

Diagnostik externalisierender Auffälligkeiten

Stefanie Roos & Barbara Strumann

1 Einleitung

In diesem Beitrag wird die Diagnostik externalisierender Auffälligkeiten am Beispiel von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und von Störungen des Sozialverhaltens (SSV) erläutert. Beide Störungsbilder gehören zu den häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters und ihr diagnostischer Prozess kann als umfangreich und herausfordernd bezeichnet werden.

Eingangs werden externalisierende von internalisierenden Auffälligkeiten abgegrenzt. Es finden sich dann Ausführungen zu Relevanz und Herausforderungen sowie Prinzipien und Elementen einer multimodalen Diagnostik externalisierender Auffälligkeiten, die sich auch in sogenannten Diagnoseleitlinien wiederfinden. Zudem wird der Prozess der diagnostischen Abklärung externalisierender Auffälligkeiten aus Sicht der Schule dargestellt. Im Zuge dessen gibt es einen Überblick über Verfahren, die Screeningzwecken oder einer störungsspezifischen Diagnostik dienen. Diese Verfahren können ggf. auch von Lehrkräften – z. B. im Kontext der Feststellung eines sonderpädagogischen Förder-/Unterstützungsbedarfs nach AO-SF oder einer Förderdiagnostik – eingesetzt werden. Ein Fazit fasst die zentralen Aussagen und Erkenntnisse des Beitrags abschließend zusammen.

2 Externalisierende versus internalisierende Auffälligkeiten

Es gilt externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten zu unterscheiden (Achenbach, 1991; Bilz, 2008). Externalisierende Auffälligkeiten, wie ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens, zeichnen sich dadurch aus, dass sie nach außen – also in der Regel auf die Umwelt – gerichtet sind und bei den betreffenden Kindern und Jugendlichen ein unterkontrolliertes Verhalten vorliegt. Diese Verhaltensweisen fordern das Umfeld häufig zum Agieren und Grenzsetzen auf und werden von Lehrkräften als besonders herausfordernd, störend und schwerwiegend erlebt (Loades & Mastroyannopoulou, 2010).

Internalisierende Auffälligkeiten, wie Depressionen, Angststörungen etc., richten sich hingegen nach innen und gehen mit einer erhöhten Selbstkontrolle der Kinder und Jugendlichen einher, sodass diese Verhaltensweisen im schulischen Kontext eher übersehen bzw. fehlerhaft eingeschätzt

werden können bzw. fälschlicher Weise als nicht so schwerwiegend wahrgenommen werden (Bilz, 2008; 2014).

3 Relevanz und Herausforderungen einer Diagnostik externalisierender Auffälligkeiten

Die in diesem Beitrag fokussierten externalisierenden Auffälligkeiten sind durch eine hohe Stabilität und eine Prävalenz von 5-10 % gekennzeichnet. – Studien in Deutschland und international geben Prävalenzraten für ADHS von 5 % und für die Störung des Sozialverhaltens von 2 bis 10 % an (Falkai et al., 2015) –, weshalb für angehende Pädagog:innen das Wissen um diese Symptomatiken und deren Diagnostik von hoher Relevanz ist.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) drückt sich durch die Kernsymptomatiken der Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität aus. Die Diagnostik einer ADHS ist als anspruchsvoll zu bezeichnen (Petermann & Petermann, 2019a). Es wird für eine Diagnostik gefordert, dass sich die Symptomatik situationsübergreifend und überdauernd in verschiedenen Lebensbereichen – wie Elternhaus, Schule, Freizeit – ausdrücken muss. In eine umfassende Diagnostik sollten darum das Kind bzw. der Jugendliche selbst wie auch Bezugspersonen aus den o.g. Bereichen einbezogen werden, deren Einschätzungen aber nicht immer übereinstimmen (Hennig, Schramm & Linderkamp, 2018). Zudem handelt es sich bei den Kernsymptomen um extreme Ausprägungen von Verhaltensweisen, die alle Kinder und Jugendlichen abhängig von Temperament, Situation und Entwicklungsstand temporär zeigen. Im Rahmen der Diagnostik von ADHS ist deswegen, im Sinne einer dimensional Klassifikation, die Frage zu klären, in welchem Ausmaß und wie überdauernd – inklusive dem Beginn, der üblicherweise in der frühen Kindheit liegt – sowie situationsübergreifend die Symptomatik gezeigt wird. Die Symptomatik sollte deutlich von Kindern und Jugendlichen auf ähnlichem Intelligenzniveau mit vergleichbarem Alters- und Entwicklungsstand abweichen. Zudem muss ein Leidensdruck vorliegen (Frölich, Döpfner & Banaschewski, 2021). Ein gestörtes Selbstbild, das Gefühl des ständigen Scheiterns, soziale Ausgrenzungserfahrungen, schulische Probleme in Folge der Unaufmerksamkeit und das häufige Involviertsein in Konflikte können zum Leidensdruck bei den Kindern und Jugendlichen sowie ihrem Umfeld führen (Jenni, 2017).

Eine differentialdiagnostische Abgrenzung von ADHS zu anderen Symptomatiken ist von besonderer Bedeutung, da auch andere Störungsbilder, wie z. B. Epilepsien, Lern- und Entwicklungsstörungen, Angststörungen etc., mit Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität einhergehen können (differenzierte Übersichten hierzu bei: Jenni, 2017, S. 117; Frölich, Döpfner & Banaschewski, 2021, S. 32). Zudem erwächst eine weitere Herausforderung daraus, dass beispielsweise o.g. Problematiken auch komorbid zu einer ADHS auftreten können (Döpfner, Holtmann & Steinhausen, 2020).

Von einer Störung des Sozialverhaltens spricht man, wenn wiederholt Verhalten auftritt, »... das die Verletzung grundlegender Rechte anderer sowie wichtiger altersrelevanter Normen und Regeln umfasst und das typischerweise in der Kindheit oder im frühen Jugendalter beginnt« (Görtz-Dorten & Döpfner, 2017, S. 12). Dabei lassen sich verschiedene Formen aggressiven Verhaltens unterscheiden, so z. B. proaktive und reaktive Aggression. Bei proaktiver Aggression steht die Überzeugung, persönliche Ziele durch aggressives Verhalten zu erreichen, im Mittelpunkt. Bei reaktiver Aggression fungiert das aggressive Verhalten zur Abwehr von und/oder als Gegenangriff auf Bedrohung, Frustration oder Provokation und wird von massiven Ärger-

gefühlen begleitet (Petermann & Petermann, 2018). Eine differenzierte Diagnostik dient einer Erhebung der Symptomatik und dem Identifizieren von Faktoren, die störungsauslösend und –aufrechterhaltend wirken. Dem Einbezug von Einschätzungen bzw. Berichten des Kindes oder Jugendlichen selbst, seiner Erziehungsberechtigten, seiner Lehrkräfte und weiterer Personen aus seinem Umfeld kommt in diesem Zusammenhang neben einer Klärung komorbider Störungen eine hohe Relevanz zu.

4 Multimodale Diagnostik und deren Elemente

Um dem Anspruch einer Diagnostik der komplexen Verhaltensmuster von ADHS und Störungen des Sozialverhaltens Rechnung tragen zu können, sollte eine evidenzbasierte multimodale Psycho- und Verhaltensdiagnostik (Görtz-Dortgen et al., 2017) präferiert werden, die folgenden Aspekte einbezieht (Freyberg & Stieglitz, 2006):

- verschiedene Modelle und Ebenen (z. B. biologische, psychologische und soziale Merkmale)
- unterschiedliche meist latente Konstrukte (z. B. Erleben, Verhalten und Leistung)
- diverse Quellen (z. B. Kinder und Jugendliche, Erziehungsberechtigte, Lehrkräfte, weitere Hauptbezugspersonen, Aktenanalyse, Einschätzung der diagnostizierenden Person selbst) und
- verschiedene Instrumente und Methoden (Ratingskalen, Interviews, Leistungstests, apparative Verfahren)

Die diagnostische Abklärung umfasst eine ganze Reihe an Elementen, wie die Exploration der Erziehungsberechtigten, Erzieher:innen, Lehrkräften und weiteren Hauptbezugspersonen, die Exploration und psychopathologische Beurteilung des Kindes/Jugendlichen, Fragebogen- und Beobachtungsverfahren zur Verhaltens- und Psychodiagnostik, ergänzende psychologische Diagnostik, eine Anamnese bezüglich körperlicher Symptome, eine somatische Diagnostik sowie die Verlaufskontrolle (Döpfner & Petermann, 2004, S. 98). In den letzten zehn Jahren weisen Studien zudem auf die Bedeutung des Einsatzes standardisierter neuropsychologischer Diagnostikverfahren (z. B. in der ADHS-Diagnostik) hin (Jaščenoka, Schwörer, Petermann & Petermann, 2019). In diesem Kontext rücken Testverfahren in den Fokus, die durch das Lösen bestimmter Aufgaben Aussagen zu Defiziten in der Handlungssteuerung machen können, wie z. B. Schwierigkeiten in Aufmerksamkeitssteuerung, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Arbeitsgedächtnis, Reizfokussierung etc. Auch bestimmte Unterskalen von Intelligenztestverfahren – wie die einige des WISC-V (Wechsler, 2017) – können in diesem Zusammenhang herangezogen werden. Letztendlich sollten mögliche Vor- und Nachteile einer Diagnosestellung vorab immer kritisch geprüft werden.

»Der klinische Einzelfall erfordert eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Frage, ob die Diagnose tatsächlich im Interesse des Kindes ist und welche Vorteile und Risiken eine Störungsklassifikation mit sich bringt.« (Jenni, 2017, S. 119)

5 Diagnoseleitlinien für externalisierende Verhaltensstörungen

Sogenannte Leitlinien, die regelmäßig aktualisiert werden, sollen den komplexen Prozess der Diagnostik erleichtern sowie standardisieren und können eine gute Orientierung für den Diagnoseprozess bieten. Sowohl für ADHS (AMWF online, 2017) als auch für Störungen des Sozialverhaltens (AMWF online, 2016) liegt eine solche Leitlinie vor, die sich auf Prävention, Diagnostik und Intervention bezieht. Nachfolgend finden sich exemplifiziert für ADHS weitere Informationen zu Zielen, Zielgruppen sowie zur praktischen Umsetzung der Leitlinie. Ziele und Zielgruppe werden in der ADHS-Leitlinie wie folgt ausgeführt:

»Die Leitlinie soll in allen Bereichen der Prävention, Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter eingesetzt werden und richtet sich an alle ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen, die Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Störungen oder speziellem Förderbedarf diagnostizieren oder eine Therapie für Personen mit ADHS anbieten oder Patienten mit ADHS und ihre Familien beraten (einschließlich geleiteter Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen).« (AMWF online, 2017, S. 8)

Es bleibt an dieser Stelle anzumerken, dass das diagnostische Vorgehen von Fachpersonen – wie spezialisierten und erfahrenen Kinderpsychiater:innen und Kinderärzt:innen – im Alltag nicht immer einheitlich und gemäß geltender Leitlinien erfolgt (Isensee, Hagemeyer, Rothenberger, Rothenberger & Becker, 2015), insbesondere was die Empfehlungen zum Einbezug von Lehrkraft- bzw. Erzieher:innen-Fragebogen betrifft (Sonneck, Plück, Mücke, Scholz, Winkler & Döpfner, 2021). Laut einer Studie von Kovshoff et al. (2012) nehmen frühere Fallerfahrungen und die Intuition der Diagnostiker:innen sowie die Einstellungen und der berichtete Leidensdruck von Kindern bzw. Jugendlichen, Erziehungsberechtigten und Umfeld (Lehrkräfte, Erzieher:innen, Freund:innen, Verwandtschaft etc.) einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Diagnosestellung.

6 Diagnostische Abklärung externalisierender Auffälligkeiten aus Sicht der Schule

Die Diagnosestellung erfolgt gemäß der gängigen Klassifikationssysteme ICD und DSM; aktuell in den Versionen ICD-10 (BfArM, 2020) und DSM-5 (Falkai et al, 2015). Diese Form der Feststellungsdiagnostik ist Expert:innen – namentlich Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Psychologische Psychotherapeut:innen mit Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche oder Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Diagnostikerfahrung und Fachwissen – vorbehalten.

Externalisierende Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen treten oftmals auch in schulischen Kontexten in Erscheinung; manchmal sogar explizit hier, da in Schule und Klassenraum Anforderungen gestellt werden, mit denen sich diese Schüler:innen schwer tun. Dazu gehören z. B. das Einhalten von Regeln, das Eingebundensein in eine soziale (nicht selbst aktiv gewählte) Peergroup, das Abhängigkeitsverhältnis von einer Autoritätsperson, das Zurückstellen eigener Bedürfnisse etc. Daher sind Lehrkräfte in der Praxis nicht selten diejenigen, denen die externalisierenden Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen (erstmalig) auffallen, die einen pädago-

gischen Screeningprozess einleiten, durch eingeleitete Gespräche mit den Erziehungsberechtigten zu einer Sensibilisierung des Umfeldes der:des Schüler:in beitragen, an Expert:innen für eine professionelle Diagnosestellung weiterleiten sowie für Letztere eine wichtige Informationsquelle darstellen.

Liegt ein begründeter Verdacht auf eine externalisierende Auffälligkeit vor, werden – sofern vorhanden – Schulpsycholog:innen, sonderpädagogische Lehrkräfte, Beratungslehrer:innen und/oder Schulsozialarbeiter:innen kontaktiert und ein pädagogischer Screeningsprozess eingeleitet. Hierbei werden zunächst häufig Gespräche mit dem:der betreffenden Schüler:in, Lehrkräften, Erziehungsberechtigten sowie ggf. Mitschüler:innen und sonstigen relevanten Personen, wie z. B. dem:der Hausmeister:in etc., geführt. Auch Verhaltensbeobachtungen im Unterricht und in Pausensituationen – möglichst strukturiert und ggf. unter Einbezug von standardisierten Beobachtungsinstrumenten – helfen dabei, sich ein umfassendes Bild zu schaffen. Eine Aktenanalyse gibt Aufschluss über ggf. bereits erfolgte Präventions- und Interventionsmaßnahmen sowie bereits vorliegende schulische Diagnostikerggebnisse. Ergänzend kommen häufig störungsübergreifende Screeningverfahren zum Einsatz, um die zu Beginn des diagnostischen schulischen Prozesses aufgestellte Fragestellung bzw. die aufgestellten Hypothesen (Hesse & Latzko, 2017, S. 63-65) zu überprüfen. Eine Übersicht über entsprechende Screeningverfahren findet sich in Tabelle 1.

Ein kostenloses für Forschungszwecke frei verfügbares Screeningverfahren stellt der DBR-PUTSIE dar. Das Verfahren erhebt positives schulbezogenes Verhalten, externalisierende und internalisierende Verhaltensprobleme über eine direkte Verhaltensbeurteilung im Klassenraum der Schule auf einer 7-stufigen Skala (von 1= nie bis 7= immer)(Schurig et al. 2020). Externalisierendes Verhalten wird über die drei Skalen »Trotzverhalten« (vier Items), »Unaufmerksamkeit« (sechs Items) und »Impulsivität« (sechs Items) abgebildet.

Darüber hinaus können Intelligenz-, Teilleistungsdiagnostika sowie standardisierte störungsspezifische Verfahren Anwendung finden. Störungsspezifische Verfahren werden in Tabelle 2 für ADHS und in Tabelle 3 für Störungen des Sozialverhaltens zusammenfassend dargestellt. Die diagnostischen Ergebnisse aus dem Gesamtprozess können im Sinne einer Förderdiagnostik genutzt werden, um Fördermaßnahmen abzuleiten. Das Vorgehen kann auch Teil der Feststellung eines sonderpädagogischen Förder-/Unterstützungsbedarfs sein.

Sollte sich der Verdacht bezogen auf das Vorliegen einer externalisierenden Störung erhärten, sollten sich Gespräche mit den Erziehungsberechtigten anschließen, in denen diese im Hinblick auf das Einleiten einer klinisch-psychologischen/-psychotherapeutischen diagnostischen Abklärung beraten werden. Eine grafische Übersicht zum Ablauf einer solchen diagnostischen Abklärung aus Sicht der Schule findet sich bezogen auf ADHS bei Frölich, Döpfner und Banaschewski (2021, S. 59).

Tabelle 1: Störungsübergreifende Screeningverfahren für das Kindes- und Jugendalter

Verfahren	Kurzbeschreibung
Child Behavior Checklist Deutsche Schulalter-Formen (Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen [CBCL/6-18R], Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen [TRF/6-18R], Fragebogen für Jugendliche [YSR/11-18R]) (Döpfner, Plöck & Kinnen, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten, somatischen Beschwerden sowie sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen durch Eltern (CBCL), Lehrkräfte (TRF) oder Jugendliche (YSR) • 8 Problemskalen: Ängstlich/depressiv, Rückzöglich/depressiv, Körperliche Beschwerden, Soziale Probleme, Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme, Regelverletzendes Verhalten, Aggressives Verhalten • 3 übergeordnete Skalen: Gesamtauffälligkeit, Internale Probleme, Externale Probleme • DSM-orientierte Skalen: Affektive Symptome, Angstsymptome, Körperliche Symptome, Unaufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptome, Oppositionelle Verhaltenssymptome, Dissoziale Symptome • Bearbeitungsdauer: je Bogen 15-20 Minuten
LSL Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (Petermann & Petermann, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: differenzierte Beurteilung von schulbezogenem Sozial- und Lernverhalten • Sozialverhalten (6 Teilbereiche): Kooperation, Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle, Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft, angemessene Selbstbehauptung, Sozialkontakt • Lernverhalten (4 Teilbereiche): Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer, Konzentration, Selbstständigkeit beim Lernen, Sorgfalt beim Lernen • Einsatzbereich: alle Schulformen, Schülerinnen von 6 bis 19 Jahren • Bearbeitungszeit: ca. 5 Minuten
SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire. Deutsche Version (Goodman, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung von Stärken und Schwächen von Kindern bzw. Jugendlichen • unter www.sdqinfo.org kostenlos in über 80 Sprachversionen, u.a. Deutsch, abrufbar • Lehrkraft- und Elternversion zur Einschätzung vier bis 16-Jähriger • Selbstberichtsversion für Jugendliche ab elf Jahren • 25 Fragen • Fünf Skalen: Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit, Probleme mit Gleichaltrigen, Prosoziales Verhalten • Bearbeitungszeit: ca. 5 Minuten
SSL Schülereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (Petermann & Petermann, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Schülerversion der Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (LSL) • 40 Aussagen zu den identischen zehn Bereichen des Sozial- und Lernverhaltens wie bei der LSL • Einsatzbereich: alle Schulformen, ab Jahrgangsstufe 4 • Bearbeitungszeit: ca. 10 Minuten
SVS Screening für Verhaltensauffälligkeiten im Schulbereich (Mutzeck, Fingerle & Hartmann, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Beurteilung von Schülermerkmalen und –verhaltensweisen durch Lehrkräfte • Umfang: 49 Items • Einsatzbereich: Schülerinnen von 6-12 Jahren • 4 Skalen: AS (Aggressivität/Sozialverhalten), HY (Hyperaktivität), IS (Internalisierende Störungen), FR (Fähigkeiten und Ressourcen) • Bearbeitungszeit: ca. 7 Minuten

Tabelle 2: Diagnostische Verfahren zur Erfassung einer ADHS

Verfahren	Kurzbeschreibung
<i>Übergreifend/ zur klinischen Diagnostik</i>	
ADHS-KJ ADHS-Diagnostikum für Kinder und Jugendliche (ADHS-KJ) (Petermann & Petermann, 2019b)	<ul style="list-style-type: none"> • multimodales und multimethodales Verfahren zur leitliniengetreuen ADHS-Diagnostik (mit Ausnahme medizinischer Aspekte) • Fremdurteil (Eltern, Lehrkraft), Verhaltensbeobachtung und direkte Testung (Aufmerksamkeit, Organisation der Informationsverarbeitung, Inhibition) des Kindes/Jugendlichen • Einsatzbereich: 6-12 Jahre
CONNERS 3® Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten – 3 (Lidzba, Christiansen & Drechsler, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung von Aufmerksamkeitsstörungen • ADHS-Kernsymptome, aggressives Verhalten, Sozialverhalten, exekutive Funktionen, Lernprobleme • 4 Versionen (ADHS-Index, Langversion, Kurzversion, Global-Index) mit Eltern-, Lehrkraft- und z.T. Selbstbeurteilungsfragebogen • Bearbeitungsdauer: 5 Minuten (Indexform) bis 20 Minuten (Langversion)
DCL-ADHS Diagnose-Checkliste ADHS aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandteil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-5 • Beurteilungsebenen: klinisches Urteil in Diagnose-Checklisten (DCL)
FBB-ADHS Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandteil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-5 • Beurteilungsebene: Fremdurteil durch Erziehungsberechtigte, Lehrkräfte oder Erzieherinnen in Fremdbeurteilungsbögen (FBB)
SBB-ADHS Selbstbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandteil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-5 • Beurteilungsebene: Selbsturteil des Kindes oder Jugendlichen ab dem Alter von 11 Jahren anhand von Selbstbeurteilungsbögen (SBB)
<i>Aufmerksamkeit und Konzentration</i>	
d2-R Elektronische Fassung des Aufmerksamkeits- und Konzentrationstests d2-R (Schmidt-Atzert & Brickenkamp, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: PC-gestützte Erfassung von Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit • 14 Bildschirmseiten mit Bearbeitungszeit pro Seite (mit 60 Items) von 20 Sekunden • Einsatzbereich: ab 8 Jahren • Bearbeitungsdauer: ca. 9 bis 15 Minuten

Fortsetzung Tabelle 2

Verfahren	Kurzbeschreibung
DKT-K Differentieller Konzentrationstest für Kinder (Funsch & Martin, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: PC- gestützte Überprüfung der längerfristigen Konzentrationsfähigkeit • Einsatzbereich: 5-10 Jahre • Bearbeitungszeit: 15-35 Minuten
FAIR-2 Frankfurter Aufmerksamkeits- Inventar 2 (Moosbrugger, Oehlschlägel & Steinwascher, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung interindividueller Unterschiede in Aufmerksamkeitsleistung und Konzentrationsfähigkeit • Einsatzbereich: 9-85 Jahre • Bearbeitungszeit: ca. 6 Minuten
<i>Lern- und Leistungsmotivation</i>	
FLM 3–6 R Fragebogen zur Leistungsmotivation für Schülerinnen und Schüler der 3. bis 6. Klasse – Revision (Lohbeck & Petermann, 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung motivationaler, volitionaler und emotionaler Merkmale der Leistungsmotivation • Skalen: Leistungsstreben (LB), Ausdauer (AUS), Anstrengungsvermeidung (AV), Angst vor Erfolg (AE), Prüfungsangst (PA) • Einsatzbereich: 3.-6. Jahrgangsstufe • Bearbeitungszeit: ca. 5-10 Minuten
SELLMO Skalen zur Erfassung der Lern- und Leistungsmotivation (Spinath, Stiensmeier-Pelster, Schöne & Dickhäuser, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung von Zielorientierungen mit entscheidender Wirkung in Lern- und Leistungssituationen • 31 Items zu 4 Zielarten: Lernziele, Annäherungs-Leistungsziele, Vermeidungs-Leistungsziele, Tendenz zur Arbeitsvermeidung • Einsatzbereich: 3.-10. Jahrgangsstufe, Studierende • Bearbeitungszeit: 8-15 Minuten

Tabelle 3: Diagnostische Verfahren zur Erfassung einer Störung des Sozialverhaltens

Verfahren	Kurzbeschreibung
<i>Klinische Diagnose-Checkliste</i>	
DCL-SSV Diagnose-Checkliste SSV aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandteil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-5 • Beurteilungsebenen: klinisches Urteil in Diagnose-Checklisten (DCL)
<i>Beobachtungsverfahren</i>	
BASYS-L Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings im Fremdurteil – Version für Lehrer(Wettstein, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Systematische Beobachtung von aggressivem Verhalten • teilnehmende Beobachtung während des Unterrichts • Erfassung von fünf Formen aggressiven Schülerverhaltens und einer Form oppositionellen Verhaltens • Unterscheidung von proaktiver und reaktiver Aggression • Einsatzbereich: alle Schulformen • Bearbeitungsdauer: 2 mal 45 Minuten täglich
EAS Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen im Selbsturteil (Petermann & Petermann, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung des Merkmals Aggression in verschiedenen, konkret dargestellten Alltagssituationen • Versionen EAS-J (Jungen); EAS-M (Mädchen) • 22 Items mit Alltagskonflikten zwischen Kindern sowie Aggressionen gegen Gegenstände und Autoaggression • Einsatzbereich: 9-12 Jahre • Bearbeitungsdauer: 20-30 Minuten
<i>Fragebogenverfahren</i>	
BVF Bullying- und Viktimie- rungsfragebogen (von Marées & Petermann, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung der Häufigkeit des Betroffenseins von aggressiven Handlungen als Opfer oder Täter • BVF- K: Kinderversion mit Opferskala (direkte und indirekte Viktimisierung) und Täterskala (direkte und indirekte Aggression) • Einzelinterview (4 bis 8-Jährige); Gruppenbefragung (9 bis 11-Jährige) • Bearbeitungsdauer: 15-20 Minuten • BVF- L: Lehrkraftversion mit Täterskala (Bullying) und Opferskala (Viktimisierung) • Bearbeitungsdauer: ca. 5 Minuten pro Kind
FAVK Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern zur Fremdbeurteilung (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung auslösender und aufrechterhaltender Faktoren aggressiven Verhaltens • Fremdbeurteilungsbogen (FAVK-F) für Eltern, Lehrkräfte und Erzieherinnen, Selbstbeurteilungsbogen (FAVK-S), Klinischer Beurteilungsbogen (FAVK-K) mit je 25 Items • Einsatzbereich: FAVK-F und FAVK-K: 4-14 Jahre; FAVK-S: 9-14 Jahre • Bearbeitungsdauer: FAVK-F und FAVK-S: ca. 10 Minuten; FAVK-K: ca. 30 Minuten
FEEL-KJ Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation im Selbsturteil (Grob & Smolenski, 2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: mehrdimensionale Erfassung von Emotionsregulationsstrategien für die Emotionen Angst, Trauer und Wut • zudem Erfassung psychosozialer Kompetenzen • Einsatzbereich: 10-19 Jahre • Bearbeitungsdauer: 10-30 Minuten

Fortsetzung Tabelle 3

Verfahren	Kurzbeschreibung
FEPA Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten (Lukesch, 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung positiven und negativen Sozialverhaltens • 4 Skalen: Empathie (als Antagonist zur Aggressionsbereitschaft), Prosozialität (Gegenstück zu aggressivem Verhalten), Aggressionsbereitschaft, aggressives Verhalten • Einsatzbereich: 6. bis 10. Jahrgangsstufe • Bearbeitungsdauer: ca. 30 Minuten
SBB SSV Selbstbeurteilungsbogen für SSV aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Götz-Dorten, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandteil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-5 • Beurteilungsebene: Selbsterteil des Kindes oder Jugendlichen ab dem Alter von 11 Jahren anhand von Selbstbeurteilungsbögen (SBB)
STAXI-2-KJ State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2 für Kinder und Jugendliche (Kupper & Rohmann, 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Erfassung von situationsbezogenem und dispositionellem Ärger, Ärgerausdruck und Ärgerkontrolle • Einsatzbereich: 9-16 Jahre • Bearbeitungsdauer: Selbstbeurteilung ca. 10 Minuten; Fremdbeurteilung ca. 5 Minuten

7 Fazit

Es ist deutlich geworden, wie externalisierende Auffälligkeiten im klinisch-psychologisch-/psychiatrischen Kontext diagnostiziert werden und an welchen Stellen die diagnostische Expertise von Lehrkräften Einsatz finden kann. Darüber hinaus kann das in diesem Beitrag vermittelte Wissen um eine professionelle Diagnosestellung nach ICD und DSM – für die Lehrkräfte nicht zuständig sind – in Prozesse einer pädagogisch-psychologischen Diagnostik, die in der Schule stattfinden, einfließen. So kann informelle Diagnostik zielführend durch formelle Diagnostik angereichert werden (Hesse & Latzko, 2017). Das Wissen um formelle Verfahren kann im Rahmen der »zehn Aufgabenbereiche zum expliziten Diagnostizieren« (ebd., S. 56-58), wovon der letzte Anlass in der zu diesem Beitrag passenden »Diagnostik von sozialen Kompetenzen und Sozialverhalten« besteht, fruchtbar gemacht werden. Im Rahmen diagnostischen Lehrkrafthandelns bleibt es jedoch zentral, dass

»(...) jede Lehrkraft vor jedem Testeinsatz bei einem Einzelschüler oder bei der gesamten Klasse prüft, ob das entsprechende diagnostische Wissen, Können und die Erfahrung tatsächlich ausreichen, um ethisch verantwortungsvoll zu handeln. Im abschlägigen Fall ist die Delegation des diagnostischen Problems an einen Experten kein Prestigeverlust, sondern Ausdruck für die gebotene Vorsicht und Verantwortung.« (Hesse & Latzko, 2017, S. 55)

Inklusiv ausgerichtete Lehrkräfte können daz beitragen, ein pädagogisches Setting zu schaffen und Lernarrangements zu gestalten, die einer Entstehung und Aufrechterhaltung externalisierender Auffälligkeiten bestenfalls entgegenwirken. Zumindest sollten sie den oben genannten Leidensdruck möglichst gering halten, sodass positiv auf das multifaktorielle Entstehungsmodell nach außen gerichteten unterkontrollierten Verhaltens eingewirkt werden kann.

Mit dieser Sensibilisierung für die Möglichkeiten und Grenzen, die es für Lehrkräfte im Feld von Beratung und Diagnostik – auch bezogen auf externalisierende Auffälligkeiten – zu berücksichtigen gilt, schließt dieser Beitrag.

Literatur

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- AMWF online (2016). *Kurzfassung der evidenz- und konsensbasierten Leitlinie (S3) AWMF-Registernummer 028-020 Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-020k_S3_Stoerungen_des_Sozialverhaltens_2018-09_1.pdf
- AMWF online (2017). *Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie »Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter«*. AWMF-Registernummer 028-045. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.) (2020). ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020,

- Köln. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/>
- Bilz, L. (2008). *Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bilz, L. (2014). Werden Ängste und depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen in der Schule übersehen? *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 28(1-2), 57-62. <https://doi.org/10.1024/1010-0652/a000118>
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III)*. Bern: Hogrefe.
- Döpfner, M., Holtmann, M. & Steinhausen, H.-C. (2020). Differentialdiagnose im Kindes- und Jugendalter. In H.-C. Steinhausen, M. Döpfner, M. Holtmann, A. Philipsen & A. Rothenberger (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 296-302). Stuttgart: Kohlhammer.
- Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. (2014). *CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. & Zaudig, M. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-5®* (2., korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. <https://www.hogrefe.com/de/shop/diagnostisches-und-statistisches-manual-psychischer-stoerungen-dsm-5r-88625.html>
- Freyberger, H.J. & Stieglitz, R.-D. (2006). Leitlinien zur Diagnostik in der Psychiatrie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(1), 23-33. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.54.1.23>
- Frölich, J., Döpfner, M. & Banaschewski, T. (2021). *ADHS in Schule und Unterricht. Pädagogisch-didaktische Ansätze im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzepts* (2., akt. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Funsch, K. & Martin, B.A. (2017). DKT-K Differentieller Konzentrationstest für Kinder. Göttingen: Hogrefe.
- Goodman, R. (2005). *Strengths and Difficulties Questionnaire. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires*. <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=German>
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2017). Systematik und empirischer Kenntnisstand zu den Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 11(2), 103–110. <https://doi.org/10.1007/s11757-017-0411-x>
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). *Fragebogen zu aggressiven Verhalten von Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A., Treier, A.-K., Stadler, C., Banaschewski, T., Fegert, J.M., Plener, L.P. & Döpfner, M. (2017). Diagnostik und Therapie aggressiver Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendmedizin*, 17(1), 14-20. DOI: 10.1055/s-0038-1629397

- Grob, A. & Smolenski, C. (2009). *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. FEEL-KJ. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Hesse, I. & Latzko, B. (2017). *Diagnostik für Lehrkräfte* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Opladen: Barbara Budrich.
- Isensee, C., Hagmeyer, Y., Rothenberger, A., Rothenberger, L.G. & Becker, A. (2015). AWMF-Leitlinie zu Hyperkinetischen Störungen in der Praxis: Wissen, Vertrautheit, Nutzung und Einstellung bei Therapeuten und Ärzten im Kinder- und Jugendbereich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(2), 91–100. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000338>
- Jaščenoka, J., Schwörer, M.C., Petermann, F. & Petermann, U. (2019). Zum Zusammenhang von Arbeitsgedächtnisleistungen und ausgewählten Exekutivfunktionen bei Kindern mit ADHS. Ein Beitrag zur Kriteriumsvalidität des ADHS-KJ. *Kindheit und Entwicklung*, 28(2), 114–122. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000281>
- Jenni, O. (2017). ADHS Spektrum. *Lernen und Lernstörungen*, 6(3), 113-121. <https://doi.org/10.1024/2235-0977/000174>
- Kovshoff, H., Williams, S., Vrijens, M., Danckaerts, M., Thompson, M., Yardley, L. & Sonuga-Barke, E.J.S. (2012). The decisions regarding ADHD management (DRAMa) study: uncertainties and complexities in assessment, diagnosis and treatment, from the clinician's point of view. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(2), 87-99. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0235-8>
- Kupper, K. & Rohrmann, S. (2016). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2 für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.
- Lidzba, K., Christiansen, H. & Drechsler, R. (2015) *CONNERS 3® Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten – 3*. Göttingen: Hogrefe.
- Loades, M.E. & Mastroyannopoulou, K. (2010). Teachers' recognition of children's mental health problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(3), 150–156. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1475-3588.2009.00551.x>
- Lohbeck, A. & Petermann, F. (2019). FLM 3–6 R Fragebogen zur Leistungsmotivation für Schülerinnen und Schüler der 3. bis 6. Klasse – Revision. Göttingen: Hogrefe.
- Lukesch, H. (2006). *Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Marées, N., von & Petermann, F. (2010). *Bullying- und Viktimisierungsfragebogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Moosbrugger, H., Oehlschlägel, J. & Steinwascher, M. (2011). *FAIR-2 Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar 2* (2., überarb., erg. u. normenakt. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Mutzeck, W., Fingerle, M., Hartmann, B. (2011). *SVS – Screening für Verhaltensauffälligkeiten im Schulbereich*. München: Reinhardt.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2015). *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS)* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2018). Aggressives und oppositionelles Verhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 27(2), 67–70. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000246>

- Petermann, U. & Petermann, F. (2013). *LSL Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten* (2., erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2014). * SSL Schülereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2019a). ADHS: Neue Ansätze in Diagnostik und Therapie. *Kindheit und Entwicklung*, 28(2), 81–84. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000277>
- Petermann, U. & Petermann, F. (2019b). *ADHS-Diagnostikum für Kinder und Jugendliche (ADHS-KJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt-Atzert, L. & Brickenkamp, R. (2017). *d2-R Elektronische Fassung des Aufmerksamkeits- und Konzentrationstests d2-R*. Göttingen: Hogrefe.
- Schurig, M., Garthe-Krause, S. & Gebhardt, M. (2020). Verlaufsdagnostik für Verhalten in der Schule (DBR-PUTSIE). DOI: 10.13140/RG.2.2.33359.84641
- Sonneck, A., Plück, J., Mücke, K., Scholz, K., Winkler, L. & Döpfner, M. (2021). Leitlinienadhärenz in der Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen in der Routineversorgung – eine repräsentative Befragung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(2), 115–123. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000773>
- Spinath, B., Stiensmeier-Pelster, J., Schöne, C. & Dickhäuser, O. (2012). *SELLMO Skalen zur Erfassung der Lern- und Leistungsmotivation* (2., überarb. u. neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Wechsler, D. (2017). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Fifth Edition (WISC-V; dt. Fassung von F. Petermann)*. Frankfurt: Pearson Assessment.
- Wettstein, A. (2008). *BASYS-L. Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings – Version für Lehrer*. Göttingen: Huber.

Univ.-Prof. Dr. Stefanie Roos ist studierte Sonderpädagogin (Lehramt mit den Förderschwerpunkten Lernen und Emotionale und soziale Entwicklung) sowie Dipl.-Pädagogin. Sie ist Professorin für Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Förderpädagogik an der Universität Siegen. <https://orcid.org/0000-0002-5548-6592>

Dr. Barbara Strumann ist sonderpädagogische Lehrerin, Fachleiterin für Emotionale und soziale Entwicklung und Kernseminarleiterin am Zentrum für schulpraktische Lehrerbildung (ZfsL) Münster sowie Fachberaterin für den Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung und Inklusion an der Bezirksregierung Münster. <https://orcid.org/>