

Redaktion

B. Koletzko, München
 T. Lücke, Bochum
 N. Wagner, Aachen
 S. Wirth, Wuppertal
 F. Zepp, Mainz

F. Korsch · F. Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten bei Schulanfängern

Pilotstudie im Fall-Kontroll-Design

Der Übergang aus dem Kindergarten in die Grundschule stellt eine bedeutende Entwicklungsaufgabe dar. Um die Chancengleichheit zu erhöhen, wird bei Schulanfängern in den meisten Bundesländern vor Schulbeginn eine schulärztliche Eingangsuntersuchung (SEU, [25]) durchgeführt. Ziel der SEU ist die Feststellung des aktuellen Entwicklungsstands, um im Fall von Defiziten den Einschulungsprozess durch individuelle Fördermaßnahmen zu begleiten. Innerhalb der SEU finden Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten in den vergangenen Jahren vermehrt Beachtung [11]. Gründe sind bekannte Zusammenhänge mit schulischen Schwierigkeiten [13], die ausgeprägte Häufigkeit von Problemverhalten im Vorschulalter und ihre Stabilität über die Einschulung hinweg [14]. Die vermehrte Berücksichtigung von Verhaltensproblemen in der SEU wird bislang jedoch kaum wissenschaftlich begleitet. Es fehlen empirische Arbeiten, die den Nutzen der auf Länderebene eingesetzten Verfahren im Kontext der SEU überprüfen. Auch ist bislang unklar, ob die SEU bezüglich der Früherkennung von Verhaltensproblemen ihrem Anspruch genügt, durch die aus der Früherkennung resultierenden Fördermaßnahmen die Chancengleichheit zu Schulbeginn zu erhöhen [4]. Der Mangel an empirischer Begleitung verwundert nicht, da die Forschung durch die uneinheitliche Konzipierung der SEU zwischen und innerhalb der Bundesländer erheblich erschwert wird [4].

Pilotstudie

Ziel

Die vorliegende Arbeit soll als praxisnahe Pilotstudie erste Ergebnisse zur Früherkennung von Verhaltensproblemen in der SEU liefern, nachfolgende Untersuchungen anregen und Forschungsperspektiven aufzeigen. Es werden Schulanfänger über die 1. Klasse hinweg in ihren Verhaltensprofilen betrachtet, die infolge der SEU in Bremen während der 1. Klasse an Maßnahmen zur Verhaltensförderung teilgenommen haben. Als Vergleich werden Schulanfänger mit bekannter Verhaltensproblematik, die während des 1. Schuljahrs an keiner Fördermaßnahme teilnahmen sowie eine Kontrollgruppe ohne Verhaltensproblematik herangezogen. Aufgrund der bekannten Zusammenhänge mit Entwicklungsdefiziten [15, 18] werden neben der Verhaltensebene auch kognitive und motorische Entwicklungsprofile berichtet. Konkret wird überprüft, wie sich die Fallgruppe mit Verhaltensförderung über den Zeitraum der 1. Klasse hinweg in Relation zu den anderen Gruppen in ihren Profilen verändert. Für die Kontrollgruppe und die nichtgeförderte Fallgruppe wird hingegen ein stabiles Verhaltens- und Entwicklungsprofil erwartet.

Stichprobe

Kinder mit Problemverhalten (mit und ohne Förderung) aus dem Symptombereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9 nach ICD-10¹) und Kinder ohne Verhaltensprobleme wurden zu 2 Zeitpunkten (jeweils in den letzten 2 Monaten vor Schulbeginn und vor Abschluss der 1. Klasse) betrachtet. Zwischen den Erhebungen lagen etwa 13 Monate [Mittelwert (M) = 13,20 Monate; SD ± 1,99 Monate]. Alle Eltern wurden über die freiwillige, unverbindliche Teilnahme informiert, den vertraulichen Umgang mit den Daten aufgeklärt und gaben ihr Einverständnis für die wissenschaftliche Verwendung der Daten.

Rekrutierung

Die Fallgruppen wurden der psychologischen Nachuntersuchung der SEU in der Psychotherapeutischen Kinderambulanz der Universität Bremen entnommen. In der SEU der Stadt Bremen wird der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; [10]) in Kombination mit dem ärztlichen Urteil zur Früherkennung von Verhaltensproblemen verwendet. Bei auffälligem Befund wird eine vertiefende psychologische Diagnostik empfohlen. Für die vorliegende Untersuchung erfolgte eine erneute Rekrutierung nach einem

¹ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe.

Tab. 1 Verteilung der ICD-10-F9-Diagnosen von klinischer und subklinischer Relevanz innerhalb der beiden Gruppen

		Ohne Förderung (n=25)						Mit Förderung (n=25)					
		Diagnose		Subklinisch		Gesamt		Diagnose		Subklinisch		Gesamt	
		Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	F90.0	3	75,0	7	33,3	10	40,0	6	60,0	7	46,7	13	52,0
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	F90.1	–	–	3	14,3	3	12,0	1	10,0	4	26,7	5	20,0
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionell-aufsässigem Verhalten	F91.3	1	25,0	2	9,5	3	12,0	1	10,0	3	20,0	4	16,0
Emotionale Störungen des Kindesalters	F93.0	–	–	2	9,5	3	12,0	1	10,0	3	20,0	4	16,0
Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	F93.2	–	–	4	19,0	4	16,0	1	10,0	–	–	1	4,0
Generalisierte Angststörung	F93.8	–	–	1	4,8	1	4,0	1	10,0	–	–	–	–
Sonstige Verhaltens- und emotionale Störung der Kindheit	F98.8	–	–	2	9,5	2	8,0	–	–	–	–	–	–

ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe.

Jahr. Zusätzlich wurde eine Kontrollgruppe über Zeitungsannoncen und die Auslage von Informationsmaterial rekrutiert.

Diagnostik

Die Diagnosevergabe der psychologischen Untersuchung erfolgte gemäß den Richtlinien der ICD-10 [26] und gestaltete sich multimodal. Der diagnostische Prozess beinhaltete neben der Anamnese, Verhaltensbeobachtungen und Verhaltensbeurteilungen auch die Erfassung des kognitiven Funktionsniveaus, der koordinativ-motorischen und der sozial-emotionalen Fertigkeiten.

Verhaltensförderung

Zur 2. Erhebung wurden die Eltern gefragt, ob und in welcher Form während der 1. Klasse eine Verhaltensförderung über mindestens zwei Drittel des Zeitraums stattgefunden habe. Unter dem Begriff Verhaltensförderung werden all jene Förderungen zusammengefasst, die zur Verringerung der aus Messzeitpunkt 1 bekannten Verhaltensproblematik aufgesucht wurden.

Einschluss-/Ausschlusskriterien

Globale Ausschlusskriterien waren das Vorliegen einer allgemeinen Intelligenz-

minderung und eine psychopharmakologische Behandlung. Globales Einschlusskriterium war die Vollständigkeit der Untersuchungen. Einschlusskriterium für die Fallgruppen war das Vorliegen einer Verdachts- oder gesicherten F9-Diagnose gemäß ICD-10, festgestellt in der psychologischen Untersuchung zu Messzeitpunkt 1. In die Kontrollgruppe wurden Kinder aufgenommen, die ein unauffälliges SDQ-Ergebnis (Elternurteil) zeigten und bei denen keine F9-Diagnose vorlag.

Stichprobengröße und „matching“

Gemäß der psychologischen Untersuchung (Erhebung I) erfüllten 128 Kinder die Kriterien für eine Aufnahme in die Fallgruppen. Davon konnten 64 (50,0%) für 2. Erhebung rekrutiert werden; deshalb konnte der ursprünglich geplante Stichprobenumfang nicht eingehalten werden. Zwar reicht ein „Umfang“ ab 22 Kindern/Gruppe aus, um für die Interaktion und den Haupteffekt Zeit mit ausreichender Wahrscheinlichkeit einen mittleren Effekt zu finden, für den Haupteffekt Gruppe würden jedoch 63 Teilnehmer/Gruppe benötigt. Als häufigster Grund für die Nichtteilnahme zu Messzeitpunkt 2 wurde der zeitliche Aufwand der multimodalen Diagnostik angege-

ben. Von den 64 erneut rekrutierten Kindern nahmen 27 an einer Verhaltensförderung teil, davon wurden 2 wegen einer medikamentösen Begleitbehandlung ausgeschlossen. In der Fallgruppe mit Behandlung verblieben 25 Datensätze. Diesen wurde mit identischem Umfang eine Fallgruppe ohne Behandlung sowie eine Kontrollgruppe gegenübergestellt. Die Drop-out-Rate der Kontrollgruppe betrug 27,2%. Die Gruppen wurden mithilfe des „frequency matching“ bezüglich der Einflussfaktoren Alter, Geschlecht und Bildungshintergrund angepasst, da sich diese Variablen in der Forschung als konfundierend erwiesen haben [7, 9, 24].

Instrumente

Verhalten

Kindliches Problemverhalten wurde mit dem Screeningverfahren *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ, [10]) im Elternurteil erfasst. Der SDQ besteht aus 25 Fragen, die sich gleichmäßig auf 5 Unterskalen verteilen, aus denen ein Gesamtproblemwert gebildet wird. In den Hauptanalysen wird der Gesamtproblemwert des SDQ verwendet. Für die Stichprobenbeschreibung wurde anhand der für das Elternurteil existierenden Grenz-

Hier steht eine Anzeige.



F. Korsch · F. Petermann

Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten bei Schulanfängern. Pilotstudie im Fall-Kontroll-Design**Zusammenfassung**

Hintergrund. Da Verhaltensauffälligkeiten den schulischen Werdegang erheblich beeinträchtigen können, finden sie in der schulärztlichen Eingangsuntersuchung (SEU) immer häufiger Beachtung. Dennoch mangelt es aktuell an empirischen Belegen für diese Art der Früherkennung im Rahmen der SEU.

Ziel der Arbeit. Es stellt sich die Frage, ob die augenblicklich durchgeführte Form der Früherkennung dem Anspruch der SEU genügt, die Chancengleichheit für Schulanfänger durch Frühförderung schon zu Beginn der Schullaufbahn zu erhöhen. Die vorliegende Studie soll als Pilotprojekt für weitere Forschung dienen.

Material und Methode. Die Studie vergleicht erstmalig Verhaltens- und Entwicklungsprofile von in der SEU identifizierten Kindern mit einer Verhaltensauffälligkeit (mit und ohne Fördermaßnahme) mit dem Verlauf einer verhaltensunauffälligen Kontrollgruppe über das 1. Schuljahr hinweg.

Ergebnisse. Kinder mit einer Verhaltensauffälligkeit, die im Verlauf der 1. Klasse an einer Fördermaßnahme teilnehmen, zeigen ein ebenso stabiles Verhaltens- und Entwicklungsprofil wie Kinder mit einer Verhaltensauffälligkeit ohne Förderung oder Kinder ohne Verhaltensprobleme.

Schlussfolgerung. Der aktuelle Stand der SEU zur Früherkennung von Verhaltensproblemen sollte empirisch überprüft und Umstrukturierungen wissenschaftlich begleitet werden. Die vorliegenden Ergebnisse scheinen eine Vorverlegung der SEU in den vorschulischen Bereich zu unterstützen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsuntersuchung · Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom · Störung des Sozialverhaltens · Kognition · Koordination

werte des Verfahrens eine Unterteilung des Gesamtproblemwerts und der Unterskalen in *auffällig*, *grenzwertig* und *unauffällig* vorgenommen. Das Verhaltensscreening wurde durch die Beurteilung der häufigsten Verhaltensprobleme des Vorschulalters im *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche* (DISYPS-II, [6]) durch die Eltern ergänzt. Verwendet wurden die Gesamtproblemwerte der Syndromskalen für Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom in der Vorschul- [Fremdbeurteilungsbogen (FBB)-ADHS-V] und Schulversion (FBB-ADHS), Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV) und Angststörungen (FBB-ANZ). Alters- und Geschlechtsnormierungen zur Bestimmung von Stanine-Werten liegen für beide Erhebungszeitpunkte vor; ab einem Wert von 8 oder 9 ist von einem auffälligen Ergebnis auszugehen.

Entwicklung

Zur Bestimmung des kognitiven Funktionsniveaus in 1. Erhebung kam die für das Vorschulalter konzipierte *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence* (WPPSI-III, [21]) zum Einsatz. In der 2. Erhebung wurde aufgrund des angestiegenen Alters die *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC-IV; [23]) verwendet. In die Analysen wurde der jeweilige Gesamtintelligenzquotient eingeschlossen, der für die beiden Verfahren eine gute Vergleichbarkeit aufweist [5]. Zur Abbildung der koordinativen Fähigkeiten werden die geschlechts- und altersnormierten Standardwerte des Gesamtergebnisses der *Movement Assessment Battery for Children* (M-ABC-2, [20]) eingesetzt.

Statistik

Statistische Analysen erfolgten mit G*Power und IBM SPSS 20.0. Plausibilitätskontrollen ergaben weniger als 3,0% fehlende Werte mit zufälliger Verteilung; deshalb konnten fehlende Werte mithilfe des „Expectation-maximization“-Algorithmus [19] ergänzt werden. Gruppenvergleiche kategorialer Daten erfolgten durch Kontingenzanalysen. Die Fragestellung erforderte eine Untersuchung der Interaktion *Zeit* × *Gruppe*. Bei Intervallskalen-

Behavioral and emotional disorders in school beginners. Pilot study with case-control design**Abstract**

Background. As behavioral problems are known to affect children's school performance they are therefore being increasingly included in German health examinations for school entry. Despite this change in the examination process there is still a lack of empirical monitoring of this form of early recognition within the framework of the health examinations for school entry.

Aim. The question is raised whether the standard of the health examinations for school entry as the current form of early recognition is sufficient to increase the equal opportunities for school beginners by early encouragement at the beginning of the school career.

Material and methods. In this study for the first time behavioral and development profiles of children with behavioral problems (with and without encouragement measures) identified by the health examinations

for school entry were compared with children without behavioral problems during and after the first year of school.

Results. Behavior, cognition and motor development were tested before school entry and after the first year of primary school and the results revealed no differences in the development over the first year of primary school.

Conclusion. The current state of the health examinations for school entry for early recognition of behavioral problems should be empirically checked and restructuring should be justified scientifically. The results of this study seem to suggest the necessity to conduct behavioral screening at an earlier age.

Keywords

Health examination · Attention deficit hyperactivity disorder · Conduct disorder · Cognition · Coordination

niveau wurden 2-faktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung (gemischtes Design) durchgeführt. Berichtet werden Teststärke ($1-\beta$) sowie das Effektstärkemaß r ($>0,10$ kleine, $>0,30$ mittlere und $>0,50$ große Effekte). Zur Betrachtung

von Interaktionseffekten auf ordinalem Skalenniveau kamen Rangvarianzanalysen mit vorausgehender Datenanpassung zum Einsatz [1]. Aufgrund der daraus resultierenden Mehrfachtestung wurde das zugrunde gelegte α -Fehlerniveau ($\alpha=0,05$)

Tab. 2 Ergebnisse des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) und des Diagnostik-Systems für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche (DISYPS-II) zu Messzeitpunkt 1

	Mit Förderung				Ohne Förderung				Kontrollgruppe			
	Unauffällig		Auffällig		Unauffällig		Auffällig		Unauffällig		Auffällig	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
SDQ Gesamtproblemwert	16	64,0	9	36,0	17	68	8	32,0	24	96	1	4,0
Emotionale Probleme	18	72,0	7	28,0	23	92,0	2	8,0	23	92,0	2	8,0
Verhaltensauffälligkeiten	15	60,0	10	40,0	17	68,0	8	32,0	25	100,0	–	–
Hyperaktivität	19	76,0	6	24,0	20	80,0	5	20,0	25	100,0	–	–
Probleme mit Gleichaltrigen	21	84,0	4	16,0	22	88,0	3	12,0	23	92,0	2	8,0
Prosoziales Verhalten	17	68,0	8	32,0	22	88,0	3	12,0	23	92,0	2	8,0
FBB-ADHS-V, Gesamtskala	13	52,0	12	48,0	20	80,0	5	20,0	23	92,0	2	8,0
Aufmerksamkeit	13	52,0	12	48,0	16	64,0	9	36,0	23	92,0	2	8,0
Hyperaktivität-Impulsivität	18	72,0	7	28,0	21	84,0	4	16,0	24	96,0	1	4,0
FBB-SSV Gesamtskala	13	52,0	12	48,0	16	64,0	9	36,0	21	84,0	4	16,0
Oppositionell-aggressiv	15	60,0	10	40,0	18	72,0	7	28,0	21	84,0	4	16,0
Dissozial-aggressiv	16	64,0	9	36,0	14	56,0	11	44,0	24	96,0	1	4,0
FBB-ANZ Gesamtskala	17	68,0	8	32,0	20	80,0	5	20,0	23	92,0	2	8,0
Trennungsangst	19	76,0	6	24,0	21	84,0	4	16,0	24	96,0	1	4,0
Generalisierte Angst	14	56,0	11	44,0	23	92,0	2	8,0	23	92,0	2	8,0
Soziale Phobie	15	60,0	10	40,0	16	64,0	9	36,0	21	84,0	4	16,0
Spezifische Phobie	18	68,0	8	32,0	15	60,0	10	40,0	25	100,0	–	–

ADHS Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom, ANZ Angststörungen, FBB Fremdbeurteilungsbogen, SSV Störungen des Sozialverhaltens.

Für die Unterteilung in *auffällig* und *unauffällig* im SDQ wurden die Bereiche *grenzwertig* und *unauffällig* als *unauffällig* zusammengefasst.

Tab. 3 Aufgesuchte Fördermaßnahmen in der Fallgruppe mit Förderung

	Mit Förderung (n=25)	
	Anzahl (n)	Anteil (%)
Verhaltenstherapie (VT)	4	16,0
Ergotherapie (Ergo)	5	20,0
Sonstige Förderung	6	24,0
Schulische Kleingruppenförderung	3	12,0
Psychomotorik	3	12,0
Kombination	10	40,0
VT und Ergo	3	12,0
Ergo und schulische Kleingruppe	4	16,0
Ergo und Psychomotorik	1	4,0
VT, Ergo und Psychomotorik	1	4,0
VT, Ergo und schulische Kleingruppe	1	4,0

nach Bonferroni und Holm adjustiert. Berichtet werden Teststärke ($1-\beta$) und die Effektstärke ω ($>0,10$ kleine, $>0,30$ mittlere, $>0,50$ große Effektstärke).

Ergebnisse

Vorausgehende Analysen

Die Gruppen sind bezüglich des Geschlechts [$38,8\%$ weiblich; $\chi^2(2) = 0,000$; $p = 1,000$], des Alters ($M = 74,88$ Monate; $\chi^2(2) = 0,873$; $p = 0,646$) und des Bildungshintergrunds [$M = 10,29$ Jahre; $\chi^2(4) = 0,812$; $p = 0,937$] vergleichbar. Die in den

Fallgruppen zu Schulbeginn vorliegenden Verhaltens- und emotionalen Störungsbilder können [Tab. 1](#) entnommen werden. Die beiden Fallgruppen unterscheiden sich nicht in der Häufigkeitsverteilung externalisierender und internalisierender Diagnosen [$\chi^2(1) = 2,468$; $p = 0,116$], allerdings zeigt sich im Vergleich der Verteilungen von Verdachts- und gesicherten Diagnosen ein marginaler Unterschied im Schweregrad [$\chi^2(1) = 3,571$; $p = 0,059$]. Die Ergebnisse der Verhaltensbeurteilung sind zur besseren Einschätzung der Verhaltensproblematiken in [Tab. 2](#) aufgeführt.

Bezüglich der erfassten Verhaltensförderungen suchten 15 Kinder ($60,0\%$) im Verlauf der 1. Schulklasse regelmäßig eine einzelne Form von Förderung auf; zehn Kinder ($40,0\%$) nahmen eine Kombination aus mehreren Maßnahmen in Anspruch. Eine Aufstellung der aufgesuchten Fördermaßnahmen findet sich in [Tab. 3](#).

Hauptanalysen

Der erwartete Interaktionseffekt *Zeit*•*Gruppe* konnte in keiner der untersuchten Verhaltens- oder Entwicklungsdimensionen festgestellt werden. Die 3 betrachteten Gruppen zeigten weder im Verhaltensscreening, in der Symptombewertung, ihrem kognitiven Funktionsniveau noch in der motorischen Entwicklung eine Wechselwirkung über die Zeit. Dies deutet darauf hin, dass die 3 Gruppen über die beiden Messzeitpunkte stabil in ihrer Position verblieben. Die deskriptiven und statistischen Kennwerte der Hauptanalysen können [Tab. 4](#) entnommen werden. Weiterhin zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt *Zeit* mit schlechteren Ergebnissen im FBB-ADHS und M-ABC-2 zu der 2. Erhebung. Der Haupteffekt *Gruppe* wurde aufgrund des zu geringen Stichprobenumfangs nicht berücksichtigt.

Tab. 4 Deskriptive und statistische Kennwerte der Hauptanalysen

Zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung (gemischtes Design)											
		Mit Förde- rung	Ohne För- derung	Kontrolle	Statistische Kennwerte						
	ZP	<i>M</i> (\pm <i>SD</i>)	<i>M</i> (\pm <i>SD</i>)	<i>M</i> (\pm <i>SD</i>)		<i>F</i>	<i>df</i>	<i>a</i>	<i>p</i>	(1- β)	<i>r</i>
Kognitives Funktionsniveau	1	88,40	96,20	99,04	Zeit-Gruppe	2,487	2,72	0,050	0,090	0,484	0,18
	2	(\pm 12,75)	(\pm 13,00)	(\pm 12,72)	Zeit	3,268	1,72	0,050	0,075	0,430	0,21
		87,32	98,36	102,32	Gruppe	8,840	2,72	0,050	0,000	0,966	0,33
		(\pm 12,52)	(\pm 10,46)	(\pm 12,01)							
Motorischer Ent- wicklungsstand	1	7,48 (\pm 2,45)	8,48 (\pm 2,85)	9,40 (\pm 3,15)	Zeit-Gruppe	0,172	2,72	0,050	0,842	0,076	0,05
	2	6,52 (\pm 2,82)	7,64 (\pm 2,81)	8,88 (\pm 3,05)	Zeit	5,974	1,72	0,050	0,017	0,674	0,28
					Gruppe	4,535	2,72	0,050	0,014	0,756	0,24
SDQ	1	15,36	14,40	7,44 (\pm 5,96)	Zeit-Gruppe	0,737	2,72	0,050	0,482	0,170	0,10
	2	(\pm 5,05)	(\pm 3,59)	6,96 (\pm 5,03)	Zeit	0,046	1,72	0,050	0,831	0,055	0,03
		16,56	14,08		Gruppe	23,899	2,72	0,050	0,000	1,000	0,50
		(\pm 6,86)	(\pm 5,72)								
Rangvarianzanalysen mit vorausgehender Datenanpassung											
		Mit Förde- rung	Ohne För- derung	Kontrolle	Statistische Kennwerte						
	ZP	<i>M</i> (\pm <i>SD</i>)	<i>M</i> (\pm <i>SD</i>)	<i>M</i> (\pm <i>SD</i>)		<i>H</i>	<i>df</i>	<i>aAd- just</i>	<i>p</i>	(1- β)	ω
FBB-ADHS	1	6,60 (\pm 2,00)	6,24 (\pm 1,62)	3,88(\pm 1,62)	Zeit-Gruppe	1,217	5	0,025	0,943	0,625	0,09
	2	7,24 (\pm 1,39)	6,84 (\pm 1,07)	4,64 (\pm 2,18)	Zeit	20,253	1	0,017	0,000	0,860	0,37
					Gruppe	27,923	2	0,017	0,000	0,460	0,61
FBB-SSV	1	6,76 (\pm 2,11)	6,52 (\pm 1,76)	4,08 (\pm 2,27)	Zeit-Gruppe	6,746	5	0,025	0,240	0,625	0,21
	2	6,72 (\pm 1,97)	6,24 (\pm 1,54)	4,28 (\pm 2,37)	Zeit	0,627	1	0,050	0,428	0,860	0,07
					Gruppe	19,184	2	0,017	0,000	0,460	0,51
FBB-ANZ	1	7,04 (\pm 1,67)	6,40 (\pm 1,35)	4,80 (\pm 2,00)	Zeit-Gruppe	4,959	5	0,025	0,421	0,625	0,18
	2	7,20 (\pm 1,44)	6,00 (\pm 1,56)	4,72 (\pm 1,40)	Zeit	0,342	1	0,050	0,559	0,860	0,05
					Gruppe	28,223	2	0,017	0,000	0,460	0,61

FBB-ANZ Ergebnis des DISYPS-II-Fragebogens zu Symptomen einer Angststörung in Stanine-Werten, FBB-ADHS Gesamtergebnis des ADHS-V (ZP1) bzw. ADHS (ZP2) DISYPS-II-Fragebogens zu Symptomen einer ADHS in Stanine-Werten, *M* Mittelwert, *ZP* Zeitpunkt, *SD* Standardabweichung, *SDQ* Gesamtproblemwert des Strengths and Difficulties Questionnaire, FBB-SSV Gesamtergebnis des DISYPS-II-Fragebogens zu Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens in Stanine-Werten.

Diskussion

Schulanfänger mit einer im Rahmen der SEU festgestellten Verhaltensproblematik, die während der 1. Klasse an einer Verhaltensförderung teilnahmen, wurden mit Kindern verglichen, die kein auffälliges Verhalten zeigten oder trotz Verhaltensauffälligkeit an keiner Förderung teilnahmen. Die Fallgruppen setzen sich aus den für Schulanfänger typischen Problembereichen und Fördermaßnahmen zusammen. Sie beinhalteten überwiegend externalisierende Störungsbilder; dies entspricht den Prävalenzen aktueller Studien [12]. Unter den Verhaltensförderungen wurde in 15 Fällen (55,6%) Ergotherapie als Verhaltenstraining angegeben; neun Kinder besuchten eine Verhaltenstherapie (33,3%) und 13 eine sonstige Förderungen (48,1%). Zehn Kinder kombinierten unterschiedliche Maßnahmen. Der geringe Anteil psychotherapeutischer Maßnahmen kann auf das zeitliche Setting zurückgeführt werden.

Im vorschulischen Förderbereich werden vermehrt Ergo-, Physiotherapie und sozialpädiatrische Interventionen durchgeführt, während der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen erst im Alter von 7 bis 10 Jahren zunimmt [17].

Es sollte überprüft werden, ob sich die Fallgruppe mit Förderung in den betrachteten Verhaltens- und Entwicklungsebenen verändert, während bei den anderen Gruppen von einem stabilen Verlauf ausgegangen wurde. Entgegen der Erwartung konnte keine Wechselwirkung festgestellt werden. Zwischen den Gruppen fand über die Messzeitpunkte hinweg weder eine Annäherung statt, noch entfernten sie sich voneinander. Für die Kontrollgruppe und die Fallgruppe ohne Förderung unterstützt dieses Ergebnis Befunde zur hohen Stabilität von Verhaltensauffälligkeiten während der Einschulung [17]. In Übergangssituationen sind Veränderungen im Verhalten ohne Fremdeinwirkung unwahrscheinlich, da in unbekannter Umgebung

eher von einer Aktivierung gewohnter Verhaltensweisen auszugehen ist [3]. Überraschend war hingegen, dass auch die Fallgruppe mit Förderung keine Veränderungen zeigte. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass während der 1. Klasse aufgesuchte Fördermaßnahmen die Stabilität des Verhaltens nicht beeinflussen. Gründe hierfür könnten die Wartezeiten bis zum Beginn einer Fördermaßnahme und die Latenzzeiten der Maßnahmen sein. Es ist folglich nicht auszuschließen, dass sich im weiteren Verlauf positive Effekte der Förderung zeigen. Dem Anspruch, die Chancengleichheit schon früh zu realisieren, wird die SEU bezüglich der Früherkennung von Verhaltensproblemen vermeintlich jedoch nicht gerecht. Die vorliegenden Ergebnisse scheinen demnach einen aktuellen Trend für ein noch früheres Ansetzen der SEU zur Früherkennung von Förderbedarf zu unterstützen. Einige Bundesländer haben die SEU bereits in das vorletzte Kindergartenjahr verlegt, um noch im Vorschulalter

mit den benötigten Fördermaßnahmen beginnen zu können [8, 16]. Auch in anderen Bundesländern wird über die Notwendigkeit einer Umstrukturierung der SEU diskutiert [2, 11].

Trotz der Stärken der vorliegenden Arbeit mit ihrem „gematchten“ Fall-Kontroll-Design und der Betrachtung multimodaler Entwicklungsprofile sind bei der Interpretation der Ergebnisse Limitationen zu beachten, die v. a. die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken. Da kein Einfluss darauf ausgeübt wurde, ob und welche Förderung durchgeführt wurde, versteht sich die vorliegende Studie als quasiexperimentelles Pilotprojekt. Als methodischer Kritikpunkt erscheint, dass die Aufgabenschwierigkeit im M-ABC-2 zwischen den Erhebungszeitpunkten angestiegen zu sein scheint, da hier alle Kinder einen signifikanten Abfall in den Standardwerten zeigen. Bei einem Wechsel zwischen den Altersmodulen des M-ABC-2 scheint dieses Verfahren für die kontinuierliche Verlaufsbetrachtung begrenzt geeignet. Die hohe Drop-out-Rate führte dazu, dass Gruppeneffekte mit dem Stichprobenumfang nicht überprüft werden konnten. Der unterschiedliche Schweregrad, der die Fallgruppen kennzeichnet, kann darauf zurückgeführt werden, dass Eltern Förderangebote eher wahrnehmen, wenn ihre Kinder stark ausgeprägte Problembereiche aufzeigen.

Bei zukünftigen Projekten wäre es wünschenswert, Kinder mit vergleichbar ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten (beginnend mit der Früherkennung in der SEU) über die gesamte Grundschulzeit zu betrachten. Wünschenswert wäre hierbei die individuelle Betrachtung einzelner Diagnosen aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen nach Früherkennung in der SEU unter kontrollierten Förderbedingungen und dem Einbezug weiterer möglicher Einflussfaktoren, wie beispielsweise dem elterlichen Erziehungsverhalten [22]. Zusammengefasst sprechen die Ergebnisse für die hohe Stabilität vorschulischer Verhaltens- und Entwicklungsprobleme, selbst unter dem Einfluss verhaltensfördernder Maßnahmen. Diese Tatsache unterstützt das aktuelle Bestreben nach einer Vorverlegung der SEU in den vorschulischen Bereich. In Zukunft gilt es für die Forschung, bereits etablierte Standards

der SEU (aber auch ihre Umstrukturierungen) wissenschaftlich zu begleiten und ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Fazit für die Praxis

Der aktuelle Stand der SEU zur Früherkennung von Verhaltensproblemen sollte empirisch überprüft und Umstrukturierungen sollten wissenschaftlich begleitet werden. Länderspezifische Studien zur Früherkennung von Verhaltensproblemen in der SEU sind dringend erforderlich, um die bundesweit unterschiedlichen Modelle vergleichen zu können. Die vorliegenden Ergebnisse scheinen eine Vorverlegung der SEU in den vorschulischen Bereich zu unterstützen.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. F. Korsch

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen
Grazer Str. 6, 28359 Bremen
fkorsch@uni-bremen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Korsch und F. Petermann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen Teilnehmern liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

1. Bortz J, Lienert GA, Boehnke K (2008) Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Springer, Berlin
2. Burchard F, Wittmann G, Auer N (2010) Zweistufiges Screening zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter. Forum Kinder Jugendpsychiatr Psychosom Psychother 3:64–85
3. Caspi A, Moffitt TE (1993) When do individual differences matter? A paradoxical theory of personality coherence. Psychol Inq 4:247–271
4. Daseking M, Oldenhage M, Petermann F (2008) Der Übergang vom Kindergarten in die Grundschule – eine Bestandsaufnahme. Psychol Erz Unt 55:84–99
5. Daseking M, Petermann F, Waldmann HC (2010) Intelligenzdiagnostik mit den Wechsler-Skalen bei sechsjährigen Kindern. Kinder Jugendpsychiatr Psychother 38:111–121
6. Döpfner M, Görtz-Dorten A, Lehmkuhl G et al (2008) Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche. Huber, Bern

7. Faust G, Kratzmann J, Wehner F (2012) Schuleintritt als Risiko für Schulanfänger? Z Padagog Psychol 26:197–212
8. Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt (2010) Befunde bei Einschulungsuntersuchungen. http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Politik_und_Verwaltung/Bibliothek_LAV/Start_LAV/gbe/gbe-net/indikatoren/stich83z99x6.html. Zugriffen: 17. Juli 2012
9. Gienger C, Petermann F, Petermann U (2008) Wie stark hängen die HAWIK-IV-Befunde vom Bildungsstand der Eltern ab? Kindh Entwickl 17:90–98
10. Goodman R (1997) The strengths and difficulties questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry 38:581–586
11. Hasselhorn M, Schneider W (2011) Trends und Desiderate der Frühprognose schulischer Kompetenzen: Eine Einführung. In: Hasselhorn M, Schneider W (Hrsg) Frühprognose schulischer Kompetenzen. Hogrefe, Göttingen, S 1–12
12. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50:784–793
13. Jantzer V, Haffner J, Parzer P et al (2012) Der Zusammenhang von ADHS, Verhaltensproblemen und Schulerfolg am Beispiel der Grundschulempfehlung. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 61:662–676
14. Korsch F, Petermann F (2012) Früherkennung von Verhaltensstörungen durch die schulärztliche Eingangsuntersuchung. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 61:691–705
15. Korsch F, Petermann U, Schmidt S et al (2013) Kognitive, sprachliche, motorische und sozial-emotionale Defizite bei verhaltensauffälligen Schulanfängern. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 62:405–419
16. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2006) Neukonzeption Einschulungsuntersuchung. http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/40_Service_Publikationen/Neukonzeption_Einschulung.pdf. Zugriffen: 19. Mai 2014
17. Lehmkuhl G, Köster I, Schubert I (2009) Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 58:170–185
18. Mingebach T, Roller A, Dalir S et al (2013) Spezifische und gemeinsame neuropsychologische Basisdefizite bei ADHS- und ODD-Symptomen im Vorschulalter. Kindh Entwickl 22:209–216
19. Musil CM, Warner CB, Yobas PK et al (2002) A comparison of imputation techniques for handling missing data. West J Nurs Res 24:815–829
20. Petermann F (Hrsg) (2011) Movement assessment battery for children – 2. Pearson, Frankfurt
21. Petermann F (Hrsg) (2011) Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – III – Deutsche Version Pearson Assessment, Frankfurt
22. Petermann U, Petermann F (2013) Risiken in Familien. Kindh Entwickl 22:1–4
23. Petermann F, Petermann U (2011) Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition (WISC-IV) – Deutsche Version. Pearson Assessment, Frankfurt/Main
24. Phillips BM, Lonigan CJ (2010) Child and informant influences on behavioral ratings of preschool children. Psychol Sch 47:374–390
25. Reichenbach C, Lücking C (2007) Diagnostik im Schuleingangsbereich. Borgmann, Basel
26. WHO (1993) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. World Health Organization, Genf

Hier steht eine Anzeige.

