



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Elterninformation im diagnostischen Prozess“

verfasst von / submitted by

Nadja Hachani

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015 / Vienna, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Diplomstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Dr. Ursula Kastner-Koller

Danksagung

„Nicht müde werden, sondern dem Wunder leise wie einem Vogel die Hand hinhalten.“

(Hilde Domin, 1909-2006)

Hiermit möchte ich mich ganz herzlich beim Universum, der Kraft der Liebe, meinen Ahnen und an all jene Personen, die mich während der Schaffensphase unterstützt haben, bedanken. Die Erstellung der Diplomarbeit war eine für mich wertvolle Erfahrung.

Mein Dank gebührt zunächst meinen Betreuerinnen Ass.-Prof. Dr. Pia Deimann & Frau Ass.-Prof. Dr. Ursula Kastner-Koller. Sie haben mir ein großartiges Thema zur wissenschaftlichen Bearbeitung anvertraut und durch konstruktive Anregungen zur Vollendung meiner Arbeit beigetragen.

Ganz besonders möchte ich mich bei meinen lieben Freundinnen Merle Lorenz, Neeltje Obergfell & Katharina Ritt bedanken, die jeder Zeit für mich da waren, mich emotional unterstützt und immer an mich geglaubt haben.

Nicht zuletzt geht ein großer Dank an meine Familie für ihre finanzielle Unterstützung.

Wien, Dezember 2015

Nadja Hachani

Abstract

Diagnostic interviews with parents as a part of multimethod diagnostic are routinely conducted in a developmental diagnostic assessment with preschool children. The aim of this study was to examine which differential meaning of parental information in the assessment process, and furthermore, which additional value they contribute compared to another diagnostic methods. For this purpose parental interview guidelines, test results of the Wiener Entwicklungstest (WET, Kastner-Koller & Deimann, 2012), observations of behavior of children aged 3.0 - 6.0 years ($N = 269$) were provided by the Test and Counseling Centre of the Faculty of Psychology (University of Vienna). The diagnostic contribution and additional value of parental information were investigated on a random sample ($N = 88$) for the three diagnosis groups, *advanced development* ($n = 30$), *developmental delays* ($n = 28$) and *problems in attitude to work* ($n = 30$). Data was analyzed qualitatively and quantitatively by a mixed-method design according to the questions. A stepwise discriminant analysis showed that parental information about understandability of speech followed by media consumption, birth weight and extraversion were the best indicator for prediction of the diagnosis group affiliation. They obtained together a quality classification of 66.3 %, whereby extraversion played an important role for children with problems in attitude to work. When further parental information (fine motor skills, first footsteps, beginning to speak, self-independence, preschool skills, disagreeableness) were simultaneously included, the hit rate increased to 73.2% and had beneficial effects on the quality prediction of children with developmental deviation. With the exception of understandability of speech, which can be also assessed by observation of behavior, an additional benefit was contributed by media consumption, birth weight and extraversion, as well as the reason for initial approach and parental descriptions of symptoms of children showing advanced development and development problems.

Kurzzusammenfassung

Psychologisch-diagnostische Gespräche mit Eltern gelten als fester Bestandteil einer multimodalen Diagnostik und werden im Rahmen einer entwicklungsdiagnostischen Untersuchung von Klein- und Vorschulkindern routinemäßig durchgeführt. Ziel der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit war es zu untersuchen, welche differentielle Bedeutung Elterninformationen für die Diagnosefindung bei Klein- und Vorschulkindern und welchen Mehrwert sie gegenüber anderen psychologisch-diagnostischen Verfahren haben. Dazu wurden von der kinder- und jugendpsychologischen Test- und Beratungsstelle des Arbeitsbereiches Psychologische Diagnostik an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien Elterninterviewleitfäden, sowie die Ergebnisse des Wiener Entwicklungstests (WET, Kastner-Koller & Deimann, 2012) und Verhaltensbeobachtungen drei bis sechsjähriger Klein- und Vorschulkinder ($N = 269$) bereitgestellt. Anhand einer zufälligen Stichprobe ($N = 88$) wurde der diagnostische Beitrag und Mehrwert der Elterninformationen für die folgenden Diagnosegruppen *Entwicklungsvorsprung* ($n = 30$), *Entwicklungsprobleme* ($n = 28$) und *Probleme in der Arbeitshaltung* ($n = 30$) erforscht. Die Daten wurden entsprechend der Fragestellungen mittels eines mixed-method Untersuchungsdesign qualitativ und quantitativ ausgewertet. In einer schrittweisen Diskriminanzanalyse zeigte sich, dass Elternangaben zur Verständlichkeit der Sprache ihrer Kinder als bester Indikator zur Vorhersage der Diagnosegruppenzugehörigkeit identifiziert wurde – gefolgt von Medienkonsum, Geburtsgewicht und Extraversion. Gemeinsam erzielten sie eine Klassifikationsgüte von 66.3 %, wobei Extraversion eine bedeutende Rolle für die Vorhersage von Kindern mit Problemen in der Arbeitshaltung zukam. Wurden weitere Elterninformationen (Feinmotorik, erste Gehschritte, Sprachbeginn, Selbstständigkeit, Vorschulische Fähigkeiten und Unverträglichkeit) simultan miteinbezogen, so stieg die Trefferquote für alle drei Diagnosegruppen auf 73.2 % und wirkte sich besonders günstig auf die Vorhersagequalität entwicklungsauffälliger Kinder aus. Mit Ausnahme der Verständlichkeit der Sprache ist den Prädiktoren Medienkonsum, Geburtsgewicht und Extraversion ein diagnostischer Mehrwert zuzuschreiben – ebenso dem Vorstellungsgrund und den Symptombeschreibungen von Eltern entwicklungsauffälliger und akzelerierter Kinder.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Kurzzusammenfassung	3
Inhaltsverzeichnis	5
1. Einleitung.....	9

Theoretischer Teil

2. Moderne Entwicklungsdiagnostik im Klein- und Vorschulkinderbereich	11
2.1 Im Wandel der Zeit	11
2.2 Ziele und Aufgaben	13
3. Multimodale Diagnostik	16
3.1 Erhebungsinstrumente	17
3.1.1 Entwicklungstests	17
3.1.2 Entwicklungsscreenings.....	20
3.1.3 Verhaltensbeobachtung.....	22
3.1.4 Psychologisch diagnostisches Gespräch	24
3.2 Informationsquellen	28
3.2.1 Kinder	28
3.2.2 Eltern.....	31
4. Elterninformationen	34
4.1 Typen von Elternangaben	34
4.2 Verlässlichkeit der Elternangaben	36
4.2.1 Art der Informationen	36
4.2.2 Art der Befragung	40
4.2.3 Personenbezogene Merkmale	41
4.2.4 Psychometrische Eigenschaften.....	46
4.3 Vorhersagekraft elterlicher Bedenken	47

Empirischer Teil

5. Hintergrund.....	50
5.1 Zielsetzung und Fragestellung	50
6. Methode	50
6.1 Mixed-method Untersuchungsdesign	51
6.2 Test- und Beratungsstelle.....	52
6.2.1 Diagnostischer Prozess	52
6.2.2 Datensatz.....	54
6.3 Stichprobenauswahl	57
6.3.1 Alter und Geschlecht	57
6.3.2 Komorbiditäten	58
6.3.4 Allgemeiner Entwicklungsstand	58
6.4 Stichprobenbeschreibung.....	60
6.4.1 Eltern.....	60
6.4.2 Geschlecht der Kinder	60
6.4.3 Alter	61
6.5 Erhebungsinstrumente	61

6.5.1 Anamnesebogen Vorschulalter	62
6.5.2 Wiener Entwicklungstest (WET)	63
6.5.3 Verhaltensbeobachtungsbogen	65
6.6 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	66
6.6.1 Auswahl der Analysetechnik	66
6.6.2 Beschreibung des Ausgangsmaterials	68
6.6.3 Formale Aspekte	70
6.6.4 Bestimmung der Analyseeinheiten	70
6.6.5 Entwicklung der Kategoriensysteme	71
6.6.6 Entwicklung des Kodierleitfadens	73
6.6.7 Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse	75
7. Ergebnisse	75
7.1 Bedeutung von Elterninformationen	75
7.1.1 Vorstellungsanlass	76
7.1.2 Familiäre Lebenssituation	78
7.1.3 Schwangerschaft und Geburt	78
7.1.4 Frühkindliche Entwicklung des Kindes	79
7.1.5 Motorische Entwicklung des Kindes	80
7.1.6 Sprachliche Entwicklung des Kindes	81
7.1.7. Somatische Auffälligkeiten bzw. Krankengeschichte	82
7.1.8 Sozial-emotionale Entwicklung	83
7.1.9 Freizeitbereiche	84
7.1.10 Bildungsweg	85
7.1.11 Erziehungsstil der Eltern	85
7.1.12 Persönlichkeit und Verhalten des Kindes	86
7.1.13 Empfehlung des Instituts	87
7.1.14 Erwartungen an die psychologische Diagnostik	87
7.2 Zusammenfassung zur Bedeutung von Elterninformationen	88
7.3 Klassifikationsgüte von Elterninformationen	88
7.4 Mehrwert von Elterninformationen	94
8. Diskussion	96
8.1 Differentielle Bedeutung von Elterninformationen	97
8.2 Der Mehrwert von Elterninformationen	103
9. Fazit	105

Verzeichnisse und Anhang

10. Literaturverzeichnis	108
11. Tabellenverzeichnis	120
12. Abbildungsverzeichnis	122
13. Anhang	123
A Ergebnistabellen	123
A. 1 Familiäre Lebenssituation	123
A. 2 Schwangerschaft und Geburt	124
A. 3 Frühkindliche Entwicklung des Kindes	125
A. 4 Motorische Entwicklung	126
A. 5 Sprachliche Entwicklung	126
A. 6 Somatische Auffälligkeiten bzw. Krankengeschichte	127
A. 7 Sozial-emotionale Entwicklung	128

A. 8 Freizeitbereiche	129
A. 9 Bildungsweg.....	130
A. 10 Erziehungsstil der Eltern	130
A. 11 Persönlichkeit und Verhalten des Kindes	131
A. 12 Empfehlung des Instituts.....	132
A. 13 Erwartungen an die psychologische Diagnostik	132
B Erhebungsinstrumente.....	133
B. 1 Interviewleitfaden	133
B. 2 Verhaltensbeobachtungsbogen.....	138
C Kodierleitfaden.....	141
C. 1 Interview	141
C. 2 Verhaltensbeobachtung	176
D Eidesstattliche Erklärung	179
E Curriculum Vitae der Verfasserin	180

1. Einleitung

Psychologisch-diagnostische Gespräche mit Eltern als fester Bestandteil einer multimodalen Diagnostik (Knopf & Goertz, 2011; Margraf-Stiksgrud, 2003) werden nicht nur in der kinder- und jugendpsychologischen Test- und Beratungsstelle an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien, sondern auch in anderen kinderpsychologischen und pädiatrischen Beratungsstellen und Praxen bei Klein- und Vorschulkindern routinemäßig durchgeführt (Deimann & Kastner-Koller, 2015).

Den primären Bezugspersonen kommt insofern ein hoher Stellenwert zu, da sie mit der Entwicklung ihres Kindes vertraut sind und Informationen liefern können, die für andere Verfahren nur schwer zugänglich sind. „Vor allem bei sehr jungen Kindern sind der Datenerhebung beim Kind selbst so enge Grenzen gesetzt, dass die Elternbefragung eine wesentliche Ergänzung darstellt“ (Deimann & Kastner-Koller, 2007, S. 563).

Elternangaben können auf verschiedene Arten im diagnostischen Prozess erhoben werden (Glascoe & Marks, 2011). Obwohl ihre Validität und Reliabilität nach wie vor umstritten ist und von unterschiedlichen Einflussgrößen wie etwa der Art der Befragung abhängt (Deimann & Kastner-Koller, 2007), hat sich gezeigt, dass vor allem ein bestimmter Aspekt von Elterninformationen und zwar die Frage nach elterlichen Bedenken für die Diagnosefindung nützlich sein kann (Chen et al., 2004; Chung et al., 2011; Glascoe, 2013; Glascoe & Marks, 2011). Offen bleibt jedoch, ob auch anderer Informationen, die während eines psychologisch-diagnostischen Gesprächs im Detail berichtet werden, ebenfalls zu einer spezifischen Diagnosefindung beitragen können und welchen Mehrwert sie gegenüber anderen entwicklungsdiagnostischen Verfahren besitzen.

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit gliedert sich demnach in drei Hauptabschnitte: Zunächst wird die moderne Entwicklungsdiagnostik mit ihren Zielen und Aufgaben im Laufe der vergangenen Jahrzehnte vorgestellt (Kapitel 2), um daran anschließend den Sinn und Zweck der multimodalen Diagnostik und seine notwendige Manifestation auf verschiedenen Ebenen einer entwicklungsdiagnostischen Untersuchung zu erörtern. Diesbezüglich wird auf die verschiedenen psychologisch-diagnostischen Erhebungsinstrumente, sowie auf Kinder und Eltern als Informationsquelle mit Blick auf deren Bedeutung und anwendungsbezogenen Vor- und Nachteile für die entwicklungsdiagnostische Informationsgewinnung eingegangen (Kapitel 3). Daran anknüpfend erfolgt die gesonderte Betrachtung von Elterninformationen, zum einen in Hinblick auf

ihre Verlässlichkeit, zum anderen in Form elterlicher Bedenken als Prädiktoren zur Identifizierung von Entwicklungsproblemen und -störungen. Ausgehend von der theoretischen Grundlage werden dann im empirischen Teil erneut das Ziel der Arbeit in Verbindung mit der kinder- und jugendpsychologischen Test- und Beratungsstelle der Universität Wien und die bereits angeführten Forschungsfragen abgeleitet (Kapitel 5). Anschließend wird das methodische Vorgehen erläutert – angefangen von einem mixed-method Untersuchungsdesign, über die Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes, der Stichprobenauswahl und der Erhebungsinstrumente bis zum qualitativen und quantitativen Auswertungs- und Analyseprozess in seinen Teilschritten (Kapitel 6). Zum Schluss werden die Ergebnisse vorgestellt (Kapitel 7), diskutiert (Kapitel 8) und zusammengefasst (Kapitel 9).

Theoretischer Teil

2. Moderne Entwicklungsdiagnostik im Klein- und Vorschulkinderbereich

2.1 Im Wandel der Zeit

Die moderne Entwicklungsdiagnostik als Teil der psychologischen Diagnostik und der Angewandten Entwicklungspsychologie verfolgt das Ziel entwicklungsbezogene Merkmale einer Person systematisch zu erfassen (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Rümmele, 2011). Während die Entwicklungspsychologie die theoretischen Grundlagen für die zu erfassenden Merkmale liefert und diese im angewandten Feld empirisch absichern lässt, bereitet die psychologische Diagnostik die systematische Erfassung der Merkmale für die Praxis vor und stellt die entsprechenden psychologisch-diagnostischen Verfahren bereit. Der Prozess psychologischen Diagnostizierens beginnt bei jeder Fallbehandlung mit der Klärung der Fragestellung und erstreckt sich von der Auswahl, Anwendung und Auswertung geeigneter entwicklungsdiagnostischer Verfahren über die Interpretation der Testergebnisse zur Gutachtenerstellung und endet abschließend mit dem Festsetzen von Interventionsmaßnahmen (Kubinger, 2009).

Betrachtet man die entwicklungspsychologischen Theorien, so ist festzustellen, dass sie sich durch Uneinheitlichkeit bezüglich des Verständnisses von Entwicklung auszeichnen. Es existieren zwar zahlreiche Theorien und Modelle, aber keine davon vermag es die menschliche Entwicklung vollständig zu erklären (Kastner-Koller & Deimann, 2012; Trautner, 2003). Die theoretischen und historisch bedeutsamen Ursprünge der Konzeption von Entwicklung liegen in den traditionellen Reifungskonzepten, die von einer genetischen Prädisposition der Entwicklungsverläufe frei von Umwelteinflüssen ausgehen. Entwicklung ist demnach eine universal gültige Stufenleiter, deren einzelne Stufen sowohl zeitlich als auch hierarchisch genau in Richtung Optimalzustand festgelegt und unumkehrbar sind. Abweichungen in der alterskorrelierten qualitativ-linearen Struktur stellen eine abnormale Entwicklung dar (Ettrich, 2000; Knopf & Goertz 2011; Petermann & Macha, 2003).

Empirische Untersuchungen belegen jedoch, dass Entwicklung ein komplexer Prozess ist und von einer beträchtlichen Variabilität gekennzeichnet ist, die durch Reifungskonzepte nicht vollständig abgebildet werden kann (Petermann & Macha, 2003). Denn Umwelteinflüsse, sowie die wechselseitige Anpassung zwischen Umwelt und Individu-

um spielen eine entscheidende Rolle (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Kastner-Koller & Deimann, 2011). So analysierten zum Beispiel Ettrich, Prothmann, Krumbiegel und Ettrich (2002) die Einflüsse biopsychosozialer Einflüsse auf die Entwicklung von Kindern und stellten fest, dass die Anhäufung entsprechender Risikofaktoren zu ungünstigeren Entwicklungsergebnissen im kognitiven und sozialen Bereich führten.

Nach heutiger Auffassung, in Anlehnung an die differenzielle und ökologische Entwicklungskonzeption, wird die Entwicklung eines Menschen zwar von Erbfaktoren hinsichtlich möglicher Abläufe gesteuert, aber die tatsächlichen Pfade unterliegen diversen psychosozialen Wechselwirkungen (Knopf & Goertz, 2011; Petermann & Köller, 2013; Petermann & Macha, 2005; Reuner & Pietz, 2006;). Weitgehend unklar bleiben allerdings die Art und das Ausmaß der Anlage-Umwelt-Interaktion, da diese im Einzelfall und für unterschiedliche Entwicklungsbereiche schwer zu bestimmen sind (Reuner & Pietz, 2006).

Überdies hat sich wegen des neuen Verständnisses einer multidirektionalen und multidimensionalen Entwicklung die Zielgruppe der Entwicklungsdiagnostik erweitert. Stand traditionell die frühe Kindheit im Fokus der Betrachtung, umfasst die moderne Entwicklungsdiagnostik nun die gesamte Lebensspanne - vom Säuglings- bis zum späten Erwachsenenalter - in der die Plastizität von Entwicklungsverläufen in jedem Lebensalter betont wird (Knopf & Goertz, 2001; Petermann & Köller, 2013).

In der Praxis ergibt sich allerdings ein ganz anderes Bild. Bis auf wenige psychologisch-diagnostische Testverfahren für den geriatrischen Bereich, wie etwa das gut validierte Nürnberger-Alters-Inventar (NAI) von Oswald & Fleischmann (1999), orientiert sich die entwicklungspsychologische Diagnostik nach wie vor an Kinder und Jugendliche. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass alterskorrelierte Meilensteine für das mittlere Erwachsenenalter fehlen, zum anderen, dass die individuellen Lebensläufe Erwachsener von einer besonders hohen Variabilität geprägt sind (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Kastner-Koller & Deimann, 2011; Petermann & Macha, 2008).

Außerdem haben sich in den letzten Jahrzehnten die Fragestellungen im Rahmen des entwicklungspsychologischen Diagnostizierens verändert. Während früher das Schicksal sonderschul- und pflegebedürftige Kinder im Vordergrund standen, ist heute die

optimale Gestaltung der Bildungskarriere des eigenen Kindes von zentraler Bedeutung. Dahinter steckt oft die Sorge der Eltern, dass ihre Kinder sich in einer an Leistung orientierten Gesellschaft nicht behaupten werden können (Kastner-Koller & Deimann, 2012). Daher stellen Hochbegabung, Entwicklungsabklärung, Fragen zur Schulfähigkeit und Erziehung, sowie emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten häufig gestellte Fragestellungen im Klein- und Vorschulkindbereich dar (Deimann & Kastner-Koller, 2010).

Zusammenfassung

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Verständnis von Entwicklung entscheidend verändert. Durch den Paradigmawechsel und den gesellschaftlichen Wertewandel wurden nicht nur neue Themen an die Entwicklungsdiagnostik herangetragen, die es im diagnostischen Prozess zu bearbeiten gilt, sondern auch neue Aufgabenbereiche eröffnet, auf die nun näher eingegangen wird.

2.2 Ziele und Aufgaben

Hauptanliegen der traditionellen Entwicklungsdiagnostik war es in erster Linie das Verhalten eines Kindes zu beschreiben. Heute verfolgt die moderne Entwicklungsdiagnostik das Ziel mittels psychodiagnostischer Verfahren entwicklungsbedingte Kompetenzen qualitativ und quantitativ zu einem bestimmten oder mehreren Zeitpunkt(en) zu erfassen und diese auf einen Zeitstrahl zu lokalisieren, um zuverlässige, differenzierte entwicklungspsychologische Aussagen machen zu können (Deimann & Kastner-Koller, 1995; 2007).

Für die alltägliche Praxis im Klein- und Vorschulkindbereich bedeutet dies, dass auf Grundlage empirisch gewonnener Erkenntnisse der aktuelle Entwicklungsstand des Kindes im Rahmen eines diagnostischen Prozesses beurteilt und in der Regel mit Normen gleichaltriger Kinder verglichen wird. Dabei wird zwischen dem Aufdecken einer normalen, akzelerierten (Entwicklungsvorsprung) und retardierten Entwicklung (Entwicklungsverzögerung) unterschieden. Denn die Frage nach der Altersadäquatheit des aktuellen Kompetenzniveaus ist ein häufiges Anliegen primärer Bezugspersonen im diagnostischen Alltag (Deimann & Kastner-Koller, 1995; 2007). Zu den typischen Entwicklungsbereichen, welche mittels standardisierter psychologisch-diagnostischer Ver-

fahren beurteilt werden, gehören das kognitiv-sprachliche, motorische, emotionale und soziale Verhalten, die Wahrnehmung, Lernen und Gedächtnis sowie der adaptive/lebenspraktische Bereich des Kindes (Fuiko & Wurst, 2003; Knopf & Goertz, 2011; Petermann & Macha, 2003).

Das Ausmaß einer Entwicklungsabweichung kann jedoch nur unter der zusätzlichen Berücksichtigung ihrer Zeitdauer, den Entwicklungsbedingungen des Kindes und solider Kenntnisse über eine altersgerechte Entwicklung angemessen beurteilt werden. Auch wenn eine Abweichung von der typischen Entwicklung vorliegt, ist nicht zwangsläufig von einer problematischen Entwicklung auszugehen, da sich eine normale Entwicklung in ausgedehnten Zeitfenstern vollziehen kann. Obwohl Kinder das Laufen beispielsweise für gewöhnlich mit 13 Monaten erlernen, gelten sie auch dann als unauffällig, wenn ihnen diese Fertigkeit bis zum 17. Lebensmonat gelingt. Eine weitere Aufgabe der Entwicklungsdiagnostik besteht daher in der Verlaufsdiagnostik, die es erlaubt das Entwicklungsgeschehen des Kindes prozessorientiert zu mehreren Zeitpunkten zu beobachten (vgl. Knopf & Goertz, 2011).

Demgegenüber gehört auch die Vorhersage des weiteren Entwicklungsverlaufs zu den Aufgaben der Entwicklungsdiagnostik. Ein Baustein bildet dabei das aktuelle Entwicklungsniveau des Kindes. Auch hier lassen sich erst zusammen mit seiner Lebensgeschichte seriöse Prognosen ableiten (Ettrich, 2000; Petermann & Macha, 2005), wobei die Vorhersagekraft für spätere Intelligenzleistungen ab dem 2. Lebensjahr nachweislich ansteigt (Reuner & Pietz, 2006). Bei normal entwickelten Kindern ist die Vorhersage aufgrund der hohen Entwicklungsvielfalt viel schwieriger als bei Kindern mit weit unterdurchschnittlichen Resultaten oder Behinderungen (Petermann & Macha, 2008; Rümmele, 2011). Darüber hinaus kann trotz des Wissens um aktuelle Wechselwirkungszusammenhänge die Entwicklung durch das Auftreten neuer Faktoren oder durch den Abgang oder Wandel bekannter Faktoren nachhaltig in eine neue Richtung gelenkt werden (Tröster, 2009). Betrachtet man den Verlauf der typischen Entwicklungsbereiche im Klein- und Vorschulalter, so erweist sich dieser - vielen Entwicklungsmodellen entsprechend - als relativ kontinuierlich ohne ausgeprägte qualitative Veränderungen oder Sprünge, die in eine zunehmende Differenzierung der Kompetenzen münden und durch ihren Zusammenschluss zu neuen Verhaltensmustern führen können (Deimann & Kastner-Koller, 1994; Kastner-Koller & Deimann, 2012).

Ein weiteres Aufgabengebiet, das eng mit der Verlaufsdiagnostik verknüpft ist, bildet die sogenannte Förderdiagnostik. Auf der Grundlage der in der Statusdiagnostik herausgearbeiteten Stärken und Ressourcen des Kindes und in Anpassung an seine Entwicklungsbedingungen, werden bei Entwicklungsauffälligkeiten pädagogische, psychologische, soziale und therapeutische Interventionen geplant und deren Behandlungserfolg im späteren Verlauf evaluiert (Petermann & Macha, 2008; Reuner & Pietz, 2006). Durch die Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren und der Zusammenarbeit mit der gesamten Familie können gute Entwicklungsbedingungen für die Kinder geschaffen werden (Glascoe & Marks, 2011; Ettrich et al., 2002). Allerdings erweist sich das praktische Umsetzen und Evaluieren von Entwicklungsmaßnahmen als erschwert, da es nahezu keine diagnostisch unterstützen Förderprogramme gibt (Kastner-Koller, Deimann, Konrad & Steinbauer, 2004).

Der letzte Aufgabenbereich umfasst die Überprüfung verschiedener Hypothesen, die etwa von Eltern, ErzieherInnen und Ärzten/Ärztinnen formuliert werden (Fuiko & Wurst, 2003; Margraf-Stiksrud, 2003).

Zusammenfassung

Die moderne Entwicklungsdiagnostik hat viele unterschiedliche Aufgaben, von der Erfassung des aktuellen Entwicklungsstands bis zur Evaluierung der festgesetzten Interventionsmaßnahmen, zu meistern und muss dabei stets die Komplexität menschlicher Entwicklung berücksichtigen.

Bisher ist es noch keinem einzigen entwicklungsdiagnostischen Verfahren alleine gelungen diesen hohen Anforderungen gerecht zu werden (Deimann & Kastner-Koller, 2007). Denn kein univariates Vorgehen kann „zugleich qualitative Symptome diagnostizieren, den aktuellen Entwicklungsstand erfassen, den Verlauf abbilden, Hinweise auf die Ätiologie geben, die Förderfortschritte messen und eine sicherer Prognose für die Zukunft geben“ (Reuner & Pietz, 2006; S. 312). Daher ist eine multimodale Vorgehensweise im diagnostischen Prozess – nicht nur auf instrumentaler Ebene – erforderlich (Kastner-Koller & Deimann, 2011; Rümmele, 2011). Die multimodale Diagnostik wird im Folgenden vorgestellt.

3. Multimodale Diagnostik

Die multimodale Diagnostik gehört neben den Richtlinien psychologischen Diagnostizierens zu den verschiedenen Möglichkeiten die Qualität psychologisch-diagnostischer Befunde abzusichern. Ihre Strategie lässt sich durch ein mehrperspektivisches Erheben eines Sachverhalts auf verschiedenen Ebenen und einer gegenseitigen Überprüfung der Ergebnisse beschreiben, um zuverlässige Entwicklungsaussagen über ein Kind machen zu können (Knopf & Goertz, 2011; Margraf-Stiksgrud, 2003).

Im psychologisch-diagnostischen Alltag hat sich das multimodale Vorgehen bereits bewährt und etabliert und zeigt sich nicht nur im Einsatz verschiedener Untersuchungsverfahren, sondern auch im Hinblick auf die zu erhebenden Daten und Informationsquellen (vgl. Baumann & Stieglitz, 2008):

Im Rahmen einer umfassenden Diagnostik werden in der Regel biologische, psychologische, soziale und ökologische Daten erfasst. Denn nur so kann gewährleistet werden, dass alle relevanten Informationen erhoben werden, um das Entwicklungsgeschehen eines Kindes vollständig zu erfassen und die entsprechende(n) Fragestellung(en) angemessen zu beantworten (Reuner & Peitz, 2006).

Als Informationsquellen werden im Klein- und Vorschulkindbereich sowohl die Kinder selbst als auch Eltern und gegeben falls andere nahe Bezugspersonen genutzt (Knopf & Goertz, 2011), wobei sich in Abhängigkeit der personenbezogenen Merkmale und eingesetzten Verfahren unterschiedliche Grenzen und Möglichkeiten für zuverlässige Befunde ergeben, die in Kapitel 3.2 und Kapitel 4.2 erörtert werden.

Schließlich liegen für die moderne Entwicklungsdiagnostik diverse psychologisch-diagnostische Verfahren vor, die sich deutlich anhand der Zielsetzungen und Gültigkeitsbereiche voneinander unterscheiden (Petermann & Macha, 2005). Zum methodischen Repertoire gehören standardisierte Verfahren wie Entwicklungstests und Entwicklungsscreenings als auch qualitative Verfahren, wie die Verhaltensbeobachtung und die Befragung von Bezugspersonen, die im diagnostischen Prozess eingesetzt werden können. Zum Schutze der Kandidaten bzw. des Kindes müssen sie nach den Richtlinien der DIN 33430 wissenschaftlichen Gütekriterien genügen. Darunter fallen insbesondere die Objektivität, Reliabilität und Validität von Diagnoseinstrumenten (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Fuiko & Wurst, 2003; Kubinger, 2003; 2009).

Die verschiedenen Erhebungsinstrumente, samt ihrer Güteindizes, sowie anwendungsbezogene Vor- und Nachteile werden als erstes in den nachfolgenden Unterkapiteln dargestellt und daran anschließend Kinder und Eltern als Informationsquellen.

3.1 Erhebungsinstrumente

3.1.1 Entwicklungstests

„Seit den Anfängen der Entwicklungsdiagnostik stellen Entwicklungstests die *via regia* zur Erfassung der Entwicklung dar. Eine passende Entwicklungstheorie und ein adäquates Testmodell vorausgesetzt, liefern Entwicklungstests die bestmögliche Annäherung an die Kompetenzen der untersuchten Person (Deimann & Kastner-Koller, 2007; S. 565).“

Obwohl heute die moderne Entwicklungskonzeption der Variabilität handlungsanleitend ist, so sind einige der im Gebrauch befindlichen psychologisch-diagnostischen Erhebungsinstrumente unzureichend theoretisch fundiert oder basieren auf veralteten von Invarianz gekennzeichneten Entwicklungstheorien, was nicht nur die Auswahl geeigneter mess- und testtheoretischer Modelle zur Operationalisierung der zu erfassenden entwicklungspsychologischen Merkmale, sondern auch die damit verbundene Interpretation, Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse beeinflusst (Petermann & Macha, 2005; Petermann & Winkel, 2005; Trautner, 2006).

Trotz Lebensspannenperspektive liegt der Altersschwerpunkt für Entwicklungstests nach wie vor bei Neugeborenen sowie, Klein- und Vorschulkindern (Kastner-Koller & Deimann, 2011). Die Entwicklungstests werden in Abhängigkeit ihres Anwendungsbereichs in allgemeine und spezielle Verfahren unterteilt (Petermann & Winkel, 2005). Während spezielle Entwicklungstests, wie etwa der *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5)* von Grimm, Aktas & Frevert (2010), eng umschriebene Entwicklungsdimensionen erfassen, erheben allgemeine Entwicklungstests den Anspruch alle, für die kindliche Entwicklung, relevanten Bereiche abzubilden (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Reuner & Pietz, 2006). Für gewöhnlich werden Entwicklungsprofile genutzt, um die Heterogenität bzw. Homogenität der Entwicklung (Stärken und

Schwächen) in unterschiedlichen Entwicklungsbereichen zu illustrieren, wodurch sich im Rahmen der Förderdiagnostik hervorragende Anknüpfungspunkte für Interventionsmaßnahmen ergeben (Deimann & Kastner-Koller, 2015; Kastner-Koller & Deimann, 2012; Petermann & Macha, 2008). Zu den typischen Erfassungsbereichen gehören (Petermann & Macha, 2005):

- Körpermotorik
- Handmotorik
- Wahrnehmung
- Kognitive Entwicklung
- Sprachentwicklung
- Sozialentwicklung
- Emotionale Entwicklung und
- Adaptive Bereich,

deren Auswahl unter dem Konsens von Experten befürwortet wurde (Petermann & Winkel, 2005) und an denen sich ein großer Anteil aktueller und aus historischer Sicht bedeutsamer Entwicklungstests orientiert hat (Rümmele, 2011).

Hinsichtlich der Aufgabenzusammenstellung richteten sich die meisten Testkonstrukteure/innen an einem Aufgabenkatalog, der sich in der Praxis mit Kindern bereits bewährt hat oder an den Meilensteinen kindlicher Entwicklung (Reuner & Pietz, 2006; Rümmele, 2011). Obwohl probalistische Testmodelle für geeigneter gehalten werden verfügt nur eine geringe Anzahl an Verfahren darüber, wie etwa der *Wiener Entwicklungstest (WET)* von Kastner-Koller und Deimann (2012). Im Gegensatz zur messfehlerbehafteten klassischen Testtheorie erlaubt die Item-Response-Theorie eine eindimensionale bzw. mehrdimensionale Messung der Konstrukte unabhängig von der Stichprobe (Kastner-Koller & Deimann 2012; Margraf-Stiksrud, 2003). Die Durchführungsdauer eines Entwicklungstests dauert je nach Alter des Kindes zwischen 30 und 90 Minuten (Petermann & Macha, 2005).

Die psychometrische Qualität von Entwicklungstests lässt sich anhand von Testgütekriterien bewerten. Die entsprechenden Verfahren müssen nicht nur vorweisen, dass sie

jenes entwicklungsbezogene Merkmal tatsächlich (= Validität), – so präzise wie möglich (= Reliabilität) – messen, sondern auch objektiv durchführbar, verrechnungssicher und interpretationseindeutig (= Objektivität) sind (Kastner-Koller & Deimann, 2011; Kubinger, 2009). Neben den klassischen Gütekriterien müssen die altersnormierten Vergleichswerte, welche zur Bewertung der individuellen Leistungen der Kinder herangezogen werden, repräsentativ und aktuell sein. Denn eine veraltete Normierung führt zu groben Fehleinschätzungen, wodurch entwicklungsauffällige Kinder als unauffällig beurteilt werden. Boden- und Deckeneffekte sind ebenfalls zu vermeiden, da der Test ansonsten nicht über eine gute Differenzierungsfähigkeit im unteren und oberen Leistungsbereich verfügt (Petermann & Macha, 2005; Renner, 2009; Reuner & Peitz, 2006). Darüber hinaus sind testfaire Befunde anzustreben, damit Kinder aus unterschiedlichen Entwicklungsumwelten nicht benachteiligt werden. Kinder mit Migrationshintergrund oder Beeinträchtigungen im Sprachverständnis und Sprachproduktion fallen beispielsweise unter dieser Kategorie (Kastner-Koller & Deimann, 2011; Petermann & Macha, 2005; Rümmele 2011). Schließlich spielt die Zumutbarkeit der Entwicklungstests eine besondere Rolle. Vor allem bei sehr jungen Kindern sind auf altersadäquate Testmaterialien und –aufgaben, sowie ergonomische Eigenschaften hinsichtlich der Art und Dauer der Durchführung zu achten (Kastner-Koller & Deimann, 2011). Denn kontext-, sowie personenbezogene Eigenschaften des Kindes können sich in der Testsituation als Störvariablen herausstellen und damit die Befunde stark beeinflussen (Petermann & Macha, 2005; Rümmele, 2011). Auf die Rolle des Kindes im diagnostischen Prozess wird besonders in Kapitel 3.2.1 näher eingegangen.

In Abhängigkeit der testtheoretischen Güte eignen sich Entwicklungstests gut zur Erfassung des gegenwärtigen Entwicklungsniveaus. Dadurch bilden sie nicht nur einen wichtigen Baustein für die Planung von Fördermaßnahmen, sondern unterstützen maßgeblich die Verlaufskontrollen, in dem sie dieselben Leistungsbereiche mit Hilfe von qualitativ unterschiedlichen Aufgaben und Subtests über die Altersspanne hindurch erheben können. Dies wiederum führt zu einer Einschränkung von Übungs- und Lerneffekten, die bei Nichtbeachtung die Leistungsergebnisse der Kinder verfälschen könnten (vgl. Petermann & Macha, 2008).

Trotz der angegebenen Vorteile darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass nicht jedes Verfahren für jede Fragestellung geeignet ist (Petermann & Macha, 2003) und eine ent-

wicklungsbezogene Interpretation der Testergebnisse oder auch Prognose in vielen Fällen nur zusammen mit den von den Eltern erhobenen Entwicklungsbedingungen erst möglich wird. Denn gleiche Entwicklungsprofile unterschiedlicher Kinder können zu verschiedenen Bewertungen führen (Petermann & Macha, 2005; Sarimski, 2009).

3.1.2 Entwicklungsscreenings

Bei Klein- und Vorschulkindern werden Verhaltens- und Entwicklungsprobleme oft gar nicht oder zu spät bemerkt, so dass die Betroffenen häufig erst kurz vor oder nach Schuleintritt auffallen, da sie mit den vor- bzw. schulischen Anforderungen überfordert sind. Eine rechtzeitige Früherkennung, am besten im Kindergartenalter, kann eine derartige Entwicklungsgefährdung vorbeugen, da sich in dieser Entwicklungsphase zahllose Abweichungen, wie Verhaltensprobleme oder Probleme in der Sprachentwicklung gut beeinflussen und kompensieren lassen (Rümmele, 2011; Tröster, Flender & Reineke, 2005; Tröster, 2009).

Dazu eignen sich vornehmlich Entwicklungsscreenings, sogenannte Kurztestverfahren, deren zentrales Anliegen die Vorhersage von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten ist, bevor entsprechende Symptome überhaupt erkennbar werden (Petermann & Macha, 2005; Tröster, Flender & Reineke, 2004). Im diagnostischen Prozess erfüllen sie eine Filterfunktion vor der eigentlichen Entwicklungsdiagnostik, in dem sie anhand von Leistungsgrenzwerten (Cut-off-Werte) zwischen Kindern mit und ohne Entwicklungsrisiko bezüglich der untersuchten Entwicklungsbereiche unterscheiden. Nur Kinder mit einem Verdacht auf ein Entwicklungsrisiko, also gegenwärtigen altersabweichenden Entwicklungsauffälligkeiten, werden so dann einer gezielten ausführlichen Differentialdiagnostik unterzogen (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Michaelis et al., 2013; Petermann & Macha, 2008). Die Durchführungsdauer der Screeningverfahren liegt üblicherweise zwischen 10 und 20 Minuten (Petermann & Macha, 2005).

Die Anwendung eines Entwicklungsscreenings ist in der Praxis dann besonders sinnvoll, wenn sie alternative Entscheidungsstrategien übertrifft und sowohl für die Betroffenen (Kinder, Eltern, Großeltern) als auch für den/die Anwender/in (Diagnostiker/in, Erzieher/in) bestimmten Anforderungen genügt (Tröster, 2009). Tröster, Flender & Reineke (2005) zählen neben ökonomischen Gesichtspunkten wie geringer Zeitaufwand, leichte

Verständlichkeit und flächendeckende Untersuchungsmöglichkeiten, die Nützlichkeit des Verfahrens, sowie die Akzeptanz, welche durch Transparenz und Praktikabilität erreicht werden kann, auf. Darüber hinaus spielen besonders die klassischen Güteindizes Sensitivität, Spezifität und der Ratz-Index eine entscheidende Rolle, da sie Auskunft über die verschiedenen Aspekte der Vorhersagegenauigkeit eines Entwicklungsscreenings geben. Während die Sensitivität ein Maß für die Qualität des Screeningverfahrens ist, Risikokinder zu identifizieren, erfasst die Spezifität den Anteil an Kindern ohne Entwicklungsrisiko. Der Ratz-Index erlaubt die zufallskritische Bestimmung der prognostischen Validität eines Verfahrens. Ein gutes Entwicklungsscreening zeichnet sich somit durch eine Sensitivität und Spezifität von über 80% und einem Ratz-Index von über 66% aus (Jansen Mannhaupt, Marx & Skowronek, 2002; Kastner-Koller & Deimann, 2011; Tröster, 2009). Schließlich bedarf es an empirisch belegten Interventionsprogramme, die im besten Fall am Screeningverfahren anbinden und somit eine Entwicklungsgefährdung wirkungsvoll beeinflussen (Kastner-Koller, Deimann, Konrad & Steinbauer, 2004).

Es gibt zahlreiche Entwicklungsscreenings für den Klein- und Vorschulkinderbereich, die in den letzten 20 Jahren veröffentlicht wurden (Deimann & Kastner-Koller, 2007). Laut Tröster, Flender & Reineke (2011) liegen Screeningverfahren vor, die einerseits ein breites Spektrum von Entwicklungsmerkmalen wie beispielsweise das *Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten* (DESK3-6; Tröster, Flender & Reineke, 2004) und andererseits spezifische Vorläuferfähigkeiten des schulischen Bereichs erfassen können. *Das Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese- und Rechtschreibstörungen* (BISC; Jansen, Mannhaupt, Marx & Skowronek, 2002) ist ein Beispiel für letzteres.

Der Einsatz von Entwicklungsscreenings wirft aber auch Probleme auf. So führen Petermann & Macha (2003) an, dass der Gebrauch von Cut-off Werten zu weniger günstigen Interpretationen führen kann, da die Variabilität kindlicher Entwicklung unzureichend berücksichtigt wird. Falsch-negative Befunde können zu einem Ausfall einer frühzeitigen Förderung führen, falsch-positive Befunde wiederum zu einer Stigmatisierung des Kindes und einer unnötigen Belastung durch Behandlungsmaßnahmen (Tröster, 2009). Ebenso können leichtere Entwicklungsauffälligkeiten aufgrund von zeitlichen Engpässen und schwierigen Untersuchungssituationen mit Kindern übersehen

werden (Glascoe & Marks, 2011; Reuner & Pietz, 2006). Des Weiteren sind einige Screeningverfahren aufgrund ihrer unzumutbaren Testlänge in der Vorsorge erst gar nicht etabliert oder bedürfen einer speziellen Einschulung des/der Anwenders/in (Glascoe & Marks, 2011; Tröster et al., 2011). Vielen mangelt es schließlich auch an der Normierung und Überprüfung der Testgütekriterien (Tröster et al., 2011). Daher fordern Tröster et al. (2005) weitere Strategien bzw. Informationsquellen, wie etwa standardisierte Entwicklungstest und Elterninformationen, um zuverlässige Entwicklungsaussagen treffen zu können.

Trotz der möglichen Einwände ist die Brauchbarkeit und Güte von Entwicklungsscreenings empirisch gut belegt. Dazu zählen für den Kleinkinder- und Vorschulkinderbereich etwa die bereits oben angeführten normierten Verfahren als auch *der Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder* (VBV 3-6; Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt, 1993) und *die Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern* (ELFRA; Grimm & Doil, 2006). In Abhängigkeit der prognostischen Validität und einer kompetenten Qualifikation des/der Anwenders/in, sowie unter der Berücksichtigung der beschriebenen Vor- und Nachteile, können Entwicklungsscreenings einen wertvollen Beitrag zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten leisten und im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen sowie für Ersteinschätzungen in kinderärztlichen Praxen, sozialpädiatrische Zentren und Frühförderstellen eingesetzt werden (Grimm & Doil, 2000; Petermann & Macha, 2005).

3.1.3 Verhaltensbeobachtung

Die Verhaltensbeobachtung gehört seit den Anfängen der Entwicklungsdiagnostik zum traditionellen Standardrepertoire (Kastner-Koller & Deimann, 2009). Insbesondere im Kleinkinderbereich zählt sie zu den wichtigsten Verfahren, um zielgerichtete Informationen über die Kompetenzen sehr junger Kinder zu gewinnen, da Kinder aufgrund ihrer noch nicht abgeschlossenen Entwicklung nur bedingt als Informationsquelle genutzt werden können (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Schölmerich 2011). Im Zentrum der Beobachtung stehen daher die natürlichen Verhaltens- und Ausdrucksäußerungen eines Kindes. Denn diese können von den Kleinkindern nur eingeschränkt kontrolliert und willentlich gesteuert werden (Schölmerich, 2011).

Wie jedes andere Verfahren wird die Verhaltensbeobachtung nach psychometrischen Gütekriterien beurteilt (Bortz & Döring, 2006). Unter der Bedingung wissenschaftlichen Ansprüchen zu genügen, kann sie bestehende Befunde im Sinne der multimodalen Diagnostik ergänzen und überprüfen (Kastner-Koller & Deimann, 2009).

Für die Durchführung einer systematischen Verhaltensbeobachtung ist es daher wesentlich, dass ihre methodische Vorgehensweise genau geplant wird. Dabei wird den Elterninformationen eine wichtige Rolle zugeschrieben (Sarimski, 2009b). Denn je nach Fallbehandlung muss der/die Beobachter/in entscheiden, welches kindliche Verhalten, wann, wo, wie lange, und in welcher Situation zu beobachten ist (Schölmerich, 2011). Darüber hinaus sind die Art der Protokollierung und die Interpretationsweise festzulegen (Bortz & Döring, 2006).

Neben dem Grad der Systematisierung werden verschiedene Beobachtungsformen unterschieden, die die Güte der Verhaltensbeobachtung zusätzlich beeinflussen können:

- teilnehmende oder nichtteilnehmende Beobachtung
- offen oder verdeckte Beobachtung
- Feld- oder Laborbeobachtung
- ein Beobachter oder mehrere Beobachter
- technisch vermittelt oder nicht vermittelt

Vor allem durch eine aktive Teilnahme, wie etwa beim Testen eines Kindes, wird der Umstand erschwert, sich vollständig auf die zu beobachtende Situation zu konzentrieren, so dass größtenteils Gelegenheitsbeobachtungen gelingen oder sich im Zuge einer nachträglichen Aufzeichnung Beobachtungs- und Protokollierungsfehler einschleichen. Letztere können zwar unter Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel (Videoaufzeichnungen) eingegrenzt werden, münden aber durch das wiederholte Betrachten und anschließende Protokollieren in einem hohen Zeitaufwand (Kubinger, 2006). Professionelle Softwares wie *Interact* (Mangold, 2014) können hingegen das Auswerten erleichtern (Schölmerich, 2011). Ebenso gibt es die Möglichkeit die Subjektivität des/der Diagnostikers/in zu kontrollieren, in dem mehrere Beobachter/innen eingesetzt werden. Der Grad der Beobachterübereinstimmung und damit die Objektivität der Verhaltensbeobachtung

wird über Ähnlichkeitsmaße statistisch berechnet (Bortz & Döring, 2006; Schölmerich, 2011; Strunz, 2003). Eine heimliche bzw. verdeckte Beobachtung durch einen Einwegspiegel ist häufig aus ethischen Gründen nicht vertretbar. Zu dem weisen Beobachtungen im Labor zwar eine hohe interne Validität auf, gehen aber häufig zu Lasten der ökologischen Validität, die in natürlichen Situationen gewonnen werden kann (Strunz, 2003). Daher werden viele Untersuchungen auch im natürlichen Umfeld (zu Hause oder Kindergarten) des Kindes durchgeführt (Sarimski, 2009b). Der wichtigste Vorläufer für die Validierung von Beobachtungsdaten bleibt nach wie vor ein sorgfältiges Beobachtertraining. Denn durch eine intensive Einschulung können Wahrnehmungs-, Interpretations- und Erinnerungsfehler vermieden werden (Bortz & Döring, 2006; Schölmerich, Mackowiak & Lengning, 2003).

Zu den wichtigsten Einsatzgebieten der Verhaltensbeobachtung zählt das Beobachten von Mutter-Kind-Interaktionen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten. Gerade Probleme mit aggressivem und oppositionellem Verhalten werden am häufigsten von Eltern als Vorstellungsgrund genannt. Überdies werden häufig Beobachtungen während der Testsituation durchgeführt. Dabei stehen nicht kognitive Merkmale des Leistungsverhaltens wie Arbeitshaltung, Konzentrationsfähigkeit, Frustrationstoleranz und Kontaktverhalten des Kindes im Vordergrund (vgl. Kastner-Koller & Deimann, 2009).

Obwohl die Verhaltensbeobachtung eine gute Möglichkeit darstellt kindesbezogene Informationen unmittelbar durch individuelle Adaptierung zu gewinnen, gibt es nur sehr wenig standardisierte Beobachtungsinventare mit Entwicklungsbezug (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Kastner-Koller & Deimann, 2009).

3.1.4 Psychologisch diagnostisches Gespräch

Für ein psychologisch-diagnostisches Gespräch mit den Kindern und Eltern existieren zwei obligatorische Methoden zur Informationsgewinnung über den retrospektiven und gegenwärtigen Entwicklungsstand eines Kindes - Anamneseerhebung und Exploration. Beide leisten einen wertvollen Beitrag zur Qualität psychologischen Diagnostizierens (Kubinger & Deegener, 2001; Kubinger, 2009).

Während die Anamnese sich auf die „Sammlung der typischerweise mit dem gegebenen Sachverhalt in Verbindung stehenden Informationen“ (Kubinger & Deegener, 2001; S. 12) bzw. auf das Abfragen aller denkbaren Fakten im Hinblick auf die Vor- und Krankengeschichte des Kindes in einem hypothesengeleiteten Diagnoseprozess bezieht (Deegener, 2009; Kubinger, 2009), wird unter Exploration „das Erkunden bestimmter Sachverhalte und Stimmungen mittels qualifizierter Gesprächsführung“ (Kubinger, 2009; S. 11) verstanden, das der Vorbereitung wichtiger entwicklungsdiagnostischer Prozessentscheidungen dient. Daher wird sie auch von Kubinger (2009) als „entscheidungsorientiertes Gespräch“ (nach Westhoff und Kluck, 2014; S. 90) bezeichnet.

Trotz definitorischer Abgrenzungsversuche sind beide psychologisch-diagnostischen Verfahren aufgrund ihres engen Zusammenspiels in der Praxis oft nicht strikt voneinander trennbar (Kubinger, 2009). Anhand der Definitionen wird jedoch sichtbar, dass insbesondere die Multidimensionalität hinsichtlich der Anamnese eine wichtige Rolle spielt. Denn nur eine multimethodale und -dimensionale Betrachtungsweise kann in der Fallbehandlung, wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, die Variabilität kindlicher Entwicklung berücksichtigen und damit eine differenzierte entwicklungsdiagnostische Aussage/Prognose und darauf aufbauende Behandlung gewährleisten. Mit Blick auf die Hypothesenbildung und -prüfung wird daher eine möglichst breit angelegte anamnestische Erhebung der Bedingungsfaktoren für den gegebenen Sachverhalt durchgeführt (Deegener, 2009; Kubinger & Deegener, 2001).

Die Autoren Boerner (2010) und Westhoff & Kluck (2014) beispielsweise empfehlen allgemein von der wissenschaftlichen Fachwelt akzeptierte Themeninhalte, die in Abhängigkeit der theoretischen Ausrichtung der Praxis bzw. des/der Psychologen/in entsprechend der Fragestellung/en in einem psychologisch-diagnostischen Gespräch variieren können (Kubinger & Deegener, 2001). Im Klein- und Vorschulkindbereich werden in der Regel über mehrere Generationen (Kinder, Eltern und Großeltern) hinweg der Vorstellungsgrund, die kognitive, sozial-emotionale und körperliche Entwicklung des Kindes, sowie psychische, biologische und psychosoziale Risiken und entwicklungsfördernde Faktoren erfragt (Deegener, 2009).

Neben inhaltlichen Schwerpunkten können sich psychologische Gespräche im Wesentlichen bezüglich des Strukturierungsgrads (strukturiert-halbstrukturiert-unstrukturiert)

der Art des Kontakts (mündlich-schriftlich), der befragten Personen (Eigen- und Fremdanamnese) und der Positionierung innerhalb des diagnostischen Prozesses unterscheiden. In jedem Fall bedarf es einer umfassenden qualifizierten Ausbildung und sorgfältigen Planung zur anamnestischen und explorativen Gesprächsführung, um mögliche Fehlerquellen zu vermeiden (Bortz & Döring, 2006; Kubinger & Deegener, 2001). Diese können abgesehen von der Zuverlässigkeit der Angaben befragter Personen (Eltern, Großeltern, Erzieher/in, Kinder) entweder methodenimmanent sein und/oder am Interviewer selbst liegen (Kubinger & Deegener, 2001; Westhoff & Kluck, 2014).

So stellten beispielsweise Wiesflecker & Kubinger (2005) experimentell fest, dass ein sorgfältig vorbereiteter strukturierter Gesprächsleitfaden sich im Vergleich zur intuitiv-unstrukturierten Gesprächsführung in einem psychologisch-diagnostischen Erstgespräch als valider und ökonomischer erwies, da eindeutig mehr relevante und weniger irrelevante Informationen erhoben wurden. Darüber hinaus betont Kubinger (2009), dass vor allem in der Exploration zumindest ein vorformulierter Leitfaden (halbstrukturiert) eingesetzt werden soll, um unerwünschte Abweichungen bei einer vertiefenden Erforschung der Vorstellungen und Erwartungen der befragten Person zu verhindern. Ebenso führen kontraindizierte Gesprächsverhaltensweisen oder Beurteilungs- und Beobachtungsfehler bedingt etwa durch gegenwärtige Befindlichkeiten, Erfahrungen, Interessen, Vorurteile und implizite Persönlichkeitstheorien des Interviewers zu einer Verminderung der Objektivität und Validität informeller Ergebnisse (Bortz & Döring, 2006; Deegener, 2009; Kubinger & Deegener, 2001). Dies hat zur Folge, dass unterschiedliche PsychologInnen bei derselben Person nicht zu den gleichen Erkenntnissen gelangen, da die erhaltenen Informationen selektiv und/oder verzerrt bzw. falsch beurteilt werden. Schließlich ist neben der Objektivität, auch die Retest-Reliabilität nur schwer zu überprüfen, da eine Mehrfacherhebung wegen unterschiedlicher Ausgangslagen auf Seiten des/der Psychologen/in und des/der Klienten/in häufig nicht möglich ist (vgl. Kubinger & Deegener, 2001).

Im Gegensatz zum Erwachsenenbereich gibt es für jüngere Kinder nahezu keine standardisierten Interviewleitfäden. Der *Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT)* von Sturzbecher und Freytag (2000) stellt eine Ausnahme dar (Kastner-Koller & Deimann, 2009).

Aufgrund dieser Tatsache und dem Mangel an vielen Untersuchungen zu den Gütekriterien und evidenzbasierte Empfehlungen bezüglich der Art der Informationsgewinnung und deren Position innerhalb des diagnostischen Prozesses (Kubinger & Deegener, 2001), soll abschließend auf die wichtigsten grundlegenden diagnostischen und therapeutischen Anforderungen bezüglich eines psychologisch-diagnostischen Gesprächs mit Kindern und Eltern (vgl. Deegener, 1995; 2009) verwiesen werden:

Im Hinblick auf die Kontaktgestaltung ist darauf zu achten, dass die Räume, in denen die Anamnese und Exploration mit Klein- und Vorschulkindern durchgeführt werden, kindgerecht gestaltet sind und über ein altersadäquates Spielangebot verfügen. Des Weiteren soll das Gespräch, insbesondere die Exploration den Fragestellungen entsprechend sorgfältig vorbereitet werden. Dafür eignete sich der Einsatz eines strukturierten Interviews (Anfänger) oder die Verwendung eines halbstrukturierten Leitfadens mit den wichtigsten Themen (Fortgeschrittene).

Mögliche Beurteilungs- und Beobachtungsfehler des/der Interviewers/in (Projektion, Überparteilichkeit, Vorurteile, etc.) sowie seine/ihre eigene Grenzen der fachlichen Qualifikation sind ab dem telefonischen Erstkontakt und im weiteren Verlauf des diagnostischen Prozesses zu beobachten und kritisch zu hinterfragen. Zudem sollen den Eltern und Kindern genügend Zeit zur Eingewöhnung an die neue Situation und an den/die Diagnostiker/in eingeräumt werden, indem beispielsweise zu Beginn auf Spielwünsche des Kindes eingegangen wird.

Grundlegend sind kurze, klare Fragen/Aussagen zu formulieren. Vor allem bei Kindern ist auf eine altersentsprechende Ausdrucksweise zu achten, die keine Fachausdrücke, Fremdwörter und Suggestivfragen beinhaltet. Eigene Darstellungen, Fragen und Sorgen der Eltern/Kinder sollen genügend Raum im Gespräch erhalten. Paraphrasieren und Wiederholungen helfen bei der Absicherung eines gegenseitigen Verständnisses.

Eine gute Beziehungsqualität kann durch eine Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens geschaffen werden. Empathie, Respekt und Achtung vor der Lebensweise und der Persönlichkeit der Eltern/Kinder sind genauso wichtig wie eine ressourcenorientierte Zusammenarbeit mit allen Beteiligten, in dem gemeinsame Probleme erarbeitet und Lösungen gefunden werden.

Zusammenfassung

Die moderne Entwicklungsdiagnostik besitzt eine instrumentale Vielfalt, die im diagnostischen Prozess für die Anpassung an die jeweilige Fallbehandlung eingesetzt werden kann. Jedes Verfahren erfüllt mehr oder weniger gut in Abhängigkeit seiner psychometrischen Eigenschaften, dem theoretischen Hintergrund und der eigenen Methodik seine per se unterschiedliche Funktion. Während Entwicklungsscreenings hauptsächlich eine schnelle Erfassung von Entwicklungsrisiken erlauben, liefern Entwicklungstests ein differenziertes Abbild des aktuellen Entwicklungsniveaus eines Kindes. Verhaltensbeobachtungen wiederum, fokussieren sich auf die kindlichen Verhaltens- und Ausdrucksäußerungen, also vorwiegend nicht kognitiven Leistungsmerkmale, wohingegen das psychologisch-diagnostische Gespräch primär Entwicklungsbedingungen und die damit verbundene subjektive Sicht der beteiligten Personen zum Gegenstand hat.

Trotz der unterschiedlichen Zielsetzungen und Anwendungsbereiche, bieten sie gleichzeitig Überschneidungsmöglichkeiten für eine Mehrfacherhebung derselben entwicklungsbezogenen Inhalte an. So kann zum Beispiel die Sprachproduktion eines Kindes unter Zuhilfenahme aller Verfahren beurteilt werden, um die Befunde gegenseitig absichern und damit zuverlässige Entwicklungsaussagen vor allem im Hinblick auf Prognosen und Interventionsmaßnahmen machen zu können.

Als nächstes sollen Kinder und Eltern im diagnostischen Prozess betrachtet werden. Sie stellen als Informationsquelle eine weitere Manifestation der multimodalen Vorgehensweise dar.

3.2 Informationsquellen

3.2.1 Kinder

Die psychologisch-diagnostische Untersuchung von Klein- und Vorschulkindern hat in der Entwicklungsdiagnostik eine lange Tradition. Obwohl diese meistens problemlos verlaufen, stellen sie eine besondere Herausforderung für den/die Diagnostiker/in dar. Denn aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Entwicklung im kognitiven, sprachlichen und emotionalen Bereich sind Kinder nur bedingt für die Datenerhebung geeignet

(vgl. Deimann & Kastner-Koller, 2007; Esser & Ballaschk, 2008; Irblich & Renner, 2009).

Insbesondere sehr junge Kinder werden von ihrer momentanen Befindlichkeit gesteuert und legen häufig ein unvorhersehbares Verhalten an den Tag, auf das der/die Diagnostiker/in flexibel und rücksichtsvoll zu reagieren hat. Anfängliche Ängstlichkeit und Schüchternheit gehören genauso wie intensive Gefühlsausbrüche, grenzüberschreitenden Verhaltensweisen und eine ungewollte Trennung von den Eltern zu den typischen Phänomenen in einer Untersuchungssituation (Irblich & Renner, 2009; Petermann & Köller, 2013; Sarimski, 2009).

Gerade das Wohlbefinden eines Kindes spielt aber für die Kooperationsbereitschaft eine entscheidend Rolle. Ein gleichbleibend freundlicher und erfahrener Umgang durch den Diagnostiker/in und eine entsprechende Raumgestaltung bilden die Grundvoraussetzung, um eine Atmosphäre der Sicherheit und des Wohlfühlens zu schaffen. Außerdem sind vorab mögliche physische und psychische Störfaktoren auf Seiten des Kindes, wie akute Erkrankungen, Belastungen, Schlafstörungen oder Hungergefühle mit den Eltern dringend vorab abzuklären (Esser & Petermann, 2010; Irblich & Renner, 2009), da sie die Untersuchung erschweren und im ungünstigen Fall die Testergebnisse beeinflussen können (Ettrich, 2000).

Auch wenn die Motivierbarkeit der Kinder ab dem vierten Lebensjahr zunimmt, lassen sich im Verhältnis zu Schulkindern deutlich mehr Schwankungen hinsichtlich der Motivation und der Aufmerksamkeitsspanne nachweisen (Esser & Ballaschk, 2008). Diese lassen sich durch ein kindgerechtes Testmaterial und eine spielerische Gestaltung der Testaufgaben mit hohem Aufforderungscharakter in der Testsituation reduzieren (Kastner-Koller & Deimann, 2012; Sturzberg & Freytag, 2000). Vorausgesetzt der/ die Diagnostiker/in beherrscht das Untersuchungsmaterial und den -ablauf perfekt. Ebenso tragen lobende und ermutigende Worte sowie die Berücksichtigung der aktuellen Bedürfnislage des Kindes zur Aufrechterhaltung der Motivation bei. Ferner werden Kinder üblicherweise vormittags getestet, da sie zu diesem Zeitpunkt interessierter und leistungsfähiger sind (Esser & Petermann, 2010; Irblich & Renner, 2009).

Schaut man sich speziell die Befragungssituation mit Kindern an, so ist festzustellen, dass die Art des Gesprächs, die Auswahl der thematischen Inhalte und die Bedeutungszumessung der ermittelten Informationen von den mnestischen, introspektiven und sprachlichen Kompetenzen des Kindes abhängen (Federer, Stüber, Margraf, Schneider & Herrle, 2001; Kastner-Koller & Deimann, 2009). So verfügen viele junge und entwicklungsverzögerte Kinder nicht über die notwendige, aktive und passive Sprachkompetenz Sachverhalte angemessen darzustellen (Deimann & Kastner-Koller, 2015). Sie weisen eine alterskorrelierte, geringere Erinnerungsleistung hinsichtlich des Umfangs und der Genauigkeit auf (Sturzbecher & Freytag, 2000) und setzen kaum Gedächtnisstrategien ein (Berk, 2011).

Im Allgemeinen ist die Befragung von Kindern störanfälliger. Neben dem Grad der psychischen Belastbarkeit des Kindes, inhaltlichen Verständnisschwierigkeiten und sprachlichen Problemen kann eine suggestive Gesprächsführung das Antwortverhalten erheblich verfälschen (Petermann & Macha, 2003, Sturzbecher & Grundmann, 2001). Dies gilt vor allem für Kinder bis zum vierten Lebensjahr. Erst ab einem Alter von 10 Jahren zeigen Kinder nahezu dieselbe Suggestibilität wie Erwachsene (Sturzbecher & Freytag, 2000). Das liegt zum einen daran, dass die Metakognition der Kinder noch nicht ausgereift ist, um nachvollziehen zu können, welche Absichten des/der Interviewer/in verfolgt (Berk, 2011). Zum anderen zeigen Kinder vermehrt sozial erwünscht Antworttendenzen, da sie den/die Interviewer/in als Autorität wahrnehmen und seinen/ihren Erwartungen gerecht werden wollen (Kastner-Koller & Deimann, 2009; Lugt-Tappeser, 1994).

Kurzum, die Berichte der Kinder „fallen besonders bis zum Vorschulalter oftmals spärlich, konfus und inkonsistent aus“ (Roebbers & Elischberger, 2002; S. 2). Dies hat zur Folge, dass Kinder häufig indirekt über projektive Verfahren befragt werden, die den Nachteil einer mangelnden Objektivität aufweisen und Kinder suggestiv beeinflussen können (Federer et al. 2001; Lugt-Tappeser, 1994). Trotz der Einschränkungen dürfen Kinder aber keinesfalls als Informationsquelle unterschätzt werden. Denn ab dem dritten Lebensjahr sind Kinder aufgrund ihrer Skriptrepräsentationen und in späterer Folge wegen ihres autobiografischen Gedächtnisses in der Lage von ihren eigenen, sowie beobachteten Erlebnissen frei zu berichten (Berk, 2011; Deimann & Kastner-Koller, 2009). Ihre Befragungsergebnisse können dabei genauso zuverlässig, wie die der Er-

wachsenen sein (Sturzbecher, 2001). Die Genauigkeit der Informationen kann durch spezielle Interviewtechniken, Gesprächsvorbereitungen und Hilfsmittel gesteigert werden (Gordon, Saetermoe & Goodman, 2005; Roebbers & Elischberger, 2002).

Wie bereits von Deegener (2009) vorgeschlagen, sollen dem Kind als Antwort auf die möglichen Begrenzungen kurze, altersadäquate Fragen gestellt werden, die sich bestenfalls auf die unmittelbare Umwelt beziehen. Denn konkrete, sich im Alltag wiederholende Situationen sind für das Kind überschaubar und ihm vertraut (Kastner-Koller & Deimann, 2009; Sturzbecher & Freytag, 2000).

Vergleicht man die qualitativen Zugänge zur Erfassung relevanter Eigenschaften bei Kindern, so scheint die Verhaltensbeobachtung unter Berücksichtigung personenbezogener Merkmale vorteilhafter, da sie am Geschehen unmittelbar anknüpfen (Schölmerich et al., 2003). Das Gelingen einer psychologisch-diagnostischen Untersuchung mit Kindern hängt jedoch maßgeblich von der Qualifikation des/der Diagnostikers/in ab (Irblich & Renner, 2009; Petermann & Köller, 2013). Denn für den Klein- und Vorschulkindbereich gibt es zwar einige standardisierte Testverfahren, aber wenig standardisierte Beobachtungsinventare und Interviewleitfäden (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Kastner-Koller & Deimann, 2009).

3.2.2 Eltern

Die Befragung der Bezugspersonen als fester Bestandteil des diagnostischen Alltags besitzt einen hohen Stellenwert für die Aussagekraft der Untersuchung eines Kindes (Deimann & Kastner-Koller, 1995; Rennen-Allhoff, 1991). Denn „je jünger die Kinder sind, umso mehr werden die Informationssammlungen über Dritte erfolgen müssen“ (Deegener, 2009; S. 86).

Gerade Eltern, insbesondere Mütter, sind sehr am Entwicklungsgeschehen ihrer Kinder interessiert. Sie haben für gewöhnlich einen guten Überblick über den bisherigen Entwicklungsverlauf (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Glascoe & Marks, 2011; Lugt-Tappeser, 1994) und sind daher in der Lage das erforderliche Wissen über die Lebenswelt ihres Kindes in differenzierter Weise zur Verfügung zu stellen, die es zu Klärung der Fragestellung(en) und zur Informationsgewinnung bedarf (Irblich & Renner,

2009b). Klein- und Vorschulkinder sind, wie bereits oben angeführt, aufgrund ihrer entwicklungsbedingten Einschränkungen noch nicht dazu fähig (Kastner-Koller & Deimann, 2009). Der Beratungsanlass bzw. die Präzisierung des Messgegenstandes stellt insofern den wichtigsten Anfangsschritt im diagnostischen Prozess dar, als dass er dem/der Diagnostiker/in die Auswahl geeigneter psychologisch-diagnostischer Verfahren und die Festlegung von Behandlungsempfehlungen ermöglicht bzw. erleichtert (Irblich & Renner, 2009).

Im Zuge eines psychologisch-diagnostischen Gesprächs liefern Eltern nicht nur Informationen zur Persönlichkeit und Biographie des Kindes, sondern auch speziell zu Entwicklungsbereichen, die nur schwer über andere entwicklungsdiagnostische Testverfahren zu erfassen sind (Deegener, 2009; Deimann & Kastner-Koller, 2007). Dazu zählen zum einen die emotionalen und sozialen Fähigkeiten des Kindes. Einige standardisierte Testverfahren, wie der *Wiener Entwicklungstest* von Kastner-Koller und Deimann (2012) und der *Entwicklungstest für Kinder von 6 Monaten bis 6 Jahren-Revision* von Petermann und Macha (2013) machen sich diesen Vorteil zu Nutze. Sie beziehen Elternauskünfte durch die Bewertung bestimmter Items mit ein, um entwicklungsbezogene Merkmale bzw. Merkmalskonstrukte angemessen abzubilden (Petermann & Macha, 2003; Pohl, 2003). Zum anderen können die Ressourcen und Stärken des Kindes über die Eltern erfragt werden. Diese liegen bei den meisten verhaltensorientierten Fragebögen wie etwa der *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder* (VBV 3-6; Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt, 1993) oder *Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder* (CBCL/1½-5; Achenbach, 2000) nicht im Fokus der Betrachtung, da sie hauptsächlich mit dem Aufdecken von Defiziten bzw. Schwächen des Kindes beschäftigt sind (Deegener, 2009).

Schließlich braucht es für eine zuverlässige Beurteilung und Vorhersage kindlicher Entwicklung gründliche Kenntnisse über die familiären und sozialen Lebensbedingungen. Dazu gehören zum Beispiel akute Lebenskrisen, Spannungsverhältnisse innerhalb der Familie, die Lebensgeschichte der Eltern, fehlerhaftes Erziehungsverhalten und der sozio-ökonomische Status. Diese und andere Faktoren müssen auf jeden Fall bei der Planung von Behandlungskonzepten berücksichtigt werden. Denn sie können für problematische Verhaltensweisen mitverantwortlich sein und zu deren Aufrechterhaltung beitragen (vgl. Ettrich, 2000; Irblich & Renner, 2009).

Außerdem verfügen kinderpsychologische Praxen oft nicht über die zeitlichen Ressourcen für eine aufwendige Untersuchung gewisser Fertigkeiten, so dass auf die ausgiebigen Beobachtung Gelegenheiten der Eltern entweder ganz oder nur zu einem geringen Teil zurückgegriffen wird (Federer et al., 2001; Rennen-Allhof, Allhof, Bowi & Laaser, 1993). Für die Planung einer systematischen Verhaltensbeobachtung stellt die „ausführliche Befragung der Eltern zu Art, Häufigkeit und Dauer der problematischen Verhaltensweisen, sowie den bisher unternommenen Versuchen zur Verhaltensänderung“ (Sarimski, 2009b; S.109) ein wesentliches Kriterium dar, um die beschriebenen Verhaltensprobleme samt ihrer Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen analysieren zu können. Im Abschluss der Untersuchung können so dann passende Verhandlungskonzepte empfohlen werden, die im Idealfall eine stabile und positive Verhaltensänderung bewirken (Sarimski, 2009b).

Zeitökonomische Vorteile bietet auch der Einsatz anamnestischer Elternfragebögen. Diese können zu Hause oder im Wartezimmer in aller Ruhe und in gegenseitiger Absprache mit dem Ehepartner/in ausgefüllt werden, wobei eine ergänzende Exploration zu einigen Teilen des Fragebogens für eine umfassende und differenzierte Diagnostik unentbehrlich ist (Deegener, 2009; Glascoe 1999; 2000).

Des Weiteren erhöht eine gute Beziehungsqualität bzw. Zusammenarbeit mit dem/der Diagnostiker/in die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern wahrheitsgetreu antworten, die empfohlenen Interventionsmaßnahmen nach Beendigung der Untersuchung umsetzen und zu weiteren Verlaufskontrollen mit ihren Kindern erscheinen (Glascoe & Marks, 2011; Irblich & Renner, 2009).

Zusammenfassung

In Anlehnung an das Konzept der multimodalen Diagnostik gehören neben Entwicklungstests, -screenings und Verhaltensbeobachtungen, psychologisch diagnostische Gespräche mit den Eltern zum entwicklungsdiagnostischen Alltag. D. h., dass für die kinderpsychologische Untersuchung eines Kindes nicht nur die Beurteilung des/der Psychologe/Psychologin, sondern die Einschätzungen der Eltern von zentraler Bedeutung sind (Koch, Kastner-Koller, Deimann, Koitz & Steiner, 2011), da sie mit der Entwick-

lung des Kindes vertraut sind und bei ihren Kindern selbst eine zielgerichtete Informationsgewinnung stark begrenzt ist (Deimann & Kastner-Koller, 2007).

Ob und inwiefern die Angaben der Eltern einen validen und reliablen Informationszuwinn darstellen, gilt es im Folgenden durch aktuelle Forschungsergebnisse näher zu betrachten. Als erstes sollen in diesem Zusammenhang die verschiedenen Typen von Elternangaben und ihre Bedeutung für den diagnostischen Prozess vorgestellt werden.

4. Elterninformationen

4.1 Typen von Elternangaben

Glascoe und Marks (2011) unterscheiden vier verschiedene Arten von Elternangaben, die im diagnostischen Untersuchungsprozess erhoben werden können.

- **Berichte (= „Report“)**
zählen zu den am häufigsten genutzten Elternangaben. Sie enthalten ziemlich genaue Beschreibungen über die aktuellen Fähigkeiten und Leistungen des Kindes, da Eltern in der Regel über mehr Beobachtungsebenen verfügen.
- **Prognosen (= „Predictions“)**
umfassen Annahmen über die zukünftige Entwicklung eines Kindes. Da die Sorgen und Wünsche der Eltern ihre eigenen Einschätzungen stark beeinflussen können, gehören sie zu den weniger zuverlässigen Informationsquellen und kommen daher selten zur Anwendung.
- **Alterseinschätzungen und -bewertungen (= „Age Estimations and Ratings“)**
beinhalten die Aufgabe das Entwicklungsalter des Kindes anhand von Entwicklungsmeilensteinen mittels oder ohne Bewertungseinheiten (z.B. „unterdurchschnittlich“, „durchschnittlich“, „überdurchschnittlich“) zu beurteilen. Sie erweisen sich als gute Indikatoren für den allgemeinen Entwicklungsstatus eines Kindes, aber aufgrund der niedrigen Spezifität nicht für einzelne Entwicklungsbereiche (Glascoe & Sandler, 1995).

- Bedenken (= „Concerns“)
sind eigene Aussagen der Eltern über ausgewählte Beobachtungen und Erziehungsaspekte. Sie haben den großen Vorteil, dass sie unabhängig vom Bildungsrat und den Erfahrungserfahrungen der Eltern leicht, schnell und kostengünstig zu erheben sind (Glascoe, 1999; 2000). Über dies fühlen sich Eltern häufig durch die unmittelbare Beschäftigung mit ihren Anliegen und Sorgen von den Experten/in ernstgenommen, was wiederum die Motivation und Bereitschaft zur Zusammenarbeit fördert.

In der empirischen Anwendung hat sich gezeigt, dass insbesondere die Kombination elterlicher Bedenken und Berichte, welche durch standardisierte Verfahren erfasst werden, sich als effektive Methode zur Erkennung von Entwicklungs- und Verhaltensproblemen erweisen (Glascoe & Dworkin, 1995).

Zur systematischen Erfassung, Interpretation und Klassifikation elterlicher Bedenken von 0 bis 8 jährigen Kindern entwickelten Glascoe und ihr Team ein evidenz-basiertes Screeningverfahren in Form eines strukturierten Fragebogens. Zahlreiche Studien mit dem Parents` Evaluation of Developmental Status (PEDS; Sensitivität = 86%, Spezifität = 74%) bestätigen, dass es sich bei elterlichen Bedenken um hochsignifikante, aber nicht uneingeschränkte, Prädiktoren handelt. In Anlehnung an verschiedene Entwicklungsbereiche werden insgesamt 11 verschiedene Typen elterlicher Bedenken unterschieden: Global/Kognitiv, Sprachproduktion und Artikulation, Sprachverständnis, Feinmotorik, Grobmotorik, Verhalten, Sozial-Emotional, Selbstständigkeit, Schule, Andere, Keine (Glascoe, 2000; 2013; Glascoe & Marks, 2011).

Neben den verschiedenen Arten von Elternangaben, können die thematischen Inhalte, der Befragungsmodus, die personenbezogenen Merkmale, sowie die psychometrischen Eigenschaften der Studien den Grad der Zuverlässigkeit und Gültigkeit (= Verlässlichkeit) elterlicher Einschätzungen beeinflussen (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Deimann, Kastner-Koller, Benka, Kainz & Schmidt, 2005; Rennen-Allhoff, 1991)

4.2 Verlässlichkeit der Elternangaben

4.2.1 Art der Informationen

Rennen-Allhoff (1991) beschäftigte sich mit der Literatur zur Verlässlichkeit elterlicher Einschätzungen. Bei der Betrachtung *retrospektiver Angaben* stellte sich heraus, dass sich Eltern beispielsweise gut an das Geburtsgewicht (auch noch nach über einem Jahrzehnt), die Dauer des Stillens, auffällige Krankheiten und Krankenhausaufenthalte, sowie plötzliche Umstellungen in der Entwicklung ihrer Kinder, wie die ersten Gehschritte, erinnern können. Weniger verlässlich scheinen Einschätzungen zu sein, die das Alter progressiver Entwicklungsmeilensteine betreffen, da diese schrittweise und langsam von statten gehen, wobei die *subjektive Valenz* der Eltern im Einzelfall nicht außer Acht gelassen werden darf. Zu den eher weniger gut erinnerten Entwicklungsmeilensteinen gehören beispielsweise der Beginn der Sprache, sowie der erste Zahn oder das erste Lächeln.

Bezüglich der Einschätzung des *Entwicklungsstandes* und *der Intelligenz* verhält es sich annähernd gleich. Zwischen ihnen und den Elterneinschätzungen bestehen üblicherweise Zusammenhänge von einer mittelhohen Größenordnung (Buch, Jörn, Sparfeldt & Rost, 2006). Nichtsdestotrotz neigen Eltern, insbesondere Mütter, eher dazu das Entwicklungs- und Leistungsniveau ihrer Kinder zu überschätzen, wobei ihnen die Beurteilung der Position ihres Kindes bezüglich eines Leistungsmerkmals innerhalb der Altersgruppe recht gut gelingt (vgl. Rennen-Allhoff, 1991):

Deimann et al. (2005) untersuchten die Zuverlässigkeit der Einschätzungen von Müttern mit dem Wiener Entwicklungstest (WET, Kastner-Koller & Deimann, 2012). Hierbei konnte eine Tendenz zur leichten Überschätzung der Mütter bezüglich der Gesamtentwicklung und der Entwicklung in den einzelnen Funktionsbereichen gezeigt werden. Insbesondere die motorische (WET; Turnen, Lernbär) und sozial-emotionale Entwicklung (WET; Fotoalbum), als auch einzelne Untertests, die die perzeptuelle (WET; Nachzeichnen), sprachlich-kognitive (WET; Quiz) und kognitive Entwicklung (WET; Bunte Formen) sowie Gedächtnisfähigkeiten (WET; Zahlen merken) erfassen, wurden von den Eltern nachweislich überschätzt.

Noch deutlicher wurde die Überschätzung wenn man sich die Einschätzungen in Abhängigkeit vom *Sozialverhalten* des Kindes anschaut. Mütter sozial auffälliger Kinder überschätzten den Entwicklungsstand um eine Standardabweichung mehr als Mütter sozial unauffälliger Kinder (0,3 Standardabweichung) und schätzen das Entwicklungsprofil ihrer Kinder als durchschnittlich ein, obwohl störungsspezifische Entwicklungsdefizite nachgewiesen wurden. Im Gegensatz zu den elterlichen Einschätzungen stimmten nicht nur die Urteile der Kindergartenpädagoginnen mit den tatsächlichen Auffälligkeiten der Kinder überein, sondern die Kindergartenpädagoginnen hatten die Auffälligkeiten seit über einem halben Jahr beobachtet. Ob Eltern die Verhaltensauffälligkeiten nicht wahrgenommen, aus *Unwissenheit* nicht erkannt oder sogar *ignoriert* haben, konnte nicht geklärt werden.

Glascoe (2003) berichtete ebenfalls davon, dass Eltern trotz psychischer Auffälligkeiten ihrer Kinder keine Bedenken äußerten. In der Studie von Koch et al. (2011) erwiesen sich die Kindergartenpädagoginnen erneut als reliable Informationsquellen für die Entwicklung normal begabter Kinder. Diese Ergebnisse machen deutlich, warum nicht nur Eltern, sondern auch nahe Bezugspersonen, wie Kindergartenpädagoginnen bei der Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten in den diagnostischen Prozess unbedingt miteinbezogen werden sollten.

In der Studie von Willinger & Eisenwort (2005) wurde ebenfalls eine eindeutige Überschätzung bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung bestätigt. Es wurde geprüft, wie genau Mütter den *aktiven Wortschatz* und die *grobmotorischen* Fähigkeiten ihrer Kinder im Vergleich zu Testergebnissen (Aktiver Wortschatztest für 3-6 Jährige Kinder; Untertest Turnen aus dem Wiener Entwicklungstest) itemweise einzuschätzen vermögen. Ausnahmslos alle Mütter überschätzen signifikant den aktiven Wortschatz ihrer Kinder und waren somit weniger in der Lage Beeinträchtigungen im sprachlichen Bereich korrekt zu identifizieren, als in der Grobmotorik.

6 Jahre später wendeten Willinger, Schaunig, Jantscher, Schmoeger, Loader, Kummer und Peer (2011) dieselbe Methode an einer *nicht-klinischen Stichprobe* von Vorschulkindern an und kamen zum selben Ergebnis hinsichtlich des aktiven Wortschatzes. Sie raten daher zur Vorsicht bei der Verwendung von Elternangaben und empfehlen sie

keinesfalls als einzige Informationsquelle im entwicklungsdiagnostischen Untersuchungsprozess zu nutzen.

Für die *schulbezogenen Merkmale* wie Schulnoten oder Leistungsrangreihen in der betreffenden Klasse konnte eine recht gute Zuverlässigkeit ermittelt werden, da Eltern über klare Vergleichsmaßstäbe und Rückmeldungen von Seiten des Kindergartens und/oder der Schule verfügen. Dasselbe gilt auch für *beobachtbare Verhaltensweisen*. Dagegen scheinen *leistungsferne Merkmale* den Eltern bei der Einschätzung Schwierigkeiten zu bereiten. Hierunter fallen vor allem Stimmungen, seelische Stabilität, Ängste, Motivation, Selbstvertrauen und soziale Beziehungen. Nahezu alle Bereiche, die hauptsächlich der Introspektion zugänglich sind und die einen Vergleich mit anderen Peers erschweren, da es an eindeutig beobachtbaren Indikatoren mangelt (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Helmke & Schrader, 1989; Rennen-Allhoff, 1991).

Die Forscher Federer et al. (2001) beschäftigten sich etwas genauer mit dem Thema *Kinderängstlichkeit*. Sie fanden heraus, dass sich der Angst-Diagnose-Status des Kindes durch Elterneinschätzungen erfassen ließ. Dazu zählten spezifische Angstdiagnosen wie Trennungsangst, Sozial- und spezifische Phobien. Eine Ausnahme bildeten die agoraphobischen Ängste, da sie über die Selbsteinschätzung des Kindes besser vorhergesagt wurden. Eltern scheinen demnach, wie bereits angeführt, introspektive, nicht direkt beobachtbare Ängste verborgen zubleiben. Dies entspricht der von Lugt-Tappeser (1994) gemachten Erfahrung aus Elterngesprächen in der diagnostischen Praxis: Zukunftsängste, Ängste vor Krankheit und Tod werden weniger von den Eltern wahrgenommen als Schul- und Leistungsängste.

Darüber hinaus lassen sich geringe Übereinstimmungen zwischen den Angaben der Eltern und anderen Informationsquellen finden, wenn sie zu *Verhaltensauffälligkeiten* befragt werden. Situations- und personenabhängige Aspekte der Befragten scheinen dabei von Relevanz zu sein. Während Kinder von ihren Gefühlen und Symptomen und Lehrer öfters von *antisozialem Verhalten* und *Aufmerksamkeitsstörungen* berichten, geben Eltern, vielmehr die Mütter als die Väter, *Verhaltenssymptome* (vgl. Duhig, Renk, Epstein & Phares, 2000) an. Die Gründe hierfür liegen vermutlich in der Art der Situation und im Ausmaß der Beobachtung Gelegenheiten. Dementsprechend können

unterschiedliche Quellen als ergänzend, aber nicht als ersetzend betrachtet werden (vgl. Döpfner, 1997; Rennen-Allhoff, 1991).

Thiels und Schmitz (2008) verglichen ebenfalls Selbstbeurteilungen mit Fremdbeurteilungen von *Verhaltensauffälligkeiten* bei Kindern und Jugendlichen. Dazu wurden die Einschätzungen des Kindes, der Eltern und der Lehrer mittels der deutschen Version des Fragebogeninventars von Achenbach (Youth Self Report, Child Behavior Checklist & Teacher Report Form) erhoben. Bezüglich der acht Syndromskalen (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich-depressive Symptomatik, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten, soziale Probleme, schizoid/zwanghafte Symptomatik und Aufmerksamkeitsprobleme) ließen sich nur geringe Zusammenhänge finden. Lediglich 12,6 % und 6,4% der Variation der Selbstbeurteilungen von Kinder und Jugendlichen konnten im Durchschnitt durch Eltern und Lehrer erklärt werden. Für die beiden Störungsdimensionen, externalisierende und internalisierende Störungen, ergaben sich jedoch signifikante mittlere Zusammenhänge. Die größte Übereinstimmung fand sich in der elterlichen Einschätzung *externalisierender Störungen* und der Selbstbeurteilung des Kindes. Die Lehrer schnitten deutlich schlechter ab. Globale Einschätzungen, vor allem in Verbindung mit beobachtbaren Verhaltensweisen, fallen Eltern demnach wohl leichter (Deimann & Kastner-Koller, 2007), als Kinder nach konkreten Syndromen zu beurteilen. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass eine bessere Vorhersage auf Dimension und Syndromebene möglich ist, wenn beide Fremdbeurteilungen miteinander kombiniert und Jungen und Mädchen getrennt voneinander betrachtet werden. Mädchen konnten im Vergleich zu den Buben besser eingeschätzt werden. Dies mag laut Autoren vielleicht an den valideren Selbstaussagen der Mädchen bedingt durch eine erhöhte Introspektionsfähigkeit liegen.

Koch et al. (2011) stellten ebenso in ihrer Studie fest, dass Mütter externalisierende Verhaltensprobleme, wie Aggression und Hyperaktivität, signifikant besser als sozial-emotionale Verhaltensprobleme einschätzen konnten, wobei Kindergartenpädagoginnen ähnliche Ergebnisse erzielten.

4.2.2 Art der Befragung

Neben der Art der erfragten Informationen spielt die Befragungsmethode und die Befragungssituation (siehe auch Kapitel 3.1.4) für die Verlässlichkeit von Elterninformationen eine wichtige Rolle (Deimann & Kastner-Koller; 2007; Rennen-Allhoff, 1991).

Offene Fragen oder *spontane Berichte* scheinen weniger geeignet zu sein, um zuverlässige Informationen zu erhalten, da oft nur ein kleiner Ausschnitt wesentlicher Aspekte zu Tage befördert und bei einer wiederholten Befragung eine andere Gewichtung vorgenommen wird. Abhilfe können stark *durchstrukturierte* Interviews bzw. Gespräche schaffen, die ähnliche Fragen zu einem Themenkomplex beinhalten, wobei anzumerken ist, dass die Fragen nicht alle denkbaren Merkmale und Verhaltensweisen beinhalten. Daher ist eine Kombination aus offener Befragung und strukturiertem Interview diagnostisch von Vorteil. Auch dürfen die Gespräche nicht allzu lang dauern, da ansonsten Ermüdungseffekte auftreten können (vgl. Allhoff, Bowi & Lasser, 1992; Rennen-Allhoff, 1991).

In der Studie von Buch, Sparfeldt und Rost (2006) wurden die Einschätzungen der Eltern hochbegabter und normalbegabter Kinder anhand verschiedener Befragungsmodi untersucht. Zum Tragen kamen hierbei sowohl *offene*, als auch *standardisierte Fragen* eines eigens konstruierten Fragebogen, die den aktuellen und retrospektiven Entwicklungsstand des Kindes erfassen sollten. Unterschiede ließen sich in den standardisierten Elternratings zum momentanen Entwicklungsstand der Sprache und des Intellekts finden, nicht aber im sozialen, körperlichen und seelischen Bereich, obwohl häufig in der Literatur von Unterschieden ausgegangen wird (Stapf, 2008). Hier waren die Einschätzungen sehr ähnlich, nur die sprachliche und kognitive Entwicklung von Eltern hochbegabter Kinder wurde als akzelerierter beurteilt. Die freien Elternbeschreibungen bezüglich frühkindlicher Entwicklungsbesonderheiten ergaben keine bemerkenswerten Unterschiede. Die hochbegabten Kinder wurden nicht als besonders auffällig im Hinblick auf typische Checklistenmerkmale wie geringes Schlafbedürfnis oder altersinadäquate Interessen erlebt. Buch et al. kamen insgesamt zu dem Schluss, dass Elternangaben, insbesondere freie Erinnerungen, zur Identifikation von hochbegabten Kindern, eher unbrauchbar sind. Fraglich bleibt, ob der selbstentwickelte Fragebogen valide und reliabel genug war.

Da sich Sprachentwicklungsstörungen ungehindert auf andere Entwicklungsbereiche negativ auswirken können (Zorowka, 2008), entwickelten Grimm und Doil (2000) zwei *standardisierte Elternfragebögen* (ELFRA 1 und ELFRA 2), zur Früherkennung der rezeptiven und expressiven Sprachentwicklung bei ein- bis zweijährigen Kindern. In einigen Untersuchungen konnten für die jüngeren Kindern mittlere und bei 18 und 24 Monate alten Kindern hohe Zusammenhänge zwischen den Angaben der Mütter und den tatsächlichen Testergebnissen eines Sprachentwicklungstests (Bayley-Skalen) aufgezeigt werden.

Nicht nur der Grad der Strukturierung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Elterneinschätzungen, sondern auch die Art und Weise wie Fragen formuliert werden. So kann eine bestimmte Wortwahl bei den Eltern eher Reaktanz auslösen, als das sie die Kommunikation und das gegenseitige Verständnis fördert. Ferner darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass Eltern keine entwicklungsdiagnostischen Experten/innen sind. Sie haben oft ein anderes Verständnis von Entwicklung und unterteilen diese nicht nach Entwicklungsbereichen. Dies hat unter Umständen zur Folge, dass der Urteilsanker sich von denen der ExpertInnen unterscheidet und zu einer weniger zuverlässigen Datenerhebung führt (Döpfner, 1997; Glascoe & Marks, 2011) Aus diesem Grund wurden beispielsweise die Fragen des PEDS (Parents` Evaluation of Developmental Status) für die Entwicklungsbereiche getrennt formuliert und in einer Pilot- und Feldstudie auf ihre Tauglichkeit/Verständlichkeit hin geprüft (Glascoe, 2000; Glascoe & Marks, 2011).

Darüber hinaus empfehlen Glascoe & Marks (2011) die Fragen nach elterlichen Bedenken an erster Stelle zu setzen, bevor die elterlichen Berichte über aktuelle Fähigkeiten eines Kindes erhoben werden. Eltern könnten ansonsten überbesorgt reagieren und mehr Bedenken äußern als erforderlich, weil sie das Gefühl hätten von dem/der Experten/in hinsichtlich ihres Wissens getestet zu werden.

4.2.3 Personenbezogene Merkmale

Schließlich können die Eigenschaften der Eltern und die der Kinder die Genauigkeit der Angaben beeinflussen (vgl. Rennen-Allhoff, 1991; Thiels & Schmitz, 2008).

Aus diesem Grund untersuchten Federer et al. (2001) den Einfluss elterlicher und kindlicher Merkmale auf die Selbst- und Fremdeinschätzungen von Kinderängstlichkeit. Dabei konnte festgestellt werden, dass weder die *schulische Leistungsfähigkeit*, noch das *Geschlecht* des Kindes, anders in der Studie von Thiels und Schmitz (2008), einen signifikanten Einfluss auf die Kinder-Elternübereinstimmungen hatten. Dasselbe galt für das *Bildungsniveau* der Eltern. Einzig allein die erhöhte *State-Angst* des Kindes sowie die *Depressivität* der Mutter führten zu einer Überschätzung der Kinderängstlichkeit.

LaRosa, Glascoe und Macias (2009) hingegen machten darauf aufmerksam, dass Eltern mit *depressiven Symptomen* genauso gut in der Lage waren Kinder mit Entwicklungsverzögerungen oder normaler Entwicklung zu identifizieren als Eltern ohne psychischer Beeinträchtigung. Nur die Bewertung akzelerierter Kinder bereitete ihnen Schwierigkeiten. Darüber hinaus unternahmen sie weniger Aktivitäten zur Unterstützung des Entwicklungsgeschehens ihrer Kinder als klinisch unauffällige Eltern. Genauso effektiv können aber auch Eltern mit Ängsten oder anderen leichten psychischen Beeinträchtigungen nach ihren Bedenken befragt werden (Glascoe, 2012).

Unsicherheiten bezüglich des *allgemeinen Gesundheitsstatus* der Kinder führen dazu, dass Eltern häufiger pädiatrische Beratungsstellen in Anspruch nehmen und mehr Bedenken äußern (Glascoe & Marks, 2011). Neben *biologischen und psychosozialen Risikofaktoren* (Glascoe, 2013; Woolfenden, Eapen, Williams, Hayen, Spencer & Kemp, 2014) beeinflusst auch das *Alter des Kindes* die Anzahl, sowie die Art elterlicher Bedenken, wodurch sich die Vorhersagekraft für verschiedene Entwicklungsprobleme (Sensitivität: 74% - 79%; Spezifität: 70 % -80 % für die Alterspanne von 0-8 Jahren; Glascoe, 2013) verändert. Denn je mehr prädiktive bzw. signifikante Bedenken genannt werden, desto höher ist das Risiko für etwaige Entwicklungsprobleme (Glascoe, 1999a). So treten beispielsweise um den 18. Lebensmonat zunehmend Bedenken über das Verhalten auf und verringern sich im Alter zwischen 3,5 und 4 Jahren. Bedenken über Sprache, motorische Fähigkeiten und Schule nehmen mit dem Alter zu. Allerdings eignen sich letztere weniger gut zur Vorhersage von Entwicklungsproblemen, wenn das Kind noch nicht 4,5 Jahre alt ist (vgl. Glascoe, 2000; 2013; Glascoe & Marks, 2011). Auf die Vorhersagekraft elterlicher Bedenken wird gesondert im letzten Kapitel 4.3 eingegangen.

Außerdem äußern manche Eltern trotz der psychischen Auffälligkeiten ihrer Kinder keine oder nur wenig Bedenken (Glascoe, 2003). Dies kann zum einen an einem *niedrigen sozioökonomischen Status* der Eltern liegen, zum anderen daran, dass *andere Bezugspersonen* als die Eltern befragt wurden. Ebenso spielen *sprachliche* und *kommunikative Barrieren* (Glascoe, 1997) im Elterngespräch eine Rolle. Auch nicht zu vernachlässigen ist die *Einstellung* der Eltern gegenüber einer entwicklungsdiagnostischen Untersuchung. Einige Eltern haben kein *Vertrauen* in ihre Wahrnehmungsfähigkeiten und in die diagnostische Kompetenz der Experten/innen und befürchten die Untersuchung durch geäußerte Bedenken negativ zu beeinflussen. Über dies sehen Eltern oft keine Notwendigkeit zur Äußerung ihrer Bedenken, wenn ihre Kinder sich in Behandlung befinden oder bereits entwicklungsdiagnostisch untersucht wurden. Ein anderes Extrem bilden Eltern, die Bedenken äußern, obwohl ihre Kinder normal entwickelt sind. Betrachtet man die Befundlage, so ist es wichtig Eltern im diagnostischen Prozess aktiv und systematisch nach ihren Bedenken zu befragen (Glascoe, 2000; Glascoe & Marks, 2011).

Das Phänomen der Überschätzung in den bereits erwähnten Studien wird als „presidential syndrome“ bezeichnet und soll sowohl die Entwicklung des Kindes, als auch das Wohlbefinden der Mutter positiv beeinflussen (vgl. Glascoe & Dworkin, 1995). Kinder entwickeln einen höheren Selbstwert, wenn ihre Bezugspersonen davon überzeugt sind, dass sie sich gut entwickeln werden (vgl. Deimann et al., 2005). Genauer betrachtet, stellt die Wahrnehmungsverzerrung bei Müttern höchstwahrscheinlich einen Abwehrmechanismus dar oder eine Strategie zum Ausgleich kognitiver Dissonanzen. Er oder sie reduzieren nachweislich, den durch die Entwicklungsdefizite verursachten *elterlichen Stress* und tragen vermutlich zur Aufrechterhaltung *des Selbstwertgefühls* bei (vgl. Rennen-Allhoff, 1991; Willinger et al. 2011).

Mögen die Gründe für eine Überschätzung auch noch so vielfältig sein, ein mangelndes Problembewusstsein, wie in der Studie von Deimann et al. (2005) und Glascoe (2003) kann dazu führen, dass entwicklungsauffällige Kinder nicht die notwendige Unterstützung bekommen, die sie dringend benötigen (Deimann & Kastner-Koller, 2015).

Neben der *emotionalen Belastbarkeit* (Willinger et al., 2011) kann auch das *Wissen über Entwicklungsnormen* die Zuverlässigkeit elterlicher Einschätzungen, und damit auch die Entscheidungen, die daraufhin im Alltag von den Eltern als auch von den Experten/innen im entwicklungsdiagnostischen Kontext getroffen werden, beeinflussen (Glascoe & Dworkin, 1995; Bornstein & Cote, 2004). Die Befunde zahlreicher Studien haben ergeben, dass Eltern nicht besonders gut über die normativen Aspekte der Entwicklung informiert sind. Sie neigen dazu die durchschnittlichen Fähigkeiten eines Kindes zu unter- und/oder überschätzen, wobei das Ausmaß an Wissen in signifikantem Zusammenhang mit der ethnischen Herkunft, der Anzahl der Kinder und dem Bildungsniveau der Mutter steht (Bornstein & Cote, 2004; Ertem, Atay, Dogan, Bayhan, Bingoler, Gok, Ozbas, Haznedaroglu & Isikli; 2007; Reich, 2005).

Glascoe & McLean (1990) gingen der Frage nach, wie es möglich sei, dass Eltern trotz *mangelnden Wissens* die Entwicklung ihrer Kinder genau einschätzen konnten. In einem strukturierten Interview mit den Eltern als GesprächspartnerInnen stellten sie fest, dass ihre Urteile sich unabhängig vom *sozioökonomischen Status* häufig auf *Beobachtungen* und *Vergleiche* mit anderen Kindern stützen. Die Strategie des Vergleichens stellt eine für die meisten Erwachsenen relativ einfache kognitive Fähigkeit dar, die beim Auftreten von Diskrepanzen elterliche Bedenken hervorrufen (Glascoe, 2000).

Da Mütter bei verhaltensauffälligen Kinder zu deutlichen Überschätzungen neigten und trotz nachweisbarer Defizite keine entsprechenden Maßnahmen ihrerseits ergriffen wurden, beschäftigten sich Deimann und Kastner-Koller (2011) mit dem Einfluss *elterlicher Besorgtheit* und des *Wissens über altersadäquate Entwicklung* auf die Einschätzungsgenauigkeit. Die Mütter wurden, wie bereits in der vorangegangenen Studie, dazu aufgefordert einzuschätzen welche Items des Wiener Entwicklungstests ihre Kinder zu lösen in der Lage sind. Für die Erhebung des Wissens über Entwicklungsnormen wurde dasselbe Procedere mit Blick auf ein gleichaltriges normal entwickeltes Kind durchgeführt. Im Vergleich mit den Testergebnissen des WET zeigte sich, dass *besorgte* Mütter die Entwicklung ihrer eigenen Kinder deutlich mehr überschätzen und recht hohe Erwartungen an ein durchschnittliches Kind hatten. Mütter hingegen, die eine psychologische Begutachtung aus *bloßem Interesse* aufsuchten, konnten ihre überdurchschnittlich entwickelten Kinder gut einschätzen und besaßen gute Kenntnisse über die Fähigkeiten, die ein Kind desselben Alters können sollte. Dasselbe galt für Mütter aus der Kontroll-

gruppe, die *keine psychologische Behandlung* für ihre normal entwickelten Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung benötigten. Trotz leichter Überschätzung des Gesamtentwicklungsniveaus beurteilten sie ihre normal entwickelten Kinder recht zuverlässig. Mittels gleicher methodischer Vorgehensweise fanden auch Koch et al. (2011) erneut heraus, dass mütterliche Einschätzungen *normal entwickelter* Kinder recht zuverlässig sind, wobei sich anders als in den Vorstudien leichte Überschätzungen nur in einigen Entwicklungsbereichen, aber nicht hinsichtlich des allgemeinen Entwicklungsniveaus fanden.

Nichtsdestotrotz bestätigen die vorliegenden Resultate die sogenannte Passungshypothese von Hunt und Parasekvopoulos (1980), welche besagt, dass durchschnittlich und überdurchschnittlich begabte Kinder von ihrer Eltern genauer eingeschätzt werden als Kinder mit Entwicklungsproblemen. Für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe scheinen wiederum Vergleichsprozesse ursächlich zu sein. Erst die Wahrnehmung von Widersprüchlichkeiten zwischen dem (Schein-)Wissen um eine altersgerechte Entwicklung und dem tatsächlichen Entwicklungsstand des Kindes bewegt Mütter in beiden Fällen (retardiert-akzeleriert) psychologische Beratungsstellen aufzusuchen, wobei das *Vertrauen* und der *Glaube* in die eigene Wahrnehmung und in die Kompetenzen der ExpertInnen laut Glascoe (2000) eine Grundvoraussetzung darstellt.

Ellingson, Briggs-Gowan, Carter & Horwitz (2004) fanden ebenso heraus, dass Mütter verhaltensauffälliger Kindern eine(n) Experten/in eher zu Rate zogen, wenn sie besorgt waren bzw. Widersprüchlichkeiten in der Entwicklung ihre eigenen Kinder im Vergleich zu anderen entdeckten. Genauer betrachtet führte nicht nur die vergleichsweise als niedrig wahrgenommene soziale Kompetenz des Kindes, sondern auch die subjektiv erlebte Störung des Familienlebens durch die Verhaltensweisen des eigenen Kindes zur *Besorgtheit* der Mütter. Das bedeutet, dass neben Vergleichsprozessen, die subjektive Belastbarkeit bzw. der *Leidensdruck* eine wichtige Rolle für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe spielt.

Schließlich finden sich in der Literatur keine Hinweise auf den Einfluss folgender Variablen auf die Genauigkeit elterlicher Einschätzungen: *Bildungsniveau*, *Ethnische Herkunft*, *Alter der Mütter*, *Anzahl der Geschwister*, *Geburtsreihenfolge*, *Wohnort*, *verbrachte Zeit im Kindergarten und elterliche Erziehungserfahrung* (Chen, Lee, Yeh, Lai

& Chen, 2004; Deimann et al., 2005; Delgado-Hachey & Miller, 1993; Glascoe & Sandler, 1995; Glascoe & Marks, 2011; Malhi & Singhi, 2002; Malhi, Kashyap & Dua, 2005; Willinger & Eisenwort, 2005).

4.2.4 Psychometrische Eigenschaften

Deimann et al. (2005) führen als weitere Ursache für die unterschiedlichen Ergebnisse zur Zuverlässigkeit von Elterninformationen die Verwendung diverser statistischer Kennwerte in den verschiedenen Studien an. Während ältere Studien vornehmlich Mittelwerte und Korrelationen heranziehen, sind es bei vielen der neueren Studien Sensitivität und Spezifität. Die aktuellen Kennwerte weisen zwar für gewöhnlich auf eine höhere Genauigkeit der Elternangaben hin, aber oft zum Nachteil der Informationsvielfalt, da die Informationen anhand vorab festgelegter Cut-Off Werte dichotomisiert (auffällig-unauffällig) werden müssen. Mittelwertvergleiche liefern häufig Überschätzungen auf Seiten der Eltern, wohingegen Korrelationen mittel bis hohe Übereinstimmungen zwischen den Einschätzungen der Eltern und dem tatsächlichen Testergebnis aufzeigen (vgl. Deimann et al. 2005; Koch et al., 2011). Des Weiteren spielen der methodische Zugang, die Operationalisierung des Konstrukts und die Auswahl der Stichprobe (klinisch vs. nicht klinisch; ausgelesen vs. unausgelesen) eine wichtige Rolle (Deimann & Kastner-Koller, 2011).

Zusammenfassung

Betrachtet man die die empirischen Befunde, so sind kontroverse Diskussionen über die Brauchbarkeit elterlicher Angaben nachvollziehbar (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Lugt-Tappesser, 1994). In Summa lässt sich jedoch für den diagnostischen Prozess festhalten, dass es sinnvoll ist, Eltern in strukturierter Form nach globalen Einschätzungen und Merkmalen mit eindeutigen Bezugssystemen und Beobachtungsebenen zu befragen. Über dies ist insbesondere auf Überschätzungen durch die emotionale Belastbarkeit der Eltern bei Kindern mit Entwicklungs- und Verhaltensproblemen, sowie auf eine gute Beziehungsqualität zu den Eltern zu achten. Eine besondere Rolle kommt den elterlichen Bedenken als effektive und zuverlässige Erhebungsmethode zu, nach denen aktiv gefragt werden muss, wenn valide und reliable Informationen erhoben werden sollen. Ihre Bedeutung für die Diagnosefindung soll zum Abschluss näher beleuchtet werden.

4.3 Vorhersagekraft elterlicher Bedenken

Zahlreiche Studien haben bereits gezeigt, dass sich elterliche Bedenken aufgrund ihrer hohen Sensitivität und Spezifität (über 70 %) als zuverlässige Indikatoren für die Entdeckung von Entwicklungsproblemen eignen (Glascoe, 1999; 2000; Glascoe & Marks, 2011).

Bei genauerer Betrachtung erweisen sich für den Altersbereich 3 bis 6-Jähriger bestimmte Typen von Bedenken hinsichtlich ihrer Vorhersagekraft nützlicher als andere. So sind Bedenken über die *sprachliche* (expressiv und rezeptiv), *motorische* (fein- und grobmotorisch) und *global/kognitive* Entwicklung des Kindes besonders sensitiv (74 - 79 %) zur Identifizierung von Entwicklungsproblemen. Die Abwesenheit von Bedenken oder Bedenken hinsichtlich anderer Entwicklungsbereiche (*soziale Kompetenz*, *Selbstständigkeit* oder *Verhalten* des Kindes) hingegen besitzen eine hohe Spezifität (70 - 79%) zur Identifizierung normal entwickelter Kinder (vgl. Glascoe, 1997; 2013).

Malhi und Singhi (2002) stellten ebenfalls fest, dass Eltern von entwicklungsverzögerten Kindern mehr Bedenken hinsichtlich der *Sprachproduktion*, dem *global/kognitiven* Bereich und der *Grobmotorik* äußerten, als Mütter deren Kinder normal entwickelt waren.

Parallele Zusammenhänge zwischen den elterlichen Bedenken und bereichsspezifischen Entwicklungsproblemen ließen sich für *Sprache* (Sensitivität 72 % - 89 %; Spezifität 83 % - 94 %), *Motorik* (Sensitivität 80 % - 83 %; Spezifität 86 % - 88 %) und *Verhalten* (Sensitivität 54 % - 77 %; Spezifität 85 % - 96 %) finden (Chen et al. 2004; Chung et al. 2011; Glascoe, 1999). Darüber hinaus konnte eine Tendenz dahingehend beobachtet werden, dass Eltern Bedenken über andere *nicht prädiktive Bereiche*, wie das *Verhalten*, oder das *emotionale Wohlbefinden* äußern, wenn Kinder signifikante Verhaltens- oder emotionale Probleme haben (Glascoe; 1994; 1999).

Bei Kindern mit allgemeiner Entwicklungsverzögerung (IQ < 79) konnte zwar kein unmittelbarer Zusammenhang festgestellt werden, aber dafür ein anderes Muster an geäußerten Bedenken. Entgegen der Annahme, dass eine *langsame Lernfähigkeit* in diesem

Fall prädiktiv wäre, konnten 83 % der Kinder mit einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung allein durch etwaige Bedenken über die *Sprachproduktion* und/oder das *Verhalten* des Kindes identifiziert werden. Zur Identifizierung normal entwickelte Kinder eigneten sich diese Art von Bedenken mit einer Spezifität von 47 % dagegen weniger gut (Glascoe, 1994). Chen et al. (2004) ermittelten ebenfalls recht niedrige Sensitivitätswerte (15-36 %) für Bedenken über die *global/kognitive* Entwicklung des Kindes zur Vorhersage derselben Bereiche.

Für kognitive Entwicklungsprobleme im Vorschulalter eignen sich laut Chen, Lin, Wen & Wu (2007) *multiple* (mehr als zwei aus verschiedenen Entwicklungsbereichen) und *sprachliche Bedenken* als signifikante Indikatoren. Bedenken über die *Verhaltensprobleme* der Kinder, wie Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, standen in keinem signifikanten Zusammenhang zu den kognitiven Defiziten der Kinder

Die psychische Gesundheit eines Kindes ließ sich besonders gut ab einem Alter von 4,5 Jahren durch Bedenken über das *Verhalten* und/oder *soziale Kompetenzen* vorhersagen. Das Risiko für psychische Probleme war 8,5 Mal höher, wenn Eltern mehr als einer dieser Bedenken äußerten und ein minimales Risiko für andere Entwicklungsprobleme bestand (Glascoe, 2003).

Chung, Liu, Chang, Chen, Tang & Wong (2011) untersuchten überdies den Zusammenhang zwischen elterlichen Bedenken und spezifischen Entwicklungsstörungen. Bedenken über *globale/kognitive* und *sprachliche* Probleme standen im signifikanten Zusammenhang zur Diagnose einer geistigen Behinderung, Bedenken über eine *allgemeinen Entwicklungsverzögerung*, *sprachliche* und *Verhaltensprobleme* korrelierten mit Autismus und *motorische* Bedenken mit zerebrale Paralyse und Entwicklungs Koordinationsstörungen.

Als mögliche Gründe für die inkonsistenten Zusammenhänge zwischen elterliche Bedenken und Diagnose führen die Forscher an, dass Eltern eventuell nicht über die Bandbreite an Erklärungen verfügen, wie dies Experten/innen machen. Zum anderen sind vermutlich bestimmte Merkmale wie expressive Sprache, Motorik und Verhalten der eigenen Wahrnehmung bzw. Beobachtung zugänglicher als andere (Chen et al. 2004; Chung, et al. 2011; Glascoe & Marks, 2011). Sprachliche Probleme scheinen nichtsdes-

totrotz die am häufigsten genannten Bedenken zu sein (Chung et al. 2011). Hinsichtlich der kognitiven oder allgemeinen Entwicklung eines Kindes können unter Umständen die Bedenken (z.B. Lernfähigkeit) der ErzieherInnen-/und LehrerInnen hilfreicher sein (Chen et al., 2004).

Zusammenfassung

Eine empirisch fundierte Alternative zu den üblichen Entwicklungsscreenings stellt die Verwendung elterliche Bedenken als Befragungsmethode dar. Sie eignen sich gleichermaßen gut, aber nicht uneingeschränkt, als zuverlässige und effiziente Indikatoren zur Früherkennung von allgemeinen und spezifischen Entwicklungsproblemen und können damit wesentlich zur Diagnosefindung beitragen (Glascoe, 1999; 2000; Glascoe & Marks, 2011). Eine besondere Rolle kommt dabei Bedenken über die sprachliche Entwicklung des Kindes bzw. Merkmalen, die der eigenen Beobachtung höchstwahrscheinlich leichter zugänglich sind als andere, zu (Chen et al. 2004; Chung, et al. 2011; Glascoe & Marks, 2011).

Eine umfassende und differenzierte Diagnostik ist jedoch wegen möglicher Fehlerquellen und variierender Vorhersagequalität keinesfalls ersetzbar. Daher empfiehlt sich grundsätzlich eine multimodale Vorgehensweise anzustreben, die sowohl der Absicherung als auch der Vermeidung falsch-positiver und falsch-negativer Befunde dient.

Offen bleibt die Frage, wie es generell um den diagnostischen Beitrag und Mehrwert anderer berichteter Elterninformationen steht, die detailliert im Rahmen eines psychologisch-diagnostischen Gesprächs gewonnen werden? Diese Lücke beansprucht die vorliegende Arbeit zu schließen.

Empirischer Teil

5. Hintergrund

Die Test- und Beratungsstelle des Arbeitsbereiches Psychologische Diagnostik an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien unter der Leitung von Frau Ass.-Prof. Dr. Ursula Kastner-Koller und Ass.-Prof. Dr. Pia Deimann versteht sich als gelungene Verbindung zwischen Forschung, Praxis und Lehre der angewandten Entwicklungspsychologie. Einerseits fördert sie praxisrelevante Forschung, um die Qualität entwicklungsdiagnostischer Prozesse im Alltag zu sichern. Andererseits bietet sie wissenschaftlich fundierte psychologische Diagnostik und Beratung für Familien mit Kindern und Jugendlichen aus Wien und Umgebung an, an der Studierende in einem supervidierten Lernrahmen zur Ausbildung praxisorientierter Handlungskompetenzen teilnehmen können. Für das vorliegende Forschungsvorhaben steht der psychologische Diagnoseprozess im Vordergrund, der den Kleinkind- und Vorschulbereich betrifft. Denn im Zuge einer psychologischen Diagnostik werden an der Test- und Beratungsstelle individuelle Fähigkeiten, Ressourcen und Stärken, aber auch Schwächen und Probleme unter anderem anhand von Elternangaben identifiziert, um die Entwicklung des Kindes bestmöglich einschätzen und unterstützen zu können (Deimann & Kastner-Koller, 2010).

5.1 Zielsetzung und Fragestellung

Da Elternangaben ebenso einen hohen Stellenwert in der diagnostischen Praxis der Test- und Beratungsstelle besitzen, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit unter der Berücksichtigung der bisherigen Literatur mit den folgenden zwei Fragestellungen:

1. Welche differentielle Bedeutung haben Elternangaben für die Diagnosefindung?
2. Welchen Mehrwert haben Elterninformationen gegenüber anderen psychologisch-diagnostischen Testverfahren?

6. Methode

Im nachfolgenden Kapitel wird das der Forschungsarbeit zugrunde liegende Untersuchungsdesign vorgestellt. Darin sind die Zielsetzung und Begründung einer mixed-method Vorgehensweise, die Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes, die Erhe-

bungsinstrumente sowie der Auswertungs- und Analyseprozess in seinen Teilschritten enthalten.

6.1 Mixed-method Untersuchungsdesign

Bei Durchsicht des aktuellen Methodeninventars in der empirischen Sozialforschung gehören sowohl quantitative als auch qualitative Ansätze und häufig deren Kombination zum Standardrepertoire wissenschaftlichen Arbeitens (Bortz und Döring, 2006). Die deutschsprachige Psychologie stellt allerdings eine Ausnahme dar. Obgleich die qualitative Herangehensweise in der dortigen Forschung und Lehre bedingt durch Vorbehalte gegenüber der Erfüllung psychometrischer Gütekriterien und intersubjektiven Nachvollziehbarkeit lediglich eine Randposition einnimmt (Mayring 2010; Mey und Mruck, 2010), erfreut sie sich zunehmender Etablierung in den Forschungsalltag (Flick, Kardorff und Steinke, 2008). Auf der Suche nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist das Ziel qualitativer Forschung die regelgeleitete und systematische Interpretation bzw. Deutung verbaler Daten und nonnumerischer Objekte (Bortz & Döring, 2006). Dabei steht die ausführliche Beschreibung der subjektiven Lebenswelt eines Menschen im Zentrum, um (die) soziale Realität(en) in ihrer Vielfalt anhand von Denkabläufen, Handlungs- und Denkmustern besser verstehen zu können, welche oftmals durch den Einsatz quantitativer Verfahren „...nur sehr ausschnittsweise erfasst und (ihre) komplexe(n) Strukturen zu sehr vereinfacht und zu reduziert dargestellt werden“ (Lamnek, 2010, S. 4). Insbesondere die Prinzipien der Offenheit und Flexibilität, die Gegenstandsangemessenheit erlauben, sowie Regelwidrigkeiten und Unvorhergesehenes, die sich direkt aus der individuellen Perspektive ergeben und im natürlichen Kontext erhoben werden, stellen wichtige Informationsquellen für den gegenstandsbezogenen Erkenntnisgewinn dar. Sie tragen dazu bei bislang unentdeckte Faktoren zu identifizieren, statistische Zusammenhänge zu erklären, vorhandene Theorien in ihrer Tiefe zu ergänzen und zukünftige Forschungsprojekte anzuregen. Qualitativer Forschung kommt dadurch hauptsächlich eine hypothesengenerierende und theoriebildende Funktion zu, deren Arbeit wichtige Anknüpfungspunkte für nachfolgende standardisierte Untersuchungen liefert (Flick, Kardorff & Steinke, 2008).

Betrachtet man nun den bisherigen Forschungsstand quantitativer Zugänge hinsichtlich des vorliegenden Untersuchungsgegenstand, so ist festzustellen, dass Elterninformationen zwar eine wichtige Rolle im diagnostischen Prozess einnehmen. Allerdings ist noch

unklar, welche elterlichen Angaben genau zu einer spezifischen Diagnosefindung beitragen und welche Diagnosegüte sie im Vergleich zu anderen psychologisch-diagnostischen Verfahren besitzen. Ausgehend von der Annahme, dass das methodologische Spektrum in keinem Konkurrenzverhältnis zu einander steht, sondern „als sich ergänzende Alternativen im Feld empirischer Forschung zu begreifen“ (Lamnek, 2010, S. 5), sollen die Vorteile bzw. die Stärken beider Ansätze im Sinne einer „mixed-method“ nach Johnson, Onwuegbuzie und Turner (2007) genutzt werden, in dem sie zu unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten auf Datenebene angesiedelt werden: Nach einer sinnvollen, der Wirklichkeit entsprechenden Stichprobenauswahl, erfolgt eine qualitative Exploration der Daten mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) (interne Validität). Anschließend werden die Ergebnisse quantitativ in Häufigkeiten weiterverarbeitet und auf die Fragestellungen bezogen bzw. mittels inferenzstatistischer Verfahren analysiert und interpretiert (externe Validität). Ausgangspunkt bildet ein bereits vorhandener Datensatz, der in der Test- und Beratungsstelle für den Klein- und Vorschulkinderbereich seit September 2003 mittels der Programmsoftware IBM SPSS® Version 22 angelegt wurde. Im Folgenden soll der diagnostische Prozess im Rahmen der Test- und Beratungsstelle, der Datensatz und seine Entstehungsbedingungen vorgestellt werden.

6.2 Test- und Beratungsstelle

6.2.1 Diagnostischer Prozess

In einem telefonischen oder schriftlichen Erstkontakt wird zunächst das Anliegen der Eltern besprochen bzw. konkrete Fragestellung(en) geklärt, über den psychologisch-diagnostischen Ablauf informiert und ein Termin vereinbart. Anschließend erfolgt von Seiten der Klinischen und Gesundheitspsychologinnen die Planung des weiteren Vorgehens anhand der aus den Vorinformationen der Eltern abgeleiteten Hypothesen. Hochbegabung, Entwicklungs-, Lern-, und Leistungsprobleme, Fragen zur Schulfähigkeit, Schullaufbahn und Erziehung, sowie emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten stellen häufige Fragestellungen im Klein- und Vorschulkinderbereich dar (Deimann & Kastner-Koller, 2010).

Der Ablauf des psychologisch-diagnostischen Prozesses zum vereinbarten Termin besteht in Übereinstimmung mit dem State of the Art der psychologischen Entwicklungsdiagnostik aus einer multimethodalen Vorgehensweise (Baumann & Stieglitz, 2008; Knopf & Goertz, 2011). Diese setzt sich unter Zuhilfenahme halbstrukturierter Interviewleitfäden aus einem ausführlichen Gespräch mit den Eltern („Anamnesebogen Vorschulalter“), einem weiteren mit dem Kind („Gesprächsleitfaden für die Exploration von Klein- und Vorschulkindern“), der Verhaltensbeobachtung des Kindes („Verhaltensbeobachtungsbogen“) und der Verwendung standardisierter psychologischer Testverfahren wie dem Wiener Entwicklungstest (WET; Kastner-Koller & Deimann, 2012) entsprechend der Fragestellung(en) zusammen.

Zu Anfang stehen im diagnostischen Elterngespräch der Anlass der Kontaktaufnahme, etwaige Bedenken und die aktuelle Problemlage im Vordergrund. Um einen tiefen Einblick in die Lebenssituation des Kindes zu erhalten, werden mittels des Anamnesebogens Vorschulalter (siehe Anhang B) die bisherige Entwicklung und der erzieherische Bildungsweg (Kindergrippe, -garten und Vorschule) ausführlich beleuchtet. Außerdem werden der familiäre Hintergrund, soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten, Interessen, Stärken und Persönlichkeit des Kindes thematisiert. Zum Abschluss erfolgen aus elterlicher Sicht die Wünsche und Erwartungen bezüglich der anstehenden psychologisch-diagnostischen Untersuchung. In Abhängigkeit von der Fragestellung(en) können zusätzlich die Einschätzungen der Eltern und falls erwünscht, die von anderen relevanten Bezugspersonen, wie etwa die der KindergartenpädagogInnen, hinsichtlich bedeutsamer Verhaltens- und Persönlichkeitsbereiche ihres Kindes mittels standardisierter Fragebögen erhoben werden. Ebenso wird versucht die Sichtweise des Kindes auf seine derzeitige Lebenswelt zu erfassen, wobei das Alter eine entscheidende Rolle spielt. Je jünger die Kinder, desto schwieriger gestaltet sich die Gesprächsführung (Deimann & Kastner-Koller, 2015). Daher werden oft spielerische, kreative oder zeichnerische Zugänge in Form von projektiven Verfahren gewählt. Relevante Fragen betreffen die Themenbereiche Familie, Kindergarten und/oder Vorschule und Alltag. Abschließend können fakultativ Zusatzfragen (Wünsche, schlimmstes/schönstes Erlebnis) gestellt werden. Nach dem Gespräch kommen altersentsprechende Testverfahren zum Einsatz, die sich durch eine kindgerechte Gestaltung auszeichnen und somit für eine optimale Motivation der Kinder in der Testsituation sorgen (Kastner-Koller & Deimann, 2012). Die standardisierten Testverfahren nehmen die meiste Zeit der psychologischen Untersuchung in An-

spruch. In der Regel wird der aufgrund seiner testtheoretischen Qualität zum Standardrepertoire der Test- und Beratungsstelle gehörende Wiener Entwicklungstest (Kastner-Koller & Deimann, 2012), der für Kinder bis zum sechsten Lebensjahr konzipiert wurde und in Kapitel 6.5.2 ausführlich dargestellt wird, vorgegeben. Neben dem Entwicklungstest finden Intelligenz-, und Leistungstests, aber auch Persönlichkeitsfragebögen und Projektive Verfahren Anwendung. Während der Testsituation werden darüber hinaus anhand eines Verhaltensbeobachtungsbogens (siehe Anhang B) die äußere Erscheinung und bestimmte Verhaltensbereiche wie Arbeitshaltungen, soziale und sprachliche Kompetenzen beobachtet und dokumentiert.

Die erhobenen Daten aus der standardisierten Testung, den Gesprächen und der Verhaltensbeobachtung werden von der für den Klein- und Vorschulkinderbereich zuständigen Psychologin, die über eine einschlägige testdiagnostische Ausbildung verfügt, zueinander in Bezug gesetzt und ausgewertet.

In einem zweiten Termin, dem Beratungsgespräch, werden die Eltern schlussendlich über die Ergebnisse der gesamten Untersuchung und den daraus resultierenden Fördermaßnahmen und Empfehlungen eingehend informiert (vgl. Deimann & Kastner-Koller, 2010).

6.2.2 Datensatz

Der Erhebungszeitraum für den von der Test- und Beratungsstelle zur Verfügung gestellten anonymisierten Datensatz erstreckte sich von September 2003 bis Jänner 2013. Er umfasste diagnostische Daten von $N = 269$ drei bis sechsjährige Klein- und Vorschulkinder über einen Zeitraum von 10 Jahren, die sich einer psychologischen Untersuchung an der Test- und Beratungsstelle unterzogen haben. Neben den soziodemografischen Daten der Kinder und Eltern, beinhaltete der Datensatz einige für die Forschung relevante Merkmale, die die wesentlichen Aspekte der psychologisch-diagnostische Untersuchung beschrieben. Dazu zählten beispielsweise die angewandten Testverfahren und deren Resultate, einige wenige Angaben aus dem Elterngespräch, sowie die von der Klinischen- und Gesundheitspsychologin vergebenen Haupt- und Nebendiagnosen, die die psychologisch-diagnostische Untersuchung eines Klein- und Vorschulkindes zusammenfassend beurteilten und daher die essentielle Basis der Untersuchung bildeten. Bis zu acht verschiedene Diagnosen konnten ausgewählt werden. Als Einschlusskrite-

rien für die vorliegende Untersuchung lag der Fokus auf drei Hauptdiagnosen, die in der diagnostischen Praxis bei Klein- und Vorschulkindern häufig auftraten:

- *keine Probleme (a)*
- *Entwicklungsprobleme (c)* und
- *Probleme in der Arbeitshaltung (d)*

Für die Nebendiagnosen bestanden keinerlei Einschränkungen. Tabelle 1 liefert einen Überblick über die verschiedenen Diagnoseoptionen einschließlich der dazugehörigen Definitionen und Anwendungen.

Tabelle 1. *Haupt- und Nebendiagnosen*

Haupt- und Nebendiagnosen (a-h)	Definition für die Altersgruppe 3-6
a) keine Probleme	Diese Diagnose fand Anwendung, wenn keiner der nachfolgenden Möglichkeiten zutraf.
b) Legasthenierisiko	Schwächen vor allem in der phonologischen Bewusstheit, der visuellen Wahrnehmung und im Arbeitsgedächtnis stellten Hinweise für ein Risiko zur Ausbildung einer Lese- und Rechtschreibstörung dar.
c) Entwicklungsprobleme	Entwicklungsrisiken, -verzögerungen im Vergleich zur Altersgruppe, altersunangemessene Entwicklungsabweichungen bezüglich bestimmter Funktionen (bspw. Sauberkeitsentwicklung, Sprechen, Gehen), Störungen in einzelnen oder mehreren Entwicklungsbereichen bei einem homogen schwachen Entwicklungsprofil, sowie umschriebene Entwicklungsstörungen bei altersgemäßer Entwicklung gemäß ICD 10 fielen darunter.
d) Probleme in der Arbeitshaltung	Gemeint waren im allgemeinen Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten bei fremdgestellten Aufgaben während einer Leistungssituation. Genauer betrachtet handelte es sich um das Zutreffen folgender Kriterien: geringe Anstrengungsbereitschaft, mangelnde Konzentration und Aufmerksamkeit, Vermeidungs- und Verweigerungstendenzen, niedrige Frustrationstoleranz bei Misserfolg, wenig Ausdauer und Durchhaltevermögen, großes Bedürfnis

e) Emotionale Störungen	<p>nach freiem, selbstbestimmten Spiel und Verwirklichung eigener Ideen.</p> <p>Diese Diagnosemöglichkeit reichte je nach Schweregrad von einfachen abnormen Phänomenen im emotionalen Bereich bis zu psychischen Störungen des Kindesalters (F93) nach dem ICD-10. Zu Ersterem gehörten abnormale Gefühlsschwankungen und -ausbrüche, Grundverstimmungen, geringe Emotionsregulationsfähigkeit mangelndes Emotionsverständnis, Schwierigkeiten Emotionen auszudrücken (verbal und nonverbal), spezifische Ängste, Trennungsangst, Geschwisterrivalität und Aggressionen.</p>
f) Verhaltensstörungen	<p>Eine Bandbreite von einfachen Auffälligkeiten, die durch aggressives, gemeinschaftsschädigendes, oppositionelles, unsicheres, sozial distanzloses, hyperaktives, impulsives, unaufmerksames, unselbstständiges, oder wenig organisiertes und zielgerichtetes Verhalten charakterisiert wurden, bis zu Störungen des Sozialverhaltens (F91) -ebenfalls Bestandteil des ICD-10- fielen in diese Kategorie.</p>
g) Emotionale Störungen der Eltern	<p>Neben Affektiven und Neurotischen Störungen (F30-F39, F40-F48) laut ICD-10, gehörten abnormale Gefühlsschwankungen und -ausbrüche, Grundverstimmungen, geringe Emotionsregulationsfähigkeit mangelndes Emotionsverständnis, Schwierigkeiten Emotionen auszudrücken (verbal und nonverbal), Ängste, Aggressionen sowie emotionale Auffälligkeiten, die in Verbindung mit Beziehungsproblemen in der Ehe/Partnerschaft/Eltern-Kind-Interaktion standen, dazu.</p>
h) Erziehungsfehler	<p>Fehler bei der Erziehung beinhalteten die bewusste und unbewusste Anwendung unangemessener Erziehungsmethoden.</p>

Für die Auswahl der zu untersuchenden Fälle wurden darüber hinaus vorab weitere Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, die im Laufe einer explorativ-quantitativen Daten-

analyse durch die Entdeckung bestimmter Regelmäßigkeiten verfeinert wurden. Das angestrebte Ziel umfasste drei unabhängige Hauptdiagnosegruppen mit jeweils 15 weiblichen und 15 männlichen Klein- und Vorschulkindern im Alter von drei bis sechs Jahren, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden sollten. Aus Gründen der statistischen Vergleichbarkeit sollten sich die Gruppen bezüglich Geschlecht und Alter nicht unterscheiden. Außerdem sollten sie dem Anspruch der qualitativen Forschung nach inhaltlicher Repräsentativität genügen (Lamnek, 2005).

6.3 Stichprobenauswahl

Zur Vorbereitung für die Auswahl der Stichproben nach den oben genannten Kriterien wurden das Geschlecht, das Alter und der Entwicklungsstand der Klein- und Vorschulkinder innerhalb der Gesamtstichprobe untersucht.

6.3.1 Alter und Geschlecht

Von insgesamt 269 Klein- und Vorschulkindern befanden sich in der Gesamtstichprobe 106 (39,4 %) Mädchen und 163 (60,6 %) Buben. Die jüngsten Kinder waren zum Erhebungszeitpunkt drei, die ältesten sechs Jahre alt, wobei auch bei gesonderter Betrachtung des Geschlechts die Sechsjährigen (2,2 %) schwächer und die Fünfjährigen (56,1 %) stärker repräsentiert sind. Im Durchschnitt waren die Kinder $M = 5.04$ ($SD = .685$) Jahre. Tabelle 2 zeigt den anhand des Chi-Quadrat-Tests ermittelten nicht signifikanten Geschlechtsunterschied, χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 2.49, $p = .474$.

Tabelle 2. Häufigkeiten und Anteilswerte für differenzierte Geschlechts- und Altersverteilung in der Gesamtstichprobe

Altersstufe (Jahre)	Geschlecht				Gesamt	
	männlich		weiblich		N	%
	n	%	n	%		
3	16	5,9	11	4,1	27	10,0
4	47	17,5	38	14,1	85	31,6
5	95	35,3	56	20,8	151	56,1
6	5	1,9	1	0,4	6	2,2
Gesamt	163	60,6	106	39,4	269	100,0

Anmerkungen: Geschlecht und Altersverteilung; n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 2,49$, korrigiert mittels exakten Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) = .474

Die Altersklassen sind bezüglich beider Geschlechter in der Gesamtstichprobe gleich verteilt.

6.3.2 Komorbiditäten

Neben der Geschlechts- und Altersverteilung wurden die Komorbiditäten berücksichtigt, um Überschneidungen zwischen den drei Hauptdiagnosegruppen zu vermeiden. Aus Tabelle 3 geht mit der Prüfgröße χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 112,08, $p < .001$ ein signifikanter Verteilungsunterschied der Komorbiditäten hervor.

Tabelle 3. Häufigkeiten und Anteilswerte für die differenzierte Hauptdiagnose- und Komorbiditätsverteilung

Nebendiagnose	Hauptdiagnose						Gesamt	
	keine Probleme		Entwicklungsprobleme		Probleme Arbeitshaltung			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
keine Probleme	142	52,8	31	11,5	37	13,8	210	78,1
Legasthenierisiko	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,4
Entwicklungsprobleme	0	0,0	0	0,0	7	2,6	7	2,6
Probleme Arbeitshaltung	0	0,0	13	4,8	0	0,0	13	4,8
Emotionale Störungen	1	0,4	5	1,9	8	3,0	14	5,2
Verhaltensstörungen	0	0,0	5	1,9	8	3,0	13	4,8
Emotionale Störungen der Eltern	0	0,0	1	0,4	1	0,4	2	0,7
Erziehungsfehler	1	0,4	5	1,9	3	1,1	9	3,3
Gesamt	144	53,5	60	22,3	65	24,2	269	100,0

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 112,08$, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) = $< .001$

Unter Berücksichtigung der absoluten und prozentualen Häufigkeiten der Diagnosekombinationen in der Kreuztabelle traten unter den 144 (53,5 %) Klein- und Vorschulkindern ohne Entwicklungsauffälligkeiten jeweils einmal (0,4 %) „Emotionale Störungen“ und „Erziehungsfehler“ (0,4 %) als Komorbiditäten auf. Von den 60 (22,3 %) Kindern, die Entwicklungsprobleme zeigten, lagen 13 (4,8 %) Überschneidungen mit Schwierigkeiten in der Arbeitshaltung vor. Umgekehrt wiesen 7 (2,6 %) von 65 (24,2 %) Kindern zusätzlich Entwicklungsprobleme auf.

6.3.4 Allgemeiner Entwicklungsstand

Schließlich wurde der globale Entwicklungsstand der Kinder in der Gesamtstichprobe untersucht. Dieser lässt sich aus dem Gesamtentwicklungsscore des Wiener Entwicklungstests (Kastner-Koller & Deimann, 2012) schlussfolgern. Der Gesamtentwicklungs-

score wird durch die Addition aller vorgegebenen Subskalen des WET errechnet und unter Zuhilfenahme entsprechender Normtabellen in C-Werte transformiert. Tabelle 4 zeigt die Zuordnung des Gesamtentwicklungsscores in entsprechende C-Werte und das allgemeine Entwicklungsniveau.

Tabelle 4. Zuordnung von Gesamtentwicklungsscore und globalen Entwicklungsstand

Entwicklungsstand des Kindes	Gesamtentwicklungsscore des WET (C-Wert)	
	weit unterdurchschnittlich	< 2
unterdurchschnittlich	2	
leicht unterdurchschnittlich	3	
normal	4 bis 6	
leicht überdurchschnittlich	7	
überdurchschnittlich	8	
weit überdurchschnittlich	> 8	

Anmerkungen: Zuordnung von Gesamtentwicklungsscore und globalen Entwicklungsstand des Kindes

Wie in Tabelle 5 ersichtlich, verfügten 144 (53,3 %) Klein- und Vorschulkinder, die keine Auffälligkeiten aufwiesen, über ein Entwicklungsniveau im normal- bis weit überdurchschnittlichen Bereich. Diejenigen 60 (22,3 %) Kinder, deren Entwicklung problembehaftet war, besaßen ein normal bis weit unterdurchschnittlichen und 46 (17,1 %) von 65 (24,2 %) der Kinder mit Schwierigkeiten in der Arbeitshaltung tendenziell einen normalen Entwicklungsstand.

Tabelle 5. Häufigkeiten und Anteilswerte der Hauptdiagnoseverteilung entsprechend zum Entwicklungsniveau

Entwicklungsniveau	Hauptdiagnose						Gesamt	
	keine Probleme		Entwicklungsprobleme		Probleme Arbeitshaltung			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
weit unterdurchschnittlich	0	0,0	14	5,2	2	0,7	16	5,9
unterdurchschnittlich	0	0,0	15	5,6	5	1,9	20	7,4
leicht unterdurchschnittlich	0	0,0	12	4,5	3	1,1	15	5,6
normal	85	31,6	18	6,7	46	17,1	149	55,4
leicht überdurchschnittlich	29	10,8	1	0,4	8	3,0	38	14,1
überdurchschnittlich	21	7,8	0	0,0	1	0,4	22	8,2
weit überdurchschnittlich	9	3,3	0	0,0	0	0,0	9	3,3
Gesamt	144	53,5	60	22,3	65	24,2	269	100,0

Anmerkungen: *n*/*N* = Anzahl der Kinder, % = Prozent

Eine Unterteilung der Gesamtstichprobe in soziale Schichten war nicht möglich, da die Familien größtenteils aus der Mittelschicht kamen. Abschließend wurden anhand der vorangegangenen Datenanalyse die Einschlusskriterien verfeinert. Die erste Untersuchungsgruppe (1) sollte lediglich aus Klein- und Vorschulkindern mit einem überdurchschnittlichen bis weit überdurchschnittlichen Entwicklungsvorsprung bestehen. Die zweite Gruppe (2) sollte sich durch Kinder auszeichnen, die Entwicklungsprobleme bzw. -auffälligkeiten und einen leicht bis weit unterdurchschnittlichen Entwicklungsstand besaßen. Die letzte Gruppe (3) sollte normal entwickelte Kinder mit Schwierigkeiten im Arbeitsverhalten beinhalten. Überschneidungen zwischen den Diagnosegruppen stellten ein Ausschlusskriterium dar. Ebenso wurde die Altersspanne auf 5 Jahre reduziert, da die Sechsjährigen vergleichsweise unterpräsentiert waren. Somit verblieben unter Berücksichtigung dieser Ein- und Ausschlusskriterien insgesamt 88 Kinder.

6.4 Stichprobenbeschreibung

Auf Basis theoretischer Überlegungen und einer vorangegangenen statistischen Deskriptivanalyse wurde die Gesamtstichprobe auf drei voneinander unabhängigen Untersuchungsstichproben (1 Entwicklungsvorsprung EV, 2 Entwicklungsprobleme EP und 3 Probleme Arbeitshaltung PA) eingegrenzt, die in diesem Kapitel hinsichtlich Geschlecht und Alter sowie der befragten (primären) Bezugspersonen beschrieben werden.

6.4.1 Eltern

In Tabelle 6 sind die absoluten und relativen Häufigkeiten der befragten Bezugspersonen aufgelistet. Es wurden überwiegend Mütter (77,3 %) von der Klinischen- und Gesundheitspsychologin befragt.

Tabelle 6. Häufigkeitsverteilung der befragten Bezugspersonen

Primäre Bezugspersonen	absolute Häufigkeit	Anteilswert
Mutter	68	77,3 %
Vater	10	11,4 %
Eltern	10	11,4 %
Gesamt	88	100,0 %

6.4.2 Geschlecht der Kinder

Von den insgesamt 88 Kindern über die drei Untersuchungsgruppen hinweg sind 41 (46,6 %) weiblich und 47 (53,4 %) männlich. Wie anhand der Anteilswerte in Tabelle 7

ersichtlich, konnte im Rahmen des gewonnenen Stichprobenumfangs – mit Ausnahme von Gruppe 2, in der 8 (9,1 %) Mädchen und 20 (22,7 %) Buben vorhanden sind - eine annähernde Gleichverteilung der Gruppen bezüglich der Geschlechter erreicht werden; die entsprechende Prüfgröße fiel mit $\chi^2(2) = 5.96$, $p = .051$ nicht signifikant aus.

Tabelle 7. Differenzierte Geschlechtsverteilung der Untersuchungsstichproben

Geschlecht	Gruppe						Gesamt	
	1 EV ¹		2 EP ²		3 AP ³			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
weiblich	18	20,5	8	9,1	15	17,0	41	46,6
männlich	12	13,6	20	22,7	15	17,0	47	53,4
Gesamt	30	34,1	28	31,8	30	34,1	88	100,0

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, *n/N* = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 5.91$, $df = 2$, *asympt. Sign. (2-seitig)* = .051

6.4.3 Alter

Das Alter der Kinder lag, wie in Tabelle 8 ersichtlich, bei durchschnittlich 5.14 (SD = .596) Jahren, wobei zum Erhebungszeitpunkt das jüngste Kind 3.07 und das älteste 5.99 Jahre alt war. Die Prüfgröße ergab unter Berücksichtigung der Welch-Korrektur mit $F(2, 54.20) = 1.64$, $p = .203$ keinen signifikanten Altersunterschied zwischen den Gruppen.

Tabelle 8. Altersverteilung der Untersuchungsgruppen

Gruppe	Alter (Jahre)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
1 Entwicklungsvorsprung	5.05	.603	3.36	5.99
2 Entwicklungsprobleme	5.27	.399	4.17	5.93
3 Probleme Arbeitshaltung	5.10	.726	3.07	5.97
Gesamt	5.14	.596	3.07	5.99

Anmerkungen: *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *Min* = Minimum, *Max* = Maximum, $F = 1.64$, *Welch Test*, *exakte Sign. (2-seitig)* = .203

Es konnte somit angenommen werden, dass sowohl das Geschlecht und das Lebensalter keine relevante Störvariablen im Rahmen der nachfolgenden Analysen darstellten.

6.5 Erhebungsinstrumente

In Anbetracht des Forschungsinteresses, die Bedeutung und Vorhersagekraft von Elterninformationen für die Diagnosefindung und ihre Diagnosegüte gegenüber anderen psychologisch-diagnostischen Verfahren zu ermitteln, wurden entsprechende Materia-

lien aus den sich im Archiv der Fakultät für Psychologie befindlichen Akten der behandelten Klein- und Vorschulkinder verwendet. Dabei handelte es sich um diagnostische Informationen, die anhand des Anamnesebogens Vorschulalter, des Wiener Entwicklungstests (Kastner-Koller & Deimann, 2012), sowie anhand des Verhaltensbeobachtungsbogens erhoben wurden. Auf die Erhebungsinstrumente wird nun näher eingegangen.

6.5.1 Anamnesebogen Vorschulalter

Der Anamnesebogen: Vorschulalter ist ein halbstrukturierter Gesprächsleitfaden, der für das Explorationsgespräch mit den Eltern bzw. primären Bezugspersonen eigens von Frau Ass.-Prof. Dr. Pia Deimann entwickelt wurde, um -Informationen über die bisherige Entwicklung und Lebenssituation des Kindes zu gewinnen. Er basiert auf entwicklungspsychologischem und diagnostischem Fachwissen, an deren Erkenntnisse er laufend angepasst wurde. Die Gesprächsinhalte sind festgelegt und durch das mehrheitlich offene Antwortformat und freien Formulierungsmöglichkeiten der Fragen bleibt genug Spielraum bzw. Flexibilität, um bestimmte Themen länger zu erörtern und dadurch ein auf das Problem bzw. Fragestellung angepasstes Gesamtbild zu erhalten. Dank der offenen Gestaltungsweise bzw. dem Prinzip der Offenheit wird ein basales Kriterium des qualitativen Paradigmas erfüllt. Schließlich sorgt die Festsetzung der Gesprächsthemen für eine Strukturierung, die es ermöglicht Elternangaben miteinander zu vergleichen (Lamnek, 2005).

In Übereinstimmung mit den Empfehlungen von Kubinger und Deegener (2001) erfasst der Anamnesebogen Vorschulalter (siehe Anhang B) neben den typischen soziodemographischen Daten

- den Vorstellungsanlass,
- die familiäre Lebenssituation,
- die bisherige Entwicklung des Kindes,
- den erzieherischen Bildungsweg,
- die Schwangerschaft und Geburt,
- somatische Auffälligkeiten bzw. Krankengeschichte
- Kontakt- und Freizeitbereich,
- Erziehungsstil der Eltern und deren Auswirkungen,
- Persönlichkeit und Verhalten des Kindes

- und die Erwartungen an die psychologische Diagnostik von Seiten der Eltern. .

6.5.2 Wiener Entwicklungstest (WET)

Der Wiener Entwicklungstest (Kastner-Koller & Deimann; 2012) ist ein allgemeines Entwicklungstestverfahren, das eine differenzierte Diagnose des allgemeinen Entwicklungsstandes bei Kindern zwischen 3;0 bis 5;11 Jahren ermöglicht, sowie wichtige Hinweise für Entwicklungskontrolle, Erziehungsberatung und förderdiagnostische Fragestellungen liefert.

Ausgehend von einem ganzheitlichen Entwicklungsverständnis und ökologischen und kontextualistischen Entwicklungstheorien werden folgende Funktionsbereiche, die für die Entwicklung der Drei- bis Sechsjährigen relevant sind, anhand von 14 Subtests und einem Elternfragebogen im Sinne der probabilistischen Testtheorie weitgehend eindimensional erfasst: *kognitive Entwicklung, Gedächtnis und Lernen, Visuelle Wahrnehmung bzw. Visuomotorik, Sprache, sozial-emotionale Entwicklung und Motorik*.

Für die Erhebung der **kognitiven Entwicklung** existieren neben dem Untertest *Rechnen* zwei sprachgebundene und zwei nonverbale Untertests. Während der Subtest *Rechnen* die mathematischen Vorläuferfertigkeiten durch den Einsatz numerischer Aufgaben erfasst, überprüft der Untertest *Gegensätze* das analoge Denken, indem vorgelesene Sätze unter Verwendung eines Analogieschlusses vollendet werden müssen. Der Untertest *Quiz* besteht aus elf altersadäquaten Fragen, die zur Überprüfung der Orientierung in der Lebenswelt und des Alltagswissens dienen. Da es sich aufgrund der Sprachgebundenheit bei den beiden Untertests *Gegensätze* und *Quiz* nicht um ein reines Maß für die kognitive Entwicklung handelt, finden sie zusätzlich Eingang in den sprachlichen Funktionsbereich. Um das räumliche Denken zu ermitteln, werden im Subtest *Muster Legen* drei bis vierjährige Kinder bzw. *Muster Legen-Neu* vier- bis fünfjährige Kinder dazu aufgefordert vorgebaute Mustervorlagen mit Mosaiksteinen nachzubauen. Zur Überprüfung des schlussfolgernden Denkens bearbeiten Vier- bis Fünfjährige im Subtest *Bunte Formen* zehn Matrizenaufgaben, die einfache geometrische Grundelemente in drei Farben und drei Größen enthalten.

Der zweite Funktionsbereich ***Gedächtnis und Lernen*** umfasst die beiden Subtests *Schatzkäschen* und *Zahlen Merken*, die das räumlich-visuelle und das phonologische Gedächtnis gesondert erheben. Im *Schatzkästchen* soll das Kind sechs verschiedene Gegenstände, welche in bunt bemalten Schubladen versteckt sind, direkt nach deren Präsentation sowie nach 20 Min. wiederfinden. Die unterschiedlichen Vorgabemodalitäten beanspruchen damit sowohl das Kurz- als auch Langzeitgedächtnis im räumlich-visuellen Bereich. Der Untertest *Zahlen Merken* beinhaltet die Anforderung Zahlenfolgen mit ansteigender Länge unmittelbar nachzusprechen.

Für den Funktionsbereich ***Visuelle Wahrnehmung bzw. Visumotorik*** liegt der Untertest *Nachzeichnen* vor, der die Messung der visumotorischen Koordination anstrebt. Die Aufgabe besteht darin zehn verschiedene Figuren mit zunehmender Komplexität nach einer Vorlage in die Felder eines Arbeitsblattes zu zeichnen. Dagegen erhebt der auf dem Lottoprinzip basierende Untertest *Bilderlotto* die differenzierte Raum-Lage Orientierung. Dem Kind werden einzelne Kärtchen gereicht, welche durch das Erkennen und Unterscheiden von Details den Bildtafeln mit je sechs Feldern richtig zugeordnet werden müssen.

Abgesehen von den sprachlich-kognitiven Untertests *Gegensätze* und *Quiz* erfordert der ***Funktionsbereich Sprache*** zwei weitere Untertests, nämlich *Wörter erklären* und *Puppenspiel*. Ersteres erfasst die sprachliche Begriffsbildung, indem die Bedeutung ausgewählter Wörter möglichst differenziert erklärt werden soll, wohingegen im *Puppenspiel* die Kinder aufgefordert werden vorgespochene Sätze mit Puppenfiguren darzustellen, um das Sprachverständnis bzw. das Verständnis von grammatikalischen Strukturen zu überprüfen.

Hinsichtlich der ***sozial-emotionale Entwicklung*** stehen der Untertest *Fotoalbum* und der Elternfragebogen zur Verfügung. Die Fähigkeit, Gefühle einer Person an der Gesichtsmimik zu erkennen wird im Untertest *Fotoalbum* anhand einer Abfolge von neun Fotos, auf denen der Gefühlstand der Personen zu benennen ist, erhoben. Die Ermittlung der Selbstständigkeitsentwicklung eines Kindes erfolgt durch die Einschätzung von 22 Aussagen auf einer fünfstufigen Skala.

Abschließend wird der **Funktionsbereich Motorik** vorgestellt, der sich in die Untertests *Turnen* und *Lernbär* unterteilt. Bei ersterem soll das Kind zur Erfassung der grobmotorischen Fähigkeiten Turnübungen imitieren, die a priori vorgezeigt und erläutert werden. Die feinmotorischen Fähigkeiten werden mittels eines Teddybären, an dem nacheinander vier Verschlüsse geschlossen werden müssen, gemessen.

Die Testgütekriterien des WET erweisen sich als äußerst transparent. Nicht nur die allgemeinen Hinweise zum Testen von Klein- und Vorschulkindern, sondern auch die detaillierten Testanweisungen wie auch das standardisierte Testmaterial sorgen trotz der großen Herausforderung im Umgang mit der Altersgruppe für eine Gewährleistung der Durchführungsobjektivität. Die eindeutige Verrechnung der Lösungen anhand genauer Bewertungskriterien genügt ebenfalls den Ansprüchen der Auswertungsobjektivität. Die Berechnung der Messgenauigkeit mittels Konsistenzanalysen zeigen, dass die interne Konsistenz (Split-half-Reliabilität und Cronbachs Alpha) der einzelnen Untertests für den Großteil einen Kennwert über .80 erreicht und sich zwischen .66 und .91 bewegt. Eine Ausnahme stellt der Untertest *Zahlen Merken* dar. Wegen seiner besonderen Vorgabemodalität konnte anstatt einer Konsistenzanalyse lediglich die Retest-Reliabilität ermittelt werden, deren Kennwert bei 0.67 liegt. Hinsichtlich der Validität weist der WET aufgrund seiner empirisch fundierten und theoretischen Schlussfolgerung der Items und Skalen inhaltliche Gültigkeit auf. Schließlich liegen zahlreiche Validierungsstudien zur diskriminanten und konvergenten Validität vor. Die Normierungsstichprobe umfasst 971 deutsche Kinder und 274 österreichische Kinder, wobei für die Normierung der neuen Subtests *Muster-Legen-Neu* und *Rechnen* in der dritten Auflage des Wiener Entwicklungstests 124 Kinder aus Deutschland und 261 Kinder aus Österreich herangezogen wurden, deren Ergebnisse die Normen des Ranges und des Gesamtentwicklungsscores ergänzten.

6.5.3 Verhaltensbeobachtungsbogen

Der halbstandardisierte Verhaltensbeobachtungsbogen (siehe Anhang B), dessen Konzeption ebenfalls auf Frau Ass.-Prof. Dr. Deimann zurückgeht, enthält einfache, gut beobachtbare Verhaltensaspekte, die einen späteren Vergleich mit anderen Kindern zulassen. Zeitlich ist der Verhaltensbeobachtungsbogen auf die strukturierte Testsituation begrenzt und hat die folgenden Beobachtungskategorien zum Gegenstand: Grob- und

Feinmotorik, äußeres Erscheinungsbild, sprachliche Kompetenzen, Kontakt- und Spielverhalten, Arbeitshaltungen, Selbstständigkeit, Problemlösefähigkeiten, Hilfsbereitschaft, Frustrationstoleranz, Aggressivität, Ängste und sonstige Auffälligkeiten.

6.6 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Unter dem qualitativen Gesichtspunkt der Verständnisvertiefung und der damit verbundenen getreuen Abbildung sozialer Wirklichkeiten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) als Auswertungsmethode für die Interviews und die Verhaltensbeobachtungen gewählt. Sie ist eine sozialwissenschaftliche Methode, die schriftlich fixierte Kommunikation systematisch anhand eines Ablaufmodells in Richtung Forschungsstand und -interesse analysiert und interpretiert. Im Gegensatz zu anderen freien Interpretationsverfahren besteht ihr großer Vorteil in einer intersubjektiv überprüfbar, theorie- und regelgeleiteten Analyse, wodurch sie für Dritte nachvollziehbar wird und eine Übertragung auf andere Gegenstände erlaubt (Mayring, 2008; 2010). Die essentielle Basis bildet dabei das Kategoriensystem. Sie ist das Herzstück der qualitativen Inhaltsanalyse. Je nach Analysetechnik(en) (Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung) können die Kategorien vorab deduktiv, induktiv oder durch das Zusammenspiel von theoriegeleiteter und materialbezogener Strategie entwickelt werden. Die fertigen Kategorien werden am Textmaterial ausprobiert und während der Analyse wiederholt überarbeitet, um der formativen Reliabilitätsprüfung genüge zu leisten. Die Zuordnung der Textpassagen zu den Kategorien geschieht zwar interpretativ im Einklang mit dem Forschungsstand, jedoch kontrolliert mithilfe eines Kodierleitfadens (Kategoriedefinition, Ankerbeispiel, Kodierregel). Abschließend werden die Kategorienhäufigkeiten analysiert und deren Aussagekraft anhand inhaltsanalytischer Gütekriterien, insbesondere der Intracoderreliabilität und Intercoderreliabilität geschätzt. Aus Gründen der Schlüssigkeit soll das Ablaufmodell und seine Umsetzung anhand des auszuwertenden Textmaterials exemplarisch vorgestellt werden.

6.6.1 Auswahl der Analysetechnik

Nach Mayring (2008; 2010) existieren drei miteinander kombinierbare Analysetechniken, die wie von ihm gefordert, passend zur Fragestellung und Material ausgewählt werden können, da sie eine unterschiedliche Auswertung der Daten zulassen: Während die Zusammenfassung das Material auf wesentliche Inhalte reduziert, versucht die Ex-

plikation unklare Textstellen mit zusätzlichem Kontextmaterial zu erläutern. Bei der Strukturierung hingegen wird das Material nach vorab festgelegten formalen, inhaltlichen, typisierenden oder skalierten Gesichtspunkten interpretiert. In der vorliegenden Arbeit wurde die formale Strukturierung als Auswertungstechnik angewandt, da sie sich hauptsächlich an der thematischen Gliederung des Gesprächsleitfadens für die Bildung der Haupt- und Unterkategorien orientierte. Eine rein deduktive Vorgehensweise wurde allerdings um die Anwendung der Induktion in Hinblick auf neue inhaltliche Aspekte erweitert, um insbesondere Unterkategorien und ihre Ausprägungen möglichst eng am Material zu definieren und anzupassen. Das Ergebnis war ein gut elaboriertes Kategoriensystem, das sowohl den Inhalt der Elterninformationen sinnvoll widerspiegelte als auch eine Vergleichbarkeit zwischen diesen erlaubte. Die Kategorien für die Verhaltensbeobachtungen richteten sich nach den im Protokollbogen aufgelisteten Beobachtungsmerkmalen, wobei ihre Ausprägungen auf einer dreistufigen Ordinalskala abgebildet wurden. Der bereits vorhandene Datensatz wurde schließlich um die fertigen Kategoriensysteme für anschließende Frequenz- und andere inferenzstatistische Analysen ergänzt. Bevor das zu analysierende Ausgangsmaterial präsentiert und auf die weiteren Analyseschritte im Einzelnen eingegangen wird, soll ein auf Mayrings Niederschriften basierendes Ablaufmodell (Tabelle 9) aufgezeigt werden, welches durch den Auswertungsprozess begleitet.

Tabelle 9. *Eigene Darstellung eines strukturierten Ablaufmodells in Anlehnung an Mayring (2008; 2010)*

- 1. Schritt:**
Beschreibung des Ausgangsmaterials
 - 2. Schritte**
Bestimmung der Analyseeinheiten
 - 3. Schritt:**
Theoriegeleitete Festlegung der Haupt-, Unterkategorien und Ausprägungen (deduktive Strategie)
 - 4. Schritt**
Formulierung eines mehrschichtigen Kodierleitfadens (Definition, Ankerbeispiel und Kodierregel) für bereits vorhandene Kategorien und Ausprägungen
 - 5. Schritt:**
Erprobung des Kategoriensystems durch Zuordnung der Textstellen zu den passenden Kategorien
 - 6. Schritt (= Rückkopplungsschleife, 4. bis 7. Schritt):**
Überarbeitung, Verbesserung und Erweiterung des Kategoriensystems und -leitfadens anhand des Materials (induktive Strategie)
 - 7. Schritt:**
Erneute Anwendung des Kategoriensystems
 - 8. Schritt:**
Endgültige Kodierung und Prüfung der inhaltsanalytischen Gütekriterien
 - 9. Schritt:**
Qualitative und Quantitative Ergebnisaufbereitung
-

6.6.2 Beschreibung des Ausgangsmaterials

In einem ersten Schritt empfiehlt Mayring (2010) angesichts der intersubjektiven Überprüfbarkeit ausdrücklich die Entstehungsbedingungen und die formalen Charakteristika des Ausgangsmaterials vor der konkreten Durchführung der inhaltsanalytischen Auswertung als vorbereitende Arbeiten offen darzulegen:

Gesprächssituation mit den Eltern

Die diagnostischen Gespräche mit den Eltern bzw. Elternteilen fanden in den Räumlichkeiten der Test- und Beratungsstelle des Arbeitsbereiches Psychologische Diagnostik statt. Sie wurden in einem Face to Face-Kontakt von einer Klinischen- und Gesundheitspsychologin unter Zuhilfenahme des halbstandardisierten Interviewleitfadens Anamnesebogen Vorschulalter (siehe oben) durchgeführt. Der Kommunikationsstil der Psychologin zeichnete sich durch eine empathische, respektvolle und auf einen Vertrauensaufbau ausgerichtete Haltung den Eltern gegenüber aus, um nicht nur etwaige Wi-

derstände aufzulösen, sondern auch vor allem gültige und verlässliche Informationen zu erhalten. Zu diesem Zweck wurden überdies trotz inhaltlicher Verbindlichkeit vorformulierte Fragen nicht wortwörtlich gestellt, sondern flexibel an den Gesprächsverlauf angepasst und auf die Eltern rücksichtsvoll eingegangen. Die Aussagen der Eltern wurden entweder wortwörtlich oder nach für den diagnostischen Prozess relevanten Kriterien gefiltert und auf den Interviewleitfaden in Stichpunkten unmittelbar notiert. Während des informationsermittelnden Interviews waren stets ein bis zwei Studierende als teilnehmende BeobachterInnen anwesend, die ohne Zutun den Gesprächsverlauf verfolgten und die Gesprächsinhalte ebenfalls für die eigene Datensammlung- und Gutachtererstellung dokumentierten. Diese Aufzeichnungen, welche ebenfalls den Akten beigefügt wurden, wurden zum Teil als ergänzendes Material bei handschriftlichen Unklarheiten während der qualitativen Auswertung genutzt. Die Elterngespräche variierten je nach thematischer Begebenheit, Gesprächsbereitschaft und Sprachkompetenz der Eltern in ihrer Länge. Die Durchschnittsdauer betrug ca. zwei Stunden.

Testsituation

Die Einzeltestung mit dem Wiener Entwicklungstest (Kastner-Koller & Deimann 2012) fand in einem kindgerecht gestalteten Raum mit altersangemessenen Spielangebot statt. Die Durchführungszeit betrug bei älteren Kindern ab 3;6 Jahren im Durchschnitt etwa 75 Minuten, ansonsten 90 Minuten. Die Testleiterin wurde eingehend von der Klinischen- und Gesundheitspsychologin auf die Testungen vorbereitet und verfügte über die erforderliche psychologische und pädagogische Kompetenz im Umgang mit Kindern. Die hohen Ansprüche der Anwendungspraxis wurden durch die kindgerechte Gestaltung des Testmaterials und dem spielerischen Charakter der Testaufgaben, die zur freudigen Teilnahme an der Testung motivieren, sowie den detaillierten Durchführungsanweisungen zu erfüllen versucht. Die Auswertung der Subtests erfolgte durch die Umrechnung der jeweiligen Summenscores in standardisierte C-Werte ($\mu=5$, $\sigma=2$) unter Zuhilfenahme von repräsentativen Normtabellen, die für das Alter in Halbjahresschritten vorliegen (vgl. Manual des WET, Kastner-Koller & Deimann, 2012). Insgesamt können die C-Werte einen Wert zwischen -1 und 10 einnehmen. Des Weiteren konnte ein Gesamtentwicklungsscore aus dem Mittelwert der Subtests berechnet werden, als auch der Range, der sich aus der Differenz zwischen bestem und schlechtestem Unter-test ergab. Dieser gibt Auskunft über die Variabilität des Entwicklungsprofils. Das Resultat der Auswertung war eine individuelles Entwicklungsprofil, das sowohl Einblick

in das Entwicklungsniveau, als auch in die Stärken und Schwächen des Kindes gewährte. Dadurch wurden Anknüpfungsmöglichkeiten aufgezeigt, die unter Einbeziehung der vorhandenen Ressourcen für die Interventionsplanung unerlässlich sind.

Verhaltensbeobachtung während der Testsituation

Die Beobachtung kindlichen Verhaltens erfolgte durch eine von der Klinischen- und Gesundheitspsychologin auf die zu beobachtenden Einheiten gründlich eingeschulte TestleiterIn während der Testsituation. Die Beobachtungen wurden sowohl unmittelbar als auch nach der Testung auf den dafür vorgesehenen Protokollbogen dokumentiert. Außerdem waren ein bis zwei Studierende als passive BeobachterInnen anwesend. Für den Fall der Absicherung von Zuverlässigkeit und Genauigkeit der erhobenen Daten wurde jede Testsituation mittels Videoüberwachung aufgezeichnet.

6.6.3 Formale Aspekte

Da die Aussagen der Eltern bzw. Elternteile als auch die Verhaltensbeobachtungen schriftlich festgehalten wurden, war eine Transkription nicht mehr erforderlich. Hingegen wurde für die Elterninformationen eine wortwörtliche Übertragung in Excel vorgenommen, um sowohl Unterkategorien als auch entsprechende Ausprägungen leichter bestimmen zu können und eine laufende Anpassung der Kategorien am Material zu ermöglichen.

6.6.4 Bestimmung der Analyseeinheiten

Der zweite Schritt des Ablaufmodells zielte darauf ab die Größe der Textteile (Minimum und Maximum) zu definieren, um eine ordnungsgemäße Zuordnung zu den Kategorien sicherzustellen. Die Kodiereinheit umfasste den kleinsten Textbestandteil, der ausgewertet wurde, wohingegen die Kontexteinheit die größte Textstelle für sich beanspruchte. Als Kodiereinheit wurde daher ein Wort und als Kontexteinheit die auf die Frage gestellte Gesamtantwort vorgesehen. Schließlich legte die Auswertungseinheit fest, in welcher Reihenfolge das Material ausgewertet wurde (Mayring, 2010). In diesem Fall richtete sie sich nach der vorgegebenen Struktur des Verhaltensbeobachtungsprotokolls und der thematischen Reihenfolge des Interviewleitfadens.

6.6.5 Entwicklung der Kategoriensysteme

Mit Blick auf die Elterninformationen resultierten nach einigen Materialprobedurchgängen (3. bis 6. Schritt) für das „Herzstück“ der qualitativen Inhaltsanalyse insgesamt 14 Haupt- und 89 Unterkategorien. Zusätzlich wurden die Strukturierungsdimensionen der zweiten Ordnung entlang ihrer inhaltlichen Bedeutung in einzelne Ausprägungen ausdifferenziert und mit entsprechenden Codes versehen (Mayring, 2010). Die gewonnenen Strukturierungsdimensionen der Elternaussagen sind zur Übersicht in Abbildung 1 aufgelistet.

Hauptkategorien	Unterkategorien
1. Vorstellungsanlass	1.1 Spezieller Vorstellungsgrund 1.2 Spezieller Vorstellungsgrund 2 1.3 Spezielle Symptome 1.4 Spezielle Symptome 2
2. Familiäre Lebenssituation	2.1 Geschwister 2.2 Personen im gemeinsamen Haushalt 2.3 Wohnsituation 2.4 Zimmer 2.5 Betreuung der Kinder am Nachmittag 2.6 Betreuung der Kinder am Wochenende 2.7 Berufstätigkeit der Mutter
3. Schwangerschaft und Geburt	3.1 Schwangerschaft 3.2 Einstellung zur Schwangerschaft (Sicht der Mutter) 3.3 Einstellung zu Schwangerschaft (Sicht des Vaters) 3.4 Geburt 3.5 Geburtstermin 3.6 Geburtsverlauf 3.7 Geburtsgewicht 3.8 Geburtsgröße
4. Frühkindliche Entwicklung des Kindes	4.1 Stillzeit 4.2 Trinkverhalten des Kindes 4.3 Ernährungsprobleme 4.4 Schlafverhalten im Säuglingsalter 4.5 Derzeitige Schlafsituation 4.6 Abendritual 4.7 Schlafmenge 4.8 Sauberkeitsentwicklung
5. Motorische Entwicklung des Kindes	5.1 Erste Gehschritte 5.2 Geschicklichkeit 5.3 Bewegungsfreude 5.4 Feinmotorik

6. Methode

6. Sprachliche Entwicklung des Kindes	6.1 Sprachbeginn 6.2 Verständlichkeit der Sprache 6.3 Sprachfehler 6.4 Sprachfehler 2 6.5 Mehrsprachigkeit
7. Krankengeschichte bzw. somatische Auffälligkeiten	7.1 Kinderkrankheiten 7.2 Krankenhaus 7.3 Operationen 7.4 Unfälle 7.5 Augenarzt 7.6 HNO
8. Sozial-Emotionale Entwicklung	8.1 Kontaktverhalten 8.2 Freundeskreis 8.3 Beziehung zwischen den Geschwistern 8.4 Trotzphase 8.5 Ängstlichkeit 8.6 Aggression 8.7 Trennungsangst 8.8 Übergangsobjekt
9. Freizeitbereich	9.1 Spielgegenstand 9.2 Bewegungsspiel 9.3 Konstruktionsspiel 9.4 Rollenspiel 9.5 Regelspiel 9.6 Rezeptionsspiel 9.7 Selbstbeschäftigungsdauer 9.8 Medienkonsum 9.9 Fernsehkonsum 9.10 Begleitung beim Fernsehkonsum 9.11 Fernsehsendungen
10. Bildungsweg	10.1 Kindergartenbeginn 10.2 Besuchszeit 10.3 Eingewöhnung 10.4 Nervöse Störungen im Vorschulalter
11. Erziehungsstil der Eltern	11.1 Erziehungsschwierigkeiten 11.2 Selbstständigkeit 11.3 Ungehorsam 11.4 Unaufrichtigkeit 11.5 Übereinstimmung der Eltern 11.6 Gemeinsame Unternehmungen
12. Persönlichkeit, Interessen und Verhalten des Kindes	12.1 Stimmungslage des Kindes 12.2 Sport, Spiel und Bewegung 12.3 Vorschulische Fähigkeiten

	12.4 Kreative Fähigkeiten
	12.5 Soziale Fähigkeiten
	12.6 Extraversion
	12.7 Emotionale Stabilität
	12.8 Offenheit für Erfahrungen
	12.9 Gewissenhaftigkeit
	12.10 Verträglichkeit
	12.11 Introversion
	12.12 Neurotizismus
	12.13 Offenheit für Erfahrungen (negativ)
	12.14 Gewissenhaftigkeit (negativ)
	12.15 Verträglichkeit (negativ)
13. Empfehlung des Instituts	13.1 Spezielle Empfehlung
14. Erwartungen an die psychologische Diagnostik	14.1 Spezielle Erwartung
	14.2 Spezielle Erwartung 2

Abbildung 1. Haupt- und Unterkategorien der Elterninformationen

Die inhaltsanalytische Darstellung der Verhaltensbeobachtungen ergab 12 Kategorien mit den Skalenpunkten *unauffällig*, *mäßig auffällig* und *auffällig*:

Grobmotorik, Feinmotorik, Äußere Erscheinung, Sprache, Sprachfehler, Soziale Kompetenz, Arbeitshaltung, Selbstständigkeit, Problemlösen, Spielverhalten, Aggressivität und Ängste.

6.6.6 Entwicklung des Kodierleitfadens

Nach der Zusammenstellung des Kategoriensystems wurde ein Kodierleitfaden für die eindeutige Zuordnung des Materials entwickelt. Der Kodierleitfaden besteht aus Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln. Wie am Beispiel der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes in Abbildung 2 erkennbar, wird anhand der Definition genau erklärt, welcher Textbestandteile einer Kategorie zugeordnet werden kann. Mit dem Anführen konkreter Textstellen als Ankerbeispiele und der Formulierung von Kodierregeln bei Abgrenzungsproblemen soll das systematische Extrahieren von Textstellen erleichtert werden (Mayring, 2010).

6. Methode

Unterkategorie	Code und Ausprägung	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
8.1 Kontaktverhalten	8.1.1 normal	Das Kind geht offen auf seine Mitmenschen zu und/oder taut schnell auf.	„aufgeschlossen, nimmt Kontakt auf“	Es muss hervorgehen, dass, Kind keine Auffälligkeiten bezüglich seines Kontaktverhaltens aufweist oder eine geringe und/oder kurze andauernde Scheu beim Anknüpfen zwischenmenschlicher Beziehungen besitzt.
	8.1.2 schüchtern	Das Kind ist im Umgang mit fremden Kindern und/oder Erwachsenen gehemmt. Es dauert lange, bis es auftaut.	„in neuen Situationen sehr schüchtern, auch am Spielplatz müssen Eltern dabei sein“	Es muss hervorgehen, dass, das Kind eine intensive und/oder lang andauernde Scheu beim Anknüpfen zwischenmenschlicher Beziehungen besitzt. Gegeben falls braucht es zur Überwindung die Unterstützung der Eltern.
	8.1.3 distanzlos	Das Kind verhält sich im Kontakt zu seinen Mitmenschen distanzlos und zeigt sich sehr vertrauensselig.	„sehr offen, laut Mutter zu vertrauensselig, umklammert beim Einkaufen fremde Menschen“	Es muss hervorgehen, dass, das Kind Kontakt sucht, ohne die soziale Nähe bzw. Situation kritisch zu hinterfragen.

Abbildung 2. Exemplarische Darstellung eines Kodierleitfadens zum Thema sozial-emotionale Entwicklung des Kindes 8.1.1 -8.1.3

6.6.7 Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse

Für die Absicherung der wissenschaftlichen Qualität im Rahmen des inhaltsanalytischen Interpretationsverfahrens, wurden eigene Prüfsteine entwickelt, da sich die psychometrischen Gütekriterien der quantitativen Forschung nicht vorbehaltlos anwenden lassen. Neben der ausführlichen Dokumentation der hier angewandten Methode, der Gegenstandsbezogenheit durch eine nahe Anknüpfung an die diagnostische Praxis und dem regelgeleiteten Vorgehen (Mayring, 2010) kann von einer Validität der Analyse ausgegangen werden. verzichten.

7. Ergebnisse

Nach der Qualitätsprüfung der inhaltsanalytischen Methode wurden die kategoriellen Daten in die Programmsoftware IBM SPSS® Version 22 überführt. Darüber hinaus wurden aufgrund des zusätzlichen Informationszugewinns (inhaltliche Validität) einige Variablen metrisch skaliert: *Anzahl der Geschwister*, *Anzahl der Personen im gemeinsamen Haushalt*, *Geburtsgewicht (in Gramm)*, *Körpergröße (in cm)*, *Erste Gehschritte (in Monate)*, *Anzahl der Sportarten*, *Sprachbeginn (in Monate)*, *Anzahl der Kinderkrankheiten* und *Spezifische Ängste*. Die deskriptiv- und inferenzstatistischen Datenanalysen wurden mittels der Statistiksoftware durchgeführt. Vorab wurde das Signifikanzniveau, entsprechend dem Fehler 1. Art, mit $\alpha = 5\%$ festgelegt. Dementsprechend wird ein Ergebnis im Rahmen der Inferenzstatistik mit $p \leq .05$ als signifikant bezeichnet, während tendenziell signifikante Resultate mit $p \leq .10$ begründet werden. Die gesamten Daten wurden den Fragestellungen entsprechend quantitativ ausgewertet. Im nachfolgenden werden die Ergebnisse dargestellt.

7.1 Bedeutung von Elterninformationen

Um Gruppenunterschiede hinsichtlich nominalskalierteter Elternangaben zu überprüfen, wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Wenn die Erwartungswerte in den Zellen unzureichend besetzt (< 5) waren, fand der exakte Test nach Fisher zur Korrektur der Prüfgröße Anwendung. Aufgrund der zusätzlichen metrischen Datenlage wurde die einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA), und im Falle einer Verletzung der Varianzhomogenität, der Welch-Test für Mittelwertsvergleiche zwischen den drei Diagnosegruppen herangezogen.

7.1.1 Vorstellungsanlass

Im Folgenden wurde zunächst der Verteilungsunterschied zwischen den Gruppen in Abhängigkeit der von den Eltern genannten Vorstellungsgründen und Symptomen überprüft. Die Berechnung der Prüfgrößen ergab durchwegs signifikante Ergebnisse. Für die Variablen *spezieller Vorstellungsgrund* mit $\chi^2_{\text{(korrigiert mittels exakten Test nach Fisher)}} = 32.90$, $p < .001$, *spezieller Vorstellungsgrund 2* mit $\chi^2_{\text{(korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher)}} = 23.18$, $p = .012$, *spezielle Symptome* mit $\chi^2_{\text{(korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher)}} = 50.46$, $p < .001$ und *spezielle Symptome 2* mit $\chi^2_{\text{(korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher)}} = 16.40$, $p = .050$.

Tabelle 10. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Vorstellungsanlass ($N =$ gültige Fälle, $h =$ Häufigkeit)

spezieller Vorstellungsgrund	Gruppe						Gesamt	%
	EV ¹	%	EP ²	%	PA ³	%		
kein Vorstellungsgrund	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Entwicklungsprobleme	0	0,0	13	46,4	5	16,7	18	20,5
Schulfähigkeit	10	33,3	7	25,0	10	33,3	27	30,7
Verhaltensprobleme	0	0,0	1	3,6	4	13,3	5	5,7
Emotionale Probleme	0	0,0	2	7,1	0	0,0	2	2,3
Entwicklungsabklärung	19	63,3	5	17,9	11	36,7	35	39,8
Gesamt	30	100	28	100	30	100	88	100

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, $n/N =$ Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 32.90$, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) $< .001$

Eltern, deren Kinder einen deutlichen Entwicklungssprung hatten, gaben häufiger (63,3 %) den Wunsch einer Entwicklungsabklärung an, wohingegen Eltern der zweiten Gruppe Entwicklungsprobleme (46,7 %) und die der dritten Gruppe Entwicklungsabklärung (36,7 %), Schulfähigkeit (33,3 %) und Verhaltensprobleme (13,3 %) nannten (siehe Tabelle 10).

7. Ergebnisse

Tabelle 11. *Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der Variable Vorstellungsanlass 2 (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit)*

spezieller Vorstellungsgrund (2)	Gruppe						Gesamt	%
	EV ¹	%	EP ²	%	PA ³	%		
kein Vorstellungsgrund	24	80,0	11	39,3	13	43,3	48	54,5
Entwicklungsprobleme	0	0,0	2	7,1	3	10,0	5	5,7
Schulfähigkeit	3	10,0	5	17,9	5	16,7	13	14,8
Verhaltensprobleme	0	0,0	7	25,0	3	10,0	10	11,4
Emotionale Probleme	2	6,7	2	7,1	2	6,7	6	6,8
Entwicklungsabklärung	0	0,0	1	3,6	3	10,0	4	4,5
Erziehungsberatung	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	1,1
Fördermaßnahmen	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Gesamt	30	100	28	100	30	100	88	100

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 23.18$, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) = .012

Als zweiten Vorstellungsgrund, wie in Tabelle 11 ersichtlich, führten die primären Bezugspersonen der ersten Gruppe überwiegend (80,0 %) keinen weiteren an. Gruppe 2 (8,0 %) berichtete mit 25,0 % im Gegensatz zu Gruppe 3 vermehrt von Verhaltensproblemen.

Tabelle 12. *Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable spezielle Symptome (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit)*

spezielle Symptome	Gruppe						Gesamt	%
	EV ¹	%	EP ²	%	PA ³	%		
keine Symptome	2	6,7	2	7,1	2	6,7	6	6,8
Entwicklungsprobleme	0	0,0	14	50,0	4	13,3	18	20,5
Entwicklungsvorsprung	28	93,3	4	14,3	12	40,0	44	50,0
Arbeitshaltung	0	0,0	2	7,1	5	16,7	7	8,0
Verhaltensprobleme	0	0,0	3	10,7	5	16,7	8	9,1
Emotionale Probleme	0	0,0	3	10,7	2	6,7	5	5,7
Gesamt	30	100	28	100	30	100	88	100

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 50.46$, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) < .001

Mit Blick auf die Symptome, nannten Eltern der ersten (93,3 %) und dritten Gruppe (40,0 %) häufiger Entwicklungsvorsprünge, wobei Eltern entwicklungsauffälliger Kinder Entwicklungsprobleme (50,0 %) anführten (Tabelle 12).

7. Ergebnisse

Tabelle 13. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable spezielle Symptome 2 ($N =$ gültige Fälle, $h =$ Häufigkeit)

spezielle Symptome 2	Gruppe						Gesamt	%
	EV ¹	%	EP ²	%	PA ³	%		
keine Symptome	26	86,7	15	53,6	21	70,0	62	70,5
Entwicklungsprobleme	1	3,3	0	0,0	1	3,3	2	2,3
Entwicklungsvorsprung	0	0,0	2	7,1	1	3,3	3	3,4
Arbeitshaltung	0	0,0	5	17,9	4	13,3	9	10,2
Verhaltensprobleme	0	0,0	2	7,1	0	0,0	2	2,3
Emotionale Probleme	2	6,7	4	14,3	3	10,0	9	10,2
Erziehungsprobleme	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Gesamt	30	100	28	100	30	100	88	100

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, $n/N =$ Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 16.40$, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) = .050

Darüber hinaus berichtete die erste Gruppe von keinen weiteren Symptomen (86,7 %), während die anderen Gruppen durchaus noch weitere Symptome anführten (Tabelle 13).

7.1.2 Familiäre Lebenssituation

Zur speziellen Analyse der Verteilungsunterschiede der familiären Lebenssituation in den Diagnosegruppen wurden die im Anhang A.1 angeführten Variablen herangezogen. Die entsprechenden Prüfgrößen fielen für die kategorielle Erfassung von *Personen im gemeinsamen Haushalt* mit $\chi^2_{\text{(korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher)}} = 4,60$, $p = .331$ und bei metrischer Erfassung varianzanalytisch mit $F(2, 85) = 1.66$, $p = .197$, für *Geschwister* (kategorial) mit $\chi^2(2) = 5.51$, $p = .239$ und *Geschwister* (metrisch) mit $F(2, 85) = 1.11$, $p = .336$, für *Wohnsituation* mit $\chi^2(2) = 1.87$, $p = .392$, für *Zimmer* mit $\chi^2(2) = 1.21$, $p = .546$, für *Betreuung der Kinder am Nachmittag und am Wochenende* mit $\chi^2_{\text{(korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher)}} = 1.80$, $p = .960$ und $\chi^2_{\text{(korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher)}} = 7.62$, $p = .217$, sowie für *Berufstätigkeit der Mutter* mit $\chi^2_{\text{(korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher)}} = 10.90$, $p = .534$ jeweils nicht signifikant aus. Es konnte somit keine besonderen Verteilungsunterschiede der familiären Lebenssituation beobachtet werden.

7.1.3 Schwangerschaft und Geburt

Die Überprüfung der Elterninformationen zum Thema Schwangerschaft und Geburt ergaben mit Ausnahme der Variable *Gewicht*, $\chi^2_{\text{(korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher)}} = 6.10$, $p = .021$, keine signifikanten Verteilungsunterschiede zwischen den Diagnosegruppen.

Wie in Tabelle 14 ersichtlich, wiesen Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten einen höheren Anteilswert (18,5 %) an Untergewichtigkeit zum Zeitpunkt der Geburt als die anderen Gruppen auf.

Tabelle 14. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Gewicht in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Geburtsgewicht				Gesamt <i>N</i>
	Normalgewicht		Untergewicht (<i><</i> 2500g)		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
1 Entwicklungsvorsprung	30	100,0	0	0,0	30
2 Entwicklungsprobleme	22	81,5	5	18,5	27
3 Probleme Arbeitshaltung	27	93,1	2	6,9	29
Gesamt	79	91,9	7	8,1	86

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 6.10$, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) = 0.21

7.1.4 Frühkindliche Entwicklung des Kinder

Der Tabelle im Anhang A.3 ist zu entnehmen, dass sich die Diagnosegruppen in den elterlichen Aussagen zur frühkindlichen Entwicklung bezüglich *Trinkmenge* mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 2.86, $p = .601$, *Ernährungsprobleme* mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 6.34, $p = .336$, *Schlafverhalten im Säuglingsalter* mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 6.94, $p = .293$, *derzeitiges Schlafverhalten* mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 5.36, $p = .235$, *Schlafmenge* mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 2.17, $p = .327$ und *Abendritual* mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 2.27, $p = .289$ nicht signifikant unterschieden, während für die *Stillzeit* (χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 11.37, $p = .060$) ein tendenziell signifikanter Verteilungsunterschied beobachtet werden konnte.

Zur Beurteilung der tendenziellen Signifikanz der Stillzeit ist unter Berücksichtigung der standardisierten Residuen festzuhalten, dass Kinder mit Entwicklungsproblemen häufiger *nicht* oder nur *wenig* (in Summe 40,9 %) gestillt wurden als Kinder mit Problemen in der Arbeitshaltung (6,9 %) oder jene mit Entwicklungsvorsprung (25,0 %), wie Tabelle 15 zeigt.

7. Ergebnisse

Tabelle 15. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Stillzeit in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Stillzeit (Monate)								Gesamt <i>N</i>
	keine		wenig (<2)		normal (2-16)		lange (> 16)		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
1 EV ¹	4	14,3	3	10,7	16	57,1	5	17,9	28
2 EP ²	4	18,2	5	22,7	10	45,5	3	13,6	22
3 PA ³	0	0,0	2	6,9	24	82,8	3	10,3	29
Gesamt	8	10,1	10	12,7	50	63,3	11	13,9	79

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, *n/N* = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 11.37$, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) = 0.60

7.1.5 Motorische Entwicklung des Kindes

Bei der Überprüfung der Aspekte der motorischen Entwicklung wurden signifikante Unterschiede hinsichtlich der *Feinmotorik* (kategorial) mit $\chi^2(2) = 8.24$, $p = .016$, der ersten *Gehschritte* (metrisch) varianzanalytisch unter Berücksichtigung der Welch-Korrektur mit $F(2, 45.59) = 3.74$, $p = .031$ und *Anzahl der Bewegungen* (metrisch) mit $F(2, 81) = 3.42$, $p = .037$ festgestellt.

Aus Tabelle 16 geht hervor, dass Kinder mit Entwicklungsproblemen feinmotorisch ungeschickter (41,7 %) waren als jene mit Entwicklungsvorsprüngen (7,4 %).

Tabelle 16. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Feinmotorik in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Feinmotorik				Gesamt <i>N</i>
	geschickt		ungeschickt		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
1 Entwicklungsvorsprung	25	92,6	2	7,4	27
2 Entwicklungsprobleme	14	58,3	10	41,7	24
3 Probleme Arbeitshaltung	22	75,9	7	24,1	29
Gesamt	61	76,2	19	23,8	80

Anmerkungen: *n/N* = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2(2) = 8.24$, *asympt. Sign. (2-seitig) = 0.16*

Die Ergebnisse der Mittelwertsvergleiche (Tabelle 17) mit anschließenden paarweisen Vergleichen post hoc nach Tukey wiesen darauf hin, dass Kinder mit einem deutlichen Entwicklungsvorsprung ihre ersten Gehschritte früher vollziehen als entwicklungsauffällige Kinder ($p = .038$), während Kinder mit Problemen in der Arbeitshaltung sich häufiger sportlich bewegen als jene mit Entwicklungsauffälligkeiten ($p = .029$).

Tabelle 17. Deskriptivstatistische Kennwerte der Variable Erste Gehschritte und Anzahl der Bewegungen

Gruppe	Erste Gehschritte (Monate)					Anzahl der Sportarten				
	N	M	SD	Min	Max	N	M	SD	Min	Max
1 EV ¹	30	11.98	1.65	9	17	29	4.14	1.66	1	8
2 EP ²	26	13.98	4.19	9	25	26	3.50	1.58	0	7
3 PA ³	28	13.13	2.72	9	21	29	4.55	1.21	2	7
Gesamt	84	12.98	3.05	9	25	84	4.08	1.54	0	8

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, N = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum; Erste Gehschritte: $F(2, 45.59) = 3.74$, exakte Sign. (2-seitig) = .031; Anzahl der Sportarten: $F(2, 81) = 3.42$, asympt. Sign. (2-seitig) = .037

7.1.6 Sprachliche Entwicklung des Kindes

Die Ergebnistabelle im Anhang A.5 gibt Auskunft über signifikante Gruppenunterschiede für die Variablen *Mehrsprachigkeit* (kategorial) mit $\chi^2(2) = 0.32$, $p = .010$, *Verständlichkeit der Sprache* χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 18.47, $p < .001$ und *Sprachbeginn* (metrisch) in Monaten, varianzanalytisch untersucht anhand der Welch-Korrektur mit $F(2, 28.39) = 4.86$, $p = .015$.

Tabelle 18 zeigt, dass Kinder mit einem deutlichen Entwicklungssprung mit 44,4 % und jene mit Problemen in der Arbeitshaltung mit 48,3 % einen früheren Sprachbeginn als entwicklungsauffällige Kinder mit 14,8 % aufwiesen.

Tabelle 18. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Sprachbeginn in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Sprachbeginn (Monate)						Gesamt
	früh (< 11)		normal (11 – 13)		spät (> 13)		
	n	%	n	%	n	%	N
1 EV ¹	12	44,4	12	44,4	3	11,1	27
2 EP ²	4	14,8	10	37,0	13	48,2	27
3 PA ³	14	48,3	7	24,1	8	27,6	29
Gesamt	30	100,0	29	100,0	24	100,0	83

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2(2) = 13.23$, asympt. Sign. (2-seitig) = 0.10

Die Verständlichkeit der Sprache bei entwicklungsauffälligen Kindern war, im Vergleich mit den beiden anderen Gruppen, auffällig (42,3 %) undeutlicher, wie Tabelle 19 zeigt.

Tabelle 19. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Verständlichkeit der Sprache in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Verständlichkeit der Sprache				Gesamt
	deutlich		undeutlich		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>
1 Entwicklungsvorsprung	27	90,0	3	10,0	30
2 Entwicklungsprobleme	15	57,7	11	42,3	26
3 Probleme Arbeitshaltung	30	100,0	0	0,0	30
Gesamt	72	83,7	14	16,3	86

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 18.47$, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) < .001

Der Sprachbeginn der zweiten Gruppe war im Mittel 18.97 ($SD = 2,94$). Demnach beginnen entwicklungsauffällige Kinder vergleichsweise später an zu sprechen (siehe Tabelle 20) als die beiden anderen Gruppen; die paarweisen Vergleiche post hoc nach Tukey ergaben jeweils signifikante Unterschiede (p 's < .01).

Tabelle 20. Deskriptivstatistische Kennwerte der Variable Sprachbeginn in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Minimum	Maximum
1 Entwicklungsvorsprung	14	11.46	2.94	6.0	18.0
2 Entwicklungsprobleme	16	18.97	8.99	8.0	36.0
3 Probleme Arbeitshaltung	20	12.40	5.44	5.0	24.0
Gesamt	50	14.24	7.03	5.0	36.0

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $F(2, 28.39) = 4.86$, korrigiert mittels Welch-Test, exakte Sign. (2-seitig) = .015

7.1.7. Somatische Auffälligkeiten bzw. Krankengeschichte

Unter Betrachtung der im Anhang A.6 aufgelisteten Variablen zu somatischen Auffälligkeiten bzw. Krankengeschichte ist ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen in Bezug auf das Vorhandensein von *Krankenhausaufenthalten* (kategorial) hervorzuheben ($\chi^2(2) = 9.08$, $p = .011$), sowie eine tendenzielle Signifikanz hinsichtlich der Sauberkeitserziehung ($\chi^2(2) = 6.63$, $p = .096$).

Tabelle 21 verdeutlicht den häufigeren Krankenhausaufenthalt (60,7 %) entwicklungs-auffälliger Kinder, wohingegen die beiden anderen Gruppen weniger häufig diese Form der Fürsorge in Anspruch nehmen.

Tabelle 21. Häufigkeit und Anteilswerte der Variable Krankenhausaufenthalt in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Krankenhausaufenthalt				Gesamt
	ja		nein		
	n	%	n	%	N
1 Entwicklungsvorsprung	7	23,3	23	76,7	30
2 Entwicklungsprobleme	17	60,7	11	39,3	28
3 Probleme Arbeitshaltung	10	33,3	20	66,7	30
Gesamt	34	38,6	54	61,4	88

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2(2) = 9.08$, asympt. Sign. (2-seitig) = .011

Wie in Tabelle 22 ersichtlich, zeigt sich bezüglich der Sauberkeitserziehung von Kindern mit Problemen in der Arbeitshaltung (90,0 %) und jenen mit einem Entwicklungsvorsprung einen Trend dahingehend, dass sie häufiger (86,4 %) bereits abgeschlossen ist, wohingegen Entwicklungsauffällige Kinder öfters (31,6 %) nachts noch eine Windel benötigen und Kinder aus der dritten Gruppe deutlich unauffälliger (0,0 %) sind.

Tabelle 22. Häufigkeit und Anteilswerte der Variable Sauberkeit in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Sauberkeit						Gesamt
	abgeschlossen		teilweise		nicht abg.		
	n	%	n	%	n	%	N
1 Entwicklungsvorsprung	19	86,4	2	9,1	1	4,5	22
2 Entwicklungsprobleme	12	63,2	6	31,6	1	5,3	19
3 Problem Arbeitshaltung	27	90,0	3	10,0	0	0,0	30
Gesamt	58	81,7	11	15,5	2	2,8	71

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 6.63$, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) = .096

7.1.8 Sozial-emotionale Entwicklung

Die kategoriellen Variablen der sozial-emotionalen Entwicklung zeigten mit den entsprechenden Prüfgrößen keine signifikanten Verteilungsunterschiede zwischen den Gruppen (siehe Anhang A.7); ebenso fiel bei der Anzahl der spezifischen Ängste (met-

risch) die entsprechende Prüfgröße der Varianzanalyse mit $F(2, 83) = 0.65$, $p = .524$ nicht signifikant aus.

7.1.9 Freizeitbereiche

Zu den Verteilungsunterschieden konnte für die Variable *Medienkonsum* (kategorisch) mit der Prüfgröße $\chi^2(2) = 15.50$, $p < .001$ ein signifikantes und für die Variable *Rollen-spiel* ein tendenziell signifikantes Ergebnis beobachtet werden.

In Tabelle 23 ist ersichtlich, dass entwicklungsauffällige Kinder im Verhältnis zu den anderen Gruppen im Medienkonsum wesentlich häufiger (92,6 %) eine alleinige TV-Nutzung aufweisen.

Tabelle 23. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable *Medienkonsum* in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Medienkonsum				Gesamt
	nur TV		zumindest PC		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>
1 Entwicklungsvorsprung	13	43,3	17	56,7	30
2 Entwicklungsprobleme	25	92,6	2	7,4	27
3 Probleme Arbeitshaltung	17	58,6	12	41,4	29
Gesamt	55	64,0	31	36,0	86

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2(2) = 15.50$, asympt. Sign. (2-seitig) $< .001$

Wie Tabelle 24 zeigt, führten Eltern von entwicklungsauffälligen Kindern tendenziell weniger (71,4 %) häufig Rollenspiele an.

Tabelle 24. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable *Rollenspiel* in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Rollenspiel				Gesamt
	ja		nein		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>
1 Entwicklungsvorsprung	16	53,3	14	46,7	30
2 Entwicklungsprobleme	8	28,6	20	71,4	28
3 Probleme Arbeitshaltung	16	53,3	14	46,7	30
Gesamt	40	45,5	48	54,5	88

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2(2) = 4.72$, asympt. Sign. (2-seitig) = .094

7.1.10 Bildungsweg

Aus der Tabelle im Anhang A.9 gehen keine signifikanten Verteilungsunterschiede bezüglich der Variablen des Bildungsweges in Abhängigkeit der Diagnosegruppen hervor.

7.1.11 Erziehungsstil der Eltern

Die Analyse der Verteilungsunterschiede zu den Aspekten elterlicher Erziehung wies für die *Selbstständigkeitsentwicklung* mit $\chi^2_{\text{(korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher)}} = 9.03$, $p = .039$ auf ein signifikantes Ergebnis hin.

Kinder mit Entwicklungsproblemen wiesen demnach eine höhere Unselbstständigkeit (11,5 %) und Teilselbstständigkeit (42,3 %) auf (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable *Selbstständigkeit in Abhängigkeit der Gruppen*

Gruppe	Selbstständigkeit						Gesamt <i>N</i>
	ja		teilweise		nein		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
1 Entwicklungsvorsprung	25	83,3	4	13,3	1	3,3	30
2 Entwicklungsprobleme	12	46,2	11	42,3	3	11,5	26
3 Problem Arbeitshaltung	21	70,0	8	26,7	1	3,3	30
Gesamt	58	67,4	23	26,7	5	5,8	86

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2 = 9.03$, korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) = .039

Im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen zeigen sich Kinder mit Entwicklungsproblemen tendenziell häufiger (33,3 %) ungehorsam (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable *Ungehorsam in Abhängigkeit der Gruppen*

Gruppe	Ungehorsam				Gesamt <i>N</i>
	ja		nein		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
1 Entwicklungsvorsprung	3	10,0	27	90,0	30
2 Entwicklungsprobleme	9	33,3	18	66,7	27
3 Probleme Arbeitshaltung	5	16,7	25	83,3	30
Gesamt	17	19,5	70	80,5	87

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2(2) = 5.16$, asympt. Sign. (2-seitig) = .076

7.1.12 Persönlichkeit und Verhalten des Kindes

Bezüglich dieser Eigenschaften, die mittels einer Frage, jene drei Dinge anzuführen, die das Kind gut und gerne macht, operationalisiert wurden, lagen bei *Vorschulischen Fähigkeiten* ($\chi^2(2) = 12.30, p = .002$) und *Extraversion* ($\chi^2(2) = 9.97, p = .007$) signifikante und für *Verträglichkeit (-)* ($\chi^2(2) = 5.76, p = .056$) tendenziell signifikante Ergebnisse vor. Es konnte in diesen Dimensionen ein Verteilungsunterschied beobachtet werden (siehe Anhang A.11).

Bezüglich der vorschulischen Fähigkeiten antworteten Eltern von akzelerierten Kindern am häufigsten (70,0 %), während Eltern der beiden anderen Gruppen diese weniger häufig anführten (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable *Vorschulische Fähigkeiten* in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Vorschulische Fähigkeiten				Gesamt
	ja		nein		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>
1 Entwicklungsvorsprung	21	70,0	9	30,0	30
2 Entwicklungsprobleme	8	28,6	20	71,4	28
3 Probleme Arbeitshaltung	10	33,3	20	66,7	30
Gesamt	39	44,3	49	55,7	88

Anmerkungen: *n/N* = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2(2) = 12.30, \text{asympt. Sign. (2-seitig)} = .002$

Bezüglich der positiven Persönlichkeitseigenschaften berichteten Eltern von Kindern mit Entwicklungsvorsprung in einem geringeren Ausmaß (73,3 %) von extravertierten Merkmalen, wie Tabelle 28 zeigt.

Tabelle 28. Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable *Extraversion* in Abhängigkeit der Gruppen

Gruppe	Extraversion				Gesamt
	ja		nein		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>
1 Entwicklungsvorsprung	8	26,7	22	73,3	30
2 Entwicklungsprobleme	15	53,6	13	46,6	28
3 Probleme Arbeitshaltung	20	66,7	10	33,3	30
Gesamt	43	48,9	45	51,1	88

Anmerkungen: *n/N* = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2(2) = 9.97, \text{asympt. Sign. (2-seitig)} = .007$

Kinder mit Entwicklungsproblemen zeigten einen Trend dahingehend, weniger verträglich (60,7 %) zu sein (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29. *Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Verträglichkeit (negativ) in Abhängigkeit der Gruppen*

Gruppe	Verträglichkeit (negativ)				Gesamt
	ja		nein		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>
1 Entwicklungsvorsprung	9	30,0	21	70,0	30
2 Entwicklungsprobleme	17	60,7	11	39,3	28
3 Probleme Arbeitshaltung	12	40,0	18	60,0	30
Gesamt	38	43,2	50	56,8	88

Anmerkungen: n/N = Anzahl der Kinder, % = Prozent; $\chi^2(2) = 5.76$, *asympt. Sign. (2-seitig)* = .056

7.1.13 Empfehlung des Instituts

Die Analyse, ob ein Verteilungsunterschied in der Art der *Empfehlung* die Test- und Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen vorlag, fiel mit der Prüfgröße χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 1.94, $p = .963$ nicht signifikant aus (siehe Anhang A.12). Die Diagnosegruppen wiesen eine vergleichbare Empfehlungsstruktur auf.

7.1.14 Erwartungen an die psychologische Diagnostik

Die Analysen der Verteilungsunterschiede bezüglich *spezieller Erwartung* bezüglich der psychologisch-diagnostischen Untersuchung (χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 11.50, $p = .107$) ergab kein signifikantes Ergebnis und für *spezielle Erwartung 2* (χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 10.57, $p = .070$) ein tendenziell signifikantes Ergebnis, wie im Anhang A.13 ersichtlich.

Der tendenzielle Verteilungsunterschied bezüglich der speziellen Erwartungen wird durch einen höheren Anteilswert (52,9 %) bei Fördermaßnahmen für Kinder mit Entwicklungsproblemen und durch einen höheren Anteilswert (52,9 %) bei Aspekten zur Schulfähigkeit für Kinder mit Problemen in der Arbeitshaltung deutlich (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der Erwartungen 2 ($N =$ gültige Fälle, $h =$ Häufigkeit)

Gruppe	spezielle Erwartung (2)								Gesamt N
	keine		Fördermaßnahmen		Schulfähigkeit		Erziehungsberatung		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1 EV ¹	6	28,6	6	28,6	7	33,3	2	9,5	21
2 EP ²	0	0,0	9	52,9	6	35,3	2	11,8	17
3 PA ³	0	0,0	7	41,2	9	52,9	1	5,9	17
Gesamt	6	10,9	22	40,0	22	40,0	5	9,1	55

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, $n/N =$ Anzahl der Kinder, % = Prozent, $\chi^2 = 10.57$, mittels exaktem Test nach Fisher, exakte Sign. (2-seitig) = .070

7.2 Zusammenfassung zur Bedeutung von Elterninformationen

Aus den Elterninformationen zu den verschiedenen Themenbereichen wurden schließlich jene Variablen zusammengefasst, die bezüglich der Gruppenzugehörigkeit einen (tendenziell) signifikanten Verteilungsunterschied bzw. eine Unterschiedlichkeit anzeigten. Mit diesem Pool an relevanten Elterninformationen (*spezieller Vorstellungsgrund, spezieller Vorstellungsgrund 2, spezielle Symptome, spezielle Symptome 2, Geburtsgewicht, Stillzeit, Feinmotorik, erste Gehschritte, Anzahl der Sportarten, Sprachbeginn, Verständlichkeit der Sprache, Sauberkeit, Krankenhausaufenthalt, Medienkonsum, Selbstständigkeit, Ungehorsam, Rollenspiel, Vorschulische Fähigkeiten, Extraversion, Verträglichkeit (negativ) und spezielle Erwartung 2*) sollte die Diagnosegruppenzugehörigkeit abgeklärt werden.

7.3 Klassifikationsgüte von Elterninformationen

Zur Beurteilung der Diskriminationsfähigkeit jener Merkmale und Eigenschaften bezüglich der Gruppenzugehörigkeit wurde eine Diskriminanzanalyse mit der Einschlußmethode durchgeführt. Die Diskriminanzanalyse ist ein strukturprüfendes Verfahren, mit dem Personen aufgrund von unabhängigen Variablen zwei oder mehreren bereits vorliegenden Gruppen zugeordnet werden sollen (Bühl und Zöfel, 2005). Für diese Analyse war im Einklang mit ihren Voraussetzungen lediglich metrisch und binär skalierte Variablen zu verwenden. Zu diesem Zweck wurden die beiden kategoriellen Variablen *Selbstständigkeit* und *Sprachbeginn* jeweils in dichotome Ausprägungen (*ja/nein* bzw. *normal/spät*) transformiert. Darüber hinaus wurden ausschließlich Variablen herangezogen, bei denen in über 79 (> 90 %) aller Fälle ein gültiger Wert und eine

eindeutige Signifikanz im Hinblick auf Gruppenunterschiede vorlag. Die Diskriminanzanalyse erfolgte für jene Klein- und Vorschulkinder ($n = 71$), die über keine fehlenden Werte (*missing values*) verfügten. Die Möglichkeit, fehlende Werte durch Imputations-techniken zu ersetzen, wurde nicht in Anspruch genommen, da sie zu keiner Verbesserung der Klassifikationsgüte geführt hätte.

Des Weiteren zeigte sich in einer Vorab-Analyse, dass sich die durchschnittlichen Funktionswerte der einzelnen Gruppen für die Variablen *Krankenhaus* ($F(2, 67) = 1.86$, $p = .164$), *Anzahl der Sportarten* ($F(2, 67) = 1.93$, $p = .153$), *Ungehorsam* ($F(2, 67) = 2.49$, $p = .090$) und *Rollenspiel* ($F(2, 67) = 1.11$, $p = .334$) nicht signifikant unterschieden. Daher wurde eine zweite Modellprüfung ohne diese vier Variablen berechnet.

Mit weniger als zwei nicht singulären Gruppen-Kovarianz-Matrizen konnte die Varianzhomogenität für die Variablen in den Gruppen nicht überprüft werden. Da der Boxscher M-Test gegenüber Abweichungen in der Normalverteilung äußerst empfindlich ist, wurden die Kovarianz-Matrizen der Gruppen miteinander verglichen. Laut Janssen und Laatz (2013) dürfen die Kovarianzen keine starken Ungleichheiten und Vorzeichenunterschiede aufweisen. Die Annahme gleicher Kovarianzen konnte in mehreren Fällen nicht bestätigt werden.

Ein Eigenwert von 1.55 deutete auf eine gute Trenngüte hin und ließ darauf schließen, dass das Modell weiterhin überprüft werden konnte.

Tabelle 31. *Koeffizienten der Diskriminanzfunktion bei Aufnahme aller Variablen*

Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	χ^2	df	p
1 bis 2	,314	73,628	20	< .001
2	,800	14,142	9	.117

Wie in Tabelle 31 ersichtlich, ergab die inverse Prüfgröße Wilks Λ mit $\chi^2(20) = 73.63$, $p < .001$ ein signifikantes Ergebnis, wodurch beiden Diskriminanzfunktionen gemeinsam eine signifikante Trennung zuzuschreiben war. Die Kanonische Korrelation mit $r = 0.828$ wies ebenfalls auf einen hohen Erklärungsgehalt des Modells hin. Etwa 83 % der Gesamtstreuung waren auf Unterschiede zwischen den Gruppen zurückzuführen. Die entsprechenden standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionskoeffizienten und

die der Größe nach angeordneten Ladungen innerhalb der beiden Funktionen sind in Tabelle 32 dargestellt.

Tabelle 32. *Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen den Diskriminanzvariablen und den standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen*

Elterninformationen	Stand. kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten		Ladungs-/Struktur-Matrix	
	Funktion		Funktion ¹	
	1	2	1	2
Medienkonsum	-.340	-.134	-.386*	-.086
Erste Gehschritte (Monate)	.072	.272	.318*	-.049
Selbstständigkeit	.360	-.011	-.307*	-.061
Geburtsgewicht	-.380	-.058	.301*	-.003
Feinmotorik	.194	-.340	.301*	-.176
Sprachbeginn	.027	-.231	.298*	.158
Verträglichkeit (negativ)	.354	.021	.293*	-.095
Extraversion	-.306	.634	-.223	.652*
Verständlichkeit der Sprache	.559	.596	.454	.608*
Vorschulische Fähigkeiten	.407	-.369	.315	-.344*

Anmerkungen: ¹ Die Elterninformationen sind innerhalb der Funktion nach ihrer absoluten Korrelationsgröße geordnet; * Größte absolute Korrelation zwischen jeder Variablen und einer Diskriminanzfunktion

Bei der Betrachtung der Strukturkoeffizienten, die im Gegensatz zu den standardisierten Diskriminanzkoeffizienten Multikollinearität zwischen den Variablen berücksichtigen (Eckey, Kosfeld & Rengers, 2002), ist festzustellen, dass *Medienkonsum* für die erste Funktion und *Extraversion* und *Verständlichkeit der Sprache* im Hinblick auf die zweite Funktion am besten zwischen den Gruppen differenzieren und am meisten Varianz aufklären können. Am wenigsten trugen *Sprachbeginn* und *Unverträglichkeit* (Funktion 1), sowie *kognitive und Vorschulische Fähigkeiten* (Funktion 2) zur Unterscheidung der Gruppen bei. Die Klassifikationsergebnisse in Tabelle 33 zeigen einen befriedigenden Wert. Im Rahmen dieser Modellprüfung konnten 74,6 % der Fälle (53 von 71 Kindern) den Hauptdiagnosegruppen richtig zugeordnet werden.

7. Ergebnisse

Tabelle 33. *Klassifikationsmatrix zur Klassifikationsgüte*

		Gruppe	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt	
			1 (EV)	2 (EP)	3 (PA)		
Original	n	1	20	1	5	26	
		2	1	14	4	19	
		3	6	1	19	26	
				27	16	28	71
	%	1	76,9	3,8	19,2	100,0	
		2	5,3	73,7	21,1	100,0	
3		23,1	3,8	73,1	100,0		

a. 74,6 % der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Am besten können Kinder mit einem weit überdurchschnittlichen Entwicklungsvorsprung (76,9 %) vorhergesagt werden, gefolgt von Kindern mit Entwicklungsproblemen (73,7 %) und Problemen in der Arbeitshaltung (73,1 %). Abbildung 3 veranschaulicht die Gruppenmittelpunkte der vorliegenden Diagnosegruppen.

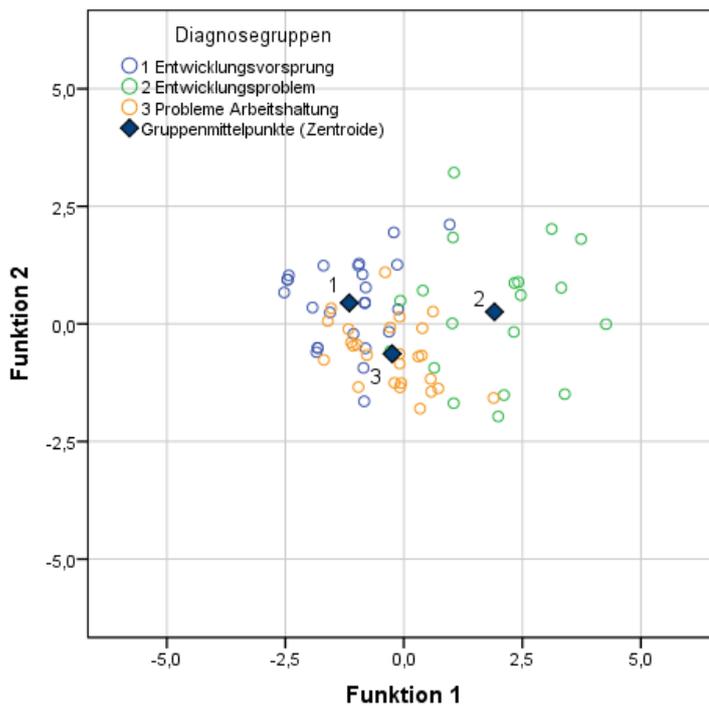


Abbildung 3. *Kanonische Diskriminanzfunktion mit den Zentroiden der drei Diagnosegruppen*

Gruppe 1 und 2 können als Antitypen beschrieben werden, da die Distanz zwischen den entsprechenden Gruppenzentroiden am größten ausfiel und Gruppe 3 dabei eine Mittelstellung einnahm.

Im Rahmen der Einschlussmethode wurde eine weitere Analyse durchgeführt, die sich ausschließlich auf die erste berechnete Funktion stützt, da die zweite Diskriminanzfunktion alleine keinen signifikanten Beitrag ($\chi^2(9) = 14.14, p = .117$) zur Varianzaufklärung zwischen den Gruppen leistete. Die entsprechenden standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionskoeffizienten und die der Größe nach angeordneten Ladungen innerhalb der Funktion ist in Tabelle 34 dargestellt.

Tabelle 34. *Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten und Strukturmatrix (simultane Diskriminanzanalyse)*

	Stand. kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten	Ladungs-/Strukturmatrix
	Funktion 1	Funktion ¹ 1
Elterninformationen		
Verständlichkeit der Sprache	.559	.454
Medienkonsum	-.340	-.386
Erste Gehschritte	.072	.318
Vorschulische Fähigkeiten	.407	.315
Selbstständigkeit	.360	.307
Geburtsgewicht	-.380	-.301
Feinmotorik	.194	.301
Sprachbeginn	.027	.298
Verträglichkeit (negativ)	.354	.293
Extraversion	-.360	-.223

Anmerkungen: ¹ Die Elterninformationen sind innerhalb der Funktion nach ihrer absoluten Korrelationsgröße geordnet

Dabei zeigte sich im Gegensatz zu vorangegangener Analyse, dass *Verständlichkeit der Sprache*, gefolgt von *Medienkonsum*, den größten Beitrag leistete und die Klassifikationsgüte nur minimal verringert wurde. Wie in Tabelle 35 ersichtlich, reduzierte sich die Trefferquote von 74,6% auf 73,2 % (52 von 71), wobei akzelerierte (80,8 %) und entwicklungsauffällige Kinder (78,9 %) nun besser vorhergesagt werden konnten als jene mit Problemen in der Arbeitshaltung (61,5 %). Demzufolge spielte die zweite Funktion für die dritte Diagnosegruppe eine wesentliche Rolle.

7. Ergebnisse

Tabelle 35. *Klassifikationsmatrix zur Klassifikationsgüte bedingt durch die erste Diskriminanzfunktion*

		Gruppe	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt
			1 (EV)	2 (EP)	3 (PA)	
Original	n	1	21	1	4	26
		2	0	15	4	19
		3	9	1	16	26
			30	17	24	71
	%	1	80,8	3,8	15,4	100,0
		2	0,0	78,9	21,1	100,0
3		34,6	3,8	61,5	100,0	

a. 73,2 % der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Um sukzessiv diejenigen Variablen zu identifizieren, die am besten zwischen den Gruppen differenzieren wurde zusätzlich eine schrittweise Diskriminanzanalyse mit dem Ausschlusskriterium $F = 2,71$ und Aufnahmekriterium $F = 3,84$ durchgeführt (Kubinger, Rasch & Yanagida, 2011).

Die inverse Prüfgröße Wilks Λ fiel für beide Diskriminanzfunktionen mit $\chi^2(8) = 55.27$, $p < .001$ und $\chi^2(3) = 10.64$, $p = .014$ signifikant aus. Die kanonische Korrelation der ersten Funktion erzielte einen Wert von 0,750, die der zweiten $r = 0,385$.

Tabelle 36. *Aufgenommene Variablen bei der stufenweisen Diskriminanzanalyse*

Stufe	Variablen	Wilks-Lambda							
		Statistik	df1	df2	df3	Exaktes F			
						Statistik	df1	df2	Sign.
1	Verständlichkeit der Sprache	,708	1	2	68	14,011	2	68,000	< .001
2	Medienkonsum	,594	2	2	68	9,961	4	134,000	< .001
3	Extraversion	,490	3	2	68	9,444	6	132,000	< .001
4	Geburtsgewicht	,436	4	2	68	8,373	8	130,000	< .001

Tabelle 36 ist zu entnehmen, dass insgesamt vier Variablen in das Erklärungsmodell aufgenommen wurden. Neben *Medienkonsum*, *Extraversion* und *Geburtsgewicht* konnte erneut die wichtige Rolle der *Verständlichkeit der Sprache* bestätigt werden, da diese Variable den größten Beitrag zur Trennung zwischen den Gruppen lieferte (siehe Tabelle 37).

Tabelle 37. *Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen den Diskriminanzvariablen und den standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen*

Elterninformationen	Stand. kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten		Ladungs-/Struktur-Matrix	
	Funktion		Funktion ¹	
	1	2	1	2
Verständlichkeit der Sprache	-.694	.488	-.611*	.563
Medienkonsum	.616	.135	.493*	.034
Geburtsgewicht	.476	.075	.381*	.103
Extraversion	.375	.834	.243	.855*

Anmerkungen¹: Die Elterninformationen sind innerhalb der Funktion nach ihrer absoluten Korrelationsgröße geordnet; * Größte absolute Korrelation zwischen jeder Variablen und einer Diskriminanzfunktion;

Die restlichen Elterninformationen leisteten keinen weiteren signifikanten Diskriminationsbeitrag und wurden somit als unerheblich identifiziert. Im Vergleich zur Einschlussmethode erzielten die vier ermittelten Variablen eine Trefferquote von 66,3 % (55 von 83). Demnach konnten Klein- und Vorschulkinder mit Problemen in der Arbeitshaltung (71,4 %) und akzelerierte Kinder (70,0%) am besten, während entwicklungsauffällige Kinder (56,0 %) am schlechtesten vorhergesagt wurden.

7.4 Mehrwert von Elterninformationen

Um die Eigenschaften der Elterninformationen im Vergleich zum Wiener Entwicklungstest und den Verhaltensbeobachtungen hinsichtlich der Diagnosegüte zu ermitteln, wurde das Ausmaß der Übereinstimmung zwischen den jeweiligen Erhebungstechniken einer Berechnung unterzogen. Zu diesem Zweck wurden vorab die Funktionsbereiche des Wiener Entwicklungstests anhand der jeweiligen C-Werte binär in *auffällig* (< 4) und *unauffällig* (> 4) umcodiert. Abbildung 4 gibt zunächst Auskunft über die Vergleichsmöglichkeiten zwischen Elternvariablen mit diskriminierenden Eigenschaften und jenen Variablen, die entsprechend mittels anderer Methoden (Wiener Entwicklungstest WET, Verhaltensbeobachtung VB) erfasst werden konnten.

7. Ergebnisse

Elterninformationen	WET	VB
Vorstellungsanlass	-	-
Symptome	-	-
Geburtsgewicht	-	-
Stillzeit	-	-
Verständlichkeit der Sprache	-	x ⁴
Sprachbeginn	-	-
erste Gehschritte in Monaten	-	-
Feinmotorik	x ¹	x ⁵
Anzahl der Sportarten	-	-
Sauberkeit	-	-
Krankenhaus	-	-
Medienkonsum	-	-
Selbstständigkeit	x ²	x ⁶
Ungehorsam	-	-
Rollenspiel	-	-
Vorschulische Fähigkeiten	x ³	-
Extraversion	-	-
Verträglichkeit (-)	-	x ⁷
Erwartungen	-	-

Abbildung 4. Gegenüberstellung der verschiedenen Erhebungsinstrumente (x = Vergleichsmöglichkeit gegeben: ¹Lernbär, ²Elternfragebogen, ³Kognitive Entwicklung, ⁴Sprache, ⁵ Feinmotorik, ⁶Selbstständigkeit, ⁷Soziale Kompetenz)

Für die Prüfung der Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Erhebungsinstrumenten bezüglich der Variablen *Verständlichkeit der Sprache*, *Feinmotorik*, *Selbstständigkeit*, *Vorschulische Fähigkeiten* und *Verträglichkeit (-)* wurden aufgrund des Datenniveaus und der unterschiedlichen Erhebungsmethoden das Assoziationsmaß Cramér's V herangezogen. Die jeweiligen Übereinstimmungen zwischen den entsprechenden Verfahren sind in Tabelle 38 dargestellt.

Tabelle 38. Übereinstimmung der verschiedenen Erhebungsinstrumente bezüglich entsprechender Variablen

Elterninformationen	WET		VB	
	Cramér's V	p	Cramér's V	p
Verständlichkeit der Sprache	-	-	.516	<.001*
Feinmotorik	.131	.242	.085	.797
Selbstständigkeit	.287	.008*	.062	.858
Vorschulische Fähigkeiten	.327	.002*	-	-
Verträglichkeit (negativ)	-	-	.166	.321

Anmerkungen: Cramér's V = Assoziationsmaß, * < .050

Demnach konnten signifikante Übereinstimmungen für die Variablen *Verständlichkeit der Sprache* (Elterninformation & VB), *Selbstständigkeit* (Elterninformation & WET) und *Vorschulische Fähigkeiten* (Elterninformation & WET) festgestellt werden.

8. Diskussion

Das psychologisch-diagnostische Gespräch mit primären Bezugspersonen wird im Rahmen eines entwicklungsdiagnostischen Prozesses und als fester Bestandteil einer multimodalen Diagnostik (Knopf & Goertz, 2011) routinemäßig bei Klein- und Vorschulkindern durchgeführt. Die Eltern stellen insofern eine wichtige Informationsquelle dar, da sie mit der bisherigen Entwicklung ihres Kindes vertraut sind und Kinder aufgrund ihrer begrenzten sprachlichen Fähigkeiten im Idealfall lediglich Auskunft über ihre unmittelbare Lebenswelt geben können (Deimann & Kastner-Koller, 2015; Kastner-Koller & Deimann, 2009). Obwohl die Zuverlässigkeit von Elternangaben nach wie vor umstritten ist und von verschiedenen Einflussfaktoren abhängt (Deimann & Kastner-Koller, 2007), haben zahlreiche Studien gezeigt, dass bestimmte elterliche Bedenken sich als zuverlässige Indikatoren für die Diagnosefindung eignen (Chen et al., 2004; Chung et al., 2011; Glascoe & Marks, 2011).

Ziel der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit war es einerseits herauszufinden, welche differentielle Bedeutung andere Elterninformationen, die in einem psychologisch-diagnostischen Gespräch im Detail erhoben werden, für die Diagnosefindung haben. Andererseits wurde der Frage nachgegangen, welchen Mehrwert Elterninformationen mit diskriminierenden Eigenschaften gegenüber anderen psychologisch-diagnostischen Verfahren besitzen.

Dazu wurden von der kinder- und jugendpsychologischen Test- und Beratungsstelle des Arbeitsbereiches Psychologische Diagnostik an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien unter der Leitung von Frau Ass.-Prof. Dr. Pia Deimann und Ass.-Prof. Dr. Ursula Kastner-Koller schriftlich dokumentierte Elterninterviewleitfäden, sowie die Testergebnisse (WET) und Verhaltensbeobachtungen drei bis sechsjähriger Klein- und Vorschulkinder ($N = 269$) zur Verfügung gestellt. Der diagnostische Beitrag und Mehrwert der Elterninformationen wurde anhand einer Stichprobe ($N = 88$) für die folgenden Diagnosen *Entwicklungsvorsprung* ($n = 30$), *Entwicklungsprobleme* ($n = 28$) und *Probleme in der Arbeitshaltung* ($n = 30$) untersucht. Die Daten wurden entsprechend der Fragestellungen mittels eines mixed-method Untersuchungsdesign sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgewertet.

In einem ersten Schritt zeigte sich, wie für kinder- und jugendpsychologische Beratungsstellen typisch, dass die diagnostischen Gespräche am häufigsten mit Müttern geführt wurden, deren Kinder im Durchschnitt 5 Jahre alt waren. Die Geschlechtsverteilung über die verschiedenen Hauptdiagnosegruppen war annähernd gleich, so dass das Geschlecht und das Lebensalter keine möglichen Störfaktoren darstellten. Zusätzlich wurden die Komorbiditäten berücksichtigt, um mögliche Überschneidungen zwischen den drei Hauptdiagnosen zu vermeiden.

8.1 Differentielle Bedeutung von Elterninformationen

Bei der differentiellen Betrachtung der Elterninformationen war zu beobachten, dass die Beantwortung der Fragen hinsichtlich der folgenden Themenbereiche familiäre Lebenssituation (z.B. „Anzahl der Geschwister“, „Berufstätigkeit der Mutter“), sozial-emotionale Entwicklung (z.B. „Kontaktverhalten“ oder „Aggression“) und Bildungsweg des Kindes (z.B. „Eingewöhnungsphase“, „Besuchsumfang des Kindergartens“) sowie bezüglich der Art der Empfehlung die Test- und Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen (z.B. „Familie/Bekanntkreis“) für die verschiedenen Hauptdiagnosegruppen sehr ähnlich ausfiel. Unterschiede ließen sich bezüglich des Vorstellungsanlasses, der Geburt, der frühkindlichen, motorischen, sprachlichen Entwicklung, der Krankengeschichte des Kindes, des Erziehungsalltags, der Freizeitgestaltung und der Persönlichkeit des

Kindes, sowie der elterlichen Erwartungen an eine entwicklungspsychologische Untersuchung finden.

Im Detail konnte für den *Vorstellungsanlass* beobachtet werden, dass Eltern akzelerierter Kinder zumeist den Wunsch einer „Entwicklungsabklärung“ äußerten, während Eltern entwicklungsauffälliger Kinder häufiger „Entwicklungsprobleme“ und darüber hinaus „Verhaltensprobleme“ nannten als Eltern, deren Kinder Probleme in der Arbeitshaltung hatten, aber normal entwickelt waren. Für diese war in erster Linie die „Abklärung der Entwicklung“, aber auch die Frage nach der „Schulfähigkeit“ bedeutsam. Mit Blick auf die *Symptome* verhielt es sich annähernd gleich. Eltern akzelerierter Kinder berichteten häufiger, fast ausnahmslos, von „Entwicklungsvorsprüngen“ als Eltern deren Kinder Schwächen in der Arbeitshaltung hatten. Diese führten wie auch Eltern entwicklungsauffälliger Kinder „emotionale Probleme“ und „Probleme in der Arbeitshaltung als weitere Symptome an, aber in einem geringeren Ausmaß. Bei den primären Symptomen, die von Eltern entwicklungsauffälliger Kinder genannt wurden, handelte es sich überwiegend um „Entwicklungsprobleme“.

Die Analyse der *Erwartungen* an die entwicklungspsychologisch-diagnostische Untersuchung ergab, dass Eltern entwicklungsauffälliger Kinder häufiger an *Fördermaßnahmen* und Eltern, deren Kinder Probleme in der Arbeitshaltungen hatten, an der *Schulfähigkeit* ihres Kindes interessiert waren. Eltern akzelerierter Kinder hatten unterschiedliche Erwartungen.

Im Einklang mit der Passungshypothese (Hunt & Paraskevopoulos, 1980) und den empirischen Befunden von Kastner-Koller & Deimann (2011) wurden überdurchschnittlich begabte Kinder von ihren Eltern größtenteils richtig eingeschätzt. Denn die Vorstellungsgründe und Symptombeschreibungen der Eltern stimmten vielfach mit der Diagnose ihrer Kinder überein. Dasselbe war wider Erwarten für Eltern von entwicklungsauffälligen Kindern zu beobachten. Ihre angegebenen Erwartungen bezüglich der entwicklungsdiagnostischen Untersuchung passten ebenfalls zur Diagnose ihres Kindes. Auch wenn Eltern entwicklungsauffälliger Kinder nicht unmittelbar nach ihren Bedenken gefragt wurden, spiegelte der Vorstellungsanlass diese indirekt wider, so dass voraussichtlich mit einer hohen Sensitivität zur Identifizierung von Entwicklungsproblemen (Glascoe, 1999; 2000; Glascoe & Marks, 2011) zu rechnen ist, wobei unklar bleibt, welche Arten von Bedenken bzw. Entwicklungsprobleme angeführt wurden, da sie

nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung waren. Bei Eltern hingegen, deren Kinder normal entwickelt waren, aber Schwierigkeiten in der Arbeitshaltung hatten, waren Überschätzungen hinsichtlich des allgemeinen Kompetenzniveaus zu beobachten. Das eigentliche Problem dieser Kinder wurde weniger oft und in der Symptombeschreibung als letztes genannt. Vielleicht mag hier die Stressreduktionshypothese ursächlich gewesen sein, wonach die positive Einschätzung der eigenen Kinder die emotionale Belastung reduziert, welche durch beobachtete Entwicklungsauffälligkeiten entstehen (Glascoe & Dworkin; 1995; Rennen-Allhoff, 1991; Willinger et al. 2011) oder es an Vergleichsmöglichkeiten (Glascoe & McLean, 1990) und Kenntnissen (Bornstein & Cote, 2004; Glascoe & Dworkin, 1995) über eine altersadäquate Arbeitshaltung gemangelt haben.

Die Elternangaben zur sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes stimmten mit den Ergebnissen von Buch, Sparfeldt & Rost (2006) überein, die ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Elterneinschätzungen normal und hochbegabter Kinder fanden, obwohl häufig in der Literatur von tatsächlichen Unterschieden ausgegangen wird (Stapf, 2008). Andererseits scheinen ähnliche Urteile hinsichtlich der sozial-emotionalen Entwicklung zu verwundern, berücksichtigt man zum einen, dass vor allem Eltern (weit-) unterdurchschnittlich begabter Kinder vermehrt über emotionale und (Verhaltens-) Probleme auf Symptomebene berichteten. Zum anderen, dass entwicklungsauffällige Kinder in der Regel über ein breites Spektrum an bereichsspezifischen Problemen verfügen, wovon auch das sozial-emotionale Kompetenzniveau des Kindes betroffen sein kann. Die Häufigkeiten der Nebendiagnosen „Emotionale Störungen“ und Verhaltensprobleme“ deuten ebenfalls auf diesbezügliche Unterschiede in der Gesamtstichprobe hin. Die Widersprüchlichkeiten rühren womöglich daher, dass gerade sozial-emotionale Merkmale über die Eltern schwieriger zu erfassen sind als leistungsbezogene Merkmale, da eindeutige Indikatoren (Deimann & Kastner-Koller, 2007; Helmke & Schrader, 1989; Rennen-Allhoff, 1991), an denen sie sich zur Beurteilung der sozial-emotionalen Kompetenzen ihrer Kinder orientieren, fehlen. Eine weitere Erklärung besteht eventuell darin, dass die Fähigkeiten der Kinder im Sinne des „presidential syndrome“ (Glascoe & Dworkin, 1995) beschönigt wurden oder Eltern überbesorgt waren (Glascoe & Marks, 2011). Gerade die elterlichen Informationen spielen für die Erhebung der sozial-emotionalen Entwicklung eine besondere Rolle, da der Wiener Entwicklungstest durch die Vorgabe der beiden Subtests *Fotoalbum* (Fähigkeit, mimi-

schen Gesichtsausdruck verstehen und benennen zu können) und *Elternfragebogen* (Selbstständigkeit) und die Verhaltensbeobachtung während der Testsituation nur bestimmte, aber wesentliche Aspekte der sozial-emotionalen Entwicklung eines Kindes erfassen.

Aus den Elterninformationen zum Thema *Schwangerschaft und Geburt* ließ sich schlussfolgern, dass Kinder mit Entwicklungsproblemen häufiger ein niedriges *Geburtsgewicht* aufwiesen als Kinder anderer Diagnosegruppen, wobei Kinder mit einer (weit-) überdurchschnittlichen Begabung ausschließlich normalgewichtig waren.

Fragen zur *Frühkindlichen Entwicklung* deuteten darauf hin, dass Kinder mit Entwicklungsproblemen häufiger nicht oder nur wenig *gestillt* wurden als die übrigen Kinder. Bei der Überprüfung der Angaben zur *Motorischen Entwicklung* zeigte sich, dass akzelerierter Kinder häufiger als *feinmotorisch* geschickt beschrieben wurden und die *ersten Gehschritte* früher vollzogen als entwicklungsauffällige Kinder. Am *sportlichsten* schienen dagegen Kinder mit Problemen in der Arbeitshaltung zu sein.

Schaut man sich die Aspekte der *Sprachlichen Entwicklung* an, so zeigten sowohl Kinder mit einer (weit) überdurchschnittlichen Entwicklung als auch diejenigen deren Arbeitshaltung problematisch war, einen früheren *Sprachbeginn* als Kinder mit Entwicklungsproblemen. Neben einem späten Sprachbeginn schien bei letzteren auch *die Verständlichkeit der Sprache* gegenüber anderen Kindern undeutlicher zu sein.

Bezüglich der *Krankengeschichte* und *somatischer Auffälligkeiten* berichteten Eltern entwicklungsauffälliger Kinder häufiger über *Krankenhausaufenthalte*. Des Weiteren ist anzunehmen, dass Kinder mit Entwicklungsproblemen häufiger nachts noch eine Windel brauchen, während die *Sauberkeitserziehung* bei den anderen Kindern bereits abgeschlossen war.

In puncto *Freizeitbereich* gaben Eltern, deren Kinder Entwicklungsprobleme hatten, öfter an, dass ihre Kinder ausschließlich den *Fernseher* als Medium nutzten und weniger *Rollenspiele* spielten.

Der Einblick in den *Erziehungsalltag* ließ darauf schließen, dass unterdurchschnittlich begabte Kinder vermehrt einer altersadäquaten *Selbstständigkeit* nicht oder nur wenig entsprachen. Zu dem scheinen entwicklungsauffällige Kinder *ungehorsamer* zu sein. Die Aussagen zur *Persönlichkeit* der Kinder brachten hervor, dass Eltern akzelerierter Kinder häufiger von *vorschulischen Fähigkeiten* und weniger von *extravertierten*

Merkmale berichteten. Darüber hinaus wurden entwicklungsauffällige Kinder als weniger *verträglich* beschrieben.

Betrachtet man in summa die unterschiedlichen Aussagen zu den diversen Themenbereichen kindlicher Entwicklung in Verbindung mit den drei unterschiedlichen Diagnoseprofilen (vgl. Kapitel 6.2.2) der Kinder, so ist festzustellen, dass Eltern durchaus wertvolle Indizien lieferten, die allgemein mit den definitorischen Merkmalen der verschiedenen Diagnosen übereinstimmten. Anhand der Elterninformationen war die Unterteilung der ersten beiden Diagnosen in zwei Antitypen bzw. Extremgruppen deutlich erkennbar. Zum einen die Kinder mit Entwicklungsvorsprung, die sich durch elterliche Angaben über altersentsprechende und akzelerierte Merkmale kindlicher Entwicklung charakterisieren ließen. Zum anderen die entwicklungsauffälligen Kinder, die sich durch eine altersunangemessene Entwicklung in vielen der angeführten Bereiche kennzeichneten, wobei Kinder mit Problemen in der Arbeitshaltung eine Mittelstellung einnahmen und damit schwieriger von den anderen Diagnosegruppen zu unterscheiden waren. Tendenziell gab es zwischen ihnen und den akzelerierten Kinder mehr Überschneidungen, was nicht verwunderlich ist, bedenkt man, dass jene Kinder im Durchschnitt über ein allgemein normal bzw. aus Sicht der Eltern überwiegend überdurchschnittlich ausgeprägtes Kompetenzniveau verfügten.

In einem ersten Versuch unter der simultanen Berücksichtigung der Elternangaben zu einer methodisch eingeschränkten Auswahl befragter Merkmale kindlicher Entwicklung konnte das auf Elterneinschätzungen basierende Beziehungsgeflecht der Diagnosen bestätigt werden. Über dies konnten 73,2 % der Kinder den Diagnosegruppen richtig zugeordnet werden. Miteinbezogen wurden *Geburtsgewicht*, *Feinmotorik*, *erste Gehschritte*, *Verständlichkeit der Sprache*, *Sprachbeginn*, *Selbstständigkeit*, *Medienkonsum*, *Vorschulische Fähigkeiten*, *Extraversion* und *Unverträglichkeit*. Von ihnen lieferten die elterlichen Informationen zur *Verständlichkeit der Sprache*, gefolgt von *Medienkonsum*, den größten Beitrag zur Unterscheidung der Diagnosegruppen. Angaben zur *Extraversion* trugen am wenigsten bei. Schaut man sich die Diagnosegruppen im Einzelnen an, so gelang die Klassifikation für akzelerierte und entwicklungsauffällige Kinder am besten.

Als nächstes wurde das Ziel verfolgt, die wichtigsten Prädiktoren aufzufinden und die Unwichtigen zu eliminieren. Es zeigte sich eine Hierarchie an wenigen Merkmalen, in der erneut *Verständlichkeit der Sprache*, gefolgt von *Medienkonsum*, aber auch *Geburtsgewicht* und wider Erwarten *Extraversion* am besten zwischen den Diagnosegruppen differenzierten. Die anderen Elterninformationen wurden als unerheblich eingestuft. Allerdings reduzierte sich mit den vier besten Prädiktoren die Vorhersagqualität auf 66,3 % und führte zu einer Änderung der Klassifikationsgüte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen. Kinder mit Problemen in der Arbeitshaltung, sowie erneut Kinder mit einem Entwicklungsvorsprung konnten am besten und entwicklungsauffällige Kinder hingegen am schlechtesten klassifiziert werden. Die gegensätzliche Beziehung entwicklungsauffälliger und akzelerierter Kinder blieb nach wie vor bestehen.

Der Unterschied zur Einschlussmethode lässt sich für die einzelnen Diagnosegruppen allem Anschein nach dadurch erklären, dass neben der *Verständlichkeit der Sprache* die Persönlichkeitseigenschaft *Extraversion* eine essentielle Bedeutung für die Vorhersage von Kindern mit Schwierigkeiten in der Arbeitshaltung hat und die als unwichtig qualifizierten Merkmale für Kinder mit Entwicklungsproblemen. Akzelerierte Kinder wurden nahezu fortwährend am besten vorhergesagt.

Wie in anderen Studien zuvor (Chen 2004; Chung, 2011; Glascoe, 1994) konnten anhand der vorangegangenen Analysen der diagnostische Beitrag der Sprache bzw. eines Teilaspekts der sprachlichen Kompetenz des Kindes abermals bestätigt werden. Gerade die Befragung nach den vier genannten Merkmalen kindlicher Entwicklung ist in einem diagnostischen Gespräch mit Eltern vermutlich von Vorteil, da es sich um Merkmale handelt, die salient und daher gut im Alltag zu beobachten sind (Chen et al. 2004; Chung, et al. 2011; Glascoe & Marks, 2011). Dies gilt vor allem für die *Verständlichkeit der Sprache*, die sich durch eine klare und deutliche Ausdrucksweise äußert. Außerdem ist denkbar, dass Eltern den Medienkonsum (Fernsehe- oder zumindest PC-Nutzung) ihrer jungen Kinder besser im Überblick haben als bei älteren Grundschulkindern, deren Bewegungs- bzw. Umweltradius mit zunehmenden Alter größer wird. Des Weiteren sind Eltern auch nach über 10 Jahren in der Lage sich an das Geburtsgewicht ihrer Kinder zu erinnern (vgl. Rennen-Allhoff, 1991), so dass von falschen Angaben weniger auszugehen ist. Extravertierte Merkmale, wie „gesellig“, „aktiv“ und „kommunikativ“ beschreiben nicht nur die Persönlichkeit des Kindes, sondern auch indirekt

die Verhaltensweisen der Kinder, so dass angenommen werden kann, dass diese der Beobachtung ebenfalls zugänglicher sind, als etwa Emotionen oder soziale Beziehungen (vgl. Deimann & Kastner-Koller, 2007; Helmke & Schrader, 1989; Rennen-Allhoff, 1991).

Nichtsdestotrotz ist kritisch anzumerken, dass die Interpretierbarkeit der Ergebnisse dadurch eingeschränkt ist, dass die Voraussetzungen für die Anwendung einer Diskriminanzanalyse wegen der (Ko-)Varianzinhomogenität nicht erfüllt waren. Des Weiteren ist eventuell ein vollständiges Durchmuster aller Varianten von Merkmalskombinationen einer schrittweisen Vorgehensweise für zukünftige Arbeiten vorzuziehen, um eine vielleicht noch optimalere Kombination von möglichst wenigen Merkmalen zu ermitteln (Kubinger, Rasch & Yanagida, 2011).

8.2 Der Mehrwert von Elterninformationen

Bei der Überprüfung, ob Übereinstimmungen zwischen den Elterninformationen und anderen Erhebungsinstrumenten bestehen, konnten schwache Zusammenhänge zwischen den Elternangaben und dem Wiener Entwicklungstest (WET) hinsichtlich der *Selbstständigkeit* und *vorschulischer Fähigkeiten* festgestellt werden. Einen mittleren Zusammenhang ließ sich zwischen den Elternangaben und der Verhaltensbeobachtung (VB) bezüglich der *Verständlichkeit der Sprache* finden. Keine signifikanten Zusammenhänge waren hingegen für *Feinmotorik*, *Unverträglichkeit* und *Selbstständigkeit* zu beobachten, die bis auf ersteres ausschließlich mittels Verhaltensbeobachtung erfasst wurden. Eine Aussage über die Richtung des Zusammenhanges konnte aufgrund des Assoziationsmaßes nicht gemacht werden (Bühl & Zöpfel, 2005).

Der Grund für die fehlenden bzw. schwachen Validitätskoeffizienten (konvergente Validität; Kubinger, 2009) ist möglicherweise zum einen darauf zurückzuführen, dass in den meisten Fällen die Operationalisierung der Variablen bzw. Konstrukte nicht deckungsgleich waren. Zum Teil wurde dasselbe, aber auch parallel verschiedenes gemessen. So etwa die von den Eltern genannten *vorschulischen Fähigkeiten* (z.B.: „Lesen“, „Rechnen“, „weiß viel“) die mit dem Funktionsbereich der *kognitiven Entwicklung* des Kindes (WET) auf Übereinstimmung hin überprüft wurde. Jene Subtests erfassen mit hohen Reliabilitäten (.77 - .88) nicht nur das Allgemeinwissen und die mathematische

Entwicklung eines Kindes, sondern auch die kognitiven Basisfertigkeiten. Dazu gehören das räumliche, induktive und analoge Denken (vgl. Manual, Kastner-Koller & Deimann, 2012), die zusammen mit dem Gedächtnis das Erlernen vorschulischer Fähigkeiten erst ermöglichen.

Eine Besonderheit stellt in diesem Zusammenhang die multimodale Erfassung der *Feinmotorik* dar, für die keine signifikanten Übereinstimmungen – weder mit dem WET, noch mit der VB – festgestellt wurden. Dies lag vermutlich an der Art und dem Umfang der Bewertungskriterien, die dem Konstrukt a priori zugeordnet wurden. Während beim Subtest Lernbär (WET) die Fähigkeit des Kindes beurteilt wird, verschiedene Arten von Verschlüssen zu schließen (vgl. Manual, Kastner-Koller & Deimann, 2012), stehen in der Verhaltensbeobachtung zusätzlich nicht nur die Performanzebene, sondern auch qualitative Aspekte wie Stifthaltung (Faust-, Pinzetten- oder Tripodengriff), die Art des Zeichnens und die Handdominanz (rechts, links oder noch nicht erkennbar) des Kindes im Fokus der Betrachtung. Die Antworten der Eltern im diagnostischen Gespräch ließen darauf schließen, dass die genannten Kriterien nur in einem geringen Ausmaß berücksichtigt wurden. Denn sie berichteten vermehrt über das feinmotorische Geschick beim Basteln und Malen und das diesbezügliche Interesse. Ebenso können mangelnde Kenntnisse der Eltern über eine altersadäquate feinmotorische Geschicklichkeit (Bornstein & Cote, 2004; Ertem, et al. 2007; Reich, 2005) oder ein von den ExpertInnen abweichender Urteilsanker (Döpfner, 1997) ursächlich gewesen sein. Neben den Über- und Unterschätzungen der Eltern sind auch Beobachtungs-, Interpretations- und Erinnerungsfehler der Testleiterin und/oder StudentInnen während der Verhaltensbeobachtung (Bortz & Döring, 2006; Schölmerich, Mackowiak & Lengning, 2003) denkbar.

Abgesehen von den bereits genannten Möglichkeiten, sind in Abhängigkeit der zu erfassenden Variablen, methodenspezifische Probleme zu berücksichtigen. *Selbstständigkeit* und vor allem *Unverträglichkeit* bzw. die in der Testsituation beobachtete *soziale Kompetenz* (VB) gehören vielmehr den situationsspezifischen und personenabhängigen Merkmalen an. Das hat zur Folge, dass lediglich Ausschnitte während der Verhaltensbeobachtung sichtbar werden, was wiederum zu einer begrenzten Informationsgewinnung und damit zu weniger validen und reliablen Ergebnissen führt. Für derartige Merkmale sind mehrere Beobachtung Gelegenheiten empfehlenswert (vgl. Döpfner, 1997; Lugt-Tapesser, 1994; Rennen-Allhoff, 1991) und wenn finanziell und zeitlich möglich im natürlichen Umfeld des Kindes (Strunz, 2003).

Noch interessanter ist die Tatsache, dass die Übereinstimmung zwischen den Elternangaben und dem Wiener-Entwicklungstest hinsichtlich der *Selbstständigkeit* ebenfalls niedrig war, obwohl Eltern dieselbe Informationsquelle bildeten. In diesem Fall könnte die Art der Befragung (Deimann & Kastner-Koller; 2007; Rennen-Allhoff, 1991) ausschlaggebend gewesen sein. Während der Elternfragebogen (WET) die Facetten der Selbstständigkeit in standardisierter Form erfasst, wird im diagnostischen Gespräch zumeist eine offene Frage gestellt und diese wenn nötig, näher beleuchtet. Da Eltern keine entwicklungsdiagnostischen ExpertInnen sind und Entwicklungsmerkmale nicht so differenziert betrachten (Glascoe & Marks, 2011), gehen womöglich Informationen verloren oder werden unterschiedlich gewichtet (vgl. Allhoff, Bowi & Lasser, 1992; Rennen-Allhoff, 1991).

Die *Verständlichkeit der Sprache* eines Kindes hingegen erweckt den Anschein für Eltern und DiagnostikerInnen im Rahmen einer Verhaltensbeobachtung gleichermaßen gut beobachtbar zu sein.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der Prozess der Informationsgewinnung bzw. das Zustandekommen der Informationen eine essentielle Rolle für die Interpretierbarkeit der Daten spielt. Eine diesbezügliche Berücksichtigung wäre für nachfolgende Arbeiten empfehlenswert. Daher stellen die genannten Gründe unter Berücksichtigung der Literatur und der Datenlage eine bestmögliche Annäherung dar.

9. Fazit

Insgesamt lässt sich für die diagnostische Praxis festhalten, dass *Verständlichkeit der Sprache* als bester Indikator zur Vorhersage der Diagnosegruppenzugehörigkeit (*Entwicklungsvorsprung*, *Entwicklungsprobleme* und *Probleme in der Arbeitshaltung*) identifiziert wurde – gefolgt von Medienkonsum, Geburtsgewicht und Extraversion. Gemeinsam erzielten sie eine Klassifikationsgüte von 66,3 %, wobei Extraversion eine bedeutende Rolle für die Vorhersage von Kindern mit Problemen in der Arbeitshaltung zukam. Wurden noch anderer Elterninformationen (Feinmotorik, erste Gehschritte, Sprachbeginn, Selbstständigkeit, Vorschulische Fähigkeiten und Unverträglichkeit) miteinbezogen, so stieg die Trefferquote für alle drei Diagnosegruppen auf 73,2 %. Die Hinzunahme jener Elternangaben wirkte sich besonders günstig auf die Vorhersagequalität entwicklungsauffälliger Kinder aus.

Bei der Betrachtung dieser aus dem Elterngespräch gewonnenen Informationen zeigte sich ein stimmiges Gesamtbild mit den von den ExpertInnen vergebenen Diagnosen für akzelerierte und entwicklungsauffällige Kinder. Denn anhand der Elterninformationen ließ sich die Gegensätzlichkeit der beiden Diagnosen „Entwicklungsvorsprung“ und „Entwicklungsprobleme“ abbilden, wobei die dritte Diagnose eine Mittelstellung einnahm. Darüber hinaus lieferten die genannten Vorstellungsgründe und Symptombeschreibungen der Eltern akzelerierter und entwicklungsauffälliger Kinder wichtige Hinweise für die Diagnosefindung. Eine Ausnahme bildeten wiederholt jene Eltern, deren Kinder Schwierigkeiten in der Arbeitshaltung hatten. Sie überschätzten das Kompetenzniveau ihrer Kinder und verfügten scheinbar über ein mangelndes Problembewusstsein.

Von den Indikatoren, die eine besonders gute Vorhersagequalität haben, ließ sich Verständlichkeit der Sprache am ehesten auch über die Verhaltensbeobachtung durch ExpertInnen erfassen, so dass den übrigen Variablen ein diagnostischer Mehrwert zugeschrieben werden konnte. Überdies besitzen alle vier Prädiktoren einen für die entwicklungsdiagnostische Untersuchung großen Vorteil. Bei ihnen handelt es sich um Merkmale, die im Alltag bei Kindern gut zu beobachten oder wie etwa das Geburtsgewicht gut zu erinnern sind, so dass höchstwahrscheinlich reliable und valide Elternangaben angenommen werden können. Eine Alternative zu den elterlichen Bedenken bilden die Vorstellungsgründe und die Symptombeschreibungen der Eltern akzelerierter und entwicklungsauffälliger Kinder. Die Erfassung der Selbstständigkeit kann nach wie vor der Diagnosekompetenz der Eltern zugeschrieben werden, wobei es weiterhin einer standardisierten Befragung bedarf, um eine reliable Informationsgewinnung zu gewährleisten. Das Merkmal Unverträglichkeit scheint ebenso den Eltern durch ein hohes Maß an Beobachtungsgelegenheiten zugänglicher zu sein. Angaben über vorschulische Fähigkeiten könnten Hinweise für die Qualität der kognitiven Entwicklung eines Kindes liefern, werden aber mit hohen Reliabilitäten (.77 bis .88) zuverlässig vom Wiener Entwicklungstest erfasst (vgl. Manual, Kastner-Koller & Deimann, 2012). Zur Erfassung der Feinmotorik empfiehlt sich eine multimodale Vorgehensweise, die sich zumindest aus einem standardisierten Entwicklungstest (WET) und einer Verhaltensbeobachtung zusammensetzt.

In der vorliegenden Arbeit konnte demnach gezeigt werden, dass bestimmte Elterninformationen einen wesentlichen Beitrag zur Diagnosefindung leisten und einen Mehrwert gegenüber anderen diagnostischen Verfahren aufweisen. Allerdings darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass Elterninformationen allein der Variabilität kindlicher Entwicklung und den damit verbundenen Aufgaben und Ziele der modernen Entwicklungsdiagnostik nicht gerecht werden können (Reuner & Pietz, 2006). Um zuverlässige Aussagen über die Entwicklung eines Kindes machen zu können, bedarf es einer multimodalen Diagnostik, die entwicklungsdiagnostische Befunde mittels anderer psychologisch-diagnostischer Verfahren durch Mehrfacherhebungen und gegenseitiger Überprüfung absichert (Deimann & Kastner-Koller, 2015; Knopf & Goertz, 2011; Marggraf-Stiksgrad, 2003).

Verzeichnisse und Anhang

10. Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (2000). CBCL 1½-5. Child Behavior Checklist 1 ½ - 5 Deutsche Fassung. Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder. Göttingen. Hogrefe.
- Berk, L. E. (2011). *Entwicklungspsychologie (5. aktual. Aufl.)*. München: Pearson Studium.
- Bornstein, M. H. & Cote L. R. (2004). „Who Is Sitting Across From Me?“ Immigrant Mothers` Knowledge of Parenting and Children`s Development. *Pediatrics*, 114, 557-564.
- Buch, S. R., Sparfeldt J. R., & Rost, D. H. (2006). Eltern beurteilen die Entwicklung ihrer hochbegabten Kinder. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 38, 53-61.
- Boerner, K. (2010). *Das psychologische Gutachten. Ein praktischer Leitfaden*. (8. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. überarb. Aufl.)*. Heidelberg: Springer.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2005). *SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows (9. überarb. und erw. Aufl.)*. München: Pearson Studium.
- Chen, I.-C., Lee, H.-C., Yeh, G.-C., Lai, C.-H. & Chen, S.-C. (2004). The Relationship Between Parental Concerns and Professional Assessment in Developmental Delay in Infants and Children - A Hospital-based Study. *Journal of the Chinese Medical Association*, 67, 239-244.
- Chen, I.-C., Lin, C.-H., Wen, S.-H. & Wu, C.-H. (2007). How Effectively Do Parents Discern Their Children`s Cognitive Deficits at a Preschool Age? *Journal of the Chinese Medical Association*, 70, 445-450.

- Chung, C.-Y., Liu, W.-Y., Chang, C.-J., Chen, C.-L., Tang, S. F-T. & Wong, A. M.-K. (2011). The Relationship Between Parental Concerns and Final Diagnosis in Children With Developmental Delay. *Journal of Child Neurology*, 26, 413-419.
- Deegener, G. (2009). Eltern und Erzieher als Informationsquellen. In D. Irblich & G. Renner (Hrsg.), *Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Die ersten sieben Lebensjahre* (S. 79-107). Göttingen: Hogrefe.
- Deimann, P. & Kastner-Koller, U. (1994). Wie gut ist mein Kind entwickelt? Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. In G. Gittler, M. Jirasko, U. Kastner-Koller, C. Korunka & A. Al-Roubaie (Hrsg.), *Die Seele ist ein weites Land* (S. 233-244). Wien: WUV.
- Deimann, P., Kastner-Koller, U., Benka, M., Kainz, S. & Schmidt, H. (2005). Mütter als Entwicklungsdiagnostikerinnen. Der Entwicklungsstand von Kindergartenkindern im Urteil ihrer Mütter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 37, 122-134.
- Deimann, P. & Kastner-Koller, U. (2007). Entwicklungsdiagnostik. In M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (S. 558-569). Göttingen: Hogrefe.
- Deimann, P. & Kastner-Koller, U. (2010). Psychologische Diagnostik bei Verdacht auf Entwicklungsverzögerung und Förderberatung – Marie, 4;7 Jahre. In K. D. Kubinger & T. Ortner (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik in Fallbeispielen* (S. 45 - 54). Göttingen: Hogrefe.
- Deimann, P. & Kastner-Koller, U. (2011). Maternal evaluations of young children`s developmental status: A comparison of clinic- and non clinic-groups. *Psychological Test and Assessement Modeling*, 53, 214-227.
- Deimann, P. & Kastner-Koller, U. (2015). Eltern berichten über die Entwicklung ihrer Kinder. Der Stellenwert von Elterninformationen im entwicklungsdiagnosti-

- schen Prozess bei Klein- und Vorschulkindern. *Frühförderung interdisziplinär*, 34, 206-211.
- Delgado-Hachey, M. & Miller, S. A. (1993). Mothers' Accuracy in Predicting Their Children's IQs: Ist Relationship to Antecedent Variables, Mothers' Academic Achievement Demands, and Children's Achievement. *The Journal of Experimental Education*, 62, 43-59.
- Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T. & Schmidt, M. (1993). *VBV 3-6. Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder*. Göttingen: Beltz.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1997). Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 519-547.
- Duhig, A. M., Renk, K., Epstein, M. K. & Phares, M. (2000). Interparental Agreement on Internalizing, Externalizing, and Total Behavior Problems: A Meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 435-453.
- Eckey, H. F., Kosfeld, R. & Rengers, M. (2002). *Multivariate Statistik: Grundlagen – Methoden – Beispiele*. Wiesbaden: Gabler.
- Ellingson, K. D., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. & Horwitz, S. M. (2004). Parent Identification of Early Emerging Child Behavior Problems. Predictors of Sharing Parental Concern With Health Providers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 766-772.
- Ertem, I. O., Atay, G., Dogan, D. G., Bayahan, A., Bingoler, B. E., Cok, C. G., Ozbas, A., Haznedaroglu, D. & Isikli, S. (2007). Mothers' knowledge of young child development in developing country. *Child: Care, Health and Development*, 33, 728-737.
- Esser, G. & Petermann, F. (2010). *Entwicklungsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.

- Esser, G. & Ballaschk, K. (2008). Leistungsdiagnostik auf verschiedenen Altersstufen. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (4. aktual. und erw. Aufl.)* (S.60-73). Stuttgart: Thieme.
- Ettrich, K. U. (2000). *Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ettrich, C., Prothmann, S., Krumbiegel, P. & Ettrich, K. U. (2002). Biopsychosoziale Einflüsse auf die kognitive und soziale Entwicklung von Klein- und Vorschulkindern. *Kindheit und Entwicklung, 11*, 21-28.
- Federer, M., Stüber, S., Margraf, J., Schneider, S. & Herrle, J. (2001). Selbst- und Fremdeinschätzung der Kinderängstlichkeit. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 22*, 194-205.
- Fuiko, R. & Wurst, E. (2003). Entwicklungsdiagnostik. In K. D. Kubinger & R. S. Jäger (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der psychologischen Diagnostik* (S. 119-123). Weinheim: Beltz.
- Flick, U., Kardorff von, E. & Steinke, I. (2008). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung-Ein Handbuch* (S. 13-29). Reinbek: Rowohlt.
- Glascoe, F. P. (1991). Can Clinical Judgment Detect Children With Speech-Language Problems? *Pediatrics, 87*, 317-322.
- Glascoe, F. P. (1994). It's Not What It Seems. The relationship between parents' concerns and children with global delays. *Clinical Pediatrics, 33*, 292-296.
- Glascoe, F. P. (1997). Parents' Concerns about Children's Development: Prescreening Technique or Screening Test? *Pediatrics, 99*, 522-528.

- Glascoe, F. P. (1999). Using Parents' Concerns to Detect and Address Developmental and Behavioral Problems. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 4, 24-35.
- Glascoe, F. P. (1999a). Toward a Model for An Evidenced-Based Approach to Developmental/Behavioral Surveillance, Promotion and Patient Education. *Ambulatory Child Health*, 1999, 5, 197-208.
- Glascoe, F. P. & Dworkin, P. H. (1995). The Role of Parents in the Detection of Developmental and Behavioral Problems. *Pediatrics*, 95, 829-836.
- Glascoe, F. P. & Sandler, H. (1995). Value of parents' estimates of children's developmental ages. *The Journal of Pediatrics*, 127, 831-835.
- Glascoe, F. P. (2000). Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. *Child: Care, Health and Development*, 26, 137-149.
- Glascoe, F. P. (2003). Parent's Evaluation of Developmental Status: How Well Do Parents' Concerns Identify Children With Behavioral and Emotional Problems? *Clinical Pediatrics*, 42, 133-138.
- Glascoe, F. P. (2013). *Collaborating with Parents: Using Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) to Detect and Address Developmental and Behavioral Problems*. 2nd Edition. Nolensville, TN: PEDSTest.com, LLC.
- Glascoe, F. P. & MacLean, W. E. (1990). How Parents Appraise Their Child's Development. *Family Relations*, 39, 280-283.
- Glascoe, F. P. & Marks, K. P. (2011). Detecting children with developmental-behavioral problems: The value of collaborating with parents. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 53, 258-279.

- Gordon, I. M., Saetermoe, C. L. & Goodman, G. S. (2005). Facilitating Children`s Accurate Responses: Conversational Rules and Interview Style. *Applied Cognitive Psychology, 19*, 249-266.
- Grimm, H. & Doil, H. (2006). *ELFRA. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (2. überarb. und erw. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H., Aktas, M. & Frevert, S. (2010). SETK 3-5. *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (2. überarb. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Helmke, A. & Schrader, F. W. (1989). Sind Mütter gute Diagnostiker ihrer Kinder? Analyse von Komponenten und Determinanten der Urteilsgenauigkeit. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 21*, 223-247.
- Hunt, J. McV. & Paraskevopoulos, J. (1980). Children`s psychological development as a function of the inaccuracy of their mothers` knowledge of their abilities. *The Journal of Genetic Psychology, 136*, 285-298.
- Irblich, D. & Renner, G. (2009). Wie untersucht man Kinder? In D. Irblich & G. Renner (Hrsg.), *Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Die ersten sieben Lebensjahre* (S. 79-107). Göttingen: Hogrefe.
- Irblich, D. & Renner, G. (2009b). Diagnostik in der klinischen Kinderpsychologie – Einführung. In D. Irblich & G. Renner (Hrsg.), *Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Die ersten sieben Lebensjahre* (S. 15-20). Göttingen: Hogrefe.
- Jansen, H., Mannhaupt, G., Marx, H. & Skowronek, H. (2002). *BISC. Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten (2. überarb. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*, 112-133.

- Kastner-Koller, U., Deimann, P., Konrad, C. & Steinbauer, B. (2004). Entwicklungsförderung im Kleinkindalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 145-166.
- Kastner-Koller, U. & Deimann, P. (2009). Beobachtung und Befragung von Kindern. In D. Irblich & G. Renner (Hrsg.), *Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Die ersten sieben Lebensjahre* (S. 79-107). Göttingen: Hogrefe.
- Kastner-Koller, U. & Deimann, P. (2011). Entwicklungstests. In L. Horncke, M. Amelang & M. Kersting (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Leistungs-, Intelligenz- und Verhaltensdiagnostik* (S. 275–304). Göttingen: Hogrefe.
- Kastner-Koller, U. & Deimann, P. (2012). *WET. Wiener Entwicklungstest. Ein Verfahren zur Erfassung des allgemeinen Entwicklungsstandes bei Kindern von 3 bis 6 Jahren* (3. überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Knopf, M. & Goertz, C. (2011). Theoretische Grundlagen der Entwicklungsdiagnostik. In L. Horncke, M. Amelang & M. Kersting (Hrsg.), *Grundlagen und Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik* (S. 87–130). Göttingen: Hogrefe.
- Koch, H., Kastner-Koller, U., Deimann, P., Kossmeier, C., Koitz, C. & Steiner, M. (2011). The development of kindergarten children as evaluated by their kindergarten teachers and mothers. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 53, 241-257.
- Kubinger, K. D. & Deegener G. (2001). *Psychologische Anamnese bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kubinger, K. D. (2003). Gütekriterien. In K. D. Kubinger & R. S. Jäger (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der psychologischen Diagnostik* (S. 195-204). Weinheim: Beltz.

- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens* (2. überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (5. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- LaRosa, A. C., Glascoe, F. P. & Macias, M. M. (2009). Parental Depressive Symptoms: Relationship to Child Development, Parenting, Health, and Results on Parent-Reported Screening Tools. *The Journal of Pediatrics*, 155, 124-128.
- Malhi, P. & Singhi, P. (2002). Role of Parents`Evaluation of Developmental Status in Detecting Developmental Delay in Young Children. *Indian Pediatrics*, 39, 271-275.
- Mangold (2014). Mangold INTERACT Software [online] URL: <https://www.mangold-international.com/de/software/interact.html> [20.11.2015]
- Margraf, Stiksrud, J. (2003). Entwicklungsdiagnostik. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (3. korrr., überarb. und erw. Aufl.) (S. 1097-1124). Bern: Hans Huber.
- Mayring, P. (2008). Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. In P. Mayring & M. Gläser-Zikuda (Hrsg.), *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse* (S. 7-19). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. aktual. und überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz
- Mey, G. & Mruck, K. (2010). Einleitung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 11-32). Wiesbaden: VS Verlag.
- Michaelis, R., Berger, R., Nennstiel-Ratzel, U. & Krägeloh-Mann (2013). Validierte und teilvalidierte Grenzsteine de Entwicklung. Ein Entwicklungsscreening für die ersten 6 Lebensjahre. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 161, 898-910.

- Oswald, W. D. & Fleischmann, U. M. (1999). *NAI. Nürnberger-Alters-Inventar (4. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Macha, T. (2003). Strategien in der testgestützten allgemeinen Entwicklungsdiagnostik. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *151*, 6-13.
- Petermann, F. & Macha, T. (2005). Entwicklungsdiagnostik. *Kindheit und Entwicklung*, *14*, 131-139.
- Petermann, F. & Winkel, S. (2005). Entwicklungspsychologische Diagnostik im frühen Kindesalter. *Frühförderung interdisziplinär*, *34*, 19-24.
- Petermann, F. & Macha, T. (2008). Developmental Assessment. A General Framework. *Journal of Psychology*, *216*, 127-134.
- Petermann, F. & Macha, T. (2013). *ET 6-6-R. Entwicklungstest für Kinder von 6 Monaten bis 6 Jahren-Revision*. Frankfurt a. M.: Pearson Assessment.
- Petermann, F. & Köller, O. (2013). Entwicklungsdiagnostik. Editorial. *Diagnostica*, *59*, 167-169.
- Pohl, P. (2003). Freier Beitrag. Entwicklungsdiagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie – der ET 6-6. *Kindheit und Entwicklung*, *12*, 249-257.
- Reich, S. (2005). WHAT DO MOTHERS KNOW? MATERNAL KNOWLEDGE OF CHILD DEVELOPMENT. *Infant Mental Health Journal*, *26*, 143-156.
- Rennen-Allhoff, B. (1991). Wie verlässlich sind Elternangaben? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *40*, 333-338.
- Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P., Bowi, U. & Laaser, U. (1992). *Elternbeteiligung bei Entwicklungsdiagnostik und Vorsorge. Verfahren zur Früherkennung von*

Krankheiten und Entwicklungsstörungen im Säuglings- und Kindesalter durch Eltern. Weinheim: Juventa.

- Rennen-Allhoff, B. & Allhoff, P., Bowi, U. & Laaser, U. (1993). *Elternbeteiligung bei Entwicklungsdiagnostik und Vorsorge.* München: Juventa.
- Renner, G. (2009). Testpsychologische Diagnostik bei Kindern. In D. Irblich & G. Renner (Hrsg.), *Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Die ersten sieben Lebensjahre* (S. 73-85). Göttingen: Hogrefe.
- Reuner, G. & Pietz, J. (2006). Entwicklungsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 154, 305-313.
- Roebbers, C. M. & Elischberger, H. B. (2002). Autobiographische Erinnerung bei jungen Kindern: Möglichkeiten und Grenzen bei der Verbesserung ihrer freien Berichte. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 34, 2-10.
- Rost, D. H., Buch, S. R. & Sparfeldt, R. S. (2007). In M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (S. 465-475). Göttingen: Hogrefe.
- Rümmele, A. (2011). Inhalt und Ziele einer entwicklungsorientierten Diagnostik. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung (4. vollst. überarb. Aufl.)* (S. 928-959). Bern: Hans Huber.
- Sarimski, K. (2009). Entwicklungsdiagnostik. In D. Irblich & G. Renner (Hrsg.), *Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Die ersten sieben Lebensjahre* (S. 123-135). Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2009b). Verhaltensanalyse. In D. Irblich & G. Renner (Hrsg.), *Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Die ersten sieben Lebensjahre* (S. 123-135). Göttingen: Hogrefe.

- Scheithauer, H., Niebank, K. & Petermann, F. (2000). Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychologischer Sicht. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. (S. 65-97). Göttingen: Hogrefe.
- Schölmerich, A. (2011). Verhaltensbeobachtung. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung (4. vollständig überarbeitete Aufl.)* (S. 768-789). Bern: Hans Huber.
- Stapf, A. (2008). *Hochbegabte Kinder. Persönlichkeit, Entwicklung, Förderung (4. aktual. Aufl.)*. München: C.H.Beck.
- Strunz, V. (2003). Systematische Verhaltensbeobachtung. In K. D. Kubinger & R. S. Jäger (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der psychologischen Diagnostik* (S. 439-444). Weinheim: Beltz.
- Sturzbecher, D. & Freytag, R. (2000). *FIT-KIT. Familien- und Kindergarten-Interaktionstest*. Göttingen: Hogrefe.
- Sturzbecher, D. (2001). Methodische Lösungsansätze zur Befragung jüngerer Kinder. In D. Sturzbecher (Hrsg.), *Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung. Beratung und Forschung* (S. 51-63). Göttingen: Hogrefe.
- Sturzbecher, D. & Grundmann, R. (2001). Vorschulkinder als unsichere Informationsquelle – alte Klischees und neue Perspektiven. In D. Sturzbecher (Hrsg.), *Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung. Beratung und Forschung* (S. 37-50). Göttingen: Hogrefe.
- Thiels, C. & Schmitz, S. G. (2008). Selbst- und Fremdbeurteilung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Zur Validität von Eltern- und Lehrerurteilen. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 118-125.

- Trautner, H. M. (2003). *Allgemeine Entwicklungspsychologie (2. überarb. und erw. Aufl.)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Trautner, H. M. (2006). Entwicklungstests. In W. Schneider & F. Wilkening (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Theorien, Modell und Methoden der Entwicklungspsychologie* (S. 58–89). Göttingen: Hogrefe.
- Tröster, H., Flender, J. & Reineke, D. (2004). *DESK 3-6. Dortmunder Entwicklungs-screening für den Kindergarten*. Göttingen: Hogrefe.
- Tröster, H., Flender, J. & Reineke, D. (2005). Entwicklungsscreening. Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6). *Kindheit und Entwicklung, 14*, 140-149.
- Tröster, H. (2009). *Früherkennung im Kindes- und Jugendalter. Strategien bei Entwicklungs-, Lern-, und Verhaltensstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Tröster, H., Flender, J. & Reineke, D. (2011). Prognostische Validität des Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6). *Diagnostica, 57*, 201-211.
- Wiesflecker, S. & Kubinger, 2005. Das „Systemisch Orientierte Erhebungsinventar“ im Vergleich zur intuitiv-unstrukturierten Exploration. Ein Experiment in Bezug auf den psychologisch-diagnostischen Informationsgewinn. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34*, 54-64.
- Willinger, U. & Eisenwort B. (2005). Mothers`Estimates of Their Children With Disorders of Language Development. *Behavioral Medicine, 31*, 117-123.
- Willinger, U., Schaunig, I., Jantscher, S., Schmoeger, M., Loader, B., Kummer, Ch. & Peer, E. (2011). Mothers`estimates of their preschool children and parenting stress. *Psychological Test and Assessment Modeling, 53*, 228-240.
- Woolfenden, S. , Eapen, V., Williams, K., Hayen, A., Spencer, N. & Kemp, L. (2014). A systematic review of the prevalence of parental concerns measured by the Parents`Evaluation Developmental Status (PEDS) indicating developmental risk. *BMC Pediatrics, 14*, 1-13.

Zorowka, P. G. (2008). Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 156, 875-884.

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. <i>Haupt- und Nebendiagnosen</i>	55
Tabelle 2. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte für differenzierte Geschlechts- und Altersverteilung in der Gesamtstichprobe</i>	57
Tabelle 3. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte für die differenzierte Hauptdiagnose- und Komorbiditätsverteilung</i>	58
Tabelle 4. <i>Zuordnung von Gesamtentwicklungsscore und globalen Entwicklungsstand</i>	59
Tabelle 5. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Hauptdiagnoseverteilung entsprechend zum Entwicklungsniveau</i>	59
Tabelle 6. <i>Häufigkeitsverteilung der befragten Bezugspersonen</i>	60
Tabelle 7. <i>Differenzierte Geschlechtsverteilung der Untersuchungsstichproben</i>	61
Tabelle 8. <i>Altersverteilung der Untersuchungsgruppen</i>	61
Tabelle 9. <i>Eigene Darstellung eines strukturierten Ablaufmodells in Anlehnung an Mayring (2008; 2010)</i>	68
Tabelle 10. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Vorstellungsanlass</i>	76
Tabelle 11. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der Variable Vorstellungsanlass 2</i>	77
Tabelle 12. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable spezielle Symptome</i>	77
Tabelle 13. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable spezielle Symptome 2</i>	78
Tabelle 14. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Gewicht in Abhängigkeit der Gruppen</i>	79
Tabelle 15. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Stillzeit in Abhängigkeit der Gruppen</i>	80
Tabelle 16. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Feinmotorik in Abhängigkeit der Gruppen</i>	80
Tabelle 17. <i>Deskriptivstatistische Kennwerte der Variablen Erste Gehschritte und Anzahl der Bewegungen</i>	81

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 18. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Sprachbeginn in Abhängigkeit der Gruppen</i>	81
Tabelle 19. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Verständlichkeit der Sprache in Abhängigkeit der Gruppen</i>	82
Tabelle 20. <i>Deskriptivstatistische Kennwerte der Variable Sprachbeginn in Abhängigkeit der Gruppen</i>	82
Tabelle 21. <i>Häufigkeit und Anteilswerte der Variable Krankenhausaufenthalt in Abhängigkeit der Gruppen</i>	83
Tabelle 22. <i>Häufigkeit und Anteilswerte der Variable Sauberkeit in Abhängigkeit der Gruppen</i>	83
Tabelle 23. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Medienkonsum in Abhängigkeit der Gruppen</i>	84
Tabelle 24. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Rollenspiel in Abhängigkeit der Gruppen</i>	84
Tabelle 25. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Selbstständigkeit in Abhängigkeit der Gruppen</i>	85
Tabelle 26. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Ungehorsam in Abhängigkeit der Gruppen</i>	85
Tabelle 27. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Vorschulische Fähigkeiten in Abhängigkeit der Gruppen</i>	86
Tabelle 28. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Extraversion in Abhängigkeit der Gruppen</i>	86
Tabelle 29. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der Variable Verträglichkeit (negativ) in Abhängigkeit der Gruppen</i>	87
Tabelle 30. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der Erwartungen 2</i>	88
Tabelle 31. <i>Koeffizienten der Diskriminanzfunktion bei Aufnahme aller Variablen</i>	89
Tabelle 32. <i>Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen den Diskriminanzvariablen und den standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen</i>	90
Tabelle 33. <i>Klassifikationsmatrix zur Klassifikationsgüte</i>	91
Tabelle 34. <i>Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten und Strukturmatrix (simultane Diskriminanzanalyse)</i>	92

Tabelle 35. <i>Klassifikationsmatrix zur Klassifikationsgüte bedingt durch die erste Diskriminanzfunktion</i>	93
Tabelle 36. <i>Aufgenommene Variablen bei der stufenweisen Diskriminanzanalyse</i>	93
Tabelle 37. <i>Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen den Diskriminanzvariablen und den standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen</i>	94
Tabelle 38. <i>Übereinstimmung der verschiedenen Erhebungsinstrumente bezüglich entsprechender Variablen</i>	96

12. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. <i>Haupt- und Unterkategorien der Elterninformationen</i>	73
Abbildung 2. <i>Exemplarische Darstellung eines Kodierleitfadens zum Thema sozial-emotionale Entwicklung des Kindes 8.1.1 -8.1.3</i>	74
Abbildung 3. <i>Kanonische Diskriminanzfunktion mit den Zentroiden der drei Diagnosegruppen</i>	91
Abbildung 4. <i>Gegenüberstellung der verschiedenen Erhebungsinstrumente</i>	95

13. Anhang

A Ergebnistabellen

A. 1 Familiäre Lebenssituation

Tabelle A.1.1. *Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der familiären Lebenssituation (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt)*

Variable (kategoriiell)		N	h				df	χ^2	p
			EV ¹	EP ²	PA ³	G			
Personen im gem. Haushalt	Familie		24	22	28	74			
	Familie u. Dritte	88	1	3	1	5	#	4.60	.331
	Elternteil u. Kind(er)		5	3	1	9			
Geschwister	Einzelkind		13	6	8	27			
	eines	88	12	13	17	42	4	5.51	.239
	zwei oder mehr		5	9	5	19			
Wohnsituation	Haus		9	8	5	22			
	Wohnung	83	17	14	20	51	2	1.87	.392
Zimmer	eigenes		16	11	14	41			
	gemeinsam	83	12	15	15	42	2	1.21	.546
Betreuung der Kinder am NM	Eltern		5	5	7	17			
	Elternteil	87	14	11	13	38	#	1.80	.960
	Dritte		1	2	1	4			
	Eltern/-teil u. Dritte		10	10	8	28			
Betreuung der Kinder am WE	Eltern		10	5	14	29			
	Elternteil	86	9	12	8	29	#	7.62	.217
	Dritte		0	1	0	1			
	Eltern/-teil u. Dritte		10	10	7	27			
Berufstätigkeit der Mutter	keine		3	4	3	10			
	geringfügig		4	3	8	15			
	Teilzeit		11	9	10	30			
	Vollzeit	84	5	1	4	10	#	10.90	.534
	Karenz		3	6	3	12			
	Pension		0	1	0	1			
	Stud./in Ausbildung		4	1	1	6			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df₁/df₂ = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 = Prüfgröße, F = Prüfgröße, * = < .050

Tabelle A.1.2. *Deskriptivstatistische Kennwerte der Variablen Personen im gemeinsamen Haushalt und Anzahl der Geschwister*

Gruppe	Personen im gemeinsamen Haushalt					Anzahl der Geschwister				
	N	M	SD	Min	Max	N	M	SD	Min	Max
1 EV ¹	30	3.67	1.03	2	6	30	.83	.986	0	4
2 EP ²	28	4.14	1.11	2	6	28	1.18	.863	0	3
3 PA ³	30	3.83	.874	2	6	30	.97	.809	0	3
Gesamt	88	3.88	1.02	2	6	88	.99	.890	0	4

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, N = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum; Personen im gemeinsamen Haushalt $F(2, 85) = 1.66$, asympt. Sign. (2-seitig) = .197; Anzahl der Geschwister: $F(2, 85) = 1.11$, asympt. Sign. (2-seitig) = .336

A. 2 Schwangerschaft und Geburt

Tabelle A.2.1. *Häufigkeit und Anteilswerte in Abhängigkeit der Schwangerschaft und Geburt (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt) sowie deskriptivstatistische Kennwerte*

Variable (kategoriel)	N	h				df	χ^2	p	
		EV ¹	EP ²	PA ³	G				
Schwangerschaft	normal	88	23	20	27	70	2	3.30	.192
			7	8	3	18			
(M) Einstellung	erwünscht	79	25	19	27	71	#	0.79	.733
Schwangerschaft	akzeptiert		3	3	2	8			
(V) Einstellung	erwünscht	79	23	19	27	69	#	2.86	.666
			Schwangerschaft	akzeptiert	4	3			
	belastet		1	0	0	1			
Geburt	spontan	82	22	17	19	58	2	0.57	.752
	eingeleitet		7	8	9	24			
Geburtsstermin	vorzeitig		2	2	4	8	#	1.90	.887
	regulär	81	25	22	24	71			
	verspätet		1	0	1	2			
Geburtsverlauf	unauffällig		13	15	19	47	#	7.42	.108
	Hilfsmaßn.	82	7	1	1	9			
	Kaiserschnitt		8	9	9	26			
Körpergröße	klein		2	4	1	7	2	3.77	.438
	normal	85	21	18	17	56			
	groß		7	5	10	22			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df1/df2 = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 , F = Prüfgröße, * = < .050

Tabelle A.2.2. *Deskriptivstatistische Kennwerte der Variablen Gewicht (g) und Körpergröße (cm)*

Gruppe	Gewicht (g)					Körpergröße (cm)				
	N	M	SD	Min	Max	N	M	SD	Min	Max
1 EV ¹	28	3364.82	454.59	2400	4370	29	51.21	2.35	46	56
2 EP ²	25	3073.48	796.39	926	4100	25	49.72	4.80	35	56
3 PA ³	28	3291.25	604.51	1700	4460	27	51.04	3.26	40	56
Gesamt	81	3249.47	631.11	926	4460	81	50.69	3.57	35	56

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, N = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum; Gewicht (g): $F(2, 78) = 1.52$, asympt. Sign. (2-seitig) = .225; Körpergröße (cm): $F(2, 78) = 1.37$, asympt. Sign. (2-seitig) = .261

A. 3 Frühkindliche Entwicklung des Kindes

Tabelle A.3.1. *Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der frühkindlichen Entwicklung (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt)*

Variable (kategorisch)	N	h				df	χ^2	p	
		EV ¹	EP ²	PA ³	G				
Trinkmenge	85	unauffällig	28	21	25	74	#	2.86	.601
		wenig	1	1	3	5			
		körperliche Beschwerden	1	3	2	6			
Ernährungsprobleme	84	keine	23	16	22	61	#	6.34	.336
		gering	1	1	0	2			
		wählerisch	5	5	2	12			
Schlafverhalten (Säugling)	88	keine Probleme	21	22	21	64	#	6.94	.293
		Durchschlafschwierigkeiten	7	1	5	13			
		Einschlafschwierigkeiten	0	2	2	4			
Derzeitiges Schlafverhalten	88	keine Probleme	21	24	19	64	#	5.36	.235
		Durchschlafschwierigkeiten	7	4	7	18			
		Einschlafschwierigkeiten	2	0	4	6			
Schlafmenge	62	normal	19	19	22	60	#	2.17	.327
		viel	0	0	2	2			
Abendritual	70	ja	20	21	26	67	#	2.27	.289
		nein	2	1	0	3			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 = Prüfgröße, * = < .050

A. 4 Motorische Entwicklung

Tabelle A.4.1. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der motorischen Entwicklung (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt) sowie deskriptivstatistische Kennwerte

Variablen (kategoriiell)		N	h				df	χ^2	p
			EV ¹	EP ²	PA ³	G			
erste Gehschritte	früh		12	8	8	28			
	normal	88	17	13	17	47	#	6.27	.175
	spät		1	7	5	13			
Geschicklichkeit	geschickt	86	23	19	20	62	2	0.49	.782
	ungeschickt		7	8	9	24			
Bewegungsfreude	ja	78	23	25	22	70	#	1.89	.423
	nein		4	1	3	8			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, %= Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 = Prüfgröße, * = < .050

A. 5 Sprachliche Entwicklung

Tabelle A.5.1. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der sprachlichen Entwicklung (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt) sowie deskriptivstatistische Kennwerte

Variable (kategoriiell)		N	h				df	χ^2	p
			EV ¹	EP ²	PA ³	G			
Mehrsprachigkeit	einsprachig	86	22	21	23	66	2	0.32	.853
	mehrsprachig		8	6	6	20			
Sprachfehler	ja	87	10	13	7	30	2	3.90	.142
	nein		20	14	23	57			
Sprachfehler 2	kein		20	14	23	57			
	Sprechablauf		2	1	0	3			
	Lautbildung	88	7	10	7	24	#	8.58	.245
	Dysgrammatismus		1	1	0	2			
	gemischt		0	2	0	2			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, %= Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 = Prüfgröße, * = < .050

A. 6 Somatische Auffälligkeiten bzw. Krankengeschichte

Tabelle A.6.1. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit somatischer Auffälligkeiten und Krankheitsgeschichte (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt) sowie deskriptivstatistische Kennwerte

Variable (kategoriiell)		N	h				df	χ^2	p
			EV ¹	EP ²	PA ³	G			
Operationen	ja	88	5	8	5	18	2	1.66	.435
	nein		25	20	25	70			
Unfälle	ja	88	8	11	8	27	2	1.43	.489
	nein		22	17	22	61			
Augenarzt	unauffällig	85	29	22	27	78	#	2.51	.245
	auffällig		1	4	2	7			
HNO	unauffällig	83	26	23	26	75	#	0.46	.901
	auffällig		2	3	3	8			
Kinderkrankheiten	ja	88	20	18	20	58	2	0.05	.976
	nein		10	10	10	30			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df/df2 = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 , F = Prüfgröße, * = < .050

Tabelle A.6.2. Deskriptivstatistische Kennwerte der Variable Anzahl der Kinderkrankheiten (metrisch)

Gruppe	Anzahl der Kinderkrankheiten				
	N	M	SD	Min	Max
1 Entwicklungsvorsprung	30	1.10	.885	0	2
2 Entwicklungsprobleme	28	.89	.875	0	3
3 Probleme Arbeitshaltung	30	.77	.626	0	2
Gesamt	88	.92	.805	0	3

Anmerkungen: N = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum; $F(2, 85) = 1.32$, asympt. Sign. (2-seitig) = .237

A. 7 Sozial-emotionale Entwicklung

Tabelle A.7.1. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der sozial-emotionalen Entwicklung (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt) sowie deskriptivstatistische Kennwerte

Variable (kategorisch)	N	h				df	χ^2	p	
		EV ¹	EP ²	PA ³	G				
Kontaktverhalten	86	normal	23	18	19	60	#	2.80	.595
		überm. schüchtern	5	7	7	19			
		distanzlos	1	2	4	7			
Gefühlsausdruck	43	offen	13	9	18	40	#	1.35	.584
		versteckt	2	0	1	3			
Freunde	79	keine	18	14	23	55	#	4.12	.752
		Kiga u. Umfeld	8	7	5	20			
		Kindergarten	1	0	0	1			
		Umfeld	1	1	1	3			
Geschwister- beziehung	88	Einzelkind	13	8	9	30	#	3.00	.576
		normal	15	17	20	52			
		problematisch	2	3	1	6			
Trotzverhalten	88	kein	5	1	7	13	#	5.14	.275
		normal	12	12	12	36			
		intensiv	13	15	11	39			
Ängstlichkeit	88	ja	5	6	6	17	2	0.22	.894
		nein	25	22	24	71			
Aggression	88	Ja	5	11	7	23	2	4.02	.134
		nein	25	17	23	65			
Trennungsangst	88	ja	4	5	6	15	2	0.49	.782
		nein	26	23	24	73			
Übergangsobjekt	80	ja	13	14	18	35	2	1.16	.559
		nein	14	10	11	45			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 , F = Prüfgröße, * = < .050

Tabelle A.7.2. Deskriptivstatistische Kennwerte der Variable Anzahl der Kinderkrankheiten (metrisch)

Gruppe	Anzahl spezifischer Ängste				
	N	M	SD	Min	Max
1 Entwicklungsvorsprung	28	.82	.945	0	4
2 Entwicklungsprobleme	28	.54	.793	0	2
3 Probleme Arbeitshaltung	30	.70	1.06	0	3
Gesamt	86	.69	.936	0	4

Anmerkungen: N = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum; $F(2, 83) = .65$, asympt. Sign. (2-seitig) = .524

A. 8 Freizeitbereiche

Tabelle A.8.1. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der Freizeitbereiche (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt)

Variable (kategoriiell)		N	h				df	χ^2	p
			EV ¹	EP ²	PA ³	G			
geschlechtstypischer Spielgegenstand	ja	88	14	7	9	30	2	3.37	.186
	nein		16	21	21	58			
Bewegungsspiel	ja	88	7	8	6	21	2	0.59	.744
	nein		23	20	24	67			
Rezeptionsspiel	ja	88	10	7	9	26	2	0.49	.784
	nein		20	21	21	62			
Konstruktionsspiel	ja	88	22	25	23	70	2	2.50	.287
	nein		8	3	7	18			
Symbolspiel	ja	88	17	19	14	50	2	2.65	.266
	nein		13	9	16	38			
Regelspiel	ja	88	18	16	15	49	2	0.64	.725
	nein		12	12	15	39			
Dauer der Selbstbe- schäftigung	keine	83	2	2	1	5	#	2.48	.917
	10-15 min.		2	1	1	4			
	30 min.		3	3	6	12			
	> 30 min.		22	19	21	62			
Häufigkeit Fernsehkon- sum	gar nicht	84	0	0	1	1	#	4.74	.591
	kaum wö- chentlich		6	2	5	13			
	täglich		9	6	6	21			
Begleitperson beim Fernsehen	allein	62	7	4	6	17	#	5.83	.449
	Erwachsener		6	3	2	11			
	Geschwister		4	7	11	22			
Kindergerechte Sendungen	allein	62	5	3	4	12	#	5.83	.449
	Erwachsener		6	3	2	11			
	Geschwister		4	7	11	22			
Kindergerechte Sendungen	ja	88	25	24	24	73	2	1.06	.661
	nein		5	2	4	11			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 = Prüfgröße, * = < .050

A. 9 Bildungsweg

Tabelle A.9.1. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit des erzieherischen Bildungsweges (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt)

Variable (kategorisch)		N	h				df	χ^2	p
			EV ¹	EP ²	PA ³	G			
Kindergartenbeginn (Jahre)	vor 3. Lebensjahr		15	13	19	47			
	zw. 3. u. 4. Lebensjahr	86	12	13	9	34	#	2.51	.657
	ab 4. Lebensjahr		2	2	1	5			
Kindergartenbesuch	kein		0	1	0	1			
	halbtags		10	10	14	34			
	ganztags	88	15	17	12	44	#	10.54	.137
	unregelmäßig		4	0	1	5			
	Ja, keine genaue Angabe		1	0	3	4			
Eingewöhnung	problemlos		11	17	15	43			
	normal	85	10	6	6	22	4	4.45	.349
	schwierig		9	4	7	20			
nervöse Störungen	ja	84	8	9	9	2658	2	0.47	.793
	nein		21	16	21				

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 = Prüfgröße, * = < .050

A. 10 Erziehungsstil der Eltern

Tabelle A.10.1. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit des Erziehungsstils der Eltern (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt)

Variable (kategorisch)		N	h				df	χ^2	p
			EV ¹	EP ²	PA ³	G			
Erziehungsschwierigkeiten	ja	85	14	15	15	44	2	1.03	.598
	nein		16	10	15	41			
Unaufrichtigkeit	ja	87	1	2	3	6	#	1.12	.680
	nein		29	25	27	81			
Elternübereinstimmung in Erziehungsfragen	keine		1	4	1	6			
	teilweise	70	8	4	11	23	#	4.90	.283
	total		13	11	17	41			
Gem. Unternehmungen	vielseitig	86	29	22	28	79	#	2.54	.282
	monoton		1	4	2	7			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 = Prüfgröße, * = < .050

A. 11 Persönlichkeit und Verhalten des Kindes

Tabelle A.11.1. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der Persönlichkeit und Verhalten (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt)

Variable (kategoriiell)		N	h				df	χ^2	p
			EV ¹	EP ²	PA ³	G			
Stimmung	positiv		23	19	23	65			
	negativ	85	0	2	0	2	#	3.21	.542
	gemischt		7	5	6	18			
Sport, Spiel und Bewegung	ja	88	23	16	19	58	2	2.59	.274
	nein		7	12	11	30			
kreative Fähigkeiten	ja	88	15	15	22	52	2	3.90	.143
	nein		15	13	8	36			
soziale Fähigkeiten	ja	88	13	11	16	40	2	1.24	.539
	nein		17	17	14	48			
Emotionale Stabilität	ja	88	4	3	5	12	#	0.50	.925
	nein		26	25	25	76			
Offenheit für Erfahrungen (+)	ja	88	10	10	9	29	2	0.22	.897
	nein		20	18	21	59			
Gewissenhaftigkeit (+)	ja	88	17	13	9	39	2	4.40	.111
	nein		13	15	21	49			
Verträglichkeit (+)	ja	88	29	24	27	80	#	2.12	.342
	nein		1	4	3	8			
Neurotizismus	ja	88	15	14	18	47	2	0.80	.672
	nein		15	14	12	41			
Introversion	ja	88	1	2	0	3	#	2.03	.311
	nein		29	26	30	85			
Offenheit für Erfahrungen (-)	ja	88	1	1	1	3	#	0.44	1.00
	nein		29	27	29	85			
Gewissenhaftigkeit (-)	ja	88	7	6	8	21	2	0.23	.893
	nein		23	22	22	67			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, (+) = positive Eigenschaft, (-) = negative Eigenschaft, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 = Prüfgröße, * = < .050

A. 12 Empfehlung des Instituts

Tabelle A.12.1. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der Empfehlungen (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt)

Variable (kategorisch)	N	h				df	χ^2	p
		EV ¹	EP ²	PA ³	G			
Familie/Bekannte		14	12	16	42			
spezielle Empfehlung	81	12	7	10	29	#	1.94	.963.
Internet		2	2	2	6			
bereits bekannt		1	2	1	4			

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 = Prüfgröße, * = < .050

A. 13 Erwartungen an die psychologische Diagnostik

Tabelle A.13.1. Häufigkeiten und Anteilswerte in Abhängigkeit der Erwartungen (N = gültige Fälle, h = Häufigkeit, G = Gesamt)

Variable (kategorisch)	N	h				df	χ^2	p
		EV ¹	EP ²	PA ³	G			
keine		0	0	2	2			
spezielle Erwartung	85	14	16	18	48	#	11.50	.107
Begabungsabklärung		5	6	6	17			
Fördermaßnahmen		9	1	4	14			
Schulberatung		2	2	0	4			
Erziehungsberatung								

Anmerkungen: ¹Entwicklungsvorsprung, ²Entwicklungsprobleme, ³Probleme mit Arbeitshaltung, % = Prozent, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, df = Freiheitsgrad, # = Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher, χ^2 = Prüfgröße, * = < .050

B Erhebungsinstrumente

B. 1 Interviewleitfaden

Anamnesebogen: Vorschulalter

Datum:

Name des Kindes: _____ geb. _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mutter: _____ geb. _____ Beruf: _____

Vater: _____ geb. _____ Beruf: _____

verheiratet / feste Partnerschaft geschieden / getrennt seit:

neue Partnerschaft verwitwet seit:

Geschwister: _____ geb. _____ im selben Haushalt:

_____ geb. _____ im selben Haushalt:

_____ geb. _____ im selben Haushalt:

Symptomatik: (Heute hier weil:)

Lebenssituation von Kind und Familie

- ◆ Wer lebt im gemeinsamen Haushalt?

- ◆ Wohnsituation

- ◆ Wer kümmert sich am Nachmittag / am Wochenende um das Kind?

- ◆ Ist die Mutter berufstätig?

Entwicklung des Kindes:

- ◆ Schwangerschaft: normal/Erbrechen/Infektionskrankheiten/Belastungen
- ◆ Einstellung zur Schwangerschaft: Mutter: erwünscht/akzeptiert/belastet
- ◆ Vater: erwünscht/akzeptiert/belastet
- ◆ Geburt: eingeleitet / spontan Termin: regulär/vorzeitig/verspätet
- ◆ Verlauf: unauff/protrah./Hilfsmaßnahmen/Sectio
- ◆ Gewicht:..... Größe:....

Ernährung:

- ◆ Stillzeit: **Monate**
- ◆ Wie hat das Kind getrunken?
- ◆ Andere Ernährungsprobleme:

Schlaf:

- ◆ VH im Säuglingsalter:
- ◆ Derzeitige Schlafsituation:

Psychomotorische Entwicklung:

- ◆ Erste Schritte mit **Monaten**
- ◆ Geschicklichkeit und Bewegungsfreudigkeit: Feinmotorik (basteln, ...):

Ski fahren, Rad fahren, schwimmen, klettern, eislaufen

Sprachliche Entwicklung

- ◆ Sprachbeginn: eher früh/eher spät
- ◆ Verständlichkeit der Sprache:
- ◆ Sprachfehler:
- ◆ Schnuller:

Sauberkeitserziehung:

Krankheiten:

- ◆ Krankenhaus, Operationen, Unfälle: Augenarzt HNO

Emotionale Entwicklung

- ◆ Affektives Verhalten des Kindes. Kontakt zur Umwelt/Fremden
- ◆ Hat das Kind Freunde im Kindergarten / im Umfeld?
- ◆ Beziehung zwischen Geschwistern
- ◆ Trotzphase:

Wann:

erzieherische Reaktion:

- ◆ Angst Aggression Trennung Übergangsobjekt

Spielverhalten

- ◆ Womit spielt das Kind am liebsten?

- ◆ Wie lange? (10min. halbe Stunde ,länger)

- ◆ Kann es sich allein beschäftigen?

- ◆ Wie lange? (10min. halbe Stunde ,länger)

Fernsehverhalten

- ◆ Wie oft? (täglich?); allein oder mit Erwachsenen, Geschwister?

- ◆ Welche Sendungen?

Kinderkrippe/Kindergarten

- ◆ Besucht das Kind einen Kindergarten? Welchen?
 Seit wann?
- ◆ ganztags/halbtags
- ◆ Trennungsangst zu Beginn?

- ◆ Waren im Vorschulalter nervöse Störungen zu beobachten?
- ◆ Fingerlutschen, Nägelbeißen, Schlafschwierigkeiten, Eßschwierigkeiten, Ängste

Gibt es zur Zeit Erziehungsschwierigkeiten/Maßnahmen?

- ◆ Unselbstständigkeit beim Lernen/Anziehen/Körperpflege/Freizeit, Ungehorsam, Unaufrichtigkeit
- ◆ Stimmen die Eltern bzgl. der Erziehungsmaßnahmen überein?
- ◆ Gemeinsame Unternehmungen

Stimmungslage des Kindes

Heiter, fröhlich, ausgeglichen, schwankend, traurig, depressiv, weinerlich, leicht gekränkt, aggressiv, zornig, trotzig, eigensinnig.....

- ◆ Nennen Sie drei Dinge, die das Kind **gut und gerne** macht?
- ◆ Nennen Sie drei **gute Eigenschaften** ihres Kindes?
- ◆ Schlechte Eigenschaften?
- ◆ Wie sind Sie an das Institut gekommen:
- ◆ Erwartungen an die Diagnostik

B. 2 Verhaltensbeobachtungsbogen

Verhaltensbeobachtung von:

am: _____

Grobmotorik:

Feinmotorik:

Äußere Erscheinung:

Sprache:

Kontakt:

Arbeitshaltungen:

Selbständigkeit:

Problemlösen:

Hilfsbereitschaft:

Spiel:

Frustration:

Aggressivität:

Ängste:

Sonstiges:

C Kodierleitfaden

C. 1 Interview

Interview-Thema				
Variable	Ausprägung	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
1. Vorstellungsanlass und Symptome				
1.1 Vorstellungsgrund 1.2 Vorstellungsgrund 2	keinen	Die Eltern geben keinen (weiteren) Vorstellungsgrund an.	„-“	Es muss hervorgehen, dass keine der nachfolgenden oder weiteren Vorstellungsgründe genannt wurden.
	Entwicklungsprobleme	Die Eltern geben Auffälligkeiten hinsichtlich des allgemeinen Entwicklungsstands und/oder spezifischer Entwicklungsbereiche	„ <i>Sprachentwicklung verzögert (1 Jahr zurück), Großvater, Vater hatten das Problem (Va. bis 3. Lj.), nicht gesprochen</i> “	Es muss hervorgehen, dass, das Kind entwicklungsbezogene Probleme hat.
	Schulfähigkeit	Die Eltern verlangen eine Abklärung der Schulfähigkeit und eine in der Regel damit einhergehende Schulberatung.	„ <i>Schulwahl, Bilinguale VS in der Donaucity, sie soll frühzeitig eingeschult werden, Gutachten soll Schulfähigkeit untermauern</i> “	Es muss hervorgehen, dass, die Schulfähigkeit des Kindes im Zentrum des Interesses steht.

	Verhaltensprobleme	Die Eltern führen abweichendes und regelwidriges Verhalten ihres Kindes an.	„Zappelphilipp, TV hilft ihm zum Beruhigen, ADHS?“	Es muss hervorgehen, dass das Kind verhaltensbezogene Probleme besitzt.
	Emotionale Probleme	Die Eltern berichten von Auffälligkeiten hinsichtlich des Gefühllebens, der Affektverarbeitung und -steuerung ihres Kindes.	„Angst, Trennungsprobleme; nur im Familienkreis offen, unbekümmert, bei unbekanntem Personen ganz schlecht“	Es muss hervorgehen, dass das Kind Probleme auf emotionaler Ebene zeigt.
	Entwicklungsabklärung	Die Eltern wünschen sich eine Untersuchung des Entwicklungsniveaus ihres Kindes, um mehr über seine Stärken und Schwächen zu erfahren.	„sehr intelligent, nicht hochbegabt, wollte es aber auch abklären“	Es muss hervorgehen, dass die Eltern am aktuellen Entwicklungsstand ihres Kindes interessiert sind.
	Erziehungsberatung	Die Eltern führen eine Beratung über erzieherische Maßnahmen zur Lösung von Erziehungsproblemen an.	„sehr frech für Alter, akzeptiert kein nein, folgt nicht, fängt auf Knopfdruck gleich an zu weinen“	Es muss hervorgehen, dass Erziehungsschwierigkeiten bestehen und die Eltern an Erziehungsmaßnahmen interessiert sind.
1.3 spezielle Symptome 1.4 spezielle Symptome	Entwicklungsprobleme	Die Eltern berichten von diversen Auffälligkeiten in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen.	„sprachliche Schwächen (Stottern, Wortschatz)“	Es muss hervorgehen, dass die Eltern von entwicklungsbezogenen Abweichungen (Bsp.: Sprache, Motorik, Sauberkeitsentwicklung) berichten.
	Entwicklungsvorsprung	Die Eltern berichten von akzelerierten Begabungen in verschiedenen zu meist voneinander unabhängigen Leistungsbereichen.	„Hinweis von Kindergärtnerin -> in manchen Bereichen weiter entwickelt, z.B. Zahlen und Rechnen, merkt sich Sachen sehr gut, sehr inte-	Es muss hervorgehen, dass das Kind über akzelerierte Fähigkeiten/Fertigkeiten in diversen Leistungsbereichen verfügt.

			<i>ressiert“</i>	
	Arbeitshaltung	Die Eltern berichten über Auffälligkeiten hinsichtlich des Arbeitsstils in Lern- und Leistungssituationen.	<i>„sehr sprunghaft, unkonzentriert, wechselt Beschäftigungen“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind Schwierigkeiten in seiner/ihrer Arbeitshaltung hat. Dazu gehören zum Beispiel eine niedrige Aufmerksamkeit, Vermeidungs- und Verweigerungstendenzen, niedrige Frustrationstoleranz bei Misserfolg, wenig Ausdauer und Durchhaltevermögen, und ein großes Bedürfnis nach freiem Spiel.
	Verhaltensprobleme	Die Eltern berichten über abweichende/auffällige und/oder regelwidrige Verhaltensweisen.	<i>„Hyperaktivität? Hält nie still, Sorgen wegen Schule“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind Probleme auf der Verhaltensebene zeigt.
	Emotionale Probleme	Die Eltern berichten von Auffälligkeiten hinsichtlich des Gefühllebens, der Affektverarbeitung und/oder -steuerung ihres Kindes	<i>„wird aggressiv, wenn ihm etwas zu viel wird, phasenweise besser/schlechter“</i>	Es muss hervorgehen, dass, das Kind Probleme auf emotionaler Ebene zeigt.
	Erziehungsprobleme	Die Eltern berichten von Schwierigkeiten im erzieherischen Umgang mit dem Kind.	<i>„Raphael sehr wissbegierig, wenig Zeit der Eltern wegen Geschwister, Eltern Probleme alle seine Fragen zu beantworten“</i>	Es muss hervorgehen, dass, Erziehungsschwierigkeiten bestehen.

2. Familiäre Lebenssituation				
2.1 Geschwister	Einzelkind	Das Kind wächst ohne Geschwister auf.	„ <i>Einzelkind</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine Geschwister hat.
	ein Geschwister	Das Kind wächst mit einem Geschwister auf.	„ <i>1</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind einen Bruder oder eine Schwester hat.
	zwei und mehr Geschwister	Das Kind wächst mit zwei oder mehr Geschwistern auf.	„ <i>3</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind mindestens zwei Geschwister hat.
2.2 Personen im gemeinsamen Haushalt	Familie	Das Kind wächst in einer Lebensgemeinschaft auf, die aus einem Elternpaar und/oder Geschwistern besteht.	„ <i>Eltern und Kind</i> “	Es muss hervorgehen, dass der Hauptkern (Mutter, Vater, Kind(er)) der Familie im gemeinsamen Haushalt lebt.
	Familie und Dritte	Das Kind wächst in einer Lebensgemeinschaft auf, die aus einem Elternpaar und einer dritten Person und/oder Geschwistern besteht.	„ <i>Eltern, Kinder und Aupair</i> “	Es muss hervorgehen, dass neben der Familie im engeren Sinn zusätzlich noch eine dritte Person im gemeinsamen Haushalt lebt.
	Elternteil und Kind(er)	Das Kind wächst in einer Lebensgemeinschaft auf, die aus einem Elternteil und/oder Geschwistern besteht.	„ <i>mit Mutter in Wohnung, Vater oft da, aber kein gemeinsamer Haushalt</i> “	Es muss hervorgehen, dass nur ein Elternteil im gemeinsamen Haushalt lebt.
2.3 Wohnsituation	Haus	Das Kind wohnt in einem Gebäude mit fehlenden Nachbarn und/oder eigenem Garten.	„ <i>Haus mit Garten</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind mit seiner Familie in einem von anderen Beteiligten unabhängigen (Reihen-)Haus lebt.

	Wohnung	Das Kind wohnt in einem aus mehreren Räumen bestehenden Wohnhaus.	„ <i>Gemeindewohnung</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind in einem Wohnhaus mit mehreren Beteiligten lebt.
2.4 Zimmer	eigenes Zimmer	Das Kind hat ein eigenes Zimmer.	„ <i>eigenes Kinderzimmer</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind ein eigenes von den anderen Familienmitgliedern unabhängiges Zimmer besitzt.
	gemeinsames Zimmer	Das Kind teilt sich ein Zimmer mit seinen Geschwistern und/oder Eltern.	„ <i>gemeinsames Zimmer für beide Kinder</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind sein/ihr Zimmer mit anderen Familienmitgliedern teilt.
2.5 Betreuung der Kinder am Nachmittag	Eltern	Das Kind wird am Nachmittag von seinen Eltern betreut.	„ <i>Eltern</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind von beiden Elternteilen betreut wird.
	Elternteil	Das Kind wird am Nachmittag von einem Elternteil betreut.	„ <i>Mutter</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind ausschließlich von einem Elternteil betreut wird.
	Dritte	Das Kind wird am Nachmittag von einer dritten Person (Großmutter, Kindermädchen, Babysitter, Tagesmutter, Bekannte/r) betreut.	„ <i>Kindermädchen</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind von einer dritten Person, die nicht zum Hauptkern der Familie (Mutter, Vater, Kind(er)) gehört, betreut wird.
	Elternteil und Dritte	Das Kind wird am Nachmittag von einem Elternteil und einer dritten Person betreut.	„ <i>Mutter und Kinderfrau</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind von unterschiedlichen Bezugspersonen betreut wird.
2.6 Betreuung der Kinder am Wochenende	Eltern	Das Kind wird am Wochenende von seinen Eltern betreut.	„ <i>Eltern</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind von beiden Elternteilen betreut wird.
	Elternteil	Das Kind wird am Wochenende von einem Elternteil betreut.	„ <i>Vater</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind ausschließlich von einem Elternteil betreut wird.

	Dritte	Das Kind wird am Wochenende von einer dritten Person (Großmutter, Kindermädchen, Babysitter, Tagesmutter, Bekannte/r) betreut.	„Oma“	Es muss hervorgehen, dass das Kind von einer dritten Person, die nicht zum Hauptkern der Familie (Mutter, Vater, Kind(er)) gehört, betreut wird.
	Elternteil und Dritte	Das Kind wird am Wochenende von einem Elternteil und einer dritten Person betreut.	„Mutter und Oma“	Es muss hervorgehen, dass das Kind von unterschiedlichen Bezugspersonen betreut wird.
2.7 Berufstätigkeit der Mutter	keine Berufstätigkeit	Die Mutter übt derzeit keinen Beruf aus.	„nein“	Es muss hervorgehen, dass die Mutter derzeit nicht berufstätig ist.
	geringfügig	Die Mutter arbeitet weniger als 20 Stunden pro Woche.	„12-15 Wst.“	Es muss hervorgehen, dass die Mutter geringfügig beschäftigt ist.
	Teilzeit	Die Mutter arbeite 20 bis 34 Stunden pro Woche.	„24h/Woche“	Es muss hervorgehen, dass bei der Mutter eine Teilzeitbeschäftigung vorliegt.
	Vollzeit	Die Mutter arbeitet 35 bis 40 Stunden pro Woche.	„voll (38/40 Wst.)“	Es muss hervorgehen, dass bei der Mutter eine Vollzeitbeschäftigung vorliegt.
	Ja, aber keine Angabe über das Ausmaß	Die Mutter ist berufstätig. Es liegt keine Angabe über das Ausmaß der Wochenstunden vor.	„ja“	Es muss hervorgehen, dass die Mutter berufstätig ist und keine Angaben zum Ausmaß vorliegen.
	Karenz	Die Mutter befindet sich derzeit in Karenz.	„in Karenz“	Es muss hervorgehen, dass die Mutter sich im Mutterschaftsurlaub befindet.
	Pension	Die Mutter befindet sich in Pension.	„nein, Pension“	Es muss hervorgehen, dass die Mutter sich in Rente befindet.
	Student(in)/in Ausbildung	Die Mutter ist Studentin bzw. befindet sich in Ausbildung.	„derzeit Studentin“	Es muss hervorgehen, dass die Mutter eine Ausbildung macht.

3. Schwangerschaft und Geburt				
3.1 Schwangerschaft	normal	Die Schwangerschaft verlief unauffällig ohne jegliche Probleme.	„normal“	Es muss hervorgehen, dass die Schwangerschaft weder belastend, kompliziert noch risikoreich war.
	kompliziert	Die Schwangerschaft war belastend und/oder kompliziert und/oder risikoreich.	„schwierig, viele Blutungen, oft im KH“	Es muss hervorgehen, dass die Schwangerschaft problembehaftet war.
3.2 Einstellung zur Schwangerschaft aus Sicht der Mutter	erwünscht	Die Schwangerschaft wurde von der Mutter erwünscht.	„erwünscht“	Es muss hervorgehen, dass die Schwangerschaft willkommen war.
	akzeptiert	Die Schwangerschaft wurde von der Mutter akzeptiert.	„akzeptiert“	Es muss hervorgehen, dass die Schwangerschaft von der Mutter angenommen wurde.
	belastet	Die Schwangerschaft wurde von der Mutter als belastend empfunden.	„belastet“	Es muss hervorgehen, dass die Schwangerschaft als hinderlich/störend empfunden wurde.
3.3 Einstellung zur Schwangerschaft aus Sicht des Vaters	erwünscht	Die Schwangerschaft wurde vom Vater erwünscht.	„erwünscht“	Es muss hervorgehen, dass die Schwangerschaft willkommen war.
	akzeptiert	Die Schwangerschaft wurde vom Vater akzeptiert.	„akzeptiert“	Es muss hervorgehen, dass die Schwangerschaft von der Mutter angenommen wurde.
	belastet	Die Schwangerschaft wurde vom Vater als belastend empfunden.	„belastet“	Es muss hervorgehen, dass die Schwangerschaft als hinderlich/störend empfunden wurde.

3.4 Geburt	eingeleitet	Die Geburt wurde künstlich eingeleitet.	„ <i>eingeleitet</i> “	Es muss hervorgehen, dass die Geburt künstlich eingeleitet wurde.
	spontan	Die Geburt setzte spontan/natürlich ein.	„ <i>spontan</i> “	Es muss hervorgehen, dass die Geburt spontan bzw. auf dem natürlichen Weg erfolgte.
3.5 Geburtstermin	vorzeitig	Die Geburt ereignete sich vor dem errechneten Termin, vor der 38. Schwangerschaftswoche.	„ <i>17 Tage, vorzeitig</i> “	Es muss hervorgehen, dass die Geburt mindestens 2 Wochen vor den Geburtstermin erfolgte.
	regulär	Die Geburt ereignete sich zum errechneten Termin, zwischen der 38. und 42. Schwangerschaftswoche.	„ <i>regulär, 1 Woche später</i> “	Es muss hervorgehen, dass die Geburt innerhalb von 2 Wochen erfolgte.
	verspätet	Die Geburt ereignete sich nach dem errechneten Termin, nach der 42. Schwangerschaftswoche.	„ <i>verspätet, 3 Wochen</i> “	Es muss hervorgehen, dass die Geburt mindestens 2 Wochen nach dem Geburtstermin erfolgte.
3.6 Geburtsverlauf	unauffällig	Eine vaginale Geburt verlief unauffällig, wenn keine Hilfsmaßnahmen zum Einsatz kamen und kein operativer Eingriff in Form eines Kaiserschnitts von Nöten war.	„ <i>unauffällig (Hausgeburt)</i> “	Es muss hervorgehen, dass bei der Geburt des Kindes keine zusätzlichen Maßnahmen angewandt wurden.
	Hilfsmaßnahmen	Während der Geburt wurden eine Saugglocke, eine Zange oder andere Hilfsmaßnahmen eingesetzt.	„ <i>Saugglocke, Wärmebett mit Sauerstoff (ca. 1 h nach Geburt)</i> “	Es muss hervorgehen, dass Hilfsmaßnahmen zur Anwendung kamen, um einen reibungslosen Geburtsverlauf zu gewährleisten.

	Kaiserschnitt	Während der Geburt war ein operativer Eingriff in Form eines Kaiserschnitts notwendig.	„ <i>Sectio, Beckenendlage</i> “	Es muss hervorgehen, dass eine Sectio durchgeführt wurde.
3.7 Gewicht	niedriges Geburtsgewicht	Ein niedriges Geburtsgewicht liegt vor, wenn das Gewicht unter 2500 Gramm liegt.	„1430“	Es muss hervorgehen, dass das Kind ein vergleichsweise niedriges Geburtsgewicht hatte.
	normales Geburtsgewicht	Ein normales Geburtsgewicht liegt zwischen 2500 und 4499 Gramm.	„3125“	Es muss hervorgehen, dass das Kind vergleichsweise normalgewichtig war.
	hohes Geburtsgewicht	Ab 4500 Gramm spricht man von einem hohen Geburtsgewicht.	-	Es muss hervorgehen, dass das Kind im Vergleich zur Altersgruppe ein hohes Geburtsgewicht hatte.
3.8 Körpergröße	geringe Körpergröße	Eine geringe Körpergröße liegt unter 47 cm vor.	„40“	Es muss hervorgehen, dass das Kind im Vergleich zur Altersgruppe eine geringe Körpergröße aufwies.
	normale Körpergröße	Eine normale Körpergröße liegt zwischen 47 cm und 52 cm.	„49“	Es muss hervorgehen, dass das Kind eine altersentsprechende Körpergröße aufwies.
	hohe Körpergröße	Ab 53 cm handelt es sich um eine große Körpergröße.	„56“	Es muss hervorgehen, dass das Kind im Vergleich zur Altersgruppe eine hohe Körpergröße aufwies.
4. Frühkindliche Entwicklung des Kindes				
4.1 Stillzeit	keine Stillzeit	Keine Stillzeit liegt vor, wenn nicht gestillt wurde.	„ <i>keine Milch, Brustentzündung, schwierig</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind nie gestillt wurde.

	geringe Stillzeit	Wenn weniger als 2 Monate gestillt wurde, liegt eine geringe Stillzeit vor.	„5 Wochen“	Es muss hervorgehen, dass das Kind im Vergleich zur Altersgruppe gering gestillt wurde.
	normale Stillzeit	Eine normale Stillzeit umfasst die Zeitspanne zwischen 2 und 16 Monaten.	„14, Abstillen dauerte lang“	Es muss hervorgehen, dass das Kind hinsichtlich der Zeitspanne altersentsprechend gestillt wurde.
	lange Stillzeit	Ab 16 Monaten liegt eine lange Stillzeit vor.	„16 bis 18“	Es muss hervorgehen, dass das Kind im Vergleich zur Altersgruppe lange gestillt wurde.
4.2 Trinkverhalten des Kindes	normal	Das Trinkverhalten des Kindes ist normal, wenn keine Auffälligkeiten zu beobachten waren bzw. als positiv bewertet wurde.	„sehr brav“	Es muss hervorgehen, dass das Trinkverhalten des Kindes unauffällig war.
	geringe Trinkmenge	Eine geringe Trinkmenge liegt vor, wenn das Kind zu wenig getrunken hat.	„wenig, immer unterge-wichtig; erst mit 2-2,5 Jahren normal“	Es muss hervorgehen, dass das Kind zu wenig getrunken hat.
	körperliche Beschwerden	Zu den körperlichen Beschwerden zählen beispielsweise starke Blähungen und Erbrechen, die das Trinkverhalten des Kindes beeinträchtigt haben.	„hat nach Flascherl erbrochen“	Es muss hervorgehen, dass körperliche Beschwerden während dem und/oder nach dem Trinken auftraten.
4.3 Ernährungsprobleme	keine	Keine Ernährungsprobleme liegen vor, wenn sich das Kind vielseitig ernährt, ausreichend Nahrung zu sich nimmt und keine damit verbundenen körperlichen Probleme vorhanden waren.	„nein, isst alles und gerne“	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine der im Folgenden angeführten Ernährungsprobleme besitzt.

	geringe Nahrungsaufnahme	Eine geringe Nahrungsaufnahme liegt vor, wenn das Kind zu wenig Nahrung zu sich nimmt.	<i>„ist nicht viel, aber sonst problemlos“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind zu wenig isst.
	einseitige Ernährung	Eine einseitige Ernährung umfasst wählerisches Essverhalten und/oder Fehlernährung, die zu Mangelzuständen führen kann.	<i>„kein Gemüse seit Kindergarten-hat Mutter jetzt akzeptiert“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind sich einseitig ernährt.
	körperliche Beschwerden	Zu den körperlichen Beschwerden gehören beispielsweise Lebensmittelallergien, Erbrechen oder schlechte Zähne, die die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen können und von den Eltern als belastend erlebt werden.	<i>„reagiert mit Hautausschlag auf Zitrusfrüchte“</i>	Es muss hervorgehen, dass die körperliche Konstitution des Kindes die Nahrungsaufnahme erschwert oder die Nahrung selbst nicht vertragen wird.
4.4 Schlafverhalten im Säuglingsalter	keine Probleme	Das Schlafverhalten des Kindes im Säuglingsalter weist keine Probleme auf, wenn es über einen guten Schlafrhythmus verfügt, keine Durchschlaf- und Einschlafschwierigkeiten hat und nicht übermäßig viel schreit.	<i>„guter Rhythmus, bald Schlafritual, immer gut geschlafen“</i>	Es muss hervorgehen, dass alle in der Definition angeführten Bedingungen zutrafen.

	Durchschlaf-schwierigkeiten	Durchschlaf-schwierigkeiten liegen vor, wenn das Kind öfters pro Nacht aufgewacht ist, übermäßig lang wach ist und/oder zum Wiedereinschlafen die Hilfe der Eltern benötigte.	<i>„unruhig, lange nicht durchgeschlafen“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind Schwierigkeiten hatte die Nacht durchzuschlafen.
	Einschlaf-schwierigkeiten	Einschlaf-schwierigkeiten liegen vor, wenn das Kind regelmäßig nur mit aufwändiger Hilfe der Eltern einschlafen konnte und/oder übermäßig viel Zeit dazu brauchte.	<i>„anstrengend, nur bei Mutter an Brust eingeschlafen“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind Schwierigkeiten hatte einzuschlafen.
	übermäßiges Schreien	Übermäßiges Schreien liegt vor, wenn das Kind mehr als drei Stunden über einen längeren Zeitraum (Tage) schreit.	<i>„an der Kippe zum Schreibaby, bis zu drei bis 4 Stunden geschrien“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind übermäßig viel schrie.
4.5 Derzeitige Schlaf-situation	keine Probleme	Keine Probleme liegen vor, wenn das Kind ohne Hilfe der Eltern einschläft und die Nacht durchschläft.	<i>„schläft problemlos ein und schläft durch“</i>	Es muss hervorgehen, dass die in der Definition genannten Bedingungen zutreffen.
	Durchschlaf-schwierigkeiten	Durchschlaf-schwierigkeiten liegen vor, wenn das Kind nachts aufwacht, wach ist und/oder zum Wiedereinschlafen die Hilfe der Eltern benötigt.	<i>„kommt um Mitternacht ins Bett der Eltern, schläft dort bis in der Früh“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind Schwierigkeiten hat die Nacht durchzuschlafen.

	Einschlafschwierigkeiten	Einschlafschwierigkeiten liegen vor, wenn das Kind mit aufwändiger Hilfe der Eltern einschlafen kann und/oder viel Zeit dazu braucht.	„Mutter legt sich zu ihm zum Einschlafen, weil nur mit Mutter-nabelt nicht ab“	Es muss hervorgehen, dass das Kind Schwierigkeiten hat einzuschlafen.
4.6 Abendritual	ja	Ein Abendritual ist eine am Abend stattfindende regelmäßige sich wiederholende Gepflogenheit vor dem Zubettgehen bzw. Einschlafen.	„Abendritual: 19/20 Uhr gemeinsames Essen, Spiel, Plaudern, Körperpflege etc., Geschichte vorlesen“	Es muss hervorgehen, dass ein Abendritual regelmäßig durchgeführt. Der Inhalt des Abendrituals kann dabei variieren.
	nein	Ein Abendritual liegt nicht vor oder wird nur selten durchgeführt.	„kein spezielles Abendritual: vorlesen nur manchmal“	Es muss hervorgehen, dass kein Abendritual durchgeführt wird.
4.7 Schlafmenge	normale Schlafmenge	Eine normale Schlafmenge liegt zwischen 9 und 12 Stunden.	„sehr viel, mind. 11 Stunden; 19:30-7 oder 7:30“	Es muss hervorgehen, dass das Kind eine altersgemäße Schlafmenge aufweist.
	hohe Schlafmenge	Eine große Schlafmenge beginnt bei über 12 Stunden Schlaf.	„abends müde, möchte ins Bett gehen, schläft durch, von 19:30/20:30 bis ca. 8:30“	Es muss hervorgehen, dass das Kind im Vergleich zur Altersgruppe zu lange schläft.
4.8 Sauberkeitsentwicklung	abgeschlossen	Die Sauberkeitsentwicklung ist abgeschlossen, wenn das Kind sowohl tagsüber als auch nachts sauber ist.	„abgeschlossen (tagsüber mit 2,5 Jahren, nachts mit 3 Jahren)“	Es muss hervorgehen, dass das Kind trocken ist und keine Windel mehr bedarf.
	teilweise	Die Sauberkeitsentwicklung ist teilweise nicht abgeschlossen, wenn das Kind tagsüber oder nachts nicht trocken ist.	„tagsüber sauber, noch Nachtwindel“	Es muss hervorgehen, dass das Kind nur teilweise trocken ist.

	nicht	Die Sauberkeitsentwicklung ist nicht abgeschlossen, wenn das Kind tagsüber und nachts noch nicht trocken ist.	<i>„nicht abgeschlossen“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind noch nicht trocken ist.
5. Motorische Entwicklung des Kindes				
5.1 Erste Gehschritte	früh	Das Kind machte seine ersten Schritte in einem Alter von unter 12 Monaten.	<i>„9, war mit allem früh dran, auch körperlich größer“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind seine/ihre Gehschritte vergleichsweise früh vollzog.
	normal	Das Kind macht seine ersten Gehschritte zwischen dem 12. und 15. Lebensmonat.	<i>„13, mit 10 Monaten gekrabbelt“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind seine/ihre Gehschritte altersgemäß vollzog.
	spät	Das Kind machte seine ersten Gehschritte in einem Alter von über 15 Monaten.	<i>„17, ließ sich motorisch lange Zeit, dann aber okay“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind seine/ihre Gehschritte vergleichsweise spät vollzog.
5.2 Geschicklichkeit	geschickt	Das Kind besitzt die Fähigkeit, motorische Bewegungen sicher, schnell, und zweckmäßig auszuführen.	<i>„sicher und geschickt“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind über eine ausreichende grobmotorische Geschicklichkeit verfügt.
	ungeschickt	Das Kind besitzt nicht die Fähigkeit, motorische Bewegungen schnell, sicher und zweckmäßig auszuführen.	<i>„viel Bewegung, aber oft ungeschickt/unkonzentriert“</i>	Es muss hervorgehen, dass die grobmotorische Geschicklichkeit des Kindes beeinträchtigt ist.
5.3 Bewegungsfreude	ja	Das Kind bewegt sich viel und/oder gerne.	<i>„gerne in Bewegung“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind Freude an Bewegung hat.

	nein	Das Kind bewegt sich wenig und/oder ungern.	„braucht nicht viel Bewegung“	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine Freude an Bewegung hat.
5.4 Feinmotorik	geschickt	Das Kind verfügt über eine gute Bewegungsfertigkeit hinsichtlich der Hände und Finger.	„bastelt sehr gerne, geschickt mit Schere und Klebstoff“	Es muss hervorgehen, dass das Kind über eine ausreichend gute Feinmotorik verfügt.
	ungeschickt	Das Kind verfügt über eine unzureichende Bewegungsfertigkeit hinsichtlich der Hände und Finger.	„tut sich sehr schwer! Ehrgeiz fehlt ihm! Stift rechts, tlw. links, nicht korrekt“	Es muss hervorgehen, dass das Kind in seiner/ihrer Feinmotorik beeinträchtigt ist.
6. Sprachliche Entwicklung des Kindes				
6.1 Sprachbeginn	früher Sprachbeginn	Ein früher Sprachbeginn liegt vor, wenn das erste Wort im Alter von unter 10 Monaten gesprochen wurde.	„mit 9 Monaten erste Worte“	Es muss hervorgehen, dass das Kind im Vergleich zu seiner/ihrer Altersgruppe früh zu sprechen begonnen hat.
	normaler Sprachbeginn	Der normale Sprachbeginn liegt zwischen 10 und 13 Monaten.	„mit 12 Monaten erste Wörter“	Es muss hervorgehen, dass das Kind altersentsprechend zu sprechen begonnen hat.
	später Sprachbeginn	Ab dem 14. Lebensmonat liegt ein später Sprachbeginn vor.	„ca. 14/15 Monat Mama gesagt“	Es muss hervorgehen, dass das Kind im Vergleich zu seiner/ihrer Altersgruppe spät zu sprechen begonnen hat.
6.2 Verständlichkeit der Sprache	deutlich	Das Kind spricht klar, akustisch deutlich und pflegt eine altersangemessene Ausdrucksweise.	„sehr deutlich gesprochen, klare Sätze, guter Ausdruck“	Es muss hervorgehen, dass die gesprochene Sprache des Kindes für die Eltern verständlich ist.

	undeutlich	Das Kind spricht undeutlich und pflegt eine altersunangemessene Ausdrucksweise.	„ <i>verschluckt Buchstaben, Satzbauprobleme; im Kindergarten wird er nicht ausgebessert-zuhause schon</i> “	Es muss hervorgehen, dass das die gesprochene Sprache des Kindes für die Eltern nicht verständlich ist.
6.3 Sprachfehler	ja	Es liegt eine Störung der Spracherzeugung bezüglich des Sprechablaufs, der Lautbildung oder der Grammatik vor.	„ <i>ja, S-Fehler</i> “	Es muss hervorgehen, dass ein Sprachfehler gemäß der Definition vorliegt.
	nein	Es liegt keine Störung der Spracherzeugung bezüglich des Sprechablaufs, der Lautbildung oder der Grammatik vor.	„ <i>nein</i> “	Es muss hervorgehen, dass kein Sprachfehler gemäß der Definition vorliegt.
6.4 Sprachfehler 2	keinen	Es liegt keine Störung der Spracherzeugung bezüglich des Sprechablaufs, der Lautbildung oder der Grammatik vor.	„ <i>nein</i> “	Es muss hervorgehen, dass ein Sprachfehler gemäß der Definition vorliegt.
	Sprechablauf	Das Kind hat Schwierigkeiten mit dem Sprechablauf. Dazu gehören beispielsweise Stottern oder Lispeln.	„ <i>leichtes Lispeln</i> “	Es muss hervorgehen, dass der Sprechablauf des Kindes beeinträchtigt ist.
	Lautbildung	Das Kind hat Schwierigkeiten bestimmte Laute korrekt auszusprechen.	„ <i>S-Fehler, Mutter plant Logopädin</i> “	Es muss hervorgehen, dass die Lautbildung des Kindes beeinträchtigt ist.
	Dysgrammatismus	Das Kind hat Schwierigkeiten grammatikalische Regeln bei der Bildung von Sätzen kor-	„ <i>dysgrammatisch</i> “	Es muss hervorgehen, dass die Grammatik des Kindes beeinträchtigt ist.

		rekt anzuwenden.		
6.5 Mehrsprachigkeit	einsprachig	Das Kind spricht bzw. erlernt zu Hause und im Kindergarten nur eine Sprache, die Muttersprache.	-	Es muss hervorgehen, dass das Kind einsprachig erzogen wird.
	mehrsprachig	Das Kind spricht bzw. erlernt neben der Muttersprache eine zweite oder mehrere Sprachen zu Hause und/oder im Kindergarten.	„ <i>drei-sprachig aufgewachsen: deutsch (Mu), chinesisch (Va) und englisch (2 Jahre in England gelebt)</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind mehrsprachig erzogen wird.
7. Krankengeschichte bzw. Somatische Auffälligkeiten des Kindes				
7.1 Kinderkrankheiten	ja	Das Kind litt unter einer oder mehreren Kinderkrankheiten, wie Feuchtblattern, Scharlach, Mumps, Ringelröteln, Rota-Viren, Mittelohrentzündung und/oder Pseudokrupp.	„ <i>Windpocken mit 3,5 Jahren</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind eine für Kinder typische Erkrankung hatte.
	nein	Das Kind ist an keiner Kinderkrankheit im klassischen Sinne erkrankt.	„ <i>eher gesundes Kind</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind eine oder mehrere alterstypische Erkrankung hatte.
7.2 Krankenhaus	ja	Das Kind hatte eine oder mehrere Krankenhausaufenthalte.	„ <i>Loch im Kopf, eine Nacht im Krankenhaus geblieben</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind nicht ambulant, sondern stationär im Krankenhaus behandelt wurde.
	nein	Das Kind hatte keinen Krankenhausaufenthalt.	„ <i>kein Krankenhausaufenthalt</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind noch nie stationär im Krankenhaus behandelt wurde.

7.3 Operationen	ja	Das Kind wurde ein oder mehrmals operiert.	„ <i>Phimose OP (Herbst 2011)</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind mindestens einmal operiert wurde.
	nein	Das Kind wurde noch nie operiert.	„ <i>durchgestrichen</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind noch nie operiert wurde.
7.4 Unfälle	ja	Das Kind hatte einen oder mehrere Unfälle.	„ <i>vom Wickeltisch gefallen</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind mindestens einen Unfall hatte.
	nein	Das Kind hatte bisher keinen Unfall.	„ <i>keine Unfälle</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind noch nie einen Unfall hatte.
7.5 Augenarzt	ja	Beim Augenarztbesuch wurden bei dem Kind medizinisch relevante Auffälligkeiten wie Kurz- oder Weitsichtigkeit festgestellt.	„ <i>braucht Brille, ca. 1,5 Dioptrin</i> “	Es muss hervorgehen, dass organische/funktionelle Auffälligkeiten des Auges vom Augenarzt entdeckt wurden.
	nein	Der Augenarztbesuch liegt schon länger zurück und/oder es wurden keine Auffälligkeiten festgestellt.	„ <i>in Vorschule, keinen Grund, nichts aufgefallen</i> “	Es muss hervorgehen, dass keine organischen/funktionellen Auffälligkeiten des Auges vom Augenarzt entdeckt wurden oder ein Augenarztbesuch noch zu erwarten ist.
7.6 HNO	ja	Beim letzten HNO-Besuch wurden medizinisch relevante Auffälligkeiten wie beeinträchtigt Hörvermögen, Polypen und geschwollene Mandeln entdeckt.	„ <i>geschwollene Mandeln</i> “	Es muss hervorgehen, dass organische/funktionelle Auffälligkeiten bezüglich des Hals-, Nasen- und Ohrenbereichs vom Arzt entdeckt wurden.

	nein	Der HNO-Besuch liegt schon länger zurück und/oder es wurden keine Auffälligkeiten entdeckt.	<i>„einige Hörtests, ohne Befund“</i>	Es muss hervorgehen, dass keine organischen/funktionellen Auffälligkeiten bezüglich des Hals-, Nasen- und Ohrenbereichs vom Arzt entdeckt wurden.
8. Sozial-Emotionale Entwicklung des Kindes				
8.1 Kontaktverhalten	normal	Das Kind geht offen auf seine Mitmenschen zu und/oder taut schnell auf.	<i>„aufgeschlossen, nimmt Kontakt auf“</i>	Es muss hervorgehen, dass, Kind keine Auffälligkeiten bezüglich seines Kontaktverhaltens aufweist oder eine geringe und/oder kurze andauernde Scheu beim Anknüpfen zwischenmenschlicher Beziehungen besitzt
	schüchtern	Das Kind ist im Umgang mit fremden Kindern und/oder Erwachsenen gehemmt. Es dauert lange, bis es auftaut.	<i>„in neuen Situationen sehr schüchtern, auch am Spielplatz müssen Eltern dabei sein“</i>	Es muss hervorgehen, dass, das Kind eine intensive und/oder lang andauernde Scheu beim Anknüpfen zwischenmenschlicher Beziehungen besitzt. Gegeben falls braucht es zur Überwindung die Unterstützung der Eltern.
	distanzlos	Das Kind verhält sich im Kontakt zu seinen Mitmenschen distanzlos und zeigt sich sehr vertrauensselig.	<i>„sehr offen, laut Mutter zu vertrauensselig, umklammert beim Einkaufen fremde Menschen“</i>	Es muss hervorgehen, dass, das Kind Kontakt sucht, ohne die soziale Nähe bzw. Situation kritisch zu hinterfragen.

8.2 Freundeskreis	Kindergarten und Umfeld	Das Kind hat sowohl Freunde im Kindergarten als auch in seinem näheren Umfeld.	<i>„hat vier Freunde im Kindergarten, spielt auch mit Nachbarskindern“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind freundschaftliche Beziehungen sowohl im Kindergarten als auch im näheren Umfeld pflegt.
	Kindergarten	Das Kind hat ausschließlich Freunde im Kindergarten.	<i>„Freunde im Kindergarten“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind freundschaftliche Beziehungen ausschließlich im Kindergarten pflegt.
	Umfeld	Das Kind hat ausschließlich Freunde in seinem näheren Umfeld. Dazu gehören Nachbarn, Verwandte und Bekannte.	<i>„3er Gruppe, Kinder von Verwandten/Bekanntente.“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind freundschaftliche Beziehungen ausschließlich im näheren Umfeld pflegt.
	keine Freunde/innen	Das Kind hat keine Freunde.	<i>„hat keine Freunde, tut sich schwer zu finden“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine freundschaftlichen Beziehungen pflegt.
8.3 Beziehung zwischen den Geschwistern	Einzelkind	Das Kind hat keine Geschwister, so dass eine Beschreibung hinsichtlich der Beziehung der Geschwister nicht möglich ist.	<i>„Einzelkind“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine Geschwister hat.
	normal	Eine normale Geschwisterbeziehung ist gekennzeichnet durch Liebe und Zuneigung, wie auch Unstimmigkeiten.	<i>„spielen miteinander, sehr lieb miteinander, streiten auch“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind eine altersangemessene Beziehung zu seiner/ihren Geschwistern pflegt.
	problematisch	Eine problematische Geschwisterbeziehung ist gekennzeichnet durch Aggressionen, Rivalität, Neid, Hass und Wut.	<i>„ist eifersüchtig auf Bruder (schon seit seiner Geburt), freut sich, wenn Mutter mal auf Bruder böse ist“</i>	Es muss hervorgehen, dass die Beziehung der Geschwister untereinander problembehaftet ist.

8.4 Trotzphase	keine	Das Trotzverhalten blieb aus.	<i>„nie schwierig, immer sehr brav, nur einmal mit ca. 3 Jahren auf Boden geworfen“</i>	Es muss hervorgehen, dass die Trotzphase des Kindes ausblieb.
	normal	Eine normale Trotzphase besteht aus einer Abwehr elterlicher Erziehungsbemühungen, die häufig mit Affektausbrüchen einhergeht.	<i>„nie extrem“</i>	Es muss hervorgehen, dass eine altersangemessene Trotzphase vorlag.
	intensiv	Eine intensive Trotzphase besteht aus einem verstärkt auftretenden/langandauernden/exzessiven Trotzverhalten, das durch heftige emotionale Entladungen und oppositionelles Verhalten gegenüber elterlichen Erziehungsbemühungen gekennzeichnet ist.	<i>„sehr heftige Schrei- und Wutanfälle zwischen 2. Und 3. Lebensjahr“</i>	Es muss hervorgehen, dass die Trotzreaktionen des Kindes von sehr heftigen Gefühlsausbrüchen und willentlichen Auflehnungen begleitet werden.
8.5 Ängstlichkeit	ja	Das Kind verhält sich ängstlich.	<i>„fürchtet sich schnell, auch bei Kindersendungen“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind ängstliches Verhalten zeigt.
	nein	Das Kind hat keine Ängste.	<i>„keine“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind keinerlei Ängste zeigt.
8.6 Aggression	ja	Das Kind zeigt aggressives Verhalten auf verbaler und/oder körperlicher Ebene.	<i>„„viel, wenn wütend/zornig -> schreien, schlagen, schimpfen, spucken““</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind Aggressionen und Wut zeigt.
	nein	Das Kind zeigt kein aggressives Verhalten.	<i>„nein, nur zornig“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine Aggressionen zeigt.

8.7 Trennungsangst	nein	Das Kind hat keine Angst davor von seinen Bezugspersonen für kürzere oder längere Zeit getrennt zu werden.	„ <i>kein Problem</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind durch die (mögliche) Abwesenheit der Eltern keine Ängste zeigt.
	ja	Das Kind hat Angst von seinen Bezugspersonen in einer nicht vertrauten Umgebung getrennt zu werden.	„ <i>braucht lange sich zu lösen, braucht Vorbereitung -> wenig spontan, flexibel</i> “	Es muss hervorgehen, dass Kinder durch eine (mögliche) Abwesenheit ihrer Eltern Ängste verspüren.
8.8 Übergangsobjekt	ja	Das Kind verfügt über ein und/oder mehrere Übergangsobjekt(e) wie beispielsweise Stofftier(e), Schmusetuch zum Trösten, Entspannen, Beruhigen.	„ <i>sehr wichtig für Paul (drei Tiere auch auf Reisen dabei)</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind mindestens ein Übergangsobjekt besitzt.
	nein	Das Kind hat kein Übergangsobjekt.	„ <i>nein</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind kein Übergangsobjekt besitzt.
9. Freizeitbereich				
9.1 Spielgegenstand	geschlechtstypisch	Die Lieblingsspielsachen des Kindes sind charakteristisch für das jeweilige Geschlecht des Kindes.	„ <i>Playmobil, Lego; baut alleine nach Plan</i> “	Es muss hervorgehen, dass die vom Kind bevorzugten Spielgegenstände geschlechtstypisch sind.
	nicht geschlechtstypisch	Die Lieblingsspielsachen des Kindes entsprechen tendenziell nicht dem Geschlecht des Kindes und/oder sind geschlechtsneutral.	„ <i>Zeichnen, malen, Puzzlen</i> “	Es muss hervorgehen, dass die vom Kind bevorzugten Spielgegenstände nicht geschlechtstypisch sind.

9.2 Bewegungsspiel	ja	Das Kind bevorzugt Spiele, bei denen die körperliche Bewegung im Vordergrund steht.	„Fußballspielen“	Es muss hervorgehen, dass das Kind Spiele bevorzugt, bei denen es sich körperlich bewegen darf.
	nein	Das Kind bevorzugt keine Spiele, bei denen die körperliche Bewegung im Vordergrund steht.	-	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine Bewegungsspiele bevorzugt.
9.3 Symbolspiel	ja	Das Kind bevorzugt Spiele, bei denen nach eigenen Ziel- und Wunschvorstellungen ein Spielgegenstand umgedeutet und in den sozialen Kontext miteinbezogen wird. Dazu gehören beispielsweise die Auto- und die Puppenspiele.	„Schleichtiere“	Es muss hervorgehen, dass das Kind Symbolspiele bevorzugt.
	nein	Das Kind bevorzugt keine Spiele, bei denen nach eigenen Ziel- und Wunschvorstellungen ein Spielgegenstand umgedeutet und in den sozialen Kontext miteinbezogen wird. Dazu gehören beispielsweise die Auto- und die Puppenspiele.	-	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine Symbolspiele bevorzugt.
9.4 Konstruktions- spiel	ja	Das Kind bevorzugt Spiele, bei denen die Herstellung eines fertigen Zielobjekts mit diversen Materialien im Vordergrund steht.	„Lego, Puzzles“	Es muss hervorgehen, dass das Kind Konstruktionsspiele bevorzugt.

	nein	Das Kind bevorzugt keine Spiele, bei denen die planmäßige Herstellung eines Zielobjekts mit diversen Materialien im Vordergrund steht.	-	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine Konstruktionsspiele bevorzugt.
9.5 Rollenspiel	ja	Das Kind bevorzugt Spiele, bei denen sie fiktive Rollen übernehmen können.	„ <i>Rollenspiele mit der Schwester (Ponyhof, Zirkus)</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind Rollenspiele bevorzugt.
	nein	Das Kind bevorzugt Spiele, bei denen sie keine fiktiven Rollen übernehmen können.	-	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine Rollenspiele bevorzugt.
9.6 Regelspiel	ja	Das Kind bevorzugt Spiele mit festgelegten Regeln. Oft handelt es sich dabei um Spiele mit Wettbewerbscharakter.	„ <i>Brettspiele, Schach</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind Regelspiele bevorzugt.
	nein	Das Kind bevorzugt keine Spiele mit festgelegten Regeln. Oft handelt es sich dabei um Spiele mit Wettbewerbscharakter.	-	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine Regelspiele bevorzugt.
9.7 Rezeptionsspiel	ja	Das Kind bevorzugt Spiele mit einem passiven und aufnehmenden Charakter. Dazu gehört etwa das Zuschauen, Hören oder Betrachten von diversen Objekten.	„ <i>schaut gerne Bücher an</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind Rezeptionsspiele bevorzugt.

	nein	Das Kind bevorzugt keine Spiele mit einem passiven und aufnehmenden Charakter. Dazu gehört etwa das Zuschauen, Hören oder Betrachten von diversen Objekten.	-	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine Rezeptionsspiele bevorzugt.
9.8 Selbstbeschäftigungsdauer	nein	Das Kind ist nicht in der Lage sich zu beschäftigen.	„ <i>nicht gut allein beschäftigen, möchte animiert werden</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind sich nicht alleine beschäftigen kann.
	gering	Eine geringe Selbstbeschäftigungsdauer umfasst 10-15 min.	„ <i>10 min.</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind sich im Vergleich zur Altersgruppe in einem geringen Ausmaß selbstbeschäftigen kann.
	normal	Eine normale Selbstbeschäftigungsdauer umfasst 30 min.	„ <i>halbe Stunde</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind sich altersgemäß selbstbeschäftigen kann.
	hoch	Eine hohe Selbstbeschäftigungsdauer umfasst mehr als eine halbe Stunde.	„ <i>länger (3-4 Stunden)</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind sich im Vergleich zur Altersgruppe in einem hohen Ausmaß selbstbeschäftigen kann.
9.9 Medienkonsum	Fernseher	Die Familie besitzt einen Fernseher.	„ <i>Ja, sieht gerne fern, darf in der Früh schauen</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind einen Fernseher als Medium konsumiert.
	PC	Die Familie besitzt zumindest einen PC	„ <i>kein Fernseher, aber PC</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind zumindest einen Computer als Medium nutzt.
9.10 Fernsehkonsum	kein Fernsehkonsum	Das Kind sieht sich keine Fernsehsendungen an.	„ <i>kein Fernseher zuhause</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind den Fernseher nicht nutzt.

	wenig	Das Kind sieht sich selten bzw. weniger als 1-mal pro Woche Fernsehsendungen an.	<i>„selten, fürchtet sich schnell“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind wenig fernschaut.
	wöchentlich	Das Kind sieht sich Fernsehsendungen öfter pro Woche an.	<i>„2-3 mal pro Woche, ca. 30 min“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind mehrmals pro Woche fernschaut
	täglich	Das Kind sieht sich Fernsehsendungen täglich an.	<i>„täglich ab 18/18:30- etwa 1,5 Stunden“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind täglich fernschaut.
9.11 Begleitung beim Fernsehkonsum	allein	Das Kind sieht sich Fernsehsendungen allein an.	<i>„max. 1 Stunde allein, täglich“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind ohne die Anwesenheit anderer Familienmitglieder fernschaut.
	Erwachsene	Das Kind sieht sich Fernsehsendungen in Begleitung mit Erwachsenen an.	<i>„fast täglich mit Erwachsenen“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind in Anwesenheit von Erwachsenen fernschaut.
	Geschwister	Das Kind sieht sich Fernsehsendungen in Begleitung mit seinen Geschwistern an.	<i>„ca. 3-4 mal pro Woche mit Geschwister“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind in Anwesenheit von seinen/ihren Geschwistern fernschaut.
	verschieden	Das Kind sieht sich Fernsehsendungen mit unterschiedlichen Begleitpersonen an.	<i>„ca. 30 min. allein oder mit Geschwister“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind in Anwesenheit unterschiedlicher Familienmitglieder fernschaut.
9.12 Fernsehsendungen	kindgerecht	Das Kind konsumiert gezielt für seine Altersgruppe gemachte Sendungen.	<i>„Heidi, Bob der Baumeister, Winnie Puuh“</i>	Es muss hervorgehen, dass der Inhalt der Fernsehsendungen altersgerecht ist.

	zusätzlich Sendungen für Erwachsene	Das Kind konsumiert neben kindgerechten Sendungen auch jene für Erwachsene.	<i>„auch Nachrichten mit Erklärungen der Mutter“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind zusätzlich Fernsehsendungen konsumiert, die ausschließlich für Erwachsene konzipiert wurden.
10. Erzieherischer Bildungsweg				
10.1 Kindergartenbeginn	vor dritten Lebensjahr	Das Kind besuchte vor dem dritten Lebensjahr den Kindergarten.	<i>„mit 2 Jahren“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind einen Kindergarten vor dem dritten Lebensjahr besucht hat.
	zwischen 3 und 4	Das Kind besuchte zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr den Kindergarten.	<i>„seit sie drei Jahre alt ist“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind einen Kindergarten zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr besucht hat.
	ab 4	Das Kind besuchte ab dem vierten Lebensjahr den Kindergarten.	<i>„mit 4 Jahren“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind einen Kindergarten ab dem vierten Lebensjahr besucht hat.
10.2 Besuchszeit	kein Kiga	Das Kind besucht derzeit keinen Kindergarten.	<i>„nein“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind momentan keinen Kindergarten besucht.
	ganztags	Das Kind besucht den Kindergarten mehr als 4 Stunden.	<i>„ganztags, 8-16 Uhr“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind einen Kindergarten ganztags besucht.
	halbtags	Das Kind besucht den Kindergarten weniger als 4 Stunden.	<i>„halbtags bis 13 Uhr“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind einen Kindergarten halbtags besucht.

	unregelmäßig	Das Kind besucht den Kindergarten sowohl halb- als auch ganztags und/oder genießt häusliche Erziehung.	<i>„einmal ganztags, viermal halbtags“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind einen Kindergarten unterschiedlich lang besucht und/oder zu Hause bleibt.
	keine Angabe über das Ausmaß	Das Kind besucht den Kindergarten. Es liegt keine genaue Angabe über das Ausmaß der Besuchszeit vor.	<i>„bis 14:00“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind einen Kindergarten besucht, aber keine Angaben über das Ausmaß der Besuchszeit gemacht wurden.
10.3 Eingewöhnung	keine Trennungsangst	Die Eingewöhnung in den Kindergarten verlief ohne Trennungsangst.	<i>„hat sich sehr schnell eingewöhnt -ohne Weinen“</i>	Es muss hervorgehen, dass der Einstieg in den Kindergarten problemlos war.
	leichte Trennungsangst	Das Kind hatte leichte Schwierigkeiten sich in den Kindergarten einzugewöhnen und/oder brauchte bis zu vier Wochen Zeit.	<i>„3 Tage Problem, dann gerne“</i>	Es muss hervorgehen, dass die Eingewöhnung in den Kindergarten von leichten und kurzandauernden Trennungsängsten begleitet wurde.
	schwere Trennungsangst	Das Kind hatte intensive Schwierigkeiten sich in den Kindergarten einzugewöhnen und/oder brauchte mehr als einen Monat Zeit.	<i>„Eingewöhnung in Dubai war furchtbar ; einen Monat große Szenen beim Bringen und Holen“</i>	Es muss hervorgehen, dass die Eingewöhnung in den Kindergarten von schweren und langandauernden Trennungsängsten gezeichnet war.
10.4 Nervöse Störungen im Vorschulalter	ja	Das Kind leidet unter einer nervösen Störung wie beispielsweise Fingerlutschen und Nägelbeißen.	<i>„Nägelbeißen seit einem Jahr, wenn sie aufgeregt ist“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind nervöse Störungen im Vorschulalter hatte.
	nein	Das Kind hat keine nervöse Störung.	<i>„keine“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind keine nervösen Störungen im Vorschulalter hatte.

11. Erziehungsstil der Eltern				
11.1 Erziehungsschwierigkeiten	ja	Erziehungsschwierigkeiten liegen vor, wenn Eltern Probleme im erzieherischen Umgang mit ihrem Kind haben.	<i>„läuft gerne weg und versteckt sich, um Grenzen zu testen; langfristige Konsequenzen versteht er nicht“</i>	Es muss hervorgehen, dass Erziehungsschwierigkeiten mit dem Kind in einem oder diversen Lebensbereichen vorliegen.
	nein	Es liegen keine Erziehungsschwierigkeiten vor.	<i>„nein, keine Erziehungsschwierigkeiten“</i>	Es muss hervorgehen, dass keine Erziehungsschwierigkeiten mit dem Kind vorliegen.
11.2 Selbstständigkeit	ja	Das Kind ist in diversen lebenspraktischen Bereichen eigenständig. Dazu gehören etwa das An- und Auszulegen, Körperpflege und Essverhalten.	<i>„ist sehr selbstständig, zieht sich selber an“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind in unterschiedlichen lebenspraktischen Bereichen selbstständig ist und keine Unterstützung bedarf.
	teilweise	Das Kind ist in diversen lebenspraktischen Bereichen zum Teil eigenständig. Dazu gehören etwa das An- und Auszulegen, Körperpflege und Essverhalten.	<i>„braucht wenig Hilfe“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind in einigen lebenspraktischen Bereichen unabhängig ist und teilweise der Unterstützung der Eltern bedarf.
	nein	Das Kind ist in diversen lebenspraktischen Bereichen uneigenständig. Dazu gehören etwa das An- und Auszulegen, Körperpflege und Essverhalten.	<i>„Unselbstständigkeit beim Anziehen, lässt sich gern bedienen, äußerst unselbstständig zu Hause“</i>	Es muss hervorgehen, dass das Kind in lebenspraktischen Bereichen zur Gänze von den Eltern unterstützt wird.

11.3 Ungehorsam	ja	Das Kind erkennt die Autorität seiner Eltern nicht an und kommt ihren Forderungen nicht nach.	„ <i>hat Probleme Autoritäten zu akzeptieren, braucht klare Grenzen</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind sich seinen/ihren Eltern gegenüber ungehorsam zeigt.
	nein	Das Kind erkennt die Autorität seiner Eltern an und kommt ihren Forderungen nach.	„ <i>nicht ungehorsam</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind sich seinen/ihren Eltern gegenüber gehorsam zeigt
11.4 Unaufrichtigkeit	ja	Das Kind lügt gezielt und übermäßig viel.	„ <i>lügt</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind seiner Umwelt gegenüber unaufrichtig ist.
	nein	Das Kind ist aufrichtig oder schummelt ab und zu.	„ <i>schummeln</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind größtenteils aufrichtig ist.
11.5 Übereinstimmung der Eltern	total	Die Eltern des Kindes stimmen in der Erziehung völlig überein.	„ <i>stimmen überein</i> “	Es muss hervorgehen, dass sich die Eltern hinsichtlich der Erziehung einig sind.
	teilweise	Die Eltern des Kindes stimmen in der Erziehung teilweise überein.	„ <i>nicht immer</i> “	Es muss hervorgehen, dass sie sich hinsichtlich der Erziehung zum Teil einig sind.
	keine	Die Eltern des Kindes stimmen in der Erziehung nicht überein.	„ <i>Standpunkte unterschiedlich, oft Widersprüchlich</i> “	Es muss hervorgehen, dass sie sich hinsichtlich der Erziehung uneinig sind.
11.6 Gemeinsame Unternehmungen	monoton	Die gemeinsamen Unternehmungen der Eltern mit ihrem Kind sind eintönig und/oder begrenzt.	„ <i>See, Sommerhaus, Boot</i> “	Es muss hervorgehen, dass die gemeinsamen Unternehmungen bezüglich des Inhalts und der Lokalität eintönig sind.

	vielseitig	Die gemeinsamen Unternehmungen der Eltern mit ihrem Kind sind vielfältig.	„Ausflüge an den Wochenenden, Zoo, Prater, Museum, Fußball“	Es muss hervorgehen, dass die gemeinsamen Unternehmungen im Hinblick auf Inhalt und Örtlichkeit abwechslungsreich sind.
12. Persönlichkeit, Interessen und Verhalten des Kindes				
12.1 Stimmungslage des Kindes	positiv	Eine positive Stimmungslage ist ein länger andauernder Gefühlszustand, der von den Eltern als positiv beschrieben wird.	„fröhlich, immer gut gelaunt“	Es muss hervorgehen, dass die allgemeine Stimmung des Kindes positiv ist.
	negativ	Eine negative Stimmungslage ist ein länger andauernder Gefühlszustand, der von den Eltern als negativ beschrieben wird.	„weinerlich, raunzt sofort herum -> will Dinge nicht machen“	Es muss hervorgehen, dass die allgemeine Stimmung des Kindes negativ ist.
	positiv-negativ	Eine gemischte Stimmungslage ist ein länger andauernder Gefühlszustand, der von den Eltern sowohl positiv als auch negativ beschrieben wird.	„fröhlich, schwankend, eigensinnig“	Es muss hervorgehen, dass die allgemeine Stimmung des Kindes sowohl positiv als auch negativ ist.
12.2 Sport, Spiel und Bewegung	ja	Das Kind spielt und bewegt sich gut und gerne.	„Fußball spielen, Rad fahren“	Es muss hervorgehen, dass Kind gerne spielt und sich bewegt.
	nein	Die Eltern berichten nicht davon, dass ihr Kind sich gerne bewegt und spielt.	-	Es muss hervorgehen, dass Eltern nicht davon berichten, dass ihr Kind sich gern bewegt und spielt.

12.3 Vorschulische Fähigkeiten	ja	Das Kind besitzt gute kognitive und vorschulische Fähigkeiten (Bsp.: Lesen, Schreiben, Rechnen) und führt diese gerne aus.	„gutes Gedächtnis, alles mit Zahlen“	Es muss hervorgehen, dass das Kind sich gerne mit vorschulischen Inhalten beschäftigt und über auffällig gute kognitive Fähigkeiten verfügt.
	nein	Die Eltern berichten nicht über kognitive und vorschulische Fähigkeit ihres Kindes.	-	Es muss hervorgehen, dass die Eltern nicht über kognitive und vorschulische Fähigkeiten ihres Kindes berichten.
12.4 Kreative Tätigkeiten	ja	Das Kind übt sich gerne kreativ aus.	„zeichnen, basteln“	Es muss hervorgehen, dass das Kind gerne kreativen Tätigkeiten nachgeht.
	nein	Die Eltern berichten nicht über kreative Fähigkeiten ihres Kindes.	-	Es muss hervorgehen, dass die Eltern nicht über kreative Fähigkeiten ihres Kindes berichten.
12.5 Soziale Fähigkeiten	ja	Das Kind besitzt herausragende soziale Fähigkeiten und übt diese gerne aus.	„sehr einfühlsam“	Es muss hervorgehen, dass das Kind über gute soziale Fähigkeiten verfügt.
	nein	Die Eltern berichten nicht über soziale Fähigkeiten.	-	Es muss hervorgehen, dass die Eltern nicht über soziale Fähigkeiten berichten.
Persönlichkeit des Kindes				
12.6 Extraversion	ja	Ein Kind wird beispielsweise als gesellig/offen/aktiv/humorvoll beschrieben.	„offen, kommunikativ“	Es muss hervorgehen, dass das Kind offen und aktiv auf seine Umwelt zugeht.

12.7 Emotionale Stabilität	ja	Das Kind wird beispielsweise als ruhig/entspannt/selbstsicher/zufrieden beschrieben.	„ <i>ruhig</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind emotional stabil und ausgeglichen ist.
12.8 Offenheit für Erfahrungen	ja	Das Kind wird als interessiert/neugierig/ideenreich/clever beschrieben.	„ <i>neugierig, wissbegierig</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind neuen Erfahrungen gegenüber offen ist.
12.9 Gewissenhaftigkeit	ja	Das Kind wird beispielsweise als organisiert/sorgfältig/konzentriert/zuverlässig/verantwortungsbewusst beschrieben.	„ <i>sehr vernünftig, ausdauernd</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind gewissenhaft bzw. pflichtbewusst ist.
12.10 Verträglichkeit	ja	Das Kind wird beispielsweise als hilfsbereit/rücksichtsvoll/mitfühlend/tolerant beschrieben.	„ <i>sehr hilfsbereit, rücksichtsvoll</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind mit seiner Umwelt harmonisiert.
12.11 Introversion	ja	Das Kind wird beispielsweise als zurückhaltend/schüchtern/reserviert beschrieben.	„ <i>ist zu schüchtern</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind seiner Umwelt gegenüber verschlossen ist.
12.12 Neurotizismus	ja	Das Kind wird beispielsweise als wütend/traurig/launisch/anstrengend beschrieben.	„ <i>schnell grantig, unzufrieden</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind emotional instabil und unangenehm ist.
12.13 Offenheit für Erfahrungen (-)	ja	Das Kind wird beispielsweise als (über)vorsichtig/wählerisch/misstrauisch beschrieben.	„ <i>übervorsichtig</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind neuen Erfahrungen gegenüber konservativ eingestellt ist.
12.14 Gewissenhaftigkeit (-)	ja	Das Kind wird als unsorgfältig/spontan/unbekümmert/ungenau beschrieben.	„ <i>trödeln, neigt zur Unordnung</i> “	Es muss hervorgehen, dass das Kind pflichtvergessen und unachtsam ist.

12.15 Verträglichkeit (-)	ja	Das Kind wird beispielsweise als unsensibel/egoistisch/eigensinnig kompetitiv beschrieben.	„petzen, eifersüchtig“	Es muss hervorgehen, dass das Kind nicht mit seiner Umwelt harmoniert.
13. Empfehlung des Instituts				
13.1 Empfehlung	Familie/ Freundes-/ Bekanntenkreis	Die Beratungsstelle wurde von Familienmitgliedern und/oder dem Bekanntenkreis empfohlen.	„über eine Freundin“	Es muss hervorgehen, dass die Eltern aus ihrem näheren Umfeld von der TBST erfahren haben.
	Einrichtungen und Angestellte aus dem Sozial- und Bildungswesen	Die Beratungsstelle wurde von Einrichtungen und/oder Angestellten aus dem Sozial- und Bildungswesen empfohlen. Hierzu gehören beispielsweise der Stadtschulrat, SchulpsychologInnen und der Kindergarten.	„Stadtschulrat“	Es muss hervorgehen, dass die Eltern durch Angestellte aus dem Sozial- und Bildungswesen von der TBST erfahren haben.
	Internet	Die Beratungsstelle wurde über das Internet bzw. den Besuch der Website gefunden.	„übers Internet“	Es muss hervorgehen, dass die Eltern über das Internet von der TBST erfahren haben.
	bereits bekannt	Die Beratungsstelle war bereits aufgrund eines vorangegangenen Besuchs in der Vergangenheit bekannt.	„mit Bruder schon da“	Es muss hervorgehen, dass die TBST den Eltern bereits bekannt war.

14. Erwartungen an die psychologische Diagnostik				
14.1 spezielle Erwartungen 14.2 spezielle Erwartungen 2	Begabungsabklärung	Die Eltern des Kindes erwarten eine professionelle Bestandsaufnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie der Stärken und Schwächen ihres Kindes.	„Info über Stärken und Schwächen“	Es muss hervorgehen, dass die Eltern eine Begabungsabklärung ihres Kindes erwarten.
	Fördermaßnahmen	Die Eltern des Kindes erwarten eine professionelle Beratung über geeignete Fördermaßnahmen, um ihr Kind bestmöglich unterstützen zu können.	„Hinweise, Tipps zur Förderung“	Es muss hervorgehen, dass die Eltern eine professionelle Beratung über Fördermaßnahmen erwarten.
	Schulberatung/Schulfähigkeit	Die Eltern des Kindes erwarten eine Beurteilung der Schulfähigkeit ihres Kindes und eine professionelle Beratung über passende Schulen.	„Schulwahl“	Es muss hervorgehen, dass die Eltern eine professionelle Beratung über die Schulfähigkeit und -auswahl erwarten.
	Erziehungsberatung	Die Eltern erwarten eine professionelle Beratung über den Umgang mit ihren Kindern zur Lösung von Erziehungsproblemen.	„wie sollen sich Eltern verhalten“	Es muss hervorgehen, dass die Eltern sich eine professionelle Erziehungsberatung erwarten.
	keine Erwartungen	Die Eltern haben keine Erwartungen.	„keine konkreten Erwartungen“	Es muss hervorgehen, dass die Eltern keine Erwartungen haben.

C. 2 Verhaltensbeobachtung

Variable	Ausprägung		
	auffällig	mittel/gering/mäßig	unauffällig
Grobmotorik	- Bewegungs- und Koordinations-schwierigkeiten	*	- sichere und zielgerichtete Koordination und Bewegung
Feinmotorik	- wechselhafte Handdominanz - falsche Stifthaltung (Faust- und Pinzet- tengriff) - ungeschickt beim Zeichnen - ungeschickt im Umgang mit Testmate- rial/Spielsachen/Gegenständen	*	- einseitige Handdominanz (links oder rechts) - korrekte Stifthaltung (Tripodengriff) - geschickt beim Zeichnen - geschickt im Umgang mit Testmateri- al/Spielsachen/Gegenständen
Äußere Erscheinung	- nicht altersentsprechende(r) Körper- größe/Körperbau - dem Anlass und der Witterung/ Jahreszeit nicht entsprechende Klei- dung - gepflegt - körperliche Abweichungen - Brillenträger/in	*	- altersentsprechende(r) Körpergröße/ Körperbau - dem Anlass und der Witterung/ Jahreszeit entsprechende Kleidung - ungepflegt - keine körperliche Anomalität - kein(e) Brillenträger/in
Sprache	- zurückhaltend, sprachschem - distanzlos, mitteilungsbedürftig - leise - undeutlich - einfacher Wortschatz - Ausdrucksschwierigkeiten	*	- offen, kommunikativ - laut - deutlich - differenzierter Wortschatz - gutes Ausdrucksvermögen

	- kein/wenig Sprachverständnis		- Sprachverständnis
Sprachfehler	- vorhanden <ul style="list-style-type: none"> ○ Sprechablauf ○ Lautbildung, ○ Dysgrammatismus 	*	- nicht vorhanden <ul style="list-style-type: none"> ○ Sprechablauf ○ Lautbildung ○ Dysgrammatismus
Soziale Kompetenz	- schüchtern, gehemmt - ungehemmt, distanzlos - unfreundlich - desinteressiert - keinen/wenig Blickkontakt mit Testleiterin - keine Orientierung an Anweisungen und Vorschlägen der Testleiterin - fehlende Hilfsbereitschaft - Verweigerung	*	- gut kontaktfähig, aufgeschlossen - freundlich - neugierig, begeisterungsfähig - Blickkontakt mit Testleiterin - Orientierung an Anweisungen und Vorschlägen der Testleiterin - spontane Hilfsbereitschaft - Hilfsbereitschaft auf Aufforderung
Arbeitshaltung	- unkonzentriert - leicht ablenkbar - unmotiviert - geringe Ausdauer - oberflächlich, flüchtig - motorisch unruhig - Vermeidungstendenzen - Verweigerungstendenzen - nicht motivierbar	*	- konzentriert - aufmerksam - motiviert - ausdauernd - sorgfältig, genau - motorisch ruhig - guter Umgang mit Misserfolg - Annahme positiver Rückmeldungen - motivierbar
Selbstständigkeit	- überwiegende Suche nach Bestätigung und Hilfe - Ablehnung von Hilfe/eigenwillig - keine Äußerung von Bedürfnissen - nicht entscheidungsfähig	*	- altersentsprechend eigenständig/lenkbar - Annahme von Hilfe - Äußerung von Bedürfnissen - entscheidungsfähig

Problemlösen	<ul style="list-style-type: none"> - kein systematisches Vorgehen bei Lösung fremdgestellter Aufgaben - Versuch-Irrtum-Strategie - fehlende Elaboration/vorschnelle und oberflächliche Vorgehensweise 	*	<ul style="list-style-type: none"> - Ausschluss- und Vergleichsstrategie - selbstkorrigierendes Verhalten/Lernen durch Einsicht - Elaboration/sorgfältige und genaue Vorgehensweise
Spielverhalten	<ul style="list-style-type: none"> - großes Spielbedürfnis - keine/unselbstständige Spielauswahl - keine/wenig Freude beim Spielen - Spielregelverstöße - erforderliche Anleitung - keine Miteinbeziehung der Testleiterin - unzweckmäßige Verwendung des Spielmaterials 	*	<ul style="list-style-type: none"> - angemessenes Spielbedürfnis - selbstständige Spielauswahl - Freude, Spaß beim Spielen - keine Spielregelverstöße - keine/wenig Anleitung notwendig - Miteinbeziehung der Testleiterin - zweckmäßige Verwendung des Spielmaterials
Aggressivität	<ul style="list-style-type: none"> - außerordentlich grober und unvorsichtiger Umgang mit Testmaterial/Spielsachen - thematisch im Freispiel/Puppenspiel - verbal aggressiv - körperlich aggressiv 	*	<ul style="list-style-type: none"> - sorgfältiger und zweckmäßiger Umgang mit Testmaterial/Spielsachen - kein Thema im Freispiel/Puppenspiel - keine verbale Aggressivität - keine körperliche Aggressivität
Ängste	<ul style="list-style-type: none"> - Trennungsangst - Versagensängste - sonstige Ängste - ängstlich 	*	<ul style="list-style-type: none"> - keine Trennungsangst - keine Versagensängste - keine anderen Ängste - nicht ängstlich

Anmerkungen: * Ausprägungen zum Teil vorhanden

D Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, am _____

Unterschrift _____

E Curriculum Vitae der Verfasserin

Nadja Hachani

AUSBILDUNG

Seit 10/2007	Diplomstudiengang Psychologie , <i>Universität Wien</i> – Schwerpunkte: Psychologische Diagnostik, Angewandte Kinder- und Jugendpsychologie, Klinische- und Gesundheitspsychologie
10/2005 – 06/2007	Studium der Rechtswissenschaften und Europäisches Recht, <i>Bayerische Julius Maximilians Universität Würzburg</i>

BERUFLICHE ERFAHRUNG

10/2015 – 01/2016	Studienassistent in der Computerdiagnostik, Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung, Arbeitsbereich Psychologische Diagnostik, <i>Universität Wien</i>
08/2015 – 09/2015 & 06/2015 – 07/2015	Freizeitpädagogische Kinder- und Jugendbetreuung unter Supervision, <i>Verein Wiener Familienbund</i>
03/2014 – 06/2015	Studienassistent an der kinder- und jugendpsychologischen Test- und Beratungsstelle, Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung, Arbeitsbereich Psychologische Diagnostik, <i>Universität Wien</i>
09/2012 – 09/2015	Nachhilfe- und Lerncoach für Auszubildende, <i>Verein Jugend am Werk</i>
05/2010 – 08/2014	Besuchsdienst für Menschen mit Behinderungen, <i>Caritas der Erzdiözese Wien</i>

PRAKTIKUM/FORTBILDUNG

05/2015	Erste-Hilfe-Kurs – Schwerpunkt Säuglinge & Kinder, <i>Samariterbund Wien</i>
11/2014	Fortbildung , 9. wissenschaftliches Symposium „Clowntherapie – Lachen macht gesund, CliniClowns Forschungsverein“, <i>Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien AKH</i>
09/2012 – 01/2013	Facheinschlägiges Praktikum zur psychologischen Diagnostik und Behandlung in den Bereichen Neuro- und Gerontopsychologie unter Supervision, <i>Kolpinghaus für betreutes Wohnen GmbH, Wien Favoriten</i>

13. Anhang

- 03/2010 – 04/2010 **Fortbildung** in Sexualpädagogik, *Achtung°Liebe*
- 09/2010 **Fortbildung**, „Schlaf in unserer Leistungsgesellschaft – Notwendigkeit
oder Zeitverschwendung?“, Danuvius Klinik GmbH, *Ingolstadt*
- 04/2009 **Basisausbildung** in Sexualpädagogik, *Achtung°Liebe*

EHRENAMTLICHE TÄTIGKEIT

- 11/2008 – 6/2011 **Senior Peer Education & Präventionsarbeit**, Sexualpädagogisches
Aufklärungsprojekt für Kinder und Jugendliche, *Achtung°Liebe*