

**Die deutsche Adaptation der  
Conners Early Childhood Scales –  
Ein Beitrag zur klinisch-psychologischen  
Diagnostik im Frühkindesalter**

---

**Dissertation**

**zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften**

**(Dr. rer. nat.)**

**dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg**

**vorgelegt von**

**Simon Harbarth**

**aus Darmstadt**

**Marburg, Januar 2019**

Vom Fachbereich Psychologie

der Philipps-Universität Marburg (Hochschulkennziffer 1180)

als Dissertation angenommen am: .....

Erstgutachterin: Prof. Dr. Hanna Christiansen

Zweitgutachter: Prof. Dr. Malte Schwinger

Tag der Disputation: .....

## Danksagung

Mein Dank gilt an erster Stelle Frau Prof. Dr. Hanna Christiansen für all die Unterstützung, Anregungen und Motivation in den vergangenen Jahren. Ohne ihr stets offenes Ohr für all die Unwägbarkeiten, denen ich auf diesem Weg begegnet bin, wäre diese Arbeit nicht vorstellbar. Ebenso gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Malte Schwinger für seine Bemühungen als Zweitgutachter der Arbeit sowie Frau Prof. Dr. Sarah Teige-Mocigemba und Herrn Prof. Dr. Rainer Schwarting, die sich bereit erklärt haben, der Prüfungskommission anzugehören.

Weiterhin gilt mein Dank allen Teilnehmern der Studie, den Kindergärten und Erziehern sowie den Kindern und ihren Familien.

Und abschließend möchte ich all denen Danken, die mich in den letzten Jahren begleitet haben und die ich mal mehr, mal weniger mit dem „Promovieren“ genervt habe: Theresa und Frank für die Bürogemeinschaft; Wiebke, Alex und Kai für die geleistete Arbeit; Selina, Samira, Katharina und Nathalie für die Ratschläge und motivierenden Sprüche und selbstverständlich Franzl und Regina für das Korrektur lesen und die dabei entstandenen hilfreichen Hinweise.

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	I
Abstract.....	III
1 Einleitung .....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Aspekte der kindlichen Entwicklung im Vorschulalter .....	3
2.2 Entwicklungspsychopathologie .....	6
2.3. Psychische Störungen im Vorschulalter.....	8
2.3.1 Klassifikation.....	9
2.3.2 Prävalenz.....	10
2.3.3 Relevanz klinisch-psychischer Verhaltensauffälligkeiten am Beispiel der ADHS .....	14
2.4 Psychologische Diagnostik im Vorschulalter.....	19
2.4.1 Fragebogenverfahren .....	21
2.4.2 Verhaltensbeobachtung.....	22
2.4.3 Weitere Verfahren der psychologischen Diagnostik .....	23
2.5 Schlussfolgerungen für die vorliegende Arbeit.....	25
3 Methode.....	27
3.1 Fragestellung und Hypothesen der vorliegenden Arbeit .....	27
3.2 Ethische Aspekte.....	29
3.3 Studiendesign, Stichprobenrekrutierung und Datenerhebung .....	30
3.4 Messinstrumente .....	33
3.4.1 Conners Early Childhood Rating Scales .....	33
3.4.2 Strengths & Difficulties Questionnaires .....	38
3.4.3 Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder .....	38
3.4.4 Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter .....	40
3.5 Datenaufbereitung und Statistische Analysen .....	41
3.5.1 Faktorenanalyse .....	41
3.5.2 Item- und Reliabilitätsanalysen .....	43
3.5.3 Korrelationsanalysen .....	43
3.5.4 Varianzanalysen .....	44
3.5.5 Überprüfung der Voraussetzung zur Anwendung der Verfahren.....	44

4 Ergebnisse.....	46
4.1 Objektivität der deutschen Adaptation der Conners EC.....	46
4.2 Reliabilität der deutschen Adaptation der Conners EC.....	47
4.2.1 Reliabilität der Langversion .....	47
4.2.2 Reliabilität der Verhaltenskurzskalen/ des Global Index.....	51
4.2.3 Interrater-Reliabilität der Conners EC .....	54
4.2.4 Zusammenfassende Darstellung der Reliabilität.....	55
4.3 Validität der deutschen Adaptation der Conners EC.....	56
4.3.1 Validität der Langversion der Conners EC.....	56
4.3.1.1 Faktorielle Validität der Langversion .....	56
4.3.1.2 Konvergente und divergente Validität der Langversion .....	60
4.3.1.3 Kriteriumsvalidität der Langversion .....	64
4.3.1.4 Demographische Einflüsse der Langversion.....	69
4.3.2 Validität der Kurzversion & des Global Index.....	74
4.3.2.1 Konstruktvalidität der Kurzversion & des Global Index .....	74
4.3.2.2 Konvergente und divergente Validität der Verhaltenskurzskalen & Global Index.....	76
4.3.2.3. Kriteriumsvalidität der Kurzversion & des Global Index .....	78
4.3.2.4 Demographische Einflüsse der Kurzversion & des Global Index.....	82
4.3.3. Zusammenfassende Darstellung der Validität .....	86
5 Diskussion .....	88
5.1 Ergebniszusammenfassung .....	88
5.2 Relevante Aspekte der deutschen Adaptation der Conners EC.....	89
5.3 Limitationen und Stärken.....	95
5.4 Fazit und Ausblick .....	98
6 Literatur.....	99
7 Anhang .....	118
Curriculum Vitae .....	239
Erklärung .....	241

# Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: PRÄVALENZRATEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN IM VORSCHULALTER. MODIFIZIERTE AUSARBEITUNG NACH VON GONTARD (2010).....	11
TABELLE 2: BEGINN EINES ADÄQUATEN DIAGNOSEALTERS NACH LEITLINIEN DEUTSCHER FACHGESELLSCHAFTEN .....	20
TABELLE 3: AUFBAU DES FRAGEBOGENPAKETS IN DER NORMIERUNGSSTUDIE FÜR DIE DEUTSCHSPRACHIGE ADAPTATION DER CONNERS EC.....	30
TABELLE 4: AN DER DATENERHEBUNG DER DEUTSCHEN ADAPTATION DER CONNERS EC BETEILIGTE ZENTREN .....	31
TABELLE 5: DEMOGRAPHISCHE DATEN DER DEUTSCHEN NORMSTICHPROBE.....	32
TABELLE 6: ALTERS-X-GESCHLECHTS-VERTEILUNG DER DEUTSCHEN NORMSTICHPROBE.....	33
TABELLE 7: ÜBERSICHT DER FRAGEBOGENTEILE DER CONNERS EC .....	34
TABELLE 8: ÜBERSICHT DER FRAGEBOGENTEILE DES VERHALTENSBEURTEILUNGSBOGENS FÜR VORSCHULKINDER (VBV) .....	39
TABELLE 9: INTERNE KONSISTENZ CONNERS EC-LANGVERSION (ELTERNVERSION).....	48
TABELLE 10: INTERNE KONSISTENZ CONNERS EC-LANGVERSION (ERZIEHERVERSION).....	49
TABELLE 11: RETEST RELIABILITÄT DER CONNERS EC-LANGVERSION.....	50
TABELLE 12: INTERNE KONSISTENZ DER CONNERS EC VERHALTENSKURZSKALEN UND DES GLOBAL INDEX (ELTERNVERSION) .....	52
TABELLE 13: INTERNE KONSISTENZ DER CONNERS EC VERHALTENSKURZSKALEN UND DES GLOBAL INDEX (ERZIEHERVERSION).....	52
TABELLE 14: RETEST-RELIABILITÄT DER CONNERS EC VERHALTENSKURZSKALEN UND DES GLOBAL INDEX ..	53
TABELLE 15: INTERRATER RELIABILITÄT DER CONNERS EC .....	54
TABELLE 16: ZUORDNUNG DER ITEMS ZU PARCELS FÜR DIE BERECHNUNG DER KONFIRMATORISCHEN FAKTORANALYSE.....	57
TABELLE 17: MODELL-FIT PARAMETER DER KONFIRMATORISCHEN FAKTORENANALYSE DER CONNERS EC (ELTERN- UND ERZIEHERVERSION).....	58
TABELLE 18: INTERKORRELATION DER SKALEN ELTERNVERSION.....	61
TABELLE 19: INTERKORRELATION DER SKALEN ERZIEHERVERSION.....	62
TABELLE 20: ZUSAMMENHANGSMAßE DER CONNERS EC MIT WEITEREN RELEVANTEN FRAGEBÖGEN .....	63
TABELLE 21: UNIVARIATE EFFEKTE DER KLINISCHEN VORSTELLUNG (CONNERS EC-ELTERNVERSION) .....	65
TABELLE 22: UNIVARIATE EFFEKTE DER KLINISCHEN VORSTELLUNG (CONNERS EC- ERZIEHERVERSION) ....	67
TABELLE 23: MULTIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS UND GESCHLECHTS AUF DIE CONNERS EC ELTERNVERSION .....	70
TABELLE 24: MULTIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS UND GESCHLECHTS AUF DIE CONNERS EC ERZIEHERVERSION .....	72
TABELLE 25: MULTIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDES DER ELTERN AUF DIE CONNERS EC ELTERN- UND ERZIEHERVERSION .....	73
TABELLE 26: INTERKORRELATION DER VERHALTENS SKALEN DER CONNERS EC LANG- UND KURZVERSION ..	75
TABELLE 27: SKALENINTERKORRELATION VERHALTENSKURZSKALEN (ELTERNVERSION) .....	75

TABELLE 28: SKALENINTERKORRELATION VERHALTENSURZSKALEN (ERZIEHERVERSION) .....	76
TABELLE 29: SKALENINTERKORRELATION GLOBAL INDEX (ELTERNVERSION UND ERZIEHERVERSION).....	76
TABELLE 30: ZUSAMMENHANGSMAÙE DER CONNERS EC VERHALTENSURZSKALEN MIT WEITEREN RELEVANTEN FRAGEBÖGEN .....	77
TABELLE 31: ZUSAMMENHANGSMAÙE DES CONNERS EC GLOBAL INDEX MIT WEITEREN RELEVANTEN FRAGEBÖGEN .....	78
TABELLE 32: UNIVARIATE EFFEKTE DER KLINISCHEN VORSTELLUNG AUF DIE VERHALTENSURZSKALEN DER CONNERS EC (ELTERNVERSION) .....	79
TABELLE 33: UNIVARIATE EFFEKTE DER KLINISCHEN VORSTELLUNG AUF DIE VERHALTENSURZSKALEN DER CONNERS EC (ERZIEHERVERSION) .....	80
TABELLE 34: UNIVARIATE EFFEKTE DER KLINISCHEN VORSTELLUNG AUF DEN GLOBAL INDEX DER CONNERS EC (ELTERNVERSION) .....	81
TABELLE 35: UNIVARIATE EFFEKTE DER KLINISCHEN VORSTELLUNG AUF DEN GLOBAL INDEX DER CONNERS EC (ERZIEHERVERSION).....	81
TABELLE 36: MULTIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS UND GESCHLECHTS DER CONNERS EC VERHALTENSURZSKALEN (ELTERNVERSION) .....	83
TABELLE 37: MULTIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS UND GESCHLECHTS DER CONNERS EC VERHALTENSURZSKALEN (ERZIEHERVERSION).....	84
TABELLE 38: MULTIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDES DER ELTERN DER CONNERS EC VERHALTENSURZSKALEN (ELTERN- UND ERZIEHERVERSION).....	84
TABELLE 39: MULTIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS UND GESCHLECHTS AUF DEN CONNERS EC GLOBALER INDEX (ELTERN- UND ERZIEHERVERSION).....	85
TABELLE 40: MULTIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DER ELTERN AUF DEN CONNERS EC GLOBAL INDEX (ELTERN- UND ERZIEHERVERSION).....	86
TABELLE 41: CONNERS EC- ELTERNVERSION, ZUORDNUNG DER ITEMS DER VERHALTENSURZSKALEN .....	144
TABELLE 42: CONNERS EC- ELTERNVERSION, ZUORDNUNG DER ITEMS GLOBAL INDEX .....	151
TABELLE 43: CONNERS EC- ELTERNVERSION, ZUORDNUNG DER ITEMS ENTWICKLUNGSMEILENSTEINE .....	151
TABELLE 44: CONNERS EC- ERZIEHERVERSION, ZUORDNUNG DER ITEMS DER VERHALTENSURZSKALEN .....	155
TABELLE 45: CONNERS EC- ERZIEHERVERSION, ZUORDNUNG DER ITEMS GLOBAL INDEX .....	162
TABELLE 46: CONNERS EC- ERZIEHERVERSION, ZUORDNUNG DER ITEMS ENTWICKLUNGSMEILENSTEINE ..	162
TABELLE 47: MITTELWERTE UND STANDARDABWEICHUNGEN DER CONNERS EC VERHALTENSURZSKALEN FÜR JUNGEN (J) UND MÄDCHEN (M) GETRENNT, ELTERNVERSION .....	167
TABELLE 48: MITTELWERTE UND STANDARDABWEICHUNGEN DER CONNERS EC ENTWICKLUNGSMEILENSTEINE FÜR JUNGEN (J) UND MÄDCHEN (M) GETRENNT, ELTERNVERSION .....	168
TABELLE 49: MITTELWERTE UND STANDARDABWEICHUNGEN DER CONNERS EC VERHALTENSURZSKALEN, FÜR JUNGEN (J) UND MÄDCHEN (M) GETRENNT ERZIEHERVERSION.....	169
TABELLE 50: MITTELWERTE UND STANDARDABWEICHUNGEN DER CONNERS EC ENTWICKLUNGSMEILENSTEINE FÜR JUNGEN (J) UND MÄDCHEN (M) GETRENNT, ERZIEHERVERSION .....	170
TABELLE 51: SCHIEFE UND KURTOSIS IN DER NORMSTICHPROBE DER CONNERS EC LANGVERSION .....	171
TABELLE 52: SCHIEFE UND KURTOSIS IN DER NORMSTICHPROBE DER CONNERS EC VERHALTENSURZSKALEN UND GLOBAL INDEX .....	172

TABELLE 53: <i>KOLMOGOROV-SMIRNOV TEST AUF NORMALVERTEILUNG</i> .....	173
TABELLE 54: <i>PRÜFUNG DER VORAUSSETZUNGEN EXPLORATIVE FAKTORANALYSE</i> .....	184
TABELLE 55: <i>TESTUNG DER MESSINVARIANZ ELTERNVERSION</i> .....	186
TABELLE 56: <i>TESTUNG DER MESSINVARIANZ ERZIEHERVERSION</i> .....	186
TABELLE 57: <i>CONNERS EC EFA ERGEBNISSE FÜR VERHALTENSskaLEN (ELTERNVERSION)</i> .....	187
TABELLE 58: <i>CONNERS EC EFA ERGEBNISSE FÜR ENTWICKLUNGSMEILENSTEINE (ELTERNVERSION)</i> .....	190
TABELLE 59: <i>CONNERS EC EFA ERGEBNISSE FÜR VERHALTENSskaLEN (ERZIEHERVERSION)</i> .....	194
TABELLE 60: <i>CONNERS EC EFA ERGEBNISSE FÜR ENTWICKLUNGSMEILENSTEINE (ERZIEHERVERSION)</i> ....	196
TABELLE 61: <i>KORRELATIONEN ZWISCHEN SKALEN DES BEOBACHTUNGSBOGENS FÜR 3- BIS 6-JÄHRIGE KINDER UND DER CONNERS EC ENTWICKLUNGSMEILENSTEINESkaLEN – ELTERNVERSION</i> .....	199
TABELLE 62: <i>KORRELATIONEN ZWISCHEN SKALEN DES BEOBACHTUNGSBOGENS FÜR 3- BIS 6-JÄHRIGE KINDER UND DER CONNERS EC ENTWICKLUNGSMEILENSTEINE – ERZIEHERVERSION</i> .....	200
TABELLE 63: <i>KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN SKALEN DES STRENGTHS &amp; DIFFICULTIES QUESTIONNAIRES UND DER CONNERS EC VERHALTENSskaLEN (LANGVERSION) – ELTERNVERSION</i> .....	201
TABELLE 64: <i>KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN SKALEN DES STRENGTHS &amp; DIFFICULTIES QUESTIONNAIRES UND DER CONNERS EC VERHALTENSskaLEN (LANGVERSION) - ERZIEHERVERSION</i> .....	202
TABELLE 65: <i>KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN SKALEN VERHALTENSBEURTEILUNGSBOGEN FÜR VORSCHULKINDER UND DEN CONNERS EC VERHALTENSskaLEN - ELTERNVERSION</i> .....	203
TABELLE 66: <i>KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN SKALEN DES VERHALTENSBEURTEILUNGSBOGENS FÜR VORSCHULKINDER UND DEN CONNERS EC VERHALTENSskaLEN - ERZIEHERVERSION</i> .....	204
TABELLE 67: <i>KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN SKALEN DES STRENGTHS &amp; DIFFICULTIES QUESTIONNAIRES UND DER CONNERS EC VERHALTENSskaLEN (KURZVERSION UND GLOBAL INDEX) - ELTERNVERSION</i> .....	205
TABELLE 68: <i>KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN SKALEN DES STRENGTHS &amp; DIFFICULTIES QUESTIONNAIRES UND DER CONNERS EC VERHALTENSskaLEN (KURZVERSION UND GLOBAL INDEX) - ERZIEHERVERSION</i> .....	206
TABELLE 69: <i>KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN SKALEN VERHALTENSBEURTEILUNGSBOGEN FÜR VORSCHULKINDER UND DEN CONNERS EC VERHALTENSskaLEN (KURZVERSION UND GLOBAL INDEX) - ELTERNVERSION</i> .....	207
TABELLE 70: <i>KORRELATIONEN ZWISCHEN DEN SKALEN DES VERHALTENSBEURTEILUNGSBOGENS FÜR VORSCHULKINDER UND DEN CONNERS EC VERHALTENSskaLEN (KURZVERSION UND GLOBAL INDEX) - ERZIEHERVERSION</i> .....	208
TABELLE 71: <i>UNIVARIATE EFFEKTE DES GESCHLECHTS DER CONNERS EC-ELTERNVERSION</i> .....	209
TABELLE 72: <i>UNIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS DER CONNERS EC-ELTERNVERSION</i> .....	211
TABELLE 73: <i>UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DER MUTTER DER CONNERS EC-ELTERNVERSION</i> .....	213
TABELLE 74: <i>UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DES VATERS DER CONNERS EC-ELTERNVERSION</i> .....	215
TABELLE 75: <i>UNIVARIATE EFFEKTE DES GESCHLECHTS DER CONNERS EC-ERZIEHERVERSION</i> .....	217
TABELLE 76: <i>UNIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS DER CONNERS EC-ERZIEHERVERSION</i> .....	219

TABELLE 77: UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DER MUTTER DER CONNERS EC- ERZIEHERVERSION .....	221
TABELLE 78: UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DES VATERS DER CONNERS EC- ERZIEHERVERSION .....	223
TABELLE 79: UNIVARIATE EFFEKTE DES GESCHLECHTS DER CONNERS EC-ELTERNVERSION (KURZVERSION) .....	224
TABELLE 80: UNIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS DER CONNERS EC-ELTERNVERSION (KURZVERSION) .....	225
TABELLE 81: UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DER MUTTER DER CONNERS EC-ELTERNVERSION (KURZVERSION) .....	226
TABELLE 82: UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DES VATERS DER CONNERS EC-ELTERNVERSION (KURZVERSION) .....	227
TABELLE 83: UNIVARIATE EFFEKTE DES GESCHLECHTS DER CONNERS EC-ERZIEHERVERSION (KURZVERSION) .....	228
TABELLE 84: UNIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS DER CONNERS EC-ERZIEHERVERSION (KURZVERSION) ...	229
TABELLE 85: UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DER MUTTER DER CONNERS EC- ERZIEHERVERSION (KURZVERSION) .....	230
TABELLE 86: UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DES VATERS DER CONNERS EC- ERZIEHERVERSION (KURZVERSION) .....	231
TABELLE 87: UNIVARIATE EFFEKTE DES GESCHLECHTS DER CONNERS EC-ELTERNVERSION (GLOBAL INDEX) .....	233
TABELLE 88: UNIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS DER CONNERS EC-ERZIEHERVERSION (GLOBAL INDEX) ..	233
TABELLE 89: UNIVARIATE EFFEKTE DES ALTERS DER CONNERS EC-ELTERNVERSION (GLOBAL INDEX) .....	234
TABELLE 90: UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DER MUTTER DER CONNERS EC-ELTERNVERSION (GLOBAL INDEX) .....	235
TABELLE 91: UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DES VATERS DER CONNERS EC-ELTERNVERSION (GLOBAL INDEX) .....	236
TABELLE 92: UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DER MUTTER DER CONNERS EC- ERZIEHERVERSION (GLOBAL INDEX) .....	237
TABELLE 93: UNIVARIATE EFFEKTE DES BILDUNGSSTANDS DES VATERS DER CONNERS EC- ERZIEHERVERSION (GLOBAL INDEX) .....	238

# Abbildungsverzeichnis

<i>ABBILDUNG 1.</i> CHECKLISTE DES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION FÜR ELTERN VIERJÄHRIGER KINDER (WEBSITE CDC, 2018). .....	4
<i>ABBILDUNG 2.</i> BI-FAKTOR-MODELL DER PSYCHOPATHOLOGIE DES VORSCHULALTERS. (ENTNOMMEN AUS OLINO ET AL., 2014).....	13
<i>ABBILDUNG 3.</i> RATEN DER ADHS DIAGNOSEN UND MEDIKAMENTENVERSCHREIBUNG NACH GEBURTSMONAT. (ENTNOMMEN AUS ELDER, 2010).....	15
<i>ABBILDUNG 4.</i> INTEGRATIVES KLINISCHES MODELL ZUR ENTSTEHUNG VON ADHS (ENTNOMMEN AUS STEINHAUSEN, ROTHENBERGER & DÖPFNER, 2013).....	18
<i>ABBILDUNG 5.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA UNAUFMERKSAMKEIT (ELTERNVER.).....	175
<i>ABBILDUNG 6.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA AGGRESSIVES/ TROTZIGES VERHALTEN (ELTERNVER.).....	175
<i>ABBILDUNG 7.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SUBSKALA AGGRESSIVES VERHALTEN (ELTERNVER.).....	175
<i>ABBILDUNG 8.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SUBSKALA TROTZIGES VERHALTEN (ELTERNVER.).....	175
<i>ABBILDUNG 9.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA SOZIALE FUNKTION/ ATYPISCHES VER. (ELTERNVER.).....	175
<i>ABBILDUNG 10.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SUBSKALA SOZIALE FUNKTIONSFÄHIGKEIT (ELTERNVER.)....	175
<i>ABBILDUNG 11.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SUBSKALA ATYPISCHES VERHALTEN (ELTERNVER.).....	176
<i>ABBILDUNG 12.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA ANGST (ELTERNVER.).....	176
<i>ABBILDUNG 13.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA STIMMUNG UND AFFEKT (ELTERNVER.).....	176
<i>ABBILDUNG 14.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA PHYSISCHE SYMPTOME (ELTERNVER.) .....	176
<i>ABBILDUNG 15.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SUBSKALA SCHLAF (ELTERNVER.).....	176
<i>ABBILDUNG 16.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA ADAPTIVE FÄHIGKEITEN (ELTERNVER.) .....	177
<i>ABBILDUNG 17.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA KOMMUNIKATION (ELTERNVER.) .....	177
<i>ABBILDUNG 18.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA MOTORISCHE FÄHIGKEITEN (ELTERNVER.).....	177
<i>ABBILDUNG 19.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA SPIEL (ELTERNVER.).....	177
<i>ABBILDUNG 20.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA KOGNITIVE FÄHIGKEITEN (ELTERNVER.).....	177
<i>ABBILDUNG 21.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA ALLGEMEINE ENTWICKLUNG (ELTERNVER.).....	177
<i>ABBILDUNG 22.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA UNAUFMERKSAMKEIT (ERZIEHERVER.).....	178
<i>ABBILDUNG 23.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA AGGRESSIVES/ TROTZIGES VERHALTEN (ERZIEHERVER.) .....	178
<i>ABBILDUNG 24.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SUBSKALA AGGRESSIVES VERHALTEN (ERZIEHERVER.) .....	178
<i>ABBILDUNG 25.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SUBSKALA TROTZIGES VERHALTEN (ERZIEHERVER.).....	178
<i>ABBILDUNG 26.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA SOZIALE FUNKTION/ ATYPISCHES VER. (ERZIEHERVER.) .....	178
<i>ABBILDUNG 27.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SUBSKALA SOZIALE FUNKTIONSFÄHIGKEIT (ERZIEHERVER.).....	178
<i>ABBILDUNG 28.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SUBSKALA ATYPISCHES VERHALTEN (ERZIEHERVER.).....	179
<i>ABBILDUNG 29.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA ANGST (ERZIEHERVER.).....	179
<i>ABBILDUNG 30.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA STIMMUNG UND AFFEKT (ERZIEHERVER.).....	179
<i>ABBILDUNG 31.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA PHYSISCHE SYMPTOME (ERZIEHERVER.) .....	179
<i>ABBILDUNG 32.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA ADAPTIVE FÄHIGKEITEN (ERZIEHERVER.).....	180
<i>ABBILDUNG 33.</i> VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA KOMMUNIKATION (ERZIEHERVER.) .....	180

ABBILDUNG 34. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA MOTORISCHE FÄHIGKEITEN (ERZIEHERVER.).....	180
ABBILDUNG 35. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA SPIEL (ERZIEHERVER.).....	180
ABBILDUNG 36. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA KOGNITIVE FÄHIGKEITEN (ERZIEHERVER.).....	180
ABBILDUNG 37. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA ALLGEMEINE ENTWICKLUNG (ERZIEHERVER.).....	180
ABBILDUNG 38. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA UNAUFMERKSAMKEIT (ELTERNVER.) .....	181
ABBILDUNG 39. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA AGGR./ TROTZIGES VERHALTEN (ELTERNVER.)	181
ABBILDUNG 40. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA SOZIALE FUNKTION/ ATYPISCHES VER. (ELTERNVER.).....	181
ABBILDUNG 41. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA ANGST (ELTERNVER.) .....	181
ABBILDUNG 42. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA STIMMUNG UND AFFEKT (ELTERNVER.).....	181
ABBILDUNG 43. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA. PHYSISCHE SYMPTOME (ELTERNVER.).....	181
ABBILDUNG 44. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA UNAUFMERKSAMKEIT (ERZIEHERVER.).....	182
ABBILDUNG 45. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA AGGR./ TROTZIGES VERHALTEN (ERZIEHERVER.) .....	182
ABBILDUNG 46. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA SOZIALE FUNKTION/ ATYPISCHES VER. (ERZIEHERVER.).....	182
ABBILDUNG 47. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA ANGST (ERZIEHERVER.).....	182
ABBILDUNG 48. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA STIMMUNG UND AFFEKT (ERZIEHERVER.).....	182
ABBILDUNG 49. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER KURZSKALA. PHYSISCHE SYMPTOME (ERZIEHERVER.) .....	182
ABBILDUNG 50. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA GLOBAL INDEX GESAMTWERT (ELTERNVER.) .....	183
ABBILDUNG 51. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA RASTLOS-IMPULSIV (ELTERNVER.).....	183
ABBILDUNG 52. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA EMOTIONAL-LABIL (ELTERNVER.).....	183
ABBILDUNG 53. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA GLOBAL INDEX GESAMTWERT (ERZIEHERVER.) .....	183
ABBILDUNG 54. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA RASTLOS-IMPULSIV (ERZIEHERVER.) .....	183
ABBILDUNG 55. VERTEILUNGSDIAGRAMM DER SKALA EMOTIONAL-LABIL (ERZIEHERVER.) .....	183
ABBILDUNG 56. PARALLELANALYSE DER ELTERNVERSION BEZÜGLICH DER VERHALTENSSTRECKEN .....	185
ABBILDUNG 57. PARALLELANALYSE DER ERZIEHERVERSION BEZÜGLICH DER VERHALTENSSTRECKEN .....	185

# Zusammenfassung

**Theorie:** Die frühkindliche Entwicklung (bspw. motorische, sprachliche oder intellektuelle Entwicklung), definiert als eine geordnete, gerichtete und längerfristige Veränderung des Erlebens und des Verhaltens, stellt seit vielen Jahrzehnten ein breites Forschungsfeld der Psychologie dar. Die empirische Erforschung entwicklungspsychopathologischer Prozesse sowie der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen im Kindergartenalter stellt hingegen noch ein vergleichsweise junges Forschungsfeld dar. Epidemiologische Studien liegen seit Beginn der Jahrhundertwende vor und weisen auf eine Punktprävalenz von ca. 10% - 20% für psychische Störungen bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren hin. Es konnte gezeigt werden, dass die gebräuchlichen Klassifikationen nach dem DSM-5 bzw. dem ICD-10 (unter störungsspezifischen Anpassungen) auch für das frühe Kindesalter genutzt werden können. Schwierigkeiten in der Klassifikation, die eine Anpassungen allerdings erforderlich machen, ist bspw. die schnelle intrapersonelle Entwicklung des Frühkindesalters sowie die Abgrenzung von auffälligem zu entwicklungsadäquatem Verhalten. Ein normativer Vergleich mittels validierter Messverfahren von Verhalten und Entwicklung zur Identifikation psychischer Erkrankung erscheint daher sinnvoll. Die vorliegende Arbeit stellt die Validierungsstudie der Conners Early Childhood Scales vor, welche diese beiden Bereiche in einem Verfahren abbildet.

**Methode:** In der Normierungsstudie der deutschsprachigen Conners EC wurden insgesamt 720 Elternurteile sowie 599 Erzieherurteile im gesamten Bundesgebiet erhoben, wobei auf eine gleiche Geschlechterverteilung sowie Altersverteilung geachtet wurde. Zusätzlich wurden der Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ) und der Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6) erhoben. Insgesamt 43 Kinder wurden ebenfalls mit dem Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter (BBK 3-6) untersucht. Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Überprüfung der Gütekriterien der deutschen Adaptation der Conners EC. Die erhobenen Daten wurden mittels Bestimmung der internen Konsistenz und Reliabilität sowie korrelativer Analysen überprüft. Zur Prüfung der Validität wurden confirmatorische und explorative Faktorenanalysen sowie Kovarianzanalysen durchgeführt.

**Ergebnis:** Es kann von zufriedenstellender Durchführungs-, Auswertungs-, und Interpretationsobjektivität ausgegangen werden. Für die Reliabilität zeigten sich über fast alle Skalen akzeptable bis sehr gute Werte der internen Konsistenz. Die Retest-Reliabilität lag in einem akzeptablen Bereich. Hinsichtlich der Validität konnte die postulierte Faktorenstruktur innerhalb der Verhaltensskalen der Originalversion konfirmatorisch repliziert werden. In explorativen Analysen fanden sich für die Elternversion der Conners EC zusätzliche Faktoren. Innerhalb der Entwicklungsmeilensteinskalen konnte in explorativen Analysen ein globaler Faktor „allgemeine Entwicklung“ für beide Versionen (Eltern und Erzieher) ermittelt werden. In der varianzanalytischen Berechnung zeigte sich ein Einfluss des Alters, des Geschlechts, des Bildungsstands der Eltern sowie der Vorstellung in einer klinischen Einrichtung auf die Beurteilung der Kinder durch Eltern und Erzieher.

**Diskussion:** Im Allgemeinen kann die Validierung der deutschen Adaptation als zufriedenstellend angesehen werden. Die berichteten Kennwerte der Originalversion der Conners EC konnten anhand der erhobenen Stichprobe (mit geringen Änderungen) repliziert werden. Kritische Aspekte der Konzeption der Conners EC, wie bspw. eine ungenaue Angabe zur Erstellung des Itempools sowie die Strukturierung und Überprüfung der Faktorenstruktur werden diskutiert. Die größte Limitation der Studie stellt die begrenzte Repräsentativität der Normstichprobe dar sowie die ungenaue Erfassung der klinischen Substichprobe. Forschungsfragen in Bezug auf die Conners EC bleiben u. a. die Erfassung spezifischer klinischer Störungsbilder zur Bestimmung der Sensitivität bzw. Spezifität des Verfahrens sowie die Ermittlung einer umfassenderen Faktorenstruktur in Bezug auf die Verhaltensskalen sowie der Entwicklungsmeilensteine.

## Abstract

**Background:** Early childhood development (e.g. motor, linguistic or intellectual development), defined as a classified, directed and long-term change in experience and behavior, has been a broad field of research in psychology for many decades. The empirical research of developmental psychopathological processes as well as the diagnosis and treatment of mental illnesses in young children is still a comparatively new topic. Epidemiological studies have been available since the beginning of the turn of the century and point to a point prevalence of approximately 10% - 20% over all mental illnesses in preschool-age children. It has been shown that the common classifications according to DSM-5 and ICD-10 (with disorder-specific adaptations) can also be used for the early childhood. Issues in the classification, that necessitate adjustments, are for example the rapid intrapersonal development of the stage of life as well as the differentiation between conspicuous and development-adequate behavior. A normative comparison by means of validated measuring procedures of behavior and development for the identification of mental illness therefore appears to be useful. This dissertation presents the validation study of the Conners Early Childhood Scales, which combines both relevant areas in one procedure.

**Method:** In the validation study of the German version of the Conners EC, a total of 720 parental judgements and 599 caregiver judgements were surveyed throughout Germany, in respect to an equal gender and age distribution. In addition, the Strengths & Difficulties Questionnaires (SDQ) and the Behavioral Assessment Sheet for Preschool Children (VBV 3-6) were also surveyed. A total of 43 children were additionally examined with the observation sheet for pre-school children (BBK 3-6). The aim of the present study is to examine the quality criteria (objectivity, reliability, validity) of the German adaptation of the Conners EC. The collected data was tested for reliability by determining internal consistency and correlative analyses, and for validity by correlative analyses, confirmatory and exploratory factor analyses and covariance analyses.

**Result:** Satisfactory objectivity of execution, evaluation and interpretation was assumed. Regarding reliability, acceptable to very good values were found across almost all scales of internal consistency. The retest reliability was in an acceptable range. When assessing validity, the postulated factor structure could be replicated with confirmatory analyses for the behavior scales of the original version. In explorative analyses, further factors were found for the parent version of the Conners EC. Within the developmental milestone scales the global factor "general development" for both versions was found in explorative analyses. The analyses of variance demonstrated an influence of age, sex, parent educational level as well as the attending in any clinical institution on parents and caregivers judgements.

**Discussion:** Overall, the validation of the German adaptation is satisfactory. The reported characteristic values of the original version of the Conners' EC were replicated on the basis of the surveyed sample (with minor changes). Critical aspects of the conception of the Conners' EC, such as inaccurate information on the creation of the itempool and the structuring and verification of the factor structure, are discussed. The largest limitation of the study is the limited representativeness of the norm sample and the inaccurate coverage of the clinical sub-sample. Outstanding research questions with respect to the Conners' EC include the collection of data for samples with specific clinical disorders to determine sensitivity and specificity as well as the investigation of a more comprehensive factor structure with respect to behavioral scales and the developmental milestones.

# 1 Einleitung

„Die [depressive] Traurigkeit, die [junge] Kinder empfinden, verweist nicht auf eine psychopathologische Entwicklung, sondern stellt vielmehr eine normale Abweichung der Entwicklung dar, welche sich nach gewisser Zeit wieder löst“. Mit dieser Einschätzung kommentierten Lefkowitz und Burton (1978, hier zitiert nach Semrud-Clikeman, Bennett & Guli, 2003) in der *Psychological Bulletin* die noch junge Disziplin der Erforschung und Behandlung der frühkindlichen Depression. Sie kritisierten dabei nicht nur die psychopathologische Einordnung kindlicher Verhaltensweisen, sondern ebenfalls den nur geringen empirischen Evidenzgrad der damaligen Forschung zu frühkindlichen Verhaltensstörungen. Bis in die 1990er Jahre stellte diese einen nahezu "weißen Fleck" innerhalb der klinisch-psychologischen Forschung dar. Lavinge et al. (2009) stellten in ihrer Arbeit drei Annahmen über mögliche Ursachen heraus: (1) Das Fehlen von adäquaten Diagnostikinstrumenten, (2) das Fehlen von Behandlungsmanualen für das Kindergartenalter und (3) die mangelnde Relevanz des Themas aufgrund der verbreiteten Ansicht, dass die noch jungen Kinder aus ihren Problemen, „noch herauswachsen würden“, wie es das Eingangszitat nahelegt.

Innerhalb der letzten fünfundzwanzig Jahre konnten jedoch aufgrund zahlreicher Studien die Relevanz und Persistenz psychischer Erkrankungen im Frühkindesalter dargelegt werden: Psychische Erkrankungen im Kindergartenalter stellen einen negativen Prädiktor für die weitere gesundheitliche Entwicklung von Kindern dar (Law et al., 2014). Sie verursachen weitreichende Kosten für Gesundheits- wie Sozialsysteme aufgrund ausbleibender Behandlung und Förderungen (Gawrilow, Peterman, Schuchardt, 2013). Die betroffenen Kinder sowie ihre Angehörigen leiden dabei nicht nur unter den Verhaltensstörungen selbst, sondern ebenso unter sozialer Stigmatisierung (Moses, 2010). Frühzeitige Diagnosen und Behandlung im Frühkindesalter können hingegen funktionellen Defiziten entgegenwirken (Halperin, Bédard & Curchack-Lichtin, 2012).

Auch durch die epidemiologische Forschung zur Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindergartenalter konnte deutlich gemacht werden, dass diese äquivalent zu anderen Altersabschnitten des Kindes- und Jugendalters in ihrer Häufigkeit auftreten. Internationale Erhebungen aus den USA (Bufferd et al., 2011), Skandinavien (Wichstrøm et al., 2012) oder Brasilien (Petresco et al. 2014) decken sich hierbei mit den Prävalenzraten für die Bundesrepublik. In der vom Robert-Koch-Institut durchgeführten *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS) wurden im Bella-Modul Punktprävalenzraten für Kinder im Alter von drei bis fünf Jahren im Bereich von 13,9% (Mädchen) bis 20,9% (Jungen) im Sinne psychisch auffälligen Verhaltens berichtet (Klipker, Baumgarten, Göbel, Lampert & Hölling, 2018).

Konnten die zitierten Studien die Relevanz psychischer Störungen im Frühkindesalter aufzeigen, widmet sich die vorliegende Arbeit nun der ersten Annahme von Lavinge und Kollegen: dem Mangel an geeigneten und umfassenden Diagnostikinstrumenten. Dass ein Mangel an validen Diagnostikinstrumenten im deutschsprachigen Raum trotz der Relevanz des Themas fortbesteht, stellt eine Lücke in der aktuellen Forschung dar. DelCarmen-Wiggins und Carter (2001) beschrieben Herausforderungen der Diagnostik psychischer Erkrankungen im Frühkindesalter, welche dieser Lücke zugrunde liegen: (1) Die Problematik der Abgrenzung von entwicklungsadäquatem und psychisch auffälligem Verhalten. (2) Die große intra- sowie interindividuelle Varianz frühkindlichen Verhaltens innerhalb rasch durchlaufener Entwicklungsmeilensteine. (3) Die hohe Relevanz der vorhandenen Bezugsräume und Bezugspersonen.

Ein Beispiel: Lässt man die genannten Punkte außer Acht, können schnell Fehleinschätzungen erfolgen: Internationale Studien zeigen, dass ein systematischer Zusammenhang aufgrund der Lehrerbeurteilung im ersten Grundschuljahr zwischen einer ADHS Diagnose und dem Alter der Kinder innerhalb der Klassengemeinschaft besteht, wobei jüngere Kinder, die ihren Geburtstag näher am jeweiligen „Stichtag“ der Einschulung hatten, häufiger die Diagnose einer ADHS erhielten und ebenfalls häufiger medikamentös behandelt wurden (Elder, 2010; Schwandt & Wuppermann, 2016). Um solche Fehleinschätzungen zu verhindern, sollte eine umfassende Psychodiagnostik zum einen unterschiedliche Beurteilungsquellen beinhalten und zum anderen das beobachtbare Verhalten mit dem Entwicklungsstand des Kindes in Beziehung gesetzt werden. Insbesondere der zweite Punkt ist mit den aktuellen Diagnostikinstrumenten nur eingeschränkt möglich.

Die nun vorliegende deutsche *Adaptation der Conner Early Childhood Scales* (Conners EC, 2009) verbindet beide Bereiche: zum einen das Verhalten der Kinder in Bezug auf bekannte psychische Erkrankungen, zum anderen wichtige Bereiche der frühkindlichen Entwicklung durch Erfassung von Entwicklungsmeilensteinen. Das Ziel war zunächst die Erhebung einer möglichst großen Stichprobe, um einen normativen Vergleich der Beurteilungen durch Eltern oder Erzieher durchführen zu können. Darüber hinaus sollte das Verfahren durch die gewonnenen Daten auf in der Literatur gebräuchliche Testgütekriterien hin analysiert werden, um einen Einsatz im deutschen Sprachraum zu ermöglichen.

Im Folgenden soll eine kurze theoretische Abhandlung der Entwicklung psychischer Störungen in Kindergartenalter erfolgen. Anschließend soll die Studie in ihrer Methodik der Durchführung sowie statistischen Analysen vorgestellt und die Ergebnisse präsentiert werden. Abschließend sollen wichtige Aspekte der Arbeit herausgestellt und diskutiert werden.

## 2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel soll eine kurze wissenschaftliche Einordnung der für die vorliegende Arbeit wesentlichen Begriffe und Konzepte erfolgen. Zunächst soll eine allgemeine Übersicht einer gesunden und pathologischen Entwicklung des Vorschulalters gegeben werden. Beispielhaft wird anhand der Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) die klinische Bedeutsamkeit psychischer Erkrankungen für diesen Lebensabschnitt dargestellt. Abschließend soll auf die klinisch-psychologische Diagnostik unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Altersspanne eingegangen werden.

### 2.1 Aspekte der kindlichen Entwicklung im Vorschulalter

Die Entwicklung, verstanden als eine geordnete, gerichtete und längerfristige Veränderung des Erlebens und des Verhaltens (Pinquart, 2011), im Vorschulalter ist von großer inter- und intraindividuelle Varianz geprägt. In sämtlichen Bereichen der kindlichen Entwicklung (bspw. Sprache, Motorik oder Kognition) zeigen sich in diesem Altersbereich deutliche Veränderungen. Diese zeigen sich insbesondere in einer gesteigerten Quantität des beobachtbaren Verhaltens aller Fähigkeitsbereiche und weniger in veränderter Qualität (Schneider & Hasselhorn, 2012). In der Forschung hat sich der Begriff der Entwicklungsmeilensteine für grundlegende Schritte der kindlichen Entwicklung etabliert. Eine Übersicht über Entwicklungsmeilensteine verschiedener Fertigungsbereiche findet sich etwa bei Michaelis & Niemann (2010) oder in den Publikationen der American Academy of Pediatrics (2014). Im Allgemeinen werden dabei die Bereiche Motorische Entwicklung, Kognitive Entwicklung, Sprachliche Entwicklung sowie die sozial-emotionale Entwicklung berücksichtigt. In Abbildung 1 ist, als Anwendungsbeispiel, eine Checkliste für Eltern der gängigen Entwicklungsmeilensteine für vierjährige Kinder des Centers for Disease Control and Prevention des US-amerikanischen Gesundheitsamtes (abgerufen auf der online Domain [www.cdc.gov/actearly](http://www.cdc.gov/actearly) am 11.07.2018) abgetragen.

Im Folgenden soll kurz auf für diese in der vorliegenden Arbeit wichtigen entwicklungspsychologischen Bereiche eingegangen werden:

#### *Kognitive Entwicklung*

Die kognitive Entwicklung, gemessen in empirischen Leistungstest, weist auf eine Erweiterung der intellektuellen Fähigkeiten im Verlauf des Kindergartenalters hin. Verglichen mit Ergebnissen aus dem späten Kindesalter zeigt sich die Stabilität der gezeigten Leistung als

moderat (Schneider & Hasselhorn, 2012). Deutlich zu beobachten ist eine Steigerung der (Arbeits-) Gedächtnisleistung sowie der Merkfähigkeit im Bereich des Lang- und Kurzzeitgedächtnisses anhand einer gesteigerten Anzahl von erinnerten Wörtern einer zuvor vorgegebenen Liste sowie detailreichere und umfassendere Erzählungen aus dem biografischen Erleben. Ein Großteil der fünfjährigen Kinder erreicht annähernd das Niveau eines Erwachsenen beim Lösen von Wiedererkennungsaufgaben (Daehler & Bukatko, 1977). In der Wiedergabe freier Erinnerungen hingegen zeigen sich solche Leistungen noch nicht. Es ist davon auszugehen, dass Strategien zum Abruf der erworbenen Informationen noch nicht erlernt wurden (Flavell, 1970; Schneider & Büttner, 2008). Im Bereich des Metagedächtnisses (Wissen über Arbeitsweisen und Funktionen des Gedächtnisses) scheinen Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren noch kein umfassendes Verständnis zu besitzen (O'Sullivan, 1997); sie scheinen jedoch bereits eine Vorstellung davon zu haben, dass gewisse Kognitionen leichter zu behalten sind als andere. So gaben die Kinder zunächst an, dass eine Kombination aus Interesse und Anstrengung im Allgemeinen zu erfolgreichen Ergebnissen in einer recall-Aufgabe führen würde. Allerdings zeigte sich, dass die Kinder mit hohem Interesse sich zwar während der darauf folgenden Untersuchung auch mehr bemühten, die Bemühung allerdings nicht in Zusammenhang mit den Ergebnissen der Recall-Aufgabe stand.

### What Most Children Do at this Age:

#### Social/Emotional

- Enjoys doing new things
- Plays "Mom" and "Dad"
- Is more and more creative with make-believe play
- Would rather play with other children than by himself
- Cooperates with other children
- Often can't tell what's real and what's make-believe
- Talks about what she likes and what she is interested in

#### Language/Communication

- Knows some basic rules of grammar, such as correctly using "he" and "she"
- Sings a song or says a poem from memory such as the "Itsy Bitsy Spider" or the "Wheels on the Bus"
- Tells stories
- Can say first and last name

#### Cognitive (learning, thinking, problem-solving)

- Names some colors and some numbers
- Understands the idea of counting
- Starts to understand time
- Remembers parts of a story
- Understands the idea of "same" and "different"
- Draws a person with 2 to 4 body parts
- Uses scissors
- Starts to copy some capital letters
- Plays board or card games
- Tells you what he thinks is going to happen next in a book

#### Movement/Physical Development

- Hops and stands on one foot up to 2 seconds
- Catches a bounced ball most of the time
- Pours, cuts with supervision, and mashes own food

Abbildung 1. Checkliste des Centers for Disease Control and Prevention für Eltern vierjähriger Kinder (Website CDC, 2018).

### Motorische Entwicklung

Die motorische Entwicklung vom Kleinkindalter in das Grundschulalter vollzieht sich durch einen äußerst schnellen Kompetenzgewinn der Bewegungsabläufe, die bereits im Kleinkindalter beginnen (bspw. Laufen, Springen, Greifen). Aufgrund der Erhöhung von

Muskelkraft und Muskelmasse, Hirnwachstum sowie Veränderung der Körperproportionen wachsen die motorischen Fähigkeiten rapide an (Schwarzer, 2011). Hierdurch werden zusätzlich kompliziertere Bewegungsabläufe innerhalb grobmotorischer Prozesse (bspw. Balancieren, Klettern) sowie feinmotorischer Prozesse (das Benutzen einer Schere, der Umgang mit Knöpfen) erlernt. Das Aktivitätsniveau der Kinder steigt dabei kontinuierlich an und erreicht seinen Höhepunkt in der mittleren Phase der Kindheit (Jenni, Lenz & Latal, 2012).

### *Sprachliche Entwicklung*

Die sprachliche Entwicklung vollzieht sich ebenfalls in rascher Geschwindigkeit. Im Alter von 18 Monaten verfügen Kinder aktiv über ca. 50 Wörter sowie passiv über 200 Wörter, welche sich bis zum Alter von sechs Jahren zu einem aktiven Wortschatz von 2500-6000 Wörtern (insbesondere Substantive) und einem passiven Wortschatz von ca. 14.000 Wörtern erweitert (Fenson, Dale, Reznick, Bates, Thal & Pethick, 1994). Hierbei sollte jedoch beachtet werden, dass bis zu 30% der Kinder keinen sogenannten „Vokabelspurt“ (hauptsächlich das Erlernen von Substantiven) absolvieren, sondern vielmehr einen gleichmäßigen, konstanten Zuwachs ihres Sprachvermögens aufweisen (Goldfield & Reznick, 1990; Schwarzer 2011). Korrekte Satzkonstruktionen erwerben die meisten Kinder im Alter von drei bis vier Jahren, wobei sich die grammatikalische Entwicklung der Sprachstruktur bis ins Schulalter fortsetzt (Tomasello & Lieven, 2008). Die Entwicklung eines pragmatischen Sprachgebrauches, wie das Ansprechen von Wünschen und Absichten, dem Einhalten von grundlegenden Kommunikationsregeln sowie das Einstellen auf das sprachliche Niveau des Gesprächspartners, beginnt ab dem dritten Lebensalter (Sach & Devin, 1976).

### *Soziale Entwicklung und Spiel*

In der sozialen Entwicklung im frühen Kindesalter beginnt der Wechsel des sozialen Bezugsrahmens, insbesondere bei Kindern, die eine Tageseinrichtung besuchen. Die Eltern bleiben hierbei zunächst primäre Bezugspersonen und die Familie weiterhin der zentrale Bezugsort der Kinder, zusätzlich kommen jetzt auch neue Bezugspersonen wie gleichaltrige Kinder und Erzieher in Einrichtungen hinzu (Zimmermann & Pinguart, 2011). Im zweiten und dritten Lebensjahr sind die Interaktionen unter den Peers häufig von Auseinandersetzung und Aggression geprägt. Hay (2005) berichtet von einem Höhepunkt dieser Streitereien im Alter von 30 Monaten, welche sich im Laufe des Vorschulalters abschwächen. Umgekehrt zeigt sich, dass prosoziales Verhalten im Vorschulalter noch nicht vollständig ausgeprägt ist und sich erst ab dem Beginn der Schulzeit gänzlich zu entwickeln scheint (Eisenberg, Fabes & Spinrad, 2006). Dies zeigt sich auch im Spielverhalten der Kinder: So nimmt das Spielen in

(Klein-) Gruppen ab dem Alter von vier Jahren stetig zu, während vorher häufiger das Einzelspiel sowie das Parallelspiel (die Kinder spielen nebeneinander, beobachten sich gelegentlich, kommunizieren allerdings nur in geringem Ausmaß miteinander) zu beobachten sind (Göncü, Patt & Kouba, 2002). Auch die kognitiven Aspekte des Spiels verändern sich im Laufe des Vorschulalters deutlich. Stehen zu Beginn noch einfache, funktionale Spielweisen (z. B. Ball hüpfen lassen) im Vordergrund, so werden diese mit zunehmenden Alter von konstruktiven Spielen (mit verschiedenen Materialien bauen und basteln) und sozialem Spiel (Fantasiespiele) abgelöst. Freundschaften haben in diesem Alter keine anhaltende Stabilität. Sie sind eher situativ und spielbezogen (Selman, 1981). Dabei verläuft die soziale Integration in Gruppen in der Regel nach den Geschlechtern getrennt, unabhängig vom Einfluss der Eltern oder Betreuungspersonen (Maccoby, 1998).

## **2.2 Entwicklungspsychopathologie**

Nach der Definition von Sroufe und Rutter (1984) untersucht die Entwicklungspsychopathologie das Entstehen, die Ursachen sowie den Verlauf von abweichenden Verhaltensweisen in der (kindlichen) Entwicklung. Neben genetischen und biologischen Einflüssen gelten soziale und psychische Faktoren als wichtige Ursachen für auffällige Entwicklungsverläufe. Risikofaktoren und Schutzfaktoren sowie die Interaktion dieser Faktoren stehen im Interesse der Forschung. Es ist davon auszugehen, dass auch die pathologischen Verläufe der Entwicklung einen Versuch der Kinder darstellen, sich an ihre Umwelt anzupassen. Dieser Prozesscharakter der Psychopathologie (Petermann & Resch, 2013) stellt für das Vorschulalter einen wichtigen Aspekt dar, da die Fehlanpassung des Verhaltens ebenfalls als ein eigener Entwicklungsprozess angesehen werden kann. Das Ziel der Forschung ist hierbei das Aufstellen von Prädiktionsmodellen, die für die Entstehung, Diagnostik und Prävention psychischer Störungen von großer Bedeutung sind. Nach Rutter (2005) sind dabei folgende Aspekte als relevant anzusehen:

### *Entwicklungsfokus*

Entwicklungsstand und Alter des Kindes sind für das Verständnis des Beginns, des Verlaufes und der Konsequenz psychopathologischer Verhaltensweisen unabdingbar. Altersadäquate kindliche Reaktionen (bspw. der Umgang mit fremden Personen) und empfindliche Lebensaltersbereiche (bspw. Aufbau von Primärbeziehungen im Säuglingsalter) spielen bei der Entstehung und Interpretation kindlichen Verhaltens eine wichtige Rolle.

### *Kontinuum von Anpassung und Fehlanpassung*

Psychische Störungen und psychische Gesundheit bilden die Endpunkte eines Kontinuums. Die zu Beginn in Kapitel 2.1 beschriebene Definition von Entwicklung gilt hierbei sowohl für eine adäquate als auch für eine dysfunktionale Anpassung der Kinder an ihre Umwelt.

### *Risiko- und Schutzfaktoren*

Neben der Art des Einflusses, nach der ein Faktor auf die kindliche Entwicklung entweder belastend (Risikofaktor) oder protektiv (Schutzfaktor) wirkt, lässt sich unterscheiden, ob der Faktor intern (personenbezogen) oder extern (umgebungsbezogen) wirkt (Resch et al., 1999). Interne Risikofaktoren werden auch als Vulnerabilität, externe als Stressoren bezeichnet; interne Schutzfaktoren als Resilienz und externe als soziale Unterstützung. Von Bedeutung scheint in diesem Zusammenhang vor allem die Anzahl der unterschiedlichen Faktoren zu sein, weniger die Art (Rutter, 2005). Der Einfluss einzelner und die Interaktion verschiedener Risikofaktoren wirken dabei nicht deterministisch oder universal gleich innerhalb der kindlichen Entwicklung, sondern beschreiben vielmehr Dispositionen im Hinblick auf ungünstige Entwicklungsverläufe.

### *Vielfalt der Entwicklungspfade*

Führt ein spezifischer Faktor zu verschiedenen Konsequenzen in der kindlichen Entwicklung, spricht man von Multifinalität. Ebenfalls können gleiche oder ähnlich pathologische Abweichungen der Entwicklung auch aus unterschiedlichen Risikofaktoren entstehen. Ist dies der Fall, spricht man von Äquifinalität. Die Relevanz der Annahme, dass die kindliche Entwicklung multikausal und variabel ist, zeigt sich daran, dass sich aus ihr eine gewisse Plastizität ableiten lässt. Bereits eingeschlagene Pfade können wieder verlassen werden und Bedingungen für unterschiedlichste (psychische) Zustände können sich verändern und lassen sich beeinflussen. Hierbei scheinen jüngere Kinder einen Vorteil im Vergleich zu älteren Kindern zu haben. Im Vordergrund entwicklungspsychopathologischer Veränderungen steht nicht nur ein „ursprünglicher“ Zustand, der wieder erreicht werden kann, sondern vielmehr die optimale Förderung der kindlichen Entwicklung trotz vorhandener Risikofaktoren (Petermann & Resch, 2013).

### 2.3. Psychische Störungen im Vorschulalter

Die Erforschung psychischer Erkrankungen des Vorschulalters stellt innerhalb der klinischen Psychologie eine noch recht junge Disziplin dar. Es finden sich in der Literatur Standpunkte, dass sich einzelne psychische Störungen innerhalb dieser Altersklasse kaum identifizieren lassen und eine nosologische Klassifikation wenn möglich aufgrund des raschen Entwicklungstempos und dessen Dynamik wenig sinnvoll ist (Carter, Briggs-Gowan & Davis, 2004). Auch eine frühe Stigmatisierung aufgrund psychiatrischer Diagnosen und ihre Auswirkungen auf das Umfeld und die weitere Entwicklung der Kinder wurden diskutiert. Lavinge, LeBailly, Hopkins, Gouze & Binns (2009) führen in ihrer Arbeit zusammenfassend drei Gründe an, weshalb der Untersuchung psychischer Auffälligkeiten im Vorschulalter in der Vergangenheit wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde:

1. Die Annahme, dass die jungen Kinder aus dem Problemverhalten „rauswachsen“ werden.
2. Die Abwesenheit von reliablen und validen Diagnoseinstrumenten.
3. Die Abwesenheit von effektiven Behandlungsmöglichkeiten.

In ihrer Einschätzung zum damaligen Forschungsstand (insbesondere der psychologischen Diagnostik im Vorschulalter) beschrieben Angold & Egger (2004) einen hohen Forschungsbedarf der Epidemiologie, Diagnostik und evidenzbasierter Therapie. In den vergangenen zehn Jahren sind nunmehr vielfache (quasi-) experimentelle Forschungsarbeiten, Systematische Reviews sowie Lehrbücher publiziert worden, sodass eine zunehmend nosologisch adäquate und wissenschaftlich fundierte Einteilung erfolgen kann. Angold und Egger (2007, hier übernommen aus von Gontard, 2010) postulieren fünf typische Formen des Langzeitverlaufes psychischer Störungen im Vorschulalter:

1. Früh beginnende Störungen (verbunden mit langfristigen, schweren Beeinträchtigungen, bspw. ADHS);
2. Störungen abhängig von der Entwicklung (etwa Ausscheidungs- oder Fütterstörungen in jungen Jahren);
3. Altersspezifische Störungen mit „Altersgipfeln“, wie etwa Angststörungen;
4. Störungen mit deutlicher Zunahme im späten Kindes- und Jugendalter, bspw. Zwangsstörungen;
5. Frühbeginnende Störungen des Erwachsenenalters, die jedoch äußert selten sind bzw. bisher nicht in der Literatur beschrieben wurden, etwa Panikattacken oder Schizophrenie.

### 2.3.1 Klassifikation

Die Klassifizierung psychischer Störungen des Vorschulalters orientiert sich im Allgemeinen an den bereits vorhandenen Klassifikationssystemen der World Health Organization (WHO) und der American Psychiatric Association (APA). Angold und Costello (2009) stellen in ihrer Übersichtsarbeit dar, dass psychische Störungen im Vorschulalter, verstanden als extreme Ausprägungen von kontinuierlichen, entwicklungsabhängigen Verhaltensweisen, mit den gängigen klassifikatorischen Systemen identifiziert und diagnostiziert werden können. Hierbei zählen zu den häufigsten umschriebenen Störungen die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung, Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Trotzverhalten, Depressive Störungen, Angststörungen, Anpassungs- und Traumastörungen, Autismus-Spektrum-Störungen und Bindungsstörungen sowie ferner Tics, Zwangsstörungen, Somatoforme Störungen und selektiver Mutismus. Für folgende Störungen konnten keine Belege für das Auftreten im Vorschulalter gefunden werden: schizophrene Psychosen, dissoziative Störungen, Suchtstörungen, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Agoraphobie, Panikstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen (von Gontard, 2010). Weitere Untersuchungen kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die vorhandenen Systeme zur Einordnungen psychischer Erkrankungen mit Einschränkungen (hierbei werden insbesondere Mindestzeiträume genannt, in denen die Symptomatik vorherrschen muss), verwendet werden können, jedoch weiterhin großer Forschungsbedarf sowohl in der Ätiologie und Epidemiologie der Störungen als auch zur Reliabilität und Validität der Diagnosestellung erforderlich ist (Postert, Averbek-Holocher, Beyer, Müller & Furniss, 2009). Für die vierte Version des DSM (Saß & APA, 1998) konnte gezeigt werden, dass die postulierte Nosologie psychischer Störungen auch für jüngere Kinder ab zwei Jahren verwendet werden kann (Sterba, Egger & Angold, 2007). Vergleichbare Studien für das DSM-5 wurden bisher nicht publiziert. Darüber hinaus wurden spezifische Anpassungen der DSM-IV Kriterien für die Altersspanne 3-5 Jahren von der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry entwickelt (AACAP). Eine Bearbeitung der Kriterien für das DSM-5 steht aktuell noch aus. Für die Adaption der Kriterien der jüngeren Altersgruppe wurden von der Arbeitsgruppe der AACAP für das Vorschulalter (RDC-PA, 2002) folgende Grundlagen festgelegt (Scheeringa, 2003):

1. Änderungen der störungsspezifischen Kriterien sollen nur vorgenommen werden, falls diese empirische Evidenz besitzen oder die bestehenden offensichtlich nicht geeignet sind (bspw. schulbezogene Items).
2. Keine Aufnahme von Kognitionen oder berichteter Emotionen als Kriterien, aufgrund des mangelnden sprachlichen Zugangs.
3. Keine Aufnahme von elterlichen Verhaltensweisen als Grundannahme über Ursachen der Störung in der Eltern-Kind-Beziehung, da die Störungen rein über die phänomenologische Beobachtung der Kinder diagnostiziert werden soll.

4. Differenzierung von Symptomen und den damit einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen.
5. Differenzierung zwischen Symptomen und der Erhebungsmethode. Für die meisten psychischen Störungen des Kindes- Jungendalters, mit Ausnahme der Fütterstörungen (des Kleinkindealters), konnten so Reliabilitäts- und Validitätskennwerte ermittelt werden, die denen höherer Altersgruppen gleichen (RDC-PA, 2002). Diese konnten faktoranalytisch bestätigt werden (Sterba, Egger & Angold, 2007).

Für die Klassifikation nach ICD-10 stehen keine spezifischen Anpassungen des Vorschulalters zur Verfügung. Empfohlen wird hierbei eine Einordnung entsprechend des Multiaxialen Klassifikationssystems - MAS (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001), wobei psychische Störungen auf Achse I kodiert werden und, falls zutreffend und relevant, die weiteren Achsen mitkodiert werden sollen (AWMF Leitliniengruppe, 2015).

### **2.3.2 Prävalenz**

Die Punktprävalenz aller psychischen Störungen im Vorschulalter wird im Allgemeinen im Bereich zwischen 10%-20% angegeben. Sie liegt damit in einem vergleichbaren Bereich der Auftretshäufigkeit psychischer Störungen von Grundschulkindern und Jugendlichen. Jungen zeigen in der Regel höhere Werte in allen relevanten Störungskategorien. Für die Bundesrepublik Deutschland wurden in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie; Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer; 2007) Werte für das Kleinkindesalter (drei bis sieben Jahre) mit 13,9% für Mädchen und 20,4% für Jungen angegeben, wobei hier lediglich die Elternbeurteilung eines kurzen Fragebogenverfahrens (SDQ) verwendet wurde. Historisch betrachtet gab es in den letzten Jahrzehnten nur wenige Studien, die Prävalenzraten im Vorschulalter untersuchten (Earls, 1982; Lavigne et al., 1996; Keenan, Shaw, Walsh, Delliquadri & Giovannelli, 1997). In den letzten Jahren sind jedoch mehrere großangelegte Studien veröffentlicht worden, welche die (für das Vorschulalter adaptierten) DSM-IV Kriterien mittels teilstrukturierter Interviews erfasst haben: 2006 stellten Angold und Egger in ihrer Arbeit erstmalig eine Übersicht der epidemiologischen Erforschung psychischer Erkrankungen im Alter von zwei bis fünf Jahren vor. Diese erweiterten sie um eine weitere untersuchte Gruppe von 307 Kindern, die mittels eines strukturierten Fragebogenverfahrens, basierend auf den Diagnosekriterien des DSM-IV (Egger, Erkanli, Keeler, Potts, Walter & Angold, 2006), klassifiziert wurden. In ihrer Studie berichteten die Autoren eine Prävalenzrate von 16,2% über alle Störungsklassen hinweg, wobei für 12,1% der Kinder Symptome mit schweren Beeinträchtigungen des Alltags berichtet wurden. Für eine genaue Auflistung der Ergebnisse siehe Tabelle 1. Je älter die Kinder waren, desto häufiger

traten externalisierende Verhaltensschwierigkeiten auf. Diese Ergebnisse konnten in einer Studie von Lavigne und Kollegen (2009) repliziert werden, wobei externalisierende Störungen ebenfalls deutlich häufiger berichtet wurden als internalisierende.

Tabelle 1

*Prävalenzraten psychischer Störungen im Vorschulalter. Modifizierte Ausarbeitung nach von Gontard (2010)*

<u>Studie</u>	Egger und Angold (2006)	Bufferd et al. (2011)	Wichstrøm et al. (2012)	Petresco et al. (2014)	Lavigne et al. (2009)	
Land	USA	USA	Norwegen	Brasilien	USA	
Klassifikationssystem	DSM-IV	DSM –IV	DSM- IV	DS-IV	DSM-IV	
Stichprobengröße (N)	307	462	995	3585	796	
Alter (in Jahren)	2 – 5	3 und 6	4	6	4	
Instrument	PAPA	PAPA	PAPA	DAWBA	DISC–YC	
<u>Störungsbild</u>		Mit 3 Jahren	Mit 6 Jahren			
ADHS	3.3 %	2.4 %	5.4 %	1.9 %	2.6 %	12.8%
ODD	6.6 %	10.2 %	8.9 %	1.8 %	2.6 %	13.4%
SSV	3.3 %	–*	–*	0.7 %	0.6 %	–*
Depression	2.1 %	1.3 %	5.4 %	0.3 %	1.3 %	0.3%
Angststörung gesamt	9.4 %	19.3 %	15.6%	1.5 %	8.8 %	–*
Trennungsangst	2.4 %	5.6 %	4.8 %	0.3 %	3.2 %	–*
Generalisierte Angst	6.5 %	3.9 %	1.5 %	–*	0.2 %	0.6%
Soziale Phobie	2.1 %	3.7 %	2.2 %	0.5 %	0.1 %	–*
Spezifische Phobie	2.3 %	9.5 %	8.2 %	0.7 %	5.4 %	–*
Elektiver Mutismus	0.6 %	1.5 %	0.6%	–*	–*	–*
Störungen insgesamt	16.2 %	27.5 %	26.6 %	12.5 %	13.2 %	–*

*Anmerkung.* PAPA = Preschool Age Psychiatric Assessment, DISC–YC = Diagnostic Interview Schedule for Children–Parent Scale–Young Child version, DAWBA = Development and Well-Being Assessment. \* von den Autoren nicht berichtet.

Nach der Arbeit von Egger & Angold, welche auf US-Amerikanische Daten zurückgriffen, gab es in den letzten Jahren zunehmend weitere Publikationen zur Epidemiologie und Prävalenz psychischer Störungen im Vorschulalter, vor allem im europäischen und US-amerikanischen Kulturkreis: Bufferd, Dougherty, Carlson, Rose & Klein (2011) fanden in ihren, mittels strukturierter Interviews der Eltern im Bundesstaat New York erhobenen, Daten eine Punktprävalenz von 27,5% für Kinder mit irgendeiner Störung im Alter von drei Jahren; wobei die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Trotzverhalten (im Mittel 9,4%) und spezifische Phobien (im Mittel 9,1%) zu den häufigsten Erkrankungen zählten. In der Untersuchung der Arbeitsgruppe um Wichstrøm wurden alle vierjährigen Kinder der Stadt Trondheim, die im Jahre 2003/ 2004 geboren wurden und an einer routinemäßigen Untersuchung der norwegischen Gesundheitsversorgung teilgenommen hatten, auf psychische Auffälligkeiten hin untersucht (Wichstrøm, Berg-Nielsen, Angold, Egger, Solheim & Sveen 2012). Eine Zufallsauswahl von 1000 Eltern wurde anschließend mittels eines teilstrukturierten Interviews befragt. Die Prävalenzraten lagen mit ca. 12,5% über alle Störungen und die Geschlechter hinweg (eine detaillierte Auflistung findet sich in Tabelle 1) deutlich niedriger als vergleichbare Raten in den Vereinigten Staaten. Luby (2012) führt an, dass die Unterschiede hinsichtlich der Zahl der erkrankten Kinder insbesondere auf psychosoziale Risikofaktoren und protektive Faktoren zurückzuführen seien. Hierbei ist zu beachten, dass die Betrachtung der untersuchten Stichprobe, die ausgewählte Region sowie methodische Unterschiede der Datenerhebung unerlässlich sind, um die Ergebnisse zu interpretieren. Die Ergebnisse der norwegischen Erhebung stehen im Einklang mit Befunden für die Region Reykjavik in Island, die eine Punktprävalenz von 10,1% berichtet, wobei Angststörungen (5,7%) und ADHS (3,8%) zu den häufigsten Erkrankungen zählten (Gudmundsson et al., 2012). Für Brasilien (Region um Pelotas) fanden sich ähnliche Raten für sechsjährige Kinder mit einer globalen Punktprävalenz von 13% und Angststörungen (8,8%), ADHS und oppositionelle Verhaltensstörungen (beide mit 2,6%) als häufigste Erkrankungen (Petresco et al., 2014).

An allen genannten Studien ist die berichtete Rate der Komorbidität auffällig. Viele psychische Erkrankungen treten im Vorschulalter mit mindestens einer weiteren psychischen Erkrankung auf, wobei dies mit schwereren Beeinträchtigungen als bei isoliert auftretenden Störungen verbunden ist (Egger & Angold, 2006). In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass dabei folgende fünf umschriebene Störungen überzufällig häufig in unterschiedlichen Kombinationen auftreten<sup>1</sup>: Die Oppositionelle Verhaltensstörung, die Störung des Sozialverhaltens, Depression, Angststörungen sowie ADHS (Egger & Angold, 2006; Bufferd et al., 2012; Ford,

---

<sup>1</sup> Gemeint sind hierbei Diagnosen nach DSM-IV bzw. DSM-5. Beachtet werden sollte, dass im Gegensatz zum ICD-10 die Diagnosen der oppositionellen Verhaltensstörung und der Störung des Sozialverhaltens zwei unabhängige Diagnosen darstellen.

Goodman & Meltzer, 2003). In der Literatur wird hierbei die Rolle der Emotionsregulation als wichtiger Faktor für das Entstehen dieser unterschiedlichen frühkindlichen Störungen Depression, ADHS und Sozialverhaltensstörungen diskutiert (Cole, Luby, Sullivan, 2008; School, van Rjin, de Wied, Van Goozen & Swaab, 2016; van Stralen, 2016)

Es finden sich weitere Überlegungen, dass viele (externalen wie internalen) Symptome der Psychopathologie des Kindergartenalters auf ein Bi-Faktor-Modell zurück zu führen seien (Olino, Dougherty, Bufferd, Carlson & Klein, 2014). In der Studie von Olino und Kollegen passten die mittels Interview erhobenen Daten zu psychischen Auffälligkeiten am besten auf ein theoretisches Modell aus einem internalen und einem externalen Faktor sowie einem Generalfaktor, welchen die Autoren ebenfalls zunächst einer (dysfunktionalen) Emotionsregulation zuordnen. In Abbildung 2 ist die Faktorstruktur (entnommen aus der Arbeit von Olino et al., 2014) dargestellt. Jedoch weisen die Autoren ebenfalls darauf hin, dass aufgrund der noch unklaren Rolle der kindlichen Entwicklung über die Zeit im Hinblick auf die Persistenz der Störungen weiterer Forschungsbedarf besteht.

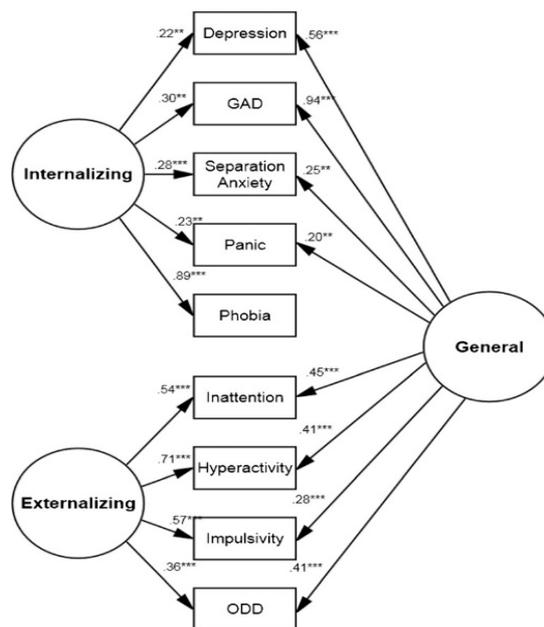


Abbildung 2. Bi-Faktor-Modell der Psychopathologie des Vorschulalters. Abgebildet sind die standardisierten Faktorladungen. Residuen werden nicht angezeigt. \*p <0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p <0.001 (Entnommen aus Olino et al., 2014).

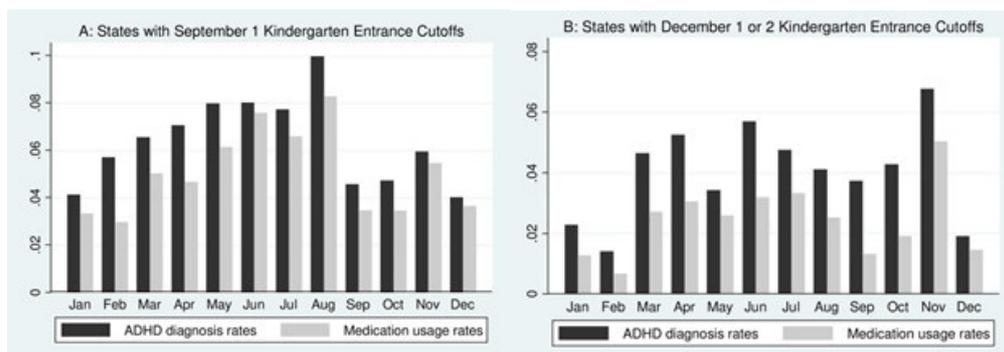
### **2.3.3 Relevanz klinisch-psychischer Verhaltensauffälligkeiten am Beispiel der ADHS**

Neben den berichteten Studien zur Prävalenz psychischer Störungen im Vorschulalter zeigen weitere Untersuchungen ebenfalls eine mindestens moderate Persistenz der Störungen im jungen Kindesalter von drei bis sechs Jahren (Bufferd et al., 2012). Unabhängig von der Art der Störung war das Risiko von Kindern, die im Alter von drei Jahren eine Diagnose erhalten hatten, im Alter von sechs Jahren ebenfalls eine Diagnose zu erhalten, um das Fünffache erhöht. Als stabil erwiesen sich insbesondere Diagnosen der ADHS, Angststörungen und oppositionelle Verhaltensstörungen. Weitere Studien zeigten ebenfalls eine hohe Stabilität der ADHS-Diagnosen mittels strukturierter Interview- und Fragebogenverfahren (Lahey, Pelham & Loney, 2005; Tandon, Si & Luby, 2011). In einer Untersuchung von Law, Sideridis, Prock & Sheridan (2014) erfüllten noch 70% der Kinder, die im Alter von drei bis sechs Jahren erstmalig untersucht wurden und eine erste ADHS-Diagnose und teilweise Behandlung erhielten, ca. sieben Jahren später (der Bereich lag zwischen fünf Jahren und sechs Monaten und neun Jahren und fünf Monaten) noch die relevanten Kriterien einer ADHS Diagnose. Zwar gibt es keine belastbaren Zahlen zu den Kosten psychischer Erkrankungen im Vorschulalter, allerdings konnte gezeigt werden, dass ältere Kinder mit ADHS-Diagnose deutlich höhere Ausgaben im Gesundheitssystem verursachen als gesunde Kinder (Guevara, Lozano, Wickizer, Mell & Gephart, 2001); ebenso zeigen sich erhöhte Ausgaben bei weiteren Therapieformen, etwa Sprach-, Lern- oder Ergotherapien (Marks, Mlodnicka, Bernstein, Chacko, Rose & Halperin, 2009). In einer großangelegten Langzeitstudie, die 125 Kindergartenkinder mit ADHS über 18 Jahre lang begleitete, zeigten sich im Verlauf (trotz intraindividuelle Besserung) nach wie vor höhere Beeinträchtigungen in der Kernsymptomatik sowie typische Komorbiditäten, insbesondere Störungen des Sozialverhaltens, Ängste und Depressionen (Lahey, Lee, Sibley, Applegate, Molina & Pelham, 2016). Greenfield und Kollegen zeigten in ihrem Review, dass die Symptome der ADHS im Vorschulalter einen negativen Einfluss auf die Schulleistung in der Grundschule haben (Greenfield, Spira & Fischel, 2005). Darüber hinaus kann eine psychiatrische Diagnose ebenfalls mit einer Stigmatisierung der Betroffenen sowie deren Familien einhergehen (Moses, 2010). Daher scheint eine frühe Identifizierung und Behandlung der Störung sowohl aus klinischer, sozialer als auch ökonomischer Sicht sinnvoll (Gawrilow, Peterman, Schuchardt, 2013; Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Insbesondere da funktionelle und strukturelle Defizite mit dem Auftreten der ADHS-Symptomatik verbunden sind und umweltbedingte Faktoren (wie etwa präventive Therapie) diese Defizite in der Hirnentwicklung auffangen können (Halperin, Bédard & Curchack-Lichtin, 2012).

Mahone und Schneider (2012) zeigten in ihrem Review, dass Auffälligkeiten in der Aufmerksamkeitsleistung bei Vorschülern generell nur unzureichend erfasst werden können,

wobei Daten aus psychometrischen Tests, strukturierten Interviews und Verhaltensbeurteilungen mittels Fragebögen untersucht wurden. Diese Schwierigkeiten spiegeln sich ebenfalls in der Beurteilung der Eltern und Erzieher/Lehrkräfte anderer Studien und damit einhergehend in der Anzahl der Diagnosestellungen der ADHS wider:

In einer großangelegten Untersuchung konnte Elder (2010) zeigen, dass ein systematischer Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder innerhalb einer Klassengemeinschaft und einer ADHS Diagnose besteht. So erhielten die Kinder, die im Monat vor dem Einschulungstichtag geboren wurden, (und somit zu den jüngsten Kindern der Klasse gehörten) überzufällig häufig eine Diagnose als die Kinder, die im Monat nach dem Stichtag geboren wurden (und somit zu den ältesten Kindern der Klasse gehörten). Insbesondere das Lehrerurteil hing im starken Ausmaß vom Alter der Kinder ab. Abbildung 3 zeigt den Anstieg und Abfall der Raten der ADHS Diagnose sowie die Raten der Kinder, die psychopharmakologisch behandelt wurden, rund um den entsprechenden Stichtag.



**Abbildung 3.** Raten der ADHS Diagnosen und Medikamentenverschreibung nach Geburtsmonat. (Entnommen aus Elder, 2010).

Die berichteten Befunde konnten in anderen Untersuchungen ebenfalls repliziert werden: für die Vereinigten Staaten bei Evans, Morrill, & Parente (2010); in Kanada (Morrow, Garland, Wright, Maclure, Taylor & Dormuth, 2012). Auch für die Bundesrepublik wurden äquivalente Ergebnisse gefunden (Schwandt & Wuppermann, 2016). Hier zeigte sich der Effekt besonders deutlich, da die Bundesländer Deutschlands unterschiedliche Stichtage der Einschulung über das ganze Jahr (die Termine variieren vom 30. Juni bis zu 31. Dezember) verteilt benutzten.

Da diese Ergebnisse nicht im Einklang mit den Befunden bzgl. der ätiologischen Aspekte der Störung stehen (s. Exkurs), sondern davon ausgegangen werden kann, dass mehrheitlich Entwicklungsaspekte beurteilt werden, ist davon auszugehen, dass viele Kinder aufgrund ihres Entwicklungsstandes fälschlicherweise eine ADHS-Diagnose erhalten haben.

## **Exkurs Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung**

Im folgenden Exkurs soll die Symptomatik der ADHS sowie kurz wichtige Befunde bezüglich der Ätiologie auf neurobiologischer, neuropsychologischer und psychosozialer Ebene dargestellt werden.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stellt eine der häufigsten psychischen Erkrankungen des Vorschulalters dar (Visser et al. 2014). Neben den Kardinalsymptomen der Unaufmerksamkeit (bspw. „hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten“ oder „ist oft leicht von äußeren Reizen oder irrelevanten Gedanken abgelenkt“), Hyperaktivität (bspw. „hampelt oft mit Händen oder Füßen, schlägt mit ihnen im Takt oder windet sich auf dem Sitz“ oder „ist oft nicht in der Lage, ruhig zu spielen“) und Impulsivität (bspw. „kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist“ oder „platzt mit Antworten heraus“) müssen weitere Kriterien zur Stellung der Diagnose erfüllt sein. Die Symptomatik muss zu einer funktionellen Beeinträchtigung in mindestens zwei unterschiedlichen Lebensbereichen (z. B. zu Hause und im Kindergarten) führen, welche einen klinisch relevanten Leidensdruck bedingt. Sie ist mit einer Prävalenzrate von 3,3% - 5,9% (Egger & Angold, 2006; Willcutt, 2012) eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindesalter.

Die Diagnosestellung der ADHS ist im Kindergartenalter aufgrund der Symptomausprägung sowie ihrer Klassifizierung im DSM-5 oder dem ICD-10 nicht ohne Schwierigkeiten. Exekutive Funktionen (bspw. Aufmerksamkeitssteuerung, Planung und Evaluation, Impulskontrolle) entwickeln sich in den ersten Lebensjahren nonlinear (Garon, Bryson & Smith, 2008), sodass eine Abgrenzung zwischen entwicklungsgerechtem Verhalten und klinischer Auffälligkeit nicht scharf zu trennen ist (Cherkasova, Sulla, Dalena, Pondé & Hechtman, 2013). In einer Studie von Smidts und Oosterlaan (2007) zeigten sich bei einer Vielzahl der untersuchten Kinder im Alter von drei bis sechs Auffälligkeiten in der beschriebenen ADHS Symptomatik. Mehr als 40% der Kinder erfüllten fünf von zehn Symptomen im Bereich Hyperaktivität/ Impulsivität und nur zwei von 23 erhobenen ADHS-Symptomen<sup>2</sup> traten bei weniger als 10% der Kinder auf. Aufgrund der hohen Raten von berichteten Symptomen der Unaufmerksamkeit sowie der Hyperaktivität/ Impulsivität sollte jedoch die Trennung zwischen Symptomen der ADHS und einer damit einhergehenden Diagnosestellung unterschieden werden. Für das korrekte Stellen der Diagnose müssen, wie oben beschrieben, zusätzlich zum Auftreten der Symptomatik (in mind. zwei unterschiedlichen Lebensbereichen) auch eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung im Funktionsniveau vorhanden sein. Healey und Kollegen zeigten, dass

---

<sup>2</sup> In der Untersuchung wurde das *Preschool Behavior Questionnaire* (Smidts & Oosterlaan, 2005) eingesetzt. Aus Gründen der Reliabilität wurden vier Items der Unaufmerksamkeits- und ein Item der Hyperaktiv/ Impulsiv-Symptomliste des DSM-IV in leicht abgeänderter Form zweimal erhoben.

unter Berücksichtigung des Kriteriums der Beeinträchtigung der Anzahl der ADHS-Raten im Vorschulalter deutlich sinken (Healey, Miller, Castelli, Marks & Halperin, 2008).

Zur Ätiologie werden in der Literatur eine Reihe von relevanten Faktoren diskutiert. Thapar, Cooper, Eyre und Langley (2013) konnten in ihrer Übersichtarbeit keinen singulären Effekt für das Auftreten der ADHS-Symptomatik identifizieren. Unstrittig ist, dass ein genetischer Einfluss nicht ausgeschlossen werden kann. Für die Symptome der Hyperaktivität/ Impulsivität wurde ein mittlerer genetischer Einfluss von ca. 76% berichtet (Brookes et al., 2006, Faraone et al., 2005). Zusammenfassend sehen Thapar und Kollegen voneinander unabhängige neurobiologische wie umweltbedingte Faktoren als ursächlich für die Entstehung der ADHS an. Als möglicherweise relevante Gengruppierungen wurden in den vergangenen Jahren insbesondere im dopaminergen System die Rezeptoren DRD4 und DRD5 sowie der zur Wiederaufnahme benötigte Dopamintransporter DAT1 (Smith, 2010; Gizer, Ficks & Waldman, 2009) und im seretogenerge System der Serotonintransporter 5HTT sowie der Rezeptor HTR1B (Faraone et al., 2005; Gizer et al., 2009) identifiziert. Für die umweltbezogenen Risikofaktoren berichten die Autoren prä- und perinatale Ereignisse (bspw. mütterlicher Stress während der Schwangerschaft und Geburt, Langley, Rice, van den Bree, & Thapar, 2005; D'Onofrio et al., 2010; Ronald, Penell & Whitehouse, 2011) und erhöhte Kontakte zu Umweltgiften wie Blei (Nigg, 2008). Weitere Korrelationen, jedoch keine bewiesenen Risikofaktoren, fanden sich für bestimmte Nahrungsergänzungsmittel (Nigg, Lewis, Edinger, & Falk, 2012) und bekannte psychosoziale Risikofaktoren wie ein niedriger sozio-ökonomischer Status, familiäre Konflikte oder langandauernde Deprivation (Foulon, Pingault, Larroque, Melchior, Falissard & Côté, 2015; Rutter et al., 2007).

Zu neuropsychologischen Erklärungsmodellen stützen metaanalytischen Befunde dass von Sonuga-Barke und Kollegen postulierte Tripple-Pathway-Model. Für das neuropsychologische Modell zur Erklärung der ADHS-Symptome untersuchten die Autoren zunächst zwei unterschiedlichen „Pfade“, den Exekutiven (*response inhibition*) und den Motivationalen (*delay aversion*), welche ebenfalls zur Früherkennung der Störung und damit einhergehenden frühen Interventionen genutzt werden könnten (Sonuga-Barke, 2005; Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Das Modell wurde 2010 um einen weiteren Pfad *timing* erweitert, da sich in weiterführenden Untersuchungen zeigte, dass Kinder mit ADHS größere Schwierigkeiten haben, Zeitabstände in neuropsychologische Untersuchungen adäquat abzuschätzen (Sonuga-Barke, Bitsakou, Thompson, 2010). Allerdings konnten in bisherigen Studien zum Tripple-Pathway-Modell nur etwa zwei Drittel der mit ADHS diagnostizierten Kinder einem der Pfade zugeordnet werden. Die Autoren schließen daher nicht aus, dass noch weitere und bisher nicht untersuchte Pfade existieren, bzw. dass eine ADHS auch ohne neuropsychologische Auffälligkeiten auftreten kann. Pauli-Pott und Becker (2011) fanden in

ihrer Untersuchung der Exekutiven Funktionen bei Vorschülern ebenfalls einen großen Einfluss der *response inhibition* und der *delay aversion* in Bezug auf die ADHS-Symptomatik, wobei die Effektgrößen der Aufmerksamkeitsaufgaben für ältere Kinder deutlich höher ausfielen als bei jüngeren Kindern. *Delay aversion* zeigte allerdings einen gegenteiligen Verlauf: Hier verringerte sich der Zusammenhang mit dem zunehmenden Alter der Kinder.

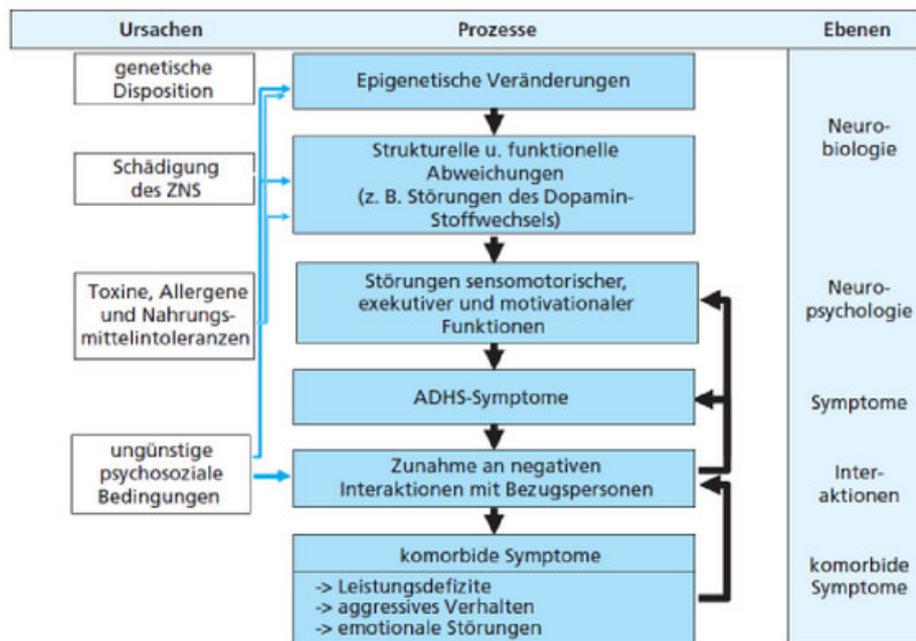


Abbildung 4. Integratives klinisches Modell zur Entstehung von ADHS (Entnommen aus Steinhausen, Rothenberger & Döpfner, 2013)

Die beschriebenen unterschiedlichen Faktoren zur Entstehung der ADHS wurden in der Forschung überwiegend isoliert betrachtet. Eine empirische Überführung der einzelnen Faktoren in ein integratives Modell steht bislang noch aus (Steinhausen, Rothenberger & Döpfner, 2013). Das theoriegeleitete integrative klinische Modell zur Entstehung von ADHS (Abbildung 4) zeigt eine mögliche Interaktion der unterschiedlichen Bedingungsfaktoren auf.

## 2.4 Psychologische Diagnostik im Vorschulalter

Die klinisch-psychologische Diagnostik des Vorschulalters folgt im Wesentlichen den Empfehlungen und dem Vorgehen bei älteren Kindern, wobei auf spezifische Besonderheiten geachtet werden sollte (AWMF-Leitlinie, 2015). Die wichtigsten Verfahren zur Informationsgewinnung sollen im folgenden Kapitel kurz beschrieben werden. Da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf Fragebogendaten (validiert durch eine Verhaltensbeobachtung) liegt, sollen diese ausführlicher behandelt werden. Dessen ungeachtet sollte eine umfassende Diagnostik im Kindesalter folgende Aspekte berücksichtigen:

1. Erstes Gespräch zum Vorstellungsanlass (aktuelle Symptomatik)
2. Entwicklungsanamnese (Schwangerschaft, Geburt, Säuglingszeit, körperliche Entwicklung, kognitive Entwicklung, emotionale Entwicklung, Peer-Beziehungen, ggf. Traumata) sowie Familienanamnese (psychisches Befinden der Eltern, familiäre Beziehung, soziale und kulturelle Hintergründe)
3. Teilstrukturiertes Interview zur ausführlichen Anamnese und Symptombelastung
4. Spezifische Fragebogenverfahren
5. Verhaltensbeobachtungen
6. Entwicklungs- bzw. Intelligenztests

Die hohe Relevanz eines strukturierten diagnostischen Vorgehens (vorrangig Interviews ergänzt durch Fragebogendaten) konnte bezüglich der ADHS-Diagnostik von Bruchmüller, Margraf und Schneider (2012) aufgezeigt werden, da es hierbei durch eine Überinterpretation der Symptomausprägung unter nicht Beachtung aller diagnostischen Kriterien zu häufigen Fehleinschätzung bezüglich möglicher ADHS-Diagnosen kam. In einer Übersichtarbeit (Merten, Cwik, Margraf, & Schneider, 2017) wurden als häufige Ursachen der Fehldiagnostizierung eine unsystematische Exploration sowie nicht ausreichende Kenntnisse der Diagnosekriterien oder entwicklungspsychologischer Grundlagen identifiziert.

Aufgrund des jungen Lebensalters sind zu den genannten Punkten einige Charakteristika zu berücksichtigen (von Gontard, 2010):

1. Anamnesegespräch und klinisches Interview werden mit den Eltern (oder anderen primären Bezugspersonen) durchgeführt.
2. Einzelgespräche mit den Kindern finden im freien Gesprächsverlauf statt oder werden im Spiel mit den Kindern durchgeführt.
3. Fragebögen stellen, aufgrund des mangelnden Spracherwerbs und der Reflexionsfähigkeit der Kinder keine valide Quelle dar, wenn diese die Fragen selbst beantworten. Es wird daher eine Verhaltensbeurteilung über die Kinder mittels Fragebogen durch wichtige Bezugspersonen erhoben

4. Die Verhaltensbeobachtung (strukturiert oder im freien Spiel mit den Eltern) hat in diesem Altersbereich einen großen Stellenwert.
5. Eine körperlich-medizinische Untersuchung sollte äquivalent zu den älteren Altersgruppen ebenfalls erfolgen. Diese dient insbesondere dem Ausschluss somatischer Ursachen als Auslöser der psychischen Symptomatik.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Erfassung von klinisch-relevanten Verhaltens von Kindergartenkindern ist die große Varianz des als „normal“ angesehen Verhaltens in Abgrenzung zu Verhalten, welches als „klinisch auffällig“ bezeichnet werden kann. Dies gilt sowohl im interpersonellen Vergleich der Kinder untereinander als auch im intrapersonellen Vergleich der individuellen, normgerechten Entwicklung eines einzelnen Kindes (Conners, 2009). So sind bspw. die Symptome einer ADHS (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität) bei fast allen Kindern im Alter von zwei bis drei Jahren zu beobachten, jedoch sind sie Teil einer „normalen“ Entwicklung und sollten erst bei deutlicher Beeinträchtigung und situationsübergreifendem Auftreten im Sinne „auffälligen Verhaltens“ interpretiert werden. Angold und Costello (2009) schlugen vor, psychische Auffälligkeiten im Vorschulalter als extreme Ausprägungen des Verhaltens zu betrachten. Eine Reihe von Untersuchungen zur Reliabilität und Validität standardisierter Verfahren (Basten et al., 2016; Bufferd et al., 2012; Fanti & Henrich, 2010) zeigen eine Stabilität bestimmter Verhaltensmuster, die den umschriebenen Störungen des DSM-IV oder des ICD-10 zugeordnet werden können, wie etwa die ADHS, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Trotzverhalten, Angststörungen oder Depression. Es gilt allerdings zu beachten, dass von einer zu frühen Diagnosestellung psychischer Störungen abgesehen werden sollte. Bei der ADHS bspw. liegt die Empfehlung einer Diagnose gegen Ende des dritten Lebensjahres (Häßler & Reis, 2005). Eine Übersicht der AWMF-Leitlinie (2015) der psychischen Störungen und dem Beginn eines adäquaten Diagnosealters bietet Tabelle 2.

Tabelle 2

*Beginn eines adäquaten Diagnosealters nach Leitlinien deutscher Fachgesellschaften*

Erkrankung	Alter ab dem Diagnose sinnvoll
Angststörungen	> 18 Monate*
Depressive Störung	> 3 Jahre*
ADHS	> 4 Jahre*
SSV mit oppositionellem Trotzverhalten	> 3 Jahre*
Posttraumatische Belastungsstörung	> 18 Monate*
Bindungsstörung	> 9 Monate*

### Fortsetzung Tabelle 2

Autismus	> 24 Monate**
Zwangsstörungen	Keine Angabe
Somatoforme Störungen	Ab dem Kleinkindalter***
Ticstörungen	> 6 Jahre****
Enuresis	> 5 Jahre*
Enkopresis	> 4 Jahre*
Schlafstörung	> 12 Monaten*

*Anmerkung.* \*Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (AMWF, 2015), \*\*Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik (AMWF, 2016), \*\*\*Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (AMWF, 2012), \*\*\*\* Ticstörungen (DGN, 2012).

Neben den beschriebenen allgemeinen Empfehlungen der deutschen sowie US-amerikanischen Leitlinien sollen ebenfalls standardisierte Verfahren bei gegebener Indikation in den diagnostischen Prozess einbezogen werden, um eine hypothesengeleitete Diagnose zu gewährleisten (AACAP, 2003). Im Folgenden sollen kurz relevante Aspekte sowie anerkannte standardisierte Verfahren der vorschulischen psychologischen Diagnostik vorgestellt werden.

#### 2.4.1 Fragebogenverfahren

Standardisierte Fragebogenverfahren stellen eine wichtige Quelle zur Absicherung und Prüfung der in ersten anamnestischen Gesprächen oder strukturierten Interviews angenommenen Diagnosen und zur Sammlung weiterer Informationen dar, die in der allgemeinen Diagnostik, etwa aus Zeitgründen, nicht erhoben wurden. Ihre Vorteile liegen insbesondere in der Vergleichbarkeit der individuellen Antworten mit normierten Daten einer Vergleichsstichprobe, in der Regel Personen gleichen Alters und/oder Geschlechts. Psychometrische Gütekriterien wie die Objektivität sind aufgrund der (meist schriftlichen Instruktion) gegeben. Reliabilität und Validität sind überprüfbar und können so eine qualitativ hochwertige Erfassung ermöglichen (Rost, 2004). Für das Vorschulalter liegen Fragebögen zumeist in zwei Versionen vor, eine Version für die Eltern des Kindes und eine Version für Erzieher. Eine Selbstauskunft kommt aufgrund des sich noch in Entwicklung befindlichen (Schrift-) Spracherwerbs nicht in Frage (von Gontard, 2010). Im Allgemeinen wird zwischen Breitbandverfahren, die eine Vielzahl an unterschiedlichen typischen problematischen Verhaltensweisen erfragen, und spezifischen Fragebögen für einzelne Störungen

unterschieden. Während Breitbandverfahren eher zum allgemeinen Screening eingesetzt werden, dienen spezifische Verfahren dazu, genauere Informationen (etwa über bestimmte Subgruppen von Störungen) oder zu Forschungszwecken zu erhalten.

International häufig eingesetzte Breitbandverfahren sind zwei Fragebögen aus dem Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): die *Child Behavior Checklist* – CBCL/1,5 – 5 und die *Caregiver Rating Form* - CRF (Achenbach & Rescorla, 2001) sowie der *Strength and Difficulties Questionnaire* – SDQ (Goodman, 1997). Für beide Verfahren wurden akzeptable bis sehr gute Kennwerte hinsichtlich ihrer Reliabilität und Validität berichtet (Konold, Hamre & Pianta, 2003; Stone, Otten, Engels, Vermulst & Janssens, 2010). Im deutschsprachigen Raum wurde der *Verhaltensbeobachtungsbogen für Vorschulkinder* - VBV 3-6 (Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt, 1993) entwickelt. Renner und Kollegen wiesen adäquate Testgütekriterien des VBV nach (Renner, Zenglein & Krampen, 2004).

2009 wurden die *Conners Early Childhood Rating Scales* – Conners EC für den US-amerikanischen Raum publiziert (Conners, 2009). Eine genauere Beschreibung der Conners EC, des SDQ und des VBV 3-6 befindet sich in Kapitel 3.4.

## **2.4.2 Verhaltensbeobachtung**

Sowohl in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – Psychotherapie (AWMF, 2015) als auch in der Literatur zu psychischen Störungen im Vorschulalter (Häßler & Reis, 2005; von Gontard, 2010; Luby, 2017) wird aufgrund der Bedeutung und Relevanz des elterlichen (oder anderer Bezugspersonen) Verhaltens auf das Erleben der jungen Kinder eine Verhaltensbeobachtung der Kinder (vor allem in der Interaktion) zur Diagnostik der ADHS sowie anderer psychischer Erkrankungen empfohlen. Ein Vorteil der durch die Beobachtung gewonnenen Daten liegt in der höheren Objektivität der Messung, da in subjektivere Methoden wie etwa Fragebögen, auch Effekte der kognitiven Verzerrung mit einfließen (Döpfner & Petermann, 2008). Dabei gehen die Vorschläge von einer freien Beobachtung während der testpsychologischen sowie medizinischen Untersuchung bis hin zu einer strukturierten Beobachtung in mehreren relevanten Lebensbereichen (bspw. im häuslichen Umfeld oder im Kindergarten). Von hoher Relevanz ist bei der Verhaltensbeobachtung im Vorschulalter neben dem Auftreten störungsspezifischer Symptome, das Interaktionsverhalten der Eltern und Kinder (elterliche Kompetenz, auf Bedürfnisse des Kindes einzugehen, den emotionalen Ausdruck zu erkennen und zu regulieren sowie ggf. Grenzen aufzuzeigen). Im besten Fall kann das Kind mit beiden Elternteilen (oder anderen primären Bezugspersonen) in halb-standardisierten (Spiel-) Situationen jeweils einzeln beobachtet und auf Video aufgezeichnet werden. Für

umschriebene klinische Störungsbilder existieren bislang nur wenige strukturierte Verhaltensbeobachtungen (im Vergleich etwa zu Fragebogenverfahren). So existiert bislang kein strukturiertes Verfahren zur Verhaltensbeobachtung der ADHS, anders als beispielsweise in der Autismus-Diagnostik (ADOS; Lord, Corsello & Grzadzinski, 2012), der Diagnostik der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Trotzverhalten (DB-DOS; Wakschlag et al., 2008) oder der Diagnostik für Angststörungen (Anx-DOS, Mian, Carter, Pine, Wakschlag & Briggs-Gowan, 2015), für die strukturierte Beobachtungssituationen entwickelt wurden.

Hinsichtlich der Verhaltensbeobachtung (im Frühkindesalter) wird im klinischen Alltag ein an die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der Familie bzw. der Tageseinrichtung angepasstes *time sampling* Verfahren in verschiedenen Situationen des kindlichen Alltags mit unterschiedlichen Beobachtern empfohlen (Häßler & Reis, 2005). Dies hängt insbesondere mit der niedrigen ökologischen Validität der Beobachtung in analogen Situationen (bspw. psychologischen Testsituationen) zusammen. Kemnitz (2008) zeigte in seiner Dissertation, dass die Übereinstimmung von Daten der Verhaltensbeobachtung während der durchgeführten Kaufmann-ABC und Fragebogendaten nur schwache bis mittlere Zusammenhänge zwischen der Verhaltensbeurteilung und den Erzieherdaten aufwies. Zwischen den Daten der Eltern und der Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung zeigte sich überhaupt kein signifikanter Zusammenhang.

Mit dem Beobachtungsbogen für 3- bis 6- jährige Kinder – BBK 3-6 (Frey, Duhm, Althaus, Heinz & Mengelkamp, 2008) oder den steht für den frühkindlichen (pädagogischen) Alltag ein (teil)-strukturiertes Verfahren zur Verfügung, welches für den deutschsprachigen Raum normiert und validiert wurde. Hierbei stehen entwicklungsrelevante sowie pädagogische Aspekte vorschulischer Verhaltensweisen im Fokus des Interesses. Eine genaue Beschreibung des BBK 3-6 findet sich in Kapitel 3.4.

### **2.4.3 Weitere Verfahren der psychologischen Diagnostik**

Aufgrund des Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit, der Validierung eines Fragebogenverfahrens für das Vorschulalter, soll im Folgenden lediglich kurz und der Vollständigkeit halber auf weitere wichtige und für alle psychischen Störungen empfohlenen Verfahren (AWMF-Leitlinie, 2015) der klinisch-psychologischen Diagnostik im Vorschulalter (Strukturierte Interviews sowie Intelligenz- und Entwicklungstests) eingegangen werden.

### *Teilstrukturierte klinische Interviews*

Klinische Interviews dienen der umfassenden systematischen Erhebung relevanter Informationen in Bezug auf Symptome bekannter und umschriebener psychischer Störungen zur Stellung einer Diagnose (Margraf, 2013). Doughery et al. (2011) stellen für das Kindergartenalter folgende Informationen in den Vordergrund: Beschaffenheit und Qualität der Symptomatik, Schweregrad und Dauer sowie die alltägliche Beeinträchtigung der Kinder und des Umfelds durch das Auftreten der Symptomatik. Da Angaben aus strukturierten Interviews mit jüngeren Kinder keine reliable oder valide Quelle für anamnestische Informationen darstellen (Luby, Belden, Sullivan & Spitznagel, 2007), werden die Interviews mit den Eltern der Kinder oder weiteren relevanten Bezugspersonen durchgeführt. Die gängigen und im klinischen Alltag gebräuchlichen Verfahren, wie bspw. das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen für Kinder und Jugendlichen - Kinder-DIPS (Unnewehr, Schneider & Magraf, 2009) oder das Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - K-SADS (Kaufman et al., 1997) verwenden für die Identifizierung psychischer Störungen die kategorialen Symptome und Einordnungen des DSM-IV-TR bzw. des ICD-10. Für beide Verfahren werden Belege der Reliabilität und Validität berichtet (K-SADS-Preschool-Version: Birmaher et al, 2008; Kinder-DIPS: Adornetto, In-Albon & Schneider, 2008). Speziell für das Kindergartenalter haben Angold & Egger (2004) ein klinisches strukturiertes Interview, das Preschool Age Psychiatric Assessment - PAPA entwickelt. Dabei wurden spezifische Besonderheiten des Kindergartenalters (Symptomausprägung im jungen Alter, Entwicklungsfokus, Präventionsarbeit) während der Erstellung berücksichtigt. Für gestellte Diagnosen des PAPA konnten ebenfalls akzeptable bis gute Testgütekennwerte nachgewiesen werden (Egger et al., 2006).

### *Intelligenz- und Entwicklungstests*

Eine zumindest orientierende Untersuchung des Entwicklungsstandes/ der intellektuellen Leistungsfähigkeit wird aus kinderpsychologischer Sicht in jedem Fall empfohlen (Remschmidt et al., 2001). Je nach individueller Fragestellung, zeitlichen Ressourcen und kindlichen Faktoren (Motivation, Entwicklungsstand) können verschiedene Verfahren gewählt werden.

Als wichtige Verfahren der Intelligenzmessung im Vorschulalter zählen die Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC-2; Kaufman & Kaufman, 2015), die Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI-III; Wechsler, 2009) und der Snijder Oomen Nonverbal (SON 2,5-6; Tellegen, Laros & Petermann, 2007). Allen Verfahren ist gemein, dass sie primär das kognitive Leistungsniveau auf unterschiedlichen Dimensionen (sprachlich, figural oder numerisch) der Kinder messen. Der Vorteil der an Alters- und

Geschlechtsstichproben normierten Tests liegt, analog zu standardisierten Fragebogenverfahren, in der Vergleichbarkeit der Leistung der Kinder untereinander. Für die genannten Verfahren findet sich in der Literatur eine Vielzahl an Belegen der Testgüte (Sattler, 2008).

Häufig sind im Vorschulalter neben dem kognitiven Entwicklungsstand des Kindes auch weitere Bereiche der Entwicklung (Motorik, Wahrnehmung oder sozial-emotionale Fertigkeiten) von Interesse, da nicht selten Komorbiditäten zwischen umschriebenen Entwicklungsstörungen (beispielsweise eine Lese-Rechtschreibschwäche oder Entwicklungsverzögerungen der motorischen Funktionen) und ADHS auftreten (Martin, Piek & Hay, 2006). Zu den häufig eingesetzten Verfahren gehören bspw. der Entwicklungstest 6 Monate - 6 Jahre – Revision - ET 6-6R (Petermann & Macha, 2013), der Wiener Entwicklungstest (Kaestner-Koller & Deimann, 2012).

## **2.5 Schlussfolgerungen für die vorliegende Arbeit**

Die Entwicklung im Vorschulalter wird im Allgemeinen als eine deutliche Ausweitung der im Frühkindesalter erworbenen Fähigkeiten beschrieben (Schneider & Hasselhorn, 2012). Insbesondere in den Bereichen Sprache, Motorik, Spiel- und Sozialverhalten sowie kognitive Kompetenzen sind bedeutende Entwicklungsschritte zu beobachten. (Sub-)klinische psychische Auffälligkeiten haben einen großen Einfluss auf die Entwicklung einer relevanten Psychopathologie im Vorschulalter und darüber hinaus (Egger & Angold, 2006; Law et al., 2014). Als Goldstandard der Diagnostik werden klinische Interviews, Fragebogenverfahren sowie eine strukturierte Verhaltensbeobachtung empfohlen (AACAP, 1997). Die Diagnostik psychischer Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter zeichnet sich vor allem durch die Schwierigkeit aus, entwicklungsadäquates von klinisch auffälligem Verhalten zu differenzieren. Insbesondere ab der Einschulung wird dies am Beispiel der ADHS deutlich, da jüngere Kinder im Klassenverbund überzufällig häufig eine Diagnose erhalten (Elder, 2010, Schwandt & Wuppermann, 2016). Eine frühe Identifizierung und damit verbundene präventive Ansätze können einen wichtigen Beitrag zur Therapie leisten (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Daher erscheint es notwendig, ein valides Diagnosemanual zu entwickeln, das ein frühes Erkennen psychopathologischer Verhaltensweisen, sowohl im Hinblick auf klinische Verhaltensauffälligkeiten als auch innerhalb der Entwicklungsmeilensteine, ermöglicht. Ein solches Verfahren sollte standardisiert sein, damit die Beurteilungen des Verhaltens der Kinder mit einer möglichst großen und repräsentativen Altersnormstichprobe verglichen und so eine reliable Verhaltenseinschätzungen vorgenommen werden kann. So können Informationen ökonomisch erhoben und beeinträchtigende Verhaltensweisen mit dem Entwicklungsstand

des Kindes in Bezug gesetzt werden. In der vorliegenden Arbeit sollen daher die psychometrischen Testgütekriterien der deutschen Adaptation der Conners Early Childhood (Conners, 2009) untersucht werden.

Zunächst sollen die Skalen in ihrer internen Konsistenz und Re-Testung in Bezug auf ihre Reliabilität hin untersucht werden. Anschließend soll die Inhaltsvalidität, die Kriteriumsvalidität und die Konstruktvalidität (auf faktorieller sowie konvergenter und divergenter Ebene) des Fragebogens überprüft werden. Abschließend sollen die demografischen Angaben der deutschen Normstichprobe beschrieben und in Hinblick auf ihre Repräsentativität diskutiert werden.

### 3 Methode

Im folgenden Kapitel werden die in der vorliegenden Arbeit zu überprüfenden Hypothesen formuliert. Anschließend sollen neben einem kurzen Statement zu den ethischen Aspekten das Vorgehen der Datenerhebung sowie Merkmale der erhobenen Stichprobe beschrieben werden. Abschließend werden die verwendeten Fragebogenverfahren, das Verhaltensbeobachtungsverfahren sowie die angewendeten statistischen Analysen kurz vorgestellt.

#### 3.1 Fragestellung und Hypothesen der vorliegenden Arbeit

Aus den theoretischen Überlegungen resultierend widmet sich die vorliegende Arbeit der Überprüfung der psychometrischen Qualität der deutschsprachigen Adaptation der Conners EC. Eine sorgfältige Überprüfung der Gütekriterien bei einer Übertragung psychometrischer Testverfahren in andere Länder oder Kulturen wird seit langem als relevant angesehen (Sperber, 1994).

Im Rahmen der *ersten Fragestellung* soll die Objektivität der deutschsprachigen Adaptation der Conners EC überprüft werden. Da für Fragebogenverfahren keine anerkannten (interferenz-)statistischen Analysen existieren, soll die Durchführungsobjektivität, die Auswertungsobjektivität und die Interpretationsobjektivität der Conners EC anhand des in der Literatur gebräuchlichen Vorgehens überprüft werden (Bühner, 2011). Hierfür kann demnach keine spezifisch überprüfbare Hypothese aufgestellt werden, es kann jedoch aufgrund der Vorerfahrungen durch die Analyse der Conners-Fragebogenverfahren vermutet werden, dass sich die drei Dimensionen als objektiv erweisen (Christiansen, Hirsch, Abdel-Hamid & Kis, 2014; Lidzba, Christiansen & Drechsler, 2013).

Im Rahmen der *zweiten Fragestellung* soll die Reliabilität der deutschsprachigen Adaptation der Conners EC überprüft werden. Hierfür sollen zwei unterschiedliche Kennwerte bestimmt werden. Zum einen die interne Konsistenz der jeweiligen Skalen der Eltern- sowie der Erzieherversion als auch eine Re-Testung der untersuchten Kinder in einem Zeitraum von ca. drei Monaten. Da, wie im Kapitel 2.1 beschrieben, die Entwicklung der Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren einen Wandel im Sinne eines schnellen Fähigkeitenzuwachses vollzieht, sollte ein Zusammenhang von mittlerer bis hoher Größe erwartet werden. Die erste zu untersuchende Hypothese lautet entsprechend:

(H1) Die Kennwerte der internen Konsistenz (Cronbachs alpha) liegen in einem mindestens akzeptablen Bereich (Werte von  $\alpha > .70$ ).

(H2) Die Kennwerte der Re-Testung (Korrelationen der beiden Messzeitpunkte) liegen für die Verhaltensskalen in einem moderaten bis hohem Bereich (Werte  $.50 > r > .90$ ) und für die Entwicklungsmeilensteine in einem hohem Bereich ( $r > .80$ ).

Im Rahmen der *dritten Fragestellung* soll die Validität der deutschsprachigen Adaptation der Conners EC sowie der Einfluss von Alter, Geschlecht der Kinder und Bildungsstand der Eltern überprüft werden. Beginnend soll hierfür die faktorielle Validität der Conners EC überprüft werden.

Aufgrund der Beibehaltung aller Items der Originalversion der Conners EC aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit kann eine abschließende theoretische Bestimmung der Inhaltsvalidität nur unter Berücksichtigung des berichteten Vorgehens der Itemgenerierung des amerikanischen Manuals (Conners, 2009) erfolgen. Folgend soll eine kurze Zusammenfassung des Vorgehens (entnommen dem Manual Conners, 2009) gegeben werden:

Zur Erstellung der Items wurden zu Beginn Fokusgruppen mit klinischen Psychologen, niedergelassenen Therapeuten, psychiatrischem Fachpersonal sowie Lehrern gebildet. Die so gewonnenen Informationen und Fragestellungen wurden für einen Einsatz als Fragebogen im klinischen Kontext überprüft. Diese Informationen wurden verwendet, um das Rational und die Ziele für die Entwicklung der Conners EC aufzustellen, die vorläufige Struktur des Messinstrumentes zu planen und einen Pool an Items zu generieren. Dies entspricht dem berichteten Vorgehen in der Literatur, dass die Inhaltsvalidität entwicklungsdiagnostischer Verfahren in der Regel durch den Einsatz von Expertenrating oder Urteilen gewährleistet wird (Lienert & Raatz, 1998; Lissmann, 2003 hier zitiert nach Conners, 2009). Der ursprüngliche Fragenpool wurde überarbeitet und zusammengefasst und anschließend in einer Pilotstudie überprüft. Während der Phase der explorativen Analyse wurden Daten der Durchschnittsbevölkerung und einigen klinischen Patientengruppen gesammelt. Die psychometrischen Eigenschaften der ursprünglichen Items wurden überprüft und eine explorative Faktorenanalyse (EFA) durchgeführt, um strukturelle und Selektionsentscheidungen für die Verhaltensskalen zu treffen. Darüber hinaus wurden die Items ausgewählt, die die Entwicklungsmeilensteine am besten repräsentieren. Dies geschah ausschließlich durch theoretische Überlegung. Darüber hinaus wurden die vorläufige Struktur der Conners EC festgesetzt und Fragen für die abschließende normative Analyse ausgewählt.

Da bereits theoretische Überlegungen und empirische Befunde der amerikanischen Originalversion für einige der Verhaltensskalen der Conners EC vorliegen, sollen diese zunächst confirmatorisch überprüft werden. Hingegen sind Teile der Verhaltensskalen (die

sog. „Theoriegeleiteten Skalen“) und alle Entwicklungsmeilensteinskalen bisher nicht faktoriell überprüft worden und sollen daher mittels einer explorativen Faktorenanalyse untersucht werden. Da bei explorativen Fragestellungen keine spezifischen Hypothesen abgeleitet werden sollten, beziehen sich die Hypothesen zur Faktorenstruktur auf die konfirmatorische Analyse.

(H3) Die empirischen Verhaltensskalen der Originalversion lassen sich mit den Daten der deutschen Normierungsstichprobe faktoranalytisch replizieren.

Weitergehend soll die konvergente sowie divergente Validität der Conners EC überprüft werden. Hierzu sollen Zusammenhänge zwischen den Skalen der Conners EC mit bereits untersuchten und im klinischen Alltag eingesetzten Fragebogen- sowie Verhaltensbeurteilungsverfahren analysiert werden.

(H4) Die Korrelation zwischen den Skalen der Conners EC und weiteren Verhaltensbeurteilungsverfahren liegen innerhalb äquivalenter Konstrukte in einem moderaten bis hohem Bereich (Werte von  $.05 > r > .09$ ).

Weitergehend soll die Kriteriumsvalidität der Conners EC überprüft werden. Hierzu soll ein randomisiert ausgewählter Teil der Normstichprobe mit den Daten von Kindern verglichen werden, die in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vorgestellt wurden.

(H5) Kinder mit klinisch-psychologischen Vorstellung erreichen signifikant höhere Werte auf den Skalen der Conners EC als Kinder der Normstichprobe.

Abschießend soll die Gesamtstichprobe auf Einflüsse des Geschlechts der Kinder, des Alters der Kinder und des Bildungsabschlusses der Mutter sowie des Vaters hin überprüft werden.

(H6) Das Alter und das Geschlecht der Kinder sowie der Bildungsabschluss der Eltern haben einen signifikanten Einfluss auf die erhobenen Werte.

## **3.2 Ethische Aspekte**

Das Projekt zur Normierung und Validierung der Conner Early Childhood Rating Scales ist als Ganzes dem Ethikrat des Fachbereiches Psychologie der Philipps-Universität Marburg vorgelegt und bewilligt worden. Sämtliche teilnehmenden Versuchspersonen oder deren Erziehungsberechtigte wurden schriftlich über die Untersuchung informiert und haben ihre freiwillige Teilnahmebereitschaft schriftlich bestätigt. Alle Daten wurden anonymisiert erhoben. Es wurde lediglich eine Liste zum Abgleich der Namen der Kinder, die an der Verhaltensbeobachtung durch den Autor sowie einer weiteren studentischen Hilfskraft teilgenommen haben, mit ihren jeweiligen Versuchspersonennummern für die Dauer der

Beobachtung vom Autor erstellt. Diese Liste wurde nach der Dateneingabe der Beobachtungsdaten durch den Autor gelöscht. Es wurden keine weiteren Nebenwirkungen oder Gefahren durch die Teilnahme erwartet und diese als ethisch zumutbar eingestuft.

### 3.3 Studiendesign, Stichprobenrekrutierung und Datenerhebung

Die Studie der deutschsprachigen Adaptation der Conners EC wurde in drei Phasen geplant und durchgeführt:

In einer ersten *Übersetzungsphase* wurden zunächst gemäß den Vorgaben der Übersetzungsrichtlinien des Verlags Multi Health Systems (MHS) alle Fragen des Fragebogens von zwei voneinander unabhängigen Psychologen (Prof. Dr. H. Christiansen, Dipl. Psych. B. Legner) aus dem Englischen ins Deutsche übertragen. Beide Versionen wurden anschließend in einer sog. „Konsensversion“ zusammengefügt. Diese erste deutsche Version wurde in einem zweiten Schritt von zwei englischsprachigen Muttersprachlern (Prof. Dr. R. D. Oades, L. Klessmann) ins Englische rückübersetzt. Anschließend wurden Unterschiede beider Versionen diskutiert und eine zweite Konsensversion aus beiden Übersetzungsleistungen gebildet. Diese wurde abschließend mit der Originalversion der Conners EC abgeglichen und dem MHS-Verlag vor dem Beginn der zweiten Phase zur Überprüfung vorgelegt. Nach Rückmeldung der Übersetzungsabteilung des MHS-Verlags wurde abschließend die finale deutschsprachige Version erstellt.

Tabelle 3

*Aufbau des Fragebogenpakets in der Normierungsstudie für die deutschsprachige Adaptation der Conners EC*

1. Informationsschreiben und Einverständniserklärung	
2. Soziodemographisches Datenblatt (Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss)	
<b>Fragebogenverfahren</b>	<b>Quelle</b>
3. Deutsche Adaptation der Conners Early Childhood Rating Scales	Conners, 2009
4. Strengths & Difficulties Questionnaires	Goodman, 1997
5. Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder	Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt, 1993

In einer zweiten *Erhebungsphase* wurden nach dem Erhalt eines positiven Votums der Ethikkommission der Philipps-Universität Marburg an verschiedenen Zentren in Deutschland Fragebogen durch Mitarbeiter, studentische Hilfskräfte und Studierende im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten an Kindertageseinrichtungen sowie teilnehmenden Kliniken verteilt (eine Teilnehmerliste aller Zentren sowie Orte der Erhebung können in Tabelle 4 eingesehen werden). Zusätzlich zu den Conners EC wurden ein umfangreiches Informationsschreiben und eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Normierungsstudie für Eltern und Erzieher ausgegeben. In der Tabelle 3 ist der Aufbau des Fragebogenpaketes abgebildet. Die Teilnahme erfolgte anonym. Darüber hinaus wurde eine Onlineversion (über die Anbieter UNIPARK & QuestBack) beider Fragebögen erstellt, welche von interessierten Eltern oder Erziehern direkt ausgefüllt werden konnte. Der Zeitraum der Erhebung reichte vom Herbst 2013 bis zum Sommer 2015 und fand in 25 Kindertagesstätten und Kindergärten in Hessen, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Berlin und Sachsen statt. Die Onlineerhebung wurde von Frühling bis Sommer 2015 durchgeführt. Im selben Zeitraum wurden ebenfalls in der Routineversorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen in Saarbrücken, Rostock und Marburg Daten für eine klinische Stichprobe gesammelt. Tabelle 5 enthält die demographischen Angaben der gesamt ermittelten deutschen Normstichprobe, Tabelle 6 die Alters- und Geschlechtsverteilung.

Tabelle 4

*An der Datenerhebung der deutschen Adaptation der Conners EC beteiligte Zentren*

<b>Ort Studienzentrum</b>	<b>Institution</b>	<b>Verantwortliche Person</b>	<b>Orte der Erhebung</b>	<b>Art der Daten</b>
Marburg	Philipps-Universität Marburg	Prof. Dr. Hanna Christiansen Dipl. Psych. Simon Harbarth	Hessen, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen	Normstichprobe
Marburg	Universitätsklinikum Gießen & Marburg	Prof. Dr. Inge Kamp-Becker	Hessen	Klinische Stichprobe
Dortmund	Technische Universität Dortmund	Prof. Dr. Ricarda Steinmayr	Nordrhein-Westfalen, Berlin	Normstichprobe
Koblenz	Universität Koblenz-Landau	Prof. Dr. Eva Neidhardt	Baden-Württemberg	Normstichprobe
Saarbrücken	Universitätsklinikum des Saarlandes Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Dipl. Psych. Justine Niemczyk	Saarland	Klinische Stichprobe
Rostock	Universitätsmedizin Rostock	Dr. Katja Wunsch	Mecklenburg-Vorpommern	Klinische Stichprobe

Tabelle 5

*Demographische Daten der deutschen Normstichprobe*

Conner EC Fragebogenversion	Elternversion	Erzieherversion
Anzahl (Jungen/Mädchen)	720 (360/360)	599 (297/302)
Altersbereich	2;0-6;10 Jahre	2;0-6;11 Jahre
	Beurteiler der Elternversion (in Prozent)	Geschlecht Erzieher (in Prozent)
	Mutter 84 %	Weiblich 98 %
	Vater 6 %	Männlich 2 %
	Beide 9 %	
	Andere Bezugsperson 1 %	
<b>Bildungsabschluss der Eltern</b>		
	Bildungsabschluss Mutter (in Prozent)	Bildungsabschluss Vater (in Prozent)
keine	1.1 %	2.0 %
Hauptschule	7.8 %	16.0 %
Realschule	30.0 %	22.7 %
Gymnasium	16.4 %	7.9 %
Fachhochschule	18.0 %	22.0 %
Universität	26.6 %	29.4 %

In einer dritten *Auswertungsphase* wurden die erhobenen Daten analog zum Vorgehen der US-amerikanischen Originalversion analysiert, die hierfür eingesetzten statistischen Methoden sind in Kapitel 3.5 beschrieben. Zusätzlich zu dem in der vorliegenden Arbeit berichteten Vorgehen wurden für die deutsche Adaptation der Conners EC die Validitätsskalen (Inkonsistenz Index, Positiver- und Negativer Eindruck) sowie die Cut-Off Werte der Screener-Fragen neu berechnet. Ebenfalls wurden im Rahmen der Normierung Standardwerttabellen und Prozentwerttabellen der erhobenen Rohwerte für die praktische Anwendung erstellt. Weiterhin wurden aus dem berechneten Standardmessfehler und dem Standardvorhersagefehler ein Reliabel Change Index berechnet. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und der geringen Relevanz für die in der vorliegenden Arbeit zu prüfenden Hypothesen wurden diese Tabellen nicht in die vorliegende Arbeit integriert.

Tabelle 6

*Alters-x-Geschlechts-Verteilung der deutschen Normstichprobe*

Alter in Jahren	Elternversion			Erzieherversion			
		Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt
2	N	60	50	110	39	32	71
	%	8.4 %	6.9 %	15.3 %	6.5 %	5.4 %	11.9 %
3	N	81	85	166	55	59	114
	%	11.3 %	11.8 %	23.1 %	9.2 %	9.8 %	19.0 %
4	N	93	93	186	83	84	167
	%	12.9 %	12.9 %	25.8 %	13.9 %	14.0 %	27.9 %
5	N	83	92	175	81	82	163
	%	11.5 %	12.8 %	24.3 %	13.5 %	13.7 %	27.2 %
6	N	43	40	83	39	45	84
	%	6.0 %	5.5 %	11.5 %	6.5 %	7.5 %	14.0 %
Gesamt	N	360	360	720	297	302	599
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anmerkung. N = Anzahl.

### 3.4 Messinstrumente

Im Folgenden sollen die einzelnen verwendeten Verfahren kurz vorgestellt werden. Die verwendeten Messinstrumente sind in ihrer genutzten Formen im Anhang A angefügt.

#### 3.4.1 Conners Early Childhood Rating Scales

Im Folgenden soll die US-amerikanische Originalversion der Conners Early Childhood Rating Scales (Conners, 2009) umfassend vorgestellt werden, da die vorliegende Arbeit eine Überprüfung und Adaptation der Conners EC für den deutschsprachigen Raum vornehmen soll. Die Conners EC ist ein als Breitbandverfahren angelegte Beurteilung mittels Fragebogenerhebung. Vorrangiges Ziel ist die Identifizierung problematischer Verhaltensweisen bereits im jungen Kindesalter (von zwei bis sechs Jahren). Neben dem frühkindlichen Verhalten werden das Erlernen und das Erreichen bestimmter Meilensteine der Entwicklung erfasst. Eine Übersicht aller Skalen der Conners EC findet sich in Tabelle 7.

Tabelle 7

## Übersicht der Fragebogenteile der Conners EC

<b>Verhaltensskalen</b>	Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität (Empirische Skala)	<b>Screening Fragen zu</b>	Tiere quälen
	Feindseliges/Aggressives Verhalten (Empirische Skala)		Zündeln
	Feindseligkeit/Temperament (Subskala)		Perfektionismus
	Aggressives Verhalten (Subskala)		Pica
	Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten (Empirische Skala)		PTBS
	Soziales Funktionsniveau (Subskala)		Selbstverletzendes Verhalten
	Atypisches Verhalten (Subskala)		Spezifische Phobie
	Ängstlichkeit (Empirische Skala)		Stehlen
	Stimmung und Affekt (Theoriegeleitete Skala)		Tics (motorisch)
	Physische Symptome (Theoriegeleitete Skala)		Tics (vokal)
	Schlafprobleme (Subskala, nur Elternversion)		Trichotillomanie
	<b>Entwicklungsmeilensteine</b>		Adaptive Fähigkeiten
Kommunikation		Negativer Eindruck	
Motorische Fähigkeiten		Inkonsistenz Index	
Spiel		<b>Items der Beeinträchtigung</b>	Beim Lernen
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten			Interaktion mit anderen Kindern
Allgemeine Entwicklung		Zu Hause	

Die Conners EC steht in zwei Versionen für Eltern und Erzieher zur Verfügung. Es existiert eine Langform (welche alle in Tabelle 7 aufgelisteten Skalen sowie den Global Index

beinhaltet), eine Kurzversion der Verhaltensskalen (s.u.) sowie ein Global Index (s.u.). Die Antworten der Beurteiler werden mit Daten einer Normstichprobe gleichaltriger Kinder desselben Geschlechts verglichen. Abweichungen auf den einzelnen Skalen in (sehr) hohem Ausmaß können durch die standardisierte Erfassung und den Vergleich mit der Normstichprobe ein Indiz für Verhaltensprobleme oder Auffälligkeiten sein. Aufgrund der Tatsache, dass Verhaltensbeurteilungen immer subjektiv sind und einzelne Verhaltensweisen im Extremfall von Beurteilern dramatisiert bzw. verharmlost werden können, ist eine Befragung mehrerer Beurteiler angebracht. Darüber hinaus enthalten die Conners EC spezifische Validitätsskalen, mit denen übermäßig positive oder negative Antwortstile identifiziert werden können.

### *Verhaltensskalen*

Alle Items sowie die entsprechende Zuordnung zu den Skalen der Langversion, der Kurzversion sowie des Global Index können im Anhang B nachgeschlagen werden.

Die sechs Verhaltensskalen (*Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, Feindseliges/Aggressives Verhalten, Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten, Ängstlichkeit, Stimmung und Affekt, Physische Symptome*) erheben Informationen zu häufig auftretenden problematischen Verhaltensweisen des Vorschulalters. Sie sind in Anlehnung an bekannte und umschriebene Störungsbilder des DSM-5 (APA, 2013) sowie „Überlegungen und Erfahrungen des klinischen Alltags“ (Conners, 2009) konstruiert worden.

Bei den Verhaltensskalen werden „empirische“ von „theoriegeleiteten“ Skalen unterschieden. Die Skalen *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, Feindseliges/Aggressives Verhalten, Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten* und *Ängstlichkeit* konnten in Faktorenanalysen zur Überprüfung der Konstruktvalidität identifiziert werden. Die Skalen *Stimmung und Affekt* sowie *Physische Symptome* bildeten keine unabhängigen Faktoren in den Analysen. Aufgrund ihrer hohen klinischen Relevanz wurden sie dennoch als theoriegeleitete Skalen in den Fragebogen aufgenommen.

Das Verhalten der Kinder wird in der Conners EC dimensional gemessen. Die Beurteiler bewerten nicht die Auffälligkeit des Verhaltens „an sich“, sondern vielmehr die Häufigkeit bzw. die Intensität bestimmter Verhaltensweisen, die typisch für umschriebene Problembereiche sind, beispielsweise aggressives oder trotziges Verhalten oder stark ausgeprägte Ängste. Das zu beurteilende Verhalten wird mittels einer vierstufigen Likert-Skala („nie“ – „gelegentlich“ – „oft“ – „sehr oft“) erfasst, wobei in der Regel geringe Zahlenwerte einer geringen Auftretenshäufigkeit entsprechen.

### *Screeener Fragen*

In den Screeener Fragen werden all jene Verhaltensweisen (z. B. die Trichotillomanie oder selbstverletzendes Verhalten) erfasst, die zwar klinische Relevanz besitzen, allerdings so spezifisch sind, dass eine umfassende Einordnung innerhalb einer Skala sowohl klinisch als auch statistisch nicht sinnvoll erscheint. Sie werden daher einzeln erhoben und weisen, bei positiver Beantwortung (höhere Werte als das 85. Perzentil der Normstichprobe), auf die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung hin. Sie werden mit der äquivalenten Likert-Skala der Verhaltensskala erhoben. Aufgrund der geringen Relevanz für die Hypothesen der vorliegenden Arbeit wird im Folgenden nicht näher auf die Screeener Fragen eingegangen.

### *Entwicklungsmeilensteine*

Die Entwicklungsmeilensteinskalen (*Adaptive Fähigkeiten, Kommunikation, Motorische Fähigkeiten, Spiel, Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten*) erfassen wichtige Bereiche der frühkindlichen Entwicklung. Hierbei wurden, neben den in der Literatur beschriebenen gängigen Bereichen der Entwicklung (z. B. Kognitive Entwicklung, Sprache, Motorik, Spiel) und der zu erwerbenden Kompetenzen, Expertenurteile sowie Praxisnähe und Alltagstauglichkeit als Kriterien zur Auswahl der Fragen herangezogen.

Die Beurteilung durch Eltern und Erzieher erfolgt (analog zu den Verhaltensskalen) durch eine dreistufige Likert-Skala („selten“ – „manchmal“ – „oft“), wobei hohe Zahlenwerte für ein häufigeres Anwenden oder das Erreichen der Entwicklungsmeilensteine sprechen.

### *Inkonsistenz Index*

Der Inkonsistenz Index wurde entwickelt, um Antwortmuster der Beurteiler auf etwaige Inkonsistenzen hin zu überprüfen. Hierfür wurden alle Fragen der Verhaltensskalen (mit Ausnahme der Validitätsskalen, der Beeinträchtigungsfragen und der Screeener Fragen) in Hinblick auf ihre Interkorrelation analysiert. Die zehn Fragenpaare mit den höchsten Korrelationen (und damit einhergehend eng zusammenhängenden Verhaltensweisen) wurden jeweils für die Eltern- sowie die Erzieherversion zusammengefasst. Ein Indexwert der Differenz, der in der Normstichprobe über der 95. Perzentile lag, wurde als wahrscheinlich nicht valide betrachtet, da solch hohe Differenzen unter den Beurteilern nur sehr selten vorkommen. Aufgrund der geringen Relevanz für die Hypothesen der vorliegenden Arbeit wird im Folgenden nicht näher auf den Inkonsistenz Index eingegangen.

### *Validitätsskalen (Positiver Eindruck und Negativer Eindruck)*

Positive und negative Antworttendenzen, ein großer Leidensdruck oder Scham und Schuldgefühle können die Ergebnisse von Verhaltensbeurteilungen verzerren. Als weitere Validierung einer möglichst verzerrungsfreien Erfassung wurden die Skalen Positiver Eindruck (PE) und Negativer Eindruck (NE) für die Conners EC entwickelt. Die Erfassung erfolgt mittels einer vierstufigen Likert-Skala. Werte der Skalen, welche in der Normstichprobe über der 95. Perzentile lagen, wurden als wahrscheinlich nicht valide betrachtet, da solch hohe Werte unter den Beurteilern nur selten vorkommen. Werte, die in der Normstichprobe zwischen der 90. und der 95. Perzentile lagen, wurden als möglicherweise nicht valide betrachtet, da sie immer noch ungewöhnlich sind.

### *Fragen der Beeinträchtigungen und Zusätzliche Fragen*

Die Fragen der Beeinträchtigung erfassen ein globales Maß der subjektiv erlebten Auswirkungen der problematischen Verhaltensweisen. Sie sind rein deskriptiv und werden keiner Skala zugeordnet. Im freien Antwortformat der zusätzlichen Fragen kann der Beurteiler über besondere oder in seinem Sinne noch nicht ausreichend erfasste Sorgen und Probleme, aber auch Stärken und Fähigkeiten des Kindes berichten. Aufgrund der geringen Relevanz für die Hypothesen der vorliegenden Arbeit wird im Folgenden nicht näher auf die Fragen der Beeinträchtigung eingegangen.

### *Kurzversion der Verhaltensskalen*

Die Kurzversionen wurden erstellt, um eine schnelle und ökonomische Erfassung von problematischen Verhaltensweisen im Frühkindesalter zu ermöglichen. Hierfür wurden für jede Skala der Langfassung der Verhaltensskalen sechs Fragen ausgewählt, die diese faktoriell am besten abbildeten: Im ersten Schritt wurden für jede Skala die sechs Fragen mit der höchsten Ladung der durchgeführten Faktorenanalyse ausgewählt. Dadurch sollte mit der gekürzten Liste eine maximal große Varianz auf der vollständigen Skala erreicht werden. Weiterhin sollten nur Fragen ausgewählt werden, deren Partialkorrelationen in einem akzeptablen und bedeutsamen Rahmen lagen (d. h. Werte  $> .30$ ), um damit eine möglichst geringe Redundanz der Fragen sicher zu stellen.

Der Conners EC Global Index (Conners EC GI) besteht aus den „zehn geeignetsten Items“ (Conners, 2009) der historischen Versionen der Conners-Skalen. In der Literatur zeigen sich Hinweise für moderate bis hohe Zusammenhänge mit anderen Fragebogenverfahren oder klinischen Interviews (Morales-Hidalgo, Hernández-Martínez, Vera, Voltas & Canals, 2017, Otto et al. 2018). Die zehn Fragen wurden in die Version der Conners EC übernommen.

### **3.4.2 Strengths & Difficulties Questionnaires**

Der Strengths & Difficulties Questionnaires (SDQ; Goodman, 1997) dient der Messung von Verhaltensproblemen und –stärken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 16 Jahren und ist eines der am häufigsten eingesetzten Screening Verfahren innerhalb der klinisch-psychologischen Forschung. Er beinhaltet fünf Skalen (dreistufige Likert-Skala „nicht zutreffend (0)“ – „teilweise zutreffend (1)“ – „-eindeutig zutreffend (2)“) mit jeweils fünf Items in den Inhaltsbereichen: (1) *Emotionale Probleme*, (2) *Verhaltensprobleme*, (3) *Hyperaktivität*, (4) *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und (5) *Prosoziales Verhalten*. Die ersten vier Skalen können additiv zu einem *Gesamtproblemwert* zusammengefügt werden. Dieser Gesamtwert erwies sich in internationalen Studien als reliabel und valide, wohingegen ein heterogenes Bild der Forschungslage über die einzelnen Skalen zu beobachten ist, welche von akzeptablen bis zu sehr guten Werten schwanken (Bull, Lee, Koh & Poon, 2016; Gustafsson, Gustafsson & Proczkowska-Björklund, 2016; Mieloo, Bevaart, Donker, van Oort, Raat & Jansen, 2014). Für eine deutsche Normierung (Elternversion) untersuchten Woerner, Becker & Rothenberger (2002) 930 Kinder im Alter von sechs bis sechzehn Jahren, wobei die ursprüngliche Faktorenstruktur repliziert werden konnte. Es liegen Cut-Off Werte getrennt nach Alter und Geschlecht für alle Skalen vor, anhand derer die Ergebnisse innerhalb der Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“, oder „auffällig“ zu geordnet werden können.

### **3.4.3 Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder**

Der Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6; Döpfner et al., 1993) ist ein Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren. Er liegt in einer Eltern- sowie einer Erzieherbeurteilungsform vor. Erfasst werden die vier empirisch durch Faktorenanalysen gefundenen Dimensionen *Sozial-emotionale Kompetenzen*, *Oppositionelles-aggressives Verhalten*, *Hyperaktivität vs. Spieldauer* und *Emotionale Auffälligkeiten* mit jeweils unterschiedlichen Skalen pro Dimension für die Eltern- und Erzieherbeurteilung. In Tabelle 8 sind die Skalen des VBV-EL und des VBV-ER zur Übersicht aufgelistet. Zusätzlich werden 17 Einzelitems (bspw. Fragen zu Ess- und

Schlafstörungen, Enuresis oder Phobien) zu weiteren relevanten psychischen Auffälligkeiten im Kindergartenalter erhoben. Untersuchungen zu den psychometrischen Kennwerten liegen vor und können als gut bewertet werden (Döpfner et al., 1993, Renner et al., 2004). Für die deutsche Normierung wurden 392 Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren untersucht, davon 151 Kinder, die in einer kinderpsychiatrischen Klinik vorgestellt wurden. Es ist zu beachten, dass die Datenerhebung der Normstichprobe in den Jahren 1982 – 1986 stattfand und daher im Vergleich zu aktuellen Daten Kohorteneffekte nicht ausgeschlossen werden können.

Tabelle 8

*Übersicht der Fragebogenteile des Verhaltensbeurteilungsbogens für Vorschulkinder (VBV)*

<b>Dimension</b>	<b>VBV-Elternversion</b>	<b>VBV-Erzieherversion</b>
<b>Skalen der jeweiligen Dimension</b>		
Soziale-emotionale Kompetenzen	Konfliktlösekompetenzen	Interaktions-Kommunikationskompetenzen
	Spielintensität	Konfliktlösekompetenzen
	Offenheit (ggü. Eltern)	Spielintensität
Oppositionelles-aggressives Verhalten	Stimmungsschwankungen	Stimmungsschwankungen
	Impulsives/ oppositionelles Verhalten (ggü. Eltern)	Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten
	Verbale/ körperliche Aggression (ggü. Anderen Kindern)	Impulsives/ oppositionelles Verhalten (ggü. Erziehern)
	Gegenstandsbezogene Aggression	Verbale Aggression (ggü. Anderen Kindern)
		Körperliche Aggression (ggü. Anderen Kindern)
		Lärmendes Verhalten/ Gegenstandsbezogene Aggression
Hyperaktivität vs. Spieldauer	Unruhe/ Aufmerksamkeitsschwäche	Motorische Unruhe
	Leistungsunsicherheit	Aufmerksamkeitsschwäche
	Spielinteresse/- Ausdauer	Spielinteresse/- Ausdauer

Fortsetzung Tabelle 8

Emotionale Auffälligkeiten	Soziale Ängstlichkeit (ggü. Kindern)	Erwachsenenabhängigkeit
	Soziale Ängstlichkeit (ggü. Erwachsenen)	Soziale Ängstlichkeit (ggü. Kindern)
	Emotionale Labilität	Unsicherheit
		Emotionale Labilität

### 3.4.4 Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter

Der BBK 3-6 (Frey et al., 2008) ist ein Beobachtungsbogen hinsichtlich des allgemeinen Entwicklungsstandes des Kleinkindes. Er kann im Alter von drei bis sechs Jahren eingesetzt werden. Er erfasst die Entwicklung mit den elf Skalen:

1. Aufgabenorientierung
2. Erstlesen, Rechnen, Schreiben
3. Kommunikative Fähigkeiten
4. Sprachliche Reflexivität
5. Spielintensität
6. Sprachentwicklung
7. Feinmotorik
8. Grobmotorik
9. Medientechnisches Verhalten
10. Aggressives Verhalten
11. Schüchternheit

Es liegen für beide Geschlechter im Halbjahresabstand normierte Standardwerte vor, welche anschließend in ein „Entwicklungsprofil“ übertragen werden können. Globale Kennwerte zur frühkindlichen Entwicklung existieren nicht. Die Normierung fand mit 3456 Kindern bei einem ausgeglichenen Geschlechteranteil statt. Hinsichtlich des Alters erreicht die Normierungsstichprobe keine repräsentative Verteilung für die Bundesrepublik Deutschland. Dies erklären die Autoren durch eine geringe Anzahl der Sechsjährigen in den teilnehmenden Kindergärten. Die Itemschwierigkeit (mit Ausnahme einiger kognitiver Items sowie der Skala Aggressivität) und die Itemtrennschärfe können als zufriedenstellend beschrieben werden. Die Interrater-Reliabilität des BBK mittels zweier Erzieherurteile liegt ebenfalls im zufriedenstellenden Bereich. Mittels einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation konnten elf Faktoren mit einer Faktorladung größer eins extrahiert werden. Diese klärten 65 % der Varianz auf. Bis auf die Skala *Sprachliche Reflexivität* konnten alle Skalen innerhalb der Faktorstruktur inhaltlich interpretiert werden. Die Korrelationsmatrix der Skalen zur Überprüfung der Konstruktvalidität zeigte signifikante Interkorrelationen aller Skalen, wobei die Skalen *Aggressivität* und *Schüchternheit* geringere Korrelationen aufweisen. Zur Validierung des BBK wurde eine Befragung zur Eignung der Schulfähigkeit durch ein Urteil der Erzieher mit dichotomem Antwortformat durchgeführt. Es zeigte sich, dass die Skalen

*Aufgabenorientierung, Erstlesen, Rechnen, Schreiben Sprachliche Reflexivität, Feinmotorik* und *Medientechnisches Verhalten* des BBK 3-6 erreichten um 85 % der Kinder korrekt dem Urteil der Erzieher zuzuordnen. Die Skala *Medientechnisches Verhalten* sowie das Item „Fährt Roller“ aus der Skala *Grobmotorik* wurden aufgrund zu wenig beobachteter Fälle in der vorliegenden Arbeit ausgeschlossen.

### **3.5 Datenaufbereitung und Statistische Analysen**

Alle statistischen Analysen wurden mit den Programmen SPSS (Statistical Package or Social Science Version 20, IBM) und *Mplus* Version 7 (Muthen & Muthen, 2015) durchgeführt.

Nach der Dateneingabe wurden zunächst zehn Prozent der eingegebenen Fragebögen auf systematische Fehlereingaben hin überprüft, entsprechend den Empfehlungen von Eid, Gollwitzer und Schmitt (2010). Mittels Häufigkeitsanalysen und Box-Plots wurde überprüft, ob sich die fehlerhaften Daten im Wertebereich der Likert-Skalen befanden. War dies nicht der Fall, wurden die Werte bei Dopplung korrigiert (bspw. 22 anstatt 2), die Fehlerrate lag bei 0,20 %. Bei extremen Fällen, wobei ganze Seiten der Fragebögen nicht ausgefüllt wurden oder ein „Muster“ angekreuzt wurde, wurden die Daten komplett aus dem Datensatz entfernt. Insgesamt wurden so 70 Datensätze (davon 53 aus der Online-Stichprobe) vor der Berechnung entfernt. Danach sollen die Daten hinsichtlich systematischer Auslassungen der fehlenden Werte analysiert werden. Diese sollen mittels des Little's Missing Completely at Random (MCAR-) Test überprüft werden. Durch ein nichtsignifikantes Ergebnis kann gezeigt werden, dass die fehlenden Werte keinen systematischen Ursprung haben.

#### **3.5.1 Faktorenanalyse**

Zur Überprüfung und Identifikation von Zusammenhängen der manifesten Variablen und latenter Faktoren wurden sowohl explorative, struktorentdeckende Faktorenanalysen (EFA) sowie konfirmatorisch, strukturprüfende Faktorenanalysen (CFA) durchgeführt.

##### *Explorative Faktorenanalyse*

Die EFA stellt ein modellgenerierendes Verfahren dar. Ihr Ziel ist das Identifizieren einer geeigneten Anzahl an zugrundeliegenden latenten Faktoren, welche mittels der Zuordnung der Items zu den Faktoren inhaltlich interpretiert und das vorhandene Korrelationsmuster zufriedenstellend erklären kann (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010). Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurde mittels Parallelanalyse nach Horn (1965) sowie dem visuellen

Scree-Test nach Catell (1966) bestimmt. Die graphische Darstellung der Ergebnisse der Parallelanalyse befindet sich in Anhang F. Zur Parameterschätzung wurden für alle Analysen der vorliegenden Arbeit die Maximum-Likelihood-Robust standard error-Analyse (MLR) verwendet, da das Verfahren eine hohe Robustheit gegenüber der Verletzung der Normalverteilungsannahme der Daten besitzt (West, Finch & Curran, 1995). Eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens findet sich bei Brachinger und Ost (1996). Nach der Schätzung der Parameter sollte die Antwortlösung zur besseren Interpretierbarkeit und unter gegebener Voraussetzung theoretischer Überlegungen rotiert werden, da korrelierte Faktoren realitätsnäher (bspw. häufig auftretende Komorbiditäten) erscheinen (Browne, 2001). Ziel der Rotation stellt eine Einfachstruktur der Faktorladungen dar, was bedeutet, dass Items jeweils nur auf einem Faktor signifikante Ladungen aufweisen und keine Nebenladungen auf anderen Faktoren. Die EFAs der vorliegenden Arbeit wurden mit der obliquen Promax-Rotation berechnet (Bühner, 2011). Um die Interpretierbarkeit zu erhöhen, wurden sukzessiv inadäquate Items aus der Analyse entfernt, um mit den verbliebenen Items erneut zu rechnen (nach dem Vorschlag aus Bühner, 2011). Grundlage des Ausschlusses waren eine zu geringe Kommunalität ( $<.20$ ), keine signifikanten Ladungen auf irgendeinem Faktor, zu hohe Nebenladungen ( $>.35$ , nach Rost, 2009) oder Überlegungen zur inhaltlichen Plausibilität (Items des Faktors erfassen ein einheitliches Konstrukt des Verhaltens oder der Entwicklung).

### *Konfirmatorische Faktorenanalyse*

Die CFA stellt ein modellüberprüfendes Verfahren dar. Im Unterschied zur EFA existieren bereits theoretische Annahmen über die Beziehung der manifesten Items und der latenten Faktoren. Ihr Ziel ist die Überprüfung der Vereinbarkeit von empirisch gewonnenen Daten und einem theoretischen Modell (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010). Als Verfahren zur Bestimmung der Modellparameter wurde, analog zur EFA, das ML-Verfahren gewählt (Christ & Schlüter, 2012). Bei der CFA werden in der Regel keine Nebenladungen zugelassen. Die Übereinstimmung von Modell zu den empirischen Daten erfolgt über unterschiedliche Fit-Indizes. Für die vorliegende Arbeit wurden zur Annäherung zum Vorgehen der Originalversion folgende Indizes verwendet (angelehnt an Bentler 1990; Bentler & Bonett, 1980).

### *Signifikantstest $\chi^2$ - Teststatistik*

Durch iterative Parameterschätzung wird eine Prüfgröße gebildet, die, ausreichende Stichprobengröße vorausgesetzt, der  $\chi^2$ -Verteilung folgt. Wird der Wert signifikant, sollte das Modell verworfen werden. Allerdings erreichen große Stichproben schnell signifikante Werte, daher sollte das Verhältnis  $\chi^2/df$  berücksichtigt werden, welches  $< 3.00$  sein sollte.

### *Deskriptive Fit-Indizes*

(1) Absolute Fit-Indizes: Durch den Vergleich mit einem saturierten Modell (keine Freiheitsgrade erlaubt) wird überprüft, wie gut bzw. schlecht das zu testende Modell die Daten beschreibt. Es wird unterschieden zwischen Goodness-of-Fit-Indizes und Badness-of-Fit-Indizes. Verwendet werden zwei Badness-of-Fit-Indizes: RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation ( $>.10$ ) und SRMR: Standardized Root Mean Square Residual ( $>.06$ ).

(2) Komparative Fit-Indizes: Durch den Vergleich mit einem unabhängigen Modell (alle Variablen sind unkorreliert) wird überprüft, wie viel besser das zu testende Modell auf die Daten passt. Verwendet werden zwei Indizes: CFI: Comparative Fit Index ( $>.90$ ), TLI: Tucker Lewis Index ( $>.90$ ).

### **3.5.2 Item- und Reliabilitätsanalysen**

Die Skalen der Originalversion der Conners EC wurden mit den Daten der deutschen Normierungsstichprobe hinsichtlich ihrer Reliabilitätswerte untersucht. Hierfür wurde die interne Konsistenz der Skalen berechnet (Cronbachs Alpha). Im Allgemeinen werden Werte von  $<.50$  als nicht akzeptabel, Werte ab  $>.70$  als zufriedenstellend und Werte ab  $>.80$  als gut angesehen (Bühner, 2011). Dabei sollte die Anzahl der Items pro Skala bei der Interpretation der Werte stets berücksichtigt werden (Cortina, 1993). Ebenso wurden Re-Test Reliabilitätsanalysen mittels Pearson-Korrelation berechnet (s. Kapitel 3.5.3) Darüber hinaus werden im Anhang C die Verteilungsangaben der Schiefe und Kurtosis berichtet, wobei Werte der Schiefe im Bereich  $-0.5 < S < 0.5$  sowie Werte der Kurtosis im Bereich  $2 < K < 4$  für eine Normalverteilung der Skala sprechen. Im Anhang C befinden sich ebenfalls die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen, gelistet nach Alter und Geschlecht.

### **3.5.3 Korrelationsanalysen**

Alle Korrelationsanalysen wie die Berechnung der Skaleninterkorrelation, der Re-Testung zur weiteren Bestimmung der Reliabilität, der Interrater Übereinstimmung zwischen Eltern- und Erzieherurteil sowie die Ermittlung der konvergenten und divergenten Validität wurden mittels Pearsons Produkt-Moment-Korrelation bestimmt. Der Einordnung nach Cohen (1988) zeigt ein Wert von  $r >.10$  einen schwachen,  $r >.30$  einen mittleren und  $r >.50$  einen starken Zusammenhang an.

### **3.5.4 Varianzanalysen**

Zur Überprüfung von Alters- und Geschlechtseffekten, dem Einfluss des elterlichen Bildungsniveaus sowie der diskriminanten Validität der Conners EC wurden, analog zum Vorgehen der Originalversion der Conners EC, Multivariate Kovarianzanalysen (MANCOVA) berechnet. Hierbei werden zwei voneinander unabhängige Gruppen hinsichtlich ihrer Daten in Abhängigkeit ihres Alters, ihres Geschlechtes, dem Bildungsstand der Eltern sowie einer diagnostizierten psychischen Vorerkrankung untersucht. Da es sich bei der Varianzanalyse um ein „omnibus Testverfahren“ handelt, d. h. dass nur signifikante Ergebnisse zwischen den Gruppen insgesamt berichtet werden können, nicht aber zwischen welchen bzw. in welcher Richtung, soll darüber hinaus eine post-hoc Analyse der Kontraste diese Unterschiede identifizieren (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010). Als Kovariate wurden jeweils abhängig vom untersuchten Einfluss das Alter der Kinder, ihr Geschlecht sowie der Bildungsstand der Eltern in die Analyse eingeschlossen. Hierbei wurde das Alter der Kinder pro Lebensjahr (von zwei bis sechs Jahren) gestuft, das Geschlecht in zwei Stufen (männlich und weiblich) und der Bildungsstand der Eltern in sechs Stufen (Kein Abschluss, Hauptschule, Realschule, Abitur, Fachhochschule, Universität) eingeteilt.

### **3.5.5 Überprüfung der Voraussetzung zur Anwendung der Verfahren**

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten interferenzstatistischen Verfahren (explorative und konfirmatorische Faktorenanalyse, Produkt-Moment-Korrelation, Varianzanalysen) setzten unterschiedliche Anforderungen voraus:

1. Multivariate Normalverteilung der Daten: Die Überprüfung der Normalverteilung der Daten soll mittels des Kolmogorov-Smirnov Test erfolgen, wobei die signifikanten Ergebnisse gegen die Annahme einer Normalverteilung der Daten sprechen. Die Ergebnisse finden sich in Anhang C. Um der Verletzung der Annahme zu begegnen können „robuste“ Schätzverfahren eingesetzt werden, etwa die Maximum-Likelihood-Robust standard errors Methode.
2. Intervallskalenniveau: Die Überprüfung des Skalenniveaus lässt sich nicht direkt statistisch ermitteln. Im Allgemeinen werden Fragebogendaten mit mehrstufigen Antwortmöglichkeiten Intervallskalenniveau zugesprochen (Bortz & Schuster, 2010).
3. Unverzerrte Zusammenhänge zwischen den Variablen: Das beschriebene Vorgehen im Kapitel 3.5 zur Ausreißeranalyse, der Korrektur der Eingabefehler, dem Ausschluss von systematisch verfälschten oder unausgefüllten Fragebögen sowie die Untersuchung der fehlenden Daten, soll den unverzerrten Zusammenhang zwischen den Variablen verbessern.

4. Eine ausreichende Stichprobengröße: Nach Bühner (2011) stellen Stichprobengrößen von  $N > 300$  eine ausreichend gute Größe zur Berechnung von Faktorenanalysen dar. Zellengrößen ab einer Versuchspersonenanzahl von 30 – 40 stellten nach Field (2009) eine ausreichende Größe für Varianzanalysen dar.

Weitere spezifische Voraussetzungen der EFA betreffen eine ausreichend hohe Korrelation der Items untereinander. Die Interkorrelationen der Items sollten signifikant von Null abweichen, um valide Faktoren extrahieren zu können. Zur Überprüfung soll dabei der Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient (KMO) errechnet werden, wodurch die jeweiligen gemeinsamen sowie spezifischen Varianzanteile jedes Items miteinander verglichen werden. Werte ab .80 können hierbei als „gut“, Werte ab .90 als „sehr gut“ beschrieben werden (Bühner, 2011). Anschließend soll mittels des Bartlett's-Tests auf Sphärizität überprüft werden, ob alle Korrelationen der Korrelationsmatrix sich bedeutsam von Null unterscheiden. Die errechneten Werte befinden sich in Anhang E. Ist dies der Fall, kann eine Faktorenanalyse berechnet werden. Als Letztes sollen mittels des Measure of Sample Adequacy (MSA)-Koeffizienten die Voraussetzungen der Items zum Durchführen einer Faktorenanalyse überprüft werden. Hierbei werden die Partialkorrelationen der manifesten Variablen untereinander errechnet. Analog zum KMO-Koeffizienten gilt die Einordnung der Werte: .80 als „gut“, Werte ab .90 als „sehr gut“. Hierbei zeigten sich über alle Items hinweg Werte im guten bis sehr gutem Bereich. Aufgrund der hohen Anzahl der Items und der wurde die graphische Darstellung der Ergebnisse nicht in die vorliegende Arbeit mitaufgenommen.

Eine weitere spezifische Voraussetzung der Varianzanalyse zwischen zwei unterschiedlichen (Sub-)Gruppen ist die Messinvarianz, wobei die Vergleichbarkeit des Messmodells zwischen zwei Substichproben untersucht wird (Christ & Schlüter, 2012). Zur Überprüfung der Messinvarianz wurde in der vorliegenden Arbeit der Step-Up Ansatz vorgeschlagen von Brown (2006), hier angewendet nach der Beschreibung von Christ und Schlüter. Wobei das Ziel in der Überprüfung einer zumindest partiell vorliegenden metrischen Messinvarianz besteht und dabei folgende Schritte befolgt werden: 1. Separate Prüfung des Messmodells in den Stichproben. 2. Multipler Gruppenvergleich des Messmodells 3. Prüfung der metrischen Messinvarianz. Da die Messinvarianz nur für empirisch belegte latente Konstrukte überprüft werden kann, wurden in der vorliegenden Arbeit die vier „empirischen Skalen“ (siehe Tabelle 7) der Eltern- sowie der Erzieherversion hinsichtlich ihrer Messinvarianz überprüft. Für beide Version der Conners EC konnte eine metrische Messinvarianz identifiziert werden, was die Analyse eines Vergleiches der Beziehung zwischen latenten Variablen der Substichproben zulässt (Christ & Schlüter, 2012). Die berechneten Fit-Indices zur Bestimmung der Messinvarianz befinden sich in Anhang G.

## **4 Ergebnisse**

Im Folgenden sollen die Ergebnisse zur Bestimmung der Objektivität, Reliabilität und der Validität der deutschen Adaptation der Conners EC dargestellt werden. Die Tabellen zur Analyse der untersuchten Stichprobe sowie den Verteilungsangaben aufgelistet nach Alter und Geschlecht der Skalen finden sich im Anhang C.

### **4.1 Objektivität der deutschen Adaptation der Conners EC**

Die Objektivität wurde in der vorliegenden Untersuchung anhand der drei Kriterien der Durchführungsobjektivität, der Auswertungsobjektivität und der Interpretationsobjektivität untersucht.

#### *Durchführungsobjektivität*

Für alle Versionen der Conner EC wurde die Anleitung zur Bearbeitung des Fragebogens auf den jeweiligen Bogen gedruckt, um die Durchführungsobjektivität zu gewährleisten. Im Manual wurde zur Durchführung des Verfahrens vermerkt, dass der Testleiter die Beurteiler stets um eine möglichst sorgfältige Bearbeitung unter dem Hinweis, ein genaues Bild von Stärken und Schwächen der Kinder zu erhalten, bitten soll. Die Durchführung selbst findet in der Regel unabhängig vom Testleiter statt, womit eine soziale Beeinflussung möglichst ausgeschlossen werden soll. Für den Sonderfall der Bearbeitung unter Hilfestellung wurden im Manual Anweisungen zur Durchführung für den Testleiter vermerkt. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass dieser Sonderfall nur über eine eingeschränkte Durchführungsobjektivität verfügt.

#### *Auswertungsobjektivität.*

Die Regeln, nach welchen die unterschiedlichen Fragebogen der Conners EC ausgewertet werden, sind im Manual dargestellt und mit Hilfen zur Auswertung versehen. Für die vorgesehene Auswertung per Hand wurden Durchschlagbögen für alle Versionen (mit Ausnahme des Global Index) entwickelt, welche Übertragungs-, Zuordnungs- und Rekodierungsfehler reduzieren sollen.

### *Interpretationsobjektivität.*

Da es sich bei den Conners EC um ein normiertes Verfahren handelt, erhält der Testleiter als Ergebnis T-Werte, die für alle Versionen der Conners EC in das Manual aufgenommen wurden. Darüber hinaus wurden verbale Interpretationshilfen für alle Skalen hinsichtlich auffälliger T-Werte in das Manual aufgenommen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und geringen Relevanz für die in der vorliegenden Arbeit zu prüfenden Hypothesen wurden T-Werte Berechnungen nicht in die Arbeit aufgenommen.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Conners EC eine akzeptable bis gute Objektivität hinsichtlich ihrer Durchführung, Auswertung und Interpretation besitzt.

## **4.2 Reliabilität der deutschen Adaptation der Conners EC**

Im Folgenden sollen die Reliabilitätskennwerte der unterschiedlichen Versionen der Conners EC dargestellt werden. Zu beachten ist hierbei, dass die Langversion und der Global Index in der deutschen Adaptation (aufgrund der internationalen Vergleichbarkeit) unverändert übernommen wurden. Die Items der Skalen der Kurzversionen wurden für die deutsche Normierung neu bestimmt.

### **4.2.1 Reliabilität der Langversion**

#### *Interne Konsistenz*

Die Werte zur Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs alpha) der Verhaltensskalen der Elternversion (Tabelle 9) über alle Altersgruppen hinweg liegen im Bereich zwischen  $.57 \leq \alpha \leq .94$ . Mit Ausnahme der Skala *Physische Symptome* (0.68) und der dazugehörigen Subskala *Schlafprobleme* (.57) liegen alle Skalen mindestens im akzeptablen Bereich (Werte von  $\alpha \geq .70$ ). Für die Skalen der Entwicklungsmeilensteine liegen in der Elternversion alle Cronbachs Alpha-Werte mit Ausnahme der Skala *Spiel* (.83) in einem sehr guten Bereich von  $\alpha \geq .90$ .

Die Analyse der internen Konsistenz der Skalen der Erzieherversion (Tabelle 10) ergab ebenfalls Ergebnisse im zufriedenstellenden Bereich. Mit Ausnahme der Skala *Physische Symptome* (.68) lagen alle Skalen mindestens im akzeptablen Bereich. Bis auf die Skala *Stimmung und Affekt* weisen alle „Hauptskalen“ des Verhaltens eine interne Konsistenz von  $\alpha \geq .80$  auf und liegen damit in einem guten bis sehr guten Bereich. Für die

Entwicklungsmeilensteinskalen der Erzieherversion lagen alle Werte ebenfalls im guten bis sehr guten Bereich ( $.80 \leq \alpha \leq .98$ ).

Itemschwierigkeitsanalysen der Skala *Physische Symptome* beider Versionen zeigten, dass die Interne Konsistenz durch den Ausschluss der Items zum Essverhalten („Isst zu viel“ und „Isst zu wenig“) auf  $\alpha = .70$  (Elternversion) bzw.  $\alpha = .72$  (Erzieherversion) erhöht werden konnte.

Tabelle 9

*Interne Konsistenz Conners EC-Langversion (Elternversion)*

Skala	Gesamt	Alter in Jahren					
		2	3	4	5	6	
Verhaltensskalen	Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	.94	.89	.95	.95	.94	.93
	Feindseliges/Aggressives Verhalten	.88	.85	.87	.89	.87	.91
	Feindseligkeit/Temperament	.86	.85	.85	.87	.83	.87
	Aggressives Verhalten	.76	.55	.68	.79	.78	.86
	Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	.83	.74	.85	.85	.81	.84
	Soziales Funktionsniveau	.78	.67	.80	.80	.78	.77
	Atypisches Verhalten	.74	.63	.79	.76	.72	.71
	Ängstlichkeit	.83	.79	.80	.83	.89	.80
	Stimmung und Affekt	.76	.76	.76	.75	.78	.76
	Physische Symptome	.68	.60	.64	.67	.74	.62
	Schlafprobleme	.57	.51	.56	.54	.63	.60
	Entwicklungsmeilensteinskalen	Adaptive Fähigkeiten	.90	.89	.86	.87	.89
Kommunikation		.91	.90	.88	.91	.93	.89
Motorische Fähigkeiten		.90	.89	.86	.85	.90	.88
Spiel		.83	.84	.79	.83	.85	.84
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten		.93	.93	.89	.90	.92	.90
Allgemeine Entwicklung		.97	.97	.96	.97	.97	.96

Tabelle 10

*Interne Konsistenz Conners EC-Langversion (Erzieherversion)*

Skala	Gesamt	Alter in Jahren					
		2	3	4	5	6	
Verhaltens- skalen	Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	.95	.94	.94	.94	.96	.94
	Feindseliges/Aggressives Verhalten	.92	.87	.92	.90	.91	.94
	Feindseligkeit/Temperament	.84	.77	.81	.84	.86	.87
	Aggressives Verhalten	.88	.88	.89	.83	.87	.93
	Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	.88	.92	.88	.87	.87	.91
	Soziales Funktionsniveau	.84	.87	.86	.84	.84	.87
	Atypisches Verhalten	.70	.77	.69	.62	.71	.75
	Ängstlichkeit	.85	.81	.85	.79	.90	.87
	Stimmung und Affekt	.75	.70	.67	.56	.83	.82
	Physische Symptome	.68	.61	.58	.49	.77	.78
Entwicklungs- meilenstein- skalen	Adaptive Fähigkeiten	.89	.84	.76	.81	.78	.84
	Kommunikation	.93	.89	.93	.87	.89	.93
	Motorische Fähigkeiten	.91	.84	.87	.71	.83	.89
	Spiel	.80	.81	.85	.64	.83	.78
	Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	.95	.84	.91	.90	.90	.93
Allgemeine Entwicklung	.98	.95	.97	.94	.95	.97	

*Test-Retest Reliabilität*

In der deutschen Version wurde eine Re-Testung der Elternversion durchgeführt. Aufgrund geringer Rücklaufzeiten konnten keine Analysen für die Erzieherversion berechnet werden. Das Retest-Intervall lag dabei zwischen vier bis acht Wochen. Für eine Veranschaulichung und eine bessere Einordnung der berechneten Werte wurden in Tabelle 11 neben den Werten der deutschen Ergebnisse die nicht-adjustierten Korrelationskoeffizienten der amerikanischen Originalversion (Eltern- und Erzieherversion) aus dem US- Manual (Conners, 2009) übertragen.

Die Skalen *Aufmerksamkeit/Hyperaktivität* und *Feindseliges/Aggressives Verhalten* weisen Korrelationen von mindestens  $r = .80$  auf, was auf eine hohe Übereinstimmung zwischen beiden Testzeitpunkten hinweist. Die Werte der Skalen *Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten*, *Ängstlichkeit* und *Stimmung und Affekt* liegen leicht niedriger ( $.70 \leq r \leq .76$ ), was

ebenfalls für eine hohe Übereinstimmung spricht. Die Skala *Physische Symptome* hingegen zeigt einen deutlich niedrigeren Wert von  $r = .57$ . Im Gegensatz zu den anderen Verhaltensskalen kann hierbei allerdings von einem größeren Einfluss des Abstandes der Messzeitpunkte ausgegangen werden. Auffallend hierbei ist der große Unterschied zwischen den Werten der deutschen Adaptation und der amerikanischen Originalversion innerhalb der Elternbeurteilung, während die Werte der anderen Verhaltensskalen vergleichbar nahe beieinander liegen.

Für die Entwicklungsmeilensteinskalen der Elternversion ergaben sich durchweg hohe Korrelationskoeffizienten von  $.85 \leq r \leq .97$ . Es zeigen sich auch keine großen Unterschiede zwischen der deutschen sowie der amerikanischen Version.

Tabelle 11

*Retest Reliabilität der Conners EC-Langversion*

Skala	Elternversion	Elternversion	Erzieherversion	
	Deutsche Adaptation	Angaben US-Manual	Angaben Manual	
	r	r	r	
Verhaltens- skalen	Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	.87	.88	.82
	Feindseliges/Aggressives Verhalten	.83	.88	.89
	Feindseligkeit/Temperament	.80	.85	.94
	Aggressives Verhalten	.74	.83	.84
	Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	.75	.78	.91
	Soziales Funktionsniveau	.76	.77	.89
	Atypisches Verhalten	.70	.71	.87
	Ängstlichkeit	.70	.85	.78
	Stimmung und Affekt	.75	.80	.89
	Physische Symptome	.57	.82	.64
	Schlafprobleme	.59	.67	-. <sup>3</sup>

<sup>3</sup> Skala nicht in der Erzieherversion enthalten.

Fortsetzung Tabelle 11

	Adaptive Fähigkeiten	.94	.95	.94
	Kommunikation	.89	.87	.93
Entwicklungs- meilenstein- skalen	Motorische Fähigkeiten	.96	.97	.89
	Spiel	.85	.92	.83
	Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	.95	.97	.92
	Allgemeine Entwicklung	.97	⁴	⁴

Anmerkung.  $r$  = Korrelationskoeffizient. Eltern:  $N = 55$ , paarweiser Fallausschluss, alle  $r$  signifikant,  $p < .01$ . Erzieher:  $N = 68$ , paarweiser Fallausschluss, alle  $r$  signifikant,  $p < .001$

#### 4.2.2 Reliabilität der Verhaltenskurzskalen/ des Global Index

##### Interne Konsistenz

Die interne Konsistenz der Verhaltensskalen der Elternversion (Tabelle 12) über alle Altersgruppen hinweg nimmt Werte zwischen  $.70 \leq \alpha \leq .91$  an und liegt damit im akzeptablen bis sehr guten Bereich. Die Analyse der Skalen der Erzieherversion ergab ähnliche Ergebnisse (Tabelle 13). Die Werte für die Verhaltensskalen liegen zwischen  $.72 \leq \alpha \leq .92$  und weisen auf ein adäquates bis sehr gutes Niveau der internen Konsistenz hin. Mit Ausnahme der Skala *Stimmung und Affekt* weisen alle „Hauptskalen“ der Verhaltensbeurteilung eine Interne Konsistenz von  $\alpha > .80$  auf und liegen damit in einem guten bis sehr guten Bereich. Für die Skalen des Globalen Index der Elternversion liegen die Cronbachs-Alpha-Werte bis auf die Skala *Emotionale Labilität* ( $\alpha = .68$ ) in einem guten Bereich von  $\alpha > .80$ . Für den Globalen Index der Erzieherversion liegen alle Cronbachs-Alpha-Werte der Skalen im guten Bereich ( $.76 \leq \alpha \leq .89$ ).

⁴ Wert kann nicht berichtet werden, da die Skala *Allgemeine Entwicklung* nur in der deutschen Adaptation verwendet wird.

Tabelle 12

*Interne Konsistenz der Conners EC Verhaltenskurzskalen und des Global Index (Elternversion)*

Skala	Gesamt	Alter in Jahren					
		2	3	4	5	6	
	Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	.91	.87	.92	.92	.92	.90
	Feindseliges/Aggressives Verhalten	.82	.78	.80	.81	.83	.87
Kurzversion Verhaltens- skala	Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten	.72	.70	.69	.70	.73	.78
	Ängstlichkeit	.78	.76	.76	.78	.86	.63
	Stimmung und Affekt	.77	.77	.78	.74	.79	.77
	Physische Symptome	.70	.61	.68	.69	.79	.62
Globaler Index	Rastlos-Impulsiv	.84	.77	.86	.85	.87	.78
	Emotional Labil	.68	.69	.69	.65	.71	.70
	Gesamt	.86	.82	.88	.87	.88	.82

Tabelle 13

*Interne Konsistenz der Conners EC Verhaltenskurzskalen und des Global Index (Erzieherversion)*

Skala	Gesamt	Alter in Jahren					
		2	3	4	5	6	
	Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	.92	.92	.90	.92	.92	.91
	Feindseliges/Aggressives Verhalten	.83	.75	.83	.77	.83	.89
Kurzversion Verhaltens- skala	Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten	.83	.88	.75	.82	.86	.85
	Ängstlichkeit	.80	.77	.82	.76	.85	.78
	Stimmung und Affekt	.72	.63	.67	.58	.79	.75
	Physische Symptome	.74	.64	.64	.62	.83	.85
Globaler Index	Rastlos-Impulsiv	.88	.84	.84	.88	.90	.87
	Emotional Labil	.76	.60	.70	.72	.83	.79
	Total	.89	.83	.86	.88	.92	.89

### Test-Retest Reliabilität

Da die Daten zur Analyse der Re-Test Reliabilität aus den Daten der Langversion generiert wurden, reichten auch hier die erhobenen Daten innerhalb der Erzieherstichprobe nicht für eine Analyse der Test-Retest-Reliabilität aus. Für eine bessere Einordnung und Veranschaulichung der berechneten Werte wurden in Tabelle 14 neben den Werten der deutschen Ergebnisse (Elternversion) ebenfalls die nicht-adjustierten Korrelationskoeffizienten der amerikanischen Originalversion (Eltern- und Erzieherversion) aus dem US- Manual (Conners, 2009) übertragen.

Die Skalen *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität* und *Feindseliges/Aggressives Verhalten* weisen mit einem Wert von  $r = .83$  die höchste Korrelation auf und sprechen für eine hohe zeitliche Stabilität der Testwerte. Die Korrelationswerte der Skalen *Feindseliges/Aggressives Verhalten* und *Stimmung und Affekt* liegen bei  $.77 \leq r \leq .78$  und sprechen ebenfalls für eine hohe Übereinstimmung. Hingegen zeigen die Skalen *Physische Symptome*, *Ängstlichkeit* sowie *Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten* deutlich niedrigere Werte von  $.55 \leq r \leq .60$ . Hierbei ist ebenfalls der große Unterschied zu den Werten der amerikanischen Korrelationskoeffizienten (Elternbeurteilung) auffällig.

Für die Skalen des Globalen Index der Elternversion ergaben sich mit Ausnahme der Skala *Emotional Labil* ( $r = .67$ ) Werte von  $r > .80$ , was für eine gute zeitliche Stabilität spricht. Alle Werte der deutschen Adaptation liegen in einem vergleichbaren Wertebereich, wie die Werte der amerikanischen Originalversion.

Tabelle 14

#### Retest-Reliabilität der Conners EC Verhaltenskurzskalen und des Global Index

Skala	Eltern deutsche Adaptation	Eltern	Erzieher	
		Angaben US Manual	Angaben US Manual	
	r	r	r	
Kurzversion Verhaltens- skalen	Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	.83	.85	.82
	Feindseliges/Aggressives Verhalten	.78	.82	.87
	Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten	.60	.66	.89
	Ängstlichkeit	.55	.80	.84
	Stimmung und Affekt	.77	.79	.86
	Physische Symptome	.58	.82	.62

Fortsetzung Tabelle 14

Globaler Index	Rastlos-Impulsiv	.81	.75	.82
	Emotional Labil	.67	.72	.91
	Gesamt	.80	.86	.88

Anmerkung. r = Korrelationskoeffizient. Eltern: N = 55 Alle r signifikant, p < .01. Erzieher: N = 68. Alle r signifikant, p < .001.

### 4.2.3 Interrater-Reliabilität der Conners EC

Die Übereinstimmung zwischen dem Eltern- und dem Erzieherurteil der Conners EC der deutschen Version fällt für die Entwicklungsmeilensteine überwiegend hoch aus ( $.53 \leq r \leq .86$ ). In den Verhaltensskalen fallen die Übereinstimmungen erwartungsgemäß niedriger aus ( $.21 \leq r \leq .52$ ). Die Korrelationen liegen im kleinen bis mittleren Bereich.

Auch in der Kurzversion fallen die Übereinstimmungen im Eltern- und Erzieherurteil der Verhaltenskurzskalen niedrig bis mittelhoch aus ( $.16 \leq r \leq .50$ ). Hier zeigen sich die Ergebnisse ähnlich denen der Langversion. Die Korrelationen liegen im kleinen bis mittelgroßem Bereich. Tabelle 15 bietet eine Übersicht über die Interrater-Reliabilität der Kurzversion sowie des Global Index.

Tabelle 15

*Interrater Reliabilität (Elternbeurteilung und Erzieherbeurteilung eines Kindes)*

Skala	Langversion (r)	Verhaltenskurzskalen (r)	Global Index (r)	
Verhaltensskalen	Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	.52	.50	-
	Feindseliges/Aggressives Verhalten	.35	.21	-
	Feindseligkeit/Temperament	.32	-	-
	Aggressives Verhalten	.39	-	-
	Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten	.47	.41	-
	Soziales Funktionsniveau	.38	-	-

Fortsetzung Tabelle 15

Verhaltens- skalen (Fortsetzung)	Atypisches Verhalten	.39	-	-
	Ängstlichkeit	.22	.27	-
	Stimmung und Affekt	.21	.24	-
	Physische Symptome	.21	.16	-
	Schlafprobleme	-	-	-
Entwicklungs- meilenstein- skalen	Adaptive Fähigkeiten	.81	-	-
	Kommunikation	.74	-	-
	Motorische Fähigkeiten	.81	-	-
	Spiel	.53	-	-
	Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	.84	-	-
	Allgemeine Entwicklung	.86	-	-
Globaler Index	Rastlos-Impulsiv	.50	-	.50
	Emotional Labil	.26	-	.26
	Gesamt	.46	-	.46

Anmerkung: Paarweiser Fallausschluss für fehlende Fälle (N = 534-605).  $r$  = Korrelationskoeffizient. Alle  $r$  signifikant,  $p < .01$ . Zellen die mit „-“ markiert sind, sind nicht Bestandteil der jeweiligen Version.

#### 4.2.4 Zusammenfassende Darstellung der Reliabilität

Zusammenfassend liegt die unterschiedlich erhobene Reliabilität der Langeversion, der Kurzversion sowie des Global Index in einem akzeptablen bis sehr guten Bereich. Die Werte der internen Konsistenz liegen für alle Skalen (mit Ausnahme der Skala *Physische Symptome* in beiden Langversionen und der Skala *Emotional-Labil* des Global Index in der Elternversion)  $\alpha > .70$ . Die Re-Test-Reliabilität, welche für die deutsche Normstichprobe nur für die Elternversion erhoben werden konnte, liegt mit erwartbaren mittelgroßen bis hohen Übereinstimmungswerten ebenfalls in einem akzeptablen bis guten Bereich. Die Korrelationskoeffizienten der Interrater Reliabilität liegen mit niedrigen bis mittelhohen Werten in den Verhaltensskalen und mit mittel bis hohen Werten in den Entwicklungsmeilensteinskalen in einem erwartbaren guten Bereich. Damit können die Hypothesen H1 und H2 als überprüft angesehen werden.

## **4.3 Validität der deutschen Adaptation der Conners EC**

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der unterschiedlichen Versionen der Conners EC bezüglich ihrer Validität berichtet werden. Hierbei wird insbesondere auf Aspekte der Konstruktvalidität (Faktorielle- und Konvergente/ Divergente Validität) sowie der Kriteriumsvalidität (Übereinstimmungsvalidität) der deutschen Normstichprobe eingegangen.

### **4.3.1 Validität der Langversion der Conners EC**

Im Folgenden sollen die Analysen der faktoriellen, der diskriminanten und der konvergenten Validität der Langversion der Conners EC vorgestellt werden.

#### **4.3.1.1 Faktorielle Validität der Langversion**

Zur Überprüfung der faktoriellen Validität der deutschsprachigen Adaptation wurden für beide Versionen der Conners EC, also für die Eltern- sowie die Erzieherversion, explorative als auch konfirmatorische Faktorenanalysen durchgeführt. Im Folgenden werden die Ergebnisse kurz dargestellt. Für das Rationale des Vorgehens vgl. Kapitel 3.1.

##### *Konfirmatorische Analysen*

Zunächst wurde das im amerikanischen Manual berichtete Modell der empirischen Verhaltensskalen (*Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, Feindseliges/Aggressives Verhalten, Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten* und *Ängstlichkeit*) mit den Daten der deutschen Normstichprobe geprüft. Hierfür wurden die einzelnen Fragen der Conners EC analog zum Vorgehen zur Normierung der Originalversion in Parcels (Gruppe von Fragen mit hoher Interkorrelation) zusammengefügt und anschließend mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse (Maximum Likelihood; verallgemeinerte Methode der kleinsten Quadrate) analysiert. Für die Berechnung wurden die Parcels der Originalversion (Tabelle 16) übernommen. Die Ergebnisse der durchgeführten Faktorenanalyse befinden sich in Tabelle 17. Über die Entwicklungsmeilensteine liegen bislang keine empirisch überprüften Modellannahmen vor. Daher wurden die im amerikanischen Manual angeben fünf postulierten und theoriegeleitet entwickelten Faktoren der Entwicklungsmeilensteine zunächst mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft (Tabelle 17).

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse für eine akzeptable Passung der postulierten Faktoren der empirischen Verhaltensskalen mit den Daten der deutschen Normstichprobe. Entsprechend dem in der Literatur empfohlenen Vorgehen wurden mehrere Indizes

(Comparative Fit Index, Tucker Lewis Index, Root Mean Square Error of Approximation, Standardized Root Mean Square Residual) berechnet (Bühner, 2011; Hu & Bentler, 1999). Als adäquater Modellfit für den Comparative Fit Index und den Tucker Lewis Index wurden die Cut Off Werte  $>.90$ , für den Root Mean Square Error of Approximation Werte  $<.10$  und für den Standardized Root Mean Square Residual Werte  $<.60$  aus dem amerikanischen Manual übernommen. Die Modellparameter der empirischen Verhaltensskalen (Eltern- und Erzieherversion) lagen insgesamt im akzeptablen bis guten Bereich, mit Ausnahme des Root Mean Square Error of Approximation in der Erzieherbeurteilung. Allerdings weist die  $X^2$ -Teststatistik auch einer Korrektur ( $X^2/df < 3$ ) in keiner der Analysen eine akzeptable Anpassung der empirischen Kovarianzmatrix an die theoretisch implizierte aus.

Für die Entwicklungsmeilensteine zeigte sich in keiner Version eine zufriedenstellende Übereinstimmung mit den postulierten Skalen der Originalversion. Mit Ausnahme der Werte des Root Mean Square Error of Approximation erfüllte keiner der Indizes das definierte Cut-Off Kriterium.

Tabelle 16

*Zuordnung der Items zu Parcels für die Berechnung der konfirmatorischen Faktoranalyse*

Skala	Parcel	Items der Conners EC Elternversion	Items der Conners EC Erzieherversion
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	1	72, 76, 86, 79, 81, 34	8, 10, 13, 33, 26I, 85, 67
	2	62, 49, 74, 12, 47	24, 39, 30, 2, 56, 37
	3	22, 42, 55, 65, 90	81, 79, 91, 54, 89, 77I, 59
Feindseliges/Aggressives Verhalten	1	15, 48, 101, 64, 99, 97, 91	20, 75, 101, 105, 98
	2	37, 71, 95, 69, 106, 77	57, 86, 73, 40, 46, 76, 72
	3	10, 18, 32, 45, 92, 108	53, 111, 9, 104, 102, 108
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	1	61, 53, 35, 56I, 44I, 46I	52I, 18I, 93I, 95I, 84I, 61I, 58I, 87I, 103
	2	63, 5, 52, 30, 50	43I, 49, 41I, 96, 51I, 31, 78, 100, 1I
	3	1I, 28I, 104I, 25I, 21I	11, 16, 25, 44, 50, 64, 109, 110
	4	14, 9, 75, 51, 110	80, 38, 35, 22, 3,
	5	68, 89, 11, 13I, 88, 85I	-
Ängstlichkeit	1	4, 2, 38, 43, 98	62, 92, 4, 74, 65, 60
	2	80, 24, 33, 66, 58, 29	45, 47, 71, 97
	3	40, 41, 59, 82, 109	17, 29, 34, 55

Anmerkung: I= Frage ist invertiert.

Tabelle 17

*Modell-Fit Parameter der konfirmatorischen Faktorenanalyse der Conners EC (Eltern- und Erzieherversion)*

Conners EC Verhaltensskalen				Conners EC Entwicklungsmeilensteine				Cut-Off
Elternversion		Erzieherversion		Elternversion		Erzieherversion		
$\chi^2$ -Test	497.70	$\chi^2$ -Test	465.25	$\chi^2$ -Test	6039.19	$\chi^2$ -Test	6166,84	
	df= 7		df= 59		df=1652		df=1430	
	p = 0.0001		p = 0.0001					
CFI	.93		.93		.70		.78	< .90
TLI	.91		.90		.69		.77	< .90
RMSEA	.09		.11		.09		.08	> .10
SRMR	.05		.05		.07		.06	> .06

*Anmerkung.* CFI: Comparative Fit Index, TLI: Tucker Lewis Index, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, SRMR: Standardized Root Mean Square Residual, df = Freiheitsgrade.

Aufgrund der unzureichenden Übereinstimmung der angenommenen Struktur der Entwicklungsmeilensteine sowie zur Überprüfung der in der konfirmatorischen Faktorenanalyse nicht berücksichtigten theoriegeleiteten Faktoren der Verhaltensskalen (*Stimmung und Affekt* und *Physische Symptome*), wurden mit beiden Fragebogenteilen der Conners EC zusätzlich explorative Faktorenanalysen für die deutsche Adaptation berechnet.

### *Explorative Analysen*

Die explorativen Faktorenanalysen wurden jeweils für die Eltern- und die Erzieherversion getrennt berechnet. Alle Items der Verhaltensskalen gingen in die Analysen (Maximum Likelihood mit Promax-Rotation) ein. Insgesamt zeigte sich eine gute Übereinstimmung zu den empirischen Skalen des amerikanischen Modells in den Analysen der deutschen Stichprobe. Einzelne Unterschiede werden im Folgenden berichtet.

Für die Elternversion konnten acht Faktoren extrahiert werden, die nach Rotation zusammen 41.20 % der Varianz aufklärten: *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, Trotzverhalten, Atypisches Verhalten, Aggressivität, Soziale Fertigkeiten, Ängstlichkeit, Schlafprobleme, Schmerz*. Im Unterschied zum amerikanischen Modell (vier empirisch extrahierte Faktoren) konnten in der deutschen Stichprobe die zwei weiteren, wenn auch „kleinen“, Faktoren *Schmerz* und *Schlafprobleme* identifiziert werden. Ein weiterer Unterschied innerhalb der Elternversion zeigte sich durch die Trennung der Faktoren *Trotzverhalten* und *Aggressivität* sowie der Faktoren *Soziale Fertigkeiten* und *Atypisches Verhalten*. Diese bilden in der Originalversion

einen Faktor mit den entsprechenden Subfaktoren. In der deutschen Analyse bildeten diese vier Skalen jeweils einen eigenständigen Faktor. Die Bezeichnung der einzelnen Faktoren könnte etwa lauten:

- |                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) ADHS                      | (5) Soziales Funktionsniveau       |
| (2) Oppositionelles Verhalten | (6) Symptome autistisches Spektrum |
| (3) Aggressives Verhalten     | (7) Schlaf                         |
| (4) Angst                     | (8) Schmerz                        |

Für die Entwicklungsmeilensteine zeigte sich eine Ein-Faktor-Lösung als am besten interpretierbar (Varianzaufklärung dieses globalen Faktors: 35.83 %). Da, anders als im Manual der amerikanischen Originalversion beschrieben, in der durchgeführten Analyse der Entwicklungsmeilensteine keine fünf-faktorielle Lösung gefunden werden konnte, wird für die deutschsprachig Version der Conners EC eine globale Skala *Allgemeine Entwicklung* angenommen.

Für die Erzieherversion der Verhaltensskalen konnten vier Faktoren extrahiert werden, die gemeinsam 40.70 % der Varianz aufklären. Dabei entsprechen die Faktoren mit Ausnahme eines vierten allgemeineren Faktors den empirischen Faktoren der Originalversion (*Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität, Trotzverhalten/ Aggressivität, Soziale Fertigkeiten, Ängstlichkeit inkl. Depression und Schmerzen*), wobei innerhalb der Skala *Soziale Fertigkeiten/Atypisches Verhalten* die Fragen zu spezifischen Phänomenen der Autismus-Spektrum-Störung (bspw. Fragen wie repetitives Spiel, kein Augenkontakt) nicht aufgenommen wurden. Die Bezeichnung der einzelnen Faktoren könnte etwa lauten:

- (1) ADHS
- (2) Oppositionelles/ Aggressives Verhalten
- (3) Soziales Funktionsniveau
- (4) Internalisierende Störungen

Für die Entwicklungsmeilensteine der Erzieherversion zeigte sich eine Ein-Faktor-Lösung als am besten interpretierbar (Varianzaufklärung dieses globalen Faktors: 42.14 %). Da sich für die Erzieherversion der gleiche Befund analog zur Elternversion zeigt, wurde auch hier eine globale Skala *Allgemeine Entwicklung* angenommen.

Die Tabellen der ermittelten Einfachstruktur der Faktoren aller Versionen der Conners EC wurden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht in das Kapitel eingefügt. Sie befinden sich in Anhang H.

### *Skaleninterkorrelation*

Zur weiteren Überprüfung der angenommenen multidimensionalen Faktorenstruktur wurden alle Skalen der Conners EC miteinander korreliert. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 18 und 19 abgebildet. Die moderaten Ergebnisse der empirischen Verhaltensskalen weisen auf die angenommene Multidimensionalität des Fragebogens hin. Wie erwartet, fielen die Korrelationen der Faktoren *Feindseliges/Aggressives Verhalten* und *Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten* mit ihren jeweiligen Subskalen (sehr) hoch aus. Auch die hohen Korrelationen der Entwicklungsmeilensteine unterstützen die Annahme eines globalen Faktors *Allgemeine Entwicklung*, Entwicklungsverzögerungen in einigen Bereichen scheinen in der Beurteilung mit Beeinträchtigungen in anderen relevanten Entwicklungsbereichen einher zu gehen.

#### **4.3.1.2 Konvergente und divergente Validität der Langversion**

Die Conners EC Verhaltensskalen und die Entwicklungsmeilensteinskalen wurden mit anderen Maßen zur Erfassung kindlicher Psychopathologie korreliert: 1. dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), 2. dem Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder 3-6 (VBV), 3. dem Beobachtungsbogen für 3- bis 6-jährige Kinder (BBK). Insgesamt zeigten sich Konvergenzen und Divergenzen in inhaltlich sinnvoller Weise, d. h. Skalen, die ähnliche Konstrukte messen sollten, waren mittel bis hoch positiv korreliert, während Skalen, die Unterschiedliches messen sollten, nur geringe Korrelationen zeigten.

Eine Übersicht über alle Zusammenhangsmaße der Conners EC Skalen mit den erhobenen Fragebögen SDQ, VBV und dem BBK finden sich im Anhang I. In Tabelle 20 sind die wichtigsten Konvergenzen der Conners EC Skalen aufgeführt.

Tabelle 18

*Interkorrelation der Skalen Elternversion*

Skala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Verhaltens-skalen	1.Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität															
	2.Feinds./Aggressives Verhalten	.64**														
	3. Feindseligkeit/Temperament	.61**	.96**													
	4. Aggressives Verhalten	.52**	.79**	.58**												
	5. Soz. Funktion./ A. Verhalten	.55**	.47**	.41**	.45**											
	6. Soziales Funktionsniveau	.40**	.33**	.28**	.34**	.89**										
	7. Atypisches Verhalten	.55**	.48**	.44**	.43**	.79**	.44**									
	8. Ängstlichkeit	.48**	.49**	.50**	.31**	.42**	.25**	.49**								
	9. Stimmung und Affekt	.63**	.81**	.84**	.51**	.54**	.37**	.57**	.65**							
	10. Physische Symptome	.41**	.40**	.40**	.28**	.35**	.20**	.42**	.71**	.51**						
	11. Schlafprobleme	.44**	.37**	.38**	.24**	.33**	.20**	.37**	.71**	.45**	.83**					
Entwicklungs- meilensteinskalen	12. Adaptive Fähigkeiten	.16**	.10**	.12**	.02	.23**	.25**	.15**	.09*	.10**	.08*	.14**				
	13. Kommunikation	.27**	.08*	.09*	.03	.37**	.39**	.22**	.09*	.12**	.12**	.17**	.67**			
	14. Motorische Fähigkeiten	.18**	.11**	.15**	.00	.21**	.22**	.14**	.07	.11**	.08*	.13**	.85**	.69**		
	15. Spiel	.25**	.15**	.15**	.10**	.35**	.38**	.19**	.09*	.12**	.11**	.15**	.57**	.68**	.59**	
	16. Kognitive Fähigkeiten	.21**	.10**	.13**	.01	.22**	.25**	.13**	.06	.11**	.09*	.15**	.78**	.80**	.86**	.63**
	17. Allgemeine Entwicklung	.23**	.11**	.14**	.02	.29**	.31**	.18**	.08*	.12**	.10**	.16**	.90**	.86**	.93**	.72**

*Anmerkung.* Paarweiser Fallausschluss für fehlende Fälle (N = 790-795). Eltern: N = 735-745. \*\*Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig). \*

Korrelation ist auf dem Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). Soz. Funktion./ A. Verhalten = Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten, Feinds./Aggressives Verhalten = Feindseliges Verhalten/ Aggressives Verhalten.

Tabelle 19

*Interkorrelation der Skalen Erzieherversion*

Skala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Verhaltensskalen	1. Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität														
	2. Feinds./Aggressives Verhalten	.64**													
	3. Feindseligkeit/Temperament	.61**	.92**												
	4. Aggressives Verhalten	.58**	.94**	.73**											
	5. Soziales Funktionsniveau	.59**	.58**	.51**	.56**										
	6. Soziales Funktionsniveau	.53**	.52**	.44**	.53*	.93**									
	7. Atypisches Verhalten	.53**	.53**	.50**	.49**	.75**	.49**								
	8. Ängstlichkeit	.37**	.40**	.40**	.34**	.48**	.35**	.54**							
	9. Stimmung und Affekt	.61**	.70**	.72**	.59**	.72**	.61**	.63**	.68**						
	10. Physische Symptome	.37**	.35**	.36**	.30**	.39**	.29**	.43**	.67**	.48*					
Entwicklungs- meilensteinskalen	11. Adaptive Fähigkeiten	.32**	.10**	.10*	.09*	.30**	.26**	.23**	.10**	.21**	.13**				
	12. Kommunikation	.38**	.13**	.11**	.13**	.45**	.43**	.29**	.18**	.33**	.17**	.72*			
	13. Motorische Fähigkeiten	.34**	.10**	.11**	.08*	.34**	.31**	.25**	.15**	.26**	.17**	.83**	.78**		
	14. Spiel	.31**	.11**	.09*	.11**	.45**	.43**	.30**	.15**	.28**	.13**	.63**	.72**	.66**	
	15. Kognitive Fähigkeiten	.35**	.09*	.08*	.08*	.32**	.31**	.22**	.12**	.25**	.15**	.76**	.86**	.89**	.68**
	16. Allgemeine Entwicklung	.38**	.11**	.11**	.11**	.40**	.37**	.27**	.16**	.29**	.17**	.87**	.91**	.94**	.77**

*Anmerkung.* Paarweiser Fallausschluss für fehlende Fälle (N = 663-667). Erzieher: N = 593-609. \*\*Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig). \* Korrelation ist auf dem Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). Soz. Funktion./ A. Verhalten = Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten, Feinds./Aggressives Verhalten = Feindseliges Verhalten/ Aggressives Verhalten.

Tabelle 20

*Zusammenhangsmaße der Conners EC mit weiteren relevanten Fragebögen*

<b>Conners EC Verhaltensskalen</b>	Maße des SDQ (N = 409 -512), VBV (N = 408 -515) oder BBK (N = 40-43)	<b>Elternversion (r)</b>	<b>Erzieherversion (r)</b>
Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	SDQ <i>Hyperaktivität/ Aufmerksamkeitsprobleme</i>	.85**	.88**
	VBV Unruhe	.85**	.83**
	Aufmerksamkeitsschwäche/ Motorische Unruhe		
Feindseliges/Aggressives Verhalten	VBV Hyperaktivität Spieldauer	.83**	.90**
	SDQ Verhaltensauffälligkeiten	.70**	.72**
	VBV Impulsives und oppositionelles Verhalten Eltern/Erzieher	.81**	.74**
Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten	VBV Oppositionelles aggressives Verhalten	.84**	.83**
	VBV Verbale körperliche Aggressionen Geschwisterkinder	.72**	.74**
	SDQ Probleme mit Gleichaltrigen	.60**	.65**
Ängstlichkeit	VBV Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit	-	-.67**
	SDQ Emotionale Probleme	.68**	.62**
	VBV Emotionale Labilität	.60**	.51**
Stimmung und Affekt	VBV Emotionale Auffälligkeiten	.60**	.57**
	SDQ Emotionale Probleme	.51**	.53**
	VBV Emotionale Labilität	.57**	.58**
<b>Conner EC Entwicklungsmeilensteine</b>			
Kommunikation	BBK Sprachliche Entwicklung	-.54**	-.54**
Motorische Fähigkeiten	BBK Feinmotorik	-.52**	-.59**
	BBK Grobmotorik	-.32*	-.52**
Spiel	BBK Spielintensität	-.36*	-.10
Kognitive Fähigkeiten	BBK Erstlesen. Rechnen. Schreiben	-.80**	-.78**

*Anmerkung.* SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, VBV = Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder, BBK = Beobachtungsbogen für 3- bis 6-jährige Kinder. N = Versuchspersonenanzahl, r = Korrelationskoeffizient. \*\*Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig). \* Korrelation ist auf dem Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). „-“ Skala wird in Elternversion (VBV) nicht erhoben.

#### **4.3.1.3 Kriteriumsvalidität der Langversion**

Zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität der Conners EC wurde zunächst eine Stichprobe von Kindern in psychiatrischen Kliniken und Psychotherapie-Ambulanzen erhoben. Hierbei wurden jedoch keine (Verdachts-)Diagnosen erhoben oder anhand weiterer klinischer Fragebögen Werte ermittelt. Diese Stichprobe von *Kindern mit klinischer Vorstellung* (1) wurde mit einer Zufallsziehung derselben Größe aus der Normstichprobe (2) verglichen. Das Alter und das Geschlecht der Kinder gingen als Kovariate in die Analysen ein. Beide Kovariaten hatten in den durchgeführten Analysen einen signifikanten Einfluss. In den Tabellen 21 und 22 finden sich die univariaten Effekte der klinischen Vorstellung.

##### *Elternversion*

In der Elternversion der Conners EC zeigt sich über alle Skalen hinweg ein signifikanter Einfluss des Haupteffekts klinischer Vorstellung. Alle ermittelten Unterschiede fielen zu Ungunsten der in den Kliniken und Ambulanzen vorstelligen Kinder aus. Für die Verhaltensskalen liegen die Effektgrößen in der Regel im mittleren Bereich ( $.078 \leq \eta^2 \leq .235$ ). Für die Entwicklungsmeilensteine ergaben sich Effektgrößen im kleinen bis mittleren Bereich ( $.037 \leq \eta^2 \leq .136$ ).

##### *Erzieherversion*

Auch in der Erzieherversion der Conners EC zeigte sich ein signifikanter Einfluss des Haupteffekts klinischer Vorstellung über alle Skalen hinweg. Ebenfalls fielen alle Mittelwertvergleiche zu Ungunsten (im Sinne auffälligerer Werte) der klinisch beeinträchtigten Kinder aus. Für die Verhaltensskalen lagen die Effektgrößen im kleinen bis mittleren Bereich ( $.046 > \eta^2 > .212$ ). Für die Entwicklungsmeilensteine ergaben sich Werte im mittleren Bereich ( $.117 > \eta^2 > .246$ ).

Tabelle 21

*Univariate Effekte der klinischen Vorstellung (Conners EC-Elternversion)*

Skala		Klinische Gruppe (1) (N = 76)	Kontrollgruppe (2) (N = 82)	F(df)	p	$\eta^2$	Sig. Paarvergleiche
<b>Empirische Skalen</b>							
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	23.43	10.06	47.35	.001	.235	1 > 2
	SE	14.04	6.82				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	19.12	12.45	15.60	.001	.092	1 > 2
	SE	10.49	6.73				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	22.24	12.04	39.48	.001	.204	1 > 2
	SE	11.09	6.73				
Ängstlichkeit	M	14.03	8.87	15.23	.001	.090	1 > 2
	SE	9.88	6.01				
<b>Subskalen</b>							
Feindseligkeit/Temperament	M	14.83	10.41	13.41	.001	.078	1 > 2
	SE	7.32	5.22				
Aggressives Verhalten	M	4.32	2.04	13.41	.001	.080	1 > 2
	SE	4.01	2.27				
Soziales Funktionsniveau	M	14.88	8.11	44.54	.001	.224	1 > 2
	SE	6.94	4.33				
Atypisches Verhalten	M	6.97	3.68	15.98	.001	.094	1 > 2
	SE	5.43	3.36				

Fortsetzung Tabelle 21

Schlafprobleme	M	3.26	1.45	18.23	.001	.106	1 > 2
	SE	3.09	1.85				
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>							
Stimmung und Affekt	M	10.08	6.37	18.40	.001	.107	1 > 2
	SE	5.35	4.04				
Physische Symptome	M	6.30	3.51	16.51	.001	.097	1 > 2
	SE	5.29	3.02				
<b>Entwicklungsmeilensteine</b>							
Allgemeine Entwicklung	M	39.99	20.39	13.55	.001	.081	1 > 2
	SE	31.48	19.57				
Adaptive Fähigkeiten	M	7.26	3.89	5.930	.016	.037	1 > 2
	SE	7.31	4.81				
Kommunikation	M	6.91	2.24	15.66	.001	.092	1 > 2
	SE	8.02	3.79				
Motorische Fähigkeiten	M	10.17	5.89	9.16	.003	.056	1 > 2
	SE	7.30	5.42				
Spiel	M	3.14	0.98	24.31	.001	.136	1 > 2
	SE	2.99	1.71				
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	M	12.49	7.38	8.75	.004	.054	1 > 2
	SE	9.45	6.22				

Anmerkung. F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>, M = Mittelwert, SE = Standardfehler.

Tabelle 22

*Univariate Effekte der klinischen Vorstellung (Conners EC- Erzieherversion)*

Skala	Klinische Gruppe (1) (N = 36)		Kontrollgruppe (2) (N = 73)	F(df)	p	$\eta^2$	Sig. Paarvergleiche
<b>Empirische Skalen</b>							
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	26.31	11.84	28.18	.001	.212	1 > 2
	SE	17.89	9.95				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	10.75	6.89	6.14	.015	.055	1 > 2
	SE	8.55	7.01				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	27.08	17.03	20.24	.001	.162	1 > 2
	SE	12.76	10.17				
Ängstlichkeit	M	8.69	5.04	11.59	.001	.099	1 > 2
	SE	5.96	5.48				
<b>Subskalen</b>							
Feindseligkeit/Temperament	M	6.14	4.18	5.12	.026	.046	1 > 2
	SE	4.64	3.77				
Aggressives Verhalten	M	4.61	2.71	5.49	.021	.050	1 > 2
	SE	4.58	3.77				
Soziales Funktionsniveau	M	18.08	11.82	17.48	.001	.143	1 > 2
	SE	8.86	6.30				
Atypisches Verhalten	M	5.44	3.12	10.66	.001	.092	1 > 2
	SE	4.47	3.53				

Fortsetzung Tabelle 22

<b>Theoriegeleitete Skalen</b>							
Stimmung und Affekt	M	6.86	4.30	9.71	.002	.085	1 > 2
	SE	3.68	4.17				
Physische Symptome	M	3.22	1.85	5.98	.016	.054	1 > 2
	SE	3.31	2.82				
<b>Entwicklungsmeilensteine</b>							
Allgemeine Entwicklung	M	41.08	15.64	34.22	.001	.246	1 > 2
	SE	29.55	13.98				
Adaptive Fähigkeiten	M	4.08	1.33	13.90	.001	.117	1 > 2
	SE	4.73	2.13				
Kommunikation	M	8.44	2.32	31.49	.001	.231	1 > 2
	SE	7.74	3.14				
Motorische Fähigkeiten	M	10.42	4.75	19.19	.001	.155	1 > 2
	SE	7.84	4.60				
Spiel	M	3.33	1.10	24.56	.001	.190	1 > 2
	SE	3.03	1.46				
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	M	15.92	8.10	28.50	.001	.213	1 > 2
	SE	9.70	4.82				

Anmerkung. F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>, M = Mittelwert, SE = Standardfehler.

#### 4.3.1.4 Demographische Einflüsse der Langversion

##### *Alters- und Geschlechtseffekte*

Zur Überprüfung von Alters- und Geschlechtseffekten wurden multivariaten Varianzanalysen gerechnet. Die Altersgruppen wurden hierbei nach dem Lebensalter in fünf Gruppen aufgeteilt: 2 Jahre, 3 Jahre, 4 Jahre, 5 Jahre und 6 Jahre. Alle Verhaltensskalen (aufgeteilt in die Gruppen empirische Verhaltensskalen und theoriegeleitete Verhaltensskalen), deren Subskalen, die Entwicklungsmeilensteine sowie die „Validitätsskalen“ wurden für die Eltern- und Erzieherversion überprüft. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der multivariaten Analyse kurz dargestellt. Eine tabellarische Übersicht der univariaten signifikanten Effekte findet sich in Anhang J. Post-Hoc Analysen für paarweise Vergleiche wurden für die signifikanten Ergebnisse der multivariaten Analysen berechnet.

##### *Elternversion*

Für die Elternversion wurden fünf MANOVAS bezüglich der Haupteffekte Alter und Geschlecht sowie deren Interaktion durchgeführt: 1) Die empirischen Verhaltensskalen; 2) die Subskalen der Verhaltensskalen; 3) die theoriegeleiteten Verhaltensskalen; 4) die Entwicklungsmeilensteine; 5) die Validitätsskalen. Die Ergebnisse der multivariaten Analyse sind in Tabelle 23 abgebildet. Signifikante Haupteffekte konnten für das Alter und das Geschlecht identifiziert werden. Die Interaktion Alter x Geschlecht hatte jedoch keinen Einfluss auf die beschriebenen Skalen. Im Folgenden wurden für die signifikanten Haupteffekte univariate Analysen auf Skalenebene analysiert. Eine tabellarische Übersicht dieser univariaten Analyse befindet sich in Anhang J.

*Haupteffekt Alter:* Signifikante Alterseffekte ergaben sich für die Conners EC für die empirische Skala *Feindseliges/Aggressives Verhalten*, wobei ältere Kinder tendenziell weniger hohe Werte (im Sinne stärkerer Auffälligkeiten) erreichten als jüngere Kinder. Auf Subskalenebene ergaben sich signifikante Alterseffekte für die Skalen *Feindseligkeit/Temperament* und *Aggressives Verhalten*. Für die Entwicklungsmeilensteinskalen ergaben sich signifikante Alterseffekte für die Subskalen *Allgemeine Entwicklung*, *Adaptive Fähigkeiten*, *Kommunikation*, *Motorische Fähigkeiten*, *Spiel* und *Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten*. Für die Verhaltens(sub)skalen ergaben sich kleine Effektgrößen ( $.021 \leq \eta^2 \leq .026$ ). Für die Entwicklungsmeilensteine zeigten sich mittelstarke bis große Effekte ( $.068 \leq \eta^2 \leq .315$ ), wobei ältere Kinder durchweg niedrigere Werte (im Sinne weiterentwickelter Fertigkeiten) in der Beurteilung erhielten.

*Haupteffekt Geschlecht:* Signifikante Geschlechtsunterschiede ergaben sich in den Conners EC für die empirischen Skalen *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, Feindseliges/Aggressives Verhalten, Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten* sowie für die theoriegeleitete Skala *Physische Symptome*. Für die Subskalen *Feindseligkeit/Temperament, Aggressives Verhalten, Soziales Funktionsniveau, Atypisches Verhalten* ergaben sich ebenfalls bedeutsame Unterschiede. Für die Entwicklungsmeilensteinskalen *Allgemeine Entwicklung, Adaptive Fähigkeiten, Kommunikation, Motorische Fähigkeiten, Spiel, Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten* konnten signifikante Geschlechtsunterschiede identifiziert werden. Ebenfalls zeigten sich die Unterschiede für die Validitätsskala *Negativer Eindruck*. Die Effektgrößen lagen über alle Skalen hinweg im kleinen Bereich ( $.005 \leq \eta^2 \leq .065$ ). Für die Verhaltensskalen sowie die Validitätsskalen fielen die Ergebnisse zu „Ungunsten“ der Jungen aus (mit einer Ausnahme: auf der Skala *Physische Symptome* erreichten Mädchen höhere Werte). Jungen erzielten höhere Werte (im Sinne stärkerer Auffälligkeiten) auf allen Verhaltensskalen. Auch die Skalen der erreichten Entwicklungsmeilensteine fielen zu Ungunsten der Jungen aus. Die im Durchschnitt niedrigeren Werte sprechen (aufgrund der invertierten Fragen) für ein früheres Erreichen der Entwicklungsmeilensteine bei Mädchen.

Tabelle 23

*Multivariate Effekte des Alters und Geschlechts auf die Conners EC Elternversion*

Analyse	Unabhängige Variablen	Wilks Lambda	F	df	p	$\eta^2$ *
Empirische Skalen	Geschlecht	.96	8.05	4	.001	0.44
	Alter	.94	2.50	16	.001	0.14
	Geschlecht x Alter	.98	0.71	16	.787	-
Subskalen	Geschlecht	.91	14.23	5	.001	.093
	Alter	.93	2.53	20	.001	.018
	Geschlecht x Alter	.97	0.98	20	.490	-
Theoriegeleitete Skalen	Geschlecht	.99	2.64	3	.049	.011
	Alter	.98	1.43	12	.145	-
	Geschlecht x Alter	.97	1.68	12	.066	-
Entwicklungsmeilensteine	Geschlecht	.97	3.51	6	.002	.029
	Alter	.57	17.53	24	.001	.130
	Geschlecht x Alter	.98	0.69	24	.863	-

Fortsetzung Tabelle 23

Validitätsskalen	Geschlecht	.97	6.30	3	.001	.026
	Alter	.97	1.64	12	.075	-
	Geschlecht x Alter	.98	1.33	12	.193	-

Anmerkung. F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>.

*Erziehverversion*

Für die Erziehverversion wurden fünf MANOVAS bezüglich der Haupteffekte Alter und Geschlecht sowie deren Interaktion durchgeführt: 1) für die empirischen Verhaltensskalen; 2) für die Subskalen der Verhaltensskalen; 3) für die theoriegeleiteten Verhaltensskalen; 4) für die Entwicklungsmeilensteine; 5) für die Validitätsskalen. Die Ergebnisse der multivariaten Analyse sind in Tabelle 24 abgebildet. Signifikante Haupteffekte konnten für das Alter und das Geschlecht identifiziert werden. Zusätzlich zeigte sich bei den theoriegeleiteten Verhaltensskalen ein Interaktionseffekt aus Alter x Geschlecht. Im Folgenden wurden für die signifikanten Haupteffekte univariate Analysen auf Skalenebene analysiert. Eine tabellarische Übersicht dieser univariaten Analyse befindet sich in Anhang J.

*Haupteffekt Alter:* Signifikante Alterseffekte ergaben sich für die Conners EC für die empirische Skala *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität*, wobei jüngere Kinder (2-3-Jährige) höhere Werte (im Sinne stärkerer Auffälligkeiten) erreichten als ältere Kinder (6-Jährige). Für die Entwicklungsmeilensteinskalen *Allgemeine Entwicklung*, *Adaptive Fähigkeiten*, *Kommunikation*, *Motorische Fähigkeiten*, *Spiel* und *Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten* ergaben sich ebenfalls signifikante Alterseffekte. Für die Verhaltensskala *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität* ergab sich ein kleiner Effekt ( $\eta^2 = .037$ ) zu Ungunsten der Zwei- bis Dreijährigen. Für die Entwicklungsmeilensteine zeigten sich mittelstarke bis große Effekte ( $.232 \leq \eta^2 \leq .607$ ), wobei ältere Kinder durchweg niedrigere Werte (im Sinne weiterentwickelter Fertigkeiten) in der Beurteilung erhielten als jüngere Kinder.

*Haupteffekt Geschlecht:* Signifikante Geschlechtsunterschiede ergaben sich für die Conners EC bei den empirischen Skalen *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität*, *Feindseliges/Aggressives Verhalten*, *Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten* sowie für die Subskalen *Aggressives Verhalten*, *Soziales Funktionsniveau* und *Atypisches Verhalten*. Für die Entwicklungsmeilensteinskalen *Allgemeine Entwicklung*, *Adaptive Fähigkeiten*, *Kommunikation*, *Motorische Fähigkeiten*, *Spiel*, *Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten* ergaben sich ebenfalls signifikante Geschlechtsunterschiede, wie auch für die Validitätsskalen *Positiver Eindruck* und *Negativer Eindruck*. Die Effektgrößen lagen über alle Skalen hinweg im kleinen Bereich ( $.009 \leq \eta^2 \leq .037$ ). Für die Verhaltensskalen sowie die Validitätsskala *Negativer*

*Eindruck* fielen die Ergebnisse zu Ungunsten der Jungen aus; sie erreichten höhere Werte auf allen Skalen. Auch wurden sie bei den Entwicklungsmeilensteinen als weniger fortgeschritten beurteilt als die Mädchen. Diese erreichten auf der Skala *Positiver Eindruck* höhere Werte (im Sinne einer positiveren Bewertung des Verhaltens) als Jungen.

*Interaktionseffekt Alter x Geschlecht*: Obwohl der Einfluss der Interaktion in der multivariaten Analyse einen signifikanten Effekt hatte, konnte auf univariater Ebene kein signifikanter Einfluss der Interaktion festgestellt werden.

Tabelle 24

*Multivariate Effekte des Alters und Geschlechts auf die Conners EC Erzieherversion*

Analyse	Unabhängige Variablen	Wilks Lambda	F	df	p	$\eta^2$
Empirische Skalen	Geschlecht	.94	9.26	4	.001	.062
	Alter	.93	2.53	16	.001	.018
	Geschlecht x Alter	.99	0.49	16	.954	-
Subskalen	Geschlecht	.95	8.20	4	.001	.055
	Alter	.96	1.43	16	.117	-
	Geschlecht x Alter	.98	0.85	16	.634	-
Theoriegeleitete Skalen	Geschlecht	.99	3.08	2	.047	.010
	Alter	.99	1.13	8	.337	-
	Geschlecht x Alter	.97	2.10	8	.033	.014
Entwicklungsmeilensteine	Geschlecht	.96	3.82	6	.001	.041
	Alter	.26	37.32	24	.001	.288
	Geschlecht x Alter	.95	1.06	24	.387	-
Validitätsskalen	Geschlecht	.98	4.44	3	.004	.024
	Alter	.97	1.45	12	.137	-
	Geschlecht x Alter	.98	.99	12	.453	-

*Anmerkung.* F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>.

### Bildungsstand der Eltern

Als weiterer Einflussfaktor wurde der Bildungsstand der Eltern (getrennt für Mütter und Väter) erhoben. Angegeben wurde der jeweils höchste erreichte Bildungsabschluss: (1) kein Abschluss; (2) Hauptschulabschluss; (3) Realschulabschluss; (4) Abitur; (5) Fachhochschulabschluss; (6) Universitätsabschluss. Hierzu wurden vier MANOVAS (für Eltern- und Erzieherfragebogen getrennt) berechnet, wobei Alter und Geschlecht als Kovariaten in die Analyse aufgenommen wurden. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse kurz dargestellt. Eine tabellarische Übersicht der univariaten Effekte findet sich im Anhang J. Die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalysen für beide Elternteile werden in Tabelle 25 präsentiert.

Tabelle 25

#### Multivariate Effekte des Bildungsstandes der Eltern auf die Conners EC Eltern- und Erzieherversion

Analyse	Conners EC Elternversion						Conners EC Erzieherversion					
	UV	$\Lambda$	F	df	p	$\eta^2$	UV	$\Lambda$	F	df	p	$\eta^2$
Empirische Skalen	Bildung	.881	3.10	20	.001	.031	Bildung	.880	2.81	20	.001	.032
	Mutter						Mutter					
	Bildung	.900	2.00	20	.005	.026	Bildung	.875	2.26	20	.001	.033
	Vater						Vater					
Subskalen	Bildung	.887	2.34	25	.001	.024	Bildung	.905	2.21	20	.002	.025
	Mutter						Mutter					
	Bildung	.909	1.41	25	.085	-	Bildung	.928	1.28	20	.186	-
	Vater						Vater					
Theoriegeleitete Skalen	Bildung	.940	3.09	10	.001	.030	Bildung	.943	2.61	10	.004	.029
	Mutter						Mutter					
	Bildung	.967	1.27	10	.246	-	Bildung	.930	2.54	10	.005	.036
	Vater						Vater					
Entwicklungsmeilensteine	Bildung	.881	2.08	30	.001	.025	Bildung	.879	1.79	30	.005	.025
	Mutter						Mutter					
	Bildung	.880	1.61	30	.021	.025	Bildung	.877	1.41	30	.071	-
	Vater						Vater					
Validitätsskalen	Bildung	.931	2.34	15	.003	.024	Bildung	.946	1.60	15	.067	-
	Mutter						Mutter					
	Bildung	.952	1.23	16	.243	-	Bildung	.936	1.48	15	.106	-
	Vater						Vater					

Anmerkung. F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>.  $\Lambda$  =

Wilks' Lambda. UV = Unabhängige Variable.

Das mütterliche Bildungsniveau zeigte einen Einfluss auf nahezu allen Skalen (mit Ausnahme der Validitätsskalen der Erzieherversion) der Eltern- und Erzieherversion der Conners EC. Es zeigten sich hierbei kleine Effektstärken über alle Skalen hinweg. Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich insbesondere zwischen Müttern ohne Bildungsabschluss bzw. mit einem Hauptschulabschluss im Vergleich zu den anderen genannten Abschlüssen. Für das väterliche Bildungsniveau zeigten sich weniger bedeutsame Einflüsse für die Skalen der Conners EC. In der Elternversion hatte das väterliche Bildungsniveau Einfluss auf die empirischen Verhaltensskalen sowie die Entwicklungsmeilensteine; in der Erzieherversion auf die empirischen und theoriegeleiteten Verhaltensskalen. Hierbei zeigten sich ebenfalls durchweg kleine Effektgrößen.

### **4.3.2 Validität der Kurzversion & des Global Index**

Im Folgenden sollen die Analysen der diskriminanten und der konvergenten Validität der Kurzversionen der Conners EC vorgestellt werden.

#### **4.3.2.1 Konstruktvalidität der Kurzversion & des Global Index**

##### *Skaleninterkorrelation*

Zur Überprüfung der Skalen der Kurzversion der Conners EC wurden die Skalen mit denen der Langversion der gesamten Normstichprobe miteinander korreliert. Tabelle 26 listet die Ergebnisse der Analyse auf. Die Korrelationen lagen zum überwiegenden Teil in einem (sehr) hohen Bereich (Werte  $>.90$  mit Ausnahme der Skalen *Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten* und *Ängstlichkeit* in der Elternversion). Alle Ergebnisse sind ebenfalls signifikant ( $p < 0.001$ ).

Zur Überprüfung der angenommenen multidimensionalen Struktur wurden die Skalen der Conners EC Verhaltenskurzskalen miteinander korreliert. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 27 und 28 abgebildet. Die Ergebnisse für den Global Index findet sich in Tabelle 29. Die moderaten Ergebnisse der Verhaltensskalen weisen auf die angenommene Multidimensionalität des Fragebogens hin.

Tabelle 26

*Interkorrelation der Verhaltensskalen der Conners EC Lang- und Kurzversion*

Skala	Elternversion (r)	Erzieherversion (r)
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	.95	.95
Feindseliges/Aggressives Verhalten	.92	.91
Soz. Funktionsniveau/Atypisches Verhalten	.81	.90
Ängstlichkeit	.87	.91
Stimmung und Affekt	.95	.93
Physische Symptome	.92	.94

*Anmerkung.* r = Korrelationskoeffizient. Alle Korrelationen sind signifikant bei  $p < .001$ .  
 Paarweiser Fallausschluss bei fehlenden Werten (Elternbeurteilung: N = 735-745  
 Erzieherbeurteilung: N = 593-609).

Tabelle 27

*Skaleninterkorrelation Verhaltenskurzskalen (Elternversion)*

Skala	1	2	3	4	5	6
Verhaltenskurzskalen						
1. Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	1					
2. Feindseliges/Aggressives Verhalten	.48**	1				
3. Soziales Funktionsniveau/Atypisches	.39**	.34**	1			
4. Ängstlichkeit	.31**	.32**	.30**	1		
5. Stimmung und Affekt	.54**	.82**	.45**	.49**	1	
6. Physische Symptome	.31**	.31**	.24**	.45**	.42**	1

*Anmerkung.* Paarweiser Fallausschluss für fehlende Fälle . N = 789-794, \*\*Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig). \* Korrelation ist auf dem Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig).

Tabelle 28

*Skaleninterkorrelation Verhaltenskurzskalen (Erzieherversion)*

Skala	1	2	3	4	5	6
Verhaltenskurzskalen						
1. Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	1					
2. Feindseliges/Aggressives Verhalten	.40**	1				
3. Soziales Funktionsniveau/Atypisches	.45**	.40**	1			
4. Ängstlichkeit	.28**	.17**	.34**	1		
5. Stimmung und Affekt	.49**	.57**	.54**	.50**	1	
6. Physische Symptome	.30**	.29**	.32**	.44**	.44**	1

*Anmerkung.* Paarweiser Fallausschluss für fehlende Fälle. N = 656-665, \*\*Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig). \* Korrelation ist auf dem Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig).

Tabelle 29

*Skaleninterkorrelation Global Index (Elternversion und Erzieherversion)*

Skala	1	2	3	Skala	1	2	3
Global Index				Global Index			
1. Global Index Gesamt	1			1. Global Index Gesamt	1		
2. Rastlos-Impulsiv	.96**	1		2. Rastlos-Impulsiv	.95**	1	
3. Emotional-Labil	.80**	.60**	1	3. Emotional-Labil	.84**	.64**	1

*Anmerkung.* Paarweiser Fallausschluss für fehlende Fälle. Anzahl Eltern = 793-794, Anzahl Erzieher = 658 -663. \*\*Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig).

**4.3.2.2 Konvergente und divergente Validität der Verhaltenskurzskalen & Global Index**

Die Conners EC Verhaltenskurzskalen wurden mit anderen Maßen zur Erfassung kindlicher Psychopathologie korreliert: 1. dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) sowie 2. dem Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder 3-6 (VBV). Insgesamt zeigten sich Konvergenzen und Divergenzen analog zur Langversion in inhaltlich sinnvoller Weise.

Eine Übersicht über alle Zusammenhangsmaße der Conners EC Verhaltenskurzskalen mit den erhobenen Fragebögen SDQ und VBV finden sich in Anhang G. In Tabelle 30 sind die wichtigsten Konvergenzen der Conners EC Verhaltenskurzskalen aufgeführt.

Tabelle 30

*Zusammenhangsmaße der Conners EC Verhaltenskurzskalen mit weiteren relevanten Fragebögen*

<b>Conners EC Verhaltenskurzskalen</b>	Maße des SDQ (N = 409 -512); VBV (N = 408 -515)	<b>Elternversion (r)</b>	<b>Erzieherversion (r)</b>
	SDQ <i>Hyperaktivität/ Aufmerksamkeitsprobleme</i>	.84**	.87**
Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	VBV Unruhe Aufmerksamkeitsschwäche/ Motorische Unruhe	.83**	.78**
	VBV Hyperaktivität Spielausdauer	.80**	.88**
	SDQ <i>Verhaltensauffälligkeiten</i>	.69**	.62**
	VBV <i>Impulsives und oppositionelles Verhalten Eltern/Erzieher</i>	.73**	.63**
Feindseliges/ Aggressives Verhalten	VBV <i>Oppositionelles aggressives Verhalten</i>	.78**	.72**
	VBV <i>Verbale körperliche Aggressionen Geschwisterkinder/ Verbale Aggressionen Kinder</i>	.69**	.63**
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	SDQ <i>Probleme mit Gleichaltrigen</i>	.60**	.70**
	VBV <i>Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit</i>	-	-.67**
	SDQ <i>Emotionale Probleme</i>	.46**	.58**
Ängstlichkeit	VBV <i>Emotionale Labilität</i>	.50**	.43**
	VBV <i>Emotionale Auffälligkeiten</i>	.58**	.55**
Stimmung und Affekt	SDQ <i>Emotionale Probleme</i>	.53**	.50**
	VBV <i>Emotionale Labilität</i>	.53**	.48**

*Anmerkung.* SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, VBV = Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder, BBK = Beobachtungsbogen für 3- bis 6-jährige Kinder. N = Versuchspersonenanzahl, r = Korrelationskoeffizient. \*\*Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig). \* Korrelation ist auf dem Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). „-“ Skala wird in Elternversion (VBV) nicht erhoben.

Die Global Index Skalen der Conners wurden ebenfalls mit anderen Maßen zur Erfassung kindlicher Psychopathologie korreliert: 1. dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) sowie 2. dem Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder 3-6 (VBV). Insgesamt zeigten sich Konvergenzen und Divergenzen in inhaltlich sinnvoller Weise. Eine Übersicht über alle Zusammenhangsmaße des Conners EC Global Index mit den erhobenen Fragebögen SDQ

und VBV finden sich im Anhang G. In Tabelle 31 sind die wichtigsten Konvergenzen des Conners EC Global Index aufgeführt.

Tabelle 31

*Zusammenhangsmaße des Conners EC Global Index mit weiteren relevanten Fragebögen*

<b>Conners EC Global Index</b>	Maße des SDQ (N = 409 -512), VBV (N = 408 -515)	<b>Elternversion (r)</b>	<b>Erzieherversion (r)</b>
Global Index	SDQ <i>Gesamtwert</i>	.75**	.76**
	SDQ	.81**	.83**
	Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme		
	VBV Aufmerksamkeitsschwäche/ Motorische Unruhe	.81**	.83**
Rastlos-Impulsiv	VBV Hyperaktivität/ Spieldauer	.79**	.80**
	SDQ Emotionale Probleme	.39**	.40**
Emotional-Labil	VBV Emotionale Labilität	.60**	.41**
	VBV Emotionale Auffälligkeiten	.40**	.28**

*Anmerkung.* SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, VBV = Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder, BBK = Beobachtungsbogen für 3- bis 6-jährige Kinder. N = Versuchspersonenanzahl, r = Korrelationskoeffizient. \*\*Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig). \* Korrelation ist auf dem Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). „-“ Skala wird in Elternversion (VBV) nicht erhoben.

#### 4.3.2.3. Kriteriumsvalidität der Kurzversion & des Global Index

Zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität der Conners EC wurde zunächst eine Stichprobe von Kindern in psychiatrischen Kliniken und Psychotherapie-Ambulanzen erhoben. Hierbei wurden jedoch keine (Verdachts-)Diagnosen erhoben oder weitere Werte anhand klinischer Fragebögen ermittelt. Diese Stichprobe von Kindern mit klinischer Vorstellung (1) wurde mit einer Zufallsziehung derselben Größe aus der Normstichprobe (2) verglichen. Das Alter und das Geschlecht der Kinder gingen als Kovariate in die Analysen ein. Beide Kovariaten hatten in den durchgeführten Analysen einen signifikanten Einfluss. In den Tabellen 32 und 33 finden sich die univariaten Effekte der klinischen Vordiagnose.

#### *Verhaltenskurzskalen*

Die Ergebnisse der univariaten Effekte der klinischen Vorstellung der Conners EC Kurzversion findet sich Anhang J.

### Elternversion

In der Elternversion der Conners EC zeigte sich über alle Kurzskalen hinweg ein signifikanter Haupteffekt der klinischen Vorstellung. Alle ermittelten Unterschiede fielen zu Ungunsten der in den Kliniken und Ambulanzen vorstelligen Kinder aus. Die Effektgrößen lagen im mittleren Bereich ( $.046 \leq \eta^2 \leq .230$ ).

### Erziehverversion

Auch in der Erziehverversion der Verhaltenskurzskalen zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt klinischer Vorstellung über die meisten Skalen hinweg. Für die Skalen *Feindseliges/Aggressives Verhalten* und *Physische Symptome* konnten keine Unterschiede gefunden werden. Analog zu den Ergebnissen der Langversionen fielen alle Mittelwertvergleiche zu Ungunsten der klinisch beeinträchtigten Kinder aus. Für die Verhaltensskalen lagen die Effektgrößen im kleinen bis mittleren Bereich ( $.068 \leq \eta^2 \leq .276$ ).

Tabelle 32

### Univariate Effekte der klinischen Vorstellung auf die Verhaltenskurzskalen der Conners EC (Elternversion)

Skala		Klinische Vorstellung (1) (N = 78)	Kontrollgruppe (2) (N = 65)	F(df)	p	$\eta^2$	Sig. Paarver.
<b>Empirische Skalen</b>							
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	9.60	4.22	41.64	.001	.230	1 > 2
	SE	5.99	3.30				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	7.86	5.12	17.15	.001	.110	1 > 2
	SE	4.45	3.11				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	4.14	1.98	18.99	.001	.120	1 > 2
	SE	3.42	1.89				
Ängstlichkeit	M	6.37	4.80	6.77	.010	.046	1 > 2
	SE	4.47	3.21				
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>							
Stimmung und Affekt	M	7.38	4.12	29.58	.001	.173	1 > 2
	SE	4.19	2.98				
Physische Symptome	M	4.09	2.03	18.14	.001	.114	1 > 2
	SE	3.92	3.30				

Anmerkung. F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>, M = Mittelwert, SE = Standardfehler. Sig. Paarver. = Signifikante Paarvergleiche.

Tabelle 33

*Univariate Effekte der klinischen Vorstellung auf die Verhaltenskurzskalen der Conners EC (Erzieherversion)*

Skala		Klinische Vorstellung (1) (N = 40)	Kontrollgruppe (2) (N = 62)	F(df)	p	$\eta^2$	Sig. Paarver.
<b>Empirische Skalen</b>							
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	9.63	3.81	37.39	.001	.276	1 > 2
	SE	6.38	3.34				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	3.23	2.18	3.86	.052	-	-
	SE	3.03	2.17				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	6.25	3.10	19.02	.001	.163	1 > 2
	SE	4.54	3.06				
Ängstlichkeit	M	3.80	2.27	7.19	.009	.068	1 > 2
	SE	3.28	2.42				
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>							
Stimmung und Affekt	M	4.38	2.61	14.16	.001	.124	1 > 2
	SE	2.71	2.11				
Physische Symptome	M	2.28	1.45	2.96	.089	-	-
	SE	2.90	1.95				

*Anmerkung.* F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>, M = Mittelwert, SE = Standardfehler. Sig. Paarver. = Signifikante Paarvergleiche.

In den Tabellen 34 und 35 finden sich die univariaten Effekte der klinischen Vorstellung der Conners EC für den *Global Index*. Das Alter und das Geschlecht der Kinder gingen als Kovariaten in die Analysen ein.

Die klinische Vorstellung hatte auf alle Skalen des Conners EC *Global Index* (Eltern- und Erzieherversion) einen signifikanten Einfluss. Die Effektgrößen liegen im mittleren bis hohen Bereich ( $.121 \leq \eta^2 \leq .268$ )

Tabelle 34

*Univariate Effekte der klinischen Vorstellung auf den Global Index der Conners EC (Elternversion)*

Skala		Klinische Vorstellung (1) (N = 79)	Kontrollgruppe (2) (N = 66)	F(df)	p	$\eta^2$	Sig. Paarvergleiche
<b>Conners Global Index</b>							
Gesamtwert	M	14.42	7.44	43.58	.001	.236	1 > 2
	SE	7.72	4.47				
Rastlos-Impulsiv	M	10.54	5.14	46.64	.001	.249	1 > 2
	SE	5.82	3.09				
Emotional Labil	M	3.87	2.30	19.32	.001	.121	1 > 2
	SE	2.51	1.79				

*Anmerkung.* F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>, M = Mittelwert, SE = Standardfehler.

Tabelle 35

*Univariate Effekte der klinischen Vorstellung auf den Global Index der Conners EC (Erzieherversion)*

Skala		Klinische Vorstellung (1) (N = 41)	Kontrollgruppe (2) (N = 64)	F(df)	p	$\eta^2$	Sig. Paarvergleiche
<b>Conners Global Index</b>							
Gesamtwert	M	11.80	5.02	36.92	.001	.268	1 > 2
	SE	7.79	4.04				
Rastlos-Impulsiv	M	8.22	3.28	36.33	.001	.265	1 > 2
	SE	5.73	2.86				
Emotional Labil	M	3.59	1.73	19.65	.001	.163	1 > 2
	SE	2.75	1.66				

*Anmerkung.* F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>, M = Mittelwert, SE = Standardfehler.

#### 4.3.2.4 Demographische Einflüsse der Kurzversion & des Global Index

##### *Alters- und Geschlechtseffekte der Verhaltenskurzskalen*

Zur Überprüfung von Alters- und Geschlechtseffekten der Kurzversion und des Global Index wurden multivariate Varianzanalysen gerechnet. Die Altersgruppen wurden hierbei nach dem Lebensalter in fünf Gruppen aufgeteilt: 2 Jahre, 3 Jahre, 4 Jahre, 5 Jahre und 6 Jahre. Alle Verhaltensskalen wurden für die Eltern- und Erzieherversion überprüft. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der multivariaten Analyse kurz dargestellt. Eine tabellarische Übersicht der univariaten signifikanten Effekte findet sich in Anhang J. Post-Hoc Analysen für Paarweise Vergleiche wurden für die signifikanten Ergebnisse der multivariaten Analysen berechnet.

##### *Elternversion*

Für die Elternversion wurden zwei MANOVAS bezüglich der Haupteffekte Alter und Geschlecht sowie deren Interaktion durchgeführt: 1) für die empirischen Verhaltensskalen und 2) für die theoriegeleiteten Verhaltensskalen. Die Ergebnisse der multivariaten Analyse sind in Tabelle 36 abgebildet. Signifikante Haupteffekte konnten für Alter und Geschlecht identifiziert werden. Die Interaktion Alter x Geschlecht hatte keinen Einfluss auf die beschriebenen Skalen. Im Folgenden werden für die signifikanten Haupteffekte univariate Analysen auf Skalenebene analysiert. Eine tabellarische Übersicht der univariaten Analyse befindet sich in Anhang J.

*Haupteffekt Alter:* Signifikante Alterseffekte ergaben sich für die Conners EC Kurzversion für die empirische Skala *Feindseliges/Aggressives Verhalten* (wobei ältere Kinder niedrigere Werte im Sinne geringerer Auffälligkeiten in der Beurteilung erhielten) und für die theoriegeleitete Skala *Physische Symptome*, wobei ältere Kinder tendenziell höhere Werte (im Sinne stärkerer Auffälligkeiten) erreichten als jüngere Kinder. Es ergaben sich hierbei kleine Effektgrößen ( $.014 \leq \eta^2 \leq .029$ ).

*Haupteffekt Geschlecht:* Signifikante Geschlechtsunterschiede ergaben sich in den Conners EC für die empirischen Skalen *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität*, *Feindseliges/Aggressives Verhalten*, *Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten* sowie für die theoriegeleitete Skala *Physische Symptome*. Die Effektgrößen lagen über alle Skalen hinweg im kleinen Bereich ( $.006 \leq \eta^2 \leq .014$ ). Für die Verhaltensskalen fielen die Ergebnisse zu Ungunsten der Jungen aus (mit einer Ausnahme: auf der Skala *Physische Symptome* erreichten die Mädchen höhere Werte im Sinne stärkerer Auffälligkeiten).

Tabelle 36

*Multivariate Effekte des Alters und Geschlechts der Conners EC Verhaltenskurzskalen (Elternversion)*

Analyse	Unabhängige Variablen	Wilks Lambda	F	df	p	$\eta^2$
Empirische Skalen	Geschlecht	.97	5.34	4	.001	.030
	Alter	.95	2.20	16	.004	.012
	Geschlecht x Alter	.98	.81	16	.674	-
Theoriegeleitete Skalen	Geschlecht	.98	8.00	2	.001	.022
	Alter	.97	2.62	8	.007	.015
	Geschlecht x Alter	.99	1.10	8	.358	-

*Anmerkung.* F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>.

*Erzieherversion*

Für die Erzieherversion wurden zwei MANOVAS bezüglich der Haupteffekte Alter und Geschlecht sowie deren Interaktion durchgeführt: 1) für die empirischen Verhaltensskalen und 2) für die theoriegeleiteten Verhaltensskalen. Die Ergebnisse der multivariaten Analyse sind in Tabelle 37 abgebildet. Signifikante Haupteffekte konnten für Alter und Geschlecht innerhalb der *empirischen Verhaltensskalen* identifiziert werden. Die Interaktion Alter x Geschlecht hatte keinen Einfluss auf die beschriebenen Skalen. Im Folgenden werden für die signifikanten Haupteffekte univariate Analysen auf Skalenebene durchgeführt. Eine tabellarische Übersicht der univariaten Analyse befindet sich in Anhang J.

*Haupteffekt Alter:* Signifikante Alterseffekte ergaben sich für die Conners EC für die empirische Skala *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität*, wobei ältere Kinder tendenziell niedrigere Werte (im Sinne geringerer Auffälligkeiten) erreichten als jüngere Kinder. Die Effektgröße ( $\eta^2 = .029$ ) kann als klein bezeichnet werden.

*Haupteffekt Geschlecht:* Signifikante Geschlechtsunterschiede ergaben sich für die Conners EC für die empirischen Skalen *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität*, *Feindseliges/Aggressives Verhalten* und *Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten*. Die Effektgrößen lagen über alle Skalen hinweg im kleinen Bereich ( $.010 \leq \eta^2 \leq .038$ ). Folglich lässt sich im Vergleich zur Elternversion auch für die Erzieherversion der Conners EC zeigen, dass Jungen tendenziell höhere Werte (im Sinne stärkerer Auffälligkeiten) als Mädchen erreichten.

Tabelle 37

*Multivariate Effekte des Alters und Geschlechts der Conners EC Verhaltenskurzskalen (Erzieherversion)*

Analyse	Unabhängige Variablen	Wilks Lambda	F	df	p	$\eta^2$
<b>Empirische Skalen</b>	Geschlecht	.952	7.23	4	.001	.048
	Alter	.923	2.88	16	.001	.020
	Geschlecht x Alter	.986	.498	16	.949	-
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>	Geschlecht	.998	.730	2	.482	-
	Alter	.983	1.221	8	.283	-
	Geschlecht x Alter	.978	1.658	8	.105	-

Anmerkung. F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>.

*Effekte des Bildungsstands der Eltern in den Verhaltenskurzskalen*

Das mütterliche und väterliche Bildungsniveau zeigten einen Einfluss auf die empirischen Kurzskalen beider Fragebogenversionen und auf die theoriegeleiteten Skalen der Conners EC Erzieherversion (Tabelle 38). Eine Übersicht der Auswertung der univariaten Analysen befindet sich im Anhang J. Die Effektstärken lagen hierbei über alle Skalen hinweg im kleinen Bereich. Die häufigsten Gruppenunterschiede ergaben sich bei Eltern mit Hauptschulabschluss (bzw. keinem Schulabschluss) im Vergleich zu Eltern mit dem Schulabschluss Abitur oder höher (Fachhochschule, Universität). Dies zeigte sich sowohl für die Eltern- als auch für die Erzieherversion.

Tabelle 38

*Multivariate Effekte des Bildungsstandes der Eltern der Conners EC Verhaltenskurzskalen (Eltern- und Erzieherversion)*

Analyse	Conners EC Elternversion						Conners EC Erzieherversion					
	UV	$\Lambda$	F	df	p	$\eta^2$	UV	$\Lambda$	F	df	p	$\eta^2$
<b>Empirische Skalen</b>	Bildung Mutter	.885	3.05	20	.001	.030	Bildung Mutter	.927	1.67	20	0.32	.019
	Bildung Vater	.893	2.15	20	.002	.028	Bildung Vater	.889	2.01	20	.005	.029

Fortsetzung Tabelle 38

<b>Theoriegeleitete Skalen</b>	Bildung	.967	1.66	10	.087	-	Bildung	.942	2.66	20	.003	.029
	Mutter						Mutter					
	Bildung	.965	1.38	10	.187	-	Bildung	.943	2.03	10	.028	.029
	Vater						Vater					

Anmerkung. F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>.  $\Lambda$  = Wilks' Lambda. UV = Unabhängige Variable.

*Alters- und Geschlechtseffekte des Global Index*

Haupteffekte konnten für den *Global Index* der *Conners EC*, für das Geschlecht (Eltern- und Erzieherversion) und das Alter (nur Elternversion) identifiziert werden. Für den Interaktionseffekt Alter x Geschlecht zeigte sich in den Analysen kein Einfluss. Die Ergebnisse der multivariaten Analyse sind in Tabelle 39 abgebildet. Die Ergebnisse der univariaten Analyse befinden sich im Anhang J.

*Haupteffekt Alter:* In der Erzieherversion ergaben sich signifikante Unterschiede für die Skala *Emotional Labil*. Der Effekt ( $\eta^2 = .024$ ) lag ebenfalls im kleinen Bereich, wobei ältere Kinder tendenziell höhere Werte (im Sinne stärkerer Auffälligkeit) erhielten als jüngere Kinder.

*Haupteffekt Geschlecht:* Signifikante Geschlechtsunterschiede ergaben sich in der Elternversion für die Skalen *Rastlos-Impulsiv* und den *Gesamtwert* des *Global Index*; für die Erzieherversion für die Skalen *Rastlos-Impulsiv*, *Emotional Labil* sowie den *Gesamtwert* des *Global Index*. Die Effektstärken ( $.009 \leq \eta^2 \leq .038$ ) lagen im kleinen Bereich, wobei Jungen höhere Werte (im Sinne stärkerer Auffälligkeit) erhielten als Mädchen.

Tabelle 39

*Multivariate Effekte des Alters und Geschlechts auf den Conners EC Globaler Index (Eltern- und Erzieherversion)*

Analyse			Unabhängige Variablen	Wilks Lambda	F	df	p	$\eta^2$
Conners EC Global Index			Alter	.978	5.22	3	.001	.022
			Geschlecht	.960	2.40	12	.004	.013
			Alter x Geschlecht	.974	1.54	12	.102	-
<b>Elternversion</b>								
Conners EC Global Index			Alter	.972	1.40	3	.157	-
			Geschlecht	.964	7.24	12	.001	.036
			Alter x Geschlecht	.987	.638	12	.811	-
<b>Erzieherversion</b>								

Anmerkung. F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>.

### *Bildungsstand der Eltern im Global Index*

Das mütterliche und das väterliche Bildungsniveau zeigten einen Einfluss auf die Conners EC *Global Index* Version (Eltern- und Erzieherurteil). Die Ergebnisse der multivariaten Analyse sind in Tabelle 40 abgebildet. In der univariaten Analyse (Anhang J) zeigte sich für beide Versionen ein Einfluss auf die Skalen *Rastlos-Impulsiv* sowie den *Gesamtwert* des Global Index. Für die Erzieherversion zeigte sich ein Einfluss des mütterlichen Bildungsniveaus auch für die Skala *Emotional Labil*. Die Effektstärken der univariaten Analyse lagen alle im kleinen Bereich ( $.035 \leq \eta^2 \leq .071$ ).

Tabelle 40

*Multivariate Effekte des Bildungsstands der Eltern auf den Conners EC Global Index (Eltern- und Erzieherversion)*

Analyse	Unabhängige Variablen	Wilks Lambda	F	df	p	$\eta^2$
Conners EC Global Index <b>Elternversion</b>	Bildung Mutter	9.27	3.80	10	.001	.037
	Bildung Vater	9.27	2.92	10	.001	.037
Conners EC Global Index <b>Erzieherversion</b>	Bildung Mutter	9.29	2.19	15	.005	.024
	Bildung Vater	9.16	2.03	15	.011	.029

*Anmerkung.* F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = p-Wert,  $\eta^2$  = partielles Eta<sup>2</sup>.

### **4.3.3. Zusammenfassende Darstellung der Validität**

Zusammenfassend erscheint die Validität hinsichtlich der Aspekte der Inhalts- der Konstrukt- sowie der erhobenen Kriteriumsvalidität in einem akzeptablen bis sehr guten Bereich zu liegen. Die Überprüfung der Faktorenstruktur der Originalversion zeigte Fit-Indizes im akzeptablen Bereich. Damit kann die dritte Hypothese als überprüft angesehen werden. Eine explorative Überprüfung der deutschen Stichprobe ergab eine adäquate empirische Faktorenstruktur für die Erzieherversion. Innerhalb der Elternversion teilten sich die Facetten der empirischen Verhaltensskalen weiter auf und ermittelten zusätzlich zwei weitere Faktoren. Für beide Versionen konnte ein globaler Faktor „*Allgemeine Entwicklung*“ identifiziert werden. Die Korrelationsmatrix mit anderen Fragebögen sowie Verhaltensbeobachtungsverfahren zeigte mittlere bis hohe Korrelationen bei ähnlichen Konstrukten sowie niedrige bis mittlere Korrelationen zwischen unterschiedlichen Aspekten der frühkindlichen Psychopathologie und Entwicklung, womit die vierte Hypothese als überprüft angesehen werden kann. Kinder mit Vorstellungsanlass in einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Facheinrichtung

zeigten signifikant erhöhte Werte auf fast allen Skalen unter Kontrolle des Alters und Geschlechts (Fünfte Hypothese). Darüber hinaus hatten das Alter und Geschlecht der Kinder sowie der Bildungsstand der Eltern einen Einfluss auf die Ergebnisse der Fragebogenerhebung (Sechste Hypothese).

## 5 Diskussion

Im folgenden Kapitel sollen, nach einer kurzen Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse, relevante Aspekte der deutschen Adaptation der Conners EC reflektiert und diskutiert werden. Anschließend soll auf die Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit eingegangen werden und ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen erfolgen.

### 5.1 Ergebniszusammenfassung

Insgesamt liegen die Testgütekriterien der Conners EC in einem guten Bereich. Die Normierungsstichprobe ist mit insgesamt 720 Elterndaten und 599 Erzieherdaten ausreichend groß. Auch innerhalb der Geschlechter- und Altersverteilung zeigt sich eine ausreichend große Anzahl an Beurteilungen. So liegen lediglich in der Erzieherbeurteilung bei zweijährigen Jungen und Mädchen sowie sechsjährigen Jungen mit 32-39 Fällen „pro Zelle“ weniger als die geplanten 40 Fälle vor.

Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist in einem für Fragebogenverfahren gebotenen Umfang für die Conners EC gegeben. Für alle drei Bereiche wurden auf dem Fragebogen hinreichende Anweisungen und Beispiele gegeben. Insbesondere wurde versucht, eine möglichst leichte Durchführung sowie Auswertung zu gewährleisten. Es existieren unterschiedliche Versionen der Conners EC. Zum einen ein Gesamtfragebogen mit allen 190 (Eltern-) bzw. 186 Items (Erzieherurteil) sowie einzelne Bögen, getrennt nach psychischen Auffälligkeiten und Entwicklungsmeilensteinskalen. Für alle Versionen wurden Fragebögen mit Durchschlagbögen entwickelt, sodass die entsprechenden angekreuzten Antworten in ein bereits vorgedrucktes Raster zur schnelleren Summenwerterstellung der Skalen leichter übertragen werden und Übertragungsfehler vermieden werden können.

Die Reliabilitätskennwerte liegen für die interne Konsistenz (mit Ausnahme der Skala *Physische Symptome* beider Langversionen sowie der Subskala *Emotional-Labil* des Global Index der Elternversion) in einem akzeptablen bis sehr guten Bereich. Die Koeffizienten der Re-Testung (nur Werte der Elternversion wurden in der vorliegenden Arbeit überprüft) und Interrater-Reliabilität liegen in einem erwartbaren und akzeptablen Bereich.

Hinsichtlich der Validität konnte die Faktorenstruktur der empirischen Verhaltensskalen der Originalversion mit akzeptablen Werten der Fit-Indizes repliziert werden. In einer anschließenden explorativen Überprüfung der theoriegeleiteten Faktoren der Verhaltensskalen sowie der Entwicklungsmeilensteine konnten für die Verhaltensskalen der

Elternversion, zusätzlich zu den bekannten Faktoren, zwei weitere Skalen (Schlaf und Schmerz) identifiziert werden. Für die Erzieherversion konnten, mit Anpassungen im letzten Faktor, die vier empirischen Faktoren der Originalversion identifiziert werden. Für die Entwicklungsmeilensteine war lediglich in beiden Versionen eine ein-Faktor-Lösung interpretierbar.

Das Alter, das Geschlecht und der Bildungsstand der Eltern hatten einen Einfluss auf die Ergebnisse der Verhaltensskalen sowie der Entwicklungsmeilensteinskalen, wobei Mädchen über alle Skalen hinweg als weiter entwickelt und mit weniger problematischen Verhaltensweisen beschrieben wurden als Jungen. Ältere Kinder wurden insgesamt ebenfalls als weiter entwickelt und weniger auffällig in ihrem Verhalten beschrieben. Kinder mit einer Vorstellung in einem klinischen Kontext unterschieden sich auf fast allen Skalen signifikant von Kindern der Normstichprobe, im Sinne einer höheren Problembelastung. Die Überprüfung der diskriminanten und konvergenten Validität mit anderen Fragebögen des Frühkindesalters sowie einem Verhaltensbeobachtungsverfahren zeigte mittlere bis hohe Korrelationen bei ähnlichen Konstrukten sowie niedrige bis mittlere Korrelationen zwischen unterschiedlichen Aspekten der frühkindlichen Psychopathologie und Entwicklung, was für das Vorliegen beider Validitätsarten spricht.

## **5.2 Relevante Aspekte der deutschen Adaptation der Conners EC**

Im Folgenden sollen Aspekte der vorliegenden Arbeit bezüglich des allgemeinen Konzepts der Conners EC sowie wichtiger Ergebnisse der empirischen Überprüfung hervorgehoben und diskutiert werden.

### *Ursprüngliche Konzeption der Conners EC und Übertragung in die deutsche Adaptation*

Im Allgemeinen kann die Adaptation der deutschsprachigen Version der Conners EC hinsichtlich der übernommenen Konzeption sowie der empirischen Ergebnisse in Bezug auf die Gütekriterien als erfolgreich angesehen werden. Die berichteten Kennwerte der Reliabilität und Validität sprechen im Ganzen für eine Übereinstimmung der berichteten amerikanischen Befunde (Conners, 2009). Die mittelstarke bis hohe Übereinstimmung der Conners EC Skalen mit Skalen anderer, im deutschen Sprachraum gebräuchlicher Verfahren (VBV 3-6, SDQ, BBK 3-6), kann als Indiz für eine ausreichende Erfassung der angenommenen Konstrukte angesehen werden.

Die in der Literatur bekannten Ergebnisse hinsichtlich demographischer Faktoren psychischer Auffälligkeiten (Kuntz, Waldhauer, Zeiher, Finger & Lampert, 2018), zeigten sich ebenfalls in

den varianzanalytischen Ergebnissen der vorliegenden Arbeit. So wurden Kinder männlichen Geschlechts durchweg mit höheren Werten hinsichtlich auffälligen Verhaltens und geringerem Entwicklungsniveau beschrieben. Des Weiteren wurden Kindern aus niedrigeren sozio-ökonomischen Schichten (gemessen durch den Bildungsabschluss der Eltern) in der Tendenz ebenfalls als auffälliger hinsichtlich ihres Verhaltens und der Entwicklung beschrieben.

Aus der ursprünglichen Konzeption der Conners EC, die für den deutschsprachigen Raum adaptiert werden sollte, ergaben sich Probleme und Schwierigkeiten, welche im Folgenden angesprochen werden sollen:

Vor dem Hintergrund der in der vorliegenden Arbeit beschriebenen entwicklungspsychologischen (Michaelis & Niemann, 2010) sowie psychopathologischen Konzepte des Kindesalters (Rutter, 2005), wurden für die Conners EC bekannte und in der Literatur beschriebene psychische Erkrankungen des Kleinkindesalters sowie dessen Entwicklungsmeilensteine operationalisiert. Alle Items sind aus dem US-amerikanischen Fragebogen übernommen worden und aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit in der deutschsprachigen Adaptation enthalten. Bei der Erstellung des Itempools verweist das Manual der Originalversion hierbei auf die „bekannte Literatur“ sowie bereits existierende Verfahren zur Erhebung psychischer Auffälligkeiten und von Entwicklungsmeilensteinen, auf die zur Erstellung der Skalen zurückgegriffen wurde (Conners, 2009). Es wurden hierbei keine Angaben zu relevanten Quellen gemacht, weshalb diese auch für die deutschsprachige Adaptation nicht angegeben werden können. Dies stellt insbesondere innerhalb der Entwicklungsmeilensteinskala ein Problem dar, da die theoriegeleitete Struktur für keine der Versionen der Conners EC repliziert werden konnte und sich in der Originalversion keine Angaben zur empirischen Überprüfung finden. Daher wurde die globale Skala *Allgemeine Entwicklung* innerhalb der deutschen Adaptation eingeführt. Diese kann ihrer Konstruktion nach jedoch keine differenzierte Aussage über angeführte Teilaspekte frühkindlicher Entwicklung (Sprachliches Verständnis, Motorische Entwicklung, etc.) machen.

Die nur geringe empirische Einbettung einiger Skalen findet sich im Manual der US-amerikanischen Version der Conners EC auch innerhalb der Verhaltensskalen. Hierbei wurden die Skalen *Stimmung und Affekt* und *Physische Symptome* als „theoriegeleitet“ beschrieben, da diese nicht in den durchgeführten Faktorenanalysen identifiziert werden konnten, jedoch wichtige Bereiche psychischer Auffälligkeiten im Frühkindesalter beschreiben und daher im Fragebogen aufgenommen wurden. Auch hierzu wurden keine Angaben zu spezifischen Quellen gemacht. Für die Skala *Physische Symptome* konnten für die deutsche Adaptation, zumindest innerhalb der Elternversion, Hinweise auf faktorielle Validität ermittelt werden. Auf die Skala *Stimmung und Affekt* wird im Abschnitt „*Diskussion der faktoriellen Struktur*“ weiter eingegangen.

Ein weiterer konzeptioneller Punkt, der bei der Diskussion der Conners EC Beachtung finden sollte, ist das Fehlen von störungsspezifischen Items bezüglich der (reaktiven) Bindungsstörung und der Sexualentwicklung bzw. auffälligem sexualisiertem Verhalten im frühen Kindesalter, bezogen auf den Umgang mit sich selbst, im Spiel oder mit fremden Peers oder Erwachsenen. Da, wie bereits erwähnt, der Itempool der deutschsprachigen Adaptation unverändert übertragen wurde, wurden hierfür keine neuen Items generiert. Für beide Bereiche lässt sich in der Literatur auch lediglich ungenügende empirische Evidenz über Prävalenz und Diagnostik finden (Mosser, 2008; König, 2011; Duft, Stafford & Zeanah, 2017). Jedoch stellen beide Verhaltensauffälligkeiten im Sinne der Selbst- und Fremdgefährdung erhebliche Risiken dar, welche in einem umfassenden Instrument zur Erhebung frühkindlichen Verhaltens und der Entwicklung zumindest als Screening-Items aufgenommen werden sollten. In jedem Fall können die Beurteiler im offenen Antwortbereich, der jeden Fragebogen abschließt, Schwierigkeiten in Nähe- und Distanzverhalten sowie auffälligem sexualisiertem Verhalten benennen.

#### *Diskussion der faktoriellen Struktur*

Die Überprüfung der Validität der Conners EC bezüglich der faktoriellen Struktur der (empirischen) Verhaltensskalen steht in Einklang mit den Befunden, die für die „Conners Skalen“ für das Kindes- und Jugendalter ab dem Grundschulalter sowie des Erwachsenenalters berichteten Ergebnisse (Lidzba et al., 2013; Christiansen et al. 2014). Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die Conners EC nicht ausschließlich ADHS-Symptome (sowie häufige komorbide Auffälligkeiten) erfassen, sondern im Sinne eines Breitbandverfahrens eine Vielzahl an umschriebenen psychopathologischen Verhalten erfragt. Für die Skalen der Symptombereiche ADHS, oppositionelles Verhalten, Autismus (inkl. Soziales Funktionsniveau) und Angst konnte die angenommene Skalenstruktur konfirmatorisch repliziert werden.

Hinsichtlich der konfirmatorischen Analyse wurden die verwendeten Cut-Off Werte des US-amerikanischen Originals übernommen. Diese zeigen sich „liberaler“ im Sinne einer Beibehaltung des angenommenen Modells, obwohl die Schwellen, die von Hu & Bentler (1999) publiziert wurden, nicht eingehalten werden. In der Literatur wurde hierzu diskutiert, ob diese Schwellen gerade für große Datensätze mit vielen Faktoren (>5) und Items (>10 pro Faktor) als „zu streng“ betrachtet werden sollten (Marsh, Hau & Wen, 2004). In der vorliegenden Adaptation wurden die berichteten Grenzwerte der Originalversion übernommen. Über die generelle Diskussion hinsichtlich der Nützlichkeit von Fit-Indizes bei der Interpretation konfirmatorischer Faktorenanalysen (Barrett, 2007; Hayduk, Cummings, Boadu, Pazderka-Robinson & Boulianne, 2007) hinaus sollte die Verwendung der liberaleren Cut-Off Werte zur

Validierung der Conners EC (die sowohl in der Originalversion als auch in der deutschen Adaptation für die Annahme des Modells sprechen), welche ebenfalls in der Literatur Anwendung finden (Brown, 2006; Kenny, Kaniskan & McCoach, 2015), nicht darüber hinwegtäuschen, dass das angenommene Modell lediglich einen schwachen bis moderaten Modellfit aufweist. Dies kann als Indiz dafür aufgefasst werden, dass eine spezifischere Erfassung psychischer Verhaltensauffälligkeiten (mit besserem Fit) möglich und erstrebenswert ist.

In der durchgeführten explorativen Analyse zeigte sich eine Skalenstruktur, für die in der Elternversion die vier Subskalen *Feindseligkeit/Temperament* und *Aggressives Verhalten* sowie *Soziales Funktionsniveau* und *Atypisches Verhalten* im Vergleich zur Originalversion einzelne Faktoren bildeten. Dass darüber hinaus in der Elternversion zwei Faktoren der physischen Belastung (Schmerz und Schlaf) identifiziert werden konnten, ist als positives Ergebnis zu werten, da diese im amerikanischen Modell lediglich als „theoriegeleitet“ aufgeführt werden. Dass sich beide Aspekte der physischen Beeinträchtigung in der explorativen Faktorenanalyse unabhängig voneinander zeigen, steht im Einklang mit den berichteten Befunden zur Reliabilität der Skala *Physische Symptome*. Hierbei fällt zudem auf, dass die Werte der internen Konsistenz der Kurzversion (durch den Wegfall der Items zum Essverhalten) höher ausfallen als die Werte der Langversion. Es erscheint demnach nicht sinnvoll, die physische Problematik im Frühkindesalter als eine „allgemeine“ Skala mit sämtlichen relevanten Bereichen (Essen, Schlafen, Schmerzen) zu betrachten. Eine differenzierte Erhebung somatischer Symptome bei psychischen Störungen des Vorschulalters scheint angebracht, nicht zuletzt, da eine körperliche Symptomatik insbesondere bei frühkindlichen Depressionen sowie Angsterkrankungen einen hohen Stellenwert einnimmt (Whalen, Sylvester & Luby, 2017). Die damit einhergehende Einschränkung der ökonomischen Validität beim Erweitern der Skalen sollte jedoch beachtet werden.

In der Erzieherversion der Conners EC konnte kein Faktor „Schmerz“ identifiziert werden. Das Schlafverhalten wird in der Erzieherversion nicht erhoben. Vielmehr luden hier die Bereiche Ängstlichkeit, depressive Stimmung und Schmerzen auf einem gemeinsamen Faktor, der etwa als „internalisierende Probleme“ bezeichnet werden könnte. Dies deckt sich mit den Befunden von Olinio und Kollegen (2014), welche eine sehr hohe Rate an Komorbiditäten innerhalb des Frühkindesalters berichteten und ein "Bi-Faktor-Modell" vorschlugen, wonach zum jetzigen Zeitpunkt nur eine „grobe“ Einteilung psychischer Problembereiche im Kindergartenalter mittels Fragebögen oder strukturierten Interviews möglich erscheint. Insbesondere die mangelnde Reliabilität der Skala *Stimmung und Affekt* ist diskussionswürdig. Bereits die Benennung der Skala weist nicht auf einen spezifischen Bereich psychischer Störungen hin

(wie bspw. die Skalen *Ängstlichkeit* oder *oppositionelles Verhalten*), sondern verweist eher auf das Konzept der Emotionsregulation (vgl. Kapitel 2.2). Gleichzeitig beinhaltet die Skala jedoch viele Items, welche in engem Zusammenhang zur frühkindlichen Depression stehen, die eine bekannte, erforschte und erfassbare psychische Erkrankung darstellt (Luby et al., 2009). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die meistens Untersuchungsmethoden in der berichteten Literatur (teil)strukturierte Interviews oder Checklisten ohne normativen-empirischen Stichprobenvergleich waren und zur Diagnostik keine Fragebogenverfahren verwendet wurden. Anders als etwa die Kernsymptomatik der ADHS, welche sich in den Analysen der Conners EC gut von anderen externalisierenden Erkrankungen unterscheidet, scheinen die häufig genannten Symptome der frühkindlichen Depression (bspw. Anhedonie, Traurigkeit, Reizbarkeit) zu häufig mit anderen internalisierenden Störungen aufzutreten, um interferenzstatistisch als eigenständiger Faktor der frühkindlichen Depression identifiziert werden zu können. Ein solcher fand sich weder in der Originalversion noch in der deutschsprachigen Adaptation. Als eine weitere Fehlerquelle sollte ebenfalls eine Ungenauigkeit in der Übersetzung berichtet werden, da in der aktuellen Version der deutschen Conners EC das englische Item „Is irritated easily.“ mit „Ist leicht irritierbar“ übersetzt wurde. Dies stellt zwar eine korrekte Übersetzung dar, verzerrt jedoch den inhaltlichen Sinn des Items in Bezug auf die Symptomatik frühkindlicher Depression, welche mit „Ist leicht reizbar“ adäquater abgebildet wäre.

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse der Entwicklungsmeilensteine konnte die in der Originalversion theoretisch angenommene Trennung der unterschiedlichen Entwicklungsbereiche nicht bestätigen. Es findet sich generell keine faktorielle Überprüfung eingesetzter entwicklungsdiagnostischer (Screening-)Fragebogenverfahren (Esser & Petermann, 2010; Macha, Proske & Petermann, 2005). Befunde einer differenzierten Faktorenstruktur finden sich nur für den Wiener Entwicklungstest (WET), das Dortmunder Entwicklungsscreening (DESK) und den in der vorliegenden Arbeit eingesetzten Beobachtungsbogen für das Vorschulalter (BBK 3-6). Eine mögliche Erklärung der unterschiedlichen Befunde könnte hierbei die Messmethode sein (Fragebogenverfahren vs. strukturierte Beobachtung bzw. strukturierte Testsituation). Darüber hinaus wurde in der Forschung das Auftreten des Halo-Effektes diskutiert (Frey et al., 2008), demnach Beurteiler die Entwicklung jüngerer Kinder anhand eines bedeutsamen Merkmals bewerten (bspw. intellektuelle Fähigkeiten: sind diese eher niedrig, werden auch die anderen Fertigkeiten eher als schwach eingeschätzt).

Abschließend sollte festgehalten werden, dass die hier berichteten explorativen Analysen lediglich anhand einer der erhobenen Stichprobe untersucht wurden. Um diese Ergebnisse abzusichern, hat sich in der Forschung der Standard etabliert, die gewonnene Faktorstruktur

anhand einer unabhängigen zweiten Stichprobe (etwa durch einen Split-Half Ansatz) konfirmatorisch zu prüfen (Bühner, 2011). Da hierdurch der Stichprobenumfang zu gering für die Analyse geworden wäre, wurde in der vorliegenden Arbeit die explorativ gewonnene Faktorenstruktur nicht weiter untersucht, weshalb deren Interpretation nur unter Vorbehalt erfolgen sollte.

### *Korrelative Analysen*

Am Beispiel der ADHS (vgl. Kapitel 2.3.3) wurde die Relevanz einer ausführlichen und multimodalen Diagnostik psychischer Erkrankungen im jungen Kindesalter deutlich gemacht. Die berichteten Befunde (z. B. Elder 2010; Schwandt & Wuppermann, 2016) über den Zusammenhang des „unreifen“ Entwicklungsstandes der Kinder, in Bezug zu auffälligem Verhalten, konnten ebenfalls in der vorliegenden Untersuchung gefunden werden: Die höchsten Zusammenhänge zwischen den Verhaltensskalen und den Entwicklungsmeilensteinskalen finden sich für chronische psychische Erkrankungen, die in der Literatur in einem höherem Maße genetischen Faktoren zugeordnet werden wie z. B. ADHS (Brookes et al., 2006) oder Autismus (Fischbach & Lord, 2010). Wohingegen Krankheiten, deren genetischer Einfluss in der Literatur geringer eingeschätzt wird, wie bspw. Angsterkrankungen oder psychosomatische Symptome, einen deutlich niedrigeren Zusammenhang mit Auffälligkeiten in der Entwicklung aufweisen. Diese Zusammenhänge fielen innerhalb der Erzieherbeurteilung stärker aus als in der Elternbeurteilung, was sich ebenfalls mit den berichteten Befunden der Literatur deckt (Evans, Morrill, & Parente, 2010). Als Grund hierfür kann ein stärkerer sozialer Vergleich der Kinder durch die Erzieher (bzw. Lehrer) angenommen werden, wobei interpersonelle Unterschiede bei der Beurteilung einzelner Verhaltensweisen innerhalb einer Gruppe verstärkt wahrgenommen werden, ohne das Alter und damit zusammenhängende noch nicht entwickelte Fähigkeiten oder Reifung zu berücksichtigen (Rheinberg & Engeser, 2010). Eltern hingegen, die deutlich weniger soziale Vergleichsmöglichkeiten haben, beurteilen eher individuell den intrapersonellen Entwicklungsverlauf der Kinder. Ein weiteres Indiz hierfür zeigt sich ebenfalls in den varianzanalytischen Ergebnissen der Erzieherbeurteilung, da der einzige Haupteffekt des Alters innerhalb der Verhaltensskalen für die Skala *Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität* identifiziert werden konnte, wobei jüngere Kinder als auffälliger bewertet wurden.

Die Ergebnisse der korrelativen Analysen stehen ebenfalls in Einklang mit der in der Literatur berichteten Komorbidität psychischer Erkrankungen im Frühkindesalter (Egger & Angold, 2006). Innerhalb der Verhaltensskalen beider Beurteilerversionen zeigen sich stets mittlere bis hohe Zusammenhänge. Die Skala *Stimmung und Affekt* ist hierbei erneut beachtenswert. Sie weist im Vergleich zu den anderen Skalen einen höheren Zusammenhang mit allen anderen

Hauptskalen der Verhaltensskalen der Conners EC auf, was als ein weiteres Indiz für die beschriebene Globalität im Sinne allgemeiner Emotionsregulation gesehen werden kann.

### **5.3 Limitationen und Stärken**

Im Folgenden sollen Limitationen und Stärken der Arbeit besprochen und diskutiert werden.

#### *Limitationen*

Als eine der wichtigsten Limitation der deutschsprachigen Adaptation ist die Repräsentativität der Stichprobe zu nennen. Neben einer nur geringen Anzahl an zwei- bzw. sechsjährigen Kindern innerhalb der Stichprobe, entspricht die Verteilung der in der vorliegenden Arbeit gewonnen soziodemographischen Daten nicht der vom statistischen Bundesamt ermittelten Zusammensetzung der bundesdeutschen Bevölkerung (Online Domain des Statistisches Bundesamt. In [www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Thematische Recherche: Startseite Zahlen & Fakten - Gesellschaft & Staat – Bevölkerung – Migration und Integration sowie thematische Recherche: Startseite Zahlen & Fakten - Gesellschaft & Staat – Bildung, Forschung & Kultur – Bildungsstand). Abrufdatum: 06.01.2019). Zwar wurden Daten aus dem gesamten Bundesgebiet gesammelt, jedoch zeigt sich innerhalb der Stichprobe ein deutlich höherer Anteil von Eltern mit höherem sozialem Status (gemessen anhand des höchsten erreichten Bildungsabschluss Fachhochschulabschluss bzw. Universitätsabschluss: 44,6 % der Mütter und 51,4 % der Väter). Eine Erklärung hierfür besteht darin, dass die Online-Stichprobe überwiegend in Verteilerlisten von drei großen deutschen Universitäten (Marburg, Dortmund, Koblenz-Landau) erhoben wurde und somit erheblich zum Anstieg der Teilnehmer mit hohem Bildungsabschluss beigetragen hat. Dies ist insbesondere kritisch vor dem Hintergrund, dass ein niedriger sozio-ökonomischer Status mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten psychischer Erkrankungen einhergeht (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). Zudem fand keine demographische Erhebung über einen Migrationshintergrund oder die Muttersprache der teilnehmenden Familien statt und es können anhand der vorliegenden Untersuchung keine Angaben über die Verständlichkeit der Fragebögen (für nicht Muttersprachler) gemacht werden, da keine empirische Erhebung über subjektiv empfundene Probleme bei der Bearbeitung der Fragebögen durch (nicht)Muttersprachler erhoben wurde. Aus den (wenigen) qualitativen Aussagen der Beurteiler ging zudem eine hohe Belastung durch den zeitlichen Aufwand, insbesondere bei den Erziehern hervor, wobei hierbei berücksichtigt werden sollte, dass diese über die Conners EC hinaus zusätzlich den VBV sowie den SDQ im Rahmen der Validierungsstudie bearbeiteten.

Ebenfalls konnte innerhalb der erhobenen Stichprobe der klinisch auffälligen Kinder zwar gezeigt werden, dass diese Kinder sich signifikant in der Beurteilung der Eltern und Erzieher von Kindern der Normstichprobe unterscheiden, jedoch keine Unterscheidung anhand einzelner umschriebener psychischer Erkrankungen vorgenommen werden konnte, da eine differenziertere Erfassung der klinischen Stichprobe hinsichtlich erhaltener Diagnose nicht durchgeführt wurde, was Aussagen über die statistischen Gütekriterien der Klassifikation einzelner Störungen durch die Conners EC in Bezug auf die Sensitivität sowie Spezifität nicht ermöglicht.

Statistisch betrachtet zeigt sich bei nahezu allen Items der Conners EC eine linksschiefe Verteilung der Itemwerte. Dies stellt für Fragebogenverfahren im klinisch-psychologischen Bereich keine Seltenheit dar, da davon ausgegangen werden kann, dass die Mehrheit der Normstichprobe gesund ist und damit keine Auffälligkeiten angegeben werden können. Jedoch ist das nicht Vorliegen einer Normalverteilung eine Verletzung der Voraussetzung zum Einsatz parametrischer interferenzstatistischer Verfahren. Die Werte unter Einsatz von Transformationsverfahren einer Normalverteilung anzupassen, wird jedoch durch eine eingeschränkte Interpretationsfähigkeit der damit gewonnenen Ergebnisse „erkaufte“ (Field, 2013). Darüber hinaus sind die in dieser Untersuchung verwendeten Varianzanalysen bzw. das Maximum-Likelihood Schätzverfahren relativ robust gegenüber Verletzungen der Annahme einer vorliegenden Normalverteilung der Stichprobe (Bühner, 2011). Jedoch sollten die Ergebnisse der vorliegenden interferenzstatistischen Analyse stets vor diesem Hintergrund interpretiert werden.

Weiterhin wurde innerhalb dieser Untersuchung eine einfache korrelative Überprüfung der Zusammenhangsmaße der Conners EC mit weiteren in der Praxis verwendeten Verfahren (VBV 3-6, SDQ, BBK 3-6) vorgenommen. Um jedoch präzisere und gesicherte Aussagen zu produzieren, hat sich in der Literatur der Ansatz der Multi-Trait-Multi-Method Methode (MTMM; Campell & Fiske, 1959) etabliert. Auf eine Analyse nach der MTMM wurde aufgrund der Vorgaben im Rahmen der Adaptationsstudie verzichtet, sie stellt jedoch eine sinnvolle Ergänzung der berichteten Ergebnisse dar, um eine weitere Absicherung der Konstruktvalidität zu gewährleisten. Ebenfalls sollte aus Sicht der statistischen Analyse beachtet werden, dass für die betrachteten Subgruppen für beide Fragebogenversionen jeweils nur metrische Messinvarianz berechnet wurde. Jedoch wurde in der Literatur hervorgehoben, dass eine volle skalare Messinvarianz in der Praxis nur selten vorzufinden ist und die Durchführung mit partieller Messinvarianz als "akzeptabel" anzusehen ist (Christ & Schlüter, 2012).

## *Stärken*

Zu den hervorzuhebenden Stärken der vorliegenden Arbeit zählen die Größe und der Umfang der Stichprobe, insbesondere der Erzieherbeurteilung. Die umfassende Erhebung von Entwicklungsmeilensteinen sowie psychopathologischer Symptomatik im Kindergartenalter mit über 600 erhobenen Datensätzen stellt ein Alleinstellungsmerkmal der Arbeit innerhalb der deutschsprachigen evidenzbasierten klinisch-psychologischen Forschung dar. Es konnten hierbei sowohl der aus der Literatur bekannte Forschungsstand für das Kindergartenalter repliziert und erweitert werden, als auch ein Instrument für eine umfassendere psychologische Diagnostik anhand einer normativen Vergleichsstichprobe für den deutschen Sprachraum vorgelegt werden. Darüber hinaus kamen in dieser Studie unterschiedliche Erhebungsmethoden zum Einsatz. Zum einen wurde die Fragebogenerhebung durch eine Verhaltensbeobachtung der untersuchten Kinder in ihrer natürlichen Umgebung ergänzt, zum anderen wurden unterschiedliche Arten der Bearbeitung (Papier und Bleistift sowie Verwendung eines online Surveys) für die Beurteiler genutzt. Es konnte hierbei gezeigt werden, dass die Art der Erhebung (Stift- und Papierverfahren vs. Internet) keine signifikanten Unterschiede aufwies.

Sonuga Barke und Halperin (2010) machten darauf aufmerksam, dass eine kombinierte Analyse und Diagnostik psychischer Auffälligkeiten und vollzogener bzw. noch nicht vollzogener Entwicklungsschritte ein wichtiger Baustein der Diagnostik der ADHS im Kindesalter darstellen sollte, im Vergleich zur "konventionellen" fokussierten Betrachtung der Kernsymptomatik. Es erscheint sinnvoll, diesen Vorschlag in Bezug auf das frühe Kindesalter auch auf andere psychische Erkrankungen auszuweiten. Bspw. zeigen Kinder in ihrer Entwicklung häufig alterstypische Ängste (Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte Markwort, Warnke, 2003) oder oppositionelle Verhaltensweisen im Rahmen ihrer Autonomieentwicklung (Schneider & Lindenberger, 2012). Diese Analyse kann unter Einsatz der Gesamtversion der Conners EC übersichtlich und in einem Verfahren durchgeführt werden. Um in ihrer (psychischen) Entwicklung gefährdete Kinder frühzeitig und möglichst ökonomisch zu identifizieren, könnten sich etwa niederschwellige Screenings (bspw. mit der Kurzskalenversion der Conners EC) in Kindertagesstätten und Kindergärten eignen, da im Bundesdurchschnitt über 90% aller Kinder über drei Jahren eine entsprechend Einrichtung besuchen (Betreuungsquoten der Kinder unter 6 Jahren in Kindertagesbetreuung am 01.03.2018 nach Ländern, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018. In [www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Thematische Recherche: Startseite Zahlen & Fakten - Gesellschaft & Staat – Soziales – Kindertagesbetreuung - Betreuungsquote). Abrufdatum: 06.01.2019).

Darüber hinaus konnte für die deutschsprachige Adaptation der Conners EC eine faktorielle Überprüfung der Entwicklungsmeilensteine durchgeführt werden. Der neu eingeführte Faktor

*Allgemeine Entwicklung* stellt den ersten konstruktvaliden Faktor der Entwicklungsskalen innerhalb der Conners EC dar. Abschließend sollten die ebenfalls für die deutschsprachige Version neu normierten Kurzskalen genannt werden, welche bei hohen Korrelationen mit ihren jeweiligen Originalskalen eine ökonomische Anwendung des Verfahrens ermöglichen, und die Kontrollskalen (Inkonsistenz Index, Positive bzw. Negative Antworttendenzen), die eine gewissenhafte Bearbeitung bzw. stark emotionale Bewertung der Kinder überprüfen können. Unter Berücksichtigung der weiteren "Conners-Verfahren" kann der, in dieser Studie für zwei- bis sechsjährige überprüfte, *Global Index* für eine ökonomische Langzeitbeobachtung bis über das sechzigste Lebensjahr hinaus eingesetzt werden (Lidzba et al., 2013; Christiansen et al., 2014).

## **5.4 Fazit und Ausblick**

Abschließend betrachtet kann die Adaptation der Conners EC für den deutschsprachigen Raum als zufriedenstellend angesehen werden. Die durchgeführten Analysen bzgl. der anerkannten Gütekriterien und der Normstichprobe konnten, mit geringen Unterschieden, in einem mindestens akzeptablen bis sehr guten Bereich repliziert werden und stehen somit für die praktische Anwendung in Forschung und klinischer Behandlung zur Verfügung.

Jedoch sollte ebenfalls festgehalten werden, dass die Entwicklung eines umfassenden und präziseren Verfahrens zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten sowie frühkindlicher Entwicklung im Rahmen der Conners EC noch nicht abgeschlossen ist. Zur Verbesserung und Weiterentwicklung des nun vorliegenden Verfahrens sollten weiterführende Untersuchungen unabhängiger Forschergruppen folgende Forschungsfragen beantworten: (1) Erhebung einer nach Störungen differenzierten klinischen Stichprobe, um die Konstruktvalidität zu erhöhen und genauere Aussagen über Sensitivität und Spezifität treffen zu können. (2) Untersuchungen hinsichtlich der konvergenten und diskriminanten Konstruktvalidität unter zu Hilfenahme von frühkindlichen Entwicklungstest bzw. Entwicklungsskalen, die ebenfalls mittels Fragebogenverfahren erhoben werden. (3) Die daran anschließende Erstellung einer Multi-Trait-Multi-Method-Analyse. (4) Erhebung einer unabhängigen Stichprobe zur Replikation der ermittelten Faktorenstruktur. (5) Ausdifferenzierung des Faktors *Stimmung und Affekt*, bspw. in die Faktoren „depressive Verhaltensweisen“ und „Emotionsregulation“. (6) Adaption des angenommenen Modells mit dem Ziel eines adäquateren Modell-Fit unter Einbezug aller postulierten Faktoren (innerhalb der Verhaltensskalen sowie den Entwicklungsmeilensteinen. (7) Validierung des Verfahrens unter Einbezug weiterer Stichproben wie bspw. Migranten oder Vätern als Beurteiler.

## 6 Literatur

Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. University of Vermont. Research Center for Children, Youth, & Families.

Adornetto, C., In-Albon, T. & Schneider, S. (2008). Diagnostik im Kindes- und Jugendalter anhand strukturierter Interviews: Anwendung und Durchführung des Kinder-DIPS. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(4), 363-377.

American Academy of Pediatrics [AAP]. (2014). *Caring for Your Baby and Young Child: Birth To Age 5*, (6<sup>th</sup> ed). New York, NY, Bantam Books.

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publication.

Angold, A. & Egger, H. L. (2004). Psychiatric diagnosis in preschool children. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*, 123-139.

Angold, A. & Costello, E. (2009). Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 9-15.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S2k-Leitlinie: Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter. 26.09.2015 [zitiert am 18.07.2018]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-041I\\_S2k\\_Psychische\\_Stoerungen\\_Saeugling\\_Kleinkind\\_Vorschulalter\\_2017-10.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-041I_S2k_Psychische_Stoerungen_Saeugling_Kleinkind_Vorschulalter_2017-10.pdf)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3-Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik. 23.02.2016 [zitiert am 18.07.2018]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-018I\\_S3\\_Autismus-Spektrum-Stoerungen\\_ASS-Diagnostik\\_2016-05.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018I_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3-Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik. 23.02.2016 [zitiert am 01.12.2018]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-001I\\_S3\\_Funktionelle\\_Koerperbeschwerden\\_2018-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001I_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf)

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65.

Basten, M., Tiemeier, H., Althoff, R. R., van de Schoot, R., Jaddoe, V. W., Hofman, A. & van der Ende, J. (2016). The stability of problem behavior across the preschool years: An empirical approach in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(2), 393-404.

Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42, 815–824.

Birmaher, B., Ehmann, M., Axelson, D. A., Goldstein, B. I., Monk, K., Kalas, C., Kupfer, D., Gill, M. K., Leibenluft, E., Bridge, J., Guyer, A., Egger, H. & Brent, D. A. (2009). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children—a preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research*, 43(7), 680-686.

Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human-und Sozialwissenschaftler. 7.*, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer.

Brachinger, H. W. & Ost, F. (1996). Modelle mit latenten Variablen: Faktorenanalyse, Latent-Structure-Analyse und LISREL-Analyse. In *Multivariate statistische Verfahren* (Vol. 2, pp. 639-766). Berlin: de Gruyter.

Brookes, K., Xu, X., Chen, W., Zhou, K., Neale, B., Lowe, N., Aneey, R., Franke, B., Gill, M., Ebstein, R., Buitelaar, J., Sham, P., Campbell, D., Knight, J., Andreou, P., Altink, M., Arnold, R., Boer, F., Buschgens, C., Butler, L., Christiansen, H., Feldman, L., Fleischman, K., Fliers, E., Howe-Forbes, R., Goldfarb, A., Heise, A., Gabriëls, I., Korn-Lubetzki, I., Marco, R., Medad, S., Minderaa, R., Mulas, F., Müller, U., Mulligan, A., Rabin, K., Rommelse, N., Sethna, V., Sorohan, J., Uebel, H., Psychogiou, L., Weeks, A., Barrett, R., Craig, I., Banaschewski, T., Sonuga-Barke, E., Eisenberg, J., Kuntsi, J., Manor, I., McGuffin, P., Miranda, A., Oades, R., D., Plomin, R., Roeyers, H., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H-C., Taylor, E., Thompson, M., Faraone, S., V., Asherson, P. & Johansson, L. (2008). The analysis of 51 genes in DSM-IV combined type attention deficit hyperactivity disorder: association signals in DRD4, DAT1 and 16 other genes. *Molecular Psychiatry*, 11, 934–953.

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research Second Edition*. New York: Guildford Press.

Browne, M. W. (2001). An overview of analytic rotation in exploratory factor analysis. *Multivariate behavioral research*, 36(1), 111-150.

Bruchmüller, K., Margraf, J. & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(1), 128.

Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A. & Klein, D. N. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Comprehensive psychiatry*, 52(4), 359-369.

Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S. & Klein, D. N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1157-1164.

Bull, R., Lee, K., Koh, I. C. & Poon, K. L. (2016). Confirmatory factor analysis of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Singaporean kindergartners. *Child: care, health and development*, 42(1), 109-116.

Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test-und Fragebogenkonstruktion*. Frankfurt: Pearson.

Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J. & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109-134.

Cattell, R. (1966). The Scree Test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276.

Centers for Disease Control and Prevention: Food and Drug Administration. *Checklist* (2018). Verfügbar unter [www.cdc.gov/actearly](http://www.cdc.gov/actearly) [11.07.2018].

Cherkasova, M., Sulla, E. M., Dalena, K. L., Pondé, M. P. & Hechtman, L. (2013). Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 47.

Christ, O. & Schlüter, E. (2012). *Strukturgleichungsmodelle mit Mplus*. München: C. H. Beck.

Christiansen, H., Hirsch, O., Abdel-Hamid, M. & Kis, B. (2014). *Deutschsprachige Adaptation der Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. Göttingen, Bern: Hogrefe.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum Associates.

Cole, P. M., Luby, J. & Sullivan, M. W. (2008). Emotions and the development of childhood depression: Bridging the gap. *Child Development Perspectives*, 2(3), 141-148.

Conners, C.K. (2009). *Conners Early Childhood*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.

Conners, C. K., Pitkanen, J. & Rzepa, S. R. (2011). Conners 3rd Edition. In Kreutzer, J., DeLuca, J. & Caplan, B. (Ed.), *Encyclopedia of clinical neuropsychology* (pp. 675-678). Springer, New York, NY.

Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*, 78(1), 98.

Daehler, M. W. & Bukatko, D. (1977). Recognition memory for pictures in very young children: Evidence from attentional preferences using a continuous presentation procedure. *Child Development*, 693-696.

DelCarmen-Wiggins, R. & Carter, A. S. (2001). Introduction. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 8-10.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie. S1-Leitlinie: Tic-Störungen. 30.09.2012 [zitiert am 18.07.2018]. URL: <https://www.dgn.org/leitlinien/2390-II-12-tics>

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & World Health Organization. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*, klinisch-diagnostische Leitlinien.

D'onofrio, B. M., Singh, A. L., Iliadou, A., Lambe, M., Hultman, C. M., Grann, M., Neiderhiser, M. & Lichtenstein, P. (2010). Familial confounding of the association between maternal smoking during pregnancy and offspring criminality: a population-based study in Sweden. *Archives of general psychiatry*, 67(5), 529-538.

Dougherty, L. R., Bufferd, S. J., Carlson, G. A., Dyson, M., Olino, T. M., Durbin, C. E. & Klein, D. N. (2011). Preschoolers' observed temperament and psychiatric disorders assessed with a parent diagnostic interview. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 295-306.

Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T. & Schmidt, M. H. (1993). *Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Vorschulkindern*. Weinheim: Beltz.

Döpfner, M. & Petermann, F. (2012). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Vol. 2). Hogrefe Verlag.

Duft, B., Stafford, B. S. & Zeanah, C. H. (2017). Attachment Disorders. In Luby, J. L. (Ed.), *Handbook of Preschool Mental Health: Development, Disorders, and Treatment*, 219.

Earls, F. (1982). Cultural and national differences in the epidemiology of behavior problems of preschool children. *Culture, medicine and psychiatry*, 6(1), 45-56.

Egger, H. L. & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 313-337.

Egger, H. L., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B. K. & Angold, A. (2006). Test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(5), 538-549.

Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden: Lehrbuch; mit Online- Materialien* (1. Auflage). Weinheim: Beltz.

Eisenberg, N., Fabes, R. A. & Spinrad, T. L. (2006). Prosocial Development. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 646-718). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Elder, T.E. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *Journal of Health Economics*, 29(5), 641-656.

Esser, G. & Petermann, F. (2010). *Entwicklungsdiagnostik*. Hogrefe Verlag.

Evans, W. N., Morrill, M. S. & Parente, S. T. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of health economics*, 29(5), 657-673.

Fanti, K. A. & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental psychology*, 46(5), 1159.

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323.

Fenson, L., Dale, P. S., Reznick, J. S., Bates, E., Thal, D. J. & Pethick, S. J. (1994). Variability in early communicative development. *Monographs of the society for research in child development*, i-185.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Fischbach, G. D. & Lord, C. (2010). The Simons Simplex Collection: a resource for identification of autism genetic risk factors. *Neuron*, 68(2), 192-195.

Flavell, J. H. (1970). Developmental Studies of Mediated Memory. *Advances in child development and behavior*, (5), 181-211.

Frey, A., Duhm, E., Althaus, D., Heinz, P. & Mengelkamp, C. (2008). *BBK 3-6. Beobachtungsbogen für das Vorschulalter*. Göttingen: Hogrefe,

Foulon, S., Pingault, J. B., Larroque, B., Melchior, M., Falissard, B. & Côté, S. M. (2015). Developmental predictors of inattention-hyperactivity from pregnancy to early childhood. *PLoS one*, 10(5).

Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 42(10), 1203-1211.

Garon, N., Bryson, S. E. & Smith, I. M. (2008). Executive function in preschoolers: a review using an integrative framework. *Psychological Bulletin*, 134(1), 31.

Gawrilow, C., Petermann, F. & Schuchardt, K. (2013). ADHS im Vorschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 22, 189-192.

Gizer, I. R., Ficks, C. & Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics*, 126(1), 51-90.

Goldfield, B. A. & Reznick, J. S. (1990). Early lexical acquisition: Rate, content, and the vocabulary spurt. *Journal of child language*, 17(1), 171-183.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.

Göncü, A., Patt, M. B. & Kouba, E. (2002). Understanding young children's pretend play in context. In *Ankara University Center for Research on Child Culture meeting, Oct, 2000, Ankara, Turkey*. Blackwell Publishing.

Gudmundsson, O. O., Magnusson, P., Saemundsen, E., Lauth, B., Baldursson, G., Skarphedinsson, G. & Fombonne, E. (2013). Psychiatric disorders in an urban sample of preschool children. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(4), 210-217.

Guevara, J., Lozano, P., Wickizer, T., Mell, L. & Gephart, H. (2001). Utilization and cost of health care services for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108(1), 71-78.

Gustafsson, B. M., Gustafsson, P. A. & Proczkowska-Björklund, M. (2016). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for preschool children—a Swedish validation. *Nordic journal of psychiatry*, 70(8), 567-574.

Halperin, J. M., Bédard, A. C. V. & Curchack-Lichtin, J. T. (2012). Preventive interventions for ADHD: a neurodevelopmental perspective. *Neurotherapeutics*, 9(3), 531-541.

Hay, D. F. (2005). The beginnings of aggression in infancy. *Developmental origins of aggression*, 107-132.

Hayduk, L., Cummings, G. G., Boadu, K., Pazderka-Robinson, H. & Boulianne, S. (2007). Testing! Testing! One, two three – Testing the theory in structural equation models! *Personality and Individual Differences*, 42, 841-50.

Häßler, F. & Reis, O. (2005). Früherfassung von hyperkinetischen bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Früherkennung von Entwicklungsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Healey, D. M., Miller, C. J., Castelli, K. L., Marks, D. J. & Halperin, J. M. (2008). The impact of impairment criteria on rates of ADHD diagnoses in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 771-778.

Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (2003). *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185.

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 784-793.

Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.

IBM Corp. Released 2011. *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Jenni, O., Benz, C. & Latal, B. (2011). Das Entwicklungsprofil. *Pädiatrie up2date*, 6(02), 199-228.

Kastner-Koller, U. & Deimann, P. (2012). *Der Wiener Entwicklungstest: WET; ein Verfahren zur Erfassung des allgemeinen Entwicklungsstandes bei Kindern von 3 bis 6 Jahren; Manual*. Göttingen: Hogrefe.

Kaufman, A. S. & Kaufman, N. L. (2015). *Kaufman Assessment Battery for Children – Second Edition (KABC-2)*. Göttingen: Hogrefe.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.

Keenan, K., Shaw, D. S., Walsh, B., Delliquadri, E. & Giovannelli, J. (1997). DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 620-627.

Kemnitz, A. (2008). *Beobachtung der Verhaltensauffälligkeiten bei expansiv auffälligen Kindergartenkindern während der Leistungsdiagnostik* (Dissertation).

Kenny, D. A., Kaniskan, B. & McCoach, D. B. (2015). The Performance of RMSEA in Models with Small Degrees of Freedom. *Sociological Methods & Research*, 44(3), 486-507.

Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Mental health problems in children and adolescents in Germany. *Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends*.

Konold, T. R., Hamre, B. K. & Pianta, R. C. (2003). Measuring problem behaviors in young children. *Behavioral Disorders*, 28(2), 111-123.

König, A. (2011). *Sexuelle Übergriffe durch Kinder und Jugendliche*. Expertise im Auftrag der Geschäftsstelle AG I des runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeit - und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“.

Kuntz, B., Waldhauer, J., Zeiher, J., Finger, J. D. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(2).

Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S. S., Willcutt, E. G., Hartung, C. M., Chronis, A. & Massetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4–6 years of age. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2014-2020.

Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S. & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 896-902.

Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., Dawson, N., Sobel H. & Isaacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(2), 204-214.

Lavigne J. V., LeBailly S. A., Hopkins J., Gouze K. R. & Binns H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 315-328.

Law, E. C., Sideridis, G. D., Prock, L. A. & Sheridan, M. A. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in young children: predictors of diagnostic stability. *Pediatrics*, 144.

Lidzba, K., Christiansen, H. & Drechsler, R. (2013). *Deutsche Adaptation der Conners 3rd Edition (Conners 3)*. Göttingen, Bern: Hogrefe.

Lord, C., Corsello, C. & Grzadzinski, R. (2014). Diagnostic instruments in autistic spectrum disorders. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Fourth Edition*.

Luby, J. L. (2012). About 7% of 4-year-olds in Norway meet criteria for a psychiatric diagnosis. *Evidence-based mental health*, 15(4), 108-108.

Luby, J. L. (2017). *Handbook of Preschool Mental Health: Second Edition*. New York: Guilford press.

Luby, J. L., Belden, A., Sullivan, J. & Spitznagel, E. (2007). Preschoolers' contribution to their diagnosis of depression and anxiety: Uses and limitations of young child self-report of symptoms. *Child psychiatry and human development*, 38(4), 321-338.

Maccoby, E. E. (2002). Gender and group process: A developmental perspective. *Current directions in psychological science*, 11(2), 54-58.

Macha, T. & Petermann, F. (2013). *Entwicklungstest für Kinder im Alter von 6 Monaten bis 6 Jahren–Revision (ET 6-6-R)*. Frankfurt: Pearson Assessment.

- Macha, T., Proske, A. & Petermann, F. (2005). Validität von Entwicklungstests. *Kindheit und Entwicklung*, 14(3), 150-162.
- Mahone, E. M. & Schneider, H. E. (2012). Assessment of attention in preschoolers. *Neuropsychology review*, 22(4), 361-383.
- Margraf, J. (2013). *Mini-DIPS: Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Marks, D. J., Mlodnicka, A., Bernstein, M., Chacko, A., Rose, S. & Halperin, J. M. (2008). Profiles of service utilization and the resultant economic impact in preschoolers with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of pediatric psychology*, 34(6), 681-689.
- Martin, N. C., Piek, J. P. & Hay, D. (2006). DCD and ADHD: a genetic study of their shared aetiology. *Human movement science*, 25(1), 110-124.
- Merten, E. C., Cwik, J. C., Margraf, J. & Schneider, S. (2017). Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11(1), 5.
- Mian, N. D., Carter, A. S., Pine, D. S., Wakschlag, L. S. & Briggs-Gowan, M. J. (2015). Development of a novel observational measure for anxiety in young children: The Anxiety Dimensional Observation Scale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(9), 1017-1025.
- Michaelis, R. & Niemann, G. (2010). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie* (4.Auflg.). Stuttgart: Thieme.
- Mieloo, C. L., Bevaart, F., Donker, M. C., van Oort, F. V., Raat, H. & Jansen, W. (2013). Validation of the SDQ in a multi-ethnic population of young children. *The European Journal of Public Health*, 24(1), 26-32.
- Morales-Hidalgo, P., Hernández-Martínez, C., Vera, M., Voltas, N. & Canals, J. (2017). Psychometric properties of the Conners-3 and Conners Early Childhood Indexes in a Spanish school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 85-96.

Morrow, R. L. & Garland, J. (2012). Wright; James M.; Maclure, Malcolm; Taylor, Suzanne & Colin R. Dormuth: Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Canadian Medical Association Journal*, 5.

Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social science & medicine*, 70(7), 985-993.

Mosser, P. (2008). *Wege aus dem Dunkelfeld. Aufdeckung und Hilfesuche bei sexuellem Missbrauch an Jungen*. Berlin: Springer.

Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2015). *Mplus User's Guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Nigg, J.T. (2008). ADHD, lead exposure and prevention: how much lead or how much evidence is needed? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(4), 519-521.

Nigg, J. T., Lewis, K., Edinger, T. & Falk, M. (2012). Meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, restriction diet, and synthetic food color additives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 86-97.

Olino, T. M., Dougherty, L. R., Bufferd, S. J., Carlson, G. A. & Klein, D. N. (2014). Testing models of psychopathology in preschool-aged children using a structured interview-based assessment. *Journal of abnormal child psychology*, 42(7), 1201-1211.

O'sullivan, J. T. (1997). Effort, interest, and recall: Beliefs and behaviors of preschoolers. *Journal of Experimental Child Psychology*, 65(1), 43-67.

Otto, C., Barkmann, C., Döpfner, M., Petermann, F., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U. & Klasen, F. (2018). Der Global-Index der Conners-Skalen. *Diagnostica*. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000214>

Pauli-Pott, U. & Becker, K. (2011). Neuropsychological basic deficits in preschoolers at risk for ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 626-637.

Petermann, F. & Resch, F. (2013). In Petermann, F. (Ed.). *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. Hogrefe Verlag.

Petresco, S., Anselmi, L., Santos, I. S., Barros, A. J., Fleitlich-Bilyk, B., Barros, F. C. & Matijasevich, A. (2014). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(6), 975-983.

Pinquart, M. (2011). Gegenstand und Aufgaben der Entwicklungspsychologie. In Pinquart, M., Schwarzer G. & Zimmermann P.(Hrsg.), *Entwicklungspsychologie – Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.

Postert, C., Averbek-Holocher, M., Beyer, T., Müller, J. & Furniss, T. (2009). Five systems of psychiatric classification for preschool children: do differences in validity, usefulness and reliability make for competitive or complimentary constellations?. *Child psychiatry and human development*, 40(1), 25-41.

Ravens-Sleberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 871–878.

RDC-PA. (2002). *Task force on research diagnostic criteria: infancy and preschool research diagnostic criteria – preschool age*. ([www.infantinstitut.org](http://www.infantinstitut.org)).

Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (Hrsg.). (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO: mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit DSM-IV*. Bern: Huber.

Renner, G., Zenglein, C. & Krampen, G. (2004). Zur Reliabilität und Validität der Elternfassung des "Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder "(VBV-EL 3-6) in der klinischen Anwendungspraxis. *Diagnostica*, 50(2), 78-87.

Resch, F., Parzer, P., Brunner, R.M., Haffner, J., Koch, E., Oelkers, R., Schuch, B. & Strehlow, U. (1999). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*, 2. überarb. u. erweit. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Rheinberg, F. & Engeser, S. (2010). Motive Training and Motivational Competence. In Schultheiss, O. C. & Brunstein J. C. (Ed.). *Implicit Motives*. Oxford: University Press.

Ronald, A., Pennell, C. E. & Whitehouse, A. J. (2011). Prenatal maternal stress associated with ADHD and autistic traits in early childhood. *Frontiers in psychology*, 1, 223.

Rost, D. (2009). *Interpretation und Bewertung pädagogisch-psychologischer Studien: Eine Einführung*. Weinheim: Beltz.

Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion*. Bern: Huber.

Rutter, M. (2005). Commentary: What is the meaning and utility of the psychopathy concept?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(4), 499-503.

Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., Stevens, S. & Sonuga-Barke, E. (2007). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology*, 4(3), 332-350.

Sachs, J. & Devin, J. (1976). Young children's use of age-appropriate speech styles in social interaction and role-playing. *Journal of child language*, 3(1), 81-98.

Sattler, J. M. (2008). *Assessment of children: Cognitive foundations*. San Diego, CA: JM Sattler.

Saß, H. & American Psychiatric Association. (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV: übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association*. Verlag für Psychologie, Hogrefe.

Scheeringa, M. (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1504-1512.

Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (2009). *Diagnostisches interview psychischer Störungen im Kindes-und Jugendalter (Kinder-DIPS)*. Berlin: Springer.

Schneider, W. & Büttner, G. (2008). Entwicklung des Gedächtnisses bei Kindern und Jugendlichen. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 480-501). Weinheim: Beltz PVU.

Schneider, W. & Hasselhorn, M. (2012). Frühe Kindheit (3-6 Jahre). *Entwicklungspsychologie*, 7, 187-209.

Schneider, W. & Lindenberger, U. (2012). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz.

Schwarzer, G. (2011). Motorische Entwicklung. In Piquart, M., Schwarzer, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie- Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.

Selman, R. L. (1981). The development of interpersonal competence: The role of understanding in conduct. *Developmental Review*, 1(4), 401-422.

Schoorl, J., van Rijn, S., de Wied, M., Van Goozen, S. & Swaab, H. (2016). Emotion regulation difficulties in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder and the relation with comorbid autism traits and attention deficit traits. *PloS one*, 11(7).

Schwandt, H. & Wuppermann, A. (2016). The youngest get the pill: ADHD misdiagnosis in Germany, its regional correlates and international comparison. *Labour Economics*, 43, 72-86.

Semrud-Clikeman, M., Bennett, L. & Guli, L. (2003). Assessment of Childhood Depression. In Reynolds, C. R. & Kamphaus, R. W. (Eds.), *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children: Intelligence, Aptitude, and Achievement* (2nd ed.). New York: Guilford.

Smidts, D. P. & Oosterlaan, J. (2007). How common are symptoms of ADHD in typically developing preschoolers? A study on prevalence rates and prenatal/demographic risk factors. *Cortex*, 43(6), 710-717.

Smith, T. F. (2010). Meta-analysis of the heterogeneity in association of DRD4 7-repeat allele and AD/HD: Stronger association with AD/HD combined type. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 153(6), 1189-1199.

Sonuga-Barke, E. J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological psychiatry*, 57(11), 1231-1238.

Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P. & Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 345-355.

Sonuga-Barke, E. J. & Halperin, J. M. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 368-389.

Sperber, D. (1994). The modularity of thought and the epidemiology of representations. *Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture*, 39-67.

Spira, E. G. & Fischel, J. E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 755-773.

Sroufe, L. A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 17-29.

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018). Betreuungsquoten der Kinder unter 6 Jahren in Kindertagesbetreuung am 01.03.2018 nach Ländern. [zitiert am 06.01.2019]. URL: [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialeistungen/Kindertagesbetreuung/Tabellen/Tabellen\\_Betreuungsquote.html;jsessionid=1C3D8E51E9F73A4ABDAF7D062BB83520.InternetLive2](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialeistungen/Kindertagesbetreuung/Tabellen/Tabellen_Betreuungsquote.html;jsessionid=1C3D8E51E9F73A4ABDAF7D062BB83520.InternetLive2).

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018). Migration und Integration. [zitiert am 06.01.2019]. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html>

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018). Bildung, Forschung und Kultur - Bildungsstand. [zitiert am 06.01.2019]. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/BildungForschungKultur.html>

Steinhausen, H. C., Rothenberger, A. & Döpfner, M. (2013). In Steinhausen, H. C., Rothenberger, A. & Döpfner, M. (Hrsg.), *Handbuch ADHS*. Stuttgart: Kohlhammer.

Sterba, S., Egger, H. L. & Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 1005-1013.

Stevenson, J., Kreppner, J., Pimperton, H., Worsfold, S. & Kennedy, C. (2015). Emotional and behavioural difficulties in children and adolescents with hearing impairment: A systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 24(5), 477-496.

Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C., Vermulst, A. A. & Janssens, J. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4-to 12-year-olds: a review. *Clinical child and family psychology review*, 13(3), 254-274.

Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of personality assessment*, 80(1), 99-103.

Tandon, M., Si, X. & Luby, J. (2011). Preschool onset attention-deficit/hyperactivity disorder: course and predictors of stability over 24 months. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 21(4), 321-330.

Tellegen, P.J., Laros, J. A. & Petermann F. (2007) *SON-R 2½-7 Non-verbaler Intelligenztest*. Göttingen: Hogrefe.

Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. & Langley, K. (2013). Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16.

Thapar, A., Langley, K., Fowler, T., Rice, F., Turic, D., Whittinger, N., Aggleton, J., Van den Bree, M., Owen, M. & O'Donovan, M. (2005). Catechol O-methyltransferase gene variant and birth weight predict early-onset antisocial behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 62(11), 1275-1278.

Tomasello, M. & Lieven, E. (2008). Children's first language acquisition from a usage-based perspective. In *Handbook of cognitive linguistics and second language acquisition* (pp. 178-206). Abingdon-on-Thames: Routledge.

van Stralen, J. (2016). Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(4), 175-187.

Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., Perou, R. & Blumberg, S. J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34-46.

von Gontard, A. (2010). *Säuglings-und Kleinkindpsychiatrie: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Wakschlag, L. S., Briggs-Gowan, M. J., Hill, C., Danis, B., Leventhal, B. L., Keenan, K., Egger, H. L., Cicchetti, D., Burns, J. & Carter, A. S. (2008). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part II: validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(6), 632-641.

Wechsler, D. (2009). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – III - Deutsche Version*. Hg. von Franz Petermann. Frankfurt am Main: Pearson Assessment.

West, S. G., Finch, J. F. & Curran, P. J. (1995). Structural Equation Models with Non Normal Variables: Problems and remedies. In Hoyle, R. H. (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications*, Thousand Oaks: Sage Publications.

Whalen, D. J., Sylvester, C. M. & Luby, J. L. (2017). Depression and anxiety in preschoolers: a review of the past 7 years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(3), 503-522.

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E. & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705.

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.

Woerner, W., Becker, A. & Rothenberger, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), ii3-ii10.

Zimmermann, P. & Pinquart, M. (2011). Emotionale Entwicklung. In Pinquart, M., Schwarzer, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie- Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.

## 7 Anhang

### A...Verwendete Messverfahren<sup>5</sup>

- S. 119 A.1: Informationsschreiben und Einverständniserklärung.
- S. 125 A.2: Soziodemographisches Datenblatt
- S. 127 A.3: Die Conners EC
- S. 142 A.4: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

### B...Zuordnung der Items zu den Skalen der Conners EC

- S. 144 B.1: Elternversion – Verhaltensskalen
- S. 151 B.2: Elternversion – Entwicklungsmeilensteine
- S. 155 B.3: Erzieheverson – Verhaltensskalen
- S. 162 B.4: Erzieheverson – Entwicklungsmeilensteine

### C...Stichprobenbeschreibung

- S. 167 C.1: Mittelwerte der Skalen, aufgelistet nach Alter und Geschlecht
- S. 170 C.2: Schiefe und Kurtosis der Skalen der Normstichprobe der Conners EC
- S. 173 C.3: Test auf Normalverteilung

### D...Histogramme der Häufigkeitsverteilung der Skalenrohwerte der Conners EC

- S. 175 D.1: Elternversion – Verhaltensskalen
- S. 177 D.2: Elternversion – Entwicklungsmeilensteine
- S. 178 D.3: Erzieheverson – Verhaltensskalen
- S. 180 D.4: Erzieheverson – Entwicklungsmeilensteine
- S. 181 D.5: Verhaltenskurzskalen Elternversion
- S. 182 D.6 Verhaltenskurzskalen Erzieheverson
- S. 183 D.7: Global Index – Eltern und Erzieheverson

### E...Voraussetzungen Explorative Faktoranalyse S. 184

### F...Parallelanalyse der explorativen Faktorenanalyse S. 185

### G...Testung der Messinvarianz S. 186

### H...Einfachstruktur der explorativen Faktorenanalyse

- S. 182 H.1 Elternversion
- S. 194 H.2 Erzieheverson

### I...Korrelationen der Conners EC Skalen mit den Verfahren SDQ, VBV und BBK

- S. 199 I.1: Conners EC und BBK
- S. 201 I.2: Conners EC und SDQ und VBV

### J...Univariate Effekte des Geschlechts, Alters und Bildungsstand der Eltern

- S. 209 J.1: Conners EC – Langversion
- S. 224 J.2: Conners EC – Kurzversion der Verhaltensskalen
- S. 233 J.3: Conners EC – Global Index

---

<sup>5</sup> Die Originalversionen des Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6) und des Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter (BBK 3-6) können aus lizenzrechtlichen Gründen nicht abgedruckt werden.

# **Anhang A – Verwendete Messverfahren und Fragebogengenkpaket**

## **A.1 Informationsschreiben und Einverständniserklärung**

### **Elternversion**

#### **Aufklärung und Einverständniserklärung**

#### ***Informationen zu dem Forschungsprojekt „Validierung der deutschen Version der Conners‘ Early Childhood Rating Scales (Conners-EC)“***

##### **Informationen für Eltern**

Dieses Informationsblatt fasst die wesentlichen Aspekte des oben genannten Forschungsprojektes zusammen. An dem Projekt sind weiter Frau Prof. Dr. Ricarda Steinmayr (TU-Dortmund) und Frau Prof. Dr. Eva Neidhardt (Uni Koblenz) beteiligt. Die Untersuchungen werden von Prof. Dr. Hanna Christiansen koordiniert.

Für die Teilnahme an der Studie befindet sich am Ende dieses Informationsschreibens ein Formular für Ihr schriftliches Einverständnis, ohne das ein Einschluss in diese Studie nicht möglich ist.

##### **Informationsschreiben für Eltern**

Liebe Eltern,

wir bitten mit diesem Informationsschreiben um Ihre Mithilfe an unserer Studie. Mit dieser möchten wir eine Verbesserung der Diagnostik von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kleinkindalter in Deutschland erreichen. Im Folgenden finden Sie Informationen zum Inhalt der Studie und zum Umgang mit den erhobenen Daten.

##### **Was ist der Hintergrund und Anlass der Studie?**

Kinder sind heute schon sehr früh vielen Herausforderungen im Alltag ausgesetzt. Manchen Kindern fallen diese leicht und andere haben Schwierigkeiten, diese zu bewältigen. So können soziale, emotionale und Verhaltensprobleme entstehen. Für ca. vier von 100 Kindern entstehen so große Schwierigkeiten, dass sie für die Bewältigung ihrer Probleme therapeutische oder medizinische Hilfe brauchen. Für diese Kinder ist es wichtig, dass ihre Not früh erkannt wird. Dafür werden Diagnoseverfahren benötigt, die bereits in einem jungen Alter auftauchende Symptome erkennen können. Hierzu werden unter anderem Verhaltensfragebögen für Eltern und Erzieher eingesetzt.

Leider gibt es derzeit für den deutschsprachigen Raum bislang nur wenige anerkannte wissenschaftliche Verfahren zur Früherkennung von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten. Im amerikanischen Raum hat sich der „Conners Early Childhood Questionnaire“ für solch eine Früherkennung bewährt und gut etabliert. Es handelt sich dabei um ein sogenanntes Fremdbeurteilungsverfahren, d. h. Eltern und Erzieher des Kindes geben Auskunft über das Kind. Der Fragebogen erhebt das Verhalten und das emotionale und soziale Befinden des Kindes. Außerdem werden wichtige Entwicklungsmeilensteine aus dem Kindergarten- und Vorschulalter erfragt.

Um mögliche Verhaltens- oder Entwicklungsprobleme eines Kindes festzustellen, wird der ermittelte Fragebogenwert eines Kindes mit einer möglichst großen Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung verglichen, d. h. der individuelle Wert des Kindes wird mit einem Normwert verglichen, um eventuelle Abweichungen festzustellen.

### **Wie ist das Vorgehen unserer Studie?**

Wir haben die Conners Early Childhood Questionnaires ins Deutsche übersetzt. Mit diesem Fragebogen möchten wir an einer für den deutschsprachigen Raum repräsentativen Stichprobe von Kindern einen gültigen Durchschnittswert für das Verhalten und die Entwicklungsphasen der Kinder ermitteln. D. h. wir möchten für den Fragebogen einen Normwert ermitteln, der dem Verhalten und der Entwicklung von in Deutschland lebenden Kindern entspricht. Weiter wollen wir den Fragebogen mit anderen Fragebögen vergleichen, um zu prüfen, inwieweit die Conners Early Childhood Questionnaires mit diesen übereinstimmen, bzw. diesen überlegen sind. Insgesamt wollen wir Eltern und Erzieher von 800 Kindern im Alter von zwei bis sechseinhalb Jahren befragen. Anschließend werden die Fragebögen von uns ausgewertet und auf deren Gültigkeit überprüft. So wird die Qualität des übersetzten Fragebogens sichergestellt. Die Ergebnisse dieser Studie werden daraufhin veröffentlicht. Der normierte Fragebogen steht anschließend Psychologen und Ärzten bei der Diagnose von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kleinkindalter zur Verfügung.

### **Wie können Sie uns helfen?**

Wir bitten Sie darum, diesen Fragebogen auszufüllen. Im ersten Teil wird das Verhalten, im zweiten Teil werden Entwicklungsmeilensteine des Kindes erfasst. Die benötigte Zeit beträgt ca. 30-45 Minuten. Es werden parallel für jedes Kind ein Fragebogen von den Eltern und ein Fragebogen von den Erziehern ausgefüllt. Dabei geht es nicht darum, dass Ihr Kind Verhaltensauffälligkeiten zeigt, sondern wir suchen ganz gesunde und normale Kinder.

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, erklären Sie sich über die Einverständniserklärung zu Ihrer Teilnahme bereit. Diese geben Sie bitte ausgefüllt an die Erzieher zurück. Die in der Einverständniserklärung erhobenen Daten werden ausschließlich zum Zuordnen der Fragebögen benutzt, und nach dem Austeilen dieser gelöscht. Sie erhalten dann den Fragebogen von dem Erzieher/Lehrer Ihres Kindes. Den ausgefüllten Bogen geben Sie bitte wieder an die Erzieher zurück. Diese werden die Fragebögen an uns weitergeben.

Durch Ihre Teilnahme tragen Sie erheblich zu einer Verbesserung der Diagnostik von Verhaltens- und Entwicklungsproblemen bei Kleinkindern im deutschsprachigen Raum bei. Wenn Sie eine Rückmeldung über das Ergebnis der Studie wünschen, können Sie Ihre Kontaktdaten mitangeben. Wir werden Sie dann gerne nach Abschluss der Studie informieren. Individuelle Ergebnisse können wir Ihnen aufgrund der Anonymisierung der Daten leider nicht mitteilen.

### **Was geschieht mit den personenbezogenen Informationen und Ergebnisse?**

Die im Rahmen dieser Untersuchung aus den Fragebögen erhobenen Daten werden in Computersystemen des Fachbereiches Psychologie der Universität Marburg anonymisiert und ausgewertet. Die Speicherung und der Umgang mit den Daten unterliegen den Grundsätzen des Datenschutzes. D. h., dass die Daten Ihres Kindes so unkenntlich gemacht werden, dass aufgrund der Daten keine Rückschlüsse auf die Identität Ihres Kind gezogen werden können.

**Wir würden uns sehr freuen Sie für unsere Studie gewinnen zu können.**

**Für Ihre Unterstützungen möchten wir Ihnen jetzt schon herzlich danken!**

## **Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie**

### **„Normierung des Conners Early Childhood Questionnaire“**

Für die Teilnahme Ihres Kindes an unserer Studie benötigen wir das schriftliche Einverständnis eines Erziehungsberechtigten. Bitte geben Sie Ihren Namen und den Namen Ihres Kindes sowie dessen Geburtsdatum an und unterschreiben Sie nachfolgende Erklärung.

Mein Name: \_\_\_\_\_ Mein Vorname: \_\_\_\_\_

Name und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgendes:

- Ich habe das Informationsschreiben gelesen und dessen Inhalt verstanden.
- Ich wurde über das Wesen und die Bedeutung dieser Studie aufgeklärt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an der Studie teilnimmt.
- Ich erlaube dem Erzieher bzw. Lehrer meines Kindes einen Fragebogen, der  
Informationen über mein Kind gibt, auszufüllen.
- Die Teilnahme meines Kindes an der Studie erfolgt freiwillig.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Kontakt Daten (freiwillig, falls Rückmeldung über Ergebnisse erwünscht.)

Name: \_\_\_\_\_

Adresse/E-mail: \_\_\_\_\_

## **Erzieherversion**

### **Aufklärung und Einverständniserklärung**

#### ***Informationen zu dem Forschungsprojekt „Validierung der deutschen Version der Conners‘ Early Childhood Rating Scales (Conners-EC)“***

##### **Informationen für Erzieher**

Dieses Informationsblatt fasst die wesentlichen Aspekte des oben genannten Forschungsprojektes zusammen. An dem Projekt sind weiter Frau Prof. Dr. Ricarda Steinmayr (TU-Dortmund) und Frau Prof. Dr. Eva Neidhardt (Uni Koblenz) beteiligt. Die Untersuchungen werden von Prof. Dr. Hanna Christiansen koordiniert. Für die Teilnahme an der Studie befindet sich am Ende dieses Informationsschreibens ein Formular für Ihr schriftliches Einverständnis, ohne das ein Einschluss in diese Studie nicht möglich ist.

##### **Informationsschreiben für Erzieher**

Liebe Erzieherinnen und Erzieher,

wir bitten mit diesem Informationsschreiben um Ihre Mithilfe an unserer Studie. Mit dieser möchten wir eine Verbesserung der Diagnostik von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kleinkindalter in Deutschland erreichen. Im Folgenden finden Sie Informationen zum Inhalt der Studie.

##### **Was ist der Hintergrund und Anlass der Studie?**

Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten entstehen häufig bereits schon im Kleinkindalter. Sie gehen meist einher mit Beeinträchtigungen in der persönlichen Entwicklung der Kinder. Dies bringt nicht nur Schwierigkeiten im familiären Umfeld mit sich, sondern auch soziale, emotionale und Verhaltensprobleme im Kindergarten und später in der Schule. Für ca. vier von 100 Kindern entstehen so große Schwierigkeiten, dass sie für die Bewältigung ihrer Probleme therapeutische oder medizinische Hilfe brauchen. Für diese Kinder ist es wichtig, dass ihre Not früh erkannt wird. Dafür werden Diagnoseverfahren benötigt, die bereits in einem jungen Alter auftauchende Symptome erkennen können. Hierzu werden Verhaltensfragebögen für Eltern und auch für Erzieherinnen und Erzieher eingesetzt, da die Verhaltensbeurteilung durch Sie ein unabdingbarer Bestandteil für die Diagnostik bei Verhaltensauffälligkeiten ist.

Leider gibt es derzeit für den deutschsprachigen Raum bislang nur wenige anerkannte wissenschaftliche Verfahren zur Früherkennung von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten. Im amerikanischen Raum hat sich der „Conners Early Childhood Questionnaire“ für solch eine Früherkennung bewährt und gut etabliert. Es handelt sich dabei um ein sogenanntes Fremdbeurteilungsverfahren, d. h. Eltern und Erzieher des Kindes geben Auskunft über das Kind. Der Fragebogen erhebt das Verhalten und das emotionale und soziale Befinden des Kindes. Außerdem werden wichtige Entwicklungsmeilensteine aus dem Kindergarten- und Vorschulalter erfragt.

Um mögliche Verhaltens- oder Entwicklungsprobleme eines Kindes festzustellen, wird der ermittelte Fragebogenwert eines Kindes mit einer möglichst großen Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung

verglichen, d. h. der individuelle Wert des Kindes wird mit einem Normwert verglichen, um eventuelle Abweichungen festzustellen.

### **Wie können Sie uns helfen?**

Zunächst möchten wir Sie bitten, das Fragebogenpaket mit dem Informationsschreiben und der Einverständniserklärung an die Eltern weiterzuleiten. Für jedes Kind müssen zwei Fragebögen ausgefüllt werden: einer durch die Eltern und einer durch Sie. Im ersten Teil wird das Verhalten, im zweiten Teil werden Entwicklungsmeilensteine des Kindes erfasst. Weiter wollen wir den Fragebogen mit anderen Fragebögen vergleichen, um zu prüfen, inwieweit die Conners Early Childhood Questionnaires mit diesen übereinstimmen, bzw. diesen überlegen sind; diese sind auch mit in dem Fragebogenpaket enthalten. Die benötigte Zeit beträgt ca. 30-45 Minuten. Es werden parallel für jedes Kind ein Fragebogen von den Eltern und ein Fragebogen von Ihnen, den ErzieherInnen ausgefüllt. Die zusammengehörigen Eltern- und Erzieherfragebögen wurden von uns mit Codes versehen und zusammengeheftet. Bitte achten Sie darauf, dass die entsprechenden Fragebögen auch wieder zusammengefügt werden, bevor Sie diese an uns zurück schicken.

Wir sind uns bewusst, dass Sie als Erzieherinnen und Erzieher vielfältige Aufgaben mit immer weniger Zeit erledigen müssen. Wir sind daher froh über jeden einzelnen ausgefüllten Fragebogen, aber wir möchten Sie in keinem Fall im Übermaß beanspruchen!

### **Was bekommen Sie von uns für ihre Teilnahme?**

Leider können wir Ihnen für die Teilnahme an dieser Studie keine finanzielle Aufwandsentschädigung zahlen. Falls Sie Interesse haben, bieten wir Ihnen aber einen kostenlosen Workshop zu ADHS in ihrer Kindertagseinrichtung an.

Wir würden uns sehr freuen, Sie für unsere Studie gewinnen zu können. Durch Ihre Teilnahme tragen Sie erheblich zu einer Verbesserung der Diagnostik von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten bei Kleinkindern im deutschsprachigen Raum bei.

**Für Ihre Unterstützungen möchten wir Ihnen jetzt schon herzlich danken!**

## Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

### „Normierung des Conners Early Childhood Questionnaire“

Mein Name: \_\_\_\_\_ Mein Vorname: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgendes:

- Ich habe das Informationsschreiben gelesen und dessen Inhalt verstanden.
- Ich wurde über das Wesen und die Bedeutung dieser Studie aufgeklärt.
- Meine Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten (freiwillig, falls Rückmeldung über Ergebnisse erwünscht.)

Name: \_\_\_\_\_

Adresse/E-mail: \_\_\_\_\_

**A.2 Soziodemographisches Datenblatt**  
**Elternversion**

Code:		Datum:	
Wer füllt den Fragebogen aus?		Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>
Alter		Mutter ____	Vater ____
Höchster erreichter Bildungsabschluss Mutter			
Keiner <input type="checkbox"/>		Hauptschule <input type="checkbox"/>	
Realschule <input type="checkbox"/>		Gymnasium <input type="checkbox"/>	
Fachhochschule <input type="checkbox"/>		Universitätsabschluss <input type="checkbox"/>	
Abgeschlossene Lehre/Ausbildung in:		Meister in:	
Höchster erreichter Bildungsabschluss Vater			
Keiner <input type="checkbox"/>		Hauptschule <input type="checkbox"/>	
Realschule <input type="checkbox"/>		Gymnasium <input type="checkbox"/>	
Fachhochschule <input type="checkbox"/>		Universitätsabschluss <input type="checkbox"/>	
Abgeschlossene Lehre/Ausbildung in:		Meister in:	
Wurde bei Ihrem Kind die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gestellt?			
Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Alter des Kindes: _____		Mädchen <input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum: _____		Junge <input type="checkbox"/>	

## Erzieherversion

Code:	Datum:
Alter:	Geschlecht:
Höchster erreichter Bildungsabschluss	
Keiner <input type="checkbox"/>	Hauptschule <input type="checkbox"/>
Realschule <input type="checkbox"/>	Gymnasium <input type="checkbox"/>
Fachhochschule <input type="checkbox"/>	Universitätsabschluss <input type="checkbox"/>
Abgeschlossene Lehre/Ausbildung in:	Meister in:
Alter des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____	Mädchen <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/>

### A.3 Conners-EC

#### Elternversion

Teil 1: Im Folgenden sind einige Dinge aufgeführt, die Eltern über ihre Kinder sagen könnten. Bitte berichten Sie uns von *Ihrem* Kind und davon, wie es **im letzten Monat** war. Lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und markieren Sie dann, wie gut diese Ihr Kind beschreibt oder wie häufig dies im **letzten Monat** vorgekommen ist.

**0** = Im letzten Monat traf dies auf mein Kind **überhaupt nicht** zu. Es kam **nie (oder selten)** vor.

**1** = Im letzten Monat traf dies auf mein Kind **ein bisschen** zu. Es kam **gelegentlich** vor.

**2** = Im letzten Monat traf dies auf mein Kind **ziemlich genau** zu. Es kam **oft (oder ziemlich häufig)** vor.

**3** = Im letzten Monat traf dies auf mein Kind **sehr genau** zu. Es kam **sehr oft (oder sehr häufig)** vor.

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort pro Aussage an. Es ist wichtig, jede Aussage zu beantworten. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, eine Aussage zu beantworten, kreuzen Sie bitte die Antwortmöglichkeit an, die am ehesten passt.

Beurteilung

*Im letzten Monat, traf dies*

**0** = überhaupt nicht zu (nie, selten)

**1** = ein bisschen zu (gelegentlich)

**2** = ziemlich genau zu (oft, ziemlich häufig)

**3** = sehr genau (sehr oft, sehr häufig)

B1. Schließt leicht neue Freundschaften.	0	1	2	3
B2. Hat Schwierigkeiten, seine/ihre Sorgen zu kontrollieren.	0	1	2	3
B3. Verhält sich wie ein Engelchen.	0	1	2	3
B4. Ist besorgt.	0	1	2	3
B5. Ist eigenartig oder ungewöhnlich.	0	1	2	3
B6. Lässt sich leicht irritieren.	0	1	2	3
B7. Ist grausam zu Tieren.	0	1	2	3
B8. Ansprüche müssen sofort erfüllt werden - ist schnell frustriert.	0	1	2	3
B9. Zeigt plötzliche Zuckungen im Gesicht oder am Körper (zum Beispiel Blinzeln, Kopfschütteln oder Schulterzucken).	0	1	2	3
B10. Schmolzt.	0	1	2	3
B11. Isst Gegenstände, die nicht zum Verzehr geeignet sind (zum Beispiel Tapete, Dreck oder Müll).	0	1	2	3

B12. Ist unaufmerksam.	0	1	2	3
B13. Hält angemessenen Blickkontakt.	0	1	2	3
B14. Scheint nicht damit aufhören zu können, sich wiederholende Laute von sich zu geben (zum Beispiel schniefen, sich räuspern oder mit der Zunge schnalzen).	0	1	2	3
B15. Wird schnell wütend.	0	1	2	3
B16. Ist schwer zu erfreuen oder zu unterhalten.	0	1	2	3
B17. Isst zu viel.	0	1	2	3
B18. Ist manipulativ.	0	1	2	3
B19. Isst zu wenig.	0	1	2	3
B20. Klagt über Bauchschmerzen.	0	1	2	3
B21. Ist in angemessener Weise liebevoll.	0	1	2	3
B22. Erregbar, impulsiv.	0	1	2	3
B23. Ich kann nicht erkennen, was ihn/sie glücklich macht.	0	1	2	3
B24. Hat Schwierigkeiten, alleine einzuschlafen.	0	1	2	3
B25. Wird zu Partys und zum Spielen eingeladen.	0	1	2	3
B26. Sein/ihr Spiel beinhaltet traurige oder düstere Themen.	0	1	2	3
B27. Klagt darüber, krank zu sein, auch wenn ihm/ihr nichts fehlt.	0	1	2	3
B28. Lächelt, wenn er/sie von anderen Leuten angelächelt wird.	0	1	2	3
B29. Ist übermäßig anhänglich oder an die Eltern gebunden.	0	1	2	3
B30. Hat ungewöhnliche Interessen.	0	1	2	3
B31. Schläft zu viel.	0	1	2	3
B32. Jammert und beschwert sich.	0	1	2	3
B33. Wacht nachts auf und hat dann Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen.	0	1	2	3
B34. Hat Schwierigkeiten, ruhig sitzenzubleiben.	0	1	2	3
B35. Wird von anderen Kindern ignoriert.	0	1	2	3
B36. Spricht schlecht über sich (zum Beispiel „Ich bin dumm“ oder „Ich kann nichts richtig machen“).	0	1	2	3
B37. Versucht, die Gefühle anderer zu verletzen.	0	1	2	3
B38. Rechnet immer mit dem Schlimmsten.	0	1	2	3
B39. Sagt die Wahrheit; erzählt nicht einmal kleine Notlügen.	0	1	2	3
B40. Hat Alpträume und Nachtangst.	0	1	2	3
B41. Fürchtet sich vor einem/r oder mehreren spezifischen Objekten oder Situationen (zum Beispiel Tiere, Insekten, Blut, Ärzte, Wasser, Stürme, Höhen oder bestimmte Orte).	0	1	2	3
B42. Rennt oder klettert, wenn er/sie eigentlich gehen oder sitzen soll.	0	1	2	3
B43. Wirkt gereizt, nervös oder schreckhaft.	0	1	2	3
B44. Ist bei anderen Kindern beliebt.	0	1	2	3
B45. Ist stur.	0	1	2	3
B46. Freut sich für andere, wenn ihnen etwas Gutes widerfährt.	0	1	2	3
B47. Handelt wie von einem Motor getrieben.	0	1	2	3

B48. Hat Wutausbrüche.	0	1	2	3
B49. Springt von einer Aktivität zur nächsten.	0	1	2	3
B50. Wiederholt Körperbewegungen immer wieder (zum Beispiel mit dem Körper hin und her schaukeln, sich drehen oder mit den Händen flattern).	0	1	2	3
B51. Wird von anderen Kindern gehänselt.	0	1	2	3
B52. Bevorzugt es, alleine zu sein.	0	1	2	3
B53. Hat Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten.	0	1	2	3
B54. Macht Fehler.	0	1	2	3
B55. Ist immer auf dem Sprung.	0	1	2	3
B56. Kommt gut mit anderen Kindern aus.	0	1	2	3
B57. Stiehlt.	0	1	2	3
B58. Ist furchtsam, leicht zu verängstigen.	0	1	2	3
B59. Seine/ihre Gefühle sind leicht verletzbar.	0	1	2	3
B60. Kann nichts richtig machen.	0	1	2	3
B61. Wird von Gleichaltrigen zurückgewiesen.	0	1	2	3
B62. Wird in aufregenden Situationen überstimuliert oder aufgedreht.	0	1	2	3
B63. Scheint in seiner/ihrer eigenen Welt zu sein.	0	1	2	3
B64. Ist trotzig.	0	1	2	3
B65. Handelt ohne nachzudenken.	0	1	2	3
B66. Hat Angst vor dem Alleinsein.	0	1	2	3
B67. Ist schwer zu motivieren (selbst mit Belohnungen wie Süßigkeiten oder Spielzeug).	0	1	2	3
B68. Ungewöhnlicher Sprachgebrauch (zum Beispiel wiederholt Dinge, klingt wie ein Roboter oder ein kleiner Professor, spricht mit schriller Stimme, benutzt erfundene Wörter).	0	1	2	3
B69. Lügt, um Dinge zu bekommen oder um Leute zu manipulieren.	0	1	2	3
B70. Wirkt traurig.	0	1	2	3
B71. Bedroht andere Personen.	0	1	2	3
B72. Hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne.	0	1	2	3
B73. Legt Feuer oder spielt mit Streichhölzern.	0	1	2	3
B74. Zappelt herum.	0	1	2	3
B75. Mag keine Störungen seines/ihrer Tagesablaufs.	0	1	2	3
B76. Verliert schnell das Interesse.	0	1	2	3
B77. Flucht oder gebraucht Schimpfwörter.	0	1	2	3
B78. Ist in jeder Hinsicht perfekt.	0	1	2	3
B79. Hat Schwierigkeiten, sich auf nur eine Sache zu konzentrieren.	0	1	2	3
B80. Hat Schwierigkeiten einzuschlafen.	0	1	2	3
B81. Ist ruhelos oder überaktiv.	0	1	2	3
B82. Klagt über Schmerzen.	0	1	2	3
B83. Hat an nichts Freude.	0	1	2	3
B84. Wacht zu früh auf.	0	1	2	3
B85. Versucht andere zu trösten, wenn sie aufgebracht sind.	0	1	2	3

B86. Unaufmerksam, leicht ablenkbar.	0	1	2	3
B87. Klagt über Kopfschmerzen.	0	1	2	3
B88. Zeigt seine/ihre Gefühle nicht.	0	1	2	3
B89. Sein/ihr Spiel wiederholt sich immer wieder.	0	1	2	3
B90. Schafft es nicht, begonnene Dinge zu Ende zu bringen.	0	1	2	3
B91. Hänzelt andere Kinder.	0	1	2	3
B92. Ist rechthaberisch.	0	1	2	3
B93. Es macht Spaß, mit ihm/ihr zusammen zu sein.	0	1	2	3
B94. War einem schweren Unfall, extremer Gewalt, einem Trauma, Missbrauch oder Vernachlässigung ausgesetzt.	0	1	2	3
B95. Ist unhöflich.	0	1	2	3
B96. Muss sich anstrengen, um schwierige Aufgaben zum Abschluss zu bringen.	0	1	2	3
B97. Streitet mit Erwachsenen.	0	1	2	3
B98. Ist ängstlich.	0	1	2	3
B99. Weigert sich zu tun, was ihm/ihr aufgetragen wird.	0	1	2	3
B100. Ist glücklich, fröhlich und hat eine positive Einstellung.	0	1	2	3
B101. Seine/ihre Stimmung ändert sich schnell und drastisch.	0	1	2	3
B102. Ist ein/e Perfektionist/in.	0	1	2	3
B103. Ist geduldig und zufrieden, auch wenn er/sie in einer langen Schlange warten muss.	0	1	2	3
B104. Wünscht sich, Freunde zu haben.	0	1	2	3
B105. Reißt sich die Kopfhare, Wimpern oder andere Körperhaare aus, so dass kahle Stellen entstehen.	0	1	2	3
B106. Gerät in Prügeleien.	0	1	2	3
B107. Stört andere Kinder.	0	1	2	3
B108. Zerstört absichtlich Dinge.	0	1	2	3
B109. Weint häufig und leicht.	0	1	2	3
B110. Verletzt sich selbst (zum Beispiel schneidet sich, kratzt sich die Haut auf oder schlägt sich seinen/ihren Kopf absichtlich an).	0	1	2	3

Bitte auf der nächsten Seite fortfahren!

Teil 2: Im Folgenden sind einige Dinge aufgeführt, die Kinder während ihrer Entwicklung lernen. Bitte berichten Sie uns von *Ihrem* Kind und von seiner Entwicklung im Verlauf der Zeit. Denken Sie bei den folgenden Aussagen daran, ob Ihr Kind die darin beschriebene Aufgabe *eigenständig* bewältigen kann.

Fragen Sie sich selbst: „Macht mein Kind dies ohne Hilfe?“

0 = **Nein**, er/sie macht es **niemals oder selten** ohne Hilfe.

1 = Er/sie macht es **manchmal** ohne Hilfe.

2 = **Ja**, er/sie macht es **immer oder fast immer** ohne Hilfe.

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort pro Aussage an. Es ist wichtig, jede Aussage zu beantworten. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, eine Aussage zu beantworten, kreuzen Sie bitte die Antwortmöglichkeit an, die am ehesten passt.

### Beurteilung

*Mein Kind macht dies ohne Hilfe...* 0 = nein (niemals oder selten)

1 = manchmal

2 = ja (immer oder fast immer)

DM1. Weiß, wann er/sie auf die Toilette muss.	0	1	2
DM2. Zählt von 1 bis 5 ohne Fehler zu machen.	0	1	2
DM3. Kommuniziert Wünsche und Bedürfnisse durch den Gebrauch von Wörtern oder Gesten.	0	1	2
DM4. Fährt Fahrrad ohne Stützräder.	0	1	2
DM5. Sagt oder singt das Alphabet ohne Fehler.	0	1	2
DM6. Übernimmt Haushaltstätigkeiten (zum Beispiel deckt den Tisch oder bringt den Müll raus).	0	1	2
DM7. Kennt die wichtigsten Farben (einschließlich rot, <b>orange, gelb, grün, blau und lila</b> ).	0	1	2
DM8. Benutzt Wörter in der Mehrzahl (zum Beispiel ein Block, zwei Blöcke).	0	1	2
DM9. Badet sich selbst (einseifen, shampooonieren, sich ab duschen).	0	1	2
DM10. Bindet sich seine/ihre Schuhe.	0	1	2
DM11. Erkennt unterschiedliche Gefühle bei anderen anhand ihres Gesichtsausdrucks.	0	1	2
DM12. Reimt Wörter (zum Beispiel, wenn Sie das Wort „Rose“ zu ihm/ihr sagen und er/sie antwortet mit „Hose“ oder „Dose“).	0	1	2
DM13. Zieht seine/ihre Schuhe richtig herum an.	0	1	2
DM14. Schaukelt auf einer Schaukel.	0	1	2
DM15. Ist vollständig trocken und sauber (Tag und Nacht).	0	1	2
DM16. Kennt die grundlegenden Formen (einschließlich Kreis, Viereck und Dreieck).	0	1	2
DM17. Gebraucht „ich“ oder „mein“ (anstatt den eigenen Namen zu nennen), um über sich selbst zu sprechen.	0	1	2
DM18. Kämmt sich die Haare.	0	1	2
DM19. Kann dem Text folgen, wenn ihm/ihr bekannte Bücher <b>vorgelesen werden</b> („liest mit“).	0	1	2
DM20. Zieht Jacken, die sich vorne aufmachen lassen, alleine aus.	0	1	2
DM21. Zeichnet erkennbare Formen (zum Beispiel Linien, Kreise, Dreiecke oder Vierecke).	0	1	2
DM22. Zieht Jacken, die sich vorne aufmachen lassen, alleine an.	0	1	2

DM23. Benutzt Gesten wie auf bestimmte Dinge zeigen, Nicken für „ja“ und Winken zur Verabschiedung.	0	1	2
DM24. Kann mit beiden Füßen Treppen steigen (ein Fuß pro Stufe).	0	1	2
DM25. Erklärt Lösungen für einfache Probleme (zum Beispiel „Was tust du, wenn du hungrig bist?“).	0	1	2
DM26. Versteht Wörter zur Angabe von Tageszeiten (zum Beispiel „gestern“, „Abendbrotzeit“ und „der Morgen“).	0	1	2
DM27. Kickt einen Ball.	0	1	2
DM28. Kann seine Gedanken auf unterschiedliche Weise ausdrücken (zum Beispiel kann er/sie dasselbe mit anderen Worten sagen, wenn es nicht verstanden wird).	0	1	2
DM29. Zieht Hosen mit einem Gummizug alleine an (zum Beispiel Jogginghosen).	0	1	2
DM30. Kann mit kleinen Gegenständen umgehen (zum Beispiel kann er/sie Perlen auffädeln oder einen Kaugummi auspacken).	0	1	2
DM31. Verändert die Verben, um über die Vergangenheit oder Zukunft zu reden (zum Beispiel ich ging, ich werde gehen).	0	1	2
DM32. Schneidet mit einer Schere.	0	1	2
DM33. Vergleicht Gegenstände und benutzt dabei Begriffe wie <b>schwerer/leichter und größer/kleiner</b> .	0	1	2
DM34. Benutzt die Artikel „ein/eine“ und „der/die/das“.	0	1	2
DM35. Isst alleine mit einem Löffel, ohne zu kleckern.	0	1	2
DM36. Folgt einfachen Aufforderungen (zum Beispiel „Leg‘ das hin“).	0	1	2
DM37. Nennt Gegenteile (zum Beispiel heiß/kalt, <b>Junge/Mädchen, hell/dunkel, groß/klein</b> ).	0	1	2
DM38. Benennt seine/ihre Gefühle (zum Beispiel glücklich oder traurig).	0	1	2
DM39. Trinkt aus einer Tasse, ohne etwas zu verschütten.	0	1	2
DM40. Zeigt auf den richtigen Buchstaben oder die <b>richtige Zahl, wenn deren Namen</b> genannt werden.	0	1	2
DM41. Zieht sein/ihr eigenes Sweatshirt oder T-Shirt an.	0	1	2
DM42. Benennt spontan Dinge, die er/sie in der Welt sieht.	0	1	2
DM43. Fängt einen kleinen Ball (zum Beispiel einen Tennisball oder einen Baseball), der ihm/ihr zugeworfen wird.	0	1	2
DM44. Beantwortet Fragen zu einer Bildergeschichte (zum Beispiel „Wo ist Peter hingegangen?“).	0	1	2
DM45. Trinkt mit einem Strohhalm.	0	1	2
DM46. Hilft dabei, Spielsachen oder andere persönliche Sachen aufzuräumen.	0	1	2
DM47. Gruppiert ähnliche Objekte oder ordnet sie einander zu (zum Beispiel Dinge mit derselben Farbe).	0	1	2
DM48. Schnäuzt sich die Nase mit einem Taschentuch.	0	1	2
DM49. Kombiniert Wörter zu Sätzen.	0	1	2
DM50. Putzt sich die Zähne.	0	1	2

DM51. Fängt einen großen Ball (zum Beispiel einen Basketball), der ihm/ihr über einen Bodenpass, <b>d. h. mit einem Aufprall</b> zugeworfen wird.	0	1	2
DM52. Benutzt ein Messer, um weiche Lebensmittel zu bestreichen oder zu schneiden (z. B. ein Marmeladenbrot).	0	1	2
DM53. Kennt die Namen der meisten Körperteile (einschließlich Schulter, Ellenbogen, Handgelenk und Knie).	0	1	2
DM54. Zieht sich alleine vollständig an.	0	1	2
DM55. Benutzt Fantasie beim Spielen.	0	1	2
DM56. Sagt seinen/ihren Vor- und Nachnamen.	0	1	2
DM57. Kann die Verschlüsse seiner/ihrer Kleidung selbst zu machen (zum Beispiel Knöpfe, Druckknöpfe oder Reißverschlüsse).	0	1	2
DM58. Benutzt Gegenstände, um unterschiedliche Dinge darzustellen (zum Beispiel könnte ein Bauklotz ein Auto, ein Gebäude, ein Raumschiff oder ein Hamburger sein).	0	1	2
DM59. Kann mindestens 10 Dinge korrekt zählen.	0	1	2
DM60. Malt innerhalb vorgegebener Linien.	0	1	2
DM61. Versteht die Begriffe „mehr“, „weniger“ und „gleich“.	0	1	2
DM62. Versteht die Bedeutung gebräuchlicher Gesten (zum Beispiel schaut er/sie einen Gegenstand an, wenn Sie darauf zeigen).	0	1	2
DM63. Erkennt alle 26 Buchstaben des Alphabets.	0	1	2
DM64. Zeigt Gefühle durch Gesichtsausdrücke.	0	1	2
DM65. Schreibt seinen/ihren Vornamen in Druckschrift (ohne abzuschreiben).	0	1	2
DM66. Folgt Anweisungen, die die Wörter „oben“, „unten“, „über“ und „unter“ enthalten.	0	1	2
DM67. Hüpfte auf einem Bein.	0	1	2
DM68. Zeichnet einen Menschen mit Körper, Armen, Beinen, Händen, Füßen, Augen, Nase und Mund.	0	1	2
DM69. Spielt verschiedene selbst erfundene Fantasiegeschichten (nicht nur die bloße Nachahmung einer Fernsehsendung).	0	1	2
DM70. Spricht in ganzen Sätzen.	0	1	2
DM71. Hüpfte auf und ab.	0	1	2
DM72. Tut so, als spiele er/sie unterschiedliche Charaktere mit Spielzeugfiguren, Puppen oder Personen.	0	1	2
DM73. Steht mindestens 5 Sekunden lang auf einem Bein, ohne sich an irgendetwas festzuhalten.	0	1	2
DM74. Tut so, als ob er/sie Dinge tue, die Erwachsene tun (spielt zum Beispiel einen Lehrer oder einen Arzt oder verkleidet sich).	0	1	2
DM75. Schneidet Formen sauber aus.	0	1	2

## Conners-EC Erzieherversion

Teil 1: Im Folgenden sind einige Verhaltensweisen aufgeführt, die kleine Kinder zeigen. Bitte berichten sie uns von *diesem* Kind und davon, wie es im **letzten Monat** war. Lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und markieren Sie dann, wie gut diese das Kind beschreibt oder wie häufig dies im **letzten Monat** vorgekommen ist.

**0** = Im letzten Monat traf dies **überhaupt nicht** auf das Kind zu. Es kam **nie (oder selten)** vor.

**1** = Im letzten Monat traf dies **ein bisschen** auf das Kind zu. Es kam **gelegentlich** vor.

**2** = Im letzten Monat traf dies **ziemlich genau** auf das Kind zu. Es kam **oft (oder ziemlich häufig)** vor.

**3** = Im letzten Monat traf dies **sehr genau** auf das Kind zu. Es kam **sehr oft (oder sehr häufig)** vor.

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort pro Aussage an. Es ist wichtig, jede Aussage zu beantworten. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, eine Aussage zu beantworten, kreuzen Sie bitte die Antwortmöglichkeit an, die am ehesten passt.

### Beurteilung

*Im letzten Monat, traf dies*

**0** = überhaupt nicht zu (nie, selten)

**1** = ein bisschen zu (gelegentlich)

**2** = ziemlich genau zu (oft, ziemlich häufig)

**3** = sehr genau zu (sehr oft, sehr häufig)

B1. Ist bei anderen Kindern beliebt.	0	1	2	3
B2. Ist unaufmerksam.	0	1	2	3
B3. Isst Gegenstände, die nicht zum Verzehr geeignet sind (zum Beispiel Tapete, Dreck oder Müll).	0	1	2	3
B4. Rechnet immer mit dem Schlimmsten.	0	1	2	3
B5. Hat an nichts Freude.	0	1	2	3
B6. Macht Fehler.	0	1	2	3
B7. Sein/ihr Spiel beinhaltet traurige oder düstere Themen.	0	1	2	3
B8. Hat Schwierigkeiten, sich auf nur eine Sache zu konzentrieren.	0	1	2	3
B9. Stiehlt.	0	1	2	3
B10. Ist ruhelos oder überaktiv.	0	1	2	3
B11. Besteht darauf, dass Dinge auf eine bestimmte Art und Weise gemacht werden.	0	1	2	3
B12. Ist in jeder Hinsicht perfekt.	0	1	2	3
B13. Hat Schwierigkeiten, ruhig sitzenzubleiben, wenn dies von ihm verlangt wird.	0	1	2	3
B14. Sagt die Wahrheit; erzählt nicht einmal kleine Notlügen.	0	1	2	3

B15. Ist glücklich, fröhlich und hat eine positive Einstellung.	0	1	2	3
B16. Bevorzugt es, alleine zu spielen.	0	1	2	3
B17. Klagt über Schmerzen.	0	1	2	3
B18. Wünscht sich, Freunde zu haben.	0	1	2	3
B19. Scheint untermittags müde zu sein.	0	1	2	3
B20. Wutausbrüche; explosives, unvorhersehbares Verhalten.	0	1	2	3
B21. Kann nichts richtig machen.	0	1	2	3
B22. Ist eigenartig oder ungewöhnlich.	0	1	2	3
B23. Ansprüche müssen sofort erfüllt werden - ist schnell frustriert.	0	1	2	3
B24. Wird in aufregenden Situationen überstimuliert oder aufgedreht.	0	1	2	3
B25. Scheint in seiner/ihrer eigenen Welt zu sein.	0	1	2	3
B26. Bleibt mit seiner Aufmerksamkeit mehrere Minuten lang bei einer Sache.	0	1	2	3
B27. Isst zu viel.	0	1	2	3
B28. Verhält sich wie ein Engelchen.	0	1	2	3
B29. Klagt darüber, krank zu sein, auch wenn ihm/ihr nichts fehlt.	0	1	2	3
B30. Zappelig.	0	1	2	3
B31. Wird von anderen Kindern ignoriert.	0	1	2	3
B32. Isst zu wenig.	0	1	2	3
B33. Verliert schnell das Interesse.	0	1	2	3
B34. Klagt über Bauchschmerzen.	0	1	2	3
B35. Ungewöhnlicher Sprachgebrauch (zum Beispiel wiederholt Dinge, klingt wie ein Roboter oder ein kleiner Professor, spricht mit schriller Stimme, benutzt erfundene Wörter).	0	1	2	3
B36. Ist ein/e Perfektionist/in.	0	1	2	3
B37. Braucht länger als Gleichaltrige, um sich zu beruhigen.	0	1	2	3
B38. Hat ungewöhnliche Interessen.	0	1	2	3
B39. Springt von einer Aktivität zur nächsten.	0	1	2	3
B40. Lügt, um Dinge zu bekommen oder um Leute zu manipulieren.	0	1	2	3
B41. Kommt gut mit anderen Kindern aus.	0	1	2	3
B42. Ich kann nicht erkennen, was ihn/sie glücklich macht.	0	1	2	3
B43. Schließt leicht Freundschaften.	0	1	2	3
B44. Wiederholt Körperbewegungen immer wieder (zum Beispiel eigenen Körper hin und her schaukeln, sich drehen oder mit den Händen flattern).	0	1	2	3
B45. Hat Angst vor dem Alleinsein.	0	1	2	3
B46. Flucht oder gebraucht Schimpfwörter.	0	1	2	3
B47. Ist furchtsam, leicht zu verängstigen.	0	1	2	3
B48. Ist schwer zu erfreuen oder zu unterhalten.	0	1	2	3

B49. Wird von Gleichaltrigen zurückgewiesen.	0	1	2	3
B50. Sein/ihr Spiel wiederholt sich immer wieder.	0	1	2	3
B51. Wird von anderen Kindern zum Mitspielen eingeladen.	0	1	2	3
B52. Freut sich für andere, wenn ihnen etwas Gutes widerfährt.	0	1	2	3
B53. Schmolzt.	0	1	2	3
B54. Handelt ohne nachzudenken.	0	1	2	3
B55. Klagt über Kopfschmerzen.	0	1	2	3
B56. Handelt wie von einem Motor getrieben.	0	1	2	3
B57. Versucht, die Gefühle anderer zu verletzen.	0	1	2	3
B58. Sucht, wenn nötig, Hilfe bei anderen.	0	1	2	3
B59. Redet zu viel.	0	1	2	3
B60. Fürchtet sich vor einem oder mehreren spezifischen Objekten oder Situationen (zum Beispiel Tiere, Insekten, Blut, Ärzte, Wasser, Stürme, Höhen oder Orte).	0	1	2	3
B61. Hält angemessenen Blickkontakt.	0	1	2	3
B62. Hat Schwierigkeiten, seine/ihre Sorgen zu kontrollieren.	0	1	2	3
B63. Spricht schlecht über sich (zum Beispiel „Ich bin dumm“ oder „Ich kann nichts richtig machen“).	0	1	2	3
B64. Mag keine Abweichungen von seinem/ihren Tagesablauf.	0	1	2	3
B65. Wirkt gereizt, nervös oder schreckhaft.	0	1	2	3
B66. Ist schwer zu motivieren (selbst mit sehr begehrenswerten Belohnungen).	0	1	2	3
B67. Hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne.	0	1	2	3
B68. Stört andere Kinder.	0	1	2	3
B69. Schläft tagsüber ein (auch außerhalb der Mittagsschlafzeit).	0	1	2	3
B70. Lässt sich leicht irritieren.	0	1	2	3
B71. Mag es nicht, von seinen/ihren Eltern getrennt zu sein.	0	1	2	3
B72. Ist kaltherzig und grausam.	0	1	2	3
B73. Ist unhöflich.	0	1	2	3
B74. Ist ängstlich.	0	1	2	3
B75. Seine/ihre Stimmung ändert sich schnell und drastisch.	0	1	2	3
B76. Gerät in Prügeleien.	0	1	2	3
B77. Wartet, bis er/sie an der Reihe ist.	0	1	2	3
B78. Fügt sich nicht in die Gruppe ein.	0	1	2	3
B79. Rennt oder klettert, wenn er/sie eigentlich gehen oder sitzen soll.	0	1	2	3
B80. Verletzt sich selbst (zum Beispiel schneidet sich, kratzt sich die Haut auf oder schlägt sich seinen/ihren Kopf absichtlich an).	0	1	2	3
B81. Erregbar, impulsiv.	0	1	2	3

B82. Regt sich übermäßig auf, wenn er/sie einen Fehler macht.	0	1	2	3
B83. Ist geduldig und zufrieden, auch wenn er/sie in einer langen Schlange warten muss.	0	1	2	3
B84. Versucht andere zu trösten, wenn sie aufgebracht sind.	0	1	2	3
B85. Unaufmerksam, leicht ablenkbar.	0	1	2	3
B86. Bedroht andere Personen.	0	1	2	3
B87. Lächelt, wenn er/sie von anderen Leuten angelächelt wird.	0	1	2	3
B88. Hat Mühe, schwierige Aufgaben zum Abschluss zu bringen.	0	1	2	3
B89. Schafft es nicht, begonnene Dinge zu Ende zu bringen.	0	1	2	3
B90. Wirkt traurig.	0	1	2	3
B91. Ist immer auf dem Sprung.	0	1	2	3
B92. Ist besorgt.	0	1	2	3
B93. Nimmt an Gruppenaktivitäten teil (zum Beispiel Stuhlkreis oder organisierter Sport).	0	1	2	3
B94. Es macht Spaß, mit ihm/ihr zusammen zu sein.	0	1	2	3
B95. Ist in angemessener Weise liebevoll.	0	1	2	3
B96. Hat Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten.	0	1	2	3
B97. Seine/ihre Gefühle sind leicht verletzbar.	0	1	2	3
B98. Hänzelt andere Kinder.	0	1	2	3
B99. Weint häufig und schnell.	0	1	2	3
B100. Wird von anderen Kindern gehänzelt.	0	1	2	3
B101. Ist trotzig.	0	1	2	3
B102. Zerstört absichtlich Dinge.	0	1	2	3
B103. Zeigt seine/ihre Gefühle nicht.	0	1	2	3
B104. Ist grausam zu Tieren.	0	1	2	3
B105. Streitet mit Erwachsenen.	0	1	2	3
B106. Reißt sich die Kopfhare, Wimpern oder andere Körperhaare aus, so dass kahle Stellen entstehen.	0	1	2	3
B107. War einem schweren Unfall, extremer Gewalt, einem Trauma, Missbrauch oder Vernachlässigung ausgesetzt.	0	1	2	3
B108. Manipuliert andere.	0	1	2	3
B109. Zeigt plötzliche Zuckungen im Gesicht oder am Körper (zum Beispiel Blinzeln, Kopfschütteln oder Schulterzucken).	0	1	2	3
B110. Scheint nicht damit aufhören zu können, sich wiederholende Laute von sich zu geben (zum Beispiel schniefen, sich räuspern oder mit der Zunge schnalzen).	0	1	2	3
B111. Ist rechthaberisch.	0	1	2	3
B112. Legt Feuer oder spielt mit Streichhölzern.	0	1	2	3

Teil 2: Im Folgenden sind einige Dinge aufgeführt, die Kinder während ihrer Entwicklung lernen. Bitte erzählen Sie uns von *diesem* Kind und von seiner Entwicklung im Verlauf der Zeit. Denken Sie bei den folgenden Aussagen daran, ob dieses Kind die darin beschriebene Aufgabe *eigenständig* bewältigen kann.

Fragen Sie sich selbst: „Macht dieses Kind dies ohne Hilfe?“

0 = **Nein**, er/sie macht es **niemals oder selten** ohne Hilfe.

1 = Er/sie macht es **manchmal** ohne Hilfe.

2 = **Ja**, er/sie macht es **immer oder fast immer** ohne Hilfe.

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort pro Aussage an. Es ist wichtig, jede Aussage zu beantworten. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, eine Aussage zu beantworten, kreuzen Sie bitte die Antwortmöglichkeit an, die am ehesten passt.

Beurteilung
<i>Dieses Kind macht dies ohne Hilfe...</i> <b>0</b> = nein (niemals oder selten)
<b>1</b> = manchmal
<b>2</b> = ja (immer oder fast immer)

DM1. Versteht die Begriffe „mehr“, „weniger“ und „gleich“.	0	1	2
DM2. Schaukelt auf einer Schaukel.	0	1	2
DM3. Trinkt aus einer Tasse, ohne etwas zu verschütten.	0	1	2
DM4. Bindet sich seine/ihre Schuhe.	0	1	2
DM5. Erkennt unterschiedliche Gefühle bei anderen anhand ihres Gesichtsausdrucks.	0	1	2
DM6. Kann mindestens zehn Dinge korrekt zählen.	0	1	2
DM7. Benutzt Wörter in der Mehrzahl (zum Beispiel ein Block, zwei Blöcke).	0	1	2
DM8. Fängt einen großen Ball (zum Beispiel einen Basketball), der ihm/ihr über einen Bodenpass, d. h. mit einem Aufprall zugeworfen wird.	0	1	2
DM9. Benennt seine/ihre Gefühle (zum Beispiel glücklich oder traurig).	0	1	2
DM10. Kennt die wichtigsten Farben (einschließlich rot, orange, gelb, grün, blau und lila).	0	1	2
DM11. Schneidet Formen sauber aus.	0	1	2
DM12. Spricht in ganzen Sätzen.	0	1	2
DM13. Hüpf auf einem Bein.	0	1	2
DM14. Versteht die Bedeutung gebräuchlicher Gesten (zum Beispiel schaut er/sie einen Gegenstand an, wenn Sie darauf zeigen).	0	1	2
DM15. Zeigt auf den richtigen Buchstaben oder die richtige Zahl, wenn deren Namen genannt werden.	0	1	2

DM16. Benutzt Gegenstände, um unterschiedliche Dinge darzustellen (zum Beispiel könnte ein Bauklotz ein Auto, ein Gebäude, ein Raumschiff oder ein Hamburger sein).	0	1	2
DM17. Steht mindestens 5 Sekunden lang auf einem Bein, ohne sich an irgendetwas festzuhalten.	0	1	2
DM18. Beantwortet Fragen zu einer Bildergeschichte (zum Beispiel „Wo ist Peter hingegangen?“).	0	1	2
DM19. Schneidet mit einer Schere.	0	1	2
DM20. Benutzt Fantasie beim Spielen.	0	1	2
DM21. Zählt von 1 bis 5 ohne Fehler zu machen.	0	1	2
DM22. Hüpfte auf und ab.	0	1	2
DM23. Hilft dabei, Spielsachen und seine persönlichen Sachen aufzuräumen.	0	1	2
DM24. Erkennt alle 26 Buchstaben des Alphabets.	0	1	2
DM25. Fährt Fahrrad ohne Stützräder.	0	1	2
DM26. Gruppiert ähnliche Objekte oder ordnet sie einander zu (zum Beispiel Dinge mit derselben Farbe).	0	1	2
DM27. Malt innerhalb vorgegebener Linien.	0	1	2
DM28. Zieht seine/ihre Schuhe richtig herum an.	0	1	2
DM29. Kann dem Text folgen, wenn ihm/ihr bekannte Bücher vorgelesen werden („liest mit“).	0	1	2
DM30. Kann mit kleinen Gegenständen umgehen (zum Beispiel kann er/sie Perlen auffädeln oder einen Kaugummi auspacken).	0	1	2
DM31. Kennt die grundlegenden Formen (einschließlich Kreis, Viereck und Dreieck).	0	1	2
DM32. Folgt Anweisungen, die die Wörter „oben“, „unten“, „über“ und „unter“ enthalten.	0	1	2
DM33. Kann die Verschlüsse seiner/ihrer Kleidung selbst zu machen (zum Beispiel Knöpfe, Druckknöpfe oder Reißverschlüsse).	0	1	2
DM34. Verändert die Verben, um über die Vergangenheit oder Zukunft zu reden (zum Beispiel ich ging, ich werde gehen).	0	1	2
DM35. Kickt einen Ball.	0	1	2
DM36. Zeigt Gefühle durch Gesichtsausdrücke.	0	1	2
DM37. Trinkt mit einem Strohhalm.	0	1	2
DM38. Versteht Wörter zur Angabe von Tageszeiten (zum Beispiel „gestern“, „Abendbrotzeit“ und „der Morgen“).	0	1	2
DM39. Zieht Jacken, die sich vorne auf machen lassen, alleine aus.	0	1	2
DM40. Kommuniziert Wünsche und Bedürfnisse durch den Gebrauch von Wörtern oder Gesten.	0	1	2

DM41. Nennt Gegenteile (zum Beispiel heiß/kalt, Junge/Mädchen, hell/dunkel, groß/klein).	0	1	2
DM42. Kombiniert Wörter zu Sätzen.	0	1	2
DM43. Kann seine Gedanken auf unterschiedliche Weise ausdrücken (zum Beispiel kann er/sie dasselbe mit anderen Worten sagen, wenn es nicht verstanden wird).	0	1	2
DM44. Zieht Jacken, die sich vorne aufmachen lassen, alleine an.	0	1	2
DM45. Kann mit beiden Füßen Treppen steigen (ein Fuß pro Stufe).	0	1	2
DM46. Benennt spontan Dinge, die er/sie in der Welt sieht.	0	1	2
DM47. Fängt einen kleinen Ball (zum Beispiel einen Tennisball oder einen Baseball), der ihm/ihr zugeworfen wird.	0	1	2
DM48. Kennt die Namen der meisten Körperteile (einschließlich Schulter, Ellenbogen, Handgelenk und Knie).	0	1	2
DM49. Zeichnet erkennbare Formen (zum Beispiel Linien, Kreise, Dreiecke oder Vierecke).	0	1	2
DM50. Weiß, wann er/sie auf die Toilette muss.	0	1	2
DM51. Sagt oder singt das Alphabet ohne Fehler.	0	1	2
DM52. Ist vollständig trocken und sauber (Tag und Nacht).	0	1	2
DM53. Tut so, als spiele er/sie unterschiedliche Charaktere mit Spielzeugfiguren, Puppen oder Personen.	0	1	2
DM54. Zieht sein/ihr eigenes Sweatshirt oder T-Shirt an.	0	1	2
DM55. Schreibt seinen/ihren Vornamen in Druckschrift (ohne abzuschreiben).	0	1	2
DM56. Erklärt Lösungen zu einfachen Problemen (zum Beispiel „Was tust du, wenn du hungrig bist?“).	0	1	2
DM57. Vergleicht Gegenstände und benutzt dabei Begriffe wie schwerer/leichter und größer/kleiner.	0	1	2
DM58. Benutzt die Artikel „ein/eine/einer“ und „der/die/das“.	0	1	2
DM59. Schnäuzt sich die Nase mit einem Taschentuch.	0	1	2
DM60. Zeichnet einen Menschen mit Körper, Armen, Beinen, Händen, Füßen, Augen, Nase und Mund.	0	1	2
DM61. Benutzt Gesten wie auf bestimmte Dinge zeigen, Nicken für „ja“, Kopfschütteln für „nein“, Schulterzucken, Winken zur Verabschiedung.	0	1	2
DM62. Reimt Wörter (zum Beispiel, wenn Sie das Wort „Rose“ zu ihm/ihr sagen und er/sie antwortet mit „Hose“ oder „Dose“).	0	1	2
DM63. Folgt einfachen Aufforderungen (zum Beispiel „Leg‘ das hin“).	0	1	2
DM64. Sagt seinen/ihren Vor- und Nachnamen.	0	1	2
DM65. Isst alleine mit einem Löffel, ohne zu kleckern.	0	1	2
DM66. Gebraucht „ich“ oder „mein“ (anstatt den eigenen Namen zu nennen), um über sich selbst zu sprechen.	0	1	2

DM67. Benutzt ein Messer, um sich ein Brot zu streichen und um weiche Lebensmittel zu schneiden (z.B. ein Marmeladenbrot).	0	1	2
DM68. Spielt verschiedene selbst erfundene Fantasiegeschichten (nicht nur die bloße Nachahmung einer Fernsehsendung).	0	1	2
DM69. Zieht Hosen mit einem Gummizug alleine an (zum Beispiel Jogginghosen).	0	1	2
DM70. Tut so, als ob er/sie Dinge tue, die Erwachsene tun (spielt zum Beispiel einen Lehrer oder einen Arzt oder verkleidet sich).	0	1	2

## A.4: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

### Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Eltern 4-16

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

Name des Kindes .....

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum .....

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

## Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Lehrer 4-16

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr.

Name des Kindes .....

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum .....

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

## Anhang B – Zuordnung der Items zu den Skalen der Conners EC

Dieser Anhang liefert eine Liste der nach Skalen geordneten Fragen für alle Conners EC Versionen. Negativ gepolte (invertierte) Fragen sind mit einem „I“ versehen. Fragen die mit einem Sternchen (\*) markiert sind, entsprechen den Fragen der Kurzversion der Verhaltensskalen der amerikanischen Originalversion.

### B1 Elternversion – Verhaltensskalen

Tabelle 41

*Conners EC- Elternversion, Zuordnung der Items der Verhaltensskalen*

#### Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität (16 Fragen)

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion der Verhaltensskalen	Frage
VER 12		Ist unaufmerksam.
VER 22*		Erregbar, impulsiv.
VER 34	VER 9	Hat Schwierigkeiten, ruhig sitzenzubleiben.
VER 42*		Rennt oder klettert, wenn er/sie eigentlich gehen oder sitzen soll.
VER 47		Handelt wie von einem Motor getrieben.
VER 49		Springt von einer Aktivität zur nächsten.
VER 55		Ist immer „auf dem Sprung“.
VER 62		Wird in aufregenden Situationen überstimuliert oder aufgedreht.
VER 65*		Handelt ohne nachzudenken.
VER 72*	VER 17	Hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne.
VER 74	VER 24	Zappelt herum.
VER 76	VER 28	Verliert schnell das Interesse.
VER 79	VER 31	Hat Schwierigkeiten, sich auf nur eine Sache zu konzentrieren.
VER 81*		Ist ruhelos oder überaktiv.
VER 86*	VER 35	Unaufmerksam, leicht ablenkbar.
VER 90		Schafft es nicht, begonnene Dinge zu Ende zu bringen.

**Feindseliges/Aggressives Verhalten (19 Fragen)**

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
<i>Subskala Feindseligkeit/Temperament (11 Fragen)</i>		
VER 10		Schmollt.
VER 15*	VER 5	Wird schnell wütend.
VER 18		Ist manipulativ.
VER 32		Jammert und beschwert sich.
VER 45	VER 37	Ist stur.
VER 48	VER 39	Hat Wutausbrüche.
VER 64*	VER 43	Ist trotzig.
VER 92*		Ist rechthaberisch.
VER 97		Streitet mit Erwachsenen.
VER 99		Weigert sich zu tun, was ihm/ihr aufgetragen wird.
VER 101*		Seine/ihre Stimmung ändert sich schnell und drastisch.
<i>Subskala Aggressives Verhalten (8 Fragen)</i>		
VER 37	VER 23	Versucht, die Gefühle anderer zu verletzen.
VER 69		Lügt, um Dinge zu bekommen oder um Leute zu manipulieren.
VER 71		Bedroht andere Personen.
VER 77		Flucht oder gebraucht Schimpfwörter.
VER 91		Hänselt andere Kinder.
VER 95*		Ist unhöflich.
VER 106		Gerät in Prügeleien.
VER 108*	VER 46	Zerstört absichtlich Dinge.

**Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten**

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
<i>Subskala Soziales Funktionsniveau (13 Fragen)</i>		
VER 1		Schließt leicht neue Freundschaften. (I)
VER 13		Hält angemessenen Blickkontakt. (I)
VER 21		Ist in angemessener Weise liebevoll. (I)
VER 25		Wird zu Partys und zum Spielen eingeladen. (I)
VER 28*		Lächelt, wenn er/sie von anderen Leuten angelächelt wird. (I)

*Fortsetzung Tabelle 41*

VER 35*		Wird von anderen Kindern ignoriert.
VER 44*	VER 21	Ist bei anderen Kindern beliebt. (I)
VER 46		Freut sich für andere, wenn ihnen etwas Gutes widerfährt. (I)
VER 53		Hat Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten.
VER 56*	VER 36	Kommt gut mit anderen Kindern aus. (I)
VER 61	VER 45	Wird von Gleichaltrigen zurückgewiesen.
VER 85		Versucht, andere zu trösten, wenn sie aufgebracht sind. (I)
VER 104		Wünscht sich, Freunde zu haben. (I)
<i>Subskala Atypisches Verhalten (13 Fragen)</i>		
VER 5*	VER 3	Ist eigenartig oder ungewöhnlich.
VER 9		Zeigt plötzliche Zuckungen im Gesicht oder am Körper (zum Beispiel Blinzeln, Kopfschütteln oder Schulterzucken).
VER 11		Isst Gegenstände, die nicht zum Verzehr geeignet sind (zum Beispiel Tapete, Dreck oder Müll).
VER 14		Scheint nicht damit aufhören zu können, sich wiederholende Laute von sich zu geben (zum Beispiel schniefen, sich räuspern oder mit der Zunge schnalzen).
VER 30	VER 12	Hat ungewöhnliche Interessen.
VER 50		Wiederholt Körperbewegungen immer wieder (zum Beispiel mit dem Körper hin und her schaukeln, sich drehen oder mit den Händen flattern).
VER 52		Bevorzugt es, alleine zu sein.
VER 63*		Scheint in seiner/ihrer eigenen Welt zu sein.
VER 68		Ungewöhnlicher Sprachgebrauch (zum Beispiel wiederholt Dinge, klingt wie ein Roboter oder ein kleiner Professor, spricht mit schriller Stimme, verwendet erfundene Wörter).
VER 75		Mag keine Störungen seines/ihrer Tagesablaufs.
VER 88		Zeigt seine/ihre Gefühle nicht.
VER 89		Sein/ihr Spiel wiederholt sich immer wieder.
VER 110		Verletzt sich selbst (zum Beispiel schneidet sich, kratzt sich die Haut auf oder schlägt sich seinen/ihren Kopf absichtlich an).
<i>Fragen ohne zugehörige Subskala</i>		
VER 51	VER 22	Wird von anderen Kindern gehänselt.

### Ängstlichkeit (16 Fragen)

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
VER 2		Hat Schwierigkeiten, seine/ihre Sorgen zu kontrollieren.
VER 4*		Ist besorgt.
VER 24		Hat Schwierigkeiten, alleine einzuschlafen.
VER 29*	VER 2	Ist übermäßig anhänglich oder an die Eltern gebunden.
VER 33		Wacht nachts auf und hat dann Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen.
VER 38		Rechnet immer mit dem Schlimmsten.
VER 40		Hat Alpträume und Nachtangst.
VER 41	VER 13	Fürchtet sich vor einem/einer oder mehreren spezifischen Objekten oder Situationen (zum Beispiel Tiere, Insekten, Blut, Ärzte, Wasser, Stürme, Höhen oder bestimmte Orte).
VER 43		Wirkt gereizt, nervös oder schreckhaft.
VER 58*	VER 19	Ist furchtsam, leicht zu verängstigen.
VER 59	VER 25	Seine/ihre Gefühle sind leicht verletzbar.
VER 66*	VER 48	Hat Angst vor dem Alleinsein.
VER 80*		Hat Schwierigkeiten, einzuschlafen.
VER 82		Klagt über Schmerzen.
VER 98*	VER 41	Ist ängstlich.
VER 109		Weint häufig und leicht.

### Stimmung und Affekt (11 Fragen)

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
VER 6*	VER 4	Lässt sich leicht irritieren.
VER 10		Schmollt.
VER 15	VER 11	Wird schnell wütend.
VER 26		Sein/ihr Spiel beinhaltet traurige oder düstere Themen.
VER 36*		Spricht schlecht über sich (zum Beispiel »Ich bin dumm.« oder »Ich kann nichts richtig machen.«).
VER 48*	VER 15	Hat Wutausbrüche.
VER 52		Bevorzugt es, alleine zu sein.
VER 70*	VER 27	Wirkt traurig.

Fortsetzung Tabelle 41

VER 83*		Hat an nichts Freude.
VER 101	VER 33	Seine/ihre Stimmung ändert sich schnell und drastisch.
VER 109*	VER 47	Weint häufig und leicht.

**Physische Symptome (11 Fragen)**

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion der Verhaltensskala	Frage
<i>Subskala Schlafprobleme (5 Fragen)</i>		
VER 31		Schläft zu viel.
VER 33*	VER 14	Wacht nachts auf und hat dann Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen.
VER 40*	VER 34	Hat Alpträume und Nachtangst.
VER 80*	VER 30	Hat Schwierigkeiten, einzuschlafen.
VER 84		Wacht zu früh auf.
<i>Fragen ohne zugehörige Subskala</i>		
VER 17		Isst zu viel.
VER 19		Isst zu wenig.
VER 20*	VER 8	Klagt über Bauchschmerzen.
VER 27*	VER 7	Klagt darüber, krank zu sein, auch wenn ihm/ihr nichts fehlt.
VER 82*	VER 32	Klagt über Schmerzen.
VER 87		Klagt über Kopfschmerzen.

**Screening Fragen (11 Fragen)**

Frage-Nummer im Fragebogen	Frage	Inhaltsbereich
VER 7	Ist grausam zu Tieren.	Grausamkeit gegenüber Tieren/Quälen von Tieren
VER 73	Legt Feuer oder spielt mit Streichhölzern.	Zündeln
VER 102	Ist ein/-e Perfektionist/-in.	Perfektionismus
VER 11	Isst Gegenstände, die nicht zum Verzehr geeignet sind (zum Beispiel Tapete, Dreck oder Müll).	Pica
VER 94	War einem schweren Unfall, extremer Gewalt, einem Trauma, Missbrauch oder Vernachlässigung ausgesetzt.	PTBS

Fortsetzung Tabelle 41

VER 110	Verletzt sich selbst (zum Beispiel schneidet sich, kratzt sich die Haut auf oder schlägt sich seinen/ihren Kopf absichtlich an).	Selbstverletzendes Verhalten
VER 41	Fürchtet sich vor einem/einer oder mehreren spezifischen Objekten oder Situationen (zum Beispiel Tiere, Insekten, Blut, Ärzte, Wasser, Stürme, Höhen oder bestimmte Orte).	Spezifische Phobie
VER 57	Stiehlt.	Stehlen
VER 9	Zeigt plötzliche Zuckungen im Gesicht oder am Körper (zum Beispiel Blinzeln, Kopfschütteln oder Schulterzucken).	Tics (motorisch)
VER 14	Scheint nicht damit aufhören zu können, sich wiederholende Laute von sich zu geben (zum Beispiel schniefen, sich räuspern oder mit der Zunge schnalzen).	Tics (vokal)
VER 105	Reißt sich die Kopfhaare, Wimpern oder andere Körperhaare aus, so dass kahle Stellen entstehen.	Trichotillomanie

**Positiver Eindruck (6 Fragen)**

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
VER 3	VER 1	Verhält sich wie ein Engelchen.
VER 39	VER 16	Sagt die Wahrheit; erzählt nicht einmal kleine Notlügen.
VER 54	VER 18	Macht Fehler. (I)
VER 78	VER 29	Ist in jeder Hinsicht perfekt.
VER 96	VER 40	Muss sich anstrengen, um schwierige Aufgaben zum Abschluss zu bringen. (I)
VER 103	VER 44	Ist geduldig und zufrieden, auch wenn er/sie in einer langen Schlange warten muss.

Fortsetzung Tabelle 41

### Negativer Eindruck (6 Fragen)

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
VER 16	VER 6	Ist schwer zu erfreuen oder zu unterhalten.
VER 23	VER 10	Ich kann nicht erkennen, was ihn/sie glücklich macht.
VER 60	VER 20	Kann nichts richtig machen.
VER 67	VER 26	Ist schwer zu motivieren (selbst mit Belohnungen wie Süßigkeiten oder Spielzeug).
VER 93	VER 38	Es macht Spaß, mit ihm/ihr zusammen zu sein. (I)
VER 100	VER 42	Ist glücklich, fröhlich und hat eine positive Einstellung. (I)

### Beeinträchtigung

Frage-Nummer im Fragebogen	Frage
IM 1	Die Probleme Ihres Kindes beeinträchtigen sein/ihr Lernen stark.
IM 2	Die Probleme Ihres Kindes beeinträchtigen seine/ihre Interaktionen mit anderen Kindern stark.
IM 3	Die Probleme Ihres Kindes beeinträchtigen den Lebensalltag zu Hause stark.

### Zusätzliche Fragen

Frage-Nummer im Fragebogen	Frage
AQ 1	Haben Sie irgendwelche weiteren Sorgen bezüglich Ihres Kindes?
AQ 2	Welche weiteren Stärken oder Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Tabelle 42

*Conners EC- Elternversion, Global Index*

<b>Frage- Nummer im Fragebogen</b>	<b>Frage-Nummer im Conners EC Globalen Index</b>	<b>Frage</b>
<i>Subskala Ruhelosigkeit/Impulsivität</i>		
VER 8	8	Ansprüche müssen sofort erfüllt werden – ist schnell frustriert.
VER 22	2	Erregbar, impulsiv.
VER 74	6	Zappelt herum.
VER 81	1	Ist ruhelos oder überaktiv.
VER 86	4	Unaufmerksam, leicht ablenkbar.
VER 90	3	Schafft es nicht, begonnene Dinge zu Ende zu bringen.
VER 107	7	Stört andere Kinder.
<i>Subskala Emotionale Labilität</i>		
VER 48	5	Hat Wutausbrüche.
VER 101	10	Seine/ihre Stimmung ändert sich schnell und drastisch.
VER 109	9	Weint häufig und leicht.

**B.2 Elternversion – Entwicklungsmeilensteine**

Tabelle 43

*Conners EC- Elternversion, Entwicklungsmeilensteine***Adaptive Fähigkeiten (17 Fragen)**

<b>Frage-Nummer im Fragebogen</b>	<b>Frage</b>
EM 13	Zieht seine/ihre Schuhe richtig herum an. (I)
EM 20	Zieht Jacken, die sich vorne aufmachen lassen, alleine aus. (I)
EM 22	Zieht Jacken, die sich vorne aufmachen lassen, alleine an. (I)
EM 29	Zieht Hosen mit einem Gummizug alleine an (zum Beispiel Jogginghosen). (I)
EM 41	Zieht sein/ihr eigenes Sweatshirt oder T-Shirt an. (I)
EM 54	Zieht sich alleine vollständig an. (I)
EM 35	Isst alleine mit einem Löffel, ohne zu kleckern. (I)
EM 39	Trinkt aus einer Tasse, ohne etwas zu verschütten. (I)
EM 52	Verwendet ein Messer, um weiche Lebensmittel zu bestreichen oder zu schneiden (z. B. ein Marmeladenbrot). (I)
EM 1	Weiß, wann er/sie auf die Toilette muss. (I)

Fortsetzung Tabelle 43

EM 15	Ist vollständig trocken und sauber (Tag und Nacht). (I)
EM 9	Badet sich selbst (einseifen, shampooonieren, sich abduschen). (I)
EM 18	Kämmt sich die Haare. (I)
EM 48	Schnäuzt sich die Nase mit einem Taschentuch. (I)
EM 50	Putzt sich die Zähne. (I)
EM 6	Übernimmt Haushaltstätigkeiten (zum Beispiel deckt den Tisch oder bringt den Müll raus). (I)
EM 46	Hilft dabei, Spielsachen oder andere persönliche Sachen aufzuräumen. (I)

**Kommunikation (17 Fragen)**

Frage-Nummer im Fragebogen	Frage
EM 3	Kommuniziert Wünsche und Bedürfnisse durch den Gebrauch von Wörtern oder Gesten. (I)
EM 8	Verwendet Wörter in der Mehrzahl (zum Beispiel ein Block, zwei Blöcke). (I)
EM 17	Verwendet »ich« oder »mein« (anstatt den eigenen Namen zu nennen), um über sich selbst zu sprechen. (I)
EM 23	Verwendet Gesten, wie auf bestimmte Dinge zeigen, Nicken für ja und Winken zur Verabschiedung. (I)
EM 28	Kann seine Gedanken auf unterschiedliche Weise ausdrücken. (Zum Beispiel kann er/sie dasselbe mit anderen Worten sagen, wenn es nicht verstanden wird.) (I)
EM 31	Verändert die Verben, um über die Vergangenheit oder Zukunft zu reden (zum Beispiel »Ich ging«, »Ich werde gehen«). (I)
EM 34	Verwendet die Artikel ein/eine und der/die/das. (I)
EM 38	Benennt seine/ihre Gefühle (zum Beispiel glücklich oder traurig). (I)
EM 42	Benennt spontan Dinge, die er/sie in der Welt sieht. (I)
EM 49	Kombiniert Wörter zu Sätzen. (I)
EM 64	Zeigt Gefühle durch Gesichtsausdrücke. (I)
EM 70	Spricht in ganzen Sätzen. (I)
EM 11	Erkennt unterschiedliche Gefühle bei anderen anhand ihres Gesichtsausdrucks. (I)
EM 25	Erklärt Lösungen für einfache Probleme (zum Beispiel »Was tust du, wenn du hungrig bist?«). (I)
EM 36	Folgt einfachen Aufforderungen (zum Beispiel »Leg' das hin.«). (I)
EM 62	Versteht die Bedeutung gebräuchlicher Gesten (zum Beispiel schaut er/sie einen Gegenstand an, wenn Sie darauf zeigen). (I)
EM 66	Folgt Anweisungen, die die Wörter oben, unten, über und unter enthalten. (I)

**Motorische Fähigkeiten (17 Fragen)**

Frage-Nummer im Fragebogen	Frage
EM 10	Bindet sich seine/ihre Schuhe. (I)
EM 21	Zeichnet erkennbare Formen (zum Beispiel Linien, Kreise, Dreiecke oder Vierecke). (I)
EM 30	Kann mit kleinen Gegenständen umgehen. (Zum Beispiel kann er/sie Perlen auffädeln oder einen Kaugummi auspacken.) (I)
EM 32	Schneidet mit einer Schere. (I)
EM 45	Trinkt mit einem Strohalm. (I)
EM 57	Kann die Verschlüsse seiner/ihrer Kleidung selbst schließen (zum Beispiel Knöpfe, Druckknöpfe oder Reißverschlüsse). (I)
EM 60	Malt innerhalb vorgegebener Linien. (I)
EM 75	Schneidet Formen sauber aus. (I)
EM 4	Fährt Fahrrad ohne Stützräder. (I)
EM 14	Schaukelt auf einer Schaukel. (I)
EM 24	Kann mit beiden Füßen Treppen steigen (ein Fuß pro Stufe). (I)
EM 27	Tritt einen Ball. (I)
EM 43	Fängt einen kleinen Ball (zum Beispiel einen Tennisball oder einen Baseball), der ihm/ihr zugeworfen wird. (I)
EM 51	Fängt einen großen Ball (zum Beispiel einen Basketball), der ihm/ihr über einen Bodenpass, d. h. mit einem Aufprall, zugeworfen wird. (I)
EM 67	Hüpft auf einem Bein. (I)
EM 71	Hüpft auf und ab. (I)
EM 73	Steht mindestens 5 Sekunden lang auf einem Bein, ohne sich an irgendetwas festzuhalten. (I)

**Spiel (5 Fragen)**

Frage-Nummer im Fragebogen	Frage
EM 55	Benutzt Fantasie beim Spielen. (I)
EM 58	Verwendet Gegenstände, um unterschiedliche Dinge darzustellen (zum Beispiel könnte ein Bauklotz ein Auto, ein Gebäude, ein Raumschiff oder ein Hamburger sein). (I)
EM 69	Spielt verschiedene selbst erfundene Fantasiegeschichten (nicht nur die bloße Nachahmung einer Fernsehsendung). (I)
EM 72	Tut so, als spiele er/sie unterschiedliche Charaktere mit Spielzeugfiguren, Puppen oder Personen. (I)

Fortsetzung Tabelle 43

EM 74	Tut so, als ob er/sie Dinge tue, die Erwachsene tun (spielt zum Beispiel einen Lehrer oder einen Arzt oder verkleidet sich). (I)
-------	--

**Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten (19 Fragen)**

Frage-Nummer im Fragebogen	Frage
EM 2	Zählt von 1 bis 5, ohne Fehler zu machen. (I)
EM 5	Sagt oder singt das Alphabet ohne Fehler. (I)
EM 7	Kennt die wichtigsten Farben (einschließlich rot, orange, gelb, grün, blau und lila). (I)
EM 12	Reimt Wörter. (Zum Beispiel sagen Sie zu ihm/ihr das Wort Rose, und er/sie antwortet mit »Hose« oder »Dose«.) (I)
EM 16	Kennt die grundlegenden Formen (einschließlich Kreis, Viereck und Dreieck). (I)
EM 19	Kann dem Text folgen, wenn ihm/ihr bekannte Bücher vorgelesen werden (»liest mit«). (I)
EM 26	Versteht Wörter zur Angabe von Tageszeiten (zum Beispiel gestern, Abendbrotzeit und der Morgen). (I)
EM 33	Vergleicht Gegenstände und verwendet dabei Begriffe wie schwerer/leichter und größer/kleiner. (I)
EM 37	Nennt Gegenteile (zum Beispiel heiß/kalt, Junge/Mädchen, hell/dunkel, groß/klein). (I)
EM 40	Zeigt auf den richtigen Buchstaben oder die richtige Zahl, wenn deren Namen genannt werden. (I)
EM 44	Beantwortet Fragen zu einer Bildergeschichte (zum Beispiel »Wo ist Peter hingegangen?«). (I)
EM 47	Gruppiert ähnliche Objekte oder ordnet sie einander zu (zum Beispiel Dinge mit derselben Farbe). (I)
EM 53	Kennt die Namen der meisten Körperteile (einschließlich Schulter, Ellenbogen, Handgelenk und Knie). (I)
EM 56	Sagt seinen/ihren Vor- und Nachnamen. (I)
EM 59	Kann mindestens 10 Dinge korrekt zählen. (I)
EM 61	Versteht die Begriffe mehr, weniger und gleich. (I)
EM 63	Erkennt alle 26 Buchstaben des Alphabets. (I)
EM 65	Schreibt seinen/ihren Vornamen in Druckschrift (ohne abzuschreiben). (I)
EM 68	Zeichnet einen Menschen mit Körper, Armen, Beinen, Händen, Füßen, Augen, Nase und Mund. (I)

Tabelle 44

**B.3 Erzieherversion – Verhaltensskalen***Conners EC- Erzieherversion, Verhaltensskalen***Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität (20 Fragen)**

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
VER 2		Ist unaufmerksam.
VER 8	VER 3	Hat Schwierigkeiten, sich auf nur eine Sache zu konzentrieren.
VER 10*		Ist ruhelos oder überaktiv.
VER 13*	VER 5	Hat Schwierigkeiten, ruhig sitzenzubleiben, wenn dies von ihm verlangt wird.
VER 24		Wird in aufregenden Situationen überstimuliert oder aufgedreht.
VER 26		Bleibt mit seiner Aufmerksamkeit mehrere Minuten lang bei einer Sache. (I)
VER 30	VER 18	Ist zappelig.
VER 33*		Verliert schnell das Interesse.
VER 37		Braucht länger als Gleichaltrige, um sich zu beruhigen.
VER 39	VER 30	Springt von einer Aktivität zur nächsten.
VER 54		Handelt, ohne nachzudenken.
VER 56		Handelt wie von einem Motor getrieben.
VER 59		Redet zu viel.
VER 67*	VER 34	Hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne.
VER 77		Wartet, bis er/sie an der Reihe ist. (I)
VER 79		Rennt oder klettert, wenn er/sie eigentlich gehen oder sitzen soll.
VER 81*		Erregbar, impulsiv.
VER 85*	VER 36	Unaufmerksam, leicht ablenkbar.
VER 89		Schafft es nicht, begonnene Dinge zu Ende zu bringen.
VER 91		Ist immer auf dem Sprung.

**Feindseliges/Aggressives Verhalten (18 Fragen)**

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
<i>Subskala Feindseligkeit/Temperament (7 Fragen)</i>		
VER 20*		Wutausbrüche; explosives, unvorhersehbares Verhalten.

*Fortsetzung Tabelle 44*

VER 53		Schmollt.
VER 75		Seine/ihre Stimmung ändert sich schnell und drastisch.
VER 101*		Ist trotzig.
VER 105*	VER 43	Streitet mit Erwachsenen.
VER 108	VER 45	Manipuliert andere.
VER 111	VER 46	Ist rechthaberisch.

*Subskala Aggressives Verhalten (11 Fragen)*

VER 9		Stiehlt.
VER 40*		Lügt, um Dinge zu bekommen oder um Leute zu manipulieren.
VER 46		Flucht oder gebraucht Schimpfwörter.
VER 57	VER 48	Versucht, die Gefühle anderer zu verletzen.
VER 72	VER 21	Ist kaltherzig und grausam.
VER 73		Ist unhöflich.
VER 76		Gerät in Prügeleien.
VER 86*		Bedroht andere Personen.
VER 98*	VER 37	Hänselt andere Kinder.
VER 102		Zerstört absichtlich Dinge.
VER 104		Ist grausam zu Tieren.

**Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten (31 Fragen)**

<b>Frage- Nummer im Fragebogen</b>	<b>Frage-Nummer in der Kurzversion der Verhaltensskala</b>	<b>Frage</b>
<i>Subskala Soziales Funktionsniveau (16 Fragen)</i>		
VER 1	VER 9	Ist bei anderen Kindern beliebt. (I)
VER 18*		Wünscht sich, Freunde zu haben. (I)
VER 31		Wird von anderen Kindern ignoriert.
VER 41		Kommt gut mit anderen Kindern aus. (I)
VER 43	VER 20	Schließt leicht Freundschaften. (I)
VER 49	VER 26	Wird von Gleichaltrigen zurückgewiesen.
VER 51*	VER 42	Wird von anderen Kindern zum Mitspielen eingeladen. (I)
VER 52		Freut sich für andere, wenn ihnen etwas Gutes widerfährt. (I)
VER 58		Sucht, wenn nötig, Hilfe bei anderen. (I)
VER 61		Hält angemessenen Blickkontakt. (I)
VER 78		Fügt sich nicht in die Gruppe ein.
VER 84		Versucht, andere zu trösten, wenn sie aufgebracht sind. (I)

*Fortsetzung Tabelle 44*

VER 93		Nimmt an Gruppenaktivitäten teil (zum Beispiel Stuhlkreis oder organisierter Sport). (I)
VER 95		Ist in angemessener Weise liebevoll. (I)
VER 96*		Hat Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten.
VER 100		Wird von anderen Kindern gehänselt.
<i>Subskala Atypisches Verhalten (11 Fragen)</i>		
VER 3		Isst Gegenstände, die nicht zum Verzehr geeignet sind (zum Beispiel Tapete, Dreck oder Müll).
VER 11		Besteht darauf, dass Dinge auf eine bestimmte Art und Weise gemacht werden.
VER 35		Ungewöhnlicher Sprachgebrauch (zum Beispiel wiederholt Dinge, klingt wie ein Roboter oder ein kleiner Professor, spricht mit schriller Stimme, verwendet erfundene Wörter).
VER 38*		Hat ungewöhnliche Interessen.
VER 44		Wiederholt Körperbewegungen immer wieder (zum Beispiel eigenen Körper hin und her schaukeln, sich drehen oder mit den Händen flattern).
VER 50		Sein/ihr Spiel wiederholt sich immer wieder.
VER 64		Mag keine Abweichungen von seinem/ihren Tagesablauf.
VER 80		Verletzt sich selbst (zum Beispiel schneidet sich, kratzt sich die Haut auf oder schlägt sich seinen/ihren Kopf absichtlich an).
VER 103		Zeigt seine/ihre Gefühle nicht.
VER 109		Zeigt plötzliche Zuckungen im Gesicht oder am Körper (zum Beispiel Blinzeln, Kopfschütteln oder Schulterzucken).
VER 110		Scheint nicht damit aufhören zu können, sich wiederholende Laute von sich zu geben (zum Beispiel schniefen, sich räuspern oder mit der Zunge schnalzen).
<i>Fragen ohne zugehörige Subskala</i>		
VER 16	VER 13	Bevorzugt es, alleine zu spielen.
VER 22*	VER 14	Ist eigenartig oder ungewöhnlich.
VER 25*		Scheint in seiner/ihrer eigenen Welt zu sein.
VER 87		Lächelt, wenn er/sie von anderen Leuten angelächelt wird. (I)

### Ängstlichkeit (14 Fragen)

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
VER 4		Rechnet immer mit dem Schlimmsten.
VER 17		Klagt über Schmerzen.
VER 29*		Klagt darüber, krank zu sein, auch wenn ihm/ihr nichts fehlt.
VER 34		Klagt über Bauchschmerzen.
VER 45*	VER 47	Hat Angst vor dem Alleinsein.
VER 47*	VER 23	Ist furchtsam, leicht zu verängstigen.
VER 55		Klagt über Kopfschmerzen.
VER 60	VER 24	Fürchtet sich vor einem oder mehreren spezifischen Objekten oder Situationen (zum Beispiel Tiere, Insekten, Blut, Ärzte, Wasser, Stürme, Höhen oder Orte).
VER 62		Hat Schwierigkeiten, seine/ihre Sorgen zu kontrollieren.
VER 65	VER 32	Wirkt gereizt, nervös oder schreckhaft.
VER 71*	VER 33	Mag es nicht, von seinen/ihren Eltern getrennt zu sein.
VER 74*	VER 40	Ist ängstlich.
VER 92*		Ist besorgt.
VER 97		Seine/ihre Gefühle sind leicht verletzbar.

### Stimmung und Affekt (10 Fragen)

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
VER 5*		Hat an nichts Freude.
VER 7	VER 1	Sein/ihr Spiel beinhaltet traurige oder düstere Themen.
VER 16		Bevorzugt es, alleine zu spielen.
VER 20*	VER 11	Wutausbrüche; explosives, unvorhersehbares Verhalten.
VER 53	VER 28	Schmollt.
VER 63*		Spricht schlecht über sich (zum Beispiel »Ich bin dumm.« oder »Ich kann nichts richtig machen.«).
VER 70*		Lässt sich leicht irritieren.
VER 75	VER 31	Seine/ihre Stimmung ändert sich schnell und drastisch.
VER 90*	VER 39	Wirkt traurig.
VER 99*	VER 44	Weint häufig und schnell.

**Physische Symptome (8 Fragen)**

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
VER 17*	VER 8	Klagt über Schmerzen.
VER 19*	VER 10	Scheint untertags müde zu sein.
VER 27		Isst zu viel.
VER 29*	VER 16	Klagt darüber, krank zu sein, auch wenn ihm/ihr nichts fehlt.
VER 32		Isst zu wenig.
VER 34*	VER 19	Klagt über Bauchschmerzen.
VER 55*	VER 27	Klagt über Kopfschmerzen.
VER 69*	VER 17	Schläft tagsüber ein (auch außerhalb der Mittagsschlafzeit).

**Screeener Fragen (12 Fragen)**

Frage-Nummer im Fragebogen	Frage	Inhaltsbereich
VER 104	Ist grausam zu Tieren.	Grausamkeit gegenüber Tieren/Quälen von Tieren
VER 112	Legt Feuer oder spielt mit Streichhölzern.	Zündeln
VER 36	Ist ein/-e Perfektionist/-in.	
VER 82	Regt sich übermäßig auf, wenn er/sie einen Fehler macht.	Perfektionismus
VER 3	Isst Gegenstände, die nicht zum Verzehr geeignet sind (zum Beispiel Tapete, Dreck oder Müll).	Pica
VER 107	War einem schweren Unfall, extremer Gewalt, einem Trauma, Missbrauch oder Vernachlässigung ausgesetzt.	PTBS
VER 80	Verletzt sich selbst (zum Beispiel schneidet sich, kratzt sich die Haut auf oder schlägt sich seinen/ihren Kopf absichtlich an).	Selbstverletzendes Verhalten

Fortsetzung Tabelle 44

VER 60	Fürchtet sich vor einem oder mehreren spezifischen Objekten oder Situationen (zum Beispiel Tiere, Insekten, Blut, Ärzte, Wasser, Stürme, Höhen oder Orte).	Spezifische Phobie
VER 9	Stiehlt.	Stehlen
VER 109	Zeigt plötzliche Zuckungen im Gesicht oder am Körper (zum Beispiel Blinzeln, Kopfschütteln oder Schulterzucken).	Tics (motorisch)
VER 110	Scheint nicht damit aufhören zu können, sich wiederholende Laute von sich zu geben (zum Beispiel schniefen, sich räuspern oder mit der Zunge schnalzen).	Tics (vokal)
VER 106	Reißt sich die Kopfhaare, Wimpern oder andere Körperhaare aus, so dass kahle Stellen entstehen.	Trichotillomanie

**Positiver Eindruck (6 Fragen)**

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
VER 6	VER 2	Macht Fehler. (I)
VER 12	VER 4	Ist in jeder Hinsicht perfekt.
VER 14	VER 6	Sagt die Wahrheit; erzählt nicht einmal kleine Notlügen.
VER 28	VER 15	Verhält sich wie ein Engelchen.
VER 83	VER 35	Ist geduldig und zufrieden, auch wenn er/sie in einer langen Schlange warten muss.
VER 88	VER 38	Muss sich anstrengen, um schwierige Aufgaben zum Abschluss zu bringen. (I)

**Negativer Eindruck (6 Fragen)**

Frage- Nummer im Fragebogen	Frage-Nummer in der Kurzversion Verhaltensskala	Frage
VER 15	VER 7	Ist glücklich, fröhlich und hat eine positive Einstellung. (I)
VER 21	VER 12	Kann nichts richtig machen.
VER 42	VER 22	Ich kann nicht erkennen, was ihn/sie glücklich macht.
VER 48	VER 25	Ist schwer zu erfreuen oder zu unterhalten.

*Fortsetzung Tabelle 44*

VER 66	VER 29	Ist schwer zu motivieren (selbst mit sehr begehrenswerten Belohnungen).
VER 94	VER 41	Es macht Spaß, mit ihm/ihr zusammen zu sein. (I)

**Beeinträchtigung**

<b>Frage-Nummer im Fragebogen</b>	<b>Frage</b>
IM 1	Die Probleme dieses Kindes beeinträchtigen sein/ihr Lernen stark.
IM 2	Die Probleme dieses Kindes beeinträchtigen seine/ihre Interaktionen mit anderen Kindern stark.

**Zusätzliche Fragen**

<b>Frage-Nummer im Fragebogen</b>	<b>Frage</b>
AQ 1	Haben Sie irgendwelche weiteren Sorgen bezüglich dieses Kindes?
AQ 2	Welche weiteren Stärken oder Fähigkeiten hat dieses Kind?

Tabelle 45

*Conners EC- Erzieherversion, Global Index*

<b>Frage- Nummer im Fragebogen</b>	<b>Frage-Nummer im Conners EC Global Index</b>	<b>Frage</b>
Subskala Ruhelosigkeit/Impulsivität		
VER 10	3	Ist ruhelos oder überaktiv.
VER 30	6	Ist zappelig.
VER 68	7	Stört andere Kinder.
VER 81	2	Erregbar, impulsiv.
VER 85	5	Unaufmerksam, leicht ablenkbar.
VER 89	9	Schafft es nicht, begonnene Dinge zu Ende zu bringen.
Subskala Emotionale Labilität		
VER 20	1	Hat Wutausbrüche; explosives, unvorhersehbares Verhalten.
VER 23	8	Ansprüche müssen sofort erfüllt werden – ist schnell frustriert.
VER 75	10	Seine/ihre Stimmung ändert sich schnell und drastisch.
VER 99	4	Weint häufig und leicht.

**B.4 Erzieherversion – Entwicklungsmeilensteine**

Tabelle 46

*Conners EC- Erzieherversion, Entwicklungsmeilensteine***Adaptive Fähigkeiten (12 Fragen)**

<b>Frage-Nummer im Fragebogen</b>	<b>Frage</b>
EM 28	Zieht seine/ihre Schuhe richtig herum an. (I)
EM 39	Zieht Jacken, die sich vorne aufmachen lassen, alleine aus. (I)
EM 44	Zieht Jacken, die sich vorne aufmachen lassen, alleine an. (I)
EM 54	Zieht sein/ihr eigenes Sweatshirt oder T-Shirt an. (I)
EM 69	Zieht Hosen mit einem Gummizug alleine an (zum Beispiel Jogginghosen). (I)
EM 3	Trinkt aus einer Tasse, ohne etwas zu verschütten. (I)
EM 65	Isst alleine mit einem Löffel, ohne zu kleckern. (I)
EM 67	Verwendet ein Messer, um sich ein Brot zu streichen und um weiche Lebensmittel zu schneiden (z. B. ein Marmeladenbrot). (I)
EM 50	Weiß, wann er/sie auf die Toilette muss. (I)
EM 52	Ist vollständig trocken und sauber (Tag und Nacht). (I)

Fortsetzung Tabelle 46

EM 59	Schnäuzt sich die Nase mit einem Taschentuch. (I)
EM 23	Hilft dabei, Spielsachen und seine persönlichen Sachen aufzuräumen. (I)

**Kommunikation (17 Fragen)**

Frage-Nummer im Fragebogen	Frage
EM 7	Verwendet Wörter in der Mehrzahl (zum Beispiel ein Block, zwei Blöcke). (I)
EM 9	Benennt seine/ihre Gefühle (zum Beispiel glücklich oder traurig). (I)
EM 12	Spricht in ganzen Sätzen. (I)
EM 34	Verändert die Verben, um über die Vergangenheit oder Zukunft zu reden (zum Beispiel »Ich ging«, »Ich werde gehen«). (I)
EM 36	Zeigt Gefühle durch Gesichtsausdrücke. (I)
EM 40	Kommuniziert Wünsche und Bedürfnisse durch den Gebrauch von Wörtern oder Gesten. (I)
EM 42	Kombiniert Wörter zu Sätzen. (I)
EM 43	Kann seine Gedanken auf unterschiedliche Weise ausdrücken. (Zum Beispiel kann er/sie dasselbe mit anderen Worten sagen, wenn es nicht verstanden wird.) (I)
EM 46	Benennt spontan Dinge, die er/sie in der Welt sieht. (I)
EM 58	Verwendet die Artikel ein/eine und der/die/das. (I)
EM 61	Verwendet Gesten, wie auf bestimmte Dinge zeigen, Nicken für ja, Kopfschütteln für nein, Schulterzucken, Winken zur Verabschiedung. (I)
EM 66	Verwendet ich oder mein (anstatt den eigenen Namen zu nennen), um über sich selbst zu sprechen. (I)
EM 5	Erkennt unterschiedliche Gefühle bei anderen anhand ihres Gesichtsausdrucks. (I)
EM 14	Versteht die Bedeutung gebräuchlicher Gesten (zum Beispiel schaut er/sie einen Gegenstand an, wenn Sie darauf zeigen). (I)
EM 32	Folgt Anweisungen, die die Wörter oben, unten, über und unter enthalten. (I)
EM 56	Erklärt Lösungen zu einfachen Problemen (zum Beispiel »Was tust du, wenn du hungrig bist?«). (I)
EM 63	Folgt einfachen Aufforderungen (zum Beispiel »Leg' das hin«). (I)

**Motorische Fähigkeiten (17 Fragen)**

<b>Frage-Nummer im Fragebogen</b>	<b>Frage</b>
EM 4	Bindet sich seine/ihre Schuhe. (I)
EM 11	Schneidet Formen sauber aus. (I)
EM 19	Schneidet mit einer Schere. (I)
EM 27	Malt innerhalb vorgegebener Linien. (I)
EM 30	Kann mit kleinen Gegenständen umgehen. (Zum Beispiel kann er/sie Perlen auffädeln oder einen Kaugummi auspacken.) (I)
EM 33	Kann die Verschlüsse seiner/ihrer Kleidung selbst schließen (zum Beispiel Knöpfe, Druckknöpfe oder Reißverschlüsse). (I)
EM 37	Trinkt mit einem Strohhalm. (I)
EM 49	Zeichnet erkennbare Formen (zum Beispiel Linien, Kreise, Dreiecke oder Vierecke). (I)
EM 2	Schaukelt auf einer Schaukel. (I)
EM 8	Fängt einen großen Ball (zum Beispiel einen Basketball), der ihm/ihr über einen Bodenpass, d. h. mit einem Aufprall, zugeworfen wird. (I)
EM 13	Hüpft auf einem Bein. (I)
EM 17	Steht mindestens 5 Sekunden lang auf einem Bein, ohne sich an irgendetwas festzuhalten. (I)
EM 22	Hüpft auf und ab. (I)
EM 25	Fährt Fahrrad ohne Stützräder. (I)
EM 35	Tritt einen Ball. (I)
EM 45	Kann mit beiden Füßen Treppen steigen (ein Fuß pro Stufe). (I)
EM 47	Fängt einen kleinen Ball (zum Beispiel einen Tennisball oder einen Baseball), der ihm/ihr zugeworfen wird. (I)

**Spiel (5 Fragen)**

<b>Frage-Nummer im Fragebogen</b>	<b>Frage</b>
EM 16	Verwendet Gegenstände, um unterschiedliche Dinge darzustellen (zum Beispiel könnte ein Bauklotz ein Auto, ein Gebäude, ein Raumschiff oder ein Hamburger sein). (I)

Fortsetzung Tabelle 46

EM 20	Benutzt Fantasie beim Spielen. (I)
EM 53	Tut so, als spiele er/sie unterschiedliche Charaktere mit Spielzeugfiguren, Puppen oder Personen. (I)
EM 68	Spielt verschiedene selbst erfundene Fantasiegeschichten (nicht nur die bloße Nachahmung einer Fernsehsendung). (I)
EM 70	Tut so, als ob er/sie Dinge tue, die Erwachsene tun (spielt zum Beispiel einen Lehrer oder einen Arzt oder verkleidet sich). (I)

**Präakademische/Kognitive Fähigkeiten (19 Fragen)**

<b>Frage-Nummer im Fragebogen</b>	<b>Frage</b>
EM 1	Versteht die Begriffe mehr, weniger und gleich. (I)
EM 6	Kann mindestens zehn Dinge korrekt zählen. (I)
EM 10	Kennt die wichtigsten Farben (einschließlich rot, orange, gelb, grün, blau und lila). (I)
EM 15	Zeigt auf den richtigen Buchstaben oder die richtige Zahl, wenn deren Namen genannt werden. (I)
EM 18	Beantwortet Fragen zu einer Bildergeschichte (zum Beispiel »Wo ist Peter hingegangen?«). (I)
EM 21	Zählt von 1 bis 5, ohne Fehler zu machen. (I)
EM 24	Erkennt alle 26 Buchstaben des Alphabets. (I)
EM 26	Gruppiert ähnliche Objekte oder ordnet sie einander zu (zum Beispiel Dinge mit derselben Farbe). (I)
EM 29	Kann dem Text folgen, wenn ihm/ihr bekannte Bücher vorgelesen werden (»liest mit«). (I)
EM 31	Kennt die grundlegenden Formen (einschließlich Kreis, Viereck und Dreieck). (I)
EM 38	Versteht Wörter zur Angabe von Tageszeiten (zum Beispiel gestern, Abendbrotzeit und der Morgen). (I)
EM 41	Nennt Gegenteile (zum Beispiel heiß/kalt, Junge/Mädchen, hell/dunkel, groß/klein). (I)
EM 48	Kennt die Namen der meisten Körperteile (einschließlich Schulter, Ellenbogen, Handgelenk und Knie). (I)
EM 51	Sagt oder singt das Alphabet ohne Fehler. (I)
EM 55	Schreibt seinen/ihren Vornamen in Druckschrift (ohne abzuschreiben). (I)

*Fortsetzung Tabelle 46*

EM 57	Vergleicht Gegenstände und verwendet dabei Begriffe wie schwerer/leichter und größer/kleiner. (I)
EM 60	Zeichnet einen Menschen mit Körper, Armen, Beinen, Händen, Füßen, Augen, Nase und Mund. (I)
EM 62	Reimt Wörter. (Zum Beispiel sagen Sie zu ihm/ihr das Wort Rose, und er/sie antwortet mit »Hose« oder »Dose«.) (I)
EM 64	Sagt seinen/ihren Vor- und Nachnamen. (I)

## Anhang C – Stichprobenbeschreibung

### C.1 Mittelwerte der Skalen, aufgelistet nach Alter und Geschlecht

Tabelle 47

Mittelwerte und Standardabweichungen der Conners EC Verhaltensskalen für Jungen (J) und Mädchen (M) getrennt, Elternversion

A		U/H		FT/ AV		FT		AG		SF/AV		SF		AV		AN		SA		PS		SP	
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
2	M	13.02	13.64	12.61	12.10	11.00	10.82	1.64	1.28	13.21	12.96	9.63	9.36	3.49	3.52	8.72	10.04	6.72	6.32	3.33	4.08	1.87	2.24
	SD	7.35	8.17	5.72	6.07	5.05	5.14	1.54	1.50	6.56	5.37	4.47	3.75	3.27	2.76	6.21	4.98	4.22	3.43	2.89	3.02	1.76	1.97
3	M	14.65	13.00	14.56	12.93	11.65	11.02	2.90	1.76	14.90	12.46	10.09	8.55	4.67	3.79	10.24	10.33	6.86	6.92	4.46	4.00	2.27	1.88
	SD	11.07	9.15	7.87	7.19	5.98	5.80	2.60	1.82	8.41	7.37	5.15	5.14	4.49	3.44	5.74	6.43	4.26	4.12	3.24	3.30	2.01	2.02
4	M	14.58	10.73	15.59	12.85	11.98	10.96	3.73	1.90	16.05	13.38	10.82	9.15	4.87	3.90	10.21	10.10	7.50	6.79	3.92	4.41	1.97	1.93
	SD	10.54	8.67	8.95	7.16	6.34	5.71	3.60	2.19	9.62	7.56	6.21	4.91	4.60	3.50	6.47	6.97	4.19	4.26	3.56	3.36	2.08	2.06
5	M	12.77	11.40	12.27	10.73	9.55	9.26	2.71	1.42	14.09	11.93	10.37	8.36	3.46	3.57	8.12	9.91	5.80	6.00	3.29	3.96	1.45	1.90
	SD	10.98	8.90	8.05	6.80	6.02	5.61	2.73	1.69	7.55	6.34	5.87	4.32	3.01	3.66	6.75	7.99	4.18	4.48	3.53	4.09	1.86	2.40
6	M	14.55	10.38	14.74	9.53	11.40	8.75	3.35	0.83	14.88	10.65	10.07	7.40	4.44	3.05	12.23	9.93	7.07	5.95	4.21	4.93	2.19	2.25
	SD	10.58	7.23	9.22	5.06	6.11	4.49	3.96	1.24	9.35	5.45	5.59	4.00	4.18	2.71	6.86	5.15	4.44	3.10	3.45	3.34	2.27	2.15

Anmerkung. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. A = Alter in Jahren, U/H = Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, FT/AG = Feindseliges/Aggressives Verhalten, F/T = Feindseligkeit/Temperament, AG = Aggressives Verhalten, SF/AV = Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten, SF = Soziales Funktionsniveau, AV = Atypisches Verhalten, AN = Ängstlichkeit, SA = Stimmung und Affekt, PS = Physische Symptome, SP = Schlafprobleme

Tabelle 48

Mittelwerte und Standardabweichungen der Conners EC Entwicklungsmeilensteine für Jungen (J) und Mädchen (M) getrennt, Elternversion

A		AE		AF		KM		MF		SP		VK	
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
2	M	63.63	59.28	14.73	12.76	8.65	8.12	17.27	16.24	3.23	3.40	19.68	18.74
	SD	29.97	31.11	7.36	7.34	7.34	6.38	6.62	7.63	2.98	2.79	9.04	10.19
3	M	48.04	35.25	10.22	7.11	5.49	3.20	13.55	10.90	2.40	1.29	16.39	12.75
	SD	22.95	19.17	5.96	5.22	5.40	4.04	6.45	5.34	2.29	1.75	7.46	6.34
4	M	31.60	24.17	6.20	4.92	4.01	2.82	8.92	6.95	1.95	1.26	10.32	8.23
	SD	26.30	18.86	5.79	5.05	6.63	3.55	6.08	4.97	2.57	2.03	7.77	6.34
5	M	23.30	18.32	4.67	3.41	3.18	2.34	6.27	5.10	1.70	1.20	7.49	6.27
	SD	26.46	18.07	6.13	4.01	6.09	3.61	6.36	5.10	2.26	1.93	7.89	5.88
6	M	20.05	10.70	3.91	2.03	2.72	1.08	5.35	3.20	1.72	0.60	6.37	3.83
	SD	21.03	11.94	5.34	2.04	4.40	1.94	5.62	3.92	2.58	1.17	6.81	4.91

Anmerkung. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. A = Alter in Jahren, AE = Allgemeine Entwicklung, AF = Adaptive Fähigkeiten, KM = Kommunikation, MF = Motorische Fähigkeiten, SP = Spiel, V/K = Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten

Tabelle 49

Mittelwerte und Standardabweichungen der Conners EC Verhaltensskalen, für Jungen (J) und Mädchen (M) getrennt Erzieherversion

A		U/H		FT/ AV		FT		AG		SF/AV		SF		AV		AN		SA		PS	
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
2	M	19.53	13.55	5.95	5.69	3.21	3.74	2.74	1.93	20.42	15.97	13.76	11.23	3.92	2.57	5.44	5.07	4.37	4.80	2.05	1.81
	SD	10.73	11.07	5.63	6.26	2.44	3.61	4.28	3.57	12.59	12.19	7.30	7.70	4.02	2.67	4.61	4.49	3.00	4.16	1.92	2.43
3	M	17.22	13.35	6.79	5.12	3.98	3.53	2.84	1.60	20.35	17.08	14.31	11.38	3.60	3.57	5.25	5.97	4.61	4.38	2.14	1.92
	SD	14.18	8.81	8.72	5.45	4.01	3.14	5.10	2.88	11.66	8.73	8.01	6.29	3.96	2.82	5.65	5.08	3.93	3.20	2.54	2.04
4	M	15.54	10.86	7.07	5.11	4.28	3.49	2.80	1.75	19.88	15.70	13.71	11.18	3.83	2.54	5.32	5.35	4.73	3.94	1.57	1.43
	SD	11.57	10.79	7.24	5.84	4.14	3.28	3.70	3.17	11.54	9.68	8.02	6.50	3.50	2.52	4.09	4.46	3.26	2.93	2.22	1.75
5	M	17.04	11.54	8.53	5.88	4.52	3.68	4.19	2.20	21.15	15.43	14.42	10.80	3.98	2.82	6.38	6.09	5.52	4.27	1.88	1.99
	SD	13.21	12.09	9.27	5.88	4.38	3.40	5.44	2.96	11.29	8.92	7.48	6.02	3.83	2.74	6.53	6.10	4.86	4.17	2.73	3.01
6	M	12.26	8.68	8.46	4.86	4.00	3.13	4.14	1.77	19.87	14.86	12.76	10.16	4.58	2.59	5.03	6.49	4.43	3.58	1.24	2.85
	SD	12.08	10.78	10.05	7.01	4.36	3.64	6.33	3.82	14.54	8.76	8.64	5.47	4.66	2.93	5.87	5.82	4.18	3.94	2.68	3.20

Anmerkung. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. A = Alter in Jahren, U/H = Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, FT/AG = Feindseliges/Aggressives Verhalten, F/T = Feindseligkeit/Temperament, AG = Aggressives Verhalten, SF/AV = Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten, SF = Soziales Funktionsniveau, AV = Atypisches Verhalten, AN = Ängstlichkeit, SA = Stimmung und Affekt, PS = Physische Symptome.

Tabelle 50

Mittelwerte und Standardabweichungen der Conners EC Entwicklungsmeilensteine für Jungen (J) und Mädchen (M) getrennt, Erzieherversion

A		AE		AF		KM		MF		SP		VK	
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
2	M	85.32	76.90	13.68	11.19	16.14	14.39	22.03	18.91	5.87	4.94	27.26	27.10
	SD	22.86	20.20	4.93	4.78	6.92	5.91	5.50	5.96	2.38	2.79	5.65	4.83
3	M	54.61	41.61	5.79	4.22	9.75	5.97	15.16	12.32	3.46	2.58	21.88	17.86
	SD	23.83	20.33	3.79	3.76	7.17	6.22	6.08	5.67	2.74	2.48	7.50	6.53
4	M	29.27	22.75	2.24	1.55	5.64	3.62	8.08	6.92	2.24	1.54	13.03	11.06
	SD	22.92	17.35	3.04	2.71	6.64	4.56	5.53	4.97	2.65	1.81	7.84	6.04
5	M	18.84	13.94	1.45	0.99	3.91	2.63	4.80	3.70	1.94	1.13	8.69	7.33
	SD	15.68	15.46	2.04	2.20	4.57	4.43	4.26	4.12	2.35	1.90	5.16	4.65
6	M	12.47	12.93	0.89	0.77	2.77	3.27	2.13	2.91	1.57	1.25	6.49	6.40
	SD	21.11	17.44	2.44	1.95	5.61	5.49	4.62	4.04	2.32	1.63	6.48	6.03

Anmerkung. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. A = Alter in Jahren, AE = Allgemeine Entwicklung, AF = Adaptive Fähigkeiten, KM = Kommunikation, MF = Motorische Fähigkeiten, SP = Spiel, V/K = Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten

## C.2 Schiefe und Kurtosis der Skalen der Normstichprobe der Conners EC

(Nächste Seite)

Tabelle 51

*Schiefe und Kurtosis in der Normstichprobe der Conners EC Langversion*

Skala	Conners EC Elternversion				Conners EC Erzieherversion					
	Schiefe	SD Schiefe	Kurtosis	SD Kurtosis	Schiefe	SD Schiefe	Kurtosis	SD Kurtosis		
<b>Empirische Skalen</b>	U/H	1.182	.090	1.286	.179	U/H	1.291	.099	1.368	.198
	FT/	1.048	.090	1.560	.179	FT/	2.215	.099	6.300	.198
	AG					AG				
	SF/ AV	1.252	.090	2.123	.180	SF/ AV	1.228	.099	1.334	.198
	AN	1.021	.090	1.226	.179	AN	1.601	.100	3.208	.200
<b>Subskalen</b>	FT	.741	.090	.389	.180	FT	1.476	.099	2.378	.197
	AG	2.282	.090	9.029	.179	AG	2.811	.100	9.606	.199
	SF	.797	.090	.824	.180	SF	.984	.099	.729	.198
	AV	1.646	.090	3.344	.179	AV	1.855	.099	4.379	.197
	SP	1.337	.090	1.883	.179					
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>	SA	1.051	.090	1.281	.179	SA	1.644	.099	3.488	.197
	PS	1.520	.090	4.154	.179	PS	2.324	.099	7.538	.197
<b>Entwicklungsmeilen-steine</b>	AE	1.205	.090	1.013	.179	AE	1.096	.100	.309	.200
	AF	1.235	.090	.993	.179	AF	1.719	.100	2.196	.199
	KM	2.053	.090	4.641	.179	KM	1.380	.101	1.033	.201
	MF	.795	.090	-.211	.179	MF	.877	.098	-.211	.196
	SP	1.410	.090	1.297	.179	SP	1.013	.099	.126	.198
	VK	.892	.090	.133	.180	VK	.716	.101	-.593	.202

*Anmerkung.* M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. U/H = Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, FT/AG = Feindseliges/Aggressives Verhalten, F/T = Feindseligkeit/Temperament, AG = Aggressives Verhalten, SF/AV = Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten, SF = Soziales Funktionsniveau, AV = Atypisches Verhalten, AN = Ängstlichkeit, SA = Stimmung und Affekt, PS = Physische Symptome, SP = Schlafprobleme, AE = Allgemeine Entwicklung, AF = Adaptive Fähigkeiten, KM = Kommunikation, MF = Motorische Fähigkeiten, SP = Spiel, V/K = Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten

Tabelle 52

*Schiefe und Kurtosis in der Normstichprobe der Conners EC Verhaltenskurzskalen und Global Index*

Skala	Conners EC Elternversion				Conners EC Erzieherversion				
	Schiefe	SD Schiefe	Kurtosis	SD Kurtosis	Schiefe	SD Schiefe	Kurtosis	SD Kurtosis	
<b>Verhaltenskurzskalen</b>	U/H	1.065	.087	.746	.174	1.005	.095	.350	.189
	FT/ AG	.797	.087	.385	.173	2.153	.095	5.615	.190
	SF/ AV	1.698	.087	3.818	.174	1.216	.095	1.200	.189
	AN	.884	.087	.672	.173	1.489	.095	2.554	.191
	SA	.974	.087	.971	.173	1.462	.095	2.299	.190
	PS	1.460	.087	3.547	.173	2.348	.095	7.248	.189
	<b>Global Index</b>	GE	1.044	.087	1.054	.173	1.336	.095	1.555
	RI	1.074	.087	1.012	.173	1.209	.095	.922	.190
	EL	.943	.087	.574	.173	1.555	.095	2.475	.190

*Anmerkung.* M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. U/H = Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, FT/AG = Feindseliges/Aggressives Verhalten, SF/AV = Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten, AN = Ängstlichkeit, SA = Stimmung und Affekt, PS = Physische Symptome, GE = Global Index Gesamt, RI = Rastlos Impulsiv, EL = Emotional Labil.

### C.3 Test auf Normalverteilung

Tabelle 53

#### Kolmogorov-Smirnov Test auf Normalverteilung

Skalen	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistik	df	Signifikanz
EL_LANG_UnaufmerksamkeitHyperaktivität	.112	467	.000
EL_LANG_TrotzigesAggressivesVerhalten	.112	467	.000
EL_LANG_SUBTrotzigesVerhalten	.116	467	.000
EL_LANG_SUBAggressivesVerhalten	.210	467	.000
EL_LANG_SozFunktionsfähigkeitAtypisches	.108	467	.000
EL_LANG_SUBSozFunktionsfähigkeit	.103	467	.000
EL_LANG_SUBAtypischesVerhalten	.178	467	.000
EL_LANG_Angst	.116	467	.000
EL_LANG_StimmungAffekt	.139	467	.000
EL_LANG_PhysischeSymptome	.157	467	.000
EL_LANG_SUBSchlaf	.214	467	.000
EL_EM_AdaptiveFähigkeiten	.162	467	.000
EL_EM_Kommunikation	.233	467	.000
EL_EM_MotorischeFähigkeiten	.143	467	.000
EL_EM_Spiel	.253	467	.000
EL_EM_PreAkademischKognitiv	.133	467	.000
EL_EM_AllgemeineEntwicklung	.144	467	.000
ER_LANG_UnaufmerksamkeitHyperaktivität	.128	467	.000
ER_LANG_TrotzigesAggressivesVerhalten	.168	467	.000
ER_LANG_SUBTrotzigesVerhalten	.166	467	.000
ER_LANG_SUBAggressivesVerhalten	.244	467	.000
ER_LANG_SozFunktionfähigkeitAtypischesVer	.112	467	.000
ER_LANG_SUBSozFunktionsfähigkeit	.100	467	.000
ER_LANG_SUBAtypischesVer	.184	467	.000
ER_LANG_Angst	.129	467	.000
ER_LANG_StimmungAffekt	.172	467	.000
ER_LANG_PhysischeSymptome	.222	467	.000
ER_EM_AdaptiveFähigkeiten	.246	467	.000
ER_EM_Kommunikation	.203	467	.000
ER_EM_MotorischeFähigkeiten	.152	467	.000

Fortsetzung Tabelle 53

ER_EM_Spiel	.204	467	.000
ER_EM_PreakademischKognitiv	.135	467	.000
ER_EM_AllgemeineEntwicklung	.155	467	.000
EL_KURZ_UnaufmerksamkeitHyperaktivität	.136	467	.000
EL_KURZ_TrozverhaltenAggressiv	.159	467	.000
EL_KURZ_SozialeFertigkeitenAtypisch	.210	467	.000
EL_KURZ_Angst	.119	467	.000
EL_KURZ_StimmungAffekt	.128	467	.000
EL_KURZ_Physis	.179	467	.000
ER_KURZ_UnaufmerksamkeitHyperaktivität	.152	467	.000
ER_KURZ_TrozverhaltenAggressiv	.214	467	.000
ER_KURZ_SozialeFertigkeitenAtypisch	.170	467	.000
ER_KURZ_Angst	.191	467	.000
ER_KURZ_StimmungAffekt	.186	467	.000
ER_KURZ_Physis	.278	467	.000
GI_EL_GlobalerIndex	.116	467	.000
GI_EL_RastlosImpulsiv	.137	467	.000
GI_EL_EmotionalLabil	.185	467	.000
GI_ER_GlobalerIndex	.158	467	.000
GI_ER_RastlosImpulsiv	.160	467	.000
GI_ER_EmotionalLabil	.214	467	.000

Anmerkung. Df = Freiheitsgrade.

# Anhang D - Histogramme der Häufigkeitsverteilung der Skalenrohwerte

## D.1 Elternversion – Verhaltensskalen

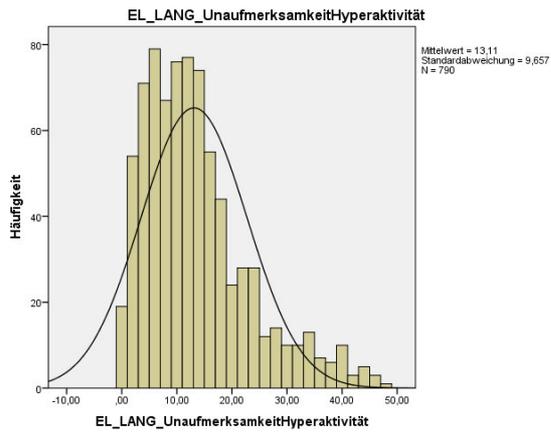


Abbildung 5. Verteilungsdiagramm der Skala Unaufmerksamkeit (Elternver.)

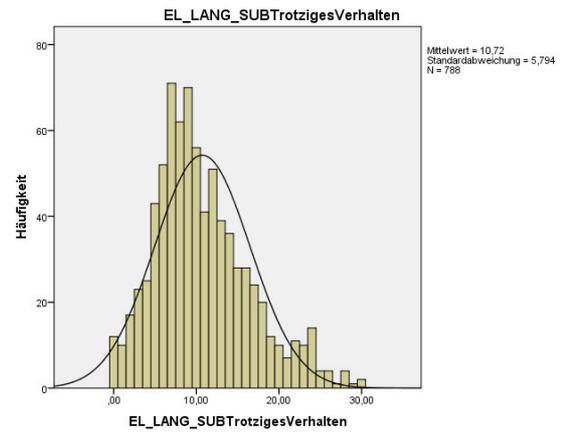


Abbildung 8. Verteilungsdiagramm der Subskala Trotziges Verhalten (Elternver.)

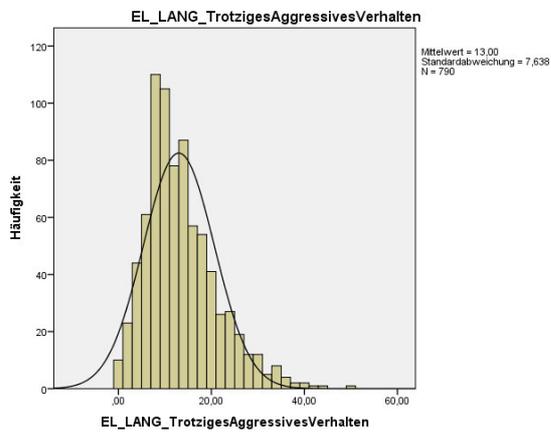


Abbildung 6. Verteilungsdiagramm der Skala Aggressives/ Trotziges Verhalten (Elternver.)

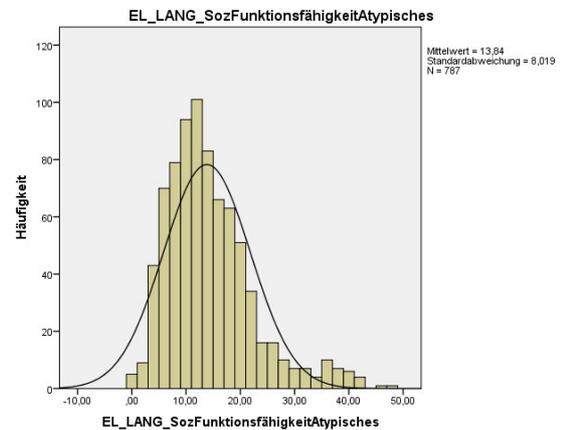


Abbildung 9. Verteilungsdiagramm der Skala Soziale Funktion/ Atypisches Ver. (Elternver.)

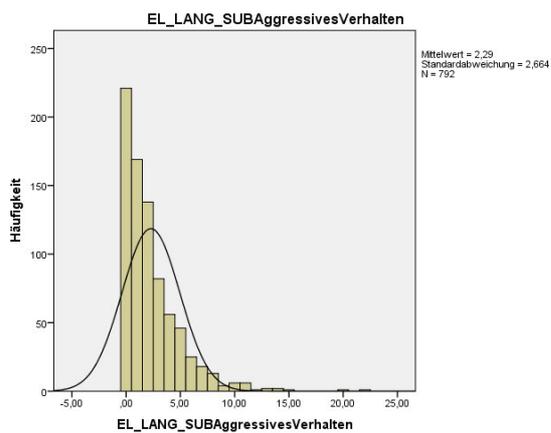


Abbildung 7. Verteilungsdiagramm der Subskala Aggressives Verhalten (Elternver.)

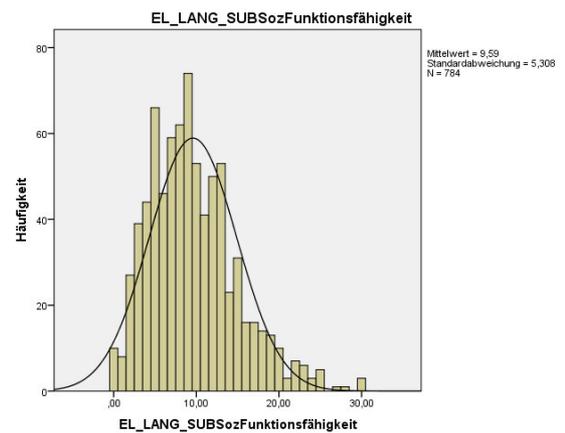


Abbildung 10. Verteilungsdiagramm der Subskala Soziale Funktionsfähigkeit (Elternver.)

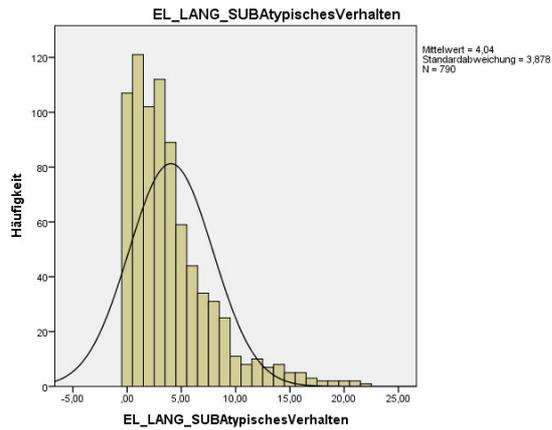


Abbildung 11. Verteilungsdiagramm der Subskala Atypisches Verhalten (Elternver.)

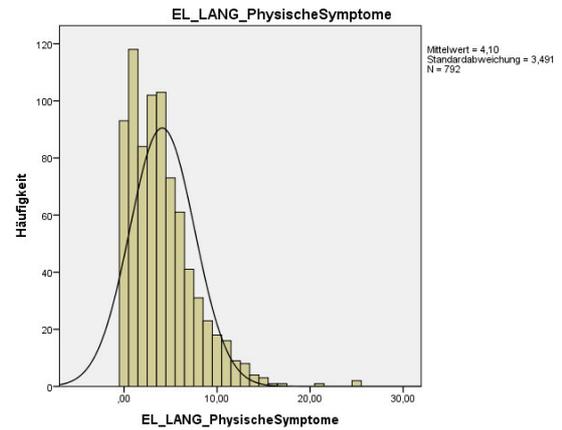


Abbildung 14. Verteilungsdiagramm der Skala Physische Symptome (Elternver.)

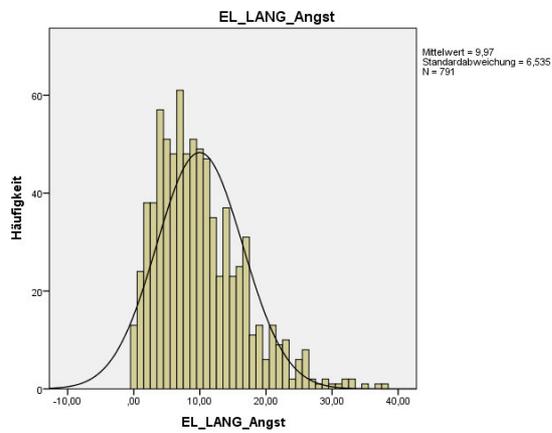


Abbildung 12. Verteilungsdiagramm der Skala Angst (Elternver.)

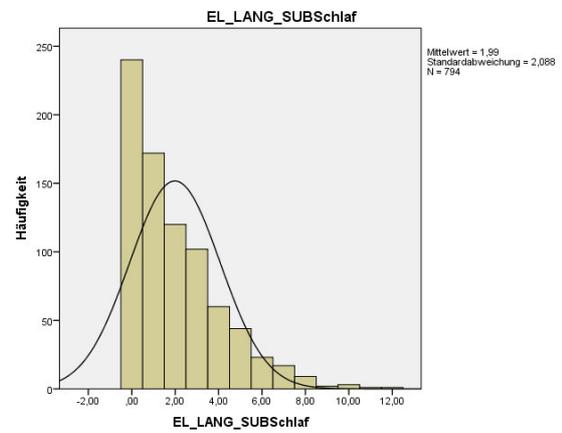


Abbildung 15. Verteilungsdiagramm der Subskala Schlaf (Elternver.)

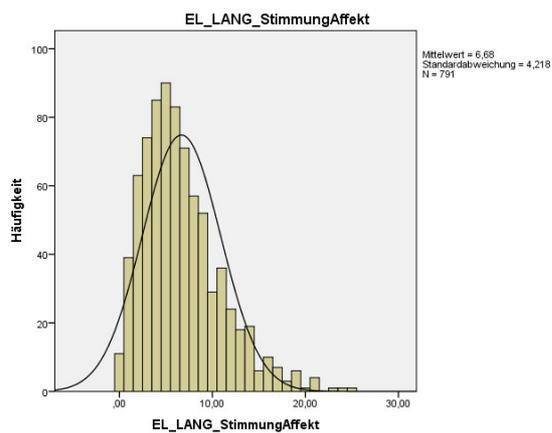


Abbildung 13. Verteilungsdiagramm der Skala Stimmung und Affekt (Elternver.)

## D.2 Elternversion - Entwicklungsmeilensteine

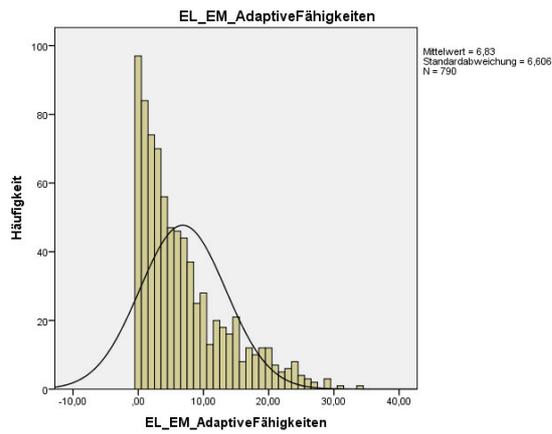


Abbildung 16. Verteilungsdiagramm der Skala Adaptive Fähigkeiten (Elternver.)

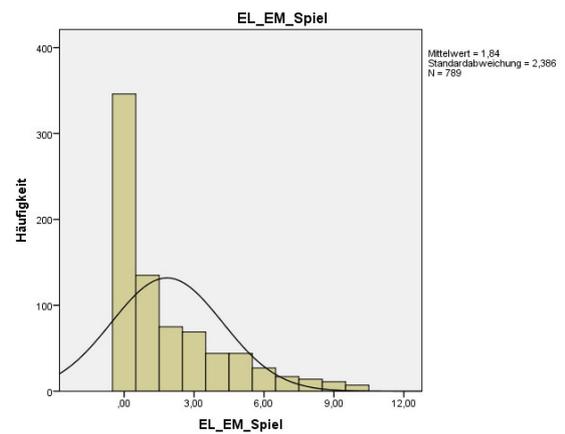


Abbildung 19. Verteilungsdiagramm der Skala Spiel (Elternver.)

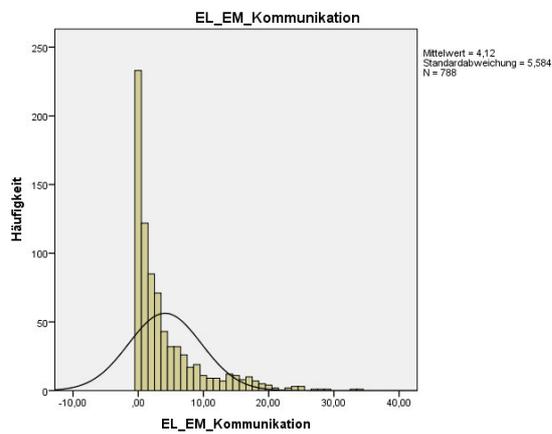


Abbildung 17. Verteilungsdiagramm der Skala Kommunikation (Elternver.)

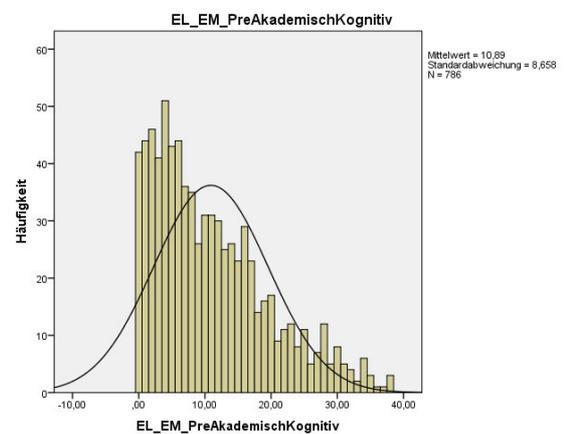


Abbildung 20. Verteilungsdiagramm der Skala Kognitive Fähigkeiten (Elternver.)

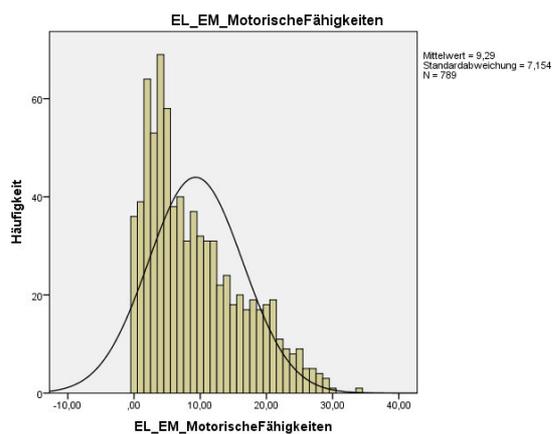


Abbildung 18. Verteilungsdiagramm der Skala Motorische Fähigkeiten (Elternver.)

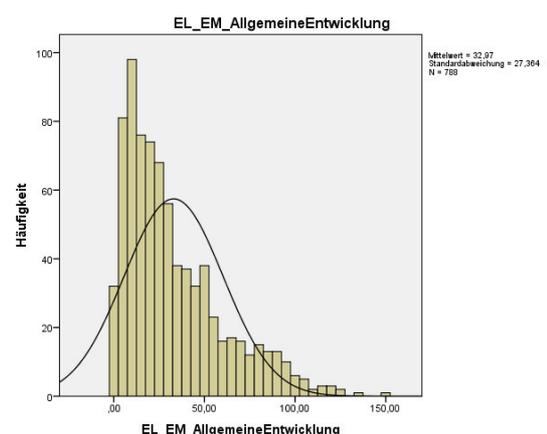


Abbildung 21. Verteilungsdiagramm der Skala Allgemeine Entwicklung (Elternver.)

### D.3 Erziehverversion – Verhaltensskalen

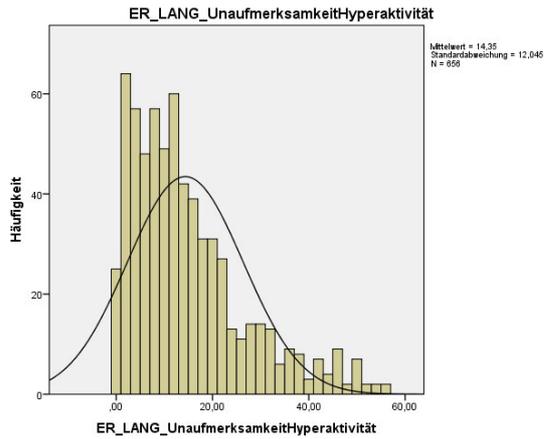


Abbildung 22. Verteilungsdiagramm der Skala Unaufmerksamkeit (Erziehver.)

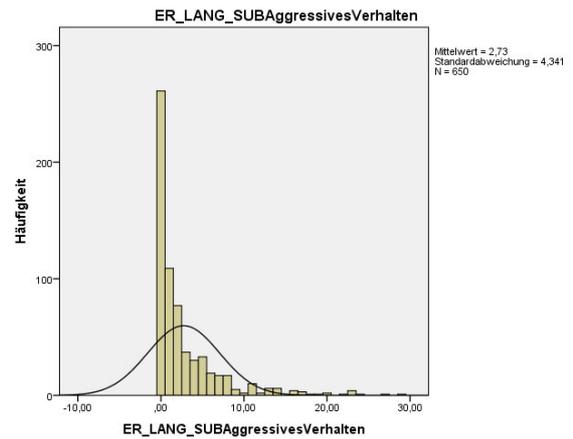


Abbildung 25. Verteilungsdiagramm der Subskala Trotziges Verhalten (Erziehver.)

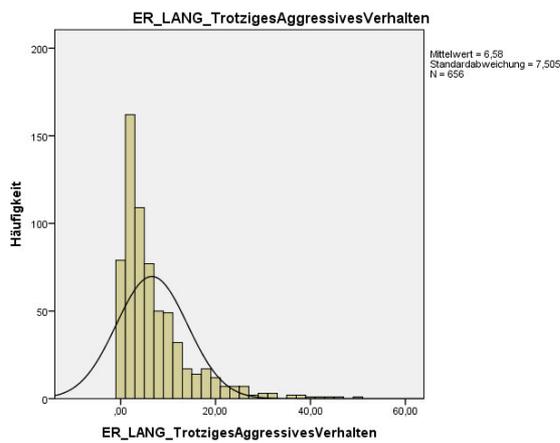


Abbildung 23. Verteilungsdiagramm der Skala Aggressives/ Trotziges Verhalten (Erziehver.)

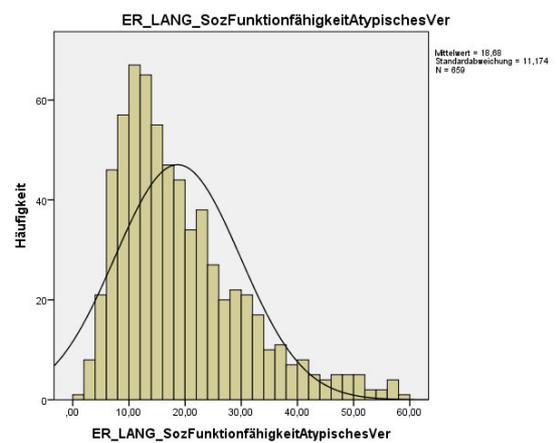


Abbildung 26. Verteilungsdiagramm der Skala Soziale Funktion/ Atypisches Ver. (Erziehver.)

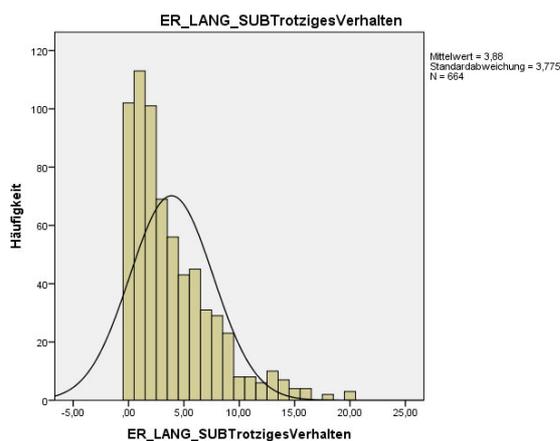


Abbildung 24. Verteilungsdiagramm der Subskala Aggressives Verhalten (Erziehver.)

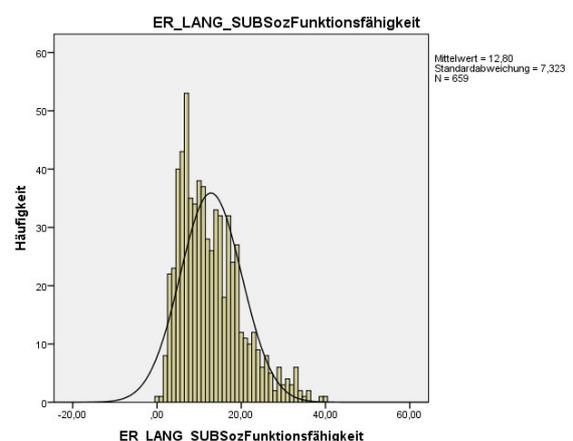


Abbildung 27. Verteilungsdiagramm der Subskala Soziale Funktionsfähigkeit (Erziehver.)

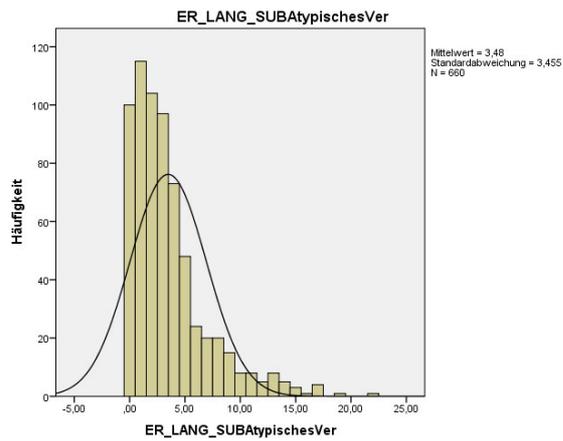


Abbildung 28. Verteilungsdiagramm der Subskala Atypisches Verhalten (Erzieherver.)

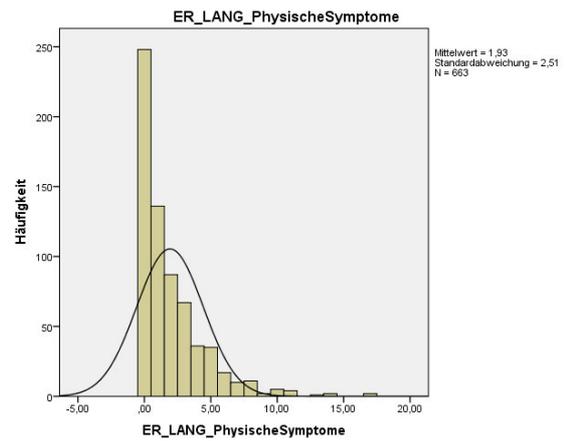


Abbildung 31. Verteilungsdiagramm der Skala Physische Symptome (Erzieherver.)

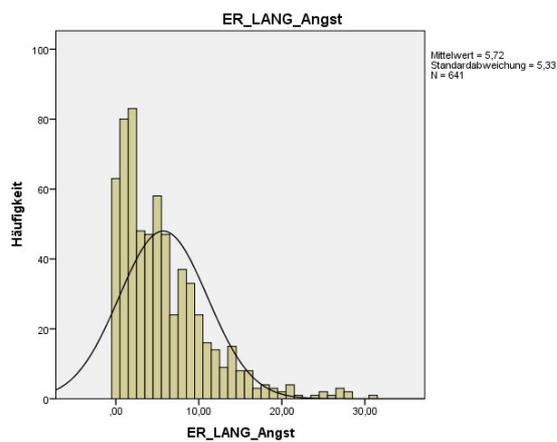


Abbildung 29. Verteilungsdiagramm der Skala Angst (Erzieherver.)

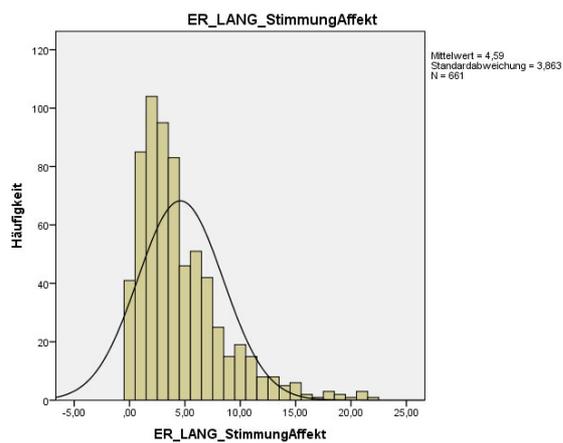


Abbildung 30. Verteilungsdiagramm der Skala Stimmung und Affekt (Erzieherver.)

## D.4 Erziehverversion - Entwicklungsmeilensteine

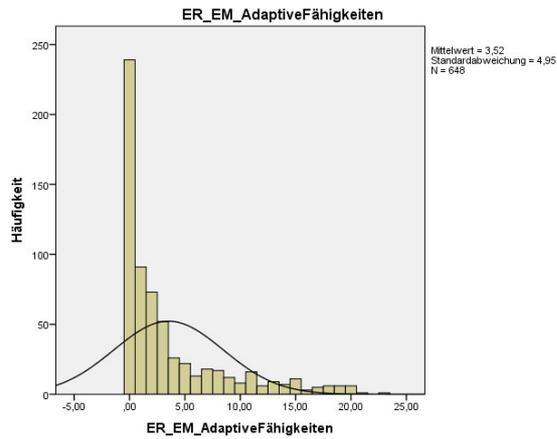


Abbildung 32. Verteilungsdiagramm der Skala Adaptive Fähigkeiten (Erziehver.)

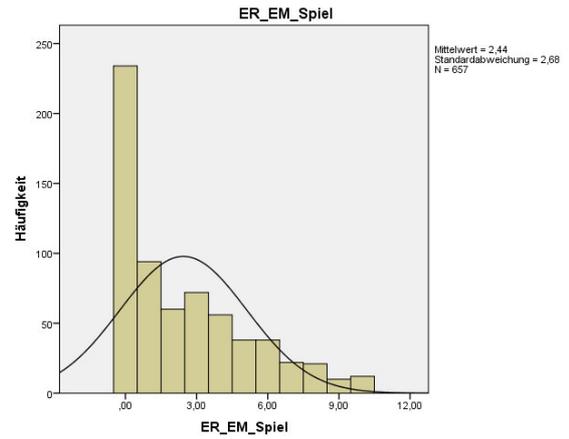


Abbildung 35. Verteilungsdiagramm der Skala Spiel (Erziehver.)

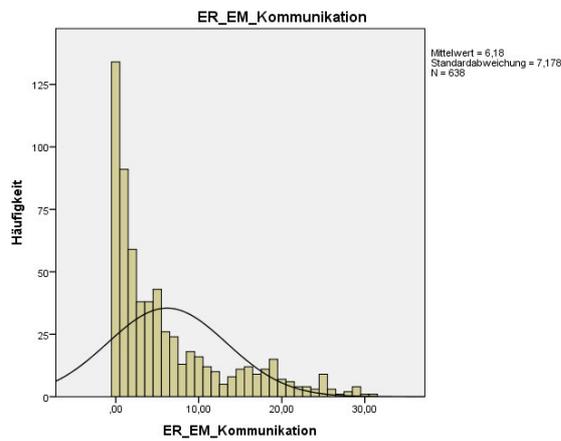


Abbildung 33. Verteilungsdiagramm der Skala Kommunikation (Erziehver.)

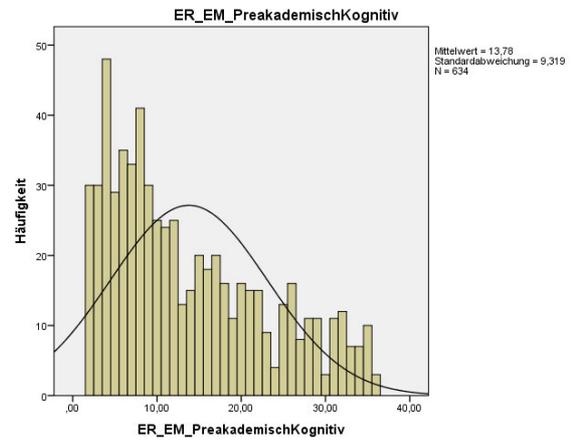


Abbildung 36. Verteilungsdiagramm der Skala Kognitive Fähigkeiten (Erziehver.)

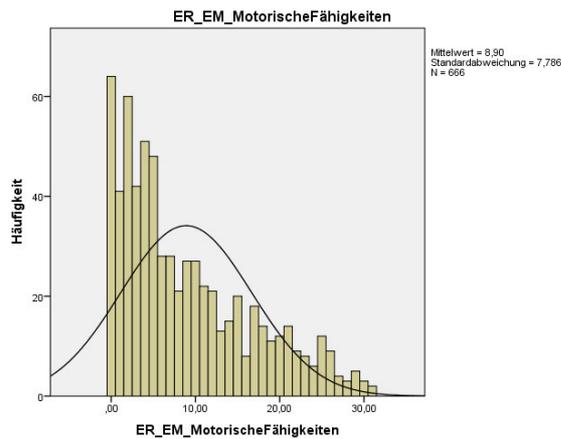


Abbildung 34. Verteilungsdiagramm der Skala Motorische Fähigkeiten (Erziehver.)

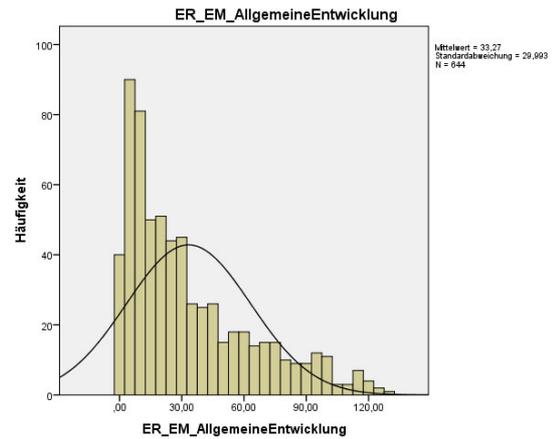


Abbildung 37. Verteilungsdiagramm der Skala Allgemeine Entwicklung (Erziehver.)

## D.5 Verhaltenskurzskalen Elternversion

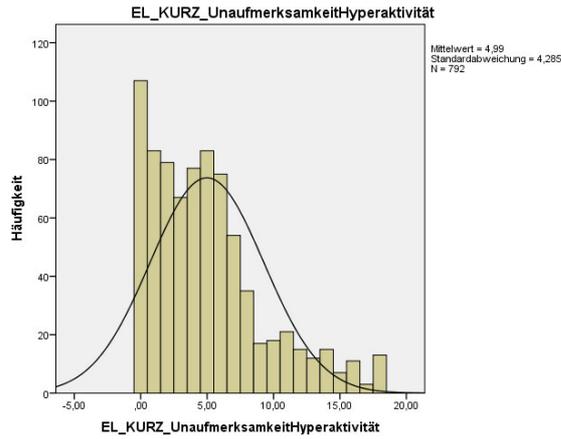


Abbildung 38. Verteilungsdiagramm der Kurzskala Unaufmerksamkeit (Elternver.)

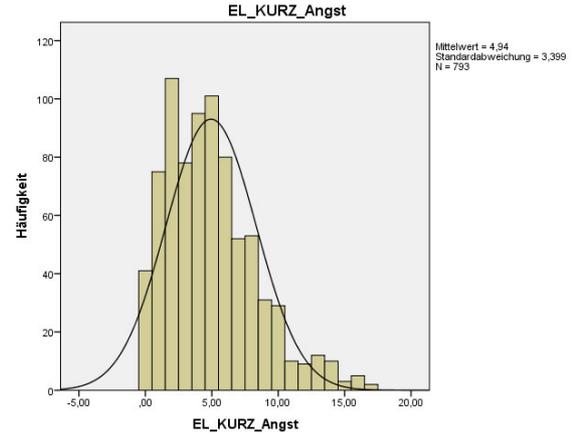


Abbildung 41. Verteilungsdiagramm der Kurzskala Angst (Elternver.)

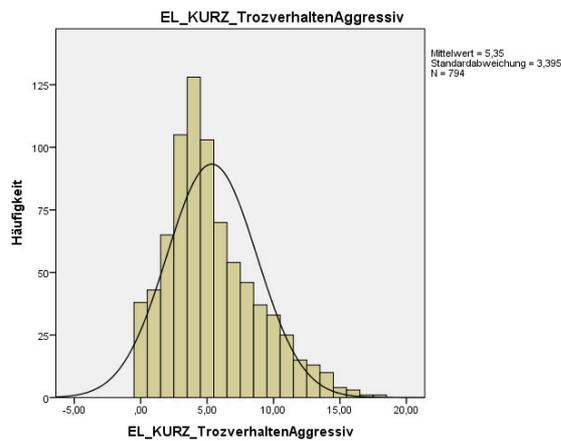


Abbildung 39. Verteilungsdiagramm der Kurzskala Aggr./ Trotziges Verhalten (Elternver.)

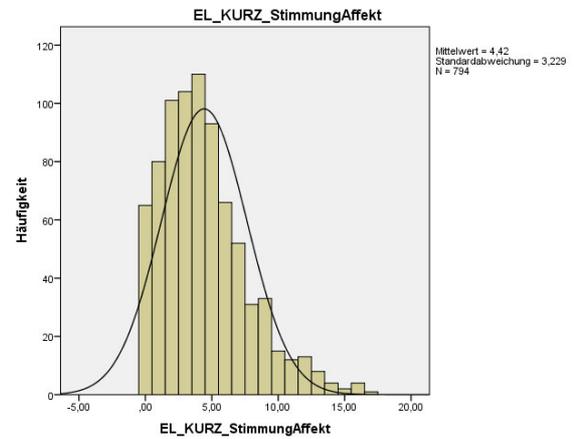


Abbildung 42. Verteilungsdiagramm der Kurzskala Stimmung und Affekt (Elternver.)

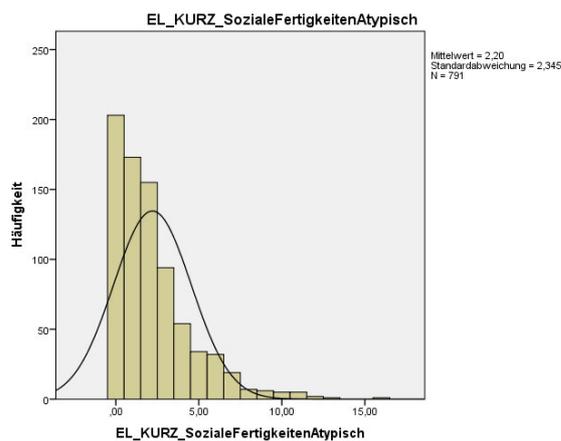


Abbildung 40. Verteilungsdiagramm der Kurzskala Soziale Funktion/ Atypisches Ver. (Elternver.)

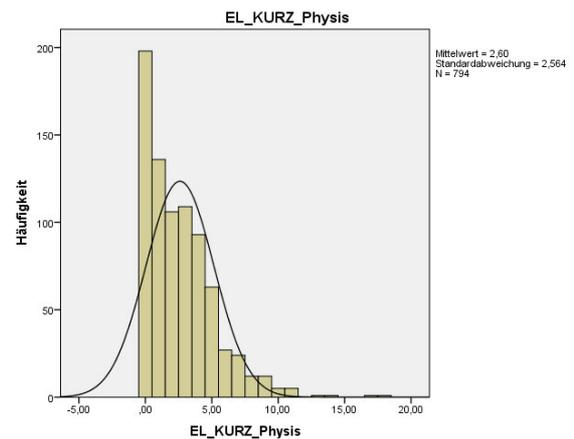


Abbildung 43. Verteilungsdiagramm der Kurzskala. Physische Symptome (Elternver.)

## D.6 Verhaltenskurzskaen Erziehverversion

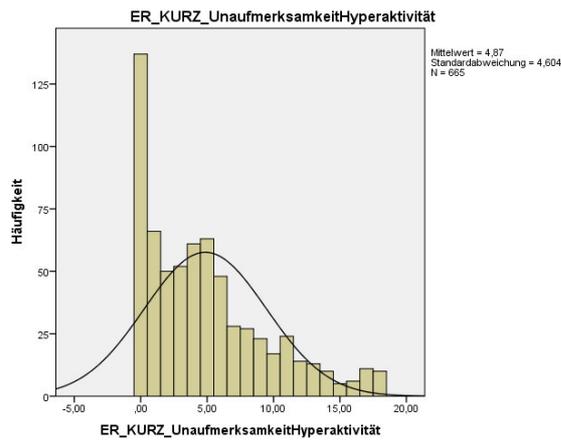


Abbildung 44. Verteilungsdiagramm der Kurzskae Unaufmerksamkeit (Erziehver.)

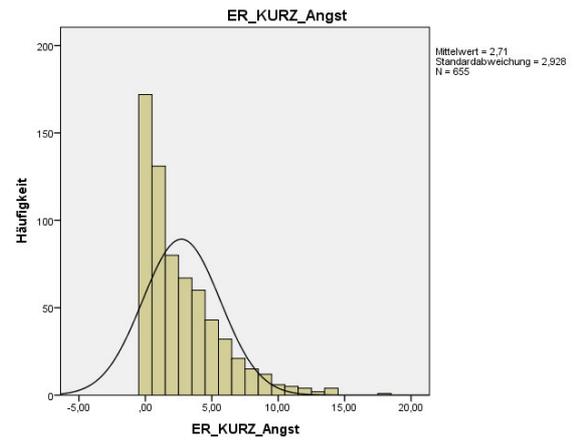


Abbildung 47. Verteilungsdiagramm der Kurzskae Angst (Erziehver.)

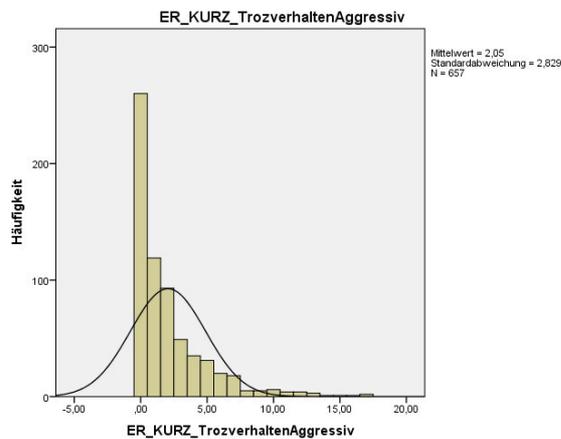


Abbildung 45. Verteilungsdiagramm der Kurzskae Aggr./ Trotziges Verhalten (Erziehver.)

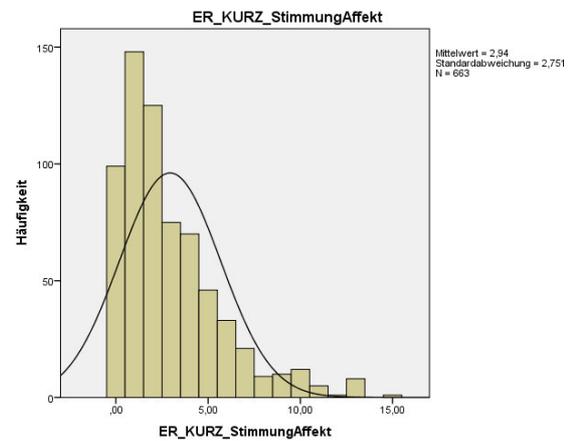


Abbildung 48. Verteilungsdiagramm der Kurzskae Stimmung und Affekt (Erziehver.)

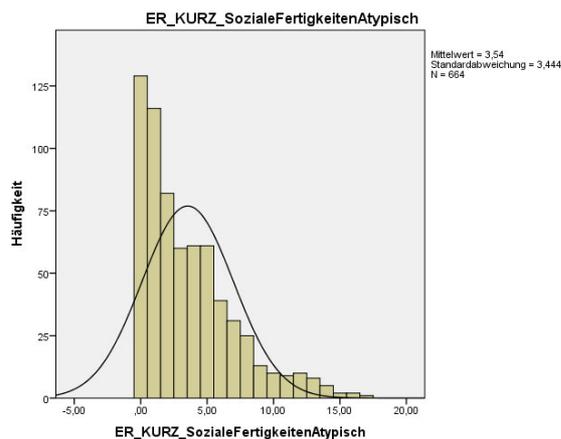


Abbildung 46. Verteilungsdiagramm der Kurzskae Soziale Funktion/ Atypisches Ver. (Erziehver.)

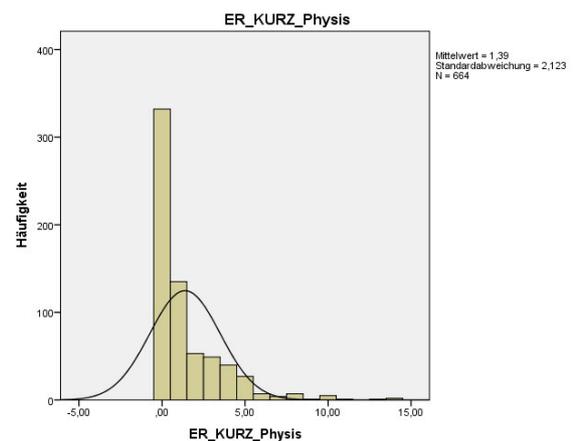


Abbildung 49. Verteilungsdiagramm der Kurzskae Physische Symptome (Erziehver.)

## D.6 Global Index Elternversion

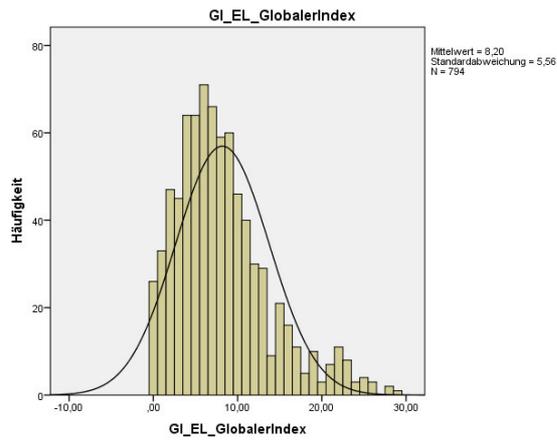


Abbildung 50. Verteilungsdiagramm der Skala  
Global Index Gesamtwert (Elternver.)

## Erzieherversion

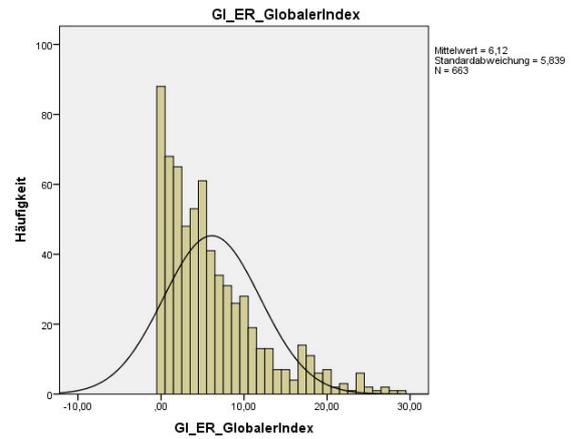


Abbildung 53. Verteilungsdiagramm der Skala  
Global Index Gesamtwert (Erziehver.)

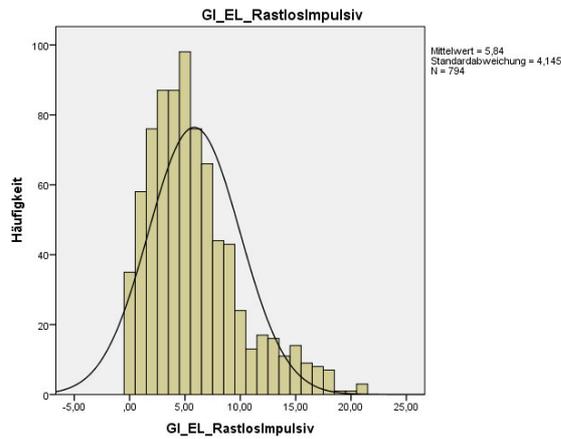


Abbildung 51. Verteilungsdiagramm der Skala  
Rastlos-Impulsiv (Elternver.)

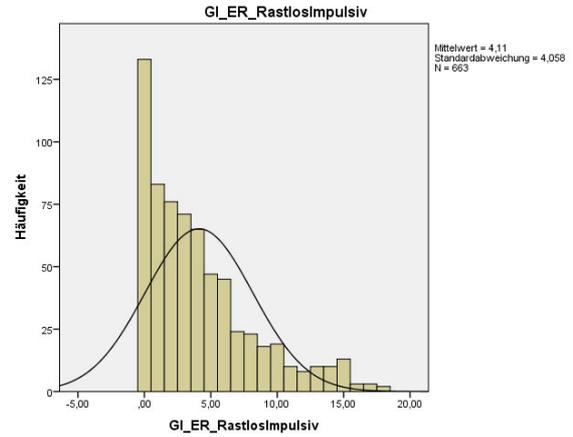


Abbildung 54. Verteilungsdiagramm der Skala  
Rastlos-Impulsiv (Erziehver.)

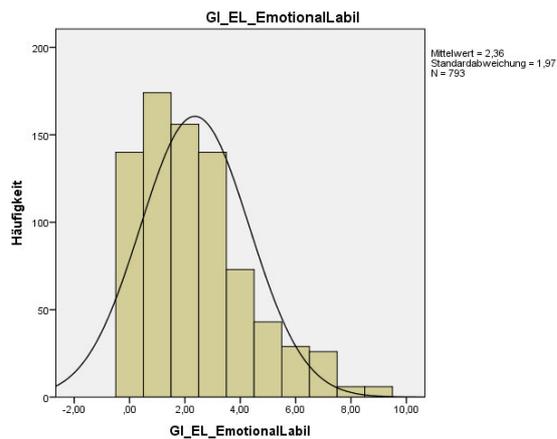


Abbildung 52. Verteilungsdiagramm der Skala  
Emotional-Labil (Elternver.)

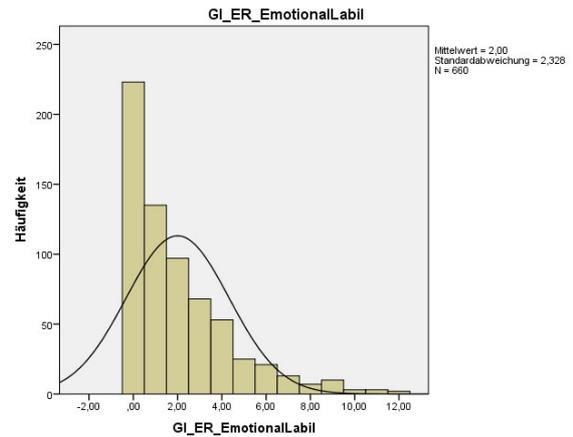


Abbildung 55. Verteilungsdiagramm der Skala  
Emotional-Labil (Erziehver.)

## Anhang E - Voraussetzungen Explorative Faktoranalyse

Tabelle 54

### Prüfung der Voraussetzungen Explorative Faktoranalyse

	<b>Kaiser-Meyer-Olkin-Maß</b> der Stichprobeneignung	<b>Bartlett-Test</b> auf Sphärizität		
		Näherungsweise Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	p-wert
<b>Eltern</b> <b>Verhaltensskalen</b>	.933	20082.99	2485	< .001
<b>Eltern</b> <b>Entwicklungsmeilensteine</b>	.972	32090.54	2775	< .001
<b>Erzieher</b> <b>Verhaltensskalen</b>	.936	19783.83	2556	< .001
<b>Erzieher</b> <b>Entwicklungsmeilensteine</b>	.965	22837.99	2415	< .001

## Anhang F - Parallelanalyse der explorativen Faktorenanalyse

### F.1 Eltern Verhaltensskalen

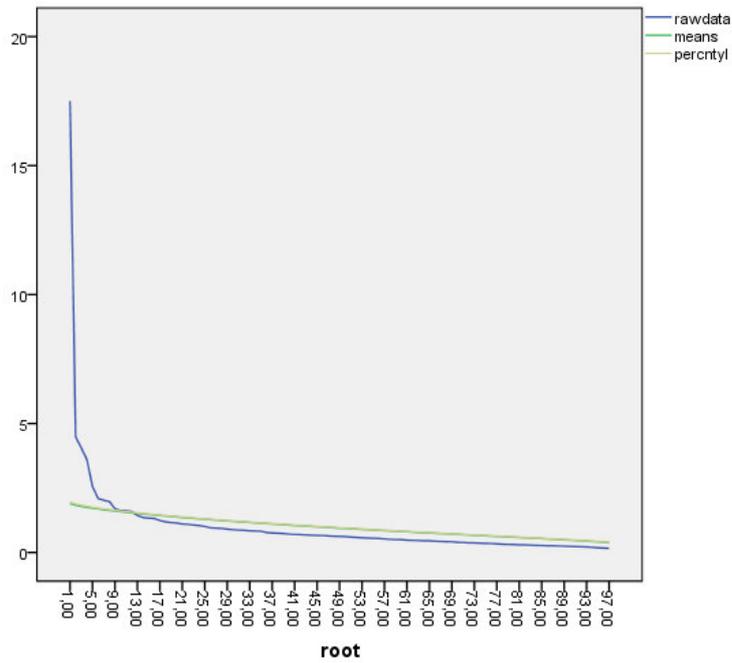


Abbildung 56. Parallelanalyse der Elternversion bezüglich der Verhaltensskalen

### F.2 Erzieher Verhaltensskalen

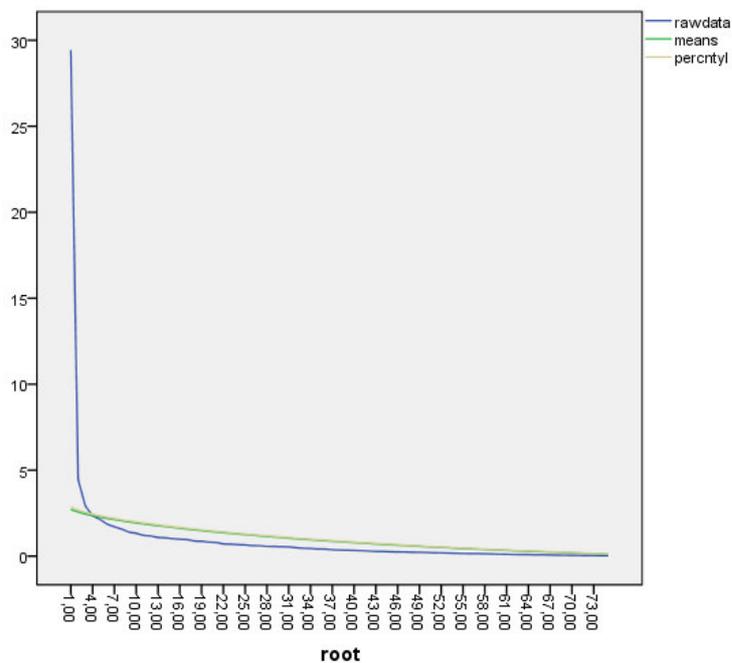


Abbildung 57. Parallelanalyse der Erzieherversion bezüglich der Verhaltensskalen

## Anhang G - Testung der Messinvarianz

Tabelle 55

### *Testung der Messinvarianz Elternversion*

#### **Konfigurale Messinvarianz**

---

Normstichprobe

$\chi^2 = 140.01$ ;  $df = 71$ ;  $p = 0.065$ ;  $RMSEA = 0.08$ ;  $CFI = 0.92$ ;  $TLI = 0.90$ .

Klinische Stichprobe

$\chi^2 = 151.40$ ;  $df = 71$ ;  $p = 0.001$ ;  $RMSEA = 0.10$ ;  $CFI = 0.94$ ;  $TLI = 0.92$ .

---

#### **Baseline**

---

$\chi^2 = 291.41$ ;  $df = 144$ ;  $p = 0.001$ ;  $RMSEA = 0.11$ ;  $CFI = 0.89$ ;  $TLI = 0.86$ .

---

#### **Metrische Messinvarianz**

---

$\chi^2 = 314.43$ ;  $df = 157$ ;  $p = 0.001$ ;  $RMSEA = 0.12$ ;  $CFI = 0.88$ ;  $TLI = 0.86$ .

---

$\chi^2$  Differenztest mit Satorra-Bentler -Korrektur:  $TRd = 23.02$ ;  $df = 13$ ;  $p = .06$ .

---

*Anmerkung.* RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, CFI: Comparative Fit Index, TLI: Trucker-Lewis Index.

Tabelle 56

### *Testung der Messinvarianz Erzieherversion*

#### **Konfigurale Messinvarianz**

---

Normstichprobe

$\chi^2 = 457.77$ ;  $df = 59$ ;  $p = 0.001$ ;  $RMSEA = 0.10$ ;  $CFI = 0.92$ ;  $TLI = 0.93$ .

Klinische Stichprobe

$\chi^2 = 85.62$ ;  $df = 59$ ;  $p = 0.013$ ;  $RMSEA = 0.11$ ;  $CFI = 0.92$ ;  $TLI = 0.89$ .

---

#### **Baseline**

---

$\chi^2 = 587.93$ ;  $df = 120$ ;  $p = 0.001$ ;  $RMSEA = 0.11$ ;  $CFI = 0.91$ ;  $TLI = 0.89$ .

---

#### **Metrische Messinvarianz**

---

$\chi^2 = 611.11$ ;  $df = 129$ ;  $p = 0.001$ ;  $RMSEA = 0.11$ ;  $CFI = 0.91$ ;  $TLI = 0.89$ .

---

$\chi^2$  Differenztest mit Satorra-Bentler -Korrektur:  $TRd = 23.18$ ;  $df = 9$ ;  $p = .09$ .

---

*Anmerkung.* RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, CFI: Comparative Fit Index, TLI: Trucker-Lewis Index

## Anhang H - Einfachstruktur der explorativen Faktorenanalyse

### H.1 - Elternversion

Tabelle 57

#### Conners EC EFA Ergebnisse für Verhaltensskalen (Elternversion)

Item	Faktor							
	1	2	3	4	5	6	7	8
B79. Hat Schwierigkeiten, sich auf nur eine Sache zu konzentrieren.	.948							
B72. Hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne.	.928							
B86. Unaufmerksam, leicht ablenkbar.	.857							
B76. Verliert schnell das Interesse.	.836							
B90. Schafft es nicht, begonnene Dinge zu Ende zu bringen.	.821							
B34. Hat Schwierigkeiten, ruhig sitzenzubleiben.	.749							
B12. Ist unaufmerksam.	.723							
B74. Zappelt herum.	.702							
B55. Ist immer auf dem Sprung.	.595							
B49. Springt von einer Aktivität zur nächsten.	.585							
B81. Ist ruhelos oder überaktiv.	.579							
B42. Rennt oder klettert, wenn er/sie eigentlich gehen oder sitzen soll.	.522							
B65. Handelt ohne nachzudenken.	.470							
B62. Wird in aufregenden Situationen überstimuliert oder aufgedreht.	.345							
B48. Hat Wutausbrüche.		.873						
B15. Wird schnell wütend.		.829						
B64. Ist trotzig.		.765						
B45. Ist stur.		.761						
B 22 Erregbar, impulsiv.		.609						

Fortsetzung Tabelle 57

B8. Ansprüche müssen sofort erfüllt werden - ist schnell frustriert.	.570
B101. Seine/ihre Stimmung ändert sich schnell und drastisch.	.543
B97. Streitet mit Erwachsenen.	.507
B32. Jammert und beschwert sich.	.500
B11. Isst Gegenstände, die nicht zum Verzehr geeignet sind.	.473
B99. Weigert sich zu tun, was ihm/ihr aufgetragen wird.	.385
B92. Ist rechthaberisch.	.305
B91. Hänzelt andere Kinder.	.680
B37. Versucht, die Gefühle anderer zu verletzen.	.654
B71. Bedroht andere Personen.	.541
B106. Gerät in Prügeleien.	.506
B108. Zerstört absichtlich Dinge.	.423
B95. Ist unhöflich.	.406
B77. Flucht oder gebraucht Schimpfwörter.	.390
B73. Legt Feuer oder spielt mit Streichhölzern.	.372
B7. Ist grausam zu Tieren.	.332
B69. Lügt, um Dinge zu bekommen oder um Leute zu manipulieren.	.316
B98. Ist ängstlich.	.813
B58. Ist furchtsam, leicht zu verängstigen.	.812
B41. Fürchtet sich vor einem/r oder mehreren spezifischen Objekten oder Situationen.	.518
B59. Seine/ihre Gefühle sind leicht verletzbar.	.495
B66. Hat Angst vor dem Alleinsein.	.485
B29. Ist übermäßig anhänglich oder an die Eltern gebunden.	.370

Fortsetzung Tabelle 57

B44. Ist bei anderen Kindern beliebt.	.667
B1. Schließt leicht neue Freundschaften.	.561
B56. Kommt gut mit anderen Kindern aus.	.545
B46. Freut sich für andere, wenn ihnen etwas Gutes widerfährt.	.521
B25. Wird zu Partys und zum Spielen eingeladen.	.517
B85. Versucht andere zu trösten, wenn sie aufgebracht sind.	.490
B28. Lächelt, wenn er/sie von anderen Leuten angelächelt wird.	.453
B21. Ist in angemessener Weise liebevoll.	.367
B5. Ist eigenartig oder ungewöhnlich.	.497
B30. Hat ungewöhnliche Interessen.	.468
B61. Wird von Gleichaltrigen zurückgewiesen.	.445
B2. Hat Schwierigkeiten, seine/ihre Sorgen zu kontrollieren.	.424
B50. Wiederholt Körperbewegungen immer wieder.	.412
B36. Spricht schlecht über sich.	.374
B14. Scheint nicht damit aufhören zu können, sich wiederholende Laute von sich zu geben.	.363
B47. Handelt wie von einem Motor getrieben.	.361
B51. Wird von anderen Kindern gehänselt.	.359
B4. Ist besorgt.	.343
B63. Scheint in seiner/ihrer eigenen Welt zu sein.	.333
B38. Rechnet immer mit dem Schlimmsten.	.332

Fortsetzung Tabelle 57

B26. Sein/ihr Spiel beinhaltet traurige oder düstere Themen.									.331
B70. Wirkt traurig.									.309
B80. Hat Schwierigkeiten einzuschlafen.									.846
B24. Hat Schwierigkeiten, alleine einzuschlafen.									.816
B33. Wacht nachts auf und hat dann Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen.									.439
B40. Hat Alpträume und Nachtangst.									.306
B82. Klagt über Schmerzen.									.764
B20. Klagt über Bauchschmerzen.									.660
B27. Klagt darüber, krank zu sein, auch wenn ihm/ihr nichts fehlt.									.506
Varianz in %	21.71	4.51	3.98	3.54	2.04	2.20	1.72	1.50	
Eigenwerte	15.41	3.20	2.83	2.52	1.45	1.56	1.22	1.07	

Tabelle 58

Conners EC EFA Ergebnisse für Entwicklungsmeilensteine (Elternversion)

Items	Faktor 1
DM33. Vergleicht Gegenstände und benutzt dabei Begriffe wie schwerer/leichter und größer/kleiner.	.772
DM2. Zählt von 1 bis 5 ohne Fehler zu machen.	.766
DM41. Zieht sein/ihr eigenes Sweatshirt oder T-Shirt an.	.758
DM21. Zeichnet erkennbare Formen (zum Beispiel Linien, Kreise, Dreiecke oder Vierecke).	.758
DM59. Kann mindestens 10 Dinge korrekt zählen.	.757
DM54. Zieht sich alleine vollständig an.	.752
DM60. Malt innerhalb vorgegebener Linien.	.752
DM70. Spricht in ganzen Sätzen.	.749
DM34. Benutzt die Artikel „ein/eine“ und „der/die/das“.	.741
DM25. Erklärt Lösungen für einfache Probleme (zum Beispiel „Was tust du, wenn du hungrig bist?“).	.740
DM67. Hüpf auf einem Bein.	.730

Fortsetzung Tabelle 58

DM22. Zieht Jacken, die sich vorne aufmachen lassen, alleine an.	.728
DM16. Kennt die grundlegenden Formen (einschließlich Kreis, Viereck und Dreieck).	.722
DM73. Steht mindestens 5 Sekunden lang auf einem Bein, ohne sich an irgendetwas festzuhalten.	.721
DM8. Benutzt Wörter in der Mehrzahl (zum Beispiel ein Block, zwei Blöcke).	.717
DM13. Zieht seine/ihre Schuhe richtig herum an.	.716
DM75. Schneidet Formen sauber aus.	.716
DM38. Benennt seine/ihre Gefühle (zum Beispiel glücklich oder traurig).	.705
DM56. Sagt seinen/ihren Vor- und Nachnamen.	.702
DM17. Gebraucht „ich“ oder „mein“ (anstatt den eigenen Namen zu nennen), um über sich selbst zu sprechen.	.701
DM57. Kann die Verschlüsse seiner/ihrer Kleidung selbst zu machen (zum Beispiel Knöpfe, Druckknöpfe oder Reißverschlüsse).	.699
DM68. Zeichnet einen Menschen mit Körper, Armen, Beinen, Händen, Füßen, Augen, Nase und Mund.	.695
DM61. Versteht die Begriffe „mehr“, „weniger“ und „gleich“.	.695
DM32. Schneidet mit einer Schere.	.690
DM29. Zieht Hosen mit einem Gummizug alleine an (zum Beispiel Jogginghosen).	.687
DM7. Kennt die wichtigsten Farben (einschließlich rot, orange, gelb, grün, blau und lila).	.673
DM12. Reimt Wörter (zum Beispiel, wenn Sie das Wort „Rose“ zu ihm/ihr sagen und er/sie antwortet mit „Hose“ oder „Dose“).	.673
DM44. Beantwortet Fragen zu einer Bildergeschichte (zum Beispiel „Wo ist Peter hingegangen?“).	.672
DM31. Verändert die Verben, um über die Vergangenheit oder Zukunft zu reden (zum Beispiel ich ging, ich werde gehen).	.665
DM69. Spielt verschiedene selbst erfundene Fantasiegeschichten (nicht nur die bloße Nachahmung einer Fernsehsendung).	.656
DM47. Gruppiert ähnliche Objekte oder ordnet sie einander zu (zum Beispiel Dinge mit derselben Farbe).	.655
DM28. Kann seine Gedanken auf unterschiedliche Weise ausdrücken (zum Beispiel kann er/sie dasselbe mit anderen Worten sagen, wenn es nicht verstanden wird).	.654
DM1. Weiß, wann er/sie auf die Toilette muss.	.652
DM37. Nennt Gegenteile (zum Beispiel heiß/kalt, Junge/Mädchen, hell/dunkel, groß/klein).	.644
DM40. Zeigt auf den richtigen Buchstaben oder die richtige Zahl, wenn deren Namen genannt werden.	.636
DM72. Tut so, als spiele er/sie unterschiedliche Charaktere mit Spielzeugfiguren, Puppen oder Personen.	.632
DM49. Kombiniert Wörter zu Sätzen.	.622
DM65. Schreibt seinen/ihren Vornamen in Druckschrift (ohne abzuschreiben).	.614

Fortsetzung Tabelle 58

DM15. Ist vollständig trocken und sauber (Tag und Nacht).	.591
DM4. Führt Fahrrad ohne Stützräder.	.590
DM30. Kann mit kleinen Gegenständen umgehen (zum Beispiel kann er/sie Perlen auffädeln oder einen Kaugummi auspacken).	.590
DM53. Kennt die Namen der meisten Körperteile (einschließlich Schulter, Ellenbogen, Handgelenk und Knie).	.588
DM26. Versteht Wörter zur Angabe von Tageszeiten (zum Beispiel „gestern“, „Abendbrotzeit“ und „der Morgen“).	.579
DM51. Fängt einen großen Ball (zum Beispiel einen Basketball), der ihm/ihr über einen Bodenpass, d. h. mit einem Aufprall zugeworfen wird.	.578
DM20. Zieht Jacken, die sich vorne aufmachen lassen, alleine aus.	.573
DM52. Benutzt ein Messer, um weiche Lebensmittel zu bestreichen oder zu schneiden (z. B. ein Marmeladenbrot).	.571
DM74. Tut so, als ob er/sie Dinge tue, die Erwachsene tun (spielt zum Beispiel einen Lehrer oder einen Arzt oder verkleidet sich).	.554
DM66. Folgt Anweisungen, die die Wörter „oben“, „unten“, „über“ und „unter“ enthalten.	.552
DM43. Fängt einen kleinen Ball (zum Beispiel einen Tennisball oder einen Baseball), der ihm/ihr zugeworfen wird.	.528
DM35. Isst alleine mit einem Löffel, ohne zu kleckern.	.524
DM58. Benutzt Gegenstände, um unterschiedliche Dinge darzustellen (zum Beispiel könnte ein Bauklotz ein Auto, ein Gebäude, ein Raumschiff oder ein Hamburger sein).	.515
DM50. Putzt sich die Zähne.	.510
DM18. Kämmt sich die Haare.	.509
DM9. Badet sich selbst (einseifen, shampooonieren, sich abdsuschen).	.504
DM55. Benutzt Fantasie beim Spielen.	.502
DM19. Kann dem Text folgen, wenn ihm/ihr bekannte Bücher vorgelesen werden („liest mit“).	.499
DM71. Hüpf auf und ab.	.486
DM14. Schaukelt auf einer Schaukel.	.483
DM42. Benennt spontan Dinge, die er/sie in der Welt sieht.	.467
DM11. Erkennt unterschiedliche Gefühle bei anderen anhand ihres Gesichtsausdrucks.	.456
DM5. Sagt oder singt das Alphabet ohne Fehler.	.438
DM39. Trinkt aus einer Tasse, ohne etwas zu verschütten.	.430
DM24. Kann mit beiden Füßen Treppen steigen (ein Fuß pro Stufe).	.430
DM63. Erkennt alle 26 Buchstaben des Alphabets.	.421
DM6. Übernimmt Haushaltstätigkeiten (zum Beispiel deckt den Tisch oder bringt den Müll raus).	.400
DM48. Schnäuzt sich die Nase mit einem Taschentuch.	.356
DM36. Folgt einfachen Aufforderungen (zum Beispiel „Leg‘ das hin“).	.337

*Fortsetzung Tabelle 58*

DM62. Versteht die Bedeutung gebräuchlicher Gesten (zum Beispiel schaut er/sie einen Gegenstand an, wenn Sie darauf zeigen).	.336
DM64. Zeigt Gefühle durch Gesichtsausdrücke.	.329
DM10. Bindet sich seine/ihre Schuhe.	.327
DM27. Kickt einen Ball.	.306
DM46. Hilft dabei, Spielsachen oder andere persönliche Sachen aufzuräumen.	.303
DM3. Kommuniziert Wünsche und Bedürfnisse durch den Gebrauch von Wörtern oder Gesten.	.298
DM23. Benutzt Gesten wie auf bestimmte Dinge zeigen, Nicken für „ja“ und Winken zur Verabschiedung.	.239
DM45. Trinkt mit einem Strohhalm.	.219
Varianz in %	35.83
Eigenwerte	26.87

## H.2 - Erzieherversion

Tabelle 59

### Conners EC EFA Ergebnisse für Verhaltensskalen (Erzieherversion)

Item	Faktor			
	1	2	3	4
B8. Hat Schwierigkeiten, sich auf nur eine Sache zu konzentrieren.	.914			
B67. Hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne.	.898			
B85. Unaufmerksam, leicht ablenkbar.	.885			
B13. Hat Schwierigkeiten, ruhig sitzenzubleiben, wenn dies von ihm verlangt wird.	.796			
B30. Ist zappelig.	.780			
B39. Springt von einer Aktivität zur nächsten.	.765			
B33. Verliert schnell das Interesse.	.752			
B10. Ist ruhelos oder überaktiv.	.729			
B89. Schafft es nicht, begonnene Dinge zu Ende zu bringen.	.693			
B2. Ist unaufmerksam.	.662			
B91. Ist immer auf dem Sprung.	.651			
B79. Rennt oder klettert, wenn er/sie eigentlich gehen oder sitzen soll.	.626			
B26. Bleibt mit seiner Aufmerksamkeit mehrere Minuten lang bei einer Sache.	.622			
B54. Handelt ohne nachzudenken.	.590			
B77. Wartet, bis er/sie an der Reihe ist.	.434			
B36. Ist ein/e Perfektionist/in.	.408			
B98. Hänzelt andere Kinder.		.788		
B108. Manipuliert andere.		.764		
B111. Ist rechthaberisch.		.697		
B57. Versucht, die Gefühle anderer zu verletzen.		.651		
B76. Gerät in Prügeleien.		.649		
B105. Streitet mit Erwachsenen.		.633		
B46. Flucht oder gebraucht Schimpfwörter.		.633		
B86. Bedroht andere Personen.		.609		
B72. Ist kaltherzig und grausam.		.608		
B102. Zerstört absichtlich Dinge.		.604		
B40. Lügt, um Dinge zu bekommen oder um Leute zu manipulieren.		.571		
B20. Wutausbrüche; explosives, unvorhersehbares Verhalten.		.534		
B73. Ist unhöflich.		.531		

Fortsetzung Tabelle 59

B104. Ist grausam zu Tieren.	.467
B11. Besteht darauf, dass Dinge auf eine bestimmte Art und Weise gemacht werden.	.460
B101. Ist trotzig.	.421
B82. Regt sich übermäßig auf, wenn er/sie einen Fehler macht.	.394
B23. Ansprüche müssen sofort erfüllt werden - ist schnell frustriert.	.352
B9. Stiehlt.	.346
B38. Hat ungewöhnliche Interessen.	.317
B7. Sein/ihr Spiel beinhaltet traurige oder düstere Themen.	.310
B51. Wird von anderen Kindern zum Mitspielen eingeladen.	.800
B1. Ist bei anderen Kindern beliebt.	.786
B43. Schließt leicht Freundschaften.	.744
B41. Kommt gut mit anderen Kindern aus.	.699
B52. Freut sich für andere, wenn ihnen etwas Gutes widerfährt.	.599
B31. Wird von anderen Kindern ignoriert.	.595
B49. Wird von Gleichaltrigen zurückgewiesen.	.549
B96. Hat Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten.	.547
B93. Nimmt an Gruppenaktivitäten teil (zum Beispiel Stuhlkreis oder organisierter Sport).	.513
B84. Versucht andere zu trösten, wenn sie aufgebracht sind.	.478
B87. Lächelt, wenn er/sie von anderen Leuten angelächelt wird.	.466
B16. Bevorzugt es, alleine zu spielen.	.455
B5. Hat an nichts Freude.	.392
B103. Zeigt seine/ihre Gefühle nicht.	.365
B58. Sucht, wenn nötig, Hilfe bei anderen.	.362
B22. Ist eigenartig oder ungewöhnlich.	.350
B61. Hält angemessenen Blickkontakt.	.341
B100. Wird von anderen Kindern gehänselt.	.341
B74. Ist ängstlich.	.788
B47. Ist furchtsam, leicht zu verängstigen.	.777
B45. Hat Angst vor dem Alleinsein.	.612
B60. Fürchtet sich vor einem oder mehreren spezifischen Objekten oder Situationen.	.593
B97. Seine/ihre Gefühle sind leicht verletzbar.	.557
B71. Mag es nicht, von seinen/ihren Eltern getrennt zu sein.	.539
B4. Rechnet immer mit dem Schlimmsten.	.521

Fortsetzung Tabelle 59

B99. Weint häufig und schnell.				.521
B29. Klagt darüber, krank zu sein, auch wenn ihm/ihr nichts fehlt.				.508
B92. Ist besorgt.				.486
B34. Klagt über Bauchschmerzen.				.453
B65. Wirkt gereizt, nervös oder schreckhaft.				.453
B62. Hat Schwierigkeiten, seine/ihre Sorgen zu kontrollieren.				.435
B55. Klagt über Kopfschmerzen.				.416
B64. Mag keine Abweichungen von seinem/ihren Tagesablauf.				.410
B17. Klagt über Schmerzen.				.386
B19. Scheint untertags müde zu sein.				.315
Varianz in %	25.25	6.08	5.14	4.25
Eigenwerte	18.18	4.38	3.70	3.06

Tabelle 60

*Conners EC EFA Ergebnisse für Entwicklungsmeilensteine (Erzieherversion)*

<b>Item</b>	<b>Faktor 1</b>
DM57. Vergleicht Gegenstände und benutzt dabei Begriffe wie schwerer/leichter und größer/kleiner.	.826
DM21. Zählt von 1 bis 5 ohne Fehler zu machen.	.811
DM12. Spricht in ganzen Sätzen.	.806
DM49. Zeichnet erkennbare Formen (zum Beispiel Linien, Kreise, Dreiecke oder Vierecke).	.803
DM7. Benutzt Wörter in der Mehrzahl (zum Beispiel ein Block, zwei Blöcke).	.799
DM6. Kann mindestens zehn Dinge korrekt zählen.	.795
DM31. Kennt die grundlegenden Formen (einschließlich Kreis, Viereck und Dreieck).	.779
DM27. Malt innerhalb vorgegebener Linien.	.775
DM43. Kann seine Gedanken auf unterschiedliche Weise ausdrücken (zum Beispiel kann er/sie dasselbe mit anderen Worten sagen, wenn es nicht verstanden wird).	.774
DM13. Hüpf auf einem Bein.	.771
DM34. Verändert die Verben, um über die Vergangenheit oder Zukunft zu reden (zum Beispiel ich ging, ich werde gehen).	.767
DM58. Benutzt die Artikel „ein/eine/einer“ und „der/die/das“.	.765
DM62. Reimt Wörter (zum Beispiel, wenn Sie das Wort „Rose“ zu ihm/ihr sagen und er/sie antwortet mit „Hose“ oder „Dose“).	.762
DM41. Nennt Gegenteile (zum Beispiel heiß/kalt, Junge/Mädchen, hell/dunkel, groß/klein).	.756
DM56. Erklärt Lösungen zu einfachen Problemen (zum Beispiel „Was tust du, wenn du hungrig bist?“).	.754

Fortsetzung Tabelle 60

DM54. Zieht sein/ihr eigenes Sweatshirt oder T-Shirt an.	.753
DM11. Schneidet Formen sauber aus.	.748
DM10. Kennt die wichtigsten Farben (einschließlich rot, orange, gelb, grün, blau und lila).	.747
DM17. Steht mindestens 5 Sekunden lang auf einem Bein, ohne sich an irgendetwas festzuhalten.	.740
DM9. Benennt seine/ihre Gefühle (zum Beispiel glücklich oder traurig).	.740
DM47. Fängt einen kleinen Ball (zum Beispiel einen Tennisball oder einen Baseball), der ihm/ihr zugeworfen wird.	.739
DM60. Zeichnet einen Menschen mit Körper, Armen, Beinen, Händen, Füßen, Augen, Nase und Mund.	.734
DM33. Kann die Verschlüsse seiner/ihrer Kleidung selbst zu machen (zum Beispiel Knöpfe, Druckknöpfe oder Reißverschlüsse).	.732
DM18. Beantwortet Fragen zu einer Bildergeschichte (zum Beispiel „Wo ist Peter hingegangen?“).	.729
DM8. Fängt einen großen Ball (zum Beispiel einen Basketball), der ihm/ihr über einen Bodenpass, d. h. mit einem Aufprall zugeworfen wird.	.725
DM38. Versteht Wörter zur Angabe von Tageszeiten (zum Beispiel „gestern“, „Abendbrotzeit“ und „der Morgen“).	.724
DM67. Benutzt ein Messer, um sich ein Brot zu streichen und um weiche Lebensmittel zu schneiden (z.B. ein Marmeladenbrot).	.720
DM68. Spielt verschiedene selbst erfundene Fantasiegeschichten (nicht nur die bloße Nachahmung einer Fernsehsendung).	.712
DM19. Schneidet mit einer Schere.	.691
DM26. Gruppiert ähnliche Objekte oder ordnet sie einander zu (zum Beispiel Dinge mit derselben Farbe).	.686
DM44. Zieht Jacken, die sich vorne aufmachen lassen, alleine an.	.685
DM15. Zeigt auf den richtigen Buchstaben oder die richtige Zahl, wenn deren Namen genannt werden.	.683
DM42. Kombiniert Wörter zu Sätzen.	.683
DM55. Schreibt seinen/ihren Vornamen in Druckschrift (ohne abzuschreiben).	.682
DM32. Folgt Anweisungen, die die Wörter „oben“, „unten“, „über“ und „unter“ enthalten.	.682
DM66. Gebraucht „ich“ oder „mein“ (anstatt den eigenen Namen zu nennen), um über sich selbst zu sprechen.	.668
DM28. Zieht seine/ihre Schuhe richtig herum an.	.666
DM48. Kennt die Namen der meisten Körperteile (einschließlich Schulter, Ellenbogen, Handgelenk und Knie).	.666
DM59. Schnäuzt sich die Nase mit einem Taschentuch.	.660
DM53. Tut so, als spiele er/sie unterschiedliche Charaktere mit Spielzeugfiguren, Puppen oder Personen.	.659
DM64. Sagt seinen/ihren Vor- und Nachnamen.	.654
DM1. Versteht die Begriffe „mehr“, „weniger“ und „gleich“.	.651

Fortsetzung Tabelle 60

DM69. Zieht Hosen mit einem Gummizug alleine an (zum Beispiel Jogginghosen).	.635
DM30. Kann mit kleinen Gegenständen umgehen (zum Beispiel kann er/sie Perlen auffädeln oder einen Kaugummi auspacken).	.630
DM52. Ist vollständig trocken und sauber (Tag und Nacht).	.620
DM25. Fährt Fahrrad ohne Stützräder.	.616
DM70. Tut so, als ob er/sie Dinge tue, die Erwachsene tun (spielt zum Beispiel einen Lehrer oder einen Arzt oder verkleidet sich).	.614
DM29. Kann dem Text folgen, wenn ihm/ihr bekannte Bücher vorgelesen werden („liest mit“).	.601
DM50. Weiß, wann er/sie auf die Toilette muss.	.590
DM39. Zieht Jacken, die sich vorne auf machen lassen, alleine aus.	.576
DM2. Schaukelt auf einer Schaukel.	.567
DM20. Benutzt Fantasie beim Spielen.	.526
DM46. Hilft dabei Spielsachen aufzuräumen	.525
DM22. Hüpf auf und ab.	.517
DM16. Benutzt Gegenstände, um unterschiedliche Dinge darzustellen (zum Beispiel könnte ein Bauklotz ein Auto, ein Gebäude, ein Raumschiff oder ein Hamburger sein).	.508
DM65. Isst alleine mit einem Löffel, ohne zu kleckern.	.493
DM51. Sagt oder singt das Alphabet ohne Fehler.	.480
DM4. Bindet sich seine/ihre Schuhe.	.466
DM45. Kann mit beiden Füßen Treppen steigen (ein Fuß pro Stufe).	.457
DM40. Kommuniziert Wünsche und Bedürfnisse durch den Gebrauch von Wörtern oder Gesten.	.443
DM24. Erkennt alle 26 Buchstaben des Alphabets.	.439
DM37. Trinkt mit einem Strohhalm.	.434
DM5. Erkennt unterschiedliche Gefühle bei anderen anhand ihres Gesichtsausdrucks.	.433
DM14. Versteht die Bedeutung gebräuchlicher Gesten (zum Beispiel schaut er/sie einen Gegenstand an, wenn Sie darauf zeigen).	.420
DM3. Trinkt aus einer Tasse, ohne etwas zu verschütten.	.418
DM35. Kickt einen Ball.	.405
DM61. Benutzt Gesten wie auf bestimmte Dinge zeigen, Nicken für „ja“, Kopfschütteln für „nein“, Schulterzucken, Winken zur Verabschiedung.	.340
DM23. Hilft dabei, Spielsachen und seine persönlichen Sachen aufzuräumen.	.337
DM63. Folgt einfachen Aufforderungen (zum Beispiel „Leg‘ das hin“).	.335
DM36. Zeigt Gefühle durch Gesichtsausdrücke.	.227
Varianz in %	42.14
Eigenwerte	29.50

## Anhang I – Korrelationen der Conners EC Skalen mit den Verfahren SDQ, VBV und BBK

### I.1 Conners EC und BBK

Tabelle 61

*Korrelationen zwischen Skalen des Beobachtungsbogens für 3- bis 6-jährige Kinder und der Conners EC Entwicklungsmeilensteine – Elternversion*

BBK Skalen	Conners EC Entwicklungsmeilensteine					
	Adaptive Fähigkeiten	Kommunikation	Motorische Fähigkeiten	Spiel	Vorschulische Fähigkeiten	Allgemeine Entwicklung
Aufgabenorientierung	-.48**	-.28	-.26	-.43**	-.34*	-.39*
Erstlesen. Rechnen. Schreiben	-.63**	-.60**	-.66**	-.40*	-.80**	-.77**
Kommunikative Fähigkeiten	-.31*	-.06	-.10	-.22	-.16	-.18
Sprachliche Reflexivität	-0.51**	-.38*	-.41**	-.40*	-.51**	-.52**
Spielintensität	-0.14	-.11	.06	-.36*	.06	-.03
Sprachliche Entwicklung	-.52**	-.54**	-.43**	-.38*	-.57**	-.58**
Feinmotorik	-.59**	-.33*	-.52**	-.48**	-.57**	-.60**
Grobmotorik	-.37*	-.38*	-.32*	-.17	-.46**	-.41**
Aggressives Verhalten	.009	.28	.05	.11	.15	.14
Schüchternheit	.23	.06	.13	.23	.10	.16

*Anmerkungen.* Verwendung des paarweisen Ausschlusses fehlender Werte (N=40-42). \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

Tabelle 62

Korrelationen zwischen Skalen des Beobachtungsbogens für 3- bis 6-jährige Kinder und der Conners EC Entwicklungsmeilensteine - Erzieherversion

BBK Skalen	Conners EC Entwicklungsmeilensteine					
	Adaptive Fähigkeiten	Kommunikation	Motorische Fähigkeiten	Spiel	Vorschulische Fähigkeiten	Allgemeine Entwicklung
Aufgabenorientierung	-.29	-.23	-.32*	-.09	-.35*	-.30
Erstlesen. Rechnen. Schreiben	-.53**	-.54**	-.65**	-.35*	-.78**	-.69**
Kommunikative Fähigkeiten	-.13	-.06	-.15	-.00	-.12	-.10
Sprachliche Reflexivität	-.38*	-.42**	-.42**	-.25	-.45**	-.44**
Spielintensität	-.05	-.13	-.06	-.10	-.06	-.07
Sprachliche Entwicklung	-.44**	-.54**	-.52**	-.42**	-.56**	-.56**
Feinmotorik	-.56**	-.46**	-.59**	-.34*	-.58**	-.58**
Grobmotorik	-.50**	-.42**	-.52**	-.55**	-.49**	-.53**
Aggressives Verhalten	.13	.22	.20	.11	.25	.22
Schüchternheit	.08	.17	.11	.10	.06	.10

Anmerkungen. Verwendung des paarweisen Ausschlusses fehlender Werte (N=40-43). \* p < .05. \*\* p < .01.

## I.2: Conners EC und SDQ und VBV

Tabelle 63

Korrelationen zwischen den Skalen des Strengths & Difficulties Questionnaires und der Conners EC Verhaltensskalen (Langversion) - Elternversion

SDQ Skalen	Conners EC Verhaltensskalen (Langversion)										
	Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	Feindseliges/ Aggressives Verhalten	Subskala Feindseliges Verhalten	Subskala Aggressives Verhalten	Soziales Funktions- niveau/ Atypisches Verhalten	Subskala Soziales Funktions- niveau	Subskala Atypisches Verhalten	Angst	Stimmung und Affekt	Physische Symptome	Subskala Schlaf
Emotionale Probleme	.36**	.33**	.35**	.19**	.39**	.27**	.41**	.68**	.51**	.57**	.50**
Verhaltens- auffälligkeiten	.59**	.70**	.67**	.60**	.50**	.43**	.41**	.34**	.61**	.30**	.33**
Hyperaktivität/ Aufmerksamkeits- probleme	.85**	.54**	.52**	.44**	.54**	.46**	.46**	.36**	.52**	.30**	.37**
Probleme mit Gleichaltrigen	.31**	.26**	.25**	.23**	.60**	.57**	.41**	.30**	.36**	.23**	.25**
Prosoziales Verhalten	-.37**	-.40**	-.36**	-.38**	-.50**	-.52**	-.33**	- .18**	-.30**	-.15**	-.15**
Gesamt- problemwert	.75**	.62**	.61**	.50**	.68**	.58**	.57**	.55**	.67**	.45**	.48**

Anmerkungen. Verwendung des paarweisen Ausschlusses fehlender Werte (N=512-524). \* p < .05. \*\* p < .01.

Tabelle 64

*Korrelationen zwischen den Skalen des Strengths & Difficulties Questionnaires und der Conners EC Verhaltensskalen (Langversion) - Erzieheverson*

SDQ Skalen	Conners EC Verhaltensskalen (Langversion)									
	Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	Feindseliges/ Aggressives Verhalten	Subskala Feindseliges Verhalten	Subskala Aggressives Verhalten	Soziales Funktions- niveau/ Atypis. Ver.	Subskala Soziales Funktions- niveau	Subskala Atypisches Verhalten	Angst	Stimmung und Affekt	Physische Symptome
Emotionale Probleme	.29**	.25**	.22**	.23**	.42**	.34**	.38**	.62**	.53**	.42**
Verhaltens- auffälligkeiten	.65**	.72**	.68**	.64**	.53**	.55**	.35**	.23**	.52**	.28**
Hyperaktivität/ Aufmerksamkeits- probleme	.88**	.50**	.48**	.44**	.46**	.44**	.37**	.23**	.49**	.26**
Probleme mit Gleichaltrigen	.28**	.24**	.20**	.24**	.65**	.63**	.39**	.25**	.42**	.21**
Prosoziales Verhalten	-.48**	-.48**	-.44**	-.45**	-.61**	-.62**	-.35**	-.13*	-.40**	-.17**
Gesamt-problemwert	.77**	.59**	.55**	.53**	.70**	.67**	.51**	.43**	.67**	.39**

*Anmerkungen.* Verwendung des paarweisen Ausschlusses fehlender Werte (N=409-421). \* p < .05. \*\* p < .01.

Tabelle 65

Korrelationen zwischen den Skalen Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder und den Conners EC Verhaltensskalen - Elternversion

VBV Skalen	Conners EC Verhaltensskalen (Langversion)										
	Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	Feindseliges/ Aggressives Verhalten	Subskala Feindseliges Verhalten	Subskala Aggressives Verhalten	Soziales Funktions- niveau/ Atypisches	Subskala Soziales Funktions- niveau	Subskala Atypisches Verhalten	Angst	Stimmung und Affekt	Physische Symptome	Subskala Schlafprobleme
Konfliktlösekompetenzen	-.28**	-.38**	-.36**	-.34**	-.31**	-.31**	-.20**	-.13**	-.29**	-.11*	-.12**
Spielintensität Produktivität	-.29**	-.22**	-.20**	-.22**	-.39**	-.43**	-.22**	-.10*	-.17**	-.09*	-.14**
Offenheit Eltern	-.30**	-.24**	-.24**	-.17**	-.37**	-.33**	-.30**	-.20**	-.28**	-.21**	-.24**
Stimmungsschwankungen	.66**	.75**	.75**	.56**	.52**	.38**	.53**	.58**	.77**	.45**	.45**
Impulsives und oppositionelles Verhalten Eltern	.69**	.81**	.77**	.68**	.48**	.36**	.48**	.52**	.70**	.43**	.42**
Verbale körperliche Aggressionen Geschwisterkinder	.58**	.72**	.65**	.67**	.43**	.35**	.39**	.40**	.59**	.31**	.31**
Unruhe Gegenstandbezogene Aggressionen	.76**	.67**	.63**	.60**	.52**	.39**	.53**	.43**	.60**	.37**	.37**
Unruhe Aufmerksamkeitschwäche Leistungsunsicherheit	.85**	.54**	.54**	.42**	.56**	.45**	.52**	.51**	.59**	.42**	.46**
Spielinteresse Ausdauer	.48**	.32**	.34**	.21**	.41**	.34**	.36**	.49**	.46**	.37**	.37**
Soziale Ängstlichkeit Kinder	.62**	.39**	.38**	.33**	.49**	.48**	.35**	.34**	.41**	.26**	.36**
Soziale Ängstlichkeit Erwachsene	.10*	.11*	.11*	.05	.27**	.22**	.26**	.43**	.28**	.23**	.24**
Emotionale Labilität	.25**	.27**	.28**	.17**	.34**	.28**	.31**	.48**	.36**	.32**	.28**
Sozio-emotionale Kompetenzen	.37**	.40**	.43**	.23**	.40**	.29**	.39**	.60**	.57**	.43**	.41**
Oppositionelles aggressives Verhalten	-.39**	-.38**	-.35**	-.34**	-.48**	-.49**	-.32**	-.18**	-.32**	-.17**	-.21**
Hyperaktivität Spielausdauer	.74**	.84**	.79**	.70**	.54**	.41**	.53**	.55**	.75**	.44**	.43**
Emotionale Auffälligkeiten	.83**	.54**	.53**	.42**	.61**	.52**	.53**	.53**	.60**	.42**	.48**
	.29**	.31**	.33**	.18**	.41**	.32**	.38**	.60**	.47**	.39**	.37**

Anmerkungen. Verwendung des paarweisen Ausschlusses fehlender Werte (N=498-515). \* p < .05. \*\* p < .01.

Tabelle 66

Korrelationen zwischen den Skalen des Verhaltensbeurteilungsbogens für Vorschulkinder und den Conners EC Verhaltensskalen - Erzieherversion

VBV Skalen	Conners EC Verhaltensskalen (Langversion)									
	Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	Feindseliges/ Aggressives Verhalten	Subskala Feindseliges Verhalten	Subskala Aggressives Verhalten	Soziales Funktions- niveau/ Atypisches	Subskala Soziales Funktions- niveau	Subskala Atypisches Verhalten	Angst	Stimmung und Affekt	Physische Symptome
Interaktions- und Kommunikations-fähigkeit	-.43**	-.31**	-.24**	-.32**	-.67**	-.66**	-.40**	-.20**	-.41**	-.17**
Konfliktlösekompetenzen	-.51**	-.40**	-.35**	-.37**	-.60**	-.60**	-.35**	-.18**	-.42**	-.16**
Spielintensität Produktivität	-.40**	-.21**	-.15**	-.23**	-.60**	-.56**	-.39**	-.16**	-.35**	-.15**
Stimmungsschwankungen	.54**	.67**	.72**	.51**	.46**	.44**	.35**	.34**	.65**	.33**
Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten	.37**	.53**	.52**	.44**	.22**	.18**	.24**	.27**	.33**	.33**
Impulsives oppositionelles Verhalten Erzieher	.66**	.74**	.74**	.61**	.47**	.46**	.36**	.23**	.52**	.28**
Verbale Aggressionen Kinder	.50**	.74**	.70**	.65**	.32**	.32**	.27**	.19**	.42**	.22**
Körperliche Aggressionen Kinder	.63**	.74**	.60**	.75**	.54**	.55**	.37**	.13**	.47**	.19**
Lärmendes Verhalten Gegenstandsbezogene Aggressivität	.70**	.66**	.54**	.65**	.44**	.41**	.39**	.11*	.40**	.17**
Motorische Unruhe	.83**	.55**	.54**	.46**	.36**	.30**	.40**	.24**	.44**	.31**
Aufmerksamkeitsschwäche Ablenkbarkeit Spiel	.84**	.50**	.47**	.44**	.45**	.39**	.40**	.30**	.52**	.35**
Spielinteresse Ausdauer	.70**	.36**	.32**	.34**	.48**	.47**	.30**	.18**	.38**	.23**
Erwachsenenabhängigkeit	.17**	.06	.07	.04	.32**	.25**	.31**	.46**	.37**	.30**
Soziale Ängstlichkeit	.06	.01	.00	.02	.44**	.39**	.27**	.42**	.42**	.25**
Unsicherheit	.16**	.12**	.14**	.09	.34**	.28**	.30**	.53**	.48**	.34**
Emotionale Labilität	.22**	.22**	.24**	.15**	.43**	.35**	.36**	.51**	.58**	.37**
Sozio-emotionale Kompetenzen	-.48**	-.33**	-.26**	-.34**	-.70**	-.68**	-.43**	-.20**	-.43**	-.18**
Oppositionelles aggressives Verhalten	.68**	.83**	.80**	-.72**	.50**	.48**	.41**	.27**	.59**	.32**
Hyperaktivität Spieldauer	.90**	.53**	.51**	.46**	.50**	.46**	.40**	.28**	.52**	.33**
Emotionale Auffälligkeiten	.15**	.08	.11*	.05	.45**	.38**	.34**	.57**	.54**	.34**

Anmerkungen. Verwendung des paarweisen Ausschlusses fehlender Werte (N=408-470). \* p < .05. \*\* p < .01.

Tabelle 67

Korrelationen zwischen den Skalen des Strengths & Difficulties Questionnaires und der Conners EC Verhaltensskalen (Kurzversion und Global Index) - Elternversion

SDQ Skalen	Conners EC Verhaltensskalen (Kurzversion) und Global Index								
	Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	Feindseliges/ Aggressives Verhalten	Soziales Funktions- niveau/ Atypisches Verhalten	Angst	Stimmung und Affekt	Physische Symptome	GI - Gesamt	GI – Rastlos- Impulsiv	GI – Emotional- Labil
Emotionale Probleme	.32**	.25**	.34**	.61**	.47**	.55**	.40**	.35**	.41**
Verhaltens- auffälligkeiten	.50**	.69**	.43**	.21**	.64**	.27**	.67**	.63**	.60**
Hyperaktivität/ Aufmerksamkeits- probleme	.84**	.51**	.44**	.23**	.54**	.27**	.76**	.81**	.40**
Probleme mit Gleichaltrigen	.27**	.23**	.59**	.26**	.33**	.17**	.33**	.31**	.29**
Prosoziales Verhalten	-.34**	-.39**	-.38**	-.14**	-.31**	-.12**	-.41**	-.41**	-.30**
Gesamt-problemwert	.69**	.57**	.59**	.42**	.67**	.41**	.75**	.74**	.59**

Anmerkungen. Verwendung des paarweisen Ausschlusses fehlender Werte (N=517-524). \* p < .05. \*\* p < .01^.

Tabelle 68

Korrelationen zwischen den Skalen des Strengths & Difficulties Questionnaires und der Conners EC Verhaltensskalen (Kurzversion und Global Index) - Erziehderversion

SDQ Skalen	Conners EC Verhaltensskalen (Kurzversion) und Global Index								
	Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	Feindseliges/ Aggressives Verhalten	Soziales Funktions- niveau/ Atypisches Verhalten	Angst	Stimmung und Affekt	Physische Symptome	GI - Gesamt	GI – Rastlos- Impulsiv	GI – Emotional- Labil
Emotionale Probleme	.29**	.16**	.38**	.56**	.46**	.41**	.34**	.27**	.38**
Verhaltens- auffälligkeiten	.58**	.62**	.46**	.13**	.56**	.29**	.71**	.68**	.60**
Hyperaktivität/ Aufmerksamkeits- probleme	.88**	.37**	.40**	.20**	.46**	.25**	.79**	.85**	.50**
Probleme mit Gleichaltrigen	.24**	.18**	.70**	.19**	.30**	.17**	.29**	.26**	.28**
Prosoziales Verhalten	-.43**	-.42**	-.55**	-.10*	-.37**	-.16**	-.50**	-.50**	-.39**
Gesamt-problemwert	.74**	.46**	.66**	.35**	.61**	.37**	.77**	.75**	.61**

Anmerkungen. Verwendung des paarweisen Ausschlusses fehlender Werte (N=414-424). \* p < .05. \*\* p < .01.

Tabelle 69

Korrelationen zwischen den Skalen Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder und den Connes EC Verhaltensskalen (Kurzversion und Global Index) - Elternversion

VBV Skalen	Conners EC Verhaltensskalen (Kurzversion) und Global Index								
	Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	Feindseliges/ Aggressives Verhalten	Soziales Funktions- niveau	Angst	Stimmung und Affekt	Physische Symptome	GI – Gesamt	GI – Rastlos Impulsiv	GI – Emotional Labil
Konfliktlösekompetenzen	-.232**	-.394**	-.249**	-.034	-.327**	-.091*	-.355**	-.322**	-.339**
Spielintensität Produktivität	-.282**	-.239**	-.281**	-.048	-.224**	-.044	-.282**	-.280**	-.215**
Offenheit Eltern	-.264**	-.255**	-.286**	-.093*	-.285**	-.194**	-.310**	-.286**	-.283**
Stimmungsschwankungen	.575**	.741**	.396**	.459**	.789**	.432**	.789**	.712**	.760**
Impulsives und oppositionelles Verhalten Eltern	.605**	.739**	.392**	.398**	.708**	.422**	.780**	.743**	.663**
Verbale körperliche Aggressionen Geschwisterkinder	.496**	.679**	.351**	.325**	.612**	.284**	.672**	.637**	.577**
Unruhe Gegenstandbezogene Aggressionen	.698**	.624**	.389**	.309**	.600**	.370**	.761**	.769**	.553**
Unruhe Aufmerksamkeitsschwäche	.834**	.494**	.440**	.403**	.598**	.395**	.778**	.812**	.505**
Leistungsunsicherheit	.464**	.285**	.365**	.436**	.441**	.341**	.457**	.456**	.343**
Spielinteresse Ausdauer	.607**	.404**	.374**	.254**	.438**	.218**	.572**	.589**	.392**
Soziale Ängstlichkeit Kinder	.058	.075	.231**	.445**	.241**	.216**	.143**	.093*	.216**
Soziale Ängstlichkeit Erwachsene	.209**	.223**	.247**	.517**	.350**	.286**	.302**	.264**	.307**
Emotionale Labilität	.317**	.362**	.344**	.515**	.535**	.409**	.453**	.373**	.513**
Sozio-emotionale Kompetenzen	-.349**	-.398**	-.370**	-.074	-.370**	-.130**	-.422**	-.397**	-.369**
Oppositionelles aggressives Verhalten	.655**	.784**	.430**	.423**	.762**	.424**	.840**	.797**	.717**
Hyperaktivität Spieldauer	.807**	.508**	.488**	.423**	.613**	.381**	.767**	.791**	.524**
Emotionale Auffälligkeiten	.235**	.263**	.322**	.597**	.443**	.359**	.359**	.297**	.404**

Anmerkungen. Verwendung des paarweisen Ausschlusses fehlender Werte (N=496-517). \* p < .05. \*\* p < .0.

Tabelle 70

Korrelationen zwischen den Skalen des Verhaltensbeurteilungsbogens für Vorschulkinder und den CONNERS EC Verhaltensskalen (Kurzversion und Global Index) - Erziehverson

VBV Skalen	Connors EC Verhaltensskalen (Kurzversion) und Global Index								
	Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität	Feindseliges/ Aggressives Verhalten	Soziales Funktions- niveau	Angst	Stimmung und Affekt	Physische Symptome	GI – Gesamt	GI – Rastlos Impulsiv	GI – Emotional Labil
Interaktions- und Kommunikations-fähigkeit	-.418**	-.247**	-.566**	-.203**	-.303**	-.156**	-.415**	-.414**	-.312**
Konfliktlösekompetenzen	-.472**	-.290**	-.509**	-.197**	-.362**	-.155**	-.506**	-.493**	-.405**
Spielintensität Produktivität	-.396**	-.131**	-.526**	-.214**	-.231**	-.109*	-.371**	-.374**	-.271**
Stimmungsschwankungen	.473**	.550**	.433**	.230**	.688**	.345**	.678**	.563**	.723**
Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten	.304**	.562**	.199**	.128**	.339**	.336**	.369**	.338**	.334**
Impulsives oppositionelles Verhalten Erzieher	.582**	.634**	.426**	.125**	.561**	.292**	.716**	.667**	.627**
Verbale Aggressionen Kinder	.427**	.683**	.260**	.064	.511**	.238**	.590**	.532**	.550**
Körperliche Aggressionen Kinder	.570**	.647**	.495**	.065	.497**	.185**	.705**	.686**	.564**
Lärmendes Verhalten Gegenstandsbezogene Aggressivität	.619**	.536**	.380**	.070	.437**	.146**	.718**	.726**	.527**
Motorische Unruhe	.798**	.426**	.338**	.194**	.455**	.277**	.776**	.810**	.520**
Aufmerksamkeitsschwäche Ablenkbarkeit Spiel Beschäftigung	.846**	.358**	.414**	.250**	.479**	.310**	.780**	.816**	.518**
Spielinteresse Ausdauer	.698**	.259**	.420**	.195**	.319**	.203**	.600**	.649**	.360**
Erwachsenenabhängigkeit	.203**	.022	.343**	.451**	.272**	.253**	.201**	.157**	.232**
Soziale Ängstlichkeit	.081	-.024	.443**	.425**	.271**	.195**	.090	.051	.142**
Unsicherheit	.179**	.079	.336**	.494**	.341**	.279**	.174**	.125**	.221**
Emotionale Labilität	.214**	.172**	.426**	.443**	.484**	.330**	.318**	.224**	.415**
Sozio-emotionale Kompetenzen	-.465**	-.242**	-.597**	-.230**	-.323**	-.153**	-.465**	-.461**	-.356**
Oppositionelles aggressives Verhalten	.599**	.737**	.444**	.148**	.634**	.323**	.767**	.705**	.690**
Hyperaktivität/Spielausdauer	.896**	.390**	.449**	.250**	.489**	.301**	.816**	.863**	.538**
Emotionale Auffälligkeiten	.173**	.041	.456**	.548**	.396**	.276**	.190**	.127*	.261**

Anmerkungen. Verwendung des paarweisen Ausschlusses fehlender Werte (N=410-472). \* p < .05. \*\* p < .0

## ANHANG J – UNIVARIATE EFFEKTE DES GESCHLECHTES, DES ALTERS UND DES BILDUNGSSTANDS DER ELTERN

### J.1 Conners EC - Langversion

Tabelle 71

*Univariate Effekte des Geschlechts der Conners EC-Elternversion*

Skala	Geschlecht		F(df)	p	Partielles eta2	
	Männlich (N=359)	Weiblich (N=358)				
<b>Empirische Skalen</b>		<b>Rohwerte</b>				
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	13.84	11.65	9.52 (1)	.002	.013
	SE	10.28	8.56			
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	14.05	11.79	16.30 (1)	.001	.022
	SE	8.19	6.71			
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	14.60	12.37	15.41 (1)	.001	.021
	SE	8.44	6.68			
Ängstlichkeit	M	9.65	9.94	0.356 (1)	.551	-
	SE	6.48	6.55			
<b>Subskalen</b>						
Feindseligkeit/Temperament	M	11.15	10.22	4.66 (1)	.031	.006
	SE	6.04	5.45			
Aggressives Verhalten	M	2.91	1.59	49.97 (1)	.001	.065
	SE	2.99	1.91			
Soziales Funktionsniveau	M	10.18	8.64	16.30 (1)	.001	.022
	SE	5.56	4.62			
Atypisches Verhalten	M	4.20	3.55	5.64 (1)	.018	.008
	SE	4.02	3.27			
Schlafprobleme	M	1.89	2.00	0.44 (1)	.508	-
	SE	2.01	2.17			
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>						
Stimmung und Affekt	M	6.79	6.38	1.75 (1)	.186	-
	SE	4.30	3.91			
Physische Symptome	M	3.74	4.25	3.85 (1)	.050	.005
	SE	3.36	3.61			

Fortsetzung Tabelle 71

<b>Entwicklungsmeilensteine</b>						
Allgemeine Entwicklung	M	36.23	28.43	10.99	.001	.015
	SE	28.80	24.83	(1)		
Adaptive Fähigkeiten	M	7.65	5.74	15.07	.001	.021
	SE	6.98	5.91	(1)		
Kommunikation	M	4.59	3.30	15.65	.001	.021
	SE	6.26	4.44	(1)		
Motorische Fähigkeiten	M	10.12	8.21	10.20	.001	.014
	SE	7.36	6.77	(1)		
Spiel	M	2.09	1.51	13.06	.001	.018
	SE	2.52	2.15	(1)		
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	M	11.78	9.68	10.84	.001	.015
	SE	8.85	8.14	(1)		
<b>Validitätsskalen</b>						
Positiver Eindruck	M	0.29	0.34	1.04	.307	-
	SE	0.57	0.64	(1)		
Negativer Eindruck	M	0.52	0.29	13.42	.001	.018
	SE	1.00	0.67	(1)		
Inkonsistenz Index	M			2.32	.128	-
		0.41	0.34			
	SE	0.65	0.59			

Tabelle 72

## Univariate Effekte des Alters der Conners EC-Elternversion

Skala	Alter					F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	2 (n=105)	3 (n=159)	4 (n=182)	5 (n=169)	6 (n=82)					
<b>Empirische Skalen</b>		<b>Rohwerte</b>								
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	13.34	13.71	12.37	11.92	12.51	0.91 (4)	.46	-	-
	SE	7.88	10.26	9.47	9.92	9.29				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	12.38	13.69	14.12	11.39	12.26	3.63 (4)	.006	.021	4 > 5
	SE	5.95	7.54	8.08	7.46	7.96				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	13.17	13.64	14.46	12.93	12.63	1.27 (4)	.281	-	-
	SE	6.03	8.03	8.58	7.02	7.78				
Ängstlichkeit	M	9.32	10.17	9.96	8.91	11.06	1.85 (4)	.082	-	-
	SE	5.76	5.96	6.62	7.41	6.19				
<b>Subskalen</b>										
Feindseligkeit/Temperament	M	10.90	11.34	11.36	9.34	10.13	3.68 (4)	.006	.021	3, 4 > 5
	SE	5.14	5.88	5.89	5.85	5.56				
Aggressives Verhalten	M	1.49	2.36	2.77	2.05	2.15	4.60 (4)	.001	.026	3, 4 > 2
	SE	1.54	2.33	3.01	2.33	3.24				
Soziales Funktionsniveau	M	9.56	9.28	9.88	9.27	8.67	0.89 (4)	.469	-	-
	SE	4.15	5.23	5.60	5.20	4.96				

Fortsetzung Tabelle 72

Atypisches Verhalten	M	3.52	4.20	4.34	3.44	3.68	1.92	.106	-	-
	SE	3.06	4.03	4.08	3.27	3.52	(4)			
Schlafprobleme	M	2.02	2.05	1.92	1.63	2.20	1.34	.233	-	-
	SE	1.87	2.02	2.06	2.16	2.20	(4)			
<b>Entwicklungsmeilensteine</b>										
Allgemeine Entwicklung	M	60.07	41.42	27.57	20.76	15.57	65.68	.001	.275	2 > 3 > 4,5, > 6
	SE	29.85	22.13	23.04	22.67	17.89	(4)			
Adaptive Fähigkeiten	M	13.43	8.66	5.53	4.01	3.04	61.85	.001	.263	2 > 3 > 4 > 6
	SE	7.22	5.84	5.48	5.19	4.19	(4)			
Kommunikation	M	8.19	4.31	3.38	2.74	1.88	23.62	.001	.120	2 > 3 > 6
	SE	6.86	4.85	5.27	4.97	3.52	(4)			
Motorische Fähigkeiten	M	16.43	12.19	7.91	5.71	4.30	79.44	.001	.315	2 > 3 > 4 > 5, 6
	SE	7.02	6.12	5.64	5.79	5.00	(4)			
Spiel	M	3.20	1.83	1.58	1.45	1.20	12.55	.001	.068	2 > 3, 4, 5, 6
	SE	2.89	2.12	2.31	2.12	2.10	(4)			
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	M	18.80	14.42	9.17	6.85	5.18	67.17	.001	.280	2 > 3 > 4 > 6
	SE	9.41	7.10	7.07	6.96	6.10	(4)			

Tabelle 73

## Univariate Effekte des Bildungsstands der Mutter der Conners EC-Elternversion

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 (kein Abschluss) N=5	2 (Hauptschule) N=38	3 (Realschule) N=149	4 (Abitur) N=82	5 (Fachhochschule) N=86	6 (Universität) N=134					
<b>Empirische Skalen</b>											
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	18.80	20.21	13.48	13.01	12.74	10.37	6.32	.001	.061	2, 1 > 6
	SE	11.69	13.32	10.52	10.67	9.45	7.61				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	18.20	15.63	11.72	12.98	13.36	12.06	2.33	.042	.023	-
	SE	8.58	9.73	8.67	7.39	7.48	6.73				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	26.60	16.50	13.56	13.65	12.67	11.56	5.66	.001	.055	1 > 2, 4, 3, 5, 6
	SE	9.74	9.06	7.94	8.79	6.44	7.41				
Ängstlichkeit	M	15.60	12.37	9.36	9.74	9.24	8.63	2.72	.020	.027	1 > 4, 3, 5, 6
	SE	11.39	8.08	7.26	6.66	6.52	5.53				
<b>Subskalen</b>											
Feindseligkeit/Temperament	M	15.20	12.45	9.41	10.74	10.94	9.90	2.87	.014	.029	1 > 6, 3
	SE	5.76	7.20	6.24	5.52	5.82	5.04				
Aggressives Verhalten	M	3.00	3.18	2.31	2.23	2.45	2.16	0.91	.474	-	-
	SE	3.54	3.49	3.11	2.54	2.49	2.48				
Soziales Funktionsniveau	M	16.00	10.84	9.67	9.52	8.67	8.16	3.97	.002	.039	1 > 2, 3, 4, 5, 6
	SE	4.64	5.76	5.30	5.69	4.95	4.88				
Atypisches Verhalten	M	9.80	5.26	3.71	3.93	3.88	3.22	4.52	.001	.044	1 > 2, 4, 5, 3, 6
	SE	6.06	4.77	3.84	4.02	2.98	3.30				

Fortsetzung Tabelle 73

Schlafprobleme	M	3.20	2.84	2.09	1.66	2.02	1.45	3.55	.004	.035	-
	SE	2.77	2.59	2.39	1.86	2.27	1.69				
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>											
Stimmung und Affekt	M	11.60	8.55	5.96	6.70	6.37	5.82	4.67	.001	.046	1 > 4, 5, 3, 6
	SE	5.03	5.42	4.49	4.30	3.74	3.19				
Physische Symptome	M	6.00	5.45	4.20	3.65	4.13	3.11	3.37	.005	.033	-
	SE	3.54	4.62	4.11	3.11	3.81	2.75				
<b>Entwicklungsmeilensteine</b>											
Allgemeine Entwicklung	M	29.80	38.47	32.18	28.44	25.53	31.84	1.69	.135	-	-
	SE	20.86	25.19	26.63	24.83	20.08	27.94				
Adaptive Fähigkeiten	M	5.80	5.76	6.32	5.88	4.85	6.84	1.24	.290	-	-
	SE	5.26	5.12	6.41	6.10	5.06	6.34				
Kommunikation	M	4.60	6.58	4.56	3.26	2.60	3.51	4.10	.001	.040	-
	SE	5.55	6.01	5.68	4.23	3.18	5.66				
Motorische Fähigkeiten	M	7.80	9.82	8.70	8.32	7.56	9.10	0.87	.500	-	-
	SE	3.90	6.15	6.78	6.97	5.76	7.09				
Spiel	M	1.60	2.63	2.03	1.46	1.22	1.88	2.77	.018	.028	-
	SE	2.07	2.80	2.32	2.07	1.78	2.54				
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	M	10.00	13.68	10.56	9.50	9.29	10.54	1.72	.129	-	-
	SE	10.05	8.17	8.56	8.07	6.79	8.92				
<b>Validitäts Skalen</b>											
Positiver Eindruck	M	0.20	0.29	0.31	0.24	0.29	0.37	0.48	.794	-	-
	SE	0.45	0.57	0.60	0.53	0.65	0.64				
Negativer Eindruck	M	1.80	1.05	0.39	0.32	0.40	0.32	7.31	.001	.070	1 > 4
	SE	1.92	1.37	0.84	0.73	0.91	0.67				
Inkonsistenz Index	M	0.40	0.58	0.36	0.28	0.38	0.37	1.20	.308	-	-
	SE	0.89	0.83	0.64	0.53	0.64	0.58				

Tabelle 74

## Univariate Effekte des Bildungsstands des Vaters der Conners EC-Elternversion

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 (kein Abschluss) N= 8	2 (Hauptschule) N = 61	3 (Realschule) N= 89	4 (Abitur) N=31	5 (Fachhochschule) N = 88	6 (Universität) N = 115					
<b>Empirische Skalen</b>											
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	17.13	17.38	14.34	9.42	11.03	10.85	5.83	.001	.070	2, 1 > 4
	SE	13.40	11.19	10.43	7.12	9.14	8.67				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	18.13	13.56	12.54	11.55	11.88	12.09	1.37	.234	-	-
	SE	10.13	8.86	7.38	6.07	7.86	7.22				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	18.63	15.59	13.54	12.06	12.17	11.98	3.09	.009	.039	1 > 5, 4, 6
	SE	9.80	8.89	7.38	5.23	7.28	7.63				
Ängstlichkeit	M	13.88	10.77	10.08	7.74	8.98	8.56	2.15	.058	-	-
	SE	10.25	7.83	7.80	4.77	6.38	5.83				
<b>Entwicklungsmeilensteine</b>											
Allgemeine Entwicklung	M	47.75	31.52	29.76	27.84	24.81	32.40	1.83	.105	-	-
	SE	30.70	24.93	23.32	21.22	23.14	28.76				
Adaptive Fähigkeiten	M	9.63	5.39	5.74	5.77	5.05	7.11	1.98	.081	-	-
	SE	6.65	5.59	5.93	4.90	5.55	6.82				
Kommunikation	M	6.25	4.79	3.47	3.03	2.57	3.77	1.97	.082	-	-
	SE	8.12	5.85	4.43	3.85	4.13	5.63				
Motorische Fähigkeiten	M	12.50	8.08	8.80	8.03	7.19	9.02	1.53	.179	-	-
	SE	7.21	5.83	6.22	6.53	6.61	7.14				

Fortsetzung Tabelle 74

Spiel	M	3.13	1.87	1.52	1.87	1.43	1.82	1.23	.294	-	-
	SE	2.70	2.46	1.88	1.80	1.90	2.53				
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	M	16.25	11.36	10.26	9.10	8.58	10.70	2.00	.078	-	-
	SE	10.95	8.59	7.47	7.01	7.32	9.21				

Tabelle 75

*Univariate Effekte des Geschlechts der Conners EC-Erzieherversion*

Skala	Geschlecht		F(df)	p	Partielles eta2	
	Männlich (N=257)	Weiblich (N=271)				
<b>Empirische Skalen</b>						
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	16.03	11.63	18.01 (1)	.001	.033
	SE	12.65	11.10			
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	7.59	5.62	9.08 (1)	.003	.017
	SE	8.60	6.25			
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	20.06	15.89	20.02 (1)	.001	.037
	SE	11.74	9.61			
Ängstlichkeit	M	5.50	5.94	0.86 (1)	.354	-
	SE	5.58	5.39			
<b>Subskalen</b>						
Feindseligkeit/Temperament	M	4.09	3.66	1.77 (1)	.184	-
	SE	4.08	3.44			
Aggressives Verhalten	M	3.49	1.97	16.62 (1)	.001	.031
	SE	5.10	3.32			
Soziales Funktionsniveau	M	13.73	11.01	19.60 (1)	.001	.036
	SE	7.73	6.35			
Atypisches Verhalten	M	3.76	2.85	10.21 (1)	.001	.019
	SE	3.78	2.77			
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>						
Stimmung und Affekt	M	4.70	4.28	1.54 (1)	.215	-
	SE	3.95	3.75			
Physische Symptome	M	1.79	1.99	.845 (1)	.358	-
	SE	2.57	2.60			
<b>Entwicklungsmeilensteine</b>						
Allgemeine Entwicklung	M	34.88	27.77	8.12 (1)	.005	.015
	SE	30.93	26.34			
Adaptive Fähigkeiten	M	3.82	2.80	6.15 (1)	.013	.012
	SE	5.09	4.31			

*Fortsetzung Tabelle 75*

Kommunikation	M	6.40	4.60	9.90	.002	.018
	SE	7.08	6.04	(1)		
Motorische Fähigkeiten	M	9.43	7.90	5.18	.023	.010
	SE	8.32	7.16	(1)		
Spiel	M	2.69	1.94	11.37	.001	.021
	SE	2.77	2.31	(1)		
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	M	13.90	12.17	4.95	.027	.009
	SE	9.37	8.49	(1)		
<b>Validitätsskalen</b>						
Positiver Eindruck	M	0.23	0.34	4.61	.032	.009
	SE	0.51	0.62	(1)		
Negativer Eindruck	M	0.57	0.34	7.17	.008	.013
	SE	1.13	0.81	(1)		
Inkonsistenz Index	M			0.29	.590	-
		0.47	0.44	(1)		
	SE	0.68	0.68			

Tabelle 76

*Univariate Effekte des Alters der Connors EC-Erzieherversion*

Skala	Alter					F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	2 (n=62)	3 (n=109)	4 (n=145)	5 (n=155)	6 (n=69)					
<b>Empirische Skalen</b>										
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	16.87	15.17	12.61	14.11	9.91	3.66	.006	.027	2, 3 > 6
	SE	10.91	11.94	11.09	12.75	11.80	(4)			
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	6.03	6.06	6.07	7.23	6.94	0.70	.593	-	-
	SE	6.10	7.39	6.73	7.92	9.04	(4)			
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	17.81	18.83	17.36	17.98	16.75	0.47	.759	-	-
	SE	11.97	10.47	10.94	10.56	11.44	(4)			
Ängstlichkeit	M	5.47	5.68	5.29	6.26	5.96	0.67	.611	-	-
	SE	4.51	5.40	4.42	6.38	6.02	(4)			
<b>Entwicklungsmeilensteine</b>										
Allgemeine Entwicklung	M	82.06	48.18	25.28	15.79	10.70	185.67	.001	.581	2 > 3 > 4 > 5, 6
	SE	21.63	23.23	19.42	14.74	14.61	(4)			
Adaptive Fähigkeiten	M	12.53	4.97	1.68	1.11	0.68	201.22	.001	.601	2 > 3 > 4, 5, 6
	SE	4.95	3.86	2.48	1.99	1.63	(4)			

Fortsetzung Tabelle 76

Kommunikation	M	15.31	7.78	4.28	3.04	2.54	69.04	.001	.340	2 > 3 > 4, 5, 6
	SE	6.34	7.01	5.45	4.12	4.50	(4)			
Motorische Fähigkeiten	M	21.48	13.95	7.43	4.05	2.22	206.24	.001	.607	2 > 3 > 4 > 5, 6
	SE	5.23	5.91	5.27	4.00	3.46	(4)			
Spiel	M	5.34	3.04	1.83	1.52	1.25	40.32	.001	.232	2 > 3 > 4, 5, 6
	SE	2.57	2.66	2.21	2.16	1.63	(4)			
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	M	27.15	19.73	11.79	7.95	5.97	170.59	.001	.561	2 > 3 > 4 > 5, 6
	SE	5.29	7.32	6.73	4.88	5.17	(4)			

Tabelle 77

## Univariate Effekte des Bildungsstands der Mutter der Conners EC-Erzieherversion

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 <sup>6</sup> (kein Abschluss) N = 1	2 (Hauptschule) N= 35	3 (Realschule) N=131	4 (Abitur) N=73	5 (Fachhochschule) N=70	6 (Universität) N=112					
<b>Empirische Skalen</b>											
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	1.33	21.63	15.23	11.88	14.19	9.84	6.18	.001	.080	2 > 4,5,6
	SE	1.53	14.22	12.19	10.71	12.81	8.90				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	2.00	11.22	6.13	5.27	6.47	5.26	4.95	.001	.056	2 > 4, 3, 5, 6
	SE	2.65	9.68	6.35	5.67	6.44	5.90				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	21.67	20.34	17.76	17.18	18.43	15.41	1.80	.111	-	2 > 6
	SE	6.43	10.91	10.34	8.40	11.36	8.70				
Ängstlichkeit	M	3.67	8.13	5.60	4.44	5.99	4.95	3.03	.011	.035	2 > 6,4
	SE	3.21	6.43	4.90	3.95	6.17	4.04				
<b>Subskalen</b>											
Feindseligkeit/Temperament	M	0.33	6.31	3.53	3.49	3.91	3.35	4.73	.001	.054	2 > 5,3,4,6
	SE	0.58	4.63	3.15	3.37	3.33	3.41				
Aggressives Verhalten	M	1.67	4.91	2.60	1.77	2.57	1.91	3.96	.002	.046	2 > 3,5,6,4
	SE	2.89	5.52	3.98	2.90	3.74	2.96				
Soziales Funktionsniveau	M	16.00	14.69	12.49	12.01	12.03	10.50	2.59	.025	.030	2 > 6
	SE	5.57	7.32	7.00	5.55	7.25	6.08				

<sup>6</sup> Ergebnisse werden hier nur deskriptiv berichtet. Aufgrund der geringen Fallzahl nicht in die interferenzstatistische Analyse mit eingeschlossen.

Fortsetzung Tabelle 77

Atypisches Verhalten	M	2.00	3.28	3.04	2.97	4.03	2.77	1.76	.121	-	-
	SE	1.00	3.48	3.05	2.73	3.62	2.50				
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>											
Stimmung und Affekt	M	3.00	6.44	4.30	3.82	4.39	3.71	3.89	.002	.045	2 > 5,3,4,6
	SE	2.65	4.08	3.17	2.72	3.74	3.05				
Physische Symptome	M	0.00	3.38	1.73	1.30	2.13	1.46	4.91	.001	.056	2 > 3,5,6
	SE	0.00	3.42	2.25	1.61	2.93	1.79				
<b>Entwicklungsmeilensteine</b>											
Allgemeine Entwicklung	M	7.00	46.25	34.60	29.30	28.86	30.62	2.56	.025	.030	2 > 4,5
	SE	7.81	33.50	31.51	25.55	24.56	28.10				
Adaptive Fähigkeiten	M	0.33	5.34	3.98	3.49	3.00	3.45	1.43	.211	-	-
	SE	0.58	5.01	5.64	4.72	4.15	4.70				
Kommunikation	M	1.67	9.22	5.98	4.44	4.60	4.96	3.36	.005	.039	2 > 6,5,4
	SE	2.89	7.85	7.05	5.48	5.28	6.35				
Motorische Fähigkeiten	M	1.67	11.81	9.56	8.36	8.33	8.68	1.81	.110	-	-
	SE	2.08	8.77	8.28	7.35	6.58	7.39				
Spiel	M	0.00	2.69	2.61	2.47	2.21	2.05	1.21	.303	-	-
	SE	0.00	2.57	2.78	2.51	2.63	2.49				
Vorschulische/Kognitive Fähigkeiten	M	5.33	17.88	13.85	12.14	12.43	12.98	2.77	.018	.032	2 > 5,4
	SE	2.31	10.39	9.40	7.97	7.74	8.62				

Tabelle 78

## Univariate Effekte des Bildungsstands des Vaters der Conners EC-Erzieherversion

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 <sup>7</sup> (kein Abschluss) N = 1	2 (Hauptschule) N = 55	3 (Realschule) N = 78	4 (Abitur) N = 29	5 (Fachhochschule) N = 78	6 (Universität) N = 101					
<b>Empirische Skalen</b>											
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	13.80	18.02	13.33	9.00	12.38	9.64	6.03	.001	.067	2 > 6,4
	SE	15.35	15.20	12.40	10.63	9.24	8.03				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	7.20	7.80	6.21	4.41	5.37	5.11	2.39	.051	-	-
	SE	10.11	6.68	6.71	4.29	5.64	5.92				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	18.80	20.91	16.97	16.10	15.71	14.58	4.68	.001	.053	2 > 4,5,6
	SE	8.81	11.18	9.83	8.36	7.54	8.10				
Ängstlichkeit	M	8.40	6.80	5.27	4.28	5.21	4.51	2.63	.034	.030	2 > 4
	SE	5.46	6.06	4.87	3.58	3.87	3.86				
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>											
Stimmung und Affekt	M	5.20	5.62	4.37	3.14	3.55	3.49	5.60	.001	.062	2 > 5,6,4
	SE	3.49	4.14	2.84	2.40	3.05	2.93				
Physische Symptome	M	2.60	2.27	1.65	0.93	1.63	1.31	2.58	.037	.030	2 > 4
	SE	2.51	3.31	1.86	1.31	2.11	1.65				

<sup>7</sup> Ergebnisse werden hier nur deskriptiv berichtet. Aufgrund der geringen Fallzahl nicht in die Interferenzstatistische Analyse mit eingeschlossen.

## J.2 Conners EC - Kurzversion

Tabelle 79

### Univariate Effekte des Geschlechts der Conners EC-Elternversion (Kurzversion)

Skala	Geschlecht		F(df)	p	Partielles eta2	
	Männlich (N=372)	Weiblich (N=372)				
<b>Empirische Skalen</b>						
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	5.18	4.52	4.62	.032	.006
	SE	4.44	3.86			
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	5.74	5.00	10.28	.001	.014
	SE	3.58	3.09			
Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten	M	2.38	1.90	8.23	.004	.011
	SE	2.45	2.05			
Ängstlichkeit	M	4.77	5.04	1.21	.271	-
	SE	3.37	3.38			
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>						
Stimmung und Affekt	M	4.62	4.22	2.77	.097	-
	SE	3.37	3.10			
Physische Symptome	M	2.38	2.85	6.29	.012	.008
	SE	2.40	2.75			

Tabelle 80

*Univariate Effekte des Alters der Conners EC-Elternversion (Kurzversion)*

Skala	Alter					F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	2 (n=109)	3 (n=164)	4 (n=185)	5 (n=173)	6 (n=83)					
<b>Empirische Skalen</b>										
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	5.14	5.18	4.73	4.49	4.86	.736	.567	-	-
	SE	3.64	4.28	4.33	4.31	4.04				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	5.52	5.79	5.80	4.53	4.61	5.280	.001	.029	5,6 < 3,4
	SE	2.84	3.35	3.47	3.41	3.39				
Soziales Funktionsniveau/Atypisches Verhalten	M	1.95	2.03	2.34	2.06	2.29	.773	.543	-	-
	SE	1.98	2.07	2.24	2.34	2.68				
Ängstlichkeit	M	4.69	5.12	4.97	4.51	5.31	1.152	.331	-	-
	SE	3.34	3.23	3.40	3.86	2.74				
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>										
Stimmung und Affekt	M	4.49	4.60	4.79	3.79	4.22	2.49	.042	.014	-
	SE	2.88	3.32	3.33	3.27	3.10				
Physische Symptome	M	2.19	2.84	2.69	2.24	3.10	2.82	.024	.016	2 < 6
	SE	2.03	2.55	2.60	2.76	2.49				

Tabelle 81

*Univariate Effekte des Bildungsstands der Mutter der Conners EC-Elternversion (Kurzversion)*

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 (kein Abschluss) N = 6	2 (Hauptschule) N = 39	3 (Realschule) N = 147	4 (Abitur) N = 84	5 (Fachhochschule) N = 89	6 (Universität) N = 133					
<b>Empirische Skalen</b>											
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	6.50	7.90	5.44	4.95	4.91	3.84	6.11	.001	.059	2 > 3,4,5,6
	SE	4.85	5.60	4.62	4.32	4.25	3.41				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	7.33	6.00	4.61	5.48	5.15	5.08	1.98	.080	-	
	SE	3.88	4.03	3.73	3.36	3.12	3.21				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	5.33	2.72	2.21	2.02	1.79	1.74	4.42	.001	.043	1 > 2,3,4,5,6
	SE	3.83	2.56	2.28	2.31	1.70	2.08				
Ängstlichkeit	M	7.50	5.92	4.84	5.01	4.80	4.47	1.74	.125	-	
	SE	3.99	3.86	3.52	3.71	3.57	3.16				

Tabelle 82

*Univariate Effekte des Bildungsstands des Vaters der Conners EC-Elternversion (Kurzversion)*

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 (kein Abschluss) N = 7	2 (Hauptschule) N = 62	3 (Realschule) N = 88	4 (Abitur) N = 28	5 (Fachhochschule) N = 87	6 (Universität) N = 113					
<b>Empirische Skalen</b>											
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	5.57	6.63	5.89	3.36	3.94	4.10	6.30	.001	.077	2 > 3, 4, 5, 6
	SE	5.09	4.98	4.47	3.14	4.06	3.78				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	6.14	5.73	4.88	4.82	4.66	5.02	1.31	.260	-	-
	SE	3.39	3.77	3.30	3.24	3.32	3.28				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	3.14	2.65	1.98	1.93	1.89	1.78	2.01	.077	-	-
	SE	2.67	2.52	1.92	1.94	2.18	2.19				
Ängstlichkeit	M	6.29	5.60	5.32	4.14	4.36	4.27	2.25	.049	.029	-
	SE	4.57	4.01	3.95	2.94	3.44	2.85				

Tabelle 83

*Univariate Effekte des Geschlechts der Conners EC-Erzieherversion (Kurzversion)*

Skala	Geschlecht		F(df)	p	Partielles eta2	
	Männlich (N=297)	Weiblich (N=299)				
<b>Empirische Skalen</b>						
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	5.36	3.86	16.98	.001	.028
	SE	4.60	4.28			
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	2.28	1.73	5.90	.015	.010
	SE	3.09	2.40			
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	4.01	2.69	23.69	.001	.038
	SE	3.66	2.94			
Ängstlichkeit	M	2.61	2.68	.080	.777	-
	SE	2.60	2.75			

Tabelle 84

*Univariate Effekte des Alters der Conners EC-Erzieherversion (Kurzversion)*

Skala	Alter					F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	2 (n=69)	3 (n=113)	4 (n=162)	5 (n=160)	6 (n=79)					
<b>Empirische Skalen</b>										
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	5.77	5.37	4.30	4.65	3.13	4.35	.002	.029	6 < 3,2
	SE	4.37	4.70	4.47	4.54	4.07				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	1.54	1.73	1.85	2.41	2.49	2.31	.057	-	-
	SE	2.29	2.58	2.52	2.90	3.59				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	3.68	3.63	3.28	3.26	2.92	.705	.588	-	-
	SE	3.88	3.00	3.47	3.33	3.46				
Ängstlichkeit	M	2.99	2.84	2.54	2.79	2.30	.789	.533	-	-
	SE	2.85	2.87	2.59	3.20	2.67				

Tabelle 85

*Univariate Effekte des Bildungsstands der Mutter der Conners EC-Erzieherversion (Kurzversion)*

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 <sup>8</sup> (kein Abschluss) N = 4	2 (Hauptschule) N = 55	3 (Realschule) N = 80	4 (Abitur) N = 28	5 (Fachhochschule) N = 78	6 (Universität) N = 102					
<b>Empirische Skalen</b>											
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	0.00	6.88	5.39	4.07	4.76	3.39	5.32	.001	.057	2 > 4,6
	SE	0.00	5.96	4.66	4.33	4.86	3.58				
Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	0.67	2.88	2.05	1.67	1.97	1.79	1.43	.212	-	
	SE	1.15	3.52	2.43	2.33	2.54	2.24				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	2.00	3.79	3.27	2.67	3.53	3.10	.90	.482	-	
	SE	2.00	3.02	3.21	2.28	3.28	3.31				
Ängstlichkeit	M	2.00	3.35	2.63	2.17	2.86	2.55	1.12	.352	-	
	SE	1.73	3.13	2.67	2.34	3.27	2.43				

<sup>8</sup> Ergebnisse werden hier nur deskriptiv berichtet. Aufgrund der geringen Fallzahl nicht in die interferenzstatistische Analyse mit eingeschlossen.

Fortsetzung Tabelle 85

<b>Theoriegeleitete Skalen</b>											
Stimmung und Affekt	M	0.67	4.09	2.60	2.37	2.94	2.27	4.18	.001	.045	2 < 3,4,6
	SE	1.15	3.18	2.13	2.06	2.56	2.26				
Physische Symptome	M	0.00	2.15	1.24	0.83	1.39	1.02	3.00	.012	.032	2 < 4,6
	SE	0.00	2.83	1.94	1.31	2.28	1.62				

Tabelle 86

*Univariate Effekte des Bildungsstands des Vaters der Conners EC-Erzieherversion (Kurzversion)*

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 <sup>9</sup>	2	3	4	5	6					
	(kein Abschluss) N = 4	(Hauptschule) N = 55	(Realschule) N = 80	(Abitur) N = 28	(Fachhochschule) N = 78	(Universität) N = 102					
<b>Empirische Skalen</b>											
Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität	M	2.75	6.20	4.58	3.11	4.04	3.36	5.21	.001	.071	2 < 4,5,6
	SE	3.20	5.69	4.59	4.46	3.63	3.50				

<sup>9</sup> Ergebnisse werden hier nur deskriptiv berichtet. Aufgrund der geringen Fallzahl nicht in die interferenzstatistische Analyse mit eingeschlossen.

Fortsetzung Tabelle 86

Feindseliges/Aggressives Verhalten	M	0.50	2.33	2.08	1.46	1.73	1.70	1.03	.397	-	
	SE	0.58	2.33	2.44	2.13	2.47	2.35				
Soziales Funktionsniveau/ Atypisches Verhalten	M	2.50	3.96	3.20	3.21	2.33	2.87	2.92	.014	.041	2 < 5
	SE	2.52	3.38	2.91	2.82	2.45	3.17				
Ängstlichkeit	M	4.50	3.00	2.46	2.00	2.45	2.51	1.12	.352	-	
	SE	3.87	3.06	2.76	2.04	2.16	2.50				
<b>Theoriegeleitete Skalen</b>											
Stimmung und Affekt	M	2.50	3.62	2.74	2.07	2.29	2.21	3.43	.005	.048	2 < 5,6
	SE	1.73	3.26	2.12	1.96	2.02	2.21				
Physische Symptome	M	1.75	1.71	1.15	0.71	1.11	0.87	1.74	.126	-	
	SE	2.36	2.74	1.65	1.08	1.69	1.53				

### J.3 Conners EC - Global Index

Tabelle 87

#### *Univariate Effekte des Geschlechts der Conners EC-Elternversion (Global Index)*

Skala	Geschlecht		F(df)	p	Partielles eta2	
	Männlich (N=372)	Weiblich (N=371)				
<b>Conners Global Index Elternversion</b>						
Gesamtwert	M	8.71	7.60	7.600	.006	.010
	SE	5.86	5.13			
Rastlos - Impulsiv	M	6.26	5.31	10.038	.002	.013
	SE	4.34	3.80			
Emotional Labil	M	2.45	2.30	.258	.258	-
	SE	2.02	1.91			

Tabelle 88

#### *Univariate Effekte des Geschlechts der Conners EC-Erzieherversion (Global Index)*

Skala	Geschlecht		F(df)	p	Partielles eta2	
	Männlich (N=301)	Weiblich (N=307)				
<b>Conners Global Index Erzieherversion</b>						
Gesamtwert	M	6.99	4.95	18.99	.001	.030
	SE	6.25	5.29			
Rastlos - Impulsiv	M	4.81	3.22	24.07	.001	.038
	SE	4.32	3.64			
Emotional Labil	M	2.18	1.73	5.77	.017	.009
	SE	2.45	2.16			

Tabelle 89

*Univariate Effekte des Alters der Conners EC-Elternversion (Global Index)*

Skala	Alter					F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	2 (n=110)	3 (n=166)	4 (n=185)	5 (n=174)	6 (n=83)					
<b>Conners Global Index</b>										
Gesamtwert	M	8.30	8.70	8.51	7.31	7.65	1.805	.126	-	-
	SE	4.73	5.64	5.81	5.72	5.18				
Rastlos - Impulsiv	M	5.74	6.14	5.90	5.42	5.55	.767	.547	-	-
	SE	3.46	4.13	4.31	4.34	3.83				
Emotional Labil	M	2.56	2.56	2.61	1.89	2.11	4.357	.002	.024	5 < 3,2,4
	SE	1.87	1.99	2.03	1.92	1.87				

Tabelle 90

*Univariate Effekte des Bildungsstands der Mutter der Conners EC-Elternversion (Global Index)*

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 <sup>10</sup> (kein Abschluss) N = 6	2 (Hauptschule) N = 39	3 (Realschule) N = 147	4 (Abitur) N = 84	5 (Fachhochschule) N = 92	6 (Universität) N = 134					
<b>Conners Global Index</b>											
Gesamtwert	M	12.00	11.49	7.95	8.01	8.14	6.98	4.56	.001	.044	2 > 3,4,5,6
	SE	5.37	7.13	6.18	6.00	5.53	4.37				
Rastlos - Impulsiv	M	8.33	8.59	5.92	5.74	5.79	4.75	5.64	.001	.054	2 > 3,4,5,6
	SE	4.03	5.51	4.56	4.49	4.07	3.34				
Emotional Labil	M	3.67	2.90	2.03	2.27	2.35	2.23	1.97	.081	-	-
	SE	2.34	2.30	2.10	1.97	1.95	1.65				

<sup>10</sup> Ergebnisse werden hier nur deskriptiv berichtet. Aufgrund der geringen Fallzahl nicht in die interferenzstatistische Analyse mit eingeschlossen.

Tabelle 91

*Univariate Effekte des Bildungsstands des Vaters der Conners EC-Elternversion (Global Index)*

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 <sup>11</sup> (kein Abschluss) N = 7	2 (Hauptschule) N = 63	3 (Realschule) N = 89	4 (Abitur) N = 28	5 (Fachhochschule) N = 86	6 (Universität) N = 115					
<b>Conners Global Index</b>											
Gesamtwert	M	10.57	9.81	8.34	5.96	6.88	7.28	4.13	.001	.051	2 >4,5,6
	SE	4.31	6.10	6.00	3.79	5.58	5.08				
Rastlos - Impulsiv	M	7.00	7.29	6.10	3.89	4.88	5.12	5.00	.001	.062	2 >4,5,6
	SE	3.65	4.78	4.23	2.97	4.15	3.78				
Emotional Labil	M	3.57	2.52	2.24	2.07	2.00	2.16	1.44	.210	-	-
	SE	1.51	2.03	2.11	1.41	1.97	1.82				

<sup>11</sup> Ergebnisse werden hier nur deskriptiv berichtet. Aufgrund der geringen Fallzahl nicht in die interferenzstatistische Analyse mit eingeschlossen.

Tabelle 92

## Univariate Effekte des Bildungsstands der Mutter der Conners EC-Erzieherversion (Global Index)

Skala	Bildungsgrad						F(df)	P	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 <sup>12</sup> (kein Abschluss) N = 3	2 (Hauptschule) N = 34	3 (Realschule) N = 135	4 (Abitur) N = 75	5 (Fachhochschule) N = 80	6 (Universität) N = 123					
<b>Conners Global Index</b>											
Gesamtwert	M	0.33	8.79	6.44	4.92	6.46	4.45	5.17	.001	.055	2 > 4,6
	SE	0.58	6.73	5.49	5.75	6.02	4.51				
Rastlos - Impulsiv	M	0.00	5.97	4.56	3.36	4.26	2.94	5.16	.001	.055	2 > 4,6
	SE	0.00	4.62	4.19	4.03	4.34	3.12				
Emotional Labil	M	0.33	2.82	1.88	1.56	2.20	1.51	3.16	.008	.035	2 > 4,6
	SE	0.58	2.76	1.89	2.07	2.22	2.00				

<sup>12</sup> Ergebnisse werden hier nur deskriptiv berichtet. Aufgrund der geringen Fallzahl nicht in die interferenzstatistische Analyse mit eingeschlossen.

Tabelle 93

## Univariate Effekte des Bildungsstands des Vaters der Conners EC-Erziehverson (Global Index)

Skala	Bildungsgrad						F(df)	p	Partielles eta2	Sig. Paarvergleiche	
	1 <sup>13</sup> (kein Abschluss) N = 4	2 (Hauptschule) N = 55	3 (Realschule) N = 80	4 (Abitur) N = 28	5 (Fachhochschule) N = 80	6 (Universität) N = 104					
<b>Conners Global Index</b>											
Gesamtwert	M	3.75	7.65	5.93	3.71	5.26	4.37	4.65	.001	.063	2 < 4,5,6
	SE	4.11	7.44	5.65	5.18	4.14	4.46				
Rastlos - Impulsiv	M	2.00	5.35	3.88	2.46	3.66	2.85	5.21	.001	.071	2 < 4,5,6
	SE	2.45	5.19	4.10	3.84	3.05	3.18				
Emotional Labil	M	1.75	2.31	2.05	1.25	1.60	1.53	2.04	.073	-	-
	SE	1.71	2.80	2.05	1.97	1.73	1.87				

<sup>13</sup> Ergebnisse werden hier nur deskriptiv berichtet. Aufgrund der geringen Fallzahl nicht in die interferenzstatistische Analyse mit eingeschlossen.

## **Erklärung**

Ich versichere, dass ich meine Dissertation mit dem Titel:

„Die deutsche Adaptation der Conners Early Childhood Scales –

Ein Beitrag zur klinisch-psychologischen Diagnostik im Frühkindesalter“

selbständig, ohne erlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderen als der von mir ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe.

Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

Marburg, Januar 2019

Simon Harbarth