

Testbesprechung

Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. (2006). KIDS 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Göttingen: Hogrefe. Preis: € 69,95.

Das Kinder-Diagnostik-System (KIDS) bietet dem/der klinischen PraktikerIn eine gezielte Auswahl von aufeinander abgestimmten Instrumenten zur Diagnostik und zur Evaluation der Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Mit dem KIDS 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) von Döpfner, Lehmkuhl und Steinhausen (2006) liegt der erste von acht geplanten Bänden des Kinder-Diagnostik-Systems (KIDS) vor.

Theoretischer Hintergrund

Das KIDS basiert auf dem Ansatz der multimodalen Diagnostik (vgl. Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock & Petermann, 2000) und zielt darauf ab, „in einzelnen Bänden neben den störungsübergreifenden diagnostischen Verfahren vor allem störungsspezifische diagnostische Methoden zusammenzufassen und zu integrieren“ (Döpfner et al., 2006, S. 9). In jedem Band werden dem/der AnwenderIn diagnostengenerierende Verfahren, störungsspezifische Verfahren, Explorationsschemata und spezifische Beurteilungssysteme für die Erfassung und Differenzierung einzelner psychischer Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters vorgestellt.

Ausgehend von einem hierarchischen Diagnoseprozess von allgemeinen zu zunehmend spezifischen Verfahren, ist das KIDS 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) für den Einsatz im Anschluss an eine allgemeine Diagnostik psychischer Störungen (Breitbandverfahren) konzipiert. Für die störungsspezifische Abklärung von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen, die durch die Leitsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität gekennzeichnet sind (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2000), beinhaltet das KIDS 1 eine umfassende Auswahl an Verfahren.

Zusätzlich zur spezifischen ADHS-Diagnostik mit KIDS 1 weisen die Autoren auf die Notwendigkeit der Durchführung ergänzender Verfahren zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung und zur Diagnostik komorbider Störungen hin.

Testaufbau, Material und Durchführung

Das KIDS 1 enthält Instrumente zur Eingangsdiagnostik, zur weiterführenden Diagnostik für Psychoedukation, Beratung, Verhaltens- und medikamentöse Therapie und zur Verlaufskontrolle. Auf der Basis unterschiedlicher Urteile

(klinisches Urteil, Eltern-/LehrerInnen-/ErzieherInnenurteil, Selbstbeurteilung) erfolgt eine differenzierte Erfassung des Störungsbildes und des Therapieverlaufs.

Die Autoren geben zu jedem im KIDS 1 aufgenommenen Verfahren einen Überblick über Zielsetzung, Aufbau, Anwendung, Durchführung, Auswertung, Reliabilität und Validität sowie Normen und Grenzwerte. Die einzelnen Verfahren sind als Kopiervorlagen enthalten, als Einzelverfahren beigelegt oder können getrennt bestellt werden.

Auf Grund der Komplexität des Kinder-Diagnostik-Systems erfolgt eine Kurzbeschreibung der einzelnen Verfahren in tabellarischer Form (siehe Tabelle 1).

Verfahren zur Eingangsdiagnostik

Die Eingangsdiagnostik stützt sich auf die Erfassung von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter entsprechend den Kriterien von ICD-10 und DSM-IV. Nach ersten Hinweisen auf das Vorliegen einer ADHS-Symptomatik werden einem Screening weitere Verfahren der Eingangsdiagnostik angeschlossen, welche der differenzierten Abklärung der Symptomatik und der Diagnosestellung dienen. Eine Diagnose-Checkliste, ein Explorationsschema und ein Elterninterview stehen für die klinische Beurteilung zur Verfügung. Fragebogenverfahren für Bezugspersonen (Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen) und PatientInnen erheben weitere grundlegende Informationen zur ADHS-Problematik, die in den diagnostischen Prozess mit einfließen.

Für die Diagnostik im Erwachsenenalter werden Fremd- und Selbstbeurteilungsfragebögen vorgestellt. Auf eine eingehende Besprechung der Fragebögen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter (FEA) wird verzichtet, da sich die Instrumente nach Angaben der Autoren noch in Vorbereitung befinden.

Verfahren zur weiterführenden Diagnostik für Psychoedukation, Beratung und Verhaltenstherapie

Ein Elterninterview zur klinischen Beurteilung sowie einzelne Fragebogenverfahren dienen der Erhebung differenzierter Informationen über spezifische Probleme in verschiedenen Lebensbereichen der Kinder/Jugendlichen (Familie, Schule). Die Verfahren unterstützen die weitergehende Beratung und Therapieplanung.

Verfahren zur weiterführenden Diagnostik für die medikamentöse Therapie und zur Titration

Eine Checkliste für die klinische Beurteilung durch den Arzt sowie einzelne Fragebögen kommen bei der medika-

mentösen Austestung, bei der Dosisanpassung, bei der Überprüfung der Wirkdauer und bei der Verlaufskontrolle zum Einsatz.

Verfahren zur individuellen Verhaltensbeurteilung und Verlaufskontrolle

Für die Verlaufskontrolle während der Behandlung können neben verschiedenen Verfahren der Eingangsdiagnostik auch spezifische Verfahren, die eine Überprüfung der Veränderung individueller Probleme zulassen, eingesetzt werden.

Testanalyse und Normierung

In Anbetracht der Anzahl der im KIDS 1 enthaltenen Verfahren werden wesentliche Angaben zu Testanalyse und Normierung in tabellarischer Form dargestellt (siehe Tabelle 2).

Wie aus dem Überblick in Tabelle 2 hervorgeht, wurden zu mehreren Instrumenten Reliabilitäts- und/oder Validitätsanalysen durchgeführt. Die Reliabilitäten erreichen mit wenigen Ausnahmen den für diagnostische Verfahren akzeptierbaren Wertebereich. Die Angaben zur Validität bestätigen in unterschiedlichem Ausmaß die Gültigkeit der Verfahren. Einige Instrumente werden laut Döpfner et al. (2006) gegenwärtig auf ihre psychometrischen Eigenschaften hin untersucht, manche Verfahren erlauben auf Grund einer fehlenden quantitativen Auswertung keine testanalytischen Angaben. Zur Normierung liegen wenige Angaben vor, einige Verfahren verfügen über kritische Werte.

Plus/Minus

Mit dem KIDS 1 präsentieren die Autoren einen umfassenden Band mit ausgewählten aufeinander abgestimmten Instrumenten für die Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Da ADHS zu den häufigsten Verhaltensproblemen im Kindes- und Jugendalter zählen, kommt der störungsspezifischen Eingangsdiagnostik zweifelsohne eine hohe praktische Relevanz für die klinische Abgrenzung

und Beurteilung der ADHS-Symptomatik zu. Über die Diagnosestellung hinaus überzeugt vor allem auch der Abschnitt zur weiterführenden Diagnostik durch eine differenzierte Auswahl an Verfahren, die im Rahmen psychotherapeutischer und pharmakotherapeutischer Interventionen für die Therapieplanung, -gestaltung und Verlaufskontrolle zum Einsatz kommen.

In Bezug auf die Anwendung gilt es darauf hinzuweisen, dass einzelne Verfahren nur als Muster beigelegt sind und getrennt erworben werden müssen.

Die Nachvollziehbarkeit mancher Literaturangaben ist auf Grund unvollständiger Literaturverzeichnisse erschwert. Eine Vervollständigung der Angaben wäre wünschenswert.

Angesichts der großen Anzahl an vorgestellten Verfahren würden konkrete Empfehlungen zur Auswahl und Kombination der Diagnoseinstrumente sowie Angaben zu Durchführungszeiten den Bedürfnissen der klinischen Praxis nach ökonomischer und objektiver Anwendung entgegenkommen. Zur Veranschaulichung des diagnostischen Prozesses bei unterschiedlichen Fragestellungen könnten Fallbeispiele eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

Die Angaben zur Testanalyse erscheinen diskussionswürdig, da fehlende Testkennwerte die Beurteilung einzelner Verfahren nicht zulassen. Auch die Informationen über die Normierungen sind ergänzungsbedürftig. Aussagen über die diagnostische Brauchbarkeit einzelner Verfahren sind daher nur eingeschränkt möglich. Es bleibt zu hoffen, dass die Testanalysen und Normierungen in nachfolgenden Auflagen ergänzt werden, um die praktische Relevanz des KIDS 1 auch testanalytisch zu unterstützen.

Literatur

- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.

Sabine Kainz und Nadine Aigner

DOI: 10.1026/0049-8637.39.1.48

Tabelle 1. Überblick über die Verfahren des KIDS 1

Kurzbezeichnung	Name	Autoren/Quelle ¹	Beurteilung durch	Altersbereich	Zahl der Items	diagnostische Zielsetzung
Verfahren zur Eingangsdiagnostik						
ADHS-Bogen	Screening-Bogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen	Döpfner & Lehmkuhl (2001)/ neues Verfahren; Kopiervorlage	Klinische Beurteilung, Eltern, LehrerInnen, ErzieherInnen	gesamtes Kindes- und Jugendalter	11 Items	<ul style="list-style-type: none">ADHS-Kernsymptomekomorbide Probleme
ES-HOV	Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen	Döpfner, Frölich & Lehmkuhl (2000)/ modifiziert aus: Hyperkinetische Störungen (Döpfner et al., 2000); Kopiervorlage	Klinische Beurteilung	gesamtes Kindes- und Jugendalter	11 Themenbereiche	<ul style="list-style-type: none">hyperkinetische Symptomatikkomorbide StörungenKompetenzenstörungsspezifische Entwicklungsgeschichte
EF-HOV	Elternfragebogen für hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensprobleme	Döpfner, Schürmann & Wolff Metternich (2004)/ neues Verfahren; Kopiervorlage	Eltern	gesamtes Kindes- und Jugendalter	7 Themenbereiche	<ul style="list-style-type: none">hyperkinetische Symptomatikkomorbide StörungenKompetenzenstörungsspezifische Entwicklungsgeschichtefreies Antwortformat
DCL-ADHS/ DCL-HKS	Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen/ für Hyperkinetische Störungen	Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl (2006), Döpfner & Lehmkuhl (2000)/ aus: DISYPS II und DISYPS-KJ; Einzelverfahren	Klinische Beurteilung	gesamtes Kindes- und Jugendalter	18 Items	<ul style="list-style-type: none">ADHS-Kernsymptome nach ICD-10 und DSM-IVGesamtaufälligkeitkomorbide Störungen und Differenzialdiagnosen
FBB-ADHS/ FBB-HKS	Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen/ Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen	Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl (2006), Döpfner & Lehmkuhl (2000)/ aus: DISYPS II und DISYPS-KJ; Einzelverfahren	Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen	gesamtes Kindes- und Jugendalter	35 Items	<ul style="list-style-type: none">ADHS-Kernsymptome nach ICD-10 und DSM-IV (Symptomstärke)GesamtaufälligkeitFBB-ADHS: zusätzlich Kompetenzskala
SBB-ADHS/ SBB-HKS	Selbstbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen/ Selbstbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen	Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl (2006), Döpfner & Lehmkuhl (2000)/ aus: DISYPS II und DISYPS-KJ; Einzelverfahren	Kinder und Jugendliche	im Alter von 11 bis 18 Jahren	26 Items	<ul style="list-style-type: none">ADHS-Kernsymptome nach ICD-10 und DSM-IV (Symptomstärke)GesamtaufälligkeitSBB-ADHS: zusätzlich Ausdauer, Aufmerksamkeit und Reflexivität

Tabelle 1. Fortsetzung

Kurzbezeichnung	Name	Autoren/Quelle ¹	Beurteilung durch	Altersbereich	Zahl der Items	diagnostische Zielsetzung
ADHS-EI	ADHS-Elterninterview	Taylor et al. (1986)/ neu übersetztes Verfahren; Kopiervorlage	Klinische Beurteilung	gesamtes Kindes- und Jugendalter	11 Themenbereiche	<ul style="list-style-type: none"> – Verhalten in konkreten familiären Situationen – Einschätzung der ADHS-Kernsymptome
FBB-ADHS-V	Fremdbeurteilungsbogen für Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen	Döpfner, Götz & Lehmkühl (2006)/ aus: DISYPS II; Einzelverfahren	Eltern bzw. ErzieherInnen	im Alter von 3 bis 6 Jahren	42 Items	<ul style="list-style-type: none"> – ADHS-Kernsymptome nach ICD-10 und DSM-IV (Symptomstärke) – komorbide Verhaltens- und Entwicklungsprobleme
ADHS-SB	Selbstbeurteilungs-Skala zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter	Rösler & Retz (2003)/ aus: Rösler et al. (2003); Kopiervorlage	PatientIn	gesamtes Erwachsenenalter	22 Items	<ul style="list-style-type: none"> – ADHS-Kernsymptome nach ICD-10 und DSM-IV (Symptomstärke) – Leidensdruck – Generalisierungsgrad – psychosoziale Funktionsfähigkeit
Verfahren zur weiterführenden Diagnostik für Psychoedukation, Beratung und Verhaltenstherapie						
EI-PF	Elterninterview über Problemsituationen in der Familie	Döpfner, Schürmann & Frölich (2002)/ modifiziert aus: THOP; Kopiervorlage	Klinische Beurteilung	gesamtes Kindes- und Jugendalter	19 Situationen	<ul style="list-style-type: none"> – Topografie, Häufigkeit, Intensität des Verhaltens
EF-PF	Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie	Döpfner, Schürmann & Frölich (2002)/ modifiziert aus: THOP; Kopiervorlage	Eltern	gesamtes Kindes- und Jugendalter	16 Items	<ul style="list-style-type: none"> – Anzahl der Probleme – Problemintensität
FVH	Fragebogen über Verhaltensprobleme bei den Hausaufgaben	Döpfner, Schürmann & Frölich (2002)/ modifiziert aus: THOP; Kopiervorlage	Eltern	gesamtes Kindes- und Jugendalter	20 Items	<ul style="list-style-type: none"> – Anzahl der Probleme – Problemintensität
FVU	Fragebogen zur Verhaltensbeurteilung im Unterricht	Döpfner (2002)/ Neuentwicklung; Kopiervorlage	LehrerInnen	Schulalter	10 Items	<ul style="list-style-type: none"> – Aufmerksamkeitsprobleme – mangelnde Regelbeachtung
Verfahren zur weiterführenden Diagnostik für die medikamentöse Therapie und zur Titration						
CM-ADHS	Checkliste zur organischen Abklärung und medikamentösen Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen	Döpfner, Frölich & Lehmkühl (2000)/ modifiziert aus: Hyperkinetische Störungen (Döpfner et al., 2000); Kopiervorlage	ÄrztInnen	gesamtes Kindes- und Jugendalter	7 Themenbereiche	<ul style="list-style-type: none"> – somatischer Befund – somatischer Befund – Kontraindikationen für Pharmakotherapie – klinische Diagnose – psychische Nebenwirkungen – Aufklärung der Eltern und des/der PatientInnen – Dosisanpassung – Verlaufskontrolle und Auslassversuche

Tabelle 1. Fortsetzung

Kurzbezeichnung	Name	Autoren/Quelle ¹	Beurteilung durch	Altersbereich	Zahl der Items	diagnostische Zielsetzung
NW-ADHS	Fragebogen über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten	Döpfner, Frölich & Lehmkuhl (2000)/modifiziert aus: Hyperkinetische Störungen (Döpfner et al., 2000); Kopiervorlage	Eltern, LehrerInnen und/oder PatientInnen (ab 10 Jahren)	gesamtes Kindes- und Jugendalter	17 Items	– Problemstärke
BM-ADHS	Beurteilungsbogen zur Austestung medikamentöser Therapie bei ADHS	Döpfner, Frölich & Lehmkuhl (2000)/modifiziert aus: Hyperkinetische Störungen (Döpfner et al., 2000); Kopiervorlage	Eltern, LehrerInnen und/oder ErzieherInnen	gesamtes Kindes- und Jugendalter	15 Items	– Hyperactivity-Index – Problemliste – Verhaltensprobleme des Kindes
ADHS-TAP-Eltern	ADHS-Tagesprofilbogen für Eltern	Döpfner (2004)/Neuentwicklung; Kopiervorlage	Eltern	gesamtes Kindes- und Jugendalter	17 Items	– ADHS-Kernsymptome und aggressiv-oppositionelles Verhalten zu vier Tagesabschnitten – unerwünschte Wirkungen der medikamentösen Therapie der letzten Woche
ADHS-TAP-Lehrer	ADHS-Tagesprofilbogen für Lehrer	Döpfner (2004)/Neuentwicklung; Kopiervorlage	LehrerInnen	gesamtes Kindes- und Jugendalter	15 Items	– ADHS-Kernsymptome und aggressiv-oppositionelles Verhalten für beide Hälften des Schulvormittages – unerwünschte Wirkungen der medikamentösen Therapie der letzten Woche
Verfahren zur individuellen Verhaltensbeurteilung und Verlaufskontrolle						
ADHS-KGE	ADHS – Klinische Gesamteinschätzung	Döpfner & Steinhausen (2004)/Neuentwicklung; Kopiervorlage	Klinische Beurteilung	gesamtes Kindes- und Jugendalter	10 (+2) Bereiche	– ADHS-Kernsymptome – Gesamtbeurteilung – komorbide Störungen – optional: 2 Bereiche individuell definierbar
	Problembogen	Döpfner, Frölich & Lehmkuhl (2000)/modifiziert aus: Hyperkinetische Störungen (Döpfner et al., 2000); Kopiervorlage	Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, Kinder, Jugendliche	gesamtes Kindes- und Jugendalter	5 Verhaltensbereiche	– vier individuell definierbare Verhaltensprobleme – Gesamtproblematik – Problemhäufigkeit – Problembelastung
	Zielbogen	Döpfner, Frölich & Lehmkuhl (2000)/modifiziert aus: Hyperkinetische Störungen (Döpfner et al., 2000); Kopiervorlage	Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, Jugendliche (Zielbogen)	gesamtes Kindes- und Jugendalter		– Definition von individuellen Verhaltenszielen
	Detektivbogen		Kinder ab 8 Jahren (Detektivbogen)			

Anmerkungen: ¹ Die Quellenangaben wurden dem KIDS 1 entnommen.

Tabelle 2. Angaben zur Testanalyse und Normierung der Verfahren im KIDS 1

Verfahren	Reliabilität	Validität	Normen	Auswertung
Verfahren zur Eingangsdiagnostik				
ADHS-Bogen	noch keine Ergebnisse	inhaltlich valide	noch keine Normen	Richtlinien zur Auswertung
ES-HOV	keine Angaben	keine Angaben	keine Normen Auswertung	keine quantitative Auswertung
EF-HOV	keine Angaben	keine Angaben	keine Normen Auswertung	keine quantitative Auswertung
DCL-ADHS/ DCL-HKS	interne Konsistenzen Subskalen und Gesamtaufälligkeit: – Elternexploration: $\alpha = .63$ bis $.82$ – LehrerInnenexploration: $\alpha = .86$ bis $.93$ Korrelationen zwischen Skalen: $r = .42$ bis $.83$ Korrelationen zwischen InformantInnen: $r = -.18$ bis $.52$	faktorielle Validität der Items auf Basis der Elternexploration: Differenzierung in Kernsymptome nach ICD-10 bzw. DSM-IV nicht eindeutig bestätigt	Entscheidungs- bäume, orientierende Bandbreiten für Skalenkennwerte	kategoriale und dimensionale Auswertung
FBB-ADHS/ FBB-HKS	FBB-ADHS: intern konsistentinterne Konsistenzen der Subskalen und Gesamtaufälligkeit des FBB-HKS (Symptomausprägung): – Elternurteil: $\alpha = .32$ bis $.95$ – LehrerInnenurteil: $\alpha > .90$ Korrelationen (FBB-HKS; Elternurteil): – zwischen Symptomausprägungsskalen: $r = .64$ bis $.74$ – zwischen Problembelastungsskalen: $r = .66$ bis $.70$ – zwischen Symptomausprägungsskalen und Problembelastungsskalen: $r = .86$ bis $.94$ Korrelationen (FBB-HKS; LehrerInnenurteil): – zwischen Beurteilern: $r = .70$	FBB-ADHS: faktorielle Validität FBB-HKS: faktorielle Validität: Kernsymptome nach ICD-10 bzw. DSM-IV bestätigt (3 Faktoren erklären 59.6 % der Gesamtvarianz) konvergente Validität: hohe Korrelationen zwischen LehrerInnenurteilen im FBB-HKS und FVU bzw. Connors-Fragebogen Nachweis der Änderungssensitivität in Studien zur Wirksamkeit verschiedener Therapien	Grenzwerte für Symptomstärken (Elternurteil): 4- bis 6-jährige, 7- bis 10-jährige, 11- bis 13-jährige und 14- bis 17-jährige Buben und Mädchen	kategoriale und dimensionale Auswertung
SBB-ADHS/ SBB-HKS	SBB-ADHS: intern konsistent interne Konsistenzen der Subskalen und Gesamtaufälligkeit des SBB-HKS (Symptomausprägung): – Selbsturteil: $\alpha = .03$ bis $.94$	faktorielle Validität der SBB-ADHS-Skalen	Grenzwerte für Symptomstärken: 11- bis 13-jährige und 14- bis 17-jährige Buben und Mädchen	kategoriale und dimensionale Auswertung
ADHS-EI	Angaben für die englische Originalversion		keine Normen	individuelles Symptom- profil
FBB-ADHS-V	interne Konsistenzen Haupt- und Subskalen: – Elternurteil: $\alpha = .88$ bis $.94$ ($r_{it} > .45$) – ErzieherInnenurteil: $\alpha = .89$ bis $.93$ ($r_{it} > .31$)	faktorielle Validität: – Elternurteil: 2 Faktoren analog der DSM-VI-Kriterien – LehrerInnenurteil: 3 Faktoren (getrennt für Eltern- und ErzieherInnenurteil)	Grenzwerte für Symptomstärken: 3- bis 6-jährige Kinder	kategoriale und dimensionale Auswertung

Tabelle 2. Fortsetzung

Verfahren	Reliabilität	Validität	Normen	Auswertung
ADHS-SB	interne Konsistenzen Subskalen und Gesamtskala: $\alpha = .72$ bis $.90$ Retestreliabilität (6 Wochen): $r_t = .78$ bis $.89$	konvergente und divergente Validität: – signifikante, mittlere Korrelationen mit WURS-K, Skala Neurotizismus (NEO-FFI), Skala Impulsivität (I7-Test) Übereinstimmung mit ADHS-DC (klinisches Urteil): ICC-Koeffizienten von $.41$ bis $.92$	keine Normwerte	für ipsative Messung geeignet
Verfahren zur weiterführenden Diagnostik für Psychoedukation, Beratung und Verhaltenstherapie				
EL-PF	keine Angaben	inhaltlich valide	keine Normen	keine quantitative Auswertung
EF-PF	interne Konsistenzen der Skalen: $r = .77$ bis $.84$	faktorielle Validität: keine eindeutigen und gut interpretierbaren Lösungen	Grenzwerte (Anzahl der Probleme, Problemintensität): 6- bis 10-jährige Buben und Mädchen	
FVH	interne Konsistenzen der Skalen: $r = .90$ bis $.92$	faktorielle Validität von Problem- und Häufigkeits-Items: – 2-Faktoren-Lösung: Durchführungsprobleme und Vermeidungsverhalten – 3-Faktoren-Lösung: Durchführungsprobleme, Vermeidungsstrategie Hausübungsbeginn, Vermeidungsstrategie Vollständigkeit der Hausübung	Grenzwerte (Anzahl der Probleme, Problemintensität): 6- bis 10-jährige Buben und Mädchen	
FVU	interne Konsistenzen der Skalen: $\alpha > .75$ Korrelation zwischen den Skalen: $r = .60$ Korrelation zwischen BeurteilerInnen: $r = .70$	faktorielle Validität der Subskalen „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Mangelnde Regelbeachtung“ konvergente Validität: hohe Korrelationen zwischen LehrerInnenurteilen im FVU und FBB-HKS bzw. Conners-Fragebogen Nachweis der Änderungssensitivität in einer Studie zur Wirksamkeit von Methylphenidat	noch keine Normen	
Verfahren zur weiterführenden Diagnostik für die medikamentöse Therapie und zur Titration				
CM-ADHS	keine Angaben	keine Angaben	keine Normen	keine quantitative Auswertung
NW-ADHS	keine Angaben	keine Angaben	keine Normen	keine quantitative Auswertung
BM-ADHS	keine Angaben	Änderungssensitivität für Psychostimulanzientherapie	keine Angaben	
ADHS-TAP-Eltern	Die Verfahren werden gegenwärtig auf ihre psychometrischen Eigenschaften hin untersucht.		noch keine Angaben	
ADHS-TAP-Lehrer				
Verfahren zur individuellen Verhaltensbeurteilung und Verlaufskontrolle				
ADHS-KGE	keine Angaben	Änderungssensitivität	keine Angaben	
Problembogen	keine Angaben	Nachweis der Validität und Änderungssensitivität in einer Studie zur multimodalen ADHS-Therapie	keine Angaben	
Zielbogen und Detektivbogen	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	