

Aus der
Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Klinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. Dr. Christoph Klein

**Verhaltensauffälligkeiten und -stärken von Kindern
im Kindergartenalter in Südtirol/Italien**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Kathrin Hübner

aus
Meran/Italien

Jahr
2024

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: PD Dr. Karl Heinz Brisch

Mitberichterstatter: PD Dr. Tobias Rüther

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 02.05.2024

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
1 Einleitung.....	3
2 Stand der Forschung	6
2.1 Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter	6
2.2 Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von psychischen Problemen bei Kindern.....	7
2.3 Bindung und Verhaltensauffälligkeiten	9
2.4 Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität des Kindes	11
3 Soziodemographische Merkmale Südtirols	13
4 Fragestellung und Hypothesen.....	14
5 Probanden und Methoden	17
5.1 Stichproben und Studiendesign	17
5.2 Kontrollgruppen.....	17
5.2.1 KiGGS-Studie.....	18
5.2.2 „The Italian Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-Teacher: Psychometric Properties“, Studie in Mailand [9].....	18
5.2.3 „The British Child and Adolescent Mental Health Survey“ 2004 [10].....	18
5.3 Beschreibung der verwendeten Erhebungs- und Auswertungsmethoden.....	19
5.3.1 The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	19
5.4 Statistik	23
6 Ergebnisse.....	24
6.1 Patientenkollektiv	24
6.2 Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken im Kindergartenalter im Vinschgau und Pustertal	25
6.3 Verhaltensauffälligkeiten- und –stärken: Unterschiede in den SDQ-Mittelwerten bezogen auf das Geschlecht.....	35
6.4 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken: Unterschiede in den SDQ-Mittelwerten hinsichtlich Einschätzung der Eltern und Erzieher:innen.....	43
6.5 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken: Unterschiede in den SDQ-Mittelwerten hinsichtlich eines Vergleichs der Regionen Vinschgau und Pustertal	49
6.6 Korrelation zwischen den SDQ-Problembereichen und dem Impact-Score	56
6.7 Vergleich der Ergebnisse aus Südtirol mit Studien aus Italien, England und Deutschland	59
6.7.1 Vergleich der SDQ-Ergebnisse mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie aus Deutschland [11]	59

6.7.2 Vergleich der Ergebnisse aus Südtirol mit den Ergebnissen einer Studie aus Italien: „The Italian Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)- Teacher: Psychometric Properties” [9].....	61
6.7.3 Vergleich der Ergebnisse aus Südtirol mit den Ergebnissen einer Studie aus England: „The British Child and Adolescent Mental Health Survey”, 2004 [10].	64
7 Diskussion	68
7.1 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken von Kindern im Kindergartenalter	68
7.2 Unterschiede zwischen Eltern und Erzieher:innen hinsichtlich des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken.....	69
7.3 Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken	71
7.4 Regionale, nationale und internationale Unterschiede in der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken bei Kindern im Kindergartenalter	73
7.4.1 Unterschiede in der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken zwischen dem Vinschgau und dem Pustertal.....	73
7.4.2 Unterschiede in der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken zwischen Südtirol und Mailand.....	75
7.4.3 Unterschiede in der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken zwischen Südtirol und Deutschland	77
7.4.4 Unterschiede in der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken zwischen Südtirol und England	78
7.5 Korrelation der SDQ-Mittelwerte mit dem Impact-Score	80
7.6 Einschränkungen und Methodenkritik	81
8 Zusammenfassung und Ausblick	83
9 Literaturverzeichnis	87
10 Verzeichnis der Abbildungen	91
11 Verzeichnis der Tabellen	92
12 Verzeichnis der Abkürzungen	94
13 Eidesstattliche Versicherung	95
14 Danksagung	96
15 Anhang	97
15.1 Einwilligungserklärung und Studieninformation Eltern (deutsch/italienisch)	98
15.2 Einwilligungserklärung und Studieninformation Erzieher:innen (deutsch/italienisch)	104
15.3 Einwilligungserklärung und Studieninformation Kindergartendirektion.....	107

1 Einleitung

Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter sind ein durchaus bedeutsames Thema. Für viele Kinder und Jugendliche führen psychische Probleme zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche teilweise schwerwiegende Konsequenzen für das Befinden der Kinder selbst aber auch deren alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit darstellen. Dies kann bezüglich der späteren Berufsmöglichkeiten durchaus zu Benachteiligungen führen und häufig auch zu Belastungen des sozialen Umfeldes, wie z. B. der Eltern und Geschwister. Zudem können psychische Probleme bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben oder aber auch in entsprechende Störungen und Auffälligkeiten des Erwachsenenalters übergehen [1].

Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter können sich in unterschiedlicher Art und Weise manifestieren und lassen sich einteilen in internalisierende und externalisierende Probleme. Unter internalisierenden Problemen versteht man dabei eher emotionale Probleme wie beispielweise Ängste oder Depressivität, unter externalisierenden Problemen hingegen Verhaltensprobleme wie Hyperaktivität, aggressives oder dissoziales Verhalten [2] [3].

Im Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter sind die psychischen Stärken der Kinder von großer Bedeutung [2]. Zu diesen psychischen Stärken zählt insbesondere das prosoziale Verhalten [1]. Unter prosozialem Verhalten versteht man unter anderem einen liebevollen, rücksichtsvollen Umgang mit anderen Kindern, die Bereitschaft zu teilen sowie in Situationen, in denen jemand verletzt wurde, Hilfsbereitschaft, Mitgefühl und Einfühlsamkeit zu zeigen [4].

Auffälligkeiten des kindlichen Verhaltens können als ein soziales Konstrukt bezeichnet werden, welches im Zusammenhang mit verschiedenen sozialen Gruppen- und Individualnormen betrachtet werden soll. Kriterien für das Auftreten von psychischen Störungen sind, neben dem Vorliegen von psychischen Symptomen, die Stärke und Anzahl der Symptome, die mit den Symptomen einhergehenden psychosozialen Beeinträchtigungen, die Dauer und der Verlauf der Symptomatik sowie das Alter und das Geschlecht [5].

Für die Diagnostik und Klassifikation von psychischen Störungen können zwei Diagnosesysteme herangezogen werden. Man unterscheidet dabei die *kategoriale*

Diagnostik, welche die beiden Klassifikationssysteme ICD (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) und DSM (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) beinhaltet, von der *dimensionalen* Diagnostik, welche die Dimensionalität psychischer Auffälligkeiten berücksichtigt; hierbei wird zwischen internalisierenden, externalisierenden und gemischten Störungen unterschieden [5].

Nach aktuellen Erkenntnissen in der Entwicklungswissenschaft liegt der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten ein Zusammenwirken von biologischen, sozialen und innerpsychischen Faktoren zu Grunde [6].

Für die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern spielt somit das bio-psycho-soziale Modell eine wichtige Rolle. Dieses Modell geht davon aus, dass durch ein Zusammenspiel von biologischen Ausgangsbedingungen, wie beispielsweise neurophysiologische Zusammenhänge oder das kindliche Temperament, und kindlichen Beziehungserfahrungen, wie das Erfahren einer sicheren Bindung, das Erleben von Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie die Emotionsregulation, sich die individuelle Selbststruktur entwickelt. Dieser Entwicklungsprozess ist wiederum abhängig von Risikofaktoren und Schutzfaktoren. Während der individuellen Entwicklung muss das Kind immer wieder alterstypische Entwicklungsaufgaben bewältigen und wird zudem immer wieder mit besonderen Belastungssituationen konfrontiert, welche dabei individuell verarbeitet werden. Die Bewältigung solcher Belastungssituationen ist dabei wiederum abhängig von der bisher entwickelten Selbststruktur des Kindes sowie den vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren [7].

Die Bewältigung der Belastungssituationen kann dabei auf drei verschiedene Arten ablaufen: das Kind reagiert mit einer angemessenen und selbstwertfördernden Bewältigung oder aber es reagiert mit Rückzug und Selbsteinschränkung auf die Belastung, was als internalisierender Modus bezeichnet wird, oder es reagiert mittels eines externalisierenden Modus mit Aggressivität auf den Belastungsfaktor. Die Art der Bewältigung hat wiederum Einfluss auf die psychische Struktur des Kindes [7].

Laut dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, welcher im Zeitraum von 2003-2006 in Deutschland durchgeführt wurde (KiGGS – Basiserhebung), zeigten 19 % der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten, dabei waren 14,8% der 3-17jährigen Mädchen und 22% der 3-17jährigen Jungen im Gesamtwert des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [4] verhaltensauffällig bzw. grenzwertig auffällig, wobei 92,5% der Mädchen und 86,3% der Jungen über ein adäquates prosoziales Verhalten verfügten. Am häufigsten zeigten die Kinder Verhaltensprobleme, emotionale Probleme und Hyperaktivitätsprobleme. Zudem wiesen vor allem Kinder mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status ein höheres Risiko für psychische Probleme auf [1, 8]. Mittlerweile wurde in Deutschland im Zeitraum von 2014 - 2017 ein erneuter Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS- Welle 2) durchgeführt, dabei zeigte sich ein leichter Rückgang der psychischen Probleme bei Kindern und Jugendlichen auf 16,9%, wobei Jungen weiterhin häufiger betroffen waren als Mädchen (19,1% vs. 14,5%) [8].

Weltweit liegen diverse Studien zu Verhaltensauffälligkeiten und –stärken vor und zeigten ähnliche Ergebnisse [1, 9, 10]. Im folgenden Kapitel werde ich näher darauf eingehen.

Da in Südtirol noch keine Studie zu diesem durchaus wichtigen Thema durchgeführt wurde und somit noch keine Daten erhoben werden konnten, kamen wir zum Entschluss, eine Studie zu Verhaltensauffälligkeiten und –stärken bei Kindergartenkindern in Südtirol durchzuführen, um diese Forschungslücke zu schließen. In der Studie wurde der SDQ-Fragebogen [4], welcher das Auftreten von Verhaltensschwierigkeiten und –stärken erfasst, als Messinstrument benutzt.

Da Südtirol aus einigen Städten und mehreren Tälern besteht, sollten ursprünglich Kindergärten der urbanen und ländlichen Regionen Südtirols in die Studie mit einbezogen werden, jedoch waren nur einzelne Kindergärten der zwei Täler Vinschgau und Pustertal interessiert, an der Studie teilzunehmen. Somit wurden die Kindergärten von 2 Tälern einbezogen, um anschließend die Daten aus den Kindergärten der beiden Täler miteinander vergleichen zu können, denn das Leben in Tälern ist sehr eigenständig, teils isoliert und mit eigenen kulturellen Besonderheiten (Familie, Erziehung usw.) verbunden.

2 Stand der Forschung

2.1 Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter

In Deutschland lieferte der Kinder - und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS-Basiserhebung), eine vom Robert Koch- Institut über 3 Jahre (2003-2006) durchgeführte bundesweite Befragung in Deutschland von 14.478 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren, erstmals repräsentative und bundesweite Daten zum Gesundheitszustand und psychischen Auffälligkeiten von deutschen Kindern- und Jugendlichen [1, 11]. Dabei wiesen 19 % der Kinder und Jugendlichen psychische Probleme auf; dagegen verfügten 92,5% der Mädchen sowie 86,3% der Jungen über ein adäquates prosoziales Verhalten. Die Häufigkeiten zwischen den Altersgruppen und dem Geschlecht variierten dabei: Jungen wiesen mit 22% häufiger psychische Probleme auf als Mädchen mit 14,8 %, und die Gruppe der 3-6 Jährigen sowie 14-17 Jährigen zeigten einen geringeren Anteil an Auffälligkeiten als die Gruppe der 7-13 Jährigen. Der Geschlechtsunterschied im Gesamtproblemwert blieb aber in allen Altersgruppen konstant. Am häufigsten zeigten die Kinder Verhaltensprobleme (14,8% auffällig, 16,0% grenzwertig auffällig), gefolgt von emotionalen Problemen (9,1% auffällig, 7,2% grenzwertig auffällig) und Hyperaktivitätsproblemen (7,9% auffällig, 5,9% grenzwertig auffällig). Mädchen wiesen dabei mit 9,7% häufiger emotionale Probleme auf als Jungen (8,6%) während bei den Jungen häufiger Hyperaktivitätsprobleme (m: 10,8% vs. w: 4,8%), Verhaltensprobleme (m: 17,9% vs. w: 11,9%) und Probleme mit Gleichaltrigen (m: 13,1% vs. w: 9,9%) auftraten [1, 11].

Mittlerweile liegen aktuellere Daten aus dem Kinder – und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS - Welle 2, 2018) in Deutschland vor, dabei zeigte sich ein leichter Rückgang der psychischen Probleme bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung auf 16,9%. Die Autoren erklären sich den rückläufigen Trend von psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen in der KiGGS – Welle 2 möglicherweise durch die gesundheitspolitischen Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und – versorgung, welche wohl mit einer verbesserten psychiatrisch – psychotherapeutischen Versorgungslage einhergeht [8].

Weltweit liegen diverse Studien zu psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter vor [1, 9, 12-17], insbesondere der British Mental Health Survey von

1999 und 2004 gehören zu den international großen und renommierten Studien und lieferten wichtige Daten zur psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter [10, 18].

Aus dem British Mental Health Survey des Jahres 2004 ging hervor, dass 10% der 5-16 Jährigen an psychischen Problemen leiden, wobei Verhaltensprobleme mit 6% wiederum an erster Stelle standen, gefolgt von emotionalen Problemen mit 4% und Hyperaktivitätsproblemen mit 2 % [10].

In einer Übersichtsarbeit von Ihle und Esser 2002 über diverse internationale Studien zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, betrug der Median der Periodenprävalenzraten 18%. Dreiviertel der Prävalenzraten lagen zwischen 15% und 22%. Angststörungen zählten dabei mit 10,4% zu den häufigsten Störungen, gefolgt von dissozialen Störungen (7,4%), depressiven Störungen (4,4%) und hyperkinetischen Störungen (4,4%). Betrachtet man allerdings nur Stichproben von Kindern bis zu 13 Jahren, so trifft man auf niedrigere Prävalenzraten für Angststörungen (7%), dissoziale Störungen (6,5%), hyperkinetische Störungen (3,5%) und depressive Störungen (1,5%) [13].

2.2 Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von psychischen Problemen bei Kindern

Der Ätiologie und Entwicklung psychischer Erkrankungen liegt derzeit ein mehrdimensionales biopsychosoziales Krankheitsmodell [19] zugrunde, welches biologische und psychosoziale Faktoren für die Entstehung von psychischen Störungen berücksichtigt [20].

Ein weiteres wichtiges Modell, welches vor allem den Verlauf und die Dynamik psychischer Erkrankungen berücksichtigt, ist das Vulnerabilitäts-Stress Modell [21]. Die Vulnerabilität bezeichnet dabei die Krankheitsdisposition, welche angeboren oder erworben und in jedem Individuum verschieden stark ausgeprägt sein kann. Tritt dann ein zusätzlicher Stressor hinzu, wie beispielsweise kritische Ereignisse aus dem psychosozialen Umfeld, kann dies zu einer Fehlanpassung mit Überschreiten der Manifestationsschwelle der Erkrankung führen, woraufhin es zu einer psychophysiologischen Dekompensation bis hin zu einer Krankheitsmanifestation kommen kann [20].

Neben dem mehrdimensionalen biopsychosozialen Krankheitsmodell, welches die Entstehung psychischer Erkrankungen beschreibt, spielt der salutogenetische Ansatz

[22] als Gesundheitsmodell, das Bedingungen beschreibt, welche die Gesundheit fördern und erhalten, zunehmend eine wichtigere Rolle [20].

In der Entwicklungspsychologie aber nimmt die Resilienzforschung eine bedeutende Rolle ein. Diese beschäftigt sich mit der Untersuchung von Schutzfaktoren, die es Kindern und Jugendlichen ermöglichen, sich – trotz Belastungen und Risiken, denen sie ausgesetzt sind – gesund zu entwickeln. Dabei kann man personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren unterscheiden [23]. Die Untersuchung dieser Schutzfaktoren wurden unter anderem in der KiGGS-Studie von 2003-2006 (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey) durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status Defizite in ihren personalen, familiären sowie sozialen Schutzfaktoren aufwiesen. Des Weiteren zeigten Kinder mit Migrationshintergrund schwächer ausgeprägte personale und soziale Ressourcen. Zudem zeigten sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Ausprägung der Schutzfaktoren. Mädchen wiesen dabei häufiger schwächer ausgeprägte personale und familiäre Schutzfaktoren auf als Jungen, diese aber wiederum wiesen schwächer ausgeprägte soziale Schutzfaktoren auf als Mädchen. Schwächen und Defizite von personalen und familiären Schutzfaktoren gehen zudem mit einem höheren Risiko für Rauchen einher und schwache familiäre Ressourcen mit einem erhöhten Risiko für Alkohol- und Drogenkonsum [23].

Die BELLA-Studie (2007), welche im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys durchgeführt wurde, zeigte, dass Kinder mit Hinweisen auf psychischen Auffälligkeiten geringer ausgeprägte personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren auswiesen. Neben diesen Schutzfaktoren wurden in der BELLA-Studie auch personale, familiäre und soziale Risikofaktoren untersucht, wie beispielsweise ein niedriger Bildungsstatus der Eltern, eine konfliktbelastete Familie oder ein niedriger sozioökonomischer Status. Dabei zeigte sich, dass – unabhängig von der Art des Risikofaktors – das Risiko, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln, mit der Anzahl der Risikofaktoren steigt [24].

Aus dem Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren ergeben sich Vulnerabilitäten und die Gesamtbelastbarkeit des Kindes, welche die kindliche Entwicklung und das kindliche Verhalten maßgeblich beeinflussen.

In verschiedenen Studien konnten relativ übereinstimmende Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung festgestellt werden, welche aber

zueinander in komplexen Wechselwirkungen stehen. Als wichtige personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren galten demnach beispielsweise eine stabile emotionale Beziehung, Bindungsfähigkeit und ein sicheres Bindungsverhalten, die soziale Unterstützung, Selbstvertrauen, ein stabiles Kohärenzgefühl und ein guter sozio-ökonomischer Status. Das Fehlen dieser protektiven Faktoren geht wiederum mit einem erhöhten Risiko in der kindlichen Entwicklung einher. Einen bedeutenden Risikofaktor für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten stellen dabei psychisch auffällige Eltern dar [25].

2.3 Bindung und Verhaltensauffälligkeiten

Bindungsbeziehungen entwickeln sich innerhalb des ersten Lebensjahres des Kindes durch Interaktionen des Kindes mit seinen Bezugspersonen. Dabei gibt es unterschiedliche Bindungsqualitäten, und die Kinder reagieren insbesondere in Situationen, in denen das Bindungssystem aktiviert wird, wie beispielsweise bei Angst oder Kummer, bei emotionaler Belastung oder bei Trennung von der Bezugsperson, mit unterschiedlichen Verhaltensstrategien [26].

Grundsätzlich lassen sich 4 verschiedene Bindungstypen unterscheiden: sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent und desorganisiert gebundene Kinder. Kinder, welche eine sichere Bindung aufweisen, zeigen in Situationen, welche das Bindungssystem aktivieren, wie beispielsweise Angst, ein deutliches Bindungsverhalten, was dadurch gekennzeichnet ist, dass sie ihren Kummer mitteilen, die Nähe ihrer Bezugsperson aufsuchen und sich mit dessen Hilfe wieder emotional regulieren können. Unsicher-vermeidend gebundene Kinder hingegen drücken in solchen Situationen ihren Kummer nicht aus, suchen auch nicht die Nähe ihrer Bezugsperson auf und weisen den Kontakt zu ihr zurück. Kinder, welche unsicher-ambivalent gebunden sind, reagieren mit deutlichen emotionalen Reaktionen, wenn die Bezugsperson sich distanziert und den Raum verlässt. Sobald die Bezugsperson den Raum wieder betritt und sich dem Kind nähert, sucht dieses auch den Kontakt, reagiert jedoch in der Nähe, sogar bei Körperkontakt mit der Bindungsperson, mit Ärger und Zurückweisung von Nähe, und ist in der Regel nicht in der Lage, sich rasch mit Hilfe der Bezugsperson zu beruhigen und sich emotional wieder zu regulieren. Desorganisiert gebundene Kinder zeigen ein widersprüchliches Verhalten, das etwa durch einen Wechsel von unvorhersagbaren Verhaltensvariationen einer sicheren und unsicheren Bindung besteht. Sie reagieren

mit unterbrochenen, teilweise stereotypen Bewegungen, absenceartigem Einfrieren von Motorik und Affekt, Desorientierung oder Furcht bei der Rückkehr ihrer Bezugsperson [27-29].

Eine sichere Bindung ist wichtig für eine gesunde Entwicklung des Kindes und zeigt sich in vielen Längsschnittstudien zur Entwicklung von Kindern als Schutzfaktor. Bei unsicher gebundenen Kindern spricht man von einem Risikomuster für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten, und bei desorganisiert gebundenen Kindern besteht die Gefahr, abweichende Verhaltensweisen zu entwickeln [30].

Diese Erkenntnis, dass Unsicherheiten im Bindungsverhalten mit Verhaltensproblemen einhergehen, konnte in diversen Studien bestätigt werden [31-34].

So zeigte eine Metaanalyse von Fearon et al. (2010), in der mehr als 60 Studien analysiert wurden, einen Zusammenhang zwischen unsicher gebundenen sowie desorganisiert gebundenen Kindern und externalisierenden Problemen wie Aggressivität, Verhaltensprobleme, oppositionelle Probleme und Feindseligkeit. Dabei wiesen Kinder, welche unsicher gebunden waren, häufiger externalisierende Probleme auf als sicher gebundene Kinder. Desorganisiert gebundene Kinder zeigten ebenso häufiger externalisierende Probleme, und im Vergleich zu unsicher-vermeidend gebundenen Kindern war der Zusammenhang hinsichtlich externalisierender Probleme bei desorganisierten Kindern noch stärker ausgeprägt [31, 34].

In der Literatur gibt es neben Studien, welche den Zusammenhang zwischen Bindungsverhalten und externalisierenden Problemen untersuchten, auch zahlreiche Studien, welche den Zusammenhang zwischen Bindung und internalisierenden Problemen untersuchten. Dies zeigt eine Metaanalyse von Groh et al. (2012), in der 42 Studien, die den Zusammenhang zwischen dem Bindungsverhalten der Kinder und dem Auftreten von internalisierenden Problemen analysierten, untersucht wurden. Als internalisierende Probleme zählten demnach Ängstlichkeit, Depression, sozialer Rückzug und somatische Beschwerden. Die Auswertung ergab, dass unsicher-gebundene Kinder häufiger internalisierende Probleme aufwiesen als sicher-gebundene Kinder. Insbesondere unsicher-vermeidend gebundene und desorganisiert gebundene Kinder zeigten häufig internalisierende Probleme. Insgesamt korrelierte eine unsichere Bindung sowie Desorganisation jedoch stärker mit externalisierenden Problemen als mit internalisierenden [31, 33].

Das unsichere und das desorganisierte Bindungsverhalten haben somit einen großen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes und auf das Auftreten von Verhaltensproblemen, während das sichere Bindungsverhalten als Schutzfaktor angesehen wird, um etwa psychischen Stress – im Sinne einer gesunden Selbstregulation – besser bewältigen zu können [30, 31].

2.4 Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität des Kindes

In der Literatur gibt es einige Studien, die sichtbar machen, dass Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten durch eben diese Auffälligkeiten in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt werden [24, 35, 36].

In einer Arbeit von Wille et al. (2008), in der anhand des SDQ-Fragebogens mit Impact-Supplement [37] die Häufigkeiten von psychischen Problemen und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Leben der Kinder untersucht wurden, waren laut Elternangaben 14,1% der Jungen im Alter von 7-17 Jahren und 9,9% der Mädchen im Alter von 7-17 Jahren in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt, in dem Selbstbeurteilungsfragebogen hingegen zeigten die Mädchen mit 10,0% einen größeren Anteil an beeinträchtigter Lebensqualität als die Jungen mit 6,1%. Die Kinder zeigten dabei in der Schule die häufigsten Probleme (8-9%), gefolgt von Beeinträchtigungen im Familienleben zu Hause (1-3%). 12% der Kinder wiesen eine Beeinträchtigung in ihrer Lebensqualität auf, obwohl kein Hinweis auf psychische Auffälligkeiten gegeben waren [36].

Eine Studie aus Leipzig untersuchte 1.738 Kinder im Alter von 3-5 Jahren hinsichtlich Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Kindergartenalter und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Kinder mit Hilfe des erweiterten SDQ-Fragebogens von Goodman [37]. Dabei waren 8,2% der Kinder grenzwertig auffällig, 7,8% wiesen psychische Auffälligkeiten auf. Betrachtet man die Auswirkungen auf die Lebensqualität der Kinder, so zeigten 8,6% der Kinder mit psychischen Auffälligkeiten auch Beeinträchtigungen in ihrem Alltagsleben. Nach Angaben der Eltern litten 11,1 % der Kinder deutlich unter diesen Problemen. Die häufigsten Schwierigkeiten hatten die Kinder in der Schule/Kindergarten (22%), gefolgt von Problemen zu Hause (11,3%) und mit Freunden (10,2%) [35].

Auch Ravens-Sieberer et al. (2007) berichten über eine deutlich reduzierte Lebensqualität bei Kindern mit psychischen Auffälligkeiten. Eine Stärkung der

vorhandenen Ressourcen durch Interventionsmaßnahmen bei Kindern, die Risikofaktoren mit sich bringen, stellt somit eine wichtige Maßnahme dar, um eine gesunde Entwicklung auch bei belasteten Kindern zu ermöglichen [24].

3 Soziodemographische Merkmale Südtirols

Laut dem Landesinstitut für Statistik (ASTAT) wurde im Jahre 2014 in Südtirol eine Bevölkerungsanzahl von insgesamt 519.275 erfasst. Die Anzahl der Kinder im Alter von 0-4 Jahren bezogen auf die Gesamtbevölkerung lag bei 27.131. Betrachtet man die Bevölkerungsanzahl nach den an dieser Studie untersuchten Regionen Südtirols, so betrug diese in Vinschgau laut dem Landesinstitut für Statistik (ASTAT) 35.479, davon waren 973 Personen Kinder im Alter von 0-4 Jahren. In Pustertal wurde eine Bevölkerungsanzahl von 81.305 erfasst. Die Anzahl der Kinder im Alter von 0-4 Jahren lag bei 2.275 [38].

Betrachtet man die Einkommensverteilung in Südtirol im Jahre 2013, so verfügten die meisten Haushalte in Südtirol über ein durchschnittliches Einkommen von 36.774 Euro. Das durchschnittliche Haushaltseinkommen in Vinschgau (Meran-Schlanders) betrug dabei 35.931 Euro, das in Bruneck (Pustertal) hingegen 36.301 Euro. Das Einkommen in den Städten Südtirols war in etwa gleich hoch wie jenes auf dem Land. Einwohner, die eine qualifizierte Ausbildung und ein Studium abgeschlossen haben, erreichten ein höheres Einkommen [39].

Die Arbeitslosenquote in Südtirol lag im Jahre 2014 bei insgesamt 4,4% [40]. Im Vergleich dazu lag die Arbeitslosenrate in Italien bei 12,6%-12,8% und in Deutschland bei 5,0%-5,1% [41].

4 Fragestellung und Hypothesen

Ziel dieser Studie war es, die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Kindergartenalter in Südtirol zu erfassen und die Ergebnisse mit den Ergebnissen von anderen, ähnlichen Studien aus Deutschland, England und Italien zu vergleichen.

Fragestellung 1

Gibt es einen Unterschied hinsichtlich Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern im Alter von 4-6 Jahren zwischen den Geschlechtern?

Hypothese H1

Es gibt einen Unterschied hinsichtlich Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern im Alter von 4-6 Jahren zwischen den Geschlechtern.

Fragestellung 2

Gibt es einen Unterschied hinsichtlich Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern im Alter von 4-6 Jahren zwischen Erzieher:innen- und Elternangaben?

Hypothese H2

Es gibt einen Unterschied zwischen Erzieher:innen- und Elternangaben hinsichtlich Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern im Alter von 4-6 Jahren.

Fragestellung 3

Gibt es einen Unterschied hinsichtlich Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern im Alter von 4-6 Jahren zwischen zwei untersuchten Tälern (Vinschgau und Pustertal) in Südtirol?

Hypothese H3

Es gibt einen Unterschied hinsichtlich Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern im Alter von 4-6 Jahren zwischen zwei untersuchten Tälern (Vinschgau und Pustertal) in Südtirol.

Fragestellung 4

Sind Kinder im Kindergartenalter, die im SDQ-Fragebogen psychische Auffälligkeiten aufweisen, in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt?

Hypothese H4

Kinder, die im SDQ-Fragebogen psychische Auffälligkeiten aufweisen, sind in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt.

Fragestellung 5

Zeigen Kinder im Kindergartenalter einer ländlichen Region Südtirols, wie Vinschgau und Pustertal, weniger Verhaltensauffälligkeiten, als Kinder einer Großstadt wie Mailand?

Hypothese H5

Kinder im Kindergartenalter einer ländlichen Region Südtirols, wie Vinschgau und Pustertal, zeigen weniger Verhaltensauffälligkeiten, als Kinder einer Großstadt wie Mailand.

Fragestellung 6

Zeigen Kinder im Kindergartenalter einer ländlichen Region Südtirols, wie Vinschgau und Pustertal, weniger Verhaltensauffälligkeiten, als Kinder aus verschiedenen Regionen Deutschlands?

Hypothese H6

Kinder im Kindergartenalter einer ländlichen Region Südtirols, wie Vinschgau und Pustertal, zeigen weniger Verhaltensauffälligkeiten, als Kinder aus verschiedenen Regionen Deutschlands.

Fragestellung 7

Zeigen Kinder im Kindergartenalter einer ländlichen Region Südtirols, wie Vinschgau und Pustertal, weniger Verhaltensauffälligkeiten, als Kinder aus verschiedenen Regionen Englands?

Hypothese H7

Kinder im Kindergartenalter einer ländlichen Region Südtirols, wie Vinschgau und Pustertal, zeigen weniger Verhaltensauffälligkeiten, als Kinder aus verschiedenen Regionen Englands.

5 Probanden und Methoden

5.1 Stichproben und Studiendesign

Im Zeitraum von März 2014 bis April 2014 wurden in Südtirol in den Kindergärten von Schlanders, Schluderns, Eyrs und Mals in Vinschgau und in den Kindergärten von Mitterolang, St. Georgen und St. Magdalena-Gsies im Pustertal sowohl Eltern als auch Erzieher:innen von N=206 Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren mit Hilfe des SDQ-Fragebogens befragt. Die Studie wurde zuerst von der Ethikkommission an der LMU- München genehmigt und musste anschließend nach erfolgter italienischer Übersetzung des Studienprotokolls an der Ethikkommission in Bozen genehmigt werden. Es wurden verschiedene Kindergärten der urbanen und ländlichen Regionen Südtirols persönlich kontaktiert, um bei der Studie teilzunehmen, jedoch waren nur einzelne Kindergärten der Täler Vinschgau und Pustertal interessiert daran teilzunehmen. Nachdem die Direktionen und die Erzieher:innen der einzelnen Kindergärtender der Teilnahme an der Studie zugestimmt hatten, wurden die Eltern schriftlich und anhand von Elternabenden über die Studie informiert und eingeladen, daran teilzunehmen. Die Fragebögen, welche in einer Elternversion und einer Erzieherversion in deutscher und italienischer Sprache vorlagen, wurden an die Eltern und Erzieher:innen verteilt und, sofern die Einwilligungserklärung und Studieninformation unterzeichnet waren, wurden die Fragebögen ausgefüllt, mit einem Code versehen und anschließend in pseudonymisierter Form ausgewertet und analysiert.

Die Teilnahme an der Studie beruhte auf Freiwilligkeit der Eltern und Erzieher:innen und konnte jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Von den N=206 Fällen lagen N=146 gültige Fälle auf Seiten der Eltern und N=202 gültige Fälle auf Seiten der Erzieher:innen vor. Die Geschlechtsverteilung der Probanden betrug w=47,1 % und m=52,9%

5.2 Kontrollgruppen

Die in dieser Dissertation verwendeten Daten, die zur Bildung der Kontrollgruppen beigetragen haben, sind Teil der KiGGS Studie [11], des „The British Child and Adolescent Mental Health Survey“ 2004 [42] und einer italienischen Studie, die in Mailand durchgeführt worden war [9].

5.2.1 KiGGS-Studie

Im Zeitraum von Mai 2003 bis Mai 2006 wurden im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey in verschiedenen repräsentativen Gemeinden und Städten Deutschlands N=14.478 Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren mit Hilfe des SDQ-Fragebogens, welcher von den Eltern ausgefüllt wurde, untersucht. Ziel der Arbeit war es, Häufigkeit und Verteilung von Verhaltensauffälligkeiten wie emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und Hyperaktivität aber auch Verhaltensstärken wie prosoziales Verhalten zu erfassen [11]. Um die in Südtirol erhobenen Daten mit denen von Deutschland vergleichen zu können, wurden ausschließlich die Daten der KiGGS-Studie von N=3.640 Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren verwendet [11].

5.2.2 „The Italian Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-Teacher: Psychometric Properties“, Studie in Mailand [9]

Im Rahmen dieser Studie wurden in verschiedenen Gebieten Mailands N=3.302 Kinder im Alter von 3 bis 15 Jahren mit Hilfe des SDQ-Fragebogens, welcher von den Erzieher:innen ausgefüllt wurde, untersucht [9]. Für den Vergleich mit den in Südtirol erhobenen Daten wurden die Daten von N= 111 Mädchen und N= 116 Jungen im Alter von durchschnittlich 4,05 Jahren verwendet [9].

5.2.3 „The British Child and Adolescent Mental Health Survey“ 2004 [10]

Im Jahr 2004 wurden im Rahmen des „The British Child and Adolescent Mental Health Survey“ insgesamt 7.977 Kinder bzw. deren Eltern und Erzieher:innen zu psychischen Problemen anhand verschiedener Messinstrumente interviewt. Für den Vergleich mit der Studie in Südtirol wurden die Daten aus der Arbeit von Maughan et al. (2007) verwendet, welche auf den Daten und Ergebnissen des British Mental Health Surveys (2004) basierten [14]. Da es leider keine gesonderten Daten für das Kindergartenalter gab, wurden die Ergebnisse der SDQ-Fragebögen der Eltern von N=7.312 Kindern im Alter von 5-15 Jahren und jene der Erzieher:innen von N=5.609 Kindern im Alter von 5-15 Jahren verwendet [14].

5.3 Beschreibung der verwendeten Erhebungs- und Auswertungsmethoden

5.3.1 The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

In der vorliegenden Studie wurde zur Ermittlung der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Kindergartenalter der SDQ-Fragebogen verwendet. Der 1997 von Goodman entwickelte und bereits mehrfach psychometrisch validierte SDQ Fragebogen dient als Screening Instrument und erfasst die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken von Kindern im Alter von 4-16 Jahren [4, 43, 44]. Das Abfragen von nicht nur negativen, sondern auch positiven Verhaltensweisen und die Kürze des Fragebogens wirken sich positiv auf die Akzeptanz bei den Befragten aus [45]. Der SDQ liegt in verschiedenen Sprachen in einer Eltern- und Lehrer:innenversion und ab 11 Jahren in einer Selbstbeurteilungsversion vor. Die verschiedenen Versionen können kostenlos für nicht kommerzielle Zwecke im Internet auf www.sdqinfo.org heruntergeladen werden.

Für die Studie in Südtirol wurde die erweiterte zweiseitige Form des SDQ verwendet. Diese setzt sich, wie auch der ursprüngliche einseitige SDQ, aus 25 Items zusammen, welche sowohl Stärken als auch Schwächen des Kindes abfragen. Von diesen 25 Items bilden jeweils 5 Items 5 Subskalen [37]:

- Emotionale Probleme:

Diese Subskala dient der Erfassung von Ängsten und depressiven Stimmungen und enthält folgende Items [1]:

„Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit“; „Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt“; „Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig“; „Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen“; „Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht“

- Verhaltensprobleme

Durch diese Subskala können dissoziales und deviantes Verhalten erfasst werden [1]. Folgende Items sind darin enthalten:

„Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend“; „Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen“; „Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie“; „Lügt oder mogelt häufig“; „Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo“;

- Hyperaktivität

Durch folgende Items werden die Merkmale von Hyperaktivität wie motorische Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizite erfasst [1]:

„Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen“; „Ständig zappelig“; „Leicht ablenkbar, unkonzentriert“; „Denkt nach, bevor er/sie handelt“; „Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne“

- Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen

Diese Subskala wird durch folgende Items erfasst:

„Einzelgänger; spielt meist alleine“; „Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin“; „Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt“; „Wird von anderen gehänselt oder schikaniert“; „Kommet besser mit Erwachsenen aus als mit Kindern“;

- Prosoziales Verhalten

Die Subskala „Prosoziales Verhalten“ erfasst psychische Stärken mit folgenden Items [1]:

„Rücksichtsvoll“; „Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)“; „Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind“; „Lieb zu jüngeren Kindern“; „Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)“

Die erweiterte zweiseitige Form des SDQ unterscheidet sich von der einseitigen Form dadurch, dass zusätzlich die Dauer der Probleme, der subjektive Leidensdruck, Beeinträchtigungen des Kindes im Alltagsleben und die familiäre Belastung bzw. Belastung der Klasse berücksichtigt werden.

Die Auswertung des ersten Teiles des Fragebogens erfolgt mit Hilfe einer Auswertungsschablone, welche kostenlos auf www.sdqinfo.org erhältlich und für die Eltern- und Lehrer:innenversion dieselbe ist. Alle 25 Items können als „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“ angekreuzt werden. Dabei erhält die Antwortmöglichkeit „teilweise zutreffend“ den Rohwert von 1. Für „nicht zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“ wird je nach Merkmal ein Rohwert von 0 oder 2 vergeben. Die Auswertung der Einzelskalen erfolgt durch Addition der Rohwerte der dazugehörigen Items. Pro Einzelskala müssen mindestens 3 von 5 Items beantwortet worden sein, um ein aussagekräftiges und verwertbares Ergebnis zu erhalten. Nach Addition der Rohwerte sind auf allen 5 Einzelskalen Werte

zwischen 0 und 10 möglich. Durch Addition der Werte der Skalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ ergibt sich der Gesamtproblemwert, der zwischen 0 und 40 Punkte betragen kann.

Durch die Auswertung des zweiten Teiles des Fragebogens mittels einer Auswertungsschablone erhält man den „Impact score“, welcher Auskunft über die Dauer der Probleme, den subjektive Leidensdruck, die Beeinträchtigung des Kindes im Alltagsleben und die familiäre Belastung bzw. Belastung der Klasse gibt. Dabei werden in der Auswertung der Elternversion folgende Items berücksichtigt: „Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?“, „Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?“, Zu Hause, mit Freunden, im Unterricht, in der Freizeit; „Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?“

In der Auswertung der Lehrer:innenversion werden folgende Items berücksichtigt: „Leidet das Kind unter diesen Schwierigkeiten?“, „Wird das Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche beeinträchtigt?“, Mit Freunden, im Unterricht; „Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Klasse dar?“ Sowohl in der Eltern- als auch in der Lehrer:innenversion können sie Items als „gar nicht“, „kaum“, „deutlich“ und „schwer“ angekreuzt werden. Die Antwortmöglichkeiten „gar nicht“ und „kaum“ erhalten 0 Punkte, „deutlich“ erhält 1 Punkt und „schwer“ 2 Punkte. In der Elternversion ist somit ein Impact Score von 0-10, in der Lehrer:innenversion von 0-6 möglich. Ein Score von 0 gilt als „unauffällig“, ein Score von 1 als „grenzwertig auffällig“ und ein Score von ≥ 2 als „auffällig“.

Für den Gesamtproblemwert und den Subskalen liegen Cut-Off-Werte vor, welche eine Einteilung in „unauffällig“, „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ erlauben. Dabei darf aber anhand grenzwertig auffälliger und auffälliger Ergebnisse keinesfalls eine Diagnose gestellt werden. Die Klassifizierung in „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ erlaubt aber eine Einteilung der Kinder in Risikogruppen [1]. Die Cut-Off-Werte für den Gesamtproblemwert wurden strenger gezogen als die für die Subskalen, deshalb ergeben sich auch niedrigere Prävalenzen auf der Gesamtskala als auf den Subskalen [1].

Für die Interpretation der Werte aus den Elternfragebögen wurden die deutschen Cut-Off-Werte herangezogen, welche in einer bundesweiten repräsentativen Feldstichprobe in Deutschland für die Elternversion entwickelt wurden. Für die

südtiroler Auswertung wurden die deutschen gegenüber den britischen Normwerten bevorzugt, da die kulturellen Unterschiede geringer sind. Italienische Normwerte des SDQ-Fragebogens gab es zum Zeitpunkt der Auswertung nicht. Nach den deutschen Cut-Off-Werten gelten Kinder auf der Gesamtskala als „grenzwertig auffällig“ ab einem Wert von >12 Punkte und „auffällig“ ab einem Wert von >15 Punkte [45].

	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0-12	13-15	16-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensauffälligkeiten	0-3	4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Probleme mit Gleichaltrigen	0-3	4	5-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

Tabelle 1: Deutsche Cut-off-Werte für die Elternversion

Für die Interpretation der Werte der Lehrer:innenversion wurden britische Cut-off-Werte verwendet, da für die Lehrer:innenversion noch keine deutschen Cut-off-Werte entwickelt wurden [46]. Kinder gelten nach den britischen Cut-off-Werten auf der Gesamtskala als „grenzwertig auffällig“ mit einem Punktwert von >11 und als „auffällig“ mit einem Punktwert von >15.

	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0-11	12-15	16-40
Emotionale Probleme	0-4	5	6-10
Verhaltensauffälligkeiten	0-2	3	4-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Probleme mit Gleichaltrigen	0-3	4	5-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

Tabelle 2: Britische Cut-off-Werte für die Lehrer:innenversion

Für die Interpretation des Impact Score wurden sowohl für die Eltern- als auch für die Lehrer:innenfragebögen die britischen Cut-off-Werte verwendet, da zum Zeitpunkt

der Auswertung keine deutschen und keine italienischen Cut-off-Werte vorlagen [37]. Kinder gelten nach den britischen Cut-off-Werten als „unauffällig“ mit einem Score von 0, als „grenzwertig auffällig“ mit einem Score von 1 und als „auffällig“ mit einem Score von ≥ 2 .

5.4 Statistik

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm SPSS Statistics 21. Für alle Tests galt als statistisch signifikant ein p-Wert von $\leq 0,05$, als statistisch hoch signifikant ein p-Wert von 0,01 und als statistisch höchst signifikant ein p-Wert von 0,001.

Häufigkeiten, Mittelwerte und Verteilungen der Merkmale nach Geschlecht und nach südtiroler Tal innerhalb der Eltern- und Erzieher:innengruppe wurden anhand der deskriptiven Statistik erfasst.

Für die Feststellung einer Normalverteilung der Merkmale innerhalb der Eltern- und Erzieher:innengruppe wurde der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest verwendet, welcher ergab, dass keine Normalverteilung der Merkmale vorliegt. Da die Merkmale in den beiden Gruppen nicht normalverteilt waren, wurden für die weiteren Berechnungen nicht parametrische Tests durchgeführt. Um Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Tälern innerhalb der Eltern- und Erzieher:innengruppe hinsichtlich Auffälligkeiten bzw. Mittelwerte der Kinder erfassen zu können, wurde der nichtparametrische Mann-Whitney-U Test verwendet, da der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest bezogen auf Geschlecht und Tal keine Normalverteilung der Merkmale ergab,.

Zum Ermitteln eventuell bestehender Unterschiede zwischen der Eltern- und Erzieher:innengruppe hinsichtlich der Auffälligkeiten bzw. Mittelwerte der Kinder wurde der nichtparametrische Wilcoxon-Test angewandt.

Um eine Korrelation des Impact Factors mit den SDQ-Mittelwerten innerhalb der beiden Gruppen festzustellen, kam eine nichtparametrische Korrelationsanalyse zur Anwendung.

Für den Vergleich von den in dieser Studie ermittelten metrischen Daten mit den in Studien aus Deutschland, Italien und England erfassten metrischen Daten, kam der T-Test für unverbundene Stichproben zur Anwendung.

Da es sich bei dieser Studie um eine erste explorative Studie handelt, wurde von einer Bonferroni-Korrektur für das Signifikanzniveau abgesehen.

6 Ergebnisse

6.1 Patientenkollektiv

Es wurden die Eltern und Erzieher:innen von insgesamt N=206 Kindern im Alter von 4-6 Jahren mit Hilfe der zweiseitigen Form des SDQ-Fragebogens zu Verhaltensauffälligkeiten und –stärken befragt. Fragebögen, in denen in mehr als 3 von 5 Items pro Einzelskala keine Antwort angekreuzt worden war oder Fragebögen, welche nicht oder fehlerhaft ausgefüllt waren, wurden in der Auswertung nicht miteinbezogen, so dass die Elternstichprobe aus insgesamt (beide südtiroler Täler zusammen) N=146 Kinder und die Erzieher:innenstichprobe (beide südtiroler Täler zusammen) aus N=202 Kindern bestand. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 5 Jahre (SD=1). Von N=174 Kindern waren 52,9% männlich und 47,1% weiblich (s. Abbildung. 1).

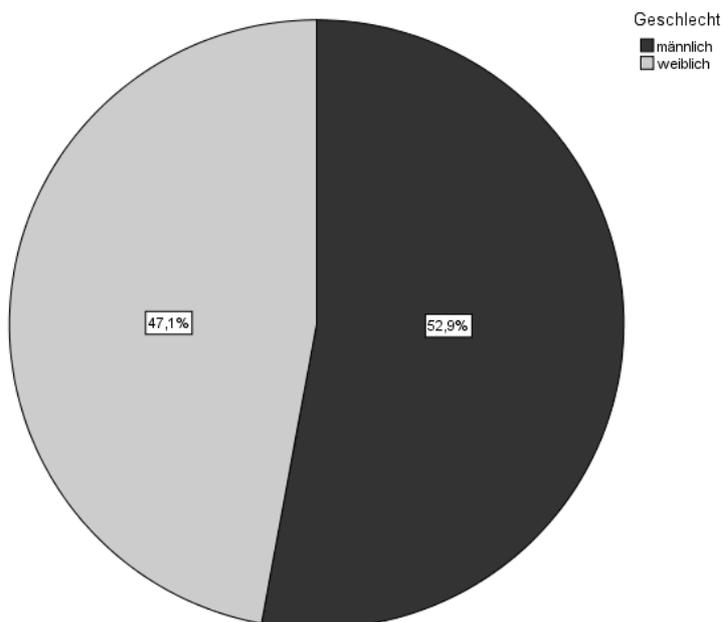


Abbildung 1: Geschlechtsverteilung der Gesamtstichprobe

6.2 Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken im Kindergartenalter im Vinschgau und Pustertal

In der Gesamtstichprobe der *Elterneinschätzung* wurden von N=146 Kindern 6,2% im Gesamtproblemwert als grenzwertig auffällig und 2,7% als auffällig eingestuft (s. Abbildung 2 und Tabelle 3). Betrachtet man dabei die einzelnen Subskalen, so waren in der Einzelskala „Verhaltensprobleme“ 11,6% grenzwertig auffällig und 2,7% auffällig (s. Abbildung 4 und Tabelle 3). In den Bereichen „emotionale Probleme“ waren 6,2% der Kinder grenzwertig auffällig und 4,1% auffällig (s. Abbildung 3 und Tabelle 3). 4,8% der Kinder zeigten grenzwertige Auffälligkeiten und 6,8% Auffälligkeiten in der Hyperaktivitätsskala (s. Abbildung 5 und Tabelle 3). In dem Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ wurden 3,4% der Kinder als grenzwertig auffällig und 4,1% als auffällig eingestuft (s. Abbildung 6 und Tabelle 3). 95,2% der Kinder besitzen ein normales prosoziales Verhalten, während 3,4% grenzwertige Auffälligkeiten und 1,4% Auffälligkeiten im prosozialem Verhalten aufweisen (s. Abbildung 7 und Tabelle 3).

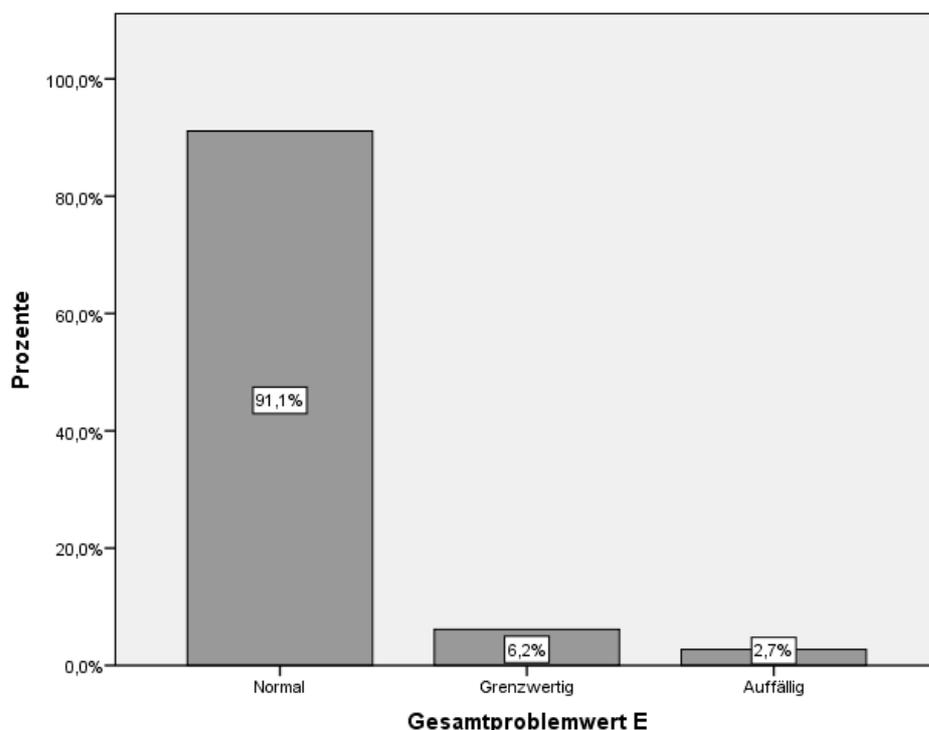


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung des Gesamtproblemwerts in der Elternbeurteilung („E“)

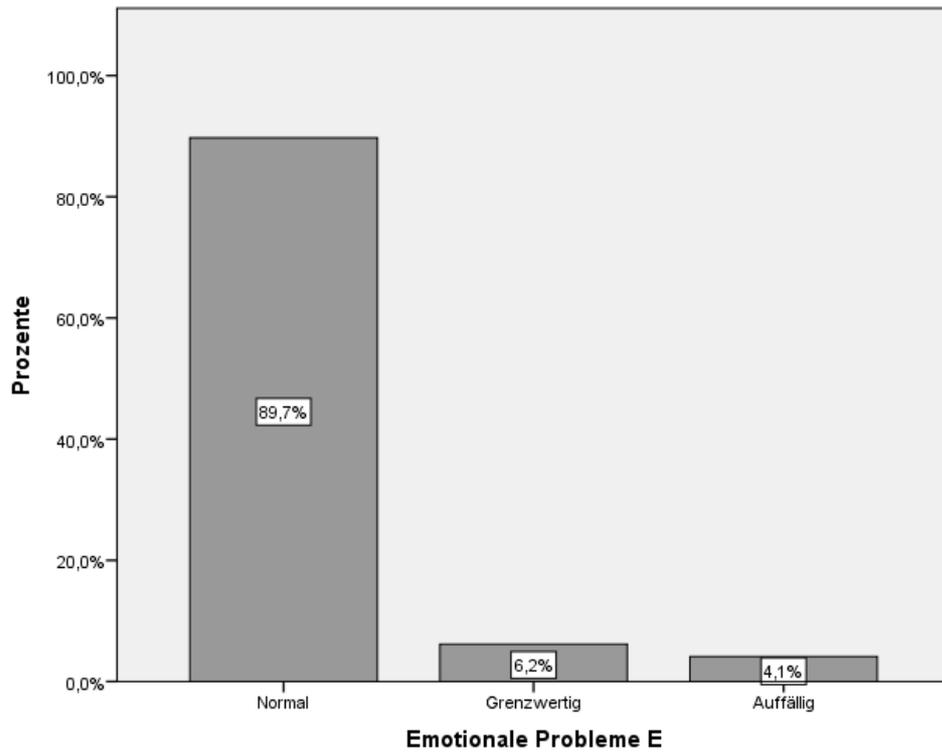


Abbildung 3: Häufigkeiten von emotionalen Problemen in der Elternbeurteilung („E“)

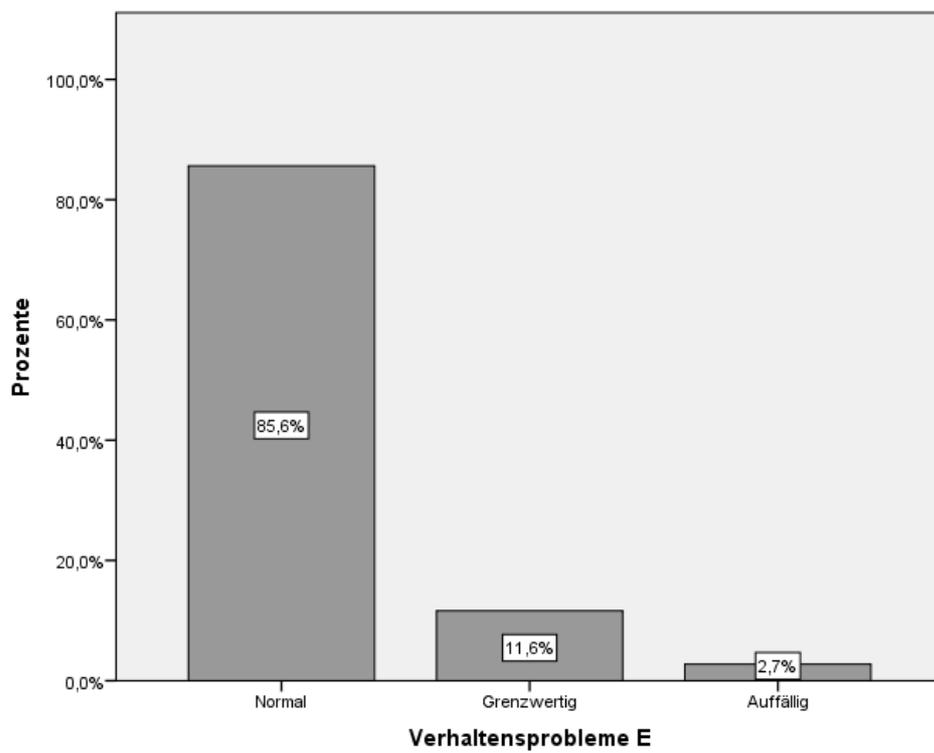


Abbildung 4: Häufigkeiten von Verhaltensproblemen in der Elternbeurteilung („E“)

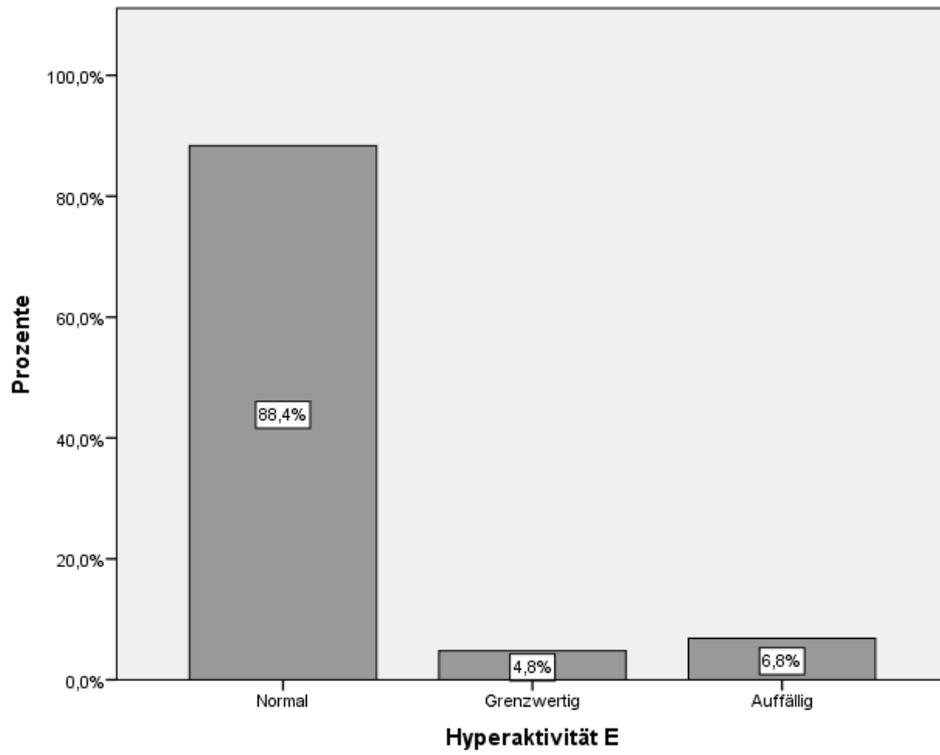


Abbildung 5: Häufigkeiten von Hyperaktivitätsproblemen in der Elternbeurteilung („E“)

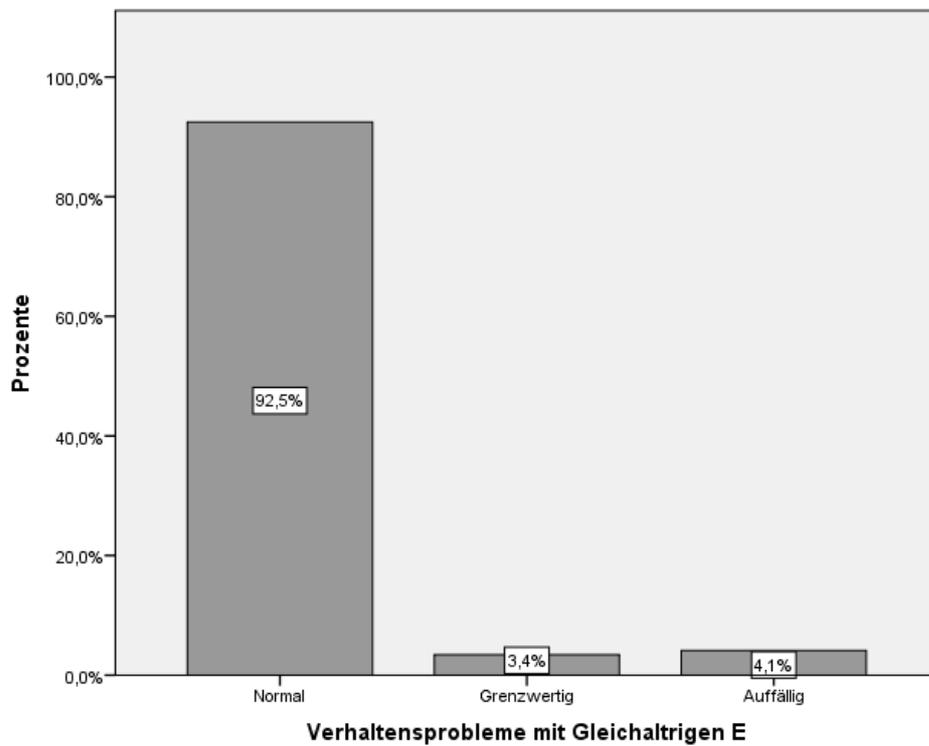


Abbildung 6: Häufigkeiten von Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen in der Elternbeurteilung („E“)

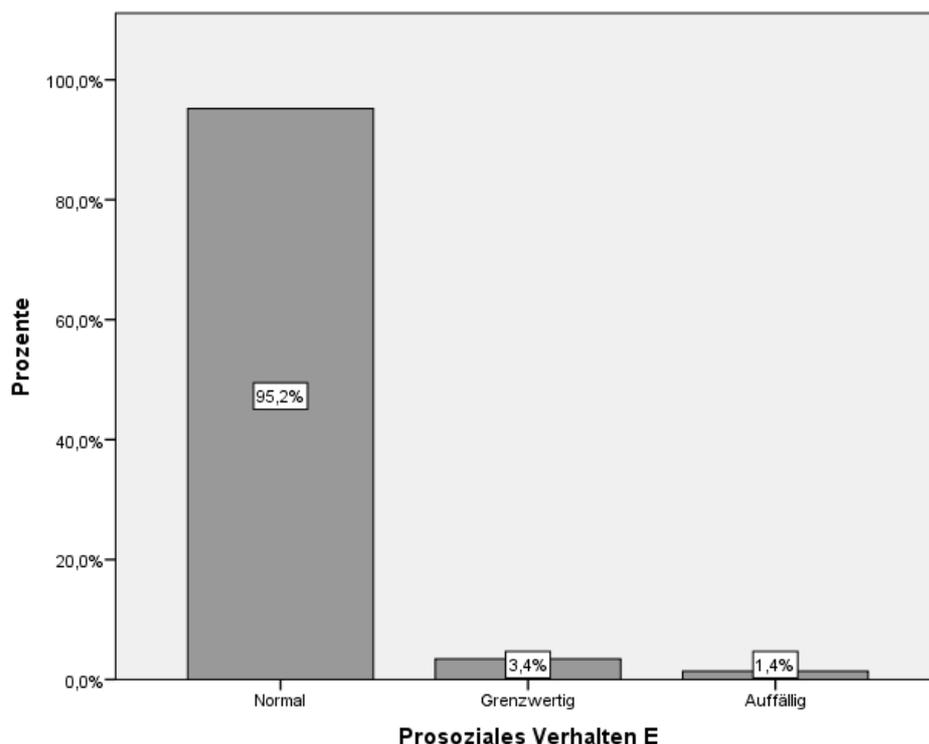


Abbildung 7: Prosoziales Verhalten der Kinder in der Elternbeurteilung („E“)

In der Auswertung der *Erzieher:innenfragebögen* zeigten von N=202 Kindern 4,5% einen grenzwertig auffälligen und 3,0% einen auffälligen Gesamtproblemwert (s. Abbildung 8 und Tabelle 4). Dabei wurden in der Subskala „Verhaltensprobleme“ 4,0% der Kinder als grenzwertig auffällig und 7,4% als auffällig eingeschätzt (s. Abbildung 10 und Tabelle 4). In dem Bereich „emotionale Probleme“ zeigten 5,4% der Kinder grenzwertige Auffälligkeiten und 1,0% der Kinder Auffälligkeiten (s. Abbildung 9 und Tabelle 4). In der Hyperaktivitätsskala wiesen 2,0% der Kinder grenzwertige Auffälligkeiten und 6,9% Auffälligkeiten auf (s. Abbildung 11 und Tabelle 4). In der Einzelskala „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ wurden 2,5% als grenzwertig auffällig und 3,0% als auffällig eingestuft (s. Abbildung 12 und Tabelle 4). 82,7% der Kinder zeigte keine Auffälligkeiten im prosozialem Verhalten, während 13,4% ein grenzwertig auffälliges und 4,0% ein auffälliges prosoziales Verhalten zeigten (s. Abbildung 13 und Tabelle 4).

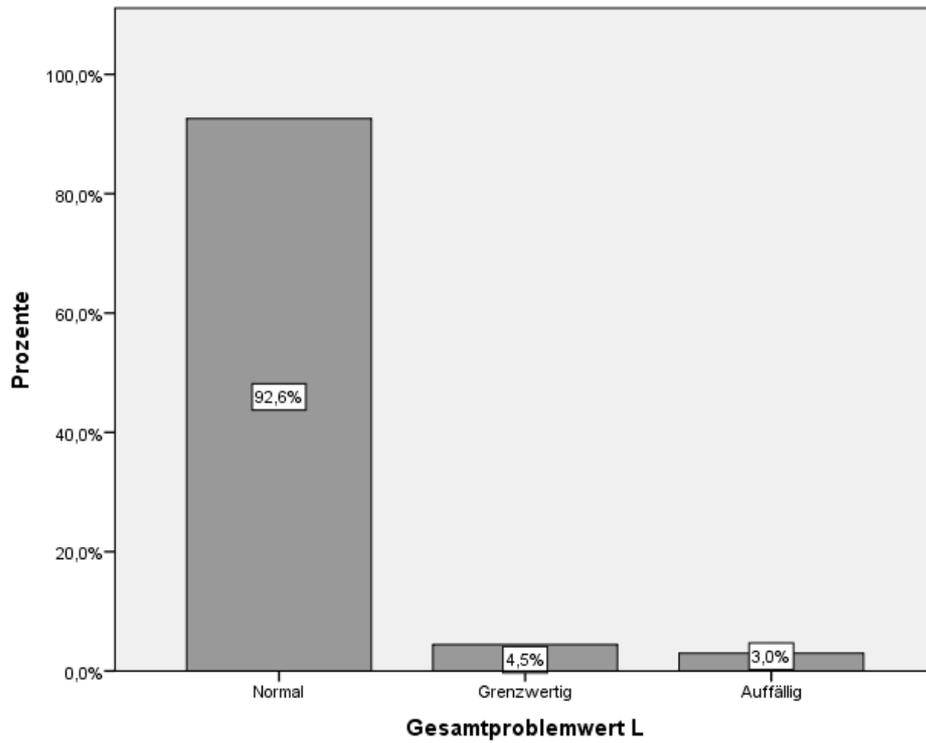


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung des Gesamtproblemwerts in der Erzieher:innenbeurteilung („L“)

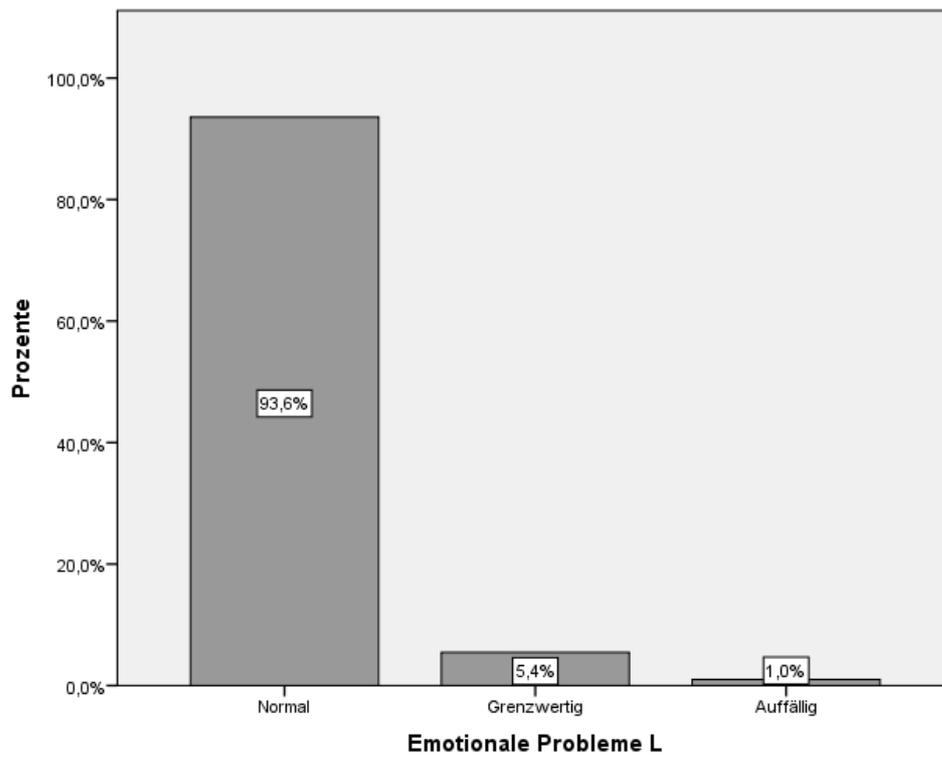


Abbildung 9: Häufigkeiten von emotionalen Problemen in der Erzieher:innenbeurteilung („L“)

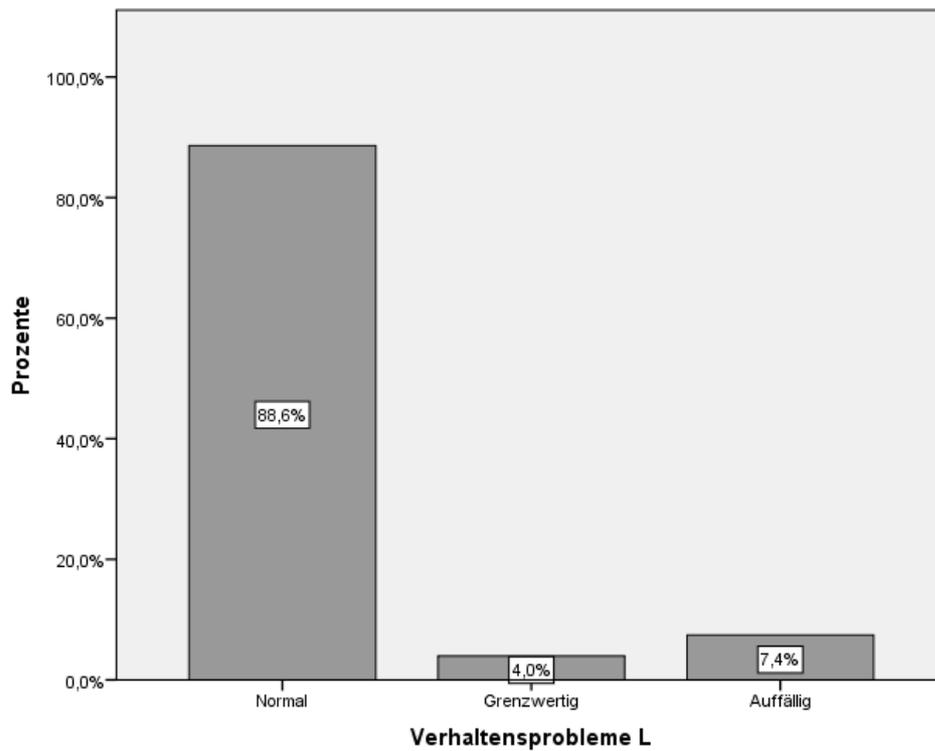


Abbildung 10: Häufigkeiten von Verhaltensproblemen in der Erzieher:innenbeurteilung („L“)

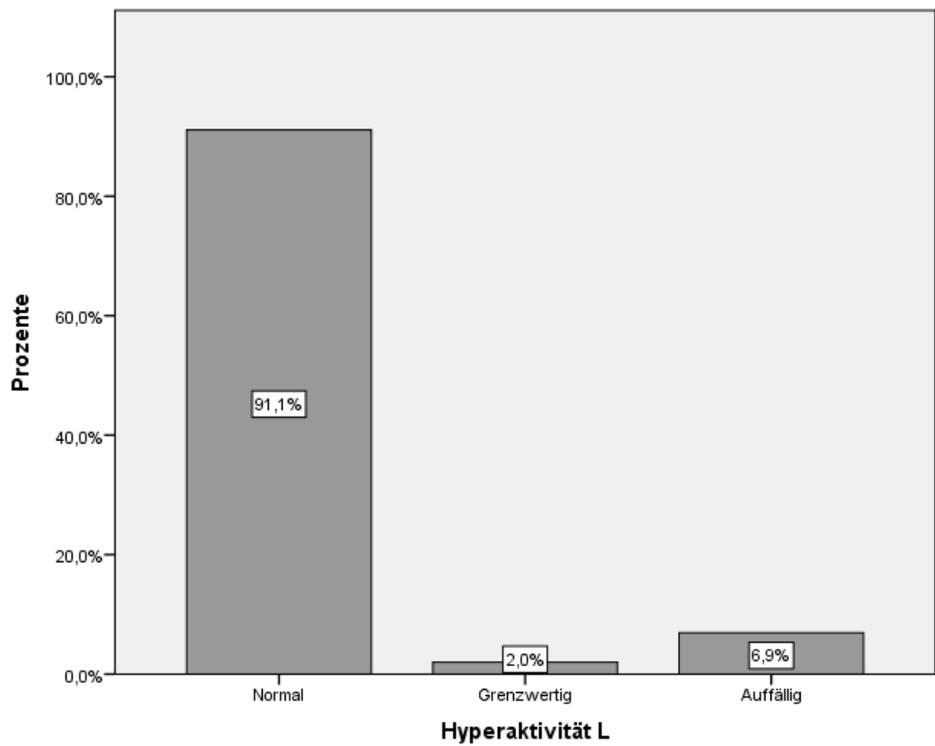


Abbildung 11: Häufigkeiten von Hyperaktivitätsproblemen in der Erzieher:innenbeurteilung („L“)

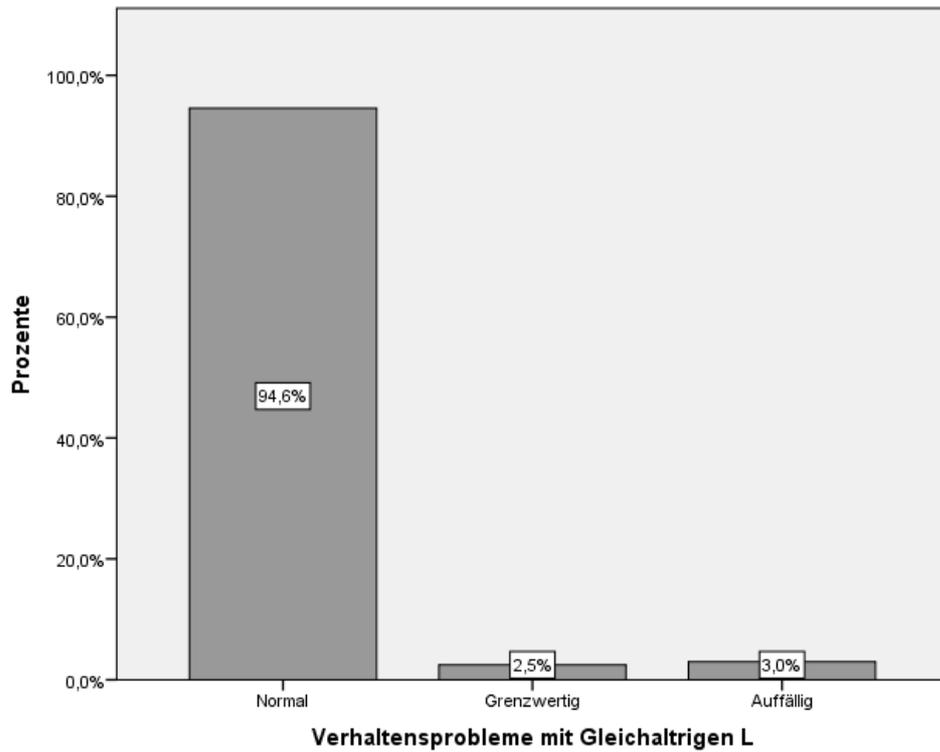


Abbildung 12: Häufigkeiten von Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen in der Erzieher:innenbeurteilung („L“)

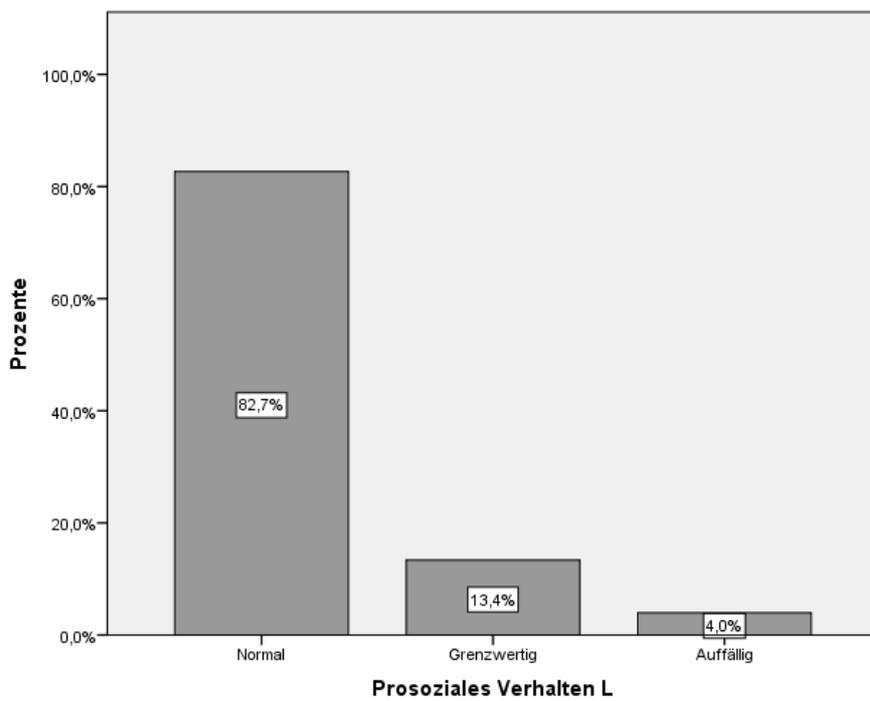


Abbildung 13: Prosoziales Verhalten von Kindern in der Erzieher:innenbeurteilung („L“)

In der Auswertung des Impact-Factors zeigten in der Elterneinschätzung von N=135 Kinder 3,7% auffällige und 3,0% grenzwertig auffällige Ergebnisse. In der Erzieher:innenbeurteilung wiesen von N=195 Kinder 4,1% einen auffälligen und 2,6% einen grenzwertig auffälligen Impact-Score auf (s. Abbildung 14, 15 und Tabellen 3, 4).

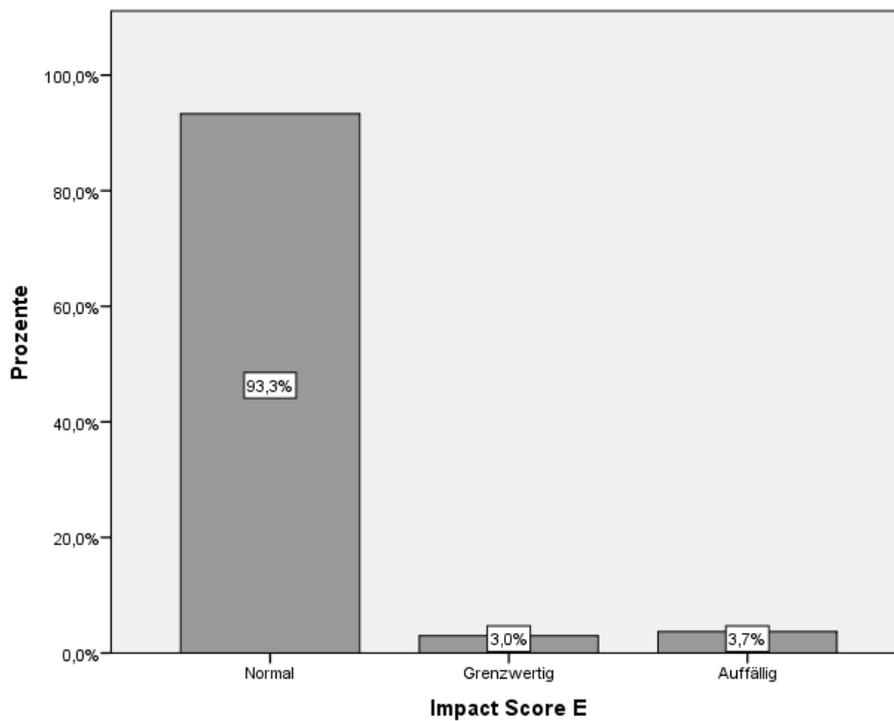


Abbildung 14: Häufigkeitsverteilung des Impact-Factors in der Elternbeurteilung („E“)

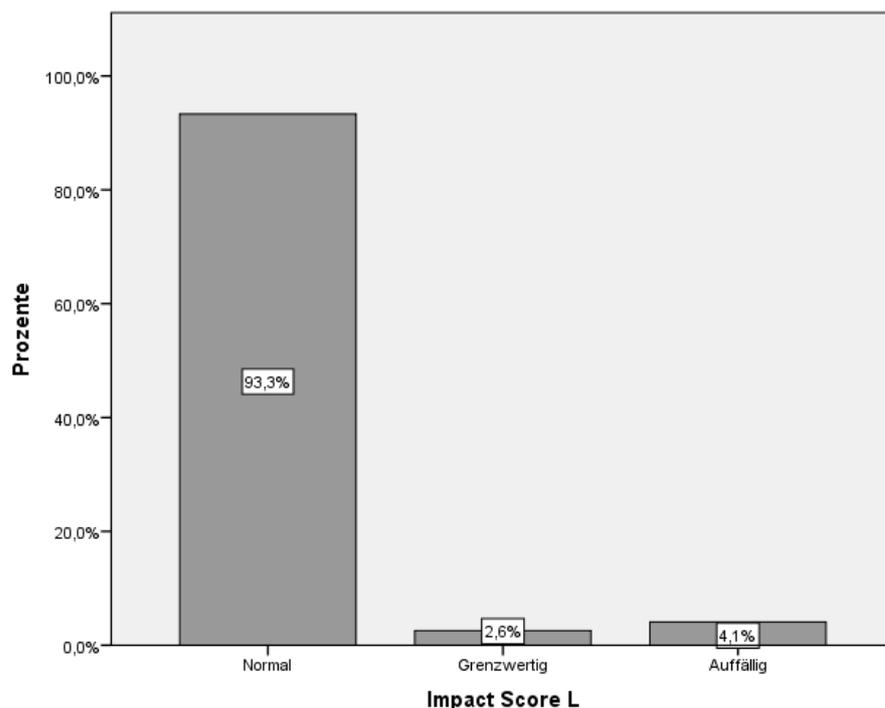


Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung des Impact-Factors in der Erzieher:innenbeurteilung („L“)

Häufigkeiten von Verhaltensauffälligkeiten- und stärken in der Elternbeurteilung					
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Gültige N als Spalten%	Gesamtanzahl als Spalten%
Emotionale Probleme: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	131	89,7%	89,7%	63,6%
	Grenzwertig	9	6,2%	6,2%	4,4%
	Auffällig	6	4,1%	4,1%	2,9%
	Gesamt	146	100,0%	100,0%	100,0%
Verhaltensprobleme: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	125	85,6%	85,6%	60,7%
	Grenzwertig	17	11,6%	11,6%	8,3%
	Auffällig	4	2,7%	2,7%	1,9%
	Gesamt	146	100,0%	100,0%	100,0%
Hyperaktivität: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	129	88,4%	88,4%	62,6%
	Grenzwertig	7	4,8%	4,8%	3,4%
	Auffällig	10	6,8%	6,8%	4,9%
	Gesamt	146	100,0%	100,0%	100,0%
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	135	92,5%	92,5%	65,5%
	Grenzwertig	5	3,4%	3,4%	2,4%
	Auffällig	6	4,1%	4,1%	2,9%
	Gesamt	146	100,0%	100,0%	100,0%

Prosoziales Verhalten: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	139	95,2%	95,2%	67,5%
	Grenzwertig	5	3,4%	3,4%	2,4%
	Auffällig	2	1,4%	1,4%	1,0%
	Gesamt	146	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamtproblemwert: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	133	91,1%	91,1%	64,6%
	Grenzwertig	9	6,2%	6,2%	4,4%
	Auffällig	4	2,7%	2,7%	1,9%
	Gesamt	146	100,0%	100,0%	100,0%
Impact Score:normal/grenzwertig/auffällig	Normal	126	93,3%	93,3%	61,2%
	Grenzwertig	4	3,0%	3,0%	1,9%
	Auffällig	5	3,7%	3,7%	2,4%
	Gesamt	135	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 3: Häufigkeiten von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken in der Elternbeurteilung („E“)

Häufigkeiten von Verhaltensauffälligkeiten- und -stärken in der Erzieher:innenbeurteilung					
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Gültige N als Spalten%	Gesamtanzahl als Spalten%
Emotionale Probleme: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	189	93,6%	93,6%	91,7%
	Grenzwertig	11	5,4%	5,4%	5,3%
	Auffällig	2	1,0%	1,0%	1,0%
	Gesamt	202	100,0%	100,0%	100,0%
Verhaltensprobleme: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	179	88,6%	88,6%	86,9%
	Grenzwertig	8	4,0%	4,0%	3,9%
	Auffällig	15	7,4%	7,4%	7,3%
	Gesamt	202	100,0%	100,0%	100,0%
Hyperaktivität: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	184	91,1%	91,1%	89,3%
	Grenzwertig	4	2,0%	2,0%	1,9%
	Auffällig	14	6,9%	6,9%	6,8%
	Gesamt	202	100,0%	100,0%	100,0%
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	191	94,6%	94,6%	92,7%
	Grenzwertig	5	2,5%	2,5%	2,4%
	Auffällig	6	3,0%	3,0%	2,9%
	Gesamt	202	100,0%	100,0%	100,0%
Prosoziales Verhalten: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	167	82,7%	82,7%	81,1%
	Grenzwertig	27	13,4%	13,4%	13,1%
	Auffällig	8	4,0%	4,0%	3,9%
	Gesamt	202	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamtproblemwert: klinisch normal/grenzwertig/auffällig	Normal	187	92,6%	92,6%	90,8%
	Grenzwertig	9	4,5%	4,5%	4,4%
	Auffällig	6	3,0%	3,0%	2,9%
	Gesamt	202	100,0%	100,0%	100,0%
Impact Score: normal/grenzwertig/auffällig	Normal	182	93,3%	93,3%	88,3%
	Grenzwertig	5	2,6%	2,6%	2,4%
	Auffällig	8	4,1%	4,1%	3,9%
	Gesamt	195	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 4: Häufigkeiten von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken in der Erzieher:innenbeurteilung („L“)

6.3 Verhaltensauffälligkeiten- und -stärken: Unterschiede in den SDQ-Mittelwerten bezogen auf das Geschlecht

In der *Elternbeurteilung* (s. Tabelle 7) erreichten die Mädchen im Mittel einen SDQ-Gesamtproblemwert (Punkteskala von 0 bis 40) von 6,80 mit einer

Standardabweichung von 4,25 und die Jungen einen SDQ-Gesamtproblemwert von 7,84 mit einer Standardabweichung von 4,23. Betrachtet man in der Elternbeurteilung die einzelnen Subskalen (0 bis 10 Punkte pro Subskala), so erreichten auf der Skala „Emotionale Probleme“ die Mädchen einen Mittelwert von 1,69 mit einer Standardabweichung von 1,57 und die Jungen einen Mittelwert von 1,4 mit einer Standardabweichung von 1,26. Auf der Skala „Verhaltensprobleme“ wiesen die Jungen einen Mittelwert von 1,99 mit einer Standardabweichung von 1,46 und die Mädchen einen Mittelwert von 1,79 mit einer Standardabweichung von 1,32 auf. In der Hyperaktivitätsskala erreichten die Jungen einen Mittelwert von 3,36 und eine Standardabweichung von 2,22 während die Mädchen einen Mittelwert von 2,50 und eine Standardabweichung von 2,09 aufwiesen. Auf der Skala „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ erhielten die Jungen einen Mittelwert von 1,08 mit einer Standardabweichung von 1,45 und die Mädchen einen Mittelwert von 0,83 mit einer Standardabweichung von 1,37. Im Bereich „Prosoziales Verhalten“ erreichten die Mädchen einen Mittelwert von 8,09 mit einer Standardabweichung von 1,42 und die Jungen einen Mittelwert von 8,08 mit einer Standardabweichung von 1,60.

In der *Erzieher:innenbeurteilung* (s. Tabelle 7) wiesen die Mädchen einen SDQ-Gesamtproblemwert (Punkteskala von 0-40) von 4,13 und eine Standardabweichung von 3,90 und die Jungen einen SDQ-Gesamtproblemwert von 6,08 und eine Standardabweichung von 4,82 auf. Auf den Subskalen (Punkteskala von 0-10 pro Subskala) erreichten die Jungen auf der Skala „Emotionale Probleme“ einen Mittelwert von 1,12 mit einer Standardabweichung von 1,56 und die Mädchen einen Mittelwert von 1,06 mit einer Standardabweichung von 1,63. In dem Bereich „Verhaltensprobleme“ wiesen die Jungen einen Mittelwert von 1,34 und eine Standardabweichung von 1,69 auf, die Mädchen erreichten einen Mittelwert von 0,57 und eine Standardabweichung von 0,84. Auf der Hyperaktivitätsskala erreichten die Jungen einen Mittelwert von 2,80 mit einer Standardabweichung von 2,32 und die Mädchen einen Mittelwert von 1,60 mit einer Standardabweichung von 2,30. Der Mittelwert auf der Skala „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ betrug bei den Jungen 0,80 mit einer Standardabweichung von 1,42 und bei den Mädchen 0,90 mit einer Standardabweichung von 1,28. Im Bereich „Prosoziales Verhalten“ erreichten die Jungen einen Mittelwert von 7,65 mit einer Standardabweichung von 2,13 und die Mädchen einen Mittelwert von 8,18 mit einer Standardabweichung von 1,77.

Die Auswertung des Impact-Factors (s. Tabelle 7) ergab in der *Elternbeurteilung* bei den Jungen einen Mittelwert von 0,07 (Standardabweichung $SD=0,31$) und bei den Mädchen einen Mittelwert von 0,23 (Standardabweichung $SD=0,94$). In der *Erzieherbeurteilung* erreichten die Jungen im Mittel einen Impact-Score von 0,15 mit einer Standardabweichung von 0,56 und die Mädchen im Mittel einen Impact-Score von 0,17 mit einer Standardabweichung von 0,65.

SDQ-Mittelwerte nach Geschlecht					
	Kind Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Emotionale Probleme E	männlich	75	1,413	1,2638	,1459
	weiblich	70	1,686	1,5654	,1871
Verhaltensprobleme E	männlich	75	1,987	1,4565	,1682
	weiblich	70	1,786	1,3176	,1575
Hyperaktivität E	männlich	75	3,360	2,2218	,2565
	weiblich	70	2,500	2,0904	,2498
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E	männlich	75	1,080	1,4497	,1674
	weiblich	70	,829	1,3723	,1640
Prosoziales Verhalten E	männlich	75	8,080	1,6003	,1848
	weiblich	70	8,086	1,4218	,1699
Emotionale Probleme L	männlich	89	1,124	1,5581	,1652
	weiblich	81	1,062	1,6305	,1812
Verhaltensprobleme L	männlich	89	1,337	1,6919	,1793
	weiblich	81	,568	,8357	,0929
Hyperaktivität L	männlich	89	2,809	2,3202	,2459
	weiblich	81	1,605	2,2950	,2550

Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L	männlich	89	,809	1,4212	,1507
	weiblich	81	,901	1,2807	,1423
Prosoziales Verhalten L	männlich	89	7,652	2,1325	,2260
	weiblich	81	8,185	1,7686	,1965
Gesamtproblemwert E	männlich	75	7,840	4,2300	,4884
	weiblich	70	6,800	4,2515	,5082
Gesamtproblemwert L	männlich	89	6,079	4,8247	,5114
	weiblich	81	4,136	3,8979	,4331
Impact Score E	männlich	68	,074	,3146	,0382
	weiblich	66	,227	,9413	,1159
Impact Score L	männlich	86	,151	,5640	,0608
	weiblich	79	,165	,6491	,0730

Tabelle 5: SDQ-Mittelwerte nach Geschlecht in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“)

Zur Berechnung statistisch signifikanter Unterschiede in den SDQ-Mittelwerten hinsichtlich des Geschlechts wurde der nichtparametrischer Mann-Whitney- Test verwendet (s. Tabelle 8 – 13). In der *Elternbeurteilung* zeigte sich auf der Skala „Gesamtproblemwert“ zwischen 75 Jungen und 70 Mädchen kein signifikanter Unterschied in den Mittelwerten (Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,092; s. Tabelle 8 u. 12). Auch in den Subskalen „Emotionale Probleme“ (Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,435), „Verhaltensprobleme“ (Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,410), „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,219), und „Prosoziales Verhalten“ (Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,807) konnte in der Elternbeurteilung kein signifikanter Unterschied der Mittelwerte hinsichtlich des Geschlechts (m=75, w=70) festgestellt werden (s. Tabelle 9 u.10). In der Subskala „Hyperaktivität“ zeigte sich zwischen 75 Jungen und 70 Mädchen ein statistisch signifikanter Unterschied in den Mittelwerten der Elternbeurteilung (s. Tabelle 9; Mittelwert w=2,50, Mittelwert m= 3,36; Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,010).

Auf der Skala „Impact Score“ (s. Tabelle 13) bestand zwischen beiden Geschlechtern (m=68, w=66) hinsichtlich der Mittelwerte kein signifikanter Unterschied (Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,648).

Zur Ermittlung statistisch signifikanter Unterschiede der SDQ-Mittelwerte in der *Erzieher:innenbeurteilung* hinsichtlich des Geschlechts wurde ebenso der Mann-Whitney-U-Test angewandt. Aus der Berechnung – wie in Tabelle 8, 11 und 12 ersichtlich – ging hervor, dass zwischen 89 Jungen und 81 Mädchen im „Gesamtproblemwert“ statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Mittelwerte bestehen (Mittelwert w=4,136, Mittelwert m=6,079; Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,005), ebenso wie in den einzelnen Subskalen „Verhaltensprobleme“ (Mittelwert w=0,568, Mittelwert m=1,337; Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,001), und „Hyperaktivität“ (Mittelwert w=1,605, Mittelwert m=2,809; Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,000). In den Subskalen „Emotionale Probleme“ (Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,695), „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,310) und „Prosoziales Verhalten“ (Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,126) bestanden keine signifikanten Unterschiede der Mittelwerte zwischen beiden Geschlechtern (s. Tabelle 10,11,12). Auch im „Impact Score“ bestanden zwischen 86 Jungen und 79 Mädchen keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Mittelwerten (s. Tabelle 13; Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,914).

Geschlechtsunterschiede: SDQ-Mittelwerte Rangbildung				
	Kind Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Emotionale Probleme E	männlich	75	70,45	5283,50
	weiblich	70	75,74	5301,50
	Gesamt	145		
Verhaltensprobleme E	männlich	75	75,72	5679,00
	weiblich	70	70,09	4906,00
	Gesamt	145		

Hyperaktivität E	männlich	75	81,59	6119,50
	weiblich	70	63,79	4465,50
	Gesamt	145		
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E	männlich	75	76,81	5760,50
	weiblich	70	68,92	4824,50
	Gesamt	145		
Prosoziales Verhalten E	männlich	75	73,81	5535,50
	weiblich	70	72,14	5049,50
	Gesamt	145		
Emotionale Probleme L	männlich	89	86,79	7724,00
	weiblich	81	84,09	6811,00
	Gesamt	170		
Verhaltensprobleme L	männlich	89	96,84	8618,50
	weiblich	81	73,04	5916,50
	Gesamt	170		
Hyperaktivität L	männlich	89	99,61	8865,00
	weiblich	81	70,00	5670,00
	Gesamt	170		
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L	männlich	89	82,28	7322,50
	weiblich	81	89,04	7212,50
	Gesamt	170		
Prosoziales Verhalten L	männlich	89	80,11	7130,00
	weiblich	81	91,42	7405,00
	Gesamt	170		

Gesamtproblemwert E	männlich	75	78,66	5899,50
	weiblich	70	66,94	4685,50
	Gesamt	145		
Gesamtproblemwert L	männlich	89	95,62	8510,00
	weiblich	81	74,38	6025,00
	Gesamt	170		
Impact Score E	männlich	68	66,85	4545,50
	weiblich	66	68,17	4499,50
	Gesamt	134		
Impact Score L	männlich	86	83,18	7153,50
	weiblich	79	82,80	6541,50
	Gesamt	165		

Tabelle 6: Mann-Whitney-U-Test Rangbildung: SDQ-Mittelwertsunterschiede hinsichtlich Geschlecht in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“)

SDQ-Mittelwertsunterschiede: Verhaltensauffälligkeiten und – stärken bei Mädchen und Jungen			
	Emotionale Probleme E	Verhaltensprobleme E	Hyperaktivität E
Mann-Whitney-U	2433,500	2421,000	1980,500
Wilcoxon-W	5283,500	4906,000	4465,500
Z	-,780	-,825	-2,579
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,435	,410	,010

Tabelle 7: SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Geschlecht in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“)

SDQ-Mittelwertsunterschiede: Verhaltensauffälligkeiten und – stärken bei Mädchen und Jungen			
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E	Prosoziales Verhalten E	Emotionale Probleme L
Mann-Whitney-U	2339,500	2564,500	3490,000
Wilcoxon-W	4824,500	5049,500	6811,000
Z	-1,230	-,244	-,392
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,219	,807	,695

Tabelle 8: SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Geschlecht in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“)

SDQ-Mittelwertsunterschiede: Verhaltensauffälligkeiten und – stärken bei Mädchen und Jungen			
	Verhaltensprobleme L	Hyperaktivität L	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L
Mann-Whitney-U	2595,500	2349,000	3317,500
Wilcoxon-W	5916,500	5670,000	7322,500
Z	-3,403	-4,018	-1,016
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,001	,000	,310

Tabelle 9: SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Geschlecht in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“)

SDQ-Mittelwertsunterschiede: Verhaltensauffälligkeiten und – stärken bei Mädchen und Jungen			
	Prosoziales Verhalten L	Gesamtproblemwert E	Gesamtproblemwert L
Mann-Whitney-U	3125,000	2200,500	2704,000
Wilcoxon-W	7130,000	4685,500	6025,000
Z	-1,529	-1,686	-2,823
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,126	,092	,005

Tabelle 10: SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Geschlecht in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“)

SDQ-Mittelwertsunterschiede: Verhaltensauffälligkeiten und – stärken bei Mädchen und Jungen		
	Impact Score E	Impact Score L
Mann-Whitney-U	2199,500	3381,500
Wilcoxon-W	4545,500	6541,500
Z	-,456	-,108
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,648	,914

Tabelle 11: Impact-Score Mittelwertsunterschiede nach Geschlecht in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“)

6.4 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken: Unterschiede in den SDQ-Mittelwerten hinsichtlich Einschätzung der Eltern und Erzieher:innen

Um Unterschiede in den Ergebnissen bzw. SDQ-Mittelwerten zwischen Eltern- und Erzieher:inneneinschätzung feststellen zu können, wurden - wie in Tabelle 12 dargestellt - aus den verschiedenen Skalen der Eltern und Erzieher Paare gebildet, d. h. in der Berechnung wurden nur diejenigen Datensätze einbezogen, bei denen von Eltern und Erzieher:innen jeweils Angaben zum Vergleich vorlagen.

In der *Elterneinschätzung* (s. Tabelle 14) zeigten die Kinder (N=142) im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 7,275 (SD=4,27). In den einzelnen Subskalen erreichten die Kinder im Bereich „Emotionale Probleme“ einen Mittelwert von 1,542 (SD=1,43), auf der Subskala „Verhaltensprobleme“ einen Mittelwert von 1,887 (SD=1,40), auf der Einzelskala „Hyperaktivität“ einen Mittelwert von 2,901 (SD=2,15) und im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ einen Mittelwert von 0,944 (SD=1,42). Auf der Skala „Prosoziales Verhalten“ erreichten die Kinder einen Mittelwert von 8,077 (SD=1,53).

In der *Erzieher:inneneinschätzung* (s. Tabelle 14) wiesen die Kinder (N=142), welche in die Auswertung mit einbezogen wurden, im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 4,958 Punkten (SD=4,59) auf. In der Subskala „Emotionale Probleme“ zeigten die Kinder einen Mittelwert von 1,077 (SD=1,62). Im Bereich „Verhaltensprobleme“ erreichten die Kinder einen Mittelwert von 0,951 (SD=1,47), in der Subskala „Hyperaktivität“ einen Mittelwert von 2,099 (SD=2,35) und im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ einen Mittelwert von 0,831 (SD=1,35). Im „Prosozialen Verhalten“ erreichten die Kinder einen Mittelwert von 8,085 (SD=1,92).

Der „Impact-Score“ betrug in der Elterneinschätzung bei N=127 Kinder, welche in der statistischen Berechnung gewertet wurden, im Mittel 0,142 (SD=0,70) und in der Erzieher:inneneinschätzung 0,173 (SD=0,66).

SDQ-Mittelwerte der gepaarten Stichproben aus Eltern- und Erzieher:inneneinschätzung					
		Mittelwert	N	Standard- abweichung	Standard- fehler des Mittelwertes
Paar 1	Emotionale Probleme E	1,542	142	1,4323	,1202
	Emotionale Probleme L	1,077	142	1,6159	,1356
Paar 2	Verhaltensprobleme E	1,887	142	1,3996	,1175
	Verhaltensprobleme L	,951	142	1,4747	,1238
Paar 3	Hyperaktivität E	2,901	142	2,1547	,1808
	Hyperaktivität L	2,099	142	2,3529	,1975

Paar 4	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E	,944	142	1,4231	,1194
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L	,831	142	1,3473	,1131
Paar 5	Prosoziales Verhalten E	8,077	142	1,5255	,1280
	Prosoziales Verhalten L	8,085	142	1,9222	,1613
Paar 6	Gesamtproblemwert E	7,275	142	4,2712	,3584
	Gesamtproblemwert L	4,958	142	4,5862	,3849
Paar 13	Impact Score E	,142	127	,6983	,0620
	Impact Score L	,173	127	,6558	,0582

Tabelle 12: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern („E“) und Erzieher:innen („L“): Paarbildung für die jeweiligen SDQ-Skalen

Zur Ermittlung statistisch signifikanter Unterschiede hinsichtlich der SDQ-Ergebnisse zwischen Eltern und Erzieher:innen wurde der nichtparametrische Wilcoxon-Test (s. Tabellen 15-18) durchgeführt. Dabei zeigte sich, wie aus den Tabellen 13 und 14 ersichtlich, dass die Kinder auf der Skala „Gesamtproblemwert“ in der Erzieher:innenbeurteilung einen niedrigeren SDQ-Gesamtproblemwert erreichten als in der Elternbeurteilung. Dieser Unterschied in der Beurteilung des „Gesamtproblemwerts“ gilt als statistisch signifikant (Wilcoxon-Test; p-Wert=0,000). Auch in den Subskalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“ wiesen die Kinder in der Erzieher:inneneinschätzung einen geringeren Mittelwert auf als in der Elterneinschätzung. Dabei zeigte sich wiederum ein statistisch signifikanter Unterschied in den Skalen „Emotionale Probleme“ (Wilcoxon-Test; p-Wert=0,002), „Verhaltensprobleme“ (Wilcoxon-Test; p-Wert=0,000) und „Hyperaktivität“ (Wilcoxon-Test; p-Wert=0,000).

Im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Ergebnissen hinsichtlich Beurteilung zwischen den Eltern und Erziehern:innen sowie keine statistische Signifikanz dieses Ergebnisses (Wilcoxon-Test; p-Wert=0,507).

Im „Prosozialem Verhalten“ erreichten die Kinder dagegen in der Erzieher:inneneinschätzung einen höheren Mittelwert als in der Elterneinschätzung. Dieser Unterschied gilt jedoch als statistisch nicht signifikant (Wilcoxon-Test; p-

Wert=0,906). In der Beurteilung hinsichtlich „Impact-Score“ zeigten sich zwischen Eltern und Erzieher keine signifikanten Unterschiede. (Wilcoxon-Test; p-Wert=0,402).

SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Erzieher:innen und Eltern: Wilcoxon-Test Rangbildung				
		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Emotionale Probleme L - Emotionale Probleme E	Negative Ränge	67 ^a	49,69	3329,50
	Positive Ränge	32 ^b	50,64	1620,50
	Bindungen	43 ^c		
	Gesamt	142		
Verhaltensprobleme L - Verhaltensprobleme E	Negative Ränge	87 ^d	59,18	5148,50
	Positive Ränge	25 ^e	47,18	1179,50
	Bindungen	30 ^f		
	Gesamt	142		
Hyperaktivität L - Hyperaktivität E	Negative Ränge	84 ^g	58,45	4910,00
	Positive Ränge	33 ^h	60,39	1993,00
	Bindungen	25 ⁱ		
	Gesamt	142		

Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L - Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E	Negative Ränge	46 ^j	37,23	1712,50
	Positive Ränge	33 ^k	43,86	1447,50
	Bindungen	63 ^l		
	Gesamt	142		
Prosoziales Verhalten L - Prosoziales Verhalten E	Negative Ränge	56 ^m	59,83	3350,50
	Positive Ränge	60 ⁿ	57,26	3435,50
	Bindungen	26 ^o		
	Gesamt	142		
Gesamtproblemwert L - Gesamtproblemwert E	Negative Ränge	98 ^p	70,08	6868,00
	Positive Ränge	35 ^q	58,37	2043,00
	Bindungen	9 ^r		
	Gesamt	142		
Impact Score L - Impact Score E	Negative Ränge	7 ^{ak}	8,43	59,00
	Positive Ränge	10 ^{al}	9,40	94,00
	Bindungen	110 ^{am}		
	Gesamt	127		

a. Emotionale Probleme L < Emotionale Probleme E

b. Emotionale Probleme L > Emotionale Probleme E

c. Emotionale Probleme L = Emotionale Probleme E

d. Verhaltensprobleme L < Verhaltensprobleme E

e. Verhaltensprobleme L > Verhaltensprobleme E

- f. Verhaltensprobleme L = Verhaltensprobleme E
- g. Hyperaktivität L < Hyperaktivität E
- h. Hyperaktivität L > Hyperaktivität E
- i. Hyperaktivität L = Hyperaktivität E
- j. Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L < Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E
- k. Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L > Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E
- l. Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L = Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E
- m. Prosoziales Verhalten L < Prosoziales Verhalten E
- n. Prosoziales Verhalten L > Prosoziales Verhalten E
- o. Prosoziales Verhalten L = Prosoziales Verhalten E
- p. Gesamtproblemwert L < Gesamtproblemwert E
- q. Gesamtproblemwert L > Gesamtproblemwert E
- r. Gesamtproblemwert L = Gesamtproblemwert E
- ak. Impact Score L < Impact Score E
- al. Impact Score L > Impact Score E
- am. Impact Score L = Impact Score E

Tabelle 13: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern („E“) und Erzieher:innen („L“): Wilcoxon-Test Rangbildung

SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Erzieher:innen und Eltern: Statistik Wilcoxon-Test ^a			
	Emotionale Probleme L - Emotionale Probleme E	Verhaltensprobleme L - Verhaltensprobleme E	Hyperaktivität L - Hyperaktivität E
Z	-3,025 ^b	-5,846 ^b	-4,009 ^b
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002	,000	,000

a. Wilcoxon-Test; b. Basiert auf positiven Rängen; c. Basiert auf negativen Rängen.

Tabelle 14: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern („E“) und Erzieher:innen („L“): Wilcoxon-Test Signifikanz

SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Erzieher:innen und Eltern: Statistik Wilcoxon-Test ^a			
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L - Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E	Prosoziales Verhalten L - Prosoziales Verhalten E	Gesamtproblemwert L - Gesamtproblemwert E
Z	-,663 ^b	-,119 ^b	-5,428 ^b
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,507	,906	,000

a. Wilcoxon-Test; b. Basiert auf positiven Rängen; c. Basiert auf negativen Rängen.

Tabelle 15: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern und Erzieher:innen: Wilcoxon-Test Signifikanz

SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Erzieher:innen und Eltern: Statistik Wilcoxon-Test ^a	
	Impact Score L - Impact Score E
Z	-,838 ^b
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,402

a. Wilcoxon-Test; b. Basiert auf positiven Rängen; c. Basiert auf negativen Rängen.

Tabelle 16: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern („E“) und Erzieher:innen („L“): Wilcoxon-Test Signifikanz

6.5 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken: Unterschiede in den SDQ-Mittelwerten hinsichtlich eines Vergleichs der Regionen Vinschgau und Pustertal

In den Kindergärten in *Vinschgau* (s. Tabelle 19) erreichten die Kinder (N=83) in der *Elternbeurteilung* im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 7,735 (SD=4,56). Die Mittelwerte der jeweiligen Subskalen in der Elterneinschätzung betragen dabei 1,602 (SD=1,41) im Bereich „Emotionale Probleme“, 1,892 (SD=1,47) in der Subskala „Verhaltensprobleme“, 3,277 (SD=2,33) in der Einzelskala „Hyperaktivität“ und 0,964 (SD=1,44) im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Im „Prosozialen

Verhalten“ erreichten die Kinder der Kindergärten in Vinschgau in der Elterneinschätzung einen Mittelwert von 8,012 (SD=1,59). Der „Impact-Score“ von N=77 Kindern betrug im Mittel 0,104 (SD=0,38).

In den Kindergärten im *Pustertal* (s. Tabelle 19) zeigten die Kinder (N=63) im Mittel in der *Elternbeurteilung* einen „Gesamtproblemwert“ von 6,730 (SD=3,80). In den jeweiligen Subskalen erreichten die Kinder in der Elterneinschätzung Mittelwerte von 1,444 (SD=1,45) im Bereich „Emotionale Probleme“, 1,857 (SD=1,29) auf der Skala „Verhaltensprobleme“, 2,492 (SD=1,92) im Bereich „Hyperaktivität“ und 0,937 (SD=1,39) auf der Einzelskala „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Im Bereich „Prosoziales Verhalten“ zeigten die Kinder der Kindergärten im Pustertal in der Elterneinschätzung einen Mittelwert von 8,190 (SD=1,40). Der „Impact-Score“ von N=58 Kindern betrug im Mittel 0,207 (SD=0,97).

Die Auswertung der Daten der *Erzieher:inneneinschätzung* in beiden Tälern (s. Tabelle 19) ergab folgende Ergebnisse: In *Vinschgau* erreichten die Kinder (N=119) im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 5,269 (SD=5,00). In den jeweiligen Subskalen zeigten die Kinder einen Mittelwert von 1,185 (SD=1,59) im Bereich „Emotionale Probleme“, 1,067 (SD=1,70) auf der Skala „Verhaltensprobleme“, 2,277 (SD=2,43) im Bereich „Hyperaktivität“ und einen Mittelwert von 0,739 (SD=1,25) in der Einzelskala „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Im Bereich „Prosoziales Verhalten“ erreichten die Kinder in der Erzieher:inneneinschätzung in Vinschgau einen Mittelwert von 7,773 (SD=2,01), der „Impact-Score“ von N=115 Kindern betrug im Mittel 0,148 (SD=0,57).

In den Kindergärten im *Pustertal* erreichten die Kinder (N=83) in der *Erzieher:inneneinschätzung* im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 4,916 (SD=3,96). In den jeweiligen Subskalen zeigten sich Mittelwerte von 0,940 (SD=1,54) im Bereich „Emotionale Probleme“, 0,892 (SD=1,05) auf der Skala „Verhaltensprobleme“, 2,024 (SD=2,28) im Bereich „Hyperaktivität“ und 1,060 (SD=1,50) auf der Skala „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Im Bereich „Prosoziales Verhalten“ erreichten die Kinder einen Mittelwert von 8,048 (SD=1,99). Der „Impact-Score“ von N=80 Kindern betrug im Mittel 0,113 (SD=0,55).

SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Tälern ^a					
	Kind Kinder- garten	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standard- fehler des Mittelwertes
Emotionale Probleme E	>= 5	63	1,444	1,4455	,1821
	< 5	83	1,602	1,4050	,1542
Verhaltensprobleme E	>= 5	63	1,857	1,2934	,1629
	< 5	83	1,892	1,4734	,1617
Hyperaktivität E	>= 5	63	2,492	1,9166	,2415
	< 5	83	3,277	2,3286	,2556
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E	>= 5	63	,937	1,3897	,1751
	< 5	83	,964	1,4351	,1575
Prosoziales Verhalten E	>= 5	63	8,190	1,4011	,1765
	< 5	83	8,012	1,5888	,1744
Emotionale Probleme L	>= 5	83	,940	1,5409	,1691
	< 5	119	1,185	1,5890	,1457
Verhaltensprobleme L	>= 5	83	,892	1,0478	,1150
	< 5	119	1,067	1,7011	,1559
Hyperaktivität L	>= 5	83	2,024	2,2792	,2502
	< 5	119	2,277	2,4284	,2226
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L	>= 5	83	1,060	1,5008	,1647
	< 5	119	,739	1,2519	,1148
Prosoziales Verhalten L	>= 5	83	8,048	1,9872	,2181
	< 5	119	7,773	2,0103	,1843
Gesamtproblemwert E	>= 5	63	6,730	3,7982	,4785
	< 5	83	7,735	4,5641	,5010

Gesamtproblemwert L	>= 5	83	4,916	3,9577	,4344
	< 5	119	5,269	5,0046	,4588
Impact Score E	>= 5	58	,207	,9690	,1272
	< 5	77	,104	,3834	,0437
Impact Score L	>= 5	80	,113	,5510	,0616
	< 5	115	,148	,5657	,0528

a. Kindergarten >= 5 Pustertal; Kindergarten < 5 Vinschgau

Tabelle 17: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen den Tälern Vinschgau und Pustertal in der Erzieher:innen („L“) - und Elternbeurteilung („E“)

Um statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Mittelwerte in Erzieher:innen- und Elternbeurteilung zwischen beiden Tälern ermitteln zu können, wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt (s. Tabelle 20-25). Dabei zeigte sich im Bereich „Hyperaktivität“ in der *Elternbeurteilung* ein statistisch signifikanter Unterschied der Mittelwerte (Mann-Whitney-U-Test; p-Wert=0,046) zwischen beiden Tälern, wobei der Mittelwert in Vinschgau einen höheren Wert erreichte als der im Pustertal (Mittelwert Vinschgau: 3,277, SD=2,33; Mittelwert Pustertal: 2,492, SD=1,92). In allen anderen Bereichen ergaben sich sowohl in der Elterneinschätzung als auch in der Erzieher:inneneinschätzung keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen beiden Tälern (s. Tabelle 19-25).

SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Tälern: Mann-Whitney-U-Test Rangbildung				
	Kind Kinder - garten	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Emotionale Probleme E	<5	83	76,09	6315,50
	>=5	63	70,09	4415,50
	Gesamt	146		

Verhaltensprobleme E	<5	83	73,61	6110,00
	>=5	63	73,35	4621,00
	Gesamt	146		
Hyperaktivität E	<5	83	79,52	6600,00
	>=5	63	65,57	4131,00
	Gesamt	146		
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E	<5	83	73,52	6102,00
	>=5	63	73,48	4629,00
	Gesamt	146		
Prosoziales Verhalten E	<5	83	71,94	5971,00
	>=5	63	75,56	4760,00
	Gesamt	146		
Emotionale Probleme L	<5	119	105,82	12592,00
	>=5	83	95,31	7911,00
	Gesamt	202		
Verhaltensprobleme L	<5	119	99,94	11893,00
	>=5	83	103,73	8610,00
	Gesamt	202		
Hyperaktivität L	<5	119	103,57	12325,00
	>=5	83	98,53	8178,00
	Gesamt	202		
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L	<5	119	96,23	11451,00
	>=5	83	109,06	9052,00
	Gesamt	202		

Prosoziales Verhalten L	<5	119	98,15	11680,00
	>=5	83	106,30	8823,00
	Gesamt	202		
Gesamtproblemwert E	<5	83	77,73	6452,00
	>=5	63	67,92	4279,00
	Gesamt	146		
Gesamtproblemwert L	<5	119	101,00	12019,50
	>=5	83	102,21	8483,50
	Gesamt	202		
Impact Score E	<5	77	68,66	5286,50
	>=5	58	67,13	3893,50
	Gesamt	135		
Impact Score L	<5	115	99,10	11397,00
	>=5	80	96,41	7713,00
	Gesamt	195		

Tabelle 18: SDQ Mittelwertsunterschiede in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“) nach Tälern: Ränge Mann-Whitney-U-Test

SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz^a			
	Emotionale Probleme E	Verhaltensprobleme E	Hyperaktivität E
Mann-Whitney-U	2399,500	2605,000	2115,000
Wilcoxon-W	4415,500	4621,000	4131,000
Z	-,875	-,038	-1,996

Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,382	,969	,046
--------------------------------------	------	------	------

a. Gruppenvariable: Kind Kindergarten

Tabelle 19: SDQ-Mittelwertsunterschiede in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“) zwischen beiden Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz

SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz^a			
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E	Prosoziales Verhalten E	Emotionale Probleme L
Mann-Whitney-U	2613,000	2485,000	4425,000
Wilcoxon-W	4629,000	5971,000	7911,000
Z	-,006	-,522	-1,381
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,995	,602	,167

a. Gruppenvariable: Kind Kindergarten

Tabelle 20: SDQ-Mittelwertsunterschiede in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“) zwischen beiden Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz

SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz^a			
	Verhaltensprobleme L	Hyperaktivität L	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L
Mann-Whitney-U	4753,000	4692,000	4311,000
Wilcoxon-W	11893,000	8178,000	11451,000
Z	-,493	-,621	-1,745
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,622	,534	,081

a. Gruppenvariable: Kind Kindergarten

Tabelle 21: SDQ-Mittelwertsunterschiede in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“) zwischen beiden Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz

SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz^a			
	Prosoziales Verhalten L	Gesamtproblemwert E	Gesamtproblemwert L
Mann-Whitney-U	4540,000	2263,000	4879,500
Wilcoxon-W	11680,000	4279,000	12019,500
Z	-,996	-1,394	-,145
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,319	,163	,885

a. Gruppenvariable: Kind Kindergarten

Tabelle 22: SDQ-Mittelwertsunterschiede in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („E“) zwischen beiden Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz

SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz^a		
	Impact Score E	Impact Score L
Mann-Whitney-U	2182,500	4473,000
Wilcoxon-W	3893,500	7713,000
Z	-,519	-,758
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,604	,449

a. Gruppenvariable: Kind Kindergarten

Tabelle 23: SDQ-Mittelwertsunterschiede in der Eltern („E“) – und Erzieher:innenbeurteilung („L“) zwischen beiden Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz

6.6 Korrelation zwischen den SDQ-Problembereichen und dem Impact-Score

Um einen Zusammenhang zwischen den erreichten Mittelwerten in den verschiedenen Bereichen wie „Gesamtproblemwert“, „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“,

„Prosoziales Verhalten“ und dem „Impact-Score“ feststellen zu können, wurde eine Korrelationsanalyse nach Spearman-Rho durchgeführt (s. Tabelle 26-27).

In der *Elternbeurteilung* (s. Tabelle 26) ergaben sich dabei signifikant positive Korrelationen zwischen den Problembereichen „Gesamtproblemwert“ (Spearman-Rho=0,391, p-Wert=0,000), „Emotionale Probleme“ (Spearman-Rho=0,282; p-Wert=0,001), „Verhaltensprobleme“ (Spearman-Rho=0,277; p-Wert=0,001), „Hyperaktivität“ (0,210; p-Wert=0,015), „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (Spearman-Rho=0,306; 0,000) und dem „Impact-Score“. Eine signifikant negative Korrelation ergab sich zwischen dem Bereich „Prosoziales Verhalten“ (Spearman-Rho= -0,203; p-Wert=0,018) und dem „Impact-Score“.

In der *Erzieher:inneneinschätzung* (s. Tabelle 27) zeigten sich ebenso signifikant positive Korrelationen zwischen den Problembereichen „Gesamtproblemwert“ (Spearman-Rho=0,387; p-Wert=0,000), „Emotionale Probleme“ (Spearman-Rho=0,328; p-Wert=0,000), „Verhaltensprobleme“ (Spearman-Rho=0,165; p-Wert=0,029), „Hyperaktivität“ (Spearman-Rho=0,271; p-Wert=0,000), „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (Spearman-Rho=0,239; p-Wert=0,001) und dem „Impact-Score“. Zwischen dem Bereich „Prosoziales Verhalten“ und „Impact-Score“ ergab sich eine signifikant negative Korrelation (Spearman-Rho= -0,157; p-Wert=0,028).

Zusammenhang zwischen den SDQ-Problembereichen und dem Impact-Score in der Elternbeurteilung				
			Impact Score E	Impact Score E: normal/grenzwertig/auffällig
Spearman- Rho	Emotionale Probleme E	Korrelationskoeffizient	,282**	,280**
		Sig. (2-seitig)	,001	,001
		N	135	135
	Verhaltensprobleme E	Korrelationskoeffizient	,277**	,278**
		Sig. (2-seitig)	,001	,001
		N	135	135

	Hyperaktivität E	Korrelationskoeffizient	,210*	,210*
		Sig. (2-seitig)	,015	,014
		N	135	135
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen E	Korrelationskoeffizient	,306**	,305**
		Sig. (2-seitig)	,000	,000
		N	135	135
	Prosoziales Verhalten E	Korrelationskoeffizient	-,203*	-,203*
		Sig. (2-seitig)	,018	,018
		N	135	135
	Gesamtproblemwert E	Korrelationskoeffizient	,391**	,391**
		Sig. (2-seitig)	,000	,000
		N	135	135

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 24: Korrelation zwischen den SDQ-Problembereichen und dem Impact-Score in der Elternbeurteilung („E“)

Zusammenhang zwischen den SDQ-Problembereichen und dem Impact-Score in der Erzieher:innenbeurteilung				
			Impact Score L	Impact Score L: normal/grenzwertig/auffällig
Spearman-Rho	Emotionale Probleme L	Korrelationskoeffizient	,328**	,328**
		Sig. (2-seitig)	,000	,000
		N	195	195
	Verhaltensprobleme L	Korrelationskoeffizient	,156*	,156*
		Sig. (2-seitig)	,029	,030

	N	195	195
Hyperaktivität L	Korrelationskoeffizient	,271**	,273**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000
	N	195	195
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen L	Korrelationskoeffizient	,239**	,238**
	Sig. (2-seitig)	,001	,001
	N	195	195
Prosoziales Verhalten L	Korrelationskoeffizient	-,157*	-,157*
	Sig. (2-seitig)	,028	,029
	N	195	195
Gesamtproblemwert L	Korrelationskoeffizient	,387**	,387**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000
	N	195	195

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 25: Korrelation zwischen den SDQ-Problembereichen und dem Impact-Score in der Erzieher:innenbeurteilung („L“)

6.7 Vergleich der Ergebnisse aus Südtirol mit Studien aus Italien, England und Deutschland

6.7.1 Vergleich der SDQ-Ergebnisse mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie aus Deutschland [11]

Für den Vergleich der Ergebnisse dieser Studie mit den Ergebnissen der KIGGS-Studie wurden die Daten der *Elterneinschätzung* von N=146 Kindern dieser Studie und die Daten der Kinder im Alter von 3-6 Jahren der KiGGS-Studie [11] verwendet (s. Tabelle 28). In Südtirol zeigten die Kinder in der Elterneinschätzung im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 7,301 (Varianz=18,198). In den Unterskalen erreichten die Kinder folgende Mittelwerte: 1,534 (Varianz=2,016) im Bereich

„Emotionale Probleme“, 1,877 (Varianz=1,943) in der Subskala „Verhaltensprobleme“, 2,938 (Varianz=4,789) im Bereich „Hyperaktivität“ und 0,952 (Varianz= 1,990) im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Im Bereich „Prosoziales Verhalten“ zeigten die Kinder einen Mittelwert von 8,089 (Varianz=2,275).

Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey von 2003-2006 (KiGGS) erreichten N=3.640 untersuchte Kinder im Alter von 3-6 Jahren im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 8,4 (SD=4,6). In den jeweiligen Subskalen zeigten die Kinder Mittelwerte von 1,7 (SD=1,6) im Bereich „Emotionale Probleme“, 2,1 (SD=1,4) in der Subskala „Verhaltensprobleme“, 3,3 (SD=2,2) im Problembereich „Hyperaktivität“ und 1,3 (SD=1,5) im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Im Bereich „Prosoziales Verhalten“ wiesen die Kinder einen Mittelwert von 7,7 (SD=1,7) auf [11].

Die SDQ-Mittelwerte der 5 Problembereiche „Gesamtproblemwert“, „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ in dieser Studie fielen dabei geringer aus als die Mittelwerte derselben 5 Problembereiche der KiGGS-Studie. Die Mittelwerte des Bereichs „Prosoziales Verhalten“ fielen in Südtirol höher aus als in Deutschland.

Um die Ergebnisse beider Studien vergleichen und einen statistisch signifikanten Unterschied ermitteln zu können, wurde ein t-Test durchgeführt. Dabei war der Unterschied der Mittelwerte zwischen beiden Studien in den Bereichen „Gesamtproblemwert“ (t= -2,838; p-Wert=0,005), „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (t= -2,755; p-Wert=0,006) und „Prosoziales Verhalten“ (t= 2,722; p-Wert=0,007) statistisch signifikant und im Bereich „Hyperaktivität“ statistisch tendenziell signifikant (t= -1,950; p-Wert=0,051), (s. Tabelle 28). In den Problembereichen „Emotionale Probleme“ (t= -1,234; p-Wert=0,217) und „Verhaltensprobleme“ (t= -1,887; p-Wert=0,059) zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede (s. Tabelle 28).

Vergleich der SDQ-Mittelwerte der Studie aus Südtirol mit den Ergebnissen des KiGGS ^a										
Skala	MW1	MW2	Varianz 1	Varianz 2	n1	n2	F-Wert	t-Wert	F-Test	t-Test
eEmo	1,534	1,7	2,01611601	2,56	146	3640	0,98688506	-1,234241	0,52913025	0,21718975

eVerh	1,877	2,1	1,943236	1,96	146	3640	0,98722175	-1,8874907	0,52800196	0,05917080
eHyp	2,938	3,3	4,78909456	4,84	146	3640	0,96848575	-1,9498906	0,59059142	0,05126291
eVGA	0,952	1,3	1,990921	2,25	146	3640	0,98697363	-2,7547681	0,52883341	0,00590146
ePSV	8,089	7,7	2,27466724	2,89	146	3640	0,98520229	2,72217746	0,53476974	0,00651505
eGes	7,301	8,4	18,1979028	21,16	146	3640	0,8804752	-2,8382106	0,84256678	0,00456089

a. Die Zahlen in MW2 und n2 entstammen aus den Ergebnissen des KiGGS [11]

Tabelle 26: Vergleich der SDQ-Mittelwerte (Eltern) der Studie aus Südtirol mit den Ergebnissen des KiGGS: t-Test

6.7.2 Vergleich der Ergebnisse aus Südtirol mit den Ergebnissen einer Studie aus Italien: „The Italian Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)- Teacher: Psychometric Properties“ [9]

Um Unterschiede zwischen der Studie aus Südtirol und einer Studie aus Mailand feststellen zu können, wurden die SDQ-Mittelwerte der *Erzieher:innenbeurteilung* von N=89 Jungen und N=81 Mädchen verwendet und mit den Ergebnissen von N=111 Jungen und N=116 Mädchen (Durchschnittsalter 4,05 Jahre) der Studie aus Mailand [9] verglichen.

Wie aus der Tabelle 29 ersichtlich erreichten die 81 Jungen in Südtirol (Vinschgau und Pustertal) im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 6,079 (Varianz=23,278) sowie Mittelwerte von 1,124 (Varianz=2,428) in der Subskala „Emotionale Probleme“, 1,337 (Varianz=2,863) im Bereich „Verhaltensprobleme“, 2,809 (Varianz=5,383) im Problembereich „Hyperaktivität“ und 0,809 (Varianz=2,020) in der Subskala „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Im Bereich „Prosoziales Verhalten“ erreichten die 81 Jungen einen Mittelwert von 7,652 (Varianz=4,548).

Die 81 Mädchen aus Südtirol (Vinschgau und Pustertal) – wie in Tabelle 30 ersichtlich - erreichten im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 4,136 (Varianz=15,194). In den einzelnen Subskalen erreichten die Mädchen Mittelwerte von 1,062 (Varianz= 2,659) im Bereich „Emotionale Probleme“, 0,568 (Varianz=0,698) in der Unterskala „Verhaltensprobleme“, 1,605 (Varianz=5,267) im Problembereich „Hyperaktivität“ und 0,901 (Varianz=1,640) im Bereich

„Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Der Mittelwert der Skala „Prosoziales Verhalten“ betrug 8,185 (Varianz=3,128).

Laut der Studie aus Mailand (s. Tabelle 30) erreichten die Mädchen (N=116) in der *Erzieher:innenbeurteilung* im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 7,80 (SD=5,66). In den Subskalen erreichten die Mädchen jeweils einen Mittelwert von 1,84 (SD=2,23) im Bereich „Emotionale Probleme“, 2,07 (SD=2,49) im Bereich „Verhaltensprobleme“, 1,73 (SD=1,43) im Bereich „Hyperaktivität“ und 2,16 (SD=1,69) im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Der Mittelwert im Bereich „Prosoziales Verhalten“ betrug 6,88 (SD=2,36) [9].

Die Jungen der Mailänder Studie – wie aus Tabelle 29 ersichtlich - zeigten im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 10,31 (SD=6,86). In den Unterskalen wurden Mittelwerte von 1,88 (SD=2,13) im Problembereich „Emotionale Probleme“, 3,58 (SD=3,31) im Bereich „Verhaltensprobleme“, 2,31 (SD=1,45) im Bereich „Hyperaktivität“ und 2,53 (SD=1,99) im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. In der Dimension „Prosoziales Verhalten“ erreichten die Kinder einen Mittelwert von 5,70 (SD=2,54).[9]

Die Mädchen der Studie aus Südtirol wiesen somit in den 5 Problembereichen „Gesamtproblemwert“, „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ niedrigere Mittelwerte auf als die Mädchen der Studie aus Mailand; die Mittelwerte des Bereichs „Prosoziales Verhalten“ fielen in Südtirol höher aus als in Mailand.

Die Jungen der Studie in Südtirol zeigten in den 4 Problembereichen „Gesamtproblemwert“, „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ ebenso niedrigere Mittelwerte als die Jungen der Studie in Mailand. Im Problembereich „Hyperaktivität“ erreichten die Jungen dieser Studie höhere Mittelwerte als die untersuchten Jungen in Mailand. Im prosozialen Verhalten zeigten die Jungen in Südtirol höhere Mittelwerte im Vergleich zu den Jungen aus Mailand.

Zur Ermittlung statistisch signifikanter Unterschiede zwischen dieser Studie und der Studie aus Mailand wurde ein t-Test durchgeführt. Dabei zeigten sich zwischen den Jungen statistisch signifikante Unterschiede in den Bereichen „Gesamtproblemwert“ (t= -4,923; p-Wert=0,000), „Emotionale Probleme“ (t= -2,801; p-Wert=0,006), „Verhaltensprobleme“ (t= -5,811; p-Wert=0,000), „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (t= -6,872; p-Wert=0,000) und „Prosoziales Verhalten“ (t= 5,795; p-

Wert=0,000; s. Tabelle 29). In dem Problembereich „Hyperaktivität“ ($t= 1,859$; p -Wert=0,065) waren die Unterschiede statistisch nicht signifikant (s. Tabelle 29). Zwischen den Mädchen (s. Tabelle 30) zeigten sich signifikante Unterschiede in den Bereichen „Gesamtproblemwert“ ($t= -5,048$; p -Wert=0,000), „Emotionale Probleme“ ($t= -2,679$; p -Wert=0,008), „Verhaltensprobleme“ ($t= -5,224$; p -Wert=0,000), „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ ($t= -5,663$; p -Wert=0,000) und „Prosoziales Verhalten“ ($t=4,217$; p -Wert=0,000). Die Unterschiede im Hyperaktivitätsbereich waren statistisch nicht signifikant (s. Tabelle 30).

Vergleich der SDQ-Mittelwerte zwischen den Jungen aus Südtirol und den Jungen aus Mailand ^a											
Skala	MW1	MW2	Varianz 1	Varianz 2	n1	n2	F-Wert	t-Wert	F-Test	t-Test	
IEmo	1,124	1,88	2,42767561	4,5369	89	111	1,0141751	-2,8005556	0,46933755	0,00560712	
IVerh	1,337	3,58	2,86252561	10,9561	89	111	1,07382743	-5,8111578	0,35972155	0,00000002	
IHyp	2,809	2,31	5,38332804	2,1025	89	111	0,95765249	1,85856457	0,58149143	0,06457304	
IVGA	0,809	2,53	2,01980944	3,9601	89	111	1,01346238	-6,8722552	0,47071743	0,0000000008	
IPSV	7,652	5,7	4,54755625	6,4516	89	111	1,00745998	5,79454871	0,48238826	0,00000003	
IGes	6,079	10,31	23,2777301	47,0596	89	111	1,28194732	-4,9226426	0,10813739	0,00000179	

a. Die Zahlen in MW2 und n2 entstammen aus der Studie von Mailand [9]

Tabelle 27: Vergleich der SDQ-Mittelwerte (Erzieher:innen) zwischen den Jungen der Studien aus Südtirol und Mailand

Vergleich der SDQ-Mittelwerte zwischen den Mädchen aus Südtirol und den Mädchen aus Mailand ^a											
Skala	MW1	MW2	Varianz 1	Varianz 2	n1	n2	F-Wert	t-Wert	F-Test	t-Test	
IEmo	1,062	1,84	2,65853025	4,9729	81	116	1,01049854	-2,6786784	0,47490471	0,00802240	
IVerh	0,568	2,07	0,69839449	6,2001	81	116	1,04735824	-5,2239076	0,40641017	0,00000045	
IHyp	1,605	1,73	5,267025	2,0449	81	116	0,95175293	-0,4704786	0,58972884	0,63853889	

IVGA	0,901	2,16	1,64019249	2,8561	81	116	1,00448263	-5,6631728	0,4864358	0,00000005
IPSV	8,185	6,88	3,12794596	5,5696	81	116	1,00987113	4,2168758	0,47610348	0,00003789
IGes	4,136	7,8	15,1936244	32,0356	81	116	1,12239508	-5,048142	0,28316342	0,00000102

a. Die Zahlen in MW2 und n2 entstammen aus der Studie von Mailand [9]

Tabelle 28: Vergleich der SDQ-Mittelwerte (Erzieher:innen) zwischen den Mädchen der Studien aus Südtirol und Mailand

6.7.3 Vergleich der Ergebnisse aus Südtirol mit den Ergebnissen einer Studie aus England: „The British Child and Adolescent Mental Health Survey“, 2004 [10]

Für den Vergleich der Studie aus Südtirol mit der Studie aus England wurden die SDQ-Mittelwerte von N=146 Kindern der *Elterneinschätzung* und von N=202 Kindern der *Erzieher:inneneinschätzung* dieser Studie und die Daten von N=7312 Kindern der *Elternbeurteilung* und N=5609 Kindern der *Erzieher:innenbeurteilung* in einem Alter von 5-15 Jahren aus der Studie von England verwendet [10, 14].

Wie aus Tabelle 31 ersichtlich zeigten in Südtirol die N=146 Kinder in der *Elternbeurteilung* im Mittel einen „Gesamtproblemwert“ von 7,301 (Varianz=18,198). In den Unterskalen lagen die Mittelwerte bei 1,534 (Varianz=2,016) im Bereich „Emotionale Probleme“, 1,877 (Varianz=1,943) im Bereich „Verhaltensprobleme“, 2,938 (Varianz=4,789) im Problembereich „Hyperaktivität“ und 0,952 (Varianz=1,991) im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Auf der Skala „Prosoziales Verhalten“ erreichten die Kinder einen Mittelwert von 8,089 (Varianz=2,275).

In der *Erzieher:innenbeurteilung* (s. Tabelle 32) erreichten die N=202 Kinder aus Südtirol in den verschiedenen Problembereichen Mittelwerte von 5,124 (Varianz=21,124) im Bereich „Gesamtproblemwert“, 1,084 (Varianz=2,466) im Bereich „Emotionale Probleme“, 0,995 (Varianz=2,154) im Bereich „Verhaltensprobleme“, 2,173 (Varianz=5,597) auf der Skala „Hyperaktivität“, 0,871 (Varianz=1,864) im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und einen Mittelwert von 7,886 (Varianz=4,002) im Bereich „Prosoziales Verhalten“.

Laut der Studie aus England erreichten die N=7312 Kinder in der *Elternbeurteilung* (s. Tabelle 31) in den einzelnen Problembereichen folgende Mittelwerte: 8,04 (SD=5,9) im „Gesamtproblemwert“, 1,88 (SD=2,0) im Bereich „Emotionale

Probleme“, 1,5 (SD=1,7) im Problembereich „Verhaltensprobleme“, 3,26 (SD=2,6) im Hyperaktivitätsbereich, 1,41 (SD=1,7) im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und 8,81 (SD=1,6) im Bereich „Prosoziales Verhalten“ [14].

In der *Erzieher:innenbeurteilung* der Studie aus England zeigten die N=5609 Kinder in den jeweiligen Problembereichen Mittelwerte von 6,5 (SD=6,0) im „Gesamtproblemwert“, 1,52 (SD=2,0) im Bereich „Emotionale Probleme“, 0,9 (SD=1,6) im Problembereich „Verhaltensprobleme“, 2,77 (SD=2,7) im Hyperaktivitätsbereich, 1,32 (SD=1,8) im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und 7,56 (SD=2,4) im Bereich „Prosoziales Verhalten“ (s. Tabelle 32) [14].

In der *Elternbeurteilung* lagen somit die Kinder aus Südtirol im Vergleich zu den Kindern der Studie aus England in ihren Mittelwerten in den Problembereichen „Emotionale Probleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Gesamtproblemwert“ unter den Mittelwerten der Kinder der Studie aus England. Im Bereich „Verhaltensprobleme“ wiesen die Kinder dieser Studie in der *Elternbefragung* hingegen einen höheren Mittelwert auf als die Kinder der Studie aus England und im Bereich „Prosoziales Verhalten“ erreichten die Kinder unserer Studie einen geringeren Mittelwert im Vergleich zu den Kindern der Studie aus England (s. Tabelle 31).

In der *Erzieher:innenbeurteilung* lagen die Kinder unserer Studie im Vergleich zu den Kindern der Studie aus England in ihren Mittelwerten in den Problembereichen „Gesamtproblemwert“, sowie in den Unterskalen „Emotionale Probleme“, Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ unter denjenigen der Kinder der Studie aus England. In der Unterskala „Verhaltensprobleme“ erreichten die Kinder unserer Studie hingegen einen höheren Mittelwert als die Kinder der Studie aus England. Im Bereich „Prosoziales Verhalten“ wiesen die Kinder unserer Studie höhere Mittelwerte auf im Vergleich zu den Kindern der englischen Studie (s. Tabelle 32).

Zur Ermittlung der statistischen Signifikanz dieser Unterschiede wurde ein t-Test angewandt. Dieser ergab statistisch signifikante Unterschiede zwischen der *Elterneinschätzung* beider Studien (s. Tabelle 31) in den Bereichen „Emotionale Probleme“ ($t = -2,080$; $p\text{-Wert} = 0,038$), „Verhaltensprobleme“ ($t = 2,662$; $p\text{-Wert} = 0,008$), „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ ($t = -3,233$; $p\text{-Wert} = 0,001$) sowie in dem Bereich „Prosoziales Verhalten“ ($t = -5,397$; $p\text{-Wert} = 0,000$). Keine statistisch

signifikanten Unterschiede zeigten sich in den Bereichen „Gesamtproblemwert“ ($t = -1,506$; $p\text{-Wert} = 0,132$) und „Hyperaktivität“ ($t = -1,486$; $p\text{-Wert} = 0,137$).

In der *Erzieher:inneneinschätzung* (s. Tabelle 32) ergaben sich zwischen beiden Studien signifikante Unterschiede in den Bereichen „Gesamtproblemwert“ ($t = -2,982$; $p\text{-Wert} = 0,003$), „Emotionale Probleme“ ($t = -3,064$; $p\text{-Wert} = 0,002$), „Hyperaktivität“ ($t = -3,10$; $p\text{-Wert} = 0,002$) und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ ($t = -3,509$; $p\text{-Wert} = 0,000$). In den Bereichen „Verhaltensprobleme“ ($t = 0,831$; $p\text{-Wert} = 0,406$) und „Prosoziales Verhalten“ ($t = 1,907$; $p\text{-Wert} = 0,056$) zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Vergleich der SDQ-Mittelwerte der Elterneinschätzung zwischen den Kindern aus Südtirol und England ^a										
Skala	MW1	MW2	Varianz 1	Varianz 2	n1	n2	F-Wert	t-Wert	F-Test	t-Test
eEmo	1,534	1,88	2,01611601	4	146	7312	0,98673077	-2,0798598	0,52962601	0,03757247
eVerh	1,877	1,5	1,943236	2,89	146	7312	0,9870803	2,6617277	0,52844338	0,00779074
eHyp	2,938	3,26	4,78909456	6,76	146	7312	0,96809299	-1,4859376	0,59245695	0,13733790
eVGA	0,952	1,41	1,990921	2,89	146	7312	0,98675356	-3,2330888	0,52954891	0,00122992
ePSV	8,089	8,81	2,27466724	2,56	146	7312	0,98476486	-5,3972161	0,53627785	0,00000007
eGes	7,301	8,04	18,1979028	34,81	146	7312	0,87954405	-1,5055683	0,8465879	0,13222040

a. Die Zahlen der Spalte MW2 und n2 entstammen aus der Studie von England [10, 14]

Tabelle 29: Vergleich der SDQ-Mittelwerte der Elterneinschätzung zwischen den Kindern aus Südtirol und England: t-Test

Vergleich der SDQ-Mittelwerte der Erzieher:inneneinschätzung zwischen den Kindern aus Südtirol und England ^a										
Skala	MW1	MW2	Varianz 1	Varianz 2	n1	n2	F-Wert	t-Wert	F-Test	t-Test
lEmo	1,084	1,52	2,46552804	4	202	5609	0,98849935	-3,06444	0,53275155	0,00219078
lVerh	0,995	0,9	2,15414329	2,56	202	5609	0,98978767	0,83136371	0,52766709	0,40580237
lHyp	2,173	2,77	5,59653649	7,29	202	5609	0,97355971	-3,0999593	0,59144113	0,00194473

Ergebnisse

IVGA	0,871	1,32	1,86404409	3,24	202	5609	0,9913447	-3,5089837	0,52152229	0,00045323
IPSV	7,886	7,56	4,00200025	5,76	202	5609	0,98119573	1,90679822	0,56153690	0,05659600
IGes	5,124	6,5	21,1241352	42,25	202	5609	0,90222109	-2,9818644	0,83291086	0,00287688

a. Die Zahlen der Spalten MW2 und n2 entstammen aus der Studie von England [10, 14]

Tabelle 30: Vergleich der SDQ-Mittelwerte der Erzieher:inneneinschätzung zwischen den Kindern aus Südtirol und England: t-Test

7 Diskussion

7.1 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken von Kindern im Kindergartenalter

Mit Hilfe des SDQ-Fragebogen wurde die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken von Kindern im Kindergartenalter in zwei Tälern in Südtirol (Vinschgau und Pustertal) ermittelt.

In der Auswertung der *Elternfragebögen* zeigten 6,2% der Kinder einen grenzwertig auffälligen und 2,7% der Kinder einen auffälligen Gesamtproblemwert.

Am häufigsten zeigten die Kinder Verhaltensprobleme (11,6% grenzwertig auffällig, 2,7% auffällig), gefolgt von Hyperaktivitätsproblemen (4,8% grenzwertig auffällig, 6,8% auffällig), emotionalen Problemen (6,2% grenzwertig auffällig, 4,1% auffällig) und Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen (3,4% als grenzwertig auffällig, 4,1% auffällig). 95, 2% der Kinder verfügten über ein normales prosoziales Verhalten, 3,4% der Kinder zeigten grenzwertige Auffälligkeiten und 1,4% zeigten Auffälligkeiten im prosozialem Verhalten.

In der *Erzieher:innenbeurteilung* wiesen 4,5% der Kinder einen grenzwertig auffälligen und 3,0% einen auffälligen Gesamtproblemwert auf. Dabei zeigten die Kinder wiederum am häufigsten Verhaltensprobleme (4,0% grenzwertig auffällig, 7,4% auffällig), gefolgt von Hyperaktivitätsproblemen (2,0% grenzwertig auffällig, 6,9% auffällig), emotionalen Problemen (5,4% grenzwertig auffällig, 1,0% auffällig) und Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen (2,5% grenzwertig, 3,0% auffällig).

82,7% der Kinder zeigten keine Auffälligkeiten im prosozialem Verhalten, während 13,4% ein grenzwertig auffälliges und 4,0% ein auffälliges prosoziales Verhalten besitzen.

Verglichen mit den Prävalenzraten anderer nationaler und internationaler Studien wiesen die Kinder dieser Studie geringere Prävalenzen hinsichtlich psychischer Probleme auf [1, 10, 13, 35]. Hölling et al. (2007) untersuchten das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Dabei zeigten 8,0% der 3-6 jährigen Kinder einen grenzwertig auffälligen und 5,3% einen auffälligen Gesamtproblemwert. Am häufigsten zeigten die 3-6-jährigen Kinder – wie auch in dieser Studie – Verhaltensprobleme (19,2% grenzwertig auffällig und 15,8% auffällig). Anders als in dieser Studie fanden sich an 2. Stelle Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen (11,0%

grenzwertig auffällig und 9,5% auffällig), gefolgt von Hyperaktivitätsproblemen (6,4% grenzwertig auffällig und 8,2% auffällig) und emotionalen Problemen (6,4% grenzwertig auffällig und 6,7% auffällig). Auch im prosozialem Verhalten wurden die Kinder in dieser Studie als unauffälliger eingeschätzt als die 3-6 jährigen Kinder in der Arbeit von Hölling et al. (2007). Demnach verfügten 89,4% der Kinder über ein unauffälliges prosoziales Verhalten [1].

Eine dänische Studie von Elberling et al. (2000) hingegen lieferte geringere Prävalenzen von Verhaltensauffälligkeiten bei 5-7jährigen Kindern. Demnach wiesen 4,8% der Kinder Auffälligkeiten im Gesamtproblemwert auf. 3,0% der Kinder zeigten Verhaltensprobleme, 1,5% emotionale Probleme und 0,7% Hyperaktivitätsprobleme [12].

Diese Studie der vorgelegten Dissertation liefert erste Ergebnisse hinsichtlich der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter im Vinschgau und im Pustertal. Auch wenn anhand des SDQ-Fragebogens keine Diagnose gestellt werden kann und darf, ist eine Erfassung von Risikogruppen durchaus möglich [1]. Präventionsmaßnahmen, wie regelmäßige und standardisierte Screeningverfahren, beispielsweise im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen beim niedergelassenen Kinderfacharzt, sollten gefördert und Versorgungsstrukturen verbessert bzw. ausgebaut werden, um rechtzeitig handeln und eine frühestmögliche Diagnostik und entsprechende Kinderpsychotherapie durchführen zu können, denn psychische Probleme können bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben oder auch in Störungen des Erwachsenenalters übergehen [1]. Mittlerweile wurde im Jahre 2013 in Südtirol am Krankenhaus Meran die erste Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie eröffnet, in der Kinder und Jugendliche im Alter von 0-18 Jahren aus ganz Südtirol in einem multidisziplinärem Team einer stationär Diagnostik und Therapie zugeführt werden können – dies ist ein erster großer Durchbruch in der Versorgung von Kinder und Jugendlichen mit psychischen Problemen in Südtirol [47]. In den folgenden Kapiteln werde ich die Ergebnisse, Unterschiede und Zusammenhänge und die möglichen Erklärungen dafür detaillierter diskutieren.

7.2 Unterschiede zwischen Eltern und Erzieher:innen hinsichtlich des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken

Im Vergleich der Eltern- und Erzieher:inneneinschätzung zeigte sich, dass die Mittelwerte des Gesamtproblemwerts sowie der einzelnen Subskalen

„Verhaltensprobleme“, „Emotionale Probleme“ und Hyperaktivitätsprobleme in der Erzieher:inneneinschätzung niedriger ausfallen als in der Elterneinschätzung. Dieser Unterschied ist zudem statistisch signifikant. In den Subskalen „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und im prosozialen Verhalten schätzten Eltern und Erzieher:innen die Kinder ähnlich ein, und es zeigten sich keine Unterschiede.

Ähnliche Ergebnisse lieferte eine Studie von Kuschel et al. (2007). Dabei schätzten ebenfalls die Eltern Kindergartenkinder auffälliger ein als die Erzieher:innen [48].

Auch Mathai et al. (2002) konnten in ihrer Studie Unterschiede in der Einschätzung der Kinder hinsichtlich psychischen Auffälligkeiten zwischen Eltern und Erzieher:innen feststellen. Dabei zeigten die Kinder in der Erzieher:inneneinschätzung weniger Auffälligkeiten als in der Elterneinschätzung [49].

Wie auch die Autoren Kuschel et al. (2007) in ihrer Untersuchung argumentierten, könnten auch in unserer Studie eine unterschiedliche Informationsbasis und Urteilsanker sowie situationsspezifisch unterschiedliches Verhalten mögliche Erklärungen für die Beurteilungsunterschiede darstellen [48].

Hinsichtlich des „Impact-Factors, also der subjektive Leidensdruck des Kindes, die familiäre Belastung bzw. die Belastung im sozialen Umfeld bedingt durch die jeweiligen psychischen Probleme, konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Eltern und Erzieher:innen festgestellt werden. Sollte also eine Verhaltensauffälligkeit bestehen, so würde dies von Eltern und Erzieher:innen als gleichermaßen belastend bzw. nicht belastend eingestuft werden.

In einer Studie von Goodman et al. (1999), welche Kinder im Alter von 5-15 Jahren untersuchten, konnten die Eltern gezielter emotionale Probleme, Erzieher:innen hingegen besser Verhaltensprobleme und Hyperaktivitätsprobleme erfassen [44]. Womöglich gelang es Eltern gezielter, emotionale Probleme zu erfassen, weil Eltern einen tieferen Einblick in die Gefühle und Emotionen ihrer Kinder erhalten und sich Kinder ihnen gegenüber auf emotionaler Ebene mehr bzw. auf eine andere Art öffnen als den Erzieher:innen gegenüber, wohingegen Hyperaktivitäts- und Verhaltensprobleme sich offensichtlicher auf das Umfeld auswirken und somit womöglich für Erzieher:innen bzw. außerfamiliären Personen einfacher zu erfassen sind. Vielleicht nehmen auch Eltern emotionale Probleme bei ihren Kindern als intensiver wahr als Hyperaktivitäts – oder Verhaltensprobleme.

Um psychische Probleme anhand des SDQ-Fragebogens präzise erfassen und die bestmögliche Sensitivität erreichen zu können, ist es somit von großer Bedeutung sowohl Eltern als auch Erzieher:innen und bestenfalls die Probanden selbst zu befragen und die SDQ-Ergebnisse aller Befragten zu berücksichtigen [44]. Jedoch ist eine Selbsteinschätzung im Kindergartenalter im Rahmen eines Screening - Fragebogens nur schwer möglich.

Die Hypothese H2 „Es gibt einen Unterschied zwischen Lehrer- und Elternangaben hinsichtlich Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern im Alter von 4-6 Jahren“ kann somit bestätigt werden.

7.3 Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken

In der Auswertung bezüglich Geschlechtsunterschiede zeigten sich sowohl bei den Eltern als auch bei den Erzieher:innen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen im Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken. Dabei erreichten die *Jungen* sowohl in der Elterneinschätzung als auch in der Erzieher:inneneinschätzung einen höheren Gesamtproblemwert als die *Mädchen*. Dieser Unterschied galt in der Erzieher:inneneinschätzung als statistisch signifikant, in der Elterneinschätzung hingegen nicht.

Dabei wiesen die Jungen in der Elterneinschätzung häufiger Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensprobleme und Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen auf, die Mädchen hingegen häufiger emotionale Probleme. Ein statistisch signifikanter Unterschied zeigte sich jedoch lediglich auf der Hyperaktivitätsskala.

Kein Unterschied in den Scores zwischen beiden Geschlechtern zeigte sich im prosozialen Verhalten.

In der Erzieher:inneneinschätzung zeigten sich in den einzelnen Subskalen ähnliche Ergebnisse wie in der Elterneinschätzung. Die Jungen wiesen wiederum höhere Scores in den Bereichen „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme“ auf als die Mädchen, diese Unterschiede galten zudem als statistisch signifikant. Im Unterschied zu den Eltern zeigten sich in der Erzieher:innenbeurteilung keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Bereichen „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Emotionale Probleme“, wohingegen sich im prosozialen Verhalten wiederum Mittelwertsunterschiede zwischen beiden Geschlechtern zeigten, auch wenn

statistisch nicht signifikant. Dabei erzielten die Mädchen im Mittel höhere Scores im prosozialen Verhalten als die Jungen.

Sowohl national auch als international konnten in diversen Studien ähnliche Ergebnisse aufgezeigt werden [10-12, 35, 50]: Fuchs et al. (2013) berichten in ihrer Studie ebenso über höhere Scores im Gesamtproblemwert, sowie in den Subskalen „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme“, und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ bei Jungen als bei Mädchen. Keine Unterschiede zeigten sich hingegen im Bereich „Emotionale Probleme“ [35]. Auch im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS 2008) erzielten die Jungen höhere SDQ-Mittelwerte im Gesamtproblemwert sowie in den Bereichen „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ auf als die Mädchen. Diese zeigten wiederum höhere SDQ-Mittelwerte in dem Bereich „Emotionale Probleme“ als die Jungen. Im Unterschied zu den SDQ-Mittelwerten unserer Studie zeigten sich im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey Unterschiede im prosozialen Verhalten hinsichtlich des Geschlechts. Dabei verfügten die Mädchen über ein besseres prosoziales Verhalten als die Jungen [11].

In dem British Child and Adolescent Mental Health Survey [10] zeigten ebenfalls die Jungen mit 11% häufiger psychische Probleme als die Mädchen mit 8%. Dabei wiesen die Jungen wiederum häufiger Verhaltensprobleme und Hyperaktivitätsprobleme auf als die Mädchen. Mädchen hingegen zeigten wiederum häufiger emotionale Probleme als Jungen [10].

Eine mögliche Erklärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich psychischer Probleme im Vorschulalter könnte sein, dass Jungen ihre psychischen Probleme eher auf motorische Art äußern, was sich wiederum in ihrem Verhalten und dem Verhalten anderen gegenüber widerspiegelt und mit externalisierenden Verhaltensproblemen einhergehen kann [35]. Externalisierende Verhaltensprobleme können vermutlich von außenstehenden Personen besser erfasst werden, da sie sich direkt auf das soziale Umfeld auswirken und somit besser wahrgenommen werden als internalisierende Probleme. Den Mädchen im Vorschulalter hingegen gelingt es möglicherweise schon besser ihr psychisches Befinden zu äußern und ihre Emotionen auszudrücken als den Jungen.

In unserer Studie wurde auch das Ausmaß der Belastung, die mit den psychischen Problemen einhergeht, der sogenannte Impact-Factor, erfasst. Im Gegensatz zu der

Studie von Fuchs et al. und der BELLA-Studie, in denen die Jungen höhere Impact-Scores erzielten als die Mädchen [35, 36], erreichten die Mädchen in unserer Studie sowohl in der Eltern - als auch in der Erzieher:inneneinschätzung einen höheren Impact-Score als die Jungen. Daraus lässt sich ableiten, dass bei den Mädchen, die zwar insgesamt weniger psychische Auffälligkeiten aufwiesen als Jungen, der Leidensdruck, welcher mit den jeweiligen psychischen Problemen einhergeht, größer ist. Möglicherweise schätzten Eltern und Erzieher:innen Hyperaktivitätsprobleme oder Verhaltensprobleme, welche vorwiegend bei Jungen überwogen, als weniger belastend ein als emotionale Probleme, wie Trauer, Ängste oder Depressionen. Kulturelle Einflüsse – Kinder in Italien gelten vielleicht als temperamentvoller, und gewisse Verhaltensweisen, wie Herumtoben beispielsweise in Lokalen auch spät abends, werden von der Gesellschaft als ganz normal angesehen - spielen dabei wahrscheinlich auch eine wichtige Rolle. Diesen Unterschied gilt es jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, denn er wies keine statistische Signifikanz auf.

Die oben genannten Ergebnisse bestätigen somit die Hypothese H1 „Es gibt einen Unterschied hinsichtlich Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern im Alter von 4-6 Jahren zwischen den Geschlechtern“.

7.4 Regionale, nationale und internationale Unterschiede in der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken bei Kindern im Kindergartenalter

7.4.1 Unterschiede in der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken zwischen dem Vinschgau und dem Pustertal

In der Auswertung der Fragebögen ergaben sich sowohl in der Elternbeurteilung als auch in der Erzieher:innenbeurteilung Unterschiede in den SDQ-Gesamtscores bzw. Mittelwerten zwischen dem Vinschgau und dem Pustertal. Dabei wiesen die Kinder im Vinschgau (Mittelwert Eltern=7,735, Mittelwert Erzieher:innen=5,269) tendenziell höhere Scores im Gesamtproblemwert auf als die Kinder im Pustertal (Mittelwert Eltern=6,730, Mittelwert Erzieher:innen=4,916). Eine statistische Signifikanz konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Betrachtet man die einzelnen Subskalen so zeigten sich sowohl in der Eltern- als auch in der Erzieher:inneneinschätzung mehr emotionale Probleme und Hyperaktivitätsprobleme im Vinschgau als im Pustertal. Der Unterschied in der Elterneinschätzung bzgl. Hyperaktivität war zudem statistisch signifikant. Folglich

erreichten die Kinder im Pustertal sowohl in den Elternfragebögen als auch in den Erzieher:innenfragebögen im prosozialem Verhalten höhere Scores als die Kinder im Vinschgau. Dieser Unterschied wies jedoch keine statistische Signifikanz auf.

In den Subskalen der Erzieher:innenfragebögen wiesen die Kinder zudem im Vinschgau mehr „Verhaltensprobleme“ auf als die Kinder im Pustertal. Im Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ erreichten hingegen die Kinder im Pustertal einen höheren Score als die Kinder im Vinschgau. Die Unterschiede in den einzelnen Subskalen zeigten jedoch keine statistische Signifikanz.

Interessanterweise war die Belastung, die mit den einhergehenden psychischen Problemen verbunden war (Impact-Factor), zumindest in der Elterneinschätzung im Pustertal größer als im Vinschgau. Die Unterschiede galten jedoch als statistisch nicht signifikant.

In einer Studie von Lampert et al. (2010) wurden das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern zwischen Ost- und Westdeutschland untersucht; dabei konnten ebenso nur geringe Unterschiede festgestellt werden [51].

Die geringen geographischen Unterschiede könnten darauf hindeuten, dass die untersuchten Kinder im Vinschgau womöglich höheren Risikofaktoren ausgesetzt sind als die Kinder im Pustertal, oder dass Kinder im Pustertal ähnlichen Risikofaktoren ausgesetzt sind, wie die Kinder im Vinschgau, jedoch bessere Schutzfaktoren besitzen und eine größere Resilienz aufweisen. Als Risikofaktoren könnten beispielsweise psychische Auffälligkeiten der Eltern, ein niedriger sozioökonomischer Status oder eine konfliktbelastete Familie in Betracht gezogen werden [24].

Als mögliche Schutzfaktoren zählen beispielsweise eine stabile emotionale Beziehung, ein sicheres Bindungsverhalten, die soziale Unterstützung oder Selbstvertrauen [25].

Eine Erhebung von solchen Risiko- oder Schutzfaktoren im Vinschgau oder Pustertal wurde in unserer Studie nicht durchgeführt, weshalb es sich empfiehlt, in weiteren Studien das familiäre Umfeld, den sozioökonomischen Status und weitere obengenannte Risiko – und Schutzfaktoren zu erfassen.

Die Hypothese H3 „Es gibt einen Unterschied hinsichtlich Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern im Alter von 4-6 Jahren zwischen zwei untersuchten Tälern (Vinschgau und Pustertal) in Südtirol“ kann durch die oben genannten Ergebnisse nur teilweise bestätigt werden.

7.4.2 Unterschiede in der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken zwischen Südtirol und Mailand

Um Unterschiede im Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern zwischen einer ländlichen und einer urbanen Umgebung feststellen zu können, wollten wir ursprünglich Kindergartenkinder aus einer ländlichen Umgebung Südtirols mit Kindergartenkindern einer Stadt Südtirols, wie beispielsweise Bozen oder Meran, vergleichen. Da jedoch nur die Kindergärten aus den ländlichen Umgebungen Südtirols an der Studie teilnehmen wollten, war kein Stadt-Land Vergleich in Südtirol selber möglich. Deshalb haben wir die Ergebnisse dieser Studie mit Ergebnissen einer Studie von Tobia et al. [9] verglichen, welche das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern in der Stadt Mailand untersuchte. In der Studie aus Mailand wurde zwar eine große Gesamtstichprobe (N= 3.302) aus peripheren und zentralen Zonen Mailands untersucht, jedoch fiel die Probandenanzahl im Kindergartenalter deutlich geringer aus (N= 111 Mädchen und N= 116 Jungen) [9]. Eine Repräsentativität der Daten für das Kindergartenalter ist, ähnlich wie in unserer Studie, womöglich nicht gegeben.

In der Auswertung ergab sich, dass die Mädchen in den beiden ländlichen Regionen Vinschgau und Pustertal sowohl im Gesamtproblemwert als auch in allen Unterskalen niedrigere SDQ-Mittelwerte erreichten als die Mädchen der Studie aus Mailand [9]. Auch im prosozialen Verhalten erreichten die Mädchen in Südtirol höhere Scores als die Mädchen in Mailand. Diese Unterschiede zwischen beiden Gruppen zeigten bis auf den Hyperaktivitätsbereich eine statistische Signifikanz.

Zwischen den Jungen zeigten sich beim Stadt-Land Vergleich ähnliche Ergebnisse. Dabei erreichten die Jungen in Südtirol im Vergleich zu den Jungen der Studie aus Mailand niedrigere Scores im Gesamtproblemwert sowie auch in den einzelnen Unterskalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Diese Unterschiede galten zudem als statistisch signifikant. Im Bereich „Hyperaktivität“ hingegen wiesen die Jungen in Südtirol höhere Scores auf als die Jungen der Studie aus Mailand. Dieser Unterschied wies jedoch keine statistische Signifikanz auf.

Im prosozialen Verhalten erreichten die Jungen in Südtirol ebenso höhere Scores, was mit einem gesünderen prosozialem Verhalten einhergeht, als die Kinder in Mailand. Dieser Unterschied war zudem statistisch signifikant.

Ähnliche Ergebnisse lieferte eine Studie von Midouhas et al. [52]. Dabei wurde das Auftreten von psychischen Problemen in ländlichen und urbanen Regionen von England untersucht. Die Kinder in einer ländlichen Umgebung wiesen weniger Verhaltensprobleme auf. Die Autoren führen diese Unterschiede möglicherweise auf Unterschiede in der Qualität der Kindergärten/Schulen zurück- womöglich ebenso eine Erklärung für die Unterschiede im Stadt-Land Vergleich in unserer Studie.

Andere Ergebnisse ergab die Studie von Zhang et al. in China, welche ebenso das Auftreten von psychischen Problemen bei Kindern in ländlichen und urbanen Regionen Chinas untersuchten. Dabei wiesen jedoch die Kinder in der Stadt weniger Verhaltensauffälligkeiten auf als die Kinder aus ländlichen Regionen [53]. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass im Gegensatz zu unserer Studie in China vorwiegend Familien mit Migrationshintergrund/niedrigerem sozioökonomischen Status in ländlicheren Regionen leben als in den urbanen Regionen Chinas, oder eben auch die Qualität der Kindergärten/Schulen einen Einfluss darauf hat [52].

Neben der Qualität der Betreuungs – und Bildungseinrichtungen sollte im Vergleich dieser Studie mit der Studie aus Mailand auch berücksichtigt werden, dass in Mailand vermutlich mehr Familien mit Migrationshintergrund und niedrigerem sozioökonomischen Status leben als in Südtirol [54, 55]. Kinder mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status weisen häufiger Defizite in ihren Schutzfaktoren auf, was mit einem erhöhten Risiko an psychischen Problemen einhergeht [23]. Zudem sind weitere Faktoren, wie unterschiedliche ethnische Zugehörigkeit sowie kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen, denn womöglich gehen mit den unterschiedlichen Kulturen auch unterschiedliche Erziehungsmethoden, Werte und Familienkonstellationen einher, welche somit wiederum das Verhalten, die Entwicklung der Kinder sowie das Auftreten von psychischen Problemen unterschiedlich beeinflussen können. Es wäre somit sinnvoll, eine Studie in den Kindergärten aus Städten in Südtirol durchzuführen, um umfassendere Aussagen im Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern in Südtirol machen zu können und Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Regionen Südtirols genauer erfassen zu können.

Die Hypothese H5 „Zeigen Kinder im Kindergartenalter einer ländlichen Region Südtirols wie Vinschgau und Pustertal weniger Verhaltensauffälligkeiten, als Kinder einer Großstadt wie Mailand?“ kann somit bestätigt werden.

7.4.3 Unterschiede in der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken zwischen Südtirol und Deutschland

Um Unterschiede im Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken bei Kindern zwischen Südtirol und Deutschland erfassen zu können, wurden die Ergebnisse dieser Studie mit denen des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) [11] verglichen.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe wiesen die Kinder dieser Studie sowohl im Gesamtwert (Mittelwert Südtirol=7,301 vs. Mittelwert KiGGS=8,4), als auch in den Subskalen „Emotionale Probleme“ (Mittelwert Südtirol=1,534 vs. Mittelwert KiGGS=1,7), „Verhaltensprobleme“ (Mittelwert Südtirol=1,877 vs. Mittelwert KiGGS=2,1), „Hyperaktivität“ (Mittelwert Südtirol=2,938 vs. Mittelwert KiGGS=3,3) und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (Mittelwert Südtirol=0,952 vs. Mittelwert KiGGS=1,3) niedrigere SDQ-Mittelwerte auf. Ein niedriger Score geht dabei mit einem unauffälligen Verhalten einher.

Im prosozialem Verhalten erreichten die Kinder dieser Studie höhere Scores als die Kinder des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (Mittelwert Südtirol=8,089 vs. Mittelwert KiGGS=7,7). Ein hoher Wert geht dabei mit einem gesunden und normalen prosozialem Verhalten einher.

Eine statistische Signifikanz dieser Unterschiede konnte dabei in den Bereichen „Gesamtwert“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ nachgewiesen werden. Im Bereich „Hyperaktivität“ zeigte sich eine tendenzielle statistische Signifikanz.

Die Hypothese H6 „Zeigen Kinder im Kindergartenalter einer ländlichen Region Südtirols wie Vinschgau und Pustertal weniger Verhaltensauffälligkeiten, als Kinder aus verschiedenen Regionen Deutschlands?“ kann somit bestätigt werden.

Die Kinder in den ländlichen Regionen Südtirols weisen somit weniger Verhaltensprobleme auf als die Kinder in Deutschland. Auch hier sind die Kinder womöglich weniger häufig Risikofaktoren, wie beispielsweise das Aufwachsen in einer Familie mit nur einem Elternteil oder ein niedriger sozioökonomischer Status [24], ausgesetzt als die Kinder der Studie aus Deutschland. Allerdings wurden die sozioökonomischen Grunddaten sowie auch Familienzusammensetzung und weitere Einflussfaktoren im Gegensatz zum Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) [11] in unserer Studie nicht erhoben. Eine weitere mögliche Erklärung der geringeren Anzahl an psychischen Problemen der Kinder in den beiden Tälern unserer Studie

könnte ein größeres Angebot von Fremdbetreuung (KiTa, Tagesmütter) bzw. Unterstützung aus dem familiären Umfeld (z. B. Großeltern) sein, was eine Entlastung der Lebenssituation der Familien mit sich bringen könnte. Auch Mütter könnten ihren beruflichen Anforderungen wieder nachgehen und somit eine gute Balance zwischen Beruf und Familie finden, was sich wiederum positiv auf das Familienleben und das Wohlbefinden aller auswirken könnte [8].

Im Vergleich beider Studien muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass es sich im KiGGS [11] - im Gegensatz zu unserer Studie – um eine repräsentative Studie handelt und eine deutlich größere Probandenanzahl untersucht wurde als in unserer Studie (N=14.478 vs. N=206) und somit in Südtirol womöglich einige Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten nicht erfasst werden konnten. Des Weiteren wäre es interessant, kulturelle Hintergründe zu erfragen, denn je nach Kultur werden z. B. herumtobende Kinder in Restaurants von der Gesellschaft toleriert und als „normal“ empfunden oder eben nicht toleriert und als „störend“ empfunden.

Um umfassendere Aussagen hinsichtlich des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken in Südtirol und einen präziseren Vergleich mit Studien aus Deutschland machen zu können, wäre es sinnvoll, Kinder aus deutschsprachigen und italienischsprachigen Kindergärten verschiedener Regionen und Städte Südtirols mit einzubeziehen, die kulturellen Hintergründe zu erfragen sowie deren Risiko- und Schutzfaktoren zu untersuchen.

7.4.4 Unterschiede in der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken zwischen Südtirol und England

Um Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken zwischen Südtirol und England feststellen zu können, wurden die SDQ-Mittelwerte der Eltern und Erzieher:innen dieser Studie mit denen des „The British Child and Adolescent Mental Health Survey“ 2004 [10] [14] verglichen.

Die Auswertung ergab, dass die Kinder in der *Elternbeurteilung* in Südtirol in den Bereichen „Gesamtproblemwert“ (Mittelwert Südtirol=7,301 vs. Mittelwert England=8,04), „Emotionale Probleme“ (Mittelwert Südtirol=1,534 vs. Mittelwert England=1,88), „Hyperaktivität“ (Mittelwert Südtirol=2,938 vs. Mittelwert England=3,26) und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (Mittelwert Südtirol=0,952 vs. Mittelwert England=1,41) niedrigere SDQ-Mittelwerte erreichten als die Kinder der Studie aus England. Statistisch signifikante Unterschiede ergaben

sich dabei jedoch nur in den Bereichen „Emotionale Probleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“.

In dem Bereich „Verhaltensprobleme“ hingegen wiesen die Kinder dieser Studie im Vergleich zu den Kindern der Studie aus England höhere Mittelwerte auf (Mittelwert Südtirol=1,877 vs. Mittelwert England=1,5) und im prosozialen Verhalten verfügten die Kinder dieser Studie im Vergleich zu den Kindern aus England über ein weniger gesundes und normales prosoziales Verhalten, was mit einem niedrigeren Score bei den Kindern aus Südtirol einherging (Mittelwert Südtirol=8,089 vs. Mittelwert England=8,81). Sowohl der Unterschied in dem Bereich „Verhaltensprobleme“ als auch jener im prosozialen Verhalten waren statistisch signifikant.

Wie bereits in 6.4.2 und 6.4.3 erwähnt und diskutiert, könnten auch hier sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund, kulturelle Hintergründe und Qualität der Betreuungseinrichtungen einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Interessant jedoch ist der Unterschied, wenn auch nur in der Elternbeurteilung, dass die Kinder aus England ein gesünderes prosoziales Verhalten aufzeigten als die Kinder unserer Studie. Eltern schätzten somit ihre Kinder in England als sozialer ein als Eltern aus unserer Studie. Das Leben in den Tälern in Südtirol kann sehr eigenständig sein und vielleicht auch isolierter sein, also mit weniger prosozialen Herausforderungen und Übungsfeldern wegen weniger Kontakten; womöglich ist dies eine Erklärung für ein niedrigeres prosoziales Verhalten der Kinder aus unserer Studie.

Der Vergleich der *Erzieher:inneneinschätzung* beider Studien ergab ein ähnliches Ergebnis. Dabei erreichten die Kinder in Südtirol in den Bereichen „Gesamtproblemwert“ (Mittelwert Südtirol=5,124 vs. Mittelwert England=6,5), „Emotionale Probleme“ (Mittelwert Südtirol=1,084 vs. Mittelwert England=0,9), „Hyperaktivität“ (Mittelwert Südtirol=2,173 vs. Mittelwert England=2,77) und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (Mittelwert Südtirol=0,871 vs. Mittelwert England=1,32) geringere SDQ-Mittelwerte als die Kinder der Studie aus England. Diese Unterschiede waren wiederum statistisch signifikant.

Im Bereich „Verhaltensprobleme“ hingegen erreichten die Kinder in Südtirol im geringen Ausmaß höhere Mittelwerte als die Kinder der Studie aus England (Mittelwert Südtirol=0,995 vs. Mittelwert England=0,9). Im prosozialen Verhalten zeigten die Kinder dieser Studie wiederum höhere Werte und somit ein normaleres bzw. weniger auffälligeres Verhalten als die Kinder in England (Mittelwert

Südtirol=7,886 vs. Mittelwert England=7,56). Die Unterschiede in beiden Bereichen zeigten jedoch keine statistische Signifikanz.

In der Studie aus England wurden verschiedene Einflussfaktoren, wie sozioökonomischer Status, Familienzusammensetzung (z. B. Anzahl der Kinder), Bildungsstatus der Eltern etc. erfasst, welche sich wiederum positiv oder negativ auf das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten auswirken können. So geht beispielsweise eine höhere Anzahl von Kindern in einer Familie mit einem höherem Gesamtproblemwert einher [14]. In unserer Studie (wie bereits in 6.4.3 erwähnt) wurden diese Faktoren jedoch nicht untersucht. Um die oben genannten Unterschiede besser verstehen zu können, wären weitere Studien mit Berücksichtigung dieser verschiedenen Einflussfaktoren in Südtirol sinnvoll.

Bei dem Vergleich beider Studien ist zu berücksichtigen, dass es sich in unserer Studie um eine nicht repräsentative Studie handelt. In der Studie aus England hingegen handelt es sich um eine repräsentative Studie, jedoch wurden für das Kindergartenalter die 3 – und 4jährigen Kinder nicht in die Studie miteinbezogen, was unter Umständen eine Einschränkung der Repräsentativität der Daten für das Kindergartenalter mit sich bringt [10].

Die Hypothese H7 „Zeigen Kinder im Kindergartenalter einer ländlichen Region Südtirols wie Vinschgau und Pustertal weniger Verhaltensauffälligkeiten, als Kinder aus verschiedenen Regionen Englands?“ kann durch die oben erwähnten Ergebnisse nur teilweise bestätigt werden.

7.5 Korrelation der SDQ-Mittelwerte mit dem Impact-Score

Um einen Zusammenhang zwischen den erreichten SDQ-Mittelwerten in den Bereichen „Gesamtproblemwert“, „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ einerseits und dem „Impact-Score“ andererseits feststellen zu können, wurde eine Korrelationsanalyse nach Spearman-Rho durchgeführt und die Mittelwerte der 6 Problembereiche mit dem Impact-Factor verglichen.

Die Auswertung ergab sowohl in der Erzieher:innenbeurteilung als auch in der Elterneinschätzung signifikante Korrelationen zwischen den 6 Problembereichen und dem Impact-Factor.

Somit besteht ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Problembereichen der Kinder und der damit einhergehenden Belastungen für die Kinder und deren soziales

Umfeld. Die Hypothese H4 „Kinder, die im SDQ-Fragebogen psychische Auffälligkeiten aufweisen, sind in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt“ kann somit bestätigt werden.

In einer Studie von Fuchs et al. [35] zeigten sich ähnliche Ergebnisse und bei den meisten Kindern (86,5%) gingen hohe Scores bzw. Auffälligkeiten in den verschiedenen Bereichen auch mit einem auffälligen Impact-Factor einher [35].

Dies zeigt nochmal mehr, wie wichtig es ist, Präventionsmaßnahmen, wie regelmäßige und standardisierte Screeningverfahren, beispielsweise im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen beim niedergelassenen Kinderfacharzt, zu fördern und Versorgungsstrukturen weiter auszubauen, um eine rechtzeitige und adäquate Therapie zu gewährleisten und somit auch das Ausmaß des damit einhergehenden Leidensdruck (Impact-Factor) sowohl für den Patienten selbst als auch für das soziale Umfeld positiv beeinflussen zu können. Es wäre zudem auch interessant, mögliche Faktoren zu identifizieren, welche den mit der psychischen Erkrankung einhergehenden Leidensdruck minimieren könnten und somit sowohl den Betroffenen selbst, aber auch das familiäre Umfeld entlasten könnten.

7.6 Einschränkungen und Methodenkritik

Um umfassendere Aussagen hinsichtlich des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und Stärken in Südtirol machen zu können, wäre es sinnvoll und angebracht, eine größere Anzahl von Kindern aus diversen italienisch- und deutschsprachigen Kindergärten in verschiedenen ländlichen sowie urbanen Regionen Südtirols zu untersuchen. In dieser Studie nahmen nur Kinder aus Kindergärten in Vinschgau und im Pustertal teil, vorwiegend deutscher Muttersprache. In Südtirol kann eine Familie zwischen italienischsprachigen, deutschsprachigen und ladinischen Kindergärten frei wählen und die Eltern können dabei selber - unabhängig von ihrer Muttersprache - entscheiden, ob das Kind einen deutsch - oder italienischsprachigen Kindergarten besuchen wird. Größtenteils besuchen aber deutschsprachige Kinder deutsche Kindergärten und italienischsprachige Kinder italienische Kindergärten. Gemischtsprachige/zweisprachige Kindergärten und auch Schulen in Südtirol gibt es bisher noch nicht, werden aber immer wieder diskutiert.

Ein Vergleich zwischen deutschsprachigen und italienischsprachigen Kindergartenkindern hinsichtlich des Auftretens von psychischen Problemen wäre durchaus interessant.

Zudem wäre es sinnvoll, um einen aussagekräftigeren Vergleich hinsichtlich der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Kindergartenalter zwischen Stadt und Land machen zu können, Kinder aus Städten in Südtirol zu untersuchen.

Des Weiteren wäre es hilfreich, Risiko- und Schutzfaktoren der Kinder, wie beispielsweise der sozioökonomische Status, Migrationshintergrund und familiäre Zusammensetzung zu untersuchen, um Zusammenhänge zwischen den einzelnen Faktoren und dem Auftreten von psychischen Problemen entdecken und besser verstehen zu können.

8 Zusammenfassung und Ausblick

In dieser Dissertation-Studie wurden im Zeitraum von März 2014 bis April 2014 die Eltern und Erzieher:innen von N=206 Kindern aus Südtirol mit einem durchschnittlichen Alter von 5 Jahren mit Hilfe des SDQ-Fragebogens zu Verhaltensauffälligkeiten und –stärken befragt.

Es war das Ziel dieser Studie, die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken im Kindergartenalter in Südtirol zu erfassen, Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, zwischen Eltern- und Erzieher:inneneinschätzung sowie zwischen zwei Tälern Südtirols festzustellen, einen Zusammenhang zwischen den SDQ-Problembereichen und dem Ausmaß der Belastung (Impact-Factor) zu prüfen und die Ergebnisse dieser Studie mit denen von Studien aus Italien, Deutschland sowie England zu vergleichen.

In der Auswertung der *Elternfragebögen* zeigten 6,2% der Kinder einen grenzwertig auffälligen und 2,7% der Kinder einen auffälligen Gesamtproblemwert. Am häufigsten zeigten die Kinder Verhaltensprobleme (11,6% grenzwertig auffällig, 2,7% auffällig), gefolgt von Hyperaktivitätsproblemen (4,8% grenzwertig auffällig, 6,8% auffällig), emotionale Problemen (6,2% grenzwertig auffällig, 4,1% auffällig) und Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen (3,4% als grenzwertig auffällig, 4,1% auffällig). 95, 2% der Kinder verfügten über ein normales prosoziales Verhalten.

In der *Erzieher:innenbeurteilung* wiesen 4,5% der Kinder einen grenzwertig auffälligen und 3,0% einen auffälligen Gesamtproblemwert. Dabei zeigten die Kinder wiederum am häufigsten Verhaltensprobleme (4,0% grenzwertig auffällig, 7,4% auffällig), gefolgt von Hyperaktivitätsproblemen (2,0% grenzwertig auffällig, 6,9% auffällig), emotionalen Problemen (5,4% grenzwertig auffällig, 1,0% auffällig) und Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen (2,5% grenzwertig, 3,0% auffällig).

82,7% der Kinder zeigten keine Auffälligkeiten im prosozialem Verhalten.

Betrachtet man dabei das Geschlecht, so zeigten sowohl in der Elterneinschätzung als auch in der Erzieher:inneneinschätzung Jungen häufiger Auffälligkeiten als Mädchen. Die Jungen wiesen dabei häufiger Hyperaktivitätsprobleme und Verhaltensprobleme auf als die Mädchen, die Mädchen hingegen häufiger emotionale Probleme.

Der Vergleich der Ergebnisse zwischen Eltern und Erzieher:innen zeigte, dass die Mittelwerte des Gesamtproblemwerts sowie der einzelnen Subskalen „Verhaltensprobleme“, „Emotionale Probleme“ und Hyperaktivitätsprobleme in der *Erzieher:inneneinschätzung* statistisch signifikant niedriger ausfallen als in der *Elterneinschätzung*.

Zudem zeigten sich in der Auswertung Unterschiede zwischen beiden Tälern, sowie zwischen Südtirol einerseits und zwischen den Ergebnissen aus Studien in Italien, Deutschland und England andererseits. Betrachtet man den Vergleich zwischen den beiden Tälern, so erreichten die Kinder in Vinschgau in den Eltern- und Erzieher:innenfragebögen im Gesamtproblemwert sowie in den Bereichen Hyperaktivität und Emotionale Probleme höhere SDQ-Mittelwerte als die Kinder im Pustertal. Die Kinder im Pustertal erreichten zudem ein gesünderes prosoziales Verhalten als die Kinder in Vinschgau. Diese Unterschiede waren jedoch, bis auf die Hyperaktivitätsprobleme, statistisch nicht signifikant.

Der Vergleich dieser Ergebnisse mit den Ergebnissen einer Studie aus Mailand [9] zeigte, dass die Mädchen in Südtirol niedrigere SDQ-Mittelwerte und weniger Auffälligkeiten sowohl im Gesamtproblemwert als auch in den 4 Subskalen aufwiesen. Zudem erreichten sie höhere Scores im prosozialem Verhalten. Diese Unterschiede galten zudem als statistisch signifikant. Zwischen den Jungen zeigten sich ähnliche statistisch signifikante Unterschiede. Dabei wiesen die Jungen in Südtirol weniger Auffälligkeiten bzw. geringere Mittelwerte im Gesamtproblemwert sowie in den Subskalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ auf. Im Bereich „Hyperaktivität“ zeigten allerdings die Jungen in Südtirol höhere Mittelwerte als die Jungen in Mailand, allerdings war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. Im prosozialem Verhalten erreichten die Jungen in Südtirol wiederum höhere SDQ-Mittelwerte und weniger Auffälligkeiten als die Jungen in Mailand.

Ähnliche Ergebnisse lieferte der Vergleich dieser Studie mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey [11] aus Deutschland. Auch dort wiesen die Kinder in Südtirol im Vergleich zu den Kindern aus Deutschland weniger Auffälligkeiten auf. Dabei erreichten diese niedrigere Scores in allen 5 Problembereichen und höhere Scores im prosozialem Verhalten, was mit einem gesunden und unauffälligen

prosozialem Verhalten einhergeht. Bis auf die Bereiche „Emotionale Probleme“ und „Verhaltensprobleme“ galten diese Unterschiede zudem als statistisch signifikant bzw. im Bereich „Hyperaktivität“ tendenziell signifikant.

Der Vergleich dieser Studie mit einer Studie aus England [10, 14] ergab ähnliche Unterschiede. Dabei wiesen wiederum die Kinder in Südtirol in der Elterneinschätzung statistisch signifikant niedrigere SDQ-Mittelwerte in den Bereichen „Emotionale Probleme“, und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ auf als die Kinder in England. Allerdings erreichten die Kinder im Bereich „Verhaltensprobleme“ in Südtirol statistisch signifikant höhere Mittelwerte als die Kinder in England und verfügten im prosozialem Verhalten weniger normales prosoziales Verhalten als die Kinder in England. Zwischen den Erzieher:innen zeigte sich ein ähnliches Ergebnis, und auch dort wiesen die Kinder in Südtirol statistisch signifikant niedrigere Mittelwerte in den Bereichen „Gesamtproblemwert“, „Emotionale Probleme“, „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ auf als die Kinder in England.

In dieser Studie gelang es zudem, einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen allen einzelnen Problembereichen und dem „Impact-Factor“, also der Belastung, die durch die psychischen Probleme verursacht wird, zu erfassen.

Die Erkenntnisse dieser Studie liefern erste wichtige und relevante Ergebnisse hinsichtlich Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und –schwächen bei Kindern in regionalen Gebieten Südtirols und zeigen, dass psychische Probleme im Kindesalter mit Belastung und Beeinträchtigung der Kinder und dem sozialen oder familiären Umfeld verbunden sein können. Eine umfassende Längsschnittstudie der KiGGs-Kohorte, in der insgesamt 3.546 Kinder im Alter von 11-17 Jahren über einen Zeitraum von 11 Jahren bis in das junge Erwachsenenalter nachverfolgt wurden, zeigen, dass psychische Auffälligkeiten im Kindesalter Auswirkungen bis in das Erwachsenenalter haben und mit Problemen der Schul – und später auch Berufsbildung einhergehen sowie zu einer eingeschränkten psychischen Gesundheit, geringeren Lebenszufriedenheit und Lebensqualität führen [56]. Zudem können psychische Probleme im Kindesalter auch in entsprechende Störungen und Auffälligkeiten des Erwachsenenalters übergehen [1].

Eine frühe psychologische Diagnostik und evtl. Therapie und Unterstützung der Kinder sowie Beratung der Eltern hat somit einen großen Stellenwert. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen die Notwendigkeit einer rechtzeitigen psychologischen Unterstützung derjenigen Kinder in Südtirol, die bereits sehr auffällige Symptome im Screening gezeigt haben.

Neben der Intervention spielt auch die Prävention eine sehr wichtige Rolle. Leider konnten in dieser Studie keine Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten erfasst werden. Daher wäre es sinnvoll, eine weitere Studie durchzuführen, in der Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern in Südtirol untersucht werden. Eine solche Studie würde wichtige Daten für die Prävention von Verhaltensauffälligkeiten liefern. Risikofaktoren könnten minimiert und Schutzfaktoren und Ressourcen gestärkt werden.

Zudem wäre ein Vergleich zwischen ländlicher Region und Stadt in Südtirol interessant, um aussagekräftigere Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten zwischen ländlicher und urbaner Umgebung erhalten und mögliche Risikofaktoren identifizieren zu können.

9 Literaturverzeichnis

1. Holling, H., et al., *[Behavioural problems in children and adolescents. First results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2007. **50**(5-6): p. 784-93.
2. Döpfner, M., *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte*. 1997. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In: Holling, H. et al. *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2007. **50**(5-6): p. 784-93.
3. Ihle, W., *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. 2002. *Psychologische Rundschau*. In: Holling, H. et al. *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2007. **50**(5-6): p. 784-93.
4. Goodman, R., *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. J Child Psychol Psychiatry, 1997. **38**(5): p. 581-6.
5. Fröhlich-Gildhoff, K., *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage ed. 2013: Kohlhammer. p.15-32.
6. Fröhlich-Gildhoff, K., *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage ed. 2013: Kohlhammer. p.33.
7. Fröhlich-Gildhoff, K., *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. . 2., aktualisierte und erweiterte Auflage ed. 2013: Kohlhammer. p.39-58.
8. Klipker, K., et al., *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring, 2018.
9. Tobia, V., M.A. Gabriele, and G.M. Marzocchi, *The Italian Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)--Teacher: Psychometric Properties*. Journal of Psychoeducational Assessment, 2013. **31**(5): p. 493-505.
10. Statistics, O.f.N., et al. *Mental Health of Children and Young People in Great Britain, 2004*. 2005 [cited 2015 04.08.2015]; Available from: <http://doc.ukdataservice.ac.uk/doc/5269/mrdoc/pdf/5269technicalreport.pdf>.
11. Holling, H., et al., *Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS)*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2008. **17 Suppl 1**: p. 34-41.
12. Elberling, H., et al., *The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: the Copenhagen Child Cohort 2000*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2010. **19**(9): p. 725-35.

13. Ihle, W. and G. Esser, *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Psychologische Rundschau, 2002. **53**(4): p. 159-169.
14. Maughan, B., et al., *Recent trends in UK child and adolescent mental health*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2008. **43**(4): p. 305-10.
15. Van Leeuwen, K., et al., *The Strengths and Difficulties Questionnaire in a Community Sample of Young Children in Flanders*. European Journal of Psychological Assessment, 2006. **22**(3): p. 189-197.
16. Wichstrom, L., et al., *Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers*. J Child Psychol Psychiatry, 2012. **53**(6): p. 695-705.
17. Beyer, T., et al., *Prognosis and continuity of child mental health problems from preschool to primary school: results of a four-year longitudinal study*. Child Psychiatry Hum Dev, 2012. **43**(4): p. 533-43.
18. Ford, T., R. Goodman, and H. Meltzer, *The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(10): p. 1203-11.
19. Engel, G.L., *The clinical application of the biopsychosocial model*. Am J Psychiatry, 1980. **137**(5): p. 535-44.
20. Möller, H.-J., G. Laux, and H.-P. Kapfhammer, *Psychiatrie und Psychotherapie: Band 1 Allgemeine Psychiatrie* 2007, Springer-Verlag. p. 32-41.
21. Zubin, J. and B. Spring, *Vulnerability--a new view of schizophrenia*. J Abnorm Psychol, 1977. **86**(2): p. 103-26.
22. Antonovsky, A., *The life cycle, mental health and the sense of coherence*. Isr J Psychiatry Relat Sci, 1985. **22**(4): p. 273-80.
23. Erhart, M., et al., *[The German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS): risks and resources for the mental development of children and adolescents]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2007. **50**(5-6): p. 800-9.
24. Ravens-Sieberer, U., et al., *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2007. **50**(5-6): p. 871-878.
25. Fröhlich-Gildhoff, K., *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. . 2., aktualisierte und erweiterte Auflage ed. 2013: Kohlhammer. p.53-55.
26. Bowlby, J., *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. (Bindung und Verlust, Bd.1)*, 1975. Zitiert nach: Spangler, G. *Bindung und Gene: Bio-psycho-soziale Grundlagen emotionaler (Dys-) Regulation und ihre Bedeutung für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten*, in *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung*, K.H. Brisch, Editor. 2012, Klett-Cotta. p. 282-283.
27. Ainsworth, M.D.S., et al., *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. 1978. Zitiert nach: Spangler, G., *Bindung und Gene: Bio-psycho-soziale Grundlagen emotionaler (Dys-) Regulation und ihre Bedeutung für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten*. , in *Bindung und Störungen der Entwicklung*, K.H. Brisch, Editor. 2012, Klett-Cotta. p. 283-284.
28. Main, M. and J. Solomon, *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation, 1990*. In: M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Hrsg.), *Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention*. Chicago, p. 121-160. Zitiert nach: Spangler, G. *Bindung und Gene: Bio-psycho-soziale Grundlagen emotionaler (Dys-) Regulation und ihre Bedeutung für die Entwicklung von*

- Verhaltensauffälligkeiten.*, in *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung*, K.H. Brisch, Editor. 2012, Klett-Cotta. p. 283-284.
29. Spangler, G., *Bindung und Gene: Bio-psycho-soziale Grundlagen emotionaler (Dys-) Regulation und ihre Bedeutung für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten.*, in *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung*, K.H. Brisch, Editor. 2012, Klett-Cotta. p. 282-284.
30. Greenberg, M., *Attachment and psychopathology in childhood, 1999.* In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications.* New York, p. 469-496. Zitiert nach: Spangler, G., *Gene und Umwelt: Bio-psycho-soziale Grundlagen emotionaler (Dys-) Regulation und ihre Bedeutung für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten.*, in *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung*, K.H. Brisch, Editor. 2012, Klett-Cotta. p. 284.
31. Moss, E. and V. Lecompte, *Attachment and Socioemotional Problems in Middle Childhood.* New Dir Child Adolesc Dev, 2015. **2015**(148): p. 63-76.
32. O'Connor, E.E., et al., *Early mother-child attachment and behavior problems in middle childhood: The role of the subsequent caregiving environment.* Attachment & Human Development, 2014. **16**(6): p. 590-612.
33. Groh, A.M., et al., *The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study.* Child Dev, 2012. **83**(2): p. 591-610.
34. Fearon, R.P., et al., *The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study.* Child Dev, 2010. **81**(2): p. 435-56.
35. Fuchs, S., et al., *Prevalence of emotional and behavioral symptoms and their impact on daily life activities in a community sample of 3 to 5-year-old children.* Child Psychiatry Hum Dev, 2013. **44**(4): p. 493-503.
36. Wille, N., et al., *How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study.* Eur Child Adolesc Psychiatry, 2008. **17 Suppl 1**: p. 42-51.
37. Goodman, R., *The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden.* J Child Psychol Psychiatry, 1999. **40**(5): p. 791-9.
38. Landesinstitut für Statistik ASTAT. *Zusammenfassung der Daten nach Gemeinde.* 2018 2019, 03.04]; Available from: <http://qlikview.services.silag.it/QvAJAZZfc/opendoc.htm?document=gemeindedatenblatt.qvw&host=QVS%40titan-a&anonymous=true>.
39. Fuchs H., I.M.E., Siller T., *Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Haushalte in Südtirol Situazione reddituale e patrimoniale delle famiglie in Alto Adige 2013-2014*, , Autonome Provinz Bozen Südtirol Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige Landesinstitut für Statistik ASTAT, Editor. 2015: Bolzano.
40. Landesinstitut für Statistik - ASTAT. *Erwerbstätigkeit-2014.* 2015, March 02; Available from: https://astat.provinz.bz.it/de/aktuelles-publikationen-info.asp?news_action=4&news_article_id=487586.
41. Eurostat, *Eurostatistics — Data for short-term economic analysis*, , E. Union, Editor. 2014, European Union. p. 15 f. .
42. Goodman, A. and R. Goodman, *Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2009. **48**(4): p. 400-3.
43. Goodman, R., *Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001. **40**(11): p. 1337-45.

44. Goodman, R., et al., *Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample*. Int Rev Psychiatry, 2003. **15**(1-2): p. 166-72.
45. Woerner, W., et al., *[Normal values and evaluation of the German parents' version of Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Results of a representative field study]*. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 2002. **30**(2): p. 105-12.
46. Goodman, R., et al., *Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample*. Br J Psychiatry, 2000. **177**: p. 534-9.
47. Südtiroler Sanitätsbetrieb, A.K. *Primarin für Kinder- und Jugendpsychiatrie Meran ernannt*. 2021.
48. Kuschel, A., et al., *Wie gut stimmen Eltern und Erzieherinnen in der Beurteilung von Verhaltensproblemen bei Kindergartenkindern überein?* Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007. **35**(1): p. 51-58.
49. Mathai, J., P. Anderson, and A. Bourne, *The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening measure prior to admission to a Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS)*. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2002. **1**(3): p. 235-246.
50. Bourdon, K.H., et al., *The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2005. **44**(6): p. 557-64.
51. Lampert, T., *20 Jahre Deutsche Einheit: Gibt es noch Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?* GBE kompakt 4/2010, 2010.
52. Midouhas, E. and L. Platt, *Rural-urban area of residence and trajectories of childrens behavior in England*. Health Place, 2014. **30**: p. 226-33.
53. Zhang, Y., et al., *Comparison of behavior problems of children in town and countryside in East China*. Chinese Mental Health Journal, 2002. **16**(11): p. 736-738.
54. ASTAT, L.f.S.-. 2014; Available from: https://qlikview.services.sdiag.it/QvAJAZfc/opendoc_notool.htm?document=gemeindedatenblatt.qvw&host=QVS%40titan-a&anonymous=true.
55. ISTAT, I.N.d.S. 2022; Available from: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=12313>.
56. Schlack, R., et al., *Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte*. Journal of Health Monitoring · 2021 6(4), 2021. **6**(4).

10 Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Geschlechtsverteilung der Gesamtstichprobe	24
Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung des Gesamtproblemwerts in der Elternbeurteilung	25
Abbildung 3: Häufigkeiten von emotionalen Problemen in der Elternbeurteilung	26
Abbildung 4: Häufigkeiten von Verhaltensproblemen in der Elternbeurteilung	26
Abbildung 5: Häufigkeiten von Hyperaktivitätsproblemen in der Elternbeurteilung...	27
Abbildung 6: Häufigkeiten von Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen in der Elternbeurteilung.....	27
Abbildung 7: Prosoziales Verhalten der Kinder in der Elternbeurteilung	28
Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung des Gesamtproblemwerts in der Erzieherbeurteilung	29
Abbildung 9: Häufigkeiten von emotionalen Problemen in der Erzieherbeurteilung .	29
Abbildung 10: Häufigkeiten von Verhaltensproblemen in der Erzieherbeurteilung ...	30
Abbildung 11: Häufigkeiten von Hyperaktivitätsproblemen in der Erzieherbeurteilung	30
Abbildung 12: Häufigkeiten von Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen in der Erzieherbeurteilung	31
Abbildung 13: Prosoziales Verhalten von Kindern in der Erzieherbeurteilung.....	31
Abbildung 14: Häufigkeitsverteilung des Impact-Factors in der Elternbeurteilung....	32
Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung des Impact-Factors in der Erzieherbeurteilung	33

11 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Deutsche Cut-off-Werte für die Elternversion.....	22
Tabelle 2: Britische Cut-off-Werte für die Lehrerversion.....	22
Tabelle 3: Häufigkeiten von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken in der Elternbeurteilung.....	34
Tabelle 4: Häufigkeiten von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken in der Erzieherbeurteilung.....	35
Tabelle 7: SDQ-Mittelwerte nach Geschlecht.....	38
Tabelle 8: Mann-Whitney-U-Test Rangbildung: SDQ-Mittelwertsunterschiede hinsichtlich Geschlecht.....	41
Tabelle 9: SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Geschlecht.....	41
Tabelle 10: SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Geschlecht.....	42
Tabelle 11: SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Geschlecht.....	42
Tabelle 12: SDQ-Mittelwertsunterschiede nach Geschlecht.....	43
Tabelle 13: Impact-Score Mittelwertsunterschiede nach Geschlecht.....	43
Tabelle 14: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern und Erziehern: Paarbildung der jeweiligen SDQ-Skalen.....	45
Tabelle 15: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern und Erzieher: Wilcoxon-Test Rangbildung.....	48
Tabelle 16: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern und Erzieher: Wilcoxon-Test Signifikanz.....	48
Tabelle 17: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern und Erzieher: Wilcoxon-Test Signifikanz.....	49
Tabelle 18: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern und Erzieher: Wilcoxon-Test Signifikanz.....	49
Tabelle 19: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen den Tälern Vinschgau und Pustertal.....	52
Tabelle 20: SDQ Mittelwertsunterschiede nach Tälern: Ränge Mann-Whitney-U-Test.....	54
Tabelle 21: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen beiden Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz.....	55
Tabelle 22: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen beiden Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz.....	55
Tabelle 23: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen beiden Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz.....	55
Tabelle 24: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen beiden Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz.....	56
Tabelle 25: SDQ-Mittelwertsunterschiede zwischen beiden Tälern: Mann-Whitney-U-Test Signifikanz.....	56
Tabelle 26: Korrelation zwischen den SDQ-Problembereichen und dem Impact-Score in der Elternbeurteilung.....	58

Tabelle 27: Korrelation zwischen den SDQ-Problembereichen und dem Impact-Score in der Erzieherbeurteilung.....	59
Tabelle 28: Vergleich der SDQ-Mittelwerte der Studie aus Südtirol mit den Ergebnissen des KiGGS: t-Test.....	61
Tabelle 29: Vergleich der SDQ-Mittelwerte zwischen den Jungen der Studien aus Südtirol und Mailand	63
Tabelle 30: Vergleich der SDQ-Mittelwerte zwischen den Mädchen der Studien aus Südtirol und Mailand	64
Tabelle 31: Vergleich der SDQ-Mittelwerte der Elterneinschätzung zwischen den Kindern aus Südtirol und England: t-Test.....	66
Tabelle 32: Vergleich der SDQ-Mittelwerte der Erziehereinschätzung zwischen den Kindern aus Südtirol und England: t-Test.....	67

12 Verzeichnis der Abkürzungen

m= männlich

w=weiblich

SD=Standardabweichung

N=Anzahl

s.=siehe

t= t-Wert

vs.= versus

MW= Mittelwert

Std.= Standard

Abb. = Abbildung

„E“= Eltern

„L“= Erzieher:innen

SDQ= Strengths and Difficulties Questionnaire

13 Eidesstattliche Versicherung

Hübner, Kathrin

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema:

„Verhaltensauffälligkeiten und –stärken von Kindern im Kindergartenalter in Südtirol/Italien“

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner der weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Meran, 20.06.2024

Kathrin Hübner

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin

14 Danksagung

Auf diesem Wege möchte ich allen jenen danken, die mich bei der Erstellung meiner Dissertation unterstützt und begleitet haben.

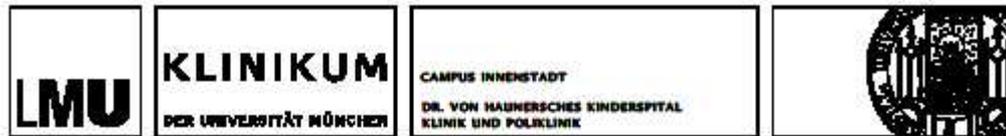
Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, PD. Dr. med. Karl Heinz Brisch, sowie meiner Betreuerin, Frau Swinde Landers, für ihre Geduld und stetigen Ermutigungen, ihre enthusiastische Art und Herzlichkeit sowie Hilfsbereitschaft, mit der sie mich bei der Erstellung meiner Arbeit stets begleitet haben.

Weiterhin möchte ich den zahlreichen Kindern, Eltern, Erzieher:innen sowie der Kindergartenleitung für die Teilnahme und Mitarbeit an dieser Studie danken. Ohne ihre Teilnahme und Kooperation wäre die Erstellung dieser Studie erst gar nicht möglich gewesen.

Mein größter Dank gilt meinem Ehemann, meinen Kindern und meinen Eltern für ihre bedingungslose Liebe, Geduld, Unterstützung und stetigen Ermutigungen, auch in schwierigen Phasen nicht aufzugeben, sondern weiterzumachen.

15 Anhang

15.1 Einwilligungserklärung und Studieninformation Eltern (deutsch/italienisch)



Kliniken der Universität München · Kinder-MH und Pädiatrie im Dr. von Haunerschen Kinderspital Pettenkoferstr. 9
80336 München · Akademische Psychosomatik und Psychotherapie

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
Pädiatrische Psychosomatik
und Psychotherapie
Telefon +49 (0)89 5160 3709
Telefax +49 (0)89 5160 4730
Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de

www.klinikum.uni-muenchen.de

Postanschrift:
Pettenkoferstr. 8A
D-80336 München

Br. Zerklein

Unser Zerklein

München, 23.01.2024

Consenso informativo

Il comportamento dei bambini nelle scuole per l'infanzia in Altoadige

Responsabile del Progetto:

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch, clinica e policlinica pediatrica "Dr. von Haunerschen Kinderspital", reparto di psicosomatica e psicoterapia pediatrica, via Pettenkofer 8a, 80336 Monaco, tel.: 089-5160-3709

Obiettivi dello studio

Ci si pone la domanda, quanti bambini tra i 4-6 anni che frequentano le scuole per l'infanzia dell'Alto Adige dimostrano atteggiamenti e comportamenti a rischio.

Se nella valutazione dei genitori e in quella degli educatori vengono rilevati atteggiamenti alterati, i bambini potrebbero avere bisogno di un sostegno e una assistenza psicologica e a sua volta, i genitori di una consulenza psicologica.

Cari genitori,

Vorremmo rilevare la comparsa di atteggiamenti e comportamenti alterati nei bambini che frequentano le scuole per l'infanzia. Compilando un questionario per iscritto potete fare parte allo studio.

Vi ringraziamo per la vostra collaborazione!

Vedi retro!

Direttore-In der Klinik: Prof. Dr. Christoph Klein

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts

Vorstand: Ärztliche Direktor: Prof. Dr. Burkhard Göbe (Vorsitz), Kaufmännischer Direktor: Gerd Koolowski,
Pflegeleiterin: Peter Janke, Vertreter der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. Dr. h.c. Maximilian Reiser (Deluz)
Institutionskennzeichen: 260 984 050, Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE 260 984 050

Privacy

Il nostro studio rispetta le norme e regole che riguardano il segreto professionale e la tutela della privacy. I dati personali e i referti dei bambini vengono valutati, memorizzati e inoltrati in modo pseudo anonimizzato (cioè cifrato, il che significa che ne il nome, ne gli iniziali e neanche la data di nascita esatta compaiono nel codice cifrato). In caso di revoca del vostro consenso i dati memorizzati vengono annullati. L'accesso ai dati originali e al codice cifrato è solo permesso alle seguenti persone: Responsabile dello studio OA PD Dr.med. Karl Heinz Brisch e collaboratori dello studio.

I documenti vengono conservati nelle località della clinica psicosomatica e psicoterapeutica pediatrica, in via Pettenkofer 10, 80336 Monaco per la durata di 10 anni.

Una decifrazione avviene soltanto nei casi in cui lo richiede la vostra sicurezza (motivi medici) o se si rivelassero modificazioni nella formulazione della domanda (motivi scientifici).

In caso di pubblicazione dei risultati dello studio, i dati personali rimarranno garantiti nella massima riservatezza.

Segue una valutazione dei questionari e una realizzazione statistica per determinare e valutare la presenza e la distribuzione dei comportamenti a rischio in bambini delle scuole per l'infanzia.

Vi chiediamo cortesemente di dare il vostro consenso per la partecipazione a tale studio e vi ringraziamo anticipatamente per la vostra collaborazione.

La partecipazione è volontaria e il consenso può essere revocato in ogni momento senza dichiarare la motivazione.

Per ulteriori domande siamo a vostra disposizione.

Ho preso nota e ricevuto una copia dell'informazione per i genitori.

Luogo e data

Firma

Vedi retro!

Nome del bambino: _____

Data di nascita: _____

Dichiarazione di consenso:

Titolo:

Il comportamento dei bambini nelle scuole per l'infanzia in Alto Adige

Conduttore responsabile:

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch, clinica e policlinica pediatrica "Dr. von Haunerschen Kinderspital", reparto di psicosomatica e psicoterapia pediatrica, via Pettenkofer 8a, 80336 Monaco, tel.: 089-5160-3709

Il contenuto, la procedura, i rischi e gli obiettivi del suddetto studio mi risultano sufficientemente chiari tramite il documento allegato. Ho avuto abbastanza tempo per decidermi a partecipare o no a tale progetto. Ho ricevuto una copia dell'informazione per i genitori. Sono a conoscenza del fatto che la mia partecipazione è volontaria e che posso revocare il mio consenso senza dover indicare le motivazioni.

Luogo, data

Firma dei genitori/degli educatori

Sono d'accordo che i miei dati vengono utilizzati in forma anonima per valutazioni e pubblicazioni scientifiche. Per questo motivo mi è stato assegnato un codice identificativo. Con la mia sottoscrizione confermo il mio consenso alla partecipazione del suddetto studio.

Luogo, data

Firma dei genitori/degli educatori

Sono d'accordo con l'elaborazione dei dati secondo i sensi dell'informazione sullo studio.

Luogo, data

Firma dei genitori/degli educatori

Cordiali saluti,

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
Conducente del reparto

Specialista per psichiatria e psicoterapia pediatrica e dell'adolescente

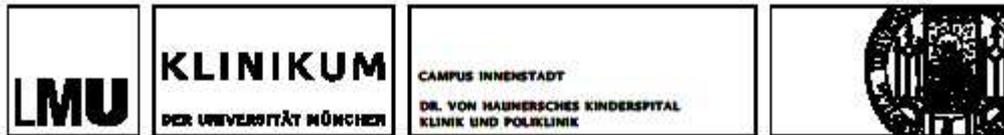
Specialista per psichiatria e psicoterapia

Specialista per medicina psicosomatica e psicoterapia

Specialista per neurologia

Psiconalisti e analisi di gruppo

Cand. med. e dottoranda Kathrin Hübner



Klinikum der Universität München · Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital Pettenkoferstr. 8a
80336 München · Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie

OA PD Dr. med. Karl Heinz Briach
Pädiatrische Psychosomatik
und Psychotherapie
Telefon +49 (0)89 5160 3709
Telefax +49 (0)89 5160 4730
Karl-Heinz.Briach@med.uni-muenchen.de

www.klinikum.uni-muenchen.de

Postanschrift:
Pettenkoferstr. 8A
D-80336 München

Bir Zeichen:

Umwert Zeichen:

München, 22.01.2024

Information und Einverständniserklärung

Verhaltensweisen von Kindern im Kindergartenalter in Südtirol

Verantwortlicher Projektleiter:

OA PD Dr. med. Karl Heinz Briach, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Leiter der Abt. Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Pettenkoferstr. 8a, 80336 München, Tel 089-5160-3709

Aufklärende Ärzte:

OA PD Dr. med. Karl Heinz Briach
Cand. med. Kathrin Hübner

Ziel der Studie:

Da in Südtirol noch keine Studie zu diesem durchaus wichtigen Thema durchgeführt wurde und somit noch keine Daten erhoben werden konnten, haben wir uns die Frage gestellt, wie viele Kinder in den südtiroler Kindergärten Verhaltensauffälligkeiten manifestieren.

Sollten psychische Auffälligkeiten sowohl bei der Einschätzung der Eltern als auch bei derer der Erzieherinnen vorliegen, wäre eine psychologische Unterstützung und Betreuung der Kinder und Beratung der Eltern sinnvoll.

Liebe Eltern,

wir würden gerne das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten und – stärken im Kindergartenalter erfassen. Durch die Bearbeitung eines schriftlichen Fragebogens können Sie daran teilnehmen.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

Bitte wenden!

Direktor/-in der Klinik: Prof. Dr. Christoph Klein

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts

Vorstand: Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Burkhard Gille (Vizein), Kaufmännischer Direktor: Gerd Kaulowski,
Pflegedirektor: Peter Jacobs, Vertreter der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. Dr. h.c. Maximilian Meiser (Dekan)
Institutionskennzeichen: 250 964 050, Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE 833 535 897

Datenschutz

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten und Befunde über Sie erhoben, gespeichert und pseudonymisiert (verschlüsselt), d. h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen noch das exakte Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode, weitergegeben. Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten vernichtet. Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt: Studienleiter OA PD Dr. Karl Heinz Brisch und cand. med. Kathrin Hübner. Die Unterlagen werden in den Räumen der Pädiatrischen Psychosomatik und Psychotherapie, Pettenkoferstr. 10, 80336 München über die Dauer von 10 Jahren aufbewahrt. Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es Ihre eigene Sicherheit erfordert (medizinische Gründe) oder falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt (wissenschaftliche Gründe). Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

Es folgt eine Auswertung der Fragebögen und Erstellung einer Statistik, um die Häufigkeit und Verteilung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindergartenkindern ermitteln und beurteilen zu können. Wir bitten Sie deshalb um eine Zustimmung zur Teilnahme der Studie und bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Die Teilnahme ist freiwillig und Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Einwilligung widerrufen. Da das Risiko als absolut gering einzuschätzen ist, bedarf es keiner Probandenversicherung.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zu einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Von der Elterninformation habe ich Kenntnis genommen und eine Kopie erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte wenden!

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligungserklärung:

Titel:

Verhaltensweisen von Kindern im Kindergartenalter in Südtirol

Verantwortlicher Projektleiter:

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Abt. Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Pettenkofenstr. 8a, 80336 München, Tel. 089-5160-3709

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziele des oben genannten Forschungsprojektes sind mir durch das beiliegende Schreiben ausreichend verständlich. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme an dem Projekt zu entscheiden. Von den Elterninformationen habe ich eine Kopie erhalten. Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

Mit der Verwendung der bei mir erhobenen Daten in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Auswertungen und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen bin ich einverstanden. Aus diesem Grunde wurde mir eine Kennnummer zugeteilt. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Teilnahme an der oben genannten Studie einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

Mit der Datenverarbeitung nach Maßgabe der Studieninformation bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

Mit freundlichen Grüßen

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
Leiter der Abteilung

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Arzt für Nervenheilkunde
Psychoanalyse – Gruppenanalyse

Cand. med. und Doktorandin Kathrin Hübner

15.2 Einwilligungserklärung und Studieninformation Erzieher:innen (deutsch/italienisch)

			
<p>Kliniken der Universität München: Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital Pettenkoferstr. 8a 80336 München, Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie</p>			<p>OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie Telefon +49 (0)89 5160 3709 Telefax +49 (0)89 5160 4730 Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de www.klinikum.uni-muenchen.de</p> <p>Postanschrift: Pettenkoferstr. 8A D-80336 München</p>
Br. Zeichen:	Univ. Zeichen:	München, 23.01.2024	

Information und Einverständniserklärung

Verhaltensweisen von Kindern im Kindergartenalter in Südtirol

Verantwortlicher Projektleiter:

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Leiter der Abt. Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Pettenkoferstr. 8a, 80336 München, Tel 089-5160-3709

Aufklärende Ärzte:

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
Cand. med. Kathrin Hübner

Ziel der Studie:

Da in Südtirol noch keine Studie zu diesem durchaus wichtigen Thema durchgeführt wurde und somit noch keine Daten erhoben werden konnten, haben wir uns die Frage gestellt, wie viele Kinder in den südtiroler Kindergärten Verhaltensauffälligkeiten manifestieren.

Sollten psychische Auffälligkeiten sowohl bei der Einschätzung der Eltern als auch bei der der Erzieherinnen vorliegen, wäre eine psychologische Unterstützung und Betreuung der Kinder und Beratung der Eltern sinnvoll.

Bitte wenden!

Direktor/-in der Klinik: Prof. Dr. Christoph Klein

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts

Vorstand, Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Burkhard Gilo (Vizein), Kaufmännischer Direktor: Gerd Kadewski,
Pflegedirektor: Peter Jacobs, Vertreter der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. Dr. h.c. Maximilian Reiser (Dekan)
Institutionskennzeichen: 250 94 150, Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE 812 536 817

Liebe Erzieher/innen,

wir würden gerne das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten und – stärken im Kindergartenalter erfassen. Durch die Bearbeitung eines schriftlichen Fragebogens können Sie daran teilnehmen.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

Datenschutz

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten und Befunde über Sie erhoben, gespeichert und pseudonymisiert (verschlüsselt), d. h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen noch das exakte Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode, weitergegeben.

Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten vernichtet. Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt:

Studienleiter OA PD Dr. Karl Heinz Briach und cand. med. Kathrin Hübner.

Die Unterlagen werden in den Räumen der Pädiatrischen Psychosomatik und Psychotherapie, Pettenkoferstr. 10, 80336 München über die Dauer von 10 Jahren aufbewahrt.

Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es Ihre eigene Sicherheit erfordert (medizinische Gründe) oder falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt (wissenschaftliche Gründe).

Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

Es folgt eine Auswertung der Fragebögen und Erstellung einer Statistik, um die Häufigkeit und Verteilung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindergartenkindern ermitteln und beurteilen zu können.

Wir bitten Sie deshalb um eine Zustimmung zur Teilnahme der Studie und bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Die Teilnahme ist freiwillig und Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Einwilligung widerrufen. Da das Risiko als absolut gering einzuschätzen ist, bedarf es keiner Probandenversicherung.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zu einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Von der Studieninformation habe ich Kenntnis genommen und eine Kopie erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte wenden!

Einwilligungserklärung:

Titel:
Verhaltensweisen von Kindern im Kindergartenalter in Südtirol

Verantwortlicher Projektleiter:
OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch im Dr. von Hauner'schen Kinderspital, Abt. Pädiatrische Psychoomatik und Psychotherapie, Pettenkofenstr. 8a, 80336 München, Tel. 089-5160-3709

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziele des oben genannten Forschungsprojektes sind mir durch das beiliegende Schreiben ausreichend verständlich. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme an dem Projekt zu entscheiden. Von den Studieninformationen habe ich eine Kopie erhalten. Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Erzieher/innen

Mit der Verwendung der bei mir erhobenen Daten in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Auswertungen und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen bin ich einverstanden. Aus diesem Grunde wurde mir eine Kennnummer zugeteilt. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Teilnahme an der oben genannten Studie einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Erzieher/innen

Mit der Datenverarbeitung nach Maßgabe der Studieninformation bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Erzieher/innen

Mit freundlichen Grüßen

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
Leiter der Abteilung

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Arzt für Nervenheilkunde
Psychoanalyse – Gruppenanalyse

Cand. med. Kathrin Hübner

15.3 Einwilligungserklärung und Studieninformation Kindergartendirektion



Kliniken der Universität München · Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital Pettenkoferstr. 8a
80336 München · Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
Pädiatrische Psychosomatik
und Psychotherapie
Telefon +49 (0)89 5160 3709
Telefax +49 (0)89 5160 4730
Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de

www.klinikum.uni-muenchen.de

Postanschrift:
Pettenkoferstr. 8a
D-80336 München

Br Zeichen:

Umw Zeichen:

München, 23.01.2024

Information und Einverständniserklärung

Verhaltensweisen von Kindern im Kindergartenalter in Südtirol

Verantwortlicher Projektleiter:

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Leiter der Abt. Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Pettenkoferstr. 8a, 80336 München, Tel 089-5160-3709

Aufklärende Ärzte:

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
Cand. med. Kathrin Hübner

Ziel der Studie:

Da in Südtirol noch keine Studie zu diesem durchaus wichtigen Thema durchgeführt wurde und somit noch keine Daten erhoben werden konnten, haben wir uns die Frage gestellt, wie viele Kinder in den südtiroler Kindergärten Verhaltensauffälligkeiten manifestieren.

Sollten psychische Auffälligkeiten sowohl bei der Einschätzung der Eltern als auch bei der der Erzieherinnen vorliegen, wäre eine psychologische Unterstützung und Betreuung der Kinder und Beratung der Eltern sinnvoll.

Bitte wenden!

Divisions-Id der Klinik: Prof. Dr. Christoph Klein

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts

Vorstand Ärztliche Division: Prof. Dr. Burkhard Gille (Vorsitz), Kaufmännische Division: Gerd Kozłowski,
Pflegeleitung: Peter Jacobs, Vertreter der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. Dr. h.c. Maximilian Reiser (Dekan)
Institutionsnummern: 250 964 050, Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE 331 536 80

Sehr geehrte Direktion,

wir würden gerne das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten und – stärken im Kindergartenalter erfassen. Durch die Bearbeitung eines schriftlichen Fragebogens können die Eltern und Erzieherinnen daran teilnehmen. Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

Datenschutz

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten und Befunde über Sie erhoben, gespeichert und pseudonymisiert (verschlüsselt), d. h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen noch das exakte Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode, weitergegeben.

Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten vernichtet.

Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt:

Studienleiter OA PD Dr. Karl Heinz Briach und cand. med. Kathrin Hübner.

Die Unterlagen werden in den Räumen der Pädiatrischen Psychosomatik und Psychotherapie, Pettenkoferstr. 10, 80336 München über die Dauer von 10 Jahren aufbewahrt.

Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es Ihre eigene Sicherheit erfordert (medizinische Gründe) oder falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt (wissenschaftliche Gründe).

Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

Es folgt eine Auswertung der Fragebögen und Erstellung einer Statistik, um die Häufigkeit und Verteilung von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken bei Kindergartenkindern ermitteln und beurteilen zu können.

Wir bitten Sie deshalb um eine Zustimmung zur Teilnahme der Studie und bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Die Teilnahme ist freiwillig und Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Einwilligung widerrufen. Da das Risiko als absolut gering einzuschätzen ist, bedarf es keiner Probandenversicherung.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zu einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Von der Studieninformation habe ich Kenntnis genommen und eine Kopie erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte wenden!

Vor-und Nachname der Leitung

.....

Einwilligungserklärung:

Titel:

Verhaltensweisen von Kindern im Kindergartenalter in Südtirol

Verantwortlicher Projektleiter:

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Abt. Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Pettenkofenstr. 8a, 80336 München, Tel. 089-5160-3709

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziele des oben genannten Forschungsprojektes sind mir durch das beiliegende Schreiben ausreichend verständlich. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme an dem Projekt zu entscheiden. Von den Studieninformationen habe ich eine Kopie erhalten. Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Leitung

Mit der Verwendung der bei mir erhobenen Daten in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Auswertungen und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen bin ich einverstanden. Aus diesem Grunde wurde mir eine Kennnummer zugeteilt. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Teilnahme an der oben genannten Studie einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Leitung

Mit der Datenverarbeitung nach Maßgabe der Studieninformation bin ich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Leitung

Mit freundlichen Grüßen

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
Leiter der Abteilung

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Arzt für Nervenheilkunde
Psychoanalyse – Gruppenanalyse

Cand. med. und Doktorandin Kathrin Hübner