

Aus der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter

Direktor: Prof. Dr. med. habil. Michael Kölch

# **Multi-Informant-Strategien zur Bestimmung von Prävalenzen psychischer Störungen und ihre Abhängigkeit von der Urteilerperspektive**



*Inauguraldissertation*

*zur Erlangung des akademischen Grades*

*Doktor der Medizin*

*der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock*

*vorgelegt von*

*Thomas Beyer*

*geboren am 29.01.1985*

*in der Hansestadt Rostock*

*Rostock 2019*

**Dekan:** **Prof. Dr. med. Emil Christian Reisinger**

**1. Gutachter:** **Prof. Dr. med. Peter Kropp**

Universitätsmedizin Rostock  
Zentrum für Nervenheilkunde  
Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Gehlsheimer Straße 20  
18147 Rostock

**2. Gutachter:** **Prof. Dr. med. Jens Michael Langosch**

Evangelisches Krankenhaus Bethanien  
Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychosomatik und  
Psychotherapie  
Gützkower Landstraße 69  
17489 Greifswald

**3. Gutachter:** **PD Dr. phil. Olaf Reis**

Universitätsmedizin Rostock  
Zentrum für Nervenheilkunde  
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und  
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter  
Gehlsheimer Straße 20  
18147 Rostock

Tag der Einreichung: 10.12.2019

Tag der Verteidigung: 08.12.2020

Für Norma und Finn

*„O wad some Pow'r the giftie gie us  
To see oursels as ithers see us!“*

Übersetzt aus dem Schottischen:

And would some power give us the gift  
To see ourselves as others see us

— Robert Burns, “To a Louse,” stanza 8, anno 1786

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	1
1.1	Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter .....	1
1.1.1	Begriffsdefinitionen .....	2
1.2	Das Konzept der multimethodalen Diagnostik.....	4
<b>2</b>	<b>Theoretische Grundlagen</b> .....	5
2.1	Interviews in der Psychiatrie.....	5
2.2	Der Fragebogen als Erhebungsinstrument.....	6
2.3	Mehr-Informanten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	7
2.3.1	Auswahl der Urteiler .....	9
2.3.2	Die Charakteristika der drei Urteiler .....	9
2.3.2.1	Kinder als Urteilsobjekte .....	9
2.3.2.2	Kinder als (Selbst-)Urteiler .....	11
2.3.2.3	Eltern: Fremdauskunft Familie.....	12
2.3.2.4	Lehrer: Fremdauskunft Schule .....	13
2.3.3	Urteiler-Diskrepanzen - Ursachen und Mechanismen .....	14
2.3.4	Der Umgang mit Urteiler-Diskrepanzen.....	16
2.3.5	Kontext-bezogene Auswahl geeigneter Urteiler.....	19
2.4	Untersuchungen zur Urteilerübereinstimmung.....	20
2.5	Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter .....	23
2.6	Zielsetzung der Studie .....	25
2.6.1	Hypothesen.....	26
<b>3</b>	<b>Methodik</b> .....	27
3.1	Stichprobe und Datenerhebung .....	27
3.2	Messinstrumente.....	31
3.2.1	Der Strength and Difficulties Questionnaire .....	31
3.2.1.1	Entwicklung und Aufbau des SDQ .....	32
3.2.1.2	Der Anwendungsbereich des SDQ .....	34
3.3	Durchführung.....	35
3.3.1	Stichprobenziehungen unterschiedlicher Repräsentativitätsgrade ....	35
3.4	Durchgeführte Analysen .....	36
3.4.1	Prävalenzberechnungen .....	37
3.4.2	Intraklassenkorrelation .....	38
3.4.3	Varianzanalysen .....	40
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	42
4.1	Prävalenz psychischer Auffälligkeiten .....	42
4.1.1	Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten in Abhängigkeit von der Repräsentativität der Stichprobe .....	46
4.2	Urteilerübereinstimmungen mittels Intraklassenkorrelation.....	47
4.3	Varianzanalysen zu Mittelwertunterschieden .....	54
4.3.1	Skala internalisierende Probleme .....	54
4.3.1.1	Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter.....	54
4.3.1.2	Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht .....	55
4.3.1.3	Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp.....	56
4.3.2	Skala externalisierende Probleme.....	61

4.3.2.1	Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter .....	61
4.3.2.2	Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht .....	62
4.3.2.3	Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp.....	63
4.3.3	Skala Gesamtproblemwert .....	67
4.3.3.1	Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter .....	67
4.3.3.2	Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht .....	68
4.3.3.3	Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp.....	70
<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>75</b>
5.1	Diskussion der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten .....	75
5.1.1	Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit vom Alter .....	78
5.1.2	Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht .....	79
5.1.3	Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit vom besuchten Schultyp.....	80
5.1.4	Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit von der ..... Stichprobenrepräsentativität .....	82
5.2	Diskussion der Urteilerübereinstimmung in der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten .....	82
5.2.1	Urteilerunterschiede in Abhängigkeit vom Alter .....	84
5.2.2	Urteilerunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht .....	85
5.2.3	Urteilerunterschiede in Abhängigkeit vom besuchten Schultyp.....	86
5.3	Diskussion der Varianzanalysen zu Mittelwert-unterschieden.....	86
5.3.1	Einflussfaktor ‚Alter‘ .....	86
5.3.2	Einflussfaktor ‚Geschlecht‘ .....	88
5.3.3	Einflussfaktor ‚besuchter Schultyp‘ .....	89
5.3.4	Einflussfaktor ‚Urteilerperspektive‘ .....	90
5.4	Diskussion des Prinzips der Mehr-Informanten .....	91
5.5	Ausblick .....	94
5.6	Limitierungen der Arbeit.....	96
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>97</b>
<b>7</b>	<b>Thesen dieser Arbeit</b> .....	<b>100</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>101</b>
<b>9</b>	<b>Appendix</b> .....	<b>130</b>

## Liste der Abkürzungen

ASEBA	Achenbach System of Empirically Based Assessment; Fragebogensammlung
CBCL	Child Behavior Checklist
DALY	behinderungsbereinigtes Lebensjahr, engl. Disability-Adjusted Life Year
df	Freiheitsgrade (von degree of freedom, engl. für Freiheitsgrad)
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (V, aber auch I, II, III-R stehen für die jeweiligen Auflagen)
EMBU	Fragebogen „Meine Erinnerung an die Erziehung“, schwedisch: „Egna Minnen Beträffande Uppfostran“
F-Wert	Ergebnis des F-Tests, zur Überprüfung ob zwei Stichproben aus untersch. Populationen sich in ihrer Varianz sign. unterscheiden
EU	Europäischen Union
$\eta^2_{\text{part}}$	Partielles Eta-Quadrat: Effektstärkemaß; Varianzaufklärung durch den Einflussfaktor
ICC	Intraklassenkorrelation, engl. Intra-Class-Correlation
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10 steht für die aktuelle Version)
JTCI-12-18 R	Fragebogen für 12- bis 18-Jährige, engl. Junior Temperament und Charakter Inventar
KI <sub>95 %</sub>	95 % Konfidenzintervall
K	Cohens Kappa
MeSH-term	Medical Subjects Headings, Schlagworte in der Sprache der amerikanischen Nationalbibliothek für Medizin
p	Signifikanzwert (p-value von probability, engl. für Wahrscheinlichkeit)
r	Korrelationskoeffizient nach Pearson
rs	Korrelationskoeffizient nach Spearman
SD	Standardabweichung, engl. Standard Deviation
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TRF	Teacher's Report Form
UN	Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation, engl. World Health Organization
YLD	mit Krankheit/Behinderung gelebte Lebensjahre, engl. Years lived with Disease/Disability
YLL	durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre, engl. Years of Life lost
YSR	Youth Self Report

## Verzeichnis der Tabellen

<b>Tabelle 1:</b>	Rangfolge geeigneter Urteiler zu psychischen Störungen .....	20
<b>Tabelle 2:</b>	Untersuchungen zur Urteilerübereinstimmung unter Verwendung der ICC .....	23
<b>Tabelle 3:</b>	Stand der Forschung im nationalen Vergleich .....	24
<b>Tabelle 4:</b>	Teilnehmende Schulen .....	27
<b>Tabelle 5:</b>	Zusammensetzung der Stichprobe .....	29
<b>Tabelle 6:</b>	Repräsentative Teilstichproben .....	36
<b>Tabelle 7:</b>	Prävalenzen insgesamt .....	42
<b>Tabelle 8:</b>	Prävalenzen nach Altersgruppe.....	43
<b>Tabelle 9:</b>	Prävalenzen nach Geschlecht des Kindes .....	44
<b>Tabelle 10:</b>	Prävalenzen nach besuchtem Schultyp .....	45
<b>Tabelle 11:</b>	Signifikanztests der Prävalenzen in Abhängigkeit von der Repräsentativität .....	46
<b>Tabelle 12:</b>	Urteilerübereinstimmungen insgesamt .....	47
<b>Tabelle 13:</b>	Urteilerübereinstimmung nach Altersgruppe .....	49
<b>Tabelle 14:</b>	Urteilerübereinstimmung nach Geschlecht des Kindes .....	51
<b>Tabelle 15:</b>	Urteilerübereinstimmung nach besuchtem Schultyp .....	53
<b>Tabelle 16:</b>	Prävalenzen im nationalen und internationalen Vergleich .....	76

# Verzeichnis der Abbildungen

<b>Diagramm 1:</b> Sch÷lerverteilung in der Stichprobe und Grundgesamtheit .....	30
<b>Diagramm 2:</b> Profildigramm der MW entsprechend der Altersgruppe .....	54
<b>Diagramm 3:</b> Profildigramm der MW entsprechend des Geschlechts .....	55
<b>Diagramm 4:</b> Profildigramm der MW entsprechend des besuchten Schultyps .....	57
<b>Diagramm 5:</b> Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Jung .....	58
<b>Diagramm 6:</b> Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Alt .....	58
<b>Diagramm 7:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Altersgruppe - Jung .....	59
<b>Diagramm 8:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Altersgruppe - Alt .....	59
<b>Diagramm 9:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Geschlecht - Jungen .....	60
<b>Diagramm 10:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Geschlecht - Mädchen .....	60
<b>Diagramm 11:</b> Profildigramm der MW entsprechend der Altersgruppe .....	61
<b>Diagramm 12:</b> Profildigramm der MW entsprechend des Geschlechts.....	62
<b>Diagramm 13:</b> Profildigramm der MW entsprechend des besuchten Schultyps .....	63
<b>Diagramm 14:</b> Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Jung .....	64
<b>Diagramm 15:</b> Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Alt .....	65
<b>Diagramm 16:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Altersgruppe - Jung .....	65
<b>Diagramm 17:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Altersgruppe - Alt .....	66
<b>Diagramm 18:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Geschlecht - Jungen .....	66
<b>Diagramm 19:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Geschlecht - Mädchen .....	67
<b>Diagramm 20:</b> Profildigramm der MW entsprechend der Altersgruppe .....	68
<b>Diagramm 21:</b> Profildigramm der MW entsprechend des Geschlechts.....	69
<b>Diagramm 22:</b> Profildigramm der MW entsprechend des besuchten Schultyps .....	70
<b>Diagramm 23:</b> Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Jung .....	71
<b>Diagramm 24:</b> Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Alt .....	72
<b>Diagramm 25:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Altersgruppe - Jung .....	72
<b>Diagramm 26:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Altersgruppe - Alt .....	73
<b>Diagramm 27:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Geschlecht - Jungen .....	73
<b>Diagramm 28:</b> Abhängigkeit von besuchttem Schultyp und Geschlecht - Mädchen .....	74

# 1 Einleitung

## 1.1 Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter

Die überwiegende Mehrzahl aller psychischen Erkrankungen treten bei den meisten Betroffenen bereits in der Kindheit, dem Jugendalter und im jungen Erwachsenenalter erstmals in Erscheinung (Karow et al., 2013). Das Risiko, in jungen Jahren chronisch psychisch zu erkranken mit Störungen, die bis weit ins Erwachsenenalter persistieren, ist dabei mehrfach belegt (Leadbeater et al., 2012; Reef et al., 2011). Etwa die Hälfte aller über die gesamte Lebenszeit auftretenden psychischen Erkrankungen manifestiert sich bis zum 14. Lebensjahr, weitere 30 % bis zum 17. Lebensjahr (Lambert et al., 2013).

Neben dem erschwerten Etablieren sozialer Bindungen sowie dem Erreichen beruflichen Erfolgs, vermindern psychische Erkrankungen in jungen Jahren zudem erheblich die persönliche, mit körperlicher Gesundheit einhergehende Lebensqualität (Mattejat et al., 2003; Prince et al., 2007; Bullinger et al., 2008; Nelson et al., 2004). Anhand von Daten der „WHO 2004 Global Burden of Disease“ Studie verdeutlichen Gore et al. (2011) die besondere Krankheitslast durch psychische Erkrankungen bei 10- bis 24-Jährigen. Diese Krankheitslast wird hierbei als sogenannte Disability Adjusted Life-Years (DALYs, „Verlust eines Jahres mit Gesundheit“) angegeben, welche sich aus einem „Verlust von Jahren aufgrund einer krankheitsbedingten frühen Mortalität“ (YLLs) und „Lebensjahre mit Behinderung für Inzidenzfälle einer bestimmten Erkrankung oder Verletzung“ (YLDs) ergibt. Dabei wird deutlich, dass über die gesamte Lebensspanne eines Einzelnen 15,5 % aller DALYs durch Erkrankungen im Alter von 10 bis 24 Jahren verursacht werden. Innerhalb dieser 15,5 % sind dabei psychische Störungen mit 45 % aller YLDs die mit Abstand häufigste Ursache. Psychische Erkrankungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen führen somit nachweislich zu einem substanziellen „Verlust von Jahren mit Gesundheit“, wodurch sich neben dem persönlichen Leidensdruck der Betroffenen auch ein gesamtgesellschaftliches Gesundheitsproblem mit direkten und indirekten Kosten ergibt (Karow et al., 2013; Gore et al., 2011; Kawakami et al., 2012). Unter Berücksichtigung der gesamten Gesundheitsausgaben sind die psychischen Erkrankungen in Deutschland die drittteuerste Krankheitsgruppe. So kostete die Behandlung psychischer Erkrankungen im Jahr 2008 28,7 Milliarden Euro, was 11,3 % der bundesweiten Gesundheitsaus-

gaben entsprach. Im gleichen Jahr kam es in Deutschland durch psychische Erkrankungen zu Produktivitätsausfällen von 763.000 verlorenen Erwerbstätigkeits-Jahren – das kommt 17,9 % aller Produktivitätsverlusten gleich, die durch Morbidität und Mortalität verursacht wurden (Karow et al., 2013; Gustavsson et al., 2011; Wittchen et al., 2011; Olesen et al., 2012).

Gerade der frühe Beginn einer psychischen Störung innerhalb der ersten zwei Lebensjahre zehnte „ist mit verminderter sozialer, kognitiver und verhaltensbezogener Entwicklung verbunden“ (Karow et al., 2013, Seite 630) und führt zu Einbußen des Wohlbefindens bzw. Beeinträchtigungen der Lebensqualität (Rajmil et al., 2009; Erhart et al., 2009; Ravens-Sieberer et al., 2008b). Rajmil et al. (2009) erbringen darüber hinaus Hinweise für einen protektiven Effekt einer guten psychischen Gesundheit im Jugendalter auf die Lebensqualität.

In Anbetracht der immensen Bedeutung der psychischen Gesundheit für die normale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in unserer Gesellschaft bedarf es ausführlicher epidemiologischer Erhebungen, die essentiell für die Steuerung zukünftiger Forschungsschwerpunkte, die Bereitstellung nötiger Ressourcen und die Planung von Interventionsprogrammen sind (Ravens-Sieberer et al., 2002; Costello et al., 1993).

Eine solche Erhebung epidemiologischer Daten ist bei psychischen Erkrankungen auf die subjektive Beurteilung sowohl der Betroffenen als auch außenstehender Personen angewiesen. Hierbei ergeben sich im Umgang mit den verschiedenen Urteilerperspektiven Besonderheiten und Schwierigkeiten, mit denen sich diese Arbeit im Folgenden beschäftigen wird.

### **1.1.1 Begriffsdefinitionen**

Anders als der Begriff „psychische Krankheit“ versucht der Ausdruck „psychische Auffälligkeit“, mehr noch als „psychische Störung“, Stigmatisierungen zu reduzieren, sich vom medizinischen Krankheitsmodell abzugrenzen und eine größere konzeptuelle Offenheit herzustellen (Wittchen & Hoyer, 2011). Diese Begrifflichkeiten enthalten einige Probleme, die im Folgenden diskutiert werden.

Im Kindes- und Jugendalter spricht man dann von einer psychischen Störung, „wenn das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt“ (Steinhausen, 2016; Seite 23). Im klinischen Alltag wird versucht, hierzu eine geeignete Diagnose abzubilden. Dazu werden auf Grundlage spezifischer Kriterien (ICD-10 (WHO, 1992) und DSM-V (American Psychiatric Association, 2013)) beob-

achtete Symptomkomplexe diagnostischen Kategorien zugeordnet. Das hierbei zugrundeliegende kategoriale Klassifikationsmodell beschreibt klar voneinander abgrenzbare Krankheiten in diagnostischen Klassen mit in der Regel einheitlicher Symptomatik, Ursache, Verlauf und Prognose. Der krankheitsfreie Normalzustand kann hiervon eindeutig unterschieden werden und psychische Störungen definieren sich nach diesem Modell als „klar voneinander abgegrenzte, diskrete Einheiten“ (Steinhausen, 2016; Seite 26).

Im Alltag stellt sich jedoch ein viel mehr fließender Übergang zwischen „krank“ und „gesund“ sowie zwischen „normal“ und „abnormal“ dar. Bei der Bewertung eines Phänomens als psychische Auffälligkeit oder Störung spielen dabei immer auch unterschiedliche Normen eine entscheidende Rolle (Van Roy et al., 2008). Soziale Normen definieren erst durch ihre Existenz das von ihnen abweichende Verhalten als „abnorm“ und beziehen dabei oft auch Hypothesen zur Adäquanz eines (auffälligen) Verhaltens in Bezug zu begleitenden Lebensumständen und das Lebensalter mit ein (Steinhausen, 2016). Auch statistische Normen spielen in der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten eine Rolle, da sich auf ihrer Grundlage sowohl Ausprägung als auch Schweregrad eines Verhaltens erst als ungewöhnlich beurteilen lassen (Wille, 2012; Wittchen & Hoyer, 2011; Steinhausen, 2016). Durch die Abhängigkeit der Bewertungsmaßstäbe vom spezifischen soziokulturellen Kontext ist es wiederum möglich, dass die gleiche beobachtete Symptomatik zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen hinsichtlich ihrer Störungswertigkeit führt (Steinhausen, 2016; Canino & Alegría, 2008).

Eine gesonderte Herausforderung stellt in populationsbezogenen epidemiologischen Studien zudem die Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit einem empfundenen Leidensdruck dar. Anders als in einem klinischen Kontext (Setting) sollte bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung nicht vorausgesetzt werden, dass ein (zumindest leichter) Leidensdruck vorhanden ist (Costello & Angold, 2006). Die mit der Beurteilung „psychischer Auffälligkeiten/Störungen“ implizierten normativen und statistischen Bewertungen führen somit zu einer gewissen Unschärfe der Begrifflichkeiten (Costello & Angold, 2006).

Darüber hinaus stellt die Abgrenzung von den Begrifflichkeiten „Kind“ und „Jugendlicher“ ein Problem dar. Auch wenn sich das Jugendalter durch spezifische Entwicklungsaufgaben von der Kindheit unterscheidet, findet sich doch nur schwerlich eine definierte trennende Alters-

grenze und es kommt im Allgemeinen zu einem sehr uneinheitlichen Gebrauch der beiden Bezeichnungen.

So klassifiziert die WHO (WHO. Regional Office for Europe, 2008) 5- bis 9-Jährige als ältere Kinder und 10- bis 19-Jährige als Jugendliche, wohingegen sich der Pubmed MeSH-term (Medical Subjects Headings) „children“ auf 6- bis 12-Jährige und „adolescent“ auf 13- bis 18-jährige Personen bezieht. Wiederum andere Unterteilungen finden sich in Publikationen der Vereinten Nationen (UN) oder Europäischen Union (EU) (Wille, 2012). Entsprechend gibt auch die Jugendforschung an, dass ihr Forschungsgegenstand „nichts naturhaft Vorgegebenes“ (Griese & Mansel, 2003, Seite 185) sei, sondern historisch und gesellschaftlich variere (Wille, 2012; Patel et al., 2007; Coleman, 2010).

Die Begrifflichkeiten „psychische Auffälligkeit“ und „psychische Störung“ sowie „Kind“ und „Jugendlicher“ werden in Bezug auf diese Arbeit, soweit nicht anders ausgewiesen, deshalb einfachheitshalber äquivalent genutzt.

## **1.2 Das Konzept der multimethodalen Diagnostik**

Psychische Störungen sind nicht nur, aber besonders auch im Kindes- und Jugendalter eine komplex zu erfassende Größe, welche in der Psychologie und Psychiatrie im Regelfall über ein multimodales Vorgehen diagnostiziert wird (Stieglitz, 2008, Hill & Lambert, 2004) welches in den Leitlinien zur Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter internationaler und nationaler Fachgesellschaften fest verankert ist (Döpfner & Petermann, 2012). Im Konzept der multimethodalen Diagnostik bedarf es nach Baumann & Stieglitz (2008) für eine umfängliche Beurteilung der Betrachtung der folgenden Aspekte:

- Datenebenen (somatische, psychische, ökologische und soziale Ebene)
- Datenquellen (Art des Informationsgebers)
- Untersuchungsverfahren (z. B. Verhaltensbeobachtung, Diagnostisches Interview, Leistungstests, Fragebögen, Selbst- und Fremdbeobachtung, Intelligenztests etc.)
- Lebensqualität und Funktionsfähigkeit im Alltag (z. B. Erhöhung der Lebensqualität, (Wieder-)findung individueller Lebensziele und deren Umsetzung)

Hierbei ergeben sich unterschiedliche Relationen der verschiedenen Modalitäten untereinander. Die Redundanz<sup>1</sup> verschiedener Datenebenen wird gemeinhin abgelehnt, da somatische und psychische Daten beispielsweise nicht durch einander ersetzbar sind (Baumann & Stieglitz, 2008). Anders verhält es sich bei verschiedenen Datenquellen, da nicht immer mehrere Datenquellen zur Verfügung stehen und insbesondere eine Selbstbeurteilung nicht regelmäßig vorliegt. Ob und in welchen Fällen hierbei eine Redundanz vorliegen könnte bzw. ein Informationsverlust resultiert, ist ebenso Bestandteil dieser Arbeit, wie die Betrachtung der Beurteilungen von unterschiedlichen Datenquellen (Elternurteile, Lehrerurteile, Selbsteinschätzungen der Kinder) als wichtigen Bestandteil des Konzeptes der multimethodalen Diagnostik, ihren Vorteilen und Schwierigkeiten und einem geeigneten Umgang mit verschiedenen Multi-Informant-Strategien.

## **2 Theoretische Grundlagen**

### **2.1 Interviews in der Psychiatrie**

Die diagnostische Aufgabe in der psychiatrischen Epidemiologie ist es, Prävalenzen von Psychopathologien in einer möglichst repräsentativen Stichprobe zu ermitteln. Hierzu bedient man sich in der psychiatrischen Forschung üblicherweise des direkten klinisch-diagnostischen Interviews (Petermann, 2005). Können die Probanden in einem solchen Interview nicht direkt befragt werden, ist es möglich, geeignete externe Informanten hinzuzuziehen. Erhebungsinstrumente, wie das „Composite International Diagnostic Interview (CIDI)“ (Wittchen et al., 1991), das „Diagnostische Interview psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter“ (Strauß & Schumacher, 2004) oder „The diagnostic interview schedule for children (DISC)“ (Shaffer et al., 2004), sind bekannte Beispiele für strukturierte Interviews. Die Fragen sind hierbei standardisiert, um sowohl die Diversität der herangezogenen Kriterien als auch der gewonnenen Informationen zu minimieren und so die Reliabilität zu verbessern und einen Vergleich zwischen verschiedenen Teilnehmern oder Studien zu ermöglichen (Becker et al., 2004).

---

<sup>1</sup> Informationsgehalt einer Nachricht, der überflüssig ist, weil er keine zusätzlichen neuen Informationen enthält. (Brockhaus Lexikon: 19. Auflage; Mannheim).

## 2.2 Der Fragebogen als Erhebungsinstrument

Obgleich das psychodiagnostische Interview zur Prävalenz-Erhebung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter etabliert und anerkannt ist, bedingt eine aussagekräftige und repräsentative Studie doch meist eine Kohortengröße, die einer adäquaten Durchführung aus infrastrukturellen, ökonomischen und zeitlichen Gesichtspunkten widerspricht. Gerade bei großen Kohorten und einer Multi-Informant-Strategie stößt das klinisch-diagnostische Interview als Screening-Instrument schnell an seine Grenzen.

Neben dem immensen personellen und logistischen Aufwand, den eine große Anzahl an Informanten nach sich zieht und der hohe Grad an Erfahrung, der von geschulten Interviewern gefordert wird, sind es vor allem auch inhaltliche und formelle Schwierigkeiten, die sich zwangsläufig ergeben. Sollte beispielsweise ein und derselbe Interviewer mehrere Informanten befragen, könnte das Wissen um Aussagen aus vorangegangenen Befragungen noch folgende in ihrer Beurteilung beeinflussen (Reich & Earls, 1987).

Als systematischer und weit weniger kostenintensiv haben sich in der jüngeren Vergangenheit Fragebögen erwiesen, die gezielt psychische Auffälligkeiten erfragen (Steinhausen, 2016).

Die dimensionale Erfassung mittels Fragebögen ermöglicht neben der effizienten Datenerhebung auch die Einteilung in spezifische Symptome/Symptomkomplexe sowie die Analyse verschiedener Schweregrade. Insbesondere „die hohe Zuverlässigkeit der Erfassung sowie die mit ihrer Deskriptivität einhergehende Unabhängigkeit von ätiologischen Annahmen“ (Wille, 2012) stellen Vorteile dieses Verfahrens dar (Hartman et al., 2001). Trotz dieser Vorteile ist hierbei zu bedenken, dass der Fragebogen kein klinisches Urteil ersetzen kann (Achenbach et al., 2008; Bird, 1996) und eine Fremdbeurteilung mittels Fragebogen immer voraussetzt, dass der Informant den zu Beurteilenden sehr gut kennt (Costello & Angold, 2006). Vergegenwärtigt man sich diese methodischen Einschränkungen, kann durch die Standardisierung von Fragebögen eine Beaufsichtigung der Erhebung auch durch Laien-Personal stattfinden und die Ergebnisse computergestützt normiert eruiert werden.

In der Kinder-und Jugendpsychiatrie bestehen solche Fragebögen meist aus getrennten, aber zueinander äquivalenten Versionen, die für die Kinder und Jugendlichen, ihre Eltern, ihre Lehrer, Erzieher oder anderes beaufsichtigendes Personal, die unabhängig voneinander die gleichen diagnostischen Kriterien erfragen.

## 2.3 Mehr-Informanten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bislang ist es leider nicht möglich, psychische Störungen, sowohl von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen, über einen definitiven, einfachen und kosteneffektiven, biologischen oder Verhaltens-beurteilenden Marker sicher zu identifizieren (American Psychiatric Association, 2000).

Somit stellen Mess-Strategien, welche multiple Ausprägungen eines bestimmten Verhaltens oder Konstruktes zu erfassen versuchen, eine Hauptstütze der evidenz-basierten Beurteilung psychischer Störungen in der klinischen Forschung (wie epidemiologischen Erhebungen) und Praxis dar (Hunsley & Mash, 2007). Ein Schlüsselfaktor der psychopathologischen Beurteilung von Kindern betrifft hierbei die Einschätzungen von mehreren unterschiedlichen Informanten (Mash & Hunsley, 2005a). Hierbei gilt der Multi-Informant und multimodale Ansatz (siehe Abschnitt 1.2 *Das Konzept der multimethodalen Diagnostik*, Seite 4) in aller Regel als die beste Methode (De Los Reyes & Kazdin, 2004; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Verhulst et al., 1997; Mash & Hunsley, 2005b).

Die Grenzen zwischen „normal“ und „abnormal“ im Hinblick auf die menschliche Psyche sind fließend und erlauben keine starre Einordnung. Eine psychiatrische Beurteilung ist folglich komplex und fehleranfällig. Aus diesem Grund ist das Prinzip der Mehr-Informanten seit langem ein häufig genutztes Mittel, da die Auswertung mehrerer Quellen verlässlichere Aussagen erwarten lässt (Achenbach et al., 1987). Fremdurteile bilden in der Diagnostik und Einschätzung von Psychopathologien im Kindes- und Jugendalter auch daher einen elementaren Bestandteil, weil angenommen wird, dass die Fähigkeit zur Selbstreflexion üblicherweise erst mit fortgeschrittenem Jugendalter entwickelt wird (Eiser & Morse, 2001; Wallander et al., 2001; siehe hierzu auch Seite 11 ff). Arbeiten von Edelbrock et al. (1985) sowie Breton et al. (1995) stellen darüber hinaus in Frage, ob Kinder vor allem jüngeren Alters überhaupt in der Lage sind, alle ihnen gestellten Fragen vollumfänglich zu verstehen. Achenbach & Edelbrock (1978) sehen auch deshalb die Interviews von externen Urteilsquellen denen der Selbstaussage als überlegen an, erklären ihr Zurateziehen jedoch zumindest als ergänzend nötig. Zusätzlich spielen die Informationen externer Urteilsquellen auch eine wichtige Rolle in der Therapieentscheidung (Annett et al., 2003; Matza et al., 2004) und in der Beurteilung des klinischen Verlaufs (le Coq et al., 2000).

Trotz allem empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1993), die Wahrnehmung ihrer individuellen Lebensqualität von den Kindern direkt zu erheben, zumal sich die Selbstberichte im Erfassen leichter emotionaler Störungen und von Verhaltensproblemen sensitiver zeigen, als die Elternberichte dies vermögen (Becker et al., 2004; Van Roy et al., 2010). Auch wenn die Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Informanten häufig nur sehr gering ist, werden doch Aussagen zu unterschiedlichen Aspekten von Psyche und Verhalten des Probanden für eine Beurteilung bereitgestellt, auf die nicht verzichtet werden kann bzw. sollte. So lassen sich bestimmte psychische Auffälligkeiten (bspw. im Sozialverhalten) erst durch zusätzliche Urteiler oder die Kombination der Einschätzung von mehreren Urteilern erfassen/belegen (Kaufman et al., 1994). Bestimmte Beurteilungen (bspw. zu hyperaktiven Störungen) erfordern gar die Beteiligung mehrerer Urteiler, da diagnostische Kriterien sich in unterschiedlichen Kontexten bestätigen müssen, wie beispielsweise im elterlichen Zuhause und in der Schule. Die grundsätzliche Notwendigkeit mehrerer Urteilsquellen erfährt ihre Gewichtung also auch durch den zu erfassenden Teilaspekt einer möglichen psychischen Auffälligkeit. Für psychiatrische und psychologische Erhebungen zu emotionalen, sozialen und Verhaltens-Charakteristika wird das Einholen von mehreren Urteilen hierbei als die methodisch geeignetste Form der Beurteilung angesehen (Achenbach et al., 1987; Achenbach et al., 2005; Renk, 2005).

Weiterhin konnte belegt werden, dass ein Zurateziehen mehrerer Urteiler die Spezifität<sup>1</sup> der festzustellenden psychischen Auffälligkeiten erhöht (Stone et al., 2010; Goodman, 2000; Goodman et al., 2004; Renk, 2005) und die Bestimmung einer kombinierten Auffälligkeit (bedeutet, mindestens ein Fremdurteiler gibt Auffälligkeit an) sich als akkurate Screening-Methode mit hoher Sensitivität<sup>2</sup> erwiesen hat (Johnson et al., 2014; Goodman, 2000; Goodman et al., 2004).

Zusammenfassend verdeutlichen bisherige Arbeiten zu dieser Thematik: Mehr-Informanten-Strategien verbessern signifikant die Vorhersage von Psychopathologien, sowohl beim Einzelnen als auch im Screening von Bevölkerungsgruppen (Johnson et al., 2014). Die Multi-Informant-Strategie wird zur umfassenden Beurteilung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen empfohlen (Eiser & Morse, 2001; Van Roy et al., 2010).

---

1 Der Anteil der korrekt beurteilten Kinder, die die festzustellende psych. Auffälligkeit nicht aufweisen.

2 Der Anteil der korrekt beurteilten Kinder, die die festzustellende psych. Auffälligkeit aufweisen.

### **2.3.1 Auswahl der Urteiler**

Nach Kraemer et al. (2003) sind Urteile zu psychischen Auffälligkeiten nicht nur Beurteilungen offensichtlicher Charakteristika, sondern in hohem Maße beeinflusst vom situativen Kontext während der Beobachtung und zudem die spezifische Perspektive des jeweiligen Informanten. Das elterliche Zuhause und die Schule stellen für Kinder bedeutende soziale und situative Kontexte dar. Hierbei stellen die Selbsteinschätzung und die Fremdbeurteilung durch Außenstehende wichtige Urteilsperspektiven dar. Um auf Grundlage dieser Komponenten valide Urteile zu erhalten ist es wichtig, Urteiler auszuwählen, die in einem der Aspekte voneinander abweichen, während sie in dem anderen einander gleichen. Beispielsweise differieren Eltern und Lehrer als Urteiler unstrittig im situativen Kontext (Zuhause vs. Schule), während sie beide außenstehende Beobachter sind. Kinder hingegen unterscheiden sich am deutlichsten in ihrer Urteils-Perspektive. Die Urteile von Eltern, Lehrern und Kindern sind somit gut geeignet, verschiedene Kontexte und Perspektiven unabhängig von offensichtlichen Charakteristika darzustellen (Kraemer et al., 2003).

### **2.3.2 Die Charakteristika der drei Urteiler**

Vornehmlich die Besonderheiten und Charakteristika von Kindern und Eltern als Urteiler von psychischen Auffälligkeiten sind gut untersucht. Zu Lehrern in dieser Funktion gibt es dagegen weniger Daten.

Es gibt mehrere Charakteristika der Informanten, die einen Einfluss auf die Beurteilung psychischer Auffälligkeiten haben können (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Die wichtigsten seien im Folgenden kurz vorgestellt:

#### **2.3.2.1 Kinder als Urteilsobjekte**

*Alter:*

Eine große, vielfach zitierte Metaanalyse von Achenbach et al., 1987 zeigt, dass die durchschnittliche Übereinstimmung der Informanten größer ist bei der Beurteilung von 6- bis 11-jährigen Kindern als bei Jugendlichen zwischen 12 und 19 Jahren. Hierbei nehmen die Autoren an, dass das Verhalten junger Kinder einfacher zu beobachten ist bzw. dass ihr Verhalten über unterschiedliche Kontexte hinweg konstanter ausgeprägt ist als jenes älterer Kinder. Ein weiterer Grund, warum eine Verhaltensbeobachtung sich bei jüngeren Kindern wiederum ein-

facher gestaltet, liegt darin, dass diese in den beobachteten Situationen ein geringeres Verhaltensrepertoire zeigen und sich häufiger in relationalen Situationen zu Erwachsenen und nicht mit Gleichaltrigen oder gar Jüngeren befinden. Je jünger das Kind ist, desto weniger variabel sind auch die Situationen, in denen es sich befindet. Ältere Kinder und Jugendliche hingegen beteiligen sich an weniger häufig beobachtbaren Aktivitäten, z. B. im Freundeskreis außerhalb des elterlichen Zuhauses oder in der Schule (De Los Reyes & Kazdin, 2005).

Interessanterweise gibt es auch verschiedene Studien, die hierbei keine Altersunterschiede nachweisen können (Choudhury et al., 2003; Engel et al., 1994; Jensen et al., 1988a; Kolko & Kazdin, 1993; Verhulst et al., 1987) bzw. eine größere Übereinstimmung in höheren Altersgruppen beschreiben (Grills & Ollendick, 2003). Viele dieser widersprüchlichen Ergebnisse sind damit begründet, wie die Stichproben zusammengesetzt waren (Kohorte aus einem klinischen (z. B. Kinder- und Jugend-Psychiatrie, Tagesklinik, Heim) und nicht-klinischen Setting (z. B. Schule, elterliches Zuhause)). So sind die etwas uneinheitlichen Untersuchungsergebnisse zur Korrelation des Kindesalters in Bezug auf Urteilerübereinstimmungen auch inkonsistenter Untersuchungsmethoden (klinische Interviews vs. (unterschiedliche) Fragebögen) geschuldet.

#### *Geschlecht:*

Auch die Möglichkeit einer Abhängigkeit von Urteilerübereinstimmungen und dem Geschlecht des zu beurteilenden Kindes wurde untersucht. Die Ergebnisse hierzu sind über alle Studien jedoch eher uneinheitlich und ohne sicheren Nachweis einer Abhängigkeit (z. B. Achenbach et al., 1987, Grigorenko et al., 2010, van der Ende & Verhulst, 2005). Zusammenfassend wird von van der Ende & Verhulst (2005) angenommen, dass das Geschlecht des zu beurteilenden Kindes keinen signifikanten Zusammenhang mit der Urteilerübereinstimmung aufweist, in bestimmten Stichproben jedoch trotzdem zum Tragen kommen kann.

#### *Ethnie:*

Nur wenige der Studien, die sich damit beschäftigen, welche Urteiler-Charakteristika einen Einfluss auf die Beurteilung psychischer Auffälligkeiten haben könnten, befassen sich mit der Ethnie als möglicher Einflussfaktor. Die meisten dieser Studien zeigen, dass es größere Urteiler-Diskrepanzen gibt, wenn weiße Lehrer afroamerikanische Kinder beurteilen, als dies bei euroamerikanischen der Fall ist (Kaufman et al., 1980; Wachtel et al., 1994; Walton et al., 1999;

Youngstrom et al., 2000). Eine Studie, die sich mit der Urteilerübereinstimmung von Müttern und Vätern befasste, findet hingegen keinen Einfluss der Ethnie (Duhig et al., 2000). Insgesamt ist der tatsächliche Einfluss der Ethnie insbesondere im Verhältnis zu den übrigen Charakteristika nicht vollständig geklärt (De Los Reyes & Kazdin, 2005).

#### *Art des Problems:*

Diskrepanzen in der Urteilerübereinstimmung bezüglich der Art der psychischen Auffälligkeit wurden als Vergleich zwischen internalisierenden und externalisierenden Störungen in zwei Metaanalysen untersucht. Es wurde ein höheres Maß an Urteilerübereinstimmungen bei Kindern mit externalisierenden verglichen mit internalisierenden Auffälligkeiten deutlich (Achenbach et al., 1987; Duhig et al., 2000). Die Ursache hierfür ist damit begründet, dass ein gleichsames Urteil bei gut zu beobachtendem Verhalten (externalisierend) eher wahrscheinlich ist als bei weniger gut zu beobachtendem Verhalten (internalisierend). Auch auf der Ebene spezifischer Störungen (z. B. Angststörungen; Comer & Kendall, 2004) wird eine größere Urteilerübereinstimmung für direkt beobachtbare Symptome belegt als jene für nur indirekt zu beurteilende Störungen. *Zusammenfassend zeigen sich mit steigender Beobachtbarkeit von Problemverhalten auch steigende Urteilerübereinstimmungen.*

### **2.3.2.2 Kinder als (Selbst-)Urteiler**

#### *Problembelastung:*

Eine Charakteristik, die im Hinblick auf Urteilerübereinstimmungen von Bedeutung ist, ist die vom Kind selbst wahrgenommene Problembelastung. Phares & Compas (1990) zeigen, dass das Selbsturteil zu emotionalen und Verhaltensproblemen häufig nicht mit einer hieraus möglichen Problembelastung einhergeht. Darüber wird festgestellt, dass, selbst wenn Kinder, Eltern und Lehrer in ihren Urteilen darüber einig sind, dass ein emotionales oder Verhaltensproblem besteht, Kinder signifikant seltener eine Veränderung wünschen als die beiden anderen Urteiler (Phares & Danforth, 1994). So könnte ein Grund für Urteiler-Diskrepanzen sein, dass Kinder ihr (auffälliges) Verhalten nicht notwendigerweise als problematisch ansehen. Kinder erkennen eigene psychische Störungen möglicherweise nicht, wenn sie zu keiner Problembelastung führen oder sie verneinen deren Existenz, wenn sie der Meinung sind, dass sie keiner Behandlung bedürfen (De Los Reyes & Kazdin, 2005). So beruhen Diskrepanzen in der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mögli-

cherweise auch in Diskrepanzen darüber, ob die wahrgenommenen Störungen eine Problembelastung darstellen oder überhaupt abnormal (in der Definition der Erwachsenen) sind (De Los Reyes & Kazdin, 2005).

#### *Simulations<sup>1</sup>- und Dissimulationstendenzen<sup>2</sup>*

Fragebogenverfahren sind in der Erfassung psychischer Störungen besonders anfällig für Simulations- und Dissimulationstendenzen (Kraemer et al., 2003). Insbesondere im Erfassen aggressiver oder hyperkinetischer Auffälligkeiten sind Dissimulationstendenzen im Selbsturteil von Kindern und Jugendlichen wirksam (Döpfner & Petermann, 2012). Fühlen sich Kinder durch bestimmte Probleme besonders belastet, neigen sie, ebenso wie von diesen Problemen beeinträchtigte Fremdurteiler, zudem dazu diese Probleme zu aggravierern (Simulationstendenz) (Döpfner & Petermann, 2012).

#### *Ort der Befragung:*

Ein bisher möglicherweise unterschätzter Einflussfaktor auf das Ergebnis von Selbstauskünften durch Kinder und Jugendliche scheint die jeweilige Befragungssituation zu sein. So stellen Prüß et al. (2005) heraus, dass Schulbefragungen „systematisch zu einem deutlich höheren Niveau der Prävalenzen von Symptomen als Haushaltsbefragungen“ führen. Ursächlich hierfür sind womöglich deutlich verstärkte geschlechtergruppenspezifische Unterschiede bei Klassenzimmer- gegenüber Haushaltsbefragungen. Während Jungen untereinander „Auffälligkeit“ mit aggressivem und dissozialem Verhalten demonstrieren, definieren Mädchen „Auffälligkeit“ eher in körperlicher und psychosomatischer Befindlichkeit (Döpfner et al., 1997; Prüß et al., 2004).

Mindestens die Befragungssituation «Klassenzimmerbefragung in Schulen» scheint somit einen nachweisbaren Effekt auf die kindliche Selbstaussage zu haben.

### **2.3.2.3 Eltern: Fremdauskunft Familie**

Untersuchungen zur Rolle elterlicher Charakteristika und ihrer Bedeutung für Urteiler-Diskrepanzen beschränken sich häufig allein auf die Mütter, da diese meist die am einfachsten verfügbare Informationsquelle darstellen. Auch sind Mütter zumeist in der besonderen Situa-

---

1 Absichtliches Vortäuschen von psychischen Symptomen

2 Bewusstes Verschweigen von psychischen Symptomen

tion, ihre Kinder in einer Reihe verschiedenster Umstände und über einen langen Zeitraum zu beobachten, verglichen mit anderen Informanten wie Vätern, Lehrern und anderen Fremdurteilern (Richters, 1992).

Viele Untersuchungen befassen sich mit Einflussfaktoren und Modulatoren der elterlichen Urteile zu psychischen Störungen ihrer Kinder. Hierbei haben elterliche Psychopathologien wie Depressionen (Chi & Hinshaw, 2002; Richters, 1992) oder Angststörungen (Briggs-Gowan et al., 1996; Engel et al., 1994; Frick et al., 1994; Najman et al., 2000) gleichermaßen eine positive Korrelation mit Urteiler-Diskrepanzen wie elterlicher/familiärer Stress (Jensen et al., 1988b; Kolko & Kazdin, 1993; Youngstrom et al., 2000).

Ebenso wie im kindlichen Selbsturteil (siehe Abschnitt 2.3.2.2 *Kinder als (Selbst-)Urteiler*, Seite 11), haben Simulations- und Dissimulationstendenzen auch einen Einfluss auf das elterliche Urteil. Neben dem Aggravieren von psychischen Auffälligkeiten der Kinder, die Eltern als belastend empfinden, zeigen sich Dissimulationstendenzen vor allem dann, wenn eine Erhebung dieser Auffälligkeiten durch die Schule oder das Jugendamt veranlasst worden ist (Döpfner & Petermann, 2012).

#### **2.3.2.4 Lehrer: Fremdauskunft Schule**

Dass Lehrer mit der Möglichkeit, eine große Anzahl von Kindern und Jugendlichen zu beobachten und miteinander zu vergleichen, eine ausgezeichnete Informationsquelle sind, wenn es darum geht Psychopathologien zu erkennen, wurde schon sehr früh in der psychiatrischen Forschung erkannt und 1928 von Wickman erstmals beschrieben. Allein aufgrund der Tatsache, dass Kinder regelmäßig zur Schule gehen, nimmt diese Institution Einfluss und wird wiederum beeinflusst von der Art der psychischen Störung, die ein Kind entwickeln kann (Appleton, 2000).

Dem Lehrer kommt als außerfamiliären externen Urteiler eine besondere Rolle in der Beurteilung von psychischen Auffälligkeiten zu, insbesondere da er regelmäßig mit einer großen Anzahl von Kindern konfrontiert ist und ihm dadurch eine viel breitere und vielfältigere Vergleichsgruppe zur Verfügung steht als den meisten anderen Informanten (Strickland et al., 2012).

Insgesamt sind Lehrer dadurch gut geeignet, bestimmte Verhaltens- und emotionale Probleme zu erkennen sowie ihre Schwere abzuschätzen. Dabei geben sie an, mehr von Verhaltensstö-

rungen als emotionalen Auffälligkeiten der Kinder im schulischen Alltag direkt betroffen zu sein (Loades, 2010).

Nach Jackson & King (2004) scheint zudem das Geschlecht der Schüler einen Einfluss auf die Beurteilung des Lehrers zu nehmen, wobei Mädchen demnach auffälliger beurteilt werden als Jungen.

Bedingt durch ihre Profession sind Lehrer in einer ständigen Urteiler-Rolle (bspw. im Erstellen von Schulzeugnissen) und somit auch häufig Ansprechpartner der Eltern im Hinblick auf deren Sorgen bezüglich Verhaltensauffälligkeiten oder der Kindesentwicklung (Dwyer et al., 2005; Shanley et al., 2008).

Nichtsdestotrotz verdeutlichen mehrere Studien, dass das Lehrpersonal mitunter ein sehr geringes Vertrauen in seine Fähigkeiten hat, solche Auffälligkeiten zuverlässig zu erkennen. Auch ihr erforderliches Grundwissen auf dem Gebiet psychischer Gesundheit erachten viele Lehrer selbst nicht als ausreichend (Loades, 2010; Reinke et al., 2011; Rothi et al., 2008). Zudem schenken Lehrer denjenigen Schülern verstärkt ihre Aufmerksamkeit, welche mit externalisierendem Problemverhalten den Unterricht stören, was häufig eine Identifikation von Schülern mit internalisierenden Störungen erschwert (Rothi & Leavey, 2006; Rothi et al., 2008). Nach Loades (2010) können Lehrer von einer gezielten Schulung profitieren und so ihre Fähigkeiten verbessern, Kinder mit psychischen Auffälligkeiten zu identifizieren und auf diese adäquat zu reagieren.

### **2.3.3 Urteiler-Diskrepanzen - Ursachen und Mechanismen**

Die einzelnen Urteile der verschiedenen Informanten führen häufig zu widersprüchlichen Schlussfolgerungen (Achenbach, 2006; De Los Reyes & Kazdin, 2004; De Los Reyes & Kazdin, 2005; De Los Reyes & Kazdin, 2006; Goodman et al., 2010b). Von diesem Phänomen berichteten erstmalig und schon vor über fünf Jahrzehnten Lapouse & Monk (1958). Basierend auf der Arbeit von Achenbach et al. (1987), beschreibt die Forschungsliteratur für Urteiler-Diskrepanzen vier ursächliche Schlüsselfaktoren:

1. Die Mehrheit der psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen stellt sich nicht durchgängig beständig über verschiedene Situationen (bspw. Schule, elterliches Zuhause, innerhalb der Peer-Group), Zeiten oder Untersuchungsmethoden dar (Bögels et al., 2010a; Dirks et al., 2012a; Kraemer et al., 2003). Bei Urteilern die Kinder in differen-

ten Beobachtungskontexten (z.B. Lehrer und Eltern) erleben, ergeben sich größere Urteiler-Diskrepanzen als bei Urteilern gleicher Beobachtungskontexte (z.B. beide Elternteile, verschiedene Lehrer des Kindes).

2. Es zeigen sich größere Urteiler-Diskrepanzen in der Einschätzung Kinder älteren Alters, als jüngerer Kinder. Es wird angenommen, dass jüngere Kinder in den Kontexten, in denen sie psychische Auffälligkeiten zeigen, eingeschränkter sind als ältere Kinder (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Smetana, 2008).
3. Aufgrund der fehlenden direkten Beobachtbarkeit zeigen sich größere Urteiler-Diskrepanzen in der Einschätzung internalisierender (z.B. emotionale) als externalisierender (z.B. aggressive oder hyperaktive) Auffälligkeiten.
4. Zudem geht man davon aus, dass zur Beurteilung nicht jedem der Urteiler gleiche und relevante Verhaltens-Indikatoren zur Verfügung stehen (Kraemer et al., 2003; Vazire, 2010). Somit ziehen die Urteiler ihre Schlussfolgerungen nicht aus ein und demselben Wissen, obwohl ihre Beurteilungs-Perspektiven gleichermaßen gültige Informationen für eine Bewertung bereitstellen.

Zusätzlich können auch bestimmte psychische Störungen zum Beispiel der Eltern (Müller et al., 2011), dazu führen, dass es aufgrund unterschiedlicher Urteilsanker zu grundverschiedenen Verständnissen zwischen differenten Urteilern darüber kommt, welche Indikatoren (z.B. Verhalten) die zu beurteilende Eigenschaft repräsentieren. Darüber hinaus unterscheiden sich die beurteilenden Personen teilweise auch in ihren Fähigkeiten und ihrer Motivation, relevante Beobachtungen aus der Flut an täglichen Eindrücken herauszufiltern bzw. sich an diese zu erinnern (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Renk, 2005). Unterschiedliche Urteile ergeben sich auch automatisch daraus, ob Symptome mit psychopathologischem Problemwert von den Befragten tatsächlich beobachtet werden konnten oder von ihnen nur abgeleitet wurden. Sind die angegebenen Auffälligkeiten vielfältig und ausgedehnt zu beobachten oder verallgemeinert der Urteiler womöglich erfasste Einzelfälle geringer Ausprägung?

Auch können verschiedene Urteiler unterschiedlichen kulturellen Ansichten darüber unterliegen, was als normales Verhalten der beiden Geschlechter und Mitglieder bestimmter sozialer Klassen gilt (Ledingham et al., 1982; Jensen et al., 1988b).

Des Weiteren ist die Klassifikation bestimmter Auffälligkeiten auch eine Frage der Perspektive: Während beispielsweise die erhöhte Reizbarkeit eines Kindes und folgende Wutausbrüche von Lehrern als externalisierende Störung wahrgenommen werden kann, berichtet das Kind im Selbstbericht möglicherweise von ursächlichen übermäßigen Sorgen (internalisierende Störung) (Kaurin et al., 2016). Hierbei resultieren zu ein und derselben Beobachtung von zwei Urteilern (Lehrer vs. Kind) zwei unterschiedliche Auffälligkeiten (externalisierend vs. internalisierend).

Insbesondere der Kontext, in dem eine Beobachtung stattfindet, sowie die Erfahrung, das Wissen und die möglichen Einblicke eines Informanten in das kindliche Verhalten sind somit Urteiler-spezifische Variablen, die eine eigene Perspektive auf psychische Problemwerte aufzeigen (Kraemer et al., 2003). So kann man zusammenfassen, dass voneinander differierende Urteile unterschiedliche, aber einander ergänzende Anteile an dem Gesamtbild einer psychischen Auffälligkeit bilden (Klonsky & Oltmanns, 2002).

Die Forschungsliteratur gibt darüber hinaus jedoch auch Anhaltspunkte dafür, was zu einer erhöhten Urteilerübereinstimmung führen kann. Zum einen könnten sich zwei Urteiler mit dem Hintergrund ihrer Rolle als Informanten über das zu beurteilende Kind unterhalten und Einschätzungen so bewusst oder unbewusst miteinander abgleichen. Des Weiteren teilen Informanten mit einer ähnlichen Position im Leben des Kindes (bspw. Eltern) häufig auch vergleichbare Ein- und Ansichten, was in analogen Beurteilungen resultieren kann (Achenbach et al., 1987). Das liegt auch darin begründet, dass diese Urteiler ähnliche Werte- und Bedeutungssysteme teilen, verglichen mit Urteilern, die unabhängiger voneinander sind (Kenny, 1994).

### **2.3.4 Der Umgang mit Urteiler-Diskrepanzen**

Auch wenn das Prinzip der Mehr-Informanten dazu genutzt wird, die Genauigkeit der Prävalenzbestimmung von Psychopathologien zu erhöhen, heißt das nicht, dass die einzelnen Urteiler austauschbar wären. Das Verhalten eines Kindes kann in verschiedenen Situationen und Kontexten völlig unterschiedliche Ausprägungen haben und wird dementsprechend von den unterschiedlichen Informanten mit unterschiedlichem Zugang zu diesen Situationen und Kontexten auch anders und teilweise widersprüchlich wahrgenommen (Zahner & Daskalakis, 1998). Dieses Argument wird auch dadurch unterstützt, dass Übereinstimmungen zwischen

verschiedenen Urteilern ansteigen, wenn diese in ähnlichen Situationen mit dem zu beurteilenden Kind interagieren (beispielsweise zwischen Müttern und Vätern) (McConaughy et al., 1992b). Unterschiedliche Einschätzungen und widersprüchliche Beurteilungen können nach Achenbach et al. (1987) auch von klinischem Nutzen sein, da Psychopathologien, die über mehrere oder gar alle zu beobachteten Kontexte persistieren, einen höheren Schweregrad aufweisen können und sich in ihrer Prognose und Therapie von denen unterscheiden, die lediglich bestimmten Situationen zuzuschreiben sind.

Neben den genannten Vorteilen mehrerer voneinander unabhängiger Urteiler in der Diagnostik psychischer Auffälligkeiten ergeben sich mit steigender Anzahl von Aussagen in der Forschung aber auch Schwierigkeiten.

So gibt es bis jetzt noch keinen wissenschaftlichen Konsensus darüber, wie mit widersprüchliche Aussagen am besten verfahren wird (De Los Reyes et al., 2013; Dirks et al., 2011).

Die Frage, wie man aus den gewonnenen Urteilen gültige Schätzungen ableitet, ist somit nicht vollständig geklärt. Hierbei gibt es unterschiedliche Lösungsansätze:

- Ein Vorschlag, ungleiche Urteiler-Aussagen zu kombinieren, besteht in der „und“-Regel, also der Bedingung, dass mindestens zwei (bzw. alle) Urteiler eine psychische Störung angeben (Offord et al., 1996). Andererseits kann ebenso die „oder“-Regel Anwendung finden, also die Bedingung, dass mindestens ein Urteiler eine psychische Störung angibt (Piacentini et al., 1992; Youngstrom et al., 2003). Diese Kombinationsregeln finden häufig dann Anwendung, wenn im Vorhinein von einer geringen Urteilerübereinstimmung ausgegangen wird (Goodman et al., 1997; Lofthouse et al., 2007).
- Darüber hinaus werden auch statistische Methoden genutzt, um mehrere Beobachtungen eines spezifischen Verhaltens zu bestimmen und so nicht direkt zu erfassende, latente Ausprägungen dieses Verhaltens zu messen. Hierbei wird die systematische Urteils-Varianz, die allen Urteilern gemeinsam ist, erhalten, jegliche nicht gemeinsame Urteils-Varianz (bestehend aus der spezifischen Urteiler-Perspektive und Messfehlern) jedoch als „Fehler“ eliminiert (Arseneault et al., 2003; Holmbeck et al., 2002; Zhou et al., 2009).
- Eine weitere Möglichkeit ist, im Vorfeld von Studien zum Therapieerfolg psychischer Störungen einen bestimmten Indikator für ein positives Ergebnis zu bestimmen. Hierbei wird ein bestimmter Informant als primärer Urteiler zur Einschätzung dieses Indikators definiert

(DelBello et al., 2006; Klingberg et al., 2005; Papakostas et al., 2010), während weitere Urteiler eine sekundäre Einschätzung abgeben (Pettinati et al., 2010; Thurstone et al., 2010).

- Eine vierte Herangehensweise, um das Problem widersprüchlicher Urteiler zu lösen besteht darin, Konsensus-Prozeduren zu finden. Bereits von vielen Studien beschrieben (bspw. Schuckit & Smith, 1996; Shaffer et al., 1996) könnte hierbei entweder ein dritter Urteiler hinzugezogen werden, wenn die ersten zwei sich widersprechen oder die uneinigen Urteiler versuchen in einer Art Konsensus-Treffen überein zu kommen.
- Weiterhin ist es möglich, das Urteil eines jeden Informanten separat zu analysieren und zu bewerten, insbesondere dann, wenn für bestimmte Einschätzungen bestimmte Urteiler als geeigneter gelten als andere (Feldman & Weinberger, 1994; Bernstein et al., 1996; Gould et al., 1996).

Denjenigen der oben genannten Lösungsansätze, die eine Form der Urteiler-Aggregation darstellen, geht jedoch häufig die Annahme voraus, es handele sich bei den Urteiler-Diskrepanzen um Mess-Fehler (De Los Reyes et al., 2011; Dirks et al., 2012a). Wenn jedoch davon ausgegangen wird, dass die Urteile in ihrer Diskrepanz auch unterschiedlichen situativen Begleitumständen und Bezugsrahmen geschuldet sind, verzichtet man unter Anwendung dieser Algorithmen auf wichtige Informationen und spricht den unterschiedlichen Beobachtungen ihre Aussagekraft ab. Insbesondere bei Gebrauch der „oder“-Regel wird jegliche Information über den Kontext, in welchem eine psychische Auffälligkeit beobachtet wurde (z. B. elterliches Zuhause, Schule), ignoriert, während bei Anwendung der „und“-Regel keine Identifikation Kontext-spezifischer Auffälligkeiten (beispielsweise ausschließliches Auftreten im schulischen Kontext) erfolgen kann. Der entscheidende Nachteil der Zusammenführung mehrerer Urteile ist somit der Verlust der Differenzierung zwischen der Varianz durch die spezifische Urteiler-Perspektive und der Perspektive aller Urteiler (Cook & Goldstein, 1993).

Einige Arbeiten (z. B. Drabick et al., 2007; Offord et al., 1996) argumentieren mittlerweile, dass es sinnvoll ist, psychische Störungen<sup>1</sup> somit als „Quellen-spezifische Syndrome“ zu betrachten, um ihren engen Bezug zu verschiedenen Informanten zu unterstreichen.

---

1 im angloamerikanischen Raum insbesondere die «Oppositional Defiant Disorder (ODD)» - dt. etwa „Aufsässigkeits-Trotz-Störung“

De Los Reyes und Hartley legen zudem nahe, dass geringe Urteilerübereinstimmungen bei der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter eine bedeutende Variabilität von Verhaltensweisen in verschiedenen Kontexten darstellen und nicht als Messfehler angesehen werden sollten (De Los Reyes et al., 2013; Hartley et al., 2011).

Darüber hinaus können Urteiler-Diskrepanzen zu psychischen Auffälligkeiten auch dafür genutzt werden, ein klinisches Outcome im Verlauf abzuschätzen. Ferdinand et al. (2004) zeigen in einer Bevölkerungsstichprobe, dass Unterschiede in den Eltern- und Selbstaussagen von psychischen Auffälligkeiten das Outcome der Kinder in Erhebungen vier Jahre später voraussagen können. So wurden Kinder, deren Eltern mehr Aufmerksamkeitsprobleme als sie im Selbsturteil angaben, häufiger von der Schule verwiesen, wogegen Kinder, die mehr Aufmerksamkeitsprobleme angaben als ihre Eltern, sich im Verlauf wahrscheinlicher in psychologischer Behandlung befanden.

### **2.3.5 Kontext-bezogene Auswahl geeigneter Urteiler**

Auch wenn die Urteilerübereinstimmung zwischen Kindern, Eltern und Lehrern durch multifaktorielle Einflüsse bestimmt wird, so legt die bisherige Forschungsliteratur nahe, dass es drei Hauptfaktoren gibt, die Urteile beeinflussen: das Kindesalter (Cai et al., 2004; Grietens et al., 2004; Tripp et al., 2006), die Art des zu erfassenden Problems (Achenbach et al., 2002; Epstein et al., 2004; Tarren-Sweeney et al., 2004; Youngstrom et al., 2004) und den situativen Rahmen der Beobachtung/Beurteilung (Butler et al., 1995; Lee et al., 1994; Sawyer et al., 1992; Silverman & Eisen, 1992).

In Zusammenschau der bereits erwähnten Forschungsliteratur ergibt sich, basierend auf den Stärken und Schwächen der Informanten, somit auch die Möglichkeit, Ranglisten geeigneter Urteiler zu erstellen.

Die Wahl eines Urteilers berücksichtigt hierbei die zuvor aufgeführten Einflüsse durch Kindesalter, den situativen Rahmen und der zu erfassenden Problemwerte. Insbesondere gilt ein Informant dann als besonders geeignet, wenn entsprechende Forschungsergebnisse ihm unter den gegebenen Umständen ein bestimmtes Maß an inkrementeller Validität<sup>1</sup> bescheinigen.

---

<sup>1</sup> Inkrementelle Validität gibt den Zuwachs an Varianzaufklärung (nach Berücksichtigung anderer Prädiktoren) in einem Kriterium an, der resultiert, wenn ein Urteiler zusätzlich zu einem anderen Urteiler eingesetzt wird.

So hat Smith (2007) eine beispielhafte Auflistung von Rangfolgen der drei Urteiler Kinder, Eltern, Lehrer entsprechend genannter Einflüsse entworfen. Als situativer Rahmen der Beobachtung wird hier zwischen einem klinischen (z. B. Kinder- und Jugend-Psychiatrie, Tagesklinik, Heim) und nicht-klinischen Setting (z. B. Schule, elterliches Zuhause) unterschieden.

**Tabelle 1: Rangfolge geeigneter Urteiler zu psychischen Störungen (nach Smith, 2007)**

Art des zu erfassenden Problems	Kindesalter	Setting	Rangfolge der am besten geeigneten Urteiler
Internalisierend	jünger	klinisch	Eltern, Kind, Lehrer
		nicht-klinisch	Eltern, Kind, Lehrer
	älter	klinisch	Kind, Eltern, Lehrer
		nicht-klinisch	Kind, Eltern, Lehrer
Externalisierend	jünger	klinisch	Eltern, Lehrer, Kind
		nicht-klinisch	Eltern = Lehrer <sup>1</sup> , Kind
	älter	klinisch	Lehrer, Eltern, Kind
		nicht-klinisch	Lehrer, Kind, Eltern

## 2.4 Untersuchungen zur Urteilerübereinstimmung

In zahlreichen Studien wurde die Übereinstimmung unterschiedlicher Informanten in der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen untersucht. Eine der meist zitierten Studien hierzu ist die Metaanalyse von Achenbach et al. (1987), in der 269 Stichproben und 119 Studien entsprechend des ASEBA<sup>2</sup>-Systems ausgewertet wurden. Die mittlere Urteilerübereinstimmung zwischen Kindern und Lehrern ist hierbei mit einer Spearman-Korrelation ( $r_s$ ) von 0,2 die niedrigste in der Metaanalyse<sup>3</sup>. Die höchste Korrelation wird zwischen erwachsenen Informanten in gleicher Rollenfunktion (z. B. zwischen beiden Eltern-

1 Eltern und Lehrer sind in diesem Fall äquivalente Urteiler.

2 ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment

3 Korrelationen < 0,4 gelten hierbei als „schwach“, zwischen 0,4 und 0,6 als „moderat“ und > 0,6 als „stark“; siehe dazu auch 3.4.2 Intraklassenkorrelation, Seite 38

teilen oder zwischen zwei Lehrern) mit einem  $r_s$  von 0,6 erreicht. Die Urteiler-Korrelation zwischen erwachsenen Informanten in unterschiedlicher Rollenfunktion (z. B. zwischen Eltern und Lehrer) ist mit 0,28 wiederum deutlich niedriger. Die Korrelationen zwischen Eltern und Kindern liegt bei 0,25.

Zusammenfassend schlussfolgern die Autoren, dass eine Urteilerübereinstimmung zwischen Informanten gleicher Rollenfunktion größer ist als jene zwischen Informanten ungleicher Rollenfunktion. Außerdem ergeben sich größere Übereinstimmungen im Bereich der externalisierenden Problemwerte, als dies bei internalisierenden Auffälligkeiten der Fall ist und das insbesondere im Vergleich der Lehrer-/Schüler-Aussagen (Achenbach et al., 1987).

Andere Studien, die vergleichende Urteilerübereinstimmungen sowohl im klinischen Kontext als auch in der Normalbevölkerung untersuchen, können diese Ergebnisse weitgehend bestätigen (Ferdinand et al., 2006; Kolko & Kazdin, 1993; Sourander et al., 1999).

Im Bereich des Gesamtproblemwertes zeigt die Arbeit von Goodman (2001) unter 3.983 11- bis 15-Jährigen mithilfe des SDQ-Fragebogens hingegen eine höhere, insgesamt mäßige Urteilerübereinstimmung zwischen Eltern und Kindern von  $r_s = 0,48$ .

Weitere Untersuchungen zeigen bei unterschiedlichen Messmethoden (CBCL, YSR, TRF, Interviews) ähnlich niedrige Korrelationen zwischen den Urteilen verschiedener Informanten sowie eine höhere Urteilerübereinstimmung bei externalisierenden Problemwerten und eine geringere Urteilerübereinstimmung bei internalisierenden Problemwerten zwischen Lehrern und Schülern (Kolko & Kazdin, 1993; Merrell, 2000; Salbach et al., 2009; Youngstrom et al., 2000). Vielfach wird verdeutlicht, dass ein externalisierendes Problemverhalten für externe Beobachter, wie beispielsweise Lehrer, leichter wahrnehmbar ist als internalisierende Probleme (Kolko & Kazdin, 1993; Salbach et al., 2009; Wingenfeld, 2002). Darüber hinaus stellen sich Kinder im Grundschulalter ihren psychischen Auffälligkeiten gegenüber weniger selbstreflektiert dar als jene fortgeschrittenen Alters (Wingenfeld, 2002). Auch wird in diesem jüngeren Alter das eigene Verhalten weniger häufig als problematisch empfunden, wenn es zu keiner wahrnehmbaren Problembelastung kommt, als das bei älteren Kindern der Fall ist (De Los Reyes & Kazdin, 2005). So könnte externalisierendes Problemverhalten, insbesondere im jüngeren Kindesalter, im Selbsturteil unterschätzt werden (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Wingenfeld, 2002).

Insgesamt ergibt sich in den bisherigen Untersuchungen eine Übereinstimmung der Urteile von Eltern und Lehrern von etwa 15 % für internalisierende Probleme und etwa 30 % für externalisierende Probleme. Die Übereinstimmung zwischen kindlichem Selbsturteil und den beiden Fremdurteilen bewegt sich demnach im Bereich von etwa 20 % für beide Auffälligkeits-Skalen (McConaughy et al., 1992a).

Eine Arbeit von Vaz et al. (2016), die eine Urteilerübereinstimmung wie in der vorliegenden Arbeit mittels des SDQ und ebenfalls unter Berechnung der Intraklassenkorrelation (ICC, siehe hierzu auch Abschnitt 3.4.2 *Intraklassenkorrelation*, Seite 38) untersucht, zeigt eine Korrelation von 0,44 (KI95 %: 0,34–0,53) zwischen dem Eltern- und Lehrerurteil.

Unter Anwendung der Child Behavior Checklist (CBCL, ausgefüllt von den Eltern), des Youth Self-Report (YSR, ausgefüllt von den Kindern) und der Caregiver-Teacher Report Form (TRF, ausgefüllt von den Lehrern) führten Salbach et al. (2009) eine deutsche Studie unter 611 Patienten (11-18 Jahre alt) zur Untersuchung der Urteilerübereinstimmung zwischen Eltern, Lehrern und Kindern durch. Die ermittelten Intraklassenkorrelationen (ICC) ergaben auf der Skala des Gesamtproblemwertes die höchste Korrelation im Sinne einer moderaten Übereinstimmung von 0,44 zwischen Eltern und Kindern, gefolgt von Eltern und Lehrern (ICC = 0,34) sowie Kindern und Lehrern (ICC = 0,24). In gleicher Rangfolge stellte sich auf der Skala der internalisierenden Störungen die höchste Korrelation zwischen den Eltern- und Kinderaussagen (ICC = 0,39) dar, gefolgt von Eltern- und Lehreraussagen (ICC = 0,30) und Kinder- und Lehreraussagen (ICC = 0,24). Die insgesamt höchsten Urteilerübereinstimmungen bei sämtlichen Urteilerkombinationen bildeten sich auf der Skala der externalisierenden Störungen ab mit einer moderaten bis starken Übereinstimmung zwischen Eltern- und Kinderaussagen (ICC = 0,60) sowie moderaten Übereinstimmungen zwischen Eltern- und Lehreraussagen (ICC = 0,55) und Kinder- und Lehreraussagen (ICC = 0,42). Die schwächste Korrelation der Urteile zur psychischen Auffälligkeit auf allen drei Skalen ergab sich somit zwischen dem kindlichen Selbsturteil und der Lehrer-Beurteilung.

Tabelle 2: Untersuchungen zur Urteilerübereinstimmung unter Verwendung der ICC

Studie	Erhebungsinstrument	Skala	Urteilerkombination	ICC
Vaz et al. 2016	SDQ	Gesamtproblemwert	Eltern/Lehrer	0,44
			Eltern/Kinder	0,44
			Eltern/Lehrer	0,34
			Kinder/Lehrer	0,24
Salbach et al. 2009	CBCL, YSR, TRF	Internalisierende Probleme	Eltern/Kinder	0,39
			Eltern/Lehrer	0,30
			Kinder/Lehrer	0,24
		Externalisierende Probleme	Eltern/Kinder	0,60
			Eltern/Lehrer	0,55
			Kinder/Lehrer	0,42

## 2.5 Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Um den in dieser Arbeit verwendeten Fragebogen „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) bei seiner Verwendung als Untersuchungsinstrument zur Bestimmung von Prävalenzen psychischer Störungen in einen epidemiologisch kinder- und jugendpsychiatrischen Gesamtzusammenhang zu setzen, seien die größten nationalen Studien zur Prävalenzbestimmung psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, die eben diesen Fragebogen benutzen, kurz zusammenfassend aufgeführt.

Zur Recherche wurden die Fachdatenbanken Psyn dex, PsycINFO sowie PubMed nach Studien mit den Suchbegriffen „Strengths and Difficulties Questionnaire“ OR „SDQ“ AND „german“ OR „deutsch\*“ durchsucht. Zuletzt fand eine Suche im Dezember 2018 statt.

Tabelle 3: Stand der Forschung im nationalen Vergleich

Studie	Größe der Stichprobe	Alter der Probanden	Urteilsquelle	Prävalenz
<i>Deutsche SDQ-Normierungsstudie (1998-1999)</i>	930	6-16	Eltern	18,4% <sup>1</sup>
<i>KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)</i>	14.477 <sup>2</sup>	3-17	Eltern	19,9% <sup>3</sup>
<i>BELLA-Studie Welle B1 (2004-2007)</i>	2.863	7-17	Eltern & Kinder	21,9% <sup>4</sup>
<i>KIDSCREEN-Studie (2000-2004)</i>	1.113 <sup>5</sup>	12-18	Eltern & Kinder	10,0% <sup>6</sup>
<i>HBSC-Studie (2010)</i>	4.723	11-15	Kinder	14,3% <sup>7</sup>
<i>KiGGS Welle 1 (2009– 2012)</i>	10.353	3-17	Eltern	20,2% <sup>8</sup>
<i>KiGGS Welle 2 (2014– 2017)</i>	13.315	3-17	Eltern	16,9% <sup>3</sup>

Das arithmetische Mittel der Prävalenz dieser hier aufgeführten nationalen Studien unter Verwendung des SDQ als Erhebungsinstrument zur Prävalenzbestimmung psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen zeigt sich mit 17,4 % sehr ähnlich der Prävalenz eines 50 Jahre übergreifenden nationalen systematischen Literaturüberblicks über 29 in Deutschland durchgeführten Studien (17,2 %) <sup>9</sup> von Barkmann & Schulte-Markwort (2004). Auch in einer nachfolgenden Metaanalyse deutscher Studien <sup>9</sup> kommen Barkmann & Schulte-Markwort (2012) auf eine ähnliche Prävalenz von 17,6 %.

---

<sup>1</sup> Woerner et al., 2002

<sup>2</sup> Anzahl der Eltern, die den SDQ ausgefüllt haben.

<sup>3</sup> Prävalenz nach Zugrundelegen deutscher Normwerte und altersstandardisiert. (Klipker et al., 2018)

<sup>4</sup> Ravens-Sieberger et al., 2007

<sup>5</sup> Stichprobengröße deutscher Teilnehmer.

<sup>6</sup> Prävalenz nach Zugrundelegen britischer Normwerte. (Ravens-Sieberger et al., 2008a)

<sup>7</sup> Ravens-Sieberger et al., 2012

<sup>8</sup> Hölling et al., 2014

<sup>9</sup> Unter Verwendung sowohl verschiedener Interviews, als auch unterschiedlicher Fragebögen als Erhebungsinstrument

Global betrachtet gab es insbesondere in den letzten 30 Jahren einen Anstieg an epidemiologischen Forschungsarbeiten zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bzw. Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Costello et al., 2006; Costello et al., 2005).

Polanczyk et al. (2015) werteten in einer systematischen Literatur-Recherche 41 Studien<sup>1</sup> (zwischen 1985 und 2012) aus 27 Ländern jeder Region der Welt aus. Die weltweite gemittelte Prävalenz psychischer Störungen betrug demnach 13,4 %.

In der bis heute umfangreichsten Metaanalyse errechneten Roberts et al. (1998) bei der Auswertung von 52 Studien<sup>1</sup>, die bis in das Jahr 1952 zurückdatierten, eine durchschnittliche Prävalenz von 15,8 %. Weder in dem von Roberts et al. (1998) analysierten Zeitraum von 1952 bis 1996, noch im Rahmen der KiGGS-Erhebungen (2003 bis 2012) zeigte sich ein „signifikanter Trend in der Prävalenz für psychische Auffälligkeiten insgesamt“ (Hölling et al., 2014, S. 811).

Bundesweit und auch global zeigt somit etwa jedes sechste bis siebte Kind Zeichen psychischer Auffälligkeiten.

## **2.6 Zielsetzung der Studie**

Ziel dieser Arbeit ist es, Prävalenzschätzungen zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von den zurate gezogenen Urteilern zu untersuchen. Zudem soll explorativ geprüft werden, ob die Repräsentativität der Stichprobe einen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse hat. Dabei werden über verschiedene Kombinationen der drei verwendeten Urteilsquellen Zusammenhänge und Korrelationen herausgearbeitet und analysiert, um möglichst geeignete Urteilerkombinationen aufzuzeigen. Weiterhin wird überprüft, wie stark differente Urteile von der Urteilerperspektive einerseits und den Einflussfaktoren Kindesalter, Geschlecht oder besuchttem Schultyp andererseits beeinflusst werden.

Nicht zuletzt werden auch die ermittelten Prävalenzschätzungen psychischer Auffälligkeiten Rostocker Schüler in einen nationalen Vergleich gebracht.

---

<sup>1</sup> Unter Verwendung sowohl verschiedener Interviews, als auch unterschiedlicher Fragebögen als Erhebungsinstrument

### 2.6.1 Hypothesen

- I** Es gibt signifikante Unterschiede in den Prävalenzraten der beiden objektiven Urteiler (Eltern und Lehrer). (Achenbach et al., 1987, Kraemer et al., 2003), siehe Abschnitt 2.4 *Untersuchungen zur Urteilerübereinstimmung*, Seite 20/24
- II** Im Hinblick auf das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten lassen sich zwischen den einzelnen Informanten nur schwache bis moderate Übereinstimmungen ( $ICC < 0,4 - 0,6$ ) feststellen. (Vaz et al., 2016; Salbach et al., 2009), siehe Abschnitt 2.4 *Untersuchungen zur Urteilerübereinstimmung*, Seite 20
- III** Es wird angenommen, dass die höchsten Urteilerübereinstimmungen zwischen Eltern und Kindern erreicht werden, die geringsten Übereinstimmungen hingegen zwischen Lehrern und Kindern. (Salbach et al., 2009), siehe Abschnitt 2.4 *Untersuchungen zur Urteilerübereinstimmung*, Seite 20
- IV** Im Ergebnis dieser Arbeit wird eine höhere Urteilerübereinstimmung auf der Skala externalisierender als internalisierender Problemwerte erwartet. (Duhig et al., 2000), siehe Abschnitt 2.3.2.1 *Kinder als Urteilsobjekte*, Seite 9 ff
- V** Die Übereinstimmung der verschiedenen Informanten in der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten ist umso größer, je jünger das zu beurteilende Kind ist. (Achenbach et al., 1987), siehe Abschnitt 2.3.2.1 *Kinder als Urteilsobjekte*, Seite 9 ff
- VI** Es wird angenommen, dass die Urteilerübereinstimmungen zur Einschätzung psychischer Auffälligkeiten in keiner signifikanten Abhängigkeit zum Geschlecht des Beurteilten stehen. (Achenbach et al., 1987), siehe Abschnitt 2.3.2.1 *Kinder als Urteilsobjekte*, Seite 9 ff
- VII** Die Einschätzungen zur psychischen Auffälligkeit auf den Skalen internalisierende Probleme, externalisierende Probleme und Gesamtproblemwert werden überwiegend durch die subjektiven Urteiler-Perspektiven und weniger über das Alter, Geschlecht oder die Schulzugehörigkeit des beurteilten Kindes determiniert.

Explorativ wird geprüft, ob der hypostasierte Zusammenhang der Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten beeinflusst wird von der Repräsentativität der Stichprobe.

### 3 Methodik

Diese Vorbetrachtung zurate ziehend bilden in dieser Arbeit sowohl eine große, repräsentative Stichprobe von Kindern und Jugendlichen, als auch deren Eltern und Lehrer/-innen als weitere externe Urteilsquellen die Basis der Untersuchungen und der Fragebogen das entsprechende Instrument hierzu.

#### 3.1 Stichprobe und Datenerhebung

Um eine genügend hohe Anzahl von Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 22 Jahren zu erreichen, wurde eine repräsentative Befragung an Rostocker Schulen der verschiedenen Bildungszweige durchgeführt.

Nach Genehmigung durch das staatliche Schulamt Rostock (siehe Dokument 1, Seite 133) und Unbedenklichkeits-Votum der Ethikkommission der Universität Rostock (siehe Dokument 2, Seite 134) wurden hierfür entsprechende Anfragen an 15 Rostocker Schulen aus 11 Stadtteilen gestellt. Hiervon erklärten sich 11 Schulen zu einer Mitwirkung im Rahmen der Schüler- und Lehrerumfrage bereit.

Tabelle 4: **Teilnehmende Schulen**

Name der teilnehmenden Schule	Schultyp	Stadtteil Rostocks
Berufliche Schule „Alexander Schmorell“	Berufsschule	Lichtenhagen
Berufliche Schule - Bautechnik	Berufsschule	Reutershagen
Berufliche Schule - Wirtschaft	Berufsschule	Schmarl
CJD Christophorusschule Rostock	Gymnasium	Gartenstadt
Hundertwasser Gesamtschule	Integrierte Gesamtschule	Lichtenhagen
Innerstädtisches Gymnasium Rostock	Gymnasium	Stadtmitte
Käthe-Kollwitz-Gymnasium	Gymnasium	Dierkow
Kooperative Gesamtschule Südstadt	Kooperative Gesamtschule	Südstadt
Otto-Lilienthal-Schule	Regionale Schule	Toitenwinkel
Regionale Schule „Ehm Welk“	Regionale Schule	Evershagen
Störtebeker-Schule	Regionale Schule	Groß-Klein

Eltern minderjähriger Schüler gaben im Vorfeld nach entsprechender Information (siehe Dokument 3 & 4, Seiten 135-136) Einverständniserklärungen (siehe Dokument 5, Seite 137) ab.

Die Schüler/innen erhielten sieben verschiedene Fragebögen (SDQ, Youth Self Report, EMBU, Selbstwertskala nach Rosenberg, JTCI-12-18 R, Skala zur Erfassung wahrgenommener elterlicher Reziprozität, Young Parenting Inventory).

Die Stichprobe umfasst Aussagen von 797 Schülerinnen und Schülern der 7. bis 12. Klassenstufe (Regionalschulen, Gesamtschulen und Gymnasien) bzw. des ersten und zweiten Ausbildungsjahres der Berufsschulen im Erhebungszeitraum des Schuljahres 2006/2007.

Hierbei besuchen die meisten der befragten Schüler die Klassenstufe 7 (18,3 %).

Der Altersmittelwert der Stichprobe beträgt 15 Jahre (12 bis 22 Jahre), wobei das Geschlechterverhältnis mit 51,3 % (männliche Schüler) zu 48,7 % (weibliche Schüler) sehr ausgeglichen ist.

Die Schulen und der jeweilige Schultyp wurden über den ganzen Stadtbereich der Hansestadt Rostock ausgewählt, so dass gewährleistet wird, dass Jugendliche der verschiedenen sozialen Schichten in die Umfrage eingeschlossen sind.

Im Zusammenhang mit dieser Schülerstichprobe haben sich als weitere Urteilerquellen 342 Eltern der befragten Schüler auf den entsprechenden Fragebögen geäußert. Das entspricht einer Rücklaufquote von 42,9 %.

Als dritte Urteilsquelle liegen die Angaben von 768 Lehrern vor, die durchschnittlich 5 Unterrichtsstunden pro Woche mit den Schülern verbrachten. Das entspricht einer Rücklaufquote von 96,4 %.

Insgesamt liegen in 288 Fällen vollständige Aussagen von allen drei Urteilsquellen (Eltern, Lehrer, Schüler) vor, in 310 Fällen zusammengehörige Aussagen von Schülern und Eltern, in 693 Fällen zusammengehörige Aussagen von Schülern und Lehrern und in 305 Fällen entsprechend zusammengehörige Aussagen von Lehrern und Eltern.

In 797 Fällen liegen Einschätzungen vor, die mindestens das Selbsturteil (oder ein bzw. zwei Fremdurteile) als Grundlage haben.

Tabelle 5: Zusammensetzung der Stichprobe

Schultyp	Schulort (Stadtteil)	Schülerzahl	Geschlechterverteilung		Schülerverteilung in Grundgesamtheit*	
Regionale Schulen	Groß-Klein	84	m:	32		
			w:	52		
	Toitenwinkel	30	m:	21		
			w:	9		
	Evershagen	66	m:	36		
			w:	30		
Kooperative Gesamtschule ***	Südstadt	145	m:	81		
			w:	64		
		<b>325</b>	<b>m:</b>	<b>170</b>	<b>**gesamt:</b>	<b>1.686</b>
			<b>w:</b>	<b>155</b>	<b>m:</b>	<b>901</b>
					<b>w:</b>	<b>785</b>
Integrierte Gesamtschulen	Lichtenhagen	<b>92</b>	<b>m:</b>	<b>53</b>	<b>gesamt:</b>	<b>2.501</b>
			<b>w:</b>	<b>39</b>	<b>m:</b>	<b>1.225</b>
					<b>w:</b>	<b>1.276</b>
Berufsschulen	Lichtenhagen	21	m:	0		
			w:	21		
	Reutershagen	12	m:	12		
			w:	0		
	Schmarl	46	m:	36		
			w:	10		
		<b>79</b>	<b>m:</b>	<b>48</b>	<b>gesamt:</b>	<b>12.509</b>
			<b>w:</b>	<b>31</b>	<b>m:</b>	<b>6.734</b>
					<b>w:</b>	<b>5.775</b>
Gymnasien	Dierkow	132	m:	50		
			w:	82		
	Gartenstadt	111	m:	55		
			w:	56		
	Stadtmitte	58	m:	33		
			w:	25		
		<b>301</b>	<b>m:</b>	<b>138</b>	<b>gesamt:</b>	<b>5.192</b>
			<b>w:</b>	<b>163</b>	<b>m:</b>	<b>2.462</b>
					<b>w:</b>	<b>2.730</b>
<b>Gesamt</b>		<b>797</b>	<b>m:</b>	<b>409</b>	<b>gesamt:</b>	<b>21.888</b>
			<b>w:</b>	<b>388</b>	<b>m:</b>	<b>11.322</b>
					<b>w:</b>	<b>10.566</b>

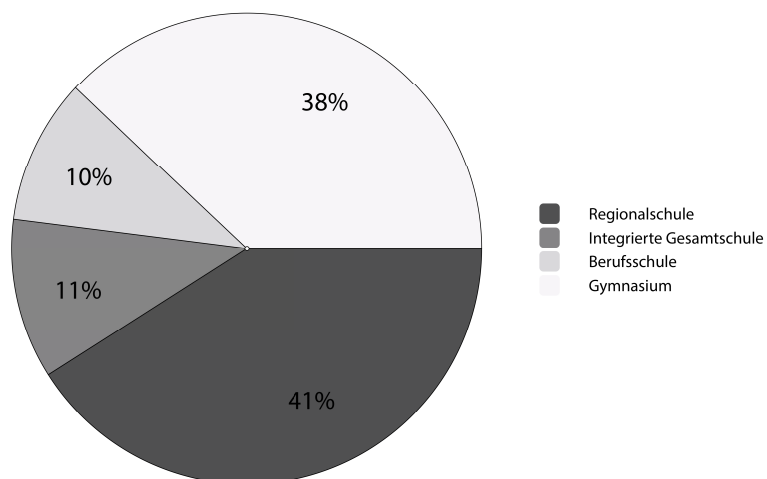
\* bezogen auf den Erhebungszeitraum im Jahr 2006; Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern „Allgemeinbildende Schulen in Mecklenburg-Vorpommern – Schuljahr 2006/2007“, <http://www.statistik-mv.de>

\*\* bezogen auf Schularten mit mehreren Bildungsgängen. Dazu zählen in Mecklenburg-Vorpommern die Regionale Schule, die Bildungsgang übergreifenden Klassen und die Förderklassen für Kinder von Aussiedlern und ausländischen Bürgern.

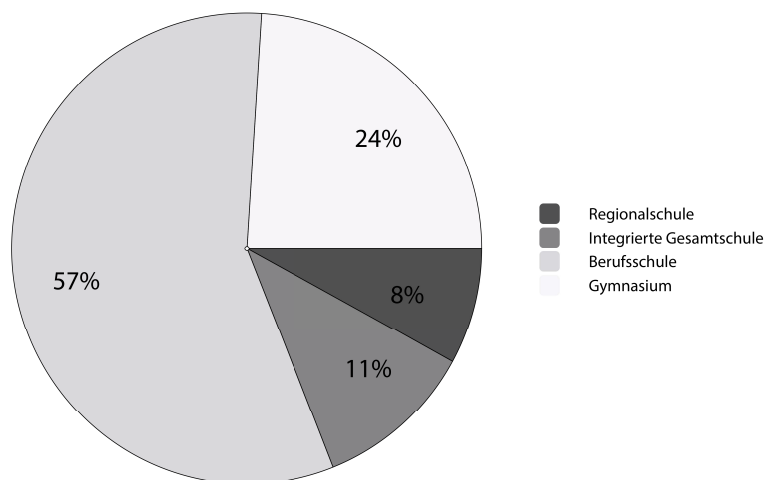
\*\*\* Die kooperative Gesamtschule zählt im Sinne der amtlichen Statistik nicht als eigenständige Schulart. Die kooperative Gesamtschule Südstadt der Hansestadt Rostock umfasst die Jahrgangsstufen 5 bis 10 und wird statistisch demgemäß in der Schulart Regionale Schule ausgewiesen.

Diagramm 1: **Schülerverteilung in der Stichprobe und Grundgesamtheit**

**Schülerverteilung in der unveränderten Stichprobe**



**Schülerverteilung in der Grundgesamtheit aller Schulen in Mecklenburg-Vorpommern**



Vergleicht man hierbei die Zusammensetzung der Schülerverteilung in der Stichprobe mit der Schülerverteilung in der Grundgesamtheit, fällt deutlich auf, dass die unkorrigierte Stichprobe sich nicht mit der Grundgesamtheit der Schüler im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern zum Erhebungszeitraum des Jahres 2006 deckt.

Um anhand der Grundgesamtheit repräsentative Teilstichproben zu erhalten, wurden mittels Zufallsauswahlen repräsentative Neuzusammensetzungen der Stichprobe erreicht.

Siehe dazu Abschnitt 3.3 *Durchführung*, Seite 35.

## 3.2 Messinstrumente

Da eine Prävalenz-Erhebung mittels Fragebogen dem psychodiagnostischen Interview als systematischer und weit weniger kostenintensiv vorgezogen wird (siehe auch Abschnitt 2.2 *Der Fragebogen als Erhebungsinstrument*, Seite 6), bleibt ein entsprechend geeignetes Instrument zu wählen.

Mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) von Robert Goodman (Goodman, 1997) existiert ein weit verbreitetes und in viele Sprachen übersetztes, international anerkanntes und mehrfach validiertes Fragebogenverfahren zur kostenfreien Nutzung.

### 3.2.1 Der Strength and Difficulties Questionnaire

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) besteht aus insgesamt 25 Aussagen (im folgenden *Items*), wobei sich je fünf Items zu fünf Subskalen formen, worunter sich die Problemskalen „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivitätsprobleme“, „Emotionale Probleme“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ sowie als Stärkendimension auch die Skala „Prosoziales Verhalten“ befinden. Diese 25 Items sind von den Urteilern im SDQ anhand einer dreistufigen Skala nach Likert (Rost, 2004) mit den Aussagen „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ und „Eindeutig zutreffend“ zu werten, was in einen Score von 0-1-2 bei negativ-besetzten Aspekten und 2-1-0 bei positiv-besetzten bzw. prosozialen Aspekten übersetzt wird. Aus den 20 Items, aus denen die 4 Problemskalen gebildet werden, also ohne Einbezug des „Prosozialen Verhaltens“, kann ein „Gesamtproblemwert“ mit einer Spannweite von 0 bis 40 Punkten aufsummiert werden. So entspricht einem hohen Score im „Gesamtproblemwert“ eine stärkere psychische Symptombelastung, während ein hoher Score in der Skala der Stärkedimension „Prosoziales Verhalten“ ein gesteigertes prosoziales Verhalten anzeigt. Zur Einordnung der gewonnenen Scores sowohl auf den Einzelskalen als auch auf der kumulierten Skala „Gesamtproblemwert“ orientiert sich diese Studie bezüglich der Elternurteile an den deutschen Normierungswerten zur Elternversion des SDQ von Woerner et al. (2004). Da es bislang (Stand 12/2017) keine deutsche Normierung für das Selbsturteil gibt und für die Erzieher-/Lehrerversion nur eine

Normierung für Kindergartenkinder vorliegt (Koglin et al., 2007), werden hierfür die Cut-off-Werte der englischen Normstichprobe zugrunde gelegt (Goodman, 2000). Demnach ergibt sich beispielhaft für das Elternurteil die Einordnungen „unauffällig“ bei einem Summenscore von  $< 13$  Punkten, „grenzwertig auffällig“ bei  $\geq 13$  bis 15 Punkten und „auffällig“ bei  $\geq 16$  Punkten in der Skala „Gesamtproblemwert“ (für die „Auswertungsanleitung für den SDQ“ einschließlich der empfohlenen und verwendeten Cut-Off-Werte siehe Dokument 9, Seite 143-144). Da die deutsche Normstichprobe eine Verwendung geschlechts- und altersspezifischer Normen auf den SDQ-Einzelskalen als nicht gerechtfertigt erachtet und auf der Skala „Gesamtproblemwert“ als nicht erforderlich ansieht (Woerner et al., 2002; S. 111) und die Auswertungsrichtlinien für den SDQ (siehe Dokument 9, Seite 143) die Anwendung solcher Normen nicht vorsehen, wurde in dieser Arbeit auf eine solche differenziertere Bestimmung verzichtet. Die Rohwertintervalle der deutschen SDQ-Normstichprobe (Woerner et al., 2002), anhand der gebildeten Subskalen, des Geschlechts und Kindesalters, sind im Anhang (siehe Tabelle 17, Seite 145) aufgeführt. Um hieraus einen Trennwert für eine Risikogruppe psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher abzuleiten, wurden, orientierend an den bisher größten deutschen Studien unter der Verwendung des SDQ, der KiGGS-Basiserhebung (Hölling et al., 2007) und ihrer Folgebefragung „KiGGS Welle 1“ (Hölling et al., 2014), diejenigen Kinder und Jugendliche als psychisch auffällig zusammengefasst, die anhand des erreichten Scores auf der Skala „Gesamtproblemwert“ mit „auffällig“ oder „grenzwertig auffällig“ klassifiziert wurden. Weiterhin wurden bei vorliegender Anwendung in einer Niedrig-Risiko-Stichprobe, wie von Goodman et al. (2010a) empfohlen, die breiter gefassten SDQ-Subskalen „Internalisierende Probleme“ (aus „Emotionale Probleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“) und „Externalisierende Probleme“ (aus „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“) gebildet.

### **3.2.1.1 Entwicklung und Aufbau des SDQ**

Die erste publizierte Erwähnung des SDQ lässt sich auf das Jahr 1994 von Robert Goodman datieren (Goodman, 1994). Goodman befragte 320 Eltern von Kindern mit einer Hemiplegie aus dem Großraum London mittels eines modifizierten Fragebogens, der ursprünglich von Sir Michael Rutter (Rutter, 1967) entwickelt wurde. Aus dieser Vorlage entwickelte Goodman dann den SDQ mit den fünf Skalen „Hyperactivity, Peer Problems, Conduct Problems, Emotional Symptoms and Prosocial Behavior.“

Diese fünf Skalen bilden sich aus 25 Items, die, anders als in anderen Fragebögen, nicht nur negative, sondern auch positive Attribute erfragen (siehe auch Anhang, Dokumente 6-8, Seite 138 bis 141 nach Goodman, 1997).

Die Selbstauskunfts-Version des SDQ für die Kinder und Jugendlichen stellt altersadäquat die gleichen Fragen, ist in der Formulierung der Fragen aber dahingehend verändert, dass die gestellten Fragen nicht aus der Sicht fremdurteilender Informanten konzipiert sind, sondern einen Ich-Bezug aufweisen.

Neben dieser SDQ-Selbstauskunfts-Version für Kinder und Jugendliche im Altersbereich ab 11 Jahren (Version S11-17) existieren weitere, äquivalente Versionen für Eltern, entsprechend einer Alters-Range von 2 bis 4 Jahren (Version P2-4) und einer Range von 4 bis 17 Jahren (Version P4-17) sowie eine Lehrerversion in der gleichen Alters-Range (Version T4-17). Die beiden letztgenannten Eltern- und Lehrer-Versionen finden neben der SDQ-Selbstauskunfts-Version (Version S11-17) Verwendung in dieser Arbeit.

Als eigenständiger Fragebogen wurde der SDQ dann von Goodman (1997) in England etabliert und mittlerweile in über 40 Sprachen übersetzt. Darin und durch seine kostenfreie Verfügbarkeit in all seinen Varianten (siehe Website: [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com); Stand 29.12.2018), was die Durchführbarkeit einer Untersuchung häufig erst ökonomisch vertretbar macht, begründet sich eine hohe internationale Akzeptanz und Verwendung dieses Fragebogenverfahrens als Screening-Instrument in epidemiologischen Studien.

Sowohl im internationalen Rahmen als mittlerweile auch durch nationale Arbeiten wurden die Normwerte und Gütekriterien Reliabilität, Validität sowie die Faktorenstruktur für den SDQ mehrfach bestätigt und der Einsatz als Erhebungsinstrument zum Screening nach allgemeinen psychischen Auffälligkeiten, auch in einer ethnisch und soziodemographisch heterogenen Population empfohlen (Hölling et al., 2008; He et al., 2013; Essau et al., 2012; Goodman, 2001; Du et al., 2008; Muris et al., 2003; Rothenberger et al., 2008; Shojaei et al., 2009; Smedje et al., 1999; Stone et al., 2010; Hawes & Dadds, 2004; Van Widenfelt et al., 2003; Niclasen et al., 2012; Palmieri & Smith, 2007).

Deutsche SDQ-Normwerte wurden anhand einer repräsentativen bundesweiten Feldstudie (Normierungsstichprobe; n = 930; Pudel et al., 2000) erhoben und liegen für den Altersbereich von 6 bis 15 Jahren seit dem Jahr 2003 vor (Woerner et al., 2002; Woerner et al., 2004). Für den

Gesamtproblemwert wurden die Kategoriengrenzen „dabei so gewählt, dass etwa 10% der beurteilten Kinder und Jugendlichen als «auffällig», und ungefähr weitere 10% als fraglich auffällige «Grenzfälle» eingestuft wurden.“ (Woerner et al., 2002, Seite 108).

In seiner deutschen Version ist der SDQ ebenfalls seit 1997 erhältlich und wurde seitdem vielfach auch in der nationalen Forschung und im klinischen Alltag eingesetzt. Verglichen mit vielen anderen Erhebungsinstrumenten erweist sich der SDQ-Fragebogen auch daher als besonders geeignet, da er aufgrund seiner Kürze (in der Kinder-Version eine DIN-A4 Seite umfassend) in lediglich fünf Minuten auszufüllen ist und somit eine gute Akzeptanz der teilnehmenden Personen anzunehmen ist, was ein Verweigern und/oder Auslassen von Antworten minimieren sollte. Zusätzlich sind die Items so formuliert und in ihrer Abfolge angeordnet, dass relativ ausgewogen sowohl negative als auch positive Verhaltensaspekte erfragt werden.

### **3.2.1.2 Der Anwendungsbereich des SDQ**

Der SDQ hat sich zum am weit verbreitetsten Forschungsinstrument für die Erfassung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen entwickelt (Vostanis, 2006; Vaz et al., 2016) und ist somit eines der gebräuchlichsten Screening-Instrumente zur Detektion psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (Lane et al., 2007; Stone et al., 2010; He et al., 2013).

Große Verwendung findet das Erhebungs-Instrument SDQ vor allem im Bereich epidemiologischer Studien, die sich auf eine große Niedrig-Risiko-Feldstichprobe von Kindern und Jugendlichen beziehen. So profitieren z.B. klinische Einrichtungen stark davon, dass bei kostenfreier Verfügbarkeit kein entsprechendes Forschungsbudget zur Nutzung des SDQ vonnöten und der Fragebogen schnell und einfach auszuwerten ist. Aber auch in der klinischen Diagnostik, beispielsweise in Kliniken oder Praxen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, findet der SDQ Anwendung, um im Rahmen der Eingangsdiagnostik individuelle Hauptprobleme im Vorhinein einzugrenzen, die Terminvergabe priorisieren zu können sowie therapierrelevante Ressourcen bereitzuhalten (Klasen et al., 2003). Beachtet werden sollte hierbei jedoch, dass der SDQ mit seinen lediglich fünf Unterskalen psychiatrischer Auffälligkeiten den Fokus eher auf kinderpsychiatrischen Kernstörungen legt und für den Einsatz in einem Hoch-Risiko-Bereich mitunter etwas eingeschränkter geeignet ist als beispielsweise die detailliertere

und längere Child Behavior Checklist (CBCL) nach Achenbach & Rescorla (2001). So werden seltenere Symptomgruppen wie Halluzinationen oder Zwangsstörungen mit dem SDQ nicht erfasst (Klasen et al., 2000). In Normalpopulationen wie Schulen hat sich der SDQ jedoch mittlerweile als geeignetes Screeninginstrument etabliert (Goodman, 2000; Goodman, 2001). Hierbei lagen die Stärken dieses Screeninginstrumentes besonders im Erfassen von Hyperaktivitätsproblemen, Depressionen und externalisierenden Verhaltensstörungen. Spezifischere Auffälligkeiten wie Essstörungen, Trennungsängste oder spezifische Phobien können mit einem Fragebogen als Instrument hingegen weniger gut erfasst werden und sind somit auch keine Domäne des SDQ im Screening einer Normalpopulation (Goodman, 2001).

### **3.3 Durchführung**

Die Befragung der Schülerstichprobe im Jahr 2006 wurde von der Medizinstudentin Frau Susann Schubert durchgeführt. Die Fragebögen wurden im Rahmen einer Unterrichtsstunde bei der Klassenlehrerin bzw. dem Klassenlehrer ausgefüllt. Die Befragung der Schülerstichprobe und der entsprechenden Eltern und Lehrer wurde von Frau Susann Schubert abgeschlossen. Die Datenerhebung erfolgte mittels des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in einer Eltern-, Lehrer- und Selbstauskunftsversion, siehe hierzu auch Abschnitt 3.2.1 *Der Strengths and Difficulties Questionnaire*, Seite 31. Die entsprechenden Fragebogen-Versionen sowie die Informationsblätter für Schüler- und Schülerinnen bzw. für Eltern und Lehrer/innen und zugehörige Einverständniserklärung sind exemplarisch im Anhang (Seite 131) aufgeführt.

Alle in den Fragebögen erhobenen Daten wurden computergestützt erfasst, kontrolliert und für die statistische Analyse aufgearbeitet.

#### **3.3.1 Stichprobenziehungen unterschiedlicher Repräsentativitätsgrade**

Die Gesamtzahl der Rostocker Schülerinnen und Schüler für das Schuljahr 2006/2007 wurde anhand von Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern (2007) erhoben. Die Anzahl der in der Stichprobe inkludierten Schüler wurde dahingehend korrigiert, als dass sie in dem Merkmal der Schulzugehörigkeit quantitativ die gleiche Struktur wie die Grundgesamtheit aufweist. Dies wurde durch Zufallsziehungen mittels *IBM™ SPSS™ Statistics Version 23*

(Statistical Package for Social Science, IBM Corp., Armonk NY, USA) realisiert. Hierbei wurden durch Zufallsziehungen verschiedene Stufen der Repräsentativität der resultierenden Teilstichproben erreicht:

**Tabelle 6: Repräsentative Teilstichproben**

Teilstichprobe	Schülerzahl	Geschlechterverteilung	
Repräsentativ für allgemeinbildende Schulen in Mecklenburg-Vorpommern	503	m:	246
		w:	257
Repräsentativ für allgemeinbildende Schulen in Rostock	312	m:	144
		w:	168
Repräsentativ für alle Schulen in Mecklenburg-Vorpommern	191	m:	99
		w:	92
Repräsentativ für alle Schulen in Rostock	155	m:	84
		w:	71

Die Analysen wurden im Rahmen der Prävalenzbestimmung psychischer Auffälligkeiten neben der unveränderten Stichprobe zudem mit den oben genannten verschiedenen Repräsentativitätsstufen durchgeführt. Die Berechnungen zur Intraklassenkorrelation als Maß für die Beobachtungsübereinstimmungen sowie die Mittelwertvergleiche über zweifaktorielle Varianzanalysen erfolgten explorativ in den verschiedenen Repräsentativitätsstufen, sind aus Gründen der Übersichtlichkeit jedoch nicht im Einzelnen aufgeführt.

In Tabelle 5, Seite 29, sind die in die Studie einbezogenen Schultypen, der Schulort (Stadtteil), die jeweiligen Schülerzahlen, die Geschlechterverteilung sowie die Schülerverteilung in der Grundgesamtheit aufgeführt.

### 3.4 Durchgeführte Analysen

Die Datenerfassung und Verifizierung der ausgefüllten Fragebögen erfolgte mit Hilfe der Software *Cardiff™ TeleForm™* (Cardiff Software, Inc.; Vista CA, USA) und einer hierfür entwickelten Fragebogen-Matrize am Rechenzentrum der Universität Rostock. Die rechnergestützte Analyse der somit gewonnenen Daten erfolgte auf Basis des Statistikprogramms *IBM™ SPSS™ Statistics Version 23* (Statistical Package for Social Science, IBM Corp., Armonk NY, USA).

### 3.4.1 Prävalenzberechnungen

Die Berechnungen zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter erfolgten entsprechend der deutschen Normierungen von Woerner et al. (2004), siehe auch Abschnitt 3.2.1 *Der Strengths and Difficulties Questionnaire*, Seite 31.

Die errechneten Prävalenzen sind für jeden einzelnen Urteiler entsprechend den zusammenfassenden Skalen „Gesamtauffälligkeit“, „Externalisierende Störungen“ und „Internalisierende Störungen“ hinsichtlich der Faktoren „Alter“, „Geschlecht“ und „Besuchter Schultyp“ gegenübergestellt (siehe Tabelle 7, Seite 42 bis Tabelle 10, Seite 45). Hierbei wurde die Altersspanne der eingeschlossenen Fälle etwa ausgewogen dichotomisiert, so dass eine Altersgruppe aus jüngeren Schülern („Jung“, 12–15 Jahre alt,  $n = 474$ ) und eine aus älteren Schülern („Alt“, 16–22 Jahre alt,  $n = 322$ ) entsteht. Dies erfolgte aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit entsprechend der gängigen Praxis vorausgegangener Arbeiten und um, bei uneinheitlicher Altersverteilung innerhalb der Stichprobe, vergleichbar große Samples zu erhalten.

Zusätzlich sind im Anhang für die zuvor gezogenen repräsentativen Teilstichproben (siehe Seite 35) tabellarische Auflistungen der Prävalenzen für die drei Urteiler, die zusammenfassenden Skalen und die genannten Einflussfaktoren aufgeführt (siehe Tabelle 20, Seite 147 bis Tabelle 35, Seite 160). Zur Prüfung eines Einflusses der Repräsentativität auf die Prävalenzausprägung wurden die Mittelwerte der drei zusammenfassenden Skalen aller drei Urteiler aus der unveränderten Stichprobe mit den korrespondierenden Mittelwerten aus den repräsentativen Teilstichproben mittels Einstichproben- $t$ -Test verglichen. Die resultierenden Ergebnisse sind im Hinblick auf ihre Signifikanz im Anhang (siehe Tabelle 36, Seite 161) aufgeführt. Alle über die Prävalenzbestimmung hinausgehenden Analysen dieser Arbeit sind als Mittelwertvergleiche durchgeführt damit berücksichtigt werden kann, dass psychische Auffälligkeiten „[...] auf einem Kontinuum des Empfindens, Erlebens und Verhaltens angesiedelt sind und diese zudem entwicklungsspezifische Besonderheiten aufweisen“ (Hölling et al., 2014, S. 808).

### 3.4.2 Intraklassenkorrelation

Dem Prinzip der Mehr-Informanten in der Kinder- und Jugend-Psychiatrie folgend befasst sich die vorliegende Arbeit mit den Aussagen von insgesamt 797 Kindern und Jugendlichen sowie, wenn entsprechend vorliegend, deren Eltern und Lehrern.

Neben dem Koeffizienten Kappa nach Cohen (1960) als Maß für die Interrater-Reliabilität von Urteilen von *zwei* Informanten eignet sich als statistisches Verfahren zur Quantifizierung der Übereinstimmung von *mehr als zwei* Urteilen (Eltern-/Selbsturteil, Lehrer-/Selbsturteil, Lehrer-/Elternurteil, Lehrer-/Eltern-/Selbsturteil), unter Einbezug der jeweils erwartbar zufälligen Übereinstimmungen, insbesondere die Intraklassenkorrelation (engl. Intra-Class-Correlation oder ICC; Wirtz & Caspar, 2002) für parametrische Statistiken.

Die ICC findet als geeignetes Maß für die Beobachtungsübereinstimmungen bei intervallskalierten Daten Anwendung (Wirtz & Caspar, 2002) und dient als Reliabilitätsmaß für die Stärke des Zusammenhangs der Urteile von zwei oder mehr Beurteilern, basierend auf einem varianzanalytischen Modell. Hierbei kann der resultierende Intraklassenkoeffizient einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen. Die Ausprägung 0 zeigt hierbei an, dass kein Zusammenhang zwischen den Urteilen der Informanten besteht und je mehr sich der Wert 1 nähert, desto ausgeprägter ist der Zusammenhang und um so höher die Reliabilität der Urteile. „Die ICC ist ein Maß dafür, wie gut die Werte eines individuellen Raters mit dem Urteil eines beliebigen anderen Raters korreliert.“ (Wirtz & Caspar, 2002, Seite 158)

Das Übereinstimmungsmaß ICC wird in den vorliegenden Stichproben über das SPSS-Modell *one-way random* und *single measures* berechnet (Typ ICC 1, 1 nach Shrout & Fleiss, 1979, bzw. Typ 1 nach McGraw & Wong, 1996).

Formel 1:

$$ICC(1, 1) = \frac{MS_{zw} - MS_{inn}}{MS_{zw} + (k-1) MS_{inn}}$$

$MS_{zw}$  die Varianz zwischen den Fällen  
 $MS_{inn}$  die Varianz innerhalb der Fälle  
 $k$  Anzahl der Urteiler

Die Komponente *one-way random* der Modellbestimmung gibt an, dass nicht alle Urteiler alle in der Stichprobe inkludierten Kinder beurteilen. Die Zufälligkeit der Urteiler erklärt sich dahingehend, dass die Kinder in so weit zufällig ausgewählt sind, wie die tatsächliche Stichpro-

benziehung zufällig ist. Die Auswahl der objektiven Urteiler (Eltern und Lehrer) ist hingegen über den zufälligen Einschluss der Kinder in die Stichprobe nur indirekt zufällig.

Die Komponente *single measures* der Modellbestimmung gibt an, dass die einzelnen Urteile jeweils auf eine bestimmte Urteiler-Person zurückgehen und nicht auf einen gemittelten Wert über einen „Pool“ von Urteilern hinweg.

Bei der Berechnung von ICC-Werten über das Modell *one way* gibt es keine Möglichkeit, die Übereinstimmung noch bezüglich unterschiedlicher Mittelwerte zwischen den Beurteilern zu relativieren, um Niveauunterschiede in den Urteilen mit zu berücksichtigen. Dies ist darin begründet, dass sowohl im Selbst- als auch Elternurteil jeweils nur ein Kind beurteilt wird, so dass hier kein Mittelwert über die Urteile in demselben Skalenwert über unterschiedliche Kinder hinweg gebildet werden kann, der dann die Übereinstimmung relativieren könnte.

Da es – anders als bei einfachen Pearson-Korrelationen – keine Möglichkeit gibt, verschiedene ICC-Werte in ihren Unterschieden im exakten Sinn auf Signifikanz zu testen (Wirtz & Caspar, 2002), werden zusätzlich zu den ICC-Werten wie von Shrout und Fleiss (Shrout & Fleiss, 1979) empfohlen noch die 95 %-Vertrauensintervalle in Form der oberen und unteren Grenze des Vertrauensintervalls (confidence interval; CI) angegeben.

Dies folgt der Rationalen, dass bei sich nicht überschneidenden 95 %-Vertrauensintervallen von zwei ICC-Werten die Wahrscheinlichkeit für eine reine Zufallsschwankung der Stichprobenziehung unter 5 % liegt (Shrout & Fleiss, 1979).

Der Signifikanztest richtet sich gegen die Nullhypothese, dass in der Grundgesamtheit die Korrelation exakt Null, also nicht vorhanden sei. Wenn sich in der Stichprobe eine von Null differente Korrelation ergibt, könnte das eine reine Zufallsschwankung im Rahmen der Stichprobenziehung sein. Gegen diese Nullhypothese, dass die Korrelation nur zufällig von Null verschieden ist, wird getestet. Wenn die Wahrscheinlichkeit für die Passung der Daten zur Nullhypothese genügend gering ist ( $p < 0,05$ ), wird im Umkehrschluss die Alternativhypothese, dass es nicht nur in der Stichprobe sondern auch in der Grundgesamtheit eine von Null differente Korrelation gibt, angenommen.

Anders als beim Einstichproben-t-Test kann ein ICC-Koeffizient hierbei auch dann signifikant von Null verschieden sein, wenn es im Vertrauensintervall einen Vorzeichenwechsel gibt, das Vertrauensintervall also sowohl positive wie negative Werte umfasst (Wirtz & Caspar, 2002).

Zur Interpretation der ICC wurden die Konventionen nach Cohen angewendet (Hemphill, 2003). Hiernach gelten  $ICC < 0,4$  als „schwach“, zwischen 0,4 und 0,6 als „moderat“ und  $> 0,6$  als „stark“. Zur Darstellung der zentralen Tendenz der Intraklassenkorrelation der verschiedenen Urteilerkombinationen wurde der Median über die drei analysierten Skalen (internalisierende Probleme, externalisierende Probleme, Gesamtproblemwert) berechnet.

Hierbei ist zu beachten, dass bei ICC-Werten – wie bei allen Korrelationskoeffizienten – die Beziehung zwischen dem Zahlenwert des Korrelationskoeffizienten und der damit ausgedrückten Enge eines Zusammenhanges nicht linear ist. Die Bedeutsamkeit ein und desselben Unterschieds im Zahlenwert ist bei hohen Korrelationskoeffizienten deutlich größer als bei niedrigen.

### 3.4.3 Varianzanalysen

Neben der Berechnung der Urteilerkorrelationen der unterschiedlichen Informanten wird in zweifaktoriellen Varianzanalysen geprüft, wie stark die Urteilerperspektiven einerseits und ein zweiter Einflussfaktor (Altersgruppe, Geschlecht und besuchter Schultyp) andererseits die Mittelwerte der SDQ-Scores bestimmen. Hierbei werden Varianzanalysen mit einem Messwiederholungsfaktor (Innersubjektfaktor; Urteilerperspektive) und einem Gruppenfaktor (Zwischensubjektfaktor; Altersgruppe, Geschlecht, besuchter Schultyp) verwendet (mixed ANOVA)<sup>1</sup>.

Hat man wie in dem vorliegenden Fall zwei Einflussfaktoren in der Varianzanalyse, ergeben sich drei Ergebnisaspekte:

1. Der erste Einflussfaktor für sich genommen (Haupteffekt)
2. Der zweite Einflussfaktor für sich genommen (Haupteffekt)
3. Der Interaktionseffekt (sagt aus, inwieweit die Wirkung der Ausprägungen des einen Einflussfaktors von den Ausprägungen des jeweils anderen Einflussfaktors abhängt)

Alle drei Ergebnisaspekte werden jeweils zusammen mit der Signifikanz, der Varianzaufklärung als Effektstärkemaß und den zugehörigen Prüfgrößen (F-Wert und Freiheitsgrade) angegeben. Als Effektstärkemaß wird das partielle Eta-Quadrat ( $\eta^2_{\text{part}}$ ) aufgeführt. Hierbei gilt

---

<sup>1</sup> engl: analysis of variance (ANOVA), Varianzanalyse; Durch den Vergleich von Innersubjekt- und Zwischensubjektfaktor wird die *mixed* ANOVA verwendet

$\eta^2_{\text{part}} < 0,06$  als schwacher Effekt, ein  $\eta^2_{\text{part}}$  zwischen 0,06 bis 0,14 als mittlerer Effekt und ein  $\eta^2_{\text{part}} > 0,14$  als starker Effekt (Lakens, 2013).

Zur Interpretation des Interaktionseffekts werden Profildigramme aufgeführt, welche grafisch veranschaulichen, in welcher Weise *genau* die Wirkung des ersten Einflussfaktors *anders* ist in Abhängigkeit der Ausprägung des zweiten Einflussfaktors. Die Interpretation der Haupteffekte ist hingegen in der Regel allein anhand der deskriptiven Statistiken bzw. gegebenenfalls zusätzlich anhand des Profildigramms möglich. In den Fällen, in denen eine Interpretation anhand der deskriptiven Statistik und des zugehörigen Profildigramms erschwert ist, sind zusätzliche Plots für den jeweiligen Haupteffekt angefügt.

Voraussetzungen (Modellannahmen) der Varianzanalyse sind zum einen die Normalverteilung der abhängigen Variable und zum anderen die Varianzhomogenität zwischen den Gruppen. Die Normalverteilungsannahme ist hierbei lediglich theoretisch relevant, praktisch zeigt sich die Varianzanalyse bei den vorliegenden Fallzahlen „robust“ gegenüber einer Verletzung der Normalverteilungsannahme (Salkind, 2010). Schlussfolgernd kommt die Varianzanalyse auch dann zu richtig berechneten Ergebnissen, wenn die abhängige Variable nicht normalverteilt ist (Salkind, 2010). Aus diesem Grund wird auf eine Prüfung auf Normalverteilung verzichtet.

Ein strengeres Maß stellt die Modellannahme der Varianzhomogenität dar. Ist diese verletzt, besteht die Möglichkeit, dass der rechnerische Signifikanzwert etwas verzerrt ist. Das ist insbesondere dann relevant, wenn die Signifikanz nahe an der kritischen Schwelle des 5 %-Niveaus (0,05) liegt. Wird die Varianzhomogenität in der Nähe dieser Schwelle verletzt, wird empfohlen, das Signifikanzniveau eine Stufe strenger anzusetzen, also  $p < 0,01$  statt  $p < 0,05$  (Salkind, 2010). Wird hingegen das Signifikanzniveau von  $p < 0,01$  erreicht, ist eine Varianzhomogenität demnach unschädlich und es kann von einer bestehenden Signifikanz ausgegangen werden (Salkind, 2010). Wenn notwendig, wird in den entsprechenden Passagen auf problematische Verletzungen der Varianzhomogenität hingewiesen.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Prävalenz psychischer Auffälligkeiten

Die Tabelle 7 bis 10 geben einen Überblick über die Einschätzungen der drei verschiedenen Urteiler in ihrer Bewertung der Kinder und Jugendlichen bzw. der resultierenden Einordnung anhand der Dichotomisierung „unauffällig“ und „zur Risikogruppe gehörig“ (Hölling et al., 2014). Als Prävalenzen sind dementsprechend die zur Risikogruppe gehörenden Kinder mit ihrem prozentualen Anteil an der jeweiligen Stichprobe aufgeführt. Neben der Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten in Tabelle 7 sind die Prävalenzen zudem anhand der dichotomisierten Altersgruppen (Tabelle 8), der beiden Geschlechter (Tabelle 9) und des besuchten Schultyps (Tabelle 10) sortiert dargestellt.

In Tabelle 7 lassen sich auf allen drei Skalen zwischen jedem der drei Urteiler signifikante ( $p = 0,044$  (Eltern vs. Lehrer auf der Skala internalisierende Probleme) bis  $p < 0,001$ ) Unterschiede in der Prävalenzschätzung erkennen. Dabei sind die Prävalenz-Unterschiede zwischen Kindern und beiden Fremdurteilern auf allen drei Skalen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 1 % höchst signifikant. Ebenfalls auf dem 1 %-Niveau signifikant zeigen sich darüber hinaus die Prävalenz-Unterschiede zwischen Eltern und Lehrern auf der Skala externalisierende Probleme. Außer auf der Skala der internalisierenden Probleme, auf welcher Eltern deutlich die höchste Prävalenzschätzung angeben, berichten die Lehrer auf den Skalen ‚externalisierende Probleme‘ und ‚Gesamtproblemwert‘ signifikant höhere Auffälligkeiten als die Kinder im Selbsturteil oder ihre Eltern.

Tabelle 7: Prävalenzen insgesamt

Skala	Urteiler / Prävalenz (in %)				
internalisierende Probleme	Eltern	>	Lehrer	>	Kinder
	19,59		15,63		9,79
externalisierende Probleme	Lehrer	>	Kinder	>	Eltern
	24,48		14,81		12,87
Gesamtproblemwert	Lehrer	>	Kinder	>	Eltern
	30,08		13,80		12,57

In der anhand der Alterklassen geordneten Tabelle 8 zeigen sich, außer auf der Skala ‚Gesamtproblemwert‘ im Selbsturteil, bei allen Urteilern und auf allen Skalen höhere Auffälligkeiten in der Altersgruppe der 12- bis 15-jährigen als in der Altersgruppe der 16- bis 22-jährigen.

Signifikante Unterschiede ergeben sich dabei vor allem in den Einschätzungen der Lehrer auf der Skala des Gesamtproblemwertes ( $p = 0,007$ ) und auf der Skala internalisierender Probleme ( $p = 0,045$ ). Der Prävalenz-Unterschied der Altersgruppe im Lehrerurteil auf der Skala externalisierender Probleme ist knapp nicht signifikant ( $p = 0,069$ ). Im Selbsturteil ist zwischen den Kindern deutlich kein Prävalenz-Unterschied zwischen den Altersgruppen auszumachen ( $p = 0,579$  bis  $p = 0,916$ ). Das Elternurteil zeigt auf der Skala ‚Gesamtproblemwert‘ wiederum eine signifikant höhere Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei den jüngeren Kindern ( $p = 0,02$ ).

Tabelle 8: Prävalenzen nach Altersgruppe

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)		Signifikanz (p)
		Altersgruppe		
		(12 - 15 Jahre)	(16 - 22 Jahre)	
		Jung n = 474	Alt n = 322	
Kinder	internalisierende Probleme	9,92	9,63	0,893
	externalisierende Probleme	15,40	13,98	0,579
	Gesamtproblemwert	13,71	13,98	0,916
		Jung n = 200	Alt n = 109	
Eltern	internalisierende Probleme	22,00	14,68	0,120
	externalisierende Probleme	15,50	6,42	0,200
	Gesamtproblemwert	15,50	6,42	0,020*
		Jung n = 450	Alt n = 242	
Lehrer	internalisierende Probleme	17,33	11,57	0,045*
	externalisierende Probleme	25,11	19,01	0,069
	Gesamtproblemwert	32,00	22,31	0,007**

Signifikanzniveaus: \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,010$ ; \*  $p < 0,050$

In Tabelle 9 zeigen sich bei beiden Fremdurteilern höhere Prävalenzraten der Jungen auf den Skalen für externalisierende Probleme und dem Gesamtproblemwert und bei allen drei Urteilern höhere Auffälligkeitsraten der Mädchen auf der Skala der internalisierenden Probleme. Ein höchst signifikanter Prävalenz-Unterschied zwischen den Geschlechtern ergibt sich hierbei im Lehrerurteil auf den Skalen ‚externalisierende Probleme‘ und ‚Gesamtproblemwert‘ ( $p < 0,001$ ). Ebenfalls hoch signifikant ist die höhere Prävalenz internalisierender Probleme von Mädchen im Selbsturteil ( $p = 0,004$ ).

Tabelle 9: Prävalenzen nach Geschlecht des Kindes

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)		Signifikanz (p)
		Geschlecht		
		Männlich n = 409	Weiblich n = 388	
Kinder	internalisierende Probleme	6,85	12,89	0,004**
	externalisierende Probleme	15,89	13,66	0,375
	Gesamtproblemwert	11,74	15,98	0,083
		Männlich n = 135	Weiblich n = 175	
Eltern	internalisierende Probleme	19,26	19,43	0,970
	externalisierende Probleme	14,07	10,86	0,392
	Gesamtproblemwert	14,07	10,86	0,392
		Männlich n = 338	Weiblich n = 355	
Lehrer	internalisierende Probleme	14,79	15,77	0,720
	externalisierende Probleme	30,18	16,06	< 0,001***
	Gesamtproblemwert	34,91	22,54	< 0,001***

Signifikanzniveaus: \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,010$ ; \*  $p < 0,050$

Eine Darstellung der Prävalenzen beider Geschlechter in Abhängigkeit von der Altersgruppe findet sich im Anhang; Tabelle 19, Seite 146.

In Tabelle 10 zeigen sich sowohl im Selbst- als auch im Elternurteil signifikant geringere Auffälligkeiten auf den Skalen ‚externalisierende Probleme‘ und ‚Gesamtproblemwert‘ bei

Gymnasiasten im Vergleich zu Schülern von Regionalschulen, integrierten Gesamtschulen und Berufsschulen ( $p < 0,001$  bis  $p = 0,013$ ).

Lehrer zeigen zudem eine signifikant geringere Prävalenzschätzung externalisierender Probleme bei Berufsschülern und Gymnasiasten im Vergleich zu Schülern von Regionalschulen und integrierten Gesamtschulen ( $p = 0,001$ ).

Die übrigen Prävalenz-Unterschiede in Abhängigkeit vom besuchten Schultyp zeigen sich nicht signifikant.

Tabelle 10: Prävalenzen nach besuchtem Schultyp

Urteiler Skala		Prävalenz (in %)				p
		Schultyp				
		Regionale Schule n = 325	Integrierte Gesamtschule n = 92	Gymnasium n = 301	Berufliche Schule n = 79	
Kinder	internalisierende Probleme	10,46	15,22	7,97	7,59	0,188
	externalisierende Probleme	18,77	18,48	7,97	20,25	< 0,001***
	Gesamtproblemwert	16,62	22,83	7,64	15,19	< 0,001***
		Regionale Schule n = 102	Integrierte Gesamtschule n = 23	Gymnasium n = 196	Berufliche Schule n = 16	
Eltern	internalisierende Probleme	17,65	30,43	19,39	25,00	0,528
	externalisierende Probleme	20,59	30,43	6,63	18,75	< 0,001***
	Gesamtproblemwert	15,69	30,43	8,67	18,75	0,013*
		Regionale Schule n = 333	Integrierte Gesamtschule n = 98	Gymnasium n = 225	Berufliche Schule n = 12	
Lehrer	internalisierende Probleme	13,81	18,37	16,92	8,33	0,515
	externalisierende Probleme	30,03	29,59	17,54	16,67	0,001**
	Gesamtproblemwert	34,23	31,63	25,85	16,67	0,084

Signifikanzniveaus: \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,010$ ; \*  $p < 0,050$

### 4.1.1 Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten in Abhängigkeit von der Repräsentativität der Stichprobe

Zur Prüfung eines Einflusses der unterschiedlich repräsentativen Teilstichproben auf die Prävalenzausprägung sind nach Anwendung des Einstichproben-t-Tests<sup>1</sup> die *p*-Werte des Signifikanztests in Tabelle 11 aufgeführt. Die zugrunde liegenden Prävalenzen in Abhängigkeit von den repräsentativen Teilstichproben sind tabellarisch im Anhang aufgeführt (Tabelle 20, Seite 147 - Tabelle 23, Seite 148). Für keinen Urteiler und auf keiner Skala ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den errechneten Prävalenzen in der unveränderten Stichprobe und in den repräsentativen Teilstichproben.

Tabelle 11: Signifikanztests der Prävalenzen in Abhängigkeit von der Repräsentativität

Urteiler Skala		alle Angaben als p-Wert des Signifikanztests			
		repräsentative Teilstichproben			
		allgemeinbild. Schulen in MV	allgemeinbild. Schulen in Rostock	alle Schulen in MV	alle Schulen in Rostock
<b>Kinder</b>	Internalisierende Probleme	0,909	0,639	0,830	0,439
	Externalisierende Probleme	0,148	0,165	0,213	0,523
	Gesamtproblemwert	0,366	0,183	0,820	0,974
<b>Eltern</b>	Internalisierende Probleme	0,600	0,777	0,738	0,594
	Externalisierende Probleme	0,747	0,746	0,639	0,814
	Gesamtproblemwert	0,312	0,893	0,595	0,221
<b>Lehrer</b>	Internalisierende Probleme	0,877	0,668	0,470	0,363
	Externalisierende Probleme	0,235	0,284	0,426	0,555
	Gesamtproblemwert	0,773	0,706	0,644	0,796

<sup>1</sup> Prüft, ob die Prävalenz der jeweiligen repräsentativen Teilstichprobe signifikant von der Prävalenz der unveränderten Ausgangsstichprobe abweicht.

## 4.2 Urteilerübereinstimmungen mittels Intraklassenkorrelation

Die Übereinstimmungen zwischen den Kindes-, Eltern- und Lehrerurteilen sind im Median betrachtet schwach ( $< 0,4$ ), siehe Tabelle 12, Seite 47.

Die Urteilerübereinstimmungen sind hierbei auf der Skala externalisierender Probleme am höchsten (moderat) und auf der Skala internalisierender Probleme am geringsten (schwach). Die höchste Urteilerübereinstimmung ergibt sich auf allen Skalen zwischen der kindlichen Selbsteinschätzung und dem Elternurteil (Median: ICC = 0,396).

Entsprechend sich nicht überschneidender Vertrauensintervalle als Beleg eines signifikanten Unterschieds zwischen ICC-Werten (siehe Abschnitt 3.4.2 *Intraklassenkorrelation*, Seite 38) ergibt sich auf Ebene der drei Skalen ein signifikanter Unterschied zwischen den ICC-Werten nur zwischen dem Selbst-/Elternurteil und dem Selbst-/Lehrerurteil auf der Skala ‚internalisierende Probleme‘. Innerhalb der Urteilerkombinationen ergeben sich signifikante Unterschiede nur im Selbst-/Lehrerurteil sowie in der Kombination aller drei Urteiler - die Urteilerübereinstimmungen sind auf der Skala externalisierender Probleme jeweils signifikant höher als bei internalisierenden Problemen und im Selbst-/Lehrerurteil zudem auch höher als beim Gesamtproblemwert.

Tabelle 12: Urteilerübereinstimmungen insgesamt

	ICC-Werte (95 %-Konfidenzintervalle der ICC in Klammern)			
	Kinder-Eltern	Kinder-Lehrer	Eltern-Lehrer	Kinder-Eltern-Lehrer
internalisierende Probleme	0,396 (0,298-0,486)	0,204 (0,132-0,274)	0,288 (0,182-0,388)	0,278 (0,204-0,354)
externalisierende Probleme	0,468 (0,377-0,551)	0,417 (0,354-0,477)	0,455 (0,362-0,540)	0,452 (0,382-0,521)
Gesamtproblemwert	0,396 (0,298-0,485)	0,259 (0,188-0,327)	0,383 (0,283-0,474)	0,339 (0,265-0,413)
Median	0,396	0,259	0,383	0,339

In der anhand der Altersgruppen strukturierten Tabelle 13 zeigen sich bei den jüngeren Kindern insgesamt höhere Urteilerübereinstimmungen in den Kombinationen Selbst-/Elternurteil, Selbst-/Lehrerurteil und Selbst-/Eltern-/Lehrerurteil (Vergleich der Mediane).

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen zeigt sich auf Ebene der Urteiler jedoch nur in den signifikant höheren Urteilerübereinstimmungen zwischen Kindern der jüngeren Altersgruppe und ihren Eltern auf der Skala der externalisierenden Probleme. Die übrigen Unterschiede der ICC-Werte zwischen den Altersgruppen sind nicht signifikant.

Es zeigen sich in der jungen Altersgruppe signifikante höhere Urteilerübereinstimmungen im Selbst-/Elternurteil gegenüber dem Selbst-/Lehrerurteil auf den Skalen ‚internalisierende Probleme‘ und ‚Gesamtproblemwert‘.

In der Altersgruppe älterer Kinder zeigen sich keine signifikanten Unterschiede der ICC-Werte auf Skalenebene.

Innerhalb der Altersgruppe junger Kinder, auf Ebene der Urteiler, zeigt sich eine signifikant höhere Urteilerübereinstimmung im Selbst-/Lehrerurteil auf der Skala externalisierender Probleme verglichen mit internalisierenden Problemen und dem Gesamtproblemwert. Auch in der Kombination aller drei Urteiler ergibt sich in der jungen Altersgruppe eine signifikant höhere Übereinstimmung bei externalisierenden Problemen gegenüber internalisierenden Problemen.

Ein signifikanter Unterschied innerhalb der Altersgruppe älterer Kinder auf Ebene der Urteiler findet sich hingegen nicht.

Tabelle 13: Urteilerübereinstimmung nach Altersgruppe

	ICC-Werte (95 %-Konfidenzintervalle der ICC in Klammern)							
	Kinder-Eltern		Kinder-Lehrer		Eltern-Lehrer		Kinder-Eltern-Lehrer	
	Jung (12-15 J.)	Alt (16-22 J.)	Jung (12-15 J.)	Alt (16-22 J.)	Jung (12-15 J.)	Alt (16-22 J.)	Jung (12-15 J.)	Alt (16-22 J.)
internalisierende Probleme	0,427 (0,307-0,534)	0,390 (0,151-0,486)	0,180 (0,090-0,286)	0,247 (0,125-0,362)	0,238 (0,099-0,369)	0,279 (0,088-0,450)	0,277 (0,186-0,371)	0,234 (0,110-0,366)
externalisierende Probleme	0,592 (0,495-0,675)	0,172 (-0,160-0,348)	0,442 (0,365-0,513)	0,360 (0,246-0,465)	0,480 (0,363-0,583)	0,400 (0,221-0,552)	0,492 (0,408-0,574)	0,321 (0,196-0,449)
Gesamtproblemwert	0,480 (0,366-0,580)	0,211 (0,025-0,382)	0,268 (0,180-0,352)	0,231 (0,109-0,374)	0,361 (0,230-0,479)	0,368 (0,185-0,526)	0,358 (0,267-0,449)	0,233 (0,110-0,365)
Median	0,480	0,211	0,268	0,247	0,361	0,368	0,358	0,234

In der nach Geschlecht des Kindes geordneten Tabelle 14 zeigen sich bei den Jungen insgesamt höhere Urteilerübereinstimmungen in den Kombinationen Selbst-/Elternurteil, Selbst-/Lehrerurteil und Selbst-/Eltern-/Lehrerurteil.

Ein signifikanter Unterschied der Urteilerübereinstimmungen zwischen den Geschlechtern ergibt sich jedoch nicht, da sich alle Vertrauensintervalle paarweise überlappen.

In der Gruppe der Jungen zeigt sich eine signifikant höhere Urteilerübereinstimmung im Selbst-/Elternurteil gegenüber dem Selbst-/Lehrerurteil auf der Skala ‚internalisierende Probleme‘.

In der Gruppe der Mädchen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede der ICC-Werte auf der Skalenebene.

Innerhalb der Gruppe der Jungen, auf Ebene der Urteiler, zeigt sich eine signifikant höhere Urteilerübereinstimmung im Selbst-/Lehrerurteil auf der Skala externalisierender Probleme verglichen mit internalisierenden Problemen.

Innerhalb der Gruppe der Mädchen, auf Ebene der Urteiler, zeigt sich eine signifikant höhere Urteilerübereinstimmung im Selbst-/Eltern-/Lehrerurteil auf der Skala externalisierender Probleme verglichen mit internalisierenden Problemen.

Tabelle 14: Urteilerübereinstimmung nach Geschlecht des Kindes

	ICC-Werte (95%-Konfidenzintervalle der ICC in Klammern)							
	Kinder-Eltern		Kinder-Lehrer		Eltern-Lehrer		Kinder-Eltern-Lehrer	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
internalisierende Probleme	0,485 (0,345-0,604)	0,314 (0,174-0,441)	0,224 (0,121-0,323)	0,175 (0,072-0,274)	0,322 (0,156-0,471)	0,229 (0,08-0,369)	0,384 (0,274-0,495)	0,192 (0,096-0,294)
externalisierende Probleme	0,472 (0,330-0,593)	0,457 (0,331-0,566)	0,455 (0,367-0,536)	0,348 (0,253-0,436)	0,418 (0,262-0,553)	0,484 (0,358-0,593)	0,450 (0,341-0,528)	0,435 (0,341-0,528)
Gesamtproblemwert	0,471 (0,329-0,592)	0,343 (0,205-0,467)	0,316 (0,216-0,408)	0,210 (0,109-0,307)	0,363 (0,201-0,507)	0,388 (0,250-0,511)	0,394 (0,284-0,504)	0,293 (0,196-0,394)
Median	0,472	0,343	0,316	0,286	0,363	0,388	0,394	0,293

In der anhand des besuchten Schultyps geordneten Tabelle 15 zeigt sich außer im Selbst-/Lehrerurteil eine insgesamt höhere Übereinstimmung in allen Urteilerkombinationen bei Schülern aus integrierten Gesamtschulen gegenüber den übrigen Schultypen.

Ein signifikanter Unterschied der Urteilerübereinstimmungen zwischen den verschiedenen Schultypen ergibt sich nicht, da sich alle Vertrauensintervalle paarweise überlappen.

Innerhalb der einzelnen besuchten Schultypen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede der ICC-Werte auf Skalenebene.

Innerhalb des Schultyps ‚Gymnasium‘, auf Ebene der Urteiler, zeigt sich eine signifikant höhere Urteilerübereinstimmung im Selbst-/Lehrerurteil auf der Skala externalisierender Probleme verglichen mit internalisierenden Problemen.

Ein signifikanter Unterschied innerhalb der übrigen besuchten Schultypen auf Ebene der Urteiler findet sich hingegen nicht.

Tabelle 15: Urteilerübereinstimmung nach besuchttem Schultyp

ICC-Werte (95 %-Konfidenzintervalle der ICC in Klammern)												
Kinder-Eltern				Kinder-Lehrer				Eltern-Lehrer				Kinder-Eltern-Lehrer
regionale Schule	Gesamt-schule	Gymnasium	Berufsschule	regionale Schule	Gesamt-schule	Gymnasium	Berufsschule	regionale Schule	Gesamt-schule	Gymnasium	Berufsschule	regionale Schule
intern. Probleme (0,17-0,53)	0,628 (0,29-0,86)	0,352 (0,22-0,47)	0,380 (-0,11-0,73)	0,245 (0,13-0,35)	0,159 (-0,05-0,35)	0,183 (0,07-0,29)	0,156 (-0,42-0,65)	0,220 (0,01-0,42)	0,623 (0,30-0,82)	0,248 (0,11-0,38)	0,213 (-0,43-0,77)	0,247 (0,11-0,40)
												0,542 (0,30-0,75)
												0,236 (0,14-0,33)
												0,277 (-0,13-0,75)
extern. Probleme (0,34-0,67)	0,660 (0,33-0,84)	0,408 (0,16-0,58)	0,375 (-0,09-0,77)	0,429 (0,33-0,52)	0,252 (0,05-0,43)	0,424 (0,33-0,51)	0,644 (0,16-0,88)	0,469 (0,28-0,62)	0,390 (-0,01-0,69)	0,410 (0,29-0,52)	0,441 (-0,27-0,85)	0,442 (0,31-0,57)
												0,428 (0,17-0,68)
												0,408 (0,32-0,50)
												0,507 (0,08-0,85)
Gesamt-problemwert (0,22-0,62)	0,676 (0,26-0,86)	0,374 (0,08-0,58)	0,446 (-0,07-0,77)	0,298 (0,19-0,40)	0,116 (-0,09-0,31)	0,236 (0,13-0,34)	0,288 (-0,30-0,72)	0,410 (0,21-0,58)	0,371 (-0,03-0,67)	0,340 (0,21-0,46)	0,582 (-0,09-0,90)	0,367 (0,23-0,51)
												0,349 (0,09-0,62)
												0,287 (0,19-0,38)
												0,391 (-0,03-0,80)
Median	0,660	0,374	0,380	0,298	0,286	0,286	0,286	0,410	0,390	0,340	0,441	0,367
												0,428
												0,287
												0,391

## 4.3 Varianzanalysen zu Mittelwertunterschieden

In den folgenden Auswertungen wird geprüft, wie stark die Urteilerperspektiven einerseits und ein zweiter Einflussfaktor (Alter, Geschlecht und besuchter Schultyp) andererseits die Mittelwerte der SDQ-Scores auf den zusammenfassenden Skalen ‚internalisierende Probleme‘, ‚externalisierende Probleme‘ und ‚Gesamtproblemwert‘ vorhersagen.

Berichtet werden die Haupteffekte der beiden Einflussfaktoren (Urteilerperspektive bzw. Alter, Geschlecht, Schultyp) sowie der Interaktionseffekt der beiden Einflussfaktoren.

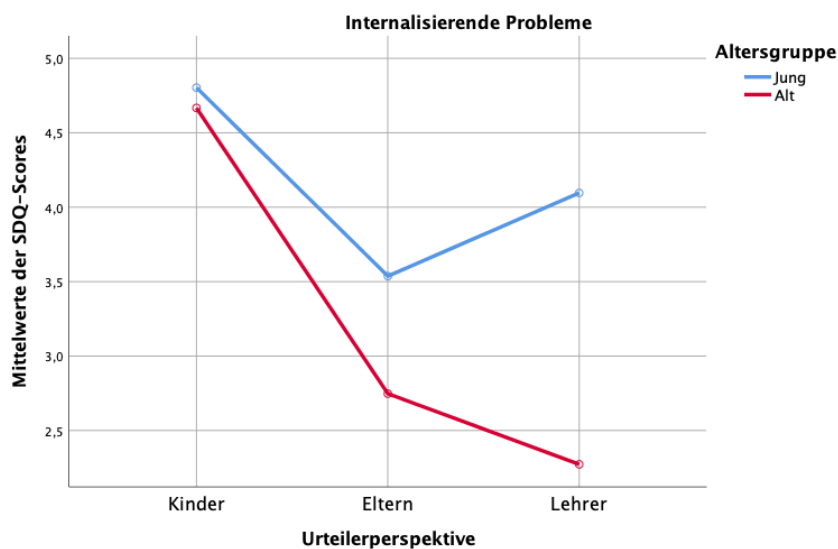
### 4.3.1 Skala internalisierende Probleme

#### 4.3.1.1 Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter

##### 4.3.1.1.1 Deskriptive Statistiken

Das Profildigramm der Mittelwerte (siehe Tabelle 37, Seite 162) als abhängige Variable über die Beurteilungsperspektiven und separat nach Altersgruppe ergibt sich wie folgt:

Diagramm 2: Profildigramm der Mittelwerte entsprechend der Altersgruppe



##### 4.3.1.1.2 Signifikanztestung

Die beiden Einflussfaktoren (Alter, Urteilerperspektive) und der Interaktionseffekt der beiden Einflussfaktoren sind hochsignifikant bzw. höchst signifikant (1 %- bzw. 0,1 %-Signifikanzniveau). Siehe auch Tabelle 38, Seite 162.

Die Urteilerperspektive erklärt hierbei 23,7 % der Gesamtvarianz und hat somit einen sehr starken Effekt. Unabhängig vom Alter liegen die Mittelwerte auf der Skala internalisierender Probleme für die Selbstauskunft deutlich über den Mittelwerten der Eltern- bzw. Lehrerperspektive.

Die Zugehörigkeit zur Altersgruppe hat mit einer Varianzaufklärung von 3,8 % nur einen schwachen, aber hochsignifikanten Effekt. Die Werte für die jüngere Altersgruppe liegen generell – unabhängig von der Urteilerperspektive – über den Werten für die ältere Altersgruppe.

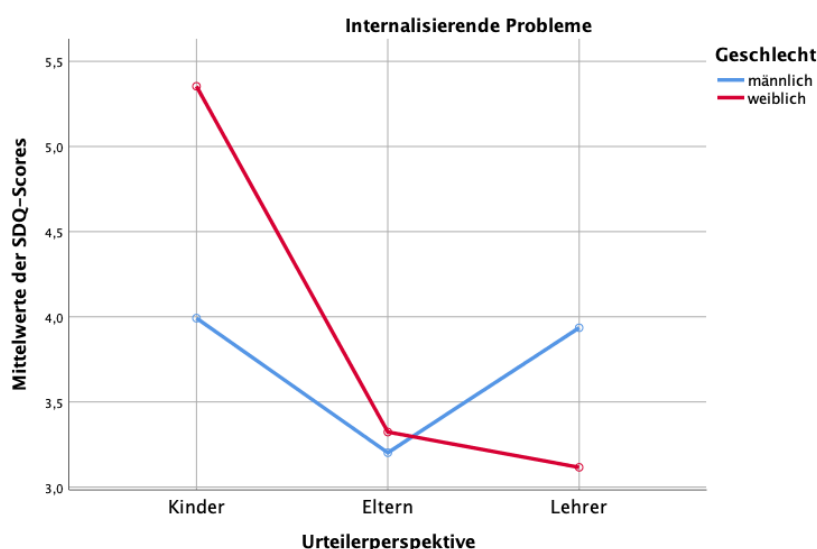
Ebenfalls schwach ist der Interaktionseffekt mit 4,3 % Varianzaufklärung. Inhaltlich bedeutet die Interaktion, dass das Kindesalter sich in Abhängigkeit von der Urteilerperspektive unterschiedlich auf das Urteil auswirkt. Bei der Selbstauskunft ist der Einfluss des Alters am geringsten, bei der Lehrerperspektive am größten.

### 4.3.1.2 Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht

#### 4.3.1.2.1 Deskriptive Statistiken

Das Profildialogramm der Mittelwerte (siehe Tabelle 39, Seite 163) als abhängige Variable über die Beurteilungsperspektiven und separat nach Geschlecht des Kindes ergibt sich wie folgt:

Diagramm 3: Profildialogramm der Mittelwerte entsprechend des Geschlechts



#### 4.3.1.2.2 Signifikanztestung

Signifikant ist der Einflussfaktor Urteilerperspektive und die Interaktion (Urteilerperspektive \* Geschlecht), nicht jedoch das Geschlecht für sich genommen. Siehe auch Tabelle 40, Seite 163.

Bezüglich der Urteilerperspektive – unabhängig vom Geschlecht – liegen die Mittelwerte für die Selbstauskunft erkennbar über den Werten aus der Eltern- bzw. Lehrerperspektive.

Der Einflussfaktor Geschlecht für sich genommen – unabhängig von der Urteilerperspektive – hat mit einer Varianzaufklärung von 0,2 % einen praktisch nicht vorhandenen Einfluss in der Stichprobe und ist deutlich nicht signifikant.

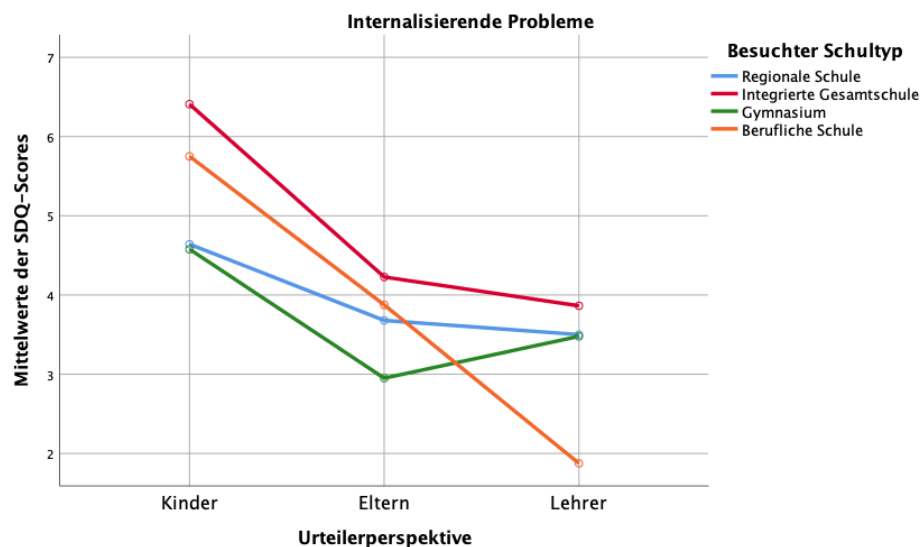
Die Interaktion zwischen Urteilerperspektive und Geschlecht zeigt mit 8,8 % Varianzaufklärung einen mittleren Effekt und ist höchst signifikant. Inhaltlich bedeutet die Interaktion, dass sich das Geschlecht vor allem im Selbsturteil und im Lehrerurteil auswirkt, bei beiden Urteilen jedoch gegensätzlich. In der Selbstauskunft weisen die Mädchen die höheren Mittelwerte auf, während aus der Lehrerperspektive die Jungen die stärkeren Auffälligkeiten in dieser Skala aufweisen. Bei der Elternperspektive gibt es dagegen praktisch keinen Geschlechtsunterschied.

#### 4.3.1.3 Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp

##### 4.3.1.3.1 Deskriptive Statistiken

Das Profildiagramm der Mittelwerte (siehe Tabelle 41, Seite 164) als abhängige Variable über die Beurteilungsperspektiven und separat nach besuchttem Schultyp ergibt sich wie folgt:

Diagramm 4: Profildiagramm der Mittelwerte entsprechend des besuchten Schultyps



#### 4.3.1.3.2 Signifikanztestung

Signifikant ist hier nur der Einflussfaktor Urteilerperspektive – unabhängig vom Schultyp. Siehe auch Tabelle 42, Seite 164. Die Urteilerperspektive erklärt 11,9 % der Varianzaufklärung, was einem mittleren Effekt entspricht. Die Mittelwerte für die Selbstausskunft zeigen sich höher als die Werte für die Urteilerperspektiven der Eltern und Lehrer.

Die Einflussfaktoren Schultyp für sich genommen – unabhängig von der Urteilerperspektive – und die Interaktion aus Schultyp und Urteilerperspektive haben nur schwache Effekte in der Stichprobe (2 % bzw. 1,8 % Varianzaufklärung) und sind beide nicht signifikant. Inhaltlich bedeutet die Interaktion, dass der besuchte Schultyp sich bei keinem der drei Urteiler auf das Urteil auswirkt.

#### 4.3.1.4 Abhängigkeit der Einflussfaktoren untereinander

Im Folgenden soll geprüft werden, in wie weit die Einflussfaktoren Alter, Geschlecht und besuchter Schultyp in den Urteilerperspektiven untereinander abhängig sind. Die Mittelwerte der SDQ-Scores bilden dabei die abhängige Variable.

Diagramm 5: Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Jung

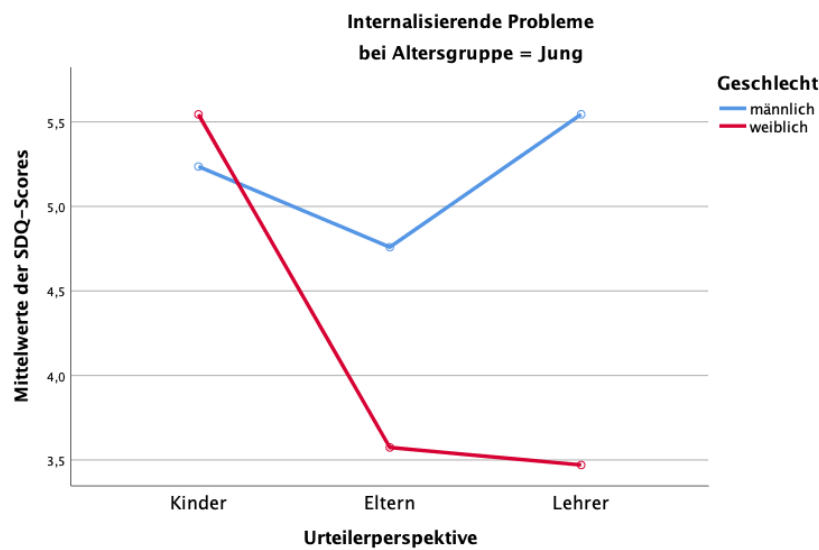
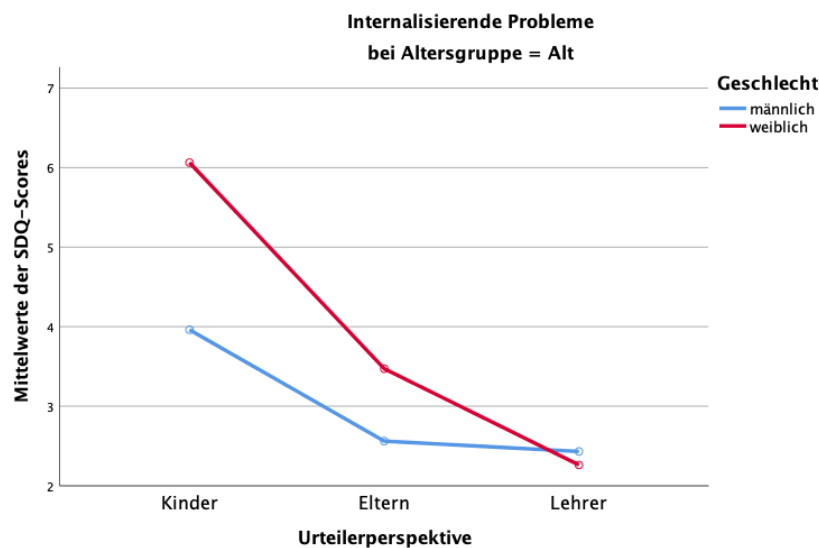


Diagramm 6: Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Alt



Auf der Skala „Internalisierende Probleme“ zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied mit schwachem Effekt (2% Varianzaufklärung) in der Beurteilung von Jungen und Mädchen in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersgruppe  $F(1; 274) = 6,378; p = 0,012$ .

Die Eltern und insbesondere die Lehrer schätzen Jungen jüngeren Alters auffälliger ein als jene älteren Alters. Bei Jungen zeigt sich, anders als bei Mädchen, ein Altersgruppeneffekt mit einer signifikanten Reduktion der angegebenen Auffälligkeit in der älteren Altersgruppe.

Diagramm 7: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Altersgruppe - Jung

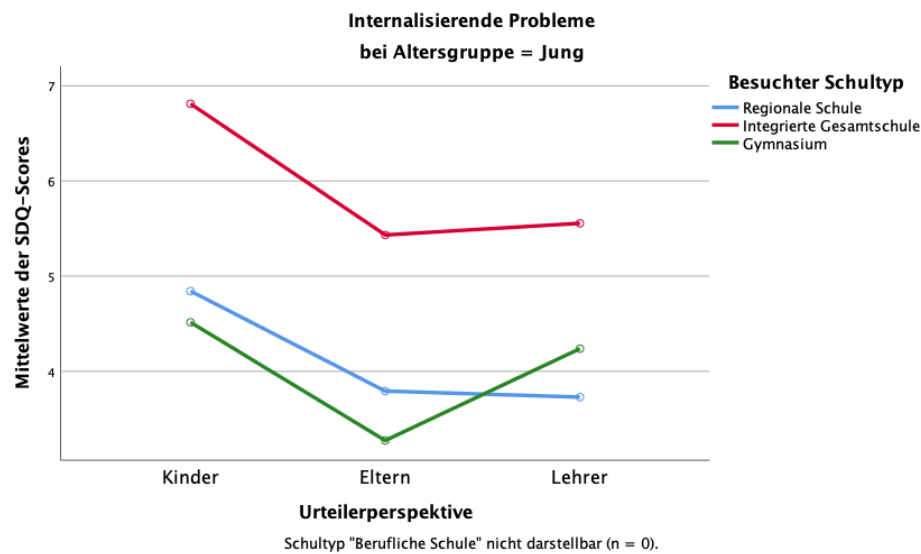
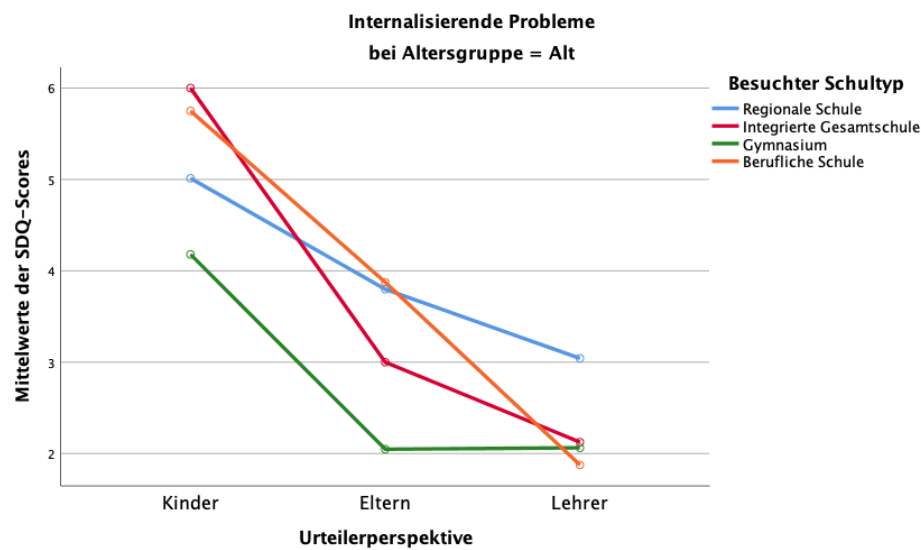


Diagramm 8: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Altersgruppe - Alt



Auf der Skala „Internalisierende Probleme“ zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied in der Beurteilung von Schülern der unterschiedlichen Schultypen in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersgruppe  $F(2; 274) = 2,133; p = 0,12$ .

Diagramm 9: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Geschlecht - Jungen

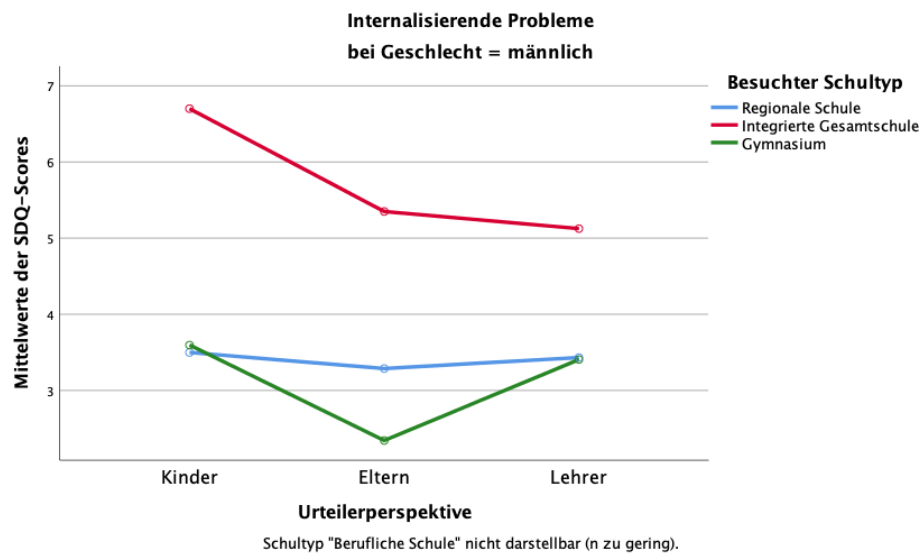
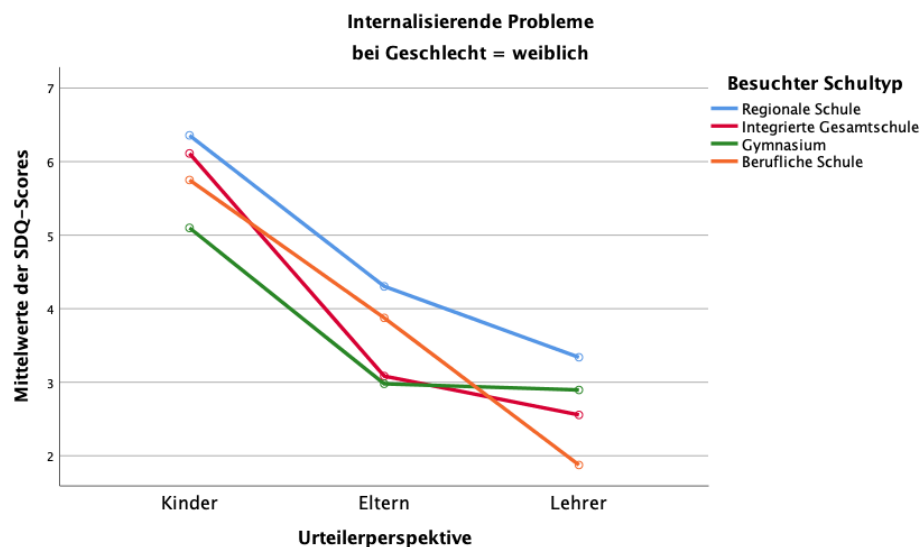


Diagramm 10: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Geschlecht - Mädchen



Auf der Skala „Internalisierende Probleme“ zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied mit schwachem Effekt (2,7 % Varianzaufklärung) in der Beurteilung von Schülern der unterschiedlichen Schultypen in Abhängigkeit von dem Geschlecht des Kindes  $F(2; 274) = 3,814$ ;  $p = 0,023$ . Insbesondere die Eltern und Lehrer schätzen Jungen von integrierten Gesamtschulen auffälliger ein als ihre weiblichen Mitschüler. Im Selbsturteil geben Mädchen von Gymnasien und Regionalschulen höhere Problemwerte an als ihre männlichen Mitschüler.

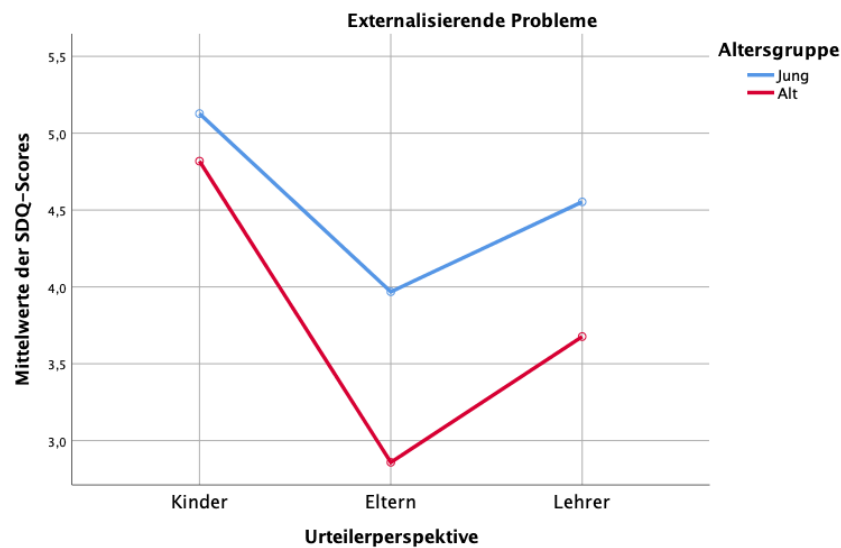
## 4.3.2 Skala externalisierende Probleme

### 4.3.2.1 Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter

#### 4.3.2.1.1 Deskriptive Statistiken

Das Profildiagramm der Mittelwerte (siehe Tabelle 43, Seite 165) als abhängige Variable über die Beurteilungsperspektiven und separat nach Altersgruppe ergibt sich wie folgt:

Diagramm 11: Profildiagramm der Mittelwerte entsprechend der Altersgruppe



#### 4.3.2.1.2 Signifikanztestung

Die beiden Einflussfaktoren (Alter, Urteilerperspektive) und der Interaktionseffekt der beiden Einflussfaktoren sind signifikant. Siehe auch Tabelle 44, Seite 165.

Die Urteilerperspektive erklärt 25,9 % der Gesamtvarianz und hat somit einen sehr starken Effekt. Unabhängig vom Alter liegen die Mittelwerte auf der Skala externalisierender Probleme für die Selbstausskunft deutlich über den Mittelwerten der Lehrer und diese wiederum deutlich über den Werten der Eltern.

Die Zugehörigkeit zur Altersgruppe – unabhängig von der Urteilerperspektive – übt mit einer Varianzaufklärung von 2,0 % nur einen schwachen, aber auf dem 5 %-Niveau signifikanten Effekt aus. Die Werte für die jüngere Altersgruppe liegen generell über den Werten für die ältere Altersgruppe. Ebenfalls schwach ist der Interaktionseffekt von Urteilerperspektive und Kindesalter mit 2,3 % Varianzaufklärung. Inhaltlich bedeutet die Interaktion, dass der Alters-

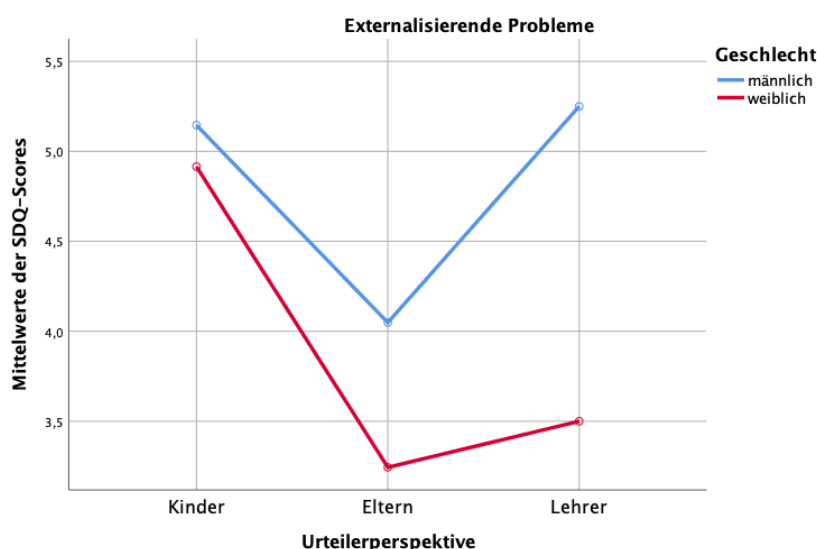
unterschied sich in Abhängigkeit von der Urteilerperspektive unterschiedlich auswirkt. Bei der Selbstauskunft ist der Unterschied am geringsten, bei der Elternperspektive am größten.

### 4.3.2.2 Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht

#### 4.3.2.2.1 Deskriptive Statistiken

Das Profildigramm der Mittelwerte (siehe Tabelle 45, Seite 166) als abhängige Variable über die Beurteilungsperspektiven und separat nach Geschlecht des Kindes ergibt sich wie folgt:

Diagramm 12: Profildigramm der Mittelwerte entsprechend des Geschlechts



#### 4.3.2.2.2 Signifikanztestung

Die beiden Einflussfaktoren (Geschlecht, Urteilerperspektive) und der Interaktionseffekt der beiden Einflussfaktoren sind mindestens auf dem 1 %-Niveau signifikant. Siehe auch Tabelle 46, Seite 166.

Die Urteilerperspektive erklärt 22,8 % der Gesamtvarianz und hat somit einen sehr starken Effekt. Bezüglich der Urteilerperspektive – unabhängig vom Geschlecht – liegen die Werte für die Selbstauskunft erkennbar über den Werten der Lehrer und diese wiederum über den Werten der Eltern.

Der Einflussfaktor Geschlecht für sich genommen – unabhängig von der Urteilerperspektive – ist mit einer Varianzaufklärung von 3,2 % schwach, aber deutlich signifikant. Die Werte der Jungen liegen generell über den Werten der Mädchen.

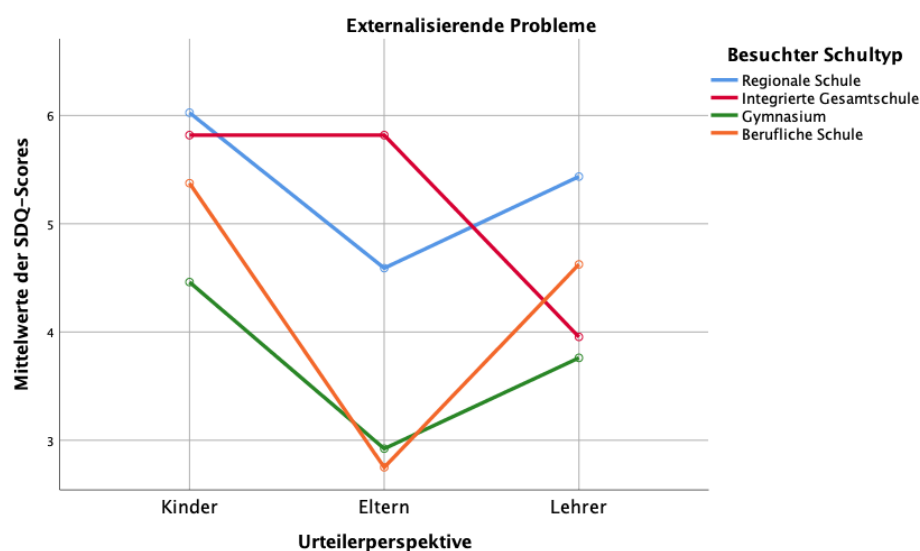
Der Interaktionseffekt ist mit 4,5 % Varianzaufklärung auch schwach, aber hoch signifikant. Inhaltlich bedeutet die Interaktion, dass der Geschlechterunterschied sich in der Selbstausskunft gering und beim Lehrerurteil am deutlichsten auswirkt.

### 4.3.2.3 Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp

#### 4.3.2.3.1 Deskriptive Statistiken

Das Profildiagramm der Mittelwerte (siehe Tabelle 47, Seite 167) als abhängige Variable über die Beurteilungsperspektiven und separat nach besuchtem Schultyp ergibt sich wie folgt:

Diagramm 13: Profildiagramm der Mittelwerte entsprechend des besuchten Schultyps



#### 4.3.2.3.2 Signifikanztestung

Die beiden Einflussfaktoren (Schultyp, Urteilerperspektive) und der Interaktionseffekt der beiden Einflussfaktoren sind hochsignifikant bei allerdings schwachen (Interaktion zwischen Urteilerperspektive und Schultyp) bis mittleren Effektstärken. Siehe auch Tabelle 48, Seite 167.

Hinsichtlich der Urteilerperspektive – unabhängig vom Schultyp – liegen die Werte für die Selbstausskunft erkennbar über den Werten der Lehrer und diese wiederum über den Werten der Eltern.

Der Einflussfaktor Schultyp für sich genommen – unabhängig von der Urteilerperspektive – zeigt höhere Werte für regionale Schulen und integrierte Gesamtschulen und die über alle Perspektiven hinweg betrachtet geringsten Ausprägungen bei den Gymnasien.

Für das Profildiagramm nur für den Faktor „Besuchter Schultyp“ siehe Diagramm 29, Seite 171.

Der schwache (3,1 % Varianzaufklärung), aber signifikante Interaktionseffekt ist inhaltlich anhand des Profildiagramms wie folgt zu kennzeichnen:

In allen Schultypen außer der Integrierten Gesamtschule findet sich das Muster, dass das Selbsturteil die höchsten Werte zeigt, das Elternurteil die niedrigsten und das Lehrerurteil zwischen diesen beiden Urteilen liegt. Bei den Integrierten Gesamtschulen zeigt sich dagegen davon abweichend das Muster, dass Selbst- und Elternurteil in den Mittelwerten annähernd übereinstimmen, die Beurteilungen der Lehrer aber davon deutlich nach unten abweichen. Der besuchte Schultyp wirkt sich am stärksten auf das Elternurteil aus.

#### 4.3.2.3.3 Post-Hoc-Tests

Gemäß dem Tukey-HSD unterscheiden sich die Mittelwerte der SDQ-Scores von Gymnasien signifikant zu Regionalschulen ( $-0,19$ ;  $p < 0,001$ ).

#### 4.3.2.4 Abhängigkeit der Einflussfaktoren untereinander

Im Folgenden soll geprüft werden, in wie weit die Einflussfaktoren Alter, Geschlecht und besuchter Schultyp in den Urteilerperspektiven untereinander abhängig sind. Die Mittelwerte der SDQ-Scores bilden dabei die abhängige Variable.

Diagramm 14: **Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Jung**

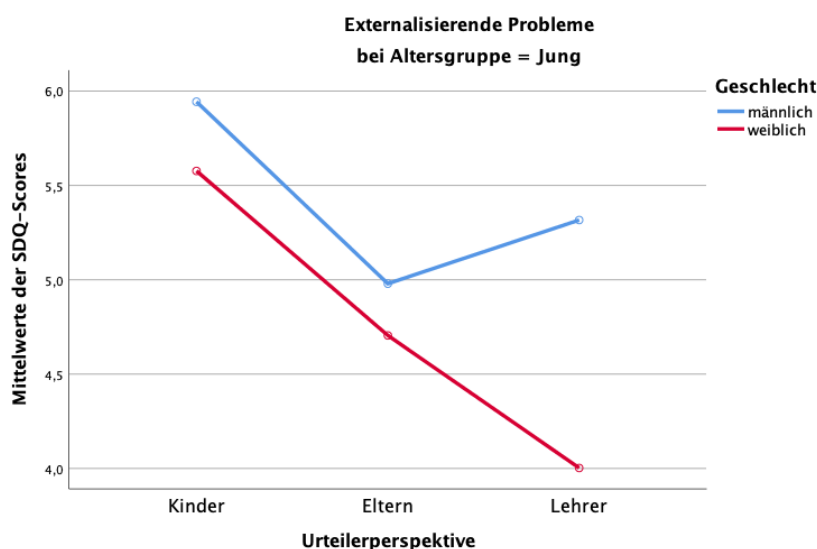
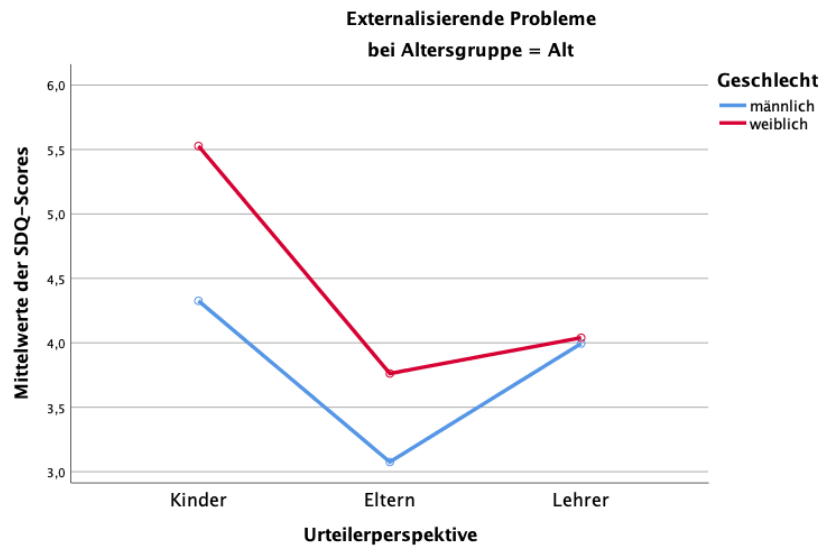


Diagramm 15: Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Alt



Auf der Skala „Externalisierende Probleme“ zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied in der Beurteilung von Jungen und Mädchen in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersgruppe  $F(1; 274) = 2,469; p = 0,117$ .

Diagramm 16: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Altersgruppe - Jung

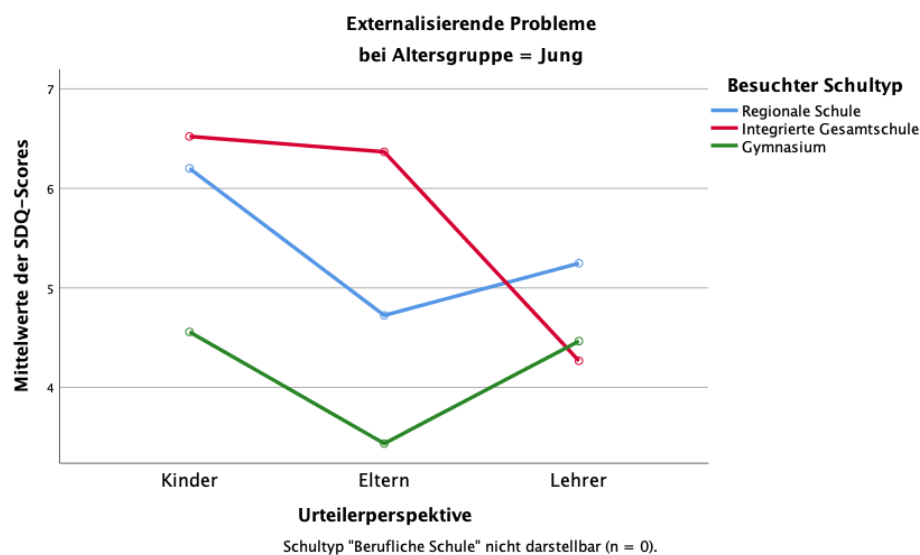
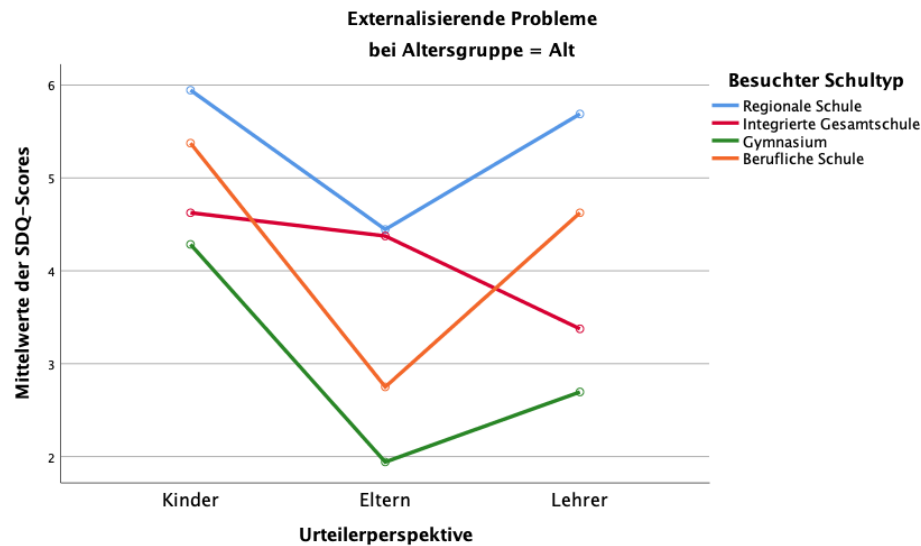


Diagramm 17: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Altersgruppe - Alt



Auf der Skala „Externalisierende Probleme“ zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied in der Beurteilung von Schülern der unterschiedlichen Schultypen in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersgruppe  $F(2; 274) = 1,433; p = 0,24$ .

Diagramm 18: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Geschlecht - Jungen

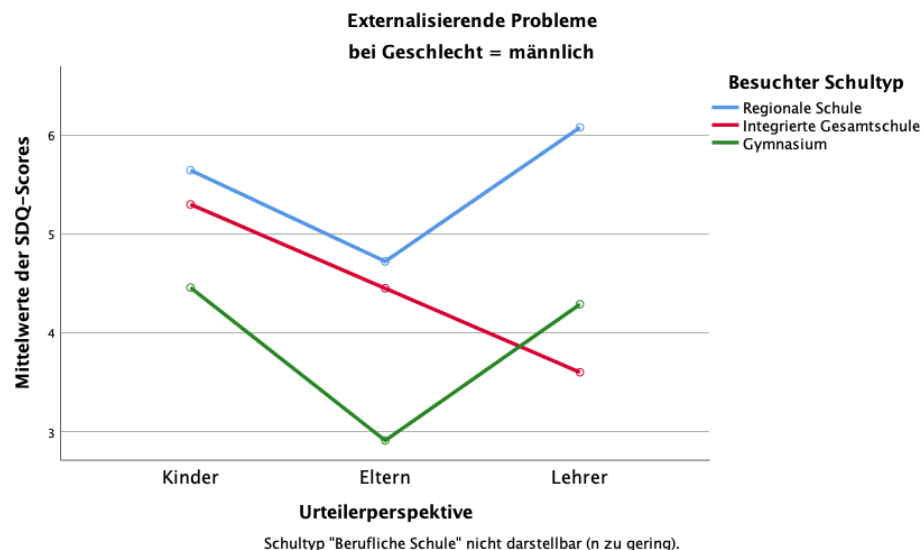
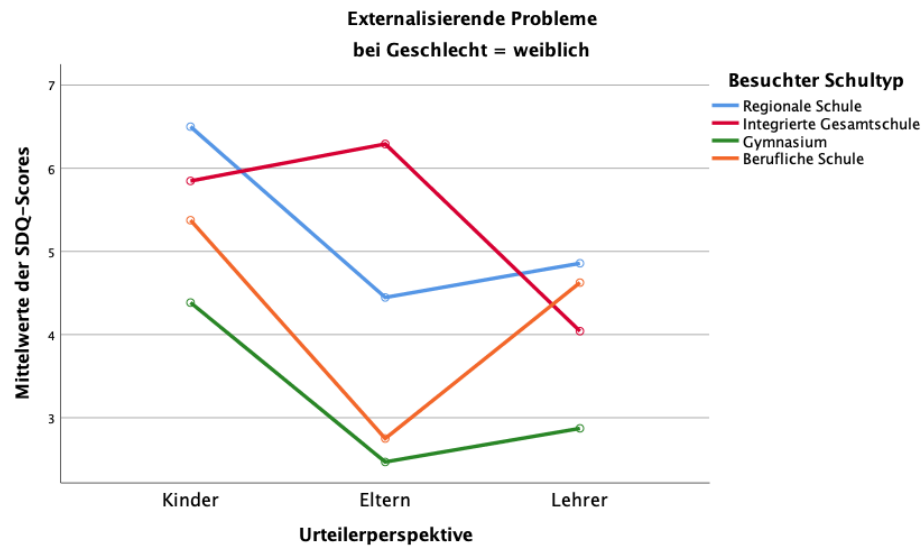


Diagramm 19: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Geschlecht - Mädchen



Auf der Skala „Externalisierende Probleme“ zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied in der Beurteilung von Schülern der unterschiedlichen Schultypen in Abhängigkeit von dem Geschlecht des Kindes  $F(2; 274) = 1,026; p = 0,36$ .

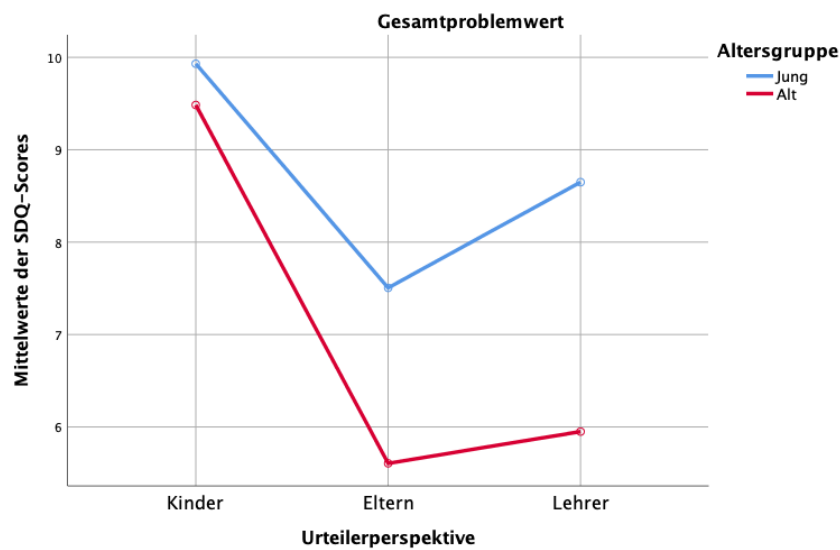
### 4.3.3 Skala Gesamtproblemwert

#### 4.3.3.1 Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter

##### 4.3.3.1.1 Deskriptive Statistiken

Das Profildigramm der Mittelwerte (siehe Tabelle 49, Seite 168) als abhängige Variable über die Beurteilungsperspektiven und separat nach Altersgruppe ergibt sich wie folgt:

Diagramm 20: Profildiagramm der Mittelwerte entsprechend der Altersgruppe



#### 4.3.3.1.2 Signifikanztestung

Die beiden Einflussfaktoren (Alter, Urteilerperspektive) und der Interaktionseffekt der beiden Einflussfaktoren sind deutlich signifikant. Siehe auch Tabelle 50, Seite 168.

Die Urteilerperspektive erklärt 34,3 % der Gesamtvarianz, was einen sehr starken Effekt darstellt. Unabhängig vom Alter liegen die Mittelwerte auf dieser Skala für die Selbstauskunft deutlich über den Mittelwerten der Lehrer und diese wiederum über den Werten der Eltern.

Die Zugehörigkeit zur Altersgruppe – unabhängig von der Urteilerperspektive – übt mit einer Varianzaufklärung von 4,4 % nur einen schwachen, aber auf dem 1 %-Niveau signifikanten Effekt aus. Die Werte für die jüngere Altersgruppe liegen generell über den Werten für die ältere Altersgruppe.

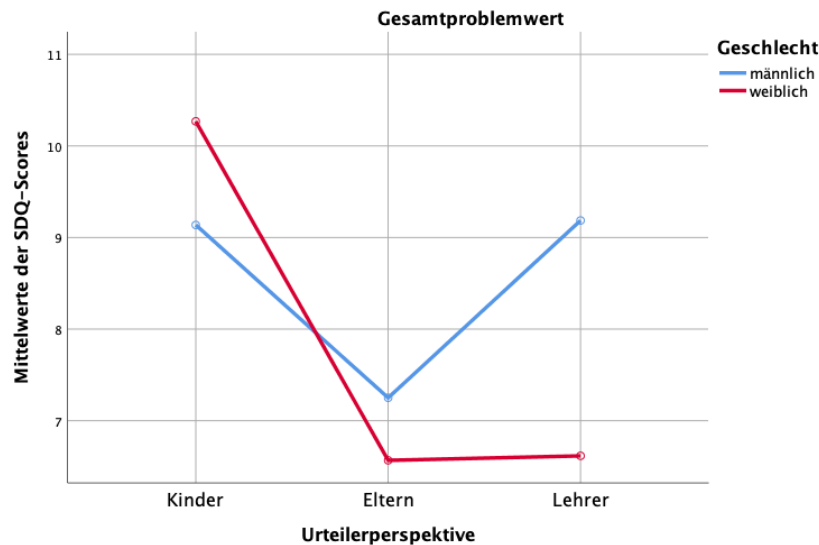
Ebenfalls schwach ist der Interaktionseffekt mit 3,9 % Varianzaufklärung. Inhaltlich bedeutet die Interaktion, dass das Kindesalter sich in Abhängigkeit von der Urteilerperspektive unterschiedlich auswirkt. Bei der Selbstauskunft ist der Unterschied am geringsten, im Lehrerurteil am größten.

### 4.3.3.2 Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht

#### 4.3.3.2.1 Deskriptive Statistiken

Das Profildiagramm der Mittelwerte (siehe Tabelle 51, Seite 169) als abhängige Variable über die Beurteilungsperspektiven und separat nach Geschlecht des Kindes ergibt sich wie folgt:

Diagramm 21: Profildiagramm der Mittelwerte entsprechend des Geschlechts



#### 4.3.3.2.2 Signifikanztestung

Signifikant sind der Einflussfaktor Urteilerperspektive und der Interaktionseffekt (Geschlecht\*Urteilerperspektive), nicht jedoch der Faktor Geschlecht. Siehe auch Tabelle 52, Seite 169. Die Urteilerperspektive erklärt 31,1 % der Gesamtvarianz, was einen sehr starken Effekt darstellt.

Bezüglich der Urteilerperspektive – unabhängig vom Geschlecht – liegen die Werte für die Selbstbeurteilung deutlich über den Werten aus der Lehrerperspektive und diese wiederum erkennbar über den Werten aus der Elternperspektive.

Der Einflussfaktor Geschlecht für sich genommen – unabhängig von der Urteilerperspektive – weist praktisch keinen Effekt in der Stichprobe auf (0,9 % Varianzaufklärung) und ist auch nicht signifikant.

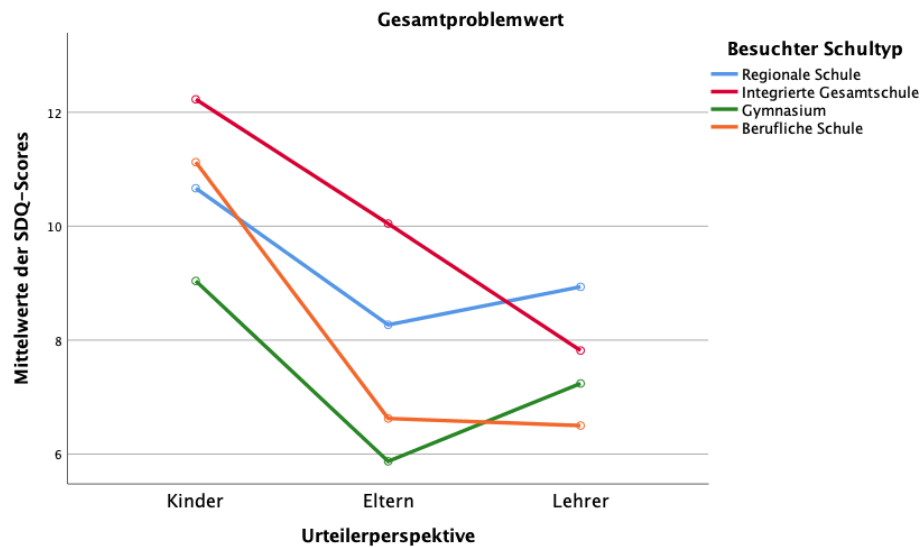
Der Interaktionseffekt zeigt mit 9,5 % Varianzaufklärung eine mittlere Effektstärke und ist höchst signifikant. Inhaltlich bedeutet die Interaktion, dass sich Mädchen im Selbsturteil auffälliger einschätzen als die Jungen, die Einschätzungen beider Fremdurteiler (im Lehrerurteil deutlicher als im Elternurteil) jedoch einen genau gegenteiligen Einfluss des Geschlechts erkennen lassen.

### 4.3.3.3 Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp

#### 4.3.3.3.1 Deskriptive Statistiken

Das Profildiagramm der Mittelwerte (siehe Tabelle 53, Seite 170) als abhängige Variable über die Beurteilungsperspektiven und separat nach besuchtem Schultyp ergibt sich wie folgt:

Diagramm 22: Profildiagramm der Mittelwerte entsprechend des besuchten Schultyps



#### 4.3.3.3.2 Signifikanztestung

Höchst signifikant ist der Einfluss der Urteilerperspektive und des Schultyps. Siehe auch Tabelle 54, Seite 170. Der erstgenannte Einflussfaktor weist mit 14,4 % Varianzaufklärung eine starke Effektstärke und letzterer mit 6,9 % Varianzaufklärung eine mittlere Effektstärke auf. Nicht signifikant ist der Interaktionsfaktor.

Hinsichtlich der Urteilerperspektive – unabhängig vom Schultyp – liegen die Werte für die Selbstausskunft deutlich über den Werten der Lehrer und Eltern.

Der Einflussfaktor Schultyp für sich genommen – unabhängig von der Urteilerperspektive – zeigt die höchsten Mittelwerte für integrierte Gesamtschulen gefolgt von regionalen Schulen. Deutlich geringer sind die Mittelwerte bei Berufsschulen und am geringsten bei den Gymnasien.

Für das Profildiagramm nur für den Faktor „Besuchter Schultyp“ siehe Diagramm 30, Seite 171.

Bei einem nicht signifikantem Interaktionseffekt schwacher Effektstärke zeigt der besuchte Schultyp keine Auswirkungen auf die Einschätzungen der drei Urteiler.

#### 4.3.3.3 Post-Hoc-Tests

Gemäß dem Tukey-HSD unterscheiden sich die Mittelwerte der SDQ-Scores von Gymnasien signifikant zu Regionalschulen ( $-0,12$ ;  $p = 0,044$ ).

#### 4.3.3.4 Abhängigkeit der Einflussfaktoren untereinander

Im Folgenden soll geprüft werden, in wie weit die Einflussfaktoren Alter, Geschlecht und besuchter Schultyp in den Urteilerperspektiven untereinander abhängig sind. Die Mittelwerte der SDQ-Scores bilden dabei die abhängige Variable.

Diagramm 23: Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Jung

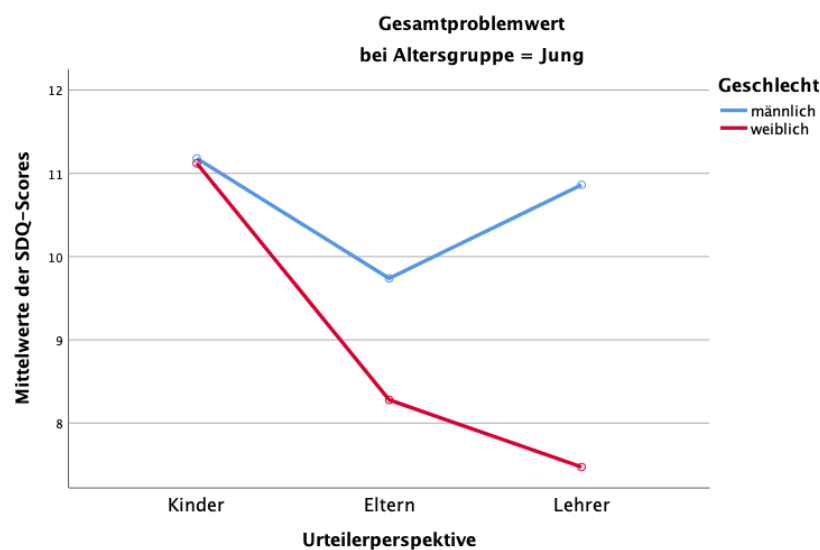
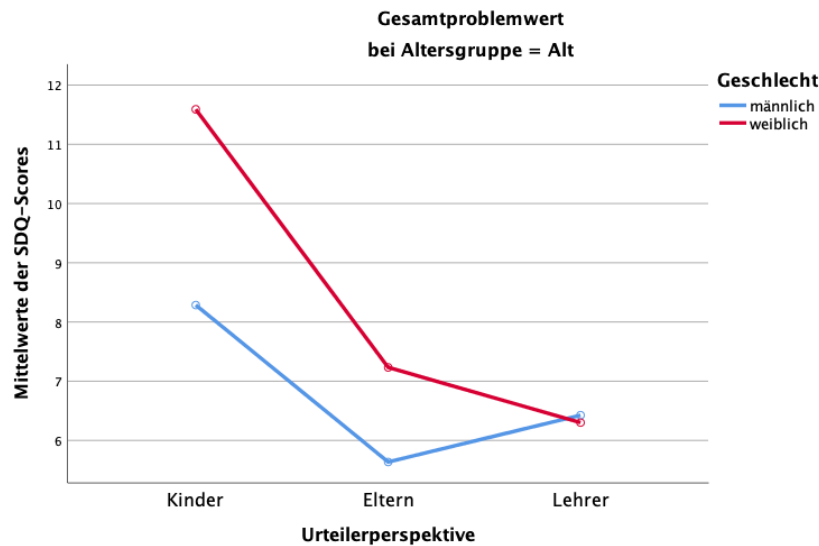


Diagramm 24: Abhängigkeit von Kindesgeschlecht und Altersgruppe - Alt



Auf der Skala „Gesamtproblemwert“ zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied mit schwachem Effekt (2,4 % Varianzaufklärung) in der Beurteilung von Jungen und Mädchen in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersgruppe  $F(1; 274) = 6,714; p = 0,01$ .

Die Eltern und insbesondere die Lehrer schätzen Jungen jüngeren Alters auffälliger ein als jene älteren Alters. Bei Jungen zeigt sich, anders als bei Mädchen, ein Altersgruppeneffekt mit einer signifikanten Reduktion der angegebenen Auffälligkeit in der älteren Altersgruppe.

Diagramm 25: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Altersgruppe - Jung

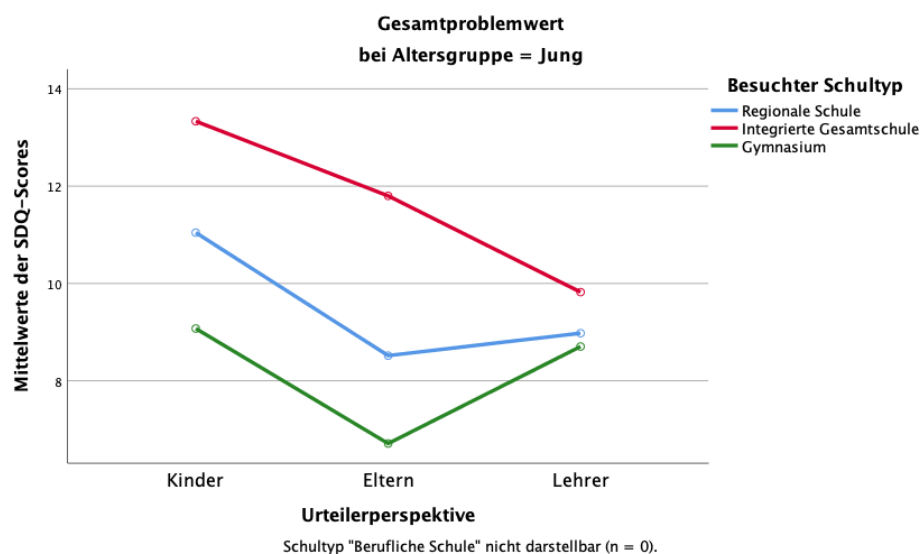
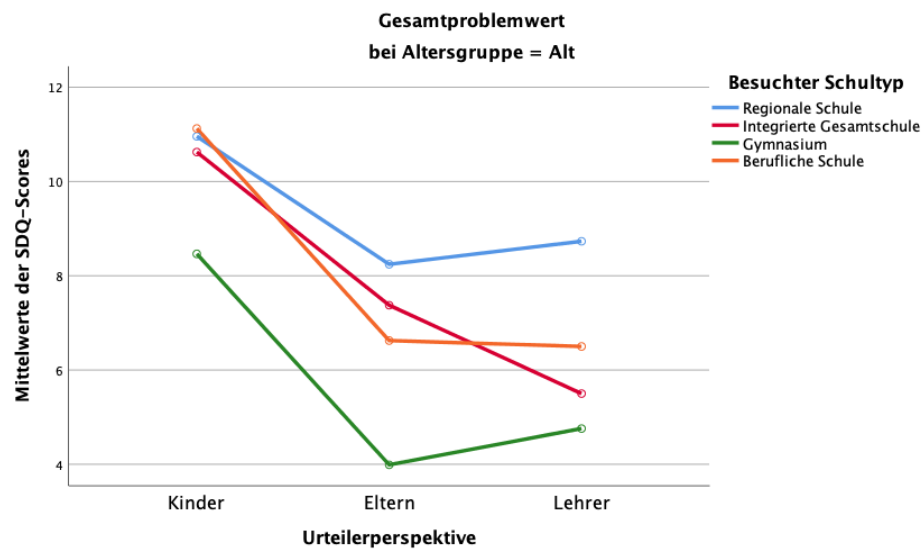


Diagramm 26: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Altersgruppe - Alt



Auf der Skala „Gesamtproblemwert“ zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied in der Beurteilung von Schülern der unterschiedlichen Schultypen in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersgruppe  $F(2; 274) = 2,816; p = 0,062$ .

Diagramm 27: Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Geschlecht - Jungen

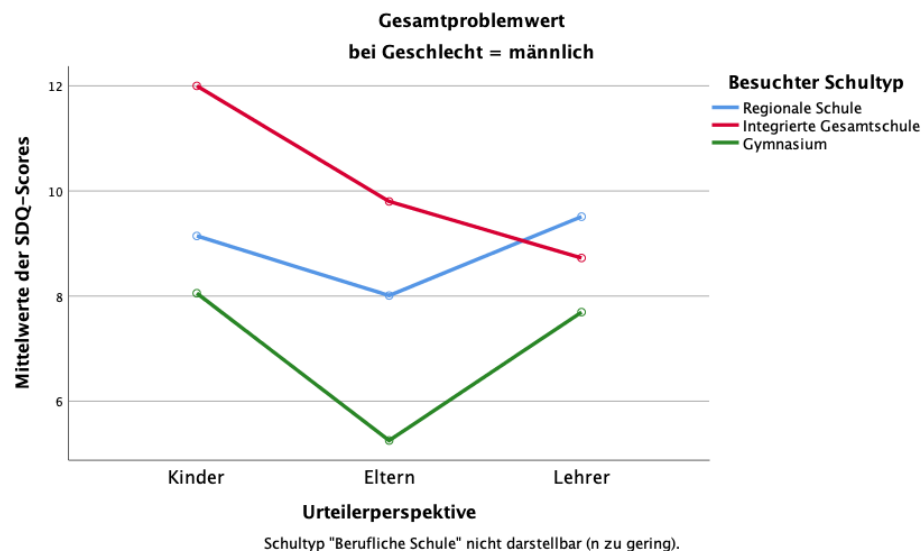
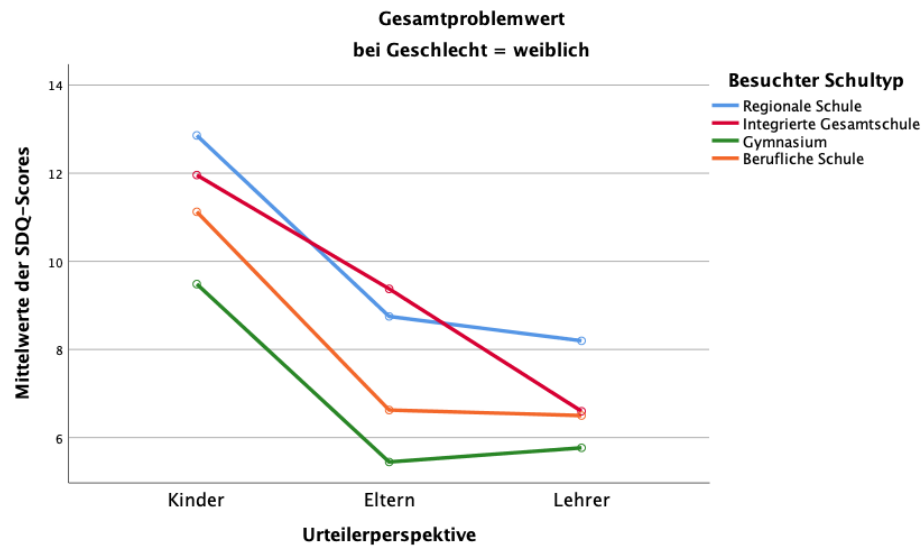


Diagramm 28: **Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und Geschlecht - Mädchen**

Auf der Skala „Gesamtproblemwert“ zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied in der Beurteilung von Schülern der unterschiedlichen Schultypen in Abhängigkeit von dem Geschlecht des Kindes  $F(2; 274) = 0,767; p = 0,466$ .

## 5 Diskussion

Die in der vorliegenden Arbeit gewonnenen Ergebnisse sollen im Folgenden interpretiert und deren Bedeutung herausgearbeitet werden. Beginnend mit einer Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse wird im Anschluss das methodische Vorgehen kritisch diskutiert, bevor die vorliegende Arbeit mit Anregungen für zukünftige Forschungsarbeiten schließt.

### 5.1 Diskussion der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten

Die Kinder und Jugendlichen von elf Rostocker Schulen wurden durch ihre Selbsteinschätzung sowie die Urteile ihrer Eltern und Lehrer hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten mittels des SDQ-Fragebogens untersucht. Unter Anwendung der deutschen SDQ-Normierungen von Woerner et al. (2004) ergeben sich bezüglich des psychischen Gesamtproblemwertes Prävalenzen von 13,8 % im Selbsturteil, 12,6 % im Elternurteil und 30,1 % im Lehrerurteil. Zwischen allen Urteilern und auf allen Skalen zeigen sich signifikante Unterschiede in der Prävalenzschätzung, so dass **Hypothese I** (Es gibt signifikante Unterschiede in den Prävalenzraten der beiden objektiven Urteiler) angenommen werden muss.

Unter Berücksichtigung entscheidender Vergleichsparameter (Erhebungsinstrument unter Verwendung gleicher Normierungen, Kindesalter, Urteilerperspektiven, Untersuchungskollektiv etc.) existiert keine zu dieser Arbeit analoge Erhebung, insbesondere keine unter Einbezug dreier verschiedener Urteilerperspektiven (Stand 10/2019 nach Recherche in PsychINFO und MEDLINE via PubMed). Da eine direkt vergleichende Interpretation insofern nur eingeschränkt möglich ist, erfolgt zunächst ein Vergleich mit nationalen Studien unter Verwendung des SDQ als Erhebungsinstrument (siehe Abschnitt 2.5 *Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*, Seite 23).

Insgesamt betrachtet finden sich die Prävalenzen im Elternurteil (12,6 %) dieser Studie eher im unteren Bereich der Spannweite der nationalen Vergleichsarbeiten der KIDSCREEN-Studie (10,0 %; Eltern- & Selbsturteil), der KiGGS Welle 2 (16,9 %; Elternurteil), der Deutschen SDQ-Normierungsstudie (18,4 %; Elternurteil), der KiGGS-Basiserhebung (19,9 %; Elternurteil), der KiGGS Welle 1 (20,2 %; Elternurteil) und der BELLA-Studie Welle B1 (21,9 %; Eltern- & Selbsturteil) wieder. Die aus dem Selbsturteil gewonnene Prävalenz von 13,8 % in dieser Ar-

beit ist dabei gut vergleichbar mit der Prävalenz von 14,3 % in den Selbsturteilen der Kinder aus der HBSC-Studie (2010). Lediglich die dem Lehrerurteil zugrunde liegende Prävalenz von 30,1 % liegt deutlich über der der nationalen Vergleichsarbeiten, die Lehrer nicht als Urteilsquelle herangezogen haben. In der Prävalenzerhebung über drei Urteiler unter Einbezug der Lehrerperspektive liegt somit auch der Vorteil dieser Arbeit gegenüber den oben genannten nationalen Vergleichsarbeiten, die psychische Auffälligkeiten aus dem schulischen Kontext nur eingeschränkt (über das Selbsturteil) abbilden können.

Unter Berücksichtigung, dass die Vergleichbarkeit bei unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten und Urteilsquellen nur eingeschränkt möglich ist, jedoch um eine tendenzielle internationale Einordnung zu ermöglichen, sind folgend die bis dato größten globalen Metaanalysen (insgesamt 84 Studien seit 1952) zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter vergleichend aufgeführt.

Tabelle 16: Prävalenzen im nationalen und internationalen Vergleich

Studie	Größe der Stichprobe	Urteilsquelle	Prävalenz (Gesamtproblemwert)		
			Eltern	Kinder	Lehrer
<i>Vorliegende Studie (2006/2007)</i>	797 <sup>1</sup>	Eltern, Kinder, Lehrer	12,6	13,8	30,1
			18,8 % <sup>2</sup>		
<i>SDQ-Normierungsstudie (1998-1999)</i>	930	Eltern	18,4 %		
<i>KIDSCREEN-Studie (2000-2004)</i>	1.113	Eltern & Kinder	10,0 %		
<i>KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)</i>	14.477	Eltern	19,9 %		
<i>BELLA-Studie Welle B1 (2004-2007)</i>	2.863	Eltern & Kinder	21,9 %		
<i>HBSC-Studie (2010)</i>	4.723	Kinder	14,3 %		
<i>KiGGS Welle 1 (2009– 2012)</i>	10.353	Eltern	20,2 %		
<i>KiGGS Welle 2 (2014– 2017)</i>	13.315	Eltern	16,9 %		
<b>Metaanalyse</b>	<b>Anzahl eingeschlossener Studien</b>				
<i>Roberts et al. (1998)</i>	52 Studien aus mehr als 20 Ländern		15,8 %		
<i>Barkmann &amp; Schulte-Markwort (2004)</i>	29 in Dtl. durchgeführte Studien		17,2 %		
<i>Barkmann &amp; Schulte-Markwort (2012)</i>	33 in Dtl. durchgeführte Studien		17,6 %		
<i>Polanczyk et al. (2015)</i>	41 Studien aus 27 Ländern		13,4 %		

1 Selbsturteile in der nicht nach Repräsentativität veränderten Stichprobe

2 Unter Einbezug des Lehrerurteils und über alle drei Urteiler gemittelte Prävalenz

Roberts et al. (1998) sowie Polanczyk et al. (2015) zeigten mit durchschnittlichen Prävalenzen von 15,8 % bzw. 13,4 % Auffälligkeitsraten, die sich in einer ungefähren Größenordnung der Prävalenzschätzungen der Eltern (12,6 %) und Kinder (13,8 %) in dieser Arbeit befinden. Unter Einbezug des Lehrerurteils und einer über alle drei Urteiler gemittelten Prävalenz von 18,8 %, liegt die Auffälligkeitsrate Rostocker Schüler dieser Arbeit über den Ergebnissen globaler Metaanalysen (ohne Lehrerurteile), soweit orientierend vergleichbar.

Die signifikant höhere Prävalenz psychischer Auffälligkeiten auf der Skala des Gesamtproblemwertes im Lehrerurteil (30,1 %) gegenüber dem Elternurteil (12,6 %) ist am ehesten damit erklärbar, dass die Lehrer Kinder im schulischen Kontext beobachten, welcher als Setting im Allgemeinen strengere Regeln und damit stärkere Stressoren für die Kinder bereithält als das elterliche Zuhause. Insbesondere Verhaltensprobleme sind im schulischen Kontext für Lehrpersonal somit einfach zu detektieren. Da Lehrer zudem in ihrem Arbeitsleben eine Vielzahl von Kindern beobachten können, ergibt sich eine deutlich größere Referenzstichprobe, als sie beispielsweise den meisten Eltern zur Verfügung steht. Unter diesen Aspekten zeigen Lehrer die genauesten Prävalenzschätzungen für Verhaltensprobleme (Johnson et al., 2014). So erfährt das Lehrerurteil auch in der Bestimmung externalisierender Probleme eine besondere Gewichtung. In der vorliegenden Arbeit ergeben sich auf dieser Skala mit einer Prävalenz von 24,3 % ebenfalls die höchsten Auffälligkeiten im Lehrer-, verglichen mit dem Eltern- (12,9 %) und Selbsturteil (14,8 %). Im Vergleich der beiden objektiven Urteiler geben die Eltern mit 19,6 % in der vorliegenden Untersuchung deutlich die höchste Prävalenzschätzung auf der Skala internalisierender Probleme ab. Der höhere elterliche Auffälligkeitsbericht gegenüber den Lehrern ist hierbei erwartbar, da internalisierende Störungen im schulischen Setting deutlich schwieriger beobachtbar sind als im elterlichen Zuhause (Nelson et al., 1990), weil hierdurch in der Regel weder andere Schüler noch der Unterricht beeinflusst/gestört werden. Dass der Elternbericht darüber hinaus auch eine deutlich höhere Prävalenz internalisierender Probleme im Vergleich zum Selbsturteil der Kinder aufweist, könnte nach Downey & Coyne (1990) möglicherweise als eine meist maternale gesteigerte Empfindlichkeit den emotionalen Bedürfnissen und Ängsten des Kindes gegenüber gewertet werden, wodurch der Problemwert auf dieser Skala im Ergebnis übersteigert wird. In Anbetracht der breiteren Subskala „Internalisierende Probleme“ (aus den Skalen „Emotionale Probleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“) ist die Prävalenz im Elternurteil (19,6 %) im nationalen Vergleich ähnlich der

des Elternurteils zu „Emotionalen Problemen“ (16,3 %) in der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) (Hölling et al., 2008).

### 5.1.1 Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit vom Alter

Vergleicht man die Prävalenzschätzungen aller drei Urteiler getrennt nach Kindern jüngeren Alters (12- bis 15-Jährige) mit denen älteren Alters (16- bis 22-Jährige), wird deutlich, dass es auf keiner Skala signifikante Prävalenzunterschiede im Selbsturteil gibt – die Problembelastung wird altersunabhängig von allen Kindern etwa gleich angegeben (siehe Tabelle 8, Seite 43). Deutlich anders zeigen sich die Prävalenzschätzungen der beiden objektiven Urteiler. Insbesondere die psychische Gesamtauffälligkeit wird von Eltern und Lehrern mit 15,5 % vs. 6,4 % bzw. 32,0 % vs. 22,3 % deutlich zu Lasten der jüngeren Kinder angegeben. Diese Beobachtung deckt sich mit einer deutschen Vergleichsstudie von Becker et al. (2004) mit 214 Kindern zwischen 11-17 Jahren, in der Eltern und Lehrer signifikant geringere Prävalenzen auf den Skalen ‚Gesamtproblemwert‘ und ‚externalisierende Störungen‘ berichteten, je älter das zu beurteilte Kind war. Unter Berücksichtigung der verwendeten Altersgruppen zeigt sich eine solche höhere Gesamtauffälligkeit auch bei den 12-14-Jährigen verglichen mit den 15-17-Jährigen in der KiGGS-Basiserhebung und der KiGGS Welle 2 (Klipker et al., 2018). Ein möglicher Erklärungsansatz für diese Altersabhängigkeit der Prävalenz auf den Skalen ‚Gesamtproblemwert‘ und ‚externalisierende Störungen‘ ist, dass nach außen gerichtete Auffälligkeiten, die auf diesen Skalen erfasst werden, eher einen Handlungsbedarf von Eltern und der Umgebung des Kindes initiieren als nach innen gerichtete Auffälligkeiten. So kann eine Intervention im frühen Kindesalter einen präventiven Einfluss haben und den Rückgang psychischer Auffälligkeiten begünstigen (Klipker et al., 2018).

Wie auch in vergleichbaren Arbeiten (Becker et al., 2004, Becker et al., 2018) ergab sich in der vorliegenden eine solche Altersabhängigkeit auf diesen Skalen im Selbsturteil nicht. Eine in der Literatur berichtete (Becker et al., 2004, Becker et al., 2018), mit zunehmendem Alter im Selbstbericht ansteigende emotionale Problembelastung ließ sich in der vorliegenden Arbeit hingegen nicht nachweisen.

Auch bei weiteren spezifischen Störungen wie Essstörungen und Depressionen gibt es in der Literatur Hinweise darauf, dass ihre Inzidenz ab dem Beginn der Pubertät zunimmt und mit der Bewältigung zahlreicher Entwicklungsaufgaben begründet werden kann (Bird, 1996,

Verhulst et al., 2003, Crijnen et al., 1997). Ein solcher Alterseffekt kann aufgrund des verwendeten SDQ-Fragebogens und seiner Limitierung im Hinblick auf die Detektion spezifischer Auffälligkeiten in der vorliegenden Arbeit nicht überprüft werden.

Insgesamt ergibt sich in der Literatur ein uneinheitliches Bild hinsichtlich der Abhängigkeit von Prävalenzraten psychischer Störungen vom Kindesalter.

### 5.1.2 Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht

Übereinstimmend mit beispielsweise den Ergebnissen der KiGSS-Studie (Hölling et al., 2007, S. 786), in der Mädchen „mit 9,7 % häufiger von emotionalen Problemen betroffen [sind] als Jungen (8,6 %)“, zeigen Mädchen (12,9 %) in der vorliegenden Arbeit eine höhere Auffälligkeit bei internalisierenden Problemen als Jungen (6,9 %), in signifikanter Ausprägung interessanter Weise jedoch nur im Selbsturteil.

Im Trend mit den Ergebnissen dieser Arbeit (♂ 14,1 %, ♀ 10,9 %) übereinstimmend zeigen sich Jungen gegenüber Mädchen in der KiGGS-Basiserhebung (♂ 23,6 %, ♀ 15,9 %) und der KiGGS Welle 2 (♂ 19,1 %, ♀ 14,5 %) psychisch auffälliger - anders als in den genannten deutschen Vergleichsarbeiten im Elternurteil dieser Arbeit jedoch nicht in signifikanter Ausprägung ( $p = 0,392$ ).

Erklärungsansätze für diesen Geschlechterunterschied im Selbsturteil ziehen in Betracht, dass Entwicklungsaufgaben in der Zeit der Pubertät zum einen komplexer, aber auch geschlechtsspezifischer werden und mit unterschiedlichen psychischen Belastungen verbunden sind (Ravens-Sieberer et al., 2009). Zudem können hierbei auch Geschlechterunterschiede in der Wahrnehmung und Bewältigung von Anforderungen und Belastungen eine Rolle spielen (Eschenbeck et al., 2007, Joffer et al., 2016).

Sehr auffällig sind in der vorliegenden Arbeit die deutlich höheren Prävalenzen, die Lehrer bei Jungen gegenüber Mädchen auf den Skalen externalisierender Probleme (30,2 % vs. 16,1 %) und der psychischen Gesamtauffälligkeit (34,9 % vs. 22,5 %) berichten. Diese Ergebnisse decken sich mit dem Phänomen, dass Jungen im schulischen Kontext viel häufiger externalisierendes Problemverhalten zeigen als Mädchen (Fagot & Leve, 1998). Dass dieser störungsspezifische Geschlechterunterschied zuungunsten der Jungen im Hinblick auf externalisierende Probleme in dieser Arbeit zwar bei allen drei Urteilern nachweisbar ist, jedoch nicht bei allen, sondern lediglich im Lehrerurteil signifikant wird, überrascht hingegen

unter Berücksichtigung der bisherigen Studienlage (Costello et al., 2003, Shojaei et al., 2009, Van Roy et al., 2006, Frigerio et al., 2004).

Innerhalb der Geschlechtergruppen und in Abhängigkeit von den Altersgruppen zeigt sich im Elternurteil sowohl für internalisierende als auch externalisierende Störungen und dem Gesamtproblemwert eine signifikante Reduktion der Prävalenz bei den Jungen in der älteren gegenüber der jüngeren Altersgruppe. In gleicherweise ist dieser Effekt im Gesamtproblemwert der Lehreraussage zu beobachten. Diese Beobachtung deckt sich mit bisherigen Arbeiten (bspw. Gómez-Beneyto et al., 1994), wonach die Prävalenz bei Jungen mit einsetzender Pubertät sinkt. Insbesondere die sinkende Prävalenz auf den den Skalen ‚Gesamtproblemwert‘ und ‚externalisierende Störungen‘ bei Jungen im Gegensatz zu Mädchen ist mit der Altersabhängigkeit der Prävalenz auf diesen Skalen erklärbar (siehe Erläuterungen hierzu unter Abschnitt 5.1.1 *Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit vom Alter*, Seite 78) - wobei Jungen häufiger von externalisierenden Problemen betroffen sind als Mädchen (Hölling et al., 2007).

Gründe für die aufgeführten Geschlechterunterschiede sind nicht eindeutig belegt, diskutiert werden hierbei unterschiedliche Expositionen gegenüber biologischen und umweltbedingten Risikofaktoren und Wechselwirkungen zwischen genetischen und Umweltfaktoren (Patel et al., 2007). Eine entscheidende Rolle in der Genese vor allem internalisierender Störungen scheint hierbei eine erhöhte Vulnerabilität für äußere Stressoren in der Pubertät zu sein (Birmaher et al., 1996, Graber, 2013), wobei Ge et al. zeigen konnten, dass die Anzahl belastender Lebensereignisse vor allem ab dem 13. Lebensjahr zunimmt und hierbei Mädchen noch stärker betrifft als Jungen (Ge et al., 1994). Dies bildet einen möglichen Erklärungsansatz zum einen für die erhöhte Prävalenz internalisierender Störungen bei Mädchen gegenüber Jungen (im Selbsturteil) in der vorliegenden Arbeit und zum anderen für den Anstieg der Prävalenz auf dieser Subskala mit zunehmendem Alter der Mädchen.

### **5.1.3 Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit vom besuchten Schultyp**

Auf den Skalen der externalisierenden Probleme und des Gesamtproblemwertes zeigen sich die Prävalenzschätzungen der Kinder selbst als auch die der Eltern hoch signifikant niedriger bei Gymnasiasten als bei allen anderen untersuchten Schultypen. Lehrer hingegen beurteilen Berufsschüler und Gymnasiasten auf der externalisierenden Skala in etwa gleich auffällig, je-

doch signifikant weniger auffällig als Schüler von Regionalschulen oder integrierten Gesamtschulen. Diese Ergebnisse decken sich mit einer Arbeit von Remschmidt & Walter (1990), die erhebliche Unterschiede in den Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten in Abhängigkeit vom besuchten Schultyp aufzeigen konnte - die geringste ermittelte Prävalenz von 7,1 % bei Gymnasiasten (im Elternurteil mittels CBCL) erreicht damit ein ähnliches Ergebnis wie in der vorliegenden Arbeit (8,7 % im Eltern- und 7,6 % im Selbsturteil).

Diese Unterschiede in den Prävalenzraten zwischen den unterschiedlichen Schultypen könnten auf sozioökonomische Faktoren zurückgeführt werden, wonach ein sowohl objektiver als auch wahrgenommener geringer sozioökonomischer Status häufiger mit dem Besuch einer niedrigeren Bildungseinrichtung verbunden ist und gleichzeitig häufiger mit psychischen Auffälligkeiten einhergeht (McLaughlin et al., 2012).

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen haben erwiesenermaßen multifaktorielle Ursachen (Patel et al., 2007). Viele Arbeiten belegen, dass die Entwicklung psychischer Störungen stark verbunden ist mit Armut und sozialer Benachteiligung (Duarte et al., 2003, Earls, 2001, Patel & Kleinman, 2003). Neben zahlreichen hiermit assoziierten Faktoren, die im Rahmen dieser Arbeit nicht ermittelt werden können, zeigt sich auch ein niedriger Bildungsstand der Kinder (und Eltern) als ein mit Armut und sozialer Benachteiligung zusammenhängender Umstand (Patel et al., 2007). Des Weiteren zeigen mehrere Studien, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit haben, von Lehrern eine Gymnasialempfehlung zu erhalten (Lehmann & Peek, 1997, Bos et al., 2007).

So ist der Besuch von Schulen unterschiedlicher Bildungsniveaus ein Anhaltspunkt für die zugehörige soziale Schicht der Kinder (Hradil & Schiener, 2005) und hierüber indirekt ein Hinweis auf mögliche Risikofaktoren für die Ausbildung psychischer Störungen. Umgekehrt trägt eine psychische Störung wiederum zu einem Bildungsdefizit bei (Patel et al., 2007).

Ein signifikanter Zusammenhang von besuchtem Schultyp und der Prävalenz internalisierender Störungen konnte in der vorliegenden Arbeit nicht gezeigt werden. Trotzdem besteht wahrscheinlich ein vom Bildungsniveau der besuchten Schule unabhängiger reziproker Zusammenhang zwischen internalisierenden Störungen und schulischen Problemen (Roeser et al., 1998). Zum einen können internalisierende Probleme die Bewältigung schulischer Leistungsanforderungen erschweren (z. B. durch Prüfungsangst und Konzentrationsprobleme)

und zum anderen kann schulischer Misserfolg über Gefühle von Frustration und Angst das Auftreten internalisierender Auffälligkeiten begünstigen (Bilz, 2008).

#### **5.1.4 Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit von der Stichprobenrepräsentativität**

Um einen Einfluss einer repräsentativen Stichprobenziehung auf die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten zu untersuchen, wurden aus der nicht repräsentativen Gesamtstichprobe für unterschiedliche Regionen (Rostock und Mecklenburg-Vorpommern) und Schultypen (alle Schulen und allgemeinbildende Schulen) repräsentative Teilstichproben gezogen.

Es zeigt sich für keinen der drei Urteiler und auf keiner der drei generierten Subskalen des SDQ ein signifikanter Prävalenzunterschied in den unterschiedlichen Teilstichproben. Die verschiedenen Repräsentativitätsstufen wurden hierbei über eine Übereinstimmung zur Grundgesamtheit der Schülerinnen und Schüler des Schuljahres 2006/2007 und den von ihnen besuchten Schultyp im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern gewonnen.

Vergleichbare deutsche Studien (siehe Tabelle 3, Seite 24) untersuchten sämtlich repräsentative Vollstichproben und bildeten keine repräsentativitätsabhängigen Teilstichproben.

Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass die in dieser Arbeit anfallende Stichprobe, auch ohne Ziehung repräsentativer Teilstichproben, hinreichend repräsentativ ist.

### **5.2 Diskussion der Urteilerübereinstimmung in der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten**

Insgesamt betrachtet sind die Übereinstimmungen zwischen den Kindes-, Eltern- und Lehrerurteilen nur schwach ( $ICC < 0,4$ ) bis moderat ( $ICC = 0,4$  bis  $0,6$ ) bei Intraklassenkorrelationen zwischen  $0,204$  (Kindes-/Lehrerurteil auf der Skala ‚internalisierende Probleme‘) und  $0,468$  (Kindes-/Elternurteil auf der Skala ‚externalisierende Probleme‘). Diese Ergebnisse decken sich mit Untersuchungen von Vaz et al. (2016) und Salbach et al. (2009), die ebenfalls nur schwache bis moderate Urteilerübereinstimmungen in der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen finden konnten. Damit muss **Hypothese II** (Im Hinblick auf das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten lassen sich zwischen den einzelnen Informanten

nur schwache bis moderate Übereinstimmungen ( $ICC < 0,4 - 0,6$ ) feststellen.‘) angenommen werden.

In ihrer Metaanalyse geben Achenbach und Kollegen (1987) eine durchschnittliche Korrelation (Spearman-Korrelation) von 0,25 zwischen elterlichen Urteilen und dem kindlichen Selbstreport im Bereich des Gesamtproblemwertes an. Das ist auf der Ebene aller Skalen weniger als in der vorliegenden Arbeit ( $ICC$  im arithmetischen Mittel = 0,42). Auch die Aussagen-Korrelationen von elterlichem und dem Lehrer-Urteil sowie dem Lehrer-Urteil und dem kindlichen Selbstreport übersteigen jene in der Metaanalyse von Achenbach et al. (1987). Diese Ergebnisse sind dahingehend etwas eingeschränkt miteinander vergleichbar, als dass unterschiedliche Korrelations-Koeffizienten (Spearman vs.  $ICC$ ) verwendet wurden. Da es die  $ICC$ , anders als die Spearman-Korrelation, nicht erlaubt, dass die Bewertungen eines Urteilers multiplikativ höher oder niedriger als die Bewertungen eines anderen Urteilers sind, muss die  $ICC$  als strengeres Maß gelten (McGraw & Wong, 1996) und die Urteilerübereinstimmung der vorliegenden Arbeit als tatsächlich größer angesehen werden als jene in der Metaanalyse von Achenbach et al. (1987). Gründe hierfür könnten in der Heterogenität der in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien liegen, die Kinder und Jugendliche zwischen 1,5 und 19 Jahren und neben den Eltern, Lehrern und Kindern auch Mitglieder der Peer-Gruppe, Mitarbeiter psychiatrischer/psychotherapeutischer Einrichtungen und weitere außenstehende Beobachter untersucht haben.

Sowohl im Median (0,396 vs. 0,259 vs. 0,383) als auch im arithmetischen Mittel (0,42 vs. 0,293 vs. 0,375) zeigen sich in dieser Arbeit die Übereinstimmungen zwischen den Einschätzungen der Eltern und ihrer Kinder höher als die Übereinstimmungen zwischen den Einschätzungen der Kinder und ihren Lehrern und den Eltern und Lehrern. Diese Ergebnisse decken sich mit den Untersuchungen von Salbach et al. (2009). Damit muss **Hypothese III** (‘Es wird angenommen, dass die höchsten Urteilerübereinstimmungen zwischen Eltern und Kindern erreicht werden, die geringsten Übereinstimmungen hingegen zwischen Lehrern und Kindern.‘) angenommen werden. Auffällig hierbei ist insbesondere, dass sich innerhalb der gebildeten SDQ-Subskalen nur in Bezug auf internalisierende Probleme und auch nur zwischen dem Kindes-/Elternurteil und dem Kindes-/Lehrerurteil ein signifikanter Unterschied in der Urteilsübereinstimmung ergibt. Dies ist wiederum damit begründbar, dass sich internalisierende Probleme wie emotionale Auffälligkeiten durch Dritte (beispielsweise Lehrer, Erzieher etc.)

insgesamt nur schwierig erfassen und beurteilen lassen und das schulische Setting in der Projektion solcher Probleme dem elterlichen Zuhause in der Regel unterlegen ist (Salbach et al., 2009). Lehrer weichen in ihrer Beurteilung internalisierender Probleme somit am deutlichsten von dem subjektiv empfundenen Problemwert der Kinder und Jugendlichen ab, was in der geringsten Urteilerübereinstimmung resultiert.

Wie erwartet und unter anderem auch von van der Ende & Verhulst (2005) beschrieben zeigen sich die Urteilerübereinstimmungen auf Skalenebene in jeder Urteilerkombination am größten für externalisierende Probleme (arithmetisches Mittel ICC = 0,448) und am geringsten für internalisierende Probleme (arithmetisches Mittel ICC = 0,292) bei jedoch nicht durchgängig signifikanten Unterschieden (siehe Abschnitt 4.2 *Urteilerübereinstimmungen mittels Intraklasssenkorrelation*, Seite 47). Diese Ergebnisse decken sich in der Rangfolge übereinstimmend mit einer Vielzahl von vorausgegangenen nationalen und internationalen Vergleichsstudien (siehe hierzu Abschnitt 2.4 *Untersuchungen zur Beurteilerübereinstimmung*, Seite 20). Damit muss **Hypothese IV** (‘Im Ergebnis dieser Arbeit wird eine höhere Urteilerübereinstimmung auf der Skala externalisierender als internalisierender Problemwerte erwartet.’) angenommen werden. Ursächlich hierfür ist, dass ein gleichsames Urteil bei gut zu beobachtendem Verhalten (externalisierend) eher wahrscheinlich ist als bei weniger gut zu beobachtendem Verhalten (internalisierend).

### 5.2.1 Urteilerunterschiede in Abhängigkeit vom Alter

Insgesamt zeigen sich höhere Urteilerübereinstimmungen bei Kindern der jüngeren Altersgruppe im Vergleich zur älteren Altersgruppe. Eine Ausnahme hierbei bildet die Urteilerkombination aus Eltern und Lehrern, die eine knapp höhere, anhand der überlappenden Konfidenzintervalle jedoch nicht signifikante Übereinstimmungen bei den Kindern der älteren Altersgruppe zeigen. Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Verhulst & Akkerhuis (1989) und Duhig et al. (2000), die ebenfalls eine statistisch nicht signifikant höhere Urteilerübereinstimmung zwischen Eltern und Lehrer bzw. beiden Elternteilen bei älteren im Vergleich zu jüngeren Kindern aufzeigten.

So besteht in der vorliegenden Arbeit unter Betrachtung der Abhängigkeit von Urteilerunterschieden vom Kindesalter ein signifikanter Unterschied nur in den höheren Urteilerübereinstimmungen zwischen Kindern der jüngeren Altersgruppe und ihren Eltern auf der Skala der

externalisierenden Probleme. Insofern decken die Ergebnisse dieser Arbeit sich zumindest teilweise bzw. in teilweise signifikanter Ausprägung mit den Ergebnissen der Metaanalyse von Achenbach et al. (1987). Damit muss die **Hypothese V** (,Die Übereinstimmung der verschiedenen Informanten in der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten ist um so größer, je jünger das zu beurteilende Kind ist.‘) zumindest auf der Skala externalisierender Problem im Kindes-/Elternurteil angenommen werden.

Erklärbar ist ein solcher, tendenziell erkennbarer Zusammenhang zwischen Urteilerübereinstimmung und Kindesalter nach Achenbach et al. (1987) damit, dass das Verhalten jüngerer Kinder einfacher beobachtbar ist als das ältere Kinder und ihr Verhalten über verschiedene situative Kontexte hinweg konsistenter erscheint. Eine mögliche Ursache für die einfachere Beobachtbarkeit jüngerer Kinder liegt nach De Los Reyes & Kazdin (2005) darin, dass jüngere Kinder in den Situationen, in denen sie zu beurteilendes Verhalten demonstrieren, eingeschränkter sind als ältere Kinder. So verbringen jüngere Kinder deutlich mehr Zeit mit erwachsenen Personen (z. B. Eltern und Lehrern) und damit potentiellen „Urteilern“ als mit Gleichaltrigen in weniger gut beobachtbaren Kontexten außerhalb des Zuhauses und der Schule (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Hieraus resultiert ein über verschiedene Kontexte eher konstantes Verhalten bei jüngeren Kindern und einer folglich häufig übereinstimmenderen Beurteilung sowohl zwischen Fremdurteilern als auch zwischen Kindern und Erwachsenen. Darüber hinaus ergibt sich ein ursächlicher Zusammenhang der Urteilerübereinstimmung mit der beschriebenen Altersabhängigkeit der Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten zuungunsten der jüngeren Kinder (siehe Seite 78).

### 5.2.2 Urteilerunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht

Betrachtet man die Studienpopulation dieser Arbeit nach Geschlechtern getrennt, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Urteilerübereinstimmung zwischen Jungen und Mädchen. Diese Ergebnisse decken sich mit der Metaanalyse von Achenbach et al. (1987). Auch Verhulst & Akkerhuis (1989) sowie Duhig et al. (2000) konnten keine signifikanten Geschlechterunterschiede in der Urteilerübereinstimmung zwischen Eltern und Lehrern bzw. zwischen beiden Elternteilen feststellen. Damit muss die **Hypothese VI** (,Es wird angenommen, dass die Urteilerübereinstimmungen zur Einschätzung psychischer Auffälligkeiten in keiner signifikanten Abhängigkeit zum Geschlecht des Beurteilten stehen.‘) angenommen werden.

Auch hier zeigt sich, aus der einfacheren Beobachtbarkeit resultierend, eine höhere Urteilerübereinstimmung auf der Skala externalisierender Probleme im Vergleich zu internalisierenden Problemen (Achenbach et al., 1987). Mögliche Unterschiede in Urteilerübereinstimmungen zwischen Jungen und Mädchen sind also eher durch die Art der Auffälligkeit (externalisierend vs. internalisierend) als durch das Geschlecht des Beurteilten bestimmt.

### **5.2.3 Urteilerunterschiede in Abhängigkeit vom besuchten Schultyp**

Unterschiede in der Urteilerübereinstimmung bei der Bewertung psychischer Auffälligkeiten zeigen in der vorliegenden Arbeit keine signifikante Abhängigkeit von dem besuchten Schultyp. Implikationen zum sozioökonomischen Status der zu beurteilenden Kinder oder deren Eltern scheinen somit ebenfalls keinen Einfluss auf Urteilerübereinstimmungen zu haben.

## **5.3 Diskussion der Varianzanalysen zu Mittelwertunterschieden**

Im Abschnitt *5.1 Diskussion der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten* (Seite 75) wurden die Prävalenzen psychischer Auffälligkeit und die Abhängigkeit ihrer Ausprägung (anhand der Rohwerte) von den Faktoren ‚Alter‘, ‚Geschlecht‘ und ‚besuchter Schultyp‘ bereits diskutiert. Im Folgenden soll diskutiert werden, inwieweit die ermittelten Prävalenzen tatsächlich beeinflusst werden von den biologischen Determinanten ‚Alter‘ und ‚Geschlecht‘ bzw. der besuchten Schulform und der Urteilerperspektive, welcher Einfluss von der Interaktion dieser Faktoren ausgeht und welchen Effekt dies im Einzelnen auf die Prävalenzausprägung hat.

### **5.3.1 Einflussfaktor ‚Alter‘**

Sowohl in der psychischen Gesamtauffälligkeit als auch im Hinblick auf externalisierende und internalisierende Probleme zeigen sich jüngere Kinder auffälliger als ältere, wobei dieser Zusammenhang nur im Eltern- und Lehrerurteil signifikant ist (siehe auch Seite 78).

Die Varianzanalysen dieser Arbeit zeigen dabei, dass das Kindesalters für sich genommen nur 2,0 % (auf der Skala externalisierender Probleme) bis 4,4 % (auf der Skala internalisierender Probleme) der Varianz des Auffälligkeits-Scores des Fragebogens erklären - das Kindesalter

hat somit zwar auf allen drei Subskalen einen signifikanten, jedoch nur schwachen Effekt auf die ermittelten psychischen Auffälligkeiten.

Diese Ergebnisse zeigen Ähnlichkeiten zu drei großen multikulturellen Metaanalysen von Crijnen et al. (1997) aus 9 Ländern ( $n = 13.697$ ; 6-17 Jahre), Rescorla et al. (2013) aus 25 Ländern ( $n = 27.861$ ; 11-18 Jahre) und Rescorla et al. (2014) aus 14 Ländern ( $n = 22.192$ ; 6-16 Jahre). In allen drei Arbeiten hatte das Kindesalter auf allen Skalen ebenfalls nur einen schwachen Effekt auf die ermittelten psychischen Auffälligkeiten, mit Effektstärken von  $\leq 1\%$ .

Uneinheitliche Ergebnisse ergeben sich jedoch in der Art des (schwachen) Alterseffekts. Während jüngere Kinder in der vorliegenden Arbeit auf allen drei Subskalen höhere Auffälligkeitswerte zeigen als ältere Kinder, ergibt sich ein genau gegenteiliger Effekt höherer Auffälligkeitswerte bei älteren Kindern auf allen Subskalen in den Metaanalysen von Rescorla et al. (Rescorla et al., 2013, Rescorla et al., 2014) und der Skala internalisierender Probleme in der Arbeit von Crijnen et al. (1997). Im Gesamtproblemwert und den externalisierenden Problemen zeigen Crijnen et al. (1997) wiederum höhere Auffälligkeitswerte bei jüngeren Kindern.

Zusammenfassend stellt sich das Kindesalter als Einzelfaktor mit nur schwachem Effekt auf die ermittelten psychischen Auffälligkeiten dar, wobei die Richtung des Einflusses dabei uneinheitlich ausfällt.

Der Interaktionseffekt zwischen dem Kindesalter und der urteilenden Person erreicht in der vorliegenden Arbeit ebenfalls auf allen Subskalen signifikante, mit einer Varianzaufklärung von  $2,3\%$  (auf der Skala externalisierender Probleme) bis  $4,3\%$  (auf der Skala internalisierender Probleme) jedoch ebenfalls nur schwache Effekte auf die ermittelten psychischen Auffälligkeiten. Während das Kindesalter in der Selbstbeurteilung praktisch ohne Einfluss auf die ermittelten Auffälligkeitswerte ist, zeigen sich beide Fremdurteile durch das Alter des zu beurteilenden Kindes beeinflusst. Ein solcher Interaktionseffekt ist in den erwähnten Vergleichsarbeiten, insofern ermittelt, auf keiner der Subskalen signifikant (Crijnen et al., 1997, Rescorla et al., 2013, Rescorla et al., 2014).

Inwieweit diesem Effekt eine Urteiler-Bias zugrunde liegt und Lehrer ihre Schüler alleine des Alters wegen unterschiedlicher einschätzen, als Eltern dies tun, oder durch Lehrer der tatsächliche Alterseinfluss auf die psychische Auffälligkeit bei Kindern besser wahrgenommen und

beurteilt werden kann als durch Eltern, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht abschließend klären.

Problematisch anzuerkennen ist in dieser Schlussfolgerung zumindest, dass eine Varianzanalyse zu Mittelwertunterschieden nicht anhand jeden Alters aus der Stichprobe erfolgte, sondern anhand dichotomisierter Altersgruppen (siehe Erläuterungen hierzu auf Seite 37), was zu Verfälschungen führen könnte, da spezifische Alterseffekte so möglicherweise maskiert werden.

### **5.3.2 Einflussfaktor ‚Geschlecht‘**

Das Geschlecht des Kindes hat, anders als das Kindesalter, hingegen einen weniger pervasiven Charakter auf die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten. Lediglich die Ausprägung externalisierenden Problemverhaltens zeigt sich schwach (3,2 % Varianzaufklärung) aber signifikant durch das Geschlecht des Kindes beeinflusst - Jungen werden hierbei von allen Urteilern auffälliger bewertet als Mädchen. Die Ausprägung sowohl von internalisierenden Auffälligkeiten als auch der Gesamtproblemwert eines Kindes zeigen sich nicht direkt von seinem Geschlecht beeinflusst.

Diese Ergebnisse decken sich mit den Metaanalysen von Rescorla et al. (Rescorla et al., 2013, Rescorla et al., 2014) und Crijnen et al. (1997), die ebenfalls nur einen sehr schwachen Effekt des Kindesgeschlechts auf die ermittelten psychischen Auffälligkeiten mit Effektstärken von < 1 bis 2 % zeigten. Wie in der vorliegenden Arbeit zeigen sich auch in diesen Arbeiten die höheren Auffälligkeitswerte von Jungen auf der Skala externalisierender Probleme signifikant durch das Geschlecht bestimmt.

Wie schon der Faktor ‚Alter‘ nimmt in den Ergebnissen dieser Arbeit auch das Geschlecht in einem Interaktionseffekt wiederum signifikanten Einfluss auf die urteilerspezifischen Einschätzungen. Ein solcher Interaktionseffekt ist in den erwähnten Vergleichsarbeiten, insofern ermittelt, auf keiner der Subskalen signifikant (Crijnen et al., 1997, Rescorla et al., 2013, Rescorla et al., 2014).

Dass Mädchen sich selbst deutlich mehr durch internalisierende Probleme belastet sehen als Jungen, kann in der vorliegenden Arbeit mit einer Varianzaufklärung von 8,8 % alleine durch den Einfluss des eigenen Geschlechts auf das Selbsturteil erklärt werden. Ursächlich ist hier am ehesten ein selbstvernommenes Rollenverständnis, in dem Mädchen typischerweise eine

internalisierende Problembelastung zeigen (Rothenberger et al., 2008). Aber auch die im Geschlechtervergleich deutlich auffälligere Bewertung der Jungen durch die Lehrer ist, mit einer Varianzaufklärung von 9,5 % (Gesamtproblemwert) bzw. 4,5 % (externalisierende Probleme) hoch signifikant, alleine mit dem Einfluss des Kindesgeschlechts auf das Lehrerurteil erklärbar.

Damit zeigen sich die Lehrer im Vergleich zu den übrigen Urteilern in ihrer Prävalenzschätzung insgesamt gesehen am deutlichsten vom Geschlecht des zu beurteilenden Kindes beeinflusst.

Es konnte bereits in verschiedenen Arbeiten gezeigt werden, dass subjektive Bewertungen von Lehrern (bspw. Schulnoten und psychische Auffälligkeiten) größere geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen als entsprechende objektive Testergebnisse (Cornwell et al., 2013; Lekholm & Cliffordson, 2008). Dabei zeigen sich Lehrer stark davon beeinflusst, inwieweit Schüler im Klassenraum und dem gesamten schulischen Kontext ein „prosoziales Verhalten“ präsentieren (Teo et al., 1996). Teo et al., 1996 konnte sogar zeigen, dass „prosoziales Verhalten“ der Schüler ein guter Indikator für die Schulnoten der Schüler ist selbst nach Bereinigung der Daten um Intelligenzquotienten, ethnische Zugehörigkeit, akademisches Leistungsfähigkeit und Lehrerpräferenzen.

Da in der vorliegenden Arbeit höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) mehr Jungen (21,9%) Auffälligkeiten auf der SDQ-Skala „Prosoziales Verhalten“ zeigen als Mädchen (8,5%), könnte die deutliche geschlechterabhängige Beeinflussung der Prävalenzschätzung im Lehrerurteil dadurch begründet sein.

### 5.3.3 Einflussfaktor ‚besuchter Schultyp‘

Zur Diskussion des Zusammenhanges von sozioökonomischem Status einer Familie und dem Bildungsstand sowie den von den Kindern besuchten Schultypen sei an dieser Stelle auf Abschnitt 5.1.3 *Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit vom besuchten Schultyp*, Seite 80 verwiesen.

Unter der hieraus abgeleiteten Annahme, dass der Besuch von Schulen niedrigen Bildungsniveaus einen Hinweis auf mögliche Risikofaktoren für die Ausbildung psychischer Störungen gibt (Hradil & Schiener, 2005), erklären sich die Ergebnisse dieser Arbeit - so beeinflusst der vom Kind besuchte Schultyp zu einem geringen (6,9 % bzw. 8,8 % Varianzaufklärung), aber hoch signifikanten Anteil direkt die Prävalenz sowohl der gesamten psychischen Auffälligkeit

als auch externalisierender Probleme. Entsprechend zeigen sich die geringsten Auffälligkeitsraten bei Gymnasiasten.

Mit schwacher Effektstärke (3,1 % Varianzaufklärung) zeigt sich in den Ergebnissen dieser Arbeit zudem ein hoch signifikanter Einfluss der Schule auf das Urteil hinsichtlich externalisierender Probleme. Von allen drei Urteilern zeigen sich vor allem die Eltern in ihrer Einschätzung externalisierender Auffälligkeiten durch den von ihrem Kind besuchten Schultyp beeinflusst.

Da Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen es meist schwieriger finden sich im Klassenzimmer zu konzentrieren oder sich an Schulregeln zu halten, ist eine Assoziation zwischen externalisierendem Verhalten und schulischem Erfolg zu erwarten, was sich letztlich häufig auch im Bildungsniveau der besuchten Schule widerspiegelt (Lewis et al., 2017). Dass der Schultyp hierbei im Elternurteil externalisierender Auffälligkeiten einen etwas größeren Einfluss zeigt als im Lehrerurteil kann mit den Daten der vorliegenden Arbeit nicht zweifelsfrei begründet werden.

Internalisierende Probleme werden hingegen weder direkt durch den Schultyp beeinflusst, noch erfolgt eine messbare Beeinflussung der Urteile zu internalisierenden Problemen durch den Schultyp.

### 5.3.4 Einflussfaktor ‚Urteilerperspektive‘

Von den in dieser Arbeit untersuchten Einflussfaktoren ‚Alter‘, ‚Geschlecht‘, ‚besuchter Schultyp‘ und ‚Urteilerperspektive‘, zeigt letztgenannter die mit Abstand größten Effektstärken und ist sowohl in der Prävalenzbestimmung internalisierender und externalisierender Problemwerte als auch des Gesamtproblemwertes höchst signifikant.

Damit muss **Hypothese VII** (‚Die Einschätzungen zur psychischen Auffälligkeit auf den Skalen internalisierende Probleme, externalisierende Probleme und Gesamtproblemwert werden überwiegend durch die subjektiven Urteiler-Perspektiven und weniger über das Alter, Geschlecht oder die Schulzugehörigkeit des beurteilten Kindes determiniert.‘) angenommen werden.

Über die anderen drei Einflussfaktoren gemittelt ergibt sich allein durch die spezifische Perspektive eines Urteilers somit eine Varianzaufklärung von 18,7 % für internalisierende Probleme, von 19 % für externalisierende Probleme und von 26,6 % für den Gesamtproblemwert.

Diese Ergebnisse entsprechen in Höhe und Rangfolge etwa denen der Metaanalyse von Rescorla et al. (2013) (Varianzaufklärung von 16 % für internalisierende Probleme, von 18 % für externalisierende Probleme und von 22 % für den Gesamtproblemwert).

Wenn auch in schwacher Ausprägung wird hierbei die in beiden Arbeiten geringere Varianzaufklärung durch die Urteilerperspektive bei internalisierenden gegenüber externalisierenden Problemwerten deutlich. Es kann also geschlussfolgert werden, dass die Art des Urteilers, und damit einhergehend seine individuelle Urteilerperspektive, bei der Bestimmung externalisierender Auffälligkeiten (und mehr noch des Gesamtproblemwertes) von größerer Bedeutung ist, als bei der Bestimmung internalisierender Auffälligkeiten. Ursächlich hierfür könnte sein, dass insbesondere die Unterschiede der beiden Settings ‚Schule‘ und ‚elterliches Zuhause‘ sich in Auslösern und/oder Sanktionen für externalisierendes Verhalten unterscheiden bzw. unterschiedliche Schwellen von Verhaltensausprägungen für die Kinder und Jugendlichen darstellen (Rescorla et al., 2013). Externalisierende Störungen sind somit etwas situationsspezifischer und folglich von den Setting-spezifischen Urteilerperspektiven unterschiedlich erfasst.

## 5.4 Diskussion des Prinzips der Mehr-Informanten

Die Tatsache, dass psychologische Konstrukte hypothetischer Natur sind, impliziert, dass sie nicht direkt beobachtbar sind. Mit einer Vielzahl von Instrumenten (Interviews, Fragebögen, Verhaltensbeobachtungen) werden die hypothetischen Attribute in erkennbare und beobachtbare Indikatoren umgesetzt (Cronbach & Meehl, 1955).

Um diese Indikatoren zu erfassen, bedarf es Informanten, die über bereitgestellte Instrumente (z. B. Fragebögen) Urteile bilden. Da die überwiegende Mehrheit der psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen über die Zeit, den situativen Kontext oder die Messmethodik hinweg niemals vollständig konsistent sind (Bögels et al., 2010b; Dirks et al., 2012b; Kraemer et al., 2003), kann über verschiedene Urteiler in einem Multi-Informant-Konzept Zugang zu diesen verschiedenen Kontexten erlangt werden (De Los Reyes, 2011).

Das Prinzip der Mehr-Informanten gilt dabei mittlerweile als der Güte-Standard in der Beurteilung der psychischen Gesundheit (Hunsley & Mash, 2007, Mash & Hunsley, 2005a). Die

bloße Anzahl an zurate gezogenen Urteilern ist hierbei nicht der entscheidende Vorteil dieses Prinzips, da auch eine unendliche Anzahl an korrelierenden Informanten die Mängel der Urteile des jeweils anderen nicht ausgleichen kann (Kaurin et al., 2016). Vielmehr sollten Informanten so gewählt werden, dass über diese ein Zugang zu unterschiedlichen situativen Kontexten, in denen beobachtbares Verhalten zu erwarten ist, erreicht wird. Im Kindes- und Jugendalter sind das elterliche Zuhause und die Schule zwei bedeutende und gleichzeitig sehr differente Lebensbereiche, die Einfluss auf die Entstehung und Ausprägung psychischer Auffälligkeiten haben (De Los Reyes, 2011). Der Einbezug von Urteilern mit Zugang zu diesen Kontexten, beispielsweise Lehrer und Kinder/Eltern/Geschwister, ist somit anzustreben.

Die vorliegende Untersuchung liefert für den deutschen Sprachraum weitere Erkenntnisse zur Beurteilerübereinstimmung bei der Analyse psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen und bestätigt vorherige Untersuchungen (siehe Abschnitt 2.4 *Untersuchungen zur urteilerübereinstimmung*, Seite 20). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen deutlich, dass die Übereinstimmungen zwischen den Kindes-, Eltern- und Lehrerurteilen hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen nur schwach bis moderat ausfallen. Das Prinzip der Mehr-Informanten führt, insbesondere unter Einbezug Kontext-differenter Urteiler, somit meist auch zu Urteiler-Diskrepanzen, die eine Auswertung der gewonnenen Ergebnisse erschweren.

Es gibt eine Vielzahl an Studien die sich mit dem Umgang und der Interpretation von Urteiler-Diskrepanzen beschäftigen (De Los Reyes, 2013; De Los Reyes & Kazdin, 2005; De Los Reyes & Kazdin, 2006; Goodman et al., 2010b; Kraemer et al., 2003). Viele Jahrzehnte war es unter der Annahme, dass Urteils-Konvergenz gleichbedeutend mit der Wahrheit ist, das Ziel der Forschung die Aussagen mehrerer Urteiler zu einem Ergebnis zusammenzuführen (De Los Reyes et al., 2013). Hierbei klassifiziert man die Unterschiede in den verschiedenen Urteilen jedoch fälschlicherweise als Fehler und unterschlägt, dass Urteiler-Diskrepanzen wichtige Informationen über das Verhalten der Kinder enthalten können. Bartels et al. (2007) zeigten anhand einer longitudinalen Zwillingsstudie, dass die Varianz der beurteilten Auffälligkeiten sich zu einem größeren Teil aus allgemein beobachtbaren Faktoren (Urteiler-Übereinstimmung) und zu einem kleineren Teil aus urteilerspezifischen Faktoren (Urteiler-Diskrepanzen) zusammensetzt. Dieser urteilerspezifische Anteil besteht zu einem Teil aus zufälligen (z.B. fehlverstandene Fragen, Schwankungen des psychologischen oder emotionalen Zustands des

Urteilers) und systematischen (Urteiler-Bias) Fehlern und andererseits bis zu 17 % aus der urteilerspezifischer Perspektive (Bartels et al., 2007).

Urteiler-Diskrepanzen erklären also einen bestimmten, dem jeweiligen Urteiler spezifischen Anteil der wahren Varianz psychischer Auffälligkeiten und sollten nicht generell als Bias betrachtet werden, sondern repräsentieren stattdessen das spezielle Verhältnis zwischen Urteiler und beurteiltem Kind. Da dieses Verhältnis meist Kontext-assoziiert ist, sollten nach Kontexten differierende Urteile sorgfältig analysiert werden (Kuschel et al., 2007). Werden psychische Auffälligkeiten hingegen von mehreren Urteilern berichtet, muss davon ausgegangen werden, dass das Störungsmuster in verschiedenen Kontexten manifest ist. Wenn hingegen mehrere Urteiler keine Auffälligkeiten berichten, ist eine psychische Störung unwahrscheinlich, da sie in den verschiedenen erfassten Kontexten nicht nachweisbar ist.

Entsprechend den spezifischen Merkmalen der unterschiedlichen Urteiler und insbesondere ihren jeweiligen Zugängen zu bestimmten situativen Kontexten, in denen sich Kinder und Jugendliche befinden, ergeben sich je nach zu erfassender Auffälligkeits-Kategorie unterschiedlich geeignete Urteiler. Eine mögliche Rangfolge geeigneter Urteiler (nach Smith, 2007) wurde in Tabelle 1, Seite 20 vorgestellt. Übereinstimmend mit Goodman, 2000 zeigen sich Eltern hierbei sensibler hinsichtlich internalisierender Probleme und Lehrer sensibler hinsichtlich externalisierender Probleme. Die Kombination aus Eltern- und Lehrerurteil hat wiederum eine höhere Sensitivität als die Einzelurteile und für alle Kategorien ist die Kombination aus Eltern-, Lehrer- und Selbstaussage am sensitivsten (Goodman, 2000). Eine Evaluation psychischer Auffälligkeiten nur anhand des Selbsturteils ist hingegen die am wenigsten sensitive Strategie, da Kinder weniger sensitiv für alle psychischen Auffälligkeiten sind als ihre Eltern und weniger sensitiv für alle Auffälligkeiten außer internalisierender Störungen als ihre Lehrer (Goodman, 2000).

Das Prinzip der Mehr-Informanten eignet sich als Güte-Standard in der Beurteilung der psychischen Gesundheit und in Kombination mit einem etablierten, kurzen und kostenlosen Instrument wie dem SDQ-Fragebogen sehr gut zum Screening von psychischen Auffälligkeiten (Döpfner & Petermann, 2012; Schulte-Körne, 2016).

Essex et al. (2009b) zeigten, dass ein allgemeines schulbasiertes Screening das Detektieren von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, die höchstwahrscheinlich von ei-

ner frühen Intervention profitieren, erheblich verbessern kann. Und auch wenn die Vorteile eines Screening-Verfahrens immer auch gegen die entstehenden Kosten abgewogen werden müssen (Offord et al., 1998), lassen die Vorteile des universellen Schul-Screenings den Schluss zu, dass die potenziellen Chancen in der Früherkennung psychischer Störungen die potenziellen Kosten deutlich übersteigen (Essex et al., 2009a).

Die Resultate dieser Studie tragen zur stetig wachsenden Forschungsliteratur auf dem Gebiet der Erkennung psychischer Auffälligkeiten unter Zuhilfenahme mehrerer Informanten und die Evaluation ihrer Urteile bei. Diese Erkenntnisse sollen ihren Beitrag dazu leisten, frühzeitige Interventionen zu ermöglichen.

Das Konzept der individuellen psychischen Gesundheit als Balance zwischen dem eigenen Wohlbefinden und messbar psychopathologischen Symptomen kann dabei helfen, insbesondere den Kindern und Jugendlichen eine Interventionsmöglichkeit zu bieten, die vom Gesundheitssystem bisher übersehen wurden, da sie keine deutlichen psychopathologischen Symptome offenbarten – denn die Abwesenheit von Symptomen garantiert keineswegs eine vollständige psychische Gesundheit.

## 5.5 Ausblick

Entsprechend der deutschen Langzeitergebnisse des bevölkerungsbezogenen Gesundheits-Untersuchungssurveys für Kinder und Jugendliche (KiGGS) und seiner Folgeuntersuchungen (Welle 1 und 2) zeigt sich national ein signifikanter Rückgang psychischer Auffälligkeiten von 19,9% auf 16,9% in den Jahren zwischen 2003 und 2017 (Klipker et al., 2018). Dieser Trend stabiler bzw. rückläufiger psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich auch konsistent zu internationalen Arbeiten (Sourander et al., 2012, McMartin et al., 2014, Langley et al., 2017).

Auch hat sich die Versorgungssituation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland im letzten Jahrzehnt gebessert, so dass sich die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater von 491 im Jahr 2000 auf 1.076 im Jahr 2018 mehr als verdoppelt hat (Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019). Gleichzeitig tragen gezielte Überprüfungen von Verhaltens-

auffälligkeiten in der seit dem Jahr 2006 zusätzlich angebotenen Vorsorgeuntersuchungen U10 (7-8 Jahre) und U11 (9-10 Jahre) zur besseren nationalen Prävention psychischer Störungen bei (Klipker et al., 2018).

Trotz dieser rückläufigen Tendenz sind die psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen weiterhin auf einem hohen Niveau, so dass neben effektiven Präventionsmaßnahmen geeignete Diagnose- bzw. Screeningverfahren benötigt werden, um betroffene Kinder bereits frühzeitig zu identifizieren. Die Schule als „zentrale Institution des Bildungswesens mit ihren Unterstützungssystemen im psychosozialen Bereich (Schulsozialarbeit, Schulpsychologie)“ (Schulte-Körne, 2016, S. 185) kann hierbei eine wichtige Position einnehmen, so dass geeignete Screeninginstrumente wie der SDQ sinnvoll in Schuleingangsuntersuchungen etabliert werden (Schulte-Körne, 2016). Des Weiteren sollten Weiterbildungsangebote und die Lehramtsausbildung aktuellen medizinischen Erkenntnissen angepasst werden, um Lehrkräften Kompetenzen im Erkennen von psychischen Auffälligkeiten zu vermitteln und schulische Möglichkeiten zur Unterstützung und zur Intervention aufzuzeigen.

Screening-Verfahren sollten hierbei auf eine Multi-Informant-Strategie als Güte-Standard in der Beurteilung der psychischen Gesundheit (Hunsley & Mash, 2007, Mash & Hunsley, 2005a) zurückgreifen. Eine der größten Herausforderungen dabei ist es, konkrete Schlussfolgerungen aus Erhebungen zu ziehen, wenn Informanten über klinisch bedeutsame Verhaltensweisen nicht übereinstimmen (De Los Reyes et al., 2013).

Unter der Annahme, dass unterschiedliche Urteile zu psychischen Auffälligkeiten wichtige und therapeutisch relevante Informationen enthalten, wird es nötig sein, einfach anzuwendende Konstrukte zum Umgang mit Urteiler-Diskrepanzen zu entwerfen, damit Multi-Informant-Strategien effektiv auch in landesweiten Screening-Untersuchungen zum Einsatz kommen können. Zukünftige Arbeiten sollten sich somit bereits im Vorhinein über erwartete Urteiler-Diskrepanzen und die Gründe hierfür Gedanken machen sowie diese Überlegungen in Studiendesigns, Hypothesen-Tests und die Dateninterpretation einfließen lassen.

## 5.6 Limitierungen der Arbeit

Einen nicht planbaren Einfluss auf Urteilerübereinstimmungen hat auch der Umstand, wie konkret bestimmte Symptome als solche von den Urteilern wahrgenommen werden, bzw. die mitunter vage Formulierung der Antwortmöglichkeiten in den Fragebögen (Antrop et al., 2002; Christensen et al., 1992).

So berichtet zum Beispiel Rohde (2008), wie sehr sich für verschiedene Eltern in diesem Zusammenhang die Bedeutung des Wortes „oft“ unterscheiden kann. Eine einheitliche Wertung der Fragebogenbestandteile über alle Teilnehmer hinweg ist somit nur schwer zu erreichen.

Weiterhin kann die genaue Zusammensetzung der Urteiler in der vorliegenden Studie nicht vollständig exakt bestimmt werden. Wenn noch angenommen werden kann, dass die Selbsturteile unter Beaufsichtigung des Erhebungsprozesses auch von den Schülern und die Lehrerurteile von den jeweiligen Lehrern ausgefüllt wurden, so ist nicht vollständig zu klären, wer letztlich als Urteiler den Eltern-Fragebogen beantwortet hat. Dieser wurde an die Eltern gerichtet, aber welches Elternteil diesen ausgefüllt hat oder ob beide Elternteile womöglich im Konsens urteilten, ist nicht bekannt. Es gibt jedoch Unterschiede zwischen der Beurteilung ihrer Kinder durch Mütter und Väter (Richters, 1992). Hier ist ein inhomogenes Urteilsbild in der Informantengruppe „Eltern“ möglich. Auch die vergleichsweise geringe Mitwirkbereitschaft der Eltern als Urteiler dieser Studie mit einer Rücklaufquote von etwa 42,8 % könnte letztlich das Gesamtbild verzerren.

Das Fragebogendesign des SDQ bietet mit seiner ungeraden Anzahl an Antwortmöglichkeiten zudem die Möglichkeit der „Tendenz zur Mitte“ als systematischen Beobachtungsfehler. Grade der mittlere Skalenwert „Teilweise zutreffend“ erlaubt keine zuverlässige Differenzierung zwischen tatsächlich teilweiser Zustimmung, nicht verstandenen Items und empfundener Irrelevanz des Items. Der SDQ-Fragebogen kann hierbei zudem nur als Indikator für psychische Auffälligkeiten gelten und bildet die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen nicht in voller Breite ab.

Auch unvollständige Fragebögen haben einen indirekten Einfluss auf das Ergebnis, da es Hinweise darauf gibt, dass Kinder deren Datensätze nicht vollständig sind und die deswegen nicht ausgewertet werden konnten, ein höheres Risiko haben psychisch auffällig zu sein (Meltzer et

al., 2003). Hierdurch wird die wahre Prävalenz der psychischen Auffälligkeiten möglicherweise etwas unterschätzt.

Nicht zuletzt beinhaltet die Erhebung in dieser Arbeit die Aushändigung von gleich mehreren Fragebögen (SDQ, Youth Self Report, EMBU, Selbstwertskala nach Rosenberg, JTCI-12-18 R, Skala zur Erfassung wahrgenommener elterlicher Reziprozität, Young Parenting Inventory) an die Schülerinnen und Schüler. Bei der Vielzahl an zu beantwortenden Fragen kann davon ausgegangen werden, dass die Reihenfolge der Fragen bzw. der Fragebögen einen Einfluss auf die Sorgfalt und Konzentration der Kinder beim Beantworten hatte.

## **6 Zusammenfassung**

Psychische Erkrankungen sind die mit Abstand häufigste Ursache einer spezifischen gesundheitlichen Beeinträchtigung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Gore et al., 2011).

Neben einer besonders hohen Krankheitsbelastung und Einbußen von Lebensqualität gehen psychische Erkrankungen sowie auch Störungen ohne Krankheitsdefinition im Jugendalter mit verminderter sozialer, kognitiver und verhaltensbezogener Entwicklung einher. Zusätzliche Bedeutung erfährt diese Problematik dadurch, dass psychische Störungen sich bei Kindern und Jugendlichen häufig bis in das Erwachsenenalter manifestieren.

Neben dem persönlichen Leidensdruck der Betroffenen ergibt sich damit auch ein gesamtgesellschaftliches Gesundheitsproblem mit direkten und indirekten Kosten, die psychische Erkrankungen in Deutschland zur drittteuersten Krankheitsgruppe machen.

In Anbetracht der immensen Folgen psychischer Störungen sowohl für der Einzelnen als auch die Gesellschaft als Ganzes ist es von entscheidender Bedeutung psychische Auffälligkeiten möglichst schon im Kindesalter zu identifizieren.

Aus diesem Grund sind ausführliche epidemiologische Erhebungen als Behandlungsgrundlage und zur Bereitstellung und Koordination nötiger Ressourcen essentiell. Da psychische Störungen jedoch grade im jungen Alter eine komplex zu erfassende Größe darstellen, bilden Einschätzungen von mehreren unterschiedlichen Informanten einen Schlüsselfaktor der psychopathologischen Beurteilung von Kindern und Jugendlichen. Hierbei sind neben dem

kindlichen Selbsturteil Eltern und Lehrer der Kinder häufig genutzte Urteilsquellen in der epidemiologischen Forschung.

Neben ökonomischen, personellen und logistischen Gründen sind es vor allem die Effizienz und Zuverlässigkeit, die für die Verwendung eines Fragebogens als geeignetes Messinstrument zur Prävalenz-Erhebung sprechen.

In der vorliegenden Arbeit wird hierfür der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) als international anerkanntes und mehrfach validiertes Fragebogenverfahren in zu einander äquivalenten Versionen für Kinder, Eltern und Lehrer verwendet. Für Zusammenhangsanalysen erfolgt die Berechnung der Intraklassenkorrelation (ICC) und mittels Varianzanalysen wird geprüft, wie stark die Einflussfaktoren Urteilerperspektiven, Kindesalter und -geschlecht sowie der besuchte Schultyp die Prävalenzschätzungen beeinflussen.

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Stichprobe setzt sich dabei aus 797 Rostocker Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 22 Jahren zusammen, die im Erhebungszeitraum des Schuljahres 2006/2007 allgemeinbildende und Berufsschulen der Hansestadt Rostock besucht haben. Urteile der Eltern und Lehrer ergänzen die Forschungsgrundlage. Zusätzlich wird die Stichprobe anhand der Schülerverteilung in Rostock und Mecklenburg-Vorpommern in unterschiedlich repräsentative Teilstichproben aufgeteilt.

Im Ergebnis dieser Arbeit zeigen sich Gesamtauffälligkeits-Prävalenzen von 13,8 % im Selbsturteil, 12,6 % im Elternurteil und 30,1 % im Lehrerurteil. Alle drei Urteiler stimmen nur schwach in ihren Einschätzungen miteinander überein, wobei sich die größten Übereinstimmungen zwischen Eltern und ihren Kindern und die geringsten Übereinstimmungen zwischen Lehrern und ihren Schülern zeigen. Auf Skalenebene stellen sich die Urteilerübereinstimmungen in jeder Urteilerkombination am größten für externalisierende Probleme und am geringsten für internalisierende Probleme dar.

Wie auffällig ein Kind beurteilt wird, hängt nach den Ergebnissen dieser Arbeit in erster Linie alleinig davon ab, wer diese Einschätzung trifft. Der Einflussfaktor ‚Kindesalter‘ hat darüber hinaus einen direkten Einfluss auf die Höhe der Prävalenz und die Höhe der Urteilerübereinstimmungen, während das Geschlecht des Kindes und der von ihm besuchte Schultyp zwar teilweise einen Einfluss auf die Höhe der Prävalenz, nicht jedoch auf die Höhe der Urteilerübereinstimmungen haben.

So existiert ein schwacher aber realer biologisch determinierter Einfluss des Kindesalters auf die psychische Auffälligkeit von Kindern, wonach jüngere höhere Auffälligkeitsraten zeigen als ältere Kinder. Darüber hinaus werden Lehrer, noch deutlicher als Eltern, in ihrer Prävalenzschätzung vom Kindesalter beeinflusst.

Auch existiert ein schwacher aber realer biologisch determinierter Einfluss des Kindesgeschlechts auf die externalisierende Auffälligkeit von Kindern, wobei Gesamtproblemwert und internalisierende Störungen nicht von Geschlecht beeinflusst werden. Jungen zeigen sich hierbei auffälliger als Mädchen. Darüber hinaus zeigen Lehrer sich in ihrer Prävalenzschätzung insgesamt gesehen am deutlichsten vom Geschlecht des zu beurteilenden Kindes beeinflusst.

Zu einem geringen aber signifikanten Anteil beeinflusst der vom Kind besuchte Schultyp direkt die Prävalenz sowohl der gesamten psychischen Auffälligkeit als auch die der externalisierenden Probleme. Darüber hinaus zeigen sich insbesondere Eltern in ihrer Einschätzung externalisierender Auffälligkeiten durch das Wissen um den besuchten Schultyp ihres Kindes beeinflusst. Insgesamt gesehen werden Gymnasiasten hierbei am wenigsten auffällig bewertet.

Die gewonnen Erkenntnisse zu den Urteilern und Urteilerübereinstimmungen im Rahmen einer Multi-Informant Strategie in der Beurteilung der psychischen Gesundheit tragen zur stetig wachsenden Forschungsliteratur bei und sollen ihren Beitrag dazu leisten, betroffene Kinder zu identifizieren und frühzeitige Interventionen zu ermöglichen.

## 7 Thesen dieser Arbeit

1. Für die untersuchte Stichprobe von 797 Rostocker Kindern und Jugendlichen aus 11 Rostocker Schulen ergeben sich Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten von 13,8 % im Selbsturteil, 12,6 % im Elternurteil und 30,1 % im Lehrerurteil. Insgesamt betrachtet finden sich die Prävalenzen im Selbst- und Elternurteil somit im unteren Bereich der Spannweite der nationalen Vergleichsarbeiten (10,0 % bis 21,9 %) wieder.
2. Konform mit nationalen und internationalen Vergleichsarbeiten stimmen die drei Urteiler Kinder, Eltern und Lehrer nur schwach in ihren Einschätzungen miteinander überein. Die größten Übereinstimmungen gibt es zwischen Eltern und ihren Kindern und die geringsten zwischen Lehrern und ihren Schülern.
3. Die Übereinstimmungen der Urteiler in ihren Prävalenzschätzungen sind am größten für externalisierende Probleme und am geringsten für internalisierende Probleme.
4. Die Urteilerübereinstimmungen sind bei jüngeren Kindern größer als bei älteren.
5. Die Urteilerübereinstimmungen sind unabhängig vom Geschlecht des beurteilten Kindes.
6. Die Urteilerübereinstimmungen sind unabhängig vom Schultyp des Kindes.
7. Wie auffällig ein Kind beurteilt wird, hängt in erster Linie davon ab, wer diese Einschätzung trifft. Lehrer geben eine höhere Gesamtauffälligkeit an als die Kinder und diese etwas mehr als ihre Eltern.
8. Jüngere Kinder werden als auffälliger beurteilt als ältere Kinder.
9. Jungen zeigen sich auffälliger für externalisierende Störungen.
10. Lehrer werden in ihrer Prävalenzschätzung von den drei Urteilern am deutlichsten vom Kindesgeschlecht beeinflusst. Jungen werden von ihnen auffälliger bewertet.
11. Bei der gesamten psychischen Auffälligkeit und externalisierenden Problemen zeigen Gymnasiasten die geringsten Auffälligkeiten.

## 8 Literaturverzeichnis

- Achenbach TM & Edelbrock CS. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301.
- Achenbach TM, McConaughy SH & Howell CT. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Achenbach TM & Rescorla LA. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach TM, Dumenci L & Rescorla LA. (2002). Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples of youth: Self, parent, and teacher reports. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(4), 194-203.
- Achenbach TM, Krukowski RA, Dumenci L & Ivanova MY. (2005). Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131(3), 361-382.
- Achenbach TM. (2006). As others see us clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94-98.
- Achenbach TM, Becker A, Döpfner M, Heiervang E, Roessner V, Steinhausen H & Rothenberger A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-4®)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*.

- Annett RD, Bender BG, DuHamel TR & Lapidus J. (2003). Factors influencing parent reports on quality of life for children with asthma. *Journal of Asthma*, 40(5), 577-587.
- Antrop I, Roeyers H & Oosterlaan J. (2002). Agreement between parent and teacher ratings of disruptive behavior disorders in children with clinically diagnosed ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(1), 67-73.
- Appleton P. (2000). Tier 2 CAMHS and its interface with primary care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(5), 388-396.
- Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Rijdsdijk FV, Jaffee SR, Ablow JC & Measelle JR. (2003). Strong genetic effects on cross-situational antisocial behaviour among 5-year-old children according to mothers, teachers, examiner-observers, and twins' self-reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 832-848.
- Barkmann C & Schulte-Markwort M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland- ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 31(6), 278-287.
- Barkmann C & Schulte-Markwort M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(3), 194-203.
- Bartels M, Boomsma DI, Hudziak JJ, van Beijsterveldt TCEM & van den Oord EJCG. (2007). Twins and the study of rater (dis)agreement. *Psychol Methods*, 12(4), 451-466.
- Baumann U & Stieglitz RD. (2008). Multimodale Diagnostik – 30 Jahre später. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(3), 191-202.
- Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W & Rothenberger A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 2, 17-24.

- Becker A, Wang B, Kunze B, Otto C, Schlack R, Hölling H, Isensee C. (2018). Normative data of the self-report version of the German Strengths and Difficulties Questionnaire in an epidemiological setting. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
- Bernstein DP, Cohen P, Skodol A, Bezirgianian S & Brook JS. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 907-913.
- Bilz L. (2008). *Schule und psychische Gesundheit*. Springer-Verlag.
- Bird HR. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 35-49.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J & Nelson B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.
- Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB & Voncken M. (2010a). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189.
- Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB & Voncken M. (2010b). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(2), 168-189.
- Bos W, Schwippert K & Stubbe TC. (2007). Die Koppelung von sozialer Herkunft und Schülerleistung im internationalen Vergleich. In *Lesekompetenzen von Grundschulkindern in Deutschland im internationalen Vergleich* (pp. 225-248). IGLU.
- Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Lepine S, Houde L & Gaudet N. (1995). Do children aged 9 through 11 years understand the DISC Version 2.25 questions? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 946-956.

- Briggs-Gowan MJ, Carter AS & Schwab-Stone M. (1996). Discrepancies among mother, child, and teacher reports: examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(6), 749-765.
- Bullinger M, Brutt AL, Erhart M & Ravens-Sieberer U. (2008). Psychometric properties of the KINDL-R questionnaire: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1, 125-132.
- Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2019). An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Anzahl). Retrieved 05.12.2019, from [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
- Butler SM, MacKay SA & Dickens SE. (1995). Maternal and adolescent ratings of psychopathology in young offender and non-clinical males. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27(3), 333-342.
- Cai X, Kaiser AP & Hancock TB. (2004). Parent and teacher agreement on child behavior checklist items in a sample of preschoolers from low-income and predominantly African American families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(2), 303-312.
- Canino G & Alegría M. (2008). Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 237-250.
- Chi TC & Hinshaw SP. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: the role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 387-400.
- Choudhury MS, Pimentel SS & Kendall PC. (2003). Childhood anxiety disorders: parent-child (dis)agreement using a structured interview for the DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(8), 957-964.
- Christensen A, Margolin G & Sullaway M. (1992). Interparental agreement on child behavior problems. *Psychological Assessment*, 4(4), 419-425.

- Cohen J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1).
- Coleman JC. (2010). *The Nature of Adolescence* (4).
- Comer JS & Kendall PC. (2004). A symptom-level examination of parent-child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(7), 878-886.
- Cook WL & Goldstein MJ. (1993). Multiple perspectives on family relationships: a latent variables model. *Child Dev*, 64(5), 1377-1388.
- Cornwell C, Mustard DB & Van Parys J. (2013). Noncognitive Skills and the Gender Disparities in Test Scores and Teacher Assessments: Evidence from Primary School. *Journal of Human Resources*, 48(1), 236-264.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G & Angold A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Costello EJ, Burns BJ, Angold A & Leaf PJ. (1993). How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1106-1114.
- Costello EJ, Egger H & Angold A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- Costello EJ & Angold A. (2006). Developmental Epidemiology. In (pp. 41-75).
- Costello EJ, Foley DL & Angold A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(1), 8-25.

- Crijnen AAM, Achenbach TM & Verhulst FC. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1269-1277.
- Cronbach LJ & Meehl PE. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*, 52(4), 281-302.
- De Los Reyes A & Kazdin AE. (2004). Measuring Informant Discrepancies in Clinical Child Research. *Psychological Assessment*, 16(3), 330-334.
- De Los Reyes A & Kazdin A. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509.
- De Los Reyes A & Kazdin AE. (2006). Conceptualizing changes in behavior in intervention research: the range of possible changes model. *Psychological Review*, 113(3), 554-583.
- De Los Reyes A. (2011). Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(1), 1-9.
- De Los Reyes A, Kundey SM & Wang M. (2011). The end of the primary outcome measure: a research agenda for constructing its replacement. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 829-838.
- De Los Reyes A, Thomas SA, Goodman KL & Kundey SM. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 123-149.
- De Los Reyes A. (2013). Strategic objectives for improving understanding of informant discrepancies in developmental psychopathology research. *Development and psychopathology*, 25(3), 669-682.

- DelBello MP, Kowatch RA, Adler CM, Stanford KE, Welge JA, Barzman DH, Nelson E & Strakowski SM. (2006). A double-blind randomized pilot study comparing quetiapine and divalproex for adolescent mania. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 305-313.
- Dirks MA, Boyle MH & Georgiades K. (2011). Psychological symptoms in youth and later socioeconomic functioning: do associations vary by informant? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(1), 10-22.
- Dirks MA, De Los Reyes A, Briggs-Gowan M, Cella D & Wakschlag LS. (2012a). Annual research review: embracing not erasing contextual variability in children's behavior--theory and utility in the selection and use of methods and informants in developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 558-574.
- Dirks MA, De Los Reyes A, Briggs-Gowan M, Cella D & Wakschlag LS. (2012b). Embracing not erasing contextual variability in children's behavior: Theory and utility in the selection and use of methods and informants in developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 53(5), 558.
- Döpfner M, Plück J, Berner W & Fegert JM. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25, 218-233.
- Döpfner M & Petermann F. (2012). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter* (3). Hogrefe Verlag.
- Downey G & Coyne JC. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50-76.
- Drabick DA, Gadow KD & Loney J. (2007). Source-specific oppositional defiant disorder: comorbidity and risk factors in referred elementary schoolboys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 92-101.

- Du Y, Kou J & Coghill D. (2008). The validity, reliability and normative scores of the parent, teacher and self report versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in China. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2(1), 8.
- Duarte C, Hoven C, Berganza C, Bordin I, Bird H & Miranda CT. (2003). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(3), 203-222.
- Duhig AM, Renk K, Epstein MK & Phares V. (2000). Interparental Agreement on Internalizing, Externalizing, and Total Behavior Problems: A Meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 435-453.
- Dwyer SB, Nicholson JM, Battistutta D & Oldenburg B. (2005). Teachers' knowledge of children's exposure to family risk factors: Accuracy and usefulness. *Journal of School Psychology*, 43(1), 23-38.
- Earls F. (2001). Community factors supporting child mental health. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 10(4), 693-709.
- Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Kalas R & Conover NC. (1985). Age Differences in the Reliability of the Psychiatric Interview of the Child. *Child Development*, 56(1), 265-275.
- Eiser C & Morse R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10(4), 347-357.
- Engel NA, Rodrigue JR & Geffken GR. (1994). Parent-child agreement on ratings of anxiety in children. *Psychological Reports*, 75(3 Pt 1), 1251-1260.
- Epstein MK, Renk K, Duhig AM, Bosco GL & Phares V. (2004). Interparental conflict, adolescent behavioral problems, and adolescent competence: Convergent and discriminant validity. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 475-495.

- Erhart M, Ottova V, Gaspar T, Jericek H, Schnohr C, Alikasifoglu M. (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health*, 54 Suppl 2, 160-166.
- Eschenbeck H, Kohlmann C & Lohaus A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal of Individual Differences*, 28, 18-26.
- Essau CA, Olaya B, Anastassiou-Hadjicharalambous X, Pauli G, Gilvarry C, Bray D, O'callaghan J & Ollendick TH. (2012). Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 232-245.
- Essex MJ, Kraemer HC, Slattery MJ, Burk LR, Thomas Boyce W, Woodward HR & Kupfer DJ. (2009a). Screening for childhood mental health problems: Outcomes and early identification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 562-570.
- Essex MJ, Kraemer HC, Slattery MJ, Burk LR, Boyce WT, Woodward HR & Kupfer DJ. (2009b). Screening for childhood mental health problems: outcomes and early identification. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(5), 562-570.
- Fagot BI & Leve LD. (1998). Teacher ratings of externalizing behavior at school entry for boys and girls: similar early predictors and different correlates. *J Child Psychol Psychiatry*, 39(4), 555-566.
- Feldman SS & Weinberger DA. (1994). Self-restraint as a mediator of family influences on boys' delinquent behavior: a longitudinal study. *Child Development*, 65(1), 195-211.
- Ferdinand RF, van der Ende J & Verhulst FC. (2004). Parent-adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk factor for adverse outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 198-206.
- Ferdinand RF, van der Ende J & Verhulst FC. (2006). Prognostic value of parent-adolescent disagreement in a referred sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(3), 156-162.

- Frick PJ, Silverthorn P & Evans C. (1994). Assessment of childhood anxiety using structured interviews: Patterns of agreement among informants and association with maternal anxiety. *Psychological Assessment*, 6(4), 372-379.
- Frigerio A, Cattaneo C, Cataldo M, Schiatti A, Molteni M & Battaglia M. (2004). Behavioral and emotional problems among Italian children and adolescents aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(2), 124-133.
- Ge X, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH & Simons RL. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental psychology*, 30(4), 467.
- Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA, Puche E & Vila V. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(5), 352-357.
- Goodman A, Lamping DL & Ploubidis GB. (2010a). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *J Abnorm Child Psychol*, 38(8), 1179-1191.
- Goodman KL, De Los Reyes A & Bradshaw CP. (2010b). Understanding and using informants' reporting discrepancies of youth victimization: a conceptual model and recommendations for research. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13(4), 366-383.
- Goodman R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman R. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534-539.

- Goodman R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Goodman R, Ford T, Corbin T & Meltzer H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 2, 25-31.
- Goodman R. (1994). A modified version of the Rutter parent questionnaire including extra items on children's strengths: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(8), 1483-1494.
- Goodman SH, Lahey BB, Fielding B, Dulcan M, Narrow W & Regier D. (1997). Representativeness of clinical samples of youths with mental disorders: a preliminary population-based study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 3-14.
- Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM & Mathers CD. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377(9783), 2093-2102.
- Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M & Shaffer D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1155-1162.
- Graber JA. (2013). Internalizing Problems during Adolescence. In *Handbook of Adolescent Psychology* (pp. 587-626). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Griese HM & Mansel J. (2003). Sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Jugend, Jugendforschung und Jugendsdiskurse: Ein Problemaufriss. *Soziologische Forschung: Stand und Perspektiven*, 169-194.
- Grietens H, Onghena P, Prinzie P & Gadeyne E. (2004). Comparison of mothers', fathers', and teachers' reports on problem behavior in 5-to 6-year-old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 137-146.

- Grigorenko EL, Geiser C, Slobodskaya HR & Francis DJ. (2010). Cross-informant symptoms from CBCL, TRF, and YSR: trait and method variance in a normative sample of Russian youths. *Psychol Assess*, 22(4), 893-911.
- Grills AE & Ollendick TH. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(1), 30-40.
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Hartley AG, Zakriski AL & Wright JC. (2011). Probing the depths of informant discrepancies: contextual influences on divergence and convergence. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 40(1), 54-66.
- Hartman CA, Hox J, Mellenbergh GJ, Boyle MH, Offord DR, Racine Y, Sergeant JA. (2001). DSM-IV internal construct validity: when a taxonomy meets data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 817-836.
- Hawes DJ & Dadds M. (2004). Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(8), 644-651.
- He JP, Burstein M, Schmitz A & Merikangas KR. (2013). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): the factor structure and scale validation in U.S. adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 583-595.
- Hemphill JF. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, 58(1), 78-79.
- Hill CE & Lambert MJ. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 84-135.

- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U & Schlack R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 784-793.
- Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A, Becker A & Schlack R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1, 34-41.
- Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E & KiGGS SG. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012) Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57(7), 807-819.
- Holmbeck GN, Li ST, Schurman JV, Friedman D & Coakley RM. (2002). Collecting and managing multisource and multimethod data in studies of pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(1), 5-18.
- Hradil S & Schiener J. (2005). *Soziale Ungleichheit in Deutschland* (8). Springer-Verlag.
- Hunsley J & Mash EJ. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 29-51.
- Jackson DA & King AR. (2004). Gender differences in the effects of oppositional behavior on teacher ratings of ADHD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(2), 215-224.
- Jensen PS, Traylor J, Xenakis SN & Davis H. (1988a). Child psychopathology rating scales and interrater agreement: I. Parents' gender and psychiatric symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(4), 442-450.

- Jensen PS, Xenakis SN, Davis H & Degroot J. (1988b). Child psychopathology rating scales and interrater agreement: II. Child and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(4), 451-461.
- Joffer J, Jerdén L & Öhman... A. (2016). Exploring self-rated health among adolescents: a think-aloud study. *BMC Public ....*
- Johnson S, Hollis C, Marlow N, Simms V & Wolke D. (2014). Screening for childhood mental health disorders using the Strengths and Difficulties Questionnaire: the validity of multi-informant reports. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 56(5), 453-459.
- Karow A, Bock T, Naber D, Löwe B, Schulte-Markwort M, Schäfer I. Lambert M. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen - Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von „Early Intervention Services“. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 81(11), 628-638.
- Kaufman AS, Swan WW & Wood MM. (1980). Do parents, teachers, and psychoeducational evaluators agree in their perceptions of the problems of black and white emotionally disturbed children? *Psychology in the Schools*, 17(2), 185-191.
- Kaufman J, Jones B, Stieglitz E, Vitulano L & Mannarino AP. (1994). The use of multiple informants to assess children's maltreatment experiences. *Journal of Family Violence*, 9(3), 227-248.
- Kaurin A, Egloff B, Stringaris A & Wessa M. (2016). Only complementary voices tell the truth: a reevaluation of validity in multi-informant approaches of child and adolescent clinical assessments. *J Neural Transm (Vienna)*, 123(8), 981-990.
- Kawakami N, Abdulghani EA, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM. Kessler RC. (2012). Early-life mental disorders and adult household income in the World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 72(3), 228-237.

- Kenny DA. (1994). Using the social relations model to understand relationships. In *Theoretical frameworks for personal relationships* (pp. 111-128).
- Klasen H, Woerner W, Wolke D, Meyer R, Overmeyer S, Kaschnitz W, Rothenberger A & Goodman R. (2000). Comparing the German versions of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ-Deu) and the child behavior checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9(4), 271-276.
- Klasen H, Woerner W, Rothenberger A & Goodman R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu)–Übersicht und Bewertung erster Validierungs-und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(7), 491-502.
- Klingberg T, Fernell E, Olesen PJ, Johnson M, Gustafsson P, Dahlström K, Westerberg H. (2005). Computerized training of working memory in children with ADHD--a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 177-186.
- Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T & Hölling H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends.
- Klonsky ED & Oltmanns TF. (2002). Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 300-311.
- Koglin U, Barquero B, Mayer H, Scheithauer H & Petermann F. (2007). Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu): Psychometrische Qualität der Lehrer-/Erzieherversion für Kindergartenkinder. *Diagnostica*, 53(4), 175-183.
- Kolko DJ & Kazdin AE. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 991-1006.

- Kraemer HC, Measelle JR, Ablow JC, Essex MJ, Boyce WT & Kupfer DJ. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566-1577.
- Kuschel A, Heinrichs N, Bertram H, Naumann S & Hahlweg K. (2007). Wie gut stimmen Eltern und Erzieherinnen in der Beurteilung von Verhaltensproblemen bei Kindergartenkindern überein? *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 35(1), 51-58.
- Lakens D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Front Psychol*, 4, 863.
- Lambert M, Bock T, Naber D, Löwe B, Schulte-Markwort M, Schäfer I, Karow A. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen - Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 81(11), 614-627.
- Lane KL, Parks RJ, Kalberg JR & Carter EW. (2007). Systematic screening at the middle school level: score reliability and validity of the Student Risk Screening Scale. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(4), 209-222.
- Langley K, Collishaw S, Williams M & Shelton KH. (2017). An investigation of changes in children's mental health in Wales between 2007/2008 and 2012/2013. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 639-642.
- Lapouse R & Monk MA. (1958). An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *Am J Public Health Nations Health*, 48(9), 1134-1144.
- le Coq EM, Boeke AJ, Bezemer PD, Colland VT & van Eijk JT. (2000). Which source should we use to measure quality of life in children with asthma: the children themselves or their parents. *Quality of Life Research*, 9(6), 625-636.

- Leadbeater B, Thompson K & Gruppuso V. (2012). Co-occurring trajectories of symptoms of anxiety, depression, and oppositional defiance from adolescence to young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(6), 719-730.
- Ledingham JE, Younger A, Schwartzman A & Bergeron G. (1982). Agreement among teacher, peer, and self-ratings of children's aggression, withdrawal, and likability. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10(3), 363-372.
- Lee SW, Elliott J & Barbour JD. (1994). A comparison of cross-informant behavior ratings in school-based diagnosis. *Behavioral Disorders*, 19(2), 87-97.
- Lehmann RH & Peek R. (1997). Aspekte der Lernausgangslage von Schülerinnen und Schülern der fünften Klassen an Hamburger Schulen. *Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, Amt für Schule*.
- Lekholm AK & Cliffordson C. (2008). Discrepancies between school grades and test scores at individual and school level: effects of gender and family background. *Educational Research and Evaluation*, 14(2), 181-199.
- Lewis GJ, Asbury K & Plomin R. (2017). Externalizing problems in childhood and adolescence predict subsequent educational achievement but for different genetic and environmental reasons. *J Child Psychol Psychiatry*, 58(3), 292-304.
- Loades ME. (2010). Teachers' recognition of children's mental health problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(3), 150-156.
- Lofthouse N, Fristad M, Splaingard M & Kelleher K. (2007). Parent and child reports of sleep problems associated with early-onset bipolar spectrum disorders. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 114-123.
- Mash EJ & Hunsley J. (2005a). Developing guidelines for the evidence-based assessment of child and adolescent disorders [Special issue]. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 362-379.

- Mash EJ & Hunsley J. (2005b). Evidence-based assessment of child and adolescent disorders: Issues and challenges. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 362-379.
- Mattejat F, Simon B, König U, Quaschner K, Barchewitz C, Felbel D, Jungmann J. (2003). Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31(4), 293-303.
- Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K & Leidy NK. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in Health*, 7(1), 79-92.
- McConaughy SH, Stanger C & Achenbach TM. (1992a). Three-Year Course of Behavioral/Emotional Problems in a National Sample of 4- to 16-Year-Olds: I. Agreement among Informants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 932-940.
- McConaughy SH, Stanger C & Achenbach TM. (1992b). Three-Year Course of Behavioral/Emotional Problems in a National Sample of 4- to 16-Year-Olds: I. Agreement among Informants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 932-940.
- McGraw KO & Wong SP. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological methods*, 1, 30.
- McLaughlin KA, Costello EJ, Leblanc W, Sampson NA & Kessler RC. (2012). Socioeconomic status and adolescent mental disorders. *Am J Public Health*, 102(9), 1742-1750.
- McMartin SE, Kingsbury M, Dykxhoorn J & Colman I. (2014). Time trends in symptoms of mental illness in children and adolescents in Canada. *Cmaj*, 186(18), E672-E678.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R & Ford T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2), 185-187.

- Merrell KW. (2000). Informant reports: Theory and research in using child behavior rating scales in school settings. *Behavioral assessment in schools: Theory, research, and clinical foundations*, 2, 233-256.
- Müller JM, Achtergarde S & Furniss T. (2011). The influence of maternal psychopathology on ratings of child psychiatric symptoms: an SEM analysis on cross-informant agreement. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(5), 241-252.
- Muris P, Meesters C & van den Berg F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)--further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(1), 1-8.
- Najman JM, Williams GM, Nikles J, Spence S, Bor W, O'Callaghan M, Le Brocque R & Andersen MJ. (2000). Mothers' mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 592-602.
- Nelson JR, Benner GJ, Lane K & Smith BW. (2004). Academic achievement of K-12 students with emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children*, 71(1), 59-73.
- Nelson LM, Longstreth WTJ, Koepsell TD & van Belle G. (1990). Proxy respondents in epidemiologic research. *Epidemiologic Reviews*, 12(1), 71-86.
- Niclasen J, Teasdale TW, Andersen AM, Skovgaard AM, Elberling H & Obel C. (2012). Psychometric properties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: the SDQ assessed for more than 70,000 raters in four different cohorts. *PLoS One*, 7(2), e32025.
- Offord DR, Kraemer HC, Kazdin AE, Jensen PS & Harrington R. (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(7), 686-694.

- Offord DR, Boyle MH, Racine Y, Szatmari P, Fleming JE, Sanford M & Lipman EL. (1996). Integrating assessment data from multiple informants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(8), 1078-1085.
- Olesen J, Gustavsson A & Svensson M. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162.
- Palmieri PA & Smith GC. (2007). Examining the structural validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a US sample of custodial grandmothers. *Psychological Assessment*, 19(2), 189.
- Papakostas GI, Mischoulon D, Shyu I, Alpert JE & Fava M. (2010). S-adenosyl methionine (SAME) augmentation of serotonin reuptake inhibitors for antidepressant non-responders with major depressive disorder: a double-blind, randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 942-948.
- Patel V & Kleinman A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*, 81(8), 609-615.
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S & McGorry P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Petermann F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes-und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48-57.
- Pettinati HM, Oslin DW, Kampman KM, Dundon WD, Xie H, Gallis TL, Dackis CA & O'Brien CP. (2010). A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 668-675.
- Phares V & Compas BE. (1990). Adolescents' subjective distress over their emotional/behavioral problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 596-603.
- Phares V & Danforth JS. (1994). Adolescents', parents', and teachers' distress over adolescents' behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(6), 721-732.

- Piacentini JC, Cohen P & Cohen J. (1992). Combining discrepant diagnostic information from multiple sources: are complex algorithms better than simple ones. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(1), 51-63.
- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A & Rohde LA. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR & Rahman A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859-877.
- Prüß U, Brandenburg A, von Ferber C & Lehmkuhl G. (2004). Verhaltensmuster jugendlicher Raucher.
- Prüß U, von Widdern S, von Ferber C, von Ferber L & Lehmkuhl G. (2005). Wie beeinflussen unterschiedliche Befragungssettings die Prävalenz von Symptomen? *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33(4), 295-305.
- Pudel V, Borchardt A, Ellrott T, Maaß P, Mensing B & Spirik J. (2000). Essverhalten und Ernährungszustand von Kindern und Jugendlichen – eine Repräsentativerhebung in Deutschland. *Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg) Ernährungsbericht*, 115-146.
- Rajmil L, Palacio-Vieira JA & Herdman M. (2009). Effect on health-related quality of life of changes in mental health in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 103.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S & Erhart M. (2007). Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-878.
- Ravens-Sieberer U, Erhart M, Gosch A & Wille N. (2008a). Mental health of children and adolescents in 12 European countries-results from the European KIDSCREEN study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 154-163.

- Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, Dopfner M. (2008b). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1, 22-33.
- Ravens-Sieberer U, Torsheim T & Hetland... J. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of ...*
- Ravens-Sieberer U, Ottova V, Hillebrandt D & Klasen F. (2012). Health-related quality of life and mental health of children and adolescents in Germany: results from the German HBSC Study 2006-2010. *Das Gesundheitswesen*, 74, 33-41.
- Ravens-Sieberer U, Schulte Markwort M, Bettge S & Barkmann C. (2002). Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Gesundheitswesen*, 64(Sonderheft 1), 88-94.
- Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, Verhulst FC & van der Ende J. (2011). Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1233-1241.
- Reich W & Earls F. (1987). Rules for Making Psychiatric Diagnoses in Children on the Basis of Multiple Sources of Information: Preliminary Strategies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 601-616.
- Reinke WM, Stormont M, Herman KC, Puri R & Goel N. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher perceptions of needs, roles, and barriers. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 1-13.
- Remschmidt H & Walter R. (1990). Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern: Eine epidemiologische Untersuchung. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie*, 18(3), 121-132.
- Renk K. (2005). Cross-Informant Ratings of the Behavior of Children and Adolescents: The "Gold Standard". *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 457-468.

- Rescorla LA, Bochicchio L, Achenbach TM, Ivanova MY, Almqvist F, Begovac I, Verhulst FC. (2014). Parent-teacher agreement on children's problems in 21 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 43(4), 627-642.
- Rescorla LA, Ginzburg S, Achenbach TM, Ivanova MY, Almqvist F, Begovac I, Dobrea A. (2013). Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 262-273.
- Richters JE. (1992). Depressed mothers as informants about their children: a critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112(3), 485-499.
- Roberts RE, Attkisson CC & Rosenblatt A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 715-725.
- Roeser RW, Eccles JS & Strobil KR. (1998). Linking the study of schooling and mental health: Selected issues and empirical illustrations at. *Educational Psychologist*, 33(4), 153-176.
- Rohde LA. (2008). Is there a need to reformulate attention deficit hyperactivity disorder criteria in future nosologic classifications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 405-420.
- Rost J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie-Testkonstruktion* (2).
- Rothenberger A, Becker A, Erhart M, Wille N & Ravens-Sieberer U. (2008). Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 Suppl 1, 99-105.
- Rothi DM & Leavey G. (2006). Mental Health Help-Seeking and Young People: A Review. *Pastoral Care in Education*, 24(3), 4-13.
- Rothi DM, Leavey G & Best R. (2008). On the front-line: Teachers as active observers of pupils' mental health. *Teaching and Teacher Education*, 24(5), 1217-1231.

- Rutter M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 1-11.
- Salbach AH, Lenz K & Lehmkuhl U. (2009). Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *European Psychiatry*, 24(5), 345-351.
- Salkind NJ. (2010). *Encyclopedia of Research Design*. SAGE.
- Sawyer MG, Baghurst P & Mathias J. (1992). Differences between informants' reports describing emotional and behavioural problems in community and clinic-referred children: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(2), 441-449.
- Schuckit MA & Smith TL. (1996). An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 53(3), 202-210.
- Schulte-Körne G. (2016). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(11), 183-190.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M & Flory M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339-348.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas C, Hilsenroth MJ & Segal DL. (2004). The diagnostic interview schedule for children (DISC). In *Comprehensive handbook of psychological assessment* (pp. 256-270).
- Shanley DC, Reid GJ & Evans B. (2008). How parents seek help for children with mental health problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(3), 135-146.
- Shojaei T, Wazana A, Pitrou I & Kovess V. (2009). The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(9), 740-747.
- Shrout PE & Fleiss JL. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428.

- Silverman WK & Eisen AR. (1992). Age differences in the reliability of parent and child reports of child anxious symptomatology using a structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(1), 117-124.
- Smedje H, Broman JE, Hetta J & von Knorring AL. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(2), 63-70.
- Smetana JG. (2008). "It's 10 o'clock: Do you know where your children are?" Recent advances in understanding parental monitoring and adolescents' information management. *Child Development Perspectives*, 2(1), 19-25.
- Smith SR. (2007). Making Sense of Multiple Informants in Child and Adolescent Psychopathology A Guide for Clinicians. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25(2), 139-149.
- Sourander A, Helstelä L & Helenius H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(12), 657-663.
- Sourander A, Koskelainen M, Niemelä S, Rihko M, Ristkari T & Lindroos J. (2012). Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: a 10-year time-trend study of Finnish adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 21(12), 665-671.
- Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern. (2007). *Statistische Berichte - Allgemein bildende Schulen in Mecklenburg-Vorpommern Schuljahr 2006/2007*.
- Steinhausen HC. (2016). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (6). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Stieglitz R-D. (2008). *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. W. Kohlhammer Verlag.

- Stone LL, Otten R, Engels RC, Vermulst AA & Janssens JM. (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.
- Strauß B & Schumacher J. (2004). *Klinische Interviews und Ratingskalen* (1). Hogrefe Verlag.
- Strickland J, Hopkins J & Keenan K. (2012). Mother-teacher agreement on preschoolers' symptoms of ODD and CD: does context matter. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 933-943.
- Tarren-Sweeney MJ, Hazell PL & Carr VJ. (2004). Are foster parents reliable informants of children's behaviour problems. *Child: Care, Health and Development*, 30(2), 167-175.
- Teo A, Carlson E, Mathieu PJ, Egeland B & Sroufe LA. (1996). A prospective longitudinal study of psychosocial predictors of achievement. *Journal of School Psychology*, 34(3), 285-306.
- Thurstone C, Riggs PD, Salomonsen-Sautel S & Mikulich-Gilbertson SK. (2010). Randomized, controlled trial of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents with substance use disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(6), 573-582.
- Tripp G, Schaughency EA & Clarke B. (2006). Parent and teacher rating scales in the evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder: contribution to diagnosis and differential diagnosis in clinically referred children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(3), 209-218.
- van der Ende J & Verhulst FC. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14(3), 117-126.

- Van Roy B, Veenstra M & Clench-Aas J. (2008). Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(12), 1304-1312.
- Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S & Clench-Aas J. (2010). Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioural problems: Effects of relational and socio-demographic factors. *BMC Psychiatry*, 10(1), 56-68.
- Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S & Clench-Aas J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10–19 years. *European child & adolescent psychiatry*, 15(4), 189-198.
- Van Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PD & Goodman R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(6), 281-289.
- Vaz S, Cordier R, Boyes M, Parsons R & Joosten... A. (2016). Is using the strengths and difficulties questionnaire in a community sample the optimal way to assess mental health functioning. *PLOS ONE*, 11(1).
- Vazire S. (2010). Who knows what about a person? The self-other knowledge asymmetry (SOKA) model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(2), 281-300.
- Verhulst FC, Althaus M & Berden GF. (1987). The Child Assessment Schedule: parent-child agreement and validity measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(3), 455-466.
- Verhulst FC & Akkerhuis GW. (1989). Agreement Between Parents' and Teachers' Ratings of Behavioral/Emotional Problems of Children aged 4- -12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(1), 123-136.
- Verhulst FC, Dekker MC & van der Ende J. (1997). Parent, teacher and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: whose information carries the most weight? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 75-81.

- Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J, Erol N, Lambert MC, Leung PW, Zubrick SR. (2003). Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *Am J Psychiatry*, 160(8), 1479-1485.
- Vostanis P. (2006). Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 367-372.
- Wachtel J, Rodrigue JR, Geffken GR, Graham-Pole J & Turner C. (1994). Children awaiting invasive medical procedures: do children and their mothers agree on child's level of anxiety. *Journal of Pediatric Psychology*, 19(6), 723-735.
- Wallander JL, Schmitt M & Koot HM. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 571-585.
- Walton JW, Johnson SB & Algina J. (1999). Mother and child perceptions of child anxiety: Effects of race, health status, and stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(1), 29-39.
- Wickman EK. (1928). Children's behavior and teachers' attitudes. (1). Oxford, England: Commonwealth Fund. Division of Publications.
- Wille N (2012). *Die Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen im Ländervergleich: Implikationen für eine europäische Präventionsstrategie (Ergebnisse der KID-SCREEN-Studie)*.
- Wingenfeld SA. (2002). Assessment of behavioral and emotional difficulties in children and adolescents. *Peabody Journal of Education*, 77(2), 85-105.
- Wirtz MA & Caspar F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Hogrefe.
- Wittchen HU, Semler G & Organization WH. (1991). Composite International Diagnostic Interview. CIDI Interviewerheft (deutsche Bearbeitung).

- Wittchen HU & Hoyer J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2). Springer.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, Steinhausen HC. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Woerner W, Becker A, Friedrich C, Rothenberger A, Klasen H & Goodman R. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30(2), 105-112.
- Woerner W, Becker A & Rothenberger A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 2, 3-10.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*.
- World Health Organization. (1993). *Measurement of quality of life in children: Report of a WHO/IACAPAP working party*.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2008). *Evaluation of the first implementation phase of the European strategy for child and adolescent health and development: survey 2006-2008*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- Youngstrom EA, Loeber R & Stouthamer-Loeber M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1038-1050.
- Youngstrom EA, Findling RL & Calabrese JR. (2003). Who are the comorbid adolescents? Agreement between psychiatric diagnosis, youth, parent, and teacher report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 231-245.

- Youngstrom EA, Findling RL & Calabrese JR. (2004). Effects of adolescent manic symptoms on agreement between youth, parent, and teacher ratings of behavior problems. *Journal of Affective Disorders*, 82 Suppl 1, 5-16.
- Zahner GEP & Daskalakis C. (1998). Modelling sources of informant variance in parent and teacher ratings of child psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(1), 3-16.
- Zhou Q, Lengua LJ & Wang Y. (2009). The relations of temperament reactivity and effortful control to children's adjustment problems in China and the United States. *Development and Psychopathology*, 45(3), 724-739.

## 9 Appendix

<b>Dokument 1:</b> Genehmigungsschreiben Schulamt Rostock .....	133
<b>Dokument 2:</b> Ethik-Votum .....	134
<b>Dokument 3:</b> Informationsblatt für Eltern und Lehrer/Lehrerinnen .....	135
<b>Dokument 4:</b> Informationsblatt für Schüler/Schülerinnen .....	136
<b>Dokument 5:</b> Einverständniserklärung .....	137
<b>Dokument 6:</b> Fragebogen zu Stärken und Schwächen SDQ-Kinder .....	138
<b>Dokument 7:</b> Fragebogen zu Stärken und Schwächen SDQ-Eltern .....	139
<b>Dokument 8:</b> Fragebogen zu Stärken und Schwächen SDQ-Lehrer .....	141
<b>Dokument 9:</b> Auswertungsanleitung für den SDQ .....	143
<b>Dokument 10:</b> Cut-Off-Werte für den Eltern-, Lehrer- und Selbst-SDQ .....	144
<b>Tabelle 17:</b> Rohwertintervalle der Skalen der deutschen SDQ-Normstichprobe .....	145
<b>Tabelle 18:</b> Geschlechts- und altersspezifische Rohwertintervalle des Gesamtproblemwertes der deutschen SDQ-Normstichprobe .....	145
<b>Tabelle 19:</b> Prävalenzen nach Alter und Geschlecht des Kindes .....	146
<b>Tabelle 20:</b> Prävalenz gesamt - Stichprobe „Alle Schulen in HRO“ .....	147
<b>Tabelle 21:</b> Prävalenz gesamt - Stichprobe „Alle Schulen in MV“ .....	147
<b>Tabelle 22:</b> Prävalenz gesamt - Stichprobe „Allgemeinbildende Schulen in HRO“ .....	148
<b>Tabelle 23:</b> Prävalenz gesamt - Stichprobe „Allgemeinbildende Schulen in MV“ .....	148
<b>Tabelle 24:</b> Prävalenz nach Alter - Stichprobe „Alle Schulen in HRO“ .....	149
<b>Tabelle 25:</b> Prävalenz nach Alter - Stichprobe „Alle Schulen in MV“ .....	150
<b>Tabelle 26:</b> Prävalenz nach Alter - Stichprobe „Allgemeinbildende Schulen in HRO“ .....	151
<b>Tabelle 27:</b> Prävalenz nach Alter - Stichprobe „Allgemeinbildende Schulen in MV“ .....	152
<b>Tabelle 28:</b> Prävalenz nach Geschlecht - Stichprobe „Alle Schulen in HRO“ .....	153
<b>Tabelle 29:</b> Prävalenz nach Geschlecht - Stichprobe „Alle Schulen in MV“ .....	154
<b>Tabelle 30:</b> Prävalenz nach Geschlecht - Stichprobe „Allgemeinbildende Schulen in HRO“ .....	155
<b>Tabelle 31:</b> Prävalenz nach Geschlecht - Stichprobe „Allgemeinbildende Schulen in MV“ .....	156
<b>Tabelle 32:</b> Prävalenz nach Schultyp - Stichprobe „Alle Schulen in HRO“ .....	157
<b>Tabelle 33:</b> Prävalenz nach Schultyp - Stichprobe „Alle Schulen in MV“ .....	158
<b>Tabelle 34:</b> Prävalenz nach Schultyp - Stichprobe „Allgemeinbildende Schulen in HRO“ .....	159
<b>Tabelle 35:</b> Prävalenz nach Schultyp - Stichprobe „Allgemeinbildende Schulen in MV“ .....	160
<b>Tabelle 36:</b> Einfluss der Repräsentativität auf die Prävalenzausprägung .....	161
<b>Tabelle 37:</b> Mittelwerte zu internalisierenden Problemen entsprechend des Alters .....	162

<b>Tabelle 38:</b> Signifikanztestung zu internalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter .....	162
<b>Tabelle 39:</b> MW zu internalisierenden Problemen entsprechend des Geschlechts .....	163
<b>Tabelle 40:</b> Signifikanztestung zu internalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht .....	163
<b>Tabelle 41:</b> MW zu internalisierenden Problemen entsprechend des besuchten Schultyps .....	164
<b>Tabelle 42:</b> Signifikanztestung zu internalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp .....	164
<b>Tabelle 43:</b> MW zu externalisierenden Problemen entsprechend des Alters .....	165
<b>Tabelle 44:</b> Signifikanztestung zu externalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter .....	165
<b>Tabelle 45:</b> MW zu externalisierenden Problemen entsprechend des Geschlechts ...	166
<b>Tabelle 46:</b> Signifikanztestung zu externalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht .....	166
<b>Tabelle 47:</b> MW zu externalisierenden Problemen entsprechend des besuchten Schultyps .....	167
<b>Tabelle 48:</b> Signifikanztestung zu externalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp .....	167
<b>Tabelle 49:</b> MW zum Gesamtproblemwert entsprechend des Alters .....	168
<b>Tabelle 50:</b> Signifikanztestung zum Gesamtproblemwert - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter .....	168
<b>Tabelle 51:</b> MW zum Gesamtproblemwert entsprechend des Geschlechts .....	169
<b>Tabelle 52:</b> Signifikanztestung zum Gesamtproblemwert - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht .....	169
<b>Tabelle 53:</b> MW zum Gesamtproblemwert entsprechend des besuchten Schultyps ...	170
<b>Tabelle 54:</b> Signifikanztestung zum Gesamtproblemwert - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp .....	170
<b>Diagramm 29:</b> Externalisierende Probleme: Profildigramm der SDQ-Mittelwerte nur für den Faktor besuchter Schultyp .....	171
<b>Diagramm 30:</b> Gesamtproblemwert: Profildigramm der SDQ-Mittelwerte nur für den Faktor besuchter Schultyp .....	171
<b>Selbstständigkeitserklärung</b> .....	172

## Dokument 1: Genehmigungsschreiben Schulamt Rostock

# Staatliches Schulamt Rostock



Mecklenburg-Vorpommern

Staatliches Schulamt Rostock  
Postfach 16 13 51, 18026 Rostock

Universität Rostock  
Zentrum für Nervenheilkunde  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendneuropsychiatrie/Psychiatrie  
z.Hd. Herrn Prof. Dr. med. habil. F. Häßler

Bearbeitet von: Frau Roß  
Telefon: (0381) 40 35 37  
e-mail: Bross@schulamt-hro.kultus-mv.de  
Az: 137

Gehlsheimer Straße 20  
18147 Rostock

Rostock, den 01. September 2005

## Ihr Schreiben vom 01.06.2005 – Schüler- und Lehrerbefragung an verschiedenen Rostocker Schulen im Rahmen einer Dissertation hier: Prüfbescheid - Genehmigung

Sehr geehrter Herr Prof. Häßler,

nach eingehender Prüfung der eingereichten Unterlagen in oben bezeichneter  
Angelegenheit stehen dieser Befragung bei Beachtung der nachfolgenden Hinweise  
keine Einwände entgegen.

Hingewiesen wird hiermit auf die Beachtung der Anonymität der Fragebögen. Erfasste  
Daten unterliegen dem Datenschutz, sind vertraulich zu behandeln und nur für den der  
Befragung zu Grunde liegenden Zweck zu verwenden.

Vor einer Befragung der minderjährigen Schüler ist die Zustimmung der Eltern zwingend  
einzuholen.

Die Genehmigung wird unter Hinweis auf die Beachtung der datenschutzrechtlichen  
Bestimmungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern erteilt.

Die organisatorischen Absprachen mit den ausgewählten Schulen liegen in Ihrer eigenen  
Verantwortung.

Dieses Genehmigungsschreiben ist den Schulen vor Beginn der Befragung vorzulegen.

Mit freundlichen Grüßen

*Brandt*  
Brandt

Hausanschrift:  
Staatliches Schulamt Rostock  
Dr.-Lorenz-Weg 1, 18059 Rostock

Telefon: (03 81) 40 35 – 90 0  
Telefax: (03 81) 40 35 – 94 0

Dokument 2: **Ethik-Votum**

Ärztchamber  
Mecklenburg-Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts



– Ethikkommission –  
bei der Universität Rostock (Spruchkörper II)

August-Bebel-Str. 9a  
18055 Rostock  
Tel.: (03 81) 4 92 80 28  
Fax: (03 81) 4 92 80 80  
E-Mail: [ethik@aek-mv.de](mailto:ethik@aek-mv.de)

Herrn  
Dr. phil.Olaf Reis  
Forschungskordinator  
Klinik für Psychiatrie, Neurologie,  
Psychosomatik und Psychotherapie des  
Kindes- und Jugendalter  
PF 10 08 88  
18055 Rostock

Rostock, 1.03.2006  
We-Pr

**A n z e i g e**

„Die Seelische Gesundheit von Rostocker Jugendlichen im zeitlichen und  
Beobachterübergreifenden Vergleich“

Reg.-Nr.: A 08/2006

Sehr geehrter Herr Reis,

wir bestätigen den Eingang Ihrer Anzeige vom 24.02.2006.  
Die Unterlagen sind vollständig, insbesondere sind den Unterlagen eine  
umfangreiche Schüler-, Elter- und Lehrerinformation sowie die erforderlichen  
Einwilligungserklärungen für die Befragungen beigelegt.  
Es bestehen

**keine berufsethischen oder berufsrechtlichen Bedenken,**

gegen die Durchführung der o.g. Untersuchungen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. R. Wegener  
Vorsitzender der Ethikkommission

### Dokument 3: Informationsblatt für Eltern und Lehrer/Lehrerinnen

Universität Rostock, Medizinische Fakultät, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Epidemiologische Schülerstudie 2006

#### Informationsblatt für Eltern und LehrerInnen

Liebe Eltern, liebe LehrerInnen,

im Rahmen einer Studie zum Thema "Seelische Gesundheit von Jugendlichen" plant die Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock eine groß angelegte Befragung 12 bis 18-jähriger Schüler an verschiedenen Schulen der Hansestadt Rostock.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Aufschluss über das Ausmaß vorhandener psychischer Belastungen unter Rostocker SchülerInnen zu erhalten. Aus den Ergebnissen der Untersuchung sollen Schlussfolgerungen für den zukünftigen Bedarf an sozialpädagogischer Beratung und medizinischer Versorgung abgeschätzt werden. Es geht vor allem darum, vorbeugende ärztliche Maßnahmen für Jugendliche in der heutigen Zeit abzuleiten.

Um ein umfassendes Bild über die seelische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu bekommen, sollen zu den während der Schulzeit erfragten Selbsteinschätzungen der Schüler ebenfalls Angaben von Eltern! Erziehungsberechtigten und Lehrern per Fragebogen erhoben werden. Dazu werden Sie und die LehrerInnen gebeten, anonymisierte Fragebögen auszufüllen und an die Untersucherin zu senden. Die Rückgabe erfolgt entweder persönlich an die Untersucherin oder mittels frankierter Rückumschläge.

Die Auswertung erfolgt anonym, d. h. nur Alter, Geschlecht, Klassenstufe und Schultyp werden entsprechend dem Datenschutz erfasst. Die Zuordbarkeit der Daten bei Aufrechterhaltung der Anonymität der erhobenen Angaben wird durch einen elektronischen Zahlencode gewährleistet, der bei der Herstellung der computerlesbaren Version der Fragebögen produziert und dann von der Untersucherin der Zielperson zugeordnet wird. Die Zuordnung Zahlencode - Name verbleibt allein bei der Untersucherin. Keiner der beteiligten Personen, ob Schüler, Eltern oder Lehrer wird Einsicht in die Urteile der jeweils anderen erhalten. Die Untersuchung wurde vom Schulamt der Hansestadt Rostock genehmigt.

Wir möchten darauf hinweisen, dass es sich nicht um eine Meinungsforschungsumfrage, sondern um eine ärztliche Bedarfsstudie handelt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Untersucherin., Frau cand. med. Susan Schubert (017661103866; susann\_schubert@web.de)

Auf Ihre Unterstützung hoffend, bitten wir Sie, die folgende Einverständniserklärung zu unterschreiben

## Dokument 4: Informationsblatt für Schüler/Schülerinnen

Universität Rostock, Medizinische Fakultät, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Epidemiologische Schülerstudie 2006

### Informationsblatt für SchülerInnen

Liebe SchülerInnen,

im Rahmen einer Studie zum Thema "Seelische Gesundheit von Jugendlichen" führt die Universität Rostock eine groß angelegte Befragung 12- bis 18-jähriger SchülerInnen an verschiedenen Schulen der Hansestadt Rostock durch.

Unser Ziel ist es, zu erfahren, wie sehr Rostocker Schüler durch psychische Probleme belastet werden. Die Untersuchung soll helfen herauszufinden, wie viel Hilfe SchülerInnen und ihre Familien benötigen.

Um ein genaues Bild über die Probleme der SchülerInnen zu erhalten, möchten wir Fragebögen der SchülerInnen durch Angaben der Eltern! Erziehungsberechtigten und Lehrer ergänzen. Dazu werden auch Eltern und Lehrer Fragebögen ausfüllen, die aber außer der Untersucherin Frau Schubert niemand anders zu Gesicht bekommt.

Die Auswertung erfolgt also anonym, d. h. nur Alter, Geschlecht, Klassenstufe und Schultyp werden entsprechend dem Datenschutz erfasst. Aus der Teilnahme an der Untersuchung können Dir/Ihnen also keine Nachteile entstehen. Deshalb wurde die Untersuchung auch vom Schulamt der Hansestadt Rostock genehmigt. Die Untersucherin kann unter Tel. 0175- 2751413 oder [susann\\_schubert@web.de](mailto:susann_schubert@web.de) kontaktiert werden.

Wir bitten Dich/Sie darum, die folgende Einverständniserklärung zu unterschreiben. Während der Befragung können Fragen an Frau Schubert oder die ausführenden LehrerIn gerichtet werden.

Ich, ....., wurde von der Untersucherin vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Dokument 5: Einverständniserklärung

Universität Rostock, Medizinische Fakultät, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Epidemiologische Schülerstudie 2006

### Einverständniserklärung

Ich, ....., wurde von der Untersucherin vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.

### Speziell für Eltern:

Die Erhebung, Weitergabe, Speicherung und Auswertung ihrer Angaben erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen, d. h. ohne die nachfolgende Einwilligung können Sie bzw. Ihr Kind nicht an der Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der Studie erhobene Daten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung weitergegeben werden an:

Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie/Psychotherapie der Universität  
Rostock,  
Insbes. Herrn Dr. Olaf Reis als betreuenden Doktorvater, Rechenzentrum der  
Universität Rostock

2. Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung der Angaben ist unwiderruflich

Ich habe eine Kopie der Elterninformation und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an der Studie.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift (sorgeberechtigte Eltern! Erziehungsberechtigte)

## Dokument 6: Fragebogen zu Stärken und Schwächen SDQ-Kinder

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

Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir sich nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

Alter ☐ männlich☐ weiblich

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich teile normalerweise mit anderen (z.B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nett zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrer, Gleichaltrige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nach, bevor ich handele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6496425073

## Dokument 7: Fragebogen zu Stärken und Schwächen SDQ-Eltern

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

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.



	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 gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen oft 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 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?

--	--	--	--

Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit anderen ?

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat	1- 5 Monate	6- 12 Monate	Über ein Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt ?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
Mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
Im Unterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
In der Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stellen diese Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar ?

Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--

## Dokument 8: Fragebogen zu Stärken und Schwächen SDQ-Lehrer

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

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.



	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, 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 meist 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 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?

--	--	--	--

8176189213

Würden Sie sagen, dass dieses Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit anderen?

Nein    Ja, leichte Schwierigkeiten    Ja, deutliche Schwierigkeiten    Ja, massive Schwierigkeiten  
☐    ☐    ☐    ☐

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten ?

Weniger als einen Monat    1- 5 Monate    6- 12 Monate    Über ein Jahr  
☐    ☐    ☐    ☐

Leidet das Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht    Kaum    Deutlich    Massiv  
☐    ☐    ☐    ☐

Wird das Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche beeinträchtigt?

	Gar Nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
Mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Unterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die ganze Klasse dar?

Keine Belastung    Leichte Belastung    Deutliche Belastung    Schwere Belastung  
☐    ☐    ☐    ☐

Anzahl der wöchentlichen Klassenstunden mit dem Kind?

--	--	--	--

## Dokument 9: Auswertungsanleitung für den SDQ

### Auswertungsanleitung für den SDQ

Zur manuellen Auswertung des SDQ liegen 2 Schablonen vor: Eine für die Eltern- und Lehrerversionen, die andere (wegen einer abweichenden Zeilen- und Spaltenverteilung) gilt für die Selbstversion.

Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht in der Überprüfung der 25 Items. Wichtig ist, dass für jede Frage genau ein Kreuz vorhanden ist. Für den Fall dass zwei Kreuze vorhanden sind oder dass ein Kreuz zwischen die Kästchen geschrieben wurde, wird jeweils die mittlere Antwortmöglichkeit (Teilweise zutreffend) gezählt.

Als nächstes ist die jeweils geeignete Schablone auf dem SDQ-Fragebogen zu justieren. Dafür müssen zuerst die 6 waagerechten Linien auf der Schablone mit den waagerechten Linien auf dem Fragebogen zur Deckung gebracht werden. Weiterhin soll auch der Begriff "**Teilweise**" auf der Schablone (für die gerade auszuwertende Skala) deckungsgleich mit dem "Teilweise" (mittlere Spalte) auf dem Fragebogen sein.

Die **5 Skalen** mit den **jeweils 5 Items** des SDQ werden nacheinander ausgewertet. Als erster Skalenwert werden die 5 Antworten für die Skala "Emotionale Probleme" (links auf der Schablone) zusammengezählt. Dies geschieht, indem die Antworten in den einfachen Kreisen mit **einem Punkt** gewertet werden und die Antworten in den dicken Kreisen mit **zwei Punkten** in den Summenscore eingehen. Die Summe der Punkte wird unterhalb der Pfeilspitze am unteren Rand der Schablone auf dem Fragebogen eingetragen. Durch Verschieben der Schablone werden anschließend die vier weiteren Skalenwerte auf die gleiche Weise gebildet und im Fragebogen an die Spitze des Pfeiles geschrieben. Jede der fünf Skalen kann somit einen Wert zwischen 0 und 10 erhalten.

Falls ein oder zwei Werte auf einer Skala fehlen, wird der Skalenwert anhand der mindestens 3 vorhandenen Items hochgerechnet. Bei drei und mehr fehlenden Antworten auf einer Skala sollte kein Skalenwert berechnet werden.

Durch Addition der ersten vier Skalenwerte (Emotionale Probleme; Hyperaktivität; Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und Verhaltensauffälligkeiten) wird dann der **Gesamtproblemwert** gebildet und auch auf dem Fragebogen notiert. Die Skala "Prosoziales Verhalten" wird dabei **nicht** berücksichtigt.

**(Zuordnung zu den Kategorien unauffällig / grenzwertig / auffällig: s. Rückseite)**

## Dokument 10: Cut-Off-Werte für den Eltern-, Lehrer- und Selbst-SDQ

### Cut-Off-Werte für den Eltern-, Lehrer- und Selbst-SDQ

Die angegebenen Wertebereiche für die Elternversion wurden so gewählt, dass ca. 80% der Kinder einer repräsentativen deutschen Feldstichprobe (N=930, 6-16 Jahre) im Gesamtproblemwert als unauffällig, ca. 10% als grenzwertig auffällig und ca. 10% als auffällig eingestuft werden.

(zum Vgl. GB: N=10298; 5-15 J.)	<u>Unauffällig</u>	<u>Grenzwertig</u>	<u>Auffällig</u>
<b><u>Elternfragebogen</u></b>		D (GB)	
Gesamtproblemwert	0 - 12	13 - 15 (14 - 16)	16 - 40
Emotionale Probleme	0 - 3	4 (5)	5 - 10
Verhaltensauffälligkeiten	0 - 3	4 (4)	5 - 10
Hyperaktivität	0 - 5	6 (7)	7 - 10
Probleme mit Gleichaltrigen	0 - 3	4 (4)	5 - 10
Prosoziales Verhalten	6 - 10	5 (6)	0 - 4

Für Lehrer- und Selbstfragebogen liegen bislang noch keine deutschen Normen vor. Eine große epidemiologische Studie zur geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in England (2000) ergab folgende Unterteilungen:

N=8208 (5-15 Jahre)	<u>Unauffällig</u>	<u>Grenzwertig</u>	<u>Auffällig</u>
<b><u>Lehrerfragebogen</u></b>			
Gesamtproblemwert	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Emotionale Probleme	0 - 3	4	5 - 10
Verhaltensauffälligkeiten	0 - 2	3 - 4	5 - 10
Hyperaktivität	0 - 5	6 - 7	8 - 10
Probleme mit Gleichaltrigen	0 - 3	4	5 - 10
Prosoziales Verhalten	5 - 10	4	0 - 3

N=4228 (11-15 Jahre)	<u>Unauffällig</u>	<u>Grenzwertig</u>	<u>Auffällig</u>
<b><u>Selbstfragebogen</u></b>			
Gesamtproblemwert	0 - 15	16 - 17	18 - 40
Emotionale Probleme	0 - 5	6	7 - 10
Verhaltensauffälligkeiten	0 - 4	5	6 - 10
Hyperaktivität	0 - 6	7	8 - 10
Probleme mit Gleichaltrigen	0 - 3	4	5 - 10
Prosoziales Verhalten	7 - 10	6	0 - 5

➔ Weitere Informationen und Literaturangaben zum SDQ : [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)

**Tabelle 17: Rohwertintervalle der Skalen der deutschen SDQ-Normstichprobe nach Woerner, 2002 (n = 930)**

SDQ-Skalen	Unauffällig	%	Grenzwertig	%	Auffällig	%
Gesamtproblemwert	0-12	81,6	13-15	8,4	16-40	10,0
Emotionale Probleme	0-3	86,0	4	6,3	5-10	7,7
Verhaltensauffälligkeiten	0-3	84,7	4	8,7	5-10	6,6
Hyperaktivität	0-5	85,3	6	4,9	7-10	9,8
Probleme mit Gleichaltrigen	0-3	86,7	4	6,3	5-10	7,0
Prosoziales Verhalten	6-10	84,4	5	8,5	0-4	7,1

**Tabelle 18: Geschlechts- und altersspezifische Rohwertintervalle des Gesamtproblemwertes der deutschen SDQ-Normstichprobe nach Woerner, 2002 (n = 930)**

SDQ-Gesamtproblemwert:	Unauffällig	%	Grenzwertig	%	Auffällig	%
Gesamte Normstichprobe	0-12	81,6	13-15	8,4	≥ 16	10,0
Unterteilung nach Geschlecht						
Jungen (n = 467)	0-12	79,9	13-16	10,2	≥ 17	9,9
Mädchen (n = 463)	0-11	80,3	12-15	10,2	≥ 16	9,5
Unterteilung nach Alter						
6-18 Jahre (n = 260)	0-13	80,8	14-16	9,2	≥ 17	10,0
9-13 Jahre (n = 470)	0-12	82,8	13-15	7,6	≥ 16	9,6
14-16 Jahre (n = 200)	0-11	80,0	12-14	10,0	≥ 15	10,0

Tabelle 19: Prävalenzen nach Altersgruppe und Geschlecht des Kindes

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)				Signifikanz (p)	
		Altersgruppe					
		(12 - 15 Jahre)		(16 - 22 Jahre)			
		Jung		Alt			
		♂	♀	♂	♀		
Kinder	internalisierende Probleme	9,9		9,6		0,893	
		8,4	11,3	4,9	15,8	♂ 0,166	♀ 0,203
	externalisierende Probleme	15,4		14,0		0,579	
		15,5	15,3	16,4	10,8	♂ 0,804	♀ 0,215
	Gesamtproblemwert	13,7		14,0		0,916	
		12,4	14,9	10,9	18,0	♂ 0,649	♀ 0,431
Eltern	internalisierende Probleme	Jung		Alt			
		♂	♀	♂	♀		
		22,0		14,7		0,120	
		24,7	19,8	8,7	19,1	♂ 0,025*	♀ 0,902
	externalisierende Probleme	15,5		6,4		0,200	
		19,1	12,6	4,4	7,9	♂ 0,019*	♀ 0,345
Gesamtproblemwert	15,5		6,4		0,020*		
	21,4	10,8	0,0	11,1	♂ 0,001**	♀ 0,952	
Lehrer	internalisierende Probleme	Jung		Alt			
		♂	♀	♂	♀		
		17,3		11,6		0,045*	
		17,3	17,4	10,5	12,7	♂ 0,090	♀ 0,259
	externalisierende Probleme	25,1		19,0		0,069	
		32,2	18,6	26,6	11,0	♂ 0,279	♀ 0,066
Gesamtproblemwert	32,0		22,3		0,007**		
	39,7	25,0	26,6	17,8	♂ 0,015*	♀ 0,127	

Signifikanzniveaus: \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,010$ ; \*  $p < 0,050$

Tabelle 20: Prävalenz gesamt - Teilstichprobe „Alle Schulen in Rostock“

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)
Kinder n = 149	internalisierende Probleme	8,05
	externalisierende Probleme	16,78
	Gesamtproblemwert	14,09
Eltern n = 59	internalisierende Probleme	16,95
	externalisierende Probleme	11,86
	Gesamtproblemwert	8,47
Lehrer n = 77	internalisierende Probleme	19,54
	externalisierende Probleme	21,84
	Gesamtproblemwert	28,74

Tabelle 21: Prävalenz gesamt - Teilstichprobe „Alle Schulen in Mecklenburg-Vorpommern“

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)
Kinder n = 185	internalisierende Probleme	10,27
	externalisierende Probleme	18,38
	Gesamtproblemwert	14,59
Eltern n = 72	internalisierende Probleme	18,06
	externalisierende Probleme	11,11
	Gesamtproblemwert	15,28
Lehrer n = 121	internalisierende Probleme	18,18
	externalisierende Probleme	21,49
	Gesamtproblemwert	28,10

**Tabelle 22: Prävalenz gesamt - Teilstichprobe „Allgemeinbildende Schulen in Rostock“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)
Kinder n = 311	internalisierende Probleme	10,61
	externalisierende Probleme	12,22
	Gesamtproblemwert	11,58
Eltern n = 166	internalisierende Probleme	20,48
	externalisierende Probleme	12,05
	Gesamtproblemwert	12,65
Lehrer n = 327	internalisierende Probleme	16,51
	externalisierende Probleme	22,02
	Gesamtproblemwert	29,05

**Tabelle 23: Prävalenz gesamt - Teilstichprobe „Allgemeinbildende Schulen in Mecklenburg-Vorpommern“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)
Kinder n = 498	internalisierende Probleme	9,64
	externalisierende Probleme	12,65
	Gesamtproblemwert	12,65
Eltern n = 246	internalisierende Probleme	18,29
	externalisierende Probleme	12,20
	Gesamtproblemwert	10,98
Lehrer n = 520	internalisierende Probleme	15,38
	externalisierende Probleme	22,31
	Gesamtproblemwert	29,42

Tabelle 24: Prävalenz nach Altersgruppe - Teilstichprobe „Alle Schulen in Rostock“

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)	
		Altersgruppe	
		Jung n = 45	Alt n = 104
Kinder	internalisierende Probleme	8,89	7,69
	externalisierende Probleme	15,56	17,31
	Gesamtproblemwert	13,33	14,42
		Jung n = 25	Alt n = 31
Eltern	internalisierende Probleme	16,00	19,35
	externalisierende Probleme	12,00	12,90
	Gesamtproblemwert	8,00	9,68
		Jung n = 44	Alt n = 38
Lehrer	internalisierende Probleme	29,55	5,26
	externalisierende Probleme	27,27	10,53
	Gesamtproblemwert	40,91	7,89

**Tabelle 25: Prävalenz nach Altersgruppe - Teilstichprobe „Alle Schulen in Mecklenburg-Vorpommern“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)	
		Altersgruppe	
		Jung n = 71	Alt n = 114
Kinder	internalisierende Probleme	11,27	9,65
	externalisierende Probleme	16,90	19,30
	Gesamtproblemwert	11,27	16,67
		Jung n = 35	Alt n = 31
Eltern	internalisierende Probleme	17,14	19,35
	externalisierende Probleme	11,43	9,68
	Gesamtproblemwert	17,14	12,90
		Jung n = 65	Alt n = 46
Lehrer	internalisierende Probleme	23,08	15,22
	externalisierende Probleme	29,23	8,70
	Gesamtproblemwert	36,92	17,39

**Tabelle 26: Prävalenz nach Altersgruppe - Teilstichprobe „Allgemeinbildende Schulen in Rostock“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)	
		Altersgruppe	
		Jung n = 200	Alt n = 111
Kinder	internalisierende Probleme	10,00	11,71
	externalisierende Probleme	13,00	10,81
	Gesamtproblemwert	10,50	13,51
		Jung n = 104	Alt n = 45
Eltern	internalisierende Probleme	23,08	13,33
	externalisierende Probleme	12,50	4,44
	Gesamtproblemwert	14,42	4,44
		Jung n = 194	Alt n = 107
Lehrer	internalisierende Probleme	17,53	11,21
	externalisierende Probleme	24,74	15,89
	Gesamtproblemwert	31,96	19,63

**Tabelle 27: Prävalenz nach Altersgruppe - Teilstichprobe „Allgemeinbildende Schulen in Mecklenburg-Vorpommern“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)	
		Altersgruppe	
		Jung n = 222	Alt n = 176
Kinder	internalisierende Probleme	9,63	9,66
	externalisierende Probleme	13,98	10,23
	Gesamtproblemwert	13,04	11,93
		Jung n = 148	Alt n = 76
Eltern	internalisierende Probleme	20,27	13,16
	externalisierende Probleme	14,19	3,95
	Gesamtproblemwert	13,51	3,95
		Jung n = 307	Alt n = 166
Lehrer	internalisierende Probleme	17,59	10,24
	externalisierende Probleme	24,43	16,27
	Gesamtproblemwert	32,25	21,08

**Tabelle 28: Prävalenz nach Geschlecht des Kindes - Teilstichprobe „Alle Schulen in Rostock“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)	
		Geschlecht	
		Männlich n = 83	Weiblich n = 66
Kinder	internalisierende Probleme	7,32	9,09
	externalisierende Probleme	18,07	15,15
	Gesamtproblemwert	12,05	16,67
		Männlich n = 21	Weiblich n = 35
Eltern	internalisierende Probleme	19,05	17,14
	externalisierende Probleme	9,52	14,29
	Gesamtproblemwert	0,00	14,29
		Männlich n = 36	Weiblich n = 46
Lehrer	internalisierende Probleme	27,78	10,87
	externalisierende Probleme	25,00	15,22
	Gesamtproblemwert	36,11	17,39

**Tabelle 29: Prävalenz nach Geschlecht des Kindes - Teilstichprobe „Alle Schulen in Mecklenburg-Vorpommern“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)	
		Geschlecht	
		Männlich n = 98	Weiblich n = 87
Kinder	internalisierende Probleme	8,16	12,64
	externalisierende Probleme	19,39	17,24
	Gesamtproblemwert	12,24	17,24
		Männlich n = 24	Weiblich n = 42
Eltern	internalisierende Probleme	25,00	14,29
	externalisierende Probleme	12,50	9,52
	Gesamtproblemwert	20,83	11,90
		Männlich n = 48	Weiblich n = 63
Lehrer	internalisierende Probleme	22,92	17,46
	externalisierende Probleme	29,17	14,29
	Gesamtproblemwert	37,50	22,22

**Tabelle 30: Prävalenz nach Geschlecht des Kindes - Teilstichprobe „Allgemeinbildende Schulen in Rostock“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)	
		Geschlecht	
		Männlich n = 143	Weiblich n = 168
Kinder	internalisierende Probleme	9,79	11,31
	externalisierende Probleme	12,59	11,90
	Gesamtproblemwert	11,89	11,31
		Männlich n = 53	Weiblich n = 96
Eltern	internalisierende Probleme	24,53	17,71
	externalisierende Probleme	13,21	8,33
	Gesamtproblemwert	15,09	9,38
		Männlich n = 138	Weiblich n = 163
Lehrer	internalisierende Probleme	13,77	16,56
	externalisierende Probleme	30,43	14,11
	Gesamtproblemwert	35,51	20,86

**Tabelle 31: Prävalenz nach Geschlecht des Kindes - Teilstichprobe „Allgemeinbildende Schulen in Mecklenburg-Vorpommern“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)	
		Geschlecht	
		Männlich n = 242	Weiblich n = 256
Kinder	internalisierende Probleme	6,20	12,89
	externalisierende Probleme	13,64	11,72
	Gesamtproblemwert	9,92	15,23
		Männlich n = 96	Weiblich n = 128
Eltern	internalisierende Probleme	17,71	17,97
	externalisierende Probleme	13,54	8,59
	Gesamtproblemwert	13,54	7,81
		Männlich n = 226	Weiblich n = 247
Lehrer	internalisierende Probleme	15,04	14,98
	externalisierende Probleme	29,20	14,57
	Gesamtproblemwert	35,40	21,86

Tabelle 32: Prävalenz nach Schultyp - Teilstichprobe „Alle Schulen in Rostock“

Urteiler Skala		Prävalenz (in %)			
		Schultyp			
		Regionale Schule n = 10	Integrierte Gesamtschule n = 21	Gymnasium n = 39	Berufliche Schule n = 79
Kinder	internalisierende Probleme	0,00	14,29	7,69	7,59
	externalisierende Probleme	20,00	28,57	2,56	20,25
	Gesamtproblemwert	10,00	28,57	5,13	15,19
		Regionale Schule n = 7	Integrierte Gesamtschule n = 6	Gymnasium n = 30	Berufliche Schule n = 16
Eltern	internalisierende Probleme	14,29	16,67	13,33	25,00
	externalisierende Probleme	28,57	33,33	0,00	18,75
	Gesamtproblemwert	0,00	16,67	3,33	18,75
		Regionale Schule n = 13	Integrierte Gesamtschule n = 21	Gymnasium n = 41	Berufliche Schule n = 12
Lehrer	internalisierende Probleme	23,08	19,05	21,95	8,33
	externalisierende Probleme	30,77	28,57	17,07	16,67
	Gesamtproblemwert	38,46	33,33	26,83	16,67

Tabelle 33: Prävalenz nach Schultyp - Teilstichprobe „Alle Schulen in Mecklenburg-Vorpommern“

Urteiler Skala		Prävalenz (in %)			
		Schultyp			
		Regionale Schule n = 41	Integrierte Gesamtschule n = 9	Gymnasium n = 56	Berufliche Schule n = 79
Kinder	internalisierende Probleme	12,20	0,00	14,29	7,59
	externalisierende Probleme	21,95	22,22	12,50	20,25
	Gesamtproblemwert	12,20	0,00	17,86	15,19
		Regionale Schule n = 16	Integrierte Gesamtschule n = 3	Gymnasium n = 37	Berufliche Schule n = 16
Eltern	internalisierende Probleme	12,50	0,00	18,92	25,00
	externalisierende Probleme	18,75	0,00	5,41	18,75
	Gesamtproblemwert	25,00	0,00	10,81	18,75
		Regionale Schule n = 39	Integrierte Gesamtschule n = 9	Gymnasium n = 61	Berufliche Schule n = 12
Lehrer	internalisierende Probleme	15,38	11,11	22,95	8,33
	externalisierende Probleme	25,64	22,22	19,67	16,67
	Gesamtproblemwert	35,90	22,22	26,23	16,67

**Tabelle 34: Prävalenz nach Schultyp - Teilstichprobe „Allgemeinbildende Schulen in Rostock“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)		
		Schultyp		
		Regionale Schule n = 53	Integrierte Gesamtschule n = 88	Gymnasium n = 170
Kinder	internalisierende Probleme	7,55	13,64	10,00
	externalisierende Probleme	13,21	19,32	8,24
	Gesamtproblemwert	9,43	21,59	7,06
		Regionale Schule n = 21	Integrierte Gesamtschule n = 22	Gymnasium n = 123
Eltern	internalisierende Probleme	28,57	27,27	17,89
	externalisierende Probleme	23,81	31,82	6,50
	Gesamtproblemwert	19,05	31,82	8,13
		Regionale Schule n = 47	Integrierte Gesamtschule n = 92	Gymnasium n = 188
Lehrer	internalisierende Probleme	10,64	19,57	16,49
	externalisierende Probleme	34,04	30,43	14,89
	Gesamtproblemwert	40,43	32,61	24,47

**Tabelle 35: Prävalenz nach Schultyp - Teilstichprobe „Allgemeinbildende Schulen in Mecklenburg-Vorpommern“**

Urteiler	Skala	Prävalenz (in %)		
		Schultyp		
		Regionale Schule n = 186	Integrierte Gesamtschule n = 41	Gymnasium n = 271
Kinder	internalisierende Probleme	11,29	9,76	8,49
	externalisierende Probleme	20,43	9,76	7,75
	Gesamtproblemwert	19,89	12,20	7,75
		Regionale Schule n = 21	Integrierte Gesamtschule n = 22	Gymnasium n = 123
Eltern	internalisierende Probleme	9,43	40,00	19,67
	externalisierende Probleme	26,42	30,00	7,10
	Gesamtproblemwert	11,32	50,00	8,74
		Regionale Schule n = 47	Integrierte Gesamtschule n = 92	Gymnasium n = 188
Lehrer	internalisierende Probleme	13,19	13,95	16,95
	externalisierende Probleme	29,67	27,91	16,95
	Gesamtproblemwert	35,16	30,23	25,76

Tabelle 36: Einfluss der Repräsentativität auf die Prävalenzausprägung

Urteiler Skala		alle Angaben als $p$ -Wert des Signifikanztests			
		repräsentative Teilstichproben			
		allgemeinbild. Schulen in MV	allgemeinbild. Schulen in Rostock	alle Schulen in MV	alle Schulen in Rostock
Kinder	Internalisierende Probleme	0,909	0,639	0,830	0,439
	Externalisierende Probleme	0,148	0,165	0,213	0,523
	Gesamt- problemwert	0,366	0,183	0,820	0,974
Eltern	Internalisierende Probleme	0,600	0,777	0,738	0,594
	Externalisierende Probleme	0,747	0,746	0,639	0,814
	Gesamt- problemwert	0,312	0,893	0,595	0,221
Lehrer	Internalisierende Probleme	0,877	0,668	0,470	0,363
	Externalisierende Probleme	0,235	0,284	0,426	0,555
	Gesamt- problemwert	0,773	0,706	0,644	0,796

Für keinen Urteiler und auf keiner Skala ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den errechneten Prävalenzen in der unveränderten Stichprobe und in den repräsentativen Teilstichproben.

**Tabelle 37: Mittelwerte zu internalisierenden Problemen entsprechend der Altersgruppe**

Urteiler	Altersgruppe	Mittelwert	SD	n
<b>Kinder</b>	Jung	4,80	2,779	188
	Alt	4,67	2,980	99
	Gesamt	4,76	2,845	287
<b>Eltern</b>	Jung	3,54	3,127	188
	Alt	2,75	2,513	99
	Gesamt	3,26	2,949	287
<b>Lehrer</b>	Jung	4,10	3,515	188
	Alt	2,27	2,298	99
	Gesamt	3,47	3,262	287

**Tabelle 38: Signifikanztestung zu internalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter**

Einflussfaktor	F-Wert	df	p	$\eta^2_{\text{part}}$
Urteilerperspektive	44,132	2/284	< 0,001	0,237
Alter	11,377	1/285	0,001	0,038
Interaktion: Urteilerperspektive * Alter	6,353	2/284	0,002	0,043

**Tabelle 39: Mittelwerte zu internalisierenden Problemen entsprechend des Geschlechts**

Urteiler	Geschlecht	Mittelwert	SD	n
<b>Kinder</b>	Männlich	3,99	2,751	124
	Weiblich	5,35	2,784	164
	Gesamt	4,77	2,846	288
<b>Eltern</b>	Männlich	3,20	3,185	124
	Weiblich	3,32	2,760	164
	Gesamt	3,27	2,946	288
<b>Lehrer</b>	Männlich	3,94	3,454	124
	Weiblich	3,12	3,063	164
	Gesamt	3,47	3,257	288

**Tabelle 40: Signifikanztestung zu internalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht**

Einflussfaktor	F-Wert	df	p	$\eta^2_{\text{part}}$
Urteilerperspektive	36,842	2/285	< 0,001	0,205
Geschlecht	0,697	1/286	0,405	0,002
Interaktion: Urteilerperspektive * Geschlecht	13,718	2/285	< 0,001	0,088

Tabelle 41: Mittelwerte zu internalisierenden Problemen entsprechend des besuchten Schultyps

Urteiler	Schultyp	Mittelwert	SD	n
<b>Kinder</b>	Regionale Schule	4,64	2,663	78
	Integrierte Gesamtschule	6,41	3,581	22
	Gymnasium	4,58	2,750	180
	Berufliche Schule	5,75	3,412	8
	Gesamt	4,77	2,846	288
<b>Eltern</b>	Regionale Schule	3,68	2,867	78
	Integrierte Gesamtschule	4,23	3,939	22
	Gymnasium	2,95	2,839	180
	Berufliche Schule	3,88	2,232	8
	Gesamt	3,27	2,946	288
<b>Lehrer</b>	Regionale Schule	3,50	2,715	78
	Integrierte Gesamtschule	3,86	3,550	22
	Gymnasium	3,48	3,484	180
	Berufliche Schule	1,88	1,458	8
	Gesamt	3,47	3,257	288

Tabelle 42: Signifikanztestung zu internalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp

Einflussfaktor	F-Wert	df	p	$\eta^2_{\text{part}}$
Urteilerperspektive	19,035	2/283	< 0,001	0,119
Schultyp	1,886	3/284	0,132	0,020
Interaktion: Urteilerperspektive * Schultyp	1,762	6/568	0,105	0,018

**Tabelle 43: Mittelwerte zu externalisierenden Problemen entsprechend der Altersgruppe**

Urteiler	Altersgruppe	Mittelwert	SD	n
Kinder	Jung	5,13	2,874	188
	Alt	4,82	2,525	99
	Gesamt	5,02	2,758	287
Eltern	Jung	3,97	2,843	188
	Alt	2,86	2,356	99
	Gesamt	3,59	2,733	287
Lehrer	Jung	4,55	4,168	188
	Alt	3,68	3,155	99
	Gesamt	4,25	3,866	287

**Tabelle 44: Signifikanztestung zu externalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter<sup>1</sup>**

Einflussfaktor	F-Wert	df	p	$\eta^2_{\text{part}}$
Urteilerperspektive	49,601	2/284	< 0,001	0,259
Alter	5,881	1/285	0,016	0,020
Interaktion: Urteilerperspektive * Alter	3,281	2/284	0,039	0,023

<sup>1</sup> Die Ergebnisse für den Faktor ‚Alter‘ und für den Interaktionsfaktor sind gesondert zu interpretieren. Die Varianzen für die Lehrerperspektive und die Elternperspektive sind bezüglich der Altersgruppe nachweislich (signifikant) verschieden. Damit ist die Modellannahme homogener Varianzen bezüglich des Zwischensubjektfaktors ‚Alter‘ in diesen beiden Perspektiven formal verletzt. Dies kann zu einer geringen Verzerrung der Signifikanzwerte im Zwischensubjektfaktor und auch im Interaktionsfaktor führen. Da der rechnerische Signifikanzwert in beiden Fällen jedoch weit genug von der kritischen Schwelle von  $p = 0,05$  entfernt ist, hat dies für eine Interpretation praktisch keine Auswirkungen.

**Tabelle 45: Mittelwerte zu externalisierenden Problemen entsprechend des Geschlechts**

Urteiler	Geschlecht	Mittelwert	SD	n
<b>Kinder</b>	Männlich	5,15	2,731	124
	Weiblich	4,91	2,779	164
	Gesamt	5,01	2,756	288
<b>Eltern</b>	Männlich	4,05	2,731	124
	Weiblich	3,24	2,684	164
	Gesamt	3,59	2,729	288
<b>Lehrer</b>	Männlich	5,25	4,040	124
	Weiblich	3,50	3,547	164
	Gesamt	4,25	3,859	288

**Tabelle 46: Signifikanztestung zu externalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht**

Einflussfaktor	F-Wert	df	p	$\eta^2_{\text{part}}$
Urteilerperspektive	42,197	2/285	< 0,001	0,228
Geschlecht	9,578	1/286	0,002	0,032
Interaktion: Urteilerperspektive * Geschlecht	6,658	2/285	0,001	0,045

Tabelle 47: Mittelwerte zu externalisierenden Problemen entsprechend des besuchten Schultyps

Urteiler	Schultyp	Mittelwert	SD	n
<b>Kinder</b>	Regionale Schule	6,03	3,041	78
	Integrierte Gesamtschule	5,82	2,152	22
	Gymnasium	4,46	2,546	180
	Berufliche Schule	5,38	2,925	8
	Gesamt	5,01	2,756	288
<b>Eltern</b>	Regionale Schule	4,59	2,784	78
	Integrierte Gesamtschule	5,82	2,856	22
	Gymnasium	2,92	2,374	180
	Berufliche Schule	2,75	3,536	8
	Gesamt	3,59	2,729	288
<b>Lehrer</b>	Regionale Schule	5,44	4,574	78
	Integrierte Gesamtschule	3,95	3,401	22
	Gymnasium	3,76	3,538	180
	Berufliche Schule	4,63	1,847	8
	Gesamt	4,25	3,859	288

Tabelle 48: Signifikanztestung zu externalisierenden Problemen - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp

Einflussfaktor	F-Wert	df	p	$\eta^2_{\text{part}}$
Urteilerperspektive	13,050	2/283	< 0,001	0,084
Schultyp	9,141	3/284	< 0,001	0,088
Interaktion: Urteilerperspektive * Schultyp	3,067	6/568	0,006	0,031

Tabelle 49: Mittelwerte zum Gesamtproblemwert entsprechend der Altersgruppe

Urteiler	Altersgruppe	Mittelwert	SD	n
Kinder	Jung	9,93	4,375	188
	Alt	9,48	4,284	99
	Gesamt	9,78	4,342	287
Eltern	Jung	7,51	4,739	188
	Alt	5,61	4,017	99
	Gesamt	6,85	4,586	287
Lehrer	Jung	8,65	6,201	188
	Alt	5,95	4,282	99
	Gesamt	7,72	5,751	287

Tabelle 50: Signifikanztestung zum Gesamtproblemwert - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Alter<sup>1</sup>

Einflussfaktor	F-Wert	df	p	$\eta^2_{\text{part}}$
Urteilerperspektive	74,064	2/284	< 0,001	0,343
Alter	13,263	1/285	0,016	0,044
Interaktion: Urteilerperspektive * Alter	5,751	2/284	0,004	0,039

<sup>1</sup> Die Ergebnisse für den Faktor ‚Alter‘ sind gesondert zu interpretieren. Die Varianzen für die Lehrerperspektive sind bezüglich der Altersgruppe nachweislich (signifikant) verschieden. Damit ist die Modellannahme homogener Varianzen bezüglich des Zwischensubjektfaktors ‚Alter‘ in dieser Perspektiven formal verletzt. Dies kann zu einer geringen Verzerrung der Signifikanzwerte im Zwischensubjektfaktor und auch im Interaktionsfaktor führen. Da der rechnerische Signifikanzwert sowohl beim Interaktionsfaktor als auch beim Zwischensubjektfaktor ‚Alter‘ jedoch weit genug von der kritischen Schwelle von  $p = 0,05$  entfernt ist, hat dies für eine Interpretation praktisch keine Auswirkungen.

Tabelle 51: Mittelwerte zum Gesamtproblemwert entsprechend des Geschlechts

Urteiler	Geschlecht	Mittelwert	SD	n
<b>Kinder</b>	Männlich	9,14	4,176	124
	Weiblich	10,27	4,402	164
	Gesamt	9,78	4,335	288
<b>Eltern</b>	Männlich	7,25	4,870	124
	Weiblich	6,57	4,343	164
	Gesamt	6,86	4,582	288
<b>Lehrer</b>	Männlich	9,19	5,787	124
	Weiblich	6,62	5,470	164
	Gesamt	7,72	5,742	288

Tabelle 52: Signifikanztestung zum Gesamtproblemwert - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und Geschlecht

Einflussfaktor	F-Wert	df	p	$\eta^2_{\text{part}}$
Urteilerperspektive	64,317	2/285	< 0,001	0,311
Geschlecht	2,486	1/286	0,117	0,009
Interaktion: Urteilerperspektive * Geschlecht	15,010	2/285	< 0,001	0,095

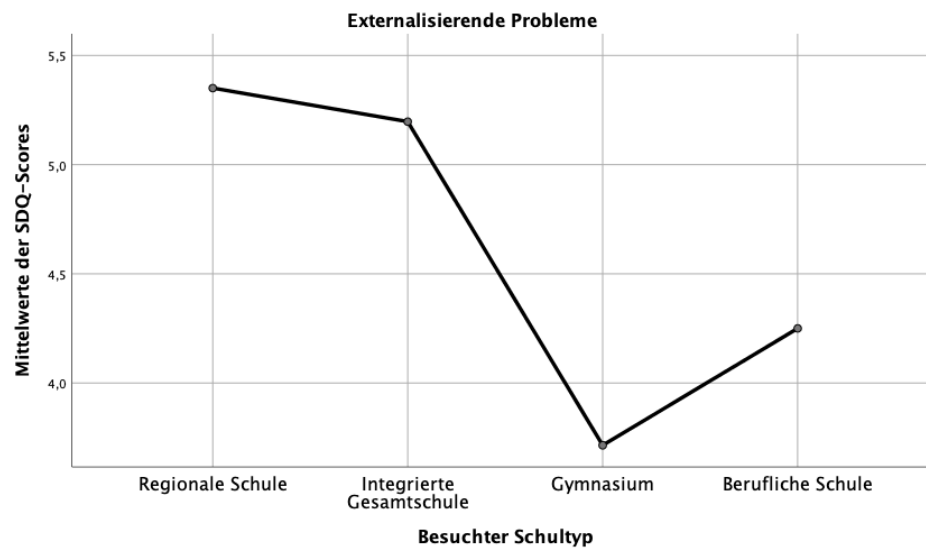
Tabelle 53: Mittelwerte zum Gesamtproblemwert entsprechend des besuchten Schultyps

Urteiler	Schultyp	Mittelwert	SD	n
<b>Kinder</b>	Regionale Schule	10,67	4,483	78
	Integrierte Gesamtschule	12,23	4,128	22
	Gymnasium	9,04	4,071	180
	Berufliche Schule	11,13	5,540	8
	Gesamt	9,78	4,335	288
<b>Eltern</b>	Regionale Schule	8,27	4,445	78
	Integrierte Gesamtschule	10,05	4,855	22
	Gymnasium	5,87	4,324	180
	Berufliche Schule	6,63	3,926	8
	Gesamt	6,86	4,582	288
<b>Lehrer</b>	Regionale Schule	8,94	5,849	78
	Integrierte Gesamtschule	7,82	5,020	22
	Gymnasium	7,24	5,838	180
	Berufliche Schule	6,50	2,000	8
	Gesamt	7,72	5,742	288

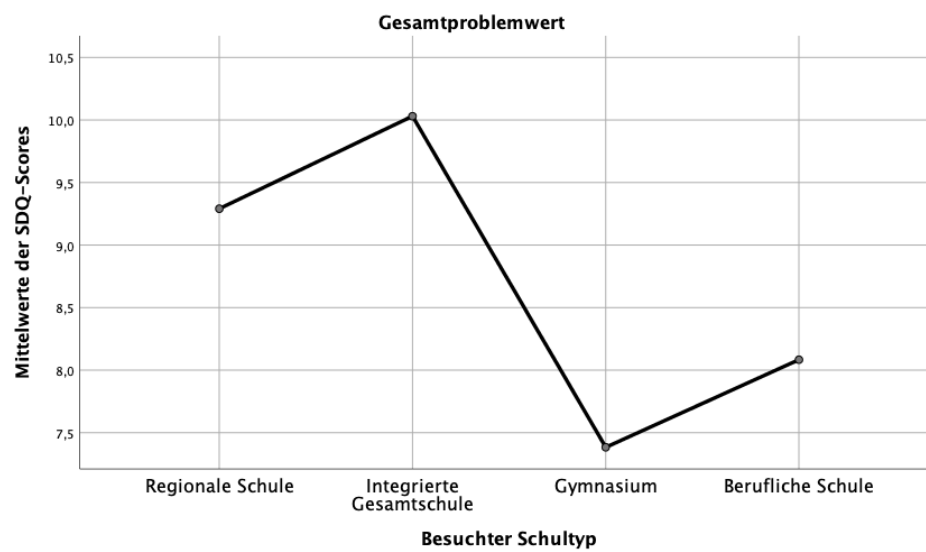
Tabelle 54: Signifikanztestung zum Gesamtproblemwert - Einflussfaktoren Urteilerperspektive und besuchter Schultyp

Einflussfaktor	F-Wert	df	p	$\eta^2_{\text{part}}$
Urteilerperspektive	23,815	2/283	< 0,001	0,144
Schultyp	7,018	3/284	< 0,001	0,069
Interaktion: Urteilerperspektive * Schultyp	1,864	6/568	0,085	0,019

**Diagramm 29: Externalisierende Probleme: Profildiagramm der SDQ-Mittelwerte nur für den Faktor besuchter Schultyp**



**Diagramm 30: Gesamtproblemwert: Profildiagramm der SDQ-Mittelwerte nur für den Faktor besuchter Schultyp**



## **Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Dissertation ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Thomas Beyer

Rostock, im Dezember 2019