppen wiederholt. Die EFFEKT-Gruppe unterschied sich in ihrem Verhalten sowohl kurz nach dem Training als auch ein Jahr danach signifikant positiv von der Kontrollgruppe von Kindern, die nicht an dem Training teil genommen hatten. Um diesen Effekt auch im fortlaufenden Prozess zu untermauern, werden standardisiert von den Teilnehmern eine Dokumentation und ein Evaluationsbogen nach Abschluss des Trainings akquiriert und von dem Institut für Psychologie der Universität Erlangen-Nürnberg ausgewertet (Grüne Liste Prävention 2012a).

PEP

Das »Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten« PEP verfolgt, anders als EFFEKT, keinen präventiven Ansatz und beinhaltet kein Kindertraining. Es richtet sich an Erzieherinnen und Eltern mit Kindern im Alter von 3-6 Jahren, bei denen bereits Verhaltensauffälligkeiten wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme, Impulsivität, motorische Unruhe und Aggressivität im Entstehen begriffen oder bereits manifest, aber nicht voll ausgeprägt, sind (Plück et al. 2006). Das Elterstraining, oder vielmehr Eltern- (PEP-EL) und Erziehertraining (PEP-ER), soll zu einem Zeitpunkt ansetzen, wenn präventive Maßnahmen und Angebote nicht mehr ausreichen, therapeutische Hilfen jedoch noch nicht nötig sind. Die Adressaten sind die Erziehenden. Diese sollen durch das Training in ihrer Handlungskompetenz gestärkt werden, um dem problematischen Verhalten der Kinder angemessen begegnen zu können. Das Training umfasst 7 bis 12 Sitzungen von je 90 bis 120 Minuten. Der Rahmen ist bewusst klein gehalten, maximal sollen 6 Kinder durch Eltern oder Erzieher vertreten werden. Die Teilnehmer werden im Laufe des Trainings mit den wichtigsten Methoden der Verhaltensänderung und drohender inadäquater Verhaltensmuster (gegenseitig erzwingende Interaktionen, vgl. Patterson 1982) vertraut gemacht, um im späteren Verlauf an konkreten Beispielen Handlungsalternativen zu erlernen und einzuüben. Diese neu erlernten Handlungsmöglichkeiten werden wiederum verstärkt, damit die Eltern sie auch in die alltägliche häusliche Umgebung übertragen können (Plück et al. 2006).

Die Wirksamkeit des Ansatzes wurde unter anderem von Hanisch et al. (2010) geprüft. Bei der Studie wurde eine Gruppe von Kindern, deren Eltern und Erzieher an dem PEP-Training teilgenommen hatten, mit einer parallelisierten Kontrollgruppe vor und nach der Teilnahme am PEP-Elterntraining mittels Videoanalyse und Elternfragebögen in ihrem Verhalten, ihrer Eltern-Kind-Interaktion und ihrem Spielverhalten verglichen. Die Studie ergab, dass die Probanden der PEP-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger externalisierte Probleme in den Bereichen HKS und Störung des Sozialverhaltens aufwiesen. Abseits von diesen Befunden berichteten die Eltern der PEP-Gruppe im Vergleich zu denen aus der Kontrollgruppe deutlich weniger von problematischen Interaktionen und Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der Familie. Die Eltern-Kind Beziehung wurde als liebevoller wahrgenommen.

Triple P

Das »Positive Parenting Programm« Triple P besteht, anders als das Angebot EFFEKT, aus einem reinen Elterntraining und fokussiert den Umgang der Eltern mit ihren Kindern im Alter zwischen 3 und 16 Jahren. Ziel des Triple-P ist es, die Kommunikations- und Interaktionsprozesse innerhalb von Familien zu verbessern, um die Erziehungskompetenz von Eltern zu erhöhen und eine gute Eltern-Kind-Beziehung zu fördern. Dadurch soll Gewalt gegenüber Kindern vorgebeugt, Stress reduziert (sowohl der Eltern wie auch der Kinder) und die Zufriedenheit innerhalb der Familie gesteigert werden (Grüne Liste Prävention 2012b). In Umfang und Frequenz ist das Triple-P Angebot flexibel und richtet sich nach dem jeweiligen Bedarf der Adressaten. Eltern sollen genau in dem Maß Unterstützung erhalten, wie sie diese in der aktuellen Situation benötigen (vgl. Dirscherl et al. 2007). Da der Bedarf je nach individuellem Adressaten, Fall und Setting sehr stark zwischen präventiver Information und Wissensvermittlung bis hin zu konkreten Hilfsangeboten variieren kann, wurde das Angebot in fünf in ihrer Behandlungsdichte ansteigende Stufen unterteilt. Durch dieses gestufte Angebot ist das Triple-P Elterntraining, anders als die beiden vorangegangenen Ansätze EFFEKT und PEP, nicht auf eine bestimmte Klientel beschränkt.

Stufe 1:

Die erste Stufe richtet sich an Eltern, die sich über Erziehung und frühkindliche Entwicklung informieren möchten. Sie erhalten Informationsmaterialien in Form von Broschüren, Videos und anderen Medien.

Stufe 2:

Die zweite Stufe setzt sich aus einem einmaligen Beratungsangebot zusammen, bei dem es um Bewältigungsstrategien von einzelnen Erziehungsproblemen geht. Ergänzend zu diesem Termin werden drei ca. 60-minütige Vorträge zum Thema Entwicklung, Erziehung mit anschließender Diskussionsrunde angeboten.

Stufe 3:

Wie Stufe 2 beginnt die dritte Stufe mit einer Kurzberatung, die sich nun jedoch über vier Sitzungen von je 30 Minuten erstreckt. Inhaltlich setzt sich diese Stufe aus Bewältigungsstrategien von Erziehungsproblemen und dem Einüben von Bewältigungsstrategien zusammen.

Stufe 4:

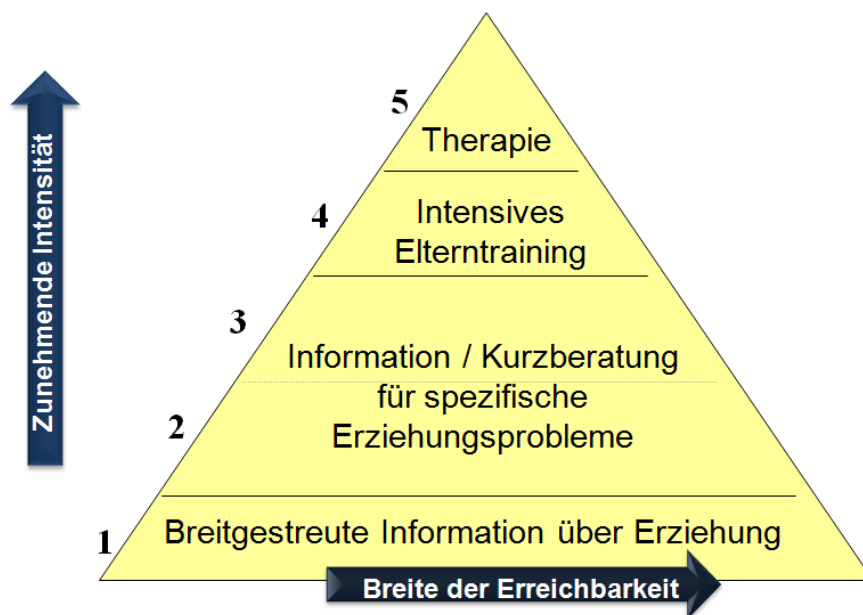
Die vierte Stufe stellt ein vergleichsweise hochfrequentes Angebot von vier zweistündigen Sitzungen, drei zwanzigminütigen Telefonkontakten und einer Abschlusssitzung dar. Innerhalb der zweistündigen Treffen werden Erziehungsfertigkeiten vor dem Hintergrund adäquater Eltern-Kind Interaktion vermittelt und eingeübt. Die Telefonkontakte dienen dazu, im Anschluss an die Sitzungen abzufragen, inwiefern die Umsetzung der erlernten Verhaltensmuster geglückt ist. Bei Bedarf werden Umsetzungsprobleme besprochen und Eltern über mögliche Lösungsstrategien beraten. Am Ende der vierten Stufe steht ein abschließendes Treffen, um gemeinsam die Intervention zu reflektieren.

Stufe 5:

Die fünfte Stufe, auch *Triple-P plus* genannt, besteht aus vier bis zehn intensiven und auf die individuellen Bedürfnisse der Eltern angepassten Trainingseinheiten, die nach Teilnahme der vierten Stufe stattfinden. Diese bis zu zehn auf die Eltern und den vorliegenden Bedarf angepassten Sitzungen beinhalten Hausbesuche, Partnerunterstützung und die Vermittlung von Coping-Strategien. Anders als in den vorangegangenen Stufen bilden Psychotherapeuten einen festen Teil der das Programm durchführenden Fachleute.

(Grüne Liste Prävention 2012b; Dirscherl et al. 2007)

Abbildung 10: Angebotsstruktur des Triple-P:



Quelle: Frantz 2010.

Die Effektivität wurde durch Heinrichs et al. (2006) untersucht. Dabei wurden teilnehmende Eltern vor, während, direkt nach sowie ein, zwei und drei Jahre nach der Teilnahme an dem Elterntaining bezüglich der Eigenwahrnehmung des Erziehungsverhaltens, kindlicher Verhaltensstörungen aus Elternperspektive, psychischer Belastung der Eltern und Partnerschaftszufriedenheit befragt. Von mit den Kindern vertrauten Erzieherinnen wurde eine Verhaltensschätzung erhoben. Diese Ergebnisse wurden mit einer parallelisierten Kontrollgruppe verglichen. Die Ergebnisse belegten, dass die teilnehmenden Eltern in den untersuchten Be-

reichen über einen positiven Entwicklungsverlauf der Eltern-Kind Interaktion berichteten. Die Kinder der an dem Angebot teilnehmenden Eltern wiesen weniger Verhaltensauffälligkeiten sowie weniger aggressives und oppositionelles Verhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

4.1.7.2 Interventionen bei einer AD(H)S – Nicht evidenzbasierte Methoden

Nicht evidenzbasierte Behandlungsmethoden finden bei der praktischen Behandlung von Betroffenen ebenso wie die evidenzbasierten Berücksichtigung. So sind beispielsweise Beratungsangebote und Elterntrainings bei den Leitlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie Teile der vorgeschlagenen Interventionsmöglichkeiten. Grundsätzlich gilt jedoch, dass diese noch nicht evidenzbasierten Methoden, vor allem bei den unspezifischen Ansätzen ohne feste standardisierte Struktur, es im Vergleich zu wissenschaftlich untersuchten Methoden, deren Nutzen erwiesen ist, schwerer haben, sich zu etablieren. Vor allem die Anfangszeit, in der es noch keine Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien geben kann, ist für neue Methoden häufig schwierig. Ein aktuelles Beispiel ist das Neurofeedback, dem, bis erste Studienergebnisse über die Wirksamkeit vorlagen, sehr wenig Beachtung geschenkt wurde (vgl. Heinrich 2010). Diese Schwelle für neue, ergänzende Ansätze stellt ein Hindernis für den weiteren Ausbau des Hilfesystems dar und verlangt von betreffenden Anbietern vor allem in der Anfangszeit ein hohes Engagement und Durchsetzungsvermögen. Dennoch gibt es eine breite Palette von nicht evidenzbasierten Methoden, die wenn nicht ausschließlich, dann doch auch von AD(H)S-betroffenen Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen frequentiert werden. Auf die gängigsten nicht evidenzbasierten AD(H)S-relevanten Interventionen wird nun näher eingegangen.

4.1.7.2.1 Kinder- und Jugendhilfe

Viele der gängigen Interventionen beinhalten auch pädagogische Anteile, dennoch fallen die (sozial-)pädagogischen Hilfen primär in den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Die Kinder- und Jugendhilfe umfasst in Deutschland alle Leistungen und Aufgaben öffentlicher und freier Träger, die auf junge Menschen oder deren Familien abzielen. Jeder junge Mensch hat nach §1 SGB VIII das Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf die Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Sind diese Ziele bedroht, sollen Leistungen, Beratung und Unterstützung, Schutz sowie Schaffung positiver Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien dazu beitragen, die Rechte nach §1 SGB VIII zu verwirklichen (Grühn 2009). Anders als die dargestellten, recht spezifischen Maßnahmen umfasst die Jugendhilfe ein breites und vielschichtiges Angebot sehr unterschiedlicher Interventionen und Ansätze, die von der Beratung über konkrete Unterstützung bis hin zu stationären Angeboten reicht. Ebenso vielfältig wie die Ausrichtungen der Angebote sind die Adressaten, die im Fokus der Angebote liegen. Der Fokus reicht von Ansätzen, die auf einzelne Adressaten abzielen (z.B. Beratungsangebote für Jugendliche), bis hin zu Ansätzen, die ganze Systeme einbeziehen (z.B. Familienberatung). Die Kinder- und Jugendhilfe umfasst folgende Leistungen:

- Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz
- Familienförderung
- Kindertagesbetreuung
- Hilfen zur Erziehung
- Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche
- Hilfen für junge Volljährige
- Inobhutnahmen
- Herausnahmen
- Vormundschaft, Beistandschaft
- Beurkundungen

Quelle: Wiesner et al. 2011

Gesetzlich geregelt ist die Kinder- und Jugendhilfe im Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII). Das SGB VIII beinhaltet und regelt:

SGB VIII	Inhalt
Kapitel 1	Allgemeine Vorschriften (§§ 1-10)
Kapitel 2	Leistungen der Jugendhilfe: <ul style="list-style-type: none"> – Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz (§§11-15) – Förderung der Erziehung in der Familie (§§ 16-21) – Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege (§§22-26) – Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfe für junge Volljährige (§§27-41)
Kapitel 3	Andere Aufgaben der Jugendhilfe: <ul style="list-style-type: none"> – Vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen (§42) – Schutz von Kindern und Jugendlichen in Familienpflege und in Einrichtungen (§§43-49) – Mitwirkung in gerichtlichen Verfahren (§§50-52) – Beistandschaft, Pflegschaft und Vormundschaft für Kinder und Jugendliche, Auskunft über Nichtabgabe von Sorgeerklärungen (§§52a-58a) – Beurkundung, vollstreckbare Urkunden (§§59-60)
Kapitel 4	Schutz von Sozialdaten (§§61-68)
Kapitel 5	Träger der Jugendhilfe, Zusammenarbeit, Gesamtverantwortung: <ul style="list-style-type: none"> – Träger der öffentlichen Jugendhilfe (§§69-72a) – Zusammenarbeit mit der freien Jugendhilfe, ehrenamtliche Tätigkeiten (§§73-78) – Vereinbarungen über Leistungsangebote, Entgelte und Qualitätsentwicklung (§§78a-78g) – Gesamtverantwortung, Jugendhilfeplanung (§§79-81)
Kapitel 6	Zentrale Aufgaben (§§82-84)
Kapitel 7	Zuständigkeiten, Kostenerstattung <ul style="list-style-type: none"> – Sachliche Zuständigkeit (§85) – Örtliche Zuständigkeiten für Leistungen (§§86-86d) – Örtliche Zuständigkeit für andere Aufgaben (§§87-87e) – Örtliche Zuständigkeiten bei Aufenthalten im Ausland (§88) – Kostenerstattung (§§89-89h)
Kapitel 8	Kostenbeteiligung <ul style="list-style-type: none"> – Pauschalierte Kostenbeteiligung (§90) – Kostenbeiträge für stationäre und teilstationäre Leistungen sowie vorläufige Maßnahmen (§§91-94) – Überleitung von Ansprüchen (§§95-96) – Ergänzende Vorschriften (§§97-97c)
Kapitel 9	Kinder- und Jugendhilfestatistik (§§98-103)
Kapitel 10	Straf- und Bußgeldvorschriften (§§104-105)

Quelle: SGB VIII; Wiesner et al. 2011.

Für die Vergabe und Finanzierung von Leistungen im Sinne des SGB VIII sind die Jugendämter zuständig. Neben dieser Aufgabe obliegt es dem Jugendamt, Kinder und Jugendliche vor Gefahr für ihr Wohl zu schützen (§1 Abs. 3 Nr. 3 SGB VIII), notfalls auch gegen den ausdrücklichen Willen der Sorgeberechtigten. Nach §69 Abs. 3 SGB VIII muss jeder Landkreis und jede kreisfreie Stadt in Deutschland ein Jugendamt einrichten, sodass ein flächendeckendes Versorgungsnetz der Kinder- und Jugendhilfe besteht.

Die Angebotsvielfalt der Jugendhilfe und das flächendeckende Versorgungsnetzwerk sollen ein möglichst engmaschiges Netz spannen, um Entwicklungsrisiken und -problemen von Kindern und Jugendlichen bedarfsgerecht begegnen zu können. Dem Jugendamt als Hilfsangebote koordinierende Stelle kommt dabei besondere Bedeutung zu. Die während der Kinder- und Jugendzeit zur Verfügung stehenden Interventionsangebote setzen großenteils die Mitarbeit und Genehmigung des jeweils zuständigen Jugendamtes voraus. Abseits der fremdinitiierten Interventionen, die meist dann in Kraft treten wenn der Verdacht einer massiven Gefährdung vorliegt, setzt der Großteil der Hilfen bei der Frequentierung die Eigeninitiative der Eltern voraus. Neben dem Wissen um die Hilfsangebote wird eine grundsätzliche Problemeinsicht und die Bereitschaft vorausgesetzt, sich an das Jugendamt zu wenden. Da dem Großteil der Eltern bewusst ist, dass diese Institution jedoch bei konkreten Verdachtsfällen der Kindeswohlgefährdung ermächtigt ist, Kinder aus ihren Herkunftsfamilien zu nehmen und fremd unterzubringen, ist der Gedanke an das Jugendamt bei vielen Eltern angstbehaftet. Neben dieser in den meisten Fällen unbegründeten Angst, das Kind an das Jugendamt zu verlieren, ist die Bereitschaft vieler Menschen, familiäre Probleme mit Dritten zu besprechen, aus Scham gering. Die öffentliche Darstellung der Jugendämter ist zudem geprägt von drastischen Einzelfällen (vgl. Mörsberger 2002). Die Wahrnehmung der Jugendämter in der Öffentlichkeit ist daher oft nicht die einer unterstützenden und kompetenten Institution, sondern entspricht in vielen Fällen eher einer drohenden permanenten Gefahr, das eigene Kind zu verlieren. Dieses öffentliche Empfinden wird zum einen den Mitarbeitern der Jugendämter nicht gerecht, denen eine wichtige Aufgabe bei der Bewältigung von problematischen Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter zukommt, deren Arbeitsalltag geprägt ist durch knappe zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen, und die mit hohem Engagement mit einem zum Teil schwierigen Klientel zu arbeiten haben. Jenseits dieser sozialen Ungerechtigkeit führt der dargelegte Umstand zu dem Problem, dass die zentrale Verteilungsstelle von pädagogischen Hilfen ihrer Aufgabe nur bedingt nachkommen kann. Als direkte Folge dieses Defizits erreichen Hilfen zur Abwehr und Begegnung pädagogischer Problemlagen nicht immer die Zielgruppen. So wächst das Risiko, dass sich aus pädagogischen Problemen ohne adäquate Hilfe mit der Zeit psychische und/oder psychosoziale Beeinträchtigungen manifestieren. Die möglichen kompensatorischen Einflüsse etwaiger Hilfsangebote bleiben aus oder erreichen die Betroffenen nur verzögert.

4.1.7.2.2 *Motopädie*

Die Motopädie führt psychologische, pädagogische, sport- und erziehungswissenschaftliche Inhalte sowie medizinische Erkenntnisse und Methoden zusammen. Zentrales Anliegen dieses Ansatzes, der auch *psychomotorische Förderung* genannt wird, ist es, mittels Bewegungser-

lebnissen zur Stabilisierung der Persönlichkeit des Patienten beizutragen sowie eine Steigerung und Verbesserung des Selbstwertgefühls und eine Stärkung des Selbstvertrauens zu bewirken (vgl. Kiphard 1995). Gezielte Bewegungsangebote, bei denen der Patient ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Selbstständigkeit behält, sollen die Eigenaktivität des Kindes fördern und neue, spielerische Zugänge zur Welt schaffen. Dazu zählen zum Beispiel neue positive Erlebnisse und Erfahrungen der eigenen Körperlichkeit, neue Formen der Kommunikation und des Beziehungsaufbaus oder das Initiieren entwicklungsfördernder Prozesse (vgl. Zimmer 2002). Motorische Schwächen sollen ebenfalls bewältigt oder in ihrer Intensität gemindert werden. Die Motopädie umfasst, je nach Ausrichtung, die Mototherapie und die Motopädagogik. Abhängig vom Arbeitsschwerpunkt ist der Ansatz eher pädagogisch-präventiv oder therapeutisch-rehabilitierend ausgerichtet. Psychomotorische Förderungen können bei Entwicklungsverzögerungen, Auffälligkeiten in der Sensorik oder Motorik, Bewegungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und geistige Behinderungen Anwendung finden.

4.1.7.2.3 Ergotherapie

Der ergotherapeutische Ansatz verfolgt das Ziel, verlorene Handlungsmöglichkeiten wiederherzustellen bzw. vorhandenes, jedoch nicht genutztes Potenzial zu aktivieren. Dies geschieht vor dem Hintergrund, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auszubauen, soweit dies möglich ist. Mit Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist gemeint, dass ein Mensch all die Tätigkeiten zufriedenstellend ausführen kann, zu denen er vor seinem individuellen Hintergrund (z.B. Alter) fähig sein sollte. Es ist dabei unerheblich, ob die Beeinträchtigung aufgrund von Unfällen, Behinderungen oder somatischen oder psychischen Krankheitsbildern hervorgerufen wird. Verlorene Handlungsfelder beziehen sich nicht nur auf motorische Bewegungsabläufe, sondern auch auf psychosoziale Aspekte. So will die Ergotherapie eine größtmögliche Selbstständigkeit des Patienten erreichen, körperliche und seelische Zustände verbessern, Leidensdruck senken, Schmerzlinderung einleiten und eine Pflegebedürftigkeit hinauszögern (vgl. Deutsche Therapeutenauskunft 2012). Die Maßnahmen der Ergotherapie umfassen je nach Krankheitsbild:

- das Training und die Vorbereitung von körperlichen Bewegungsabläufen
- das Training von Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination
- das Training zur Selbsthilfe: Waschen, Schlucken, Anziehen, Essen, Trinken
- das Training des Alltags: Einkaufen, Umgang mit Geld, Telefonieren, Umgang mit anderen Kommunikationsmitteln, Orientierung im Straßenverkehr, Zeiteinteilung, Tagesstrukturierung, Umgang mit Medikamenten etc. ...
- das Trainieren der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Konzentration, des Gedächtnisses und der Ausdauer
- das Training des Gehirns, z.B. bei Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns
- die Beratung und Anleitung der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten

Quelle: Deutsche Therapeutenauskunft 2012.

4.1.7.2.4 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind unspezifische selbstorganisierte freiwillige Zusammenschlüsse von Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher oder selbst betroffener Erwachsener, teilweise unter professioneller Leitung. Selbsthilfegruppen im Bereich AD(H)S folgen keiner gezielten Methodik, ähneln sich jedoch häufig in ihrer Ausrichtung und Zielsetzung. Im Wesentlichen wird ein Informations- und Erfahrungsaustausch angestrebt, der sowohl praktische Hilfestellungen, Lösungsansätze wie auch emotionale Unterstützung bieten soll. Die Erfahrung, unter Menschen mit ähnlichen Problemen und Erfahrungen zu sein, soll dabei helfen, vorurteilsfrei, unbefangen und vertrauensvoll über AD(H)S und die damit verbundenen Probleme sprechen zu können. Die Erfahrung, mit den AD(H)S-bezogenen Problemen nicht alleine zu sein, dass andere ebenfalls schon gleiche oder ähnliche Erfahrungen gemacht und teilweise schon überwunden haben, wird von vielen Betroffenen als entlastende und heilsame Erfahrung beschrieben (vgl. ADHS Deutschland e.V. 2012).

Obwohl die Ausrichtung der Selbsthilfegruppen, wie bereits angesprochen, unspezifisch ist und keiner standardisierten Methodik folgt, stellen diese Angebote eine einzigartige Möglichkeit zur unterstützenden Hilfe für Betroffene und deren Angehörige dar. Durch die Gruppenzusammenstellung bieten Selbsthilfegruppen oft eine gute Übersicht über vorhandene Hilfsangebote aus der Region, an der sich die übrigen Teilnehmer orientieren und über die sie sich austauschen können. Die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen ist aufgrund des angesprochenen fehlenden strukturierten Vorgehens schwierig zu bewerten und noch wenig erforscht. Aktuell führt die Arbeitsgruppe »ADHS im Erwachsenenalter« der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg eine Studie durch, die sich mit der »Wirksamkeit von Selbsthilfe bei Erwachsenen mit ADHS« beschäftigt. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit liegen jedoch noch keine Ergebnisse dieses Forschungsvorhabens vor.

4.1.7.3 Zusammenspiel der Hilfsangebote

Abschließend ist zu den Interventionsmöglichkeiten und Hilfsangeboten im Kontext einer AD(H)S zu sagen, dass ein breites und vielschichtiges Versorgungssystem besteht. Von AD(H)S betroffene Kinder und Jugendliche haben demnach zumindest theoretisch die Möglichkeit, in der Regel initiiert durch die Eltern bzw. Sorgeberechtigten, Hilfsangebote zu akquirieren, die für ihre individuellen Gegebenheiten passend sind.

Problematisch ist jedoch die bereits im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe angesprochene Vorgehensweise, Betroffene zielgerichtet an die jeweils passenden Hilfeformen zu vermitteln. Eine manifeste AD(H)S wird in den meisten Fällen ab einem gewissen Zeitpunkt als Problem wahrgenommen. Wann genau, hängt vom Bewältigungspotenzial des Betroffenen und den psychosozialen Rahmenbedingungen ab. Je nachdem, durch wen oder durch welche Institution dieses Problem wahrgenommen wird, fällt der Betrachtungswinkel unterschiedlich aus. Während pädagogisch ausgerichtete Angebote wie Kindergarten und Schule primär eine pädagogische Perspektive haben, ist bei einem Hausarzt, z.B. initiiert durch eine Problemwahrnehmung im familiären System, eine primär medizinische Perspektive anzunehmen. Je

nach Ausrichtung wird sich die jeweilige Fachkraft bei der Frage nach passenden Interventionen zuallererst in dem Umfeld orientieren, in dem sie selbst tätig und kompetent ist. Die Gefahr besteht, dass durch diese quasi natürliche Einengung der Behandlerperspektive mögliche adäquate fachexterne Hilfen nicht wahrgenommen und somit auch nicht frequentiert werden. Die einzelnen Fachgebiete stellen potenziell Versorgungsinseln dar, die nur unzureichend miteinander vernetzt sind. Für Betroffene ergab und ergibt sich oftmals immer noch das Problem, dass, egal an welchen Fachbereich sie sich wenden, in der Regel keine Profession einen umfassenden Überblick über die komplette Versorgungslandschaft im Bereich AD(H)S aufweisen kann. Nunmehr wird seit einiger Zeit versucht, diesem Problem mit Informationskampagnen und (AD(H)S-)Netzwerken zu begegnen, die sich zum Ziel gesetzt haben – meist regional – alle Fachkräfte miteinander zu verbinden, die mit dem Thema AD(H)S in Berührung kommen. Primäres Anliegen der Kampagne ist, einen steten Informationsaustausch über die jeweiligen Arbeitsfelder und Angebote zu ermöglichen und dadurch die multimodale Therapie zu fördern. Hinzu kommt die Absicht, die Diagnosestandards (Leitlinien) weiter zu etablieren. Ein Beispiel in Deutschland ist das zentrale AD(H)S Netzwerk, das von dem Bundesministerium für Gesundheit gefördert und von dem Universitätsklinikum Köln koordiniert wird (vgl. zentrales AD(H)S Netz 2012). Dieses dezentrale Netzwerk stellt eine übergeordnete Institution dar, die den Aufbau regionaler Netzwerke fördern und Akteure vor dem Hintergrund eines überregionalen fachlichen Austausches miteinander verknüpfen soll.

Bei der Frequentierung von Hilfen erweist sich neben der fachlich eingengten Perspektive der jeweiligen Ansprechpartner auch die regional sehr unterschiedliche Versorgungsdichte mit Angeboten für psychisch kranke Menschen als problematisch. So besteht z.B. bei den AD(H)S-Netzwerken, die dem angesprochenen Problem eingengter Perspektiven der einzelnen Fachkräfte begegnen sollen, noch bei weitem kein flächendeckendes Netz. Das zentrale AD(H)S-Netzwerk Deutschland umfasst beispielsweise 65 regionale, meist landkreisbezogene Netze (vgl. zentrales AD(H)S Netz 2012). Das ist keine geringe Zahl. Hält man nun jedoch die gesamte Anzahl von Landkreisen (323) und kreisfreien Städten (117) in Deutschland dagegen, relativiert sich dieser erste Eindruck und es wird deutlich, dass der größte Teil keine derartige Vernetzung von Fachkräften vorhält. Neben der nicht flächendeckenden Vernetzung belegen Studien wie die 2010 im Auftrag der Bundesärztekammer durchgeführte Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland, dass Angebotsdichte und -kapazitäten erheblich zwischen den Regionen schwanken (Ungewitter et al. 2010). So ist die Anzahl von betreuten Wohneinrichtungen in den beiden von Ungewitter et al. (2010) untersuchten Regionen in den alten Bundesländern um das 10- bis 11-fache höher als in den beiden untersuchten Regionen in den neuen Bundesländern. Im Bereich der ambulanten Versorgung ist in der Region Leipzig die Anzahl gemeindepsychiatrischer ambulanter Einrichtungen doppelt so hoch wie in den anderen von Ungewitter et al. (2010) untersuchten Regionen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das bestehende Versorgungsnetzwerk qualitativ gut ausgebaut und vielschichtig ist. Primär liegen Versorgungslücken und somit Optimierungspotenzial bei der Vernetzung der Anbieter von Hilfen sowie der einzelnen Fachbereiche.

Beides ist eine Voraussetzung für multimodale Therapie. Der Verbesserung der quantitativen Versorgungsstruktur, vor allem in den ländlichen Gebieten, kommt ebenfalls hohe Bedeutung zu. Demzufolge hängt derzeit die Chance, zeitnah individuell passende Hilfsangebote zu erhalten, neben psychosozialen Faktoren auch in einem bedeutenden Maß davon ab, in welcher Region Deutschlands der Betroffene lebt und inwieweit Interventionsmöglichkeiten ortsnah vorhanden und Fachbereiche untereinander vernetzt sind.

4.2 Früherkennung und Prävention

Die in Kapitel 4.1.3.5 (S. 36ff.) beschriebene Diskrepanz im Bereich der Prävalenz der AD(H)S der Vorschuljahrgänge (1,5%) gegenüber der Prävalenz in der frühen Schulzeit (5,3%) deutet darauf hin, dass viele von AD(H)S betroffene Kinder erst nach der Einschulung eine gesicherte Diagnose erhalten. Dies geschieht oft vor dem Hintergrund gravierender psychosozialer und schulischer Probleme, die letztendlich zu einer Vorstellung bei einem Arzt oder Psychologen führen. Die höheren Risikofaktoren für eine erfolgreiche Schullaufbahn (vgl. Barkley 1998) und die mit 85% gegenüber 9,7% bei Gleichaltrigen (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007) deutlich höhere Zahl von Störungsbildern abseits der AD(H)S hebt die Notwendigkeit zu Früherkennung und Frühprävention hervor. Nur durch eine frühe Diagnose können Interventionen initiiert werden, noch bevor sich Schulprobleme, Komorbiditäten und psychosoziale Belastungsfaktoren etablieren und chronifizieren können, die mitunter bis in das junge Erwachsenenalter oder gar darüber hinaus reichen können (vgl. Biederman et al. 2007). So konnten Rappaport et al. 1998 belegen, dass Frühprävention bei Kindern mit psychosozialen familiären Belastungen und einer AD(H)S das spätere Auftreten von AD(H)S-Symptomen reduziert. Nelson et al. konnten in ihrer Studie »A Meta-Analysis of Longitudinal Research on Preschool Prevention Programs for Children« (2003) einen stabilisierenden Effekt präventiver Maßnahmen bis zum Alter von neun Jahren in den Bereichen der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie der sozio-emotionalen Anpassung von Kindern nachweisen.

4.2.1 Früherkennung und Prävention

Prävention und Früherkennung beschränken sich nicht auf den medizinischen Bereich, sondern betreffen auch alle anderen Praxisfelder, in denen es darum geht, einer negativen Entwicklung zu begegnen, sie weniger wahrscheinlich zu machen oder abzumildern. Beispiele hierfür sind die Verhütung von Straftaten (Kriminalprävention), die Verhütung von Gewalt an öffentlichen Plätzen (Gewaltprävention) oder die Bekämpfung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Suchtprävention) (Tröster 2009). Die Prävention wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden (vgl. Caplan 1964; Sandrieser et al. 2002). Alle drei Stufen folgen dem Grundgedanken, eine bestimmte negative Entwicklung zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (Leppin 2004).

Präventionsansätze lassen sich je nach Spezifität, der Interventionsebene und der Zielgruppe in verschiedene Ansätzen unterscheiden (Tabelle 8 bis Tabelle 10).

Tabelle 8: Spezifische und unspezifische Prävention im Kindes- und Jugendalter

Spezifität	Ausrichtung	Beispiele
spezifische Prävention	Ausrichtung auf eine bestimmte Störung	Schutzimpfungen (z.B. Grippeimpfung)
unspezifische Prävention	Abbau allgemeiner (z.B.) gesundheitlicher Risiken	Programm zur Förderung sportlicher Aktivitäten

Quelle: Tröster 2009.

Tabelle 9: Verhaltens- und Verhältnisprävention im Kindes- und Jugendalter

Interventionsebene	Beschreibung	Beispiele
Verhaltensprävention	– Verhaltensprävention ist ein personenorientierter Ansatz, der auf Verhaltensveränderung abzielt.	– AIDS-Aufklärung – Kampagnen für gesunde Ernährung
Verhältnisprävention	– Verhältnisprävention ist systemisch orientiert und zielt darauf ab, gesundheitsgefährdende Lebens- Arbeits- und Umweltbedingungen zu verändern mit dem Ziel, Krankheitsrisiken abzubauen.	– Kontrolle von Lebensmitteln – Einschränkung von Tabakwerbung

Quelle: Tröster 2009.

Tabelle 10: Universelle, selektive und indizierte Prävention im Kindes- und Jugendalter

Zielgruppe	Zielgruppe der Prävention	Beispiele
Universelle Prävention	– Große Bevölkerungsgruppen	– Anlegen von Sicherheitsgurten – Aufklärungskampagnen über gesunde Ernährung
Selektive Prävention	– Risikogruppen	– Grippeimpfung für ältere Menschen – Sprachförderprogramme für ausländische Kinder
Indizierte Prävention	– Personen im Vorstadium der Krankheit – Personen, bei denen erste Anzeichen einer Störung vorliegen	– Training zur Verbesserung sozialer Kompetenzen für Kinder mit aggressiven Verhaltensauffälligkeiten

Quelle: Tröster 2009.

Die Primärprävention setzt vor einer manifesten Störung an und verfolgt das Ziel, eine Störung generell zu verhindern. Primäre Präventionsmaßnahmen sind demnach vorbeugende Maßnahmen (vgl. Tröster 2009). Ein Beispiel für eine primäre Prävention sind Impfungen, die gesunden Menschen gegeben werden, um etwaigen zukünftigen Krankheiten vorzubeugen.

Die Sekundärprävention beginnt in der frühen Anfangszeit einer Störung, dem sogenannten symptomarmen Stadium, also dann, wenn die Störung bereits vorhanden ist, sich jedoch noch keine physischen, psychischen oder psychosozialen Beeinträchtigungen manifestiert haben. Ziel der Sekundärprävention ist es, die Störung zeitlich möglichst weit vor der vollen Entfaltung der Symptome und damit zusammenhängenden Belastungen zu erkennen, um eine Therapie mit möglichst großer zeitlicher Distanz zum symptomatischen Stadium initiieren zu können. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass eine frühe Intervention im Allgemeinen effektiver ist als ein später Beginn von Therapien, wenn bereits physische, psychische oder psychosoziale Beeinträchtigungen vorliegen. Der Präventionseffekt besteht demnach nicht in erster Linie darin, dass eine Störung frühzeitig identifiziert wird; das ist vielmehr nur der Weg

zum Ziel. Der eigentliche Effekt besteht darin, dass Interventionen in einer frühen Phase einer Störung initiiert werden, in der die Erfolgsaussichten einer Behandlung am günstigsten sind (vgl. Tröster 2009). Ein Beispiel für die Sekundärprävention sind die Kindervorsorgeuntersuchungen, die von frühestem Beginn der Kindheit regelmäßig frequentiert werden können, um körperliche Erkrankungen sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen frühzeitig zu entdecken.

Die Tertiärprävention zielt auf Personen ab, bei denen sich eine Störung bereits voll entfaltet hat und Funktionseinschränkungen manifest sind. Das Ziel der tertiären Prävention ist die Linderung der Symptomatik, die Verhinderung von Folgeerkrankungen und eine rehabilitative Grundausrichtung der Interventionen zur weitestgehenden Beseitigung oder Minderung physischer, psychischer oder sozialer Beeinträchtigungen, damit die Wiederherstellung der Funktionalität und dadurch eine Reintegration in die Gesellschaft gefördert wird (vgl. Hurlmann et al. 2004). Beispiele einer tertiären Prävention ist die medizinische Rehabilitation, die am Ende einer medizinischen Akutbehandlung stattfindet, um die physische, psychische und soziale Leistungsfähigkeit des Patienten möglichst weitreichend wiederherzustellen.

4.2.2 Früherkennung und Prävention im Kontext einer AD(H)S

Die Notwendigkeit einer Prävention im Bereich AD(H)S ergibt sich aus der häufig problembehafteten Interaktion zwischen der Umwelt der Betroffenen und den störungsspezifischen Kernsymptomen, primär im Kontext der Schule, sowie den daraus resultierenden Entwicklungsrisiken. Symptombedingtes Problemverhalten stellt sowohl für Betroffene wie auch für deren Bezugspersonen eine große Belastung dar, aus der sich psychosoziale Folgebeeinträchtigungen wie z.B. Schulleistungsprobleme oder Komorbiditäten ergeben können. Im späteren Verlauf sind diese Beeinträchtigungen häufig nur noch sehr schwer zu kompensieren. Betroffene wie auch deren Bezugspersonen benötigen daher möglichst frühzeitig ein umfassendes Spektrum an Förder- und Unterstützungsmaßnahmen, um psychischen und/ oder psychosozialen Folgebeeinträchtigungen entgegenzuwirken (vgl. Tröster 2009).

Da AD(H)S genetisch bedingt ist, ist eine Vermeidung der Störung durch Präventive Maßnahmen (Primärprävention) nicht möglich. Es kann frühestens die Sekundärprävention im symptomarmen Stadium greifen, wenn Frühindikatoren sichtbar, Symptome jedoch noch nicht in dem Maß ausgeprägt sind, dass sich Beeinträchtigungen im psychischen oder psychosozialen Bereich manifestiert haben. Die Interventionen im Rahmen der sekundären Prävention beginnen ähnlich wie bei einer regulären Behandlung. Sie wird jedoch zu einem Zeitpunkt initiiert, an dem die Begleitumstände noch als besonders behandlungsförderlich gelten. Es konnten sich noch keine komorbiden Störungen manifestieren und das psychosoziale Umfeld ist noch weitestgehend unbelastet durch die Störung. Zudem können zukünftige Leistungsanforderungen an die Kinder wie z.B. durch die Schule adäquat vorbereitet werden, damit Problemen und Risiken vorgebeugt werden kann (z.B. Information der Lehrer, Entwicklung individueller Copingstrategien, etc.). Grundvoraussetzung für die Sekundärprävention ist die Früherkennung der Störung. Im Fall einer späten Diagnose vor dem Hintergrund manifester symptombedingter Probleme kann oft nur noch die Tertiärprävention greifen. Grundsätzlich

ist die Früherkennung einer AD(H)S im Kindesalter jedoch schwierig (s.o., S. 9), da sich die Symptomatik der AD(H)S im Vorschulalter nur schwer von altersgemäßem Verhalten unterscheiden lässt. Bis zur Einschulung können Kinder in ihrer Motorik sehr aktiv (Hyperaktivität) und sprunghaft (Impulsivität) sein und z.B. eine geringe Ausdauer beim Spielen aufweisen (Tröster 2009). Die Aufmerksamkeit im Vorschulalter ist sehr variabel und instabil, sodass bisher keine zuverlässigen Frühindikatoren für Aufmerksamkeitsprobleme gefunden werden konnten (Taylor 1995). Alters- und entwicklungsadäquates Verhalten lässt sich häufig nur schwer von den Symptomen einer AD(H)S abgrenzen, zumal es im Vorschulalter noch verhältnismäßig wenige soziale Räume gibt, aus denen valide Informationen über das Verhalten akquiriert werden können. Häufig werden von AD(H)S betroffene Kinder erst in der Schule aufgrund der für ihre Symptomatik ungünstigen (schulischen) Rahmenbedingungen als im Vergleich zu Gleichaltrigen auffällig wahrgenommen. Zu diesem Zeitpunkt ist eine frühe Intervention – um Hilfen zu initiieren, *bevor* sich psychische oder psychosoziale Begleitprobleme ergeben haben – jedoch häufig bereits nicht mehr möglich. Zudem sind die bestehenden Diagnosekriterien für Kinder zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr ausgelegt und werden als für jüngere Kinder nur bedingt geeignet betrachtet (vgl. Steinhausen 2010b). Um frühe Hilfen im Sinne einer Sekundärprävention zu initiieren, ist es jedoch unumgänglich, Betroffene vor ihrer Einschulung zu identifizieren, also noch vor dem Zeitraum, für den die gängigen Klassifikationssysteme ausgelegt sind. Da diese Systeme für eine AD(H)S-Diagnose alternativlos sind, gilt es zu prüfen, ob und unter welchen Rahmenbedingungen eine AD(H)S noch vor der Einschulung anhand des DSM – IV und der ICD – 10 valide klassifiziert werden kann.

Die Tertiärprävention greift, wenn sich das Störungsbild bereits entfaltet hat und die Symptome ausgeprägt sind. Im Fall einer AD(H)S würde dies beispielsweise bedeuten, dass Schulprobleme und Probleme im psychosozialen Bereich aufgrund der störungsspezifischen Symptomatik vorhanden sind. Hier gilt es, die Symptome durch die Intervention(en) zu reduzieren, Copingstrategien zu etablieren, Perspektiven zu erarbeiten und Komorbiditäten entgegenzuwirken. Da schon manifeste Probleme auftreten, ist der Handlungsdruck für alle Beteiligten zu diesem Zeitpunkt größer als bei einer Sekundärprävention. Häufig sind bereits mehrere Lebensbereiche belastet, komorbide Problematiken beginnen sich zu entwickeln oder sind bereits manifest und inadäquate Interaktionsmuster (z.B. im familiären System) konnten entstehen. Die Begleitumstände für eine Behandlung sind demnach im Vergleich zu Interventionen in einem symptomarmen Stadium ungünstiger.

4.2.3 Bestehende Verfahren der Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter

Hauptproblem einer frühen Erkennung psychischer Störungen vor der Einschulung ist, dass familienexterne Instanzen in der Regel nur sporadisch und meistens durch die Familien selbst initiierten Kontakt zu den Kindern und deren Eltern haben. Dieses Fehlen von regelmäßiger institutioneller Begleitung durch Fachkräfte, die eventuelle Auffälligkeiten erkennen könnten, macht die Früherkennung neben der ohnehin schwierigen Abgrenzung zwischen problemati-

schem und altersadäquatem Verhalten in jungen Jahren noch schwieriger. Diese Feststellung soll nicht als Forderung nach einer frühen Institutionalisierung von Kindern verstanden werden, in welcher Form auch immer. Dies wäre unter ökonomischen, strukturellen und ethischen Gesichtspunkten nicht umzusetzen. Vielmehr soll es die Schwierigkeit unterstreichen, vor der Ärzte und Psychologen stehen, Kinder mit psychischen Störungen oder hiervon bedrohte Kinder vor der Einschulung zu erkennen, zu diagnostizieren und ggf. notwendige Hilfen zu initiieren. Es gibt drei fest etablierte Instanzen, die durch Fachkräfte geleitet werden und unter anderem als frühes Auffangnetz für Kinder vorgesehen sind, um pädagogische, physische und/ oder psychische Probleme oder Entwicklungsrisiken aufzuzeigen. Auf diese drei Instanzen, den Kindergarten, die Kindervorsorgeuntersuchungen und die Schuleingangsuntersuchung sowie auf deren Möglichkeiten zur Frühprävention wird im Folgenden eingegangen.

4.2.3.1 Der Kindergarten

Der Kindergarten ist die einzige Institution vor der Schule, die hochfrequent durch Kinder sowie Eltern besucht wird und unter fachlicher Leitung steht. Eltern haben seit dem 01.01.1996 nach §24 SGB VIII einen gesetzlichen Anspruch auf einen halbtägigen Kindergartenplatz vom 3. Lebensjahr bis zur Einschulung (Bundesministerium der Justiz 1996). Die Kosten für die Eltern, die dieses Angebot wahrnehmen, variieren zwischen den einzelnen Kommunen Deutschlands. So ist die Kindergartenbetreuung nach einer Studie der IW Consult GmbH (2010) in den 100 größten Städten Deutschlands zum Teil kostenlos, teilweise fallen jährlich bis zu 3.696€ an. Das Angebotsspektrum umfasst je nach Kindergarten sowohl die gesetzlich zugesicherte halbtägige Betreuung (meistens vormittags), längere Betreuungsformen bis nach dem Mittagessen sowie Angebote zur Ganztagsbetreuung. Die Fachkräfte, die im Kindergarten tätig sind, setzen sich zu zwei Dritteln der Stellenanteile primär aus Erzieher/-innen zusammen, das letzte Drittel füllen Kinderpfleger/-innen, Sozialpädagogen/-innen und Sozialhelfern/-innen (Oberhuemer et al. 2009). Der Auftrag dieser Institution wurde bis vor einigen Jahren hauptsächlich als ergänzendes Erziehungs- und Betreuungsangebot neben der Familie angesehen. Vor dem Hintergrund schlechter bzw. mittelmäßiger Studienergebnisse in Bezug auf den Bildungsstand deutscher Schüler (z.B. PISA 2000 – Artelt et al. 2001) stieg in den letzten Jahren der öffentliche Anspruch an die Kindergärten. So sollen zukünftig neben erzieherischen auch Bildungsaufgaben das Kindergartenangebot erweitern. Im Mittelpunkt stehen ressourcenorientierte Ansätze, nach denen Kinder individuell nach ihren Bedürfnissen in Bereichen wie Körper, Sinne, Sprache, Denken, Gefühle und Empathie gefördert werden sollen (vgl. Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden Württemberg 2007).

Nun stellt sich die Frage, inwiefern dieses Angebot dazu geeignet ist, risikobehaftete Kinder bzw. solche, bei denen sich schon eine psychische Störung manifestiert hat, vor der Einschulung zu erkennen und geeignete Hilfen einzuleiten. Da der Kindergarten ein freiwilliges Angebot darstellt, werden zwangsläufig nicht alle Kinder erreicht. Laut Bundesjugendstatistik 2006 schicken 86,9% der Eltern ihre Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren in den Kindergarten. Der Großteil der Kinder zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr wird demnach parallel zur Fami-

lie durch professionelle und speziell geschulte Fachkräfte betreut. Es werden jedoch nicht flächendeckend alle Kinder erreicht. Nach Delekat und Kis (2001), dem Robert Koch-Institut (2008a) und Mersmann (1998) sind es vor allem kinderreiche Familien, Familien mit Migrationshintergrund oder aus bildungsfernen Schichten, die von vorschulischen Angeboten wie den Kindervorsorgeuntersuchungen oder dem Kindergarten nicht erreicht werden. Also laufen vor allem die Gruppen Gefahr, unterstützende Angebote aus problematischen finanziellen, strukturellen oder organisatorischen Gründen nicht wahrzunehmen, die als Hochrisikogruppe für das Auftreten psychischer Störungen gelten (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007; Robert Koch-Institut 2008b). Vor allem die Kosten können für ökonomisch schwache Familien eine zu hohe Hürde darstellen. In den betreffenden Familien übernehmen oft die nahen Verwandten die Betreuungsfunktion des Kindergartens (Henry-Huthmacher 2007), der Kindergarten als potenzielle unterstützende Instanz kann in diesen Fällen nicht greifen. Ein gewisser Teil der von psychischen Auffälligkeiten bedrohten Kinder kann demnach nicht von dieser Institution betreut und dadurch auch nicht erfasst werden.

Der Anstieg der Prävalenzraten im Alter von 3 bis 5 Jahren belegt, dass die Zahl der mit einer AD(H)S diagnostizierten Kinder im primären Kindergartenalter kontinuierlich ansteigt (Schalk et al. 2007). Dieser Anstieg begründet sich zum Teil auch durch von Fachkräften des Kindergartens initiierte Untersuchungen (Thurmair 1995). Der Kindergarten fördert also die Früherkennung psychischer Auffälligkeiten vor der Einschulung. Die Diskrepanz der Prävalenzraten zwischen dem Vorschulalter und der frühen Schulzeit (Schalk et al. 2007) belegt jedoch, dass ein bedeutender Teil der von einer AD(H)S betroffenen Kinder auch während der Kindergartenzeit nicht erkannt wird.

Tabelle 11: Zusammenfassende Klassifizierung des Kindergartens aus präventiver Perspektive

Ansatz	Begründung
Primär-, Sekundär, und Tertiärprävention	Im Kindergarten vereinen sich neben der erzieherischen Ausrichtung primär-, sekundär und tertiärpräventive Ansätze. So soll Entwicklungsrisiken durch die Betreuung der und pädagogische Arbeit mit den Kindern sowie die Unterstützung, ggf. Beratung, der Eltern direkt entgegengewirkt werden. Entstehende Störungen sollen durch die Angebote abgemildert werden (sekundäre Prävention), ebenso wie bereits manifeste (Tertiärprävention). Die Ausrichtung der Angebote ist rein pädagogisch. Gegebenenfalls kann an weiterführende Hilfen verwiesen.
Unspezifische Prävention	Der Kindergarten gilt als Ort unspezifischer Prävention, da seine Maßnahmen keine direkte Ausrichtung haben bzw. nicht spezielle Problematiken fokussieren. Er verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz aus pädagogischer Perspektive.
Verhaltensprävention	Innerhalb des Kindergartens wird neben der Betreuung der Kinder ein Schwerpunkt auf den erzieherischen Aspekt gelegt.
Universelle Prävention	Der Kindergarten steht allen Bevölkerungsschichten ab einem Alter von 3 Jahren zur Verfügung. Ab 2013 werden die Eltern auch ein Anrecht auf einen Kindergartenplatz vor dem 3. Lebensjahr haben. Es gibt keine Selektion oder Fokussierung auf bestimmte Gruppierungen.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Tröster (2009).

Der Trend der vergangenen Jahre, dass die Kindergärten vermehrt auch einem Bildungsanspruch genügen sollen, führt derzeit zu neuen Konzepten der Kindergartenarbeit (vgl. Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden Württemberg 2007). Es bleibt abzuwarten und zu hoffen, dass diese neuen Konzepte neben den persönlichen Ressourcen auch Konzepte zur

Erkennung von Defiziten beinhalten, um die Früherkennung in dieser Instanz noch weiter zu verbessern.

4.2.3.2 Die Kindervorsorgeuntersuchungen

1971 wurde die Kindervorsorgeuntersuchung in den Pflichtversorgungskatalog der Krankenkassen aufgenommen und kann freiwillig in Anspruch genommen werden. Von diesem Pflichtcharakter noch ausgenommen sind die später hinzugekommenen Untersuchungen der U7a, U10, J1 und J2. Diese Untersuchungen wurden mit dem Ziel ergänzt, die Lücken zwischen den bereits bestehenden Untersuchungszeiträumen zu schließen. Zwar übernehmen immer mehr Krankenkassen auch diese Untersuchungen, eine einheitliche Kostenübernahme besteht jedoch noch nicht (vgl. Kinderärzte im Netz 2012). Die Kindervorsorgeuntersuchungen verfolgen das Ziel, durch regelmäßige Kontakte vom Säuglingsalter bis hin zur Volljährigkeit Defekte und Erkrankungen möglichst zeitnah durch einen Kinderarzt zu erkennen, um früh entsprechende Hilfsangebote einleiten zu können. Dies gilt insbesondere für solche, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden (Burchard et al. 2010). Von 1971 bis 1977 bestand das Ziel der Vorsorgeuntersuchung hauptsächlich darin, auffällige Entwicklungen zu erfassen. Eine weitere diagnostische Differenzierung wurde erst nach 1977 angestrebt. Seitdem etablierten sich deutlich differenziertere Befunderhebungen (vgl. Allhoff et al. 1991; vgl. Burchard et al. 2010). Die Befunde werden gemäß den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (2010) seit 1978 in dem Kinder- Untersuchungsheft dokumentiert (vgl. Allhoff et al. 1991). Primär werden die einzelnen Untersuchungen durch Pädiater durchgeführt und nehmen über zwei Drittel der Arbeitszeit dieser Fachrichtung ein (vgl. Burchard et al. 2010). Die Kindervorsorgeuntersuchungen umfassen die in Tabelle 12 dargestellten Abschnitte:

Tabelle 12: Kindervorsorgeuntersuchungen

Bezeichnung	Alter	Untersuchung
APGAR Appearance, Pulse, Griace, Activity, Respiration (vgl. Apgar 1953)	1., 5. und 10. Lebensminute	– Punkteschema zur Beurteilung des klinischen Zustands von Neugeborenen.
U1	2.-4. Stunde	– Untersuchung auf etwaige lebensbedrohliche Zustände und augenfällige Schäden
U2	3.-10. Tag	– Erhebung der Vorgeschichte – Verdachtsdiagnose der letzten Früherkennungsuntersuchung – eingehende körperliche Untersuchung – Hörscreening – Screening für Stoffwechselerkrankungen
U3	4.-6. Woche	– Erhebung der Vorgeschichte, aufbauend auf den vorangegangenen Untersuchungen – Verdachtsdiagnose der letzten Früherkennungsuntersuchung – eingehende körperliche Untersuchung, aufbauend auf den vorangegangenen Untersuchungen – Ernährungshinweise vor dem Hintergrund der Mundhygiene. – Hüftultraschall

Tabelle 12 (Forts.)

Bezeichnung	Alter	Untersuchung
U4	3.-4. Monat	– Erhebung der Vorgeschichte, aufbauend auf den vorangegangenen Untersuchungen
U5	6.-7. Monat	– Verdachtsdiagnose der letzten Früherkennungsuntersuchung – eingehende körperliche Untersuchung, aufbauend auf den vorangegangenen Untersuchungen
U6	10.-12. Monat	– Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung (U5) – Hinweise zur Zahnpflege (U6)
U7	21.-24. Monat	
U7a	34.-36. Monat	– Erhebung der Vorgeschichte, aufbauend auf den vorangegangenen Untersuchungen, inklusive Erfassung etwaiger Sozialisations- und/ oder Verhaltensauffälligkeiten – Verdachtsdiagnose der letzten Früherkennungsuntersuchung – eingehende körperliche Untersuchung, aufbauend auf den vorangegangenen Untersuchungen
U8	46.-48. Monat	– Erhebung der Vorgeschichte, aufbauend auf den vorangegangenen Untersuchungen, inklusive Erfassung etwaiger Sozialisations- und/ oder Verhaltensauffälligkeiten – Verdachtsdiagnose der letzten Früherkennungsuntersuchung – eingehende körperliche Untersuchung, aufbauend auf die vorangegangene U7a
U9	60.-64. Monat	– Erhebung der Vorgeschichte, aufbauend auf den vorangegangenen Untersuchungen, inklusive Erfassung etwaiger Sozialisations- und/ oder Verhaltensauffälligkeiten – Verdachtsdiagnose der letzten Früherkennungsuntersuchung – eingehende körperliche Untersuchung, aufbauend auf die vorangegangene U8
U10	7.-8. Jahr	– Primäres Ziel ist das Erkennen und die Behandlungseinleitung umschriebener Entwicklungsstörungen, Störung der motorischen Entwicklung, Sozialisations- und Verhaltensauffälligkeiten
U11	9.-10. Jahr	– Schwerpunkt wie die vorangegangene U10 – Ergänzend wird die Mundhygiene überprüft
J1	13.-15. Jahr	– Anamnese (Auffällige seelische Entwicklung/ Verhaltensprobleme, auffällige schulische Entwicklung, Gesundheitsgefährdendes Verhalten) – Körperliche Untersuchung – Überprüfung des Impfstatus
J2	17.-18. Jahr	

Quellen: Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (2008), Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung; Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (2010), Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.

Die Kindervorsorgeuntersuchung folgt per Definition und Ausrichtung demnach dem präventiven Grundgedanken: Sie soll bestimmte gesundheitliche Schädigungen (u.a. AD(H)S) bzw. Entwicklungsrisiken durch eine frühzeitige Diagnose und Vermittlung an passende Hilfsangebote verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern (vgl. Leppin 2004). Die Untersuchungsintervalle umfassen das gesamte Kindesalter und gewähren dadurch eine kontinuierliche Überprüfung der körperlichen und psychischen Kondition der untersuchten Kinder. Es bleibt zu prüfen, ob diese zumindest theoretisch gute Möglichkeit zur Früherkennung

von AD(H)S auch in der Praxis besteht. Hierzu gilt zu erfassen, ob die Maßnahme die Zielgruppe erreicht und ob die Untersuchungen tatsächlich psychische Auffälligkeiten erkennen.

Nach Suchodoletz (2005) stieg die Frequentierung der U-Untersuchungen von 50% im Jahr 1972 über 80% im Jahr 1980 bis zu 92% im Jahr 2005. Auf den ersten Blick ist dies eine gute Frequentierung des Angebots. Nach Studien des Robert Koch-Instituts (2004) sinkt die Inanspruchnahme jedoch zwischen der U3 (93%) und der U9 (79%) deutlich ab (vgl. Spitzcok von Brisinski et al. 2006). Der Personenkreis, der nicht von diesem Angebot erreicht wird, stammt nach Delekat und Kis (2001), dem Robert Koch-Institut (2008a) und Mersmann (1998) primär aus kinderreichen Familien, Familien mit Migrationshintergrund und/ oder bildungsfernen Schichten, kommt also genau aus den Gruppierungen, die als Hochrisikogruppe für das Auftreten psychischer Störungen gelten (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007; Robert Koch-Institut 2008b). Demnach werden primär all jene Kinder gerade nicht erreicht, die aufgrund schwieriger Lebensbedingungen am meisten von diesem Angebot profitieren könnten.

Es bleibt im Weiteren zu eruieren, wie effektiv die Kindervorsorgeuntersuchungen teilnehmende Kinder erfassen, die von einer Störung betroffen bzw. davon bedroht sind. Genaue Studien zur Effektivität dieses Angebotes in Bezug auf psychische Störungen liegen nicht vor, was eine direkte Bewertung schwierig macht. Zwar befassen sich die nachfolgend dargestellten Studien nicht primär mit der Früherkennung von einer AD(H)S, sie zeichnen jedoch ein recht ernüchterndes Bild über die allgemeine Effektivität der Vorsorgeuntersuchungen. So wurden nach Meunzel (2003) bis zur U6 40% der Kinder mit einer infantilen Zerebralparese und bis zur U7 77% der Kinder mit einer geistigen Behinderung nicht als solche erkannt. Riegel et al. belegen 1995 in einer bayerischen Längsschnittstudie, dass nur jedes zweite Kind mit einer Intelligenzminderung ($IQ < 70$) bis zum Alter von 4,5 bis 5 Jahren diagnostiziert wird. Im Rahmen seiner Dissertation kam Voss 1982 zu dem Befund, dass 7% bis 73% der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten des Nervensystems im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen nicht erfasst werden. Darüber hinaus werden 2% bis 3% der auffälligen Kinder falsch diagnostiziert. Spitzcok von Brisinski et al. postulieren 2006 nach Sichtung der Studien von Verhulst (1995), Petermann (2005) sowie Richman, Stevenson und Graham (1982), dass 87,5% aller psychischen Störungen bis zum Zeitpunkt des Schuleintritts durch die bestehenden Vorsorgeuntersuchungen nicht erkannt werden.

Tabelle 13: Zusammenfassende Klassifizierung der Kindervorsorgeuntersuchungen aus präventiver Perspektive

Ansatz	Begründung
Sekundär- und Tertiärprävention	Die Kindervorsorgeuntersuchungen erfolgen aus einer medizinischen Perspektive durch Pädiater. Sie verfolgen das Ziel, Frühindikationen (sekundäre Prävention) und manifeste Symptome (tertiäre Prävention) von Entwicklungsrisiken zu erfassen mit dem Ziel, möglichst frühzeitig Hilfen zu initiieren.
Unspezifische Prävention	Die Kindervorsorgeuntersuchungen gelten als unspezifisch da sie einen breiten Fokus auf alle entwicklungsrelevanten Risiken legen.
Verhaltensprävention	Bei potentiellen Risiken werden Eltern Beraten und versucht, passende Interventionen zu initiieren.
Universelle Prävention	Durch die Kindervorsorgeuntersuchungen soll ein möglichst großer Teil der Bevölkerung erreicht werden. Es gibt keine Selektion der Teilnehmer.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Tröster (2009).

Abschließend kann zur Kindervorsorgeuntersuchung zusammengefasst werden, dass sie durchaus eine Möglichkeit zur frühen Erkennung von psychischen Störungen darstellt. Dennoch erreicht sie nur bedingt die primäre Zielgruppe und scheint nur einen Teil der von psychischen Störungen betroffenen Kinder adäquat und korrekt zu erfassen.

4.2.3.3 Die Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) ist eine einmalige Untersuchung im Alter von 5 bis 6 Jahren. Die Teilnahme ist für alle Kinder verpflichtend. Die SEU stellt somit die einzige Totalerfassung einer Altersgruppe im deutschen Gesundheitswesen dar (Kelle 2010). Zuständig für dieses Angebot ist in den meisten Bundesländern der kinder- und jugendärztliche Dienst der Gesundheitsämter. Zielsetzung der Untersuchung ist die Überprüfung der Schulfähigkeit, also die Klärung der Frage, ob die körperlichen und medizinischen Voraussetzungen für eine schulische Ausbildung gegeben sind (vgl. Kelle 2010). Methodik und Vorgehen werden in der Regel durch die jeweils zuständigen Ministerien oder entsprechende Einrichtungen auf Landesebene festgelegt. Nordrhein-Westfalen (NRW) geht beispielsweise nach dem »Bielefelder Modell« vor, nach dem Befunde der Körpermaße, des Kopfes, der inneren Organe, des Skelettes, der Haut, der Konstitution, der Harnorgane, des zentralen Nervensystems und des Verhaltens zu dokumentieren sind (vgl. LIGA 2006). Diese Befunde werden in NRW seit 2010 durch das »sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen« (SOPESS) erhoben, das gemeinsam von den Gesundheitsämtern, vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit und vom Zentrum für klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen entwickelt wurde (Daseking et al. 2009). SOPESS erfasst Vorläuferkriterien, die als Prädiktoren für den Erwerb von Lesen, Schreiben und Rechnen gelten. Zwar soll per Definition auch das Verhalten bzw. damit verbundene Auffälligkeiten der Kinder Beachtung finden (vgl. Petermann et al. 2009), jedoch mangelt es in der Regel an einem strukturierten, flächendeckend etablierten und standardisierten Verfahren zur Erfassung derartiger Probleme (vgl. Burchard et al. 2010). Pro Kind ist ein Untersuchungszeitraum von 30 Minuten vorgesehen, was sich aus einer 10-minütigen Testdurchführung durch nichtärztliches Personal und einer 20-minütigen ärztlichen Untersuchung zusammensetzt (Petermann et al. 2009).

Die Schuleingangsuntersuchung unterscheidet sich gegenüber den beiden vorangegangenen Angeboten dadurch, dass sie, wie berichtet, flächendeckend alle Kinder einer Alterskohorte erreicht. Die Möglichkeiten zur Früherkennung sind jedoch durch zwei Faktoren begrenzt. So handelt es sich bei der SEU um eine einmalige Untersuchung; eine Verlaufskontrolle des Verhaltens ist nicht möglich. Darüber hinaus birgt der geringe zeitliche Rahmen und das Fehlen von standardisierten Verfahren zur Erfassung von psychischen Auffälligkeiten das Risiko, dass von einer psychischen Störung betroffene oder bedrohte Kinder nicht erkannt werden.

Tabelle 14: Zusammenfassende Klassifizierung der Schuleingangsuntersuchung aus präventiver Perspektive nach Tröster

Ansatz	Begründung
Sekundär- und Tertiärprävention	Die Schuleingangsuntersuchung verfolgt das Ziel, die Schulfähigkeit der Kinder vor deren Einschulung zu prüfen. Bestehen Bedenken, z.B. aufgrund von Entwicklungsverzögerungen, werden Interventionen initiiert (z.B. zurücksetzen der Einschulung), um diesen bestehenden Risikofaktoren zu begegnen. Dies kann entweder frühzeitig geschehen, wenn Symptome noch nicht voll entfaltet sind (sekundäre Prävention), oder aber wenn bereits psychische, physische und/ oder psychosoziale Beeinträchtigungen manifest sind (tertiäre Prävention).
Unspezifische Prävention	Die Schuleingangsuntersuchung begutachtet alle Bereiche, die für die Beschulung relevant sind. Es wird kein Fokus auf einen speziellen Bereich gelegt.
Verhaltens- und Verhältnisprävention	Bei potenziellen schulrelevanten Risikofaktoren oder bestehenden Problemen besteht die Möglichkeit, die Einschulung eines Kindes zurückzusetzen (Verhältnisprävention). Parallel erhalten Eltern eine Befundrückmeldung, die weitere Hilfsmaßnahmen ermöglichen und initiieren soll (Verhaltensprävention).
Universelle Prävention	Vor der Einschulung muss (in den meisten Bundesländern) jedes Kind an der Schuleingangsuntersuchung teilnehmen. Entsprechend gibt es keine Selektion der Teilnehmer und auch keine Nichtteilnahmen.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Tröster (2009).

4.2.4.4 Bestehendes präventives Potenzial im Vorschulalter

Es bleibt festzuhalten, dass durch die drei in Deutschland bestehenden institutionellen und standardisierten Angebote ein Teil der auffälligen Kinder, sowohl somatisch, pädagogisch als auch psychisch, erfasst wird. Dennoch werden durch Lücken in der Frequentierung sowie methodische Lücken (z.B. unspezifische Ansätze) auch viele dieser Kinder bis zur Einschulung nicht erkannt. Folglich werden die betroffenen Eltern nicht frühzeitig, noch im symptomarmen Stadium, an das Versorgungssystem verwiesen, um frühzeitig Hilfen zu initiieren, bevor sich psychische oder psychosoziale Beeinträchtigungen manifestieren konnten.

Der Kindergarten stellt ein durch Fachkräfte begleitetes hoch frequentiertes Angebot für Kinder ab dem dritten Lebensjahr dar, auf Wunsch der Eltern auch schon vorher. Das Fachpersonal, meistens Erzieherinnen, erlebt die Kinder täglich und für mehrere Stunden. Dieser enge Kontakt erlaubt es, durch Beobachtung der sozialen Interaktion der Kinder sowie den eigenen Kontakt auffälliges Verhalten zu erkennen. Dies stellt die große präventive Chance im Rahmen dieses Angebotes dar. Der Auftrag des Kindergartens ist die Betreuung, Erziehung und zukünftig auch Bildung der Kinder; er ist jedoch zu keinem Zeitpunkt ein Untersuchungssetting. Entsprechend sind die dort arbeitenden Fachkräfte nicht speziell für das Erkennen psychischer Störungen geschult oder fachlich dafür qualifiziert. Gemäß dem Arbeitsauftrag ist eine ausschließlich pädagogische Perspektive auf die Kinder und deren Probleme vorgesehen. Ab wann ein Problem abseits der Pädagogik auch psychisch bzw. psychiatrisch relevant wird, kann demnach kaum oder nur schwer eingeschätzt werden. Insofern können Krankheitsbilder dort erst erkannt werden, wenn sie die pädagogische Arbeit beeinträchtigen. Neben diesem Problem erreicht der Kindergarten nicht alle Kinder, da zwar ein gesetzlicher Anspruch nach dem dritten Lebensjahr besteht und eine Ausweitung auch vor dem dritten Lebensjahr ab 2013 im Gespräch ist, die Annahme dieses Angebots durch die Eltern jedoch

freiwillig ist. Wie in Kapitel 4.2.3.1 dargestellt, nimmt zwar ein großer Anteil der Eltern dieses Angebot wahr, jedoch gibt es empirische Belege, dass gerade Eltern mit Hochrisikokindern einen großen Teil der Nichtteilnehmenden ausmachen. Das geplante Betreuungsgeld, das Eltern erhalten sollen, die ihr Kind selbst betreuen, anstatt den Kindergarten zu frequentieren, wird die Zahl der Nichtteilnahmen voraussichtlich noch weiter ansteigen lassen. Gerade für ökonomisch schlechter gestellte Eltern wird diese neue Option attraktiv erscheinen, da nun die Möglichkeit besteht, statt Geld für die Kinderbetreuung im Rahmen des Kindergartens ausgeben zu müssen, durch eine Nichtteilnahme nicht nur finanzielle Mittel zu sparen, sondern sogar Einnahmen zu erhalten. Da gerade ökonomisch schlechter gestellte Familien aufgrund niedriger Ressourcen eine Risikogruppe für Verhaltensauffälligkeiten darstellen, birgt der Ansatz des Betreuungsgeldes die Gefahr, die Teilnahme gerade derjenigen Kinder am Kindergarten zu verringern, die von diesem Angebot potenziell am meisten profitieren.

Die Kindervorsorgeuntersuchung stellt eine Anzahl kurzer standardisierter medizinischer Untersuchungen dar, welche bis zum 10. Lebensjahr verortet sind. Wo der Kindergarten die Kinder hochfrequent über einen längeren Zeitraum erlebt, sind die U-Untersuchungen vergleichsweise kurz und in größeren Abständen etabliert. Eine Beobachtung der sozialen Interaktion und der damit verbundenen Auffälligkeiten ist daher nur begrenzt in der Laborsituation der jeweiligen Untersuchung möglich. Anders als im vorangegangenen Angebot zielen die U-Untersuchungen darauf ab, Risikofaktoren für eine normative Entwicklung aufzuzeigen und die Eltern bei Bedarf über mögliche Interventionen aufzuklären und zu beraten. Die untersuchenden Pädiater sind speziell für die Diagnose entwicklungsrelevanter Auffälligkeiten im Kindesalter geschult. Spezialisten für die Diagnose von psychischen Störungen können sie jedoch aufgrund ihres breit gefächerten Aufgabenspektrums nicht sein (unspezifische Prävention). Wie in Kapitel 4.2.3.2 ausführlicher dargelegt, deuten verschiedene Studien darauf hin, dass ein bedeutender Teil psychisch auffälliger Kinder nicht frühzeitig durch die Kindervorsorgeuntersuchungen erkannt werden. Die Vermutung liegt nahe, dass dies neben den bereits angesprochenen Faktoren auch darin begründet liegt, dass die Kindervorsorgeuntersuchungen wie auch der Kindergarten freiwillige Angebote darstellen und dadurch nicht alle Kinder erreicht werden. Wie beim Kindergarten setzen sich die Nichtteilnehmer zu einem großen Teil aus den Kindern zusammen, die der Hochrisikogruppe für psychische Störungen zuzurechnen sind.

Die Schuleingangsuntersuchung ist, zumindest in den meisten Bundesländern, das einzig verpflichtende Angebot, das alle Kinder vor der Einschulung erreicht. Sie stellt allerdings eine einmalige, auf 30 Minuten beschränkte Untersuchung dar, in der eine große Bandbreite von schulrelevanten Fähigkeiten abgefragt werden soll. Etwaige psychische Störungen und Auffälligkeiten sollen zwar auch abgeklärt werden, eine gezielte spezifische Methodik zur Erfassung gibt es jedoch nicht. Die subjektive Einschätzung der untersuchenden Ärzte ist daher oft die einzige Möglichkeit, die psychische Konstitution der Kinder zu beurteilen. Der Untersuchungscharakter mit minimalen zeitlichen Ressourcen in einer Laborsituation erschwert wie auch bei den U-Untersuchungen zusätzlich eine Beobachtung und Einschätzung des kindlichen Verhaltens.

Das bestehende Netz zur Prävention psychischer Auffälligkeiten beinhaltet regelmäßige ärztliche Untersuchungen (Kindervorsorgeuntersuchungen), ein hochfrequentes pädagogisches Betreuungsangebot zur Unterstützung des familiären Systems (Kindergarten) und eine abschließende ärztliche Einschätzung der Entwicklung und Schulfähigkeit (Schuleingangsuntersuchung). Trotz dieses flächendeckenden Systems wird aus verschiedenen Gründen ein erheblicher Teil der von AD(H)S betroffenen Kinder nicht vor der Schulzeit erkannt. Die Vorschulzeit – eine Zeit, in der die Umweltbedingungen in der Regel noch einen geringen Nährboden für Chronifizierungstendenzen aufweisen (zumindest im Vergleich zu der Zeit nach der Einschulung), in der sich störungsbedingte problematische familiäre Interaktionen in der Regel noch nicht verfestigen konnten und in der bei Bedarf interveniert werden kann, *bevor* sich psychische und/ oder psychosoziale Beeinträchtigungen entwickelt haben – verstreicht in diesen Fällen ungenutzt. Das bestehende präventive Angebot hat demnach noch Optimierungspotenzial und -bedarf, um den Anteil früh Erkannter mit dem Ziel zu erhöhen, Betroffene und deren Eltern frühzeitig und zielgerichtet dem Hilfsangebot zuzuführen, um eine bestimmte gesundheitliche/ psychische Schädigung zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (Leppin 2004).

Die Fragestellungen dieser Studie können aufgrund der unspezifischen Ausrichtung der drei Institutionen sowie den ökonomischen und strukturierten Vorgaben nicht beantwortet werden. Durch die unspezifische Ausrichtung der Institutionen sowie der jeweiligen Methodik ist keine nach den gängigen Leitlinien und Klassifikationssystemen adäquate Diagnose einer AD(H)S möglich, was jedoch eine der grundlegenden Anforderungen an eine effektive Prävention darstellt (vgl. Tröster 2009). Aus diesem Grund wurde zur Beantwortung der zentralen Fragestellung nach der Effektivität einer Früherkennung der AD(H)S ein Modellprojekt evaluiert, das sich konkret auf psychische Störungen fokussiert und dadurch eine leitliniennahe Diagnostik zulässt. Durch die Anbindung an das bestehende System der Schuleingangsuntersuchung werden zudem alle Kinder einer Alterskohorte erreicht (universelle Prävention), und so einer Vorselektion von potenziellen Probanden vorgebeugt. Auf das »Modellprojekt zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter« wird im Folgenden ausführlicher eingegangen.

5. Modellprojekt zur Früherkennung psychischer Störungen

Das Projekt, die Methodik und die Evaluation der einzelnen Modelljahre des »Modellprojektes zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter« der LWL-Klinik Marsberg (KJP) wurden bereits 2010 durch den Autor dieser Arbeit mit Unterstützung von Dr. med. Falk Burchard, Chefarzt der Klinik, und Nadine Auer, Mitarbeiterin im Bereich Projektentwicklung, in der Zeitschrift »Forum für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie« des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP) veröffentlicht (vgl. Burchard et al. 2010). Das folgende Kapitel ist an diesen Artikel angelehnt. Diese Darstellung wurde ergänzt um die Ergebnisse des dritten und vierten Modelljahres, damit verbundene neue Erkenntnisse und Optimierungen.

5.1 Ausgangslage des Modellprojektes

Auf der Grundlage der in Kapitel 4.2.4.4 erläuterten Erkenntnis, dass ein bedeutender Teil von Kindern im Vorschulalter mit einer manifesten psychischen Störung durch das bestehende Versorgungssystem nicht oder falsch erkannt wird, der in den Kapiteln 4.1.3.6 und 4.1.5 dargestellten mit einer AD(H)S verbundenen Entwicklungsrisiken und den in Kapitel 4.2 dargestellten Notwendigkeit von Früherkennung bei psychischen Störungen entwickelte die LWL-Klinik Marsberg (KJP) ein Konzept, das die vorschulische Früherkennung von AD(H)S durch ein spezifisches Angebot ergänzen soll. Dieses neue Konzept verfolgt das Ziel, psychische Erkrankungen von Kindern noch vor der Einschulung und den damit verbundenen neuen Anforderungs- und Behandlungsfaktoren zu erkennen und den Eltern durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Befundrückmeldung und Beratung zukommen zu lassen. Diese Beratung soll dabei helfen, die Betroffenen frühzeitig an Hilfen zu verweisen, noch bevor sich Auffälligkeiten chronifizieren und komorbide Störungen entstehen können (vgl. Burchard et al. 2010).

Um dieses Ziel umzusetzen, bestanden die Möglichkeiten, ein neues Angebot neben dem bestehenden Versorgungssystem aufzubauen, oder aber an eines der drei bestehenden Angebote anzuknüpfen, um es zu erweitern. Aufbau und Etablierung eines neuen Angebotes waren aufgrund von ökonomischen und strukturellen Vorgaben nicht möglich. Neben der regulären Pflichtversorgung dreier Landkreise (Paderborn, Höxter und Hochsauerlandkreis) fehlen die personellen, strukturellen und finanziellen Ressourcen, um eine komplett neue Versorgungsstruktur aufzubauen und zu etablieren. Also blieb die Variante der Optimierung. Um zu vermeiden, dass die primäre Zielgruppe der Hochrisikokinder nicht oder nur teilweise erreicht wird, kam nur die verpflichtende Schuleingangsuntersuchung (SEU) infrage. Neben der vollständigen Frequentierung durch die Vorschulkinder bietet die SEU eine gute strukturelle Grundlage, die Methodik des Projektes flächendeckend und übertragbar zu etablieren. Eine Anbindung zum Beispiel an Kindervorsorgeuntersuchungen hätte bedeutet, alle Pädiater der teilnehmenden Landkreise einzeln zu kontaktieren, deren Bereitschaft zur Mitarbeit zu sichern

und in die Methodik einzuarbeiten. Neben einem sehr hohen Aufwand darf angezweifelt werden, dass alle Pädiater einzeln erreicht worden wären und strukturiert in die Methodik hätten eingearbeitet werden können. Darüber hinaus wäre die Übertragbarkeit auf andere Landkreise, bei einer etwaigen Ausweitung des Projektes, schwierig und mit sehr hohem Aufwand verbunden gewesen. Die Untersuchungsform der Schuleingangsuntersuchung hingegen ist in den einzelnen Landkreisen durch die Gesundheitsämter zentral gesteuert. Statt eine Vielzahl selbstständiger Ärzte zu kontaktieren, reicht pro Landkreis der Kontakt zu dieser einen koordinierenden Institution. Dadurch war es möglich, alle durchführenden Untersucher zu erreichen und strukturiert in die Methodik einzuarbeiten. Ein flächendeckendes, einheitliches, strukturiertes und übertragbares Vorgehen war so möglich.

Abseits von diesem Anspruch ist die SEU zu einem Zeitpunkt verortet (5. bis 6. Lebensjahr der Probanden), an dem psychische Störungen am ehesten zu diagnostizieren sind. Je jünger der Proband, desto schwieriger die Unterscheidung zwischen normativem Spieltrieb und z.B. einer AD(H)S-Symptomatik. Der Kindergarten wurde ausgeschlossen, da es sich bei diesem Angebot nicht um eine medizinische Untersuchung handelt und ein Verfahren zur Früherkennung psychischer Störungen nicht ohne größeren Aufwand in dessen Arbeit integriert werden kann. Es hätten neue Untersuchungsstrukturen erschlossen und etabliert werden müssen, die wiederum durch die Fachkräfte des Kindergartens nicht hätten durchgeführt werden können. Bei der SEU handelt es sich hingegen um ein etabliertes Untersuchungssetting, an dem speziell für derartige Aufgaben ausgebildete ärztliche Fachkräfte beteiligt sind. Eine feste Struktur unter Leitung der Gesundheitsämter bestand bereits.

Aus diesem Grund entwickelte der Chefarzt der LWL-Klinik Marsberg (KJP), Dr. med. Falk Burchard, zusammen mit der damaligen Leiterin der Projektentwicklung Anne Regniet und in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern der Landkreise Paderborn und Höxter sowie des Hochsauerlandkreises ein entsprechendes Vorgehen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung, welches im Anschluss ausführlich erläutert wird. Wissenschaftlich beraten wurde das Projekt durch Prof. Dr. M. Huss, damals Universität Mainz, und Dr. B. Schimmelmann, damals Universität Essen. In der Schuleingangsuntersuchung der Jahre 2007/08 trat das Modellprojekt in die Praxisphase ein. Seitdem ist die LWL-Klinik Marsberg bestrebt, das Projekt zur Früherkennung psychischer Störungen weiterzuführen und zu etablieren. Die Kooperation mit den Gesundheitsämtern spielt bei diesem Vorhaben eine zentrale Rolle: Ohne ihre Mitarbeit ist die 1. Screeningstufe und somit der flächendeckende Kontakt zu den Kindern nicht möglich. Die 1. Screeningstufe stellt eine bisher auf freiwilliger Basis geleistete Mehrarbeit der Ärztinnen und Ärzte aus den Gesundheitsämtern in einem schon gut gefüllten Arbeitsalltag dar.

5.2 Methodik

Während den vorbereitenden Planungen mit den Gesundheitsämtern wurde ersichtlich, dass die bestehende SEU nicht durch lange und umfassende Screening- und Testprozeduren ergänzt werden kann. Pro Kind sind 30 Minuten Untersuchungszeit angesetzt, mehr einzuräumen ist aufgrund der Anzahl an zu untersuchenden Kindern pro Jahrgang nicht möglich. Aus

diesem Grund wurden zwei zeitökonomisch vorteilhafte Screeninginstrumente im Rahmen der SEU etabliert, um, ohne den Anspruch auf eine ausführliche Diagnostik zu erheben, in einem ersten Durchlauf potenziell auffällige Kinder zu ermitteln. Die Eltern der so erkannten Kinder erhielten anschließend die Möglichkeit, an einer zweiten, ausführlicheren Screeningstufe in einer der vier Ambulanzen der LWL-Klinik Marsberg (KJP) teilzunehmen. Dieses Vorgehen hatte den positiv zu bewertenden Nebeneffekt, dass die eigentliche Diagnostik durch auf den Bereich der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter spezialisierte und erfahrene Fachkräfte der KJP erfolgte. Im Folgenden wird nun auf das genaue Vorgehen dieser zwei Screeningstufen und die dabei verwendeten Instrumente näher eingegangen.

5.2.1 Die 1. Screeningstufe

Die erste Screeningstufe umfasst den SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) und den VEWU-Bogen (Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung). Durch die Kombination dieser beiden Instrumente findet sowohl die Perspektive der Eltern Beachtung, die ihr Kind gut kennen, jedoch zu seinen Gunsten befangen sind, als auch die objektivere Perspektive des Untersuchers, der das Kind jedoch nur kurz im Rahmen der SEU erlebt.

5.2.1.1 SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire

Der SDQ ist ein 25 Items umfassender Eltern- bzw. Lehrerfragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten im Alter von 4 bis 16 Jahren. Er wurde 1997 von Goodman in Großbritannien veröffentlicht und noch im selben Jahr in die deutsche Sprache übersetzt (SDQ-Deu) (vgl. Klasen et al. 2003). Aufbauend auf den Eltern- und Lehrerfragebögen wurde seit Veröffentlichung ein Selbstbewertungsbogen für Jugendliche im Alter von 11 bis 16 Jahren und eine Version speziell für das Vorschulalter (3-4 Jährige) ergänzt. Jeweils 5 Fragen des SDQ-Bogens beziehen sich auf eine der folgenden Störungen: emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme unter Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten. Zu jeder Frage gibt es 3 Antwortmöglichkeiten (nicht zutreffend, teilweise zutreffend und eindeutig zutreffend) mit unterschiedlichen Scores (0-2). Alle 5 Antworten aus einem Bereich werden addiert. Die sich daraus ergebende Summe wird als »unauffällig«, »grenzwertig« oder »auffällig« eingestuft. Als unauffällig werden die unteren 80% der Kinder definiert, der Auffälligenbereich umfasst die obersten 10% und der Grenzbereich die 10% dazwischen. Nach den auf die fünf Bereiche bezogenen Items folgen ergänzende Fragen zur allgemeinen Einschätzung und Problemwahrnehmung der Eltern, seit wann Probleme auftreten und in welchen Lebensbereichen. Wird in einem der 5 Bereiche oder im Gesamtscore ein Cutoff überschritten, der sich aus der Summe der Subskalen außer dem prosozialem Verhalten ergibt, liegt in dem entsprechenden Bereich eine potenzielle Auffälligkeit vor.

Validierungsstudien zeigten, dass der SDQ hochsignifikant mit der etablierten und wesentlich längeren CBCL (Child Behavior Checklist) korreliert (Becker 2007; Woerner et al. 2004). Für die deutsche Version des SDQ-Bogens konnten Woerner et al. (2002) in einer bundesweit repräsentativen Felderhebung von 930 sechs- bis 16-jährige Probanden, deren Eltern die Elternversion des Instrumentes ausfüllten, die Normierung des englischen Bogens

bestätigen. Geringe Effekte aufgrund des Alters, des Geschlechtes und des sozioökonomischen Hintergrundes bestehen in der Gesamtproblemwertung, jedoch nicht in den Subskalen (Woerner et al. 2002). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) liegt bei der Gesamtproblemwertung mit 0,82 in einem guten Bereich, die einzelnen Subskalen liegen im Bereich fragwürdig ($\geq 0,60 / < 0,7$) bis akzeptabel ($\geq 0,7 / < 0,8$) (Klasen et al. 2003). Vor dem Hintergrund des Modellprojektes sind die Ergebnisse der Subskalen zum Bereich Hyperaktivität und Verhaltensprobleme zu erwähnen. Die interne Konsistenz der Subskala Hyperaktivität liegt nach Klasen et al. (2003) mit 0,76 in einem akzeptablen, die der Verhaltensprobleme mit 0,60 in einem fragwürdigen Bereich.

Der im Rahmen der ersten Screeningstufe verwendete SDQ-Elternfragebogen ist eine gekürzte Version des ursprünglichen Instruments. Die verwendete Version beginnt mit einem kurzen Text zur Erläuterung des Projektes und der Einverständniserklärung der Eltern zur Weitergabe der anonymisierten Daten an die LWL-Klinik Marsberg (KJP) sowie zur späteren wissenschaftlichen Auswertung. Das dieser Einleitung folgende Instrument bestand im ersten Modelljahr aus den fünf Fragen zum Bereich Hyperaktivität, im weiteren AD(H)S genannt, und den Kontrollfragen aus der Elternperspektive, ob das Kind Probleme in den Bereichen Stimmung, Konzentration, Verhalten und/oder Umgang mit Anderen hat (1), inwiefern das Kind unter den Schwierigkeiten leidet (2) und inwiefern die Eltern selbst unter den Schwierigkeiten leiden (3). Jede der drei Kontrollfragen konnte wie bei dem regulären SDQ-Bogen mit »nein«, »Ja, leichte Schwierigkeiten«, »Ja, deutliche Schwierigkeiten« und »Ja, massive Schwierigkeiten« beantwortet werden. Ab dem zweiten Modelljahr wurde der Bereich der Verhaltensprobleme, im weiteren SSV genannt, ergänzt. Den Eltern wird im Zuge der Schuleingangsuntersuchung der SDQ-Elternfragebogen mit der Bitte ausgehändigt, diesen auszufüllen. Das Modellprojekt richtet sich bei den Zuweisungskriterien zur zweiten ausführlicheren Screeningstufe nach den gängigen Cutoffs des »auffälligen«-Bereichs, Probanden aus dem Grenzbereich erhalten keine Zuweisung. Demnach wurden die obersten 10% der Probanden aus einem der Bereiche AD(H)S oder SSV als Risikogruppe aus Elternperspektive definiert. Neben den Bereichen AD(H)S und SSV erhielten all jene Probanden eine Zuweisung, bei denen die Eltern in einer der drei Kontrollfragen deutliche Schwierigkeiten angaben.

Im fünften Modelljahr wurden die Cutoffs des SDQ-Bogens überarbeitet. Grundlage für diese Bemühungen war die Rückmeldung von den untersuchenden Ärzten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (1. Screeningstufe), dass aus ihrer klinischen Perspektive zwar viele Probanden mit einer tatsächlichen Störung durch die aktuelle SDQ-Version erfasst werden (richtig-positive), jedoch auch sehr viele Probanden, die keine Störung aufweisen (falsch-positive). Abseits dieser zwar flächendeckenden, sich jedoch nicht anhand von Daten zu belegenden klinischen Perspektive bestand das Problem, dass durch den SDQ-Bogen derart viele Probanden eine Zuweisung zur zweiten Screeningstufe erhalten haben, dass bei einer strikten Zuweisung aller Auffälligen die Kapazität der zweiten Screeningstufe weit überschritten worden wäre. Deswegen gingen die Schulärzte der Landkreise dazu über, den SDQ-Bogen für die Zuweisung zur zweiten Screeningstufe kaum noch zu verwenden. Um den Elternfragebogen für die erste Screeningstufe wieder praktikabel zu gestalten, wurde der Versuch unternom-

men, den SDQ-Bogen anhand der vorliegenden Daten der ersten vier Modelljahre zu schärfen, um bei möglichst geringer Verschlechterung der Sensitivität eine deutliche Verbesserung der Spezifität zu erreichen. Das sollte entweder durch eine Item-Reduktion erreicht werden oder durch eine Anhebung der Cutoffs der einzelnen Subskalen. Korrelationsanalysen belegten eindeutig, dass es kein Item gab, das so schwach mit einem anderen korrelierte, dass seine Entfernung ohne negative Auswirkungen auf die Ergebnisqualität bliebe. Vor diesem Hintergrund wurde die Möglichkeit einer Itemreduktion verworfen. Anhand vorliegender Daten der vorangegangenen Modelljahre wurde daher eruiert, welche Cutoff-Variante das beste Verhältnis zwischen Sensitivität und Spezifität versprach. Es lagen 4.251 komplette Datensätze des SDQ-Bogens der 1. Screeningstufe vor sowie 102 komplette SDQ-Datensätze, bei denen ebenfalls Ergebnisse der 2. Screeningstufe vorlagen (inklusive Diagnosen). Anhand dieser Daten konnte simuliert werden, wie sich der Anteil an richtig-positiven und falsch-positiven Zuweisungen bei einer Veränderung der Zuweisungskriterien verhält. Dadurch konnte eine überarbeitete und vielversprechende neue Cutoff-Variante gefunden werden. Die Simulation mit diesen neuen Cutoffs ergab, dass auf der Grundlage der vorliegenden Daten anstatt 14,37% nur noch 4,61% aller Teilnehmer der SEU als potenziell auffällig erkannt worden wären. Der Verlust an richtig-positiven Probanden, die durch die Anhebung der Cutoffs keine Zuweisung zur 2. Screeningstufe erhalten hätten, betrug 46,88%. Ein Teil dieser Probanden hätte zwar durch den SDQ-Bogen keine Zuweisung erhalten, jedoch durch den VEWU-Bogen, sodass der tatsächliche Verlust an richtig-positiven Probanden, die keine Zuweisung zur zweiten Screeningstufe erhalten hätte, niedriger als die 46,88% gelegen hätte. Die Anzahl der tatsächlichen Verluste an richtig-positiven wäre demnach niedriger gewesen. Die Einführung dieser neuen Cutoffs wurde erst nach der folgenden Auswertung der ersten vier Modelljahre vorgenommen. Die Auswertung über diese ersten vier Modelljahre ist demnach noch unberührt von den Veränderungen. Ob sich die Anpassung in der Praxis bewährt, wird sich in den Auswertungen der folgenden Modelljahre zeigen.

5.2.1.2 VEWU – Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung

Der VEWU-Bogen (Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung) ist ein Fremdbeurteilungsbogen, der vom untersuchenden Arzt am Ende der SEU ausgefüllt wird. Er wurde von Döpfner et al. aus dem Amerikanischen übersetzt, in Deutschland erstmals als VWU 1998 veröffentlicht und sollte zur Einschätzung des Verhaltens während psychologischer Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund von Verhaltensauffälligkeiten verwendet werden (Döpfner et al. 2000b). Der VEWU-Bogen ist eine Weiterentwicklung dieses Instruments. Die 11 Items des VWU wurden von Wüst und Döpfner auf 10 reduziert (Wüst 2010). Diese Items bezogen sich auf das Instruktionsverständnis, Kooperation, Interesse an den Aufgaben, Unsicherheit/Ängste, Frustrationstoleranz, motorische Unruhe, Ablenkbarkeit und Konzentration, Impulsivität, Arbeitsgeschwindigkeit und Aufmerksamkeit suchendes Verhalten des Kindes. Jede Frage konnte mit 5 vorformulierten Antworten beantwortet werden. Jeder dieser Antworten wurde ein Score (1-5) zugeordnet. Je höher der Score, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer potenziellen Auffälligkeit. Das Instrument VEWU

wurde im Landkreis Olpe an 1.573 Kindern erprobt. Aus der itembezogenen Häufigkeitsverteilung wurden Cutoffs, zwischen 0,9 und 5,7%, erstellt. Es fand somit eine eigene Normierung statt. Itembezogen wurden durch Cutoffs die auffälligsten 0,9-5,7% der Probanden identifiziert und als Risikogruppe definiert. Diese Cutoffs haben sich auch in den ersten Modelljahren als praktikabel erwiesen. Im Laufe der beiden Modelljahre wurden von den ehemals 10 Items nur noch die 6 für eine AD(H)S Aussagekräftigsten beibehalten (Interesse an Aufgaben, Unsicherheit/Ängstlichkeit, Frustrationstoleranz, motorische Unruhe, Ablenkbarkeit und Konzentration/Impulsivität). Es wird von einer potenziellen, durch weitere Diagnostik zu prüfende Verhaltensauffälligkeit ausgegangen, wenn bei einer dieser Fragen der Cutoff überschritten wird. Im dritten Modelljahr wurde auf dem VEWU-Bogen aufgrund der Bitte der Gesundheitsämter, das Instrument zeitökonomischer zu gestalten, noch vor den Fragen, ein Ankreuzfeld ergänzt. Dieses Feld fragt ab, ob der Proband anhand des VEWU-Bogens als auffällig gilt oder nicht. Diese Änderung führte jedoch im dritten Modelljahr dazu, dass die Anzahl der durch den VEWU-Bogen als auffällig erkannten Probanden in allen drei Landkreisen stark zurückging. Auf diesen Rückgang Bezug nehmende Projekttreffen mit den Gesundheitsämtern ergaben, dass die Einführung der Abfrage bei den untersuchenden Ärzten dazu geführt hatte, statt die Fragen des VEWU-Bogens standardmäßig zu nutzen vermehrt subjektiv entschieden wurde, ob der Proband aufgrund des klinischen Eindrucks auffällig oder unauffällig war. Häufig wurde der VEWU-Bogen nach Angaben der Untersucher nur bei einer wahrgenommenen Auffälligkeit ausgefüllt. Wurde der Proband durch die Untersucher jedoch als nicht auffällig erlebt, wurden VEWU-Bogen in den allermeisten Fällen nicht ausgefüllt und stattdessen das Feld »unauffällig« angekreuzt. Der VEWU-Bogen wurde effektiv deutlich weniger genutzt. Dieses Vorgehen führte zu besagtem deutlichem Einbruch der VEWU-Auffälligkeiten, auf dem in Kapitel 5.4 (S. 99ff.) näher eingegangen wird. Im vierten Modelljahr wurde in Abstimmung mit den Gesundheitsämtern die Abfrage nach auffällig/unauffällig wieder vom VEWU-Bogen entfernt. Die Ergebnisse stabilisierten sich daraufhin im vierten Modelljahr und glichen sich weitestgehend den vorangegangenen Modelljahren an.

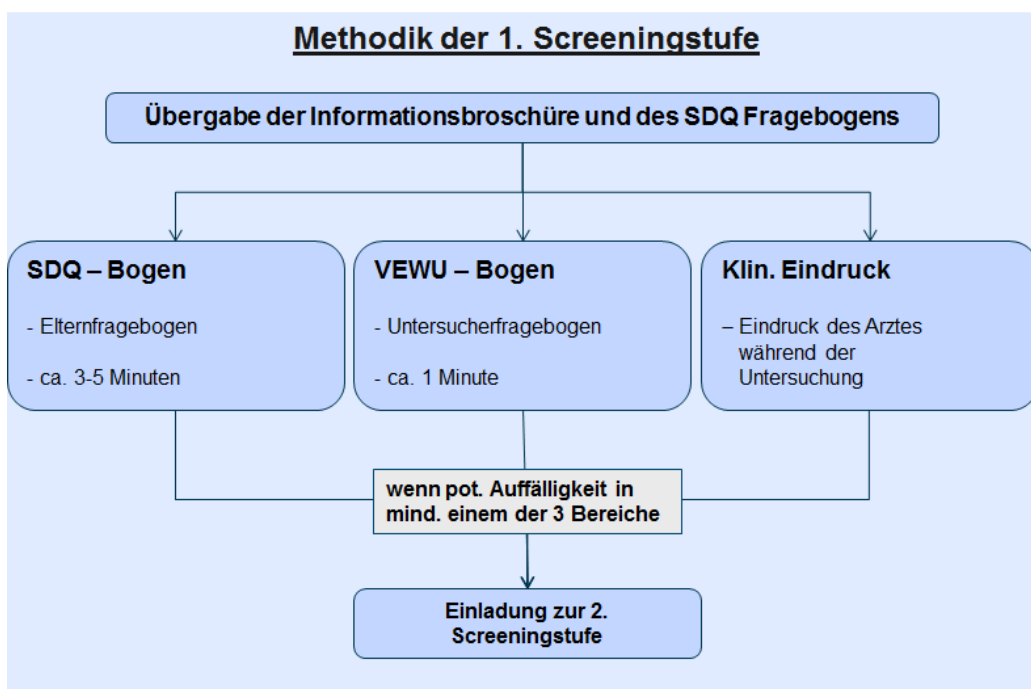
5.2.1.3 Klinischer Eindruck

Im fünften Modelljahr wurde ein drittes Zuweisungskriterium ergänzt, der klinische Eindruck des untersuchenden Arztes. Dieses Kriterium sollte der Erfahrung der untersuchenden Ärzte Rechnung tragen und auch eine Teilnahme derjenigen Patienten an der 2. Screeningstufe ermöglichen, die aus ärztlicher Sicht potenziell psychisch auffällig sind, jedoch nicht durch den SDQ- oder den VEWU-Bogen erkannt wurden. Einziges Zuweisungskriterium stellt die Einschätzung des untersuchenden Arztes auf der Grundlage der während der Untersuchung durchgeführten Beobachtungen dar. Die Abfrage wurde auf dem VEWU-Bogen untergebracht. Zum Zeitpunkt dieser Arbeit lagen Daten aus den ersten vier Modelljahren vor. Da das neue Zuweisungskriterium (der klinische Eindruck) erst im fünften Modelljahr etabliert wurde, ist es nicht Teil der folgenden Auswertung.

5.2.1.4 Ablauf

Auf der Grundlage der beiden Bögen (SDQ und VEWU) und der eigenen Einschätzung (klinischer Eindruck) entscheidet der Arzt, ob die Eltern eine Empfehlung erhalten, ihr Kind in einer der Ambulanzen vorzustellen oder nicht. Eine Empfehlung zur 2. Screeningstufe soll immer dann ausgesprochen werden, wenn in einem Bereich des SDQ- und/oder VEWU-Bogens der Cutoff überschritten wird und/ oder ein Verdacht anhand der Verhaltensbeobachtung bei dem untersuchenden Arzt vorliegt.

Abbildung 11: Methodik der ersten Screeningstufe



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Eltern auffällig eingestufte Kinder haben nun die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, ob sie das Angebot der zweiten Screeningstufe annehmen oder nicht. Entscheiden sie sich für das Angebot, unterschreiben sie eine Einverständniserklärung zur Weitergabe der nicht anonymisierten Daten durch das Gesundheitsamt an die LWL-Klinik Marsberg (KJP) sowie die Erlaubnis zur Kontaktaufnahme durch die Klinik. Die SDQ- und VEWU-Bögen werden mittels eines standardisierten Rückmeldebogens an die dem Wohnort der Probanden am nächsten gelegenen Ambulanzen gesendet und dort verwahrt. Die weitere Terminabstimmung mit der Ambulanz obliegt den Eltern.

5.2.2 Die 2. Screeningstufe

Die zweite Screeningstufe beinhaltet einen Anamnesebogen bzw. ein Anamnesegespräch, einen computergestützten Continuous Performance Test (CPT) mit Bewegungsmessung (Aktometer), einen Ruhescan (Aktometer), dem CBCL 4-18 Elternfragebogen, ein klinisches Interview (SNAP-IV) durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und eine mündliche Befundrückmeldung inklusive Beratung durch den genannten Facharzt.

5.2.2.1 Anamnese

Die Anamnese ist in der Medizin (und somit auch für die Psychiatrie) ein integraler Bestandteil (vgl. Hartmann 1973; Biermann 1962). Sie gilt als eine der wichtigsten Methoden, um eine psychische Problematik zu erfassen. Rund 70% aller Diagnosen können schon aufgrund einer Anamnese mit anschließender Exploration gestellt werden (vgl. Remschmidt 1992). Neben der biografischen Tatsachenerhebung vor dem Hintergrund einer potenziellen psychischen Störung dient die Anamnese den Patienten, im Fall des Präventionsprojektes den Eltern, dazu, sich der Vergangenheit im Kontext des Screenings noch einmal bewusst zu werden. Dadurch dient sie neben der Diagnostik ebenfalls als Wegbereiter der später eingesetzten Instrumente wie etwa dem CBCL-Elternfragebogen und dem klinischen Interview SNAP-IV. Psychosoziale und gesellschaftliche Faktoren haben in vielen Fällen einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung von psychischen Störungen (vgl. Barkley 1998; Döpfner et al. 1998a). Um diese Wirkfaktoren zu erfassen, die Störung zu verstehen und Interventionsstrategien zu entwickeln, stellt die Erhebung der (Kranken-)Geschichte die erste Maßnahme einer Diagnostik dar.

5.2.2.2 Aktometertestung

Die Aktometertestung ist ein computergestütztes Verfahren zur Ergänzung einer AD(H)S-Diagnostik, das sich noch in der Erprobungsphase befindet. Entwickelt wurde dieses Verfahren von Prof. Dr. M. Huss (Mainz) in Zusammenarbeit mit der Firma MediTech. In dem Abschlussbericht zum AD(H)S-Messgerät von 2007 schreibt Huss auf der Grundlage ausgewerteter Daten von $n=1.591$ Probanden, dass die Stärke der Aktometertestung in ihren Screening-Eigenschaften liege. Die Aktometertestung solle jedoch nicht unabhängig von anderen Diagnostikinstrumenten Verwendung finden, sondern lediglich im Kontext anderer Verfahren. Bei der Aktometertestung wird mithilfe eines Doppler-Radars die motorische Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeit eines Probanden gemessen. Die Aktometertestung setzt sich aus zwei Untertests zusammen, dem Continuous Performance Test (CPT) und dem Ruhescan. Begonnen wird üblicherweise mit dem CPT. Bei diesem Testverfahren nimmt der Proband eine sitzende Position etwa 2m vor dem Aktometergerät ein. Über eine LED-Matrix werden über 10 Minuten lang 6 unterschiedliche Symbole in unterschiedlichen Intervallabfolgen gezeigt. Die Aufgabe besteht darin, innerhalb kurzer Zeit einen Taster immer dann zu drücken, wenn eine bestimmte Symbolkombination erscheint. Ziel dieser Testung ist die Erfassung der selektiven Aufmerksamkeit, der Daueraufmerksamkeit und der Impulsivität. Parallel dazu wird mithilfe des Doppler-Radars die motorische Unruhe während der Untersuchung gemessen. Nach einer zweiminütigen Pause folgt der Ruhescan über ebenfalls 10 Minuten. Bei diesem Testdurchlauf wird der Proband angehalten, möglichst ruhig zu sitzen, ohne eine Aufgabe aktiv zu erfüllen. Das Doppler-Radar misst dabei die Bewegungsintensität. Neben dem CPT und dem Ruhescan beobachtet die durchführende Kraft das Verhalten des Probanden in den Testsituationen und dokumentiert es deskriptiv in einem Befundbogen, in dem auch die Ergebnisse des CPTs und des Ruhescans eingetragen werden.

5.2.2.3 CBCL – Child Behavior Checklist (4-18)

Mithilfe des Elternfragebogens CBCL 4-18 werden Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren erfasst (Achenbach et al. 1983). Der Fragebogen ist zweigeteilt und erfasst im ersten Teil die Elternperspektive auf die Bereiche der Aktivitäten, sozialen Kompetenz und Schule in drei Kompetenzskalen. Der zweite Teil besteht aus 120 Items, in denen potenzielle Verhaltensauffälligkeiten in 8 verschiedenen Bereichen erfasst werden (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich depressiv, soziale Probleme, schizoid/zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten). Die Itemformulierung ist möglichst einfach gehalten, der Fragebogen kann daher auch von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau beantwortet werden (Döpfner et al. 1994). Auf der Grundlage von Studien zum 1. Teil der CBCL 4-18 ergab sich eine geringe Konsistenz der Kompetenzskalen (Remschmidt\ Walter 1990). Aus diesem Grund findet im Präventionsprojekt nur der 2. Teil der CBCL 4-18 Anwendung.

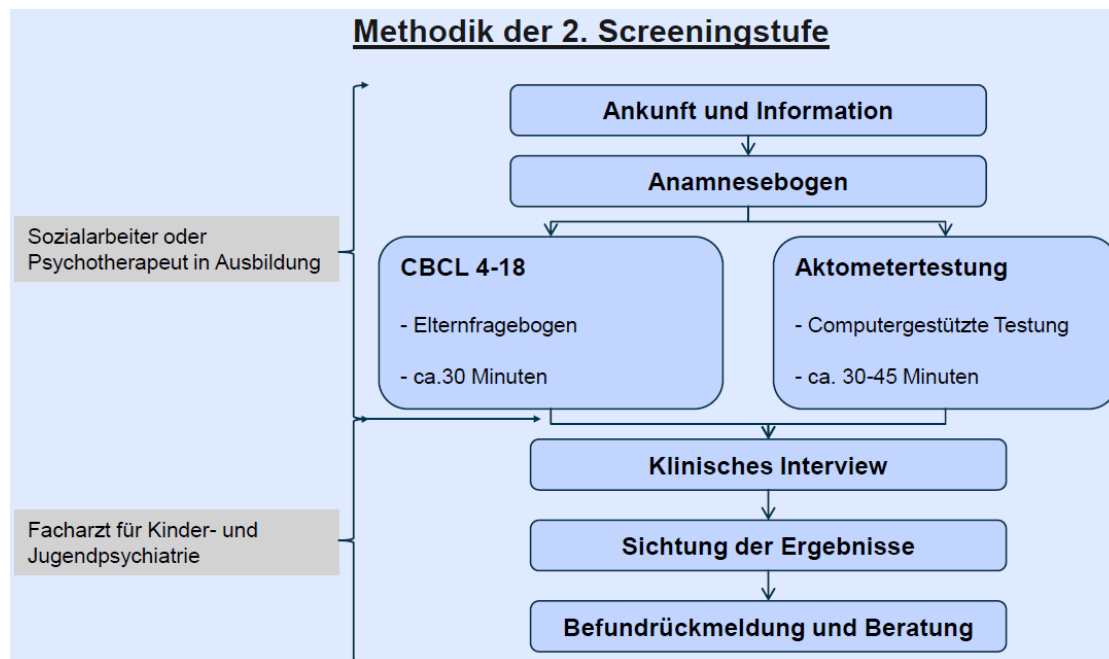
5.2.2.4 SNAP VI

Bei dem SNAP (Swanson, Nolan and Pelham) handelt es sich um einen Lehrer- und Eltern-Fragenkatalog zur Abklärung einer AD(H)S nach den Kriterien des DSM-IV, das von Swanson Nolan und Pelham 1983 veröffentlicht wurde. 1983 in Anbindung an das damals gültige DSM-III (SNAP III) erstmals veröffentlicht, wurde der SNAP 1992 auf das DSM-IV aktualisiert (Swanson 1992). Im Rahmen der 2. Screeningstufe werden nur die Teile des SNAP IV genutzt, die Aufschluss darüber geben, ob eine AD(H)S-Erkrankung vorliegt oder nicht. Der differenzialdiagnostische Teil findet keine Verwendung. Es wird also nur auf die 18 AD(H)S-Items zurückgegriffen, welche jeweils mit nie/selten (Score 0), gelegentlich (Score 1), häufig (Score 2) und sehr häufig (Score 3) beantwortet werden können. Die Summe der Antwort-Scores wird addiert. Ergibt sich ein Wert von ≥ 24 , so wird, orientiert an der DSM-IV Definition, von einer Störung ausgegangen. Der Facharzt geht den Fragebogen im Rahmen seines klinischen Interviews mit den Eltern durch.

5.2.2.5 Ablauf

Zu Beginn der 2. Screeningstufe wird mit den Eltern zunächst ein Anamnesegespräch durchgeführt, in dem die Entwicklung des Kindes von der Schwangerschaft an eruiert wird. Darauf folgend werden die Kinder mit dem Aktometer getestet. Während das Kind die Aktometer-Testung durchläuft, werden die Eltern gebeten, den CBCL 4-18 auszufüllen. In einem anschließenden Beratungsgespräch mit dem Facharzt der Ambulanz werden die Informationen aus dem Anamnesegespräch und der Auswertung des CBCLs zusammengeführt. Zudem führt der Facharzt mit den Eltern ein strukturiertes klinisches Interview inklusive dem SNAP-IV durch.

Abbildung 12: Methodik der zweiten Screeningstufe



Quelle: Eigene Darstellung.

Erhärtet sich der Verdacht aus der ersten Screeningstufe, werden den Eltern Optionen eröffnet, wie sie ihrem Kind helfen können, zum Beispiel durch Aufklärung und psychoedukative Elternarbeit, Gruppentrainings, Konzentrationstrainings, soziale Kompetenztrainings, die in vernetzten lokalen Kompetenzteams angeboten werden, an denen Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Beratungsstellen, Schulsozialarbeiter, niedergelassene Fachtherapeuten (Ergotherapeuten, Heilpädagogen, Logopäden etc.) sowie Lehrer mitwirken. In einigen Fällen bietet sich auch eine vertiefende Diagnostik als erster weitergehender Schritt nach einer Verdachtsdiagnose im Rahmen der zweiten Screeningstufe an.

5.2.3 Leitliniennähe der AD(H)S Diagnose des Präventionsprojektes

Im Hinblick auf die primäre Fragestellung der Arbeit und auch im Hinblick auf die Voraussetzungen gelingender Früherkennung und Prävention (s. Kap. 3, S. 14ff.) gilt es zu belegen, dass »die organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen für eine gezielte Diagnostik der Risikopersonen vorhanden sind« (Tröster 2009). Den aktuellen Standard einer validen AD(H)S-Diagnose stellen die in Kapitel 4.1.3.4 (S. 32ff.) beschriebenen Leitlinien für ein standardisiertes Vorgehen bei der Diagnosefindung dar. Diese Vorgaben erfordern eine eingehende Auseinandersetzung mit dem potenziell betroffenen Kind oder Jugendlichen, dessen Eltern und mindestens einem familienexternen Bezugssystem. Um das Krankheitsbild AD(H)S sicher zu diagnostizieren, ist darüber neben konkreter Fachkenntnis zudem ein hohes Maß an zeitlichen und strukturellen Ressourcen erforderlich. Die vorgegebenen Untersuchungsschritte sind mitunter zeitaufwendig, wie etwa Explorationsgespräche oder psychologische Testungen, und hinsichtlich der Struktur müssen die Instrumente der einzelnen Testungen vorhanden sein. Es gilt nun zu prüfen, inwieweit das Präventionsprojekt diesen Vorga-

ben in Abgrenzung zu den regulären Systemen nachkommen kann und dadurch eine leitlinienkonforme AD(H)S-Diagnostik gewährleistet.

Die bestehenden vorschulischen Systeme können diese strukturellen Voraussetzungen aufgrund ihrer unspezifischen Ausrichtung und der jeweiligen strukturellen Rahmenbedingungen nicht erfüllen. So ist der Kindergarten eine *pädagogische* Betreuungsform, deren Auftrag und Möglichkeiten nicht in der Diagnostizierung von psychischen Belastungen und Störungen liegen. Die Schuleingangsuntersuchung ist eine *einmalige* kurze medizinische Untersuchung zur Abklärung der Schuleignung. Psychische Störungen werden nicht speziell erfasst bzw. diagnostiziert; dies wäre auch durch die zeitliche Einengung der Untersuchung – 30 Minuten Untersuchungszeit pro einzuschulendes Kind – nicht möglich. Die letzte Untersuchungsform, die Serie der Kindervorsorgeuntersuchungen, setzt sich aus kontinuierlichen und regelmäßigen medizinischen Untersuchungen bis zum 18. Lebensjahr zusammen. Trotz der medizinischen Untersuchung und der im Vergleich zur Schuleingangsuntersuchung hohen, die Entwicklung kontinuierlich flankierenden Frequenz, ist eine leitlinienkonforme Diagnose im Rahmen dieser Untersuchung nicht möglich. Die Kindervorsorgeuntersuchung ist zum einen ein *unspezifischer Ansatz*, der das Ziel hat, entwicklungsgefährdende Risiken zu erkennen und Hilfen zu initiieren. Ebenso unspezifisch wie die Untersuchung ist auch die fachliche Ausrichtung der durchführenden Ärzte (Pädiater); sie sind nicht speziell für die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen ausgebildet. Ihnen stehen im Rahmen dieser Untersuchungsform nicht die zeitlichen und strukturellen Ressourcen zur Verfügung, um Leitliniengetreu eine AD(H)S zu diagnostizieren.

Bei der Beantwortung der Fragestellung, ob eine leitliniengetreue valide AD(H)S-Diagnose vor der Einschulung möglich ist, bilden diese drei Systeme demnach nicht die erfolgversprechende Basis für eine wissenschaftliche Überprüfung. Aus diesem Grund musste eine Alternative gefunden werden, die sich in Form des Präventionsprojektes zur Früherkennung psychischer Störungen auftat. Das Präventionsprojekt erfüllt in der 1. Screeningstufe nicht die Anforderungen einer leitliniennahen Diagnose, sondern stellt ein reines Screeningverfahren dar, das darauf abzielt, eine Risikogruppe zu identifizieren, die anschließend in eine zweite ausführlichere Screeningstufe überführt werden soll. Diese zweite Stufe besteht aus explorativen Anteilen (Anamnese und klinisches Interview), Fragebogenverfahren (SDQ, CBCL 4-18) und Verhaltensbeobachtungen (VEWU, Aktometertestung). Testpsychologische Verfahren, organische Diagnostik und eine Verlaufskontrolle sind jedoch nicht Teil dieser zweiten Untersuchung. Die zweite Untersuchungsstufe erfüllt demnach nicht vollständig die Bedingungen der von der Bundesärztekammer (2006b) erlassenen Leitlinien. Anstelle einer leitlinienkonformen AD(H)S-Diagnose wird daher im Kontext des Präventionsprojektes von einer leitliniennahen AD(H)S-Diagnose gesprochen. Es gilt demnach zu prüfen, inwieweit mit dieser leitliniennahen Methodik eine valide AD(H)S-Diagnose noch vor der Einschulung möglich ist.

5.2.4 Präventives Potenzial des Modellprojektes in Abgrenzung zum bestehenden vorschulischen Versorgungssystem

Das Modellprojekt erfüllt einige für die Früherkennung und Prävention wichtige Aspekte, welche die bestehenden drei Institutionen ebenfalls bereits erfüllen. So erreicht das Modellprojekt in der ersten Screeningstufe alle Kinder einer Alterskohorte vor deren Einschulung (universelle Prävention). Nichtteilnahmen und eine Selektion von Teilnehmern werden vermieden. Alle Schichten der Gesellschaft, auch jene die als Hochrisikogruppe gelten, werden somit erreicht. Im Rahmen der beiden Screeningstufen wird versucht, Frühindikatoren von psychischen Auffälligkeiten zu erkennen mit dem Ziel, durch eine Befundrückmeldung an die Eltern und eine entsprechende fachärztliche Beratung Hilfsangebote zu initiieren, noch bevor sich psychische und psychosoziale Beeinträchtigungen manifestieren können (symptomarmen Stadium; vgl. Tröster 2009). Eine entsprechende Beratung findet auch dann statt, wenn sich das Kind bereits im symptomatischen Stadium befindet. Das Präventionsprojekt stellt somit eine Sekundär- und Tertiärprävention dar, wobei der fokussierte Schwerpunkt im sekundären Bereich liegt.

In Abgrenzung zu den drei bestehenden Verfahren der vorschulischen Früherkennung (Kindergarten, Kindervorsorgeuntersuchungen, Schuleingangsuntersuchung) stellt das Modellprojekt ein spezifisches Angebot dar, das sich auf psychische Auffälligkeiten fokussiert. Im Rahmen der ersten Screeningstufe ist das Präventionsprojekt wie beschrieben ein universelles Angebot und erreicht entsprechend viele Teilnehmer. Im zweiten Schritt des Projektes, der zweiten Screeningstufe, handelt es sich um eine indizierte Prävention, also eine Prävention, die eine durch die vorangegangene Screeningstufe identifizierte Risikogruppe fokussiert. Die erste Screeningstufe hat somit eine Filterfunktion im Vorfeld der ausführlicheren zweiten Stufe. Die ausführliche Untersuchung wird nur bei den Teilnehmern durchgeführt, bei denen Anzeichen einer psychischen Störung festgestellt wurden (Frühindikatoren und Symptome). Dadurch wird eine leitliniennahe Diagnostik ermöglicht (vgl. Tröster 2009). Durch die Vorauswahl der Teilnehmer der ausführlichen zweiten Screeningstufe stellt das Verfahren eine ökonomische Variante der Früherkennung dar, vorausgesetzt, dass die Methodik der ersten Screeningstufe eine vertretbare Sensitivität und Spezifität aufweist, was im Weiteren zu prüfen sein wird.

Die primären Unterschiede des Präventionsprojektes zum bestehenden Versorgungssystem sind somit dessen spezifische Ausrichtung auf psychische Auffälligkeiten und die auf die universelle Prävention (1. Screeningstufe) folgende indizierte Prävention (2. Screeningstufe). Durch diese beiden Unterschiede ist, anders als bei den anderen Ansätzen, eine leitliniennahe Diagnose einer AD(H)S möglich, die eine wichtige Grundlage für eine effektive Prävention bildet (vgl. Tröster 2009). Günstige Rahmenbedingungen für eine AD(H)S-Diagnose sind somit vorhanden. Es bleibt zu prüfen, ob sich eine AD(H)S im Vorschulalter anhand der gängigen Leitlinien bzw. der leitliniennahen Methodik des Modellprojektes auch valide diagnostizieren lässt.

Tabelle 15: Zusammenfassende Beschreibung des Präventionsprojektes aus präventiver Perspektive

Ansatz	Begründung
Sekundär- und Tertiärprävention	Das Modellprojekt verfolgt das Ziel, Frühindikatoren (sekundäre Prävention) und bereits manifeste Symptome (tertiäre Prävention) bei Vorschulkindern zu identifizieren.
Spezifische Prävention Verhaltensprävention	Das Projekt ist auf psychische Störungen fokussiert. Bei festgestellten Frühindikatoren oder Symptomen erhalten die Eltern eine Befundrückmeldung sowie eine fachärztliche Beratung über bestehende Hilfsangebote. Diese Rückmeldungen sollen wiederum die Frequentierung von Hilfsangeboten durch die Eltern fördern, um Hilfen zu einem Zeitpunkt zu initiieren, an dem sich noch keine psychischen oder psychosozialen Beeinträchtigungen manifestiert haben.
Universelle und indizierte Prävention	Im ersten Schritt (1. Screeningstufe) erreicht das Projekt alle Kinder und deren Eltern vor der Einschulung (universelle Prävention). Im Rahmen dieser ersten Stufe werden Kinder herausgefiltert, bei denen Frühindikatoren oder manifeste Symptome psychischer Störungen festgestellt wurden. Diese Risikogruppe wird der zweiten ausführlicheren Stufe zugeführt (indizierte Prävention).

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Tröster (2009).

5.3 Projektbegleitende Evaluation

Die Ergebnisse der 1. und 2. Screeningstufe aus den vergangenen Modelljahren wurden in Kooperation mit den beteiligten Gesundheitsämtern der Landkreise Paderborn und Höxter sowie des Hochsauerlandkreises evaluiert.

In der ersten Screeningstufe besteht jedes der verwendeten Instrumente (VEWU, SDQ und der Rückmeldebogen) aus mehreren Durchschreibeseiten, wobei auf dem jeweils letzten Bogen alle Felder, die eine Zuweisung des Bogens zu einem bestimmten Probanden erlauben, unkenntlich gemacht wurden. Die anonymisierten Bögen werden von den Gesundheitsämtern gesammelt und, mit Zustimmung der Eltern, im Anschluss der jeweiligen Schuleingangsuntersuchungen an das Projektbüro der LWL-Klinik Marsberg (KJP) zur statistischen Auswertung versendet. Die restlichen Bögen gehen jeweils an die Eltern, das Gesundheitsamt und, bei einem Befund innerhalb der 1. Screeningstufe, an die Ambulanz, in der die 2. Screeningstufe durchgeführt wird.

Innerhalb der 2. Screeningstufe werden die Daten der 1. Stufe aller jener Probanden gesammelt, deren Eltern der zweiten Screeningstufe und der Weitergabe der Ergebnisse zugestimmt haben. Die bisher erhobenen Daten werden festgehalten, ebenso wie die Ergebnisse der zweiten Screeningstufe. Die Eltern der teilnehmenden Probanden können durch eine Einverständniserklärung ihre Bereitschaft zur späteren Rekontaktierung und zur anonymisierten wissenschaftlichen Auswertung geben.

Die Evaluation beschränkte sich auf die teilnehmenden Probanden zum Zeitpunkt der Einschulung bzw. der SEU. Primär erlauben die erhobenen Daten Rückschlüsse über die Frequentierung der einzelnen Screeningstufen des Präventionsprojektes, die Zusammensetzung der Auffälligkeiten sowie Art und Umfang der diagnostizierten Befunde. Rückschlüsse bezüglich der Validität der Diagnose, des Effekts des Projektes auf die teilnehmenden und diagnostizierten Probanden bzw. ihren weiteren Werdegang nach Diagnose und Beratung sind nicht möglich.

5.4 Ergebnisse der Modelljahre 2007 bis 2011

Tabelle 16: Auswertungen der Modelljahre 2007 bis 2011

Auswertung der Modelljahre 1 - 4 des Präventionsprojektes												
	Paderborn				Höxter				HSK			
	07 08	08 09	09 10	10 11	07 08	08 09	09 10	10 11	07 08	08 09	09 10	10 11
Teilnehmer SEU	3052	3202	2993	3068	1487	1554	1355	1453	2815	3219	2502	2705
Teilnehmer S1	2844	2874	2452	2468	1366	1451	1231	1366	1144	2283	1644	2805
%	93,18%	89,76%	81,92%	80,44%	91,86%	93,37%	90,85%	94,01%	40,64%	70,92%	65,71%	103,70%
Auffällig S1 insgesamt	304	249	260	208	185	177	138	142	37	222	138	227
%	10,69%	8,66%	10,60%	8,43%	13,54%	12,20%	11,21%	10,40%	3,23%	9,72%	8,39%	8,09%
nur SDQ auffällig	144	182	246	146	92	68	98	66	KA	152	132	195
%	5,06%	6,33%	10,03%	5,92%	6,73%	4,69%	7,96%	4,83%		6,66%	8,03%	6,95%
nur VEWU auffällig	53	50	4	38	57	58	30	61	KA	54	6	13
%	1,86%	1,74%	0,16%	1,54%	4,17%	4,00%	2,44%	4,47%		2,37%	0,36%	0,46%
VEWU & SDQ auffällig	37	17	10	24	36	51	10	15	KA	16	0	19
%	1,30%	0,59%	0,41%	0,97%	2,64%	3,51%	0,81%	1,10%		0,70%	0,00%	0,68%
Bögen eingegangen in Ambulanz	46	45	24	48	81	110	82	100	28	62	34	41
%	1,62%	1,57%	0,98%	1,94%	5,93%	7,58%	6,66%	7,32%	2,45%	2,72%	2,07%	1,46%
Vorstellung in Ambulanz - Tein. S2	27	23	10	25	46	57	53	55	16	30	24	22
%	0,95%	0,80%	0,41%	1,01%	3,37%	3,93%	4,31%	4,03%	1,40%	1,31%	1,46%	0,78%
davon nur SDQ Auffällig	KA	5	1	1	KA	1	2	4	KA	11	11	11
%		0,17%	0,04%	0,04%		0,07%	0,16%	0,29%		0,48%	0,67%	0,39%
davon nur VEWU Auffällig	KA	9	0	12	KA	39	24	34	KA	10	8	7
%		0,31%	0,00%	0,49%		2,69%	1,95%	2,49%		0,44%	0,49%	0,25%
davon VEWU & SDQ auffällig	KA	6	6	12	KA	9	23	11	KA	5	3	3
%		0,21%	0,24%	0,49%		0,62%	1,87%	0,81%		0,22%	0,18%	0,11%
S2 besucht OHNE S1 Zuweisung	KA	3	3	0	KA	8	4	6	KA	4	2	1
%		0,10%	0,12%	0,00%		0,55%	0,32%	0,44%		0,18%	0,12%	0,04%
Mit Befund	26	21	10	23	41	53	50	44	11	23	13	15
%	0,91%	0,73%	0,41%	0,93%	3,00%	3,65%	4,06%	3,22%	0,96%	1,01%	0,79%	0,53%
SDQ Auffällig & S2 Befund	KA	5	1	1	KA	1	2	4	KA	8	5	7
%		0,17%	0,04%	0,04%		0,07%	0,16%	0,29%		0,36%	0,30%	0,25%
VEWU Auffällig & S2 Befund	KA	8	0	10	KA	38	23	27	KA	8	5	6
%		0,28%	0,00%	0,41%		2,62%	1,87%	1,98%		0,36%	0,30%	0,21%
SDQ&VEWU Auffällig & Befund	KA	6	6	12	KA	8	21	10	KA	5	2	1
%		0,21%	0,24%	0,49%		0,55%	1,71%	0,73%		0,22%	0,12%	0,04%
KEIN SDQ&VEWU auffällig ABER Befund S2	KA	2	3	0	KA	6	4	3	KA	2	1	1
%		0,07%	0,12%	0,00%		0,41%	0,32%	0,22%		0,09%	0,06%	0,04%

	Gesamt				Insgesamt alle Modelljahre
	07 08	08 09	09 10	10 11	
Teilnehmer SEU	7354	7975	6850	7226	29405
Teilnehmer S1	5354	6608	5327	6639	23928
%	72,80%	82,88%	77,77%	91,88%	81,37%
Auffällig S1 insgesamt	526	648	536	577	2287
%	9,82%	9,81%	10,06%	8,69%	9,56%
nur SDQ auffällig	KA	402	476	407	
%		6,08%	8,94%	6,13%	
nur VEWU auffällig	KA	162	40	112	
%		2,45%	0,75%	1,69%	
VEWU & SDQ auffällig	KA	84	20	58	
%		1,27%	0,38%	0,87%	
Bögen eingegangen in Ambulanz	155	217	140	189	701
%	2,90%	3,28%	2,63%	2,85%	2,93%
Vorstellung in Ambulanz - Tein. S2	89	110	87	102	388
%	1,66%	1,66%	1,63%	1,54%	1,62%
davon nur SDQ Auffällig	KA	17	14	16	
%		0,26%	0,26%	0,24%	
davon nur VEWU Auffällig	KA	58	32	53	
%		0,88%	0,60%	0,80%	
davon VEWU & SDQ auffällig	KA	20	32	28	
%		0,30%	0,60%	0,39%	
S2 besucht OHNE S1 Zuweisung	KA	15	9	7	
%		0,23%	0,17%	0,11%	
Mit Befund	78	97	73	82	330
%	1,46%	1,47%	1,37%	1,24%	1,38%
SDQ Auffällig & S2 Befund	KA	14	8	12	
%		0,21%	0,15%	0,18%	
VEWU Auffällig & S2 Befund	KA	54	28	43	
%		0,82%	0,53%	0,65%	
SDQ&VEWU Auffällig & Befund	KA	19	29	23	
%		0,29%	0,54%	0,35%	
KEIN SDQ&VEWU auffällig ABER Befund S2	KA	10	8	4	
%		0,15%	0,15%	0,06%	

Quelle: Eigene Erhebung.

Anmerkungen zu Tabelle 16

»Teilnehmer SEU«	Alle Kinder, die in dem entsprechenden Jahrgang im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (SEU) durch das zuständige Gesundheitsamt untersucht wurden.
»Teilnehmer S1«	Alle Probanden, die an der 1. Screeningstufe des Modellprojektes teil genommen haben.
»Auffällig S1 insgesamt«	Alle Probanden, die aus der 1. Screeningstufe mit einem potenziellen Befund (SDQ- und/ oder VEWU-Bogen) hervorgegangen sind und eine Empfehlung zur 2. Screeningstufe erhalten haben.
»Bögen eingegangen in Ambulanz«	Die Anzahl der Probanden, die nach der 1. Screeningstufe eine Zuweisung zur 2. Screeningstufe erhalten haben und zum Zeitpunkt der SEU der 2. Screeningstufe zugestimmt haben.
»Vorstellung in Ambulanz«	Anzahl der Probanden, die nach der 1. Screeningstufe eine Zuweisung zur 2. Screeningstufe erhalten haben und tatsächlich an der 2. Screeningstufe teilgenommen haben.
»Mit Befund«	Die Probanden, die an der 2. Screeningstufe teilgenommen haben und mit einem Befund (F-Diagnose) daraus hervorgegangen sind.
»KA«	Keine Angaben.

Zu Tabelle 16:

Bei dem Untersuchungsjahr 2007/2008 handelte es sich um den Pilotdurchgang für das Präventionsprojekt. Bei der Einführung in die Praxis kam es in den einzelnen Landkreisen teilweise noch zu unterschiedlichen Eigenarten in der Umsetzung. So begann zum Beispiel der Hochsauerlandkreis mit der flächendeckenden Untersuchung erst, nachdem schon fast die Hälfte der Kinder die SEU durchlaufen hatte. Im Landkreis Paderborn wurden die Zuweisungskriterien zur 2. Screeningstufe sehr genau erfasst, die Empfehlung zur zweiten Screeningstufe jedoch nach subjektiven Kriterien anstatt den Zuweisungskriterien der beiden Screeninginstrumente SDQ und VEWU ausgesprochen. Aufgrund dieser Artefakte werden in der Übersichtsdarstellung des ersten Modelljahres (2007/2008) nur gemittelte Daten aufgeführt.

Das Artefakt von 103,7% S1-Teilnahmen im Hochsauerlandkreis, gemessen an der Grundgesamtheit aller untersuchten Kinder im Modelljahr 4 (10/11), ergibt sich, da hier fälschlicherweise Bögen aus dem aktuellen fünften Modelljahr dem vierten zugeordnet wurden. Eine Trennung der anonymisierten Daten ist im Nachhinein jedoch nicht mehr möglich. Die tatsächliche Frequentierung der ersten Screeningstufe im vierten Modelljahr ist somit nicht mehr zu ermitteln. Die restlichen Ergebnisse bleiben von dieser Verfälschung jedoch unberührt, da sie sich auf die vorliegenden und eingegebenen Daten beziehen.

Im zweiten Modelljahr (2008/2009) stimmten die Gesundheitsämter ihr Vorgehen aufeinander ab und das Verfahren wurde weiter optimiert. So wurde der SDQ-Bogen der 1. Screeningstufe um 5 Items aus dem Bereich der »Verhaltensprobleme« ergänzt (siehe oben). Der VEWU-Bogen wurde um ein Informationsfeld erweitert, das Rückschlüsse zulässt, durch welches Instrument (SDQ, VEWU oder beides) eine Zuweisung zur zweiten Screeningstufe im Einzelfall erfolgt ist.

Die Modelljahre weisen in den einzelnen Bereichen, abseits von einigen durch die unterschiedliche Handhabung im 1. Modelljahr zurückzuführenden Artefakten, eine weitgehende Konstanz auf. Im weiteren Verlauf werden deutliche Hinweise darauf beschrieben, dass Kinder mit einer psychischen Störung durch das Verfahren erkannt werden. Die hier beschriebene

Konstanz der Ergebnisse über vier Modelljahre ist ein weiterer Hinweis auf die Validität des verwendeten Instrumentariums.

Die Bereitschaft, an diesem die Schuleingangsuntersuchung ergänzenden Angebot teilzunehmen, ist zufriedenstellend. Unter Ausschluss der beiden bereits angesprochenen Artefakte des ersten und des vierten Modelljahres, welche den Anteil der Projektteilnahmen verzerren, liegt die Frequentierung bei durchschnittlich 81,37%. Der Anteil der durch die 1. Screeningstufe als potenziell auffällig erkannten Probanden auf Ebene der einzelnen Landkreise liegt zwischen 8,39% (HSK – 09/10) und 13,54% (HX – 07/08). Dieser Prozentsatz deckt sich mit Prävalenzraten manifester psychischer Störungen von Kindern im Vorschulalter oder solchen, die von einer psychischen Störung bedroht sind (Hölling et al. 2007). Das Artefakt des 1. Modelljahres im Hochsauerlandkreis mit 3,23% liegt in den von den anderen Landkreisen abweichenden Zuweisungskriterien begründet. So wurde nicht allen Probanden, die die Zuweisungskriterien zur 2. Screeningstufe erfüllten, eine Empfehlung ausgesprochen. Ab dem zweiten Modelljahr wurden die Zuweisungskriterien der beiden Instrumente der 1. Screeningstufe verwendet, woraufhin sich die Ergebnisse der 1. Screeningstufe denen der anderen Landkreise anpassten.

5.4.1 Verteilung der Auffälligkeiten im Rahmen der 1. Screeningstufe – 1/2

Tabelle 17: Anzahl der Auffälligen der beiden Screeningbögen SDQ und VEWU

	Paderborn				Höxter				HSK			
	07/08	08/09	09/10	10/11	07/08	08/09	09/10	10/11	07/08	08/09	09/10	10/11
Auffällige S1 gesamt	304	249	260	208	185	177	138	142	37	222	138	227
%	10,69%	8,66%	10,60%	8,43%	13,54%	12,20%	11,21%	10,40%	3,23%	9,72%	8,39%	8,09%
Auffällige SDQ	181	199	256	170	128	119	108	81	KA	168	132	214
%	6,36%	6,92%	10,44%	6,89%	9,37%	8,20%	8,77%	5,93%		7,36%	8,03%	7,63%
Auffällige VEWU	90	67	14	62	93	109	40	76	KA	70	6	32
%	3,16%	2,33%	0,57%	2,51%	6,81%	7,51%	3,25%	5,56%		3,07%	0,36%	1,14%

	Gesamt			
	07/08	08/09	09/10	10/11
Auffällige S1 gesamt	526	648	536	577
%	9,82%	9,81%	10,06%	8,69%
Auffällige SDQ	KA	486	496	465
%		7,35%	9,31%	7,00%
Auffällige VEWU	KA	246	60	170
%		3,72%	1,13%	2,56%

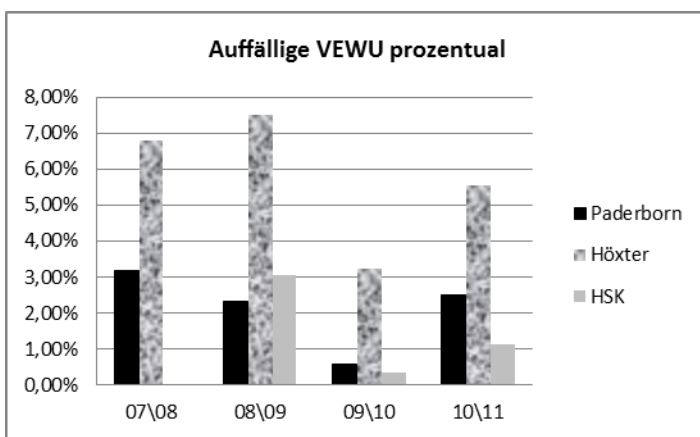
Anmerkung zu Tabelle 17:

Es fällt auf, dass die Summe der »Auffälligen SDQ« und »Auffälligen VEWU« größer ist als die jeweilige Stichprobe. Diese Diskrepanz ergibt sich aus dem Umstand, dass Probanden sowohl im SDQ-Bogen wie auch im VEWU-Bogen auffällig sein können. An dieser Stelle wurde die Anzahl der jeweiligen Auffälligen in dem Screeningbogen summiert. »Doppelauffällige« (SDQ und VEWU auffällig) wurden dabei nicht extrahiert.

Die im Vergleich zu den anderen beiden Landkreisen höhere Zahl der potenziell auffälligen Probanden im Landkreis Höxter lässt sich durch eine im Vergleich mit den anderen Landkreisen unterschiedliche Handhabung des VEWU-Instrumentes erklären. Der Anteil der VEWU-Zuweisungen ist, wie in Abbildung 13 zu sehen, im Landkreis Höxter deutlich höher als in den beiden anderen Landkreisen. Der Einbruch im dritten Modelljahr (09/10) ergibt sich vermutlich aus dem Umstand, dass in diesem Modelljahr der VEWU-Bogen um eine »unauffällig ja/nein« Abfrage am Anfang des Bogens ergänzt wurde (s. Kap. 5.2.1.2, S. 90f.). In späteren Kooperationsgesprächen mit den Gesundheitsämtern kam heraus, dass viele untersuchende

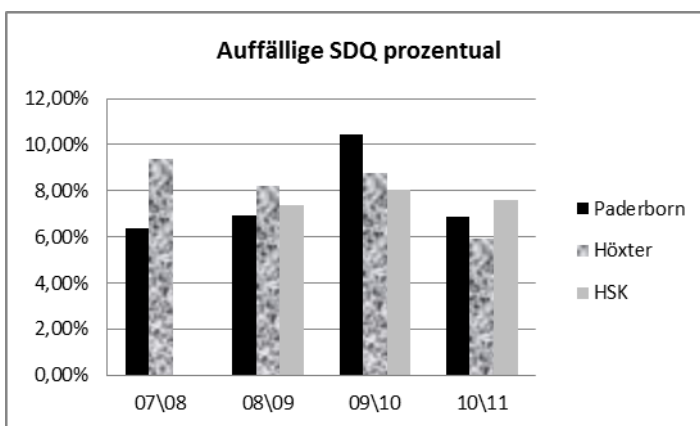
Ärzte dies fälschlicherweise als Vorauswahl verstanden, dass der VEWU-Bogen nur dann auszufüllen sei, wenn der untersuchende Arzt schon einen Verdacht habe. In dem folgenden Modelljahr wurde diese Abfrage auf dem VEWU-Bogen wieder entfernt, woraufhin sich die Anzahl der Befunde wieder dem Wert aus den Vorjahren annäherte. In den Landkreisen Paderborn und dem Hochsauerlandkreis wurde der VEWU-Bogen dennoch in der Regel nur dann von den untersuchenden Ärzten ausgefüllt bzw. angewandt, wenn die jeweiligen Untersucher subjektiv, vom VEWU-Bogen unabhängig, eine potenzielle Störung vermutet hatten. Demgegenüber wurde im Landkreis Höxter der VEWU-Bogen bei jedem Probanden, unabhängig von der Gesamteinschätzung der Untersucher ausgefüllt. Dieses Vorgehen führte zu einer wesentlich höheren Zuweisungsrate durch das Messinstrument VEWU (s. Abbildung 13).

Abbildung 13: Auffällige VEWU prozentual



Quelle: Eigene Erhebung.

Abbildung 14: Auffällige SDQ



Quelle: Eigene Erhebung.

Der Anteil der durch den SDQ-Bogen als potenziell risikobehaftet erfassten Probanden unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen den drei Landkreisen (Abbildung 14). Das Messinstrument SDQ hat sich auch in dieser Studie als ein gut standardisiertes Instrument erwiesen, das vergleichbare Ergebnisse liefert. Wie schon in Kapitel 5.2.1 (S. 88ff.) angesprochen, liegt die Anzahl der SDQ-Befunde, gemessen an der Grundgesamtheit aller S1-Teilnahmen, sehr hoch. Wie sich im weiteren Projektverlauf herausstellte, konnte nur von einem Bruchteil der in der ersten Screeningstufe mittels SDQ als auffällig erkannten Probanden der Anfangsver-

dacht bestätigt werden. Dies führte zu der Überarbeitung der SDQ-Cutoffs ab dem fünften Modelljahr. Das fünfte Modelljahr wurde zum Zeitpunkt der Niederschrift dieser Arbeit gerade durchgeführt, sodass noch keine auswertbaren Daten und somit auch keine Rückschlüsse auf den Effekt dieser Maßnahme vorlagen.

5.4.2 Verteilung der Auffälligkeiten im Rahmen der 1. Screeningstufe – 2/2

Tabelle 18: Zusammensetzung der Auffälligkeiten von VEWU- gegenüber SDQ-Befunden

	Paderborn				Höxter				HSK			
	07 08	08 09	09 10	10 11	07 08	08 09	09 10	10 11	07 08	08 09	09 10	10 11
Auffällige S1 gesamt	304	249	260	208	185	177	138	142	37	222	138	227
%	10,69%	8,66%	10,60%	8,43%	13,54%	12,20%	11,21%	10,40%	3,23%	9,72%	8,39%	8,09%
Auffällige nur SDQ	144	182	246	146	92	68	98	66	KA	152	132	195
%	5,06%	6,33%	10,03%	5,92%	6,73%	4,69%	7,96%	4,83%	KA	6,66%	8,03%	6,95%
Auffällige nur VEWU	53	50	4	38	57	58	30	61		54	6	13
%	1,86%	1,74%	0,16%	1,54%	4,17%	4,00%	2,44%	4,47%		2,37%	0,36%	0,46%
Auffällige SDQ & VEWU	37	17	10	24	36	51	10	15	KA	16	0	19
%	1,30%	0,59%	0,41%	0,97%	2,64%	3,51%	0,81%	1,10%		0,70%	0,00%	0,68%

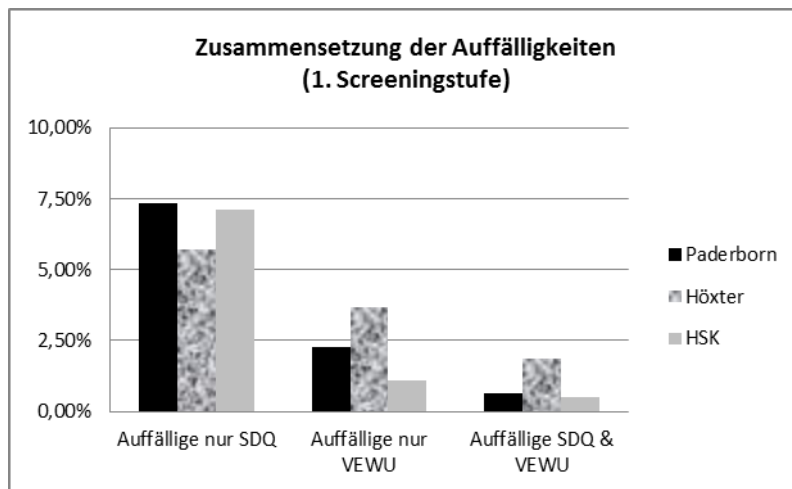
	Gesamt			
	07 08	08 09	09 10	10 11
Auffällige S1 gesamt	526	648	536	577
%	9,82%	9,81%	10,06%	8,69%
Auffällige nur SDQ	KA	402	476	407
%		6,08%	8,94%	6,13%
Auffällige nur VEWU	KA	162	40	112
%		2,45%	0,75%	1,69%
Auffällige SDQ & VEWU	KA	84	20	58
%		1,27%	0,38%	0,87%

	Paderborn	Höxter	HSK
	Alle Modelljahre*		
Auffällige S1 gesamt	717	457	587
%	9,20%	11,29%	8,72%
Auffällige nur SDQ	574	232	479
%	7,36%	5,73%	7,12%
Auffällige nur VEWU	92	149	73
%	2,27%	3,68%	1,08%
Auffällige SDQ & VEWU	51	76	35
%	0,65%	1,88%	0,52%

Anmerkung zu Tabelle 18:

Das erste Modelljahr wurde hier ausgeschlossen, da hierzu keine Daten aus dem HSK vorlagen.

Abbildung 15: Chart zu Tabelle 18



Quelle: Eigene Erhebung.

Ein weiterer Effekt der angesprochenen unterschiedlichen Verwendung des VEWU-Bogens in den einzelnen Landkreisen ist eine erheblich höhere Übereinstimmung der Untersuchereinschätzung (VEWU) mit der Elterneinschätzung (SDQ) bei potenziell belasteten Probanden im Landkreis Höxter in den Jahren 2007/08 und 2008/09 (s. Tabelle 18, Abbildung 15). Die niedrigeren Ergebnisse der Modelljahre 3 und 4 begründen sich voraussichtlich in der zeitweiligen Anpassung des VEWU Bogens, die sich als inadäquat erwiesen und der Nutzung dieses Instrumentes entgegengewirkt hat (s. Kap. 5.2.1.2, S. 90f.).

5.4.3 Teilnahme an der 2. Screeningstufe im Kontext der Zuweisungskriterien

Tabelle 19: Teilnahme an der 2. Screeningstufe nach Kreisen und Zuweisungskriterien

	Paderborn				Höxter				HSK			
	07/08	08/09	09/10	10/11	07/08	08/09	09/10	10/11	07/08	08/09	09/10	10/11
Vorstellung in Ambulanz - Teiln. S2	27	23	10	25	46	57	53	55	16	30	24	22
%	0,95%	0,80%	0,41%	1,01%	3,37%	3,93%	4,31%	4,03%	1,40%	1,31%	1,46%	0,78%
davon nur SDQ Auffällig	KA	5	1	1	KA	1	2	4	KA	11	11	11
%		0,18%	0,03%	0,04%		0,07%	0,14%	0,32%		0,96%	0,48%	0,67%
davon nur VEWU Auffällig	KA	9	0	12	KA	39	24	34	KA	10	8	7
%		0,31%	0,00%	0,49%		2,69%	1,95%	2,49%		0,44%	0,49%	0,25%
davon VEWU & SDQ auffällig	KA	6	6	12	KA	9	23	11	KA	5	3	3
%		0,21%	0,24%	0,49%		0,62%	1,87%	0,81%		0,22%	0,18%	0,11%
S2 besucht OHNE S1 Zuweisung	KA	3	3	0	KA	8	4	6	KA	4	2	1
%		0,10%	0,12%	0,00%		0,55%	0,32%	0,44%		0,18%	0,12%	0,04%
Erschienen aufgrund von SDQ	KA	11	7	13	KA	10	25	15	KA	16	14	14
%		0,38%	0,29%	0,53%		0,69%	2,03%	1,10%		0,70%	0,85%	0,50%
Erschienen aufgrund von VEWU	KA	15	6	24	KA	48	47	45	KA	15	11	10
%		0,52%	0,24%	0,97%		3,31%	3,82%	3,29%		0,66%	0,67%	0,36%

	Modelljahre				Insgesamt
	07/08	08/09	09/10	10/11	alle Modelljahre
Auffällig S1 insgesamt	526	648	536	577	2287
nur SDQ auffällig	KA	402	476	407	1521
%		62,04%	88,81%	70,54%	66,51%
nur VEWU auffällig	KA	162	40	112	424
%		25,00%	7,46%	19,41%	18,54%
VEWU & SDQ auffällig	KA	84	20	58	235
%		12,96%	3,73%	10,05%	10,28%
Vorstellung in Ambulanz - Teiln. S2	89	110	87	102	388
davon nur SDQ Auffällig	KA	17	14	16	47
%		15,45%	16,09%	15,69%	17,64%
davon nur VEWU Auffällig	KA	58	32	53	143
%		52,73%	36,78%	51,96%	53,36%
davon VEWU & SDQ auffällig	KA	20	32	26	78
%		18,18%	36,78%	25,49%	29,10%
		*erschienen ohne S1 Zuweisung			31

Quelle: Eigene Erhebung.

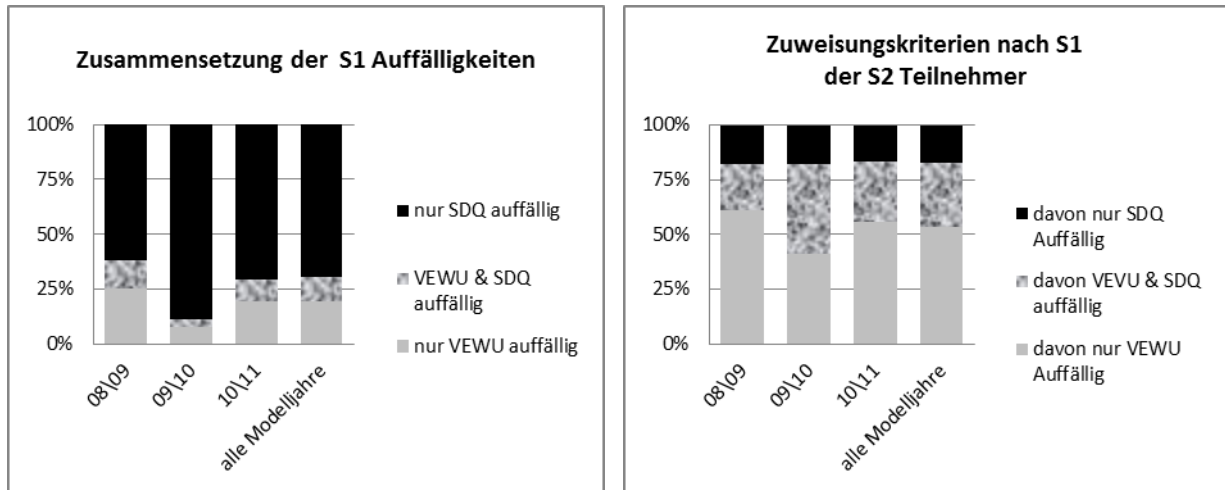
Zu Tabelle 19:

Aus dem 1. Untersuchungsjahr liegen keine Daten über die Zuweisungskriterien der Teilnehmer der 2. Screeningstufe vor. Aus diesem Grund beziehen sich die folgenden Auswertungen lediglich auf die Modelljahre 2 bis 4.

Auffällig ist die Diskrepanz zwischen der Zusammensetzung der Auffälligkeiten innerhalb der 1. Screeningstufe gegenüber der Zusammensetzung der Auffälligkeiten der Teilnehmer der 2. Screeningstufe (s. Tabelle 19, Abbildung 16). Während die Auffälligkeiten der 1. Screeningstufe sich primär aus den SDQ-Befunden zusammensetzen (66,51%), also der Elternperspektive, setzen sich die Zuweisungskriterien der Teilnehmer der 2. Screeningstufe hauptsächlich aus Auffälligkeiten aus dem VEWU-Bogen zusammen (53,36%). Nur ein kleiner Teil der Probanden, die (schließlich) einen positiven SDQ-Befund vorweisen, nimmt demnach auch an der 2. Screening-

stufe teil (47 von 1.521: 3,1 %). Der Anteil der (ausschließlich) durch den VEWU-Bogen erkannten, die auch an der 2. Screeningstufe teilgenommen haben, ist mit 33,73% (143 von 424) deutlich höher. Aufgrund einer VEWU-Zuweisung haben demnach in allen Landkreisen deutlich mehr Probanden an der 2. Screeningstufe teilgenommen als aufgrund einer SDQ-Zuweisung. Auch hier sticht der Landkreis Höxter gegenüber den beiden anderen Kreisen deutlich hervor.

Abbildung 16: Charts zu Tabelle 19



Quelle: Eigene Erhebung.

5.4.4 Frequentierung der 2. Screeningstufe

Im Landkreis Höxter war im Verhältnis zur Gesamtheit der Auffälligkeiten des jeweiligen Landkreises die bekundete Bereitschaft der Probanden mit einer Zuweisung durch die 1. Screeningstufe am größten, auch die 2. Screeningstufe zu besuchen (s. Abbildung 17). Dieser Trend setzte sich bei den tatsächlichen Teilnahmen fort.

Tabelle 20: Frequentierung der 2. Screeningstufe

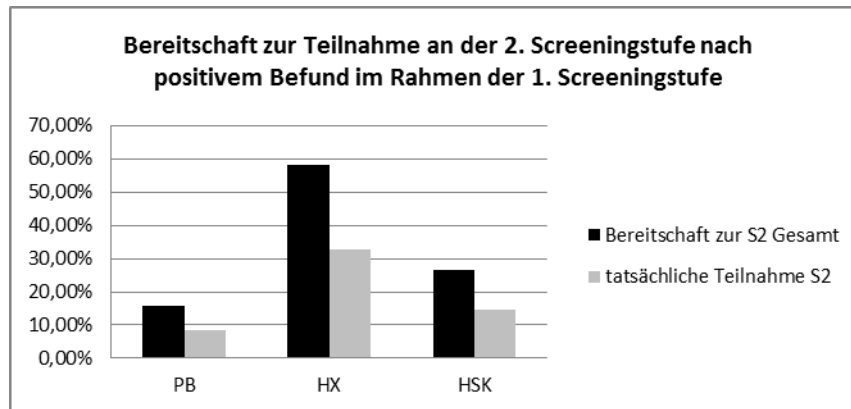
	Paderborn				Höxter				HSK			
	07/08	08/09	09/10	10/11	07/08	08/09	09/10	10/11	07/08	08/09	09/10	10/11
Auffällig S1 Gesamt	304	249	260	208	185	177	138	142	37	222	138	227
Bereitschaft zur S2 Gesamt	46	45	24	48	81	110	82	100	28	62	34	41
%	15,13%	18,07%	9,23%	23,08%	43,78%	62,15%	59,42%	70,42%	75,68%	27,93%	24,64%	18,06%
tatsächliche Teilnahme S2	27	23	10	25	46	57	53	55	16	30	24	22
%	8,88%	9,24%	3,85%	12,02%	24,86%	32,20%	38,41%	38,73%	43,24%	13,51%	17,39%	9,69%

	Gesamt			
	07/08	08/09	09/10	10/11
Auffällig S1 Gesamt	526	648	536	577
Bereitschaft zur S2 Gesamt	155	217	140	189
%	29,47%	33,49%	26,12%	32,76%
tatsächliche Teilnahme S2	89	110	87	102
%	16,92%	16,98%	16,23%	17,68%

	Modelljahre				Insgesamt alle Modelljahre
	07/08	08/09	09/10	10/11	
Auffällig S1 insgesamt	526	648	536	577	2287
%	9,82%	9,81%	10,06%	8,69%	9,56%
Bögen eingegangen in Ambulanz	155	217	140	189	701
%	2,90%	3,28%	2,63%	2,85%	2,93%
Vorstellung in Ambulanz - Teiln. S2	89	110	87	102	388
%	1,66%	1,66%	1,63%	1,54%	1,62%

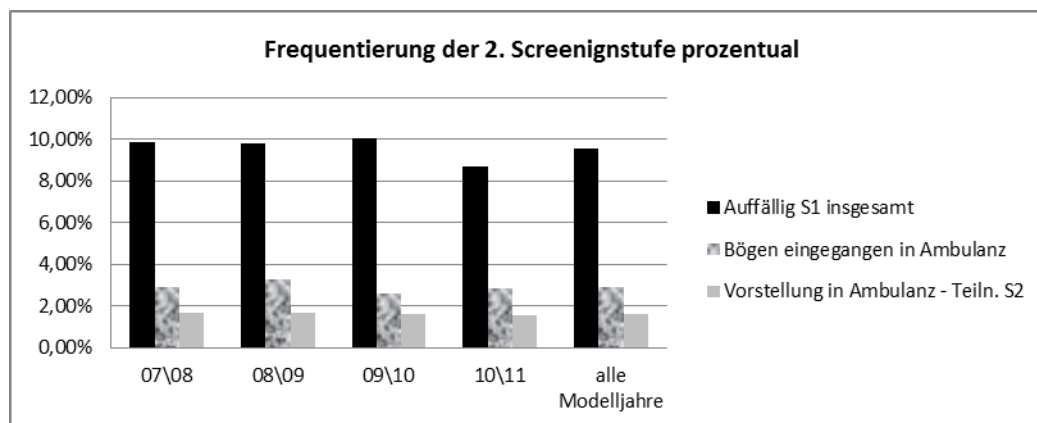
Quelle: Eigene Erhebung.

Abbildung 17: Chart zu Tabelle 20



Quelle: Eigene Erhebung.

Abbildung 18: Frequentierung der 2. Screeningstufe (Angaben in %)



Quelle: Eigene Erhebung.

5.4.5 Befunde der Teilnehmer der 2. Screeningstufe im Kontext der Zuweisungskriterien

Die Diskrepanz zwischen den bestätigten Befunden der 2. Screeningstufe, gemessen an allen Teilnehmern dieser Stufe des Hochsauerlandkreises gegenüber den Landkreisen Paderborn und Höxter (s. Tabelle 21, Teil 4, Abbildung 19) liegt vermutlich in dem Umstand begründet, dass in diesem Landkreis vergleichsweise überproportional viele Probanden der Einladung zur zweiten Screeningstufe aufgrund eines ausschließlichen SDQ-Befundes nachkamen (s. Tabelle 19, S. 104). Dass sich im Vergleich zum VEWU-Bogen nur ein geringer Teil dieser SDQ-Befunde bestätigte, liegt potenziell an dem vermuteten Problem der Spezifität des Instruments, das letztendlich zur Anpassung der betreffenden Cutoffs geführt hat (s. Kap. 5.2.1, S. 88ff.).

Bei einer Zuweisung zu der 2. Screeningstufe durch SDQ und VEWU, wenn also sowohl Eltern als auch Untersuchende eine potenzielle Auffälligkeit wahrnahmen, ist die Wahrscheinlichkeit eines tatsächlichen Befundes mit 88,46% bis 95% im Vergleich zu Zuweisungen durch nur eines der beiden Instrumente erwartungsgemäß am höchsten (s. Tabelle 21, S. 107).

Tabelle 21: Befunde der Teilnehmer der 2. Screeningstufe im Kontext der Zuweisungskriterien

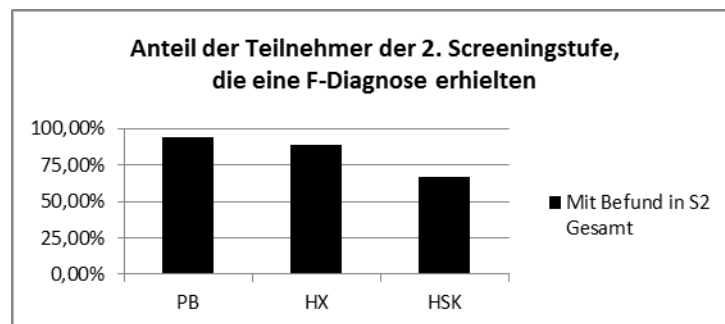
	Paderborn				Höxter				HSK			
	07 08	08 09	09 10	10 11	07 08	08 09	09 10	10 11	07 08	08 09	09 10	10 11
Erschienen zur S2 gesamt	27	23	10	25	46	57	53	55	16	30	24	22
Mit Befund in S2 Gesamt	26	21	10	23	41	53	50	44	11	23	13	15
%	96,30%	91,30%	100,00%	92,00%	89,13%	92,98%	94,34%	80,00%	68,75%	76,67%	54,17%	68,18%
Erschienen S2 aufgrund ausschl. SDQ	KA	5	1	1	KA	1	2	4	KA	11	11	11
Davon mit Befund	KA	5	1	1	KA	1	2	4	KA	8	5	7
%		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	100,00%		72,73%	45,45%	63,64%
ErschienenS" aufgrund ausschl. VEWU	KA	9	0	12	KA	39	24	34	KA	10	8	7
Davon mit Befund	KA	8	0	10	KA	38	23	27	KA	8	5	6
%		88,89%		83,33%		97,44%	95,83%	79,41%		80,00%	62,50%	85,71%
Erschienen S" aufgrund SDQ und VEWU	KA	6	6	12	KA	9	23	11	KA	5	3	3
Davon mit Befund	KA	6	6	12	KA	8	21	10	KA	5	2	1
%		100,00%	100,00%	100,00%		88,89%	91,30%	90,91%		100,00%	66,67%	33,33%
Erschienen S2 ohne SDQ oder VEWU Zuweisung	KA	3	3	0	KA	8	4	6	KA	4	2	1
Davon mit Befund	KA	2	3	0	KA	6	4	3	KA	2	1	1
%		66,67%	100,00%	#DIV/0!		75,00%	100,00%	50,00%		50,00%	50,00%	100,00%

	Gesamt			
	07 08	08 09	09 10	10 11
Erschienen zur S2 gesamt	89	110	87	102
Mit Befund in S2 Gesamt	78	97	73	82
%	87,64%	88,18%	83,91%	80,39%
Erschienen S2 aufgrund ausschl. SDQ	KA	17	14	16
Davon mit Befund	KA	14	8	12
%		82,35%	57,14%	75,00%
ErschienenS" aufgrund ausschl. VEWU	KA	58	32	53
Davon mit Befund	KA	54	28	43
%		93,10%	87,50%	81,13%
Erschienen S" aufgrund SDQ und VEWU	KA	20	32	26
Davon mit Befund	KA	19	29	23
%		95,00%	90,63%	88,46%
Erschienen S2 ohne SDQ oder VEWU Zuweisung	KA	15	9	7
Davon mit Befund	KA	10	8	4
%		66,67%	88,89%	57,14%

	Modelljahre				Insgesamt alle Modelljahre
	07 08	08 09	09 10	10 11	
Vorstellung in Ambulanz - Teiln. S2	89	110	87	102	388
%	1,66%	1,66%	1,63%	154,00%	1,62%
Mit Befund	78	97	73	82	330
% gemessen an der Gesamtzahl der S1 Teiln	1,46%	1,47%	1,37%	1,24%	1,38%
% gemessen an den S2 Teilnehmern	87,64%	88,18%	83,91%	80,39%	85,05%

	PB	HX	HSK	Gesamt
	Vorstellung in Ambulanz - Teiln. S2	85	211	
%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Mit Befund	80	188	62	330
%	94,12%	89,10%	67,39%	85,05%

Abbildung 19: Chart zu Tabelle 21



Quelle: Eigene Erhebung.

5.4.6 Befunde im Rahmen der 2. Screeningstufe im Vergleich der Landkreise

Tabelle 22: Befunde im Rahmen der 2. Screeningstufe im Vergleich der Landkreise

	Paderborn				Höxter				HSK			
	07\08	08\09	09\10	10\11	07\08	08\09	09\10	10\11	07\08	08\09	09\10	10\11
Teilnehmer 2. Screeningstufe	27	23	10	25	46	57	53	55	16	30	24	22
% gemessen an allen S1 Teiln.	0,95%	0,80%	0,41%	1,01%	3,37%	3,93%	4,31%	4,03%	1,40%	1,31%	1,46%	0,78%
Mit Befund	26	21	10	23	41	53	50	44	11	23	13	15
% gemessen an allen S1 Teiln.	0,91%	0,73%	0,41%	0,93%	3,00%	3,65%	4,06%	3,22%	0,96%	1,01%	0,79%	0,53%

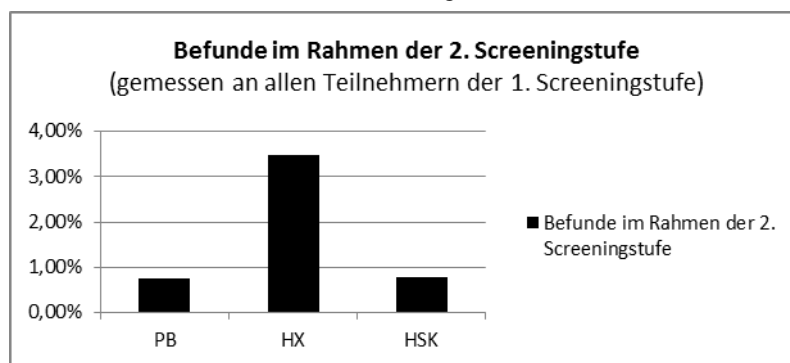
	Alle Modelljahre		
	PB	HX	HSK
Teilnehmer 2. Screeningstufe	85	211	92
% gemessen an allen S1 Teiln.	0,80%	3,90%	1,17%
Mit Befund	80	188	62
% gemessen an allen S1 Teiln.	0,75%	3,47%	0,79%

Quelle: Eigene Erhebung.

Zu Tabelle 22:

Die Anzahl der durch den VEWU-Bogen identifizierten Probanden, die auch an der 2. Screeningstufe teilnahmen, ist, wie schon angesprochen, deutlich höher als diejenige der durch den SDQ-Bogen erfassten Probanden (s. Tabelle 19, S. 104).

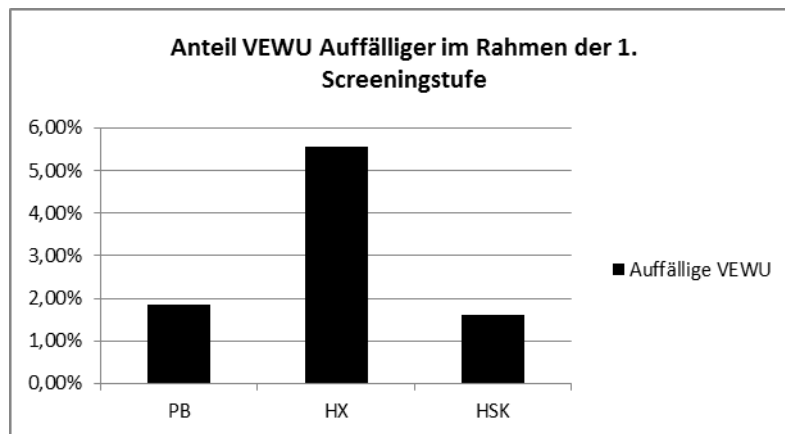
Abbildung 20: Positive Befunde im Rahmen der 2. Screeningstufe



Quelle: Eigene Erhebung.

Darauf aufbauend ist augenfällig, dass in dem Landkreis, in dem der VEWU-Bogen systematisch bei allen Kindern angewendet wurde (Landkreis Höxter) ein deutlich höherer Anteil von Kindern als psychisch auffällig identifiziert wurde als in den Landkreisen, in denen die Anwendung des VEWU-Bogens nur bei Kindern vorgenommen worden war, die aus Instrument unabhängiger Untersucherperspektive klinisch auffällig waren (Paderborn, Hochsauerlandkreis) (s. Abbildung 21, s. Tabelle 22).

Abbildung 21: Anteil VEWU-Auffälliger im Rahmen der 1. Screeningstufe



Quelle: Eigene Erhebung.

Diese Diskrepanz ergibt sich, wie in Tabelle 17 und Abbildung 21 zu sehen, aus einer deutlich höheren Zuweisungsquote durch den VEWU-Bogen im Landkreis Hötter. Die Variante des Landkreises Hötter, den VEWU-Bogen unabhängig von der persönlichen Wahrnehmung des untersuchenden Arztes bei allen Kindern zu verwenden, führt demnach zu einer insgesamt höheren Anzahl mit einer psychischen Störung erkannter Probanden und erscheint somit empfehlenswert.

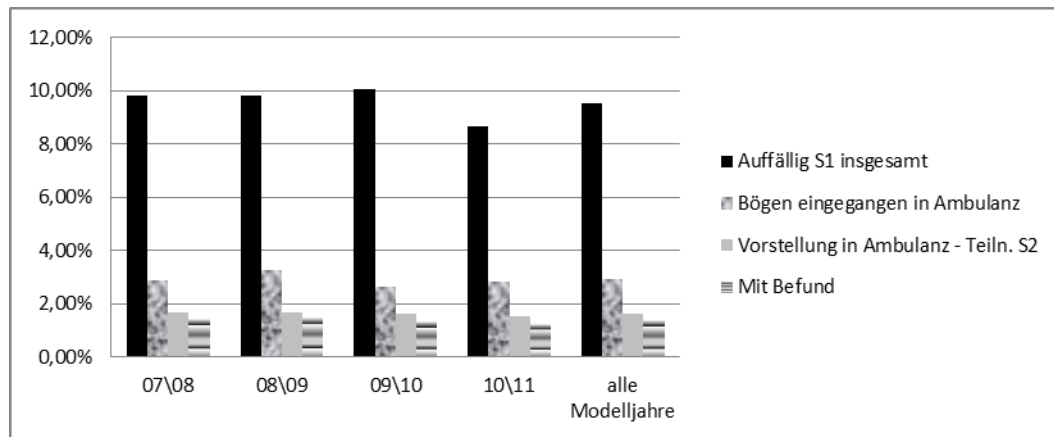
5.5 Auswertung der projektbegleitenden Evaluation der Modelljahre 2007 bis 2011

Nach vier Jahren Praxiserfahrung lässt sich sagen, dass die Frequentierung des Modellprojektes zufriedenstellend ist (\bar{x} 81,37%). Durch das Modellprojekt wurden noch nicht diagnostizierte Kinder mit psychischen Störungen noch vor deren Einschulung erfasst und deren Eltern mündlich durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie über weitere Hilfsmöglichkeiten beraten. Diese Kinder wären ohne das Modellprojekt ohne Wissen um ihre Störung und ohne fachärztliche Beratung über geeignete Hilfsangebote in eine ungewisse Schullaufbahn und weitere psychosoziale Entwicklung gestartet. Die Diskrepanz zwischen den in der 1. Screeningstufe als potenziell auffällig erkannten Kindern und der weitaus geringeren Anzahl derer, die die zweite Screeningstufe dann tatsächlich wahrnehmen (\bar{x} 16,97%), lässt für die Zukunft jedoch noch Optimierungspotenzial im Bereich der Akzeptanz erkennen. Das Instrumentarium scheint sich bewährt zu haben, es stehen jedoch noch Auswertungen aus, um die Sensitivität und Spezifität anhand aussagekräftiger Fallzahlen zu ermitteln.

Auffällig erscheint die für ein Screening ungewöhnlich hohe Trefferquote bei den in der 2. Screeningstufe erschienenen Probanden in Bezug auf eine tatsächlich diagnostizierte Störung (>80%, s. Tabelle 21). Dieser hohe Anteil an bestätigten Befunden untermauert auf den ersten Blick die Vorselektion der 1. Screeningstufe, durch die nur die Kinder einer ausführlicheren und dadurch mit mehr personellen und zeitlichen Ressourcen verbundenen 2. Screeningstufe zugeführt wurden, bei denen ein begründeter Verdacht auf psychische Auffälligkeiten vorlag. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei den Teilnehmern der 2. Screeningstufe tatsächlich eine psy-

chische Störung vorliegt, ist daher hoch. Die Trefferquote begründet sich daher vermutlich zum Teil durch diese Vorselektion der Probanden.

Abbildung 22: Auffälligkeiten, Bereitschaft zur S2 und tatsächliche S2 Teilnahmen



Quelle: Eigene Erhebung.

Tatsächlich erscheint jedoch nur ein Teil der durch die 1. Screeningstufe erkannten Probanden tatsächlich zur 2. Screeningstufe (s. Abbildung 22). Neben der Vorselektion mag daher die hohe Trefferquote zum Teil auch dadurch zu erklären sein, dass vor allem Eltern mit einem hohen Leidensdruck die Chance der 2. Screeningstufe wahrgenommen haben. Genauere Aussagen über die Hintergründe sind nicht möglich, da die in der 1. Screeningstufe auffälligen Probanden, die nicht an der 2. Screeningstufe teilgenommen haben, aufgrund der strengen Anonymisierung der Daten nicht zu identifizieren und somit auch nicht kontaktierbar sind.

Verglichen mit den Ergebnissen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen der KIGGS Studie (Hölling et al. 2007; Schlack et al. 2007) liegen die Verdachtsfälle und Prävalenzraten der AD(H)S mit denen des Präventionsprojektes dicht beieinander und bilden einen Hinweis auf die Validität der verwendeten Methodik der ersten Stufe.

Tabelle 23: KIGGS-Studie 2006 und Präventionsprojekt 2007-2011

KIGGS-Studie 2006		Präventionsprojekt 2007-11	
Verhaltensprobleme (mittlerer sozialök. Status)	13,7%	Auffällig (Verhaltensprobleme & Hyperaktivität) in der 1. Screeningstufe	8,69% bis 10,06%
AD(H)S (7-10 Jahren)	5,3%		

Quelle: Schalk et al. 2007 und eigene Erhebung.

Die Zahl der im Rahmen der KIGGS-Studie erfassten Kinder mit einer AD(H)S-Erkrankung steigt im Vergleich zur Anzahl der erkannten Vorschulkinder (3-6 Jahre: 1,5%) in der Zeit nach der Einschulung deutlich an (7-10 Jahre: 5,3%). Legen wir die Annahme zugrunde, dass eine AD(H)S-Erkrankung nicht erst pünktlich zur bzw. nach der Einschulung entsteht, bietet dieser Anstieg einen Hinweis darauf, dass eine AD(H)S im Vorschulalter bislang häufig noch nicht diagnostiziert wird, wie bereits in Kapitel 4.2.4.4, S. 83ff. postuliert. Erst nach der Einschulung, wenn die Leistungsanforderungen steigen und neue soziale Räume in der Lebenswelt der Kinder erschlossen werden, werden die Symptome der AD(H)S erkannt, häufig vor dem Hintergrund hieraus resultierender schulischer und psychosozialer Probleme. Diese Prob-

leme könnten durch eine frühzeitige Identifizierung und auf dieser Grundlage initiierte Hilfsangebote, wenn schon nicht vollends verhindert, dann doch zumindest gemildert werden.

Dem Projekt liegt die Hypothese zugrunde, eine frühe Diagnostik psychischer Störungen, noch im symptomarmen Stadium, und eine darauf folgende Beratung der Sorgeberechtigten trage dazu bei, dass Eltern Anbindung an das bestehende Hilfesystem finden und die daraus resultierenden Ratschläge annehmen, was sich wiederum auf die weitere psychosoziale Entwicklung sowie die Lebensqualität der Betroffenen und ihres Bezugssystems positiv auswirkt. Diese These lässt sich anhand der projektbegleitenden Evaluation nicht prüfen. Daher sollte eine Effektstudie prüfen, wie valide die gestellten Diagnosen am Beispiel der AD(H)S waren, inwiefern die Diagnose und Beratung tatsächlich zu einer erhöhten und frühzeitigen Frequenzierung von Hilfsangeboten geführt hat und inwiefern dies wiederum einen positiven Effekt auf die entwicklungsrelevanten Bereiche der Lebensqualität, Leistungsentwicklung und Komorbidität hat.

Für die Frage nach der Praktikabilität eines Präventionsprojekts müssen Ergebnisse und Struktur auch vor einem ökonomischen Hintergrund betrachtet werden (vgl. Tröster 2009). Der mit der ersten Screeningstufe verbundene finanzielle und zeitliche Aufwand ist verhältnismäßig gering. Finanziell beschränken sich die Ausgaben auf die Druckkosten der Screeningbögen und der Informationsmaterialien. Die Durchführung der Maßnahme erfordert primär die Übergabe der Informationsmaterialien durch die Arzthelferin. Der Aufwand an ärztlicher Intervention beschränkt sich im ersten Schritt auf das Ausfüllen des VEWU-Bogens. Lediglich im Fall einer potenziellen Auffälligkeit wird ein kurzes Gespräch initiiert. Der mit der projektbegleitenden Evaluation verbundene Aufwand, das Sammeln der anonymisierten Screeningbögen durch die Gesundheitsämter, wurde als praktikabel und neben dem Alltagsgeschäft realisierbar beschrieben. Die zweite Screeningstufe ist hingegen mit sowohl personell als auch finanziell deutlich höherem Aufwand verbunden. So fallen neben den Screeningbögen auch Personalleistungen durch Arzthelferinnen, Sozialarbeiter und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie von insgesamt ca. 1½ Stunden pro Fall an. Diese in der zweiten Screeningstufe mit deutlich höheren Kosten verbundene Intervention erreicht durch die Vorselektion der 1. Screeningstufe jedoch nur die Probanden, die als Risikogruppe für psychische Störungen gelten. Der Anteil der an der 2. Screeningstufe teilnehmenden Probanden, bei denen sich der Anfangsverdacht bestätigt, liegt mit durchschnittlich 85,05% sehr hoch (s. Tabelle 21, S. 107). Der Anteil der Teilnehmer, die nicht auffällig sind und an der personell und finanziell aufwendigen zweiten Screeningstufe teilnehmen, ist also verhältnismäßig gering. Durch diese Methodik stellt das Präventionsprojekt ein auch aus ökonomischen Gesichtspunkten effektives Verfahren dar, das aufgrund der Anbindung an die durch die Gesundheitsämter koordinierten Schuleingangsuntersuchungen auch auf andere Landkreise übertragbar ist.

6. Die Effektstudie – Vergleichende Nachuntersuchung

Das Modellprojekt befindet sich zum aktuellen Zeitpunkt im fünften Modelljahr (2011/12). Anhand der projektbegleitenden Evaluation konnte belegt werden, dass das Angebot des Modellprojektes von einem Großteil der an den Schuleingangsuntersuchungen teilnehmenden Eltern wahrgenommen wird. Das Angebot stellt ferner eine Möglichkeit zur frühen Diagnose von psychischen Problemen – unter anderem AD(H)S – noch vor der Einschulung dar (s. Tabelle 1, S. 28). Da der Probandenkontakt in der Regel jedoch nach der zweiten Screeningstufe endet, lassen sich weiterführende Daten über die Validität der Diagnosen, den Effekt des Projektes im Hinblick auf die Frequentierung von Hilfsangeboten, die Lebensqualität und den schulischen Werdegang nicht standardisiert erheben. Rückschlüsse über diesen erhofften Effekt sind anhand dieser Projektevaluation nicht möglich. Aus diesem Grund wurde eine Effektstudie zur Abklärung der dem Modellprojekt zugrunde liegenden Hypothesen initiiert. Gefördert wurde diese Studie durch das LWL-Forschungsinstitut für seelische Gesundheit und unterstützt durch die Arbeitseinheit 7, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Abteilung für Psychologie der Universität Bielefeld unter Leitung von Prof. Dr. Nina Heinrichs.

6.1 Studienhypothesen

Um die vorgelagerten Fragestellungen zu untersuchen, ob eine AD(H)S Diagnose im Vorschulalter überhaupt valide zu diagnostizieren ist und ob diese Früherkennung, noch bevor sich psychische und/ oder psychosoziale Beeinträchtigungen manifestieren konnten, die störungsspezifische Prognose der Probanden verbessert (s. Kap. 3, S. 14ff.), prüft die Effektstudie des Präventionsprojektes zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter der LWL-Klinik Marsberg (KJP) folgende Hypothesen:

1. Kinder mit einer AD(H)S lassen sich anhand der gängigen Klassifikationssysteme und Leitlinien bereits im Vorschulalter, im symptomarmen Stadium (vgl. Tröster 2009), valide klassifizieren.
2. Eine frühe AD(H)S-Diagnose der Probanden inklusive fachärztlicher Befundrückmeldung und Beratung führt im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von durch das reguläre Versorgungssystem im symptomatischen Stadium (vgl. Tröster 2009) erkannten Probanden mit einer AD(H)S zu einer früheren und/ oder häufigeren Frequentierung von Hilfsangeboten.
3. Die frühere und/ oder vermehrte Frequentierung von Hilfsangeboten, noch bevor sich AD(H)S symptombedingte psychische und/ oder psychosoziale Beeinträchtigungen manifestiert haben, führt zu einem im Vergleich zu den im symptomatischen Stadium (vgl. Tröster 2009) diagnostizierten Probanden messbaren positiven Effekt in den entwicklungsrelevanten Bereichen der Lebensqualität, Komorbidität und Leistungsentwicklung.

6.2 Erste Datenerhebung (DE) – Aufsuchende Evaluation

Um die Testumgebung für die Probanden so natürlich wie möglich zu gestalten, fand die Evaluation in deren häuslichem Umfeld statt. Neben der Reduzierung von Störeffekten zielte dieser aufsuchende Ansatz darauf ab, den mit einer Teilnahme verbundenen Aufwand für die Befragten so gering wie möglich zu halten, was sich wiederum positiv auf die Studienteilnahme auswirken sollte.

6.2.1 Methodik

6.2.1.1 Probanden

An der Studie nahmen Kinder aus den Landkreisen Paderborn und Höxter sowie aus dem Hochsauerlandkreis teil, die das Pflichtversorgungsgebiet der LWL-Klinik Marsberg (KJP) darstellen. Es wurden zwei Gruppen von Kindern mit einer AD(H)S bezüglich ihrer Lebensqualität, ihrer Leistungsentwicklung und der komorbiden Erkrankungen miteinander verglichen. Die erste Gruppe, im Weiteren Früherkennungsgruppe (FG) genannt, bestand aus Probanden, bei denen im Rahmen des Präventionsprojektes in den ersten beiden Modelljahren (2007/08 und 2008/09) eine AD(H)S diagnostiziert wurde und deren Eltern von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie beraten wurden (n=43). Die zweite Gruppe, im Weiteren Vergleichsgruppe (VG) genannt, bestand aus Probanden der gleichen Alterskohorte, die innerhalb der LWL-Klinik Marsberg (KJP) zum Zeitpunkt der Datenerhebung (DE) aufgrund einer AD(H)S in einer der vier Ambulanzen behandelt wurden (n=43). Sowohl die Probanden der VG als auch die der FG durchliefen die SEU der Jahre 2007/08 oder 2008/09 und waren daher zum Zeitpunkt der DE zwischen sieben und neun Jahren alt. Die Diagnosefindung der VG fand nicht im Rahmen des Präventionsprojektes statt, sondern erfolgte regulär durch das bestehende Versorgungssystem. Da diese Patienten aufgrund der bereits bestehenden Diagnose und der ambulanten Behandlung für die Studie gut erreichbar waren, kam dieser Personenkreis für die VG infrage. Bisher nicht erkannte Probanden mit einer AD(H)S randomisiert zu ermitteln und zu diagnostizieren, wäre im Rahmen der Studie nicht umsetzbar gewesen. Eine derartige Gruppe hätte den Vorteil gehabt, dass die Ergebnisse eher repräsentativ gewesen wären. So wollte die Studie einen Vergleich zu regulär erkannten Kindern ziehen. Die VG setzt sich nun hingegen aus Probanden zusammen, deren Symptomatik eine ambulante oder teilstationäre Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig gemacht hat. Sie stellt demnach potenziell eine Negativauswahl dar. Dieser Sichtweise könnte entgegengehalten werden, dass die Behandlung im Rahmen der Klinik bereits Behandlungserfolge aufweisen könnte, wodurch die Symptomstärke dieser Probanden geringer ausfällt. Demnach könnte die VG eine Positivauswahl darstellen. Diese Thesen und sich daraus eventuell ergebende Effekte auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sind im Rahmen der vorliegenden Auswertung zu prüfen.

Dass sich die Studie auf Probanden mit einer AD(H)S begrenzt, liegt in dem Umstand begründet, dass sich die Instrumente des ersten Modelljahres (2007/08) innerhalb der ersten Screeningstufe ausschließlich auf dieses Störungsbild beschränkten. Erst ab dem folgenden Jahr wurden auch Kinder mit Verhaltensproblemen erfasst. Daraus erklärt sich auch die ge-

ringere Fallzahl der SDQ-Daten im Bereich SSV in beiden Gruppen. Da die zeitliche Distanz zum Präventionsprojekt jedoch eine wichtige Komponente zur Erfassung potenzieller Effekte des Projektes auf die Kinder darstellt, konnten lediglich Probanden der ersten beiden Modelljahre in die Studie mit einbezogen werden. Da diejenigen aus dem dritten und vierten Modelljahr zum Zeitpunkt der Datenerhebung erst seit maximal zwölf und minimal einen Monat erkannt und beraten worden waren, war in diesen Fällen noch kein messbarer Effekt der Früherkennung zu erwarten gewesen. Bei der FG, also Probanden mit diagnostizierter AD(H)S aus den ersten zwei Modelljahren, lagen zwischen der Datenerhebung und der Diagnose durch das Präventionsprojekt im Durchschnitt 23,81 Monate.

6.2.1.2 Instrumentarium

6.2.1.2.1 CBCL – Child Behavior Checklist (4-18)

Um einen möglichst breiten Eindruck über die vorliegende psychische Konstitution der Probanden zu gewinnen, wurden die 120 problembezogenen Items des CBCL 4-18 von den Eltern ausgefüllt. Auf die Erhebung der Kompetenz-Items wurde verzichtet, da Studien aus dem deutschsprachigen Raum ergaben, dass die internen Konsistenzen der Kompetenzskalen mangelhaft sind und dieser Bereich daher keine Verwendung finden sollte (Döpfner et al. 1994). Die Problem-Items lassen dagegen Rückschlüsse auf potenzielle Verhaltensauffälligkeiten in acht verschiedenen Bereichen zu. Diese umfassen den sozialen Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst und Depressivität (ängstlich/depressiv), soziale Probleme, Schizoidität bzw. Zwanghaftigkeit (schizoid/zwanghaft), Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten und aggressives Verhalten (Achenbach et al. 1983; Döpfner et al. 1994).

6.2.1.2.2 DISYPs-II – Diagnostik-System für psychische Störungen im Kinder- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV

Je nach Ergebnis der CBCL, das jeweils vor Ort ermittelt wurde, füllten die Eltern der Probanden anschließend zur genaueren Einordnung die Fremdbeurteilungsbögen (FBB) des DISYPs-II der Bereiche AD(H)S (ADHS), soziale Probleme (SSV) Angst (ANG) und Depressivität (DES) aus (Döpfner et al. 2008). Die weitere Befragung wurde an den Grenzbereichen (Prozentrang > 94) der Achsen des CBCL 4-18-Bogens orientiert.

Wurde der Grenzbereich der Achsen I (Sozialer Rückzug), IV (Soziale Probleme), VI (Aufmerksamkeitsprobleme), VII (Dissoziales Verhalten) und/oder VIII (Aggressives Verhalten) überschritten, wurden die FBB-SSV und FBB-ADHS ausgefüllt. Zeigten sich Auffälligkeiten auf der Achse II (Körperliche Beschwerden) oder V (schizoid/zwanghaft), bearbeiteten die Eltern keinen FBB. Bei Überschreitung des Grenzbereichs der Achse III (ängstlich/depressiv) wurden die FBB-ANG und FBB-DES ausgefüllt. Der DISYPS-II erfasst psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach den Kriterien des DSM-IV und ICD-10 und umfasst mit der klinischen Beurteilung, der Fremdbeurteilung (Lehrer, Eltern) und der Selbstbeurteilung drei Beurteilungsebenen (Döpfner et al. 2008). Im Rahmen der Erhebung fand nur die Fremdbeurteilung durch die Eltern statt; ein klinischer Eindruck war bei der FG nicht

standardisiert umsetzbar, und für den Selbstbewertungsbogen waren die Probanden zu jung. Hierfür hätten die Probanden mindestens elf Jahre alt sein müssen.

6.2.1.2.3 Fragebogen zum sozioökonomischen Status

Um Rückschlüsse auf den sozioökonomischen Status der Probanden zu ziehen, wurde ein Fragebogen in Anlehnung an den Sozialschicht-Index von Winkler und Stolzenberg (2009) erstellt (s. Tabelle 1, S. 28).

Tabelle 24: Fragebogen zum sozioökonomischen Status

<p>Fragen zur Lebenssituation</p> <ul style="list-style-type: none"> – Angaben zur ausfüllenden Person – Mutter, Vater, beide leiblich ja/ nein – Geschlecht des Kindes – Geschwisteranzahl – Staatszugehörigkeit – Muttersprache – Lebensmittelpunkt des Kindes – Lebt bei: leibl. Eltern, leibl. Mutter, leibl. Vater, andere – Schulform des Kindes – Familiärer Hintergrund – Feste Partnerschaft vs. alleinerziehend – ggf. Zeit seit Trennung in Monaten – Schulbildung, Ausbildung und berufliche Stellung der Eltern – Arbeitslosigkeit der Eltern in Monaten während der vergangenen fünf Jahre – Haushaltseinkommen der Familie pro Monat (netto) – wird aktuell Arbeitslosengeld 1 oder 2 bezogen
<p>Fragen zu wahrgenommenen Hilfsangeboten</p> <ul style="list-style-type: none"> – wurde vor und nach der Einschulung Hilfsangebote frequentiert, wenn ja welche – Informationsveranstaltungen – Elterntraining – Arztgespräch – Ergotherapie – Therapie (Fachrichtung und Institution) – Medikation – Stationäre Behandlung – Beschreibung des Diagnosefindungsprozess des Kindes (bezogen auf AD(H)S) – Skalierung von 0 (eher unstrukturiert/chaotisch) bis 5 (kompetent/zielgerichtet) – Zufriedenheit mit dem Diagnosefindungsprozess des Kindes (bezogen auf AD(H)S) – Skalierung von 0 (unzufrieden) bis 5 (zufrieden)

Quelle: Eigenes Instrument.

Dieser Fragebogen wurde durch Fragen zur subjektiven Wahrnehmung des Diagnosefindungsprozesses des Präventionsprojektes ergänzt, um Rückschlüsse hinsichtlich der These zu erhalten, dass die frühere Diagnose der FG im Vergleich zur VG auch subjektiv als hilfreich empfunden wurde. Die erste Gruppe wurde somit nach ihrer subjektiven Zufriedenheit mit dem Präventionsprojekts befragt.

6.2.1.2.4 ILK – Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

Um Informationen zur Lebensqualität und zu Problemfaktoren zu erhalten, fand das ILK Anwendung (Mattejat/Remschmidt 2006). Während mit den jungen Probanden das für ihr Alter zwischen dem 6. und 11. Lebensjahr vorgesehene ILK-Leitfadeninterview geführt wurde,

füllten die Eltern den Elternfragebogen aus. Dadurch wurden beide Perspektiven berücksichtigt. Dieser Fragebogen beginnt mit sieben Fragen zu den Bereichen der schulischen Anforderungen, der Beziehung des Kindes zu Familienangehörigen, des Freizeitverhaltens, der Beschäftigung des Kindes alleine, der körperlichen Gesundheit, dem nervlichen und seelischen Zustand sowie einer Gesamteinschätzung. Zu jeder Frage bestehen fünf Antwortmöglichkeiten: 1 = »sehr gut«, 2 = »eher gut«, 3 = »teils teils«, 4 = »eher schlecht« und 5 »sehr schlecht«. Anschließend folgen zwei weitere Fragen dazu, wie stark das Kind durch die Erkrankung belastet ist und wie belastend die Untersuchung/ Behandlung für das Kind war. Bei den beiden nächsten Fragen liegt der Schwerpunkt darauf, wie belastend die Erkrankung und die Untersuchung/ Behandlung für die Eltern waren. Hier ist ebenfalls eine Bewertung anhand von fünf Antwortmöglichkeiten möglich, 1 = »überhaupt nicht belastet«, 2 = »weniger belastet«, 3 = »mäßig belastet«, 4 = »stark belastet« und 5 = »sehr stark belastet«. Abschließend beurteilen die Eltern, wie viele Stunden ihr Kind im Durchschnitt pro Tag schlafend, in der Schule, bei den Hausaufgaben, mit Eltern und Geschwistern, mit Freunden und alleine verbringt. Der Fragebogen für die Kinder, der in Interviewform beantwortet wird, beinhaltet die ersten sieben Fragen des Elternfragebogens sowie die beiden Fragen, wie belastend die Störung bzw. die Untersuchung/ Behandlung von ihnen selbst wahrgenommen wurden und ist somit kürzer als der Elternfragebogen. Die Antwortmöglichkeiten sind identisch, jedoch durch verschiedene »Smileys« kindgerecht gestaltet. Aus den ersten sieben Fragen der beiden Bögen lassen sich sowohl der Problemscore als auch ein Score für die Lebensqualität errechnen. Der Problemscore reicht von eins bis sieben, wobei eins für niedrige und sieben für hohe Belastungsfaktoren steht. Die Berechnung des Lebensqualität-Scores ergibt einen Wert von eins (niedrig) bis achtundzwanzig (hoch).

6.2.1.2.5 SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaire*

Um zu ermitteln, wie ähnlich sich die beiden Gruppen zum Zeitpunkt der SEU in den Bereichen AD(H)S und SSV waren, wurden die SDQ- und VEWU-Ergebnisse beider Gruppen von den Gesundheitsämtern akquiriert. Beide Probandengruppen durchliefen die SEU der Jahre 2007/08 oder 2008/09 und hatten daher die Möglichkeit, an dem Präventionsprojekt teilzunehmen. Die erste Screeningstufe, die sich aus dem SDQ- und dem VEWU-Bogen zusammensetzt, wurde in den Modelljahren 2007/08 und 2008/09 von 78,04% (11.962 von 15.329) aller in diesen Jahren an der SEU teilnehmenden Familien wahrgenommen (s. projektbegleitende Evaluation der Modelljahre 2007/08 und 2008/09). Es war demnach zu erwarten, dass von einem Großteil beider Gruppen SDQ- und VEWU-Daten zum Zeitpunkt der Einschulung in den Gesundheitsämtern vorlagen und ein Gruppenvergleich dadurch retrospektiv möglich war. Um in Erfahrung zu bringen, wie ähnlich sich die beiden Probandengruppen in den Bereichen AD(H)S und Sozialverhalten zum Zeitpunkt der DE waren und inwieweit sich Veränderungen zwischen der Einschulung und der DE ergaben, wurde im Rahmen der DE erneut der SDQ-Fragebogen durch die Eltern und der VEWU-Bogen durch den Untersuchenden ausgefüllt.

Die hier Verwendung findende SDQ-Variante beinhaltet jeweils fünf Fragen zum Thema AD(H)S und SSV sowie die drei von Goodman (1997) ergänzten Kontrollfragen. Die zehn ersten Fragen bieten jeweils drei Antwortmöglichkeiten von null bis zwei und bilden jeweils einen Gesamtscore zwischen null (niedrig/unauffällig) und zehn (hoch/auffällig). Die vier Antwortoptionen der Kontrollfragen zwischen null und drei werden nicht summiert, sondern einzeln gewertet.

6.2.1.2.6 VEWU – Verhalten während der Untersuchung

Der VEWU-Bogen, der wie der SDQ-Bogen ebenfalls Teil der ersten Screeningstufe war und somit von einem Großteil der Probanden vorliegen sollte, wurde am Ende der Datenerhebung von dem durchführenden Evaluierenden ausgefüllt. Er wurde von Barkley und Murphy (2006) entwickelt und von Döpfner, Schürmann und Fröhlich (2002) aus dem Amerikanischen übersetzt (s. Anhang, S. 209). Er soll zur Einschätzung des Verhaltens der Kinder und Jugendlichen während der psychologischen Untersuchungen verwendet werden (Döpfner et al. 2000b). Bei jeder der zehn Fragen dieses Bogens bestehen fünf Antwortmöglichkeiten (1 bis 5). Je höher der Antwortscore ist, desto höher liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Auffälligkeit in dem entsprechenden Bereich. Im Rahmen des Präventionsprojektes wurden von den elf Items nur noch die sechs Aussagekräftigsten beibehalten (Interesse an Aufgaben, Unsicherheit/Ängstlichkeit, Frustrationstoleranz, motorische Unruhe, Ablenkbarkeit und Konzentration, Impulsivität) (Burchard et al. 2010). Diese reduzierte Version fand auch in der Nacherhebung Anwendung.

Leider stellte sich bei der Nachakquirierung der SDQ- und VEWU-Daten heraus, dass aus vorher nicht absehbaren, zum Teil technisch bedingten Gründen nur ein Bruchteil dieser Bögen durch die Gesundheitsämter nachakquiriert werden konnte. So konnten am Ende der Erhebung lediglich 17 SDQ- und sechs VEWU-Bögen der VG vom Zeitpunkt der SEU erfasst werden. Bei der FG lagen hingegen mit 29 SDQ- und 38 VEWU-Bögen etwas mehr Daten vor, da diese bereits im Rahmen des Präventionsprojektes, sofern sie vorlagen, standardisiert gespeichert worden waren. Die Diskrepanz zwischen der Anzahl der Bögen bei der VG erklärt sich daraus, dass der VEWU-Bogen durch die untersuchenden Ärzte weitaus seltener ausgefüllt wurde als die SDQ-Bögen durch die Eltern der Probanden. Die nicht zu erwartende geringe Gesamtanzahl lässt sich auch dadurch erklären, dass einige Daten von den Gesundheitsämtern zwar erhoben, jedoch nicht personenbezogen abgelegt wurden. In einem Landkreis wurde mit der ersten Screeningstufe erst begonnen, nachdem ca. 75% der zu untersuchenden Kinder schon die SEU besucht hatten. Von diesen Kindern lagen demnach keine SDQ- oder VEWU-Daten vor. Trotz der relativ kleinen Stichprobe wurden die vorliegenden Daten zum Vergleich herangezogen, zumal systematische Auswahleffekte nicht anzunehmen waren. Aus dieser geringen Zufallsstichprobe ($n=17$ (SDQ) / $n=6$ (VEWU)) wurde im Weiteren versucht, Rückschlüsse auf die Störungsintensität der Probanden der VG zum Zeitpunkt der SEU zu ziehen.

6.2.1.2.7 Schulzeugnisse

Neben den beschriebenen Instrumenten wurden die aktuellen Schulzeugnisse der Probanden ausgewertet, wodurch ein guter externer Blickwinkel aus dem Bereich der schulischen Leistungsfähigkeit ermöglicht wurde. Da sich die Probanden primär in den ersten beiden Schulklassen befanden, lag der Großteil dieser Dokumente in Textform vor. Um diese schriftlichen Daten zu operationalisieren und auszuwerten, fand das von Frau Barbara Zenkert 2004 entwickelte »Codierschema zur Erfassung des Sozialverhaltens aus dem Grundschulzeugnis« Anwendung, welches auch von Lösel et al. (2006) im Rahmen der Evaluation des Eltern- und Kindertrainings »EFFEKT« genutzt wurde. In dem Codierschema werden relevante Äußerungen im schriftlichen Zeugnis in den Kategorien Emotionale Grundstimmung, Extroversion/Introversion, Selbstständigkeit, Integration, Kooperation, Kontaktverhalten, Kommunikation, Konfliktverhalten, Umgang mit Regeln, Externalisiertes Verhalten, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit/Hyperaktivität, Arbeitsweise, kognitive Leistungen und Expertenurteil herausgesucht und entsprechend eingeordnet. Anschließend werden sie anhand einer Skala von eins bis vier bewertet (1 = »sehr gut«, 2 = »gut«, 3 = »leicht auffällig«, 4 = »auffällig«, 9 = »keine Äußerung vorhanden, findet im Zeugnis keine Erwähnung«). Des Weiteren wird der Zeugnistyp in den Kategorien »normativ«, »beschönigend«, »deskriptiv« oder »fördernd« gemäß einem weiteren Schema beurteilt. Hier existieren jeweils drei Bewertungsmöglichkeiten: 0 = »keine derartigen Äußerungen vorfindbar«, 1 = »eine Äußerung dieser Art« und 2 = »zwei oder mehr Äußerungen dieser Art«. Die akquirierten Zeugnisse wurden durch Studenten der Universität Bielefeld im Rahmen eines Seminars von Frau Prof. Dr. Nina Heinrichs ausgewertet. Die Koordination der Eingabe und Auswertung wurde von Frau Linda Riechmann übernommen, die auch die spätere zweite Datenerhebung im Rahmen ihrer Masterarbeit im Bereich Psychologie durchgeführt hat.

6.2.1.3 Einarbeitung der Projektmitarbeiter

Die Datenerhebung wurde durch drei Personen durchgeführt: Frau Julia Kleffner, studentische Hilfskraft der LWL-Klinik Marsberg (KJP) aus dem Bereich Lehramt, Frau Estia Zafirikis, studentische Hilfskraft aus dem Bereich Psychologie der Universität Bielefeld und dem Autor dieser Arbeit.

Die Einarbeitung der durchführenden Personen in die Studie wurde durch den Projektleiter (Autor) standardisiert vorgenommen. In einem ersten Treffen wurden die beiden Mitarbeiterinnen über das Präventionsprojekt und die Hintergründe informiert und in das Instrumentarium der Studie sowie das genaue Vorgehen eingearbeitet. Zur Vertiefung wurde beiden die schriftliche Projekt- und Studienbeschreibung übergeben, woraufhin in einem zweiten Treffen eine begleitete Probeevaluation im Rahmen der LWL-Klinik Marsberg stattfand. Die Probanden setzten sich hierbei aus Eltern und Patienten mit einer AD(H)S zusammen, die das gleiche Alter wie die späteren Probanden der Studie aufwiesen. Vorab wurden die Eltern über die Hintergründe der Probeevaluation informiert und gaben ihr Einverständnis dazu. Im Anschluss an diesen Probedurchlauf fand ein Feedbackgespräch zwischen dem Projektleiter und

den Mitarbeiterinnen statt. Nach Studienbeginn erfolgten zeitnah die ersten Evaluationen und jeweils anschließend einmal im Monat weitere Gespräche über den Verlauf.

Das Instrumentarium umfasste mit dem VEWU-Bogen ein Bewertungsinstrument, das durch die evaluierende Person auszufüllen war. Zur Ermittlung der Intra-Klassen-Korrelation (IKK) dieses Bogens wurden vor Beginn der Datenerhebung allen drei Evaluierenden jeweils voneinander unabhängig vier Videos von Kindern in Untersuchungssituationen vorgeführt, die sie anschließend anhand des VEWU-Bogens bewerteten. Um einer Verfälschung der Ergebnisse vorzubeugen, erhielten die Evaluierenden vor dem Ausfüllen der Bögen keinen Einblick in die Ergebnisse der jeweils anderen.

Tabelle 25: Intra-Klassen-Korrelation VEWU

Intra-Klassen-Korrelation VEWU	Cronbachs α
Video 1	0,70
Video 2	0,34
Video 3	0,95
Video 4	0,93
Gesamt	0,73

Quelle: Eigene Erhebung.

Trotz eines Ausreißers bei Video 2 liegt die IKK mit einem durchschnittlichen Wert von 0,73 in einem akzeptablen Bereich (s. Tabelle 25).

6.2.1.4 Durchführung der Datenerhebung

Die DE der Studie fand zwischen Oktober 2010 und Mai 2011 statt. Mit den Probanden der FG wurde telefonisch Kontakt aufgenommen, mit den Probanden der VG über die behandelnden Ärzte und Therapeuten. Die Reihenfolge, in der die beiden Gruppen kontaktiert wurden, wurde durch Randomisierung zufällig ermittelt, um systematische Verzerrungen zu vermeiden. Die DE fand ausschließlich im häuslichen Umfeld statt und dauerte im Durchschnitt etwa eineinhalb Stunden.

Die DE wurde nach einem festen Ablaufschema standardisiert durchgeführt. Nachdem sich die durchführende Person vorgestellt hatte, folgte eine Aufklärung über die Studie sowie eine Beantwortung etwaiger Fragen. Anschließend wurde den Eltern der Probanden eine schriftliche Studienbeschreibung inklusive einer Korrespondenzadresse zur späteren Kontaktierung ausgehändigt. Als letzter Schritt vor der eigentlichen DE unterzeichneten die Eltern bzw. Sorgeberechtigten die Einverständniserklärung zur wissenschaftlichen Auswertung der erhobenen Daten und zur Einsicht der Daten der SEU bei den zuständigen Gesundheitsämtern (s. S. 188). Nach einer Einführung in die einzelnen Fragebögen füllten sie im Anschluss den CBCL, den Fragebogen zum sozioökonomischen Status, den ILK und den SDQ-Bogen aus. Während die Eltern die Fragebögen bearbeiteten, wurde mit dem Kind das ILK-Kinderinterview durchgeführt. Im Anschluss daran wertete der Evaluierende den CBCL-Bogen aus und händigte, je nach Ergebnis, die entsprechenden DISYPS Fremdbeurteilungsbögen aus. Damit die Eltern die Fragebögen in Ruhe und ohne Störung vervollständigen konnten, wurde dann der Proband weiter betreut, wobei sich der Evaluierende in der Nähe der Eltern aufhielt, um bei etwaigen

Fragen oder Unsicherheiten helfen zu können. Anschließend wurde der VEWU-Bogen ausgefüllt.

Ablaufdiagramm der Datenerhebung

Der Datenerhebung/dem Besuch der Eltern geht ein Telefonat voraus, in dem die Eltern ihr Einverständnis zur Mitarbeit zugesichert und erste Informationen über die Studie und die Datenerhebung erhalten haben. Dieses Ablaufdiagramm beginnt mit dem Besuch bei den Eltern.

1. Einleitendes Gespräch

Der Untersucher

- stellt sich vor,
 - beschreibt in Kürze die Hintergründe der Studie,
 - beantwortet etwaige Fragen,
 - händigt den Eltern ein Informationsblatt inklusive Zusicherung der Anonymität und Kontaktadresse aus,
 - erklärt das Vorgehen und die Instrumente,
 - erbittet eine Kopie der bisherigen Zeugnisse, alternativ werden sie fotografiert,
 - erläutert die Einverständniserklärung und lässt sie unterschreiben,
 - gibt den Eltern die Fragebögen (beginnend mit dem CBCL) aus.
- Reihenfolge der Fragebögen: 1. CBCL, 2. Fragebogen zum sozioök. Hintergrund, 3. ILK, 4. SDQ, 5. ggf. FBB DISYPS-KJ

2. Kinderinterview

Während die Eltern den CBCL-Elternfragebogen ausfüllen, führt der Untersucher den ILK-Kinderfragebogen in Interviewform mit dem Kind durch. Das Interview wurde möglichst in einem separaten Raum (z.B. Kinderzimmer) durchgeführt. Am Ende des Interviews durfte sich das Kind ein kleines Präsent aussuchen.

3. Auswerten des CBCLs und Betreuung des Kindes

Nach dem ILK-Kinderinterview wurde das Kind gebeten, kurz in dem Raum zu warten, in dem das Interview durchgeführt wurde. Der Untersucher ließ sich den CBCL-Bogen aushändigen und wertete diesen aus. Je nach Ergebnis wird/werden im Anschluss an die »regulären Fragebögen«, abhängig von den Auffälligkeiten der CBCL, entsprechende DISYPS-KJ FBB-Bögen an die Eltern ausgegeben.

Nachdem der CBCL-Bogen ausgewertet wurde, kümmerte sich der Untersucher um das Kind (mit ihm unterhalten, spielen, Sachen zeigen lassen, etc.), damit die Eltern die restlichen Fragebögen in Ruhe ausfüllen können. Bei Fragen vonseiten der Eltern stand der Untersucher weiterhin zur Verfügung.

4. Ggf. Ausgabe des/der DISYPS-KJ-Bögen

Im Anschluss an den letzten Elternfragebogen (SDQ) wurden bei entsprechenden Auffälligkeiten im CBCL in den betreffenden Skalen die DISYPS-KJ Elternfragebögen ausgegeben.

5. Ende der Evaluation

Nachdem alle Bögen ausgefüllt wurden, erhielten die Eltern eine Informations-CD zum Thema AD(H)S und eine Informationsbroschüre.

Quelle: Eigene Erhebung.

Damit die Eltern und deren Kinder die Möglichkeit hatten, von den erhobenen Daten zu profitieren, konnten sie sich auf Wunsch die Ergebnisse mitteilen lassen. Neben einer standardisierten Interpretation der einzelnen Fragebögen wurden mögliche Ansprechpartner aufgezeigt, sollten die Eltern die Befunde überprüfen lassen bzw. weitere Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Zudem bestand die Möglichkeit, mit dem Projektverantwortlichen (Autor) Kontakt aufzunehmen, um sich die Befunde näher erläutern und sich beraten zu lassen.

6.2.1.5 Datenschutz

Nach der Datenerhebung erhielten die jeweiligen Probanden eine eigene ID. Bei der Dateneingabe in SPSS wurde anstatt probandenbezogener Daten, die eine Zuordnung ermöglicht hätten, diese ID verwendet. Eine Zuordnung der erhobenen Daten zu einzelnen Probanden war somit nur mittels eines ausschließlich schriftlich vorliegenden Rekodierungsbogens möglich. Dieser Bogen wurde in der LWL-Klinik Marsberg (KJP) unter Verschluss gehalten. Eine

Zuordnung der Daten ist außerhalb der Klinik somit nicht möglich. Im Anschluss an die Studie wird auch der schriftliche Bogen vernichtet werden, sodass eine Zuordnung der Probanden zu einzelnen Daten nicht mehr möglich sein wird.

6.2.1.6 Ethikantrag

Das Studiendesign wurde der Ethik-Kommission der Ruhruniversität Bochum zur Begutachtung vorgelegt. Es wurden keinerlei Bedenken gegenüber der Studie erhoben.

6.3 Zweite Datenerhebung (DE2) – Telefonische Nachakquise

Die Notwendigkeit der Nachakquise von Daten ergab sich aus methodischen Versäumnissen des Fragebogens zum sozioökonomischen Status, die erst nach der Datenerhebung ersichtlich wurden. So wurde in dem verwendeten Instrument zwar die Frequentierung von Hilfsangeboten vor und nach der Einschulung erhoben, jedoch nicht explizit mit dem Datum der Erstwahrnehmung der Hilfen. Dieses Versäumnis lag in der Annahme begründet, dass die Diskrepanz zwischen Früh- und Vergleichsgruppe derart offenkundig sei, dass sie auch durch diese recht grobe Unterteilung belegt werden könne. Diese Annahme bestätigte sich jedoch nicht. Vielmehr stellte sich heraus, dass anhand dieser Unterteilung keinerlei Gruppenunterschiede – weder in der Anzahl der frequentierten Hilfen noch bei den Arten der Hilfen – belegt werden konnten. Um die Hypothese zu überprüfen, dass die Früherkennungsgruppe signifikant früher als die Vergleichsgruppe diagnostiziert wurde, fehlten zudem die genauen Daten dieser ersten Diagnose. Da beide Fragestellungen für die Beantwortung der grundlegenden Hypothesen der Studie unabdingbar waren, wurde die Nachakquise dieser Daten notwendig. Da die zu erfassenden Daten weit weniger umfangreich als bei der ersten Datenerhebung waren, fand die zweite Datenakquise telefonisch statt. Die telefonische Nachakquise wurde von Frau Linda Riechmann im Rahmen ihrer Masterarbeit durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser zweiten Datenerhebung wurden unmittelbar in den Datensatz integriert. In der Auswertung der Daten wird an den entsprechenden Stellen auf Frau Riechmann verwiesen. Die ausführliche Auswertung der von Frau Riechmann (2012) erhobenen Daten ist in Form der Masterarbeit in der Bibliothek der Universität Bielefeld einzusehen.

6.3.1 Methodik

6.3.1.1 Instrumentarium

In einem vorbereitenden Treffen zwischen Frau Riechmann, dem Chefarzt der Klinik, Dr. Burchard, und dem Projektleiter (Autor) wurden das Vorgehen und Inhalte der Nacherhebung erörtert. Frau Riechmann entwarf im Anschluss an dieses Treffen einen Fragebogen, der telefonisch mit den Probanden durchgegangen werden sollte. Dieser Bogen (Tabelle 26) enthielt neben Fragen zu den genauen Hilfsangeboten der Probanden, zur jeweiligen Erstfrequentierung sowie dem Datum der Erstdiagnose ergänzende Fragen, die bei der Überprüfung der Studien-Hypothese helfen sollten. So wurden die schon bei der SEU und DE Anwendung findenden SDQ-Fragen, zwischen 7 und 15 Monaten nach der DE, erneut abgefragt, um die

Entwicklung beider Probandengruppen im Bereich der AD(H)S- und SSV – Symptomatik zu erfassen.

Tabelle 26: Fragebogen der telefonischen Nachakquise

<p>Dem Fragebogen ging eine Vorstellung der durchführenden Person voraus. Informationen zur Nachakquise und die Abfrage zum Einverständnis der Teilnahme und zur anonymen wissenschaftlichen Auswertung der erhobenen Daten.</p> <p>Folgende Informationen wurden telefonisch abgefragt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Datum der Einschulung – Etwaige Klassenwiederholungen – Aktuelle Schulform des Kindes – Durch wen und wann die Eltern auf die AD(H)S Problematik erstmals angesprochen wurden – Datum der AD(H)S-Erstdiagnose – Name der Fachkraft, welche die Diagnose stellte – Welche Fachkraft das Erstgespräch durchführte – Wahrgenommene Hilfsangebote: Datum der jeweiligen Erstfrequentierung und eine Bewertung (1 [gar nicht hilfreich] – 4 [sehr hilfreich]) – Die drei als subjektiv sinnvollsten wahrgenommenen Hilfsangebote – Ob eine Medikation vor dem Hintergrund der AD(H)S verschrieben wurde, wenn ja das Datum der Erstverschreibung, das Präparat, eine Bewertung der Wirkung, die Dauer der Frequentierung und ob zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung vor dem Hintergrund einer AD(H)S ein Medikament eingenommen wurde – SDQ-Fragen zum Bereich AD(H)S, SSV und die drei Kontrollfragen

Quelle: Eigene Erhebung.

6.3.1.2 Datenerhebung

Die telefonische Nachakquise wurde zwischen Januar und März 2012 von Frau Riechmann durchgeführt, also 7 bis 15 Monate nach der ersten DE.

6.3.1.3 Datenschutz

Frau Riechmann absolvierte für die Dauer der zweiten Datenerhebung ein Praktikum an der LWL-Klinik Marsberg (KJP). Um trotz der Nachakquise die Anonymität der Probandendaten aus der ersten Datenerhebung zu gewährleisten, wurden den Probanden neue IDs zugeordnet. Die Rekodierung der Daten, notwendig für die Zusammenführung der nachakquirierten Daten mit denen der ersten Erhebung in SPSS, war lediglich anhand eines schriftlichen Rekodierungsbogens möglich. Auf diesem Bogen waren die alten IDs den neuen zugeordnet. Dieser Zettel wurde in der LWL-Klinik Marsberg (KJP) unter Verschluss gehalten. Durch dieses Vorgehen war eine Zuordnung von Daten zu einzelnen Probanden außerhalb der Klinik nicht möglich, die Anonymität der Probanden blieb gewährleistet. Nach der Zusammenführung der Daten wurde dieser schriftliche Rekodierungsbogen vernichtet.

Frau Riechmann erhielt eine Liste mit Kontaktdaten der Probanden und den jeweils dazugehörigen (neuen) IDs. Dieser Bogen war lediglich in einfacher Ausführung schriftlich vorhanden. Nach Abschluss der telefonischen Datenerhebung wurde der Bogen von Frau Riechmann mit einer schriftlichen Erklärung, dass dieser schriftliche Bogen in keiner Weise vervielfältigt wurde an die LWL-Klinik Marsberg zurückgegeben.

6.3.1.4 Ethikantrag

Frau Riechmann ließ das Studiendesign durch die Ethik-Kommission der Psychologischen Fakultät der Universität Bielefeld bewerten. Die Ethikkommission erhob keinerlei Einwände gegenüber der Nachakquise.

6.4 Gruppenvergleich

Im Gruppenvergleich und in der weiteren Auswertung wird von einer Signifikanz gesprochen, wenn $p \leq 0,05$, von einer Tendenz ist die Rede wenn $p > 0,05$ und $\leq 0,10$.

Tabelle 27: Studienteilnehmer im Verhältnis an potentiell möglichen Probanden

	Früherkennungsgruppe (FG)	Vergleichsgruppe (VG)	Gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)
Frequentierung der Studie	43/81	43/92	86/173
	(53%/47%)	(47%/53%)	(50%/50%)

Quelle: Eigene Erhebung.

Sowohl bei der FG als auch bei der VG fanden jeweils 43 Datenerhebungen statt. Insgesamt belief sich die Zahl der Erhebungen demnach auf 86. Bei der FG handelt es sich dabei um 53% aller zur Verfügung stehenden potenziellen Teilnehmer, bei der VG um 47% (Tabelle 27).

Tabelle 28: Gruppenvergleich zum Zeitpunkt der DE

	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			χ^2/p
	N (%)	MW(SD)	n	N (%)	MW(SD)	N	
Geschlecht m / w	30/13 (70%/30%)	-	43	33/10 (77%/23%)	-	43	0,53 (1) /0,47
Alter der Probanden in Monaten	-	98,37 (7,72)	43	-	106,86 (5,31)	43	74,48 /<0,00*
Geschwister nein / ja	9/34 (21%/79%)	-	43	5/38 (12%/78%)	-	43	1,37 (1) /0,25
Anzahl der Kinder in der Familie	-	2,02 (0,8)	41	-	2,28 (0,97)	36	-1,26 /0,21*
Lebensmittelpunkt Proband leibl. Eltern – andere	31/11 (74%/26%)	-	42	27/16 (63%/37%)	-	43	1,19 (1) /0,28
Nationalität deutsch – andere	42/1 (98%/2%)	-	43	40/2 (95%/5%)	-	42	0,37 (1) /0,56**
Schulform Proband Grundschule – Sonderschule	39/4 (91%/9%)	-	43	33/5 (87%/13%)	-	38	0,30 (1) /0,73**
Einkommen ***	-	1,82 (0,68)	40	-	1,56 (0,59)	43	1,92 /0,06*
$\alpha < 0,05$. * t-Test für unabhängige Stichproben. ** Exakter Test nach Fischer. *** Einkommen (netto) : 1 – < 2.000€, 2 – 2.000 – 4.000€, 3 – > 4.000€.							

Quelle: Eigene Erhebung.

Das Geschlechterverhältnis war in beiden Gruppen annähernd gleich. Die Verteilung von 3 (m) zu 1 (w) deckt sich mit der Verteilung der Geschlechter bei der AD(H)S-Prävalenz im Kinder- und Jugendalter anderer Studien wie z.B. der KiGGS Studie (2006). Bei der Staatsangehörigkeit gab es ebenfalls keine nennenswerten Unterschiede, Mitglieder beider Probandengruppen hatten hauptsächlich die deutsche Staatsangehörigkeit. Die Altersverteilung war hingegen inhomogen. Die Probanden der FG waren mit durchschnittlich 98,37 Monaten zum Zeitpunkt der DE signifikant jünger als die der VG mit durchschnittlich 106,86 Monaten. Der Anteil von Einzelkindern gegenüber Kindern mit Geschwistern war bei beiden Gruppen beinahe identisch, der Großteil der Probanden hatte Geschwister. Durchschnittlich lebten in den Familien der FG 2,02 Kinder, in denen der VG 2,28. Bei dem Großteil der untersuchten Probanden beider Gruppen ist zu beobachten, dass der Lebensmittelpunkt bei den leiblichen Eltern lag. Nach der Schulform unterschieden sich beide Gruppen nicht signifikant voneinander, in der Regel wurde die Grundschule besucht. Die FG ist ökonomisch tendenziell etwas besser gestellt als die VG, jedoch nicht signifikant (s. Tabelle 29, Tabelle 30).

Tabelle 29: Bildungsgrad der Mutter

Mutter	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			T / p
	MW	SD	N	MW	SD	N	
Schulbildung	3,07	0,88	41	2,86	0,94	43	1,07 /,29
keine (1) = kein Schulabschluss, Grundschule, Sonderschule / niedrig (2)= Hauptschule / mittel (3) = Realschule / hoch (4) = Fachoberschule, Abitur							
Ausbildung	1,90	0,44	41	1,88	0,55	42	0,20 /,84
Niedrig (1) = keine Ausbildung / mittel (2) = Lehre, Berufsschule / hoch (3) = Fachhochschule, Universität							
berufliche Stellung	1,94	0,51	31	1,97	0,47	33	-0,28 /,78
1 = ungelernt, 2 = Mitarbeiter, 3 = selbstständig, 4 = leitende Funktion. $\alpha < ,05$, t-Test für unabhängige Stichproben.							

Quelle: Eigene Erhebung.

Die Schulbildung, Ausbildung und berufliche Stellung zum Zeitpunkt der DE der Mütter beider Probandengruppen unterschied sich nicht signifikant oder tendenziell voneinander. Beide Gruppen blieben im jeweiligen mittleren Bereich (s. Tabelle 29).

Tabelle 30: Bildungsgrad des Vaters

Vater	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			T / p
	MW	SD	N	MW	SD	N	
Schulbildung	2,76	0,97	41	2,61	0,77	36	0,72 /,47
keine (1) = kein Schulabschluss, Grundschule, Sonderschule / niedrig (2)= Hauptschule / mittel (3) = Realschule / hoch (4) = Fachoberschule, Abitur							
Ausbildung	2,08	0,53	39	1,89	0,47	35	1,63 /,11
Niedrig (1) = keine Ausbildung / mittel (2) = Lehre, Berufsschule / hoch (3) = Fachhochschule, Universität							
berufliche Stellung	2,42	0,85	31	2,23	0,62	31	1,03 /,31
1 = ungelernt, 2 = Mitarbeiter, 3 = selbstständig, 4 = leitende Funktion $\alpha < ,05$, t-Test für unabhängige Stichproben							

Quelle: Eigene Erhebung.

Die Väter der Probanden beider Gruppen unterscheiden sich in den Bereichen Ausbildung und berufliche Stellung zum Zeitpunkt der DE wie die Mütter nicht nennenswert voneinander, lagen jedoch etwas weiter auseinander. Dies war jedoch weder signifikant noch tendenziell bedeutend. Die Väter blieben ebenfalls im jeweils mittleren Bereich (s. Tabelle 30).

Tabelle 31: Sozioökonomischer Status der Familien

Sozioök. Status d. Familien	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			T / p	Cronbachs α
	MW	SD	N	MW	SD	N		
Gesamt	3,62	1,06	43	3,17	0,89	43	2,15 /,03	,72*

Schulbildung, Ausbildung, berufliche Stellung, Haushaltseinkommen
 $\alpha < ,05$, t-Test für unabhängige Stichproben.
 * Reliabilitätsanalyse, Cronbachs α .

Quelle: Eigene Erhebung.

Bei der Gesamtbewertung der sozioökonomischen Items – Schulbildung, Ausbildung, berufliche Stellung und Haushaltseinkommen – gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Diese Auswertung beruht auf den genannten mittels Fragebogen abgerufenen Bereichen sowohl der Mütter als auch der Väter. Die FG wies zum Zeitpunkt der DE im Durchschnitt eine etwas bessere Schulbildung, Ausbildung und berufliche Stellung auf. Das jeweils gering bessere Abschneiden der FG in allen genannten Bereichen summiert sich zu einem insgesamt signifikant besseren Ergebnis der FG. Die FG hat demnach gegenüber der VG den besseren sozioökonomischen Hintergrund. Der Reliabilitätskoeffizient liegt mit einem Wert von 0,72 in einem akzeptablen Bereich (s. Tabelle 31).

Tabelle 32: ILK-Vergleich der Zeitverteilung beider Gruppen

ILK – Zeitverteilung	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			T / p
Wie viele Stunden der Proband pro Tag verbringt mit....	MW	SD	N	MW	SD	N	
... schlafen	9,69	1,10	42	9,67	0,94	43	0,07 /,94
... Schule	5,44	1,17	43	5,87	1,33	43	-1,53 /,12
... Hausaufgaben	1,11	0,55	43	1,19	0,62	40	-0,57 /,57
... Eltern und Geschwistern	3,57	1,81	42	3,52	1,57	43	0,12 /,91
... Freunden	2,21	0,93	43	2,24	1,17	42	-0,14 /,89
... alleine	1,64	0,80	41	1,53	0,95	42	0,59 /,56

p < 0,05, t-Test für unabhängige Stichproben.

Quelle: Eigene Erhebung.

Nach der Zeitverteilung der Probanden beider Gruppen ergaben sich keine Gruppenunterschiede. Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse vor diesem Hintergrund sind auszuschließen (s. Tabelle 32).

Für die Auswertung der erhobenen Daten ist hervorzuheben, dass die Mitglieder der FG einen besseren sozioökonomischen Hintergrund gegenüber der VG aufweisen. Auch wenn sich in den einzelnen Bereichen, aus denen sich diese Auswertung zusammensetzt, keine signifikanten Unterschiede ergaben, summiert sich das bis auf den Bereich der beruflichen Stellung der Mutter durchweg leicht bessere Abschneiden der FG zu einem signifikanten Befund (s. Tabelle 29 bis Tabelle 31). Obwohl eine AD(H)S nach aktuellem wissenschaftlichem Stand primär in genetischen Faktoren begründet liegt, kommt den Umweltfaktoren große Bedeutung zu, da die Symptomatik stark mit der Lebensumwelt der Probanden interagiert. Stehen den Familien weniger soziale oder ökonomische Ressourcen zur Verfügung, steigt die Gefahr entwicklungsrelevanter Risiken wie z.B. inadäquater familiärer Interaktionsmuster, was sich wiederum negativ auf das Verhalten und die Entwicklung der Betroffenen auswirken kann. Ein Teufelskreis aus symptombedingtem problematischem Verhalten, darauf folgender inadäquater Reaktion des z.B. familiären Systems, was wiederum negatives Verhalten des Betroffenen hervorruft, droht zu entstehen (siehe Kapitel 4.1.5.1, S. 45f.; vgl. Patterson 1982). Derartige negative psychosoziale Einflüsse und daraus resultierende gestörte Eltern-Kind-Beziehungen korrelieren deutlich mit dem Auftreten komorbider Störungen (Barkley et al. 1991; Biedermann et al. 1996). Untermauert wird diese Annahme u.a. durch Studien von McGee, Williams und Silva (1985), die ergaben, dass bei Kindern mit einer AD(H)S aus strukturschwachen Familien häufiger aggressives und dissoziales Verhalten manifestiert als bei von AD(H)S betroffenen Kindern, die aus sozial und ökonomisch besser gestellten Kreisen stammen. Für die Datenanalyse bedeutet dieser Gruppenunterschied, dass die Probanden der VG für den Umgang und die Bewältigung der mit einer AD(H)S verbundenen Symptomatik im Durchschnitt eine ungünstigere Ausgangslage aufweisen als diejenigen der FG. Ein potenziell möglicher Einfluss auf die erhobenen Daten der Bereiche Störungsintensität, Leistungsentwicklung, Komorbidität und Lebensqualität zuungunsten der benachteiligten VG ist nicht auszuschließen und muss bei der Auswertung Beachtung finden.

Neben dieser Diskrepanz gibt es zwischen den beiden Gruppierungen keinerlei bedeutenden Unterschiede, von denen eine Verzerrung der Ergebnisse zu erwarten ist und bei der Datenanalyse berücksichtigt werden müssen.

6.5 Ergebnisse

6.5.1 Reliabilitätsanalysen des Instrumentariums

In den Reliabilitätsanalysen der verwendeten Instrumente ergeben sich nach den Einzelskalen des CBCL-Bogens bei den Skalen »soziale Probleme«, »schizoid/zwanghaft« und »dissoziales Verhalten« und bei der DISYPS-II Skala ANZ »generalisierte Angst« fragwürdige Ergebnisse. In den Gesamtskalen »internalisiertes Verhalten«, »externalisiertes Verhalten« und »Gesamtwertung« lagen die Ergebnisse in einem guten bzw. sehr guten Bereich. Der SDQ-Bogen erreichte einen Wert von $\alpha=0,69$ und grenzt an den akzeptablen Bereich. Die Items »körperliche Beschwerden« des CBCL Bogens, der ILK Kinderfragebogen im Bereich »Lebensqualität/Problemwahrnehmung« und der Bereich des DISYPS-II ANZ der »spezifischen

Phobien« erreichten schwache bis nicht akzeptable Werte und finden daher in der folgenden Auswertung keine Beachtung. Die restlichen Instrumente erreichten akzeptable bis gute Ergebnisse (s. Tabelle 33).

Tabelle 33: Reliabilitätsanalysen der verwendeten Instrumente

	Anzahl der Items	Cronbachs α
CBCL sozialer Rückzug	9	0,70
CBCL körperlichen Beschwerden	9	0,58
CBCL ängstlich Depressiv	14	0,77
CBCL soziale Probleme	8	0,68
CBCL schizoid/ zwanghaft	7	0,65
CBCL Aufmerksamkeitsprobleme	11	0,72
CBCL dissoziales Verhalten	13	0,67
CBCL aggressives Verhalten	20	0,87
CBCL andere Probleme	33	0,76
CBCL Internalisiert	32	0,82
CBCL Externalisiert	33	0,89
CBCL Gesamtskala	120	0,94
ILK Kinderfragebogen (Problem- und Lebensqualität)	7	0,44
ILK Elternfragebogen (Problem- und Lebensqualität)	7	0,67
SDQ AD(H)S	5	0,69
SDQ SSV	5	0,79
DISYPS-II ADHS Aufmerksamkeitsstörung	9	0,87
DISYPS-II ADHS Hyperaktivität	7	0,85
DISYPS-II ADHS Impulsivität	4	0,86
DISYPS-II ADHS Gesamtskala	20	0,91
DISYPS-II ADHS Kompetenzskala	6	0,74
DISYPS-II SSV Oppositionell-aggressives Verhalten	9	0,88
DISYPS-II SSV Dissozial-aggressives Verhalten	16	0,65
DISYPS-II SSV Gesamtskala	25	0,85
DISYPS-II SSV Kompetenzskala	12	0,83
DISYPS-II ANZ Trennungsangst	10	0,71
DISYPS-II ANZ generalisierte Angst	7	0,66
DISYPS-II ANZ soziale Phobie	7	0,53
DISYPS-II ANZ spezifische Phobie	7	0,73
DISYPS-II ANZ Gesamtskala	33	0,84
DISYPS-II ANZ Kompetenzskala	8	0,77
DISYPS-II DES Gesamtskala	29	0,75
DISYPS-II DES Kompetenzskala	8	0,71

Quelle: Eigene Erhebung.

6.5.2 CBCL

Tabelle 34: Entwicklung der CBCL-Befunde der FG zwischen SEU und DE

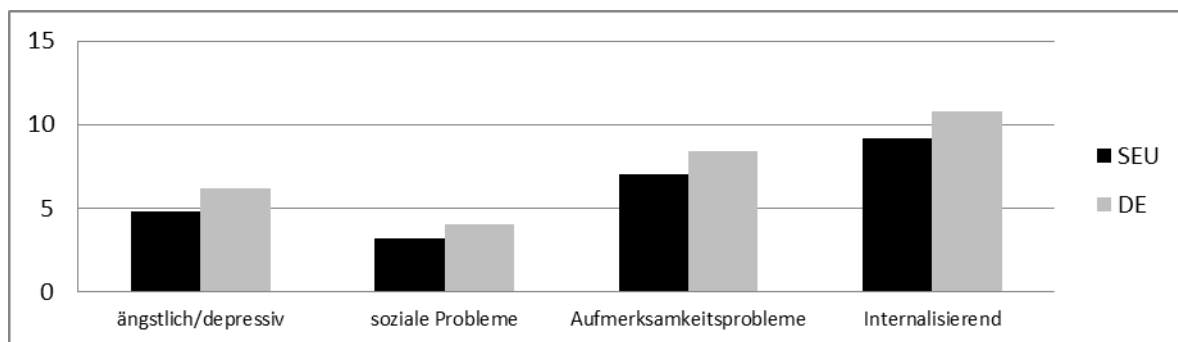
CBCL-Früherkennungsgruppe	SEU			DE			T / p
	MW	SD	N	MW	SD	N	
Früherkennungsgruppe – FG							
Sozialer Rückzug	3,33	2,80	43	3,86	2,75	43	-1,35 /0,19
Ängstlich/ depressiv	4,77	3,75	43	6,16	4,23	43	-2,40 /0,02
Soziale Probleme	3,16	2,54	43	4,02	3,07	43	-2,43 /0,02
Schizoid/ zwanghaft	1,30	1,67	43	1,12	1,59	43	0,71 /0,48
Aufmerksamkeitsprobleme	7,07	2,64	43	8,42	3,50	43	-3,72 / <0,01
Dissoziales Verhalten	3,07	2,33	43	3,19	1,96	43	-0,35 /0,73
Aggressives Verhalten	14,65	7,05	43	15,60	6,44	43	-1,20 /0,24
Andere Probleme	7,53	5,12	43	7,89	5,48	43	-0,62 /0,54
CBCL internalisierend	9,21	6,14	43	10,81	6,54	43	-1,87 /0,07
CBCL externalisierend	18,88	10,44	43	18,72	7,70	43	0,11 /0,92
CBCL Gesamtwert	46,95	19,16	43	49,14	21,08	43	-0,99 /0,33

p* $\alpha < 0,05$, t-Test für verbundene Stichproben.

Quelle: Eigene Erhebung.

Da die FG anders als die VG die zweite Screeningstufe des Präventionsprojektes nach der SEU durchlaufen hat, lagen von dieser Gruppe ebenfalls CBCL-Daten zu diesem Zeitpunkt vor. Dieser Umstand erlaubt Rückschlüsse auf die Entwicklung dieser Gruppe zwischen dem Zeitpunkt vor der Einschulung und ca. 24 Monate nach der Einschulung (s. Abbildung 23).

Abbildung 23: CBCL: Entwicklung der FG zwischen SEU und DE



Quelle: Eigene Erhebung.

Die FG verschlechterte sich zwischen der SEU und der DE in den Bereichen Ängstlichkeit/Depressivität, soziale Probleme und Aufmerksamkeitsprobleme signifikant, im internalisierten Bereich tendenziell (s. Tabelle 34 u. Abbildung 23). Vor dem Hintergrund der mit einer AD(H)S verbundenen Symptome und ihrer Beschaffenheit verwundert der Anstieg in den Bereichen Aufmerksamkeitsprobleme und soziale Probleme schon kurz nach dem Schulbeginn nicht. So steigen die Anforderungen an Schulkinder, still zu sitzen (Hyperaktivität), aufzupassen (Aufmerksamkeit) und an ihre Fähigkeit, sich zu kontrollieren (Impulsivität) sprunghaft an (s. Kap. 4.1.5.3, S. 47ff.). Dies sind Bereiche, mit denen vor allem von AD(H)S betroffene Kinder aufgrund ihrer Symptomatik besonders große Probleme haben. Dass nach der Einschulung im Kontext Schule diese Probleme zunehmen oder besser gesagt deutlicher wahrgenommen werden, klingt plausibel. Ebenso glaubwürdig ist das Ergebnis, dass sich dar-

aus soziale Probleme für die Betroffenen ergeben, so z.B. ein problematischer Kontakt zur Peer-Group. Die Verschlechterung im Bereich Ängstlichkeit/Depressivität sowie im internalisierten Bereich bietet einen Hinweis darauf, dass die Betroffenen, die von ihrer Umwelt aufgrund der Symptomatik und der damit verbundenen Probleme im Alltag häufig als belastend, zuweilen sogar als bösartig erlebt werden, schon in dieser frühen Schulperiode selbst unter der Symptomatik leiden. Auch wenn ein Gruppenvergleich zwischen SEU und DE vor dem Hintergrund der Hypothesen nicht möglich ist, unterstreichen diese Ergebnisse die Notwendigkeit, von AD(H)S betroffene Kinder zeitnah zu unterstützen. Zu diesem frühen Zeitpunkt haben sich noch keine dissozialen Verhaltensweisen etabliert oder gar verschlimmert, der soziale Rückzug ist ebenfalls noch nicht angestiegen (s. Tabelle 35). Diesen in späteren Lebensabschnitten häufig mit einer AD(H)S auftauchenden komorbiden Problemen kann zu diesem Zeitpunkt demnach in vielen Fällen noch entgegengewirkt werden.

Tabelle 35: CBCL-Befunde zum Zeitpunkt der DE

CBCL-DE	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			T / p*	p**
	MW	SD	N	MW	SD	N		
Sozialer Rückzug	3,86	2,75	43	4,40	2,97	43	-0,87 / 0,39	0,18
Ängstlich/ depressiv	6,16	4,23	43	6,40	4,26	43	- 0,25 / 0,80	
Soziale Probleme	4,02	3,07	43	4,40	2,86	43	-0,58 / 0,56	
Schizoid/ Zwanghaft	1,12	1,59	43	1,58	1,99	43	-1,20 / 0,24	
Aufmerksamkeitsprobleme	8,42	3,50	43	9,47	3,61	43	-1,36 / 0,18	
Dissoziales Verhalten	3,19	1,96	43	4,51	3,60	43	-2,12 / 0,04	
Aggressives Verhalten	15,60	6,44	43	16,26	7,83	43	-0,42 / 0,68	
Anderere Probleme	7,98	5,48	43	8,19	5,66	43	-0,17 / 0,86	
CBCL internalisierend	10,81	6,54	43	12,00	6,96	43	-0,82 / 0,42	
CBCL externalisierend	18,72	7,70	43	20,77	10,83	43	-1,01 / 0,32	
CBCL Gesamtwert	49,14	21,08	43	53,63	22,27	43	-0,96 / 0,34	

p* $\alpha < 0,05$, t-Test für unabhängige Stichproben.
p** $\alpha < 0,05$, Wilks-Lambda, multivariater Test.

Quelle: Eigene Erhebung.

Im Bereich des CBCL-Bogens ergab sich zum Zeitpunkt der DE ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen. Die FG war im Bereich dissoziales Verhalten signifikant weniger auffällig als die VG. Die Ergebnisse aller anderen sechs Skalen, die internalisierte und externalisierte Wertung sowie die Gesamtwertung wiesen keine signifikanten oder tendenziellen Unterschiede auf. Die multivariate Testung der CBCL-Ergebnisse ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen (s. Tabelle 35). Trotz der nicht signifikanten multivariaten Testung sei angemerkt, dass sich dieses bessere Abschneiden der FG im sozialen Bereich bei den Ergebnissen des SDQ-Bogens wiederholt. Dort erhielt die FG im Bereich Sozialverhalten einen tendenziell positiveren Befund als die VG. Dies gilt sowohl bei der ersten wie auch bei der zweiten DE (s. Tabelle 36).

6.5.3 SDQ

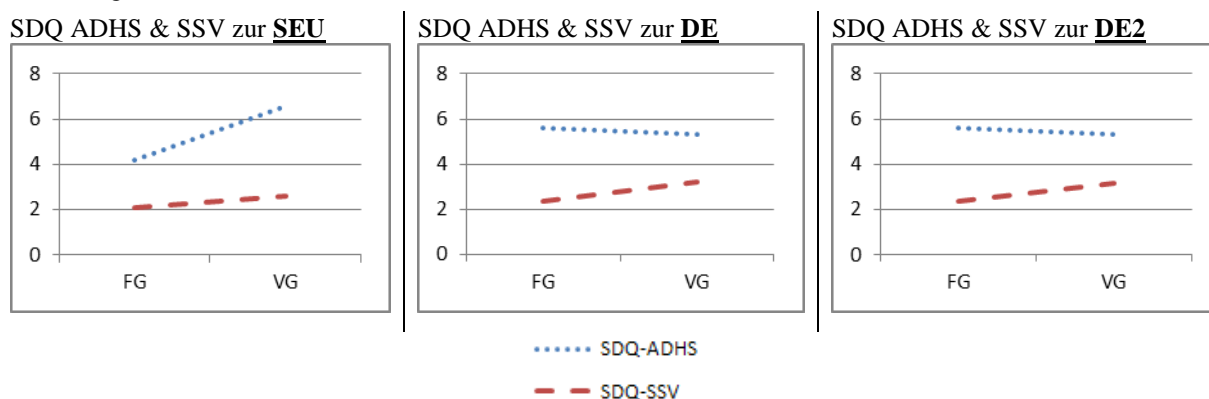
Tabelle 36: Ergebnisse des SDQ zum Zeitpunkt der SEU, der DE und 2. DE

SDQ	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			
	MW	SD	N	MW	SD	N	T / p
SDQ ADHS SEU	6,14	2,08	29	4,18	2,35	17	2,94 /,01
SDQ ADHS DE	6,47	1,94	43	6,37	2,01	43	0,22 /,83
SDQ ADHS DE2	5,63	2,78	38	5,30	2,82	37	0,52 /,61
SDQ SSV SEU	2,09	1,70	11	2,62	1,30	8	-0,74 /,47
SDQ SSV DE	2,93	2,03	43	3,77	2,19	43	-1,84 /,07
SDQ SSV DE2	2,34	2,20	38	3,19	2,13	37	-1,69 /,10

$\alpha < ,05$, t-Test für unabhängige Stichproben.
 SEU = Schuleingangsuntersuchung.
 DE = 1. Datenerhebung .
 DE2 = 2. (telefonische) Datenerhebung durch Fr. Riechmann.

Quelle: Eigene Erhebung.

Abbildung 24: SDQ ADHS & SSV



Quelle: Eigene Erhebung.

Zum Zeitpunkt der SEU war die FG im Bereich AD(H)S aus Elternperspektive signifikant auffälliger als die VG. In den Fragen zur SSV gibt es zu diesem Zeitpunkt dagegen keine bedeutenden Diskrepanzen zwischen beiden Gruppen (s. Tabelle 36). Diese Ergebnisse belegen, dass das familiäre System zum Zeitpunkt der SEU in der FG bereits wesentlich deutlicher als in der VG eine Belastung durch die mit einer AD(H)S verbundenen Symptome wahrgenommen hat; es kann also als mehr belastet gelten. Trotz dieser ungünstigeren Ausgangslage scheint sich jedoch noch keine Störung im Sozialverhalten manifestiert zu haben. Etwa 24 Monate nach der Einschulung hat sich hingegen in beiden Gruppen ein sichtbarer Anstieg der Problembelastung im Bereich Sozialverhalten ergeben (vgl. Tabelle 36, Tabelle 40). Dies untermauert die in Kapitel 6.2.1.2.1 und 6.2.1.2.2 erhobene Annahme, dass Probleme im Sozialverhalten kontextbedingt primär erst nach dem Schuleintritt ansteigen (s. Kap. 4.1.5.3). Zum Zeitpunkt der DE unterscheiden sich beide Gruppen im Bereich AD(H)S nicht mehr voneinander. Im Bereich der SSV schneidet die FG tendenziell besser ab. Die Unterschiede (SSV) bzw. das ähnliche Abschneiden (AD(H)S) beider Gruppen in den beiden Bereichen AD(H)S und SSV werden durch die zweite DE bestätigt (s. Tabelle 36).

Tabelle 37: Entwicklung bei den Kontrollfragen zwischen SEU und DE

		DE			
		unauffällig		auffällig	
Kontrollfrage 1		FG	VG	FG	VG
SEU	unauffällig	8 (100%)*	5 (71,4%)*	7 (33,3%)**	8 (88,9%)**
	auffällig	0 (0%)*	2 (28,6%)*	14 (66,7%)**	1 (11,1%)**
	Gesamt	8 (100%)	7 (100%)	21 (100%)	9 (100%)
* DE unauffällig $\chi^2=2,64$ (1), exakter Test nach Fisher $p=0,20$.					
** DE auffällig $\chi^2=7,78$ (1), exakter Test nach Fisher $p=0,01$.					
Kontrollfrage 2		unauffällig		auffällig	
		FG	VG	FG	VG
SEU	unauffällig	9 (64,3%)*	7 (87,5%)*	8 (61,5%)**	7 (87,5%)**
	auffällig	5 (35,7%)*	1 (12,5%)*	5 (38,5%)**	1 (12,5%)**
	Gesamt	14 (100%)	8 (100%)	13 (100%)	8 (100%)
* DE unauffällig $\chi^2=1,39$ (1), exakter Test nach Fisher $p=0,35$.					
** DE auffällig $\chi^2=1,64$ (1), exakter Test nach Fisher $p=0,34$.					
Kontrollfrage 3		unauffällig		auffällig	
		FG	VG	FG	VG
SEU	unauffällig	8 (61,5%)*	8 (88,9%)*	5 (35,7%)**	6 (75%)**
	auffällig	5 (38,5%)*	1 (11,1%)*	9 (64,3%)**	2 (25%)**
	Gesamt	13 (100%)	9 (100%)	14 (100%)	8 (100%)
* DE unauffällig $\chi^2=2,00$ (1), exakter Test nach Fisher $p=0,33$					
** DE auffällig $\chi^2=3,14$ (1), exakter Test nach Fisher $p=0,18$					

Quelle: Eigene Erhebung.

Die erste Kontrollfrage des SDQ-Bogens, bei der gefragt wird, ob der Proband in verschiedenen Bereichen – z.B. Stimmung, Verhalten und Konzentration – Probleme hat, erbrachte ein signifikantes Ergebnis in der Auswertung zwischen der SEU und der DE zugunsten der FG. Innerhalb der FG erwiesen sich zum Zeitpunkt der DE 33,3% der Probanden als auffällig, die in der SEU noch unauffällig gewesen waren. In der VG betrug dieser Anteil hingegen 87,5%. Der Anteil der bei SEU unauffälligen Probanden, die bis zum Zeitpunkt der DE auffällig wurden, war in der VG demnach signifikant höher. Das geringe n ist bei diesen Ergebnissen allerdings kritisch zu bewerten (s. Tabelle 37).

Die Ergebnisse der zweiten DE gegenüber denen der SEU im Bereich der Kontrollfragen gleichen prozentual denen der ersten DE. Das der Unterschied bei der ersten Kontrollfrage kein signifikantes oder tendenzielles Niveau erreicht liegt primär in dem geringen n der VG begründet (s. Tabelle 37 und Tabelle 38, S. 132).

Im Vergleich der Befunde der Kontrollfrage zwischen der ersten und zweiten DE ergab sich ein tendenzieller Unterschied wie schon in Tabelle 37 (SEU – DE) und 38 (SEU – DE2) in der ersten Frage. So sind zwischen erster und zweiter DE noch einmal 6 Probanden der VG auffällig geworden, die bei der ersten DE noch unauffällige Werte erreichten, bei der FG hingegen lediglich ein Proband (s. Tabelle 39).

Tabelle 38: Entwicklung bei den Kontrollfragen zwischen SEU und DE2

		DE2			
		unauffällig		auffällig	
Kontrollfrage 1		FG	VG	FG	VG
SEU	unauffällig	9 (69,2%)*	7 (77,8%)*	4 (33,3%)**	5 (83,3%)**
	auffällig	4 (66,7%)*	2 (22,2%)*	8 (66,7%)**	1 (16,7%)**
	Gesamt	13 (100%)	9 (100%)	12 (100%)	6 (100%)
* DE unauffällig $\chi^2= 0,20$ (1), exakter Test nach Fisher $p = 1$.					
** DE auffällig $\chi^2= 4,00$ (1), exakter Test nach Fisher $p =0,13$.					
		unauffällig		auffällig	
Kontrollfrage 2		FG	VG	FG	VG
SEU	unauffällig	9 (69,2%)*	7 (100%)*	3 (42,9%)**	4 (80%)**
	auffällig	4 (66,7%)*	0 (0%)*	4 (57,1%)**	1 (20%)**
	Gesamt	13 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	5 (100%)
* DE unauffällig $\chi^2= 2,69$ (1), exakter Test nach Fisher $p =0,25$.					
** DE auffällig $\chi^2= 1,66$ (1), exakter Test nach Fisher $p =0,29$.					
		unauffällig		auffällig	
Kontrollfrage 3		FG	VG	FG	VG
SEU	unauffällig	6 (60%)*	6 (100%)*	3 (30%)**	5 (83,3%)**
	auffällig	4 (40%)*	0 (0%)*	7 (70%)**	1 (16,7%)**
	Gesamt	10 (100%)	6 (100%)	10 (100%)	6 (100%)
* DE unauffällig $\chi^2= 3,20$ (1), exakter Test nach Fisher $p =0,23$.					
** DE auffällig $\chi^2= 4,27$ (1), exakter Test nach Fisher $p =0,12$.					

Quelle: Eigene Erhebung.

Tabelle 39: Entwicklung bei den Kontrollfragen zwischen DE und DE2

		DE2			
		unauffällig		auffällig	
Kontrollfrage 1		FG	VG	FG	VG
DE	unauffällig	14 (66,7%)*	8 (44,4%)*	1 (5,9%)**	6 (31,6%)**
	auffällig	7 (33,3%)*	10 (55,6%)*	16 (94,1%)**	13 (68,4%)**
	Gesamt	21 (100%)	18 (100%)	17 (100%)	19 (100%)
* DE unauffällig $\chi^2= 1,85$ (1), exakter Test nach Fisher $p =0,21$.					
** DE auffällig $\chi^2= 3,78$ (1), exakter Test nach Fisher $p =0,10$.					
		unauffällig		auffällig	
Kontrollfrage 2		FG	VG	FG	VG
DE	unauffällig	14 (63,6%)*	11 (57,9%)*	3 (30%)**	5 (41,7%)**
	auffällig	8 (36,4%)*	8 (42,1%)*	7 (70%)**	7 (58,3%)**
	Gesamt	22 (100%)	19 (100%)	10 (100%)	12 (100%)
* DE unauffällig $\chi^2= 0,14$ (1), exakter Test nach Fisher $p =0,76$.					
** DE auffällig $\chi^2= 0,32$ (1), exakter Test nach Fisher $p =0,68$.					
		unauffällig		auffällig	
Kontrollfrage 3		FG	VG	FG	VG
DE	unauffällig	12 (63,2%)*	11 (64,7%)*	3 (23,1%)**	5 (35,7%)**
	auffällig	7 (36,8%)*	6 (35,3%)*	10 (76,9%)**	9 (64,3%)**
	Gesamt	19 (100%)	17 (100%)	13 (100%)	14 (100%)
* DE unauffällig $\chi^2= 0,01$ (1), exakter Test nach Fisher $p = 1$.					
** DE auffällig $\chi^2=,52$ (1), exakter Test nach Fisher $p =0,68$.					

Quelle: Eigene Erhebung.

Tabelle 40: SDQ- Ergebnisse innerhalb der Gruppen vom Zeitpunkt der SEU bis zum Zeitpunkt der DE

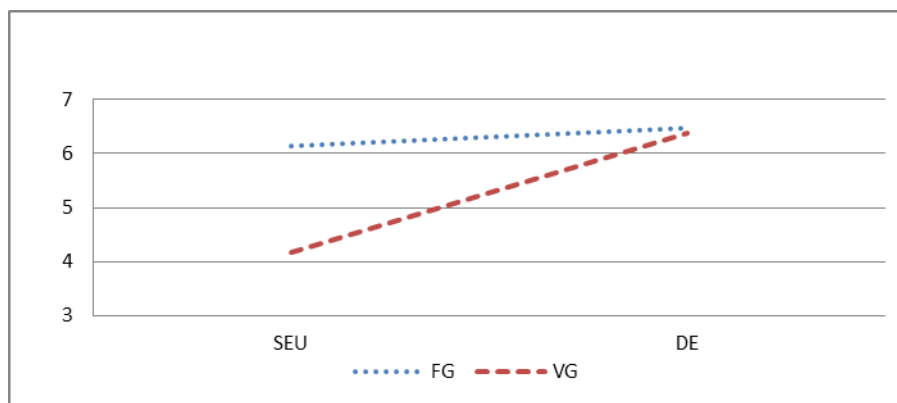
SDQ	SEU			DE			T / p
	MW	SD	N	MW	SD	N	
FG SDQ ADHS	6,14	2,08	29	6,66	1,90	29	-1,10 / 0,28
VG SDQ ADHS	4,18	2,35	17	6,59	2,27	17	-3,63 / <0,01
FG SDQ SSV	2,09	1,70	11	3,00	2,57	11	-1,20 / 0,26
VG SDQ SSV	2,62	1,30	8	3,38	1,69	8	-1,27 / 0,24

$\alpha < 0,05$, t-Test für verbundene Stichproben.
SEU = Schuleingangsuntersuchung.
DE = 1. Datenerhebung .

Quelle: Eigene Erhebung.

Tabelle 40 stellt die Entwicklung innerhalb der Gruppen von der SEU bis zur DE dar. Es fanden nur die Fälle Berücksichtigung, von denen Daten zu beiden Zeitpunkten vorlagen. Auffällig ist, dass der Mittelwert der VG im Bereich ADHS zwischen der SEU und DE signifikant ansteigt, die FG blieb Vergleich nahezu konstant.

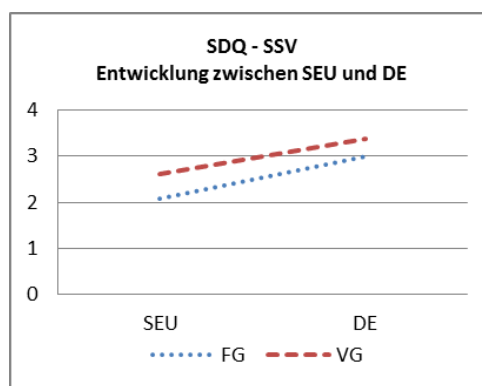
Abbildung 25: SDQ-ADHS: Entwicklung zwischen SEU und DE



Quelle: Eigene Erhebung.

Die FG war zum Zeitpunkt der SEU noch die deutlich symptomstärkere (s. Tabelle 36). Bis zum Zeitpunkt der DE blieb die FG weitestgehend konstant, während die VG in der Symptomstärke zur FG aufschloss. Diese Entwicklung verwundert, da davon auszugehen war, dass die Einschulung bei hoher Symptomstärke mit größeren Belastungen verbunden ist, was sich wiederum erwartungsgemäß verstärkend auf die Symptome der AD(H)S und die Komorbidität auswirken würde (vgl. Kap. 4.1.5.3). Demnach wäre zu erwarten gewesen, dass die Symptomstärke der FG nach der SEU aufgrund der höheren Symptomstärke und damit verbundenen höheren Belastungen bis zur DE noch weiter angestiegen würde. Es sei jedoch angemerkt, dass die Ergebnisse des AD(H)S-bezogenen Bereichs des SDQ-Fragebogens zu beiden Zeitpunkten recht hoch waren. Die FG erreicht demnach trotz dem gerade erläuterten positiven Rückschluss, dass sich trotz Einschulung die symptombedingten Probleme nicht bedeutend erhöht haben, dennoch einen hohen Mittelwert und ist somit auffällig geblieben. Die VG ist dagegen im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Einschulung bis zur DE auffällig geworden.

Abbildung 26: SDQ und SSV: Entwicklung zwischen SEU und DE



Quelle: Eigene Erhebung.

In dem Bereich SSV erreichen die Diskrepanzen beider Gruppen kein signifikantes oder tendenzielles Niveau (s. Abbildung 26), was sich auch durch das schon in Kapitel 5.2.1.1 angesprochene geringe N erklärt.

Tabelle 41: SDQ-Ergebnisse innerhalb der Gruppen vom Zeitpunkt der 1. bis zum Zeitpunkt der 2. DE

SDQ	DE			DE2			T / p
	MW	SD	N	MW	SD	N	
FG SDQ ADHS	6,45	2,00	38	5,63	2,78	38	1,86 /0,07
VG SDQ ADHS	6,14	2,00	37	5,30	2,82	37	2,12 /0,04
FG SDQ SSV	3,00	2,03	38	2,34	2,20	38	1,83 /0,08
VG SDQ SSV	3,43	2,05	37	3,19	2,13	37	0,75 /0,34

$\alpha < 0,05$, t-Test für verbundene Stichproben.
 * Reliabilitätsanalyse, Cronbachs α .
 DE = 1. Datenerhebung.
 DE2 = 2. (telefonische) Datenerhebung durch Fr. Riechmann.

Quelle: Eigene Erhebung.

Im Vergleich zur ersten DE sinken die Ergebnisse nach dem SDQ-Bogen bei der zweiten DE in beiden Gruppen im Bereich AD(H)S: bei der FG tendenziell, bei der VG signifikant. Im Bereich der SSV sinkt der Wert bei der FG tendenziell, während sich die Ergebnisse der VG sich nicht bedeutsam verändern (s. Tabelle 41). Es besteht die Möglichkeit, dass die im Vergleich zu den vorangegangenen Datenerhebungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung und der ersten Datenerhebung unterschiedliche Methodik der Datenakquise Einfluss auf die Ergebnisse genommen hat. So füllten die Eltern im Rahmen der SEU und der ersten DE den SDQ-Fragebogen eigenhändig aus, während die SDQ-Fragen in der zweiten Datenerhebung per Telefon vorgelesen und durch die Eltern mündlich beantwortet wurden. Diese Annahme stellt jedoch eine im Rahmen dieser Arbeit nicht zu beweisende Hypothese dar; das konstant niedrigere Abschneiden in beiden Gruppen ist jedoch ein auffälliger Trend, der sich vermutlich nicht durch etwaige Behandlungserfolge erklären lässt. Für einen Behandlungserfolg, der das Sinken in allen Bereichen erklärt, lag zwischen erster und zweiter Datenerhebung kaum genügend Zeit. Generell ist jedoch neben den durchgehend niedrigeren Ergebnissen des SDQ-Bogens im Rahmen der zweiten Datenerhebung festzustellen, dass sich beide Gruppen zum Zeitpunkt der zweiten DE im Bereich AD(H)S nicht bedeutend voneinander unterscheiden. Auch wenn die Ergebnisse der VG im Bereich SSV zwi-

schen erster und zweiter Datenerhebung im Schnitt deutlicher sinken (s. Tabelle 41), schneidet die FG im Vergleich zur VG zu beiden Zeitpunkten (tendenziell) besser ab (s. Tabelle 36, S. 130).

6.5.4 ILK

Tabelle 42: Ergebnisse ILK zum Zeitpunkt der DE, Elternperspektive

ILK – Elternfragebogen	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			
	MW	SD	N	MW	SD	N	T / p
Schulische Anforderung	2,51	0,83	43	2,60	0,98	43	-0,48 /0,64
Beziehung zur Familie	1,81	0,82	43	2,12	0,82	43	-1,70 /0,09
Kontakt mit anderen Kindern	2,30	0,91	43	2,43	0,89	42	-0,65 /0,52
Beschäftigung alleine	2,37	1,05	43	2,19	1,12	43	0,80 /0,43
Körperl. Gesundheit	1,74	0,62	43	1,74	0,79	43	0,00 /1,0
nervl./ seel. Zustand	2,44	0,83	43	2,60	0,70	43	-0,99 /0,33
Zustand insgesamt	2,21	0,64	43	2,09	0,65	43	0,84 /0,40
Belastung d. Krankheit für Kind	2,94	0,75	33	3,20	0,91	40	-1,31 /0,19
Belastung d. Behandlung für Kind	2,10	1,05	29	2,20	0,99	40	-0,39 /0,70
Belastung d. Krankheit für Eltern	3,15	0,86	34	3,52	0,82	40	-1,94 /0,06
Belastung d. Behandlung für Eltern	2,35	0,95	31	2,33	0,98	39	-0,09 /0,93
Problemscore	2,51	1,87	43	2,48	1,66	43	0,92 /0,93
Lebensqualität	19,58	3,44	43	19,24	3,37	43	0,46 /0,65
p <0,05, t-Test für unabhängige Stichproben.							

Quelle: Eigene Erhebung.

Im ILK-Elternfragebogen ergab sich bei der Frage zur Zufriedenheit mit der Beziehung des Kindes zu den Eltern und anderen Familienmitgliedern eine tendenziell bessere Bewertung der FG im Vergleich zur VG. Diese Diskrepanz ist jedoch nicht signifikant, sondern zeigt lediglich einen Trend in diese Richtung an. Darüber hinaus gaben die Eltern der FG an, weniger durch die Erkrankung des Kindes belastet oder beeinträchtigt zu sein als diejenigen der VG. Dieser Unterschied stellt eine deutliche Tendenz dar, die knapp an einen signifikanten Unterschied heranreicht (s. Tabelle 42).

Tabelle 43: Ergebnisse ILK zum Zeitpunkt der DE, Kinderperspektive

ILK-Kinderfragebogen	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			
	MW	SD	N	MW	SD	N	T / p
Schulische Anforderung	2,17	1,17	42	1,87	0,83	39	1,30 /,20
Beziehung zur Familie	1,86	1,03	42	1,97	1,01	39	-0,52 /,61
Kontakt mit anderen Kindern	1,74	1,01	42	1,67	1,08	39	0,31 /,76
Beschäftigung alleine	2,86	1,32	42	2,51	1,34	39	1,17 /,25
Körperl. Gesundheit	1,76	,878	42	1,56	,91	39	0,99 /,32
nervl./ seel. Zustand	2,33	1,18	42	2,18	1,05	39	0,62 /,54
Zustand insgesamt	1,71	0,97	42	1,54	0,72	39	0,92 /,36
p <,05, t-Test für unabhängige Stichproben.							

Quelle: Eigene Erhebung.

Im ILK-Kinderinterview ergab sich in keinem der abgefragten Bereiche ein bedeutsamer Gruppenunterschied (s. Tabelle 43).

6.5.5 DISYPS-II

Tabelle 44: Ergebnisse DISYPS-II zum Zeitpunkt der DE

DISYPS-II	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			T / p
	MW	SD	N	MW	SD	N	
ADHS Aufmerksamkeitsstörung	1,64	0,52	33	1,81	0,67	35	-1,14 /0,26
ADHS Hyperaktivität	1,20	0,54	33	1,09	0,72	35	0,67 /0,51
ADHS Impulsivität	1,62	0,76	33	1,51	0,97	35	0,50 /0,61
ADHS Gesamtscore	1,48	0,45	33	1,50	0,63	35	-0,14 /0,89
ADHS Kompetenzskala	0,91	0,59	33	1,03	0,67	35	-0,81 /0,42
SSV opposit.-agg. Verhalten	1,22	0,58	32	1,39	0,69	34	-1,05 /0,30
SSV dissoz.-agg. Verhalten	0,21	0,16	32	0,25	0,22	33	-0,90 /0,37
SSV Gesamtskala	0,61	0,27	32	0,66	0,34	34	-0,69 /0,49
SSV Kompetenzskala	1,79	0,31	30	1,77	0,56	33	0,19 /0,85
DES Gesamtskala	0,62	0,31	18	0,47	0,19	19	1,71 /0,10
DES Kompetenzskala	1,75	0,47	18	1,95	0,56	19	-1,15 /0,26
ANG Trennungsangst	0,51	0,48	18	0,49	0,36	19	0,16 /0,88
ANG Generalisierte Angst	1,08	0,53	18	0,86	0,48	19	1,31 /0,20
ANG spezifische Phobie	0,43	0,49	17	0,49	0,49	19	-0,36 /0,72
ANG Gesamtskala	0,64	0,38	18	0,57	0,27	19	0,64 /0,53
ANG Kompetenzskala	1,53	0,45	18	1,77	0,59	19	-1,39 /0,17
p <0,05, t-Test für unabhängige Stichproben.							
Interpretation: bis auf Kompetenzskalen: 0,00-0,49 = unauffällig / 0,50-0,99 = leicht auffällig / 1,00-1,49 = auffällig / > 1,49 = sehr auffällig. Kompetenzskalen: 0,00-1,49 = geringe Kompetenz / 1,50-2,49 = ausreichende Kompetenz / > 2,5 = hohe Kompetenz.							

Quelle: Eigene Erhebung.

Nach dem Fremdbeurteilungsbogen (FBB) des DISYPS-II ergaben sich in keinem der abgefragten Bereiche AD(H)S, Störung des Sozialverhaltens, Depressivität und Ängstlichkeit signifikante Unterschiede zwischen beiden Probandengruppen. Lediglich bei der Depressivität – Gesamtskala ergab sich eine Tendenz zugunsten der VG (s. Tabelle 44). Diese Ergebnisse bestätigen die Resultate des CBCL-Elternfragebogens. Dort gab es zwar einen signifikanten Unterschied im Bereich Sozialverhalten zugunsten der FG, die multivariate Testung ergab jedoch keine Gruppenunterschiede (s. Tabelle 35, S. 129).

Da in beiden Probandengruppen eine AD(H)S-Diagnose vorlag, lagen beide Probandengruppen im Bereich AD(H)S im Durchschnitt erwartungsgemäß in einem auffälligen Bereich (MW: 1,00-1,50). In der prosozialen »Kompetenzskala Ausdauer, Aufmerksamkeit und Reflexivität« schnitten beide Gruppen im Durchschnitt mit »geringer Kompetenz« ab.

Im sozialen Bereich (SVV) zeigten sich zum Zeitpunkt der DE in beiden Gruppierungen bereits auffällige Befunde im Bereich oppositionell-aggressivem Verhalten, nicht jedoch im oppositionell-dissozialem Verhalten. In der Gesamtskala schnitten beide Gruppen im leicht auffälligen Bereich ab. Dies deckt sich mit der Entwicklung der FG zwischen SEU und DE, gemessen durch den CBCL (s. Tabelle 34, S. 128). Dort zeigte sich, dass die FG sich in den Bereichen Ängstlichkeit/Depressivität, soziale Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme zwischen SEU und DE signifikant verschlechtert hat, nicht jedoch im dissozialem Verhalten. An-

scheinend haben sich ca. 24 Monate nach der Einschulung in beiden Probandengruppen bereits Auffälligkeiten entwickelt, sich jedoch noch nicht voll entfaltet bzw. chronifiziert. Dass beide Gruppen in der Kompetenzskala »prosoziales Verhalten« durchschnittlich im ausreichenden Bereich liegen, erhärtet diese Annahme. Die Ergebnisse des DISYPS-II-Bogens im Bereich SSV untermauern die in Kapitel 6.5.2 (S. 128f.) formulierte Annahme, dass dem in späteren Lebensabschnitten häufig mit einer AD(H)S auftauchenden bzw. sich daraus entwickelnden komorbiden Störung des SSV zu diesem Zeitpunkt noch entgegengewirkt werden kann, da es sich noch nicht vollends entfaltet/chronifiziert hat.

Im Bereich der Depressivität liegen beide Gruppen in einem leicht auffälligen Bereich, nach der Kompetenzskala »Selbstvertrauen, Genussfähigkeit« schneidet sowohl die FG als auch die VG »ausreichend« ab. In den Fragen zur Ängstlichkeit lagen beide Gruppe bis auf eine Ausnahme der FG im Bereich »generalisierte Angst« in einem unauffälligen bis leicht-auffälligen Bereich. Die Kompetenzskala blieb in einem ausreichenden Bereich. Bei den Fragen zur generalisierten Angst lag die FG mit einem Mittelwert (MW) von 1,08 in einem auffälligen Bereich, die VG schnitt mit einem MW von 0,86 im Durchschnitt leicht auffällig ab. In der Kompetenzskala »Kontaktfreude und Zuversicht« wiesen beide Gruppen ausreichende Kompetenzen auf.

Die Befunde aus dem ängstlichen und depressiven Bereich deuten in eine ähnliche Richtung wie die schon in Kapitel 6.5.2 (S. 128f.) aufgestellte Aussage, dass neben der Umwelt, die durch symptombedingte Probleme belastet wird, auch die Betroffenen selbst negative Auswirkungen erleben. Die Ängstlichkeit und Depressivität ist in beiden Gruppen trotz des jungen Alters der Probanden im Durchschnitt leicht auffällig.

6.5.6 VEWU

Tabelle 45: Ergebnisse des VEWU-Bogens zum Zeitpunkt der SEU und der DE

VEWU	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			T / p
	MW	SD	N	MW	SD	N	
SEU Interesse an Aufgaben	2,03	0,92	38	1,57	0,54	7	1,27 /,21
DE Interesse an Aufgaben	1,62	0,76	42	1,59	0,85	39	0,16 /,87
SEU Unsicherheit/ Ängstlichkeit	1,70	1,18	40	1,14	0,38	7	1,23 /,23
DE Unsicherheit/ Ängstlichkeit	1,52	0,80	42	1,54	0,79	39	0,15 /,93
SEU Frustrationstoleranz	1,49	0,93	41	1,14	0,38	7	0,97 /,34
DE Frustrationstoleranz	1,24	0,48	42	1,10	0,31	39	1,52 /,13
SEU motorische Unruhe	2,90	0,97	41	3,14	1,07	7	-0,60 /,55
DE motorische Unruhe	2,19	1,25	42	1,90	1,00	39	1,16 /,25
SEU Ablenkbarkeit/ Konzentration	2,59	0,87	41	2,43	0,79	7	0,45 /,66
DE Ablenkbarkeit/ Konzentration	1,79	0,84	42	1,69	0,66	39	0,55 /,58
SEU Impulsivität	2,51	0,93	41	2,29	0,76	7	0,61 /,54
DE Impulsivität	1,90	0,93	42	1,56	0,68	39	1,87 /,07
p < 0,05, t-Test für unabhängige Stichproben.							

Quelle: Eigene Erhebung.

Aufgrund der schon in Kapitel 6.2.1.2.6 (S. 117) erläuterten geringen Fallzahl der VG sind durch den VEWU-Bogen keine Aussagen über mögliche Gruppenunterscheide zum Zeitpunkt der DE möglich. Der VEWU-Bogen zum Zeitpunkt der SEU ergab keine bedeutsamen Diskrepanzen zwischen den beiden Gruppen.

Die Befunde zum Zeitpunkt der DE waren in beiden Gruppen ebenfalls sehr ähnlich. In dem Bereich Impulsivität schnitt die VG tendenziell besser als die FG ab (s. Tabelle 45).

Tabelle 46: SDQ- Ergebnisse innerhalb der Gruppen vom Zeitpunkt der SEU bis zum Zeitpunkt der DE

VEWU	SEU			DE			T / p
	MW	SD	N	MW	SD	N	
FG Interesse an Aufgaben	2,05	0,91	37	1,65	0,75	37	2,07 / 0,05
VG Interesse an Aufgaben	1,67	0,52	6	1,50	0,55	6	0,42 / 0,70
FG Unsicherheit/ Ängstlichkeit	1,72	1,19	39	1,51	0,79	39	1,09 / 0,28
VG Unsicherheit/ Ängstlichkeit	1,17	0,41	6	1,17	0,41	6	0,00 / 1,0
FG Frustrationstoleranz	1,50	0,93	40	1,25	0,49	40	1,50 / 0,14
VG Frustrationstoleranz	1,17	0,41	6	1,17	0,41	6	0,00 / 1,0
FG motorische Unruhe	2,88	0,97	40	2,25	1,26	40	2,81 / 0,01
VG motorische Unruhe	3,17	1,17	6	1,83	0,75	6	2,70 / 0,04
FG Ablenkbarkeit/ Konzentration	2,60	0,87	40	1,80	0,85	40	5,10 / <0,01
VG Ablenkbarkeit/ Konzentration	2,50	0,84	6	1,83	0,75	6	1,58 / 0,18
FG Impulsivität	2,50	0,93	40	1,95	0,93	40	2,81 / 0,01
VG Impulsivität	2,17	0,75	6	2,00	0,89	6	0,35 / 0,74

p < 0,05, t-Test für verbundene Stichproben.

Quelle: Eigene Erhebung.

Die Verläufe zwischen SEU und DE innerhalb der beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant. Die VG verbesserte sich im Bereich motorische Unruhe signifikant zwischen beiden Zeitpunkten, die FG verbesserte sich in den Bereichen Interesse an Aufgaben, motorische Unruhe, Ablenkbarkeit/Konzentration und Impulsivität (s. Tabelle 46).

6.5.7 Auswertung der Schulzeugnisse

Die Bewertung der einzelnen Textzeugnisse der Probanden und anschließende Eingabe in SPSS erfolgte, wie bereits im Kapitel 6.2.1.2.7 (S. 118) erwähnt, im Rahmen eines Seminars. Koordiniert wurde diese Aufgabe durch Frau Riechmann, die auch die zweite Datenerhebung durchführte.

Tabelle 47: Zeugnisauswertung

	Früherkennungs- gruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			T / p
	MW	SD	N	MW	SD	N	
Skalierung: 1 (positiv) bis 4 (negativ)							
Emotionale Grundstimmung	1,33	0,50	9	1,67	1,32	9	-0,71 /0,50
Selbstständigkeit	2,38	1,13	26	2,57	1,00	28	-0,64 /0,52
Integration	1,48	0,87	21	1,80	1,01	15	-1,02 /0,31
Kooperation	2,03	0,91	29	2,15	1,16	26	-0,42 /0,67
Kontaktverhalten	1,54	0,88	24	1,53	0,90	19	0,06 /0,96
Kommunikation	1,70	0,99	27	1,84	0,85	25	-0,53 /0,60
Konfliktverhalten	2,57	1,28	14	2,52	1,08	23	0,13 /0,90
Umgang mit Regeln	2,86	1,13	22	2,22	1,26	18	1,70 /0,10
Externalisierendes Verhalten	2,31	1,32	13	2,47	1,23	19	-0,38 /0,70
Aufmerksamkeits- und Konzentrations- fähigkeit/Hyperaktivität	2,74	1,18	31	3,17	1,10	29	-1,46 /0,15
Arbeitsweise	3,10	0,98	31	3,24	0,95	29	-0,58 /0,56
Kognitive Leistungen	3,58	0,62	31	3,48	0,94	33	0,48 /0,63
P* <0,05, t-Test für unabhängige Stichproben.							

Quelle: Eigene Erhebung.

Die Bewertung der Textzeugnisse ergab keinerlei signifikante Gruppenunterschiede. Lediglich bei dem Umgang mit Regeln schnitt die VG tendenziell etwas besser ab (s. Tabelle 47). Da es neben diesem sehr knappen besseren Abschneiden der VG keinerlei weitere Tendenzen in diese Richtung gab, kann davon ausgegangen werden, dass diese Diskrepanz keinen Trend darstellt und beide Gruppen im schulischen Kontext als ähnlich auffällig zu interpretieren sind.

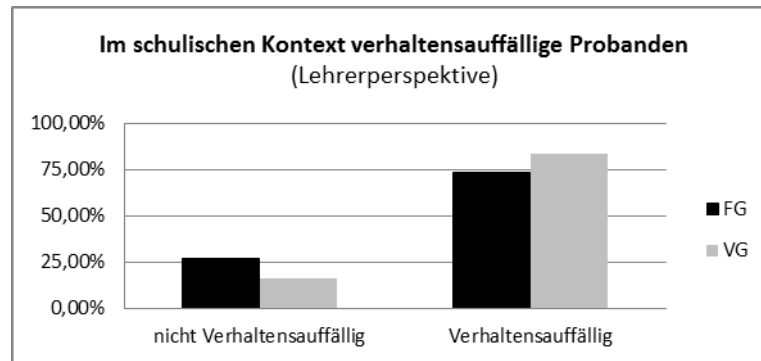
In Bereichen, die stark mit einer AD(H)S-Symptomatik korrelieren, tendieren beide Probandengruppen erwartungsgemäß zu eher auffälligen Ergebnissen (s. Tabelle 49, S. 141: MW >2 für Selbstständigkeit, Kooperation, Konfliktverhalten, Umgang mit Regeln, externalisiertes Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme, Hyperaktivität, Arbeitsweise und kognitive Leistungen). Dennoch liegen die Gruppen in anderen Bereichen unerwartet niedrig, etwa bei der emotionalen Grundstimmung, der Integration, dem Kontaktverhalten und der Kommunikation (s. Tabelle 47, MW < 2). In diesen Bereichen, die bei von einer AD(H)S Betroffenen häufig als problematisch beschrieben werden, scheinen sich in diesen jungen Jahren im Durchschnitt noch keine Probleme manifestiert zu haben. Dies deckt sich mit den bereits bei den Ergebnissen der Instrumente CBCL und DISYPS-II erwähnten Thesen, dass symptombedingte emotionale Störungen und Störungen des Sozialverhaltens im Laufe der Schulzeit zunehmen, zu Beginn der Schulzeit jedoch noch gering ausgeprägt sind. Dies unterstreicht die Notwendigkeit früher Interventionen für die Betroffenen, deren primäre Bezugspersonen aber auch die involvierten Fachkräfte, um sie bei der Bewältigung symptombedingter Probleme frühzeitig zu unterstützen und derartigen negativen Entwicklungen entgegenzuwirken.

Tabelle 48: Verhaltensbeobachtung der Lehrkräfte

Lehrerurteil	kein gestörtes Sozialverhalten/ unauffällig	gestörtes Sozialverhalten/ auffällig	Gesamt	χ^2/ p
Früherkennungsgruppe (FG)	8 (27%)	22 (73%)	30 (100%)	1,01 / 0,32
Vergleichsgruppe (VG)	5 (16%)	26 (84%)	31 (100%)	

$\alpha < ,05, \chi^2$

Abbildung 27: Im schulischen Kontext verhaltensauffällige Probanden



Quelle: Eigene Erhebung.

Das eher auffällige Abschneiden beider Probandengruppen (s. Tabelle 47) schlägt sich auch in der Wahrnehmung des Sozialverhaltens durch die Lehrkräfte nieder (s. Tabelle 48, Abbildung 27). Die Ergebnisse beider Gruppen unterscheiden sich nicht bedeutend voneinander. Der Großteil der Probanden beider Gruppen wird bereits in dieser frühen Schulperiode als sozial auffällig erlebt, was die Gefahr birgt, im weiteren schulischen Verlauf ungünstig auf die kontinuierlich steigenden Anforderungen zu reagieren. Die Möglichkeiten der Schule, diesen manifesten psychosozialen Problemen entgegenzuwirken, dürfen aufgrund der in Kapitel 4.1.5.3 (S. 47ff.) beschriebenen Rahmenbedingungen als ungünstig angesehen werden. Neben der Gefahr eines sich gegenseitig verstärkenden Kreislaufs inadäquater Verhaltensmuster (s. Kap. 4.1.5.1, S. 45f.) drohen zudem negative Auswirkungen auf die der Grundschule folgenden und für den weiteren Lebensweg nicht unerhebliche leistungsbezogene Zuordnung auf spezielle Schulformen.

6.5.8 Telefonische Nachakquise – zweite Datenerhebung

Die Daten der telefonischen Nachakquise wurden durch Frau Riechmann mit Unterstützung der LWL-Klinik Marsberg (KJP) (Dr. Burchard, Chefarzt der Klinik und der Autor dieser Arbeit) erhoben (s. Kap. 6.3, S. 121ff.).

Im Rahmen der telefonischen Nachakquise wurde u.a. das Datum der AD(H)S-Erstdiagnose erhoben, wodurch sich das jeweilige Alter der Probanden bei deren Erstdiagnose ermitteln ließ.

Nach dem Alter der Probanden bei der AD(H)S-Diagnosestellung ergab sich ein signifikantes Ergebnis zugunsten der FG. Die Probanden dieser Gruppe erhielten signifikant eher, überwiegend noch vor der Einschulung, eine AD(H)S-Diagnose als die Probanden der VG (s. Tabelle 49, Abbildung 28 und Abbildung 29).

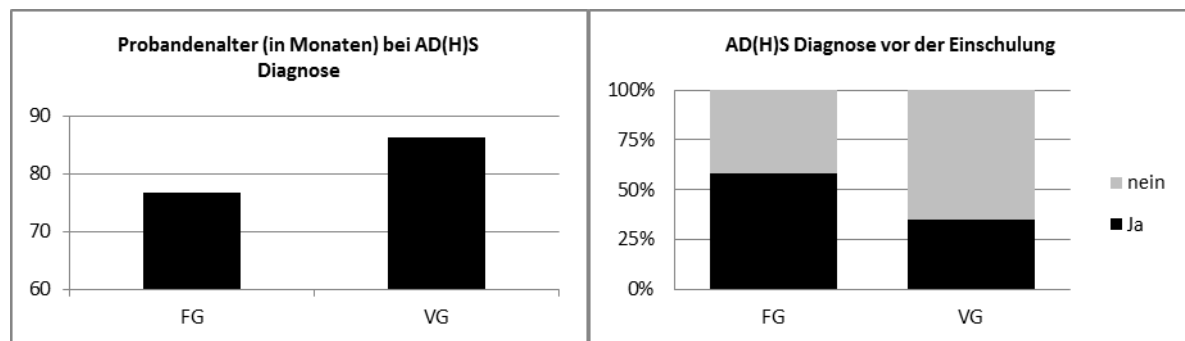
Tabelle 49: Ergebnisse der eigenen Fragebogens bzw. der telefonischen Nachakquise

	Früherkennungsgruppe (FG)		Vergleichsgruppe (VG)			χ^2 / p
	N (%)	MW(SD)	N	N (%)	MW(SD)	
Alter bei Erstdiagnose in Monaten	-	76,76 (16,63)	27	-	86,24 (17,55)	35 -2,76 /0,04*
Diagnose vor der Einschulung ja /nein	22/16 (58%/42%)	-	38	13 / 24 (35%/65%)	-	37 3,900 /0,05
Medikation	24/14 (63%/37%)	-	38	-	24/13 (65%/35%)	37 0,02 /0,88
Medikation vor- oder während der 1. Klasse ja / nein	11/27 (29%/71%)	-	38	16/21 (43%/57%)	-	37 1,66 /0,20
Medikation bei DE ja / nein	12/26 (32%/68%)	-	38	20/17 (54%/46%)	-	37 3,87 /0,05

$\alpha < ,05$, χ^2 * t-Test für unabhängige Stichproben

Quelle: Eigene Erhebung, 2. Datenerhebung.

Abbildung 28: Probandenalter (in Monaten) bei AD(H)S Diagnose und AD(H)S Diagnose vor der Einschulung



Quelle: Eigene Erhebung.

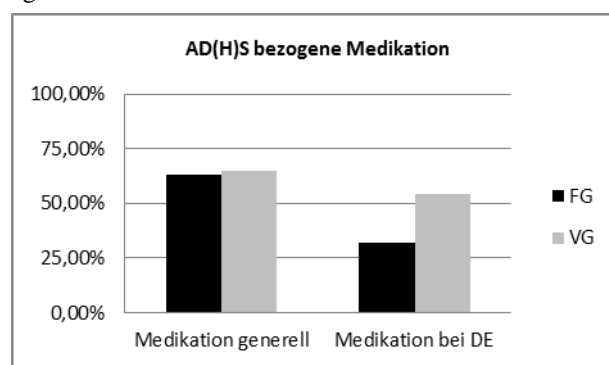
Abbildung 29: Boxplots: Alter bei der AD(H)S-Erstdiagnose in Monaten



Quelle: Eigene Erhebung.

Die hohe Standardabweichung, die auf eine hohe Streuung bei den Zeitpunkten bzw. dem Probandenalter der Erstdiagnose der FG hinweist, verwundert (s. Abbildung 29). Da die Probanden erstmalig im Rahmen der zweiten Screeningstufe des Modellprojektes eine AD(H)S-Diagnose erhielten, diese Stufe standardisiert vor bzw. in Einzelfällen wenige Wochen nach der Einschulung erfolgte, wäre zu erwarten gewesen, dass die Streuung deutlich geringer ausfällt. Trotzdem erhalten die Probanden der FG, gemessen an ihrem Alter, signifikant eher eine AD(H)S-Diagnose als die Probanden der VG. Durch das Präventionsprojekt gelang es demnach, von AD(H)S betroffene Kinder, oftmals noch vor der Einschulung, mittels einer leitliniennahen Diagnostik zu erkennen und das zu einem signifikant früheren Zeitpunkt als im Fall einer regulären Diagnosestellung im Rahmen des Versorgungssystem. Dies ist ein bedeutender Fortschritt gegenüber Kindern, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in ambulanter psychiatrischer Behandlung befanden.

Abbildung 30: AD(H)S-bezogene Medikation



Quelle: Eigene Erhebung.

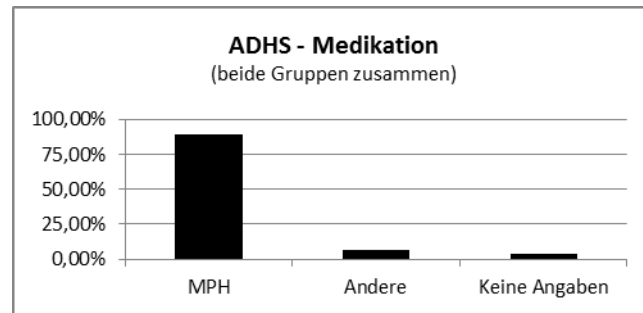
Der Anteil an Probanden beider Gruppen, die eine AD(H)S-bezogene Medikation erhalten haben, war sehr ähnlich. Beide Gruppen waren demnach bereits im frühen Schulalter zu einem hohen Anteil medikamentös eingestellt (63-65%). Zum Zeitpunkt der DE hingegen wurden von der FG signifikant weniger AD(H)S-bezogene Medikamente eingenommen als in der VG (s. Tabelle 49, Abbildung 40, S. 158). Die höhere Frequentierung der VG im Bereich Medikation zum Zeitpunkt der DE lässt sich primär mit dem Umstand erklären, dass sich diese Gruppe aus Probanden zusammensetzte, die sich zu diesem Zeitpunkt in ambulanter oder teilstationärer psychiatrischer Behandlung befanden (s. Kap. 6.2.1.1, S. 113).

Tabelle 50: AD(H)S-bezogene Medikation in beiden Gruppen

ADHS-Medikation	MPH	Andere	keine Angaben	Gesamt
Gesamt	43 (90%)	3 (6%)	2 (4%)	48 (100%)

Quelle: Eigene Erhebung, 2. Datenerhebung.

Abbildung 31: ADHS-Medikation



Quelle: Eigene Erhebung, 2. Datenerhebung.

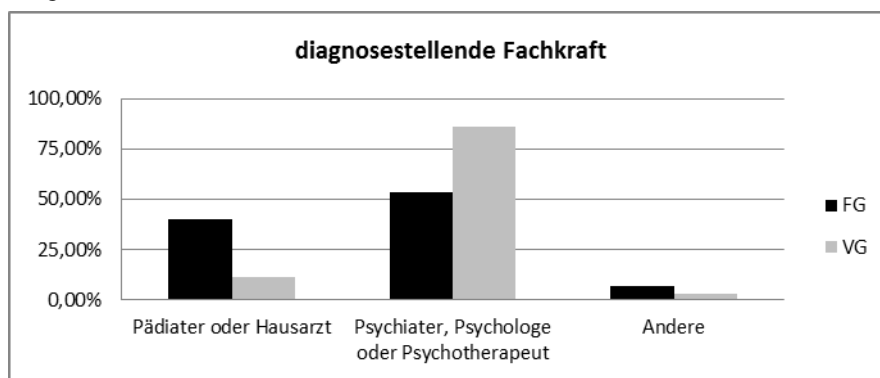
Da Methylphenidat (MPH) bei der Behandlung einer AD(H)S das Mittel erster Wahl darstellt, ist es nicht verwunderlich, dass den Probanden primär MPH-haltige Präparate einnahmen (s. Tabelle 50, Abbildung 31). Die Responder-Rate von MPH liegt bei ca. 75% (vgl. Banaschewski/Rothenberger 2010). Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass sich die Medikation im Schnitt mindernd auf die mit einer AD(H)S verbundene Symptomatik der behandelten Probanden ausgewirkt hat, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung entsprechende Präparate eingenommen haben. Da deutlich mehr Probanden der VG eine diesbezügliche Medikation aufwiesen, könnte dieser Gruppenunterschied Auswirkungen auf die Ergebnisse haben. Es ist davon auszugehen, dass die Probanden aus der VG in den AD(H)S-bezogenen Screeningbögen eine bessere Ausgangslage hatten als dies ohne Medikation möglich gewesen wäre. Die FG, deren Probanden im Durchschnitt zum Zeitpunkt der DE weniger AD(H)S-bezogene Medikamente einnahmen, hatten demnach schlechtere Voraussetzungen für die AD(H)S-bezogenen Fragebögen. Dies muss bei der Auswertung der Ergebnisse zum Thema AD(H)S Beachtung finden.

Tabelle 51: Durchführende Fachkräfte der AD(H)S Erstdiagnose

AD(H)S Diagnose erhalten durch ...	Pädiater/ Hausarzt	Kinderpsychiater/ Psychologe/ Psychotherapeut	Andere	Gesamt	χ^2/ p
Früherkennungsgruppe (FG)	12/40%	16/53%	2/7%	30/100%	8,65/0,01
Vergleichsgruppe (VG)	4/11%	31/86%	1/3%	36/100%	
$\alpha < ,05, \chi^2$					

Quelle: Eigene Erhebung, 2. Datenerhebung.

Abbildung 32: Diagnosestellende Fachkraft



Quelle: Eigene Erhebung, 2. Datenerhebung.

Bei der Betrachtung der Fachkräfte, welche die AD(H)S-Erstdiagnose stellten, fällt auf, dass der Anteil von Pädiatern/ Hausärzten in der FG signifikant höher liegt als in der VG (s. Tabelle 51, Abbildung 32). Dieser Befund verwundert, da alle Probanden der Früherkennungsgruppe erstmalig eine AD(H)S-Diagnose im Rahmen des Präventionsprojektes erhielten. Die (erst-)diagnosestellende Fachkraft dieser Gruppe müsste demnach zu 100% ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, also ein Psychiater sein. Dass dies nicht der Fall ist, erklärt sich eventuell durch die Methodik der Befundrückmeldung im Rahmen der zweiten Screeningstufe. Die Probanden der FG erhielten am Ende der zweiten Screeningstufe lediglich eine ausschließlich mündliche Befundrückmeldung inklusive ebenfalls mündlicher Beratung durch den untersuchenden Facharzt. Rein auditive Befundrückmeldungen sind nach Cope et al. (2003) sowie Tattersall et al. (1994) jedoch die am wenigsten nachhaltige Form der medizinischen Befundrückmeldung. Probanden frequentieren auf der Grundlage dieser Methodik deutlich seltener empfohlene Hilfsangebote, die ausgesprochenen Empfehlungen weisen nur eine geringe Nachhaltigkeit auf. Watson/ McKinstry (2009) empfehlen daher neben mündlicher auch eine schriftliche Form der Befundrückmeldung. Darauf aufbauend scheint die These plausibel, dass einige der Probanden-Eltern die Diagnose im Rahmen der zweiten Screeningstufe nicht als solche wahrnahmen. Andernfalls hätten sie als diagnosestellende Fachkraft den Psychiater angeben müssen, da die Probanden der Früherkennungsgruppe durchgehend im Rahmen des Präventionsprojektes die Erstdiagnose AD(H)S erhielten. Ein nicht geringer Teil der Probanden der Früherkennungsgruppe besuchte allem Anschein nach im Anschluss an die zweite Screeningstufe eine diagnoseberechtigte Fachkraft, welche die im Rahmen der zweiten Stufe gestellte Diagnose bestätigte.

Tabelle 52: Alter bei Erstdiagnose in Monaten

	Früherkennungsgruppe (FG)		Vergleichsgruppe (VG)		T / p
	MW(SD)	N	MW(SD)	N	
Alter bei Erstdiagnose in Monaten	76,76 (16,63)	27	86,24 (17,55)	35	-2,76 /,04*
$\alpha < ,05$, t-Test für unabhängige Stichproben					
Datenquelle: Daten erhoben im Rahmen der 2. Datenerhebung					

Quelle: Eigene Erhebung, 2. Datenerhebung.

Dieser Rückschluss würde auch die wider Erwarten hohe Standardabweichung der Probanden der FG bei der Frage nach dem Alter der Probanden bei der Erstdiagnose erklären (s. Tabelle 52). Diese hohe Standardabweichung belegt, dass ein Teil der Probanden dieser Gruppe aus Elternperspektive erst deutlich über dem Alters-Mittelwert von ca. 77 Monaten, also deutlich nach der Einschulung und lange nach dem Besuch der zweiten Screeningstufe, die Diagnose AD(H)S erhielt. Zwar fand die zweite Screeningstufe versetzt und in Einzelfällen auch kurz nach der Einschulung statt, jedoch bemisst sich diese Zeitspanne nach der Einschulung in wenigen Wochen, nicht in Monaten. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass Eltern der FG im Anschluss an die zweite Screeningstufe zur Abklärung der AD(H)S deutlich häufiger als die Vergleichsgruppe einen Hausarzt/ Pädiater anstatt eines Psychiaters, Psychologen oder Psychotherapeuten aufsuchten. Der Besuch bei einem Hausarzt oder einem Pädiater wird dann wahrscheinlich, wenn zwar Hinweise auf ein Problem vorliegen – wie etwa eine AD(H)S Verdachtsdiagnose durch das Präventionsprojekt –, dieses Problem jedoch noch kein Ausmaß erreicht hat, das eine spezialisierte Fachkraft wie z.B. einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig macht. Ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird hingegen üblicherweise eher bei bereits manifesten und mit deutlichen Belastungen für Familie, Umfeld oder Betroffenen verbundenen Problemen aufgesucht. Die Annahme liegt nahe, dass die frühe Verdachtsdiagnose der FG durch das Präventionsprojekt zu einem Zeitpunkt, an dem sich noch keine bedeutenden psychischen oder psychosozialen Probleme und Komorbiditäten aus der AD(H)S ergeben haben, dazu geführt hat, dass die Eltern der Probanden den Befund der 2. Screeningstufe bei ihrem Hausarzt oder einem Pädiater bestätigen ließen. Bei den Probanden der VG scheinen hingegen zu einem höheren Anteil bereits manifeste Probleme vorgelegen zu haben, sodass direkt eine auf psychische Probleme spezialisierte Fachkraft (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologe, Psychotherapeut) aufgesucht wurde. Diese These wird durch den bereits angesprochenen Befund erhärtet, dass die FG signifikant früher und signifikant häufiger noch vor der Einschulung eine AD(H)S-Diagnose erhielt als die VG. Dies würde auf einen durch das Präventionsprojekt fokussierten Effekt hinweisen, dass Kinder mit einer AD(H)S durch das Präventionsprojekt im Durchschnitt zu einem Zeitpunkt erkannt werden, bevor sich psychosoziale Probleme und komorbide Störungen (z.B. im Kontext Schule) manifestieren konnten.

Die VG besteht, wie in Kapitel 5.2 (S. 87ff.) beschrieben, ausschließlich aus Patienten der LWL-Klinik Marsberg (KJP). Alle Probanden nahmen zum Zeitpunkt der DE daher zumindest ambulante oder teilstationäre Hilfen in Anspruch. Gruppenunterscheide in den Bereichen der ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Hilfsangebote ergeben sich daher in erster Linie aus der Methodik und nicht aus etwaigen anderen Einflüssen. Aus der Auswertung der Anzahl der in Anspruch genommenen Hilfen wie auch des Zeitpunkts der Erstfrequentierung ist daher kein Erkenntnisgewinn vor dem Hintergrund der Studienhypothesen möglich; die angesprochenen Bereiche fließen daher nicht in die Auswertung ein. Es fällt auf, dass nicht alle Probanden der VG angegeben haben, dass sie ambulante psychiatrische Hilfen in Anspruch genommen haben. Die Gründe für dieses Artefakt sind nicht zu ermitteln.

Tabelle 53: Frequentierung von Hilfsangeboten

Frequentierung von Hilfsangeboten	Früherkennungsgruppe (FG)		Vergleichsgruppe (VG)		χ^2 / p
	N (%)	N	N (%)	N	
ja / nein					
mind. ein Hilfsangebot wurde frequentiert **	35/8 (77%/23%)	43	35/8 (77%/23%)	43	0,00/ 1,0
Informationsmaterial	14/24 (37%/63%)	38	14/23 (38%/62%)	37	0,01 / 1,*
Informationsveranstaltungen	3/35 (8%/92%)	38	4/33 (11%/89%)	37	1,19/ ,71*
Elterntrainings	7/31 (18%/82%)	38	7/30 (19%/81%)	37	0,00/ ,96
Beratungsgespräche	26/12 (68%/32%)	38	20/17 (54%/46%)	37	1,63 / ,20
Einzeltherapie	10/28 (26%/74%)	38	11/26 (30%/70%)	37	0,11/ ,74
Gruppentraining	11/27 (29%/71%)	38	3/34 (8%/92%)	37	5,36 / ,02
amb./ teilstat. Therapie	6/32 (19%/81%)	38	14/23 (38%/62%)	37	4,66 / ,03
stat. psychiatr. Behandlung	1/37 (3%/97%)	38	6/31 (16%/84%)	37	4,09 / ,04
stat. Rehabehandlung/ Mutter – Kind Kuren	5/33 (13%/87%)	38	1/36 (3%/97%)	37	2,78 / ,10
Ergotherapie	26/12 (68%/22%)	38	28/9 (76%/24%)	37	0,49 / ,48
andere Therapie (Logopädie, Physiotherapie, Heilpraktiker)	11/27 (29%/71%)	38	9/28 (24%/76%)	37	0,21 / ,65
$\alpha < ,05$, χ^2 .					
* Exakter Test nach Fischer.					
**exklusiv psychiatrische ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen und Rehabilitation.					
Datenquelle: Daten erhoben im Rahmen der 2. Datenerhebung.					

Quelle: Eigene Erhebung.

Generell nahm der Großteil der Probanden beider Gruppen *mindestens* ein AD(H)S-bezogenes Hilfsangebot in Anspruch, in beiden Gruppen 35 von 43. Bei dem Vergleich der frequentierten Hilfsangebote gibt es in einem Bereich einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen (s. Tabelle 53). So nimmt die FG signifikant mehr Gruppentrainings wahr, stationäre Reha-Behandlungen zumindest tendenziell. Der Schwerpunkt der frequentierten Angebote lag in beiden Gruppen in der Ergotherapie (68-76%) und Beratungsgesprächen (54%-68%).

Tabelle 54: Frequentierung von Hilfsangeboten zusammengefasst

Anzahl Frequentierung von Hilfsangebote	Früherkennungsgruppe (FG)		Vergleichsgruppe (VG)		T / p
	MW (SD)	N	MW (SD)	N	
Alle Hilfsangebote*	2,09 (1,39)	43	1,81 (1,37)	43	0,94 / 0,35
$\alpha < ,05$, t-Test für unabhängige Stichproben.					
*exklusiv psychiatrische ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen und Rehabilitation.					

Quelle: Eigene Erhebung, 2. Datenerhebung.

Nach der Anzahl von Hilfsangeboten, die im Durchschnitt insgesamt in Anspruch genommen wurden, ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Beide Gruppen liegen nahe beieinander (s. Tabelle 54), im Durchschnitt wurden 2 Hilfsangebote frequentiert, wobei diese Anzahl an frequentierten Hilfen zwischen den Probanden schwankt.

Da das Geburtsdatum der Probanden vorlag, konnte mittels der im Rahmen der zweiten Datenerhebung akquirierten Daten das Alter der Probanden bei der Erstfrequentierung der jeweiligen Hilfsangebote festgestellt werden. Bei dieser Auswertung ist die Streuung innerhalb der Gruppen erwartungsgemäß groß, da bei dem Zeitpunkt der Frequentierung große

Unterschiede möglich waren. Kritisch zu bewerten ist die geringe Fallzahl in einzelnen Bereichen.

Tabelle 55: Alter der Probanden bei Erstfrequentierung der einzelnen Angebote

Alter bei Erstfrequentierung in Monaten	Früherkennungsgruppe (FG)		Vergleichsgruppe (VG)		
	MW (SD)	N	MW (SD)	N	T / p
Informationsmaterial	58,45 (28,86)	11	72,94 (18,00)	8	-1,23/ 0,23
Informationsveranstaltungen	108,77 (13,52)	2	82,23 (6,05)	3	2,61/ 0,18
Elterntrainings	99,62 (8,09)	5	85,81 (20,52)	7	1,41/ 0,19
Beratungsgespräche	68,75 (15,94)	24	77,43 (17,18)	17	-1,66/ 0,10
Einzeltherapie	79,78 (27,98)	8	88,37 (20,06)	10	-0,76/ 0,46
Gruppentraining	83,05 (22,78)	11	76,36 (5,60)	3	0,49/ 0,63
amb./ teilstat. Therapie	77,48 (18,30)	5	78,83 (14,34)	13	-0,68/ 0,87
stat. psychiatr. Behandlung	72,98 (0)	1	95,39 (9,91)	5	-2,06/ 0,11
stat. Rehabehandlung/ Mutter-Kind-Kuren	129,89 (2,73)	3	130,98 (0)	1	-0,35/ 0,76
Ergotherapie	61,38 (23,48)	21	77,29 (18,37)	23	-2,52/ 0,02
andere Therapie (Logopädie, Physiotherapie, Heilpraktiker)	64,49 (30,38)	8	77,96 (25,71)	7	-0,92/ 0,38
$\alpha < ,05$, t-Test für unabhängige Stichproben.					
*exklusiv psychiatrische ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen und Rehabilitation.					

Quelle: Eigene Erhebung, 2. Datenerhebung.

Tabelle 56: Alter der Probanden bei Erstfrequentierung der Angebote zusammengefasst

Alter bei Erstfrequentierung in Monaten	Früherkennungsgruppe (FG)		Vergleichsgruppe (VG)		
	MW (SD)	N	MW (SD)	N	T / p
Alle Hilfsangebote*	73,76 (21,19)	35	81,08 (14,90)	35	-1,67 / 0,10
$\alpha < ,05$, t-Test für unabhängige Stichproben.					
*exklusiv psychiatrische ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen und Rehabilitation.					

Quelle: Eigene Erhebung, 2. Datenerhebung.

Es ergaben sich zwei beachtenswerte Diskrepanzen im Gruppenvergleich. So nahm die FG tendenziell eher Beratungsgespräche in Anspruch und frequentierte signifikant eher ergotherapeutische Hilfen (s. Tabelle 55). Dass Beratungsgespräche von den Probanden der FG eher in Anspruch genommen wurden, scheint vor dem Hintergrund der frühen Diagnose – zu einem Zeitpunkt, an dem vermutlich im Durchschnitt noch keine psychischen und/ oder psychosozialen Beeinträchtigungen manifest waren – plausibel, ebenso die frühere Frequentierung des Hilfsangebotes der Ergotherapie. Nach Hypothese zwei, wonach die frühe Diagnose und Beratung der Eltern durch das Präventionsprojekt zu einer früheren Frequentierung von Hilfsangeboten führt, müssten sich jedoch auch bei den übrigen Angeboten im Durchschnitt bedeutende Unterschiede zugunsten der FG ergeben haben, was sich jedoch nur ansatzweise bestätigen lässt. Innerhalb der einzelnen Angebote ergaben sich keine weiteren signifikanten oder tendenziellen Unterschiede (s. Tabelle 55). Die im Durchschnitt frühere Inanspruchnahme von Angeboten der FG summiert sich insgesamt zu einer zumindest tendenziell früheren Frequentierung von Hilfsangeboten (s. Tabelle 56). Ein deutlicher Effekt im Bereich früher(er) Frequentierung von Hilfsangeboten durch das Präventionsprojekt ist jedoch nicht zu erkennen.

6.6 Die Effektstudie – Auswertung der Ergebnisse

6.6.1 Vergleichbarkeit der Ergebnisse

Wie in Kapitel 6.4 (S. 123ff.) dargestellt, sind über den besseren sozioökonomischen Status der Probanden der FG hinaus keine Verzerrungen aufgrund von Gruppenunterschieden zu erwarten. Vor dem Hintergrund der Gruppenauswahl ist es jedoch möglich, dass es durch die Zusammensetzung der VG aus Probanden, die bereits aufgrund einer AD(H)S in ambulanter oder teilstationärer psychiatrischer Behandlung befanden, im Vergleich zu einer Zufallsstichprobe von AD(H)S-Betroffenen zu einer potenziellen Positiv- oder aber auch Negativauswahl gekommen sein könnte (s. Kap. 5.2, S. 87ff.).

Alle Probanden der VG befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung aufgrund einer AD(H)S in ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Die These einer Positivauswahl fußt darin, dass diese Behandlung bereits einen positiven Effekt auf die psychische und/ oder psychosoziale Lage der Probanden der VG zur Folge hatte. Dieser potenzielle Behandlungserfolg würde wiederum die entsprechenden Ergebnisse der Datenerhebung positiv beeinflussen. Die Annahme einer Negativauswahl folgt der These, dass bei besonders symptomstarken Kindern bzw. Jugendlichen vorgelagerte Hilfsangebote alleine nicht ausreichen und daher vor allem bei dieser Personengruppe auch psychiatrische Hilfen notwendig sind. Die VG, die eine (ambulante) psychiatrische Behandlung frequentierte, bestünde demnach aus Probanden, bei denen AD(H)S-bezogene Symptome, zumindest vor dem Behandlungsbeginn, besonders stark ausgeprägt waren. Beide Annahmen schließen sich nicht gegenseitig aus und können jeweils Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben. Es gilt, anhand der erhobenen Daten Hinweise zu finden, inwiefern diese Thesen belegt oder widerlegt werden können, um etwaige Störeffekte auf die Ergebnisse zu identifizieren.

Die einzigen von beiden Gruppen vorliegenden Daten, die Rückschlüsse auf die Symptomstärke im Bereich der AD(H)S vor einer Behandlung zulassen und die Frage nach etwaigen Gruppenunterschieden vor diesem Hintergrund beantworten können, sind die Daten der SDQ- und VEWU-Bögen zum Zeitpunkt der SEU. Alle Probanden wurde, wenn überhaupt, erst nach dieser Untersuchung innerhalb der Klinik behandelt, sodass ein bereits zu diesem Zeitpunkt bestehender Behandlungseffekt auszuschließen ist. Es liegt, wie bereits vorab beschrieben, eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Daten der VG vor, vor allem im Bereich SSV (s. Kap. 5.2.1.1, S. 88, und 5.2.1.2, S. 90). Es wird im Folgenden versucht, Rückschlüsse aus diesen Daten zu ziehen.

Aus der Untersucherperspektive (VEWU) ergaben sich zum Zeitpunkt der SEU keine AD(H)S-bezogenen signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (s. Tabelle 47). Die Daten der SDQ-Bögen dagegen deuten darauf hin, dass die FG zum Zeitpunkt der Datenerhebung in ihrer AD(H)S-Symptomatik signifikant auffälliger war als die VG (s. Tabelle 36). Die Probanden der VG können zum Zeitpunkt der SEU als die aus Elternperspektive unauffälliger Gruppe gelten. Die FG wies im Bereich AD(H)S kurz vor der Einschulung signifikant höhere Symptomstärken auf. Dieses Ergebnis legt nahe, dass die These einer Negativauswahl bei der VG eher unwahrscheinlich ist.

Anhand dieser Ergebnisse bleibt die Möglichkeit, dass es sich bei den Probanden der VG zum Zeitpunkt der SEU um eine Positivauswahl handelte oder aber, dass sich die FG wiederum aus überdurchschnittlich symptomstarken Probanden zusammensetzt, was bedeuten würde, dass die FG zum Zeitpunkt der SEU eine Negativauswahl darstellte. Die FG besteht in beiden Fällen zum Zeitpunkt der Intervention (des Präventionsprojektes) aus den symptomstärkeren Probanden, ihre Ausgangslage vor der Einschulung für die untersuchten Bereiche der Leistungsentwicklung, Lebensqualität und Komorbidität darf als ungünstiger angesehen werden. Vor diesem Hintergrund wäre zu erwarten, dass diese ungünstigere Ausgangslage im Vergleich zur VG einen negativen Einfluss auf die Ergebnisse der FG in den entsprechenden Bereichen hatte.

Neben der potenziell ungünstigeren Ausgangslage der FG und deren potenzielle Auswirkungen auf die Ergebnisse dieser Gruppe gibt es noch einen weiteren potenziellen Störeffekt, der sich aus der höheren Medikation der VG zum Zeitpunkt der Datenerhebung ergibt (s. Tabelle 51, S. 143). Der größte Anteil der Probanden mit einer AD(H)S-bezogenen Medikation erhielt Präparate mit dem Wirkstoff Methylphenidat (s. Tabelle 50, S. 142). In Hinblick auf die hohe Responder-Rate von MPH von 75% (vgl. Banaschewski et al. 2010) kann davon ausgegangen werden, dass sich die Einnahme des Präparats zum Zeitpunkt der Datenerhebung mindernd auf die mit einer AD(H)S verbundene Symptomatik ausgewirkt hat. Die VG hatte demnach eine bessere Ausgangslage für die auf diese Bereiche abzielenden Instrumente.

Diesem Einflussfaktor zugunsten der VG kann der bessere sozioökonomische Status und daraus potenziell resultierende bessere Ressourcen der FG entgegengehalten werden. Aufgrund der Wechselwirkungen einer AD(H)S mit der Lebensumwelt der betroffenen Kinder ist der sozioökonomische Status ein potenziell hoher Einflussfaktor auf die Symptomstärke, Lebensqualität und dadurch auch auf etwaige Komorbiditäten. Durch die Ergebnisse des SDQ Bogens liegt jedoch ein recht deutlicher Hinweis dafür vor, dass die Probanden der FG kurz vor der Einschulung zumindest aus Elternperspektive als symptomstark wahrgenommen wurden (s. Tabelle 36). Dieses Ergebnis könnte sich jedoch auch darin begründen, dass die sozioökonomisch besser gestellten Eltern der FG sensibler auf die AD(H)S-bezogenen Probleme ihrer Kinder reagieren und diese dadurch auch eher wahrgenommen haben.

Abschließend ist bezüglich möglicher störender Effekte auf die Vergleichbarkeit der Daten zu sagen, dass externe Einflussfaktoren und Gruppenunterschiede unabhängig von der Intervention des Präventionsprojektes existieren. Die FG war zum Zeitpunkt der SEU aus Elternperspektive im Bereich der AD(H)S symptomstärker, die VG nahm zum Zeitpunkt der DE vermehrt Medikamente, die auf Teile der untersuchten Bereiche Auswirkungen haben, und die FG ist im Vergleich zur VG sozioökonomisch besser gestellt. Außerdem sind beide Gruppierungen, wie in Kapitel 6.4 (S. 123ff.) beschrieben, weitestgehend ähnlich, sodass ein Vergleich vor dem Hintergrund der primären Fragestellung überhaupt erst möglich ist. Die angesprochenen Faktoren, die potenziell einen Einfluss auf die Ergebnisse haben, müssen dennoch bei der weiteren Auswertung Beachtung finden. Eine Entkräftung dieser Störeffekte war im Rahmen der Studie aus personellen und strukturellen Gründen nicht möglich.

6.6.2 AD(H)S im Kontext der frühen Schulzeit

Grundsätzlich ist zu sagen, dass die AD(H)S Diagnosen der Probanden in den allermeisten Fällen auch im schulischen Kontext aus Lehrerperspektive bestätigt wurden. Erwartungsgemäß schnitten die Probanden beider Gruppierungen in den AD(H)S bezogenen Bereichen zum Zeitpunkt der Datenerhebung durchschnittlich in einem auffälligen Bereich ab (s. Tabelle 48, S. 140).

Hinweise auf die Entwicklung zwischen der Vorschulzeit und der frühen Schulzeit lassen sich außerhalb der SDQ- und VEWU-Bögen lediglich anhand der CBCL-Daten der FG erheben, da von dieser Gruppe bereits zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung CBCL-Daten im Rahmen der 2. Screeningstufe erhoben wurden. Zwar ist keinen Gruppenvergleich möglich, es lassen sich jedoch Rückschlüsse über die Entwicklung der psychischen Konstitution der Probanden der FG zwischen dem Zeitpunkt kurz vor der Einschulung und dem zwei Jahre danach ziehen. So verstärkt sich nach der Einschulung die Problematik dieser Gruppe in den Bereichen Ängstlichkeit/Depressivität, soziale Probleme und Aufmerksamkeit schon in dieser frühen Schulzeit (1.-2. Schuljahr) signifikant. Die in Kapitel 4.1.5.3 (S. 47ff.) postulierten Effekte der Schule auf von AD(H)S betroffene Kinder spiegelt sich in diesen Ergebnissen wider. Beachtenswert ist der neben dem zu erwarteten Anstieg in den symptombedingten Bereichen wie Aufmerksamkeit, Impulsivität und motorische Unruhe ein deutlicher Anstieg der Ängstlichkeit bzw. der Depressivität. Die steigenden schulischen Probleme der Probanden, belegt durch die Auswertung der Schulzeugnisse, wirken sich neben den offensichtlicheren externen Faktoren (z.B. Schulprobleme, innerfamiliäre Belastungen) auch negativ auf die innere Befindlichkeit der Betroffenen aus. Es ist darüber hinaus hervorzuheben, dass neben diesen signifikanten Befunden andere Bereiche, die in vielen Fällen mit einer AD(H)S als problematisch assoziiert werden, wie z.B. aggressives oder dissoziales Verhalten, zwischen Schuleingangsuntersuchung und Datenerhebung noch nicht bedeutend gestiegen sind. Dies kann dahingehend gedeutet werden, dass der Kontext Schule zwar zu einer Problemsteigerung in verschiedenen Bereichen führt, diese Probleme sich jedoch erst mit der Zeit manifestieren und chronifizieren. Die Möglichkeiten zur Intervention sind demnach vor einem präventiven Hintergrund in dieser frühen Schulzeit noch gegeben, in der sich psychische und psychosoziale Beeinträchtigungen augenscheinlich erst zu entwickeln beginnen, jedoch noch nicht manifest sind. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Möglichkeit und Notwendigkeit früher Hilfen, um Entwicklungsrisiken vorzubeugen und Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften gleichermaßen bei der Bewältigung der mit einer AD(H)S einhergehenden Probleme zu unterstützen und somit psychische oder psychosoziale Beeinträchtigungen zu vermeiden oder zumindest abzumildern.

Diese Rückschlüsse auf der Basis der CBCL Daten der FG zwischen SEU und DE werden durch Befunde beider Gruppen zum Zeitpunkt der DE unterstützt. Einige Ergebnisse der DISYPS-II Bögen deuten abseits der AD(H)S bezogenen Ergebnisse darauf hin, dass sich Begleitstörungen entwickeln (s. Tabelle 44, S. 136). So belegen die Ergebnisse beider Gruppen beim Sozialverhalten zwar noch eine ausreichende Kompetenz, im oppositionellem Verhalten

und der Gesamtskala »Störung des Sozialverhaltens« waren sie jedoch bereits leicht auffällig oder auffällig. Die angesprochene Steigerung im Bereich Ängstlichkeit/ Depressivität zwischen SEU und Datenerhebung der FG nach dem CBCL-Bogen spiegelt sich auch in den entsprechenden Bereichen der DISYPS-II Bögen wider. Sowohl im Bereich der Depressivität (Gesamtskala) als auch bei der Ängstlichkeit (Trennungsangst, generalisierte Angst, Gesamtskala) schneiden beide Gruppen zwischen leicht auffällig und auffällig ab. Trotz dieser Befunde erreichen beide Gruppen in den entsprechenden Kompetenzskalen, wie schon im Bereich »Störung des Sozialverhaltens«, eine ausreichende Kompetenz. Trotz vorhandener AD(H)S lagen demnach zum Zeitpunkt der DE im Durchschnitt noch keine manifesten komorbiden Störungen vor, wie sie im Kontext einer AD(H)S häufig erlebt werden (MTA Cooperative Group 1999), auch wenn bereits Tendenzen zu erkennen sind.

Die Textzeugnisse der Schule ermöglichen aufgrund ihres deskriptiven Charakters einen sehr eindringlichen Einblick in den aktuellen Stand der Probanden im Kontext der Schule zum Zeitpunkt der Datenerhebung (s. Tabelle 47, S. 139). Wie in den vorangegangenen Ausführungen schneiden beide Probandengruppen in AD(H)S-bezogenen Bereichen im Durchschnitt auffällig ab. In einigen Bereichen, die durch die Symptomatik häufig in Mitleidenschaft gezogen werden – wie Integration, Kontaktverhalten und Kommunikation – liegen die Probanden beider Gruppen hingegen in einem deutlich unauffälligeren Bereich, obwohl ihr Sozialverhalten bereits zu dieser frühen Schulperiode als besonders auffällig interpretiert wird (s. Tabelle 48, S. 140).

Die Befunde des VEWU-Bogens zwischen der SEU und Datenerhebung stellen vor dem Hintergrund dieser These und den Ergebnissen der anderen Instrumente ein Artefakt dar (s. , Tabelle 46, S. 138). So verbessert sich die FG in den Bereichen »Interesse an Aufgaben«, »motorische Unruhe«, »Ablenkbarkeit/Konzentration« und »Impulsivität« nach der Einschulung signifikant. Die VG verbessert sich hingegen im Bereich motorischer Unruhe. Diese Befunde passen nicht zu den gerade erläuterten Ergebnissen und der Annahme, dass mit der Einschulung eine Symptomverstärkung in AD(H)S-bezogenen Bereichen sowie komorbider Störungen einhergeht. Eine Erklärung dieser Ergebnisse könnte in den verschiedenen Kontextfaktoren der beiden Erhebungszeiträume zu suchen sein. So wurden die Daten zum Zeitpunkt der SEU im Rahmen einer Untersuchung außerhalb des häuslichen Umfelds der Probanden durchgeführt. Bewertet wurde das Verhalten während einer Untersuchung, in deren Verlauf das Kind Aufgaben erfüllen musste, die Rückschlüsse auf seine Schulfähigkeit ermöglichen sollten. Die Probanden waren demnach in einer Testsituation an einem ihnen unbekanntem Ort mit einer fremden Person. Die erste Datenerhebung wurde hingegen im gewohnten häuslichen Umfeld der Probanden durchgeführt. Zwar wurde ebenfalls ein Screeningbogen erhoben (ILK-Kinderinterview), der jedoch kurz gehalten war und in wenigen Minuten ausgefüllt wurde. Im Anschluss daran beschäftigten sich die Evaluierenden mit den Probanden z.B. mit Spielen (s. Kap. 6.2.1.4, S. 119f.). Diese Betreuung fand in der unmittelbaren Nähe der Eltern statt, um diesen bei etwaigen Fragen bezüglich der Screeningbögen Antworten geben zu können. Die Kinder waren demnach in ihrem gewohnten Umfeld, konnten die meiste Zeit über frei spielen und hatten ihre primären Bezugspersonen in greifbarer

Nähe. Die Kontextfaktoren der beiden Datenerhebungen waren demnach unterschiedlich. Die Theorie, dass die Probanden im Rahmen der DE wegen der damit verbundenen Umgebungsvariablen gegenüber der Untersuchung im Rahmen der SEU eher unauffällig abschnitten, scheint plausibel.

Die angesprochenen Befunde jenseits der VEWU-Ergebnisse decken sich in ihrer Ausrichtung und untermauern den weiter oben erläuterten Standpunkt, dass sich bei von AD(H)S betroffenen Kindern im regulären Schulbetrieb bereits in der frühen Schulperiode Begleitprobleme entwickeln. Zum einen deutet dies auf einen Bedarf an Optimierung des schulischen Systems hin, damit betroffene Kinder erfolgreicher in den bestehenden Schulalltag integriert werden können und die Belastungen auf beiden Seiten minimiert werden. Zum anderen wird auch die Notwendigkeit einer frühen Diagnostik unterstrichen, in deren Rahmen möglichst frühzeitig unterstützende Maßnahmen etabliert werden, um Risikofaktoren für die schulische und psychosoziale Entwicklung der betroffenen Kinder zu minimieren.

6.6.3 Prüfung der Studienhypothesen

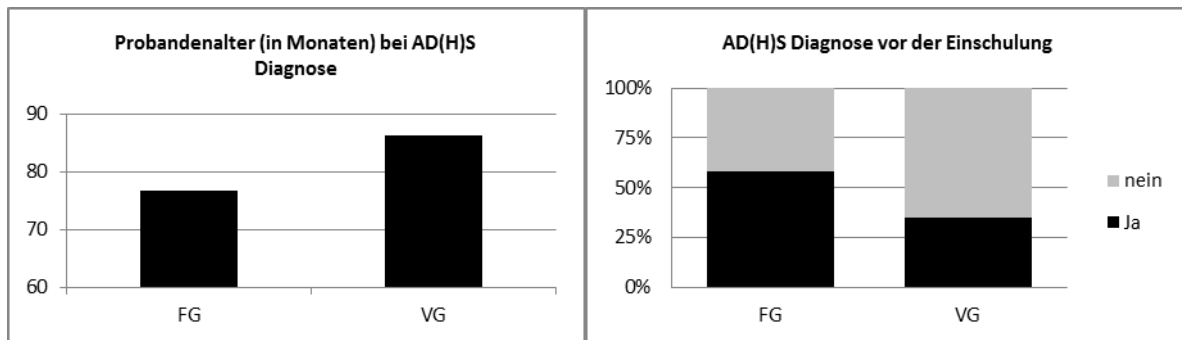
6.6.3.1 Hypothese 1

Kinder mit einer AD(H)S lassen sich anhand der gängigen Klassifikationssysteme und Leitlinien bereits im Vorschulalter, im symptomarmen Stadium (vgl. Tröster 2009), valide klassifizieren.

Die Effektstudie ergab, dass die Probanden der FG zum Zeitpunkt ihrer AD(H)S Diagnose im Vergleich zur VG signifikant jünger waren. Zudem wurde bei der FG die Diagnose zu einem deutlich höheren Anteil noch vor der Einschulung gestellt (s. Abbildung 33). Dass ein Teil der Probanden, obwohl die 1. Screeningstufe im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung und somit vor der Einschulung stattfand, erst nach der Einschulung diagnostiziert wurde, liegt zum Teil darin begründet, dass zwischen der ersten und der zweiten Screeningstufe einige Wochen verstreichen konnten. Diese Zeitspanne ergab sich zum Teil aus dem Umstand, dass es den Eltern oblag, sich zur Vereinbarung eines Termins für die zweite Screeningstufe bei einer der Ambulanzen der LWL-Klinik Marsberg (KJP) zu melden. Teilweise nahmen die Eltern erst nach einigen Wochen Kontakt auf und vereinbarten einen Termin. Die Zeit zwischen Kontaktaufnahme und zweiter Screeningstufe konnte je nach Termindichte der Ambulanzen zwischen einer und vier Wochen schwanken. Während dieser Zeitspanne wurden einige Probanden eingeschult, sodass die zweite Screeningstufe und die daraus resultierende AD(H)S-Diagnose erst nach der Einschulung erfolgten. Darüber hinaus könnte auch die in Kapitel 6.5.8, (S. 144) aufgestellte Hypothese eine Erklärung für die wider Erwarten hohe Standardabweichung innerhalb der FG liefern. Demnach nahmen die Eltern aufgrund der potenziell wenig nachhaltigen Befundrückmeldung am Ende der zweiten Screeningstufe die in diesem Zusammenhang gestellte AD(H)S-Diagnose nicht als solche wahr und frequentierten im Anschluss an die S2 eine weitere Fachkraft zur Abklärung einer AD(H)S. Diese These ist geeignet, zum einen die hohe Standardabweichung zu erklären wie auch den Umstand, dass

viele Eltern der FG als (erst-)diagnosestellende Fachkraft nicht einen Psychiater angegeben haben, sondern einen Hausarzt oder Pädiater.

Abbildung 33: Probandenalter (in Monaten) bei AD(H)S Diagnose und AD(H)S Diagnose vor der Einschulung



Quelle: Eigene Erhebung.

Es stellt sich nun die Frage, als wie valide sich diese noch vor der Einschulung gestellten AD(H)S-Diagnosen im weiteren Verlauf im Fall der durch das Präventionsprojekt erkannten Probanden erwiesen haben. Hinweise bieten die Befunde der verschiedenen Screeningbögen zum Zeitpunkt der ersten und zweiten Datenerhebung, die im Fall der ersten Datenerhebung im Durchschnitt zwei Jahre nach der Diagnose im Rahmen der zweiten Screeningstufe ausgefüllt wurden, im Fall der zweiten Datenerhebung zwischen 7 und 15 Monaten nach der ersten Datenerhebung. Auch ermöglichten die Textzeugnisse der Probanden eine Experteneinschätzung (Lehrerperspektive) aus einem Lebensbereich außerhalb der Datenerhebung.

Abbildung 34: CBCL-Entwicklung der FG zwischen SEU und DE

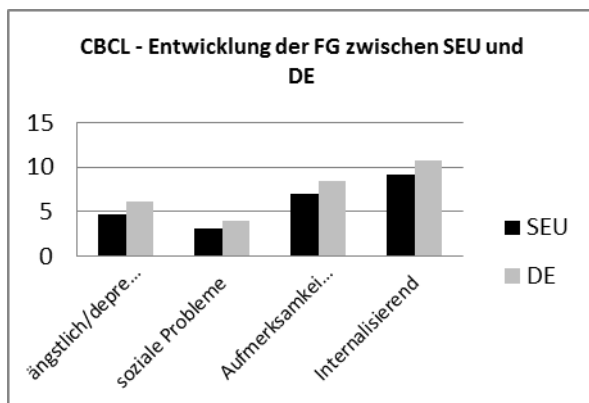
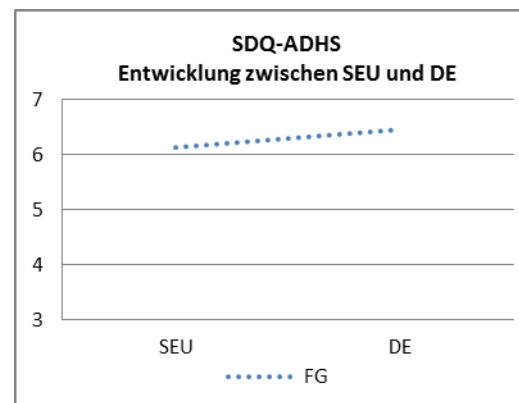


Abbildung 35: SDQ-ADHS Entwicklung zwischen SEU und DE



Quelle: Eigene Erhebung.

Nach der Elternwahrnehmung (SDQ und CBCL) lagen die Probanden der FG zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung in den AD(H)S-bezogenen Variablen in einem auffälligen Bereich; hier blieben sie nahezu konstant oder stiegen noch weiter an (s. Abbildung 34, Abbildung 35).

Die Ergebnisse der SDQ- und CBCL-Fragebögen decken sich mit den Befunden der DISYPS-II-Bögen, nach denen die Probanden der FG in den symptombezogenen Bereichen der

AD(H)S (Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, Impulsivität, Gesamtscore) ebenfalls durchschnittlich in einem auffälligen bis sehr auffälligen Bereich lagen (s. Tabelle 57).

Tabelle 57: Ergebnisse DISYPS-II der FG zum Zeitpunkt der DE

DISYPS-II AD(H)S	Früherkennungsgruppe (FG)		
	MW	SD	N
ADHS Aufmerksamkeitsstörung	1,64	0,52	33
ADHS Hyperaktivität	1,20	0,54	33
ADHS Impulsivität	1,62	0,76	33
ADHS Gesamtscore	1,48	0,45	33
ADHS Kompetenzskala	0,91	0,59	33

0,00-0,49 = unauffällig / 0,50-0,99 = leicht auffällig / 1,00-1,49 = auffällig / > 1,49 = sehr auffällig.
 Kompetenzskalen: 0,00-1,49 = geringe Kompetenz / 1,50-2,49 = ausreichende Kompetenz / > 2,5 = hohe Kompetenz.

Quelle: Eigene Erhebung.

Abbildung 36: Im schulischen Kontext verhaltensauffällige Probanden (Lehrerperspektive)



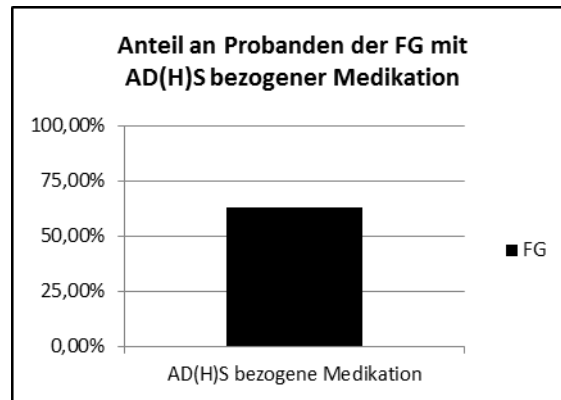
Tabelle 58: Zeugnisauswertung der FG

Skalierung: 1 (positiv) bis 4 (negativ)	MW	SD	n
Emotionale Grundstimmung	1,33	0,50	9
Selbstständigkeit	2,38	1,13	26
Integration	1,48	0,87	21
Kooperation	2,03	0,91	29
Kontaktverhalten	1,54	0,88	24
Kommunikation	1,70	0,99	27
Konfliktverhalten	2,57	1,28	14
Umgang mit Regeln	2,86	1,13	22
Externalisierendes Verhalten	2,31	1,32	13
Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit/Hyperaktivität	2,74	1,18	31
Arbeitsweise	3,10	0,98	31
Kognitive Leistungen	3,58	0,62	31

Quelle: Eigene Erhebung.

Neben der Elternperspektive, repräsentiert durch die drei Instrumente SDQ, CBCL und DISYPS-II, belegt die Auswertung der Textzeugnisse der Probanden der FG, dass der größte Anteil auch aus Lehrerperspektive als verhaltensauffällig wahrgenommen wurde (s. Abbildung 36). Diese Auffälligkeiten ergaben sich nicht ausschließlich aufgrund von AD(H)S-symptombedingten Verhaltensweisen. Jedoch stachen die Bereiche deutlich hervor, in denen von AD(H)S-Betroffene symptombedingt im Kontext Schule erwartungsgemäß Schwierigkeiten haben (s. Tabelle 58).

Abbildung 37: Anteil an Probanden der FG mit AD(H)S-bezogener Medikation



Quelle: Eigene Erhebung.

Neben der Eltern- und Lehrerwahrnehmung ist der Anteil derjenigen Probanden der FG hervorzuheben, die bereits in diesem frühen Lebensabschnitt AD(H)S-bezogene Medikamente eingenommen haben (s. Abbildung 37). In diesen Fällen hat demnach ein Arzt nach der Diagnosefindung im Rahmen der zweiten Screeningstufe und vor der Datenerhebung die gestellte AD(H)S-Diagnose erneut bestätigt und daraufhin eine entsprechende Medikation initiiert. Abseits der Eltern- und Lehrerperspektive wurde dieser Anteil an Probanden demnach auch aus Präventionsprojekt-externer medizinischer Perspektive als auffällig vor dem Hintergrund einer AD(H)S bestätigt.

Die Sammlung der dargestellten Befunde der einzelnen Instrumente aus verschiedenen Perspektiven (Eltern, Lehrer, projektexternen Medizinern) summiert sich zu einem deutlichen Hinweis darauf, dass sich die im Rahmen des Präventionsprojektes gestellte AD(H)S-Diagnose bei dem größten Teil der Probanden im weiteren Verlauf bestätigen ließ. Die leitliniennahe Methodik der zweiten Screeningstufe im Verbund mit der Vorselektion durch die ersten Screeningstufe des Präventionsprojektes ermöglicht demnach eine valide AD(H)S-Diagnose noch vor der Einschulung.

6.6.3.2 Hypothese 2

Eine frühe AD(H)S-Diagnose der Probanden inklusive fachärztlicher Befundrückmeldung und Beratung führt im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von durch das reguläre Versorgungssystem im symptomatischen Stadium (vgl. Tröster 2009) erkannten Probanden mit einer AD(H)S zu einer früheren und/ oder häufigeren Frequentierung von Hilfsangeboten.

Bei der Quantität der frequentierten Hilfen ergaben sich ausschließlich beim Gruppentraining ein signifikanter Gruppenunterschied, der zugunsten der FG ausfiel (s. Tabelle 53). Diese Diskrepanz im Bereich der Gruppentrainings wird als Artefakt gewertet, da davon auszugehen ist, dass bei einem Präventionserfolg durch die Früherkennung und anschließende Beratung im Rahmen des Präventionsprojektes ein einheitlicher interventionsübergreifender Trend zu beobachten wäre. Bei der durchschnittlichen Anzahl frequentierter Hilfsangebote pro Proband lassen sich ebenfalls keine Unterschiede der Probandengruppe belegen (s. Tabelle 54). Beide Gruppierungen nahmen durchschnittlich zwei AD(H)S-bezogene Angebote wahr.

Zur Auswertung des Zeitpunktes der einzelnen Hilfsangebote wurde das durchschnittliche Alter der Probanden bei der Erstwahrnehmung beider Gruppen miteinander verglichen (s. Tabelle 55). Dabei ergaben sich eine Tendenz im Bereich der Beratungsangebote und ein signifikanter Gruppenunterschied der Frequentierung von Ergotherapie, beides zugunsten der FG.

Tabelle 59: Alter der Probanden bei Erstfrequentierung der Angebote zusammengefasst

Alter bei Erstfrequentierung in Monaten	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)		
	MW (SD)	N		MW (SD)	N	T/ p
Alle Hilfsangebote*	73,76 (21,19)	35		81,08 (14,90)	35	-1,67/ 0,10
$\alpha < ,05$, t-Test für unabhängige Stichproben.						
*exklusiv psychiatrische ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen und Rehabilitation.						

Quelle: Eigene Erhebung, 2. Datenerhebung

Insgesamt frequentierte die FG tendenziell etwas eher Hilfsangebote als die VG (s. Tabelle 59). Ein eindeutiger Gruppenunterschied in Bezug auf den Zeitpunkt initiiertter Hilfsangebote lässt sich jedoch ebenso wenig nachweisen wie bei der Häufigkeit der Nutzung.

Trotz der frühen, oftmals auch vorschulischen Diagnose der Probanden der FG inklusive Beratung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie lässt sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung, im Durchschnitt zwei Jahre nach Frequentierung der zweiten Screeningstufe, kein Effekt auf die zeitliche oder quantitative Frequentierung von Hilfsangeboten nachweisen. Die zweite Hypothese konnte demnach nicht bestätigt werden.

6.6.3.3 Hypothese 3

Die frühe und/oder vermehrte Frequentierung von Hilfsangeboten, noch bevor sich AD(H)S-bedingte psychische und/oder psychosoziale Beeinträchtigungen manifestiert haben, führt zu einem – im Vergleich zu einem erst im symptomatischen Stadium (vgl. Tröster 2009) diagnostizierten Probanden – messbaren positiven Effekt in den entwicklungsrelevanten Bereichen der Lebensqualität, Komorbidität und Leistungsentwicklung

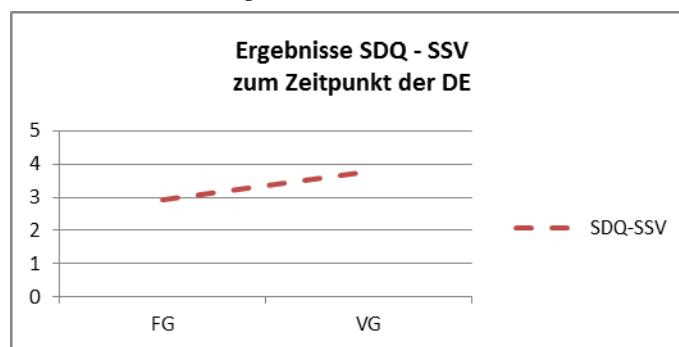
Grundsätzlich gibt es Hinweise auf Gruppenunterschiede in den Bereichen der Lebensqualität, Leistungsentwicklung und Komorbidität zwischen den beiden untersuchten Gruppierungen.

Tabelle 60: CBCL-Befunde zum Zeitpunkt der DE

CBCL-DE	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			
	MW	SD	N	MW	SD	N	T / p*
Dissoziales Verhalten	3,19	1,96	43	4,51	3,60	43	-2,12 /04
p* $\alpha < ,05$, t-Test für unabhängige Stichproben.							

Quelle: Eigene Erhebung.

Abbildung 38: Ergebnisse SDQ-SSV zum Zeitpunkt der DE



Quelle: Eigene Erhebung.

Aus Elternperspektive waren die Ergebnisse der FG im Sozialverhalten signifikant (CBCL) oder tendenziell (SDQ) positiver als die der VG (s. Tabelle 60 und Abbildung 38). Diese Ergebnisse bestätigten sich jedoch nicht nach dem DISYPS-II-Bogen, der ebenfalls aus Elternperspektive ausgefüllt wurde. Die Reliabilitätsanalyse des CBCL-Bereiches »Dissoziales Verhalten« lag zudem unterhalb eines akzeptablen Bereiches. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass es zwar messbare Unterschiede im Bereich des Sozialverhaltens zugunsten der FG gab, diese Ergebnisse aber nicht eindeutig genug für eine konkrete Aussage vor dem Hintergrund der dritten Studienhypothese ausfallen.

Tabelle 61: Ergebnisse ILK zum Zeitpunkt der DE, Elternperspektive

ILK-Elternfragebogen	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			
	MW	SD	N	MW	SD	N	T / p
Belastung d. Krankheit für Eltern	3,15	0,86	34	3,52	0,82	40	-1,94 / ,06

p < ,05, t-Test für unabhängige Stichproben.

Quelle: Eigene Erhebung.

In Bezug auf die Lebensqualität ergab sich eine tendenzielle Diskrepanz zwischen FG und VG bei der wahrgenommenen Belastung der Eltern durch die AD(H)S der Kinder (s. Tabelle 61). Die Eltern der FG waren nach eigenen Angaben durch die Störung ihres Kindes im Schnitt weniger belastet als die Probanden der VG. Zum einen ist dieser Hinweis lediglich eine Tendenz. Diese Diskrepanz kann auch anhand des besseren sozioökonomischen Status und den damit verbundenen besseren Voraussetzungen der FG erklären lassen, oder aber auch einen positiven Effekt der früheren AD(H)S Diagnose der FG darstellen. Dieses Ergebnis des ILK-Elternfragebogens kann insgesamt keinen eindeutigen Hinweis für einen etwaigen Effekt der Früherkennung durch das Präventionsprojekt bieten.

Tabelle 62: Ergebnisse DISYPS-II zum Zeitpunkt der DE

DISYPS-II	Früherkennungsgruppe (FG)			Vergleichsgruppe (VG)			
	MW	SD	N	MW	SD	N	T / p
DES Gesamtskala	0,62	0,31	18	0,47	0,19	19	1,71 / ,10

p < ,05, t-Test für unabhängige Stichproben.
 0,00-0,49 = unauffällig / 0,50 – 0,99 = leicht auffällig / 1,00 – 1,49 = auffällig / > 1,49 = sehr auffällig.

Quelle: Eigene Erhebung.

Neben diesen Befunden zugunsten der FG erbrachte der DISYPS-II-Bogen im Bereich Depressivität ein tendenziell besseres Ergebnis für die VG (s. Tabelle 62). Aufgrund des besseren sozioökonomischen Hintergrundes der Probanden der FG wäre an dieser Stelle eher ein besseres Abschneiden dieser Gruppe zu erwarten gewesen. Diese leichte/ tendenzielle Diskrepanz lässt sich anhand der vorliegenden Datengrundlage nicht eindeutig erklären. Daher sind keine Aussagen vor dem Hintergrund von Gruppenunterscheiden aufgrund früherer oder vermehrter Frequentierung von Hilfsangeboten, initiiert durch das Präventionsprojekt, in die eine oder andere Richtung möglich.

Abbildung 39: Medikation bei DE

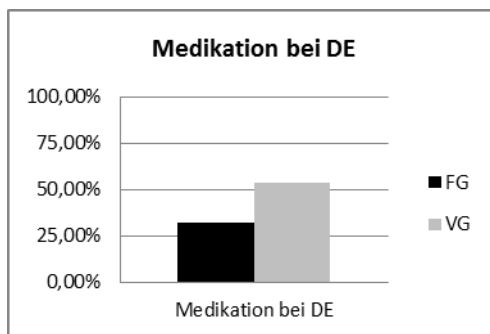
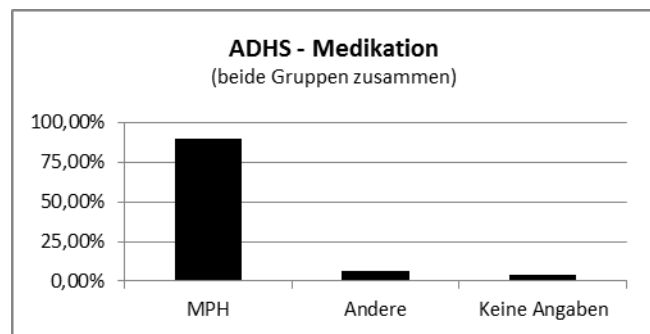


Abbildung 40: ADHS-Medikation (FG und VG)



Quelle: Eigene Erhebung.

Aufgrund der vorliegenden Befunde konnte in den Bereichen der Lebensqualität, Leistungsentwicklung und Komorbidität kein eindeutiger Gruppenunterschied belegt werden, der sich auf die Früherkennung von AD(H)S und Beratung durch das Präventionsprojekt zurückführen lässt. Beide Gruppen sind in vielen der untersuchten Bereiche ähnlich in ihrer Ausprägung. Interessant ist jedoch die deutliche Diskrepanz in der Frequentierung AD(H)S-bezogener Medikamente zum Zeitpunkt der Datenerhebung (s. Abbildung 39). Bei dem allergrößten Teil dieser Medikation handelt es sich um ein MPH-haltiges Präparat (s. Abbildung 40). Die Responderrate von MPH ist gut belegt und liegt bei durchschnittlich 75% (Banaschewski et al. 2010). Demnach kann davon ausgegangen werden, dass diese Medikation einen positiven Effekt auf die Symptomstärke der MPH verwendenden Probanden in der Therapie von AD(H)S-Problemen hatte. Der deutlich höhere Anteil an Probanden der VG mit einer MPH-Medikation lässt sich so verstehen, dass die Mitglieder der VG im Durchschnitt eine bessere Ausgangslage in den AD(H)S-bezogenen Bereichen der Effektstudie hatten. Folgen wir dieser Annahme, ist die Feststellung, dass sich beide Gruppen in den Bereichen Lebensqualität, Leistungsentwicklung und Komorbidität nicht deutlich oder durchgehend voneinander unterscheiden, neu zu bewerten. Die unterschiedliche Frequentierung der Medikation zum Zeitpunkt der Datenerhebung eröffnet die Möglichkeit, dass bei einer gleichen Verteilung von MPH-Medikationen zum Zeitpunkt der DE die FG in den AD(H)S-bezogenen Bereichen im Vergleich zur VG besser hätte abschneiden können. Diese These lässt sich jedoch anhand der vorliegenden Daten nicht beweisen und wird weitere Studien erfordern.

Abschließend ist bei der Prüfung der dritten Hypothese festzustellen, dass, auch wenn sich ein deutlicher Gruppenunterschied in den Bereichen Lebensqualität, Leistungsentwicklung und Komorbidität ergeben hätte, sich dieser Unterschied nicht auf die Früherkennung der AD(H)S und anschließende Beratung durch das Präventionsprojekt zurückführen ließe. Die dritte Hypothese baut auf der zweiten auf, wonach die frühe Diagnose und Beratung zu einer früheren oder vermehrten Frequentierung von Hilfsangeboten führt. Diese zweite Hypothese ließ sich nicht bestätigen. Da es keinerlei nachweisbare Gruppenunterschiede in der Frequentierung von Hilfsangeboten gibt, sind auch keine der in Hypothese drei postulierten Effekte zugunsten der FG möglich. Wie Hypothese Zwei lässt sich demnach auch die dritte Hypothese nicht bestätigen.

7. Diskussion

7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Arbeit widmet sich der Früherkennung und Prävention von AD(H)S noch vor der Einschulung vor dem Hintergrund der Kriterien nach Tröster (2009), welche die Grundlage gelingender Früherkennung und darauf aufbauender Prävention darstellen. Von den fünf Kriterien, dass die Frühindikatoren der Störung zuverlässig identifizierbar sind (1), die Störung behandelbar und in ihrem Verlauf beeinflussbar ist (2), ein früher Therapiebeginn die Prognose verbessert (3), die organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen für eine gezielte Diagnostik der Risikopersonen vorhanden sind (4) und Effektive Therapie- und Fördermaßnahmen zur Verfügung stehen (5), sind primär die Fragen der Diagnosemöglichkeit (1) und der Prognose (3) in diesem frühen Stadium umstritten.

So sind die gängigen Klassifikationssysteme auf ein Alter von 6 bis 12 Jahren ausgelegt, also eine Zeitspanne nach der Einschulung, und benötigen mindestens zwei Lebensbereiche, in denen die Symptomatik auftritt. Außerhalb dieser Altersvorgabe gelten die Diagnosekriterien als nur bedingt geeignet (vgl. Steinhausen 2010b). Zudem wird davon ausgegangen, dass erst die Schulzeit aufgrund der mit dieser Phase verbundenen Anforderungen, denen von AD(H)S Betroffene nur schwer nachkommen können, neben dem familiären Bereich deutliche Hinweise auf eine AD(H)S Problematik ermöglicht. Zu diesem Zeitpunkt sind psychosoziale oder psychische Beeinträchtigungen jedoch häufig schon manifest. In der Regel sind diese Probleme der Anlass, die Diagnostik zu initiieren. Früherkennung und Prävention ist zu diesem Zeitpunkt aber nicht mehr oder nur noch eingeschränkt (Tertiäre Prävention) möglich.

Vor der Einschulung agieren Kinder primär im familiären Kontext. Als zweiter Lebensbereich könnte in dieser frühen Lebensphase nur der Kindergarten in Betracht kommen. Beide Lebensbereiche bleiben jedoch deutlich hinter dem Anforderungsniveau der Schule zurück und können im Vergleich zu ihr Symptome der AD(H)S besser auffangen. So liegt die Zahl der in der Vorschulzeit diagnostizierten Kinder mit 1,5% deutlich unter dem Anteil der Kinder mit einer AD(H)S Diagnose in der frühen Schulzeit (7-10 Jahren) mit 5,3% (Hölling et al. 2007). Von AD(H)S betroffene Kinder werden also nur zu einem Teil im Rahmen dieses familienexternen Lebensbereiches als derart auffällig erlebt, dass ein Arzt oder Psychologe konsultiert wird (aus Eigeninitiative der Eltern oder auf Anraten von Betreuern). Es stellt sich nun die Frage, inwiefern eine valide Diagnose anhand der gängigen Klassifikationsschemata der Leitlinien zur Diagnosefindung in einem Alter möglich ist, in dem Betroffene

1. aufgrund ihrer Rahmenbedingungen (enge Betreuungsdichte) noch nicht mit Anforderungen konfrontiert werden, die eine vorliegende Symptomatik deutlich hervortreten lässt und
2. die Symptome bzw. die Frühindikatoren noch nicht durch (in Bezug auf das Erkennen psychischer Störungen) fachfremde Personen wahrgenommen werden können.

Eine effektive Früherkennung und darauf aufbauende Prävention kann nur gelingen, wenn eine valide vorschulische Diagnose möglich ist. Die Effektstudie zeigt deutliche Hinweise, dass eine derartige valide AD(H)S-Diagnose möglich ist. Die Tatsache, dass die Diagnosen der im Rahmen des Präventionsprojektes erkannten Probanden im weiteren Verlauf aus den unterschiedlichen Perspektiven der Eltern, der Lehrer und auch der externen medizinischen Fachkräfte bestätigt wurden (s. Hypothese 1, S. 112), obwohl die verwendete Methodik des Präventionsprojektes nur zum Teil den gängigen Leitlinien entspricht, weist darauf hin, dass bei einem durchgehend leitlinienkonformen Vorgehen die Validität der Diagnose noch deutlicher hervorstechen könnte.

Neben der Frage nach der Validität einer AD(H)S-Diagnose vor der Einschulung galt es, in der Frage nach der Möglichkeit und dem Effekt von Früherkennung im Kontext der AD(H)S zu prüfen, inwiefern eine frühe Identifizierung von Betroffenen und Beratung der Eltern, noch bevor sich psychische oder psychosoziale Beeinträchtigungen manifestiert haben, die Prognose verbessert. Ausgangspunkt dieser Fragestellung war die Annahme, dass die frühe Diagnose und Beratung im Rahmen des Präventionsprojektes erkannter Probanden dazu führt, dass Eltern Hilfsangebote zu einem optimalen Zeitpunkt frequentieren, in dem sich die Betroffenen noch in einem symptomarmen Stadium befinden (vgl. Tröster 2009). Diese frühe Frequentierung nimmt dieser These folgend wiederum positiven Einfluss auf die weitere Entwicklung der Probanden, gemessen an den entwicklungsrelevanten Bereichen der Leistungsentwicklung, der Lebensqualität und der Komorbidität. Im Rahmen der Effektstudie ergaben sich jedoch keine Gruppenunterschiede hinsichtlich der Frequentierung von Hilfsangeboten, weder in der Anzahl noch im Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Angebote. Die frühe vorschulische Diagnose und anschließende Beratung der Eltern hatte demnach weder einen positiven noch einen negativen Effekt auf den weiteren Werdegang der Betroffenen. Die Annahme, dass eine frühe Diagnose der Probanden deren Prognose verbessert, ließ sich im Rahmen dieser Studie nicht belegen.

Da nach Tröster (2009) für eine gelingende Prävention alle fünf Kategorien erfüllt sein müssen, konnte im Rahmen dieser Studie nicht nachgewiesen werden, dass eine frühe AD(H)S-Diagnose aus präventiver Perspektive erfolgversprechend ist. Der fehlende Nachweis sollte jedoch nicht als generelle Unmöglichkeit präventiver Ansätze im Zusammenhang mit einer AD(H)S verstanden werden. Zwar ist eine Primärprävention, also eine Vermeidung der Störung, aufgrund des genetischen Ursprungs einer AD(H)S nicht möglich (s. Kap. 4.2.2, S. 75ff.), wohl aber eine Sekundärprävention. Diese Sekundärprävention setzt allerdings eine Früherkennung der Störung voraus, noch bevor sich psychische oder psychosoziale Beeinträchtigungen manifestiert haben. Gelingt diese Früherkennung nicht, wäre nur noch eine tertiäre Prävention möglich. Der Grund dafür, dass die frühe Diagnose die Prognose der Probanden der Früherkennungsgruppe nicht verbessert hat, ist nicht zwangsläufig in einer generellen Problematik bei der vorschulischen Prävention der AD(H)S zu suchen. Vielmehr besteht die Möglichkeit, dass die Methodik der Befundrückmeldung im Rahmen der zweiten Screeningstufe als wenig effektiv anzusehen ist und so die ausbleibende Frequentierung von Hilfsangeboten auf der Grundlage der frühen Diagnose zumindest zum Teil erklärt. Mit dem Präventi-

onsprojekt wird versucht, u.a. Kinder mit einer AD(H)S zu diagnostizieren, noch bevor konkrete Beeinträchtigungen vorliegen. Das heißt jedoch auch, dass zum Zeitpunkt einer solchen frühen Diagnose bei den Probanden und deren Eltern noch kein störungsbedingter konkreter Leidensdruck und somit keine direkte Problemwahrnehmung vorliegt. In der Wahrnehmung der Eltern ist die Situation zum Zeitpunkt der zweiten Screeningstufe noch nicht hochproblematisch, auch wenn Fachkräfte schon erste Anzeichen sich anbahnender Probleme erkennen können. Die rückmeldenden und beratenden Fachkräfte stehen demnach vor dem Problem, die Eltern über eine Diagnose und Problematik aufzuklären, noch bevor Eltern und deren Kinder unter symptombedingter psychischer oder psychosozialer Beeinträchtigungen leiden. Das Zusammenspiel aus fehlender Problemwahrnehmung der Eltern, gepaart mit einer rein mündlichen und dadurch potenziell wenig nachhaltigen Befundrückmeldung mit hohem Informationsverlust (vgl. Cope et al. 2003; Tattersall et al. 1994) könnte einer Frequentierung von Hilfsangeboten trotz Diagnose und Beratung in einem frühen Stadium der Störung entgegengewirkt haben. Diese frühere Frequentierung von Hilfsangeboten als Folge einer Früherkennung stellt jedoch die Grundlage für eine bessere Prognose von Betroffenen dar. Dass im Kontext dieser Arbeit kein Hinweis auf eine solche Verbesserung der Prognose infolge von Früherkennung gefunden werden konnte, lässt sich demnach möglicherweise zum Teil mit der Methodik des Präventionsprojektes erklären. Eine zweite Hypothese zur Erklärung der ausbleibenden Frequentierung von Hilfen trotz früher Diagnose wäre die Annahme, dass die Frühdiagnose einer AD(H)S in der Vorschulzeit nur äußerst bedingt dazu geeignet ist, Impulse für eine frühe Frequentierung von Hilfen in einer für Eltern wie auch Betroffene sehr belebten Phase zu geben, die geprägt ist von der Erschließung neuer Lebensräume und den damit verbundenen Anforderungen. Weitere Studien werden nötig sein, um diese Erklärungsansätze zu prüfen und der Frage nach den Effekten der Früherkennung und Frühprävention von AD(H)S betroffenen Kindern nachzugehen.

7.2 Kritische Betrachtung der Methodik

7.2.1 Projektbegleitende Evaluation

Bei der projektbegleitenden Evaluation ist die Diskrepanz in den Befunden der ersten Screeningstufe hervorzuheben, die aus der unterschiedlichen Handhabung der Screening-Instrumente in den drei Landkreisen resultiert. Diese starken Schwankungen wirken sich deutlich auf die Ergebnisse der ersten Screeningstufe aus und somit auch direkt auf die Frequentierung der zweiten Stufe. So variieren Teilnahme und Anzahl erkannter Probanden prozentual zwischen den Landkreisen teilweise um das zehnfache. Diese deutlichen Diskrepanzen machen deutlich, dass auch nach vier Modelljahren noch keine flächendeckende Standardisierung bei der Durchführung der ersten Screeningstufe gelungen ist (s. S. 89f.). Auf die Zusammensetzung der Früherkennungsgruppe der Effektstudie hat diese unterschiedliche Handhabung in den Landkreisen jedoch nur bei der Anzahl potentieller zur Verfügung stehender Probanden Auswirkungen.

Aufgrund der Methodik der projektbegleitenden Evaluation sind zudem lediglich Aussagen über die Frequentierung der einzelnen Screeningstufen des Präventionsprojektes, die Zusammensetzung der Auffälligkeiten sowie Art und Umfang der diagnostizierten Befunde möglich. Rückschlüsse bezüglich der Validität der Diagnosen, den Effekt des Projektes auf die teilnehmenden und diagnostizierten Probanden bzw. ihren weiteren Werdegang nach Diagnose und Beratung können dagegen nicht gezogen werden. Hieraus begründet sich das Design der vorliegenden Effektstudie. Trotz dieser Einschränkungen stellt die projektbegleitende Evaluation ein wichtiges Fundament dar, um modelljahrbezogenen Rückschlüsse über die Praktikabilität und den Effekt von Änderungen der Methodik zu generieren, auf deren Grundlage das Projekt in Zusammenarbeit mit den beteiligten Gesundheitsämtern fortlaufend weiter optimiert werden kann.

7.2.2 Die Effektstudie

Die Effektstudie unterlag einigen methodischen Schwierigkeiten, die vor dem Hintergrund der Ergebnis-Auswertung zu berücksichtigen sind.

Die erste Fragestellung dieser Arbeit beschäftigt sich damit, inwieweit eine valide AD(H)S-Diagnose unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien noch vor der Einschulung möglich ist. Die Methodik des Präventionsprojektes kann, wie schon in Kapitel 5.2.3 (S. 95f.) angesprochen, den Ansprüchen der aktuellen Leitlinien (Bundesärztekammer 2006b) nicht in allen Punkten gerecht werden. So waren eine organische Diagnostik, testpsychologische Verfahren und eine standardisierte Verlaufskontrolle nach der Diagnosestellung nicht Teil der zweiten Screeningstufe. Die Gründe für das Auslassen dieser Bereiche lagen in den mit dem Modellcharakter verbundenen begrenzten strukturellen Ressourcen des Präventionsprojektes. So stellt das Projekt für die beteiligten Fachkräfte der Ambulanzen eine zusätzliche Tätigkeit in Ergänzung des regulären Arbeitsalltags dar. Es bestanden nicht die finanziellen Mittel, Fachkräfte eigens für das Projekt zu beschäftigen bzw. freizustellen. Diesem Umstand musste bei der Erarbeitung der Methodik der zweiten Screeningstufe Rechnung getragen werden, sodass auf die angesprochenen Testungen, die teilweise mehrere Sitzungen mit den Probanden erfordert hätten, verzichtet wurde. Trotz dieser Einschränkungen erlaubt das Präventionsprojekt im Vergleich zu den bestehenden vorschulischen Instanzen zumindest eine leitlinien-nahe Diagnosefindung. Für die Auswertung der Ergebnisse bedeutet diese Einschränkung jedoch, dass ein Vorgehen, das sich vollends an den gängigen Vorgaben orientiert, schärfere Ergebnisse erbringen könnte. Dies wird in weiteren Studien zu prüfen sein.

Neben dieser Einschränkung ist die Zusammensetzung der Probandengruppen zu betrachten. Im Rahmen der Studie war es aufgrund der eingeschränkten Anzahl potenzieller Probanden in beiden Gruppen nur bedingt möglich, vorab beide Gruppen zu matchen. Die Anzahl mit AD(H)S diagnostizierter Probanden in der FG beschränkte sich auf die ersten beiden Modelljahre und war daher stark limitiert und vordefiniert. Um eine Vergleichsgruppe aufzustellen, mussten von AD(H)S betroffene Probanden gefunden werden, die nicht über das Präventionsprojekt erkannt wurden und der gleichen Alterskohorte wie die Probanden der Früherkennungsgruppe angehörten. Eine randomisierte Vergleichsgruppe zu eruieren war aufgrund

begrenzter Ressourcen nicht möglich. Es blieb die Möglichkeit, Patienten, die sich aufgrund einer AD(H)S in ambulanter Behandlung der LWL-Klinik Marsberg (KJP) befanden, als Vergleichsgruppe zu nutzen. Dieses Vorgehen erbrachte den Vorteil, dass die betreffenden Probanden ihre AD(H)S-Diagnose im Rahmen einer Kinder- und Jugendpsychiatrie erhalten haben bzw. sie dort bestätigt wurde – einer Institution, die spezialisiert ist auf die Erfassung und den Umgang mit psychischen Störungen. Die AD(H)S-Diagnosen dieser Vergleichsgruppe durften demnach als valide angesehen werden, wodurch sie als Gruppe für einen Vergleich mit den erstmals durch das Präventionsprojekt mit einer AD(H)S erkannten Probanden als günstig erschien. Wie in Kapitel 6.6.1 (S. 148ff.) beschrieben, ist jedoch nicht zu belegen, inwieweit die Vergleichsgruppe den Durchschnitt von AD(H)S-Betroffenen darstellt. Die Früherkennungsgruppe wurde demnach nicht mit einer randomisierten Stichprobe von AD(H)S-Betroffenen verglichen. Anzumerken ist neben der fehlenden Randomisierung der Vergleichsgruppe, dass im Rahmen der Effektstudie zwei Auffälligen-Gruppen miteinander verglichen wurden. Der Vergleich der Ergebnisse mit einer dritten Gruppe von psychisch unauffälligen Probanden hat nicht stattgefunden, wodurch der Vergleich beider Gruppen zu einer Normal-Stichprobe in den erfassten Bereichen nicht möglich war. Für die Beantwortung der primären Fragestellung war eine solche Unauffälligen-Gruppe nicht notwendig, hätte jedoch einen Informationsgewinn über das Ausmaß der Unterschiede zwischen von AD(H)S Betroffenen und nicht Betroffenen in der frühen Schulzeit ermöglicht und sollte Teil zukünftiger Studien sein.

Weiterhin ist die geringe Fallzahl der Studie kritisch zu bewerten, diese ist aber in der schon beschriebenen Ausgangslage im Rahmen des Präventionsprojektes zum Studienbeginn begründet. Die beiden Gruppengrößen mit je 43 Probanden erscheinen zunächst als ausreichend, aussagekräftige Ergebnisse aus den zu untersuchenden Bereichen zu generieren und miteinander zu vergleichen. Während der Datenerhebung kam es jedoch in einzelnen Teilbereichen zu einer deutlich geringeren Fallzahl, beispielsweise bei der Frage nach der AD(H)S-Symptomatik beider Gruppen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung. Über die Ausgangslage der Symptomstärken beider Gruppen lässt lediglich die Elternperspektive (SDQ-Bogen) Rückschlüsse zu. Zum einen könnte der unterschiedliche sozioökonomische Hintergrund der Probandengruppen Einfluss auf diese Elterneinschätzung genommen haben. Darüber hinaus ist jedoch auch die bereits angesprochene geringe Fallzahl der VG in den SDQ-Bögen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zu kritisieren. Zwar fällt die Diskrepanz zwischen beiden Gruppen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung recht deutlich aus, sodass eine Erklärung ausschließlich aufgrund des unterschiedlichen sozioökonomischen Status der Probandengruppen anzuzweifeln ist. Dennoch werden in diesem Bereich, wie auch in einigen anderen, weitere Studien nötig sein, um die im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Ergebnisse anhand größerer Fallzahlen zu prüfen.

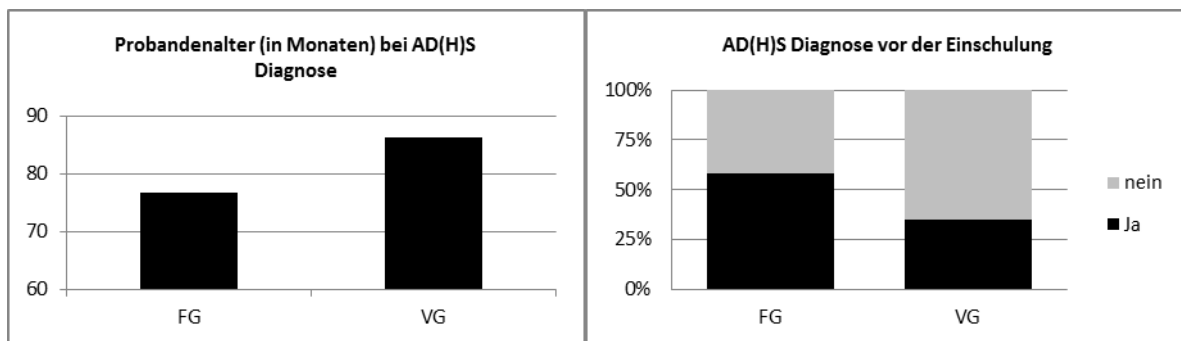
Zum Zeitpunkt der Datenerhebung nahmen die Probanden der Vergleichsgruppe deutlich mehr AD(H)S-bezogene Präparate ein als diejenigen aus der Früherkennungsgruppe. Diese erhöhte Medikation kann sich möglicherweise auf die AD(H)S-bezogenen Ergebnisse der Vergleichsgruppe ausgewirkt haben. Bei der Ergebnisinterpretation würde dieser Gruppenun-

terschied bedeuten, dass die VG zum Zeitpunkt der Datenerhebung eine günstigere Ausgangslage hatte. Eine solche Verzerrung hätte sich auf die Hypothese drei auswirken können, also der Frage nach messbaren Diskrepanzen in den Bereichen der Lebensqualität, Leistungsentwicklung und Komorbidität. Da jedoch schon die zweite Hypothese, auf welcher die dritte aufbaut, nicht bestätigt werden konnte und sich dadurch auch die dritte Hypothese nicht bestätigen ließ, ist dieser Gruppenunterschied in der Beantwortung der Studienhypothesen zu vernachlässigen.

7.3 Projektbezogene Diskussion

Das Modellprojekt zur Früherkennung psychischer Störungen der LWL-Klinik Marsberg (KJP) befand sich zu dem Zeitpunkt, an dem diese Arbeit verfasst wurde, im fünften Modelljahr. Wie in der Projektbeschreibung dargestellt, lag das Hauptaugenmerk während der vergangenen Jahre auf der richtigen Einstellung des Instrumentariums und der ersten Screeningstufe (s. Kap. 5, S. 86ff.). Damit war die Feinabstimmung mit den Gesundheitsämtern und die praktische Durchführung des Projektes im Fokus der Optimierungsbemühungen. Anhand der projektbegleitenden Evaluation wurde versucht, eine möglichst hohe Frequentierung der ersten Screeningstufe zu erreichen und wie beschrieben Sensitivität und Spezifität zu optimieren. Die abschließende Beratung der Eltern, bei deren Kindern sich die Verdachtsdiagnose der ersten Screeningstufe in der zweiten bestätigte, fand in den vergangenen Jahren bei diesen Bemühungen kaum Beachtung. Die Ergebnisse dieser Studie belegen nun, dass dies ein Versäumnis darstellt, das sich anscheinend auf das durch das Projekt erhoffte Ziel, frühe Hilfen vor dem Hintergrund der Früherkennung im Rahmen des Projektes zu initiieren, negativ ausgewirkt hat.

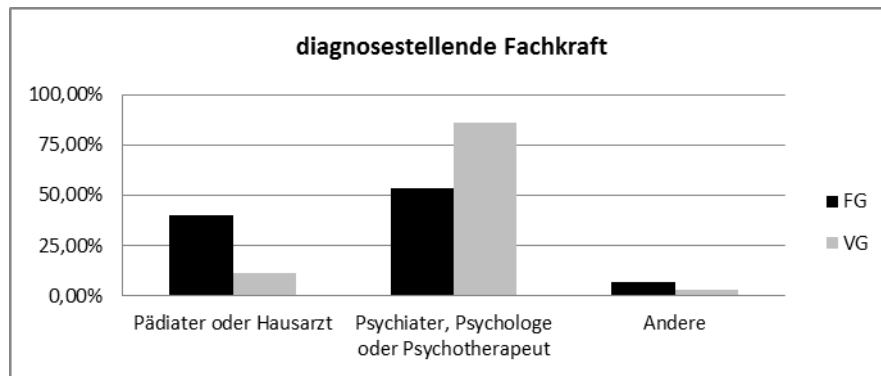
Abbildung 41: Probandenalter (in Monaten) bei AD(H)S und AD(H)S Diagnose vor der Einschulung



Quelle: Eigene Erhebung.

Die Effektstudie ergab, dass die Probanden der FG zum Zeitpunkt ihrer AD(H)S-Diagnose signifikant jünger waren als diejenigen der VG. Zudem wurde bei der FG die Diagnose zu einem deutlich höheren Anteil noch vor der Einschulung gestellt (s. Abbildung 41).

Abbildung 42: Diagnosestellende Fachkraft



Quelle: Eigene Erhebung.

Abseits der deutlich früheren Diagnosestellung der FG belegt die Auswertung der Fachgruppen, die bei den jeweiligen Gruppen die Diagnose gestellt haben, eine bemerkenswerte Diskrepanz zwischen beiden Gruppen. Diese Auswertung ergab, dass die Probanden der FG signifikant häufiger eine Diagnose über ihren Hausarzt oder einen Pädiater erhielten, die Probanden der VG hingegen im Durchschnitt eher durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Psychologen oder einen Psychotherapeuten (s. Abbildung 42). Das Szenario scheint plausibel, dass die FG durch das Präventionsprojekt zu einem Zeitpunkt eine Diagnose erhielt, bevor sich schwerwiegende Probleme im Zusammenhang einer AD(H)S z.B. im Kontext der Schule manifestieren konnten (s. Kap. 6.5, S. 126ff.). Aufgrund des noch niedrigen Belastungsdrucks der Eltern bzw. durch die noch fehlende Belastung durch die externe Instanz Schule wurde zur Abklärung der Diagnose, durch die Eltern eventuell als Verdachtsdiagnose wahrgenommen, eher der Hausarzt bzw. Pädiater hinzugezogen. Bei den Probanden der VG, die bedeutend später eine AD(H)S-Diagnose erhielten, könnte sich hingegen die Belastung durch die Symptomatik (z.B. im Kontext Schule), die letztendlich zur Frequentierung der Diagnostik geführt hat, bereits derart gesteigert haben, dass die Eltern von sich aus oder auf Anraten externer Fachkräfte (z.B. Lehrer) vermehrt direkt eine auf psychische Störungen spezialisierte Fachkraft konsultiert haben.

Das Präventionsprojekt scheint demnach eine frühzeitige AD(H)S-Diagnose zu ermöglichen, noch bevor sich Komorbiditäten und durch die AD(H)S bedingte psychosoziale Probleme manifestieren konnten. Das zweite Ziel des Projektes, noch im frühen symptomarmen Stadium eine Frequentierung von Hilfen für die betroffenen Kinder und deren Eltern zu initiieren, scheint hingegen noch nicht zu gelingen. Dies lässt sich eventuell aus der Methodik des Präventionsprojektes erklären. So werden den Eltern am Ende der zweiten Screeningstufe die Befunde und Empfehlungen am Ende einer ca. zweistündigen Diagnostik ausschließlich mündlich mitgeteilt. Dabei handelt es sich um einen Zeitpunkt, an dem die Aufnahmefähigkeit der Eltern aufgrund der vorangegangenen Untersuchung potenziell nicht mehr als optimal anzusehen ist, sodass das Vorgehen, den Eltern ausschließlich mündlich Ergebnisse mitzuteilen und Empfehlungen auszusprechen, als problematisch anzusehen ist. Auch besonders aufnahmefähige Eltern haben vermutlich Schwierigkeiten, sich im Anschluss an eine 1½- bis 2-

stündige Untersuchung an konkrete Instrumente, Ergebnisse und Empfehlungen zu erinnern. Untermauert wird diese Vermutung durch Studien von Cope et al. (2003) und Tattersall et al. (1994), die der Frage nachgehen, wie viele Informationen bei unterschiedlichen Formen der medizinischen Befundrückmeldung von den Adressaten aufgenommen werden und als wie nachhaltig sie sich erweisen (vgl. Watson et al. 2009). Diese Studien belegen, dass die rein auditive Befundrückmeldung im Vergleich zu anderen Varianten in den untersuchten Bereichen am schlechtesten abschneidet. Als Folge der ausschließlich mündlichen Befundrückmeldung sind die Empfehlungen für die Eltern vor diesem Hintergrund eventuell nur bedingt umsetzbar, da an dieser Stelle viele Informationen verloren gehen. Auch wenn im Anschluss an die zweite Screeningstufe Fachkräfte aufgesucht werden, wird es den allermeisten Eltern kaum möglich sein, sich an Informationen über die einzelnen Untersuchungsschritte, die Ergebnisse, die gestellte(n) Diagnose(n) und die Handlungsempfehlungen adäquat zu erinnern. Diese These bietet eine Erklärung für den Befund, dass die Probanden der FG trotz früher Diagnose und Beratung nicht deutlich eher oder deutlich mehr Hilfsangebote in Anspruch genommen haben als die signifikant später diagnostizierten Probanden der VG.

7.3.1 Handlungsempfehlungen

Grundsätzlich hat das Präventionsprojekt das Potenzial, von AD(H)S betroffene Kinder, die vor der Einschulung noch nicht durch das bestehende Netzwerk aus Kindergarten, Kindervorsorgeuntersuchung oder von ihren Eltern selbst erkannt wurden, im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung zu erkennen, noch bevor sich Komorbiditäten und durch AD(H)S-bedingte psychosoziale Probleme manifestieren konnten. Daher wird die Empfehlung ausgesprochen, an dem Projekt festzuhalten. Die Ergebnisvermittlung an die Eltern sollte jedoch optimiert werden. Es erscheint empfehlenswert, den Eltern im Anschluss an die zweite Screeningstufe neben der mündlichen Befundrückmeldung auch eine standardisierte schriftliche Rückmeldung auszuhändigen. Diese Rückmeldung sollte die Ergebnisse der ersten und zweiten Screeningstufe in einer auch für Fachfremde verständlichen Form beinhalten. Bestenfalls sollten die ausgesprochenen Handlungsempfehlungen ebenfalls Teil dieser Rückmeldung sein. Ergänzend könnte ein Angebotskatalog der einzelnen Hilfsangebote in den jeweiligen Landkreisen erstellt werden und im Anschluss an die zweite Screeningstufe ausgehändigt werden. Dieser Katalog könnte den Eltern der Betroffenen helfen, auf der Grundlage der schriftlichen Befundrückmeldung zeitnah Ansprechpartner für die individuell empfohlenen Hilfsangebote zu finden und diese auch zu frequentieren, um störungsspezifischen Risiken für die psychische oder psychosoziale Kondition der Betroffenen entgegenzuwirken.

7.3.2 Projektbezogener Ausblick

Im Fall somatischer Erkrankungen ist es für den Großteil der Bevölkerung selbstverständlich, einen Arzt oder Facharzt aufzusuchen, sich beraten und behandeln zu lassen. Diese Bereitschaft ist bei psychischen Problemen geringer. Die Annahme, dass jeder Mensch ohne psychische Diagnose als noch nicht ausreichend diagnostiziert gelten darf, ist zwar etwas pauschal,

beinhaltet jedoch auch einen wichtigen Aspekt der Wahrheit. Ebenso wenig wie es komplett somatisch gesunde Menschen gibt, existieren komplett psychisch gesunde. Jeder trägt den Kern psychischer Probleme in sich, z.B. in der Angst vor Tieren oder sozialen Kontakten, Frustrationen oder Stress. Wenn sich nun Situationen ergeben, in denen diese Probleme bis zu einem Grad anwachsen, an dem sie bedeutende negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und die eigene Funktionalität nehmen, stellt die Suche nach Hilfe den nächsten logischen Schritt dar. Psychische Probleme stellen in unserer Gesellschaft jedoch bedauerlicherweise noch immer ein großes Stigma dar. Daher ist die Bereitschaft, Hilfen anzunehmen, aus Scham, Angst und dem Gefühl, es selbst schaffen zu müssen, gering.

Im Kinder- und Jugendalter, in dem Hilfen primär durch Eltern initiiert werden, ist dieser Trend ähnlich vertreten, nur etwas anders gelagert. Was für die Betroffenen selbst gilt, gilt häufig auch für deren Eltern. Kein Elternteil will hören, dass das eigene Kind eine psychische Störung aufweist. Fragen nach der eigenen Erziehungsfähigkeit und nach Reaktionen der Umwelt, Ohnmacht, die Frage, wie es weitergehen kann oder soll oder muss und – häufig im Vordergrund – Angst um das Wohl und die Zukunft des eigenen Kindes, sind meist die ersten Reaktionen auf die Diagnose. Zwar etablieren sich nach und nach Selbsthilfegruppen, AD(H)S-Netzwerke und Bündnisse, doch flächendeckende strukturierte Anlaufstellen für Eltern, in denen sie über alle Behandlungsmöglichkeiten beraten werden, gibt es kaum. Ansprechpartner sind meist Fachkräfte, die selbst Behandlungsangebote vorhalten und in diesen kompetent sind, jedoch oft kein für eine umfassende Beratung ausreichendes Wissen über Ansätze und konkrete Angebote von externen Bereichen besitzen. Die einzelnen Fachgebiete stellen trotz der Bemühung um Vernetzung oftmals immer noch einzelne Behandlungsiseln dar und stehen ohne Brücken untereinander. Eltern stehen demnach nach einer AD(H)S-Diagnose ihres Kindes vor der Frage, an welche Fachrichtung sie sich wenden können, welche Intervention oder welcher Interventionskomplex bei dem eigenen Kind am effektivsten Hilfe verspricht. Es kann nicht behauptet werden, es sei problematisch, Informationen zum Bereich AD(H)S zu akquirieren. Selbst ohne Internet ist es leicht, an Informationsmaterialien zu gelangen. Vielmehr ist es schwierig, das jeweils passende Angebot bzw. den passenden Ansprechpartner aus der Informationsflut herauszufinden, mit der sich Suchende konfrontiert sehen. Zusammenfassend gesagt mangelt es noch immer an etablierten Angeboten, die von einer übergeordneten Ebene aus objektiv und umfassend informieren, längerfristig als Ansprechpartner zur Verfügung stehen und Kontakte zu jeweils passenden Hilfsangeboten knüpfen.

Vor der Beratung und Behandlungsplanung steht jedoch die erste Erfassung und Klassifizierung des vorliegenden Problems. Im Rahmen dieser Arbeit wurde an verschiedenen Stellen darauf hingewiesen, dass es zwar ein Netzwerk zur präventiven Identifizierung von psychischen Störungen im Vorschulalter gibt, dieses Netz jedoch noch Lücken aufweist. Diese Lücken führen dazu, dass Betroffene ohne Hilfen in Situationen geraten, in denen sie aufgrund ihrer Problematik nicht oder nur schwer ohne Hilfen bestehen können. Die Folgen sind in vielen Fällen negativ, langwierig, lebensweltübergreifend und für die Entwicklung einschneidend. Initiativen wie das Präventionsprojekt zur Früherkennung psychischer Störungen im

Vorschulalter der LWL-Klinik Marsberg (KJP) stellen Ansätze dar, diesen Szenarien entgegenzuwirken, indem psychische Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und Eltern sowie Betroffenen über Anlaufstellen sowie konkrete Hilfen informiert werden. Zwar stellt dieses Angebot kein deutschlandweit flächendeckendes Netz dar, verdeutlicht jedoch in einem überschaubaren Rahmen von immerhin drei Landkreisen, wie mit verhältnismäßig geringem Aufwand das bestehende Hilfesystem optimiert und Kooperationen erfolgreich etabliert werden können.

Die Ergebnisse der projektbegleitenden Evaluation sowie der Effektstudie zeigen, dass ein Teil der betroffenen und noch nicht durch das bestehende Netz diagnostizierten Kinder vor der Einschulung durch das Projekt in Kooperation von Schulärzten, Gesundheitsämtern und Fachkräften der Klinik erkannt werden. Die Eltern erhalten neben den Ergebnissen eine möglichst umfassende, auch externe Behandlungsangebote enthaltende Beratung über das weitere Vorgehen. Die Ergebnisse der Studie belegen jedoch auch, dass das eigentliche Ziel der frühzeitigen Frequentierung von Hilfen anscheinend nur bedingt erreicht wird. Dieser nicht erwartete und ernüchternde Befund zeigt das Verbesserungspotenzial des Projektes auf. Die Grundlage zur frühen Frequentierung von Hilfsangeboten wird durch die frühe Diagnose erreicht. Nun gilt es, das Präventionsprojekt dahingehend zu optimieren, dass die Eltern und dadurch die Betroffenen auch die jeweils notwendigen Hilfsangebote in Anspruch nehmen, noch bevor symptombedingte Probleme ein Maß erreichen, aus dem sich psychische oder psychosoziale Beeinträchtigungen ergeben. Die im vorangegangenen Kapitel erläuterten Handlungsempfehlungen, die Erkenntnis der Notwendigkeit, den Fokus der weiteren Projektarbeit auf die Beratung der Eltern und die Informationsweitergabe auszuweiten, sind konkrete und umsetzbare Ansätze. Das Projekt wird in den folgenden Jahren dahingehend ausgebaut und weiter optimiert werden, damit die in dieser Studie aufgezeigten Defizite behoben und die Projektziele besser erreicht werden können. Inwieweit diese Maßnahmen von Erfolg gekrönt sein werden, wird in zukünftigen Studien geprüft werden müssen.

7.4 Fazit

AD(H)S stellt eine der am häufigsten vertretenen psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter dar, die aufgrund der Symptomatik erhebliche Probleme und Risiken bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im frühen Kindes- und Jugendalter und darüber hinaus bedingt. Konkrete Beeinträchtigungen nehmen in vielen Fällen erstmalig im Kontext der Schule aufgrund der für von AD(H)S Betroffene ungünstigen Struktur einen Stellenwert ein, der externe Hilfen notwendig macht. Zu diesem Zeitpunkt bestehen jedoch bereits konkrete Probleme, die sich auf die Schulleistungen, die Lebensqualität der Betroffenen (und deren Bezugssystem), die Interaktion mit der Gleichaltrigen-Gruppe und die familiäre Interaktion negativ auswirken. Eine darauf aufbauende Behandlung widmet sich daher dem Ziel, diese manifesten Beeinträchtigungen zu mildern. Der genetische Ursprung der AD(H)S verhindert eine Negierung der Symptomatik, sodass dauerhafte Hilfen bzw. Lösungsstrategien von den Betroffenen und deren Bezugspersonen gefunden und erlernt werden müssen. Wird dieses Wissen um Copingstrategien nicht zeitnah vermittelt, besteht die Gefahr, dass sich die vorliegende Symptomatik in Interaktion mit der Lebensumwelt der Betroffenen verstärkt oder gar

chronifiziert und dann soziale Interaktionen dauerhaft geprägt, Schlüsselqualifikationen für ein selbstbestimmtes Leben gefährdet und Komorbiditäten begünstigt werden.

Neben dem Reagieren auf bereits manifeste Beeinträchtigungen gibt es auch präventive Ansätze und Bemühungen in Bezug auf AD(H)S. Aufgrund der angesprochenen genetischen Faktoren ist eine Vermeidung der AD(H)S durch konkrete Hilfsangebote und somit eine Primärprävention nicht möglich. Es bleibt jedoch die Möglichkeit der Sekundärprävention, was bedeutet Hilfen zu einem Zeitpunkt zu initiieren, der als besonders günstig für die Behandlung der Betroffenen anzusehen ist. Um diese Möglichkeit nutzen zu können, ist eine frühe Diagnose der AD(H)S unumgänglich, noch bevor Lebensbereiche erschlossen werden, die strukturbedingt das Auftreten von symptombedingten Beeinträchtigungen und Entwicklungsrisiken wahrscheinlich machen (z.B. die Schule). Ansätze mit präventiver Ausrichtung fokussieren demnach primär eine frühe Identifizierung der Betroffenen, um konkrete Hilfen zu initiieren, noch bevor sich psychische oder psychosoziale Beeinträchtigungen vor dem Hintergrund der AD(H)S-Symptomatik manifestiert haben. In Deutschland sind in diesem Zusammenhang drei (weitestgehend) flächendeckende und standardisierte vorschulische Institutionen und Verfahren hervorzuheben: der Kindergarten, die Kindervorsorgeuntersuchungen und die Schuleingangsuntersuchung. Nun stellt jedoch die AD(H)S aufgrund der ausschließlich auf Grundlage von Verhaltensbeobachtung möglichen Klassifizierung eine Störung dar, die hohe Anforderungen an die Diagnostik stellt. Je jünger die Betroffenen, desto schwieriger lassen sich die Symptome einer AD(H)S von altersadäquatem Verhalten abgrenzen. Um dennoch valide Diagnosen stellen zu können, wurden Standards der Diagnostik in Form von Leitlinien festgelegt (vgl. Bundesärztekammer 2006b), um den mit der Durchführung betrauten Fachkräften zuverlässige Handlungsanweisungen zur Diagnosefindung einer AD(H)S zu geben (vgl. Roggensack 2006). Im Zusammenhang mit den angesprochenen vorschulischen Institutionen ist jedoch als problematisch anzumerken, dass keine dieser drei die Ausrichtung oder die strukturellen Voraussetzungen gewährleisten können, um den Leitlinien der AD(H)S-Diagnosefindung gerecht zu werden. So ist der Auftrag des Kindergartens die Betreuung von Kindern mit ausschließlich pädagogischer Perspektive, während die medizinischen Untersuchungen der Kindervorsorge- und der Schuleingangsuntersuchung nicht die strukturellen Voraussetzungen bieten, die für eine leitliniengetreue Diagnostik nötig sind. Alle drei Verfahren sind zudem unspezifische Ansätze, die nicht speziell auf die Identifizierung von psychischen Auffälligkeiten ausgerichtet sind. Aus dieser strukturbedingten Problematik der bestehenden vorschulischen Institutionen und deren unspezifischer Ausrichtung resultiert die deutliche Diskrepanz der Prävalenz zwischen der Vorschulzeit (1,5% im Alter von 3-6 Jahren) und der frühen Schulzeit (5,3% im Alter von 7-10 Jahren) (Hölling et al. 2007). Diese Diskrepanz belegt, dass ein beträchtlicher Teil Betroffener nicht durch die der Einschulung vorgelagerten Ansätze erkannt wird, sondern erst in der frühen Schulzeit, dann allerdings häufig aufgrund bereits bestehender Probleme. Diese Lücke im Versorgungsnetz bedingt, dass präventive Hilfen bei diesem nicht unerheblichen Teil AD(H)S-betroffener Kindern nicht initiiert werden können. Es bleibt lediglich die Möglichkeit, auf symptombedingte Probleme

zu reagieren. Der als optimal anzusehende Zeitpunkt für eine Frequentierung von Hilfen, in einem symptomarmen Stadium, kann in diesen Fällen nicht genutzt werden.

Mit dem Präventionsprojekt zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter der LWL-Klinik Marsberg (KJP) wurde versucht zu erfassen, inwiefern das bestehende präventive Netz im Kontext der AD(H)S durch eine spezifische Methodik, ausgerichtet auf die leitliniennahe Erfassung psychischer Auffälligkeiten, unter Anbindung an ein etabliertes Verfahren (Schuleingangsuntersuchung) weiter optimiert werden kann. Durch eine erste Screeningstufe im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wurde eine Risikogruppe definiert, die aus Eltern- und/ oder Untersucherperspektive potenziell psychische Auffälligkeiten aufweist. Diese vorselektierte Gruppe wurde im weiteren Verlauf einer leitliniennahen Diagnostik in einer der vier Ambulanzen der LWL-Klinik Marsberg (KJP) zugeführt, in deren Verlauf der Anfangsverdacht überprüft wurde. Konnte der Anfangsverdacht bestätigt werden, erhielten die Eltern der betreffenden Kinder neben einer Befundrückmeldung auch eine fachärztliche Beratung über Hilfsangebote. Um zu prüfen, inwiefern dieses Vorgehen tatsächlich einen präventiven Effekt hat, wurde im Rahmen dieser Arbeit eine Effektstudie durchgeführt. Durch dieses Projekt wurden die Probanden des Modellprojektes zwei Jahre nach der Projektteilnahme in entwicklungsrelevanten Bereichen (Leistungsentwicklung, Komorbidität, Lebensqualität) mit einer Gruppe von Probanden verglichen, die durch das reguläre Versorgungssystem erkannt worden waren.

Anhand der Studienergebnisse konnten deutliche Hinweise dafür gefunden werden, dass die im Rahmen des Präventionsprojektes gestellten AD(H)S-Diagnosen sich im weiteren Verlauf bestätigt haben. Eine valide AD(H)S-Diagnose, noch vor der Einschulung, scheint demnach anhand der gängigen Leitlinien möglich zu sein. Zudem erhielten die Probanden des Präventionsprojektes im Vergleich zur Gruppe der regulär erkannten Probanden zu einem deutlich früheren Zeitpunkt ihre Erstdiagnose. Grundsätzlich scheint es möglich, eine valide Diagnose in der Vorschulzeit zu stellen. Insgesamt erhielten 1,38% aller Teilnehmer des Präventionsprojektes eine bis dahin noch nicht diagnostizierte psychiatrische Diagnose, primär über eine AD(H)S (s. Kap. 5.4, S. 99ff.). Wird dieser Anteil durch das Präventionsprojekt erstmalig erkannter Probanden mit dem Anteil der bis zur Einschulung durch das reguläre Versorgungssystem erkannten Betroffenen (1,5%: Hölling et al. 2007) verglichen, ist festzuhalten, dass dieser Prozentsatz durch das Projekt nahezu verdoppelt werden konnte. Das etablierte Vorgehen bei der Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten ist vor dem Hintergrund dieser Befunde zu hinterfragen. Zwar wird ein Teil der Betroffenen früh durch die unspezifischen Ansätze erkannt, doch scheint sich dieser Anteil erkannter Betroffener durch die Etablierung spezifischer Angebote noch deutlich erhöhen zu lassen. Derartig spezifische, flächendeckende, etablierte und standardisierte Ansätze sind im bestehenden vorschulischen Versorgungssystem in Deutschland jedoch noch nicht vorhanden. Das Modellprojekt zur Früherkennung psychischer Störungen stellt ein Beispiel für ein solches Vorgehen dar, das infolge der Methodik und der Anbindung an die Schuleingangsuntersuchung und somit an die in Deutschland flächendeckend etablierten Gesundheitsämter gut auf andere Landkreise übertragbar ist.

Einschränkend bleibt festzustellen, dass es dem Modellprojekt trotz anscheinend valider Diagnosestellung nicht gelungen ist, Betroffene und deren Eltern früher oder häufiger an Hilfsangebote anzubinden. Die Hypothese einer Verbesserung der Prognose AD(H)S-Betroffener durch eine Früherkennung ließ sich nicht bestätigen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass dieser Befund zum Teil in der Methodik der zweiten Screeningstufe des Modellprojektes begründet liegt, was in weiteren Studien zu prüfen sein wird.

Abschließend bleibt festzustellen, dass die Effektstudie aufgrund der in Kapitel 7.2 (S. 162ff.) angesprochenen Einschränkungen keine allgemeingültigen übertragbaren Ergebnisse liefern kann, aus ihr jedoch Hinweise und Anregungen resultieren, denen in weiteren Studien nachzugehen sein wird. Als zentrales Fazit dieser Arbeit kann zusammengefasst werden, dass es anscheinend möglich ist, von AD(H)S Betroffene zu einem Zeitpunkt zu erkennen, in dem sich noch keine symptombedingten Probleme im Kontext der Schule manifestiert haben. Diese Erkenntnis eröffnet die grundsätzliche Möglichkeit, Hilfen vor manifesten Problemen zu initiieren, um Entwicklungsrisiken vorzubeugen oder sie zumindest zu mildern. Gleichzeitig ist jedoch auch festzuhalten, dass die Diagnose allein, ohne dass ein konkreter Leidensdruck bei Betroffenen oder ihrer Bezugspersonen vorliegt, anscheinend keinen Initiator für die Frequentierung von Hilfsangeboten darstellt. Dadurch wird die Rolle hervorgehoben, die den Diagnostikern bei der Befundrückmeldung zukommt. So gilt es, Eltern, noch bevor ein symptombedingter Leidensdruck vorliegt, in einer Art und Weise über die AD(H)S und die damit verbundenen Risiken zu informieren, dass diese Informationen sowohl verständlich wie auch nachhaltig von den Adressaten aufgenommen werden. Nur wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, kann Früherkennung und Prävention im Kontext der AD(H)S funktionieren und Betroffenen und deren Bezugssystemen helfen, schon bevor psychische oder psychosoziale Probleme in deren Leben treten.

Literatur

- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1983) Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington
- ADHS Deutschland e.V. (2012) Selbsthilfe für Menschen mit ASHS, www.adhs-deutschland.de, eingesehen am 12.11.2012
- Allhoff, P., Bachmann, K. D., Collatz, J., Flatten, G., Gey, W., Irle, U., Karch, D., Klebe, D., Lajosi, F., Seimer, S., Schirm, H. & Weidmann, V. (1991) Hinweise zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hg.): Publikationsreihe »Diagnose-Therapie« (Bd. 19). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) Practice Parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry 46: 894-921
- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington, DC
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC
- Apgar, V. (1953) A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. In: Curr. Anesth. Analg. 32: 260-267
- Banaschewski, T. (2010a) Genetik. In: Handbuch ADHS – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Kohlhammer, Stuttgart: 113-127
- Banaschewski, T. & Rothenberger, A. (2010b) Pharmakotherapie mit Stimulanzien bei Kindern und Jugendlichen, In: Handbuch ADHS – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Kohlhammer, Stuttgart: 289-307
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006) ICF-Praxisleitfaden – Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation, Frankfurt am Main, Mai 2006
- Bargele, B., Bausch, J., Bohn, M., Neuhaus, C., Puls, J. H., Resch, F., Schmid, G. & Schulte-Markwort, M. (2010) ADHS in der Schule – Strategien für den Unterricht, 4. Aufl., PPPP Service, Lilly Deutschland GmbH
- Barkley, R. (1981) Hyperactive children, A Handbook for diagnostic and treatment. New York, Guilford Press
- Barkley, R. (1990) Attention deficit hyperactivity disorders. Guilford, New York
- Barkley, R. A. (1998) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 2nd edition. New York, Guilford Press
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. & Smallish, L. (1991) The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria-III. Mother-child interactions, family conflicts and mental psychopathology. In: J Child Psychol Psychiatry 32: 233-255
- Barkley, R.A. & Murphy, K.R. (2006) Attention- Deficit Hyperactivity Disorder, A Clinical Workbook, The Guildford Press, New York.
- Bastine, R. (1998) Klinische Psychologie, Bd. 1. 3. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Becker, A. (2007) Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Evaluations and applications. Dissertation, Georg-August-Universität zu Göttingen
- Bessou, H., Zeeb, H. & Puteanus, U. (2007) Methylphenidate prescription in the city of Cologne: overrepresentation of privately insured patients. Results of an analysis based on prescription data. In: Gesundheitswesen 69(5): 292-296
- Bettelheim, B. (1973) Bringing up children. In: Ladies Home Journal 90: 28
- BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) (2011) Methylphenidat auch für Erwachsene: BfArM erweiterte Zulassung, Pressemitteilung 02/11, 15.04.2011

- Biedermann, J., Arnsten, A. F., Faraone, S. V., Doyle, A. E., Spencer, T. J., Wilens, T. E., Weiss, M. D., Safren, S. A. & Culpepper, L. (2006) New developments in the treatment of ADHD. In: *The Journal of clinical Psychiatry*
- Biedermann, J., Faraone, S. V. (2005) Attention-deficit hyperactivity disorder. In: *Lancet* 366: 237-248
- Biedermann, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marris A., et al. (1996) Predictors of persistence and remission of ADHS into adolescence: result from a four-year prospective follow-up study. In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 343-351
- Biedermann, J., Monuteaux, M.C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T.E., Silva, J.M., Snyder, L.E. & Faraone S.V. (2007) Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study (PMID 17650275 2007)
- Biermann, G. (1962) Biographische Anamnese und Beratungssituation in ihrer Bedeutung für Diagnose, Prognose und Therapie neurotischer und psychosomatischer Störungen im Kinder- und Jugendalter. In: *Zeitschr. F. Kinderheilkunde* 86(3): 257-279
- Block, G. H. (1977) Hyperactivity: a cultural perspective. In: *J Learn Disabil* 110:236-240
- Born, A., Oehler, C. (2009) Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. 7. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Brandau, H., Pretis, M., Kaschnitz, W. (2006) ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. 2. Aufl. Reinhardt, München
- Bronfenbrenner, U. (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: natürliche und geplante Experimente. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brown, R. T., Madan-Swain, A., Baldwick, K. (1991) Gender differences in a clinic-referred sample of attention-deficit-disordered children. In: *Child Psychiatry and Human Development*, 22: 111-129
- Bruchmann, J. (2008) Neurophysiologische Untersuchungen bei ADHS-Kindern mit und ohne Lernbehinderung. Ergebniskorrelierte Potentiale, quantitatives Elektroenzephalogramm und transkranielle Magnetstimulation. Dr. Kovac, Hamburg
- Bundesärztekammer (2006a) Stellungnahme zur »Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung (ADHS)« Langfassung vom 02.08.2006, www.bundesaerztekammer.de, eingesehen am 07.04.2012
- Bundesärztekammer (2006b) Stellungnahme zur »Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung (ADHS)« Langfassung – 3. Diagnostik und Differenzialdiagnostik der ADHS vom 12.07.2006, www.bundesaerztekammer.de, eingesehen am 07.04.2012
- Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (2008) Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, Nr. 133: 3236
- Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (2010) Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: 1013
- Bundesjugendstatistik (2006) Vorlage für das Spitzentreffen der Jugendminister von Bund und Ländern am 16.04.2006. Berlin
- Bundesministerium der Justiz (1996) §24 Anspruch auf Förderung in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege, www.gesetze-im-internet.de., eingesehen am 27.04.2012
- Bundestagsdrucksache 14/8912 (2002) Methylphenidat verantwortungsbewusst einsetzen. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode; 24.4.2002
- Burchard, F., Wittmann, G. & Auer, N. (2010), Zweistufiges Screening zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter, *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 3 – 2010. Forum Verlag, Aachen
- Cantwell, D. P. (1996) Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 978-987
- Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York
- Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Marsh, W.L., Hamburger, S.D., Vaituzi, A.C., Dickstein, D.P., Sarfatti, S.E., Vauss, Y.C., Snell, J.W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A.L., Ritchie, G.F., Rajapaksem J.C. & Rapoport J.L. (1996) Quantitative brain magnetic resonance imaging in ADHS. In: *Arch Gen Psychiatry* 53: 607-616

- Chandara, P. S. (1993) Cross-cultural psychiatry and children with deviant behaviors. In: *American Journal of Psychiatry*, 150: 1279-1280
- Childers, A. T. (1935) Hyperactivity in children having behavior disorders. In: *Am J Orthopsychiatry*, 5: 227-243
- Conners, C. K. (1969) A teacher rating scale for use in doing studies with children. In: *Am J Psychiatry*, 126: 884-888
- Cope C. D., Lyons A. C., Donovan A. C., Rylance V. & Kilby M. D. (2003) Providing letters and audiotapes to supplement a prenatal diagnostic consultation: effects on later distress and recall. In: *Prenat Diagn*; 23: 1060-1067
- Crichton, A. (1810) *Untersuchung über die Natur und den Ursprung der Geisteszerrüttung, ein kurzes System der Physiologie und Pathologie des menschlichen Geistes*. Bauer, Leipzig
- Daseking, M., Petermann, F., Röske, D., Trost-Brinkhus, G., Simon, K. & Oldenhagen, M. (2009) Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS, *Gesundheitswesen*, 71: 648-655
- Delekat, D. & Kis, A. (2001) *Gesundheitsberichtserstattung Berlin. Spezialbericht 2001-1. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin*. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen
- Deutsche Therapeutenauskunft (2012), www.deutsche-therapeutenauskunft.de, eingesehen am 01.10.2012
- Dilling, H. & Freyberg, H. J. (Hg.) (2008) *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Huber, Bern.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, H. (2011) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern
- Dirscherl, T., Hahlweg, K., Sanders, M.R. & von Wulfen, Y. (2007): *Triple P – ein Public Health Ansatz zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz, Grundlagen, Struktur, Inhalte und Evaluation*. Münster: PAG Institut für Psychologie
- Dohmen, D., Erbes, A., Fuchs, K. & Günzel, J. (2008) *Was wissen wir über Nachhilfe? – Sachstand und Auswertung der Forschungsliteratur zu Angebot, Nachfrage und Wirkung*. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, Berlin
- Döpfner, M., Banaschewski, T. & Songua-Barke, E. (2008a) *Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* In: Petermann, F. (Hg.) *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. 6., vollst. überarb. Aufl. Hogrefe, Göttingen: 257-276
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000a) *Hyperkinetische Störungen, Band 1*, In: Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Petermann, F. (Hg.) *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Hogrefe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2009) *Aufmerksamkeitsdefizit /Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) – Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie, Band 1*. 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Döpfner, M., Frölich, N. & Wolf Metternich, T. (2007) *Ratgeber ADHS – Information für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen*. 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Döpfner, M., Grötz-Dorden, A., Lehmkuhl, G., Breuer, D. & Gloetz, H. (2008b) *DISYPS-II – Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II*. Bern: Hans Huber
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998a) *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Hogrefe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000b) *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Hogrefe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H. C. (2006) *Kinder-Diagnostik-System KIDS 1 – Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Hogrefe, Göttingen
- Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P. & Heim, K. (1998b) *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL / 4.18) – Einführung und Anleitung zur Handauswertung*, 2. Aufl. KJFD, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln

- Döpfner, M., Schmeck, K. & Bern, W. (1994) Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL), 1. Auflage KJFD. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2002) Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP. 3., vollst. überarb. Aufl. Beltz, Weinheim
- Döpfner, M., Steinhausen, H. C. (2010) Psychosoziale Faktoren. In: Handbuch ADHS – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Kohlhammer, Stuttgart
- Douglas, V. (1972) Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. In: Can J Behav Sci 4: 259-282
- Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hg.) (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag. Köln. 3., überarb. Aufl.: 239-254
- Ebaugh, F. G. (1923) Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. In: Am J Dis Child 25: 89-91
- Egger, J. (2000) Möglichkeiten von Diätbehandlungen bei hyperkinetischen Störungen. In: Steinhausen, H. C. (Hg.): Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart.: 117-127
- Ettrich, K. U. & Ettrich, C. (2010) Verhaltensbeobachtungsbogen für Vorschulkinder – VBB-VK. Cuvillier, Göttingen
- Fachinformation des Arzneimittel-Kompodium der Schweiz (2006): Ritalin®/- SR/- LA; Stand der Informationen: Juli 2006.
- Faraone S. V. (2005) The scientific foundation for understanding attention-deficit/ hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder. In: Eur Child Adolesc Psychiatry 14: 1-10
- Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A. et al. (2005) Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Biol Psychiatry 57(11): 1313-1323
- Fayyad, J., De Graf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M. & Demyttenaere, K. (2007) Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. In: Br J Psychiatry, 190: 402-409
- Feingold, B. (1975) Why our child is hyperactive. Random House, New York
- Frantz, I. (2010) Vortrag im Rahmen des ADHS-Netzwerktreffens der LWL-Klinik Marsberg (KJP), 10.11.2010, Thema: FAMOS-Familien optimal stärken. Universität Bielefeld
- Freibergs, V. & Douglas, V. (1969) Concept learning in hyperactive and normal children. In: J Abnorm Psychol 74: 388-395
- Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier J. H. & Kaiser, J. (2003) Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a comparison with methylphenidate. In: Appl Psychophysiol Biofeedback, 28: 1-12
- Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. In: Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines. 38(5):581-6
- Goodman, R., Scott, S. & Rothenberger, A. (2007) Kinderpsychiatrie kompakt, 2. Aufl. Steinkopff, Darmstadt
- Gordon, M. (1983) The Gordon Diagnostic System, Clinical Diagnostic Systems. Boulder, CO
- Griesinger, W. (1845) Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Grabbe, Stuttgart
- Grühn, C. (2009) Einführung in das Sozialrecht – Mit Beispielen für den leichten Einstieg. niederle media, Fachverlag für Studienliteratur, Altenberge
- Grüne Liste Prävention (2012a) EFFEKT – Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training, LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V., Praxisnetzwerk für soziale Stadtentwicklung, LPR. www.gruene-liste-praevention.de, Stand 02.10.2012
- Grüne Liste Prävention (2012a) Triple P – Positives Erziehungsprogramm für alle Eltern, LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V., Praxisnetzwerk für soziale Stadtentwicklung, LPR. www.gruene-liste-praevention.de, Stand 13.10.2012

- Gumpert, N. (2006) Das ADHS verstehen – meinem Kind helfen, O.P.I.S., PDF-Version. www.dr-gumpert.de. Eingesehen am: 04.08.2012
- Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plücker, J., Brix, G., Eichelberger, I. & Döpfner, M. (2010) Detection effects of the indicated prevention Programme for Externalizing Programme behavior (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomized controlled trial, University of Applied Sciences Düsseldorf, Germany. In: Behav Cogn Psychother, 38(1): 95-112
- Hartmann, F. (1973) Die Anamnese. In: Cobet, R., Klinik der Gegenwart. Handbuch der praktischen Medizin, Bd. 10. München. Urban & Schwarzenberg
- Haug, H. J. (2004) Psychiatrische Diagnostik, In: Rössler, W. Psychiatrische Rehabilitation. Springer, Berlin/Heidelberg: 45-54
- Heinrich, H. (2010) Neurofeedback, In: Steinhausen H. C. (Hg.) Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S. & Harstick, S. (2006) Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35: 82-96.
- Henry-Huthmacher, C. (2007) Kinder in besten Händen – Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in Deutschland. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/ Berlin
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Thiel, T., Haegele, K., Henning, J. & Edbert, D. (2001) Frontoorbital volume reductions in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. In: Neurosci Lett, 328 (3): 319-321
- Hoffmann, H. (1845) Der Struwwelpeter. Literarische Anstalt, Frankfurt a.M.
- Hohman, L. B. (1922) Post encephalitic behaviour disorders in children. Johns Hopkins Hosp Bull, 33: 372-375
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schalk, R. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007. Springer, Berlin/Heidelberg
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hg.) (2004) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber, Bern
- Hurrelmann, K., Quenzel, G. (2012) Lebensphase Jugend – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung, 11. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim/Basel
- Huss, M. (2007) Abschlussbericht Projekt »ADHS-Messgerät« (KF0286401KF5). Berlin
- Ideus, K. (1994) Cultural foundations of ADHD: A sociological analysis. In: Therapeutic Care and Education, 3: 173-192
- Isaev, D. N. & Kagan, V. E. (1981) A system of treatment and rehabilitation of hyperactive children. In: Gittelman M (ed.): Strategic interventions of hyperactive children, Sharpe, Armonk, NY: 97-111
- IW Consult GmbH Köln (2010) Kindergarten-Monitor 2009/2010 – Ein Vergleich der 100 größten Städte Deutschlands, im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM)
- Jensen, P. S. MTA Group (2002) Treatments: the case of the MTA study. In: Sandberg, S. (ed.): Hyperactivity and attention disorders of childhood, 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge: 435-467
- Johnston, C. & Mash, E. J. (2001) Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. In: Clinical Child and Family Psychology Review, 4: 183-207
- Kahn, E. & Cohen, L. H. (1934) Organic drivenness. A brain stem syndrome and an experience with case reports. In: New Engl J Med 210: 748-756
- Kates, N. (2005) Attention deficit disorder in adults – Management in primary care. In: Can Fam Physician, 51: 53-59
- Kelle, H. (2010) Einleitung: Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchung als entwicklungsdiagnostische Verfahren. In: Kelle, H. (Hg.) (2010) Kinder unter Beobachtung – Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik. Barbara Budrich Opladen: 7-23

- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biedermann, J., Conners, C. K. & Demler, O. (2006) The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. In: *Amer J Psychiatry* 163: 716-723
- Kinderärzte im Netz (2012) Übersicht der Kostenübernahme U10, U11, J2. www.kidneraerzte-im-netz.de, Fassung vom 05. März 2012, eingesehen am 28.04.2012
- Kiphard, E. J. (1995) *Mototherapie Teil I*, 4. Aufl. Verlag Modernes Lernen. Dortmund
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003) Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde, In: *Praxis der Psychologie und Kinderpsychiatrie*, 52 (2003) 7. S. 491-502
- Kowatschek, D. (2004) *ADS und ADHS, Diagnose und Training, Material für Schule und Therapie*, 3rd ed, Borgmann, Dortmund
- Kramer, E. & Pollnow, H. (1930a) Psychopathische Konstitutionen, In: Clostermann, L., Heller, T. & Stephani, P. (Hg.): *Enzyklopädisches Handbuch des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge*. Akademische Verlagsanstalt, Leipzig: 577-587
- Kramer, E. & Pollnow, H. (1930b) Symptombild und Verlauf einer hyperkinetischen Erkrankung im Kindesalter, Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 9. Und 10. April 1931 in Breslau. In: *Allg Z Psychiatr Psych Gerichtl Med*, 96: 214-226
- Krause, J. & Krause, K. H. (2004) *ADHS im Erwachsenenalter*. Schattauer, Stuttgart
- Krowatschek (2004)
- Kubinger, K. D. (2009) *Psychologische Diagnostik: Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. 2., überarb. Aufl. Hogrefe, Göttingen.
- Laufer, M. & Denhoff, E. (1957) Hyperkinetic behaviour syndrome in children. In: *J Pediatr* 50: 463-474
- Leins, U., Hinterberger, T., Kaller, S., Schober, F., Weber C. & Strehl, U. (2006) Neurofeedback der langsamen kortikalen Potentiale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich. In: *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 55(5): 384-707
- Leppin, A. (2004) Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention, In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hg.) (2004) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Hans Huber, Bern
- LIGA – Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2006) Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2006, www.liga.nrw.de, Düsseldorf
- Lippel, M. (2009) *Neurobiologische Grundlagen von ADHS und ihre Bedeutung für die Schule*. GRIN – Verlag, München
- Lohse, M. J., Lorenzen, A. & Müller-Oerlinghausen, B. (2003) Psychopharmaka. In: Schwabe, U., Paffrath, D. (Hg.): *Arzneiverordnungs-Report*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York, S. 641-678
- Lösel, F., Beelmann, A., Stemmler, M. & Jaursch, S. (2006) Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter: Evaluation des Eltern- und Kindertrainings EFFEKT. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35: 127-139.
- Lösel, F., Runkel, D., Beelmann, A., Jaursch, S. & Stemmler, M. (2008) Das Präventionsprogramm EFFEKT – Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training (EFFEKT) in Bundesministerium des Innern (Hg.) *Theorie und Praxis des gesellschaftlichen Zusammenhalts – Aktuelle Aspekte der Präventionsdiskussion um Gewalt und Extremismus*. BMI, Berlin: 199-219
- Ludwig, S. (1890) *Die Pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder. Versuch einer Grundlegung für gebildete Eltern, Studierende der Pädagogik, Lehre sowie für Schulbehörden und Kinderärzte*, Leipzig
- Luk, E. S. L., Leung, P. W. L. & Ho, T. P. (2002) Cross-cultural/ ethnic aspects of childhood hyperactivity, In: Sandberg, S. (ed.): *Hyperactivity and attention disorders in childhood*, 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge: 64-98
- Mac Gee, R. Williams, S. & Silva, P. H. (1985) Factor structure and correlates of ratings of inattention, hyperactivity and antisocial behavior in a large sample of 9-year-old children from the general population. In: *J Cons Clin Psychol* 53: 480-490

- MacKeith, R. C. & Bax M. C. O.* (1963) Minimal cerebral dysfunction: papers from the International Study Group held at Oxford, September 1962, Little Club Clinics in Development Medicine no 10. Heinemann, London
- Mann, E.M., Ikeda, Y., Mueller, C. W., Takahashi, A., Tao, K. T., Humris, E., Li, B. & Chin, D.* (1992) Cross-cultural differences in rating hyperactivity-disruptive behaviors in children. In: American Journal of Psychiatry, 149: 1539-1542
- Mattejat, F. & Remschmidt, H.* (2006) ILK – Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Huber, Bern
- Mersmann, H.* (1998) Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln
- Meunzel, J.* (2003) Erfassung schwerer Entwicklungsopathologien in den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder am Beispiel der infantilen Cerebralparese und der geistigen Behinderung oder deren Kombination. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden Württemberg* (Hg.) (2007) Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten – Pilotphase. Cornelsen Scriptor, Berlin/Düsseldorf/Mannheim
- Monastra, V. J., Monastra, D. M. & George, S.* (2002) The Effect of stimulant therapie, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Appl Psychophysiol Biofeedback, 27: 231-249
- Moreno, J. L.* (1973) Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart: Thieme
- Mörsberger, T.* (2002) »Was kann vom Jugendamt erwartet werden? Was hilft gefährdeten Kindern wirklich?«, in SPI des SOS-Kinderdorf e.V. (Hg.): Jugendämter zwischen Hilfe und Kontrolle München: Eigenverlag
- MTA Cooperative Group* (1999) A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/ hyperactivity disorder. In: Archives of General Psychiatry, 56: 1073-1086
- Nelson, G., Westhues, A. & MacLeod, J.* (2003) A Meta-Analysis of Longitudinal Research on Preschool Prevention Programs for Children. In: Prevention and Treatment, Vol. 6, Art. 31, Dec. 18 2003
- Neumann, H.* (1859) Lehrbuch der Psychiatrie. Erlangen: Enke
- Oberhuemer, P & Schreyer, I.* (2009) Fachpersonal in Kindertageseinrichtungen der Europäischen Union: Ausbildung und Arbeitsfeld – Projektergebnisse, ifp – Staatsinstitut für Frühpädagogik, Gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, www.ifp.bayern.de, Eingesehen am 15.09.2012
- Oelkers, J.* (2009) I want to be a good teacher – zur Ausbildung von Lehrkräften in Deutschland. Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin
- Patterson, G. R.* (1982) Coercive family process. Castalia, Eugene, OR
- Petendra, B.* (2004) Integration von Migranten und Migrantinnen – Eine Analyse sozialraumorientierter Projekte. Diplomarbeit an der Technischen Universität Darmstadt, 29.10.2004, Institut für Soziologie, Frau Prof. Dr. Martina Löw
- Petermann, F.* (2005) Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. In: Kindheit und Entwicklung, 14(1): 48-57
- Petermann, F., Daseking, M., Oldenhage, M. & Simon, K.* (2009) Sozialpädiatrisches Screening für Schuleingangsuntersuchungen, Düsseldorf: LIGA.NRW
- Plück, J., Wiczorrek, E., Wolf Metternich, T. & Döpfner, M.* (2006) Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten. Hogrefe, Göttingen
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biedermann, J. & Rohde, L. A.* (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. In: Amer J Psychiatry 164: 942-048
- Rappaport, G. C., Ornoy, A., Tenebaum, A.* (1998) Is early intervention effective in preventing ADHS? (PMID 9988984 1998)

- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettga, S. & Erhart, M.* (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), Robert Koch-Institut, Berlin, BRD. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Remschmidt, H.* (1992) Psychiatrie der Adoleszenz. Thieme, Stuttgart/New York
- Remschmidt, H., Walter, R.* (1990) Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Hogrefe, Göttingen
- Resnick, R. J.* (2000) The Hidden Disorder: A clinician's Guide to Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults, American Psychological Association, USA
- Richman, N.; Stevenson, J. & Graham, P.* (1982) Preschool to School: A Behavioural Study. Academic Press, London
- Riechmann, L.* (2012) Früherkennung von ADHS – Nutzen einer kinderpsychiatrischen Diagnostik im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung für Schulleistung, Sozialverhalten und Lebensqualität in der Grundschule, eingereicht bei der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Arbeitseinheit 07 – Klinische Kinder- und Jugendpsychologie und Psychotherapie der Universität Bielefeld, Juni 2012
- Riegel, K., Ohrt, B., Wolke, D. & Österlund, K.* (1995) Die Entwicklung gefährdet geborene Kinder bis zum fünften Lebensjahr: Die Arvo-Ylppö-Neugeborenen-Nachsorgestudie in Südbayern und Südfinnland. Enke, Stuttgart
- Robert Koch-Institut (Hg.)* (2004) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- Robert Koch-Institut (Hg.)* (2008a) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS), Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- Robert Koch-Institut (Hg.)* (2008b) Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin, Köln
- Roggensack, C.* (2006) Mythos ADHS – Konstruktion einer Krankheit durch die monodisziplinäre Gesundheitsforschung. Carl-Auer, Heidelberg
- Ross, D. M., Ross, S. A.* (1982) Hyperactivity: Research, theory and action. Wiley, New York
- Rothenberger, A.* (ed.) (1982) Event-related potentials in children. In: Developments in neurology, Vol. 6. Elsevier, Amsterdam
- Rothenberger, A. & Woerner, W.* (eds.) (2004) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – evaluations and applications. In: Eur Child Adolesc Psychiatry 13 (Suppl 2)
- Rothenberger, A. & Neumärker, K.-J.* (2005) Wissenschaftsgeschichte der ADHS – Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit. Steinkopff, Darmstadt
- Rückinger, S., Rzehak, P., Chen, C. M., Sausenthaler, S., Koletzko, S., Bauer, C. P., Hoffmann, U., Kramer, U., Berdel, D., von Berg, A., Bayer, O., Wichmann, H. E., von Kreis, R. & Heinrich, J.* (2009) Prenatal and Postnatal Tobacco Exposure and Behavioral Problems in 10-Year-Old Children: Result from the GINI-plus Prospektive Birth Cohort Study. In: Environmental Health Perspectives, published by the National Institute of Environmental Health Science (online), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, abgerufen am 07.04.2012
- Sandberg, S.* (ed.) (2002) Hyperactivity and attention deficit disorders of childhood. Cambridge University Press, Cambridge
- Sanders, M. R.* (1999) The Triple P-Positive Parenting program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behavior and emotional problems. In: Child and Family Psychology Review, 2: 71-90
- Sandrieser, P. & Schneider, P.* (2002). Stottern im Kindesalter. Thieme, Stuttgart
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.M. & Huss, M.* (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 – 50:827-835. Springer, Heidelberg
- Schrag, P. & Divoky, D.* (1975) The myth of the hyperactive child. Pantheon, New York
- Schreyer, I. & Hampel, P.* (2009) ADHS bei Jungen im Kindesalter – Lebensqualität und Erziehungsverhalten. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 37 (1): 69-75

- Schubert, I., Köster, I. & Lehmkuhl, G.* (2010) The Changing Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Methylphenidate Prescriptions: A Study of Data from a Random Sample of Insurees of the AOK Health Insurance Company in the German State of Hesse 2000-2007. In: *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(36): 615-621; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0615
- Schubert, I., Selke, G. W., Oßwald-Huang, P. H., Schröder, H. & Nink, K.* (2002) Methylphenidat – Versorgungsanalyse auf der Basis von GKV-Daten – Bericht für die Arbeitsgruppe im Bundesministerium für Gesundheit, WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK, www.wido.de, eingesehen am 15.09.2012
- Schwabe, U., Paffrath, D.* (2004) *Arztneiverordnungsreport*. Springer, Berlin
- Seidler, E.* (2004) Von der Unart zur Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt* 101: A239-A243
- Simchen, H.* (2007) *Die vielen Gesichter des ADS, Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln*. 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2007) Träumer – Zappelphilipp – Störenfried – AD/ADHS (Aufmerksamkeitsstörungen) in der Schule. In: *Eikenbusch, G. & Spitzcok von Brisinski, I.* (Hg.): *Jugendkrisen und Krisenintervention in der Schule*. Bergmann+Helbrig, Hamburg, S 15-27
- Spitzcok von Brisinski, I., Schaff, C., Schepker, R. & Schulte-Markwort, M.* (2006) Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte zur Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U4 bis U9, *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2 – 2006
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder* (2011) *Demographischer Wandel in Deutschland – Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern*, Heft 1
- Statistisches Bundesamt* (2010) *Allgemeinbildende und berufliche Schulen – Absolventen/ Abgänger nach Abschlussarten – Abgangsjahr 2010*, www.destatis.de, eingesehen am 10.04.2012
- Steinhausen, H. C.* (2001) *Das hyperaktive Kind: Diagnose und Therapie*, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Zürich, Universität Zürich. Hans Huber, Bern, 90: 969-973
- Steinhausen, H. C.* (2010a) Definition und Klassifikation. In: *Handbuch ADHS – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 17-20
- Steinhausen, H. C.* (2010b) Definition und Klassifikation. In: *Handbuch ADHS – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Kohlhammer, Stuttgart: 41-56
- Steinhausen, H. C.* (2010c) Komorbiditäten und assoziierte Probleme. In: *Handbuch ADHS – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Kohlhammer, Stuttgart: 172-186
- Steinhausen, H. C., Rothenberger, A. & Döpfner, M.* (2010) Ätiologie und Pathophysiologie – Einleitung und Überblick. In: *Handbuch ADHS – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Kohlhammer, Stuttgart: 41-56
- Steinhausen, H. C., Rothenberger, A. & Döpfner, M.* (2010a) *Handbuch AD(H)S – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*, Kohlhammer, Stuttgart
- Steinhausen, H. C., Rothenberger, A. & Döpfner, M.* (2010d) Therapien. In: *Handbuch ADHS – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Kohlhammer, Stuttgart: 256-362
- Steinhausen, H. C., Rothenberger, A. & Döpfner, M.* (2010e) Ätiologie und Pathophysiologie – Einleitung und Überblick. In: *Handbuch ADHS – Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Kohlhammer, Stuttgart: 41-56
- Steinhausen, H.C., Metzke, C. W., Meier M. & Kannenberger, R.* (1998) Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98 (4): 262-271
- Still, G. F.* (1902) The Coulstonian lectures on some abnormal physical conditions in children. In: *Lancet* 1008-1012; 1077-1082; 1163-1168
- Strecker, E. A. & Ebaugh, F. G.* (1924) Neuropsychiatry sequelae of cerebral trauma in children. In: *Arch Neurol Psychiatry* 12:443-453
- Suchodoletz, W. v.* (2005) *Früherkennung von Entwicklungsstörungen*. Hogrefe, Göttingen
- Swanson, J.* (1992) *School-based assessment and interventions for ADD students*. K.C. Publishing, Irvine

- Swanson, J. M., McBurnett, K., Wigal, T., Pfiffner, L. J., Lerner, M. A., Williams, L., Christian, D. L., Tamn, L., Willcutt, E., Crowley, K., Clevenger, W., Khodouzam, N., Woo, C., Crinelly, F.M., Fisher, T.D. (1993) Effect of Stimulant medication on hyperactive children, *Exceptional Children*, Council for Exceptional Children, 60: 154-162
- Tattersall, M. H., Butow, P. N., Griffin, A. M. & Dunn, S. M. (1994) The take-home message: patients prefer consultation audiotapes to summary letters. In: *J Clin Oncol*, 12: 1305-1311
- Taylor, E. (1995) Dysfunctions of attention. In: Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (Eds.): *Developmental Psychopathology*, Vol. 2.: Risk, Disorder, and Adaptation. Wiley, New York: 243-273
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J. et al. (2004) European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. In: *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13 (Suppl 1): 7-30
- 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) Clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. In: *Eur Child & Adolesc Psychiatry* 13 (Suppl. 1)
- Thurmair, M. (1995) Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten in bayrischen Frühförderstellen. In: *Frühförderung Interdisziplinär*, 14: 26-32
- Tredgold, A. F. (1908) *Mental deficiency (Amentia)*. Wood, New York
- Tröster, H. (2009) *Früherkennung im Kindes- und Jugendalter – Strategie bei Entwicklungs-, Lern- und Verhaltensstörungen*. Hogrefe, Göttingen
- Trott, G. E. (2008) Attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHS) in the course of life. In: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, Apr;258(3):192-3
- Ungewitter, D., Choucair, B., El-Jurid, J., Gockel, T., Hausner, H., Kilian, R., Kowalenko, B., Losert, C., Ludwig, K., Steinkohl, V., Hegerl, U. & Bramesfeld, A. (2010) Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer – Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung, 2. Version, 08.10.2010, www.forschung-psychische-gesundheit.de, Leipzig, eingesehen am 20.10.12
- VBE – *Verband Bildung und Erziehung Landesverband NRW* (2009) *Klassengrößen an Grundschulen*, www.vbe-nrw.de, eingesehen am 22.04.2012
- Verhulst, F. C. (1995) A review of community studies. In: Verhulst, F.C.; Koot, H.M. (Hg.): *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford University Press, Oxford: 146-177
- Voss, R. v. (1982) *Effektivität des ersten Früherkennungsprogramms für Säuglinge und Kleinkinder*. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
- Watson, P. W. B. & McKinstry, B. (2009) A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations, *Centre for Population Health Sciences: General Practical Section*, University of Edinburgh, UK. In: *J R Soc Med*, 102: 235-243
- Weber, R. (2001) Die Ritalin-Story. In: *Dtsch Apoth Ztg* 141:1019-1093
- Weiss, G. & Trokenberg-Hechtman, L. (1993) *Hyperactive children grown up*. 2nd ed. Guilford, New York
- Weiss, M., Hechtman, L. T. & Weiss, G. (1999) *ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis and treatment*. Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Whalen, C. K. & Henker, B. (1980) *Hyperactive children: the social ecology of identification and treatment*. Academic Press, New York
- Wiesner, R., Fegert, J. M., Mörsberger, T., Oberloskamp, H., Schmidt-Obkirchner, H., Struck, J., Wapler, F. & Loos, C. (2011) *SGB VIII (SGB) – Kinder- und Jugendhilfe*. 4. Aufl. München: C.H. Beck
- Willis, T. J., Lovaas, I. (1977) A behavioral approach to treating hyperactive children: the parent's role, In: Millichap, J.B. (Ed.): *Learning disabilities and related disorders*, Chicago: Year Book Medical Publishers 119-140
- Winkler, J. & Stolzenberg, H. (2009) Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006, WDP – Wismarer Diskussionspapiere, Heft 7-2009. HWS-Hochschule Wismar Service GmbH, Wismar.

- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002) Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30: 1005-1112
- Woerner, W., Becker, A. & Rothenberger, A. (2004) Normative data and scale properties of the German parent SDQ. In: European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 13 (2): 11-16
- Wolke, D., Rizzo, P. & Woods, S. (2002) Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. In: Pediatrics 109: 1054-1060
- Wüst, B. (2010) Psychiatrisches Screening im Rahmen der Reihenuntersuchung zur Einschulung. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln
- Zenkert, B. (2004) Verlaufsuntersuchung zur Stabilität von Verhaltensauffälligkeiten vom Kindergarten zur Grundschule – Entwicklung eines Codierschemas zur Erfassung des Sozialverhaltens aus dem Grundschulzeugnis. Diplomarbeit im Fach Psychologie, Institut für Psychologie I – Lehrstuhl I, Friedrich Alexander Universität Erlangen-Nürnberg
- Zentrales AD(H)S Netz (2012) Regionale ADHS-Netze. www.zentrales-adhs-netz.de, eingesehen am 03.11.2012
- Zimmer, R. (2002) Bewegung und Entspannung: Anregung für die praktische Arbeit mit Kindern. 3. Aufl. Herder, Freiburg.

Anhang

Ablaufdiagramm der Datenerhebung



Ablaufdiagramm der Datenerhebung

Der Datenerhebung\ dem Besuch der Eltern geht ein Telefonat voraus, in dem die Eltern ihr Einverständnis zur Mitarbeit zugesichert und erste Informationen über die Studie und die Datenerhebung erhalten haben. Dieses Ablaufdiagramm beginnt mit dem Besuch bei den Eltern.

1. Einleitendes Gespräch

Der Untersucher

- stellt sich vor
- beschreibt in Kürze die Hintergründe der Studie (Ziel => Wie sich ADHS auf die Lebenswelt der Betroffenen und deren Eltern auswirkt).
- beantwortet Fragen
- erklärt das Vorgehen und die Instrumente
- **erbittet eine Kopie der bisherigen Zeugnisse**, alternativ werden sie fotografieren
- erläutert die **Einverständniserklärung (!)** und lässt sie unterschreiben
- gibt den Eltern die Fragebögen (beginnend mit dem CBCL!) aus.
Reihenfolge der Fragebögen: 1. CBCL, 2. Fragebogen zum sozioök. Hintergrund (Gruppe beachten, richtigen Fragebogen ausgeben!), 3. ILK, 4. SDQ, 5. ggf. FBB DISYPS-KJ

2. Kinderinterview

Während die Eltern den CBCL Elternfragebogen ausfüllen führt der Untersucher den ILK – Kinderfragebogen in Interviewform mit dem Kind durch. Das Interview wird möglichst in einem separaten Raum (z.B. Kinderzimmer) durchgeführt. Am Ende des Interviews darf sich das Kind ein kleines Präsent aussuchen.

3. Auswerten des CBCLs und Betreuung des Kindes

Nach dem ILK Kinderinterview wird das Kind gebeten, kurz in dem Raum, in dem das Interview durchgeführt wurde, zu warten. Der Untersucher lässt sich den CBCL Bogen aushändigen und wertet diesen aus. Je nach Ergebnis wird\ werden im Anschluss an die „regulären Fragebögen“, abhängig von den Auffälligkeiten der CBCL, entsprechende DISYPS-KJ FBB Bögen an die Eltern ausgegeben.

Nachdem der CBCL Bogen ausgewertet wurde, kümmert sich der Untersucher um das Kind (mit ihm unterhalten, spielen, Sachen zeigen lassen, etc.), damit die Eltern die restlichen Fragebögen in Ruhe ausfüllen können. Bei Fragen von Seiten der Eltern steht der Untersucher weiterhin zur Verfügung.

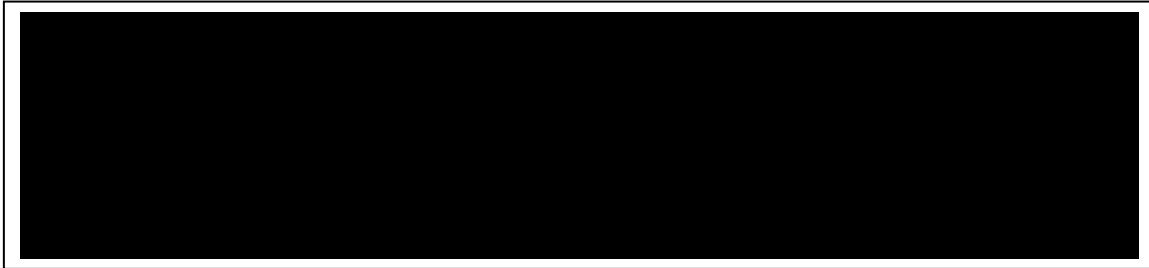
4. Ggf. Ausgabe des\ der DISYPS-KJ Bögen

Im Anschluss an die „regulären Fragebögen“ werden bei entsprechenden Auffälligkeiten im CBCL in den betreffenden Skalen die DISYPS-KJ Elternfragebögen ausgegeben.

5. Ende der Evaluation

Nachdem alle Bögen ausgefüllt wurden, bedankt sich der Untersucher und überreicht den Eltern als Dankeschön das Buch über ADHS.

Verwendung der DISYPS-II Bögen



Anwendung des DISYPS-KJ

Die Elternfragebögen des DISYPS-KJ werden optional verwendet. Sie finden nur dann Anwendung, wenn in einer Skala des CBCL 4-18 eine potentielle Auffälligkeit erkannt wurde. Es ist möglich, dass mehrere FBB Bögen des DISYPS-KJ auszufüllen sind. Es folgt eine Beschreibung, welche FBB des DISYPS-KJ wann auszugeben sind:

Verdacht oder Auffälligkeit in der Skala

- I sozialer Rückzug
FBB-SSV
FBB-ADHS
- II körperliche Beschwerden
kein DISYPS-KJ FBB
- III ängstlich/ depressiv
FBB-ANZ
FBB-DES
- IV soziale Probleme
FBB-SSV
FBB-ADHS
- V schizoid/ zwanghaft
kein DISYPS-KJ FBB
- VI Aufmerksamkeitsprobleme
FBB-SSV
FBB-HKS
- VII dissoziales Verhalten
FBB-SSV
FBB-ADHS
- VIII aggressives Verhalten
FBB-SSV
FBB-ADHS

Aufklärung der Eltern zur Studienteilnahme



Aufklärung zur Teilnahme an der Wirksamkeitsstudie zum ADHS - Präventionsprojekt „Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter“ der LWL – Klinik Marsberg, KJP

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben sich bereit erklärt, an der oben genannten klinischen Studie teilzunehmen. Für Ihre Bereitschaft an dieser Stelle schon einmal vielen Dank!

Die Teilnahme an einer klinischen Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch Sie beendet werden, ohne dass Ihnen hierdurch Nachteile in Ihrer medizinischen Betreuung entstehen.

Wir werden Ihnen nun noch einmal kurz die Hintergründe und die Absicht erläutern, die hinter dem Forschungsvorhaben stehen.

Wissenschaftliche Studien über bestehende Hilfsangebote sind notwendig, um verlässliche neue medizinische und psychologische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse ist es möglich, das bestehende Hilfs- und Behandlungsangebot zu beleuchten und gegebenenfalls zu verbessern. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Prüfung schriftlich erklären.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur:

- wenn sie Art und Ablauf der klinischen Prüfung vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie über Ihre Rechte als Teilnehmer an diesem Forschungsvorhaben im klaren sind.

An dem konkreten Forschungsvorhaben ist neben der LWL-Klinik Marsberg (KJP) auch die psychologische Fakultät der Universität Bielefeld beteiligt. Ziel der Studie ist es, Rückschlüsse aus den Bereichen der Lebensqualität, etwaiger Begleiterkrankungen, zur Leistungsentwicklung und zur aktuellen Lebenssituation von Kindern mit einer ADHS Erkrankung und deren Eltern, sowie zu den Effekten von präventiven Angeboten zu gewinnen.

Um Rückschlüsse aus diesen Bereichen zu erhalten, werden Daten anhand von Elternfragebögen, Zeugnissen und einem Kinderinterview von zwei Gruppen erhoben, die später in streng anonymisierter Form miteinander verglichen werden. Ein Mitarbeiter der LWL-Klinik Marsberg (KJP) oder der Universität Bielefeld besucht Sie, nach vorheriger Absprache, bei Ihnen zu Hause um diese Daten zu erheben. Vorab werden Ihnen die verwendeten Fragebögen vorgestellt. Bitte zögern sie nicht Fragen zu stellen. Die Datenerfassung bei Ihnen zu Hause dauert zwischen 1 und 1 Stunden 30 Minuten.

Wir sichern Ihnen zu, dass

- Ihnen bei Interesse die Ergebnisse der heute durchgeführten Datenerhebung sowie die Studienergebnisse nach der Auswertung durch Klinikmitarbeiter mitgeteilt werden.
- die erhobenen Daten streng anonymisiert und vertraulich behandelt und nicht an (studien-)externe Stellen weitergegeben werden. Es werden keine Rückschlüsse auf Sie oder Ihr Kind möglich sein.

Möglichkeit zur Diskussion, weitere Fragen?

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie steht Ihnen das Projektbüro und seine Mitarbeiter gern zur Verfügung.

Kontaktperson:

erreichbar unter:



Einverständniserklärung der Früherkennungsgruppe (FG)



Einverständniserklärung zur anonymisierten wissenschaftlichen Verwendung der erhobenen Daten

Ich/wir als sorgeberechtigte/r Eltern/Vormund bin/sind damit einverstanden, dass die im Rahmen der heute durchgeführten Evaluation zur Wirksamkeitsstudie des Präventionsprojektes „Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter“ erhobenen Daten zu weiteren Forschungszwecken sowie im Rahmen einer Dissertation (Doktorarbeit) in streng anonymisierter Form von der LWL-Klinik Marsberg (KJP) und der Universität Bielefeld weiterverwendet werden.

.....
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten/Vormund

....., den

Information über die Ergebnisse der heute durchgeführten Evaluation

Ich/wir als sorgeberechtigte/r Eltern/Vormund wünsche/n, dass ich/wir über die Ergebnisse

der heute durchgeführten Evaluation
und/ oder
 dem Ergebnis der Wirksamkeitsstudie
(zutreffendes bitte ankreuzen)

informiert werde/n.

.....
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten/Vormund

....., den

Meine/Unsere aktuelle Adresse:

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Einverständniserklärung der Vergleichsgruppe (VG)



Einverständniserklärung zur anonymisierten wissenschaftlichen Verwendung der erhobenen Daten

Ich/wir als sorgeberechtigte/r Eltern/Vormund bin/sind damit einverstanden, dass die im Rahmen der heute durchgeführten Evaluation zur Wirksamkeitsstudie des Präventionsprojektes „Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter“ erhobenen Daten zu weiteren Forschungszwecken sowie im Rahmen einer Dissertation (Doktorarbeit) in streng anonymisierter Form von der LWL-Klinik Marsberg (KJP) und der Universität Bielefeld weiterverwendet werden.

.....
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten/Vormund

....., den

Ich/wir als sorgeberechtigte/r Eltern/Vormund bin/sind damit einverstanden, dass die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Daten unseres Kindes

.....
(Name des betreffenden Kindes)

bei dem zuständigen Gesundheitsamt durch die LWL-Klinik Marsberg (KJP) angefordert und eingesehen werden dürfen, um zu Forschungszwecken im Rahmen der Wirksamkeitsstudie des Präventionsprojektes „Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter“ sowie im Rahmen einer Dissertation (Doktorarbeit) in streng anonymisierter Form von der LWL-Klinik Marsberg (KJP) und der Universität Bielefeld verwendet werden dürfen.

.....
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten/Vormund

....., den

Information über die Ergebnisse der heute durchgeführten Evaluation

Ich/wir als sorgeberechtigte/r Eltern/Vormund wünsche/n, dass ich/wir über die Ergebnisse

der heute durchgeführten Evaluation

und/ oder

dem Ergebnis der Wirksamkeitsstudie

(zutreffendes bitte ankreuzen)

informiert werde/n.

Meine/Unsere aktuelle Adresse:

Name: _____ Straße: _____

PLZ Ort: _____ Telefon: _____

Email: _____

CBCL 4-18

Siehe

Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P., Heim, K. (1998b) Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL / 4.18) – Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2nd, KJFD, Arbeitsgruppe Kidner-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln 1998

Fragebogen zum sozioökonomischen Hintergrund (Früherkennungsgruppe)



Auszufüllen durch den Untersucher: Gruppe F

Datum:	
Uhrzeit:	
Untersucher:	
Landkreis:	
ID:	

Liebe Eltern,

in diesem Fragebogen geht es um allgemeine Aspekte Ihrer Lebenssituation, Ihre Wahrnehmung des Präventionsprojektes und die von Ihnen und/ oder Ihrem Kind angenommenen Hilfsangebote (z.B. Jugendhilfe, SPFH, Elterntrainings, Therapie, Medikation, etc. ..). Die Beantwortung der folgenden Fragen wird uns helfen einzuschätzen, wie das Präventionsprojekt der Klinik von den Eltern erlebt wurde, inwieweit es geholfen hat Hilfsangebote zu finden und ob es Unterschiede in verschiedenen Gruppen, wie z.B. zwischen Jungen und Mädchen, gibt.

Ihre Angaben bleiben selbstverständlich ebenso wie der Rest der von Ihnen angegebenen Informationen anonym und dienen lediglich der wissenschaftlichen Auswertung.

I. Fragen zur Lebenssituation

(bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen)

- 1.) Angaben zu der/den ausfüllende/n Person/en

Sie sind:

<input type="radio"/>	die leibliche Mutter	1
<input type="radio"/>	der leibliche Vater	2
<input type="radio"/>	beide leibliche Elternteile füllen gemeinsam aus	3
<input type="radio"/>	_____ (z.B. soziale Mutter\ Vater)	4

- 2.) Geschlecht Ihres Kindes, das die Ambulanzuntersuchung durchlaufen hat

<input type="radio"/>	männlich	1
<input type="radio"/>	weiblich	2

- 3.) Geschwister

<input type="radio"/>	Einzelkind	1
<input type="radio"/>	mehrere Kinder	2

3.1 Wenn mehrere Kinder, wie viele: _____

- 4.) Ihre Staatsangehörigkeit

<input type="radio"/>	deutsch	1
<input type="radio"/>	andere und zwar	2

5.) Muttersprache

<input type="radio"/>	deutsch	1
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	2
<input type="radio"/>	zweisprachig und zwar _____	3

6.) Wo lebt Ihr Kind, das die Ambulanzuntersuchung durchlaufen hat?

<input type="radio"/>	lebt bei den leiblichen Eltern	1
<input type="radio"/>	lebt bei der leiblichen Mutter	2
<input type="radio"/>	lebt bei dem leiblichen Vater	3
<input type="radio"/>	_____ (z. B. Pflegeeltern)	4

7.) Familiärer Hintergrund

<input type="radio"/>	Sie leben in einer festen Partnerschaft	1
<input type="radio"/>	Sie sind alleinerziehend	2

7.1) Wenn Sie von dem leiblichen Vater/ der leiblichen Mutter getrennt leben, wie viele Monate sind seit der Trennung ca. vergangen? _____

8.) **Füllen Sie diesen Bereich bitte für Ihren Partner mit aus.** Wenn Sie getrennt leben bitte auch **für Ihren jetzigen Lebenspartner und für die leibliche Mutter\ den leiblichen Vater.**

8.1) **leibliche Mutter:**

Welche Schulbildung wurde abgeschlossen? Bei mehreren Schulabschlüssen wählen Sie bitte den **Höchsten**.

<input type="radio"/>	kein Abschluss	1
<input type="radio"/>	Grundschule	2
<input type="radio"/>	Sonderschule	3
<input type="radio"/>	Hauptschule	4
<input type="radio"/>	Realschule/ Mittlere Reife	5
<input type="radio"/>	Fachoberschule	6
<input type="radio"/>	Abitur	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8

8.2) **soziale Mutter:**

Welche Schulbildung wurde abgeschlossen? Bei mehreren Schulabschlüssen wählen Sie bitte den **Höchsten**.

<input type="radio"/>	kein Abschluss	1
<input type="radio"/>	Grundschule	2
<input type="radio"/>	Sonderschule	3
<input type="radio"/>	Hauptschule	4
<input type="radio"/>	Realschule/ Mittlere Reife	5
<input type="radio"/>	Fachoberschule	6
<input type="radio"/>	Abitur	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8

8.3) **leiblicher Vater:**

Welche Schulbildung wurde abgeschlossen? Bei mehreren Schulabschlüssen wählen Sie bitte den **Höchsten**.

<input type="radio"/>	kein Abschluss	1
<input type="radio"/>	Grundschule	2
<input type="radio"/>	Sonderschule	3
<input type="radio"/>	Hauptschule	4
<input type="radio"/>	Realschule/ Mittlere Reife	5
<input type="radio"/>	Fachoberschule	6
<input type="radio"/>	Abitur	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8

8.4) **sozialer Vater:**

Welche Schulbildung wurde abgeschlossen? Bei mehreren Schulabschlüssen wählen Sie bitte den **Höchsten**.

<input type="radio"/>	kein Abschluss	1
<input type="radio"/>	Grundschule	2
<input type="radio"/>	Sonderschule	3
<input type="radio"/>	Hauptschule	4
<input type="radio"/>	Realschule/ Mittlere Reife	5
<input type="radio"/>	Fachoberschule	6
<input type="radio"/>	Abitur	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8

- 9.) **Füllen Sie diesen Bereich bitte für Ihren Partner mit aus.** Wenn Sie getrennt leben bitte auch **für Ihren jetzigen Lebenspartner und für die leibliche Mutter\ den leiblichen Vater.**

9.1) **leibliche Mutter:**

Welche Ausbildungsform wurde abgeschlossen. Bei mehreren Ausbildungen wählen Sie bitte die **Höchste**.

<input type="radio"/>	Keine Ausbildung	1
<input type="radio"/>	Lehre	2
<input type="radio"/>	Berufsfachschule	3
<input type="radio"/>	Fachschule Beamtenausbildung	4
<input type="radio"/>	Fachhochschule	5
<input type="radio"/>	Universität Hochschule	6
<input type="radio"/>	Sonstige Ausbildung	7

Welche Ausbildung(en) genau wurden durchlaufen:

9.2) **soziale Mutter:**

Welche Ausbildungsform wurde abgeschlossen. Bei mehreren Ausbildungen wählen Sie bitte die **Höchste**.

<input type="radio"/>	Keine Ausbildung	1
<input type="radio"/>	Lehre	2
<input type="radio"/>	Berufsfachschule	3
<input type="radio"/>	Fachschule Beamtenausbildung	4
<input type="radio"/>	Fachhochschule	5
<input type="radio"/>	Universität Hochschule	6
<input type="radio"/>	Sonstige Ausbildung	7

Welche Ausbildung(en) genau wurden durchlaufen:

9.3) **leiblicher Vater:**

Welche Ausbildungsform wurde abgeschlossen. Bei mehreren Ausbildungen wählen Sie bitte die **Höchste**.

<input type="radio"/>	Keine Ausbildung	1
<input type="radio"/>	Lehre	2
<input type="radio"/>	Berufsfachschule	3
<input type="radio"/>	Fachschule Beamtenausbildung	4
<input type="radio"/>	Fachhochschule	5
<input type="radio"/>	Universität Hochschule	6
<input type="radio"/>	Sonstige Ausbildung	7

Welche Ausbildung(en) genau wurden durchlaufen:

9.4) **sozialer Vater:**

Welche Ausbildungsform wurde abgeschlossen. Bei mehreren Ausbildungen wählen Sie bitte die **Höchste**.

<input type="radio"/>	Keine Ausbildung	1
<input type="radio"/>	Lehre	2
<input type="radio"/>	Berufsfachschule	3
<input type="radio"/>	Fachschule Beamtenausbildung	4
<input type="radio"/>	Fachhochschule	5
<input type="radio"/>	Universität Hochschule	6
<input type="radio"/>	Sonstige Ausbildung	7

Welche Ausbildung(en) genau wurden durchlaufen:

- 10.) **Füllen Sie diesen Bereich bitte für Ihren Partner mit aus.** Wenn Sie getrennt leben **bitte auch für Ihren jetzigen Lebenspartner.**

10.1) Sind sie der/ die : **leibliche Mutter** **leiblicher Vater**
soziale Mutter **soziale Vater**

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie? ____

Wie viele Monate waren Sie in den letzten fünf Jahren ohne Arbeit? ____

Was ist Ihre derzeitige berufliche Stellung oder Ihre letzte Position?

<input type="checkbox"/>	ungelehrt	1
<input type="checkbox"/>	selbstständig	2
<input type="checkbox"/>	Mitarbeiter	3
<input type="checkbox"/>	leitende Funktion	4
<input type="checkbox"/>	Sonstiges und zwar _____	5

- 10.2) **Lebenspartner**

Ist ihr Lebenspartner ein leiblicher Elternteil? Bitte ankreuzen:

leibliche Mutter **leiblicher Vater**

Wie viele Stunden pro Woche wird gearbeitet? ____

Wie viele Monate war Ihr Partner in den letzten fünf Jahren ohne Arbeit? ____

Was ist seine derzeitige berufliche Stellung bzw. die letzte Position?

<input type="checkbox"/>	ungelehrt	1
<input type="checkbox"/>	selbstständig	2
<input type="checkbox"/>	Mitarbeiter	3
<input type="checkbox"/>	leitende Funktion	4
<input type="checkbox"/>	Sonstiges und zwar _____	5

- 11.) Was ist Ihr monatliches Haushaltseinkommen insgesamt (alle Einkünfte zusammen genommen)?

<input type="checkbox"/>	<1.000 €	1
<input type="checkbox"/>	1.000 bis 1.500€	2
<input type="checkbox"/>	1.500 bis 2.000€	3
<input type="checkbox"/>	2.000 bis 2.500€	4
<input type="checkbox"/>	2.500 bis 3.000€	5
<input type="checkbox"/>	3.000 bis 3.500€	6
<input type="checkbox"/>	3.500 bis 4.000€	7
<input type="checkbox"/>	4.000 bis 4.500€	8
<input type="checkbox"/>	4.500 bis 6.000€	9
<input type="checkbox"/>	6.000 und mehr	10

- 11.1) Beziehen Sie oder Ihr Partner Arbeitslosengeld 1 oder 2? ja / nein

12.) Welche Schulform besucht Ihr Kind

<input type="radio"/>	Sonderschule (Schwerpunkt Lernbeeinträchtigung)	1
<input type="radio"/>	Sonderschule (Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung)	2
<input type="radio"/>	Grundschule	3
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	4

II. Fragen zur Wahrnehmung des Präventionsprojektes

(bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen)

Die Schuleingangsuntersuchung und das Präventionsprojekt der LWL – Klinik Marsberg (KJP) liegen nun schon einige Zeit zurück. Beantworten Sie die Fragen bitte aus Ihrer heutigen Sicht.

1.) Wurden Sie während der Schuleingangsuntersuchung über das Angebot des Präventionsprojektes gut informiert und beraten?

<input type="radio"/>	Gut, keinerlei Bedenken, Unsicherheiten oder Ängste	1
<input type="radio"/>	eher gut, nur leichte Bedenken, Unsicherheiten oder Ängste	2
<input type="radio"/>	eher schlecht, es bestanden deutliche Bedenken, Unsicherheiten oder Ängste	3
<input type="radio"/>	Schlecht, starke Bedenken, Unsicherheiten oder Ängste	4

2.) Mit welchem/ n Gefühl/ en haben Sie den Termin in unserer Ambulanz verlassen?
(Mehrfachnennungen möglich)

<input type="radio"/>	entlastet	1
<input type="radio"/>	mit neuer Hoffnung	2
<input type="radio"/>	beruhigt	3
<input type="radio"/>	verunsichert	4
<input type="radio"/>	Angst	5
<input type="radio"/>	verärgert	6
<input type="radio"/>	anderes und zwar _____	7

3.)

3.1) Wie standen Sie **damals**, direkt nach dem Besuch der Ambulanz zu dem Präventionsprojekt?

positiv 0 | -----1-----2-----3-----4----- | 5 negativ

3.2) Wie stehen Sie **heute** zu dem Präventionsprojekt?

positiv 0 | -----1-----2-----3-----4----- | 5 negativ

- 4.) Sind Sie der Meinung, dass Ihnen und Ihrem Kind das Präventionsprojekt geholfen hat?

eher ja 0 | -----1-----2-----3-----4----- | 5 eher nein

Wenn Sie wollen können Sie hier ausführlichere Informationen geben:

III. Fragen zu wahrgenommenen Hilfsangeboten

(bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen)

- 1.) Hatten Sie schon vor der Einschulung ihres Kindes Hilfsangebote in Anspruch genommen?

<input type="radio"/>	ja	1
<input type="radio"/>	nein	2

1.1) Wenn ja, welche: (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="radio"/>	Informationsveranstaltungen	1
<input type="radio"/>	Elterntraining	2
<input type="radio"/>	Arztgespräch	3
<input type="radio"/>	Ergotherapie	4
<input type="radio"/>	Therapie und zwar von _____ (Fachrichtung/ Institution wenn bekannt)	5
<input type="radio"/>	Medikation, wenn ja, welche Medikamente _____	6
<input type="radio"/>	stationäre Behandlung	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	9
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	10

- 2.) Haben Sie Hilfsangebote im Anschluss an die Einschulung Ihres Kindes in Anspruch genommen?

<input type="radio"/>	ja	1
<input type="radio"/>	nein	2

2.2) Wenn ja, welche: (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="radio"/>	Informationsveranstaltungen	1
<input type="radio"/>	Elterntraining	2
<input type="radio"/>	Arztgespräch	3
<input type="radio"/>	Ergotherapie	4
<input type="radio"/>	Therapie und zwar von _____ (Fachrichtung/ Institution wenn bekannt)	5
<input type="radio"/>	Medikation, wenn ja, welche Medikamente _____	6
<input type="radio"/>	stationäre Behandlung	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	9
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	10

- 3.) Wenn Sie aus Ihrer heutigen Sicht an den Diagnosefindungsprozess Ihres Kindes denken, wie würden sie ihn am ehesten beschreiben?

**Eher unstrukturiert,
chaotisch**

0 |-----1-----2-----3-----4-----| 5

**Eher kompetent,
zielgerichtet**

- 4.) Wie zufrieden waren Sie mit dem Diagnosefindungsprozess Ihres Kindes?

unzufrieden

0 |-----1-----2-----3-----4-----| 5

zufrieden

Vielen Dank!

Fragebogen zum sozioökonomischen Hintergrund (Kontrollgruppe)



Auszufüllen durch den Untersucher: Gruppe K

Datum:	
Uhrzeit:	
Untersucher:	
Landkreis:	
ID:	

Liebe Eltern,

in diesem Fragebogen geht es um allgemeine Aspekte Ihrer Lebenssituation und die von Ihnen und/ oder Ihrem Kind angenommenen Hilfsangebote (z.B. Jugendhilfe, SPFH, Elterntrainings, Therapie, Medikation, etc. ..). Die Beantwortung der folgenden Fragen wird uns helfen einzuschätzen, welche Hilfsangebote wahrgenommen wurden, inwieweit sie geholfen haben und ob es Unterschiede in verschiedenen Gruppen, wie z.B. zwischen Jungen und Mädchen, gibt.

Ihre Angaben bleiben selbstverständlich ebenso wie der Rest der von Ihnen angegebenen Informationen anonym und dienen lediglich der wissenschaftlichen Auswertung.

I. Fragen zur Lebenssituation

(bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen)

- 1.) Angaben zu der/den ausfüllende/n Person/en

Sie sind:

<input type="radio"/>	die leibliche Mutter	1
<input type="radio"/>	der leibliche Vater	2
<input type="radio"/>	beide leibliche Elternteile füllen gemeinsam aus	3
<input type="radio"/>	_____ (z.B. soziale Mutter\ Vater)	4

- 2.) Geschlecht Ihres Kindes, das die Ambulanzuntersuchung durchlaufen hat

<input type="radio"/>	männlich	1
<input type="radio"/>	weiblich	2

- 3.) Geschwister

<input type="radio"/>	Einzelkind	1
<input type="radio"/>	mehrere Kinder	2

3.1 Wenn mehrere Kinder, wie viele: _____

- 4.) Ihre Staatsangehörigkeit

<input type="radio"/>	deutsch	1
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	2

5.) Muttersprache

<input type="radio"/>	deutsch	1
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	2
<input type="radio"/>	zweisprachig und zwar _____	3

6.) Bei wem lebt Ihr Kind, das sich in der LWL-Klinik Marsberg in Behandlung befindet bzw. befand?

<input type="radio"/>	lebt bei den leiblichen Eltern	1
<input type="radio"/>	lebt bei der leiblichen Mutter	2
<input type="radio"/>	lebt bei dem leiblichen Vater	3
<input type="radio"/>	_____ (z. B. Pflegeeltern)	4

7.) Familiärer Hintergrund

<input type="radio"/>	Sie leben in einer festen Partnerschaft	1
<input type="radio"/>	Sie sind alleinerziehend	2

7.1) Wenn Sie von dem leiblichen Vater/ der leiblichen Mutter getrennt leben, wie viele Monate sind seit der Trennung ca. vergangen? _____

8.) **Füllen** sie diesen Bereich **bitte für Ihren Partner mit aus**. Wenn sie getrennt leben bitte auch **für Ihren jetzigen Lebenspartner und für die leibliche Mutter\ den leiblichen Vater**.8.1) **leibliche Mutter:**

Welche Schulbildung wurde abgeschlossen? Bei mehreren Schulabschlüssen wählen Sie bitte den **Höchsten**.

<input type="radio"/>	kein Abschluss	1
<input type="radio"/>	Grundschule	2
<input type="radio"/>	Sonderschule	3
<input type="radio"/>	Hauptschule	4
<input type="radio"/>	Realschule/ Mittlere Reife	5
<input type="radio"/>	Fachoberschule	6
<input type="radio"/>	Abitur	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8

8.2) **soziale Mutter:**

Welche Schulbildung wurde abgeschlossen? Bei mehreren Schulabschlüssen wählen Sie bitte den **Höchsten**.

<input type="radio"/>	kein Abschluss	1
<input type="radio"/>	Grundschule	2
<input type="radio"/>	Sonderschule	3
<input type="radio"/>	Hauptschule	4
<input type="radio"/>	Realschule/ Mittlere Reife	5
<input type="radio"/>	Fachoberschule	6
<input type="radio"/>	Abitur	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8

8.3) **leiblicher Vater:**

Welche Schulbildung wurde abgeschlossen? Bei mehreren Schulabschlüssen wählen Sie bitte den **Höchsten**.

<input type="radio"/>	kein Abschluss	1
<input type="radio"/>	Grundschule	2
<input type="radio"/>	Sonderschule	3
<input type="radio"/>	Hauptschule	4
<input type="radio"/>	Realschule/ Mittlere Reife	5
<input type="radio"/>	Fachoberschule	6
<input type="radio"/>	Abitur	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8

8.4) **sozialer Vater:**

Welche Schulbildung wurde abgeschlossen? Bei mehreren Schulabschlüssen wählen Sie bitte den **Höchsten**.

<input type="radio"/>	kein Abschluss	1
<input type="radio"/>	Grundschule	2
<input type="radio"/>	Sonderschule	3
<input type="radio"/>	Hauptschule	4
<input type="radio"/>	Realschule/ Mittlere Reife	5
<input type="radio"/>	Fachoberschule	6
<input type="radio"/>	Abitur	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8

- 9.) **Füllen Sie diesen Bereich bitte für Ihren Partner mit aus.** Wenn Sie getrennt leben bitte auch **für Ihren jetzigen Lebenspartner und für die leibliche Mutter\ den leiblichen Vater.**

9.1) **leibliche Mutter:**

Welche Ausbildungsform wurde abgeschlossen. Bei mehreren Ausbildungen wählen Sie bitte die **Höchste**.

<input type="radio"/>	Keine Ausbildung	1
<input type="radio"/>	Lehre	2
<input type="radio"/>	Berufsfachschule	3
<input type="radio"/>	Fachschule Beamtenausbildung	4
<input type="radio"/>	Fachhochschule	5
<input type="radio"/>	Universität Hochschule	6
<input type="radio"/>	Sonstige Ausbildung	7

Welche Ausbildung(en) genau wurden durchlaufen:

9.2) **soziale Mutter:**

Welche Ausbildungsform wurde abgeschlossen. Bei mehreren Ausbildungen wählen Sie bitte die **Höchste**.

<input type="radio"/>	Keine Ausbildung	1
<input type="radio"/>	Lehre	2
<input type="radio"/>	Berufsfachschule	3
<input type="radio"/>	Fachschule Beamtenausbildung	4
<input type="radio"/>	Fachhochschule	5
<input type="radio"/>	Universität Hochschule	6
<input type="radio"/>	Sonstige Ausbildung	7

Welche Ausbildung(en) genau wurden durchlaufen:

9.3) **leiblicher Vater:**

Welche Ausbildungsform wurde abgeschlossen. Bei mehreren Ausbildungen wählen Sie bitte die **Höchste**.

<input type="radio"/>	Keine Ausbildung	1
<input type="radio"/>	Lehre	2
<input type="radio"/>	Berufsfachschule	3
<input type="radio"/>	Fachschule Beamtenausbildung	4
<input type="radio"/>	Fachhochschule	5
<input type="radio"/>	Universität Hochschule	6
<input type="radio"/>	Sonstige Ausbildung	7

Welche Ausbildung(en) genau wurden durchlaufen:

9.4) **sozialer Vater:**

Welche Ausbildungsform wurde abgeschlossen. Bei mehreren Ausbildungen wählen Sie bitte die **Höchste**.

<input type="radio"/>	Keine Ausbildung	1
<input type="radio"/>	Lehre	2
<input type="radio"/>	Berufsfachschule	3
<input type="radio"/>	Fachschule Beamtenausbildung	4
<input type="radio"/>	Fachhochschule	5
<input type="radio"/>	Universität Hochschule	6
<input type="radio"/>	Sonstige Ausbildung	7

Welche Ausbildung(en) genau wurden durchlaufen:

- 10.) **Füllen Sie diesen Bereich bitte für Ihren Partner mit aus.** Wenn Sie getrennt leben **bitte auch für Ihren jetzigen Lebenspartner.**

10.1) Sind sie der/ die : **leibliche Mutter** **leiblicher Vater**
soziale Mutter **soziale Vater**

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie? ____

Wie viele Monate waren Sie in den letzten fünf Jahren ohne Arbeit? ____

Was ist ihre derzeitige berufliche Stellung oder ihre letzte Position?

<input type="checkbox"/>	ungelehrt	1
<input type="checkbox"/>	selbstständig	2
<input type="checkbox"/>	Mitarbeiter	3
<input type="checkbox"/>	leitende Funktion	4
<input type="checkbox"/>	Sonstiges und zwar _____	5

- 10.2) **Lebenspartner**

Ist ihr Lebenspartner ein leiblicher Elternteil? Bitte ankreuzen:

leibliche Mutter **leiblicher Vater**

Wie viele Stunden pro Woche wird gearbeitet? ____

Wie viele Monate war Ihr Partner in den letzten fünf Jahren ohne Arbeit? ____

Was ist seine derzeitige berufliche Stellung bzw. die letzte Position?

<input type="checkbox"/>	ungelehrt	1
<input type="checkbox"/>	selbstständig	2
<input type="checkbox"/>	Mitarbeiter	3
<input type="checkbox"/>	leitende Funktion	4
<input type="checkbox"/>	Sonstiges und zwar _____	5

- 11.) Was ist Ihr monatliches Haushaltseinkommen insgesamt (alle Einkünfte zusammen genommen)?

<input type="checkbox"/>	<1.000 €	1
<input type="checkbox"/>	1.000 bis 1.500€	2
<input type="checkbox"/>	1.500 bis 2.000€	3
<input type="checkbox"/>	2.000 bis 2.500€	4
<input type="checkbox"/>	2.500 bis 3.000€	5
<input type="checkbox"/>	3.000 bis 3.500€	6
<input type="checkbox"/>	3.500 bis 4.000€	7
<input type="checkbox"/>	4.000 bis 4.500€	8
<input type="checkbox"/>	4.500 bis 6.000€	9
<input type="checkbox"/>	6.000 und mehr	10

- 11.1) Beziehen Sie oder Ihr Partner Arbeitslosengeld 1 oder 2? ja / nein

12.) Welche Schulform besucht ihr Kind

<input type="radio"/>	Sonderschule (Schwerpunkt Lernbeeinträchtigung)	1
<input type="radio"/>	Sonderschule (Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung)	2
<input type="radio"/>	Grundschule	3
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	4

II. Fragen zu wahrgenommenen Hilfsangeboten

(bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen)

1.) Hatten Sie schon vor der Einschulung ihres Kindes Hilfsangebote in Anspruch genommen?

<input type="radio"/>	ja	1
<input type="radio"/>	nein	2

1.1 Wenn ja, welche: (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="radio"/>	Informationsveranstaltungen	1
<input type="radio"/>	Elternt raining	2
<input type="radio"/>	Arztgespräch	3
<input type="radio"/>	Ergotherapie	4
<input type="radio"/>	Therapie und zwar von _____ (Fachrichtung/ Institution wenn bekannt)	5
<input type="radio"/>	Medikation, wenn ja, welche Medikamente _____	6
<input type="radio"/>	stationäre Behandlung	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	9
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	10

2.) Haben Sie Hilfsangebote im Anschluss an die Einschulung Ihres Kindes in Anspruch genommen?

<input type="radio"/>	ja	1
<input type="radio"/>	nein	2

2.2 Wenn ja, welche: (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="radio"/>	Informationsveranstaltungen	1
<input type="radio"/>	Elternt raining	2
<input type="radio"/>	Arztgespräch	3
<input type="radio"/>	Ergotherapie	4
<input type="radio"/>	Therapie und zwar von _____ (Fachrichtung/ Institution wenn bekannt)	5
<input type="radio"/>	Medikation, wenn ja, welche Medikamente _____	6
<input type="radio"/>	stationäre Behandlung	7
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	8
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	9
<input type="radio"/>	andere und zwar _____	10

- 3.) Wenn Sie aus Ihrer heutigen Sicht an den Diagnosefindungsprozess Ihres Kindes denken, wie würden sie ihn am ehesten beschreiben?

**Eher unstrukturiert,
chaotisch**

0 |-----1-----2-----3-----4-----| 5

**Eher kompetent,
zielgerichtet**

- 4.) Wie zufrieden waren Sie mit dem Diagnosefindungsprozess Ihres Kindes?

unzufrieden

0 |-----1-----2-----3-----4-----| 5

zufrieden

Vielen Dank!

ILK- Fragebogen Eltern und Kinder

Siehe

Mattejat, F., Remschmidt, H. (2006) ILK – Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, Bern: Huber.

SDQ-Bogen

Siehe

Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. In: *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines*. 38(5):581-6

Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003) Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde, In: *Praxis der Psychologie und Kinderpsychiatrie*, 52 (2003) 7. S. 491-502

DISYPS-II-Bögen

Siehe

Döpfner, M., Grötz-Dorden, A., Lehmkuhl, G., Breuer, D., Gloetz, H. (2008) DISYPS-II – Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II, Bern: Hans Huber AG

VEWU-Bogen

Siehe

Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000b) Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Hogrefe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle

Rückmeldebogen an Eltern der Früherkennungsgruppe



An die Eltern des Kindes



Betreff: Auswertung der bei Ihnen durchgeführten Datenerhebung vor dem Hintergrund der Wirksamkeitsstudie zu präventiven Angeboten bei einer ADHS – Symptomatik der LWL-Klinik Marsberg

Sehr geehrte Eltern des Kindes,

vor einiger Zeit haben Sie an einer Studie zum Thema ADHS und Prävention der LWL-Klinik Marsberg teilgenommen. Für Ihre Mitarbeit an dieser Stelle noch einmal vielen Dank. Durch Ihre Bereitschaft uns zu unterstützen ermöglichen Sie es uns, Rückschlüsse zur Qualität bestehender Hilfsangebote zu schließen, diese gegebenenfalls zu verbessern und neue wissenschaftliche Erkenntnisse zum Krankheitsbild ADHS zu gewinnen.

Wie versprochen teilen wir Ihnen nun die Ergebnisse Ihres Kindes mit. Diese Ergebnisse wurden durch standardisierte und erprobte Screeningverfahren erhoben, die im klinischen wie auch im wissenschaftlichen Bereich Anwendung finden. Screeningverfahren lassen Rückschlüsse auf bestimmte Bereiche zu, sind jedoch keine gesicherten und feststehenden Diagnosen. Für eine Diagnose bedarf es einer umfassenden Untersuchung durch einen Arzt bzw. Therapeuten, der in längerem persönlichen Kontakt zu den Eltern und dem Kind steht und dadurch mit dem Fall vertraut ist. Für die Diagnosefindung sind derartige Screeningverfahren jedoch sehr hilfreich.

Sollten Sie Fragen zu den Ergebnissen haben, können Sie uns gerne unter der oben genannten Nummer oder der ebenfalls oben genannten E-Mail Adresse erreichen. Sie können diese Ergebnisse bei Bedarf mit dem behandelnden Arzt oder Therapeuten ihres Kindes besprechen (Kinderarzt, Kinder- auch Jugendpsychotherapeut, Ergotherapeut, etc. ...).

Sollten Sie Interesse an einer eingehenderen Untersuchung Ihres Kindes haben, so können Sie sich auch gerne erneut an eine unserer Ambulanzen wenden:



Mit freundlichen Grüßen





Es folgen die Ergebnisse der einzelnen Screeninginstrumente:

Die hier dargestellten Ergebnisse sind im Vergleich einer etwa gleichaltrigen Gruppe anderer Kinder zu interpretieren. „Auffällig“ bedeutet in sofern, dass die Ihr Kind betreffenden Angaben aus dem mittleren Rahmen herausfallen. Damit ist aber keineswegs zwangsläufig eine Krankheit oder Störung verbunden.

- CBCL 4 – 18 (Child Behavior Checklist)

Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern im Alter von 4 - 18

Skala	Wert	Interpretation
Sozialer Rückzug		
Körperliche Beschwerden		
Ängstliche Depressiv		
Soziale Probleme		
Schizoid/ zwanghaft		
Aufmerksamkeitsprobleme		
Dissoziales Verhalten		
Aggressives Verhalten		
internalisierend		
externalisierend		
Gesamtwert		

- DISYPS - KJ

Diagnostik-System für psychische Störungen im Kinder- und Jugendalter

Elternfragebogen (FBB) ADHS

Skala	Wert	Interpretation
Aufmerksamkeitsstörung		
Hyperaktivität		
Impulsivität		
Gesamtskala		
Kompetenz Ausdauer & Aufmerksamkeit		

Elternfragebogen (FBB) SSV – Sozialverhalten

Skala	Wert	Interpretation
oppositionelles - aggressives Verhalten		
Dissoziales - aggressives Verhalten		
Gesamtskala SSV		
Kompetenz prosoziales Verhalten		

Elternfragebogen (FBB) – Depressivität

Skala	Wert	Interpretation
Gesamtskala		
Kompetenz Selbstvertrauen, Genussfähigkeit		



Elternfragebogen (FBB) – Ängste

Skala	Wert	Interpretation
Trennungsangst		
generalisierte Angst		
soziale Phobie		
spezifische Phobie		
Gesamtskala		
Kompetenz Kontaktfreude und Zuversicht		

- ILK

Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

Kinderperspektive

Skala	Wert	Interpretation
Problemscore (Problemwahrnehmung)		
Lebensqualität		

Elternperspektive

Skala	Wert	Interpretation
Problemscore (Problemwahrnehmung)		
Lebensqualität		

- SDQ

Elternfragebogen zu Stärken und Schwächen von Kindern und Jugendlichen

Skala	Wert	Interpretation
ADHS		
Verhaltensauffälligkeit		

- VEWU

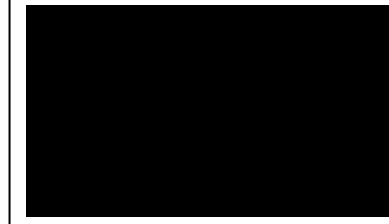
Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung

Skala	Wert	Interpretation
Interesse an Aufgaben		
Unsicherheit/ Angstlichkeit		
Frustrationstoleranz		
Motorische Unruhe		
Ablenkbarkeit und Konzentration		
Impulsivität		

Rückmeldebogen an Eltern der Vergleichsgruppe



An die Eltern des Kindes



Betreff: Auswertung der bei Ihnen durchgeführten Datenerhebung vor dem Hintergrund der Wirksamkeitsstudie zu präventiven Angeboten bei einer ADHS – Symptomatik der LWL-Klinik Marsberg

Sehr geehrte Eltern des Kindes,

vor einiger Zeit haben Sie an einer Studie zum Thema ADHS und Prävention der LWL-Klinik Marsberg teilgenommen. Für Ihre Mitarbeit an dieser Stelle noch einmal vielen Dank. Durch Ihre Bereitschaft uns zu unterstützen ermöglichen Sie es uns, Rückschlüsse zur Qualität bestehender Hilfsangebote zu schließen, diese gegebenenfalls zu verbessern und neue wissenschaftliche Erkenntnisse zum Krankheitsbild ADHS zu gewinnen.

Wie versprochen teilen wir Ihnen nun die Ergebnisse Ihres Kindes mit. Diese Ergebnisse wurden durch standardisierte und erprobte Screeningverfahren erhoben, die im klinischen wie auch im wissenschaftlichen Bereich Anwendung finden. Screeningverfahren lassen Rückschlüsse auf bestimmte Bereiche zu, sind jedoch keine gesicherten und feststehenden Diagnosen. Für eine Diagnose bedarf es einer umfassenden Untersuchung durch einen Arzt bzw. Therapeuten, der in längerem persönlichen Kontakt zu den Eltern und dem Kind steht und dadurch mit dem Fall vertraut ist. Für die Diagnosefindung sind derartige Screeningverfahren jedoch sehr hilfreich.

Sollten Sie Fragen zu den Ergebnissen haben, können Sie uns gerne unter der oben genannten Nummer oder der ebenfalls oben genannten E-Mail Adresse erreichen. Sie können diese Ergebnisse bei Bedarf mit dem behandelnden Arzt oder Therapeuten ihres Kindes besprechen (Kinderarzt, Kinder- auch Jugendpsychotherapeut, Ergotherapeut, etc. ...).

Mit freundlichen Grüßen





Es folgen die Ergebnisse der einzelnen Screeninginstrumente:

Die hier dargestellten Ergebnisse sind im Vergleich einer etwa gleichaltrigen Gruppe anderer Kinder zu interpretieren. „Auffällig“ bedeutet in sofern, dass die Ihr Kind betreffenden Angaben aus dem mittleren Rahmen herausfallen. Damit ist aber keineswegs zwangsläufig eine Krankheit oder Störung verbunden.

- CBCL 4 – 18 (Child Behavior Checklist)

Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern im Alter von 4 -18

Skala	Wert	Interpretation
Sozialer Rückzug		
Körperliche Beschwerden		
Ängstliche Depressiv		
Soziale Probleme		
Schizoid/ zwanghaft		
Aufmerksamkeitsprobleme		
Dissoziales Verhalten		
Aggressives Verhalten		
internalisierend		
externalisierend		
Gesamtwert		

- DISYPS - KJ

Diagnostik-System für psychische Störungen im Kinder- und Jugendalter

Elternfragebogen (FBB) ADHS

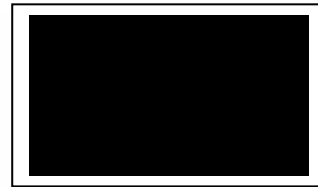
Skala	Wert	Interpretation
Aufmerksamkeitsstörung		
Hyperaktivität		
Impulsivität		
Gesamtskala		
Kompetenz Ausdauer & Aufmerksamkeit		

Elternfragebogen (FBB) SSV – Sozialverhalten

Skala	Wert	Interpretation
oppositionelles - aggressives Verhalten		
Dissoziales - aggressives Verhalten		
Gesamtskala SSV		
Kompetenz prosoziales Verhalten		

Elternfragebogen (FBB) – Depressivität

Skala	Wert	Interpretation
Gesamtskala		
Kompetenz Selbstvertrauen, Genussfähigkeit		



Elternfragebogen (FBB) – Ängste

Skala	Wert	Interpretation
Trennungsangst		
generalisierte Angst		
soziale Phobie		
spezifische Phobie		
Gesamtskala		
Kompetenz Kontaktfreude und Zuversicht		

- ILK

Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

Kinderperspektive

Skala	Wert	Interpretation
Problemscore (Problemwahrnehmung)		
Lebensqualität		

Elterperspektive

Skala	Wert	Interpretation
Problemscore (Problemwahrnehmung)		
Lebensqualität		

- SDQ

Elternfragebogen zu Stärken und Schwächen von Kindern und Jugendlichen

Skala	Wert	Interpretation
ADHS		
Verhaltensauffälligkeit		

- VEWU

Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung

Skala	Wert	Interpretation
Interesse an Aufgaben		
Unsicherheit/ Ängstlichkeit		
Frustrationstoleranz		
Motorische Unruhe		
Ablenkbarkeit und Konzentration		
Impulsivität		

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Gregor Wittmann, dass ich die vorstehende Dissertationsschrift

»Möglichkeit und Effekt einer vorschulischen leitlinienbasierten Frühdiagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)«

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlich oder sinngemäß übernommenen Stellen habe ich als solche gekennzeichnet.

Ich versichere außerdem, dass ich die beigefügte Dissertation nur in diesem und keinem anderen Promotionsverfahren eingereicht habe und dass diesem Promotionsverfahren keine endgültig gescheiterten Promotionsverfahren vorausgegangen sind.

Altenbeken, den 31.07.2013

Gregor Wittmann