

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
-Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer-

**Klinische Diagnostik
im Kleinkind- und Vorschulalter:
Eine Untersuchung der Validität
des "Diagnostic Infant and Preschool
Assessment" mittels des SDQ**

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Riesselmann, geb. Altemeyer, Klara-Maria
aus Steinfurt

2021

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Frank Ulrich Müller

1. Berichterstatter: Prof. Dr. habil. Dipl.-Psych. Brigitte Ramsauer

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Katja Kölkebeck

Tag der mündlichen Prüfung: 24.11.2021

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer
Referent: Prof. Dr. habil. Dipl.-Psych. Brigitte Ramsauer
Korreferent: Prof. Dr. med. Katja Kölkebeck

ZUSAMMENFASSUNG

Klinische Diagnostik im Kleinkind- und Vorschulalter: Eine Untersuchung der Validität des
"Diagnostic Infant and Preschool Assessment" mittels des SDQ

Riesselmann, Klara-Maria

Obwohl jedes zehnte Klein- und Vorschulkind in Deutschland an einer psychischen Störung leidet, fehlt ein deutschsprachiges Instrument, welches valide psychische Störungen diagnostiziert. Das „Diagnostic Infant and Preschool Assessment“ (DIPA) kann diese Lücke füllen. Dabei handelt es sich um ein semistrukturiertes Elterninterview, welches die häufigsten psychischen Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter anhand der DSM-5 Kriterien diagnostiziert. Die vorliegende Arbeit untersucht die Validität der deutschen Übersetzung des DIPAs anhand einer klinischen Stichprobe bestehend aus $N = 74$ Kindern im Alter von 0 und 5;11 Jahren ($M = 4.4$, $SD = 1.2$). Mit deren Eltern wurde das DIPA durchgeführt und zusätzlich der SDQ P4-17 als Referenzstandard erhoben. Die Studie wurde durch die Ethik-Kommission Münster (30.10.2017, Aktenz.: 2017-540-f-S) genehmigt. Zur Einschätzung der Validität erfolgte eine Zuordnung der DIPA-Diagnosen zu den SDQ P4-17 Einzelskalen und anhand dessen die Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den kategorialen und den dimensional Skalen. Darüber hinaus wurde untersucht, inwiefern die Ergebnisse des DIPAs und SDQ P4-17 mit dem Geschlecht und Alter der Kinder zusammenhängen.

Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen DIPA und SDQ P4-17, sowohl im Vergleich der kategorialen Skalen ($\kappa \geq .33$, $p \leq .003$), als auch der dimensional Skalen ($\rho \geq .51$, $p < .001$). Das DIPA besitzt insgesamt eine ausreichende Sensitivität ($Se = 86.4\%$) und eine geringe Spezifität ($Sp = 60.0\%$). Bei den externalisierenden DIPA-Diagnosegruppen fand sich ein stärkerer Zusammenhang mit dem SDQ P4-17 als bei den internalisierenden. Jungen und ältere Kinder wiesen mehr psychische Auffälligkeiten auf als Mädchen und jüngere Kinder. Insgesamt zeigte das DIPA angemessene psychometrische Eigenschaften. Im klinischen Alltag hat das DIPA das Potenzial, die Grundlage einer standardisierten Diagnostik zu sein und die vollständige und strukturierte Erhebung der Fremdanamnese durch die Eltern zu ermöglichen. In der Forschung bietet es die Möglichkeit, die internationale Vergleichbarkeit von Diagnostik im Quer- und Längsschnitt und die Evaluation von Therapien im Kleinkind- und Vorschulalter zu verbessern.

Tag der mündlichen Prüfung: 24.11.2021

From Universitätsklinikum Münster
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
Director: Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer
Examiner: Prof. Dr. habil. Dipl.-Psych. Brigitte Ramsauer
Co-Examiner: Prof. Dr. med. Katja Kölkebeck

ABSTRACT

Diagnostic at infant and preschool age:

An Examination of the “Diagnostic Infant and Preschool Assessment’s” validity with the SDQ
Riesselmann, Klara-Maria

Although one in ten infants and preschool children suffer from a psychiatric disorder, an instrument in German to validly diagnose psychiatric disorders is still missing. The Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA) can fill this gap. The DIPA is a semi structured interview administered to the parents of infants and preschool children. It assesses the most common psychiatric diagnosis by applying the DSM-5-criteria.

This thesis examines the validation of the German version of the DIPA by means of a clinical sample ($N = 74$) containing children aged 0 years to 5;11 years ($M = 4.4$, $SD = 1.2$). The DIPA and the SDQ P4-17 as a reference standard were administered to the parents. The ethics committee Münster (30.10.2017, reference number: 2017-540-f-S) approved the study. Additionally, it was investigated whether the DIPA- and the SDQ P4-17-scores differ depending on the children’s gender and age.

The findings showed a significant correlation between the DIPA and the SDQ P4-17, both, in the categorial scales ($\kappa \geq .33$, $p \leq .003$) and in the dimensional scales ($\rho \geq .51$, $p < .001$). The DIPA has an overall adequate sensitivity ($Se = 86.4\%$) but a smaller specificity ($Sp = 60.0\%$). The correlation of the externalizing DIPA-diagnosis groups with the SDQ P4-17 was stronger than the correlation of the internalizing ones. Boys compared to girls and older children compared to younger children showed more psychiatric symptoms.

Overall, the DIPA has suitable psychometric properties and is a valid assessment methodology to diagnose infants and preschool children in a structured manner. For further research the DIPA may provide the possibility to improve the international comparability for cross-sectional and longitudinal studies for the infant and preschool age.

Date of oral examination: 24.11.2021

Eidesstattliche Versicherung

von Riesselmann, Klara-Maria

Hiermit versichere ich, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

Klinische Diagnostik im Kleinkind- und Vorschulalter: Eine Untersuchung der Validität des "Diagnostic Infant and Preschool Assessment" mittels des SDQ

in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie unter der Anleitung von Prof. Dr. habil. Dipl.-Psych. Brigitte Ramsauer

1. selbständig angefertigt,
2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeiten angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
3. keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen,
4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit, oder zur Erlangung eines akademischen Grades, vorgelegt habe.

Bremen, den 25. November 2021



Klara-Maria Riesselmann

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	III
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	2
2.1 Epidemiologie psychischer Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter.....	2
2.1.1 Prävalenz in der Bevölkerung	2
2.1.2 Kontinuität von psychischen Störungen.....	3
2.2 Diagnosestellung psychischer Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter	4
2.2.1 Klassifikationssysteme psychischer Störungen.....	4
2.2.2 Besonderheiten im Kleinkind- und Vorschulalter.....	6
2.2.3 Diagnostische Interviews	7
2.3 Diagnostic Infant and Preschool Assessment	9
2.3.1 Entwicklung.....	9
2.3.2 DIPA-Diagnosen	9
2.3.3 Fragenformat im DIPA.....	10
2.3.4 Validierung.....	11
3 Zielsetzung und Hypothesen.....	13
4 Methoden.....	14
4.1 Stichprobe	14
4.2 Ablauf.....	14
4.2.1 DIPA.....	15
4.2.2 Fragebögen	15
4.3 Strengths and Difficulties Questionnaire	16
4.4 Statistische Methoden	17
4.4.1 Umgang mit fehlenden Daten.....	17
4.4.2 Stichprobenbeschreibung	18
4.4.3 Zusammenhang und Übereinstimmung zwischen DIPA und SDQ P4-17.....	18

5 Ergebnisse	21
5.1 Stichprobenbeschreibung	21
5.1.1 Studienbeteiligung	21
5.1.2 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe	22
5.2 Ergebnisse des DIPA	23
5.3 Ergebnisse des SDQ P4-17	27
5.4 Zusammenhang zwischen DIPA und SDQ P4-17	28
6 Diskussion.....	30
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	30
6.2 Diskussion der Ergebnisse	31
6.2.1 Repräsentativität der Stichprobe	31
6.2.2 Zusammenhang zwischen DIPA und SDQ P4-17.....	34
6.2.3 Unterschiede in den Ergebnissen nach Geschlecht und Alter	39
6.3 Diskussion der Methoden.....	41
6.3.1 Stichprobe und Studienteilnehmende	41
6.3.2 Der SDQ als Referenzstandard.....	42
6.3.3 Zuordnung der DIPA-Diagnosen zu den SDQ P4-17 Einzelskalen.....	44
6.3.4 Methodische Limitationen.....	45
6.4 Anwendung des DIPAs	45
7 Zusammenfassung	47
8 Literaturverzeichnis	49
9 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	57
10 Lebenslauf	58
11 Anhang.....	I

Abkürzungen

<i>Abs</i>	Absolute Übereinstimmung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
<i>AUC</i>	Fläche unter der Kurve
DC: 0-5	Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit
DIPA	Diagnostic Infant and Preschool Assessment
DSM-5	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Auflage
DSM-IV-TR	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Auflage, TextRevision
<i>ICC</i>	Intraklassenkorrelation
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
PAPA	Preschool Age Psychiatric Assessment
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCD-PA	Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SDQ P4-17	Strengths and Difficulties Questionnaire für Eltern von Kindern zwischen dem 4. und 17. Lebensjahr
<i>Se</i>	Sensitivität
<i>Sp</i>	Spezifität
SPSS	IBM Statistical Product and Service Solutions

1 Einleitung

Psychische Störungen im Erwachsenenalter verursachen in Deutschland Kosten in Höhe von 4,8 % des Bruttoinlandproduktes und stellen für die Betroffenen eine starke Belastung dar. 18 % der Erwachsenen leiden unter einer psychischen Störung (1). Lange wurde diskutiert, ob bei Kindern bereits eine psychische Störung vorliegen kann, die den Entitäten der Erwachsenenpsychiatrie entspricht (2). Die letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass Kinder valide diagnostiziert werden können (3–6) und dass die Diagnosen die psychische Gesundheit im weiteren Leben des Kindes beeinflusst (7–12). Tatsächlich leidet jedes zehnte Kind in Deutschland bereits im Kleinkind- und Vorschulalter¹ an einer psychischen Störung (11, 14). Trotzdem ist die Diagnostik in dieser Altersgruppe noch nicht standardisiert.

Die Diagnosekriterien der Klassifikationssysteme für psychische Störungen wurden in den letzten Jahren schrittweise durch Besonderheiten für das Kleinkind- und Vorschulalter ergänzt (15). Klassifikationen beschreiben jedoch lediglich die Symptome einer psychischen Störung und geben nicht an, wie diese erhoben werden sollen (16). Psychische Störungen können erst durch standardisierte Diagnostik zielgerichtet erforscht und therapiert werden (5, 17). Im Kleinkind- und Vorschulalter ist man in der Diagnostik im Gegensatz zu anderen Altersgruppen von der Einschätzung der Eltern² zur Erhebung von Symptomen sowie deren Ausprägung, Dauer und Intensität abhängig (4, 5). Eine Möglichkeit zur standardisierten Erhebung von Symptomen sind diagnostische Interviews. Sie gelten als Goldstandard zur Diagnostik psychischer Störungen (18, 19).

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit dem *Diagnostic Infant and Preschool Assessment* (DIPA), einem diagnostischen Interview für Eltern von Kindern zwischen dem ersten und fünften Lebensjahr (20), das für diese Arbeit aus dem amerikanischen Englisch ins Deutsche übersetzt wurde. Das DIPA trägt dazu bei, die Diagnostik im Kleinkind- und Vorschulalter valider zu gestalten sowie eine systematische und effiziente Erhebung von Symptomen zu ermöglichen. In der vorliegenden Arbeit wird die Kriteriumsvalidität der deutschsprachigen Version des DIPAs untersucht, um die Basis für weitere Forschung und einen Einsatz im klinischen Alltag zu schaffen.

¹ Entspricht der Altersspanne vom ersten bis fünften Lebensjahr (13).

² In der vorliegenden Arbeit werden alle Hauptbezugspersonen eines Kindes unter dem Begriff „Eltern“ zusammengefasst, darunter nicht nur die leiblichen Eltern, sondern auch Pflege- und Stiefeltern sowie andere Personen, die die Elternrolle für ein Kind übernehmen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Epidemiologie psychischer Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter

Die Prävalenz psychischer Störungen und Symptome im Kleinkind- und Vorschulalter wurde in den letzten Jahren verstärkt erforscht. Die vorliegende Prävalenz betont die Relevanz, Diagnostik und Therapie in eben dieser Altersgruppe weiter zu entwickeln und zu validieren.

2.1.1 Prävalenz in der Bevölkerung

Die Prävalenz von psychischen Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter wird zwischen 6.9 % und 27.4 % in der Bevölkerung angegeben (11, 14, 21–25). In Deutschland beträgt die Prävalenz zwischen 6.9 % (11) und 12.4 % (14).

Im Vergleich zwischen Mädchen und Jungen im Kleinkind- und Vorschulalter zeigt sich, dass Jungen häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Mädchen. Dies ist sowohl in anderen Ländern (21, 22, 25, 26) als auch in Deutschland der Fall (14, 27).

Die aktuelle Literatur weist eine heterogene Herangehensweise an die Bestimmung dieser Prävalenz auf. Dies wird in der Auswahl der diagnostischen Instrumente und in der Altersverteilung der Stichproben deutlich. Die zur Prävalenzbestimmung genutzten Instrumente sind zum einen diagnostische Interviews (21–23, 25), zum anderen Fragebögen für die Eltern (11, 14, 27) oder für die Erziehenden der Kinder (24). Die Studien umfassen meist nur einen kleinen Altersbereich von einem Jahr, beispielsweise dem dritten (23) oder vierten (25) Lebensjahr. Die Stichproben werden aus Geburtskohorten bestimmter Städte (21, 22, 25) und aus Teilnehmenden an medizinischen Untersuchungen bezogen (11, 14). In Deutschland liegt zusätzlich eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe vor (27). Die Stichprobengröße liegt zwischen 541 und 14 477 Kindern.

Zusammenfassend ist ca. jedes zehnte Klein- und Vorschulkind in Deutschland von einer psychischen Störung betroffen. Die heterogene Herangehensweise zur Prävalenzbestimmung zeigt, dass einheitliche Diagnostikinstrumente nötig sind, um die Forschung vergleichbarer und evidenter zu gestalten.

2.1.2 Kontinuität von psychischen Störungen

Die Diagnose einer psychischen Störung im Kleinkind- und Vorschulalter führt nicht zwingend zu einer stärkeren Belastung im weiteren Leben des Kindes. Es könnte aufgrund der raschen Entwicklung in dieser Altersgruppe angenommen werden, dass psychische Störungen in dieser Altersgruppe transient sind (3). Im Folgenden wird der aktuelle Wissensstand zu dieser Annahme dargestellt.

Dabei ist zwischen einer homotypischen und einer heterotypischen Kontinuität zu unterscheiden. Von einer homotypischen Kontinuität spricht man, wenn die gleiche Diagnose zu einem späteren Zeitpunkt weiterhin besteht. Bei einer heterotypischen Kontinuität führt eine Diagnose zu einem erhöhten Risiko, zu einem späteren Zeitpunkt die Kriterien einer oder mehrerer anderer Diagnosen zu erfüllen (28).

Die Arbeitsgruppe um Sara J. Bufferd hat in einer longitudinalen Studie über drei Messzeitpunkte (Alter von 3, 9 und 12 Jahren der Kinder) eine Bevölkerungsstichprobe mit einem diagnostischen Elterninterview untersucht. Es zeigte sich, dass Kinder, die mit drei Jahren an einer psychischen Störung erkrankt sind, mit sechs Jahren ein fünffaches Risiko (7) und mit neun Jahren ein zweifaches Risiko (8) haben, erneut die Diagnosekriterien einer psychischen Störung zu erfüllen.

Des Weiteren ermittelte die Arbeitsgruppe eine homotypische Kontinuität von Angsterkrankungen und externalisierende Störungen (7, 8). Außerdem konnte durch eine psychische Störung im Kleinkind- und Vorschulalter eine stärkere funktionelle Beeinträchtigung, schlechtere Beziehungen mit Gleichaltrigen und eine häufigere Inanspruchnahme von ambulanter Behandlung im zeitlichen Verlauf festgestellt werden (9, 10). Auch weitere Studien unterstützen die Annahme, dass eine psychische Störung im Kleinkind- und Vorschulalter psychische Belastungen im Schulalter vorhersagen kann (11, 12).

Mögliche Ursachen der Kontinuität von psychischen Störungen sind im zeitlichen Verlauf unveränderte Faktoren. Dazu zählen z.B. genetische Faktoren oder die Eltern-Kind-Beziehung (25).

Insgesamt zeigt sich, dass sich psychische Störungen auf das weitere Leben von Klein- und Vorschulkindern auswirken kann. Dies unterstreicht die Wichtigkeit, diese zu diagnostizieren und zu behandeln. Durch das Herausstellen möglicher Ursachen, wie z.B. die Eltern-Kind-Beziehung, können Behandlungsansätze erarbeitet und evaluiert werden. Als Grundlage dafür wird eine valide standardisierte Diagnostik für diese Altersgruppe benötigt.

2.2 Diagnosestellung psychischer Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter

Die Diagnosestellung psychischer Störungen sollte generell nach evidenzbasierten Kriterien erfolgen. Dies ist nicht nur für die Auswahl der Therapie entscheidend, sondern ermöglicht es, den Erfolg von Therapien objektiv zu beurteilen. Darüber hinaus erleichtert dies die Kommunikation sowohl in der Forschung als auch im klinischen Alltag (17, 29). In diesem Kapitel wird dargelegt, wie psychische Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter klassifiziert und diagnostiziert werden und welche Besonderheiten zu beachten sind. Außerdem wird der Stellenwert diagnostischer Interviews – zu denen das DIPA gehört – erläutert.

2.2.1 Klassifikationssysteme psychischer Störungen

Psychische Störungen werden durch Diagnosen abgebildet. Wie psychische Störungen betrachtet werden sollen, wird in der Literatur diskutiert und untersucht (2, 30, 31). Sie können kategorial oder dimensional beschrieben werden.

Eine kategoriale Herangehensweise bedeutet, dass Diagnosen als vorhanden, bzw. nicht vorhanden deklariert werden (31). Beispielsweise wird so bei einem Patienten oder einer Patientin eine schwere depressive Episode diagnostiziert. Weiterhin werden verschiedene Diagnosen als eindeutig voneinander abgrenzbare Entitäten aufgefasst (32). Experten kritisieren den kategorialen Ansatz aufgrund des hohen Anteils an Komorbiditäten. Dies stellt in Frage, ob sich die aktuell definierten Diagnosen wirklich so klar voneinander unterscheiden (32). Des Weiteren werden durch kategoriale Klassifikationen subklinische Ausprägungen einer Diagnose nicht erfasst, mit der Konsequenz, dass Patient:innen, denen nur wenige Kriterien für eine Diagnose fehlen, beispielsweise keine Therapie erhalten. Der Testtrennwert, an dem eine Diagnose gestellt wird, ist somit bei der kategorialen Herangehensweise essenziell (31). Bei einer dimensional Herangehensweise werden psychische Störungen als ordinale Skalen dargestellt. Durch die Werteausprägung auf dieser Skala kann die Schwere einer Störung festgestellt werden (31). Beispielsweise werden Symptome erhoben, die bei einer schweren depressiven Episode auftreten können. Ein daraus errechneter Score zeigt an *wie* depressiv ein Patient ist. Dabei wird von der Unterteilung kategorialer Diagnosen abgewichen und Symptome in größere Zusammenhänge gebracht. Häufig erfolgt dabei eine Einteilung in externalisierende und internalisierende Symptome. Externalisierende Störungen beinhalten Symptome wie beispielsweise oppositionelles und antisoziales Verhalten, während internalisierende Störungen Symptome wie Ängstlichkeit, Traurigkeit und somatische Beschwerden einschließen (11, 32). Die dimensionale Betrachtung ist insbesondere dazu geeignet, Verbesserungen oder Verschlechterungen einer

Störung, z. B. im Rahmen einer Therapie darzustellen (31). Aber auch in der Forschung sind dimensionale Skalen für das Testen von Hypothesen vorzuziehen, da durch eine kategoriale Herangehensweise Informationen verlorengehen (31). Kategoriale und dimensionale Betrachtungen von psychischen Störungen sind allerdings nicht unabhängig voneinander. Kategoriale Diagnosen zu stellen widerspricht nicht der Annahme, dass eine dimensionale Ausprägung der Störung zugrunde liegt (2). Denn durch das Festlegen von Testtrennwerten auf dimensional Skalen kann eine kategoriale Diagnose gebildet werden (31). Des Weiteren können die kategoriale Diagnosen den dimensional Skalen zugeordnet werden (z.B. schwere depressive Episode zu internalisierenden Störungen) (32). Laut der aktuellen Leitlinie der psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter hätten sich „[...] für alle Störungen eine kategoriale Ausrichtung bewährt“ (13). Auch Entscheidungen wie das Beginnen einer Therapie oder der Einschluss in eine Studie benötigen letztendlich kategoriale Diagnosen (2, 31).

Zur Festlegung von Kriterien zur kategoriale Diagnosestellung wurden verschiedene Klassifikationssysteme erarbeitet, die nachfolgend mit besonderem Hinblick auf das Kleinkind- und Vorschulalter vorgestellt werden. Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM) und die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) sind ursprünglich nicht für Klein- und Vorschulkinder entwickelt worden (33). Die ICD in seiner aktuellen 10. Auflage (ICD 10) führt keine altersadaptierten Kriterien für das Kleinkind- und Vorschulalter auf. Es wird nur selten Bezug auf das Alter und die Entwicklungsstufen genommen (33). Das DSM passt hingegen im Vergleich zu seiner vierten Auflage (DSM-IV-TR) in der 5. Auflage (DSM-5) einzelne Diagnosekriterien an das Kleinkind- und Vorschulalter an und beschreibt die Entwicklung und den Verlauf der einzelnen Symptome über die gesamte Lebensspanne. Für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) werden separat Kriterien für das Kleinkind- und Vorschulalter aufgeführt (15). Das DSM und die ICD haben sich in ihrer Entwicklung gegenseitig beeinflusst (33). Für das Kleinkind- und Vorschulalter wurde die diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit (DC:0-5) entwickelt (34). Diese Klassifikation basiert auf Expertenkonsens und ist noch nicht ausreichend validiert (33).

Eine dimensionale Herangehensweise an psychische Störungen ermöglicht es, die Schwere der Störungen zu erfassen. Dennoch sind kategoriale Diagnosen wichtig, um Entscheidungen im klinischen Alltag und in der Forschung zu treffen. Klassifikationssysteme wie das DSM-5 sind dazu konzipiert kategoriale Diagnosen zu stellen. Das DSM-5 wurde ursprünglich nicht zu diesem Zweck entwickelt, geht aber auf die Diagnosestellung im Kleinkind- und Vorschulalter ein.

2.2.2 Besonderheiten im Kleinkind- und Vorschulalter

Klein- und Vorschulkinder unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von älteren Kindern. Diese Besonderheiten müssen bei der Diagnostik psychischer Störungen bedacht werden und stellen Anforderungen an diagnostische Instrumente für diese Altersgruppe.

Die Entwicklung im Kleinkind- und Vorschulalter verläuft „sprunghaft“ und schnell (2, 6). Einige Verhaltensweisen sind typisch für besondere Entwicklungsschritte, wie z. B. ausgeprägte Wutanfälle im zweiten Lebensjahr (5, 6). Daher sollten Symptome im Kleinkind- und Vorschulalter mit dem typischen Verhalten in der entsprechenden Altersgruppe verglichen werden (6).

Zu den größten Schwierigkeiten im Kleinkind- und Vorschulalter zählt, dass die Kinder noch nicht über genügend Sprachfertigkeiten und metakognitive Fähigkeiten verfügen, um differenziert über ihre Symptome Auskunft zu geben (2, 4, 6). Ab dem vierten Lebensjahr ist eine Selbstauskunft durch altersentsprechende Instrumente eingeschränkt möglich (35, 36). Dennoch werden zur Beurteilung von Dauer, Häufigkeit und Schwere von Symptomen Fremdbenotigte benötigt. Dabei werden insbesondere Eltern als die wichtigsten Informanten angesehen (4, 5). Da Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter stark von den Eltern und der Eltern-Kind-Beziehung abhängig sind (2, 6, 37), besteht bei den Eltern „immer die Gefahr, dass deren Projektionen und verzerrende Bindungsstile [...] unbewusst und verfälschend in die Bewertung des Kindes mit eingehen“ (6). Deswegen wird empfohlen, die Eltern-Kind-Beziehung und den „psychosozialen Kontext“ bei der Diagnostik zu erfassen und in Zusammenhang zu bringen (6). Zwischen den Elternteilen selbst besteht eine gute Übereinstimmung in der Einschätzung ihrer Kinder. Die Beurteilung eines einzelnen Elternteils kann daher ausreichend sein (38, 39). Um das Vorliegen einer psychischen Störung eines Kindes zu beurteilen, sollten neben dem Kind und seinen Eltern auch Erziehende in den diagnostischen Prozess miteinbezogen werden (6, 13). Sie erleben das Kind in einer anderen Umgebung und in anderen Situationen als die Eltern (40). Die Beurteilung von Eltern und Erziehenden stimmen häufig nicht oder nur wenig überein (39, 41, 42).

Bei der Beurteilung psychischer Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter sind die Entwicklungsbesonderheiten dieser Altersgruppe zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist man auf Fremdbenotigte, insbesondere der Eltern, angewiesen. Das DIPA nutzt die Eltern als Informanten, um ein genaues Bild von den Symptomen der Kinder zu gewinnen. Erziehende können wertvolle zusätzliche Informationen beitragen, werden in dieses Instrument aber nicht miteinbezogen.

2.2.3 Diagnostische Interviews

Um psychische Störungen valide und reliabel diagnostizieren zu können, werden standardisierte Instrumente benötigt. Für eine umfassende Diagnostik werden im Kleinkind- und Vorschulalter die Verwendung verschiedener Instrumente empfohlen, darunter auch standardisierte Interaktions- und Beobachtungsinstrumente (2). Standardisierte diagnostische Interviews werden allerdings als Goldstandard angesehen (16, 18, 43, 44). In der Regel werden diagnostische Interviews bei älteren Kindern mit den Kindern selbst und mit deren Eltern durchgeführt (29). Wie in Kapitel 2.2.2 beschrieben, sind Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter zur Eigenanamnese sehr eingeschränkt in der Lage und Eltern die besten Informanten. Somit sind in dieser Altersgruppe Elterninterviews die nächstmögliche Annäherung an diesen Goldstandard. Im Folgenden werden zunächst die verschiedenen Formen diagnostischer Interviews beschrieben und ihre Vor- und Nachteile erläutert. Im Anschluss daran wird auf die Akzeptanz solcher Interviews im klinischen Alltag eingegangen.

Ein diagnostisches Interview besteht aus Fragen, die Symptome einer Person erfassen. Die Antworten werden dokumentiert und daraus anhand spezifischer Kriterien (z.B. anhand der DSM-5-Kriterien) Diagnosen gestellt. Man unterscheidet zwischen strukturierten, semistrukturierten und unstrukturierten Interviews. Dabei geben strukturierte Interviews sehr genaue Vorgaben zu den Fragen sowie zu der Dokumentation und Auswertung der Antworten. Die Fragen werden wortwörtlich vorgelesen und lassen der interviewenden Person wenig Spielraum, um beispielsweise Fragen klarzustellen oder selbst Rückfragen zu stellen. Unstrukturierte und damit nicht-standardisierte Interviews beschreiben die Anamnese und Diagnosestellung durch Expert:innen³ ohne standardisierte Richtlinien. Hierbei sind die Formulierung und Reihenfolge der Fragen sowie ihre Bewertung ausschließlich von der Expertise und Erfahrung der interviewenden Person abhängig (16, 29). Ein semistrukturiertes Interview liegt zwischen diesen beiden Herangehensweisen. Es beinhaltet Vorgaben und Richtlinien, lässt der interviewenden Person aber mehr Freiheiten wie er oder sie Fragen stellt oder Antworten kodiert und somit kann in gewissem Maße auf den Interviewten eingegangen werden (29).

Je strukturierter ein Interview, desto unabhängiger ist es von der interviewenden Person und desto weniger wird es durch diese beeinflusst. Dies führt zu einer hohen Test-Retest-Reliabilität und Interraterreliabilität. In einer Metaanalyse zeigte sich, dass die Diagnosen durch Expert:innen häufig nur in geringem Maße mit den Diagnosen strukturierter und semistrukturierter

³ Expert:innen meint in diesem Kontext Psychiater:innen, Psycholog:innen und andere Personen, die in der Diagnostik von psychischen Störungen ausgebildet wurden.

Interviews übereinstimmen, wobei bei den Interviews insgesamt mehr Diagnosen diagnostiziert wurden als durch die Expert:innen (16). Mögliche Gründe dafür, dass Expert:innen weniger Diagnosen stellen, sind laut Rettew et al., dass Expert:innen Diagnosekriterien unvollständig erfassen, stigmatisierende Diagnosen vermeiden und eher eine als multiple Diagnosen stellen (16). Des Weiteren argumentieren Nordgaard et al., dass Expert:innen durch „pattern recognition [und] pattern completion“ beeinflusst werden und Patient:innen nicht unvoreingenommen beurteilen (43).

Standardisierte Instrumente werden trotz dieser Erkenntnisse im klinischen Alltag selten und unregelmäßig verwendet (44, 45). Expert:innen unterschätzen die Akzeptanz der Interviews bei den Patient:innen und befürchten einen negativen Einfluss auf die Beziehung zu den Patient:innen (44). Allerdings besteht auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine hohe Akzeptanz der Interviews seitens der Eltern (46). Hinzu kommt, dass Expert:innen mit der Anwendung standardisierter Interviews noch wenig vertraut sind (47), insbesondere, wenn sie diese selten oder gar nicht verwenden (44). Darüber hinaus schätzen Expert:innen ihre klinische Beurteilung als hilfreicher für die Diagnosestellung ein und empfinden dafür ein standardisiertes Interview als nicht notwendig. Ein weiterer Kritikpunkt an standardisierten Interviews ist der zeitliche Aufwand (44).

Standardisierte diagnostische Interviews werden als Goldstandards angesehen, im Alltag aber noch nicht flächendeckend eingesetzt. Zur Diagnostik psychischer Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter sind jedoch standardisierte Elterninterviews zwingend notwendig. Für diese Altersgruppe ist bislang nur ein umfassendes diagnostisches Interview konzipiert worden, das Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) (2, 48). Das PAPA ist ein semistrukturiertes diagnostisches Elterninterview für zwei- bis fünfjährige Kinder. In 25 Modulen werden Kriterien entsprechend des DSM-IV-TR-, der ICD 10-, der RCD-PA-Kriterien⁴ und des DC:0-3 (Vorläufer des DC: 0-5) erfasst (48). Das DIPA ist eine Alternative zum PAPA (s. Kapitel 2.3.1).

⁴ Die Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool (RCD-PA) sind diagnostische Kriterien ausgehend von den DSM-IV-TR-Kriterien, die durch eine Arbeitsgruppe an das Kleinkind- und Vorschulalter angepasst wurden (49).

2.3 Diagnostic Infant and Preschool Assessment

Das DIPA ist ein semistrukturiertes diagnostisches Interview, das für Eltern von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter entwickelt wurde und 15 Module zur Diagnose psychischer Störungen umfasst (20). Im Folgenden werden die Entwicklung und der Aufbau des Interviews dargestellt und die bisher erfolgte Validierung durch andere Autoren aufgezeigt.

2.3.1 Entwicklung

Scheeringa entwickelte das DIPA als Alternative zum PAPA (20). Im Unterschied zum PAPA verfügt das DIPA über voneinander unabhängigen Diagnosemodule mit eigenem Diagnosealgorithmus und diagnosespezifischer Einschätzung der funktionellen Beeinträchtigung des Kindes. Es ist des Weiteren ökonomischer als das PAPA, da es die gleichen Diagnosen mit 68 % weniger Fragen erhebt. In der ursprünglichen Version bezieht sich das DIPA auf die DSM-IV-TR- und RCD-PA-Kriterien (20). 2015 wurde das Interview von Scheeringa an das aktuelle DSM-5 angepasst (50). Aktuell untersucht Scheeringa eine Likert-Version des DIPA (51). In der vorliegenden Arbeit wurde die DSM 5-Version von 2015 verwendet.

2.3.2 DIPA-Diagnosen

Das DIPA erfasst folgende Diagnosen nach den DSM-5-Kriterien:

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Schwere depressive Episode
- Bipolar-I-Störung
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- Störung mit oppositionellem Trotzverhalten
- Disruptive Affektregulationsstörung
- Störung des Sozialverhaltens
- Störung mit Trennungsangst
- Spezifische und soziale Phobien
- Generalisierte Angststörung
- Zwangsstörung
- Reaktive Bindungsstörung
- Beziehungsstörung mit Enthemmung
- Insomnien

Der Diagnosealgorithmus der deutschen Übersetzung entspricht dem des Originalinstruments (Version 08/08/2015) und beruht auf den DSM-5-Kriterien (52). Das Interview beinhaltet für jede Diagnose ein unabhängiges Modul mit eigenständigem Diagnosealgorithmus. Dadurch kann das DIPA je nach Fragestellung auch für einzelne Diagnosen oder ausgewählte Diagnosegruppen genutzt werden. Zusätzlich zu den Symptomen wird für jede Diagnose die funktionelle Beeinträchtigung des Kindes in folgenden Bereichen erfragt:

- Beziehung zu den Eltern, Geschwistern und anderen Kindern
- Verhalten im Kindergarten und Beziehung zu den Erziehenden
- Angemessenes Verhalten in der Öffentlichkeit (z.B. Supermarkt, Restaurant)

Konkordant zu den DSM-5-Kriterien beinhalten einige Module zusätzlich die Frage nach der emotionalen Belastung des Kindes (15).

2.3.3 Fragenformat im DIPA

Das DIPA ist ein semistrukturiertes Interview, welches Anteile strukturierter Interviews enthält. So liest die interviewende Person zu Beginn eine vorformulierte Frage wortwörtlich vor. Die Fragen sind so formuliert, dass sie explizit Verhaltensweisen erfassen, die „häufiger oder stärker auftreten als bei einem durchschnittlichen Kind [des gleichen] Alters“ (50). Eine Überprüfung der Einschätzung des Elternteils erfolgt durch das Erfragen von Beispielen. Die interviewende Person fragt so lange nach, „bis der Sachverhalt dem Interviewer als hinreichend geklärt erscheint“ (50). Die endgültige Einschätzung, ob ein Symptom vorliegt oder nicht, wird von der interviewenden Person anhand der genannten Beispiele getroffen. Jede Frage wird mit ja oder nein (0 / 1) kodiert. Wird das Vorliegen eines Symptoms auf diese Weise bestätigt, erfasst die interviewende Person Symptommhäufigkeit, -dauer und -beginn. Diese zusätzlichen Informationen haben nur dann Einfluss auf die Diagnose, wenn sie in den DSM-5-Kriterien berücksichtigt werden. Im zugehörigen Manual wird die genaue Art der Rückfragen durch die interviewende Person beschrieben (50).

Durch das Fragenformat und das ausführliche Manual kann das DIPA nicht nur von Expert:innen, sondern auch von zuvor geschulten Laien (z.B. im Rahmen von Studien) durchgeführt werden (20).

2.3.4 Validierung

Das DIPA wurde in mehrere Sprachen übersetzt (50). Es liegen Validierungsstudien des Originalinstruments (20) sowie der niederländischen (53) und der dänischen Fassung (54) vor (s. Tabelle 1).

Tabelle 1

Übersicht über Validierungsstudien des DIPA

Eigenschaften	Studien		
Autor	Scheeringa, Haslett (20)	Løkkegaard et al. (54)	Gigengack et al. (53)
Jahr	2010	2019	2020
<i>N</i>	54	62	136
Alter der Kinder <i>Min-Max, M (SD)</i>	1-6, 4.4 (0.99)	1-6 ^a	1-7, 4.4 (1.83)
Sprache	Amerikanisches Englisch	Dänisch	Niederländisch
Kriterien	DSM-IV-TR und RCDPA	DSM-IV-TR und RCDPA	DSM-5
Stichprobe	Psychiatrische Ambulanz	Eltern, deren Kinder mindestens ein potenziell traumatisches Ereignis erlebt haben	Kinder- und Jugend Psychiatrie (<i>n</i> = 62) Eltern, deren Kinder einen Verkehrsunfall erlitten hatten (<i>n</i> = 75)
Diagnosen	PTSD Schwere depressive Episode ADHD ODD Störung mit Trennungsangst Generalisierte Angststörung Zwangsstörung	PTSD Schwere depressive Episode ADHD ODD Störung mit Trennungsangst CD Reaktive Bindungsstörung Insomnien	PTSD Schwere depressive Episode ADHD ODD Störung mit Trennungsangst Generalisierte Angststörung Zwangsstörung
Referenzstandard	CBCL	SDQ	TSCYC CBCL

Anmerkungen. CBCL = Child Behavior Checklist, TSCYC = Trauma Symptom Checklist for Young Children

PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung

ADHD = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

ODD = Störung mit oppositionellem Trotzverhalten

CD = Störung des Sozialverhaltens

^a keine Angabe zu *M* und *SD*

Allen Validierungsstudien ist gemein, dass sie anstelle des gesamten DIPAs lediglich sieben bis acht Module untersuchten. Die Daten wurden dabei entweder in klinischen Stichproben erhoben oder in Stichproben mit Kindern, die ein potenziell traumatisches Ereignis erlebt hatten. Als Referenzstandard kamen Elternfragebögen wie der SDQ zum Einsatz (s. Tabelle 1). Zur Bewertung der Konvergenzvalidität erfolgte eine Untersuchung der Korrelation zwischen

Symptomanzahl der einzelnen Diagnosen und den entsprechenden Skalen des Referenzstandards. Gigengack et al. wiesen einen starken Zusammenhang für alle untersuchten Module nach ($\rho \geq .50$) (53). Die anderen Validierungsstudien fanden ebenfalls einen starken Zusammenhang zwischen den Skalen, allerdings nicht bei den Diagnosen schwere depressive Episode, Insomnien, PTSD, generalisierte Angststörung und Zwangsstörungen (20, 54).

Zwei der drei Studien untersuchten die diagnostische Validität anhand der Übereinstimmung des Vorhandenseins einer DIPA-Diagnose mit einem auffälligen Skalenwert der Elternfragebögen. Dabei fanden sich in beiden Studien eine geringe Übereinstimmung bei der Diagnose schwere depressive Episode ($\kappa < .20$). Hervorzuheben ist, dass das κ trotz einer hohen absoluten Übereinstimmung von 80.1 % bei Gigengack et al. gering ausfiel. Auch die Diagnosen PTSD, generalisierte Angststörung, Zwangsstörung und Störung mit Trennungsangst zeigten in mindestens einer Studie eine geringe Übereinstimmung ($\kappa < .20$) (20, 53). Die schwächeren Korrelationen dieser Module führen die Autoren auf die unzureichende diagnostischen Aussagekraft der Elternfragebögen und die niedrige Häufigkeit dieser Diagnosen zurück (20, 53). Bei der Bewertung des Cohens κ muss beachtet werden, dass κ durch eine geringe Prävalenz niedrig ausfällt, obwohl möglicherweise eine hohe absolute Übereinstimmung vorliegt (55).

Darüber hinaus zeigte sich in den Validierungsstudien eine gute Test-Retest Reliabilität ($ICC > .50$) (20), Interraterreliabilität ($ICC > .90$) (53) und interne Konsistenz ($\alpha > .80$) (53, 54) für fast alle Module.

In weiteren Studien erfolgte die Überprüfung der Validität einzelner DIPA-Module. Das PTSD-Modul wies dabei eine gute interne Konsistenz im amerikanischen Englisch (56) und eine exzellente Interraterreliabilität in der dänischen Übersetzung auf (57). Bei Ein- und Durchschlafstörungen zeigte sich ein Zusammenhang zwischen den DIPA-Diagnosen und den Ergebnissen anderer Instrumente zur Einschätzung des Schlafverhaltens (58).

Außerdem wurde das DIPA in der Forschung zur Diagnosestellung einzelner Diagnosen (59–61) und auch zur Einschätzung der mentalen Gesundheit von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (62–64) genutzt.

Insgesamt lassen sich für das DIPA angemessene psychometrische Eigenschaften postulieren. Dies gilt insbesondere für die Module ADHD, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und Störung des Sozialverhaltens. Die Module zu den psychischen Störungen Bipolar-I-Störung, disruptive Affektregulationsstörung, spezifische und soziale Phobie und Beziehungsstörung mit Enthemmung wurden bis jetzt noch nicht validiert.

3 Zielsetzung und Hypothesen

Das Ziel der Studie und der vorliegenden Arbeit ist es die Validität der deutschen Übersetzung des DIPAs zu untersuchen. Etwa jedes zehnte Klein- und Vorschulkind leidet an einer psychischen Störung und es mangelt an einheitlichen Diagnoseinstrumenten in dieser Altersgruppe. Das DIPA, ein semistrukturiertes Interview für das Kleinkind- und Vorschulalter, erfasst die Elternsicht auf die Symptome und Verhaltensweisen ihres Kindes und fängt somit die wichtigsten Perspektive zur Diagnosestellung in dieser Altersgruppe ein. Durch einen Diagnosealgorithmus entsprechend der DSM-5-Kriterien kann das DIPA 15 Diagnosen unabhängig voneinander erfassen.

Die Validierung des DIPAs erfolgt anhand des gewählten Referenzstandards, dem *Strengths and Difficulties Questionnaire* für Eltern von Kindern zwischen dem 4. und 17. Lebensjahr (SDQ P4-17). Dabei handelt es sich um einen Elternfragebogen, der Stärken und Schwierigkeiten in Bezug auf das kindliche Verhalten erfasst (s. Kapitel 4.3). Die Validierung wird sowohl für die Gesamtheit aller Diagnosen im DIPA als auch für die Diagnosegruppen, die den einzelnen Skalen des SDQ P4-17 zugeordnet sind, durchgeführt.

Zur Überprüfung der Validität wurden folgende Arbeitshypothesen erstellt:

Hypothese 1 Es gibt eine signifikante Übereinstimmung zwischen dem Vorhandensein einer DIPA-Diagnose und einem auffälligen Testergebnis des SDQ P4-17.

Hypothese 2 Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der DIPA-Symptome und den SDQ P4-17-Skalen.

Da die DIPA-Diagnose der Insomnie nicht eindeutig einer SDQ P4-17-Skala zugeordnet werden kann, wird der Zusammenhang der Diagnose mit allen SDQ P4-17-Skalen explorativ untersucht. Des Weiteren werden in einer explorativen Datenanalyse Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen des DIPA bzw. des SDQ P4-17 mit dem Geschlecht und dem Alter der Kinder untersucht.

4 Methoden

In diesem Kapitel wird die Erhebung der Daten beschrieben. Zunächst wird auf die Rekrutierung der teilnehmenden Kinder und ihrer Eltern eingegangen und auf den allgemeinen Ablauf mit Durchführung des DIPAs und Ausgabe der Fragebögen. Dann wird der Elternfragebogen SDQ P4-17 und zuletzt die durchgeführten statistischen Methoden beschrieben.

4.1 Stichprobe

Im Zeitraum von Dezember 2017 bis Ende September 2019 wurden Patient:innen zwischen 0 und 5;11 Jahren mit Eltern, die sich in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie am Universitätsklinikum Münster vorstellten oder sich am Beginn einer Behandlung in der Familientagesklinik für Klein- und Vorschulkin-der befanden, persönlich zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Nach entsprechender Aufklärung und Einwilligungserklärung der Eltern wurde ein Termin zur Durchführung des DIPAs vereinbart. Die Ausschlusskriterien waren nicht ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache, psychische Störungen der Eltern, die zur Einschränkung der Geschäfts- und Einsichtsfähigkeit führten, sowie schwerwiegende körperliche Erkrankungen oder geistige Behinderung des Kindes. Die teilnehmenden Eltern erhielten keine Aufwandsentschädigung und konnten zu jeder Zeit und ohne negative Konsequenzen ihre Teilnahme an der Studie beenden.

4.2 Ablauf

Die vorliegenden Daten wurden im Rahmen der klinischen Validierung des DIPAs von der Arbeitsgruppe „Frühe Kindheit“ unter der Leitung von Frau Prof. Dr. habil. Dipl.-Psych. Ramsauer an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie am Universitätsklinikum Münster erhoben. Die Datenerhebung begann nach Genehmigung durch die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (s. Anhang E).

4.2.1 DIPA

2017 übersetzte die Arbeitsgruppe „Frühe Kindheit“ das Interview und das Manual mit Erlaubnis des Autors⁵ aus dem amerikanischen Englisch in die deutsche Sprache. Die Übersetzungen wurden fachgerecht ins amerikanische Englisch zurückübersetzt und mit dem Original verglichen. Einzelne geringfügige Abweichungen wurden im Konsens angepasst.

Das DIPA wurde von geschulten Mitarbeitern der Arbeitsgruppe „Frühe Kindheit“, u.a. der Autorin der vorliegenden Arbeit – getreu dem Manual (50) – durchgeführt. Die Mitarbeiter:innen wurden zuvor von der Leiterin des Projekts zur Interviewtechnik angeleitet. Die Interviewfragen wurden entweder von Papier oder von einem Tablet abgelesen. Zur Vereinfachung der Auswertung hat die Arbeitsgruppe „Frühe Kindheit“ einen Auswertungsbogen konzipiert, der die Symptome mit Häufigkeit, Beginn und Dauer und den Diagnosealgorithmus übersichtlich darstellt (65). Zum Zeitpunkt des Interviews lagen der interviewenden Person keine klinischen Informationen zu den Patient:innen und den Eltern vor.

4.2.2 Fragebögen

Die Fragebögen wurden gemeinsam mit dem Informationsmaterial zur Studie und der Einwilligungserklärung (s. Anhang A) zum Zeitpunkt des Erstkontaktes an die Eltern ausgegeben. Die Einwilligungserklärung musste von allen Sorgeberechtigten des Kindes unterschrieben werden, um an der Studie teilnehmen zu können.

Jedes Elternteil erhielt zum einen Fragebogen zur eigenen Person. Zu den Fragebögen zählten sowohl ein Fragebogen zu soziodemographischen Daten und zur eigenen Gesundheit. Zum anderen bearbeiteten beide Elternteile Fragebögen zum Kind. Sie erhielten den SDQ P4-17 und einen Fragebogen zu soziodemographischen Daten und der körperlichen Gesundheit des Kindes. Der Rücklauf der Fragebögen erfolgte persönlich oder postalisch. Die Eltern wurden von der Arbeitsgruppe „Frühe Kindheit“ in regelmäßigen Abständen an die Rückgabe der Fragebögen erinnert. Bei Bedarf wurden Briefe mit Rücksendeumschlägen versandt, um den postalischen Rücklauf zu erleichtern.

⁵ Michael S. Scheeringa, Kommunikation via E-Mail

4.3 Strengths and Difficulties Questionnaire

Der SDQ wurde zur Validierung des DIPAs genutzt. Er ist ein Instrument zur Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken. Der SDQ wurde 1997 von Goodman et al. entwickelt und ist für das Kleinkind- und Vorschulalter als Version für Eltern und Erziehende verfügbar (66). Er umfasst 25 Items, die jeweils mit „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“ beantwortet werden. Aus den Items ergeben sich fünf Einzelskalen, aus denen sich der Gesamtproblemwert errechnet. Zusätzlich erfasst der SDQ, ob das Kind oder sein Umfeld Beeinträchtigungen im Alltag erlebt (66). Der SDQ kann in über 60 Sprachen kostenlos im Internet heruntergeladen werden (67). Er ist einer der meist genutzten Fragebögen zur Erfassung von psychischen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern (68). In dieser Arbeit wurde der SDQ für Eltern von Kindern zwischen dem 4. und 17. Lebensjahr verwendet (SDQ P4-17).

Der SDQ P4-17 besteht aus fünf Einzelskalen, die sich zu einem Gesamtproblemwert addieren und dem Impactscore, der die funktionelle Beeinträchtigung bewertet.

Die fünf Einzelskalen sind:

- Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme
- Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten
- Emotionale Probleme
- Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen
- Prosoziales Verhalten

Die Einzelskalen können jeweils einen Wert von 0 bis 10 annehmen. Sie werden aus den zugehörigen Items berechnet. Jedes Item wird mit 0 = „nicht zutreffend“, 1 = „teilweise zutreffend“ und 2 = „eindeutig zutreffend“ kodiert. Bis auf die Skala Prosoziales Verhalten spricht ein höherer Wert für mehr Schwierigkeiten im jeweiligen Bereich. Positiv formulierte Items, wie z.B. „Denkt nach, bevor er/sie handelt“, werden umgepolt und reduzieren somit den Wert der Problemskalen. Aus vier der fünf Einzelskalen (ausgenommen Prosoziales Verhalten) wird der Gesamtproblemwert mit möglichen Werten zwischen 0 und 40 errechnet (69). Zusätzlich ermittelt der SDQ P4-17 den Impactscore mit einem Wert zwischen 0 und 10. Für diesen Score werden der Leidensdruck des Kindes sowie Schwierigkeiten zu Hause, mit Freunden, im Unterricht und in der Freizeit auf einer Likert-Skala (0-3) erfasst (70).

Die Skalen des SDQ P4-17 werden in „normal, [...] borderline, and [...] abnormal“ eingeteilt (69). Dabei werden die Testtrennwerte anhand der Wertverteilung einer repräsentativen Stichprobe festgelegt, sodass 80 % der Werte im normalen Bereich, 10 % im Grenzbereich

(borderline) und 10 % im abnormalen Bereich liegen (69). Die Testtrennwerte sollten durch nationale, normative Studien festgelegt werden, sie sind international nicht vergleichbar (71). Die Testtrennwerte für den SDQ P4-17, die in dieser Arbeit genutzt wurden, sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2

Testtrennwerte des SDQ P4-17

Skala	normal	borderline	abnormal
Gesamtproblemwert	0 - 12	13 - 15	16 - 40
Emotionale Probleme	0 - 3	4	5 - 10
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	0 - 3	4	5 - 10
Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme	0 - 5	6	7 - 10
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	0 - 3	4	5 - 10
Prosoziales Verhalten	6 - 10	5	0 - 4
Impact Score ^a	0	1	2 - 10

Anmerkung. Entsprechend der deutschen normativen Testtrennwerte von 2004 (72)

^a Keine deutschen normativen Daten, hier Testtrennwerte des Originalinstruments verwendet (70)

4.4 Statistische Methoden

In diesem Kapitel wird zunächst auf den Umgang mit fehlenden Daten eingegangen und dann die geplante statistische Analyse beschrieben. Alle statistischen Untersuchungen erfolgten mit IBM Statistical Product and Service Solutions (SPSS) 27.

4.4.1 Umgang mit fehlenden Daten

In der vorliegenden Arbeit wurden Datensätze eingeschlossen, wenn ein vollständiges DIPA und mindestens ein vollständiger SDQ P4-17 von einem Elternteil vorlagen. Ein zeitlicher Abstand zwischen der Durchführung des DIPA und dem Ausfüllen, der größer als sechs Wochen war, führte zum Ausschluss des Datensatzes.

Zur Auswertung wurde der SDQ P4-17 des gleichen Informanten wie beim Interview verwendet, d.h. wenn die Mutter am DIPA teilgenommen hatte, wurde auch ihr SDQ P4-17 zur Auswertung herangezogen. Andernfalls wurde der Fragebogen des anderen Elternteils genutzt. Kam es beim DIPA zu fehlenden Daten wurde im Einzelfall geprüft, ob diese eine Auswirkung auf die einzelne Diagnosestellung (Diagnose ja/nein) hatten. Wenn dies der Fall war, wurden die entsprechenden Datensätze vollständig aus der Auswertung herausgenommen.

SDQ P4-17 mit bis zu zwei fehlenden oder uneindeutigen Antworten pro Einzelskala wurden in den Datensatz eingeschlossen, wenn nicht mehr als insgesamt acht Antworten fehlten bzw. uneindeutig waren. Der Wert aus den Einzelskalen bzw. der Gesamtproblemwert wurde aus den gegebenen Antworten hochgerechnet. Wurden z.B. drei Antworten mit einem gesamten Punktwert von vier gegeben, errechnete sich daraus bei fünf Antworten ein Punktwert von sieben (6,67 aufgerundet) (70).

4.4.2 Stichprobenbeschreibung

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden die soziodemographischen Daten des Kindes und der Eltern aus den entsprechenden Fragebögen dargestellt. Anschließend erfolgte die Beschreibung der Ergebnisse des SDQ P4-17 und des DIPAs. In einer explorativen Datenanalyse wurde untersucht, ob Geschlecht oder Alter der Kinder mit den Ergebnissen des SDQ P4-17 oder des DIPA zusammenhängen. Ob zwischen Jungen und Mädchen signifikante Unterschiede in den Ergebnissen des DIPAs oder des SDQ P4-17 vorlagen, wurde durch den *t*-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Da der *t*-Test robust auf eine Verletzung seiner Voraussetzungen reagiert, wurde auf eine Testung der Normalverteilung verzichtet (73). Ergänzend erfolgte die Berechnung der Effektstärke nach Cohen (*d*), sie wurde mit $\geq .20$ als klein, $\geq .50$ als mittelgroß und mit $\geq .80$ als groß bewertet (74). Um die Korrelation zwischen den Ergebnissen des DIPAs bzw. des SDQ P4-17 und dem Alter zu untersuchen, wurde Spearmans ρ verwendet und folgendermaßen ausgewertet: $< .30$ geringer Zusammenhang, $.30 - .50$ mittelmäßiger Zusammenhang, $> .50$ starker Zusammenhang (68).

4.4.3 Zusammenhang und Übereinstimmung zwischen DIPA und SDQ P4-17

Um die Ergebnisse von DIPA und SDQ P4-17 miteinander zu vergleichen wurden die DIPA-Diagnosen wie folgt den SDQ P4-17-Subskalen zugeordnet:

Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
 - Subtyp Hyperaktivität
 - Subtyp Unaufmerksamkeit

Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten

- Störung mit oppositionellem Trotzverhalten
- Störung des Sozialverhaltens

Emotionale Probleme

- Schwere depressive Episode
- Bipolar-I-Störung
- Disruptive Affektregulationsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Störung mit Trennungsangst
- Spezifische und soziale Phobie
- Generalisierte Angststörung
- Zwangsstörung
- Reaktive Bindungsstörung
- Beziehungsstörung mit Enthemmung

Die Zuordnung von Diagnosen zu den SDQ P4-17-Skalen orientierte sich an der Zuordnung anderer Arbeiten (75, 76). Die Diagnosegruppen *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen* und *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* entsprechen externalisierenden Störungen und die Diagnosegruppe *Emotionale Probleme* internalisierenden Störungen. Insomnien (Ein- und Durchschlafstörung) konnten keiner spezifischen SDQ P4-17-Skala zugeordnet werden.

Zur Überprüfung der Hypothese wurden DIPA- und SDQ P4-17-Ergebnisse sowohl anhand der kategorialen als auch der dimensional Skalen beider Tests untersucht. Die SDQ P4-17-Skalen wurden in kategoriale Skalen (unauffällig gegenüber auffällig) eingeteilt, wobei die Kategorie auffällig die Testtrennwerte von borderline und abnormal beinhaltet (s. Kapitel 4.3). Die Ergebnisse des DIPAs wurden ebenfalls kategorial skaliert. Dabei wurden *keine DIPA-Diagnosen* von *mindestens einer DIPA-Diagnose* der jeweils zugehörigen Gruppe unterschieden. Kinder, bei denen alleinig eine Insomnie diagnostiziert wurde, wurden in die Kategorie *keine DIPA-Diagnose* eingruppiert, da Insomnien keiner der SDQ P4-17-Skalen zugeordnet werden konnte.

Zur Beurteilung der Übereinstimmung der beiden kategorialen Skalen wurde Cohens Kappa (κ) verwendet. Zusätzlich wurde der Anteil der absoluten Übereinstimmung von DIPA und SDQ P4-17 angegeben sowie die Sensitivität und Spezifität des DIPAs. Zur Einordnung des Cohens Kappa wurde die Einteilung von Landis und Koch genutzt: < .00 schlechte Übereinstimmung, .00 - .20 geringe Übereinstimmung, .21 - .40 mäßige Übereinstimmung, .41 - .60 moderate Übereinstimmung, .61 - .80 substanzielle Übereinstimmung, .80 - 1.00 fast perfekte Übereinstimmung (77).

Weiterhin wurde der Zusammenhang zwischen den dimensional SDQ P4-17-Skalen mit der Anzahl der Symptome in den einzelnen Diagnosegruppen untersucht. Bei den dafür erstellten DIPA-Symptomskalen zählte jedes positiv beantwortete Item in den Modulen jeweils einen Punkt. Wurden Items übersprungen (z. B. durch das fehlende Vorliegen eines traumatischen Ereignisses im PTBS-Modul) oder konnten von den Eltern nicht beantwortet werden, wurden diese Items als 0 kodiert. Die funktionelle Beeinträchtigung wurde nicht in die Symptomskalen aufgenommen. Zur Untersuchung des Zusammenhangs wurde die Rangkorrelation nach Spearman angewandt. Spearmans ρ wurde entsprechend der Einteilung von Cohen et al. ausgewertet: $< .30$ geringer Zusammenhang, $.30 - .50$ mittelmäßiger Zusammenhang, $> .50$ starker Zusammenhang (78).

Da der SDQ P4-17 keine spezifischen Items zu Insomnien beinhaltet, wurde explorativ ein Zusammenhang zwischen der DIPA-Diagnose einer Schlafstörung und den einzelnen SDQ P4-17-Skalen mit dem t -Test für unabhängige Stichproben untersucht. Auf eine Testung der Normalverteilung wurde verzichtet (s. Kapitel 4.4.2).

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse vorgestellt. Nach der Darstellung der Stichprobe werden die Ergebnisse des DIPA und des SDQ P4-17 sowie deren Korrelation mit Alter und Geschlecht der Kinder beschrieben. Zuletzt wird auf die Zusammenhänge zwischen dem DIPA und dem SDQ P4-17 eingegangen.

5.1 Stichprobenbeschreibung

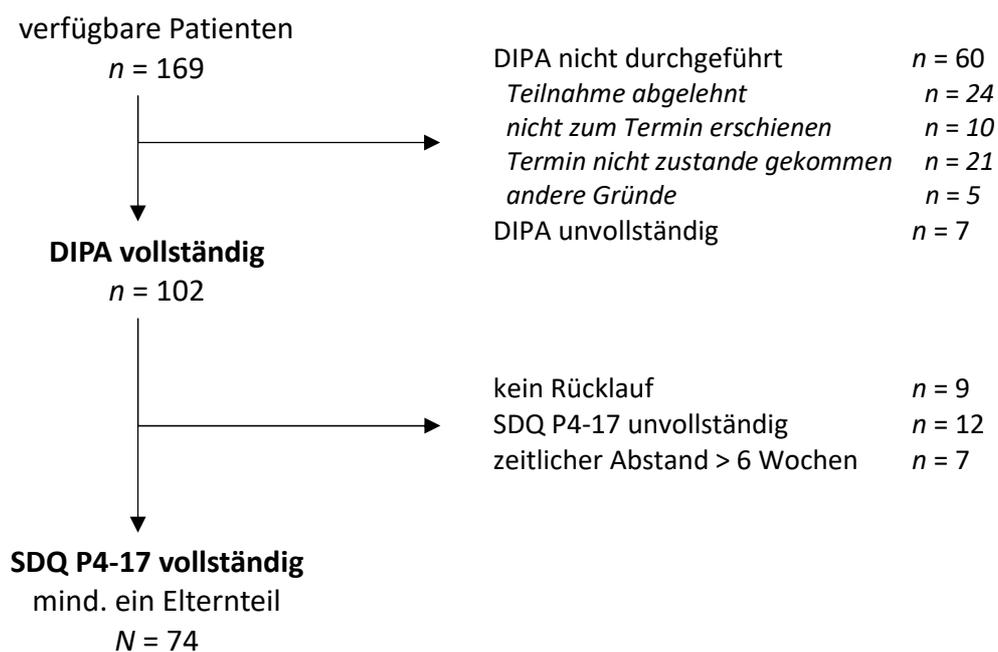
Die Stichprobenbeschreibung beinhaltet die Darstellung der Studienbeteiligung, die soziodemographischen Merkmale der Kinder und ihrer Eltern sowie die Ergebnisse des DIPAs und des SDQ P4-17.

5.1.1 Studienbeteiligung

Insgesamt wurden $n = 169$ Eltern im Zeitraum von Dezember 2017 bis Ende September 2019 zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Abbildung 1 zeigt eine Übersicht über die Studienteilnahme und den Rücklauf des SDQ P4-17.

Abbildung 1

Flussdiagramm der Studienpopulation



Das DIPA wurde mit $n = 109$ Elternteilen durchgeführt. In $n = 36$ Fällen hat das befragte Elternteil mindestens bei einer Frage keine Angabe machen können. Dies führte in $n = 7$ Fällen dazu, dass der Datensatz ausgeschlossen werden musste. $n = 81$ SDQ P4-17 wurden von mindestens einem Elternteil vollständig ausgefüllt. Davon war in $n = 7$ Fällen der zeitliche Abstand zwischen DIPA und SDQ P4-17 länger als sechs Wochen. Somit konnten $N = 74$ Datensätze eingeschlossen werden.

5.1.2 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Die soziodemographischen Merkmale der Kinder sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3

Demographische Daten der Kinder

Alter der Kinder [Jahre]	<i>M (SD, min-max)</i>	
Jungen	4.6 (1.1, 0.9 - 5.9)	
Mädchen	4.3 (1.3, 1.1 - 5.9)	
Gesamt	4.4 (1.2, 0.9 - 5.9)	
Weitere demographische Daten	<i>n</i>	<i>%</i>
Geschlecht		
Männlich	43	58.1
Weiblich	31	41.9
Bezugspersonen im Haushalt		
leibliche Eltern	48	64.9
nur leibliche Mutter	20	27.0
leibliche Mutter mit anderer männlicher Bezugsperson	1	1.4
Pflegeeltern	3	4.0
keine Angaben	2	2.7
Anzahl der Geschwister		
keine Geschwister	16	21.6
1	37	50.0
2 oder mehr	20	27.0
keine Angaben	1	1.4
Weitere Kinder < 18 Jahre im Haushalt		
keine weiteren Kinder	24	32.4
1	35	47.3
2 oder mehr	11	14.9
keine Angaben	4	5.4

In der vorliegenden Stichprobe ($N = 74$) lag der Anteil an Jungen bei 58.1 % ($n = 43$). Die Kinder waren bei der Durchführung des DIPAs im Mittel 4.4 Jahre alt ($SD = 1.2$ Jahre, $Mdn = 4.7$ Jahre), wobei $n = 7$ Kinder jünger als drei Jahre waren (9.5 %). Ein Großteil der Kinder lebte mit beiden leiblichen Eltern (64.9 %, $n = 48$) zusammen. Der Anteil an Kindern mit alleinerziehenden Eltern lag bei 27.0 % ($n = 20$).

Die Mütter in der Stichprobe waren jünger ($M = 36.4$, $SD = 5.6$) als die Väter ($M = 40.9$, $SD = 6.7$). Die jüngste Mutter war 23.9 Jahre, die älteste 50.6 Jahre alt. Die höchsten Bildungsabschlüsse der Eltern sind Tabelle 4 zu entnehmen. Es ist zu beachten, dass der Fragebogen zu soziodemographischen Daten von 18 Vätern nicht ausgefüllt wurde, davon lebten 72.2 % ($n = 13$) nicht im gleichen Haushalt wie ihr Kind.

Tabelle 4

Höchster Bildungsabschluss der Eltern

Höchster Bildungsabschluss	Mutter		Vater	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Hochschulstudium/Universität	14	18.9	16	21.6
Allgemeine/ fachgebundene Hochschulreife	10	13.5	5	6.8
Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule	7	9.5	4	5.4
Realschulabschluss/Mittlere Reife	25	33.8	12	16.2
Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss	10	13.5	15	20.3
Ohne Hauptschulabschluss	1	1.4	0	0.0
Anderer Bildungsabschluss	2	2.7	3	4.1
Keine Angabe	5	6.8	19	25.7

5.2 Ergebnisse des DIPAs

Um die Ergebnisse des DIPAs darzustellen, werden zunächst die interviewten Personen und die Länge des Interviews beschrieben. Daraufhin wird die Anzahl der komorbiden DIPAs-Diagnosen pro Kind und die Häufigkeit der einzelnen DIPAs-Diagnosen in der gesamten Stichprobe dargestellt. Zuletzt wird die Anzahl positiver Items in den einzelnen Diagnosegruppen präsentiert und auf einen Zusammenhang mit Geschlecht und Alter der Kinder hin untersucht. Die hier vorgestellten Daten werden in Kapitel 5.4 mit den Ergebnissen des SDQ P4-17 in Zusammenhang gebracht.

Das DIPAs wurde in 82.4 % der Fälle ($n = 61$) mit der leiblichen Mutter, in 6.8 % der Fälle ($n = 5$) mit dem leiblichen Vater, in 8.1 % der Fälle ($n = 6$) mit beiden Elternteilen gemeinsam und in 2.8 % der Fälle ($n = 2$) mit einer sonstigen Bezugsperson durchgeführt. Die

Durchführung des DIPA dauerte im Mittel 69 Minuten ($SD = 22$ Minuten). Das kürzeste Interview der Stichprobe dauerte 25, das längste 125 Minuten.

Die Anzahl der durch das DIPA festgestellten, komorbiden Diagnosen pro Kind ist in Tabelle 5 dargestellt. In 32.4 % der Fälle ($n = 24$) ergab sich keine Diagnose oder alleinig die Diagnose einer Insomnie (5.4 %, $n = 4$). Wie in Kapitel 4.4.3 beschrieben, werden diese Fälle für den Vergleich mit dem SDQ P4-17 als *keine Diagnose* bewertet. Es zeigte sich, dass 48.4 % der Mädchen ($n = 15$), aber nur 20.9 % der Jungen ($n = 9$) keine DIPA-Diagnosen erhielten. Auch der Anteil an drei oder mehr DIPA-Diagnosen war bei den Jungen (32.5 %, $n = 14$) größer als bei den Mädchen (25.8 %, $n = 8$).

Tabelle 5

Anzahl der komorbiden DIPA-Diagnosen pro Kind

Anzahl der DIPA-Diagnosen pro Kind	gesamt ($N = 74$)		Jungen ($n = 43$)		Mädchen ($n = 31$)	
	n	%	n	%	n	%
keine ^a	24	32.4	9	20.9	15	48.4
1	10	13.5	9	20.9	1	3.2
2	18	24.3	11	25.6	7	22.6
3	10	13.5	5	11.6	5	16.1
4	6	8.1	4	9.3	2	6.5
5	3	4.1	2	4.7	1	3.2
6 - 8	3	4.1	3	7.0	0	0.0

Anmerkung. ^a oder alleinige Diagnose einer *Insomnie*

Tabelle 6 zeigt die Häufigkeit der einzelnen DIPA-Diagnosen in der Stichprobe. Die häufigsten DIPA-Diagnosen in der Stichprobe waren die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (43.2 %, $n = 32$) und Insomnien (32.4 %, $n = 24$). 33.8 % der Kinder ($n = 25$) litten laut dem DIPA an einer ADHS. Jungen (41.9 %, $n = 18$) waren davon häufiger betroffen als Mädchen (22.6 %, $n = 7$). 51.2 % der Jungen ($n = 22$) hatten mindestens eine Diagnose aus der Diagnosegruppe der *Externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten*. Dies war nur bei 32.3 % der Mädchen ($n = 10$) der Fall. 51.2 % der Jungen ($n = 22$) und 38.7 % der Mädchen ($n = 12$) hatten eine Diagnose aus der Diagnosegruppe *Emotionale Probleme*.

Tabelle 6*Anzahl der DIPA-Diagnosen in der Stichprobe*

Diagnose	gesamt (N = 74)		Jungen (n = 43)		Mädchen (n = 31)	
	n	%	n	%	n	%
ADHS	25	33.8	18	41.9	7	22.6
Subtyp Unaufmerksamkeit	14	18.9	10	23.3	4	12.9
Subtyp Hyperaktivität	19	25.7	14	32.6	5	16.1
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	32	43.2	22	51.2	10	32.3
Störung mit oppositionellem Trotzverhalten	32	43.2	22	51.2	10	32.3
Störung des Sozialverhaltens	2	2.7	1	2.3	1	3.2
Emotionale Probleme	34	45.9	22	51.2	12	38.7
PTBS	6	8.1	2	4.7	4	12.9
Schwere depressive Episode	8	10.8	7	16.3	1	3.2
Bipolar-I-Störung	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Disruptive Affektregulationsstörung	7	9.5	5	11.6	2	6.5
Störung mit Trennungsangst	9	12.2	8	18.6	1	3.2
Spezifische Phobie	11	14.9	10	23.3	1	3.2
Soziale Phobie	7	9.5	4	9.3	3	9.7
Generalisierte Angststörung	1	1.4	0	0.0	1	3.2
Zwangsstörung	1	1.4	1	2.3	0	0.0
Reaktive Bindungsstörung	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Beziehungsstörung mit Enthemmung	7	9.5	3	7.0	4	12.9
Insomnien	24	32.4	13	30.2	11	35.5
Einschlafstörung	8	10.8	5	11.6	3	9.7
Durchschlafstörung	7	9.5	3	7.0	4	12.9
komorbide Einschlaf- und Durchschlafstörung	9	12.2	5	11.6	4	12.9

Die Verteilungsmaße der positiven Items der jeweiligen Diagnosegruppen ist in Tabelle 7 dargestellt. Die Verteilungsmaße der einzelnen Diagnosen finden sich in Anhang B. Das DIPA erfasst insgesamt 158 Items, durchschnittlich wurden davon 20.6 Items ($SD = 14.1$ Items) positiv beantwortet. Die Anzahl der positiv beantworteten Items war bei der Einschätzung von Jungen ($M = 23.1$, $SD = 13.9$) höher als bei der Einschätzung von Mädchen ($M = 17.0$, $SD = 13.8$), allerdings war dieser Unterschied nicht signifikant ($t(72) = 1.87$, $p = 0.065$).

Tabelle 7*Positive Items des DIPAs in den einzelnen Diagnosegruppen und bei Insomnien*

Diagnose	Anzahl der Items	gesamt (N = 74)		Jungen (n = 43)		Mädchen (n = 31)	
		M	SD	M	SD	M	SD
Gesamtes DIPA	158	20.6	14.1	23.1	13.9	17.0	13.8
ADHS ^a	18	6.0	5.2	7.1	5.1	4.5	5.1
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	24	3.8	3.3	4.5	3.1	2.8	3.2
Emotionale Probleme	114	10.1	8.3	10.9	8.8	9.0	7.5
Insomnien	2	0.6	0.8	0.6	0.7	0.7	0.8

Anmerkung. ^a entspricht der Diagnosegruppe *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme*

In den Diagnosegruppen *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme* (entspricht ADHS) und *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* lagen bei Jungen signifikant mehr positive Items vor als bei Mädchen (s. Tabelle 8). Diese Unterschiede zeigten eine mittelgroße Effektstärke ($d > .50$). In Hinblick auf das gesamte DIPA und die Diagnosegruppen *Emotionale Probleme* und bei Insomnien lag kein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen vor.

Tabelle 8*Positive Items des DIPAs – Zusammenhang mit Geschlecht und Alter der Kinder*

Diagnosegruppe	Geschlecht			Alter	
	t(72)	p	d	ρ	p
Gesamtes DIPA	1.87	.065	.44	.27	.021
ADHS ^a	2.18	.033	.51	.34	.003
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	2.37	.020	.56	.28	.015
Emotionale Probleme	0.96	.341	.23	.16	.163
Insomnien	-0.72	.472	-.17	-.30	.009

Anmerkung. ^a entspricht der Diagnosegruppe *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme*
 Geschlecht: unabhängiger t-Test, Effektstärkemaß Cohens (d); Alter: Spearmans rho (ρ)

Das Alter der Kinder korrelierte signifikant mit der Anzahl der positiven Items im gesamten DIPA und in den Diagnosegruppen. Ausgenommen davon waren *Emotionale Probleme* ($p = .163$). Je älter Kinder, desto mehr positive Items lagen im DIPA vor ($\rho = .27$, $p = .021$). Bei den Insomnien hatten jüngere Kinder eine signifikant höhere Anzahl an positiven Items als ältere ($\rho = -.30$, $p = .009$).

5.3 Ergebnisse des SDQ P4-17

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Referenzstandards SDQ P4-17 dargestellt. Dabei werden der Gesamtproblemwert und die Einzelskalen sowie deren Zusammenhang mit Alter und Geschlecht des Kindes beschrieben. Eine Übersicht findet sich in Tabelle 9.

Tabelle 9

Ergebnisse des SDQ P4-17

SDQ P4-17	Gesamt (N = 74)			Männlich (n = 43)			Weiblich (n = 31)		
	auffällig n (%)	M	SD	auffällig n (%)	M	SD	auffällig n (%)	M	SD
GPW	44 (59.6)	15.7	7.6	30 (69.8)	17.0	7.0	14 (45.2)	13.9	8.1
Hyp/Aufm	38 (51.4)	5.6	3.0	27 (62.8)	6.0	3.0	11 (35.5)	5.0	3.0
Extern	42 (56.8)	3.9	2.3	27 (62.8)	4.0	2.1	15 (48.4)	3.6	2.6
Emotional	24 (32.4)	2.6	2.3	15 (34.9)	2.7	2.4	9 (29.0)	2.5	2.2
Gleichaltrige	36 (48.6)	3.7	2.8	26 (60.5)	4.3	2.8	10 (32.3)	2.9	2.6
Prosoziales V.	28 (37.8)	5.9	2.2	19 (44.2)	5.5	2.3	9 (29.0)	6.5	1.9
Impact score	44 (60.3)	2.5	2.4	29 (69.0)	2.9	2.4	15 (48.4)	2.1	2.4

Anmerkung.

- GPW = Gesamtproblemwert
- Hyp/Aufm = Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme
- Extern = Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten
- Emotional = Emotionale Probleme
- Gleichaltrige = Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen
- Prosoziales V. = Prosoziales Verhalten

Bei Betrachtung des Gesamtproblemwerts ergab sich ein Mittelwert von 15.7 ($SD = 7.6$). 59.6 % der Fragebögen ($n = 44$) ergaben ein auffälliges Testergebnis (Gesamtproblemwert ≥ 16). Dabei zeigte sich bei den Jungen ein höherer Gesamtproblemwert ($M = 17.0$, $SD = 7.0$) als bei den Mädchen ($M = 13.9$, $SD = 8.1$). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war nicht signifikant ($t(72) = 1.77$, $p = .081$) (s. Tabelle 10). In Bezug auf die Einzelskalen hatte die Einzelskala *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme* die höchsten Werte ($M = 5.6$, $SD = 3.0$). 62.8 % der Jungen ($n = 27$) und 35.5 % der Mädchen ($n = 11$) erhielten von der interviewten Person ein auffälliges Testergebnis in dieser Einzelskala. Die Einzelskala *Emotionale Probleme* zeigte die geringsten Werte ($M = 2.6$, $SD = 2.3$). Bei dieser Einzelskala lagen 34.9% der Jungen ($n = 15$) und 29.0 % der Mädchen ($n = 9$) im auffälligen Bereich. Der einzige signifikante Unterschied zwischen Mädchen und Jungen zeigte sich in der Skala *Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen* und in der Skala *Prosoziales Verhalten*. Mädchen zeigten

signifikant weniger *Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen* als Jungen ($t(72) = 2.20, p = .031, d = .52$). Bei der Skala *Prosoziales Verhalten* erhielten Mädchen signifikant höhere Werte und damit ein weniger ausgeprägtes Problemverhalten als Jungen ($t(72) = -2.09, p = .040, d = -.47$).

Der SDQ P4-17 Gesamtproblemwert und alle Einzelskalen, bis auf die Skala *Prosoziales Verhalten*, hingen signifikant mit dem Alter des Kindes zusammen, wobei sich ein geringer bis mittlerer Zusammenhang fand ($\rho \leq .40$, s. Tabelle 10). Ein höheres Alter korrelierte bei diesen Skalen mit einem höheren Score. Der stärkste Zusammenhang zeigte sich zwischen dem Gesamtproblemwert und dem Alter des Kindes ($\rho = .40, p < .001$).

Tabelle 10

SDQ P4 17-Skalen – Zusammenhang mit Geschlecht und Alter der Kinder

SDQ P4-17	Geschlecht			Alter	
	$t(72)$	p	d	ρ	p
Gesamtproblemwert	1.77	.081	.42	.40	< .001
Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme	1.45	.151	.34	.24	.042
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	0.80	.429	.19	.36	.002
Emotionale Probleme	0.45	.653	.11	.29	.011
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	2.20	.031	.52	.31	.008
Prosoziales Verhalten	-2.09	.040	-.49	-.16	.182
Impact score	1.29	.200	.31	.34	.004

Anmerkung. Geschlecht: unabhängiger t -Test, Effektstärkemaß Cohens (d); Alter: Spearmans rho (ρ)

5.4 Zusammenhang zwischen DIPA und SDQ P4-17

Um die Validität des DIPAs zu untersuchen, wurden die Ergebnisse des DIPAs und des SDQ P4-17 kategorial und dimensional skaliert (s. Kapitel 4.4.3). Die Zusammenhänge der Skalen werden im Folgenden analysiert. Die entsprechenden Kreuztabellen sind in Anhang C aufgeführt. Sowohl das Vorhandensein mindestens einer DIPA-Diagnose als auch die Anzahl der insgesamt vom DIPA erfassten Symptome korrelierten signifikant mit einem auffälligen bzw. hohen Gesamtproblemwert im SDQ P4-17 ($\kappa = .48, \rho = .77, p < .001$). Bei Betrachtung der kategorialen Ergebnisse zeigte sich eine absolute Übereinstimmung von 75.7 %, die Sensitivität betrug 86.4 %, die Spezifität 60.0 %. Auch die DIPA-Diagnosegruppen korrelierten signifikant mit den jeweiligen SDQ P4-17 Einzelskalen (s. Tabelle 11).

Tabelle 11

Korrelation zwischen DIPA und SDQ P4-17

DIPA-Diagnosegruppen	kategorial					dimensional	
	κ	p	Abs (%)	Se (%)	Sp (%)	ρ	p
Alle DIPA-Diagnosen ^a	.48	< .001	75.7	86.4	60.0	.77	< .001
Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme	.55	< .001	77.0	60.5	94.4	.73	< .001
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	.63	< .001	81.1	71.4	93.8	.78	< .001
Emotionale Probleme	.33	.003	67.6	70.8	66.0	.51	< .001

Anmerkung. ^a Alle DIPA-Diagnosen wurden mit dem Gesamtproblemwert des SDQ P-17 verglichen.

Abs = Absolute Übereinstimmung, Se = Sensitivität, Sp = Spezifität

Die stärkste Korrelation zeigte sich bei der DIPA-Diagnosegruppe *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* ($\kappa = .63$, $\rho = .78$, $p < .001$) mit einer absoluten Übereinstimmung von 81.1 % mit der entsprechenden SDQ P4-17-Skala. Bei Betrachtung der Sensitivität und Spezifität der einzelnen DIPA-Diagnosegruppen fiel auf, dass die Diagnosegruppen *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme* und *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* außerdem sehr spezifisch waren ($Sp > 90\%$) bei einer Sensitivität (Se) von 60.5 % bzw. 71.4 %. Dahingegen wies die Diagnosegruppe *Emotionale Probleme* eine geringere Spezifität ($Sp = 66.0\%$) sowie eine mäßige Übereinstimmung beim Vergleich der kategorialen Ergebnisse ($\kappa = .33$, $p = .003$) auf. Die dimensionalen Ergebnisse zeigten einen starken Zusammenhang ($\rho = .51$, $p < .001$), die allerdings geringer war als bei den anderen Diagnosegruppen.

Zuletzt wurde explorativ untersucht, ob die DIPA-Diagnose einer Insomnie einen Zusammenhang zu den Ergebnissen des SDQ P4-17 hatte. Bis auf die Einzelskala *Emotionale Probleme* fanden sich weder im Gesamtproblemwert noch bei den anderen Einzelskalen des SDQ P4-17 signifikante Unterschiede zwischen Kindern mit der DIPA-Diagnose einer Insomnie und Kindern ohne ($p \geq .242$). Eine tabellarische Darstellung aller Testergebnisse sind in Anhang D zu finden. Bezüglich der SDQ P4-17 Skala *Emotionale Probleme* erhielten Kinder, die durch das DIPA die Diagnose einer Insomnie erhalten hatten ($n = 24$, $M = 3.5$, $SD = 2.7$), im Vergleich zu Kindern, die keine DIPA-Diagnose einer Insomnie hatten ($n = 50$, $M = 2.2$, $SD = 2.0$) einen signifikant höheren Skalenwert ($t(72) = -2.3$, $p = .024$). Dieser Unterschied hatte eine mittelgroße Effektstärke ($d = -.57$).

6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die in Kapitel 5 dargestellten Ergebnisse zusammengefasst und festgestellt, ob die zu Anfang gestellten Hypothesen bestätigt werden konnten.

Die Hypothese 1 konnte bestätigt werden. Es zeigte sich eine signifikante Übereinstimmung zwischen dem Vorhandensein einer DIPA-Diagnose und einem auffälligen Testergebnis des SDQ P4-17. Dies war sowohl zwischen dem gesamten DIPA und dem Gesamtproblemwert als auch zwischen den DIPA-Diagnosegruppen und den jeweiligen SDQ P4-17-Einzelskalen der Fall. Die Übereinstimmung war mäßig bis moderat.

Auch Hypothese 2 konnte bestätigt werden. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Symptome im DIPA und der Höhe der entsprechenden SDQ P4-17-Skalen. Dies zeigte sich für die Anzahl der Symptome aller DIPA-Diagnosen und ebenso für die DIPA-Diagnosegruppen.

In der vorliegenden Stichprobe war die Diagnose einer Insomnie sehr häufig. Es zeigte sich in einer explorativen Untersuchung alleinig ein Zusammenhang zwischen der SDQ P4-17-Einzelskala *Emotionale Probleme* und einer DIPA-Diagnose einer Insomnie. Der Gesamtproblemwert und alle anderen Einzelskalen des SDQ P4-17 zeigten keinen signifikanten Zusammenhang mit der DIPA-Diagnose einer Insomnie.

In den externalisierenden DIPA-Diagnosegruppen *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme* und *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* lagen bei Jungen signifikant mehr positive Items vor als bei Mädchen. Beim SDQ P4-17 hatten Mädchen signifikant geringeres Problemverhalten in den Bereichen *Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen* und *Prosoziales Verhalten* als Jungen. Ältere Kinder erhielten höhere SDQ P4-17-Werte in fast allen Skalen, ausgenommen in der Einzelskala *Prosoziales Verhalten*, und auch mehr positive Items in den DIPA-Diagnosegruppen, ausgenommen *Emotionale Probleme*. Insomnien wurden häufiger bei jüngeren Kindern diagnostiziert als bei älteren.

In der Ausprägung der Übereinstimmung und der Zusammenhänge mit dem SDQ P4-17 fanden sich Unterschiede in den einzelnen DIPA-Diagnosegruppen. Diese Unterschiede und mögliche Ursachen werden Thema der folgenden Diskussion sein.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Zur Einordnung der Ergebnisse und ihrer Relevanz wird im Folgenden zunächst die Repräsentativität der Stichprobe diskutiert. Daraufhin werden die Zusammenhänge zwischen dem DIPA und dem SDQ P4-17 beleuchtet und zuletzt wird auf die Ergebnisse der explorativen Datenanalyse eingegangen.

6.2.1 Repräsentativität der Stichprobe

Vergleich mit der regionalen Bevölkerung

Da es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine klinische Stichprobe handelt, ist nicht von einer Repräsentativität für die regionale Bevölkerung auszugehen. Im Folgenden werden die beschriebenen soziodemographischen Merkmale der Stichprobe mit Daten der Region verglichen. Um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Stichprobe und der regionalen Bevölkerung beurteilen zu können, muss berücksichtigt werden, dass es sich bei dem Uniklinikum Münster um einen Maximalversorger handelt und das Einzugsgebiet daher über die Stadt Münster hinaus geht (79). Daher werden Merkmale der Stichprobe nicht nur mit soziodemographischen Daten aus der Stadt Münster, sondern auch mit dem Regierungsbezirk Münster verglichen. Die Vergleichsdaten stammen größtenteils aus dem Jahr 2018. Tabelle 12 gibt eine Übersicht über die prozentuale Verteilung der einzelnen Merkmale.

Kinder, die ohne ein weiteres Kind unter 18 Jahren im Haushalt lebten⁶, waren in der Stichprobe (32.4 %) deutlich seltener als im Regierungsbezirk Münster (49.0 %). In der Stichprobe lebte häufiger mindestens ein weiteres Kind im Haushalt (s. Tabelle 12). Allerdings sind in den Daten aus dem Regierungsbezirk nicht nur Familien mit Klein- und Vorschulkindern eingeschlossen, sondern alle Familien mit Kindern unter 18 Jahren (80). Daten von Einschulungskindern von 2006 aus der Stadt Münster zeigten hingegen einen Anteil an Kindern ohne weitere Kinder im Haushalt von 18.5 % (14). Anhand dieser Daten kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil der Kinder ohne weitere Kinder im Haushalt in der Stichprobe oberhalb der Bevölkerung lag. Diese Tatsache überrascht nicht, da Zach et al. für Einzelkinder im Kleinkind- und Vorschulalter im Vergleich zu Kindern mit Geschwistern ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen gefunden haben ($OR = 1.47$, 95 % $CI = 1.03 - 2.10$) (81).

⁶ Durch das statistische Bundesamt wird nicht die Anzahl der Geschwister in einer Familie erfasst, sondern die Anzahl von Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt. Somit sind Kinder, die ohne ein weiteres Kind unter 18 Jahren in einem Haushalt leben, nicht unbedingt Einzelkinder.

Tabelle 12*Vergleich zwischen Stichprobe und regionaler Bevölkerung*

Soziodemographisches Merkmal	Stichprobe		Stadt Münster		Regierungsbezirk Münster	
	%		%		%	
Alleinerziehende	27.0		20.6		17.5	
Kinder pro Haushalt						
1	32.4		18.5 ^a		49.0	
2	47.3		49.8 ^a		36.5	
3 oder mehr	14.9		31.7 ^a		14.1	
Höchster Bildungsabschluss	Mutter	Vater	weiblich	männlich	weiblich	männlich
	%		%		%	
Hochschulabschluss	18.9	21.6	34.5	34.9	12.8	15.5
Fachhochschul- oder Hochschulreife	41.9 ^b	33.8 ^b	60.4	61.2	31.5	33.2
Realschulabschluss	33.8	16.2	16.5	14.0	25.4	20.1
Hauptschulabschluss	13.5	20.3	16.5	17.8	33.5	37.1
kein Schulabschluss	1.4	0.0	3.0	3.0	5.2	5.1

Anmerkung. ^a Daten aus der Stadt Münster, alle Kinder einer Einschulungskohorte (Jahr 2006, $n = 2000$) (14)

^b enthält zur Vergleichbarkeit auch den Anteil an Hochschulabschlüssen

Quellen: 80, 82, 83

In der Stichprobe sind Alleinerziehende etwas mehr vertreten (27.0 %) als in der Stadt (20.6 %) und dem Regierungsbezirk Münster (17.5 %) (80). Auch diese Ergebnisse sind nicht unerwartet, da die Prävalenz von emotionalen Problemen und Verhaltensproblemen bei Kindern von Alleinerziehenden höher ist als bei Kindern, die mit beiden Elternteilen zusammenleben (84).

Bezüglich des höchsten Bildungsabschlusses zeigt sich im Vergleich, dass der Anteil an Hochschulabschlüssen und der Fachhochschul- oder Hochschulreifen in der Stichprobe sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern höher war als im Regierungsbezirk, allerdings geringer als in der Stadt Münster. Der Anteil an Personen ohne allgemeinen Bildungsabschluss ist in der Stichprobe mit 0 % bei den Vätern bzw. 1.2 % bei den Müttern ($n = 1$) niedriger als in der Region (s. Tabelle 12) (82).

Ein niedriger Bildungsstand der Eltern ist in Deutschland mit einer höheren Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter assoziiert (81). Ob der Bildungsstand der Eltern der Stichprobe niedriger als in der Region war, ist schwierig

einzuschätzen. Der Grund dafür ist, dass sich der Bildungsstand in der Stadt Münster selbst stark von der des Regierungsbezirks unterscheidet. Zusätzlich haben 25.7 % der Väter ($n = 19$) den Fragebogen nicht ausgefüllt oder keine Angabe zu ihrem Bildungsstand gemacht.

Entsprechend den Erwartungen ist die vorliegende, klinische Stichprobe nicht für die regionale Bevölkerung repräsentativ. Der höhere Anteil an alleinerziehenden Eltern und Einzelkindern im Vergleich zur regionalen Bevölkerung lassen sich durch den Einfluss von Risikofaktoren erklären. Der Bildungsstand der Eltern war entgegen den Erwartungen nicht geringer als in der Region. Allerdings erschwert hier die Heterogenität der Daten des Umlands den Vergleich.

Vergleich mit der Familientagesklinik

Es ist davon auszugehen, dass die vorliegende Stichprobe repräsentativ für die Kinder und deren Eltern aus der Familientagesklinik und der Ambulanz des Uniklinikum Münsters im Erhebungszeitraum ist, denn alle Familien wurden zu Beginn der Therapie zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Zur Überprüfung der Repräsentativität werden die soziodemographischen Daten einer Stichprobe aus der Familientagesklinik von 2001-2011 herangezogen ($n = 185$) (85). Zu Kindern und deren Eltern aus der Ambulanz lagen keine Vergleichsdaten vor.

Bei der Verteilung der Geschlechter findet sich sowohl in der vorliegenden Stichprobe (58.1 %, $n = 43$) als auch in der Vergleichsstichprobe (70.3 %, $n = 130$) ein größerer Anteil an Jungen (85). Dies ist nicht überraschend, da sich bei Jungen eine höhere Prävalenz von psychischen Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter findet (s. Kapitel 2.1.1). Die Altersstruktur der Kinder zwischen der vorliegenden Stichprobe ($M = 4.4$, $SD = 1.2$) und der Vergleichsstichprobe ($M = 4.3$, $SD = 1.2$) ist ebenfalls vergleichbar (85). Die Kinder in der Vergleichsstichprobe waren im Durchschnitt nur einen Monat jünger als die Kinder in der vorliegenden Stichprobe. Der Anteil der alleinerziehenden Eltern lag in beiden Stichproben über dem der regionalen Bevölkerung, er lag in der Vergleichsstichprobe bei 23.8 %, in der vorliegenden Stichprobe bei 27.0 %.

Einzelkinder waren allerdings in der vorliegenden Stichprobe (21.6 %) seltener als in der Vergleichsstichprobe (34.7 %). Es stellt sich die Frage, ob in der Vergleichsstichprobe tatsächlich die Anzahl der Geschwister oder nicht etwa die Anzahl der Kinder im Haushalt erhoben wurde. Sollte der Wert der Kinder im Haushalt entsprechen, wäre dieser nämlich dem Anteil in der vorliegenden Stichprobe sehr ähnlich (32.4 %).

Die Mütter in der vorliegenden Stichprobe waren mit 36.4 Jahren ($SD = 5.6$ Jahre, $Min = 23.9$ Jahre, $Max = 50.6$ Jahre) durchschnittlich vier Jahre älter als die Mütter in der Vergleichsstichprobe mit 32.56 Jahren ($SD = 6.1$ Jahre, $Min = 19$ Jahre, $Max = 54$ Jahre). Das

höhere Alter der Mütter könnte sich dadurch erklären lassen, dass Mütter bei der Geburt eines Kindes insgesamt älter werden (86) und die vorliegende Stichprobe 6 Jahre nach der Vergleichsstichprobe erhoben wurde. Allerdings passt das nicht zur Höhe des Unterschieds in Deutschland. Dieser betrug zwischen 2009 und 2019 nur 1.3 Jahre beim ersten Kind (2009 $M = 28.8$ Jahre, 2019 $M = 31.1$ Jahre) (86). Eine weitere Erklärung könnte ein Selektionsbias sein, bei dem jüngere Mütter seltener der Teilnahme an der Studie zugestimmt hätten.

Der Bildungsstand der Mütter ist in der Vergleichsstichprobe insgesamt niedriger als in der vorliegenden Stichprobe. 30.9 % der Mütter hatten keinen Abschluss oder einen Hauptschulabschluss (vorliegende Stichprobe 14.9 %) während nur 24.3 % eine Hochschulreife hatten (vorliegende Stichprobe 41.9 %). Hier ist aufgrund der großen Unterschiede von einem Selektionsbias hinsichtlich eines höheren Bildungsstands auszugehen, da sich diese nicht nur durch den zeitlichen Abstand zwischen den Erhebungszeiträumen erklären lassen.

Der größere Anteil an Jungen in der Stichprobe, die Altersverteilung und der Anteil an Alleinerziehenden sprechen für eine Repräsentativität der Stichprobe. Allerdings sind insbesondere jüngere Mütter und Mütter mit niedrigerem Bildungsabschluss im Vergleich zur Vergleichsstichprobe unterrepräsentiert. Mögliche Gründe dafür sind eine Veränderung der soziodemographischen Merkmale in der Familientagesklinik oder in der Bevölkerung. Alternativ könnte auch ein Non-Response-Bias ursächlich sein, bei dem insbesondere jüngere Mütter und Mütter mit einem niedrigeren Bildungsabschluss eine Teilnahme ablehnten.

6.2.2 Zusammenhang zwischen DIPA und SDQ P4-17

Nachdem die Repräsentativität der Stichprobe diskutiert wurde wird im Folgenden die Validität der einzelnen Diagnosegruppen und am Ende des gesamten DIPAs evaluiert. Bei der Diskussion der Ergebnisse werden die in der Methodik festgelegten Bewertungsrichtlinien (s. Kapitel 4.4) der Zusammenhangsmaße verwendet. Auf die Bewertung von Sensitivität und Spezifität wird im Folgenden kurz eingegangen.

Bewertung der Sensitivität und Spezifität

Für die Sensitivität und Spezifität gibt es keine einheitlichen Bewertungsstandards. Es gibt allerdings Artikel die einen Wert von $> 70\%$ für Sensitivität und Spezifität als Richtlinie verwenden (4, 87). Entsprechend werden im Folgenden Werte $< 70\%$ als gering bezeichnet. Die Bewertung von Sensitivität und Spezifität ist auch von der Zielsetzung des Instruments abhängig. Briggs-Gowan et al. befürworten eine hohe Sensitivität für diagnostische Instrumente. Diese führe zu einer geringeren Anzahl falsch-negativ diagnostizierten Patient:innen und somit

würden Kindern und deren Eltern eine Diagnose und dementsprechend eine benötigte Therapie nicht vorenthalten werden (4). Silva et al. sprechen sich allerdings für eine hohe Spezifität bei diagnostischen Instrumenten aus (88). Diese führt zu einer geringeren Anzahl falsch-positiv diagnostizierter Patient:innen und verhindert damit z. B. die fälschliche Stigmatisierung des Kindes und eine Verunsicherung der Eltern in ihrer Rolle (37).

In den bisherigen Validierungsstudien des DIPAs wurden Sensitivität und Spezifität nicht untersucht (s. Kapitel 2.3.4), daher ist der Vergleich der kategorialen Übereinstimmung nur durch Cohens κ möglich. Cohens κ macht allerdings nur eine allgemeine Aussage über die Stärke des Zusammenhangs, nicht aber darüber, wie spezifisch oder sensitiv das Instrument ist.

Diagnosegruppen externalisierender Störungen

Die Diagnosegruppe *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme* sowie *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* wiesen signifikante Übereinstimmungen und Zusammenhänge mit der entsprechenden SDQ P4-17-Einzelskala auf. In den kategorialen Skalen war die Übereinstimmung moderat bis substanzial ($\kappa \geq .55, p < .001$), in den dimensional Skalen fand sich ein starker Zusammenhang ($Abs \geq 77.0 \%, \rho \geq .77, p < .001$).

Die Ergebnisse sind vergleichbar zu anderen Validierungsstudien. Bei der ADHS fanden Gigengack et al. und Løkkegaard et al. ähnlich hohe Zusammenhänge mit der Anzahl der positiven Items im DIPA mit dem CBCL bzw. dem SDQ ($\rho = .78$, bzw. $\rho = .73, p < .01$) (53, 54). Die Diagnosen aus der Diagnosegruppe *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* hingen ebenfalls signifikant mit dem Ergebnis der Elternfragebögen zusammen (*Störung mit oppositionellem Trotzverhalten*: $\kappa = .61, \rho = .79, p < .01$ bzw. $\rho = .60, p < .01$) (53, 54) (*Störung des Sozialverhaltens*: $\rho = .54, p < .01$) (54).

Augenfällig ist die geringe Sensitivität der Diagnosegruppe der *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme* ($Se = 60.5 \%$) bei einer Spezifität $> 90 \%$. Dies bedeutet, dass das DIPA für 40 % der Kinder mit einer auffälligen SDQ P4-17-Einzelskala keine Diagnose vergab. Eine mögliche Erklärung sind die Kriterien, mit der die Diagnose einer ADHS im DIPA gestellt wird. Neben den für die Erkrankung typischen Symptomen wie z. B. schnelle Ablenkbarkeit oder unruhiges Sitzen wird für eine Diagnose eine funktionelle Beeinträchtigung im Alltag des Kindes und das Auftreten der Symptome in mindestens zwei Lebensbereichen (z. B. Zuhause und im Kindergarten) vorausgesetzt. In die SDQ P4-17-Einzelskala fließen hingegen ausschließlich die Symptome ein. Somit könnte die Gruppe der durch das DIPA falsch-negativ diagnostizierten Kinder eben denjenigen entsprechen, die zwar Symptome aufwiesen, allerdings keine oder nur geringe funktionelle Beeinträchtigungen im Alltag erlebten und/oder die

Symptome nur in einem Lebensbereich auftraten. Løkkegaard et al. fanden eine größere absolute Übereinstimmung der DIPA-Diagnose ADHD mit der entsprechenden CBCL-Skala, wenn das Kriterium der funktionellen Beeinträchtigung der DIPA-Diagnose entfiel (54).

Die Module der Diagnosegruppen *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme* und *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* sind valide Instrumente zur Diagnostik der entsprechenden psychischen Störungen. Bei der Anwendung der Diagnosegruppe *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme* sollte bedacht werden, dass durch das DIPA möglicherweise zu wenige betroffene Kinder diagnostiziert werden.

Diagnosegruppe internalisierender Störungen

Die Diagnosegruppe *Emotionale Probleme* zeigte ebenfalls akzeptable Übereinstimmungen und Zusammenhänge mit der SDQ P4-17-Einzelskala, die allerdings weniger stark ausgeprägt waren als bei den anderen Diagnosegruppen. Zwar fand sich ein großer Zusammenhang der dimensional Skalen ($\rho = .51, p < .001$), jedoch war die Übereinstimmung der kategorialen Ergebnisse nur mäßig ($\kappa = .33, p = .003$) und die Spezifität lag unter dem Richtwert von 70 % ($Sp = 66.0\%$). Auch andere Validierungsstudien fanden eine geringere Übereinstimmung der Diagnosen aus der Diagnosegruppe *Emotionale Probleme* ($\rho = .48 - .63, p < .01$) als der aus anderen Diagnosegruppen (53, 54).

In der vorliegenden Arbeit hatten 34 % der Kinder ($n = 17$) mit unauffälliger Einzelskala *Emotionale Probleme* trotzdem eine DIPA-Diagnose aus der zugeordneten Diagnosegruppe erhalten ($Sp = 66.0\%$). Einerseits könnte dies bedeuten, dass das DIPA einen hohen Anteil an Kindern falsch-positiv diagnostiziert. Andererseits könnte eine mögliche Erklärung auch im SDQ P4-17 zu finden sein. Die Einzelskala *Emotionale Probleme* zeigte in Bevölkerungsstichproben eine Sensitivität von $< 60\%$ bei einer Spezifität $> 80\%$ im Vergleich mit klinischen Interviews (89, 90). Somit lag der Anteil von Kindern in diesen Studien, die trotz eines unauffälligen Wertes der SDQ P4-17-Einzelskala *Emotionale Probleme* eine Diagnose aus diesem Bereich erhalten hatten, bei mindestens 40 %. Die geringe Sensitivität dieser SDQ P4-17-Einzelskala könnte somit die geringe Spezifität der Diagnosegruppe *Emotionale Probleme* in der vorliegenden Arbeit erklären. Des Weiteren erfasst die Einzelskala im SDQ P4-17 Traurigkeit, Ängste und Sorgen des Kindes (70). Die zugeordneten DIPA-Diagnosen stellen eine heterogene Gruppe dar, zu der nicht nur Angst- und depressive Störungen gehören (s. Kapitel 4.4.3). Außerdem kann ein Hauptmerkmal depressiver Störungen auch reizbare Stimmung sein (15), beispielsweise ist das Hauptmerkmal der disruptiven Affektregulationsstörung im DSM-5 eine „chronische [...] Reizbarkeit“ und damit verbundene „häufig auftretende

Wutausbrüche“ (15). Diese Ausprägung emotionaler Probleme wird im SDQ nicht in der Einzelskala *Emotionale Probleme*, sondern in der Einzelskala *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* erfasst.

Insgesamt zeigt auch die Diagnosegruppe *Emotionale Probleme* eine zufriedenstellende Kriteriumsvalidität. Die augenfällig geringe Spezifität könnte sich durch die geringe Sensitivität der SDQ P4-17-Einzelskala oder durch die fehlende Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausprägung emotionaler Probleme und die Heterogenität der zugeordneten Diagnosegruppe erklären lassen.

Gesamtes DIPA

Das gesamte DIPA zeigte signifikante Zusammenhänge mit dem SDQ P4-17-Gesamtproblemwert. Wie auch bei der Diagnosegruppe *Emotionale Probleme* fand sich in der vorliegenden Arbeit eine niedrige Spezifität ($Sp = 60.0\%$). Neben den dort diskutierten Ursachen sind für das gesamte DIPA noch weitere Ursachen denkbar.

Die Spezifität des gesamten DIPAs war in der vorliegenden Arbeit geringer als die der einzelnen Diagnosegruppen. Dies könnte sich dadurch erklären, dass selbst maximal ausgeprägte Probleme auf den einzelnen Skalen (maximaler Wert = 10) nicht ausreichen, einen auffälligen SDQ-Gesamtproblemwert zu erzeugen (Gesamtproblemwert ≥ 13). Ein Kind, das ausschließlich an einer Angststörung leidet, würde dementsprechend eine DIPA-Diagnose erhalten, aber nicht zwingend einen auffälligen SDQ P4-17-Gesamtproblemwert.

Weiterhin sind bestimmte Diagnosen nicht ausreichend durch die 25 Items des SDQ P4-17 abgebildet, sondern werden nur durch das DIPA erfasst. Darunter fällt z. B. die PTBS oder die Beziehungsstörung mit Enthemmung. Deren Kriterien, wie z. B. das Erleben und Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses werden im SDQ P4-17 nicht vollständig thematisiert. Zwar fanden Løkkegaard et al. einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der positiven Items im DIPA-PTBS-Modul mit der SDQ-Einzelskala *Emotionale Probleme* ($\rho = .54$, $p < .01$) bzw. dem Gesamtproblemwert ($\rho = .54$, $p < .01$) (54). Um die kategoriale Einschätzung und somit die Spezifität zu beeinflussen, müssen die anderen Symptome aber so stark ausgeprägt oder zahlreich sein, dass die SDQ P4-17-Einzelskalen bzw. der Gesamtproblemwert auch im auffälligen Bereich liegen.

Darüber hinaus könnte den Eltern durch die Art der Fragen im DIPA Probleme und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes erst als solche bewusst werden. Während der SDQ beispielsweise Ängste mit dem Item „*Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht*“ erfragt, werden beim DIPA in den Modulen spezifische und soziale Phobie insgesamt 16 spezifische Stimuli für Ängste

abgefragt, darunter beispielsweise die Angst vor großen Höhen (Item SP11) oder unbekanntem Personen (Items SO1) (52).

Auch wenn man das gesamte DIPA im Vergleich zum SDQ P4-17 betrachtet, findet man insgesamt adäquate Zusammenhänge der kategorialen und dimensional Skalen. Die geringe Spezifität des DIPAs könnte mit Eigenschaften des SDQ P4-17 oder den ausführlicheren Fragen zusammenhängen.

Insomnien

Insomnien waren in der vorliegenden Stichprobe eine der häufigsten Diagnosen. Ein Drittel der Kinder erfüllten die Kriterien für eine Einschlaf- oder Durchschlafstörung oder für beide Insomnien. Eine Kölner Studie fand bei Einschulkindern eine Prävalenz von 10 % ($n = 6464$) (91). In der vorliegenden, klinischen Stichprobe lagen Schlafstörungen dreimal so häufig vor und somit ähnlich hoch wie in einer ebenfalls klinischen Stichprobe, in welcher mit dem DIPA-Diagnosemodul diagnostiziert wurde (41 %, $n = 183$) (58). Dies passt zu der Beobachtung, dass Schlafstörung häufig komorbide mit anderen psychischen Störungen und Belastungen auftreten (58, 91, 92).

Es zeigte sich in der vorliegenden Arbeit nur bei der SDQ P4-17-Skala *Emotionale Probleme* ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen Kindern, bei denen die DIPA-Diagnose Insomnie gestellt wurde, und Kindern, bei denen diese Diagnose nicht gestellt wurde. Lokkegard et al. fanden ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang des DIPA-Moduls *Insomnie* mit der SDQ-Einzelskala *Emotionale Probleme* ($\rho = 0.42$, $p < 0.01$), aber ebenso mit dem Gesamtproblemwert ($\rho = 0.44$, $p < 0.01$) und der Einzelskala *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* ($\rho = 0.30$, $p < 0.01$).

Das DIPA-Modul zeigte in den USA bereits einen guten Zusammenhang mit anderen Diagnostika (58). Auch in der vorliegenden Arbeit hing die DIPA-Diagnose signifikant mit *Emotionalen Problemen* zusammen. Die deutsche Version dieses Moduls benötigt allerdings eine weitergehende Validierung, da der SDQ P4-17 Schlafprobleme nicht ausreichend erfasst. Des Weiteren zeigt die hohe Prävalenz an Insomnien in dieser Stichprobe die Wichtigkeit der Diagnose im Kleinkind- und Vorschulalter, insbesondere da von einem negativen Einfluss von Insomnien auf das weitere Leben der betroffenen Kinder auszugehen ist (93).

Fazit

Zusammenfassend hat das DIPA eine gute Konvergenz- und diagnostische Validität mit dem SDQ P4-17 als Referenzstandard. Die Zusammenhangsmaße zeigten – wie bereits in anderen Validierungsstudien – signifikante Zusammenhänge insbesondere bei den Diagnosegruppen

Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten und *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme*. Die geringe Sensitivität der Diagnosegruppe *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme* und die geringe Spezifität der Diagnosegruppe *Emotionalen Probleme* sowie des gesamten DIPAs könnten mit dem SDQ P4-17 als Referenzstandard zusammenhängen. Insbesondere für diese Diagnosemodule und für das Diagnosemodul *Insomnie* sollten weitere Validierungsstudien mit diagnosespezifischen Referenzstandards durchgeführt werden.

6.2.3 Unterschiede in den Ergebnissen nach Geschlecht und Alter

In einer explorativen Datenanalyse wurden Geschlechtsunterschiede und die Korrelation mit dem Alter untersucht. Im Folgenden werden die Unterschiede diskutiert und mit anderen Ergebnissen verglichen.

Geschlecht

Das männliche Geschlecht ist im Kleinkind- und Vorschulalter ein Risikofaktor für psychische Störungen (26). Während bei internalisierenden Störungen ähnlich hohe Prävalenzen bei beiden Geschlechtern vorliegen (21, 22), treten bei Jungen häufiger externalisierende Störungen auf (22). Diese Unterschiede zeigten sich in Bevölkerungsuntersuchungen mit dem SDQ anhand von stärker ausgeprägtem Problemverhalten auf allen Einzelskalen außer der Einzelskala *Emotionale Probleme*. *Prosoziales Verhalten* war bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Jungen (11). Diese Tendenzen ließen sich auch in der vorliegenden Stichprobe replizieren, waren allerdings nur hinsichtlich der Einzelskalen *Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen* und *Prosoziales Verhalten* signifikant. Der Anteil der auffälligen SDQ P4-17-Ergebnisse war bei den Jungen in allen Teilbereichen höher als bei den Mädchen, dieser Unterschied war bei der Einzelskala *Emotionale Probleme* am geringsten (Jungen 34.9 %, Mädchen 29.0 %). Die Ergebnisse des SDQ P4-17 unterstützen insgesamt die in der Literatur beschriebenen Geschlechtsunterschiede bei Klein- und Vorschulkindern.

Zusätzlich traten bei Jungen häufiger externalisierende DIPA-Diagnosen auf als bei den Mädchen, der Unterschied in der Symptomskala war zwischen den Geschlechtern signifikant. Unerwarteter Weise waren auch emotionale Probleme deutlich häufiger: 51.2 % der Jungen erhielten eine DIPA-Diagnose aus der Diagnosegruppe *Emotionale Probleme*, dies war nur bei 38.7 % der Mädchen der Fall. Allerdings war der Unterschied auf der DIPA-Symptomskala nicht signifikant.

Insgesamt ließ sich die höhere Prävalenz von psychischen Störungen bei Jungen in der vorliegenden Stichprobe bestätigen, war aber nicht in allen Teilbereichen signifikant. Da es sich in

der vorliegenden Arbeit um eine klinische Stichprobe handelte, könnten geringere Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen vorliegen als in der Bevölkerung.

Alter

In der vorliegenden Arbeit korreliert das Alter der Kinder signifikant mit der Höhe der DIPA-Symptomskalen und den SDQ P4-17-Einzelskalen. Ausgenommen ist die Einzelskala *Prosoziales Verhalten* und die Symptomskala der Diagnosegruppe *Emotionale Probleme*. Während alle anderen Skalen mit höherem Alter korrelieren, sind Insomnien mit jüngerem Alter assoziiert.

In der Literatur werden häufig Querschnittsstudien zur Bestimmung der Prävalenz psychischer Störungen herangezogen, z.B. anhand von Geburtskohorten (21, 22, 25). Wenn Altersunterschiede untersucht werden, geschieht dies häufig zwischen Altersgruppen mit einer großen Altersbandbreite. Ein Beispiel dafür ist die KiGGs-Studie, bei der Altersgruppen jeweils drei Jahre umfassen (z. B. drei bis fünf Jahre) (27). Die Altersunterschiede innerhalb der Altersgruppe von Klein- und Vorschulkindern sind dahingegen wenig untersucht. Allerdings lassen sich aus der Normierungsstudie des SDQ von Janitza et al. mit altersspezifische Testtrennwerten ab dem dritten Lebensjahr Tendenzen für den Altersverlauf ablesen. Die Testtrennwerte sind wie in Kapitel 4.3 beschrieben von der Werteverteilung in der Bevölkerung abhängig. Ein höherer Testtrennwert zeigt an, dass in der Bevölkerungsstichprobe mehr Problemverhalten beschrieben wurde. Der Zusammenhang zwischen Alter und Testtrennwerten war gipfförmig mit einem Maximum um das 10. Lebensjahr (94). Somit passt die vorliegende Korrelation zwischen den dimensional Skalen und dem Alter der Kinder zu den Erkenntnissen von Janitza et al.

Allerdings setzen sowohl der SDQ P4-17 als auch das DIPA – entsprechend den DSM-5-Kriterien – in einigen Items eine Sprachfähigkeit des Kindes voraus. Im SDQ ist dies z.B. das Item „Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit“. Im DIPA sind dafür Beispiele: „Mag er/sie sich selbst? Ich meine, sagt er/sie jemals, dass er/sie sich hasst?“ oder „Hat er/sie Albträume, die mit der Trennung von Ihnen [den Eltern] zu tun haben [...]?“ (52). Somit ist denkbar, dass Kinder, die noch nicht sprechen können, als unauffälliger eingeschätzt werden oder die Eltern zu diesen Fragen keine Angaben machen können. Andererseits wurden bei Zweijährigen ähnlich hohe Testtrennwerte des SDQ gefunden wie für ältere Kinder (95).

Das DIPA und der SDQ P4-17 erfassen in dieser Stichprobe mehr Symptome bei älteren Kindern als bei jüngeren. Ob dies an einer geringeren Symptomausprägung bei Jüngeren liegt

oder ob durch die Kriterien Kinder ohne Sprachfähigkeiten unauffälliger eingeschätzt werden lässt sich in der vorliegenden Stichprobe nicht abschließend beantworten.

Die gegenläufige Beobachtung bei der DIPA-Diagnose einer Insomnie stimmt mit der Prävalenz in der Bevölkerung überein. Petit et al. fanden bei der Untersuchung von Klein- und Vorschulkindern einen Rückgang von Schlafproblemen korrelierend mit dem Alter der Kinder. Die Probleme begannen am häufigsten im Alter von 2.5-3.5 Jahren, die Prävalenz nahm konsekutiv bis zum 6. Lebensjahr hin ab. In nur 20 % der Fälle waren Schlafprobleme bis ins 6. Lebensjahr persistent (96). Die Korrelation von Schlafproblemen mit jüngerem Alter in der vorliegenden Stichprobe entspricht also dem Verlauf von Schlafproblemen bei Klein- und Vorschulkindern in der Bevölkerung.

6.3 Diskussion der Methoden

Im Folgenden werden die Methoden der vorliegenden Arbeit diskutiert. Zunächst werden dabei die Auswahl der Stichprobe und die Studienteilnehmenden beleuchtet. Danach wird der SDQ P4-17 als Referenzstandard evaluiert und auf die Zuordnung der DIPA-Diagnosen zu den SDQ P4-17-Einzelskalen eingegangen. Zuletzt erfolgt die Zusammenfassung der methodischen Limitationen sowie die Formulierung von Implikationen für weitere Studien.

6.3.1 Stichprobe und Studienteilnehmende

Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um eine klinische Stichprobe. Im Gegensatz zu den bisher erfolgten Validierungsstudien (s. Kapitel 2.3.4) wurde das gesamte DIPA mit allen Modulen durchgeführt und nach den DSM-5-Kriterien ausgewertet. Außerdem enthielt die vorliegende Stichprobe nicht nur traumatisierte Kinder. Dadurch wurde die Validität des DIPAs anhand einer heterogeneren klinischen Stichprobe untersucht.

Es waren im Vergleich zur Familientagesklinik bestimmte soziodemographische Merkmale unterrepräsentiert, wie z.B. jüngere Mütter (s. Kapitel 6.2.1). Zu den Eltern und deren Kindern, die die Teilnahme an der Studie abgelehnt haben, lagen keine soziodemographischen Daten vor. Daher konnte nicht analysiert werden, ob ein Non-Response-Bias vorlag. Die Altersverteilung deckte sich zwar mit der der Familientagesklinik (s. Kapitel 6.2.1), allerdings waren nur 9.5 % der Kinder jünger als drei Jahre. Da sich Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter schnell entwickeln (2, 6), lassen sich die Ergebnisse von älteren Kindern nicht ohne Weiteres auf jüngere Kinder übertragen.

Die Durchführung des DIPA erfolgte mit deutlich mehr Müttern als Vätern. In nur 6.2 % der Fälle wurde alleinig der Vater interviewt. Dies kann damit zusammenhängen, dass in der Familientagesklinik Münster ein Großteil der Begleitpersonen weiblich ist (97). Zwar ist die Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen von Mutter und Vater generell groß (38, 39), dennoch sollte explizit für das DIPA überprüft werden, ob die Einschätzung der beiden Elternteile übereinstimmt. Dies würde für die Forschung und die klinische Anwendung zeigen, ob das diagnostische Interview – sofern möglich – mit beiden Elternteilen geführt werden sollte, oder ob ein Interviewpartner ausreicht.

6.3.2 Der SDQ als Referenzstandard

Die Auswahl des Referenzstandards ist in der Psychiatrie (31) und insbesondere im Kleinkind- und Vorschulalter schwierig, da es keinen einheitlichen Goldstandard gibt (4, 98).

In der vorliegenden Arbeit wurde der SDQ P4-17 als Referenzstandard zur Validierung des DIPAs verwendet. Der SDQ P4-17 verfügt insgesamt über angemessene psychometrische Eigenschaften und wird sowohl in Deutschland als auch weltweit in der Forschung eingesetzt. Auch Løkkegaard et al. nutzten den SDQ P4-17 zur Validierung des DIPA (54). Der SDQ P4-17 ist in mehreren Studien und systematischen Reviews untersucht worden und ist auch in der deutschen Übersetzung "[...] a valid screening instrument also for preschoolers" (94). Zur folgenden Darstellung der psychometrischen Eigenschaften wurde unter anderem ein systematisches Review explizit für das Kleinkind- und Vorschulalter herangezogen (99). Trotzdem beinhalten viele Studien nicht ausschließlich diese Altersgruppe, sondern auch Ergebnisse älterer Kinder.

Durch den SDQ P4-17 ließen sich valide klinische Stichproben von Bevölkerungsstichproben unterscheiden ($AUC^7 \geq .81$) (99). Des Weiteren zeigte sich im Vergleich mit anderen, bereits validierten Fragebögen wie der *Child Behaviour Checklist* (CBCL) (100) eine adäquate Konvergenzvalidität aller SDQ P4-17-Skalen ($r = .55 - .67^8$) bis auf die Einzelskalen *Prosoziales Verhalten* ($r = .49^8$) und *Umgang mit Gleichaltrigen* ($r = .18^8$) (99). Ebenfalls konnte die Einteilung in fünf Einzelskalen (5-Faktoren-Struktur) durch konfirmatorische Faktorenanalysen in mehreren Studien validiert werden (95, 99, 101), auch für den deutschen SDQ P4-17 (94). Der Gesamtproblemwert und die Einzelskalen zeigten eine angemessene Übereinstimmung mit den Ergebnissen diagnostischer Interviews. Dabei lag die Sensitivität bei $< 70\%$ bei

⁷ Fläche unter der Kurve (engl. area under the curve)

⁸ gewichtetes Mittel

einer adäquaten Spezifität mit $> 70\%$ (87, 99). Der SDQ tendiert also dazu, Kinder eher als falsch-unauffällig einzuschätzen (s. auch Kapitel 6.2.2).

Beim DIPA steht weiterhin die Elternsicht auf die Symptome und Verhaltensweisen ihrer Kinder im Vordergrund. Somit ist der Vergleich mit einem Elternfragebogen wie dem SDQ P4-17 ein probates Mittel zur Überprüfung der Validität. Obwohl der SDQ P4-17 über mehrere Einzelskalen verfügt und Diagnosen mit einer adäquaten Sensitivität und Spezifität vorhersagen kann, ist er als Screeninginstrument nicht dazu konzipiert, einzelne Diagnosen zu stellen (69). Darüber hinaus deckt er nicht alle Aspekte von Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter ab, es fehlen z.B. Fragen zu Insomnien. Ein differenzierterer Fragebogen ist der CBCL, der in der vorliegenden Studie ebenfalls erhoben und in einer anderen, noch unveröffentlichten Arbeit, ausgewertet wurde (102). Als alternativer Referenzstandard wären klinische Diagnosen denkbar gewesen. Wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben, werden diese aber in den meisten Fällen durch unstrukturierte Interviews erhoben. Dies führt zu einer häufig unvollständigen und nicht kriteriengerechten Diagnosestellung (16, 45).

Festlegung der SDQ-Version

In der vorliegenden Arbeit wurde der SDQ für Eltern von Kindern vom 4.-17. Lebensjahr (SDQ P4-17) verwendet. Es existiert weiterhin eine SDQ-Version für den Altersbereich vom zweiten bis vierten Lebensjahr, bei der im Vergleich mit dem SDQ P4-17 drei Items umformuliert wurden (94). Aufgrund einer Prävalenzstudie von Otte (2013) waren für die anfallende klinische Stichprobe mehr Kinder im Altersbereich von vier bis fünf Jahren als Kinder im Alter von null bis drei Jahren zu erwarten (103). Um ein einheitliches Instrument zu verwenden, wurde daher der SDQ P4-17 genutzt. Dies entspricht der Vorgehensweise weiterer Studien (104, 105). Der Median des Alters der Kinder in der vorliegenden Stichprobe lag bei 4.7 Jahren und somit war – wie erwartet – der Anteil der Kinder im Altersbereich von vier bis fünf Jahren größer als der Anteil im Altersbereich von null bis drei Jahren.

Festlegung der Testtrennwerte beim SDQ P4-17

A priori lagen noch keine normativen Daten für deutsche Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter vor, sodass bei der Studienplanung normative Daten des Altersbereichs von 6-16 Jahren genutzt wurden (s. Kapitel 4.3) (72). 2020 wurden altersspezifische Testtrennwerte in Deutschland auch im Bereich vom dritten bis fünften Lebensjahr ermittelt, die zu großen Teilen den Werten von Woerner et al. entsprechen (94). Für Kinder unter dem dritten Lebensjahr liegen keine deutschen Normwerte vor, Testtrennwerte für Zweijährige unterscheiden sich aber

„marginally, if at all“ von denen älterer Kinder (95). Somit entsprechen die ausgewählten Testtrennwerte auch dem aktuellen Forschungsstand.

Zur Bestimmung der diagnostischen Validität, Sensitivität und Spezifität werden kategoriale Skalen mit zwei Kategorien benötigt. Während das DIPA durch das Vergeben einer Diagnose eine solche kategoriale Skala hat (Diagnose ja/nein), musste beim SDQ P4-17 entschieden werden, wo der Testtrennwert für unauffällig/auffällig lag. Der SDQ P4-17 teilt seine Skalen – wie in Kapitel 4.3 beschrieben – in normal, borderline (80. Perzentile) und abnormal (90. Perzentile) ein. Daher bestanden die Möglichkeiten, den Testtrennwert entweder auf die 80. Perzentile oder aber auf die 90. Perzentile festzulegen. In der vorliegenden Arbeit wurde die Entscheidung getroffen, die 80. Perzentile als Testtrennwert für auffällige Skalenwerte zu setzen (enthält borderline und abnormal), da sich im direkten Vergleich der Testtrennwerte eine bessere Sensitivität bei weiterhin adäquater Spezifität ($\geq 76.6\%$) zeigte (90).

Die Festlegung der Testtrennwerte kann entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisse einer Studie haben (31). Allerdings wird zur Bestimmung der diagnostischen Validität eben diese benötigt. Durch die kategoriale Skalierung werden sowohl im DIPA als auch im SDQ P4-17 subklinische Auffälligkeiten nicht berücksichtigt. Daher wurde ebenfalls der Vergleich von dimensional Skalen durchgeführt.

Rücklauf der Fragebögen

20.5 % der Eltern ($n = 28$), mit denen das DIPA durchgeführt wurde ($n = 102$), füllten den SDQ P4-17 gar nicht oder unvollständig aus. Die Fragebögen wurden den Eltern nach Hause mitgegeben, um sie dort auszufüllen. Dies hat sich in der Retrospektive als Schwierigkeit herausgestellt, da der Rücklauf oft erst nach mehrfacher Erinnerung oder gar nicht erfolgte und somit ein großer zeitlicher Abstand zum Interview entstand. Aufgrund eines zeitlichen Abstands von mehr als sechs Wochen mussten $n = 7$ Datensätze aus der Auswertung ausgeschlossen werden.

6.3.3 Zuordnung der DIPA-Diagnosen zu den SDQ P4-17 Einzelskalen

Um das DIPA mit dem SDQ P4-17 vergleichbar zu machen, wurden die DIPA-Diagnosen den einzelnen SDQ P4-17-Skalen zugeordnet. Die Zuordnung der DIPA-Diagnosen zu den SDQ P4-17-Skalen orientierte sich an der Zuordnung in anderen Arbeiten (s. Kapitel 4.4.3). Wie bereits bei der Diskussion der Ergebnisse beschrieben, sind einige Diagnosen nicht klar einer Skala zuordenbar (s. Kapitel 6.2.2). Zum Beispiel können bei Depressionen auch Gereiztheit und aggressives Verhalten im Vordergrund stehen (15). Ein Vergleich aller Diagnosen mit

allen Einzelskalen würde allerdings zu einer hohen Anzahl an statistischen Tests und dementsprechend mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu falsch signifikanten Ergebnissen führen.

6.3.4 Methodische Limitationen

Im Folgenden werden die zuvor diskutierten methodischen Limitationen zusammengefasst und daraus Implikationen für weitere Studien formuliert.

Um eine Non-Response-Bias zu erkennen, sollten zukünftige Studien auch Daten über diejenigen erfassen und analysieren, die die Teilnahme an der Studie ablehnen. Der Anteil an Kindern unter drei Jahren und der Anteil an Vätern unter den interviewten Personen in der vorliegenden Stichprobe waren gering. Daher wären Studienplanungen, die explizit Kinder zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr und Interviews mit Vätern einschließen, sinnvoll.

Der SDQ P4-17 ist trotz seiner angemessenen psychometrischen Eigenschaften nicht im vollen Umfang dazu geeignet, die Validität aller DIPA-Module zu bestätigen, für eine erste Einschätzung der Validität des DIPAs ist der SDQ P4-17 jedoch angemessen. Um einzelne Diagnosemodule des DIPAs zu validieren, ist ein Vergleich mit weiteren diagnoserelevanten Diagnoseinstrumenten (z.B. Verhaltensbeobachtungsinstrumenten) notwendig. Boekamp et al. verglichen das Diagnosemodul Insomnien mit Schlaftagebüchern der Eltern über ihre Kinder und haben damit einen Anfang für die weitere Validierung geschaffen (58).

Um das DIPA und den SDQ P4-17 miteinander zu vergleichen, mussten die Ergebnisse beider Instrumente jeweils in kategorialen und dimensional Skalen dargestellt werden. Um die Skalen zu erstellen, mussten Entscheidungen – beispielsweise zu Testtrennwerten – getroffen werden, die die Ergebnisse der Studie maßgeblich beeinflusst haben. Hier wäre ein Konsensus für diese Skalen für die jeweiligen Instrumente wünschenswert, sowohl für die Symptomskalen im DIPA als auch für die kategorialen Skala im SDQ P4-17.

6.4 Anwendung des DIPAs

Abschließend werden die Nutzen und Grenzen der Anwendung des DIPAs im klinischen Alltag und in der Forschung diskutiert.

In der vorliegenden Arbeit zeigte sich die Effizienz des DIPAs durch eine durchschnittliche Durchführungsdauer von nur 69 Minuten für das gesamte DIPA. Der modulare Aufbau des DIPAs ermöglicht eine zielgerichtete und effiziente Diagnostik auch einzelner psychischer Störungen. Durch die Adaptation an die DSM-5-Kriterien bietet das DIPA nicht nur die Möglichkeit einer kriteriengerechten Diagnostik, sondern ebenso die Evaluation und Weiterentwicklung

des DSM-5 für das Kleinkind- und Vorschulalter. Darüber hinaus besteht das DIPA aus semi-strukturierten Interviewfragen, die den Fokus auf übermäßig häufige oder stark ausgeprägte Verhaltensweisen des Kindes im Vergleich zu Gleichaltrigen lenken. Das semistrukturierte Fragenformat und das ausführliche Manual ermöglicht außerdem die Anwendung des DIPAs durch Laien nach einer entsprechenden Schulung.

Im klinischen Alltag profitieren Expert:innen vom DIPA durch eine effiziente, zielgerichtete Diagnose entsprechend den DSM-5-Kriterien. In der Vergangenheit zeigte sich jedoch, dass diagnostische Interviews trotz ihrer Vorteile von Expert:innen noch nicht flächendeckend verwendet werden (s. Kapitel 2.2.3). Um Expert:innen vom Gebrauch des DIPAs zu überzeugen, sollte daher auch die Akzeptanz des Interviews bei den Eltern untersucht werden.

In der Forschung hat das DIPA das Potenzial, die Prävalenz psychischer Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter im Querschnitt- und Längsschnitt vergleichbar und effizient untersuchen zu können. Die Durchführung von zuvor geschulten Laien ermöglicht weiterhin die Anwendung auch bei großen Stichprobengrößen. Die Möglichkeit – zusätzlich zu den kategorialen Diagnosen – dimensionale Symptomskalen zu errechnen ist für die differenzierte Erfassung psychischer Störungen von hohem Wert, insbesondere für die Evaluation von Therapieerfolgen (s. Kapitel 2.2.1). In diesem Bereich könnte die Likert-Version des DIPAs, die von Scheeringa entwickelt wurde, weitere Informationen beisteuern (51).

Trotz der oben genannten Vorteile hat das DIPA Grenzen in der Anwendung. Es erfasst als Elterninterview ausschließlich die Einschätzung der Symptome durch die Eltern. Die Eltern-Kind-Beziehung, der psychosoziale Kontext und die Einschätzung anderer Informanten (u.a. von Erziehenden) werden nicht berücksichtigt. Des Weiteren fehlen Diagnosen für das Kleinkind- und Vorschulalter, beispielsweise Autismus-Spektrum-Störungen sowie Fütter- und Essstörungen, die sich typischerweise in diesem Alter entwickeln (15). Diese Aspekte sollten daher insbesondere im klinischen Alltag zusätzlich erfasst werden.

Insgesamt ist das DIPA nicht nur ein valides, sondern auch ein effizientes und anwenderfreundliches Instrument zur Diagnostik von DSM-5 relevanten psychischen Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter im klinischen Alltag und in der Forschung.

7 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersuchte die Validität der deutschen Übersetzung des Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA). Dazu wurde an einer klinischen Stichprobe bestehend aus Klein- und Vorschulkindern und ihren Eltern das DIPA und der SDQ P4-17 als Referenzstandard erhoben.

Die Ergebnisse zeigen, dass das DIPA über eine adäquate diagnostische und gute Konvergenzvalidität verfügt. Es zeigten sich ein signifikanter Zusammenhang der dimensional Skalen und signifikante Übereinstimmungen der kategorialen Skalen aller DIPA-Diagnosegruppen mit den entsprechenden SDQ P4-17-Einzelskalen.

Die DIPA-Diagnosegruppen der externalisierenden Störungen hingen stärker mit dem SDQ P4-17 zusammen als die der internalisierenden Störungen. Gegen eine gute diagnostische Validität des DIPAs sprechen die geringe Sensitivität der DIPA-Diagnosegruppe *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme* sowie die geringe Spezifität des gesamten DIPAs im Vergleich zum SDQ P4-17-Gesamtproblemwerts und der Diagnosegruppe *Emotionale Probleme*. Allerdings könnten dafür auch Eigenschaften des SDQ P4-17 ursächlich sein.

Darüber hinaus traten bei den Ergebnissen des DIPAs und des SDQ P4-17 signifikante Unterschiede abhängig von Geschlecht und Alter der Kinder auf. Insgesamt ließ sich die höhere Prävalenz von psychischen Störungen bei Jungen bestätigen. Ältere Kinder zeigten in fast allen DIPA-Diagnosegruppen und SDQ P4-17-Einzelskalen signifikant höhere Werte als jüngere.

Die DIPA-Diagnose einer Insomnie konnte keiner spezifischen SDQ P4-17 Einzelskala zugeordnet werden und wurde daher separat untersucht. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang mit der SDQ P4-17-Einzelskala *Emotionale Probleme*. Die DIPA-Symptomskala korrelierte invers mit dem Alter der Kinder.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollte bedacht werden, dass sie nicht repräsentativ für die regionale Bevölkerung sind und im Vergleich zur Population der Familientagesklinik junge Mütter und Mütter mit niedrigem Bildungsabschluss unterrepräsentiert sind. Auch war nur etwa jedes zehnte Kind der Stichprobe jünger als drei Jahre.

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstützen die Validität und Effizienz des DIPAs als diagnostisches Elterninterview zur Erfassung psychischer Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter im deutschen Sprachraum. Im klinischen Alltag hat das DIPA das Potenzial, die Grundlage einer standardisierten Diagnostik zu sein und die vollständige und strukturierte Erhebung der

Fremdanamnese durch die Eltern zu ermöglichen. In der Forschung bietet es die Möglichkeit, die internationale Vergleichbarkeit von Diagnostik im Quer- und Längsschnitt und die Evaluation von Therapien im Kleinkind- und Vorschulalter zu verbessern.

8 Literaturverzeichnis

1. OECD/EU (2018) Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris. doi: 10.1787/health_glance_eur-2018-en.
2. Egger HL, Emde RN (2011) Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood: the diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV, the research diagnostic criteria-preschool age, and the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood-revised. *Am Psychol* 66(2): 95–106. doi: 10.1037/a0021026.
3. Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Davis NO (2004) Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *J Child Psychol Psychiatry* 45(1): 109–134. doi: 10.1046/j.0021-9630.2003.00316.x.
4. Briggs-Gowan MJ, Godoy L, Heberle A, Carter AS (2016) Assessment of psychopathology in young children. In: Cicchetti D (Hrsg.) *Developmental psychopathology*, Band 1. John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, NJ, USA, S. 1–45
5. Angold A, Egger HL (2007) Preschool psychopathology: lessons for the lifespan. *J Child Psychol Psychiatry* 48(10): 961–966. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01832.x.
6. Wiefel A, Titze K, Kuntze L, Winter M, Seither C, Witte B, Lenz K, Grütters A, Lehmkuhl U (2007) Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 56(1): 59–81. doi: 10.13109/prkk.2007.56.1.59.
7. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Rose S, Klein DN (2012) Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *Am J Psychiatry* 169(11): 1157–1164. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12020268.
8. Finsaas MC, Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Klein DN (2018) Preschool psychiatric disorders: homotypic and heterotypic continuity through middle childhood and early adolescence. *Psychol Med* 48(13): 2159–2168. doi: 10.1017/S0033291717003646.
9. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Kessel E, Carlson GA, Klein DN (2015) Preschool irritability predicts child psychopathology, functional impairment, and service use at age nine. *J Child Psychol Psychiatry* 56(9): 999–1007. doi: 10.1111/jcpp.12403.
10. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Kessel EM, Carlson GA, Klein DN (2016) Disruptive mood dysregulation disorder at the age of 6 years and clinical and functional outcomes 3 years later. *Psychol Med* 46(5): 1103–1114. doi: 10.1017/S0033291715002809.
11. Klein AM, Otto Y, Fuchs S, Reibiger I, von Klitzing K (2015) A prospective study of behavioral and emotional symptoms in preschoolers. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24: 291–299. doi: 10.1007/s00787-014-0575-2.
12. Beyer T, Postert C, Müller JM, Furniss T (2012) Prognosis and continuity of child mental health problems from preschool to primary school: results of a four-year longitudinal study. *Child Psychiatry Hum Dev* 43(4): 533–543. doi: 10.1007/s10578-012-0282-5.

13. von Gontard A, Möhler E, Bindt C (2015) Sk2-Leitlinie - Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. AWMF-Register Nr. 028/041. <https://silo.tips/download/awmf-register-nr-028-041-klasse-s2k-2>, heruntergeladen am 01.03.21
14. Furniss T, Beyer T, Guggenmos J (2006) Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children: Baseline results of a prospective longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 394–399. doi: 10.1007/s00127-006-0045-3.
15. American Psychiatric Association (2018) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®, 2. korrigierte Auflage, deutsche Ausgabe. Hogrefe, Göttingen
16. Rettew DC, Lynch AD, Achenbach TM, Dumenci L, Ivanova MY (2009) Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *Int J Methods Psychiatr Res* 18(3): 169–184. doi: 10.1002/mpr.289.
17. Jensen-Doss A (2015) Practical, evidence-based clinical decision making: introduction to the special series. *Cogn Behav Pract* 22(1): 1–4. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.08.001.
18. Dolle K, Schulte-Körne G, von Hofacker N, Izat Y, Allgaier A-K (2012) Übereinstimmung von klinischer Diagnose, strukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsfragebögen bei Depression im Kindes- und Jugendalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 40(6): 405–414. doi: 10.1024/1422-4917/a000200.
19. Joiner TE, Walker RL, Pettit JW, Perez M, Cukrowicz KC (2005) Evidence-based assessment of depression in adults. *Psychol Assess* 17(3): 267–277. doi: 10.1037/1040-3590.17.3.267.
20. Scheeringa MS, Haslett N (2010) The reliability and criterion validity of the diagnostic infant and preschool assessment: a new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry Hum Dev* 41(3): 299–312. doi: 10.1007/s10578-009-0169-2.
21. Petresco S, Anselmi L, Santos IS, Barros AJD, Fleitlich-Bilyk B, Barros FC, Matijasevich A (2014) Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas birth cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49: 975–983. doi: 10.1007/s00127-014-0826-z.
22. Carter AS, Wagmiller RJ, Gray SAO, McCarthy KJ, Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ (2010) Prevalence of DSM-IV disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry: sociodemographic risks and social adaptation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49(7): 686–698. doi: 10.1016/j.jaac.2010.03.018.
23. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Klein DN (2011) Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Compr Psychiatry* 52(4): 359–369. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.08.006.
24. Gustafsson BM, Proczkowska-Björklund M, Gustafsson PA (2017) Emotional and behavioural problems in Swedish preschool children rated by preschool teachers with the strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *BMC Pediatr* 17(110). doi: 10.1186/s12887-017-0864-2.
25. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH (2012) Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* 53(6): 695–705. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x.
26. Gudmundsson OO, Magnusson P, Saemundsen E, Lauth B, Baldursson G, Skarphedinsson G, Fombonne E (2013) Psychiatric disorders in an urban sample of

- preschool children. *Child Adolesc Ment Health* 18(4): 210-217. doi: 10.1111/j.1475-3588.2012.00675.x.
27. Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H (2018) Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(3): 37-45. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-077.
 28. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 60(8): 837–844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837.
 29. Leffler JM, Riebel J, Hughes HM (2015) A review of child and adolescent diagnostic interviews for clinical practitioners. *Assessment* 22(6): 690–703. doi: 10.1177/1073191114561253.
 30. Pickles A, Angold A (2003) Natural categories or fundamental dimensions: on carving nature at the joints and the rearticulation of psychopathology. *Dev Psychopathol* 15(3): 529–551. doi: 10.1017/S0954579403000282.
 31. Chmura Kraemer H, Noda A, O’Hara R (2004) Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *J Psychiatr Res* 38(1): 17–25. doi: 10.1016/S0022-3956(03)00097-9.
 32. Forbes MK, Tackett JL, Markon KE, Krueger RF (2016) Beyond comorbidity: toward a dimensional and hierarchical approach to understanding psychopathology across the life span. *Dev Psychopathol* 28: 971–986. doi: 10.1017/S0954579416000651.
 33. Postert C, Averbeck-Holocher M, Beyer T, Müller J, Furniss T (2009) Five systems of psychiatric classification for preschool children: do differences in validity, usefulness and reliability make for competitive or complimentary constellations? *Child Psychiatry Hum Dev* 40(1): 25–41. doi: 10.1007/s10578-008-0113-x.
 34. Zeanah CH, Lieberman A (2016) Defining relational pathology in early childhood: the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood DC:0-5 approach. *Infant Ment Health J* 37(5): 509–520. doi: 10.1002/imhj.21590.
 35. Luby JL, Belden A, Sullivan J, Spitznagel E (2007) Preschoolers’ contribution to their diagnosis of depression and anxiety: uses and limitations of young child self-report of symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev* 38(4): 321–338. doi: 10.1007/s10578-007-0063-8.
 36. Measelle JR, John OP, Ablow JC, Cowan PA, Cowan CP (2005) Can children provide coherent, stable, and valid self-reports on the big five dimensions? A longitudinal study from ages 5 to 7. *J Pers Soc Psychol* 89(1): 90–106. doi: 10.1037/0022-3514.89.1.90.
 37. Egger HL, Angold A (2006) Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol & Psychiat* 47(3-4): 313–337. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x.
 38. Duhig AM, Renk K, Epstein MK, Phares V (2000) Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: a meta-analysis. *Clin Psychol (New York)* 7(4): 435–453. doi: 10.1093/clipsy.7.4.435.
 39. Fält E, Wallby T, Sarkadi A, Salari R, Fabian H (2018) Agreement between mothers’, fathers’, and teachers’ ratings of behavioural and emotional problems in 3-5-year-old children. *PLoS One* 13(11). doi: 10.1371/journal.pone.0206752.
 40. Los Reyes A de, Augenstein TM, Wang M, Thomas SA, Drabick DAG, Burgers DE, Rabinowitz J (2015) The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychol Bull* 141(4): 858–900. doi: 10.1037/a0038498.

41. Korsch F, Petermann F (2014) Agreement between parents and teachers on preschool children's behavior in a clinical sample with externalizing behavioral problems. *Child Psychiatry Hum Dev* 45(5): 617–627. doi: 10.1007/s10578-013-0430-6.
42. Hoffer R, Bengel J (2020) Übereinstimmung von Eltern und Fachkräften in der Beurteilung von psychischen Auffälligkeiten, psychosozialen Ressourcen und Handlungsbedarf im Kindergartenalter. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 69(1): 3–21. doi: 10.13109/prkk.2020.69.1.3.
43. Nordgaard J, Sass LA, Parnas J (2013) The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 263(4): 353–364. doi: 10.1007/s00406-012-0366-z.
44. Bruchmüller K, Margraf J, Suppiger A, Schneider S (2011) Popular or unpopular? Therapists' use of structured interviews and their estimation of patient acceptance. *Behav Ther* 42(4): 634–643. doi: 10.1016/j.beth.2011.02.003.
45. Cook JR, Hausman EM, Jensen-Doss A, Hawley KM (2017) Assessment practices of child clinicians. *Assessment* 24(2): 210–221. doi: 10.1177/1073191115604353.
46. Neuschwander M, In-Albon T, Meyer AH, Schneider S (2017) Acceptance of a structured diagnostic interview in children, parents, and interviewers. *Int J Methods Psychiatr Res* 26(3): e1573. doi: 10.1002/mpr.1573.
47. Danielson M, Månsdotter A, Fransson E, Dalsgaard S, Larsson J-O (2019) Clinicians' attitudes toward standardized assessment and diagnosis within child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Ment Health* 13(9). doi: 10.1186/s13034-019-0269-0.
48. Egger HL, Erkanli A, Keeler G, Potts E, Walter BK, Angold A (2006) Test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment (PAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45(5): 538–549. doi: 10.1097/01.chi.0000205705.71194.b8.
49. Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy Preschool (2003) Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(12): 1504–1512. doi: 10.1097/01.chi.0000091504.46853.0a.
50. Scheeringa MS (2017) DIPA Manual Diagnostic Infant and Preschool Assessment (deutsche Version): Version 7/12/14. übersetzt und bearbeitet von Sandra Achtergarde und Brigitte Ramsauer. http://bonelab.de/fileadmin/ukminternet/daten/kliniken/kinderpsychiatrie/DIPA_Manual_Version-2014_DOWNLOAD_20-02-2018.pdf, heruntergeladen am 01.03.21
51. Scheeringa MS (2020) The diagnostic infant preschool assessment-likert version: preparation, concurrent construct validation, and test-retest reliability. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 30(5): 326–334. doi: 10.1089/cap.2019.0168.
52. Scheeringa MS (2017) Diagnostic Infant and Preschool Assessment: DIPA - deutsche Version. übersetzt und bearbeitet von Sandra Achtergarde, Klara-Maria Altemeyer und Brigitte Ramsauer. https://www.ukm.de/fileadmin/ukminternet/daten/kliniken/kinderpsychiatrie/DIPA_Interview-Leitfaden_deutsche_Version.pdf, heruntergeladen am 01.03.21
53. Gigengack MR, Hein IM, van Meijel EPM, Lindeboom R, van Goudoever JB, Lindauer RJL (2020) Accuracy of the diagnostic infant and preschool assessment (DIPA) in a dutch sample. *Compr Psychiatry* 100(152177). doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152177.
54. Løkkegaard SS, Elmose M, Elklit A (2019) Validation of the diagnostic infant and preschool assessment in a danish, trauma-exposed sample of young children. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol* 7: 39–51. doi: 10.21307/sjcapp-2019-007.

55. Mayer H, Nonn C, Osterbrink J, Evers GCM (2004) Qualitätskriterien von Assessmentinstrumenten: Cohen's Kappa als Mass der Interrater-Reliabilität (Teil 1). *Pflege* 17(1): 36–46. doi: 10.1024/1012-5302.17.1.36.
56. Salloum A, Wang W, Robst J, Murphy TK, Scheeringa MS, Cohen JA, Storch EA (2016) Stepped care versus standard trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children. *J Child Psychol Psychiatry* 57(5): 614–622. doi: 10.1111/jcpp.12471.
57. Elklit A, Vangsgaard LAG, Olsen ASW, Ali SA (2019) Post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in secondary stalked children of danish stalking survivors-a pilot study. *Int J Environ Res Public Health* 16(5): 725. doi: 10.3390/ijerph16050725.
58. Boekamp JR, Williamson LR, Martin SE, Hunter HL, Anders TF (2015) Sleep onset and night waking insomnias in preschoolers with psychiatric disorders. *Child Psychiatry Hum Dev* 46(4): 622–631. doi: 10.1007/s10578-014-0505-z.
59. Parade SH, Novick AM, Parent J, Seifer R, Klaver SJ, Marsit CJ, Gobin AP, Yang B-Z, Tyrka AR (2017) Stress exposure and psychopathology alter methylation of the serotonin receptor 2A (HTR2A) gene in preschoolers. *Dev Psychopathol* 29(5): 1619–1626. doi: 10.1017/S0954579417001274.
60. Ridout KK, Parade SH, Seifer R, Price LH, Gelernter J, Feliz P, Tyrka AR (2014) Interleukin 1B gene (IL1B) variation and internalizing symptoms in maltreated preschoolers. *Dev Psychopathol* 26(4 0 2): 1277–1287. doi: 10.1017/S0954579414001023.
61. Young AC de, Haag A-C, Kenardy JA, Kimble RM, Landolt MA (2016) Coping with accident reactions (CARE) early intervention programme for preventing traumatic stress reactions in young injured children: study protocol for two randomised controlled trials. *Trials* 17: 362. doi: 10.1186/s13063-016-1490-2.
62. Martin SE, Hunt JI, Mernick LR, DeMarco M, Hunter HL, Coutinho MT, Boekamp JR (2017) Temper loss and persistent irritability in preschoolers: Implications for Diagnosing Disruptive Mood Dysregulation Disorder in Early Childhood. *Child Psychiatry Hum Dev* 48(3): 498–508. doi: 10.1007/s10578-016-0676-x.
63. van Duin EM, Verlinden E, Vrolijk-Bosschaart TF, Diehle J, Verhoeff AP, Brilleslijper-Kater SN, Lindauer RJL (2018) Sexual abuse in very young children: a psychological assessment in the amsterdam sexual abuse case study. *Eur J Psychotraumatol* 9(1): 1503524,. doi: 10.1080/20008198.2018.1503524.
64. Boekamp JR, Liu RT, Martin SE, Mernick LR, DeMarco M, Spirito A (2018) Predictors of partial hospital readmission for young children with oppositional defiant disorder. *Child Psychiatry Hum Dev* 49(4): 505–511. doi: 10.1007/s10578-017-0770-8.
65. Scheeringa MS (2018) Auswertungsbogen Diagnostic Infant and Preschool Assessment: DIPA - deutsche Version. erstellt von: Klara-Maria Altemeyer, Sandra Achtergarde und Brigitte Ramsauer. https://www.ukm.de/fileadmin/ukminternet/daten/kliniken/kinderpsychiatrie/DIPA_Auswertungsbogen_-_2018-02-28.pdf, heruntergeladen am 04.03.21
66. Goodman R (1999) The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol & Psychiat* 40(5): 791–799. doi: 10.1111/1469-7610.00494.
67. youthinmind (2015) Downloadable SDQs and related items. <https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py#G>, heruntergeladen am 02.03.21

68. Reiss F (2013) Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med* 90: 24–31. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.026.
69. Goodman R (1997) The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol & Psychiat* 38(5): 581–586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x.
70. youthinmind (2016) Scoring the Strengths & Difficulties Questionnaire for age 4-17 or 18+. <https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/c0.py>, heruntergeladen am 02.03.21
71. Goodman A, Heiervang E, Fleitlich-Bilyk B, Alyahri A, Patel V, Mullick MSI, Slobodskaya H, Dos Santos DN, Goodman R (2012) Cross-national differences in questionnaires do not necessarily reflect comparable differences in disorder prevalence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47(8): 1321–1331. doi: 10.1007/s00127-011-0440-2.
72. Woerner W, Becker A, Rothenberger A (2004) Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 2]* 13: II3-II/10. doi: 10.1007/s00787-004-2002-6.
73. Bortz J, Schuster C (2010) Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg
74. Cohen J (1992) A power primer. *Psychol Bull* 112(1): 155–159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155.
75. Becker A, Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rothenberger A (2004) Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 2]* 13: II11-II/16. doi: 10.1007/s00787-004-2003-5.
76. Goodman R, Renfrew D, Mullick M (2000) Predicting type of psychiatric disorder from strengths and difficulties questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 9(2): 129–134. doi: 10.1007/s007870050008.
77. Landis JR, Koch GG (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33(1): 159. doi: 10.2307/2529310.
78. Cohen J (1977) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press inc., New York, New York
79. Taege L (2020) Übersicht über die einzelnen zertifizierten Zentren in Kliniken der Maximalversorgung in Deutschland. In: Debus ES, Grundmann RT (Hrsg.) *Versorgungsqualität in der operativen Medizin: Zentren, Mindestmengen und Behandlungsergebnisse*, 1. Aufl. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 259–311
80. Information und Technik NRW, Statistisches Landesamt (2021) Familien mit Kindern unter 18 Jahren nach Familienhauptform (2) und Anzahl der Kinder(3) - Regierungsbezirke - Jahr: Tabelle 12211-303i. Datenlizenz Deutschland - Namensnennung - Version 2.0 (<http://www.govdata.de/dl-de/by-2-0>). <https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldbnrw//online?operation=table&code=12211-303i&bypass=true&levelindex=0&levelid=1605869278702#abreadcrumb>, heruntergeladen am 03.03.21
81. Zach A, Meyer N, Hendrowarsito L, Kolb S, Bolte G, Nennstiel-Ratzel U, Stilianakis NI, Herr C (2016) Association of sociodemographic and environmental factors with the mental health status among preschool children-Results from a cross-sectional study in Bavaria, Germany. *Int J Hyg Environ Health* 219(4-5): 458–467. doi: 10.1016/j.ijheh.2016.04.012.

82. Information und Technik NRW, Statistisches Landesamt (2021) Bevölkerung nach höchstem allgemeinbildendem Schulabschluss (7) und Geschlecht - kreisfreie Städte und Kreise - Jahr: Tabelle 12211-110i. Datenlizenz Deutschland - Namensnennung - Version 2.0 (<http://www.govdata.de/dl-de/by-2-0>).
<https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldbnrw//online?operation=table&code=12211-110i&bypass=true&levelindex=0&levelid=1614779532122#abreadcrumb>, heruntergeladen am 03.03.21
83. Information und Technik NRW, Statistisches Landesamt (2021) Bevölkerung nach höchstem beruflichem Ausbildungsabschluss (6) und Geschlecht - kreisfreie Städte und Kreise - Jahr: Tabelle 12211-112i. Datenlizenz Deutschland - Namensnennung - Version 2.0 (<http://www.govdata.de/dl-de/by-2-0>).
<https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldbnrw//online?operation=table&code=12211-112i&bypass=true&levelindex=0&levelid=1614780203528#abreadcrumb>, heruntergeladen am 03.03.21
84. Rattay P, von der Lippe E, Lampert T (2014) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien : Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl 57(7): 860–868. doi: 10.1007/s00103-014-1988-2.
85. Müller JM, Averbek-Holocher M, Romer G, Füniss T, Achtergarde S, Postert C (2015) Psychiatric treatment outcomes of preschool children in a family day hospital. Child Psychiatry Hum Dev 46(2): 257–269. doi: 10.1007/s10578-014-0465-3.
86. Statistisches Bundesamt (Destatis) G-O (2020) Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt: Deutschland, Jahre, Lebendgeburtenfolge: Tabelle 12612-0014. Datenlizenz Deutschland - Namensnennung - Version 2.0 (<http://www.govdata.de/dl-de/by-2-0>).
<https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12612-0014&bypass=true&levelindex=0&levelid=1614780294856#abreadcrumb>, heruntergeladen am 03.03.21
87. Bergström M, Baviskar S (2021) A systematic review of some reliability and validity issues regarding the strengths and difficulties questionnaire focusing on its use in out-of-home care. J Evid Based Soc Work (2019) 18(1): 1–31. doi: 10.1080/26408066.2020.1788477.
88. Silva TBF, Osório FL, Loureiro SR (2015) SDQ: discriminative validity and diagnostic potential. Front Psychol 6: 811. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00811.
89. Goodman R (2001) Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40(11): 1337–1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015.
90. Ezpeleta L, Granero R, de La Osa N, Penelo E, Domènech JM (2013) Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire(3-4) in 3-year-old preschoolers. Compr Psychiatry 54(3): 282–291. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.07.009.
91. Kraenz S, Fricke L, Wiater A, Mitschke A, Breuer U, Lehmkuhl G (2004) Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 53(1): 3–18
92. Steinsbekk S, Berg-Nielsen TS, Wichstrøm L (2013) Sleep disorders in preschoolers: prevalence and comorbidity with psychiatric symptoms. J Dev Behav Pediatr 34(9): 633–641. doi: 10.1097/01.DBP.0000437636.33306.49.
93. Quach J, Hiscock H, Canterford L, Wake M (2009) Outcomes of child sleep problems over the school-transition period: Australian population longitudinal study. Pediatrics 123(5): 1287–1292. doi: 10.1542/peds.2008-1860.

94. Janitza S, Klipker K, Hölling H (2020) Age-specific norms and validation of the German SDQ parent version based on a nationally representative sample (KiGGS). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 29(2): 123–136. doi: 10.1007/s00787-019-01337-1.
95. D’Souza S, Waldie KE, Peterson ER, Underwood L, Morton SMB (2017) Psychometric properties and normative data for the preschool strengths and difficulties questionnaire in two-year-old children. *J Abnorm Child Psychol* 45(2): 345–357. doi: 10.1007/s10802-016-0176-2.
96. Petit D, Touchette E, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir J (2007) Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics* 119(5): e1016-25. doi: 10.1542/peds.2006-2132.
97. Diepgrond J (2010) Die Familientagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster: Erste Daten und Ergebnisse über Eltern als psychiatrische Patienten und Eltern als Begleitpersonen. Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
98. Lewczyk CM, Garland AF, Hurlburt MS, Gearity J, Hough RL (2003) Comparing DISC-IV and clinician diagnoses among youths receiving public mental health services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(3): 349–356. doi: 10.1097/00004583-200303000-00016.
99. Kersten P, Czuba K, McPherson KM, Dudley M, Elder H, Tauroa R, Vandal AC (2016) A systematic review of evidence for the psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Int J Behav Dev* 40(1): 64–75. doi: 10.1177/0165025415570647.
100. Rescorla LA, Achenbach TM, Ivanova MY et al. (2012) Behavioral/Emotional Problems of Preschoolers: Caregiver/teacher reports from 15 societies. *J Emot Behav Disord* 20(2): 68–81. doi: 10.1177/1063426611434158.
101. Stone LL, Otten R, Engels RCME, Vermulst AA, Janssens JMAM (2010) Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 13(3): 254–274. doi: 10.1007/s10567-010-0071-2.
102. Ladicha LS (2020) Die Validierung der deutschsprachigen Version des klinischen Elterninterviews „Diagnostic Infant and Preschool Assessment“. Unveröffentlichte Dissertation, Westfälische Wilhelmsuniversität Münster
103. Otte H (2013) Psychiatrische Diagnosen der Klein- und Vorschulkinder in der Münsteraner Familientagesklinik. Dissertation, Westfälische Wilhelmsuniversität
104. Fuchs S, Klein AM, Otto Y, von Klitzing K (2013) Prevalence of emotional and behavioral symptoms and their impact on daily life activities in a community sample of 3 to 5-year-old children. *Child Psychiatry Hum Dev* 44(4): 493–503. doi: 10.1007/s10578-012-0343-9.
105. Petermann U, Petermann F, Schreyer I (2010) The German strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Eur J Psychol Assess* 26(4): 256–262. doi: 10.1027/1015-5759/a000034.

9 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1	<i>Übersicht über Validierungsstudien des DIPA</i>	11
Tabelle 2	<i>Testtrennwerte des SDQ P4-17</i>	17
Tabelle 3	<i>Demographische Daten der Kinder</i>	22
Tabelle 4	<i>Höchster Bildungsabschluss der Eltern</i>	23
Tabelle 5	<i>Anzahl der komorbiden DIPA-Diagnosen pro Kind</i>	24
Tabelle 6	<i>Anzahl der DIPA-Diagnosen in der Stichprobe</i>	25
Tabelle 7	<i>Positive Items des DIPAs in den einzelnen Diagnosegruppen und bei Insomnien</i> .	26
Tabelle 8	<i>Positive Items des DIPAs – Zusammenhang mit Geschlecht und Alter der Kinder</i>	26
Tabelle 9	<i>Ergebnisse des SDQ P4-17</i>	27
Tabelle 10	<i>SDQ P4 17-Skalen – Zusammenhang mit Geschlecht und Alter der Kinder</i>	28
Tabelle 11	<i>Korrelation zwischen DIPA und SDQ P4-17</i>	29
Tabelle 12	<i>Vergleich zwischen Stichprobe und regionaler Bevölkerung</i>	32
Abbildung 1	<i>Flussdiagramm der Studienpopulation</i>	21

10 Lebenslauf

11 Anhang

Anhang A <i>Aufklärung und Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme</i>	II
Anhang B <i>Verteilungsmaße der positiven Items im DIPA</i>	VIII
Anhang C <i>Kreuztabellen DIPA x SDQ P4-17</i>	IX
Anhang D <i>Korrelation zwischen Insomnien und den Einzelskalen des SDQ P4-17</i>	X
Anhang E <i>Genehmigung Ethik-Kommission</i>	XI

Anhang A

Aufklärung und Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme



**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychosomatik, und -psychotherapie**
Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer
Direktor
Schmeddingstraße 50
48149 Münster
T +49 251 83-5 66 73
F +49 251 83-5 22 75
Vermittlung: T +49 251 83-0
kipsych@ukmuenster.de
www.kinderpsychiatrie.ukmuenster.de
Ansprechpartnerin
PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Brigitte Ramsauer
T +49 251 83-56702
Brigitte.Ramsauer@ukmuenster.de

Aufklärung zur DIPA Diagnostikstudie

Münster, den

Liebe Eltern und Kinder,

Herzlich Willkommen an unserer Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Sie sind heute mit Ihrem Kind zur diagnostischen Klärung und Behandlung der Schwierigkeiten und Belastungen ihres Kindes zu uns gekommen. Um Ihrem Kind die bestmögliche Behandlung bereitzustellen, sind wir als Mitarbeitende der Universitätsklinik Münster bemüht, unsere diagnostische und therapeutische Versorgung begleitend zu erforschen und zu evaluieren. Im Besonderen liegt uns die zuverlässige Diagnostik von Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten und Stärken und Schwierigkeiten ihres Kindes im Kleinkind- und Vorschulalter am Herzen.

Deshalb führen wir derzeit für Kinder im Alter von 0-5 Jahren und ihrem Eltern oder Fürsorgepersonen eine Diagnostikstudie durch, in der wir ein an den neusten Erkenntnissen entwickeltes, diagnostisches Interview (DIPA, deutsche Version) für Eltern anwenden. Dieses diagnostische Interview enthält spezifische Fragen zu den Schwierigkeiten, Symptomen und Problemen ihres Kindes. Es dauert ca. 60 bis 90 Minuten und wird an einem Termin an unserer Ambulanz mit derjenigen Bezugsperson des Kindes (Mutter, Vater oder Andere) durchgeführt, welche die meiste Zeit im Alltag mit dem Kind verbringt.

Im Unterschied zur Standarduntersuchung in der Familientagesklinik führen wir das systematische diagnostische Interview DIPA zusätzlich durch und verwenden ergänzend Fragebögen (für Sie als Eltern sowie für die Erzieher und Erzieherinnen im Kindergarten). Sie erhalten also zusätzlich zur Standarduntersuchung eine ergänzende, qualitativ hochwertige Diagnostik.

Sie erhalten von uns zwei Fragebögen, jeweils einen für die Mutter und einen für den Vater oder eine andere Bezugsperson, um kindliche Problembereiche und mögliche elterliche Schwierigkeiten zu erfragen. Sie können die Fragebögen zu Hause ausfüllen. Zusätzlich händigen wir Ihnen je eine Erzieher-Version der beiden Fragebögen aus. Wir bitten Sie, diese Fragebögen an die Erzieherin oder den Erzieher Ihres Kindes im Kindergarten auszuhändigen, mit der Bitte, diese möglichst rasch auszufüllen und an Sie zurückzugeben. Die Einschätzung der Erzieherinnen und Erzieher bezüglich der Schwierigkeiten Ihres Kindes ist für uns wichtig, um einen möglichst ganzheitlichen Blick auf Ihr Kind zu gewährleisten. Sie erhalten von uns einen frankierten Rückumschlag, um die Fragebögen an uns zurückzusenden. Ihre Teilnahme ist freiwillig und bedarf Ihrer schriftlichen Einwilligungserklärung.

Die diagnostischen Daten der Studie werden in pseudonymisierter Form von uns am UKM elektronisch gespeichert, archiviert und zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet. Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern stattdessen nur ein Nummern- und/oder Buchstaben-Id.-Code, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Eine Entschlüsselung erfolgt unter den vom Gesetz vorgeschriebenen Voraussetzungen und kann nur durch die Projektmitarbeitende (Ramsauer, Achtergarde, UKM) erfolgen. Entsprechend dem Datenschutzgesetz werden die Daten mindestens zehn Jahre am UKM archiviert. Danach werden alle personenbezogenen Daten gelöscht

Das Datenschutzgesetz enthält nähere Vorgaben für den erforderlichen Umfang der Einwilligung in die Datenerhebung und -verwendung. Einzelheiten entnehmen Sie bitte der beiliegenden Einwilligungserklärung.

Das Ergebnis des diagnostischen Interviews wird Ihnen auf Wunsch mitgeteilt. Das Ergebnis des Interviews ist eine Antwort auf die Frage, ob bei Ihrem Kind eine oder mehrere kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen, die durch das Interview abgedeckt werden, vorliegen oder nicht. Sie können selbst entscheiden, ob Sie diese Informationen erhalten möchten oder nicht. Ihre Entscheidung (die Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen können), können Sie uns durch Ankreuzen auf der Einwilligungserklärung mitteilen. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie beenden. Hieraus entstehen Ihrem Kind oder Ihnen keine Nachteile. Mit der Teilnahme an dieser Studie sind für Ihr Kind und Sie keine Risiken verbunden und es entstehen keine Kosten.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Mit freundlichen Grüßen



PD Dr. phil. Brigitte Ramsauer
(Projektleiterin)



Dr. phil. Sandra Achtergarde
(Wiss. Mitarbeiterin)

Hinweise zum Datenschutz

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Thomas Claes, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster; T: 0049 (0)251 - 83- 49694,

E-Mail: datenschutz@ukmuenster.de

Gemäß Art. 13 II b der Datenschutzgrundverordnung haben Sie folgende Rechte (Möchten Sie eins dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des UKM):

Auskunft (Art 15 DSGVO und §34 BDSG)

Sie haben das Recht auf Auskunft über Sie betreffende personenbezogene Daten, die erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden.

Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO)

Sie haben das Recht auf Datenübertragung über Sie betreffende personenbezogene Daten, die Sie uns zur Verfügung gestellt haben. Damit können Sie beantragen, dass wir diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen Stelle übermitteln.

Löschung (Art 17 DSGVO und §35 BDSG)

Nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen haben Sie ein Recht auf Löschung Ihrer Daten.

Einschränkung der Verarbeitung (Art 18 DSGVO)

In besonderen Fällen haben Sie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung. Dies ist dann der Fall, wenn die Datenverarbeitung unrechtmäßig sein sollte, Sie die Richtigkeit der erhobenen Daten bestreiten oder ein Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben. Ebenso können Sie eine Einschränkung der Verarbeitung verlangen, wenn die Daten aufgrund der Zweckerreichung einer Löschpflicht unterliegen, Sie sie jedoch zur Geltendmachung von rechtlichen Ansprüchen benötigen. Eine Einschränkung der Verarbeitung müssen Sie beantragen.

Berichtigung (Art 16 DSGVO)

Sie haben das Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten.

Hinweis auf Beschwerderecht bei der zuständigen Behörde

Sie haben das Recht, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzulegen:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Nordrhein-Westfalen; Postfach 20 04 44; 40102 Düsseldorf

Tel.: 0211/38424-0; Fax: 0211/38424-10; E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Sie haben das Recht, jederzeit die datenschutzrechtliche Einwilligung rückgängig zu machen (zu widerrufen). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Widerruf mit Wirkung für die Zukunft). Richten Sie den Widerruf an den Verantwortlichen. Ihnen entstehen durch den Widerruf keine Nachteile.

Datenschutzbestimmungen

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde über mich und mein Kind erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Daten erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie eine freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus. Ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über die psychische Gesundheit meines Kindes erhoben und in Papierform, in Form von Video- und Audioaufzeichnung sowie auf elektronischen Datenträgern in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik am UKM Münster aufgezeichnet werden. Soweit erforderlich, dürfen die Kopien der erhobenen Daten (Videoaufzeichnungen ausgenommen) pseudonymisiert (verschlüsselt) an die zuständige Ethik-Kommission weitergegeben werden.

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass wir jederzeit die Teilnahme an dieser Studie beenden können. Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung unserer personenbezogenen Daten, insbesondere die Angaben über die psychische Gesundheit des Kindes, ist jedoch unwiderruflich. Ich weiß, dass im Falle eines Widerrufs zur Teilnahme an der Studie die bis zu diesem Zeitpunkt gespeicherten Daten weiterhin a) verwendet werden dürfen, soweit dies erforderlich ist, um die wissenschaftlichen Ziele der Studie zu erreichen und b) sicherzustellen, dass meine schutzwürdigen Interessen nicht beeinträchtigt werden.

3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten von mir und meinem Kind nach Beendigung oder Abbruch der Studie mindestens zehn Jahre am UKM aufbewahrt werden, wie es die Vorschriften für wissenschaftliche Studien bestimmen. Danach werden alle personenbezogenen Daten gelöscht.

4. Ich bin über die folgende gesetzliche Regelung informiert: Falls ich meine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie widerrufe, müssen alle Stellen, die personenbezogene Daten von mir und meinem Kind, insbesondere Gesundheitsdaten, gespeichert haben, unverzüglich prüfen, inwieweit die gespeicherten Daten für die in Nr. 2 a) und b) genannten Zwecke noch erforderlich sind. Nicht mehr benötigte Daten sind unverzüglich zu löschen.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der oben genannten Studie (DIPA Diagnostikstudie) freiwillig teilzunehmen.
 Wir (Eltern, Erziehungsberechtigte) erhalten ein Exemplar der Aufklärung zur DIPS Diagnostikstudie und der Einwilligungserklärung. Ein Exemplar verbleibt an der Kinder- und Jugendpsychiatrie am UKM in Münster.

Hiermit willige ich freiwillig in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Ich bin ausreichend informiert worden und hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen. Über die Folgen eines Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung bin ich aufgeklärt worden.
 Die schriftliche Aufklärung und Einwilligung habe ich erhalten.

Über die Ergebnisse der diagnostischen Untersuchung mit dem DIPA-Interview

möchte ich informiert werden. möchte ich nicht informiert werden.

.....

Name des **Patienten** in Druckbuchstaben

..... Name der Mutter (bzw. gesetzlichen Vertreters) in Druckbuchstaben 	
Datum	Unterschrift der Mutter (bzw. gesetzlichen Vertreters)

.....
 Name des **Vaters** (bzw. **gesetzlichen Vertreters**) in Druckbuchstaben

.....	
Datum	Unterschrift des Vaters (bzw. gesetzlichen Vertreters)

Anhang B*Verteilungsmaße der positiven Items im DIPA*

Diagnose	Anzahl der Items	gesamt (N = 74)		Jungen (n = 43)		Mädchen (n = 31)	
		M	SD	M	SD	M	SD
Gesamtes DIPA	158	20.6	14.1	23.1	13.9	17.0	13.9
ADHS	18	6.0	5.2	7.1	5.0	4.5	5.0
Subtyp Unaufmerksamkeit	9	2.9	2.8	3.3	2.9	2.3	2.5
Subtyp Hyperaktivität	9	3.2	3.0	3.8	3.0	2.3	2.9
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	24	3.8	3.3	4.5	3.1	2.8	3.2
Störung mit oppositionellem Trotzverhalten	9	3.3	2.8	4.0	2.6	2.4	2.8
Störung des Sozialverhaltens	15	0.5	1.0	0.6	1.0	0.4	0.9
Emotionale Probleme	114	10.1	8.3	10.9	8.8	9.0	7.5
Posttraumatische Belastungsstörung ^a	26	1.2	3.2	1.0	3.3	1.5	3.0
Schwere depressive Episode	23	2.5	2.3	2.9	2.1	1.9	2.4
Bipolar-I-Störung	10	0.3	0.6	0.3	0.7	0.3	0.5
Disruptive Affektregulationsstörung ^a	6	1.7	1.9	2.1	1.9	1.1	1.7
Störung mit Trennungsangst	10	1.3	1.6	1.4	1.8	1.2	1.3
Spezifische Phobie ^a	15	1.5	1.9	1.7	2.1	1.3	1.6
Soziale Phobie	2	0.2	0.5	0.1	0.3	0.3	0.7
Generalisierte Angststörung ^a	8	0.2	0.8	0.1	0.5	0.3	1.0
Zwangsstörung ^a	5	0.2	0.5	0.2	0.6	0.1	0.3
Reaktive Bindungsstörung	5	0.5	0.7	0.4	0.7	0.5	0.9
Beziehungsstörung mit Enthemmung	4	0.7	1.1	0.6	0.9	0.7	1.3
Insomnien	2	0.7	0.8	0.6	0.7	0.7	0.8

Anmerkung. ^a Diagnosemodule enthalten Items, die abhängig von vorherigen ggf. nicht mehr gestellt werden

Anhang C*Kreuztabellen DIPA x SDQ P4-17*

Gesamtes DIPA x Gesamtproblemwert		DIPA-Diagnose		
		ja	nein	Gesamt
SDQ P4-17	auffällig	38	6	44
	unauffällig	12	18	30
	Gesamt	50	24	74

Anmerkung. Sensitivität $Se = 86.4\%$, Spezifität $Sp = 60.0\%$

Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme		DIPA-Diagnose		
		ja	nein	Gesamt
SDQ P4-17	auffällig	23	15	38
	unauffällig	2	34	36
	Gesamt	25	49	74

Anmerkung. Sensitivität $Se = 60.5\%$, Spezifität $Sp = 94.4\%$

Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten		DIPA-Diagnose		
		ja	nein	Gesamt
SDQ P4-17	auffällig	30	12	42
	unauffällig	2	30	32
	Gesamt	32	42	74

Anmerkung. Sensitivität $Se = 71.4\%$, Spezifität $Sp = 93.8\%$

Emotionale Probleme		DIPA-Diagnose		
		ja	nein	Gesamt
SDQ P4-17	auffällig	17	7	24
	unauffällig	17	33	50
	Gesamt	34	40	74

Anmerkung. Sensitivität $Se = 70.8\%$, Spezifität $Sp = 66.0\%$

Anhang D*Korrelation zwischen Insomnien und den Einzelskalen des SDQ P4-17*

SDQ P 4-17	<i>t</i> (72)	<i>p</i>	<i>d</i>
Gesamtproblemwert	-1.18	.242	-.29
Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme	-0.27	.785	-.07
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	0.19	.852	.05
Emotionale Probleme	-2.30	.024	-.57
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	-1.11	.269	-.28
Prosoziales Verhalten	0.10	.133	.38
Impact score	0.54	.307	-.26

Anhang E

Genehmigung Ethik-Kommission

Patientenschutz | Forschungsfreiheit



ETHIK KOMMISSION

der Ärztekammer Westfalen-Lippe und
der Westfälischen Wilhelms-Universität

Ethik-Kommission Münster · Gartenstraße 210–214 · 48147 Münster

Frau
PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Brigitte Ramsauer
Universitätsklinikum Münster
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -
psychosomatik und -psychotherapie
Schmeddingstraße 50
48149 Münster

Gartenstraße 210–214
48147 Münster, Germany
Tel.: +49 (0)251 929 2460
Fax: +49 (0)251 929 2478
E-Mail: ethik-kommission@aeowl.de
www.ethik-kommission.uni-muenster.de

30. Oktober 2017

B. M. M. dm

Unser Aktenzeichen: 2017-540-f-S (bitte immer angeben!)
Studiencode: DIPA
Sponsor / Finanzierung: Universitätsklinikum Münster, Münster
Titel des Forschungsvorhabens: „Die klinische Validierung des Diagnostic Infant and
Preschool Assessment (DIPA, deutsche Version)“

Beratung und Bewertung

Sehr geehrte Frau PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Ramsauer,

für das oben genannte Forschungsvorhaben haben Sie mit Schreiben vom 31.08.2017 die Beratung durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster („Ethik-Kommission“) beantragt.

Die Ethik-Kommission hat in ihrer Sitzung am 04.10.2017 über Ihren Antrag beraten. Sie haben auf unsere Nachfrage vom 05.10.2017 am 24.10.2017, hier eingegangen am 27.10.2017, geantwortet. Die ergänzend vorgelegten Unterlagen wurden in einem Ausschuss nach § 5 Abs. 1 Satz 3 ihrer Satzung geprüft und es wurde beschlossen:

Die Ethik-Kommission hat keine grundsätzlichen Bedenken ethischer oder rechtlicher Art gegen die Durchführung des Forschungsvorhabens.

Die vorliegende Einschätzung gilt für das Forschungsvorhaben, wie es sich auf Grundlage der in Anhang 1 genannten Unterlagen darstellt.

Für die Entscheidung der Ethik-Kommission erhebt die Ärztekammer Westfalen-Lippe Gebühren nach Maßgabe ihrer Verwaltungsgebührenordnung. Über die auf 20% ermäßigten Gebühren erhalten Sie von der Ärztekammer einen gesonderten Bescheid.

Allgemeine Hinweise:

Mit der vorliegenden Stellungnahme berät die Ethik-Kommission die der Ärztekammer Westfalen-Lippe angehörenden Ärztinnen und Ärzte zu den mit dem Forschungsvorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen gemäß § 15 Abs. 1 Berufsordnung ÄKWL.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. Dr. med. H.-W. Bothe M.A. phil
Stellvertretende Vorsitzende: Univ.-Prof. Dr. med. W. E. Berdel, Prof. Dr. phil. C. Frantz, Univ.-Prof. Dr. med. F. U. Müller

Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
unser Az.: 2017-540-F-S
Schreiben vom: 30. Oktober 2017

Die Einschätzung der Kommission ist als ergebnisoffene Beratung für den Antragsteller nicht bindend. Die Ethik-Kommission weist darauf hin, dass unabhängig von der vorliegenden Stellungnahme die medizinische, ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung des Forschungsvorhabens bei dessen Leiter und bei allen an dem Vorhaben teilnehmenden Ärzten bzw. Forschern verbleibt.

An der Beratung und Beschlussfassung haben die in Anhang 2 aufgeführten Mitglieder der Ethik-Kommission teilgenommen. Es haben keine Mitglieder teilgenommen, die selbst an dem Forschungsvorhaben mitwirken oder deren Interessen davon berührt werden.

Die Ethik-Kommission empfiehlt im Einklang mit der Deklaration von Helsinki nachdrücklich die Registrierung klinischer Studien vor Studienbeginn in einem öffentlich zugänglichen Register, das die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geforderten Voraussetzungen erfüllt, insbesondere deren Mindestangaben enthält. Ausführliche Informationen zur International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) stehen im Internetangebot der WHO zur Verfügung:

<http://www.who.int/ictcp/about/en/>

Zu den Kriterien des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) sei beispielsweise verwiesen auf die Informationen unter:

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/clinical-trial-registration.html>

Das WHO Primär-Register für Deutschland ist das Deutsche Register für Klinische Studien (DRKS) in Freiburg. Es erfüllt die Forderungen der Fachzeitschriften:

<http://www.drks.de/index.html>

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster ist organisiert und arbeitet gemäß den nationalen gesetzlichen Bestimmungen und den GCP-Richtlinien der ICH.

Die Kommission wünscht Ihrem Forschungsvorhaben gutes Gelingen und geht davon aus, dass Sie nach Abschluss des Vorhabens über die Ergebnisse berichten werden.

Mit freundlichen Grüßen


Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Werner Bothe M.A.
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
 unser Az.: 2017-540-f-S
 Schreiben vom: 30. Oktober 2017

Anhang 1

Folgende Unterlagen haben bei der Beschlussfassung vorgelegen:

Eingang	Datierung	Anlage
12.09.2017	31.08.2017	Antrag auf Begutachtung eines Forschungsvorhabens, keine digitalen Unterlagen
02.10.2017	22.09.2017	00 Deckblatt 05-09-17
02.10.2017	22.09.2017	01 Informationen zum Kind 05-09-17
02.10.2017	22.09.2017	02 Informationen zur Mutter 05-09-17
02.10.2017	22.09.2017	03 Informationen zum Vater_05-09-17
02.10.2017	22.09.2017	Anschreiben Ethikantrag_final16-8-2017
02.10.2017	22.09.2017	DIPA Interview 2015 Deutsche Version 05-09-2017
02.10.2017	22.09.2017	Einwilligungserklärung DIPA-D-Studie_final17-8-2017_2
02.10.2017	22.09.2017	Ethikantrag DIPA Validierung 05-09-2017_final
02.10.2017	22.09.2017	Informationsbrief und Aufklärung_final17-08-2017_2mit Unterschriften
02.10.2017	22.09.2017	Literatur zum Ethikantrag DIPA 29-08-2017
02.10.2017	22.09.2017	SDQ_German_p4-17full
27.10.2017	24.10.2017	Stellungnahme_zur_Nachfrage_Ethikantrag_23-10-17
27.10.2017	24.10.2017	Informationsbrief und Aufklärung_ergänzt_23-10-17
27.10.2017	24.10.2017	Einwilligungserklärung DIPA-Studie_ergänzt_23-10-17

Anhang 2

Folgende Mitglieder der Ethik-Kommission haben an der Beratung und Beschlussfassung in der Sitzung am 04.10.2017 teilgenommen:

Univ.-Prof. Dr. phil. Christiane Frantz Institut für Politikwissenschaft, Westfälische Wilhelms-Universität Münster - Vorsitz -	Dr. jur. LL.M. Anna Lauber Kanzlei am Ärztehaus
Pfarrer Frank Neumann Ev. Klinikseelsorge, Universitätsklinikum Münster	Dr. med. Attyla Drabik , MPH Clinical Trial Support, Münster
Irmgard Winkelhaus Hohenzollern Apotheke am Ring, Münster	Prof. Dr. med. Uwe Kirchhefer Universitätsklinikum Münster, Institut für Pharmakologie und Toxikologie
Dr. med. Frank Tillmann Dialysenzentrum Emsdetten	Frau Ulrike Schmitt-Emmerich Gesamtschule Münster Mitte
Dr. rer. nat. Christoph Klaas Universitätsklinikum Münster, Stabsstelle Apotheke	Michael Finke Kinder - und Jugendlichen Psychotherapeut, M.A. Angewandte Ethik, Osnabrück

Patientenschutz | Forschungsfreiheit



ETHIK 
KOMMISSION

der Ärztekammer Westfalen-Lippe und
der Westfälischen Wilhelms-Universität

Ethik-Kommission Münster · Gartenstraße 210-214 · 48147 Münster

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -
psychosomatik und -psychotherapie
Frau PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Brigitte
Ramsauer
Schmeddingstraße 50
48149 Münster

Gartenstraße 210-214
48147 Münster, Germany
Tel.: +49 (0)251 929 2460
Fax: +49 (0)251 929 2478
E-Mail: ethik-kommission@aekwl.de
www.ethik-kommission.uni-muenster.de

6. Juni 2018 *A-6 AP-U*

Unser Aktenzeichen: 2017-540-f-S (bitte immer angeben!)
Studiencode: DIPA
Sponsor / Finanzierung: Universitätsklinikum Münster, Münster
Titel des Forschungsvorhabens: „Die klinische Validierung des Diagnostic Infant and Preschool
Assessment (DIPA, deutsche Version)“

Amendment vom 16.04.2018

Beratung und Bewertung

Sehr geehrte Frau PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Ramsauer,

für das oben genannte Forschungsvorhaben haben Sie mit Schreiben vom 16.04.2018 für nachträgliche Änderungen die Beratung durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster („Ethik-Kommission“) beantragt.

Die Ethik-Kommission hat durch einen Ausschuss nach § 5 Abs. 1 Satz 3 ihrer Satzung über Ihren Antrag beraten und beschlossen:

Die Ethik-Kommission hat weiterhin keine grundsätzlichen Bedenken ethischer oder rechtlicher Art gegen die Durchführung des Forschungsvorhabens.

Die vorliegende Einschätzung gilt für das Forschungsvorhaben, wie es sich auf Grundlage der in Anhang 1 genannten Unterlagen darstellt.

Für die Entscheidung der Ethik-Kommission erhebt die Ärztekammer Westfalen-Lippe Gebühren nach Maßgabe ihrer Verwaltungsgebührenordnung. Über die auf 20% ermäßigten Gebühren erhalten Sie von der Ärztekammer einen gesonderten Bescheid.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. med. W. E. Berdel
Stellvertretende Vorsitzende: Prof. Dr. phil. C. Frantz, Univ.-Prof. Dr. med. F. U. Müller

Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
 unser Az.: 2017-540-F-S
 Schreiben vom: 6. Juni 2018

Allgemeine Hinweise:

Mit der vorliegenden Stellungnahme berät Sie die Ethik-Kommission zu den mit Ihrem Forschungsvorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen gemäß § 15 Abs. 1 Satz 1 Berufsordnung Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Die Einschätzung der Kommission ist als ergebnisoffene Beratung für den Antragsteller nicht bindend. Die Ethik-Kommission weist darauf hin, dass unabhängig von der vorliegenden Stellungnahme die medizinische, ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung des Forschungsvorhabens bei dessen Leiter und bei allen an dem Vorhaben teilnehmenden Ärzten bzw. Forschern verbleibt.

An der Beratung und Beschlussfassung haben keine Mitglieder der Ethik-Kommission teilgenommen, die selbst an dem Forschungsvorhaben mitwirken oder deren Interessen davon berührt werden.

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster ist organisiert und arbeitet gemäß den nationalen gesetzlichen Bestimmungen und den GCP-Richtlinien der ICH.

Die Kommission wünscht Ihrem Forschungsvorhaben gutes Gelingen und geht davon aus, dass Sie nach Abschluss des Vorhabens über die Ergebnisse berichten werden.

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang E. Berdel
 Vorsitzender der Ethik-Kommission

Anhang 1

Folgende Unterlagen haben bei der Beschlussfassung neu vorgelegen:

Bei mehreren Versionen eines Dokumentes bezieht sich unsere Bewertung stets auf die letzte Version.

Eingang	Datierung	Anlage
19.04.2018	16.04.2018	Modifiziertes Informationsschreiben zum Datenschutz - keine digitalen Unterlagen
03.05.2018	30.04.2018	Informationsbrief und Aufklärung_DSGVO_12-04-2018