

Die Erfassung expansiven Verhaltens mit der deutschen Version des Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

Nina Heinrichs, Regina Bussing, Emanuel Henrich,
Gudrun Schwarzer und Wolfgang Briegel

Zusammenfassung. In der vorliegenden Studie wurde die deutsche Version des Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) zur Erfassung von Verhaltensproblemen im Kindesalter psychometrisch untersucht. Dafür füllten Eltern von 5 218 Kindern im Alter von 2 bis 9 Jahren das ECBI sowie den Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ) aus. Darüber hinaus lieferten sie soziodemographische Daten. Die Stichprobe wurde in drei deutschen Städten über Kindertagesstätten und Grundschulen rekrutiert. Die Rücklaufquote lag bei 49 % der Zielpopulation. Die Ergebnisse unterstützen das ECBI als homogenes Maß für Verhaltensprobleme im Kindesalter mit sehr guter Differenzierungsfähigkeit zwischen unterschiedlichen Ausprägungen von Verhaltensproblemen. Es ergaben sich signifikante Unterschiede in den Intensitäts- und Problemwerten mit niedrigeren Werten in der vorliegenden deutschen im Vergleich zur amerikanischen Stichprobe. Da der erzielte Intensitätswert des Elternfragebogens ein wesentliches Kriterium für die Initiierung und Beendigung von Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) darstellt, ist es von großer Bedeutung deutsche Normen zu verwenden. Schlüsselwörter: Normierung, ECBI, externalisierend, Verhaltensstörung, Kinder

The assessment of child behavior problems with the German version of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

Abstract. In this article the psychometric properties of the German translation of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) are investigated. Parents of 5 218 children between 2 and 9 years of age completed the ECBI as well as the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Additionally, they provided socio-demographic information. The sample was recruited through pre- and elementary schools in three German cities. Return rates averaged 49 % of the target population. The results support the ECBI as a homogenous measure for behavior problems in childhood with very good power to discriminate between different levels of behavior problems. However, there are significant differences between intensity and problem score levels between countries with the present German sample yielding lower scores on both scales compared to the American sample. Since the intensity score is an important criterion used to decide about the initiation and completion of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), it is of great importance to use German norms.

Key words: standardization, ECBI, externalizing, behavior problems, children

Verhaltensprobleme bei Kindern und Jugendlichen sind einer der häufigsten Anlässe, aus denen sich Familien entscheiden, eine kinderpsychotherapeutische Behandlung aufzusuchen. Verhaltensprobleme können definiert werden als interpersonelle Probleme von Kindern, obgleich diese Kinder prinzipiell die Fähigkeit zur sozialen Kooperation besitzen. Eine Analyse von mehr als 1 000 psychotherapeutischen Kassenanträgen ergab, dass knapp 8 % der Anträge eine primäre Störung des Sozialverhaltens (F91) als Diagnose aufführten und weitere knapp 13 % die Kombinationsdiagnose „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1; Sinzig, Plück &

Schmidt, 2006). Klinisch relevante Verhaltensprobleme treten demnach in der ambulanten Versorgung besonders oft in der Kombination mit hyperkinetischen Störungen auf.

Bei der Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens kommt der Autonomieentwicklung im Kleinkind- und Vorschulalter eine besondere Rolle zu: In dieser Entwicklungsphase treten gewöhnlich vermehrt Wut- und Trotzanfälle auf, da die Kinder eine Tendenz haben, sich in ihrem Verhalten auszudehnen. Eltern müssen hier entscheiden, wann und wie dieser Ausdehnung Grenzen gesetzt werden. Wenn diese Entwicklungsphase erfolgreich verläuft, können Kinder sich im Anschluss selbst kontrollieren und sind sich gleichzeitig ihrer Autonomie bewusst, „sie haben eine Form der Selbstbeherrschung erlernt und sind gleichzeitig selbstbewusst“ (Wenar & Kerig, 2005, S. 168). Diese Entwicklungsphase beginnt

Wir danken allen teilnehmenden Einrichtungen in Bielefeld, Gießen und Schweinfurt sowie allen Eltern, die ihre Einschätzung für das Forschungsprojekt zur Verfügung gestellt haben. Wir bedanken uns auch ganz herzlich bei Sheila Eyberg für ihre Unterstützung beim Übersetzungsprozess bzw. ihre Rückmeldung zu den Studienergebnissen.

im Alter von eineinhalb bis zwei Jahren und kann sich je nach Familie über Jahre hinziehen. Die Beurteilung von aufsässigem Verhalten ist in dieser Phase besonders schwierig, weil nicht immer klar ist, ab wann das von Eltern berichtete kindliche Verhalten über ein normales Maß hinausgeht. Damit kommt der Erfassung dieser Verhaltensprobleme im Entwicklungsverlauf, vor allem im Vor- und frühen Grundschulalter, eine besonders wichtige Rolle zu.

Das Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) wurde von Sheila Eyberg entwickelt (Eyberg & Pincus, 1999), um Verhaltensprobleme bei Kindern und Jugendlichen zwischen 2 und 16 Jahren aus Elternsicht zu erheben. Im deutschen Sprachraum gibt es bisher neben den direkten Verfahren zur Erfassung expansiver Auffälligkeiten bei Kindern (z. B. Verhaltensbeobachtung) eine Reihe indirekter Verfahren, zu denen auch die standardisierte Erfassung der Sicht der Eltern durch Fragebögen oder Checklisten gehört. Scheithauer und Rosenbach (2009) haben in ihrem Übersichtskapitel zur Diagnostik aggressiver Störungen festgestellt, dass es für das Kleinkind- und Vorschulalter wenige aggressionsspezifische Instrumente gibt. Sie weisen darauf hin, dass aggressives Verhalten hier häufig über Instrumente abgebildet wird, die Verhaltensprobleme als eine Skala von mehreren im Rahmen einer breiteren Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten identifizieren. Ein Beispiel dafür ist die Child Behavior Checklist (CBCL), die für das Vor- und Grundschulalter mit 120 Items unter anderem auch aggressives Verhalten erfasst (CBCL/4–18; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998). Eine Version für jüngere Kinder (CBCL/1½–5; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2002) beinhaltet 99 Items und erfasst mit einer Skala (19 Items) ebenfalls aggressives Verhalten. Die Reliabilität des Messinstruments für diese Skala kann als sehr gut bewertet werden (Cronbachs $\alpha = .90$; Plück et al., 2013). Ähnlich verhält es sich mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997), der aus 25 Items besteht, von denen sich fünf Items explizit auf Verhaltensprobleme von Kindern im Alter von 4 bis 16 Jahren beziehen. Der Nachteil dieser Verfahren liegt in der Breite der Erfassung psychopathologischer Symptome, die zugunsten der Vielfalt psychopathologischer Auffälligkeiten pro Bereich teilweise nur wenige Items zulassen. Dies kann sich unter anderem auf die Reliabilität auswirken und steht einer umfassenden und differenzierten Individualerhebung der aggressiven Symptomatik entgegen, die im Rahmen einer Psychotherapie über ein Screening hinaus erforderlich ist. Der Verhaltensbeobachtungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3–6; Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt, 1993) erfasst Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Alter von 3–6 Jahren auf den Dimensionen sozial-emotionale Kompetenzen, oppositionell-aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsschwäche/Hyperaktivität vs. Spieldauer und emotionale Auffälligkeiten. Dieser Beobachtungs-

bogen hat im Gegensatz zum ECBI jedoch eine schmale Altersspannbreite und wurde in den 90er Jahren lediglich mit einer kleinen Stichprobe normiert.

Das von Eyberg und Pincus (1999) entwickelte ECBI dient im Unterschied dazu der spezifischen und konkreten Erfassung von expansivem Verhalten. Es hat mehrere Vorteile gegenüber anderen Verfahren: (1) Es deckt einen breiten Altersbereich ab (2–16 Jahre), (2) es weist in der Originalversion ausgezeichnete Reliabilitäten und sehr gute Validitäten auf, (3) es ist ökonomisch im Einsatz (das Ausfüllen und die Auswertung benötigen wenig Zeit, circa 10–15 Minuten), (4) die Items sind sehr konkret auf das Verhalten des Kindes bezogen und lassen sich daher für Eltern leicht beantworten und (5) Eltern können zwischen der Intensität, mit der ein bestimmtes Verhalten bei ihrem Kind auftritt, und der Einschätzung, ob das jeweilige Verhalten als Problem erlebt wird, unterscheiden (siehe auch Beelmann, Lösel, Stemmler & Jaurisch, 2006). Dies erlaubt eine differenzierte Einschätzung der Intensität bzw. Häufigkeit des kindlichen Verhaltens sowie der elterlichen Bewertung des Verhaltens.

Das ECBI existiert bereits in zwei deutschen Übersetzungen, eine von Beelmann et al. (2006) aus dem EF-EKT-Projekt (2006) und eine von Triple P Deutschland (1999). Diese beiden Übersetzungen unterscheiden sich voneinander, z. B. haben Beelmann et al. (2006) eine Rückübersetzung durch einen ‚native speaker‘ vorgenommen. Beide Übersetzungen weichen teilweise auch von der Originalversion von Eyberg und Pincus (1999) ab, bspw. sind Teile der englischen Originalitems nicht mit übersetzt (bei Item 2, 5, 7, 24 und 26), was teilweise zu einer Veränderung der Bedeutung der Items in den deutschen Übersetzungen führt. Die Version von Beelmann et al. (2006) wurde an 718 Eltern von Kindern im Vorschulalter psychometrisch überprüft und deckt damit hinsichtlich einer potenziellen Normierung für den deutschen Sprachraum den Altersbereich von 3–6 Jahren ab. Damit fehlen allerdings Normdaten für das Grundschulalter, den Altersbereich, in dem Eltern am häufigsten Hilfe wegen des Sozialverhaltens ihres Kindes suchen.

Die gegenwärtige Studie hat aus diesen Gründen mehrere Ziele: (1) Die deutsche Version einer großen Stichprobe von Eltern mit Kindern im Alter von 2–8 Jahren vorzulegen, um den typischen Altersbereich abzudecken, in dem die meisten Eltern wegen des Sozialverhaltens ihres Kindes erstmalig professionelle Hilfe aufsuchen, (2) Normen an dieser nicht-klinischen, möglichst repräsentativen Stichprobe zu erstellen, die auch eine Untersuchung von Alters- und Geschlechtseffekten bei hinreichender Stichprobengröße pro Altersjahrgang erlauben, (3) die Kriteriumsvalidität mit dem SDQ zu untersuchen sowie (4) die Übersetzungsgüte des Instruments noch weiter zu optimieren. Nach gründlicher Sichtung der bereits vorhandenen ECBI-Übersetzungen wurde die Originalversion zunächst durch Wolfgang

Briegel (Chefarzt) und Thomas Walter (Pädagogischer Leiter) an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Leopoldina-Krankenhauses, Schweinfurt, in die deutsche Sprache übersetzt, anschließend wurde diese Version mit Regina Bussing (Professorin an der University of Florida, USA) diskutiert. Die konsentierte Version, die durch Bussing eine Rückübersetzung ins Amerikanische erfuhr, wurde schließlich durch Eyberg und den Verlag als revidierte deutsche Version autorisiert. Hinsichtlich des SDQ wurde ein positiver Zusammenhang insbesondere mit den beiden Einzelskalen „Verhaltensprobleme“ sowie „Hyperaktivität“ erwartet, da das ECBI auch Items zu motorischer Unruhe und Aufmerksamkeitsproblemen beinhaltet.

Methode

Verfahrensweise und Instrumente

In drei Regionen Deutschlands (Unterfranken mit dem Schwerpunkt auf Schweinfurt und Umgebung; Bielefeld; Gießen) wurden Kindergärten/Kindertagesstätten und Grundschulen um eine Teilnahme bei der Untersuchung gebeten. Die Auswahl der Regionen wurde durch den Wunsch geleitet, sowohl ländliche Bereiche und unterschiedliche Stadtgrößen als auch Orte verschiedener Bundesländer zu repräsentieren. Die spezifischen Erhebungsorte wurden durch Kooperationen mit dem Hauptstudienort (Schweinfurt) festgelegt. In Schweinfurt und Umgebung erfolgte die Vorstellung des Projektes mit Bitte um Teilnahme im Rahmen regionaler Treffen der Leiterinnen von Kindergärten und Kindertagesstätten sowie bei der Schulleiterkonferenz für den Bereich der Klassenstufen 1–2 durch Mitarbeiter der Klinik. In den anderen Städten gab es eine mit dem Hauptstudienort vereinbarte Zielvorgabe von 150 Familien pro Standort. Nach dem Zufallsprinzip (Bielefeld) oder aufgrund von positiven Erfahrungen mit vorangegangenen Kooperationen (Gießen) erfolgte daher an den zusätzlichen Standorten eine Auswahl von Kindergärten, Kindertagesstätten und Grundschulen. Alle teilnehmenden Einrichtungen wurden bezüglich des Zwecks und Inhalts der Befragung aufgeklärt, außerdem wurde angeboten, Informationen über die Ergebnisse bereitzustellen. Bei Interesse wurde den Institutionen vorab ein Beispiexemplar des Fragebogenpakets zugeschickt.

Insgesamt nahmen 64 Schulen mit den Klassenstufen 1 und 2 ($n = 56$ in Schweinfurt, $n = 5$ in Bielefeld und $n = 3$ in Gießen) und 157 Kindertagesstätten und Kindergärten ($n = 140$ in Schweinfurt, $n = 12$ in Bielefeld und $n = 5$ in Gießen) teil. Typische Ablehnungsgründe bei den angefragten Einrichtungen waren zum einen ein zu hoher Anteil von Familien mit Migrationshintergrund in der Einrichtung, die das Fragebogenpaket nicht verstehen würden, sowie zu viele externe Anfragen zu Projektteil-

nahmen (Bielefeld, Gießen). In den Kindergärten/Kindertagesstätten wurden die Fragebögen entweder persönlich an die Eltern ausgeteilt oder den Erzieherinnen übergeben, je nach Wunsch der Einrichtungsleitung. Die Fragebögen sollten an alle Eltern mit einem mindestens zweijährigen Kind ausgegeben werden. In den Schulen wurden die Fragebögen den Klassenlehrern der ersten beiden Jahrgangsstufen überreicht, mit der Bitte, allen Kindern im Alter bis zu acht Jahren ein Fragebogenpaket mit nach Hause zu geben. Das Paket enthielt jeweils ein Informationsschreiben zur Studie mitsamt Anleitung zum Ausfüllen der Fragebögen. Die Eltern konnten das Paket ausgefüllt im Umschlag in der jeweiligen Einrichtung wieder abgeben (Schweinfurt) oder direkt an die jeweilige lokale Projektleitung kostenfrei zurückschicken (Bielefeld, Gießen). Somit war eine kostenfreie und anonyme Teilnahme der Eltern gegeben. Die Fragebögen konnten nach Rücksendung nur noch den Institutionen zugeordnet werden, da diese vor Ausgabe eine entsprechende Nummerierung erhalten hatten.

Die primären Bezugspersonen (Mutter, Vater, Großeltern, Pflege- oder Adoptiveltern) von Kindern im Alter von 2–8 Jahren wurden gebeten, das Fragebogenpaket anonym auszufüllen, das im allgemeinen Teil 33 Fragen umfasste, von denen 26 Fragen (1–12; 25; 46–47; 50–55 und 84–88) unverändert dem allgemeinen Fragebogen aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007) entnommen waren. Darüber hinaus wurden die folgenden beiden Fragebögen vorgelegt:

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). Der Fragebogen besteht aus 36 Items, die vorrangig expansive kindliche Verhaltensweisen beschreiben. Von den Eltern soll mittels einer siebenstufigen Likert-Skala (von 1 ‚nie‘ bis 7 ‚immer‘) für das eigene Kind eingeschätzt werden, wie häufig diese Verhaltensweisen auftreten. Außerdem wird über ein dichotomes Antwortformat für jedes Item erfasst, ob das Verhalten des Kindes für die Eltern ein Problem darstellt („Ist dies für Sie ein Problem?“ ja/nein). Die Durchführungszeit beträgt circa 5–10 Minuten, die Auswertungszeit erfordert maximal 5 Minuten. Das Problemverhalten spiegelt sich dann in zwei Gesamtwerten wider: dem *Intensitätswert* (Häufigkeit der gezeigten Verhaltensweisen, dargestellt über die Summe der einzelnen Likertwerte) und dem *Problemwert* (Anzahl der aus Sicht der Eltern problematischen Verhaltensweisen des Kindes). Diese Trennung erlaubt es Eltern, ein häufig gezeigtes Verhalten des Kindes nicht unbedingt auch als problematisch zu betrachten und umgekehrt. Die Summenwerte auf der Intensitätsskala können von 36 bis 252 variieren, die Spannweite möglicher Werte auf der Problemskala reicht von 0 bis 36. Die klinischen Cut-off-Werte der US-Stichprobe liegen bei 132 für die Intensitätsskala und bei 15 für die Problemskala (jeweils $T \geq 60$) (Colvin, Eyberg & Adams, 1999).

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Dieser Fragebogen besteht aus 25 Items, die Verhalten und Eigenschaften von Kindern beschreiben. Eltern sollen auf einer Skala mit drei Stufen einschätzen, wie zutreffend diese Beschreibung für ihr Kind ist (0 = ‚nicht zutreffend‘, 1 = ‚teilweise zutreffend‘ oder 2 = ‚eindeutig zutreffend‘; fünf Items sind invers gepolt). Die Items verteilen sich auf fünf Skalen (‚Emotionale Probleme‘, ‚Verhaltensprobleme‘, ‚Hyperaktivität‘, ‚Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen‘ und ‚Prosoziales Verhalten‘). Die Summenwerte pro Skala können zwischen 0 und 10 variieren. Der Gesamtproblemwert ergibt sich durch Addition der vier Skalen, die sich auf die Probleme des Kindes beziehen (die Skala ‚Prosoziales Verhalten‘ wird hier nicht einbezogen). Er kann daher von 0 bis 40 variieren.

Gemäß den Auswertungsrichtlinien des SDQ (www.sdqinfo.com) gibt es vorgeschlagene Cut-off-Werte für drei Kategorien (‚unauffällig‘, ‚grenzwertig‘ und ‚auffällig‘), die für die deutsche Version des Instruments auf einer deutschen Normierungsstichprobe von Woerner et al. (2002) beruhen ($N = 930$, 6–16 Jahre). Bezogen auf den Gesamtproblemwert sind diese wie folgt festgelegt: 0–13 (‚unauffällig‘), 14–16 (‚grenzwertig‘) und 17–40 (‚auffällig‘). Goodman, Lamping und Ploubidis (2010) haben darüber hinaus vorgeschlagen, die Einzelskalen des SDQ nochmals zu zwei übergeordneten Skalen (‚Internalisierend‘ und ‚Externalisierend‘) zusammenzufassen. Die internalisierende Skala setzt sich dabei aus den Items der Subskalen ‚Emotionale Probleme‘ und ‚Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen‘ zusammen. Die externalisierende Skala ergibt sich aus den beiden Subskalen ‚Verhaltensprobleme‘ und ‚Hyperaktivität‘.

Stichprobe

Insgesamt wurden an die Eltern der teilnehmenden 221 Institutionen 12 579 Fragebogenpakete ausgegeben. Davon wurden 6 127 zurückgeschickt, die sich auf 5 698 Kinder bezogen (mit 5 449 Fragebögen von Müttern und 4 518 von Vätern ausgefüllt). Der Rücklauf lag demnach im Mittel bei 49 % und variierte erheblich zwischen den Regionen (von 20 % in Bielefeld bis zu 53 % in Schweinfurt). Da sich eine Reihe von zurückgeschickten Fragebögen auf Kinder bezog, die jünger als 2 Jahre und älter als 8 Jahre waren, wurde für das ECBI folgendes Vorgehen gewählt: Wenn weniger als $n = 90$ Kinder pro Altersstufe vorhanden waren, wurden diese Fragebögen nicht berücksichtigt. Dies traf für Kinder jünger als 2 Jahre und älter als 9 Jahre zu. Die Mindestfallanzahl ($n = 90$) wurde nach Setzung der Altersverteilung der Stichprobe festgelegt. Wir nutzten die kleinste Gruppe der im Kernbereich des angestrebten Altersspektrums liegenden Anzahl als Kriterium. Schließlich wurden noch weitere Fragebögen ausgeschlossen, weil sie zu unvollständig ausgefüllt waren. In die Auswertung gingen schließlich 5 026

Mütter sowie 3 937 Väter ein, die über $N = 5 218$ Kinder berichteten. Das Alter der Kinder betrug im Mittel 71.1 Monate ($SD = 21.98$ Monate), wobei die Mädchen im Mittel einen Monat älter waren als die Jungen ($\text{♀}: M = 71.6; SD = 21.89; \text{♂}: M = 70.6; SD = 22.06$). Zum Zeitpunkt der Untersuchung lag das Alter der Mütter im Mittel bei 35;8 Jahren ($SD = 5.26$), während das der Väter bei 39;0 Jahren lag ($SD = 5.61$). Die Tabelle 1 fasst weitere soziodemographische Charakteristika der Stichprobe im Vergleich zu der Untersuchung von Beelmann et al. (2006) zusammen.

Der sozioökonomische Status (SÖS) wurde analog zur KiGGS-Studie gebildet (Lange et al., 2007), um eine Aussage bezüglich der Repräsentativität der Stichprobe treffen zu können. Der SÖS wurde dort mit Hilfe des Winkler-Index gebildet (Winkler, 1998), der die Schulbildung, berufliche Qualifikation und Stellung sowie das Haushaltsnettoeinkommen einer Familie berücksichtigt. Da von beiden Eltern Angaben dazu vorlagen, wurde der Index analog zur KiGGS-Studie zunächst für jede Person berechnet und dann der höhere Index-Wert der jeweiligen Familie und damit dann auch dem Indexkind zugewiesen. Der SÖS der Haushalte in der vorliegenden Stichprobe weist eine ähnliche Verteilung auf wie in der bevölkerungsrepräsentativen KiGGS-Studie (Ravens-Sieberger et al., 2007; KiGGS vs. vorliegende Stichprobe: ‚niedriger SÖS‘: 28 % vs. 23 %, ‚mittlerer SÖS‘: 45 % vs. 56 % und ‚hoher SÖS‘: 27 % vs. 21 %). Damit ist der SÖS in der vorliegenden Studie etwas näher an der repräsentativen Verteilung der KiGGS-Studie als in der Stichprobe von Beelmann et al. (2006; vgl. Tab. 1).

Ein zweites wichtiges Merkmal für das Ausmaß an Verhaltensproblemen ist der Anteil der Familien mit Migrationshintergrund. Auch hier wurde analog zur KiGGS-Studie verfahren, indem das Geburtsland von Vater, Mutter und Kind sowie die Staatsangehörigkeit beider Eltern berücksichtigt wurden. Ein Kind wurde dann als Migrant eingestuft, wenn es (a) selbst nach Deutschland zugewandert ist und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde oder (b) beide Eltern keine deutsche Staatsangehörigkeit haben oder beide zugewandert sind (vgl. Lange et al., 2007). Der Anteil der Familien mit Migrationshintergrund ist in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zur KiGGS-Studie und der Studie von Beelmann et al. (2006) geringer (7 % vs. 17 %).

Datenauswertung

Es wurden Item-, Reliabilitäts- und Validitätsanalysen separat für Mütter und Väter sowie getrennt für den Intensitäts- und Problemwert des ECBI durchgeführt. Die Analysen erfolgten mit SPSS 19 und beinhalteten deskriptive Statistiken, Trennschärfenanalysen, Korrelationsberechnungen sowie eine multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Alters-, Geschlechts- und Infor-

Tabelle 1. Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe im Vergleich mit der Studie von Beelmann et al. (2006)

		<i>N</i>	Prozentualer Anteil	Beelmann et al., 2006
Kinderstichprobe		5 218	100 %	718 (100 %)
Geschlecht	Weiblich	2 599	50 %	355 (49 %)
	Männlich	2 619	50 %	363 (51 %)
Kind lebt bei...	Beiden leiblichen Eltern	4 524	87 %	
	Alleinerziehender Mutter	442	9 %	10 %
	Mutter und Partner	187	4 %	
	Pflegeeltern	23	0 %	
	Alleinerziehendem Vater	12	0 %	0 %
	Großeltern/Verwandten	8	0 %	
	Adoptiveltern	7	0 %	
	Vater und Partnerin	5	0 %	
Migrations-Hintergrund	ja	344	7 %	17 % ^a
	nein	4 874	93 %	83 % ^a
Elternstichprobe		8 963	100 %	1 281
Geschlecht	Weiblich	5 026	56 %	715 (56 %)
	Männlich	3 937	44 %	566 (44 %)
Sozioökonomischer Status	Niedrig	1 062	23 %	17 % ^b
	Mittel	2 618	56 %	80 % ^b
	Hoch	979	21 %	3 % ^b
	Missings	(559)	–	–

Anmerkungen: ^a Bezogen auf die teilnehmenden Mütter.

^b Sozioökonomischer Status nach Lösel, Beelmann, Jaurisch, Koglin und Stemmler (2005): Ergibt sich durch Gewichtung von Schulausbildung (30 %), Berufsausbildung bzw. Berufstätigkeit (30 %), Familiennetoeinkommen (30 %) sowie aktuellen Wohnverhältnissen (10 %). In unserer Studie wurde der Schichtindex hingegen nach Winkler (1998) durch einen ungewichteten Summenwert der eingehenden Variablen gebildet.

manteneffekten (Mutter- im Vergleich zum Vaterurteil). Für sämtliche statistische Tests wird das Signifikanzniveau zweiseitig berichtet.

Wenn mehr als vier Items (ca. 10 %) des ECBI nicht ausgefüllt waren, wurde der Fragebogen nicht mehr ausgewertet. Dies war bei 480 Fragebögen der Fall. Von einer Imputation der fehlenden Werte wurde hier abgesehen, da eine solche Ersetzung immer fehlerbehaftet ist und die gegenwärtige Stichprobe aus unserer Sicht ausreichend groß war, um auf diese nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen zu verzichten. Bei bis zu vier Items wurde für den fehlenden Wert jeweils der Mittelwert der Skala verwendet. Beim SDQ wurden Fragebögen, bei denen mehr als zwei Items pro Skala fehlten, nicht mehr ausgewertet (vgl. Auswertungsanleitung unter www.sdqinfo.com). Bei bis zu zwei fehlenden Werten pro Skala wurde der jeweilige Wert durch den Mittelwert der Skala ersetzt.

Um zu prüfen, ob es durch den Ausschluss zu einer systematischen Verzerrung der Stichprobe gekommen sein könnte, wurde zunächst die Verteilung des SÖS bei den Familien mit unvollständig ausgefüllten ECBI-Fragebögen berechnet. Die 480 ausgeschlossenen Fälle teilen sich wie folgt auf: Bei 103 (22 %) fehlte die Angabe des SÖS, bei 157 (42 %) war der SÖS ‚niedrig‘, bei 169 (45 %) ‚mittel‘ und bei 51 (14 %) ‚hoch‘. Dies deutet darauf hin, dass der ECBI-Fragebogen von Eltern mit

niedrigerem sozioökonomischen Status der Familie häufiger unvollständig war als bei jenen mit höherem sozioökonomischen Status.

Ergebnisse

Item-Analysen

Die normativen Daten der individuellen Items des ECBI sind in Tabelle 2 wiedergegeben. Dabei zeigte sich im Intensitäts- und Problemrating eine große Spannbreite sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern. Beide Elternteile schätzten das Item 21 („*stiehlt*“) als das am seltensten auftretende Verhalten ihrer Kinder ein (Mutter: $M = 1.07$, $SD = 0.35$; Vater: $M = 1.07$, $SD = 0.36$). Ebenso beurteilten beide Elternteile übereinstimmend das Item 1 („*trödelte beim Anziehen*“) als das am häufigsten auftretende Verhalten (Mutter: $M = 3.61$, $SD = 1.44$ bzw. Vater: $M = 3.71$, $SD = 1.44$).

Auf der Problemskala wiesen ebenfalls diese Items besonders hohe bzw. besonders niedrige Werte auf. So wurde das Item 21 von den Müttern in 3 % der Fälle als Problem gewertet, bei den Vätern lag der Prozentsatz bei 4 %. Während dieses Item bei den Mütterratings auch auf der Problemskala die untere Grenze definierte, war dies bei

den Vätern das Item 24 (*Wortgefechte mit Freunden*), das 2 % der Väter als Problem einschätzten. Das Item 1, welches auch die höchsten Intensitätswerte erreichte, wurde sowohl von den Müttern (33 %) als auch von den Vätern (31 %) am häufigsten als problematisch eingeschätzt.

Für die 36 Intensitätsratings wurde beispielhaft, basierend auf den Angaben der Mütter, die part-whole korrigierte Trennschärfe berechnet. Die signifikanten Korrelationen variierten hier zwischen .15 (Item 36) und .65 (Item 9). Insgesamt lagen die Trennschärfen von drei Items unter einem Wert von .30 (Item 21: *„stiehlt“*, Item 25: *„Wortgefechte mit Geschwistern“* und Item 36: *„nässt ins Bett“*). Die Angaben der Väter fielen vergleichbar aus.

Für die interne Konsistenz der Skala (Cronbachs alpha) ergaben sich sowohl für die Gesamtskalen der unterschiedlichen Elternratings über alle Altersstufen hinweg ($\alpha = .91 - .92$) als auch für die nach Altersstufe getrennten Skalen ($\alpha = .89 - .94$) sehr gute bis ausgezeichnete Werte.

Skalen-Analysen

Die normativen Daten der beiden ECBI-Skalen (Intensitäts- und Problemrating) sind in Tabelle 3 angegeben. Diese sind separat für beide Elternteile und getrennt nach Altersstufen angegeben. Die Intensitätswerte zeigten eine Spannbreite über die Altersstufen hinweg: Bei den Ratings der Mütter reichte diese von $M = 83.50$ ($SD = 23.09$) bei den Achtjährigen bis $M = 93.29$ ($SD = 22.43$) bei den Vierjährigen. Bei den Ratings der Väter reichte diese von $M = 85.00$ ($SD = 24.74$) bei den Neunjährigen bis $M = 93.38$ ($SD = 21.99$) bei den Vierjährigen. Beide Elternteile berichteten erwartungsgemäß von mehr Verhaltensproblemen bei jüngeren Kindern. Die entsprechende Effektstärke d nach Cohen (1988) war allerdings gering (mittlere Effektstärke = .17, Range: .01–.43).

Die Werte der Problemskala reichten im Rating der Mütter von $M = 5.64$ ($SD = 6.06$) bei den Zweijährigen bis $M = 6.82$ ($SD = 6.36$) bei den Vierjährigen. Bei den Einschätzungen der Väter fielen ebenfalls die Problemwerte der Zweijährigen ($M = 4.93$, $SD = 6.16$) am geringsten und die der Vierjährigen ($M = 6.65$, $SD = 6.55$) am höchsten aus.

Für die Skalenwerte über alle Altersstufen hinweg ergaben sich in der amerikanischen Stichprobe laut eines t-Tests für unabhängige Stichproben sowohl signifikant höhere Werte für den Intensitätswert ($M_{\text{Intensitätsskala-USA}} = 96.6$ und $SD = 35.2$ vs. $M_{\text{Intensitätsskala-Dt.}} = 87.82$ und $SD = 22.85$ für die Mütter ($t(1\,553) = -6.82$, $p \leq .001$) und $M_{\text{Intensitätsskala}} = 88.78$ und $SD = 22.93$ für die Väter ($t(1\,560) = -6.08$, $p \leq .001$)) als auch für den Problemwert ($M_{\text{Problemskala-USA}} = 7.1$ und $SD = 7.7$ vs. $M_{\text{Problemskala-Dt.}} = 6.47$ und $SD = 6.62$ für die Mütter ($t(2\,218) = -2.19$, $p \leq .05$) und $M_{\text{Problemskala}} = 5.92$ und $SD = 6.46$ für die Väter ($t(1\,887) = 2.19$, $p \leq .05$)).

Die signifikante Interkorrelation des Intensitäts- und Problemwerts in der deutschen Stichprobe lag bei $r = .66$, $p \leq .001$ (Mütter) bzw. $r = .61$, $p \leq .001$ (Väter). Schiefe und Kurtosis für den ECBI Intensitätswert bei den Müttern lagen bei .68 bzw. bei .66 und bei den Vätern bei .55 bzw. bei .45.

Zusammenhänge der ECBI-Werte mit soziodemografischen Merkmalen

Bezüglich der Zusammenhänge zwischen bestimmten demografischen Variablen und den ECBI-Werten zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen den Ratings der Mütter und Väter auf der Intensitätsskala und dem Alter der Kinder. Diese fielen aber beide mit $r = -.12$ (Mutter-rating) und $r = -.13$ (Vaterrating) recht gering aus und indizieren eine leichte Abnahme der Anzahl der Verhaltensauffälligkeiten mit zunehmendem Alter innerhalb der vorliegenden Spannbreite von zwei Jahren bis zum Alter von neun Jahren. Ähnlich hohe signifikante Zusammenhänge existierten zwischen dem Geschlecht des Kindes und den Ratings der Eltern auf der Intensitäts- und Problemskala ($r = -.09$ bis $r = -.13$). Bei Jungen wurden etwas mehr Verhaltensauffälligkeiten angegeben, wobei diese auch als problematischer bewertet wurden als bei Mädchen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und den ECBI-Werten konnte lediglich bei der Intensitätseinschätzung der Väter festgestellt werden. Dieser war mit $r = -.04$ zwar signifikant, jedoch noch kleiner. Hinsichtlich des sozioökonomischen Status der Eltern konnten signifikante Zusammenhänge für das Problemrating der Mütter ($r = -.10$) und das Intensitäts- sowie Problemrating der Väter ($r = .06$ bzw. $r = -.07$) festgestellt werden. Demnach gaben Eltern mit niedrigerem sozioökonomischen Status häufiger an, dass das Verhalten des Kindes ein Problem für sie darstellte. Väter gaben darüber hinaus umso mehr Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Kindern an, je eher sie aus niedrigen sozialen Schichten kamen. Zwischen Müttern und Vätern zeigten sich zwar in einer Varianzanalyse mit Messwiederholung ebenfalls signifikante Unterschiede auf der Intensitäts- und Problemskala in der Beurteilung der Verhaltensprobleme ihrer Kinder, $F(1, 3\,744) = 8.14$, $p \leq .001$, diese sind allerdings aufgrund der ausgesprochen geringen Differenz im Intensitäts- bzw. Problemwert von kleiner als 1.3 bzw. 0.40 Rohwertpunkten klinisch nicht bedeutend.

Konvergente Validität

Tabelle 4 zeigt die Zusammenhänge zwischen dem Gesamtwert und den Skalenwerten des SDQ und den ECBI-Werten. Wie erwartet finden sich die größten Zusammenhänge mit den beiden Einzelskalen ‚Verhaltensprobleme‘ ($r = .59$) und ‚Hyperaktivität‘ ($r = .54$). Auch zu

Tabelle 2. Normative Daten für die individuellen Items des Eyberg Elternfragebogen zu kindlichem Verhalten (ECBI)

Item #	Item-Inhalt ⁺	Trennschärfe ^a	Mutter			Vater		
			Intensität		Problem	Intensität		Problem
			M	SD	%	M	SD	%
1.	Trödelt beim Anziehen.	0.46	3.61	1.44	33	3.71	1.44	31
2.	Trödelt beim Essen.	0.34	2.95	1.50	18	3.13	1.47	19
3.	Schlechte Tischmanieren.	0.52	2.44	1.14	20	2.53	1.18	20
4.	Weigerung zu essen, was auf Teller ist.	0.36	2.92	1.34	23	3.00	1.34	22
5.	Verweigert Mithilfe im Haushalt.	0.47	2.41	1.13	14	2.42	1.17	14
6.	Trödelt beim Fertigmachen zum Schlafen.	0.50	3.30	1.44	27	3.44	1.46	27
7.	Weigerung, ins Bett zu gehen.	0.43	2.69	1.43	20	2.83	1.43	21
8.	Regelverstöße.	0.60	2.67	1.17	22	2.66	1.16	20
9.	Gehorcht nur nach Strafandrohung.	0.65	2.71	1.30	30	2.68	1.29	27
10.	Trotzig bei Aufforderung.	0.64	2.98	1.21	28	3.02	1.21	27
11.	Streitet mit Eltern über Regeln.	0.55	2.51	1.13	16	2.50	1.15	15
12.	Wütend, wenn nicht nach seinem Willen.	0.63	3.26	1.33	31	3.25	1.35	28
13.	Wutanfälle.	0.57	2.37	1.30	22	2.30	1.26	19
14.	Frech zu Erwachsenen.	0.55	1.90	1.01	17	1.83	0.92	14
15.	Quengelt oder jammert.	0.53	2.83	1.25	21	2.76	1.23	18
16.	Weint schnell.	0.37	2.81	1.37	16	2.83	1.35	15
17.	Schreit oder brüllt.	0.63	2.52	1.29	24	2.46	1.25	21
18.	Schlägt Eltern.	0.35	1.30	0.68	10	1.33	0.71	9
19.	Zerstört Dinge.	0.46	1.45	0.84	10	1.53	0.86	10
20.	Unachtsam mit Dingen.	0.53	1.91	1.10	14	2.01	1.10	14
21.	Stiehlt.	0.22	1.07	0.35	3	1.07	0.36	4
22.	Lügt.	0.44	1.75	0.93	17	1.74	0.90	17
23.	Provoziert andere Kinder.	0.44	1.65	0.92	11	1.68	0.90	9
24.	Wortgefechte mit Freunden.	0.33	2.51	1.19	4	2.50	1.18	3
25.	Wortgefechte mit Geschwistern.	0.23	2.92	1.60	15	2.90	1.56	11
26.	Körperliche Konflikte mit Freunden.	0.38	1.62	0.90	8	1.64	0.84	6
27.	Körperliche Konflikte mit Geschwistern.	0.35	2.27	1.36	22	2.24	1.30	18
28.	Sucht ständig nach Beachtung.	0.58	2.76	1.38	11	2.75	1.39	7
29.	Unterbricht andere.	0.59	3.14	1.35	31	3.10	1.34	28
30.	Leicht ablenkbar.	0.60	3.20	1.51	26	3.23	1.42	22
31.	Nur kurz aufmerksam.	0.60	2.55	1.37	18	2.63	1.35	17
32.	Beendet Dinge nicht.	0.61	2.60	1.23	19	2.68	1.21	19
33.	Schwierigkeiten sich zu beschäftigen.	0.44	2.33	1.32	13	2.36	1.30	13
34.	Schwierigkeiten mit Konzentration.	0.60	2.43	1.24	16	2.49	1.21	15
35.	Überaktiv oder ruhelos.	0.56	1.89	1.25	11	1.96	1.25	8

Tabelle 2. Normative Daten für die individuellen Items des Eyberg Elternfragebogen zu kindlichem Verhalten (ECBI) (Fortsetzung)

Item #	Item-Inhalt ⁺	Mutter				Vater			
		Intensität		Problem		Intensität		Problem	
		M	SD	%		M	SD	%	
36.	Nässt ins Bett.	1.55	1.32	6		1.54	1.25	7	

Anmerkungen: ⁺ = Die aufgeführten Items sind hier nicht in ihrer vollständigen deutschen Übersetzung wiedergegeben, da das Copyright verbietet, den Inhalt auf eine Art wiederzugeben, die eine unautorisierte Benutzung ermöglicht. ^a Die Berechnung der Part-Whole korrigierten Trennschärfe basierte auf den Angaben der Mütter.

den beiden verbleibenden Problemskalen des SDQ finden sich signifikante Zusammenhänge, die allerdings höchstens $r = .35$ (Range: $r = .18$ bis $r = .35$) waren.

Die Korrelation zwischen der ECBI-Intensitätsskala und der externalisierenden Skala des SDQ erreichte wie erwartet signifikant größere Werte als die zu der internalisierenden Skala des SDQ (Fishers Z-Werte: $Z_{\text{ECBI-INT}} = .57$ und $Z_{\text{ECBI-EXT}} = .76$, $z = 13.57$, $p \leq .001$).

Diskriminante Validität des ECBI

Um zu prüfen, wie gut das ECBI zwischen Gruppen von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten und solchen ohne diese unterscheidet, wurden zwei Verfahrensweisen gewählt. Zum einen wurden mit Hilfe des SDQ drei Gruppen von Kindern mit unterschiedlich ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten gebildet (‘unauffällig’, ‘grenzwertig’ und ‘auffällig’). Diese drei Gruppen wurden dann hinsichtlich ihrer ECBI-Werte verglichen. Zum anderen gaben Eltern im Rahmen der Befragung an, ob bei ihrem Kind eine psychische Störung diagnostiziert wurde. Basierend auf dieser Angabe wurden zwei Gruppen gebildet. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 5. Wie erwartet hatten Kinder, die nach dem SDQ als auffällig klassifiziert wurden, sowohl auf der Intensitäts- als auch auf der Problemskala des ECBI signifikant höhere Werte. Jeder Wert pro Abstufung (‘klinisch’, ‘grenzwertig’, ‘unauffällig’) unterschied sich signifikant von den anderen (Bonferroni-Posthoc-Test mit allen p 's $\leq .001$ und mittleren Differenzen zwischen 16 und 41 Punkten bei der Intensitäts- und 4 bis 10 Punkten bei der Problemskala), die Angaben der Väter führten zu den gleichen Ergebnissen. Vergleichbare Ergebnisse ergaben sich für Kinder, bei denen nach Angaben der Eltern eine psychische Störung vorlag.

Anwendung der amerikanischen Cut-Off-Werte auf die deutsche Stichprobe

Wendet man die amerikanischen Cut-off-Werte für klinisch auffällige Verhaltensprobleme an (ECBI-Intensitätswert ≥ 132 ; Problemwert ≥ 15 ; jeweils $T \geq 60$, so dass 18 % der amerikanischen Stichprobe über dem Cut-off-Wert liegen; Colvin et al. 1999), so würden hinsichtlich der Intensitätsskala im Mütterurteil 4 % und im Väterurteil 4 % der deutschen Kinder als auffällig identifiziert werden. Für die Problemskala liegen 11 % (Mütter) bzw. 10 % (Väter) der Kinder über dem amerikanischen Cut-off Wert.

Diskussion

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, eine revidierte deutsche Version des Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) psychometrisch zu untersuchen, erste Normen mit

Tabelle 3. Normative Daten und interne Konsistenzen für den Eyberg Elternfragebogen zu kindlichem Verhalten – Problem- und Intensitätsskala nach Altersstufe

Alter	Mutter						Vater					
	n	Geschlecht w/m	Problemwert M (SD)	α w/m	Intensitätswert M (SD)	α w/m	n	Geschlecht w/m	Problemwert M (SD)	α w/m	Intensitätswert M (SD)	α w/m
2	255	127/128	5.64 (6.06)	.91/.90	87.81 (20.86)	.91/.92	207	104/103	4.93 (6.16)	.93/.92	86.87 (22.44)	.93/.93
3	701	336/365	5.96 (6.19)	.90/.90	90.37 (21.55)	.90/.92	582	278/304	5.80 (6.13)	.90/.91	92.41 (22.29)	.91/.91
4	694	350/344	6.82 (6.36)	.91/.90	93.29 (22.43)	.91/.92	476	298/278	6.65 (6.55)	.92/.89	93.38 (21.99)	.91/.91
5	799	374/425	6.72 (6.47)	.89/.90	88.21 (22.19)	.91/.92	626	286/340	6.06 (6.39)	.91/.90	89.92 (22.19)	.93/.92
6	796	410/386	6.42 (6.67)	.90/.92	86.88 (22.80)	.91/.92	603	310/293	5.44 (6.37)	.92/.91	86.52 (22.74)	.93/.93
7	1 017	516/501	6.74 (6.94)	.92/.91	85.97 (23.56)	.92/.93	802	410/392	5.90 (6.59)	.90/.92	86.21 (23.93)	.93/.94
8	666	349/317	6.31 (7.01)	.92/.93	83.50 (23.09)	.92/.93	478	250/228	5.99 (6.70)	.90/.93	85.79 (22.85)	.92/.92
9	98	42/56	6.38 (7.03)	.89/.93	83.68 (27.21)	.94/.93	63	27/36	6.44 (7.09)	.94/.92	85.00 (24.74)	.94/.93
Ges.	5 026	—	6.47 (6.62)	.91	87.82 (22.85)	.92	3 937	—	5.92 (6.46)	.91	88.78 (22.93)	.92

Hilfe einer großen, nicht-klinischen und möglichst repräsentativen Stichprobe zu erstellen sowie die Kriteriumsvalidität mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) zu prüfen.

Item- und Skalenanalyse

Item- und Skalenanalyse ergaben eine linksschiefe Verteilung mit Itemmittelwerten zwischen 1.07 und 3.6 auf einer Skala von 1 bis 7. Dies spiegelt die geringeren Intensitätseinschätzungen von Verhaltensproblemen in einer nicht-klinischen Stichprobe wider. Jedes in den Items abgefragte Verhalten wurde von 4 % bis 33 % der Eltern als Problem angegeben. Diese Werte sind sehr ähnlich zu denen, die in der amerikanischen Restandardisierungsstudie von Colvin et al. (1999) berichtet wurden. Bei 798 Kindern im Alter von 2 bis 16 Jahren ergab sich ebenfalls eine linksschiefe Verteilung der Einzelitems und zwischen 6 % bis zu 37 % der Eltern gaben ein Verhalten des Kindes gemäß der Items als Problem an. Dabei entfiel die geringste Häufigkeit auf dasselbe Item wie in unserer Studie (*stiehlt*). Am häufigsten wurde das Item *wütend, wenn es nicht nach seinem Willen geht* als Problem gesehen (in der vorliegenden deutschen Stichprobe wurde dies von 31 % der Eltern als Problem eingeschätzt). Die signifikanten Korrelationen zwischen Intensitäts- und Problemwerten sind in der deutschen Stichprobe etwas niedriger ($r = .61$ bis $r = .66$) als in den amerikanischen Standardisierungsstichproben ($r = .75$).

Item- und Skalenanalyse ergaben weitestgehend ähnliche Ergebnisse wie in der neuesten amerikanischen Standardisierungsstichprobe, allerdings findet sich in der deutschen Stichprobe ein geringerer Intensitätsmittelwert bei den zwei bis neunjährigen (im Vergleich zu den zwei bis sechzehnjährigen bei Colvin et al., 1999). Dies ist insofern umso bemerkenswerter, als dass entwicklungsbedingt zahlreiche Verhaltensprobleme bei Jugendlichen deutlich seltener auftreten sollten als bei jüngeren Kindern (z. B. die in den Items 15 *quengelt* oder *jammert* und 36 *nässt ins Bett* genannten Verhaltensweisen). Die Daten sprechen somit dafür, dass bei einem direkten Vergleich der Rohwerte die amerikanischen Eltern im Vergleich zu den deutschen Eltern mehr Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder berichten. Dieser Befund ist insofern relevant, als die Festsetzung eines Cut-off-Wertes für deutsche Kinder diese unterschiedlichen Skalenwerte berücksichtigen muss. Eine Übernahme des klinischen Cut-off-Wertes von Eyberg und Pincus (1999) oder Colvin et al. (1999) – wie bisher in den entsprechenden Handhabungen empfohlen (siehe Beelmann et al., 2006, oder Triple P Deutschland, 1999) – ist basierend auf den vorliegenden Daten nicht ohne weiteres zu empfehlen (siehe unten). Interessanterweise fanden Beelmann et al. (2006) in ihrer deutschen Stichprobe höhere Mittelwerte für beide Skalenwerte und

Tabelle 4. Konvergente Validität des ECBI: Korrelation des ECBI-Intensitätswertes und des Problemwertes mit den SDQ-Skalen

ECBI-Wert SDQ-Werte	Mutter		Vater	
	Intensitätswert	Problemwert	Intensitätswert	Problemwert
Gesamtproblemwert	.64**	.54**	.65**	.49**
Emotionale Probleme	.32**	.28**	.35**	.29**
Verhaltensprobleme	.57**	.48**	.59**	.44**
Hyperaktivität	.54**	.46**	.53**	.41**
Probleme mit Peers	.27**	.21**	.28**	.18**
Internalisierend	.37**	.31**	.39**	.30**
Externalisierend	.64**	.54**	.64**	.49**

Anmerkungen: $N = 5\,014 - 5\,016$ Mütter, $N = 3\,910 - 3\,915$ Väter. Variation im N ergibt sich durch unvollständig ausgefüllte SDQ. Korrelationen nach Spearmans-Rho. ** $p \leq .01$.

Tabelle 5. Diskriminante Validität des ECBI anhand einer Klassifikation auf der Basis des SDQ bzw. einer Angabe der Eltern zum Vorliegen einer psychischen Störung bei ihrem Kind

		<i>N</i>	Intensitätsskala		Problemskala	
			<i>M (SD)</i>	<i>F / t(df)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>F / t(df)</i>
Klassifikation nach SDQ-Gesamtwert ^a						
	Klinisch auffällig	348	124.32 (24.81)	<i>F</i> (2. 5 014) = 938. 96	15.68 (7.57)	<i>F</i> (2. 5 014) = 647.71
	Grenzwertig	378	108.00 (19.81)		11.46 (7.12)	
	Unauffällig	4 288	83.08 (19.00)		5.27 (5.62)	
Klassifikation nach „Psych. Störung“						
Mutter	Ja	175	115.62 (29.05)	<i>t</i> (181.31) = 13.02***	13.74 (7.90)	<i>t</i> (182.43) = 12.53***
	Nein	4 756	86.73 (21.84)		6.16 (6.38)	
Vater	Ja	115	112.73 (28.56)	<i>t</i> (118.28) = 9.22***	12.39 (7.86)	<i>t</i> (118.52) = 9.03***
	Nein	3 761	87.96 (22.27)		5.70 (6.30)	

Anmerkungen: ^a Die Klassifikation basiert auf dem Urteil der Mütter ($N = 5\,014$, 12 fehlende Werte im SDQ). Das Vorliegen einer psychischen Störung wurde mit Item 26 abgefragt („Liegt bei Ihrem Kind eine ärztlich diagnostizierte psychische Störung vor?“). ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

beide Elternteile (Informanten). Dieses Ergebnis unterscheidet sich deutlich von den Befunden unserer Untersuchung, die eine weitaus größere Stichprobe umfasste, ansonsten aber (mit Ausnahme des Migrationsstatus) sehr ähnliche Stichprobenkennwerte wie die Studie von Beelmann et al. (2006; vgl. Tab. 2) aufweist. Darüber hinaus gingen nur drei- bis sechsjährige Kinder in die Stichprobe von Beelmann et al. (2006) ein. Die Tatsache, dass in unserer Stichprobe auch die Altersklassen der drei- bis sechsjährigen Kinder niedrigere Werte aufweisen als in der Studie von Beelmann et al., spricht dagegen, dass die divergierenden Befunde allein durch die unterschiedliche Altersstruktur zu erklären sind. Vielmehr könnten die unterschiedlichen Ergebnisse Resultat der unterschiedlichen Übersetzungen des Inventars sein, was verdeutlicht, welche Bedeutung dem Übersetzungsprozess zukommt. Beelmann et al. (2006) erklärten ihre im Vergleich zur amerikanischen Normierungsstu-

die höheren Werte mit anderen kulturspezifischen Bewertungsmaßstäben deutscher Eltern. Allerdings würde damit für den ECBI-Intensitätswert eine völlig andere Bewertungstendenz bestehen als für ähnliche Fragebögen, wie z. B. für die CBCL/4–18. Für diese ergaben sich nämlich im interkulturellen Vergleich deutlich niedrigere Werte für deutsche Eltern im Vergleich zu amerikanischen Eltern (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997), die auch bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren repliziert werden konnten (Rescorla et al., 2007). Eine ähnliche Bewertungstendenz findet sich auch für den SDQ im Vergleich zwischen deutschen und englischen Eltern (Goodman, 1997; Woerner et al., 2002). Mehr noch, eine schwedische ECBI-Normierungsstudie (Axberg, Johansson Hanse & Broberg, 2008) kam zu sehr ähnlichen Ergebnissen wie unsere Untersuchung, und auch für die CBCL/4–18 bestanden starke Übereinstimmungen zwischen deutschen und

schwedischen Eltern (Crijnen et al., 1997). Auf der anderen Seite ist zu hinterfragen, ob eine Unterrepräsentierung von Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status (der häufiger mit höheren Ausprägungen von Verhaltensproblemen verbunden ist) durch den Ausschluss unvollständiger Fragebögen in nennenswerter Weise zu den niedrigeren ECBI-Werten beigetragen hat. Dies ist prinzipiell möglich, erscheint uns aber unwahrscheinlich, da (1) der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und den ECBI-Werten mit einer negativen Korrelation kleiner als .10 eher gering ausfiel und (2) der verbliebene Anteil von Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status nach wie vor noch sehr hoch war (mit mehr als 1 200 Ratings). Schließlich ist davon auszugehen, dass kulturspezifische Bewertungsmaßstäbe von Eltern sich weniger in der Intensitäts- als vielmehr in der Problemskala bemerkbar machen sollten. Denn bei der Frage, ob ein Verhalten als Problem bewertet wird oder nicht, dürfte – wie von Beelmann et al. (2006) vorgeschlagen – der kulturelle Kontext eine erhebliche Rolle spielen.

Interne Konsistenz

Die korrigierte Item-Gesamtwert Korrelation variierte zwischen .26 und .75 in den USA (Colvin et al., 1999) mit nur einem Item, das einen Wert kleiner als .30 erreichte und einer mittleren Korrelation von $r = .55$ (Problemskala: $r = .51$). Bei der deutschen Normierungsstichprobe lag die mittlere Item-Gesamtwert Korrelation vergleichbar hoch mit $r = .49$. Die Item-Gesamtwert Korrelationen variierten hier zwischen .15 (Item 36) und .65 (Item 9). Insgesamt lagen die Trennschärfen von drei Items unter einem Wert von .30 (Item 21, 25 und 36), davon war eines das Item mit einer extrem niedrigen Basisrate (Item 21: *„stiehlt“*) und zumindest eines der drei traf nur auf einen kleinen Teil der Kinder zu (Item 36: *„nässt ins Bett“*). Diese Items erzielten auch in der Studie von Beelmann et al. (2006) Trennschärfen unter .30. Darüber hinaus gab es in ihrer Studie jedoch fünf weitere Items, die nur eine niedrige Trennschärfe aufwiesen (Item 2, 4, 7, 16, 24). Es ist daher davon auszugehen, dass die Differenzierungsfähigkeit dieser Items zwischen Kindern mit unterschiedlich starken Verhaltensproblemen in der vorliegenden deutschen Übersetzung etwas besser gelingt als in der früheren Version von Beelmann et al. (2006).

Die internen Konsistenzen sind mit $\alpha = .92$ und .91 für Intensitäts- bzw. Problemskala in der vorliegenden deutschen Übersetzung ausgezeichnet und damit vergleichbar mit der amerikanischen Originalversion ($\alpha = .95$ für Intensitäts- und $\alpha = .93$ für Problemskala). Die Ergebnisse unserer Studie weisen somit darauf hin, dass das ECBI in der vorliegenden deutschen Form ein homogenes Maß für expansive kindliche Verhaltensprobleme liefert.

Effekte soziodemografischer Unterschiede in den ECBI-Werten

Soziodemografische Unterschiede in den ECBI-Werten hinsichtlich des Alters und Geschlechts der Kinder, der Rater oder des sozioökonomischen Status waren in bisherigen Studien inkonsistent: Teilweise wurden signifikante Effekte berichtet (z. B. Burns & Patterson, 1990), in anderen Studien konnten hingegen keine signifikanten Effekte gefunden werden (Funderburk, Eyberg, Rich & Behar, 2003). Eine Durchsicht der verfügbaren amerikanischen Studien zum ECBI (siehe University of Florida, 2012) zeigt, dass sich die mittleren Unterschiede zwischen Altersstufen, Geschlecht, Einkommen, Bildung und Informanten in nur kleinen Abweichungen äußern. Die Signifikanzunterschiede ergeben sich vor allem durch die deutliche Variation der Stichprobengrößen in den einzelnen Studien, die sich zwischen 50 und 1 400 Kindern bewegen. Da unsere Stichprobe mit mehr als 5 000 Kindern die weltweit größte verfügbare Stichprobe zum ECBI darstellt, ist es nicht verwunderlich, dass mit Ausnahme des Migrationsstatus alle soziodemographischen Variablen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zu den ECBI-Werten aufweisen. Burns und Patterson haben 1990 darauf hingewiesen, dass die erklärte Varianz dieser Variablen bei ihrer Stichprobe meistens bei maximal 3 % liegt und nur die Altersvariable einen Varianzanteil von 8 % aufklärt. In unserer Studie ist der erklärte Varianzanteil durch diese Variablen ebenfalls sehr gering (0–2 %). Dies gilt im Unterschied zu den Befunden von Burns und Patterson (1990) aber auch für die Altersvariable, was an der Begrenzung der Spannbreite unserer Stichprobe auf den Bereich von 2 bis 9 Jahren liegen könnte. Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Zusammenhang der ECBI-Werte mit den demografischen Variablen ähnlich niedrig ausfiel wie bei Colvin et al. (1999), die in ihrer Studie jedoch nicht nach Migrationshintergrund, sondern nach *„race“* unterschieden. Ein weiterer Unterschied ist, dass verschiedene Informanten (Mutter, Vater oder eine andere Bezugsperson) die Einschätzung für ein Kind (2–16 Jahre) vorgenommen haben, so dass die berichteten Werte die Informantendiskrepanz nicht berücksichtigten. Die größten Altersunterschiede für Verhaltensbeurteilungen ergaben sich zwischen Kindern im Vorschulalter und Jugendlichen (Colvin et al., 1999). Wir schlussfolgern daher, dass die Effekte soziodemografischer Variablen in der vorliegenden Altersgruppe von Vor- und Grundschulkindern insgesamt klein und klinisch unbedeutsam sind. Eine Berücksichtigung dieser Variablen in einer Normierung erscheint daher nicht notwendig. Bei dieser Schlussfolgerung ist zu bedenken, dass wir einen kleineren Anteil von Fällen mit nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen ausgeschlossen haben ($n = 480$) und es Hinweise darauf gab, dass dies vermehrt bei Haushalten vorkam, deren SÖS als mittel oder niedrig eingeordnet wurde. Da der SÖS mit kindlichen Verhaltensproblemen

assoziiert ist, könnte das darauf hindeuten, dass es auch (innerhalb der 480 Familien) mehr Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten gab. Uns erscheint der Einfluss aber in Anbetracht der noch vorhandenen Gesamtstichprobe von über 5 000 Familien eher zu schwach zu sein, um zu bedeutsamen Verzerrungen beizutragen.

Unterschiede zwischen Müttern und Vätern

Wir konnten keine klinisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Müttern und Vätern in der Beurteilung der Verhaltensprobleme ihrer Kinder feststellen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Normierungsstudie von Colvin et al. (1999), die ebenfalls keinen Unterschied zwischen Müttern und Vätern feststellten (genauso wenig wie Burns, Patterson, Nussbaum & Parker, 1991; Brestan, Eyberg, Boggs & Algina, 1997 oder Eyberg & Robinson, 1983). Dies impliziert, dass zumindest bei nicht-klinischen Stichproben ein Elternteil als verlässlicher Informant zur Beurteilung ausreichend ist.

Diskriminante Validität

Wie erwartet, konnte anhand des ECBI sehr gut zwischen Kindern differenziert werden, die gemäß SDQ-Vorgaben und/oder Information der Eltern (ärztlich diagnostizierte psychische Störung) als psychisch auffällig eingestuft wurden, und Kindern, bei denen dies nicht der Fall war. Obwohl diese Ergebnisse eine Erhebung in einer klinischen Stichprobe von Kindern mit valide diagnostizierten Verhaltensproblemen nicht ersetzen können, weisen die vorliegenden Daten, wie schon alle Vorgängerstudien zum ECBI (z. B. Colvin et al., 1999), auf eine sehr gute diskriminante Validität des Fragebogens hin. Das ECBI kann erwartungsgemäß Unterschiede zwischen Eltern von Kindern mit aktueller psychischer Problematik oder ohne diese gut erfassen: Kinder mit psychischen Problemen haben mehr Verhaltensauffälligkeiten und diese werden von den Eltern auch als problematischer erlebt.

Cut-off-Werte

Ursprünglich wurden von Eyberg und Ross (1978) in einer ersten Normierung Cut-off-Werte von 127 („Intensitätsskala“) und 11 („Problemskala“) vorgeschlagen. Dabei handelte es sich jeweils um den Wert, der eine Standardabweichung über dem Mittelwert einer nicht-klinischen und eine Standardabweichung unter dem Mittelwert einer klinischen US-Stichprobe lag. Colvin et al. (1999) haben diese Richtlinien (1 *SD* über dem Mittelwert) auf die neueste zur Normierung herangezogene US-Stichprobe von 1999 angewendet und angepasste Cut-off-Werte von 132 („Intensitätsskala“) beziehungsweise 15 („Problemskala“) vorgeschlagen. Dies sind die aktuellen

amerikanischen Grenzwertempfehlungen. Mit diesen Werten würden in der vorliegenden deutschen Stichprobe maximal 5 % der Kinder als klinisch auffällig identifiziert und der Cut-off-Wert läge fast zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der deutschen Stichprobe. Die Anwendung dieser Cut-off-Werte würde demnach zu einer Unterschätzung von Verhaltensproblemen in Deutschland führen. Wenn wir hingegen unsere deutsche Werteverteilung, basierend auf der vorliegenden nicht-klinischen Stichprobe, nutzen und der Richtlinie, 1 *SD* über dem Mittelwert den Grenzwert festzulegen, folgen, dann müsste man für Deutschland Cut-off-Werte von 111 („Intensitätsskala“) bzw. 12 („Problemskala“) empfehlen. Diese Cut-off-Werte müssen allerdings noch unter Berücksichtigung der Werteverteilung einer klinischen Stichprobe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, welche gegenwärtig in Arbeit ist, ergänzt werden. Insgesamt muss aber davon ausgegangen werden, dass die amerikanischen Cut-off-Werte nicht einfach übernommen werden können. Diese Erkenntnis deckt sich auch mit den Erfahrungen anderer europäischer Länder, die ebenfalls von geringeren Mittelwerten auf der Intensitäts- und Problemwertskala berichten ($M = 89.9$ und $M = 3.0$ in Norwegen bzw. $M = 88.2$ und $M = 3.1$ in Schweden; Axberg et al., 2008; Reedtz et al., 2008).

Der Wert der ECBI-Intensitätsskala dient nicht nur der Identifizierung klinisch auffälliger Kinder, sondern stellt in der Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens auch eines von drei Kriterien für die erfolgreiche Beendigung der Behandlung mittels Parent-Child Interaction Therapy dar ($T\text{-Wert} \leq 55$). Daher ist es von essentieller Bedeutung, diesen Wert landesspezifisch und gemäß einer möglichst großen Stichprobe festzulegen.

Kritisch zu betrachten sind in unserer Studie der vergleichsweise geringe Anteil von Familien mit Migrationshintergrund und die noch fehlenden Informationen zu den Werteverteilungen einer klinischen Stichprobe. Der geringe Anteil von Familien mit Migrationshintergrund dürfte sich dadurch erklären, dass die Teilnehmer überwiegend aus ländlichen Regionen oder mittelgroßen Städten (Schweinfurt, Gießen, Bielefeld) rekrutiert wurden, in denen der Migrantenanteil typischerweise geringer ist als in Großstädten. Darüber hinaus wurden Kinder, die in Deutschland geboren wurden und von denen ein Elternteil zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit war, der Gruppe der Nicht-Migranten zugerechnet. Dies ist eine weniger liberale Einteilung als in anderen Studien bzw. in der offiziellen Statistik für die Bundesländer (siehe z. B. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2013), in denen bereits bei einem einseitigen elterlichen Migrationshintergrund ein Migrationsstatus des Kindes konstatiert wurde. Da unsere Einteilung analog zur KiGGS-Studie vorgenommen wurde, erklärt dies allerdings nur die potenziellen Differenzen zu den anderen Statistiken, aber nicht die zur KiGGS-Studie. Stärken der vorliegenden Studie sind neben der sehr großen Stich-

probe auch die genaue Erfassung der Teilnahmeraten von Institutionen. Die präzise Erfassung der Teilnahmeraten erlaubt eine Abschätzung der Selektivität der Stichprobe und dient darüber hinaus auch für zukünftige Forschungsprojekte zur besseren Planung, wie viele Personen angesprochen werden müssten, um eine Stichprobe bestimmter Größe zu erreichen.

Zusammenfassend kann man anhand unserer vorliegenden Studie schlussfolgern, dass das ECBI in der vorliegenden übersetzten Version angemessene Standardisierungsdaten vorlegt, die psychometrisch sehr ähnlich zu denen der amerikanischen Originalversion sind. Insbesondere starke Reliabilitätswerte für die Intensitäts- und Problemskala über alle Alters- und Geschlechtsgruppen hinweg sowie die Fähigkeit zur Unterscheidung verschiedener Gruppen (inklusive der Unterscheidung von ‚grenzwertig‘ zu ‚klinisch auffällig‘), machen den Fragebogen in Verbindung mit der vergleichsweise leichten Handhabung für Eltern und Anwender (mit kurzen Anleitungs- und Auswertungszeiten) zu einem attraktiven Instrument, sowohl für die international vergleichende Forschung als auch in der (ambulanten) Versorgung.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4–18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. (2. Aufl. mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, P. Melchers und K. Heim). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2002). *Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1½–5)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Axberg, U., Johansson Hanse, J. & Broberg, A. G. (2008). Parents' description of conduct problems in their children – A test of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3–10. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 497–505.
- Beelmann, A., Lösel, F., Stemmler, M. & Jaurisch, S. (2006). Beurteilung von sozialen Verhaltensproblemen und Erziehungsschwierigkeiten im Vorschulalter. *Diagnostica*, 52, 189–198.
- Brestan, E. V., Eyberg, S. M., Boggs, S. R. & Algina, J. (1997). Parent-child interaction therapy: Parent perceptions of untreated siblings. *Child and Family Behavior Therapy*, 19, 13–28.
- Burns, G. L. & Patterson, D. R. (1990). Conduct problem behaviors in a stratified random sample of children and adolescents: New standardization data on the Eyberg child Behavior Inventory. *Psychological Assessment*, 2, 391–397.
- Burns, G. L., Patterson, D. R., Nussbaum, B. R. & Parker C. M. (1991). Disruptive behaviors in an outpatient pediatric population: Additional standardization data on the Eyberg Child Behavior Inventory. *Psychological Assessment*, 3, 202–207.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Colvin, A., Eyberg, S. & Adams, C. D. (1999). *Restandardization of the Eyberg Child Behavior Inventory*. Zugriff am 15.08.2013 unter <http://pcit.phhp.ufl.edu/Measures/ECBI%20Restandardization.pdf>
- Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M. & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1269–1277.
- Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T. & Schmidt, M. H. (1993). *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV)*. Weinheim: Beltz.
- Eyberg, S. M. & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behaviour Inventory and Sutter Eyberg Student Behaviour Inventory-revised: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Eyberg, S. & Robinson, E. A. (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 347–354.
- Eyberg, S. & Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 113–116.
- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Rich, B. A. & Behar, L. (2003). Further Psychometric Evaluation of the Eyberg and Behar Rating Scales for Parents and Teachers of Preschoolers. *Early Education & Development*, 14, 67–82.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38, 581–586.
- Goodman, A., Lamping D. L. & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalizing and externalizing subscales instead of the hypothesized five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179–1191.
- Youth in mind (2012). *Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires* (07.07.2010). Zugriff am 15.08.2013 unter <http://www.sdqinfo.com>
- Lange, M., Kamtsiuris, P., Lange, C., Schaffrath Rosario, A., Stolzenberg, H. & Lampert, T. (2007). Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 578–589.
- Lösel, F., Beelmann, A., Jaurisch, S., Koglin, U. & Stemmler, M. (2005). Entwicklung und Prävention früher Probleme des Sozialverhaltens: Konzept und ausgewählte Ergebnisse der Erlangen-Nürnberger Studie. In M. Cierpka (Hrsg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention* (S. 201–229). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Plück, J., Beiling, M., Hautmann, C., Kuschel, A., Heinrichs, N., Schmeck, K. et al. (2013). Die Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter mit dem Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1½–5). *Diagnostica*, 59, 155–166.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) *Bundesgesund-*

heitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz, 50, 871–878.

- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegard, B. H., Clifford, G. & Mørch, W.-T. (2008). Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 31–38.
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. et al. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 130–142.
- Scheithauer, H. & Rosenbach, C. (2009). Diagnostik bei aggressivem Verhalten. In D. Irblich & G. Renner (Hrsg.), *Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 312–326). Göttingen: Hogrefe.
- Sinzig, J., Plück, J. & Schmidt, M. H. (2006). Welche Störungen behandeln Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapeuten in der Gesetzlichen Krankenversicherung? *Kindheit & Entwicklung*, 15, 146–154.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. (2013). *Indikatoren zum Thema „Fläche, Bevölkerung“: Migrantenanteil*. Zugriff am 15.08.2013 unter http://www.statistik-portal.de/Veroeffentl/Statistik_AKTUELL/803412001.pdf
- Triple P Deutschland. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory. Deutsche Übersetzung*. Unveröffentlichter Fragebogen. Münster: Triple P Deutschland.
- University of Florida. (2012). *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*. Zugriff am 15.08.2013 unter <http://pcit.phhp.ufl.edu/>
- Wenar, C. & Kerig, P. K. (2005). *Developmental Psychopathology: From infancy through adolescence*. New York: McGraw Hill.
- Winkler, J. (1998). Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In W. Ahrens, B. M. Bellach & K.H. Jöckel (Hrsg.), *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (S. 69–86). München: MMV Medizin Verlag.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105–112.

Onlineveröffentlichung: 03.04.2014

Prof. Dr. Nina Heinrichs

Technische Universität Braunschweig
Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie
und Diagnostik
Humboldtstraße 33
38106 Braunschweig
E-Mail: n.heinrichs@tu-braunschweig.de

Prof. Dr. Regina Bussing

Department of Psychiatry
Division of Child and Adolescent Psychiatry
Box 100234
University of Florida
Gainesville, FL 32610–0234
USA

Emanuel Henrich

Universität Bielefeld
Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychologie und
Psychotherapie
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Prof. Dr. Gudrun Schwarzer

Justus-Liebig-Universität Gießen
Fachbereich 06 Psychologie und Sportwissenschaft
Abteilung für Entwicklungspsychologie
Otto-Behaghel-Strasse 10 F1
35394 Gießen

PD. Dr. Wolfgang Briegel

Leopoldina-Krankenhaus
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychosomatik und Psychotherapie
Gustav-Adolf-Str. 4
97422 Schweinfurt