

Zweistufiges Screening zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter

Falk Burchard, Gregor Wittmann & Nadine Auer

1. Einleitung

Bezug nehmend auf die KiGGS-Studie, die von 2003 bis 2006 im Auftrag der Robert Koch-Instituts durchgeführt wurde und in der eine repräsentative Datenerhebung zu dem Gesundheitszustand in Deutschland lebender Kinder und Jugendlicher erbracht wurde, ergab sich ein Handlungsbedarf für die präventive Arbeit bei psychischen Störungen. Danach sind bei der Befragung nach psychischen Störungen etwa 5,3% der Kinder im Alter von 3-6 Jahren bereits auffällig, 8% als grenzwertig eingestuft. Dies bedeutet, dass rund 13% der Kinder im Alter von 3-6 Jahren als von einer psychischen Störung bedroht gelten können. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter haben nicht nur für die Kinder und Jugendlichen selbst schwerwiegende Konsequenzen, auch ist das soziale Umfeld (also Familie, Freunde, Schule) meist stark davon belastet. Ein frühes präventives Eingreifen soll die Gefahr nachteiliger Folgen psychischer Störungen, auch für das Jugendalter, mindern.

Vor allem bei einem Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom, kurz ADHS, handelt es sich um eine im frühen Kindesalter beginnende, meist genetisch bedingte Funktionsstörung des Gehirns, deren Schweregrad durch psychosoziale und gesellschaftliche Faktoren besonders stark beeinflusst wird (vgl. Barkley, 1998; Döpfner et al., 1998). Auch Störungen des Sozialverhaltens manifestieren sich oft frühzeitig und wirken sich negativ auf den weiteren Werdegang von Kindern aus (vgl. Moffit, 1993). Eine frühzeitige Behandlung körperlicher, geistiger und seelischer Störungen, unter die auch ein ADHS fällt, sollte die wirksamste Methode sein, eine spätere Behinderung und/oder einer Beeinträchtigung der Lebensqualität für das betroffene Kind möglichst gering zu halten oder gar abzuwenden. Früherkennung eröffnet die Möglichkeit, eine Frühförderung in einer Phase mit den größten Kompensationskompetenzen zu beginnen. Sekundä-

re Fehlentwicklung, komorbide Störungen und eine Fixierung inadäquater Verhaltensmuster können so vermieden werden. Eine frühzeitige Diagnostik umgeht zudem eine längere Phase der Unsicherheit, die für Eltern sehr belastend sein kann (von Suchodoletz, 2005).

Folgende Befunde lassen sich in dieser Richtung anführen: Viele Familien machen mit ihren Kindern eine Odyssee der Diagnosesuche durch, bis ein ADHS angemessen diagnostiziert werden kann (Regniet et al. 2007). Bei Kindern mit psychosozialen familiären Belastungen und einem ADHS reduziert Frühintervention das spätere Auftreten von ADHS-Symptomen im Schulalter (Rappaport et al. 1998). Nach Nelson et al. (2003) kann ein stabiler positiver Effekt auf die Bereiche der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie der sozialemotionalen Anpassung von Kindern durch Präventionsmaßnahmen bis zum Alter von 9 Jahren nachgewiesen werden. ADHS als Risikofaktor für das Auftreten von schwerwiegenden psychiatrischen Störungsbildern im jungen Erwachsenenalter unterstreicht die Notwendigkeit von Frühdiagnostik und Frühprävention (Biederman et al. 2007).

2. Stand der Früherkennung von Entwicklungsstörungen

Die Kindervorsorgeuntersuchungen (U1 bis U11, J1 & J2) sollen sicherstellen, dass Defekte und Erkrankungen von Neugeborenen, Kleinkindern und Kindern, insbesondere solche, die eine normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden, möglichst zeitnah durch einen Kinderarzt erkannt werden, um früh entsprechende Hilfsangebote einleiten zu können.

Bereits 1971 wurden die Kindervorsorgeuntersuchungen im Kindesalter in den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Die Frequentierung stieg von 50% der Eltern im Jahr 1972 auf 80% im Jahr 1980 und auf 92% im Jahr 2005 (Suchodoletz, 2005). Die Früherkennungsuntersuchungen nehmen mit über einem Drittel einen großen Teil der Arbeitszeit in den pädiatrischen Praxen ein. Bestand bis 1977 das Ziel der Vorsorgeuntersuchungen noch darin, auffällige Entwicklungen zu erfassen, ohne dass jedoch eine weitere diagnostische Differenzierung angestrebt wurde, so sind seitdem deutlich differenziertere Befunderhebungen vorgesehen, die eine erste diagnostische Zuordnung ermöglichen. 1978 wurde das Vorsorgeheft eingeführt, in dem die erhobenen Befunde und somit der Entwicklungsverlauf dokumentiert werden (Allhoff et al. 1991).

Zur Effektivität der Vorsorgeuntersuchungen gibt es bislang nur wenige vorliegende Befunde und somit wenig Hinweise darüber, ob Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch die bestehenden Vorsorgeuntersuchungen gelingt. Die vorliegenden Befunde deuten jedoch auf ein recht ernüchterndes Bild der Effektivität der bestehenden Versorgungsangebote hin (Suchodoletz, 2005). So kam Voss 1982 in seiner Dissertation zu dem Ergebnis, dass 7 bis 73% der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten des Nervensystems im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung nicht erfasst werden und 2 – 3% der tatsächlich auffälligen Kinder falsch zugeordnet werden. Nach Meunzel (2003) wurden bis zum Zeitpunkt der U6 Untersuchung (10. – 12. Lebensmonat) 40% der Kinder mit einer infantilen Zerebralparese und zur U7 Untersuchung (21. – 24. Lebensmonat) 77% der Kinder mit einer geistigen Behinderung nicht als entwicklungsgestört erkannt. Nach einer bayerischen Längsschnittstudie zeigte sich, dass eine Intelligenzstörung (IQ <70) bis zum Alter von 4,5 bis 5 Jahren lediglich bei jedem zweiten Kind richtig diagnostiziert wurde (Riegel et al. 1995).

Diese Studien, wenn sie auch nicht ADHS Erkrankungen und Störungen des Sozialverhaltens fokussieren, deuten doch darauf hin, dass ein gewisser Teil auffälliger Kinder durch die bestehenden Kindervorsorgeuntersuchungen nicht oder falsch diagnostiziert werden. Diese These wird von einem Vergleich zwischen dem Ergebnis einer 1998 in Niedersachsen durchgeführten nicht standardisierten Untersuchung und Befragung durch Ärzte zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und Studien zur Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten von Verhulst (1995), Petermann (2005) und Richman et al. (1982) gestützt, zusammengefasst durch Spitzcok von Brisinski et al. (2006). Demnach werden 87,5% aller psychischen Störungen bis zum Zeitpunkt des Schuleintritts durch die bestehenden Vorsorgeuntersuchungen nicht erkannt bzw. die Betroffenen nicht einer notwendigen Behandlung zugeführt.

Darüber hinaus werden durch die Kindervorsorgeuntersuchung, auch wenn sie nach Suchodoletz (2005) mit mittlerweile 92% eine recht hohe Frequenz erreichen, doch nicht alle Elternteile mit diesem Angebot erreicht. Laut Robert-Koch-Institut (2004), zitiert nach Spitzcok von Brisinski et al. (2006), nimmt die Inanspruchnahme mit steigendem Alter der Kinder von 93% bei U3 bis auf 79% bei U9 ab. Kinderreiche Familien, Migrantenfamilien und Familien der unteren sozialen Schicht nehmen Vor-

sorgeuntersuchungen noch deutlich seltener in Anspruch (Delekat & Kis, 2001; Robert Koch-Institut, 2005; Mersmann, 1998).

Ein nicht unerheblicher Teil der Kinder mit einer psychischen Störung wird also durch die Kindervorsorgeuntersuchung nicht oder falsch erkannt. Es bedarf daher ergänzender präventiv orientierter Angebote, die möglichst flächendeckend die bestehenden Versorgungsangebote unterstützen um psychische Störungen frühzeitig zu erfassen, zu diagnostizieren und den Betroffenen und deren Umfeld adäquate Hilfsangebote zukommen zu lassen. Dies müsste erfolgen, noch bevor Entwicklungsphasen mit einer hohen Kompensationskompetenz verstrichen sind und Störungsbilder sowie komorbide Störungen sich all zu sehr fixiert haben.

3. Projekthintergrund

Um das bestehende präventive Versorgungssystem für Vorschulkinder zu verbessern und zu erweitern, hat die LWL-Klinik Marsberg KJP ein Modellprojekt mit dem Ziel ins Leben gerufen, flächendeckend psychische Störungen von Vorschulkindern zu erfassen, um ihnen im Anschluss eine Anknüpfung an das bestehende Versorgungsnetzwerk zu ermöglichen. In Kooperation mit den Gesundheitsämtern des Versorgungsgebietes der Klinik wurde ein zweistufiges Screeningverfahren entwickelt, dass diesen Ansprüchen genügen sollte.

An die Schuleingangsuntersuchung angelehnt, erreichte das Projekt im Jahr 2007/2008 den Übergang von der Theorie- in die Praxisphase und befindet sich zurzeit im 3. Modelljahr. Seitdem nahmen über 12.000 Kinder an dem Präventionsprojekt teil, wobei mehr als 1.000 Kinder als potentiell problembelastet identifiziert wurden und die Möglichkeit erhielten, eine eingehendere Untersuchung in einer der vier Ambulanzen der Klinik zu erhalten.

4. Projektanbindung

Das Präventionsprojekt will potentiell auffällige Kinder noch vor deren Einschulung und den damit verbundenen steigenden Anforderungen der neuen Sozialisationsinstanz Schule erkennen, noch bevor unerkannte und

unbehandelte Störungsmuster den Schulalltag und die weitere psychosoziale Entwicklung gefährden.

Um einem möglichst großen Anteil der Vorschulkinder dieses präventive Angebot zugänglich zu machen, musste ein Medium gefunden werden, durch das möglichst alle Kinder eines Jahrganges erreicht werden. Lediglich die Schuleingangsuntersuchung (SEU) kann eine derartig lückenlose Erfassung gewährleisten. Die SEU ist in den meisten Bundesländern eine verpflichtende Untersuchung, die kurz vor der Einschulung, im Alter von 5 – 6 Jahren, stattfindet. Dadurch bietet sie die Möglichkeit, einen ganzen Jahrgang von Kindern zu erreichen. Aus diesem Grund wurde, in Kooperation mit den Gesundheitsämtern des Versorgungsgebietes der LWL-Klinik Marsberg KJP (Landkreis Paderborn, Landkreis Höxter und Hochsauerlandkreis), das Präventionsprojekt an die SEU angebunden.

Die SEU wird in Nordrhein-Westfalen in allen Kreisen und kreisfreien Städten nach dem „Bielefelder Modell“ durchgeführt. Die nach dem „Bielefelder Modell“ zu dokumentierenden Befunde beziehen sich auf Körpermaße, Befunde des Kopfes, Befunde der inneren Organe, Befunde des Skelettes und der Haut, Befunde der Konstitution, der Harnorgane und andere, Befunde des zentralen Nervensystems und des Verhaltens und Befunde spezieller Behinderungen (vgl. LIGA – Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2006). Sie zielt darauf ab, schul- und lernrelevante Beeinträchtigungen zu erkennen und ggf. Fördermöglichkeiten aufzuzeigen (vgl. Gesundheitsamt der Stadt Dortmund). Die SEU soll demnach primär klären, ob die Kinder den anstehenden schulischen Anforderungen gewachsen sein werden. Potentielle psychische Störungen liegen nicht im primären Fokus der Untersuchung. Für jede Untersuchung stehen lediglich 30 Minuten zur Verfügung. Es stand deshalb nur ein kleines Zeitfenster für ein ergänzendes Screeningverfahren zur Verfügung. Aus diesem Grund wurde die Erhebung zweistufig aufeinander aufbauend gestaltet. In der ersten Screeningstufe, die im Rahmen der SEU statt findet, wird eine erste „gröbere“ Identifizierung potentiell risikobehafteter Kinder geleistet. Die weitaus umfangreichere zweite Screeningstufe findet in einer der vier Ambulanzen der LWL-Klinik Marsberg statt.

5. Methodik

1. Screeningstufe

Die erste Screeningstufe umfasst zwei Instrumente, den SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) und den VEWU-Bogen (Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung). Durch die Kombination dieser beiden Instrumente findet sowohl die Perspektive der Eltern Beachtung, die ihr Kind gut kennen jedoch subjektiv behaftet sind, als auch die objektive Untersucherperspektive, aus der heraus das zu untersuchende Kind zeitlich jedoch nur kurz wahrgenommen wird.

Der SDQ ist ein 25 Items umfassender Eltern- bzw. Lehrerfragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten im Alter von 4 – 16 Jahren. Er wurde 1997 von Goodman in Großbritannien veröffentlicht und noch im selben Jahr in die deutsche Sprache übersetzt (SDQ-Deu) (vgl. Klasen et al., 2003). Jeweils 5 Fragen beziehen sich auf eine der folgenden Störungen: emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten. Zu jeder Frage gibt es 3 Antwortmöglichkeiten (nicht zutreffend, teilweise zutreffend und eindeutig zutreffend) mit unterschiedlichen Scores (0 – 2). Der Summenscore aller 5 Antworten aus einem Bereich wird addiert. Zudem gibt es drei abschließende Kontrollfragen zu allgemeinen Einschätzungen der Eltern über ihr Kind mit jeweils 4 Antwortmöglichkeiten. Jede dieser Kontrollfragen hat einen eigenständigen Cutoff. Wird ein Cutoff bei einem der 5 Bereiche oder bei einer der Kontrollfragen überschritten, liegt in dem entsprechenden Bereich eine potentielle Auffälligkeit vor. Validierungsstudien zeigten, dass der SDQ hochsignifikant mit der etablierten (und wesentlich längeren) CBCL (Child Behavior Checklist) korreliert (vgl. Becker, 2007). Den Eltern wird im Zuge der Schuleingangsuntersuchung der SDQ-Elternfragebogen mit der Bitte ausgehändigt, diesen auszufüllen. Es werden hierbei nur Auszüge der 25 Items des SDQ verwendet, so im ersten Modelljahr 07/08 die 5 Items aus dem Bereich “Hyperaktivität“ sowie die drei Kontrollfragen. Im zweiten Modelljahr wurden die 5 Items aus dem Bereich “Verhaltensprobleme“ hinzugenommen.

Der VEWU (Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung) ist ein Fremdbeurteilungsbogen, der von dem untersuchenden Arzt am Ende der SEU ausgefüllt wird. Er wurde von Döpfner aus dem amerikanischen übersetzt und in Deutschland erstmals als VWU 1998 veröffentlicht (Döpfner et al. 1998) und sollte zur Einschätzung des Verhaltens während psychologischer Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund von Verhaltensauffälligkeiten verwendet werden (Döpfner et al.

2000). Der VEWU Bogen ist eine Weiterentwicklung dieses Instruments. Die 11 Items des VWU wurden von Wüst und Döpfner auf 10 reduziert (Wüst, 2010). Diese Items bezogen sich auf das Instruktionsverständnis, Kooperation, Interesse an den Aufgaben, Unsicherheit/Ängste, Frustrationstoleranz, motorische Unruhe, Ablenkbarkeit und Konzentration, Impulsivität, Arbeitsgeschwindigkeit und Aufmerksamkeit suchendes Verhalten des Kindes. Jede Frage konnte mit 5 vorformulierten Antworten beantwortet werden. Jeder dieser Antworten wurde ein Score (1 – 5) zugeordnet. Je höher der Score, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer potentiellen Auffälligkeit. Das Instrument VEWU wurde im Landkreis Olpe an 1573 Kindern erprobt. Aus der itembezogenen Häufigkeitsverteilung wurden vorläufige Cutoffs, zwischen 0,9 und 5,7%, erstellt. Es fand somit eine eigene Normierung statt. Item bezogen wurden durch Cutoffs die auffälligsten 0,9 - 5,7% der Probanden identifiziert und als Risikogruppe definiert. Die Cutoffs haben sich auch in den ersten Modelljahren als praktikabel erwiesen. Im Laufe der beiden Modelljahre wurden von den ehemals 10 Items nur noch die 6 für eine ADHS Aussagekräftigsten beibehalten (Interesse an Aufgaben, Unsicherheit/ Ängstlichkeit, Frustrationstoleranz, motorische Unruhe, Ablenkbarkeit und Konzentration, Impulsivität). Es wird von einer potentiellen, durch weitere Diagnostik zu prüfende Verhaltensauffälligkeit ausgegangen, wenn bei einer dieser Fragen der Cutoff überschritten wird.

Auf der Grundlage der beiden Bögen (SDQ und VEWU) entscheidet der Arzt, ob die Eltern eine Empfehlung erhalten, ihr Kind in einer der Ambulanzen vorzustellen oder nicht. Eine Empfehlung zur 2. Screeningstufe soll immer dann ausgesprochen werden, wenn in einem Bereich des SDQ – oder VEWU – Bogens der Cutoff überschritten wird.

Die Eltern auffällig eingestufte Kinder haben nun selbst die Möglichkeit zu entscheiden, ob sie das Angebot der zweiten Screeningstufe annehmen oder nicht.

2. Screeningstufe

Die zweite Screeningstufe beinhaltet einen Anamnesebogen bzw. ein Anamnesegespräch, einen computergestützten Continuous Performance Test (CPT) mit Bewegungsmessung (Aktometer), den CBCL 4 – 18 Elternfragebogen, ein klinisches Interview (SNAP-IV) durch einen Facharzt für

Kinder- und Jugendpsychiatrie und eine Beratung durch den genannten Facharzt.

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

Die Aktometer-Testung ist ein computergestütztes Verfahren zur Ergänzung einer ADHS-Diagnostik, das sich noch in der Erprobungsphase befindet. Entwickelt wurde dieses Verfahren von Prof. Dr. M. Huss (Mainz) in Zusammenarbeit mit der Firma MediTech. In dem Abschlussbericht zum ADHS-Messgerät von 2007 schreibt Huss auf der Grundlage evaluierter und ausgewerteter Daten von n=1.591 Probanden, dass die Stärke der Aktometer-Testung in ihren Screening-Eigenschaften liege. Die Aktometer-Testung solle jedoch nicht unabhängig von anderen Diagnostikinstrumenten Verwendung finden, sondern lediglich im Kontext anderer Verfahren. Bei der Aktometer-Testung wird mit Hilfe eines Doppler-Radars die motorische Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeit eines Probanden gemessen. Die Aktometer-Testung setzt sich aus zwei Untertests zusammen, dem Continuous Performance Test (CPT) und dem Ruhescan. Begonnen wird üblicherweise mit dem CPT. Bei diesem Testverfahren nimmt der Proband eine sitzende Position etwa 2m vor dem Aktometergerät ein. Über eine LED-Matrix werden über 10 Minuten lang 6 unterschiedliche Symbole in unterschiedlichen Intervallabfolgen gezeigt. Die Aufgabe besteht darin, innerhalb kurzer Zeit einen Taster immer dann zu drücken, wenn eine bestimmte Symbolkombination erscheint. Ziel dieser Testung ist die Erfassung der

selektiven Aufmerksamkeit sowie der Daueraufmerksamkeit und der Impulsivität. Parallel dazu wird mit Hilfe des Doppler-Radars die motorische Unruhe während der Untersuchung gemessen. Nach einer zweiminütigen Pause folgt der Ruhescan über ebenfalls 10 Minuten. Bei diesem Testdurchlauf wird der Proband angehalten, möglichst ruhig zu sitzen, ohne eine Aufgabe aktiv zu erfüllen. Das Doppler-Radar misst dabei die Bewegungsintensität. Um einen späteren validen Vergleich zwischen den Ergebnissen der Aktometermessungen und den Ergebnissen der anderen Screeninginstrumente zu erlauben, waren die Ergebnisse der Aktometermessung in den ersten beiden Modelljahren für die Fachärzte nicht zugänglich. Dadurch hatte die Aktometermessung keinerlei Auswirkung auf das im Anschluss stattfindende klinische Interview (SNAP-IV).

Mit Hilfe des Elternfragebogens CBCL 4-18 werden Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 – 18 Jahren erfasst (Achenbach et al., 1983). Der Fragebogen ist zweigeteilt und erfasst im ersten Teil die Elternperspektive auf die Bereiche der Aktivitäten, sozialen Kompetenz und Schule in drei Kompetenzskalen. Der zweite Teil besteht aus 120 Items, in denen potentielle Verhaltensauffälligkeiten in 8 verschiedenen Bereichen erfasst werden (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich depressiv, soziale Probleme, schizoid/ zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten). Die Itemformulierung ist möglichst einfach gehalten, der Fragebogen kann daher auch von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau beantwortet werden (Döpfner et al. 1994). Auf der Grundlage von Studien (Remschmidt & Walter, 1990) zu dem 1. Teil der CBCL 4-18 ergab sich eine geringe Konsistenz der Kompetenzskalen. Aus diesem Grund findet nur der 2. Teil der CBCL 4-16 innerhalb des Präventionsprojektes Anwendung.

Bei dem SNAP (Swanson, Nolan and Pelham) handelt es sich um einen Lehrer und Eltern Fragenkatalog zur Abklärung einer ADHS nach den Kriterien des DSM-IV, das von Swanson et al. 1983 veröffentlicht wurde. 1983 in Anbindung an das damals gültige DSM-III (SNAP III) wurde der SNAP 1992 auf das DSM-IV aktualisiert und SNAP IV genannt (Swanson 1992). Im Rahmen der 2. Screeningstufe werden nur die Teile des SNAP IV genutzt, die Aufschluss darüber geben ob eine ADHS Erkrankung vorliegt oder nicht. Der differentialdiagnostische Teil findet keine Verwendung. Es wird also nur auf die 18 ADHS-Items zurückgegriffen, welche jeweils mit nie/ selten (Score 0), gelegentlich (Score 1), häufig (Score 2) und sehr häufig (Score 3) beantwortet werden können. Die Summe der

Antwort-Scores wird addiert. Ergibt sich ein Wert von ≥ 24 so wird, orientiert an der DSM-IV Definition, von einer Störung ausgegangen. Der Facharzt geht den Fragebogen im Rahmen seines klinischen Interviews mit den Eltern durch.

Zum Ablauf der Untersuchung:

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

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

6. Evaluation

Die Ergebnisse der 1. und 2. Screeningstufe aus den vergangenen zwei Modelljahren wurden in Kooperation mit den beteiligten Gesundheitsämtern evaluiert.

In der ersten Screeningstufe besteht jedes der verwendeten Instrumente (VEWU, SDQ und Rückmeldebogen) aus mehreren Durchschreibeseiten, wobei auf dem jeweils letzten Bogen alle Felder, die eine Zuweisung des Bogens zu einem bestimmten Probanden erlauben, unkenntlich gemacht wurden. Diese anonymisierten Bögen werden von den Gesundheitsämtern gesammelt und, mit Zustimmung der Eltern, im Anschluss der jeweiligen Schuleingangsuntersuchungen an das Projektbüro zur statistischen Aus-

wertung versendet. Die restlichen Bögen gehen jeweils an die Eltern, das Gesundheitsamt und, bei einem Befund innerhalb der 1. Screeningstufe, an die Ambulanz, in welcher die 2. Screeningstufe durchgeführt wird. Innerhalb der 2. Screeningstufe werden die Daten der 1. Screeningstufe all jener Probanden gesammelt, deren Eltern der zweiten Screeningstufe und der Weitergabe der Ergebnisse zugestimmt haben. Die bisher erhobenen Daten werden festgehalten, ebenso wie die Ergebnisse der zweiten Screeningstufe. Die Eltern der teilnehmenden Probanden können durch eine Einverständniserklärung ihre Bereitschaft zur späteren Rekontaktierung und zur anonymisierten wissenschaftlichen Auswertung geben.

7. Ergebnisse der beiden Modelljahre 2007/2008 und 2008/2009

Ergebnisübersicht der ersten beiden Modelljahre:

	Paderborn		Höxter		HSK		Gesamt	
	07 08	08 09	07 08	08 09	07 08	08 09	07 08	08 09
Teilnehmer S1	2844	2874	1487	1451	1144	2283	5475	6608
Auffällig S1 insgesamt	304	249	185	177	37	222	526	648
%	10,69%	8,66%	12,44%	12,20%	3,23%	9,72%	9,61%	9,81%
nur SDQ auffällig	144	182	92	68	KA	152	KA	402
%	47,37%	73,09%	49,73%	38,42%		68,47%		62,04%
nur VEWU auffällig	53	50	57	58	KA	54	KA	162
%	17,43%	20,08%	30,81%	32,77%		24,32%		25,00%
VEWU & SDQ auffällig	37	17	36	51	KA	16	KA	84
%	12,17%	6,83%	19,46%	28,81%		7,21%		12,96%
Bögen eingegangen in Ambulanz	46	45	81	110	28	62	155	217
%	15,13%	18,07%	43,78%	62,15%	75,68%	27,93%	29,47%	33,49%
Vorstellung in Ambulanz	27	23	46	57	16	30	89	110
%	58,70%	51,11%	56,79%	51,82%	57,14%	48,39%	57,42%	50,69%
davon nur SDQ Auffällig	KA	5	KA	1	KA	11	KA	17
%		21,74%		1,75%		36,67%		15,45%
davon nur VEWU Auffällig	KA	9	KA	39	KA	10	KA	58
%		39,13%		68,42%		33,33%		52,73%
davon VEWU & SDQ auffällig	KA	6	KA	9	KA	5	KA	20
%		26,09%		15,79%		16,67%		18,18%
S2 besucht OHNE S1 Zuweisung	KA	3	KA	8	KA	4	KA	15
%		13,04%		14,04%		13,33%		13,64%
Mit Befund	26	21	41	53	11	23	78	97
%	96,30%	91,30%	89,13%	92,98%	68,75%	76,67%	87,64%	88,18%
SDQ Auffällig & S2 Befund	KA	5	KA	1	KA	8	KA	14
%		23,81%		1,89%		34,78%		14,43%
VEWU Auffällig & S2 Befund	KA	8	KA	38	KA	8	KA	54
%		38,10%		71,70%		34,78%		55,67%
SDQ&VEWU Auffällig & Befund	KA	6	KA	8	KA	5	KA	19
%		28,57%		15,09%		21,74%		19,59%
KEIN SDQ&VEWU auffällig ABER Befund S2	KA	2	KA	6	KA	2	KA	10
%		9,52%		11,32%		8,70%		10,31%

Erläuterung der Ergebnisübersicht:

„Teilnehmer S1“	All jene Probanden, die an der 1. Screeningstufe teil genommen haben.
„Auffällig S1 insgesamt“	Alle Probanden, die aus der 1. Screeningstufe mit einem potentiellen Befund hervorgegangen sind und eine Empfehlung zur 2. Screeningstufe erhalten haben.
„Bögen eingegangen in Ambulanz“	Anzahl der Probanden, die nach der 1. Screeningstufe eine Zuweisung zur 2. Screeningstufe erhalten haben und zum Zeitpunkt der SEU der 2. Screeningstufe zugestimmt haben.
„Vorstellung in Ambulanz“	Anzahl der Probanden, die nach der 1. Screeningstufe eine Zuweisung zur 2. Screeningstufe erhalten haben und an der 2. Screeningstufe teil genommen haben.
„Mit Befund“	Die Probanden, die an der 2. Screeningstufe teilgenommen haben und mit einem Befund daraus hervorgegangen sind.
„KA“	Keine Angaben

Bei dem Untersuchungsjahr 2007/2008 handelte es sich um den Pilotdurchgang für das Präventionsprojekt. Bei der Einführung in die Praxis kam es in den einzelnen Landkreisen teilweise noch zu unterschiedlichen Eigenarten in der Umsetzung. So begann zum Beispiel ein Landkreis mit der flächendeckenden Untersuchung erst, nachdem schon fast die Hälfte der Kinder die SEU durchlaufen hatten. In einem anderen Landkreis wurden die Zuweisungskriterien zur 2. Screeningstufe sehr genau erfasst, die Empfehlung zur zweiten Screeningstufe jedoch nach subjektiven Kriterien

anstatt den Zuweisungskriterien der beiden Screeninginstrumente SDQ und VEWU ausgesprochen. Aufgrund dieser Artefakte werden in der Übersichtsdarstellung des ersten Modelljahres (2007/2008) nur gemittelte Daten aufgeführt.

Bei dem zweiten Modelljahr (2008/2009) wurde das Vorgehen der Gesundheitsämter aufeinander abgestimmt und das Verfahren weiter optimiert. So wurde der SDQ-Bogen der 1. Screeningstufe durch 5 Items aus dem Bereich der „Verhaltensprobleme“ ergänzt (siehe oben). Der VEWU-Bogen wurde um ein Informationsfeld erweitert, das Rückschlüsse zulässt, durch welches Instrument (SDQ, VEWU oder beides) eine Zuweisung zur zweiten Screeningstufe jeweils erfolgt ist.

Die Ergebnisse der beiden Modelljahre weisen in den einzelnen Bereichen, abseits von einigen durch die unterschiedliche Handhabung im 1. Modelljahr zurückzuführenden Artefakte, eine weitgehende Konstanz auf. Im weiteren Verlauf werden deutliche Hinweise beschrieben, dass Kinder mit einer psychischen Störung durch das Verfahren erkannt werden. Die hier beschriebene Konstanz der Ergebnisse über zwei Modelljahre ist ein weiterer Hinweis auf die Validität des verwendeten Instrumentariums.

Die durch die 1. Screeningstufe als potentiell auffällig erkannten Probanden der einzelnen Landkreise liegen in beiden Jahren in dem erwarteten Bereich zwischen 8,66 und 12,20%. Das Artefakt des 1. Modelljahres im Hochsauerlandkreis mit 3,23% liegt in den von den anderen Landkreisen abweichenden Zuweisungskriterien begründet. So wurde nicht allen Probanden, die die Zuweisungskriterien zur 2. Screeningstufe erfüllten, eine Empfehlung ausgesprochen. Im zweiten Modelljahr wurden die Zuweisungskriterien der beiden Instrumente der 1. Screeningstufe verwendet.

Die im Vergleich zu den anderen beiden Landkreisen höhere Zahl der potentiell auffälligen Probanden im Landkreis Höxter lässt sich durch eine im Vergleich mit den anderen Landkreisen unterschiedliche Handhabung des VEWU-Instrumentes erklären. Die Anzahl der VEWU-Zuweisungen ist im Landkreis Höxter mit 6,25% im 1. und 7,51% im 2. Modelljahr (MJ), gemessen an der Gesamtzahl der S1-Teilnehmer dieses Landkreises, signifikant höher als in den beiden anderen Landkreisen (Paderborn: 3,16% 1. MJ / 2,33% 2. MJ, HSK: keine Angaben im 1. MJ / 3,07% MJ). In den Landkreisen Paderborn und dem Hochsauerlandkreis wurde der VEWU-Bogen nur dann von den untersuchenden Ärzten ausgefüllt bzw. angewandt, wenn

die jeweiligen Untersucher subjektiv, von dem VEWU-Bogen unabhängig, eine potentielle Störung vermutet haben. Demgegenüber wurde im Landkreis Höxter der VEWU-Bogen bei jedem Probanden, unabhängig von der Gesamteinschätzung der Untersucher, ausgefüllt. Dieses Vorgehen führte zu einer wesentlich höheren Zuweisungsrate durch das Messinstrument VEWU.

Die Anzahl der durch den SDQ-Bogen als potentiell risikobehaftet erfassten Probanden unterscheidet sich in den drei Landkreisen unwesentlich (6,36% - 8,61%, gemessen an der Grundgesamtheit der S1-Teilnehmer der jeweiligen Landkreise). Das Messinstrument SDQ hat sich auch in dieser Studie als ein gut standardisiertes Instrument erwiesen, das vergleichbare Ergebnisse liefert.

	Höxter		Paderborn		HSK	
	07/08	08/09	07/08	08/09	07/08	08/09
Auffällig S1 Gesamt	185 (12,44%)	177 (12,20 %)	304 (10,69%)	249 (8,66 %)	37 (3,23%)	222 (9,72 %)
Auffällig SDQ	128 (8,61%)	119 (8,20 %)	181 (6,36 %)	199 (6,92%)	KA	168 (7,36%)
Auffällig VEWU	93 (6,25%)	109 (7,51%)	90 (3,16%)	67 (2,33%)	KA	70 (3,07%)

Ein weiterer Effekt der unterschiedlichen Verwendung des VEWU-Bogens ist eine erheblich höhere Übereinstimmung der Untersuchereinschätzung (VEWU) mit der Elterneinschätzung (SDQ) bei potentiell belasteten Probanden im Landkreis Höxter als in den übrigen Landkreisen. Im Landkreis Höxter lag der Anteil der Risikogruppe, die sowohl nach dem Elternfragebogen als auch nach dem Untersucherfragebogen als potentiell auffällig erkannt wurden, bei 2,42% im 1. MJ und 3,51% im 2. MJ. Im Vergleich dazu lag dieser Anteil im Landkreis Paderborn bei 1,30% im 1. MJ und 0,59% im 2. MJ sowie im Hochsauerlandkreis bei 0,70% im 2. MJ (keine Angaben im 1. MJ), jeweils gemessen an der Grundgesamtheit der S1 Teilnehmer aus den Landkreisen.

	Höxter		Paderborn		HSK	
	07/08	08/09	07/08	08/09	07/08	08/09
Auffällig S1 Gesamt	185 (12,44%)	177 (12,20 %)	304 (10,69%)	249 (8,66 %)	37 (3,23%)	222 (9,72 %)
Auffällig nur SDQ	92 (6,19%)	68 (4,69%)	144 (5,06 %)	182 (6,33%)	KA	152 (6,22%)
Auffällig nur VEWU	57 (3,83%)	58 (4,00%)	53 (1,86%)	50 (1,74%)	KA	54 (2,37%)
Auffällig SDQ & VEWU	35 (2,42%)	51 (3,51%)	37 (1,30%)	17 (0,59%)	KA	16 (0,70%)

Aus dem 1. MJ liegen keine Daten über die Zuweisungskriterien der Teilnehmer der 2. Screeningstufe vor. Aus diesem Grund beziehen sich die folgenden Auswertungen lediglich auf das 2. MJ.

Der Großteil der Probanden mit einer Auffälligkeit in der 1. Screeningstufe, die das Angebot zur 2. Screeningstufe wahrgenommen haben, hatte eine Zuweisung durch den VEWU-Bogen erhalten, also aus der Untersucherperspektive. Aufgrund einer VEWU-Zuweisung haben demnach in allen Landkreisen mehr Probanden an der 2. Screeningstufe teilgenommen als aufgrund einer SDQ-Zuweisung. Auch hier sticht der Landkreis Höxter deutlich hervor. Gemessen an der Grundgesamtheit der S1-Teilnehmer aller Landkreise erschienen im Landkreis Höxter 3,31% der Probanden aufgrund einer VEWU-Zuweisung zur 2. Screeningstufe, in den beiden anderen Landkreisen 0,52% (Paderborn) und 0,66% (HSK).

	Höxter	Paderborn	HSK
Erschienen in S2 Gesamt	57 (3,92%)	23 (0,8 %)	30 (1,3 %)
Erschienen aufgrund von ausschl. SDQ	1 (0,07 %)	5 (0,17 %)	11 (0,48 %)
Erschienen aufgrund von ausschl. Vewu	39 (2,69 %)	9 (0,31 %)	10 (0,44 %)
Erschienen aufgrund von SDQ+Vewu	9 (0,62 %)	6 (0,21 %)	5 (0,22 %)
Erschienen ohne Kriterienerfüllung	8 (0,55 %)	3 (0,10 %)	4 (0,17 %)
Erschienen aufgrund von SDQ	10 (0,69 %)	11 (0,38 %)	16 (0,70 %)
Erschienen aufgrund von VEWU	48 (3,31 %)	15 (0,52 %)	15 (0,66 %)

Gemessen an der Anzahl der zur 2. Screeningstufe erschienenen Probanden kamen insgesamt lediglich 15,45 % aufgrund einer (ausschließlichen) SDQ-Zuweisung. Der Großteil der S2-Probanden nahmen dieses Screening somit aufgrund einer VEWU-Zuweisung wahr.

	Höxter	Paderborn	HSK	Gesamt
Erschienen in S2 Gesamt	57	23	30	110
Erschienen ausschließlich durch SDQ	1 (1,75 %)	5 (21,74 %)	11 (36,67 %)	17 (15,45 %)
Erschienen durch VEWU	48 (82,76 %)	15 (65,22 %)	15 (50,00 %)	78 (70,91 %)
Ohne Kriterienerfüllung	8 (14,04 %)	3 (13,04%)	4 (13,33 %)	15 (13,64 %)

Im Landkreis Höxter war, prozentual an der Gesamtheit der Auffälligkeiten des jeweiligen Landkreises gemessen, die Bereitschaft der Probanden mit einer Zuweisung durch die 1. Screeningstufe am größten, auch die 2. Screeningstufe zu besuchen. Dort stimmten von 177 als auffällig identifizierten 110 (62,15 %) der Probanden im Anschluss an die Schuleingangsuntersuchung der 2. Screeningstufe zu. Im Landkreis Paderborn und dem HSK lag dieser Wert mit 18,07 % und 27,93 % wesentlich niedriger. Tatsächlich nahmen im Landkreis Höxter 32,20% der durch die S1 als potentiell auffällig erkannten Probanden an der 2. Screeningstufe teil, in den

beiden anderen Kreisen lediglich 9,24% in Paderborn und 13,51% im Hochsauerlandkreis.

	Höxter	Paderborn	HSK
Auffällig S1 Gesamt	177 (12,20 %)	249 (8,66 %)	222 (9,72 %)
Bereitschaft zur S2 Gesamt	110 (62,15 %)	45 (18,07 %)	62 (27,93 %)
tatsächlich erschienen zur S2 Gesamt	57 (32,20 %)	23 (9,24 %)	30 (13,51 %)

Abschließend ist die Anzahl der Probanden zu betrachten, welche die 2. Screeningstufe durchlaufen haben und mit einem Befund aus ihr hervorgegangen sind. In allen Landkreisen ist die Zahl dieser Probanden, verglichen mit der jeweiligen Gesamtzahl der S2-Teilnehmer, in beiden Modelljahren sehr hoch (Höxter: 1.MJ: 89,12%/ 2.MJ: 92,98 %, Paderborn: 1.MJ: 96,30/ 2. MJ: 91,30 %, HSK: 1. MJ: 68,75%/ 2. MJ: 76,67 %). Insgesamt 87,74 % der S2-Teilnehmer im 1. und 88,18 % im 2. MJ, also Personen, die in der 1. Screeningstufe als potentiell risikobehaftet erfasst wurden und die 2. Screeningstufe durchlaufen haben, gingen mit einem tatsächlichen Befund aus der 2. Screeningstufe hervor, unabhängig davon, nach welchem S1-Instrument sie ihre Zuweisung erhalten hatten.

Bei einer Zuweisung zu der 2. Screeningstufe durch SDQ und VEWU, wenn also sowohl Eltern als auch Untersucher eine potentielle Auffälligkeit wahrnahmen, ist die Wahrscheinlichkeit eines tatsächlichen Befundes mit 95% im Vergleich zu Zuweisungen durch nur eines der beiden Instrumente erwartungsgemäß am höchsten (82,35% bei ausschließlich SDQ-Zuweisungen und 93,10% bei ausschließlich VEWU-Zuweisungen).

	Höxter		Paderborn		HSK		Gesamt	
	07'08	08'09	07'08	08'09	07'08	08'09	07'08	08'09
Erschienen zur S2 Gesamt	46	57	27	23	16	30	89	110
mit Befund in S2 Gesamt	41 (89,12%)	53 (92,98 %)	26 (96,30%)	21 (91,30 %)	11 (68,75%)	23 (76,67 %)	78 (87,64%)	97 (88,18 %)
Erschienen S2 aufgrund ausschließlich SDQ	KA	1	KA	5	KA	11	KA	17
davon mit Befund	KA	1 (100 %)	KA	5 (100 %)	KA	8 (72,73 %)	KA	14 (82,35 %)
Erschienen S2 aufgrund ausschließlich VEWU	KA	39	KA	9	KA	10	KA	58
davon mit Befund	KA	38 (97,44%)	KA	8 (88,89 %)	KA	8 (80,00 %)	KA	54 (93,10 %)
Erschienen S2 aufgrund SDQ und VEWU	KA	9	KA	6	KA	5	KA	20
davon mit Befund	KA	8 (88,89 %)	KA	6 (100 %)	KA	5 (100 %)	KA	19 (95,00 %)
Erschienen S2 ohne SDQ oder VEWU Zuweisung	KA	8	KA	3	KA	4	KA	15
Befund S2 ohne SDQ oder VEWU Zuweisung	KA	6 (75 %)	KA	2 (66,67 %)	KA	2 (50,00 %)	KA	10 (66,67 %)

Die Anzahl der durch den VEWU-Bogen identifizierten Probanden, die tatsächlich an der 2. Screeningstufe teilnahmen ist im Vergleich zu der Anzahl der durch das zweite verwendete Instrument SDQ erfassten Probanden, die an der S2 teilnahmen (37 von 486 SDQ Auffälligen), sehr hoch.

Der Anteil der Probanden, die zur S2 gekommen und mit einem Befund daraus hervor gegangen sind, ist unabhängig von dem verwendeten Instrument sehr hoch (82,35 – 96%). Gegebenenfalls könnte überlegt werden den Cutoff der im SDQ verwendeten Variablen höher anzusetzen, um die Spezifität des SDQ-Screeninganteils potentiell belasteter Kinder zu erhöhen.

	08\09
Auffällig SDQ insgesamt	486
Auffällig SDQ und S2 besucht	37 (7,61%)
Auffällig VEWU insgesamt	246
Auffällig VEWU und S2 besucht	78 (31,71%)

Augenfällig ist der Befund, dass in dem Landkreis, in dem der VEWU-Bogen systematisch bei allen Kindern angewendet wurde, im Vergleich mit den Landkreisen, in denen die Anwendung des VEWU nur bei klinisch ohnehin auffälligen Kindern vorgenommen worden war, etwa die doppelte Anzahl an Kindern als auffällig identifiziert wurde. Zwar weisen auch die aus den anderen beiden Landkreisen im VEWU auffällig identifizierten Kinder im Screening 2 zu einem hohen Prozentsatz einen tatsächlichen Befund auf. Die durch die individuelle Nutzung des VEWU im Landkreis Höxter erfassten Probanden zeigen indes eine ebenso hohe Trefferquote. Die Variante des Landkreises Höxter, den VEWU Bogen unabhängig von der eigenen Wahrnehmung des untersuchenden Arztes bei allen Kindern anzukreuzen, führt demnach zu einer höheren Anzahl mit einer psychischen Störung erkannter Probanden und erscheint also empfehlenswert.

8. Diskussion

Nach zwei Jahren Praxiserfahrung lässt sich sagen, dass durch das Präventionsprojekt Kinder mit psychischen Störungen, noch vor deren Einschulung, erfasst und deren Eltern über weitere Hilfsmöglichkeiten durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie beraten und weiterer Diagnostik, Beratung und Behandlung zugeführt werden können. Diese Kinder wären ohne das Modellprojekt ohne Wissen um ihre Krankheit und ohne fachärztliche Beratung über geeignete Hilfsangebote in eine ungewisse Schullaufbahn und weitere psychosoziale Entwicklung gestartet. Die Diskrepanz zwischen den in der 1. Screeningstufe als potentiell auffällig erkannten Kindern und der weitaus geringeren Anzahl derer, die die zweite

Screeningstufe dann tatsächlich wahrnehmen, lässt für die Zukunft jedoch noch Optimierungspotential im Bereich der Akzeptanz erkennen. Das Instrumentarium scheint sich bewährt zu haben, es stehen jedoch noch Auswertungen aus, um die Sensitivität und Spezifität an aussagekräftigen Fallzahlen zu ermitteln.

Auffällig erscheint die für ein Screening ungewöhnlich hohe Trefferquote bei den in der 2. Screeningstufe erschienenen Probanden in Bezug auf eine tatsächlich diagnostizierte Störung (>85%). Diese dürfte zumindest zum Teil dadurch zu erklären sein, dass vor allem Eltern mit einem hohen Leidensdruck die Chance der 2. Screeningstufe wahrgenommen haben.

Verglichen mit den Ergebnissen aus dem Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen der KIGGS Studie (Hölling et al. 2007, Schlack et. al. 2007) liegen die Prozentränge der potentiell auffälligen Probanden des Präventionsprojektes dicht beieinander.

KIGGS – Studie		Präventionsprojekt	
Verhaltensprobleme (mittlerer sozialök. Status)	13,7%	Auffällig (Verhaltensprobleme & Hyperaktivität) in der 1. Screeningstufe	9,61%
ADHS (7-10 Jahren)	5,3%		-
			9,81%

Die Zahl der im Rahmen der in der KIGGS - Studie erfassten Kinder mit einer ADHS - Erkrankung steigt im Vergleich zur Anzahl der erkannten Vorschulkinder (3-6 Jahre: 1,5%) in der Zeit nach der Einschulung deutlich an (7-10 Jahre: 5,3%). Legen wir die Annahme zugrunde, dass eine ADHS Erkrankung nicht erst pünktlich zur bzw. nach der Einschulung „entsteht“, bietet dieser Anstieg einen Hinweis darauf, dass eine ADHS im Vorschulalter bislang häufig noch nicht diagnostiziert wird. Erst nach der Einschulung, wenn die Leistungsanforderungen steigen und neue soziale Räume in der Lebenswelt der Kinder erschlossen werden, werden die Symptome der ADHS erkannt, häufig vor dem Hintergrund aus der ADHS resultierenden schulischen und sozialen Problemen. Diese Probleme könnten durch frühe Prävention und\ oder Hilfsangebote, wenn schon nicht vollends verhindert, dann doch zumindest gemildert werden.

Dem Projekt liegt die Hypothese zugrunde, eine frühe Diagnostik psychischer Störungen und Beratung der Sorgeberechtigten trage dazu bei, dass

Eltern an das bestehende Hilfesystem Anbindung finden, die daraus resultierenden Ratschläge annehmen, was sich wiederum auf die weitere psychosoziale Entwicklung sowie die Lebensqualität der Betroffenen und deren Bezugssystem positiv auswirkt. Auch wenn diese Vermutung auf den ersten Blick nahe liegt, so steht hierfür der Beweis aus. Eine in Vorbereitung befindliche Studie soll sich mit einem Gruppenvergleichsdesign mit Effekten der frühen Prävention beschäftigen.

In den folgenden Jahren will die LWL-Klinik Marsberg das Projekt zur Früherkennung psychischer Störungen weiterführen und etablieren. Die Kooperation mit den Gesundheitsämtern spielt bei diesem Vorhaben eine zentrale Rolle, ohne ihre Mitarbeit ist die 1. Screeningstufe und somit der flächendeckende Kontakt zu den Kindern nicht möglich. Die 1. Screeningstufe stellt eine bisher auf freiwilliger Basis geleistete Mehrarbeit der Ärztinnen und Ärzte aus den Gesundheitsämtern in einem schon gut gefüllten Arbeitsalltag dar. Die Klinik verbleibt in der Hoffnung, dass die Gesundheitsämter der Landkreise Paderborn, Höxter und des Hochsauerlandkreises auch in den folgenden Jahren die motivierte und engagierte Zusammenarbeit fortsetzen werden.

Literatur

Allhoff, P., Bachmann, K. D., Collatz, J., Flatten, G., Gey, W., Irle, U., Karch, D., Klebe, D., Lajosi, F., Seimer, S., Schirm, H. & Weidtmann, V. (1991) Hinweise zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter. In Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), Publikationsreihe „Diagnose-Therapie“ (Bd. 19). Köln: Deutsche Ärzte-Verlag

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1983) Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington

Barkley, R.a. (1998) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 2nd edition, New York, Guildford Press

Becker, A. (2007) Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Evaluations and applications, Dissertation, Georg-August-Universität zu Göttingen

Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, Snyder LE, Faraone SV. (2007) Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study (PMID 17650275, 2007)

Biermann, G. (1962) Biographische Anamnese und Beratungssituation in ihrer Bedeutung für Diagnose, Prognose und Therapie neurotischer und psychosomatischer Störungen im Kinder- und Jugendalter. Zeitschr. F. Kinderheilkunde 86

Bruns-Philipps, E.; Bunzendahl, I. Gesundheitsziele in Niedersachsen - Stärkung der Inanspruchnahme der U8/U9/J1. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt und Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen

Delekat, D.; Kis, A. (2001) Gesundheitsberichtserstattung Berlin. Spezialbericht 2001-1. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen

Döpfner, M., Schmeck, K., Bern, W. (1994) Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL), 1. Auflage KJFD, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998) Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DI-SYPS-KJ). Bern, Huber

Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock, Petermann (2000) Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, Hogrefe- Verlag; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Gesundheitsamt Dortmund (2010) Einschulungsuntersuchung: Gesundheit für Körper und Seele, www.dev.gesundheitsamt.dortmund.de

Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines*

Hartmann, F. (1973) Die Anamnese. In: *Klinik der Gegenwart. Handbuch der praktischen Medizin*. München, Bd. 10

Huss, M. (2007) Abschlussbericht Projekt „ADHS-Messgerät“ (KF0286401KF5), Berlin

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Schalk, R. (2007) *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen - Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS)*, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, Springer Medizin Verlag

Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., Goodman, R. (2003) Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde, *Praxis der Psychologie und Kinderpsychiatrie*,

Kurth B.-M., Robert Koch-Institut, Berlin, BRD, *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 - 2006 – ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland*

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2006) *Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2006*

Mersmann, H. (1998) *Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligung*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) *Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln

Meunzel, J. (2003) *Erfassung schwerer Entwicklungspathologien in den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder am Beispiel der infantilen Cerebralparese und der geistigen Behinderung oder deren Kombination*. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Moffitt, T. E. (1993) Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*

Nelson et al. (2003) A Meta-Analysis of longitudinal research on preschool prevention pro-grams for children. *Prevention and Treatment*, Vol. 6 Art. 31, Dec. 18 2003

Petermann, F. (2005) Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48-57

Rappaport GC, Ornoy A, Tenenbaum A. (1998) Is early intervention effective in preventing ADHD? (PMID 9988984, 1998)

Regniet, A. (2007) Psychosoziale Situation von Kindern mit Verdacht auf AD(H)S zum Zeitpunkt der Einschulung – Diagnostische, pädagogische, familiäre und therapeutische Herausforderungen

Remschmidt, H. & Walter, R. (1990) Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern, Göttingen: Hogrefe

Remschmidt, H. (1992) Psychiatrie der Adoleszenz, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1992

Richman, N.; Stevenson, J.; Graham, P. (1982) *Preschool to School: A Behavioural Study*. London: Academic Press

Riegel, K., Ohrt, B., Wolke, D. & Österlund, K. (1995) Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum fünften Lebensjahr: Die Arvo-Ylppö-Neugeborenen-Nachsorgestudie in Südbayern und Südfinnland, Stuttgart: Enke

Robert-Koch-Institut (Hg.) (2004) *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin

Robert-Koch-Institut (Hg.) (2005) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4 – Armut bei Kindern und Jugendlichen. Überarb. Neuaufl.* Berlin

Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M., Huss, M. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit- / und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS), Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, Springer Medizin Verlag

Spitzcok von Brisinski, I., Schaff, C., Schepker, R., Schulte-Markwort, M. (2006) Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte zur Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U4 bis U9, Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2– 2006

Suchodoletz, W. v. (2005) Früherkennung von Entwicklungsstörungen, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

Swanson, J. (1992) School-based assessment an interventions for ADD students. Irvine CA: K.C. Publishing 1992

Verhulst, F. C. (1995) A review of community studies. In: Verhulst FC; Koot HM (Hg.) The epidemiology of child and adolescent psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 146-177

Voss, R. v. (1982) Effektivität des ersten Früherkennungsprogramms für Säuglinge und Kleinkinder. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Wüst, B. (2010) Psychiatrisches Screening im Rahmen der Reihenuntersuchung zur Einschulung, Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Köln

Korrespondenzadresse

Gregor Wittmann
LWL Klinik Marsberg - KJP
Bredelarer Strasse 33, 34431 Marsberg
Email: Gregor.Wittmann@wkp-lwl.org
Tel.: 02992 / 601 - 3107
Fax: 02992 / 601 - 3103