

# Grundlagenbericht Entwicklungs- verzögerungen/-störungen bei 0- bis 14-Jährigen

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



# Entwicklungsverzögerungen/ -störungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich: Datenlage und Versorgungsaspekte

Grundlagenbericht für das BMG

Autorinnen/Autoren:

Robert Griebler  
Judith Anzenberger  
Joachim Hagleitner  
Sophie Sagerschnig  
Petra Winkler

Projektassistenz:

Alexandra Mayerhofer

Wien, im Oktober 2013

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



Vorgeschlagene Zitierweise:

Griebler, Robert; Anzenberger, Judith; Joachim, Hagleitner; Sagerschnig, Sophie;  
Winkler, Petra (2013): Entwicklungsverzögerungen/-störungen bei 0- bis 14-jährigen  
Kindern in Österreich: Datenlage und Versorgungsaspekte. Grundlagenbericht für das  
BMG. Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,  
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier  
ohne optische Aufheller hergestellt.



# Kurzfassung

## *Auftrag*

Ursprüngliches Ziel des Projekts „Entwicklungsverzögerungen/Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) war die Sammlung und Aufbereitung der zu diesem Thema vorhandenen Daten, um die **epidemiologische Situation** in Österreich zu beleuchten, bzw. gegebenenfalls das Aufzeigen von Datenlücken. Standardisierte Daten, Einzelstudien, Kindergartenuntersuchungen der einzelnen Bundesländer sowie Daten des BMG wurden analysiert, durch eine Expertenbefragung ergänzt und im internationalen Vergleich reflektiert.

Ein weiteres Ziel war die qualitative Einschätzung und Darstellung der **Versorgungssituation** und des **Versorgungsbedarfes** in Österreich. Es sollten insbesondere Defizite und Handlungsfelder in diesem Bereich aufgezeigt werden. Dazu wurden qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten aus der ambulanten Versorgung geführt.

Die Ergebnisse beider Untersuchungsschwerpunkte wurden mit ausgewählten Expertinnen und Experten im Rahmen eines abschließenden Workshops kritisch reflektiert. Im Zuge dessen wurden auch Vorschläge zur Verbesserung der Datenlage sowie zur Verbesserung der Versorgungssituation diskutiert.

## *Definition*

Das Projekt wird sowohl hinsichtlich des Alters der betroffenen Kinder als auch inhaltlich-medizinisch eingegrenzt. Es geht um 0- bis 14-jährige Kinder, die von folgenden Krankheitsbildern betroffen sind:

- » **tiefgreifende Entwicklungsstörungen** (ICD-10 F84; Autismus, Rett-Syndrom, Asperger-Syndrom etc.),
- » **Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend** (ICD-10 F90-F98; hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, Störungen sozialer Funktionen, Ticstörungen sowie andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) und
- » **umschriebene Entwicklungsstörungen** (ICD-10 F80-F83; ... des Sprechens und der Sprache, ... schulischer Fertigkeiten, ... der motorischen Funktionen, kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen).

### *Risiko- und Schutzfaktoren*

Entwicklungsverzögerungen/-störungen sind selten auf einzelne „Ursachen“ zurückzuführen, vielmehr sind Anzahl und Konstellation mehrerer Risikofaktoren entscheidend. **Interne Risikofaktoren** (personenbezogen) sind etwa genetische Disposition, Komplikationen vor oder während der Geburt sowie ein schwieriges kindliches Gemüt (Temperament). Als **externe Risikofaktoren** (umweltbezogen) werden **psychosoziale Stressfaktoren im familiären bzw. näheren sozialen Umfeld** des Kindes bezeichnet (mangelnde Unterstützung durch die Eltern, psychisch kranke Eltern, Alkoholabhängigkeit eines Elternteils etc.).

Im Sinne eines modernen Gesundheitsverständnisses spielen nicht nur Risikofaktoren, sondern auch **Schutzfaktoren** eine Rolle dabei, ob Entwicklungsverzögerungen auftreten oder nicht. Einen angeborenen Schutzfaktor stellt beispielsweise überdurchschnittliche Intelligenz dar. Schutzfaktoren können aber auch im Rahmen psychosozialer Prozesse erworben werden und/oder ihren Ursprung im Umfeld des Kindes haben.

### *Epidemiologische Situation*

Die Datensituation erlaubt weder österreichweite noch repräsentative Aussagen zur Häufigkeit entwicklungsbedingter Auffälligkeiten. Die Datenbestände decken zudem nur Ausschnitte des anvisierten Altersspektrums der 0- bis 14-Jährigen ab und liegen zumeist nicht in einer vergleichbaren Weise vor. Einschätzungen zur Häufigkeit von Entwicklungsstörungen/-verzögerungen können – mit Ausnahme der Sprachentwicklung – nur auf Basis lokaler und regionaler Daten getätigt werden.

- » Zur Abschätzung der Häufigkeit **tiefgreifender Entwicklungsstörungen** fehlen vor allem Angaben aus dem ambulanten und dem niedergelassenen Bereich.
- » **Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten** mit Beginn in der Kindheit und Jugend werden derzeit bei rund 10 Prozent der Vier- bis Siebenjährigen vermutet (regionale Ergebnisse). Ob und inwieweit diese Ergebnisse jedoch kumulativ zu betrachten sind und auf Gesamtösterreich übertragen werden können, bleibt unklar.
- » **Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache** werden derzeit bei rund 7 bis 11 Prozent der vier- bis fünfjährigen Kinder mit deutscher Muttersprache angenommen. Logopädische Auffälligkeiten wurden bei rund 57 bis 69 Prozent der Drei- bis Sechsjährigen festgestellt; als therapiebedürftig gelten 20 bis 33 Prozent. Es handelt sich dabei jedoch ausschließlich um regionale Ergebnisse, die nicht per se auf Gesamtösterreich übertragen werden können.
- » **Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten** können – je nach Schweregrad – bei 6 bzw. 15 Prozent der Sechs- bis Zwölfjährigen vermutet werden; ein Ergebnis, das jedoch ausschließlich auf einer lokalen Studie beruht.



- » Von **umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen** scheinen rund 25 Prozent der Vier- bis Fünfjährigen bzw. je 16 Prozent der Sechs- und Achtjährigen in Bezug auf ihre Grob- und Feinmotorik betroffen zu sein; Ergebnisse, die ebenfalls nur regionale Gültigkeit besitzen.

**Keine Alternative** zu fehlenden Datenbeständen sind Expertenbefragungen, denn die diesbezüglichen Ergebnisse weisen eine **große Bandbreite** auf. Ärztinnen/Ärzte und Psychologinnen/Psychologen tendieren eher zu niedrigeren, Therapeutinnen/Therapeuten zu höheren Einschätzungen. Möglicherweise liegt dies an einer unterschiedlich streng ausgelegten Definition der Störungsbegriffe und/oder daran, dass für die Einschätzung entweder Fachliteratur oder Praxiserfahrungen herangezogen werden. Inwieweit die Ergebnisse aus Deutschland einen realistischen Orientierungsrahmen für Österreich darstellen, ist unklar. Den deutschen Ergebnissen zufolge wären

- » rund 2 bis 7 Prozent der 3- bis 13-Jährigen von **ADHS** betroffen (Verdachtsfälle: bei weiteren 5 bis 6 Prozent),
- » 7 bis 8 Prozent von Störungen des **Sozialverhaltens**,
- » 7 bis 11 Prozent von **emotionalen Problemen** und
- » 15 bis 16 Prozent von **Verhaltensauffälligkeiten**.

Zudem würden

- » rund 0,5 bis 0,8 Prozent der 0- bis 12-Jährigen **Ticstörungen** aufweisen (regionale Ergebnisse),
- » rund 17 bis 27 Prozent der 6- bis 7-Jährigen (Gruppe der einzuschulender Kinder) **Sprachauffälligkeiten** und
- » rund 14 bis 15 Prozent der 6- bis 7-Jährigen Defizite in der **Grob-**, 14 bis 17 Prozent in der **Feinmotorik**; allesamt regionale Ergebnisse.

Im Bereich der **Sprachentwicklung** können dabei rund **10 Prozent** der Vorschulkinder bzw. der einzuschulenden Kinder als **Risikokinder** bezeichnet werden. Sie weisen expressive Sprachstörungen bzw. Defizite im syntaktischen und phonetischen Bereich auf.

**Keine Einschätzungen** können hingegen – auch auf Basis der deutschen Datenbestände – über die **Gesamtmenge der entwicklungsverzögerten/-gestörten** Kinder und Jugendlichen getroffen werden. Zu unklar ist, wie sehr sich die einzelnen Teilmengen überschneiden.

#### *Verbesserungspotenziale in der Versorgung*

In den letzten Jahren hat sich das Bewusstsein für eine gesunde psychische Entwicklung der Kinder deutlich erhöht. Die unterschiedlichen **Versorgungsangebote** für psychisch kranke Kinder sind **spürbar ausgebaut** worden. Dennoch bestehen nach wie

vor – zum Teil schwer quantifizierbare – **Lücken** in der Versorgung. Der Versorgungsgrad wird durch unterschiedliche Faktoren bestimmt, beispielsweise spielen **Stadt-Land-Unterschiede** eine zentrale Rolle. Ebenso wichtig ist das Zusammenwirken der unterschiedlichen Leistungsanbieter.

Als Ausgangspunkt für Veränderungen sollten die folgenden Verbesserungspotenziale näher betrachtet werden:

- » Das Wissen über die gesunde Entwicklung von Kindern und die Fähigkeit, entwicklungsbedingte Auffälligkeiten zu erkennen, ist in den **Ausbildungen** der Ärztinnen/Ärzte und Pädagoginnen/Pädagogen unzureichend verankert. Insbesondere die Kenntnisse in der **Diagnostik** (z. B. Berücksichtigung der Situation der Eltern) und die **Kommunikationskompetenz** im Umgang mit Kindern sind unzureichend.
- » Der Bereich der **Behandlung und Therapie** ist relativ unübersichtlich, insbesondere in **ländlichen Regionen** besteht therapeutische **Unterversorgung** (siehe „Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie“), für Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gibt es ein besonders hohes Defizit. Kostenlose Angebote – v. a. bei funktionellen Therapien – sind keinesfalls flächendeckend gewährleistet.
- » Das **Informationsangebot** für Eltern wie auch für die einzelnen Leistungsanbieter über die unterschiedlichen „Behandlungspfade“, aber auch über die Finanzierungsmöglichkeiten sollte verbessert werden. Der Mangel an Information hängt auch mit der zumeist ungelösten Frage der Fallführung zusammen, die fehlende Definition von Verantwortlichkeiten führt insbesondere bei komplexen Fragestellungen zu Problemen. Verbesserungsbedarf besteht an den Brüchen in der Versorgung, d. h. an den Altersgrenzen für bestimmte Angebote und an der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Hilfssysteme. **Defizite** lassen sich also sowohl **hin-sichtlich Koordination** als auch **Kooperation** feststellen.
- » In **Schule und Kindergarten** sollte die **Gesundheitskompetenz** eine größere Rolle spielen. Verschiedene Versorgungsangebote fehlen im pädagogischen Bereich oder sind nicht ausreichend vorhanden, z. B. Integrationsplätze.

#### *Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Datensituation*

Verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Datenlage werden empfohlen, die in unterschiedlicher Kombination mehrere Handlungsvarianten ergeben. Eine Möglichkeit ist die Durchführung einer (einmaligen oder mehrmaligen) **Studie** bei 0- bis 14-jährigen Kindern und Jugendlichen auf Basis einer Stichprobe. Damit kann ein klar definiertes Kollektiv **prospektiv** beobachtet werden (z. B. im Abstand von drei bis fünf Jahren), ohne Aussagen über die Entwicklung einzelner Personen zu treffen. Wissenschaftliche Schwerpunktsetzungen, etwa in Bezug auf die Erforschung relevanter Schutz- und Risikofaktoren, sind auf diese Weise möglich. Individuelle Entwicklungs-

defizite müssen über Routineuntersuchungen erkannt werden (Mutter–Kind–Vorsorge, Kindergarten, Schule).

Eine andere Möglichkeit zur Verbesserung der Datenlage ist die **routinemäßige Testung** aller Kinder und Jugendlichen eines bestimmten Alters (im Sinne einer „Reihenuntersuchung“), die **in Kindergärten und Schulen** durchgeführt werden sollte. Dafür könnte auf bereits vorhandene Strukturen zurückgegriffen werden, weil in manchen Bundesländern solche Untersuchungen bereits durchgeführt werden. Jedoch besteht dabei ein hoher Normierungsbedarf (gemeinsames und einheitliches Vorgehen von Bund und Ländern). Dieses Vorgehen würde ermöglichen, sowohl den entwicklungsbezogenen Förder- und Versorgungsbedarf generell zu bestimmen als auch Kinder und Jugendliche mit einem Förder- und Versorgungsbedarf zu identifizieren und diese an eine bedarfsgerechte Versorgung weiterzuvermitteln.

Wichtig ist jedenfalls, dass die Daten **österreichweit** erhoben werden, aber **regional auflösbar** sind. Sie müssen, um vergleichbar zu sein, **standardisiert** erhoben („geeichte“ Durchführer/innen; einheitliche Tests und Instrumente; einheitliches Vorgehen) bzw. erfasst werden (einheitliche Dokumentation) sowie **reliabel** und **valide** sein. Zur Beobachtung einer längerfristigen Entwicklung wäre eine **periodische** Erfassung notwendig. Zwecks rascher Analysen wird unter Bedachtnahme auf die Bestimmungen des Datenschutzes eine **zentrale Verfügbarkeit** der Datenbestände empfohlen.

Kinder sollten im Alter von **drei bis fünf** (bereits hinreichend untersuchbar), **sieben bis acht** und **elf bis zwölf** Jahren getestet werden. „**Risikobabys**“ sollten in den ersten Lebensjahren begleitet und in ihrer Entwicklung beobachtet werden. Die Untersuchungen sollten die **kognitiven, sprachlichen, kommunikativen und motorischen Fähigkeiten** wie auch die **emotionale Entwicklung** und **soziale Kompetenzen** erfassen.

#### *Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation*

Im Bereich der Diagnostik von Entwicklungsstörungen sollte die Orientierung am somato–psycho–sozialen Krankheitsmodell unter **Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren** Einzug halten, der Gesundheitszustand der Eltern sollte ebenfalls stärker beachtet werden. Dazu bedarf es **Verbesserungen in verschiedenen Ausbildungen** (z. B. beim Studium der Medizin oder Pädagogik), neben Wissensvermittlung geht es dabei auch um die Vermittlung von Kommunikationskompetenz, die im Umgang mit Kindern besonders gefordert ist.

Bei der **Koordination von Hilfsangeboten** könnten Verbesserungen schon dadurch erreicht werden, dass die Bezugspersonen der Kinder (aber auch die Versorgungsanbieter) besser Bescheid über die unterschiedlichen Angebote wissen und sich gezielter an bestimmte Institutionen wenden können. Größeres Augenmerk sollte

zukünftig auf den „first point of service“ gelegt werden, der sehr niederschwellig sein kann und für die **Treffsicherheit der Angebote** entscheidend sein dürfte. Die unterschiedlichen Finanzierungssysteme müssten die Notwendigkeit von Kommunikationsleistungen berücksichtigen.

Die Verbesserung der Koordination ist **eng verwoben mit** der Verbesserung der **Kooperation** der unterschiedlichen Systeme und Anbieter. Es wird empfohlen, die Zeit zwischen Problemauffälligkeit und Diagnostik bzw. Therapie durch **Kooperationsmodelle** zu verkürzen, beispielsweise durch erste Beratungsgespräche und eine erste Klärung der Situation. Auch die starren **(Alters-)Grenzen** bei der Inanspruchnahme bestimmter Behandlungsleistungen sollten aufgeweicht werden.

**In Kindergärten und Schulen** sollte „mehr Platz“ für Gesundheit geschaffen werden. Diese **Öffnung** bezieht sich nicht ausschließlich auf die Vermittlung von Gesundheitskompetenz, sondern **auch** auf die **Räumlichkeiten**. In vielen Ländern ist es üblich, Schule und Kindergarten auch für Therapiezwecke zu nutzen. Organisatorisch würde dies den Zugang zu vielen Therapieangeboten für Kinder und Eltern erleichtern und die Therapieangebote in den üblichen Tagesablauf einbetten. In den Kindergärten sollte vor allem auf eine ausreichende Zahl an **Integrationsplätzen** und einen guten **Betreuungsschlüssel** Wert gelegt werden, dadurch könnten Kinder mit Entwicklungsstörungen (aber auch mit anderen Problemen) besser unterstützt und gefördert werden. Innerhalb der Schulen könnten Gesundheitseinrichtungen geschaffen werden, die für Beratung und kleine Behandlungen zur Verfügung stehen. Dabei ist auch die derzeit bestehende schulärztliche Versorgung neu zu konzipieren.

#### *Ausblick*

Diese Studie zum Thema Entwicklungsverzögerungen hat sich speziell mit der österreichischen Datensituation und mit Verbesserungspotenzialen im Versorgungsbereich auseinandergesetzt. Auf Basis der Ergebnisse schätzen die Autorinnen/Autoren folgende Punkte als weiterführend ein:

- » **Dissemination und Diskussion der Berichtsergebnisse** mit ausgewählten Expertinnen/Experten zur Abklärung möglicher Verbesserungspotenziale im Versorgungssystem sowie zur Verbesserung der Datenlage (Machbarkeitsstudie zu den datenbezogenen Verbesserungsvorschlägen),
- » Erhebung und Analyse einer Komplementärsicht zur aktuellen Versorgungssituation aus **Sicht der betroffenen Familien** (Systemnutzer/innen),
- » **tieferegehende Analyse des Versorgungsgeschehens** hinsichtlich seiner Strukturen und Prozesse.

# Inhalt

1	Einleitung .....	1
1.1	Hintergrund des Projekts .....	1
1.2	Ziele und Ablauf des Projekts .....	2
2	Begriffliche Klärungen und Eingrenzungen .....	3
2.1	Entwicklung in der Kindheit.....	4
2.2	Definitionen und Abgrenzungen .....	6
2.3	Das multiaxiale System .....	8
2.4	Projektbezogene Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands .....	8
2.4.1	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen .....	9
2.4.2	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend .....	10
2.4.3	Umschriebene Entwicklungsstörungen.....	13
3	Ursachen, Risiko- und Schutzfaktoren .....	15
4	Häufigkeit .....	17
4.1	Entwicklungsverzögerungen/-störungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich.....	17
4.1.1	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen .....	18
4.1.2	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend .....	21
4.1.3	Umschriebene Entwicklungsstörungen.....	24
4.2	Einschätzung durch Expertinnen/Experten .....	32
4.2.1	Einschätzungen zur Häufigkeit .....	33
4.2.2	Einschätzungen zur Geschlechterverteilung sowie zur Häufigkeitsentwicklung .....	35
4.3	Internationale Ergebnisse am Beispiel Deutschland.....	36
4.4	Fazit.....	43
5	Prävention .....	45
5.1	Investition in die Zukunft .....	45
5.2	Präventive Ansätze.....	46
5.3	Frühe Hilfen.....	47
6	Versorgung .....	50
6.1	Versorgungspfade in Abhängigkeit vom Lebensalter.....	52
6.1.1	Geburt und erste Lebensjahre.....	53
6.1.2	Kindergartenalter .....	54
6.1.3	Eintritt in die Schule und erste Schuljahre .....	55
6.1.4	Eintritt in die Pubertät .....	55
6.2	Verbesserungspotenziale .....	55
7	Empfehlungen und Ausblick.....	60
7.1	Empfehlungen zur Verbesserung der Datenlage .....	60
7.2	Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation .....	64
7.3	Ausblick .....	67
	Literatur .....	69
	Anhänge.....	75

# Abbildungen und Tabellen

## Abbildungen

Abbildung 4.1	Grundlagen der Häufigkeitseinschätzungen.....	33
Abbildung 6.1:	Theoretischer Rahmen zur Analyse des Versorgungssystems.....	51

## Tabellen

Tabelle 2.1:	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98).....	10
Tabelle 3.1:	Risiko- und Schutzfaktoren.....	16
Tabelle 4.1:	Datenübersicht: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen .....	20
Tabelle 4.2:	Datenübersicht: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.....	22
Tabelle 4.3:	Datenübersicht: Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache .....	25
Tabelle 4.4:	Datenübersicht: Umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten.....	29
Tabelle 4.5:	Datenübersicht: Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen.....	31
Tabelle 4.6:	Experteneinschätzung zur Häufigkeit ausgewählter Entwicklungsstörungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich .....	34
Tabelle 4.7:	Experteneinschätzung zur Geschlechterverteilung und Häufigkeitsentwicklung ausgewählter Entwicklungsstörungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich .....	36
Tabelle 4.8:	Suchbegriffe in PubMed und PsycINFO .....	38

# Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AHSU	Allgemein bildende höhere Schule Unterstufe
aks	Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin
BESK	Beobachtungsbogen zur Erfassung der Sprachkompetenz
BIFIE	Bundesinstitut für Bildungsforschung, Innovation und Entwicklung des österreichischen Schulwesens
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österr. Krankenanstalten
DSM	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
ES	Entwicklungsstörungen
etc.	et cetera
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HS	Hauptschule
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IQ	Intelligenzquotient
k. A.	keine Angabe
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
MA	Magistratsabteilung
MAS	multiaxiales System
NMS	Neue Mittelschule
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
PubMed	Public Medicine Databases
PsycINFO	Psychological Information Database
s. o.	siehe oben
SPZ	Sonderpädagogisches Zentrum
SST	Schulstufe
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
UES	Umschriebene Entwicklungsstörungen
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VBB	Vorarlberger Beobachtungsbogen
vgl.	vergleiche
VS	Volksschule
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
ZNS	zentrales Nervensystem





# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund des Projekts

Mit dem **Wandel des Krankheitsgeschehens** im letzten Jahrhundert von akuten zu chronischen und von somatischen zu psychischen Erkrankungen zeigt sich ein Phänomen, das als „neue Morbidität“ oder als „moderne Morbidität“ bezeichnet wird. Resch (2012) zufolge fallen auch **Entwicklungsauffälligkeiten** unter diesen Begriff.

Die Entwicklung von Kindern geht vor allem in der ersten Lebensdekade mit erheblichen Veränderungen in der physischen, sozialen und psychischen Entwicklung einher. Diese Veränderungen werden von genetischen Veranlagungen ebenso wie von verschiedenen Umweltfaktoren beeinflusst. Die kindliche Entwicklung bildet im besten Fall die Grundlage für ein erfülltes, zufriedenes und gesundes Leben (WHO 2013, 9). Kinder, die gesundheitlich benachteiligt sind, haben **schlechtere Startchancen**, was insbesondere für Kinder mit Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen zutrifft. Entwicklungsstörungen können zu **Einschränkungen der alltäglichen und sozialen Funktionsfähigkeiten** führen und damit die Lebensqualität allgemein beeinträchtigen, zu Nachteilen im späteren Berufsleben führen und starke Belastungen für das soziale Umfeld (Eltern, Geschwister, Lehrer) darstellen.

In der „Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie“ (BMG 2011b) gibt es mehrere **Bezugspunkte** zu Entwicklungsverzögerungen. Bei **Ziel 10** geht es um die Erhöhung der Chancengerechtigkeit von gesundheitlich benachteiligten Kindern und Jugendlichen. **Ziel 11** zielt auf Früherkennung und gezielte Frühförderung, die im Zusammenhang mit Entwicklungsverzögerungen eine besonders große Bedeutung haben. In den **Versorgungszielen** angesprochen ist die Verbesserung der Versorgung der „modernen Morbidität“ in Form von integrierten, interdisziplinären Modellen (Ziel 16) sowie in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie (Ziel 15). All diese Versorgungsbereiche sind für die Behandlung von Entwicklungsverzögerungen besonders wichtig.

Als zentrale Maßnahme aus der „Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie“ wurde an der GÖG im Dezember 2011 ein Grundlagenprojekt zum Thema „Frühe Hilfen“ gestartet. Ein spezifisches **Ziel von Frühen Hilfen** ist unter anderem, Entwicklungsstörungen und -verzögerungen (sofern nicht genetisch bedingt) zu verhindern bzw. zu reduzieren oder – positiv formuliert – die Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern bzw. von Familien und der Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern.

Sowohl die Bezugspunkte aus der „Kindergesundheitsstrategie“ als auch aus dem Frühe-Hilfen-Projekt zeigen die Relevanz des Themas Entwicklungsstörungen. Für eine bedarfsgerechte Versorgung und für eine Erhöhung der Chancengerechtigkeit sind **Daten zur Prävalenz** und Informationen zum **Versorgungsbedarf** bzw. zur **Versorgungssituation** notwendig. An diesem Punkt setzt das Projekt an.

## 1.2 Ziele und Ablauf des Projekts

Ausgangspunkt für das Projekt „Entwicklungsverzögerungen/Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) war das Fehlen einer soliden Datengrundlage zur Darstellung der Epidemiologie von Entwicklungsverzögerungen und damit zur Feststellung des Versorgungsbedarfs für betroffene Kinder und Jugendliche. Ziel war deshalb eine **umfassende Sammlung und Aufbereitung von Daten**, die in Österreich zur Epidemiologie von Entwicklungsverzögerungen vorhanden sind. Dazu gehören standardisierte Daten, Einzelstudien, Kindergartenuntersuchungen der einzelnen Bundesländer sowie Daten des BMG. Die vorhandenen Daten wurden durch eine Expertenbefragung zur Verbreitung von Entwicklungsverzögerungen ergänzt und im internationalen Vergleich (Deutschland und Dänemark) reflektiert.

Ein weiteres Ziel war die **qualitative Einschätzung und Darstellung der Versorgungssituation** in Österreich. Es sollten Defizite und Handlungsfelder in diesem Bereich aufgezeigt werden. Dazu wurden qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten aus der ambulanten Versorgung geführt.

Abgerundet werden sollte das Projekt durch eine kritische Reflexion der Ergebnisse mit ausgewählten Experten und Expertinnen in einem Workshop. Letztlich zielte das Projekt auf die Erarbeitung adäquater **Vorschläge zur Verbesserung der Datenlage** sowie auf die **Verbesserung der Versorgungssituation** ab.

## 2 Begriffliche Klärungen und Eingrenzungen<sup>1</sup>

In der klinischen Kinderpsychologie gibt es **keinen einheitlichen Krankheits- bzw. Störungsbegriff**. Seine Definition und Verwendung ist von den theoretischen Ausrichtungen einzelner Fachrichtungen abhängig, die – zusammengefasst – über ein breites Spektrum an Vorstellungen verfügen, was als „psychisch krank/gestört“ bzw. „pathologisch“ zu gelten hat. (Barkmann/Schulte-Markwort 2007; Döpfner 2008)

Die **Grundlagen zur Abgrenzung** klinisch auffälliger von klinisch unauffälligen Merkmalen bilden sogenannte **Normkonzepte** (Straßburg et al. 2003). Ihnen zufolge gilt als „normal“,

- » wer ohne Beschwerden lebt (ideale Norm),
  - » den gesellschaftlichen Erwartungen entspricht (soziale Norm),
  - » der Mehrheit angehört (statistische Norm) und
  - » die an sie/ihn gestellten Aufgaben erfüllt (funktionelle Norm).
- (Barkmann/Schulte-Markwort 2007, 906; Döpfner 2008, 29)

Darüber hinaus ist es **im Kindesalter nur schwer bis gar nicht möglich, psychische Störungen zu identifizieren** und diese in bestehende Klassifikationssysteme (ICD<sup>2</sup>, DSM<sup>3</sup>) einzuordnen. Einerseits **liegt dies an den Methoden** der Feststellung, andererseits an den **Besonderheiten des Kindesalters** (Barkmann/Schulte-Markwort 2007, 909 f.):

- » an **schnellen und umfassenden Veränderungen** von Physis, Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Emotionen;
- » an **altersbedingten Limitationen in der Selbsteinsichts- und Auskunftsfähigkeit** und der damit einhergehenden Notwendigkeit von Fremdauskünften<sup>4</sup>;

---

1

Wir danken Frau Prof. Hackenberg (Medizinische Universität Wien) für ihre Rückmeldungen.

2

International Classification of Disease (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>);  
zu Deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/>)

3

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>);  
zu Deutsch: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen

4

Die Problematik von Fremdauskünften besteht in der Subjektivität und in den Eigeninteressen der Beurteilenden

- » an der **Variabilität kindlicher Verhaltensweisen in wiederkehrenden Situationen**;
- » an **definitionsrelevanten Symptomen, die auch bei „normalen“ Kindern beobachtet werden können** und erst ab einer gewissen Häufung auf ein „normabweichendes“ Verhalten hinweisen;
- » an den **prinzipiellen Schwierigkeiten, psychische von körperlichen Störungen eindeutig unterscheiden zu können**.

Die Klärung, was im Folgenden unter Entwicklungsstörungen verstanden werden soll, bedarf deshalb sowohl einer weiterführenden Auseinandersetzung mit dem Begriff der Entwicklung als auch mit den Methoden, die üblicherweise zu ihrer Feststellung herangezogen werden (vgl. Abschnitt 2.1).

## 2.1 Entwicklung in der Kindheit

Straßburg zufolge wird unter dem Begriff der **Entwicklung** „die Reifung eines in den Grundzügen vorherbestimmten, aber [zugleich] offenen Systems“ (2003, 4) verstanden. In ihrer prinzipiellen Richtung vorbestimmt, stellt sie eine **Entfaltung individueller Fähigkeiten** dar, die einerseits veranlagt, andererseits durch Umweltfaktoren beeinflusst wird. Die Entwicklung beinhaltet damit alle Veränderungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums, die – in einem quantitativen und/oder qualitativen Sinn – zu strukturellen und funktionellen Differenzierungen führen. Die Abfolge der einzelnen **Entwicklungsschritte** verläuft dabei weder in jedem Fall gleichförmig noch zeitlich kongruent. (Straßburg et al. 2003, 4 f.)

Gegenwärtig liegen in der Kinderpsychologie **unterschiedliche Entwicklungstheorien** vor, die jeweils spezifische Aspekte der Entwicklung betonen. Geht es dabei vermehrt um **qualitative Veränderungsaspekte**, so steht vor allem eine **Entwicklung in Schüben, Phasen oder Stufen** im Zentrum der Betrachtung; stehen hingegen **quantitative Veränderungsaspekte** im Mittelpunkt (im Sinne von Zuwachsraten), so werden Entwicklungen vor allem unter dem Aspekt des **Wachstums** thematisiert (Straßburg et al. 2003). Hinsichtlich qualitativer Veränderungsaspekte kann die (postnatale) Entwicklung von Kindern in nachstehende **Entwicklungs- und Altersstufen** eingeteilt werden:

- » **Neugeborenenperiode** (1.–4. Lebenswoche),
- » **Säuglingsalter** (1. Lebensjahr),
- » **Kleinkindalter** (2.–3. Lebensjahr),
- » **frühe Kindheit** (4.–6. Lebensjahr),

---

Personen. Fremdauskünfte sind folglich sowohl vom Bildungsniveau der Befragten als auch von ihren Beziehungen zum Kind abhängig und beeinflusst.

- » **mittlere Kindheit** (7.-10. Lebensjahr),
- » **späte Kindheit** (11.-14. Lebensjahr).

## Entwicklungsbeurteilung

Für die **körperliche Entwicklung** von Kindern sind sowohl **genetische als auch äußerliche Faktoren verantwortlich**. Sie tragen zur „Entfaltung“ der körperlichen Strukturen und Funktionen bei. (Straßburg et al. 2003, 5 f.)

Zur Beurteilung der körperlichen Entwicklung wird bei **Neugeborenen** das **Geburtsgewicht**, bei **Säuglingen** das **Körpergewicht**, die **Körperlänge** und das **Schädelwachstum** (Kopfumfang und Form) herangezogen. Die **Bewertung** dieser Parameter erfolgt dabei über standardisierte **Norm-Diagramme**, mit denen das „richtige“ Verhältnis von Körpergewicht, Länge und Kopfumfang (in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit) überprüft werden kann. (Straßburg et al. 2003)

Schwieriger erweist sich hingegen die Aufgabe, Kinder in Bezug auf ihre **psychomentele, soziale, emotionale, sprachliche und motorische Entwicklung** zu beurteilen, da diese Entwicklungen in ihren Sequenzen deutlich variieren können (Straßburg et al. 2003, 7). Darüber hinaus sind Entwicklungsbeurteilungen vor allem **in den ersten Lebensjahren besonders schwierig**. Hinzu kommt, dass sowohl die **verwendeten Methoden** als auch die **Zugehörigkeit der Gutachter zu bestimmten Berufsgruppen** (und die damit einhergehende Ausbildung und Betrachtungsweise) zu unterschiedlichen Ergebnissen und Einschätzungen führen können.

Die Beurteilung der angesprochenen Entwicklungsaspekte kann sowohl über **Längsschnittuntersuchungen**, die eine Beobachtung der kindlichen Entwicklung in ihrer **Zeitlichkeit** (Fortschritte, Stillstand, Rückschritte) ermöglichen, als auch in Form von **Querschnittuntersuchungen** erfolgen, bei denen Entwicklungsunterschiede im Vergleich zu **statistischen Normen** festgestellt werden. Zudem ist es möglich, die Entwicklung eines Kindes anhand sogenannter **Meilensteine** (Entwicklungsaufgaben) zu beurteilen, die altersspezifische Fähigkeiten festlegen. Ein frühzeitiges Erkennen von Auffälligkeiten kann damit jedoch verpasst werden. (Straßburg et al. 2003, 7)

**Entwicklungsaufgaben** sind „lebensalterstypische Herausforderungen“, die sich den Individuen im Laufe ihres Lebens stellen. Durch ihre erfolgreiche Bewältigung werden **Fertigkeiten und Kompetenzen erworben**, die bei der Bewältigung künftiger Entwicklungsaufgaben eingesetzt werden können (Ressourcenaufbau). Die Aufgaben können dabei sowohl biologischer (Gehen lernen) als auch soziokultureller Natur sein (Übernahme der Geschlechterrolle) und sind mit diversen Anpassungsleistungen verbunden. Ihre erfolgreiche Bewältigung wird sowohl als **Grundlage für das psychische Wohlbefinden als auch für eine „normale“ Entwicklung** gesehen, während eine **mangelhafte**

**Bewältigung** zu **Komplikationen und Fehlanpassungen** führen kann (Petermann 2008, 51 f.). Diese Komplikationen und Fehlanpassungen können sein:

- » **Regulationsstörungen** (v. a. Fütter-, Gedeih-, Schlaf- und Schreistörung) im Säuglingsalter;
- » **Deprivations- oder Entwicklungsstörungen** mit Verdacht auf frühkindliche Behinderung oder Autismus im zweiten Lebensjahr;
- » externalisierende und internalisierende **Verhaltensauffälligkeiten** sowie (sog. umschriebene) Entwicklungsstörungen im Kleinkind- und Vorschulalter;
- » **Störungen des Sozialverhaltens**, emotionale Störungen, Tics, Lern- und Leistungsprobleme in der mittleren Kindheit. (Barkmann/Schulte-Markwort 2007, 910)

## 2.2 Definitionen und Abgrenzungen

In der Fachliteratur werden Entwicklungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen wie folgt definiert (vgl. Straßburg et al. 2003, 10 ff.):

- » Als **Entwicklungsstörung** (= developmental disorder) werden bleibende Beeinträchtigungen bezeichnet, die von Expertinnen/Experten unter Zuhilfenahme diagnostischer Methoden festgestellt werden. Sie können in verschiedenen Funktionsbereichen auftreten (Motorik, Sprache, Kognition, Verhalten) und markieren eine qualitativ bedeutsame Abweichung von definierten Normen. Der ICD-10 zufolge (WHO 2011a) zeichnen sie sich durch einen frühzeitigen Beginn in der Kindheit, durch einen engen Zusammenhang mit der biologischen Reifung des zentralen Nervensystems (ZNS) sowie durch einen steten Verlauf aus, der keine Remissionen<sup>5</sup> oder Rezidive<sup>6</sup> zeigt.
- » Von einer **Entwicklungsverzögerung** wird hingegen gesprochen, wenn der Entwicklungsstand eines Kindes – durch Expertinnen/Experten festgestellt – (a) von einer definierten Normentwicklung abweicht, (b) grundsätzlich aber – unter günstigen Bedingungen und bei entsprechender Förderung – wieder aufgeholt und wettgemacht werden kann. Der Begriff betont damit den zeitlichen Aspekt der Entwicklung und unterscheidet diesen von bleibenden Beeinträchtigungen.

Darüber hinaus werden in diesem Zusammenhang auch die Begriffe Entwicklungsgefährdung und Entwicklungsauffälligkeit verwendet. Unter einer **Entwicklungsgefährdung** werden dabei **Hinweise auf eine Entwicklungsstörung verstanden**, während der

---

5

Temporäres oder dauerhaftes Nachlassen von Symptomen.

6

Wiederauftreten von Symptomen nach einer Phase der Besserung.

Begriff der **Entwicklungsauffälligkeit** einen Überbegriff zu den bisher genannten Begriffen (Verzögerung, Gefährdung, Störung) darstellt. Letzterer lässt keine Aussagen über Art, Schweregrad oder Prognose der jeweiligen Entwicklungsverzögerung/-störung zu, sondern markiert ausschließlich das in diesem Bericht angesprochene Themenfeld.

Mit den oben genannten Begriffen eng verwoben erweist sich der **Begriff der Behinderung**. Er bleibt jedoch in diesem Bericht ausgespart, da er nicht nur **vielschichtig**, sondern auch **konzeptuell umfassender** ist und damit **nicht deckungsgleich** mit den oben genannten Begriffen verwendet werden kann. Seine Berücksichtigung würde analytisch hochkomplexe Fragen aufwerfen, die den Rahmen dieses Projekts sprengen würden. Dies hat vor allem damit zu tun, dass unter einer Behinderung – laut ICF<sup>7</sup> (WHO 2005; WHO 2013) – das **Ergebnis eines dynamischen Prozesses** verstanden wird, das aus dem **Wechselspiel von gesundheitlichen und kontextuellen Faktoren** hervorgeht. Der Behinderungsbegriff verweist damit – im Sinne einer individualmedizinischen Perspektive – sowohl auf **geschädigte/beeinträchtigte Körperstrukturen und -funktionen** als auch – in einem sozial-strukturellen Sinne – auf **Einschränkungen in der Leistung und Leistungsfähigkeit** (hinsichtlich relevanter Aufgaben und Handlungen) sowie in der **Teilnahme und Teilhabe an relevanten Lebenssituationen**, die zu sozialen Benachteiligungen führen können (WHO 2011b). **Der Begriff der Behinderung ist somit kein ausschließlich medizinischer Begriff, sondern auch die Beschreibung einer Normabweichung** (Straßburg et al. 2003, 11), die durch gesundheitliche Einschränkungen sowie durch physische und soziale Barrieren entstehen kann. Entwicklungsstörungen/-verzögerungen können folglich als eine „Behinderung“ bezeichnet werden, sofern die betroffenen Personen dadurch in ihrem Alltag beeinträchtigt und/oder durch ihre Umwelt sozial benachteiligt werden. Ist dies jedoch nicht der Fall, so liegt entweder eine **drohende Behinderung** vor (wenn ein Kind in seiner Entwicklung höchstwahrscheinlich gestört bleibt) oder **keine Behinderung**, wie dies etwa bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Fall sein kann. Entwicklungsgestörte/-verzögerte Kinder können demnach unter Verwendung des Behinderungsbegriffs nicht eindeutig von anderen Kollektiven unterschieden werden.

---

7

International Classification of Functioning, Disability and Health (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>)  
bzw. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit  
(<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>)

## 2.3 Das multiaxiale System

Im deutschsprachigen Raum werden psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter vorrangig mithilfe des **multiaxialen Systems** (MAS) nach Rutter et al. (1975) klassifiziert. Es **beruht auf der ICD** und umfasst insgesamt **sechs Achsen** (Barkmann/Schulte-Markwort 2007, 908 f.). Auf diesen werden psychische Störungen sowie andere relevante Bedingungen verortet und kodiert. Die einzelnen Achsen erfassen dabei folgende Informationen (vgl. Remschmidt et al. 2012):

- » Auf der **ersten Achse** wird das klinisch-psychiatrische Syndrom erfasst. Dazu zählen einerseits altersbezogene Störungen (wie tiefgreifende Entwicklungsstörungen [F84], Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend [F90–F98]), andererseits auch Störungen ohne dezidierten Altersbezug (affektive Störungen [F30–F39], Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen [F60–F69] u. a.).
- » Auf der **zweiten Achse** werden umschriebene Entwicklungsstörungen verortet (F80–F83). Sie werden im Punkt 2.4.3 dargestellt und beziehen sich auf die motorischen, sprachlichen sowie schulischen Fertigkeiten eines Kindes bzw. eines Jugendlichen.
- » Auf der **dritten Achse** wird das Intelligenzniveau eines Kindes / eines Jugendlichen beurteilt. Neben den Kategorien der Intelligenzminderung (F70–F79) können dort auch positive Intelligenzeinstufungen vorgenommen werden.
- » Auf der **vierten Achse** werden nicht-psychiatrische Krankheitsbilder erfasst. Darunter sind alle in der ICD kodierbaren Erkrankungen zu verstehen, die keine F-Diagnose darstellen.
- » Auf der **fünften Achse** werden abnorme psychosoziale Lebensumstände kodiert, die entweder die Störung verursacht haben oder aber für die Therapieplanung relevant sein könnten.
- » Auf der **sechsten Achse** wird das psychosoziale Funktionsniveau eines Kindes / eines Jugendlichen eingestuft. Sie erfasst die psychologischen, sozialen sowie schulisch-beruflichen Funktionen von Kindern und Jugendlichen.

## 2.4 Projektbezogene Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands

Zur **Eingrenzung** des Untersuchungsgegenstands wurden sowohl bezüglich des **Alters** als auch der zuvor genannten **Achsen** (Abschnitt 2.3) Einschränkungen vorgenommen. Sie gewährleisten die Machbarkeit des Projekts unter Bedachtnahme auf die insgesamt zur Verfügung stehenden Projektressourcen.



Was das Alter der Kinder anbelangt, so konzentriert sich das Projekt auf **Kinder zwischen 0 und 14 Jahren**. Sie gelten vor dem Gesetz als unmündig und stellen das Kernkollektiv der Analysen dieser Studie dar.

Inhaltlich fokussiert das Projekt auf nachstehende Diagnosen, die sowohl **auf der ersten** als auch auf der **zweiten Achse des MAS** verortet sind. Dazu zählen:

- » **tiefgreifende Entwicklungsstörungen** (ICD-10 F84),
- » **Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend** (ICD-10 F90-F98),
- » **umschriebene Entwicklungsstörungen** (ICD-10 F80-F83).

Hinsichtlich der **ersten Achse** wurden dabei **ausschließlich altersbezogene Störungen** in das Projekt aufgenommen. Sie entsprechen weitgehend den Definitionskriterien entwicklungsbedingter Störungen (z. B. ein früher Beginn in der Kindheit; vgl. Abschnitt 2.2). Eine Beschreibung der einzelnen Störungsbilder/-gruppen findet sich in den Punkten 2.4.1 bis 2.4.3. Dort werden auch die umschriebenen Entwicklungsstörungen im Einzelnen dargestellt.

**Vom Projekt ausgenommen** sind **Störungsbilder, die eine deutlich anders gelagerte Komplexität aufweisen**. Dies gilt im Besonderen für die **Zerebralparese** (ICD-10 G80) sowie für das Vorliegen einer **Intelligenzminderung** (ICD-10 F70-F79), die auf eine insgesamt verzögerte oder unvollständige Entwicklung geistiger Fähigkeiten verweist (Straßburg et al. 2003, 13).

## 2.4.1 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Unter **tiefgreifenden Entwicklungsstörungen** (Autismus, Rett-Syndrom, Asperger-Syndrom etc.; F84) werden Störungen verstanden, die in qualitativ schwerwiegender Weise von normalen Entwicklungsverläufen abweichen. Die Einschränkungen oder Verzögerungen sind dabei eng mit dem zentralen Nervensystem (ZNS) verbunden und nehmen einen stetigen Verlauf. Die Entwicklung der Kinder kann dabei zu keinem Alterszeitpunkt als „normal“ bezeichnet werden. (Sinzig/Schmidt 2008, 173)

Der ICD zufolge zeichnen sich tiefgreifende Entwicklungsstörungen vor allem durch qualitative **Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern** sowie durch **ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten** aus (WHO 2011a). Das Spektrum tiefgreifender Entwicklungsstörungen umfasst geistig behinderte Kinder ohne Sprachentwicklung ebenso wie überdurchschnittlich begabte Kinder mit gut entwickelten Sprachfähigkeiten (Sinzig/Schmidt 2008, 174).

## 2.4.2 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

**Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend** umfassen ein breites Spektrum an Störungen. Dazu zählen hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, Störungen sozialer Funktionen, Ticstörungen sowie andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (siehe Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1:  
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98)

<b>F90</b>	<b>Hyperkinetische Störungen</b>	
	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
	F90.8	Sonstige hyperkinetische Störungen
	F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet
<b>F91</b>	<b>Störungen des Sozialverhaltens</b>	
	F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
	F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
	F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
	F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
	F91.8	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens
	F91.9	Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet
<b>F92</b>	<b>Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen</b>	
	F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
	F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
	F92.9	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet
<b>F93</b>	<b>Emotionale Störungen des Kindesalters</b>	
	F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst
	F93.1	Phobische Störung
	F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit
	F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
	F93.8	Sonstige emotionale Störungen
	F93.9	Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet
<b>F94</b>	<b>Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</b>	
	F94.0	Elektiver Mutismus
	F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
	F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
	F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit
	F94.9	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit, nicht näher bezeichnet

Fortsetzung nächste Seite

F95	Ticstörungen	
	F95.0	Vorübergehende Ticstörung
	F95.1	Chronische motorische oder vokale Ticstörung
	F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)
	F95.8	Sonstige Ticstörungen
	F95.9	Ticstörung, nicht näher bezeichnet
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
	F98.0	Nichtorganische Enuresis
	F98.1	Nichtorganische Enkopresis
	F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter
	F98.3	Pica im Kindesalter
	F98.4	Stereotype Bewegungsstörungen
	F98.5	Stottern (Stammeln)
	F98.6	Poltern
	F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
	F98.9	Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quelle: WHO 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

**Hyperkinetische Störungen (F90)** zeichnen sich durch einen **frühen Beginn in der Kindheit** (meistens in den ersten fünf Lebensjahren) sowie durch Unaufmerksamkeit (d. h. durch eine Aufmerksamkeitsstörung), Impulsivität und Hyperaktivität aus (vgl. Döpfner 1996, 165 ff.). Die Kernsymptome dieses Störungsbildes lassen sich dabei wie folgt beschreiben:

- » **Aufmerksamkeitsstörungen:** Diese sind geprägt durch ein **vorzeitiges Abbrechen von Aufgaben und Nicht-Beenden von Tätigkeiten**. Dazu kommt es insbesondere dann, wenn ein kognitiver Einsatz erforderlich ist. Außerdem ist der Wechsel von einer Aufgabe zur nächsten typisch. Dieser ist mit dem Verlust des Interesses an der alten Aufgabe verbunden, da die Betroffenen durch die neue Aufgabe abgelenkt werden.
- » **Impulsivität:** Sie ist gekennzeichnet durch ein **plötzliches Handeln, ohne vorher überlegt zu haben** (kognitive Impulsivität), sowie durch die **Unfähigkeit, Bedürfnisse abwarten und aufschieben zu können** (motivationale Impulsivität).
- » **Hyperaktivität:** Diese zeichnet sich durch **desorganisierte, zu wenig regulierte und überschießende Aktivitäten** sowie durch einen Zustand **extremer Ruhelosigkeit** aus (insbesondere in Situationen, in denen Ruhe erforderlich wäre). Dazu zählt z. B. Herumlaufen/Springen, Aufstehen, wenn ein Sitzen erforderlich wäre, sowie enorme Geschwätzigkeit/Lärmen, wenn eigentlich Ruhe gefragt ist. Am deutlichsten tritt sie in Situationen hervor, die organisiert und strukturiert sind und ein hohes Maß an persönlicher Verhaltenskontrolle erfordern.

Hyperkinetische Störungen gehen häufig mit oppositionellen Verhaltensstörungen, aggressiven Störungen des Sozialverhaltens, mit Schulleistungsdefiziten sowie mit emotionalen Auffälligkeiten einher. Die Betroffenen verfügen zudem über eine deutlich verminderte Frustrationstoleranz, weshalb es häufig zu Wutausbrüchen kommt. (vgl. Döpfner 1996, 165 ff.). Sie haben Schwierigkeiten, sich an situative Bedingungen und Rollenerwartungen anzupassen, und sind deshalb bei anderen Kindern zumeist unbeliebt. Zudem sind ihre Beziehungen zu Erwachsenen oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Häufig treten in Kombination mit hyperkinetischen Störungen auch motorische und sprachliche Entwicklungsdefizite (Verzögerungen, Störungen) auf. (WHO 2011a)

**Störungen des Sozialverhaltens (F91)** sind durch ein **aggressives, dissoziales und aufsässiges Verhalten** gekennzeichnet. Das Verhalten der Kinder muss dabei mit seinen größeren Verletzungen die altersentsprechenden Erwartungen (kindlicher Unfug, jugendliche Aufmüpfigkeit) übersteigen und für mindestens sechs Monate oder länger Bestand haben. Dazu zählen beispielsweise: extremes Streiten, Grausamkeiten gegenüber anderen Personen oder Tieren, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen, schwere Wutausbrüche, Ungehorsam und dgl. (WHO 2011a). Das Verhalten der Kinder geht dabei oftmals mit anderen psychischen Störungen einher (wie z. B. ADHS oder emotionale Störungen) (Petermann 2010).

**Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)** zeichnen sich durch eine Kombination aggressiven, dissozialen oder aufsässigen Verhaltens mit offensichtlichen und eindeutigen Symptomen von Depression, Angst oder anderen emotionalen Störungen aus. Dabei müssen sowohl die Kriterien für ein gestörtes Sozialverhalten im Kindesalter (F91.–) als auch für emotionale Störungen des Kindesalters (F93.–) bzw. für eine erwachsenentypische neurotische (F40–F49) oder affektive Störung (F30–F39) erfüllt sein. (WHO 2011a)

**Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)** stellen in erster Linie Verstärkungen normaler Entwicklungstrends und weniger eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene dar. Ihre Entwicklungsbezogenheit repräsentiert dabei das diagnostische Schlüsselmerkmal, das zur Unterscheidung von emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit (F93.–) und neurotischen Störungen (F40–F48) herangezogen wird (WHO 2011a). In der Kinderpsychiatrie werden emotionale Störungen vor allem in Abgrenzung zu anderen Störungen definiert (Von Gontard 2010, 177 f.). Zu ihren Symptomen zählen u. a. Ängstlichkeit, Verstimmtheit, soziale Isolation, Scheue sowie Beziehungsprobleme, wobei Einzelsymptome für eine Diagnose nicht ausreichen, sondern klinisch erkennbare Muster vorliegen müssen.

Bei **Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94)** handelt es sich um eine „heterogene Gruppe von Störungen, mit Abweichungen in der sozialen Funktionsfähigkeit und einem Beginn in der Entwicklungszeit“. Anders als die tiefgrei-

fenden Entwicklungsstörungen sind sie jedoch nicht durch eine offensichtliche konstitutionelle soziale Beeinträchtigung oder durch Defizite in allen Bereichen sozialer Funktionen charakterisiert. Für ihr Entstehen spielen in vielen Fällen schwerwiegende Milieuschäden oder Deprivationen eine entscheidende Rolle. (WHO 2011a)

**Ticstörungen (F95)** sind Syndrome, bei denen das vorwiegende Symptom das Vorliegen eines Tics ist. Unter einem Tic wird dabei **eine unwillkürliche, rasche, wiederholte, nichtrhythmische Bewegung meist umschriebener Muskelgruppen** (motorische Tics) bzw. eine **plötzlich einsetzende Lautproduktion ohne erkennbaren Zweck** verstanden (vokale Tics). Sie werden als nicht willkürlich beeinflussbar erlebt, können jedoch zumeist für einen gewissen Zeitraum unterdrückt werden. (Döpfner/Rothenberger 2008, 311 f.; WHO 2011a)

### 2.4.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen

Umschriebene Entwicklungsstörungen (UES) sind **Leistungsdefizite in begrenzten Funktionsbereichen**. Sie können die Sprache und das Sprechen, die Motorik wie auch allgemeine schulische Fertigkeiten betreffen (Rechnen, Schreiben, Lesen) und sind zu keinem Zeitpunkt durch die allgemeine Intelligenz, durch Förderung bzw. Nicht-Förderung sowie durch die körperliche und seelische Gesundheit der/des Betroffenen erklärbar. (Esser/Wyschkon 2002)

Dem Konzept der umschriebenen Entwicklungsstörungen liegen zwei Annahmen zugrunde (Esser/Wyschkon 2002, 410):

- » die **Normalitätsannahme**, bei der davon ausgegangen wird, dass die Betroffenen über eine normale Intelligenz verfügen, dass keine Sinnesschädigungen vorliegen und auch keine umschriebenen neurologischen Störungen gegeben sind, und
- » die **Diskrepanzannahme**, die besagt, dass ein großer Unterschied besteht zwischen dem allgemeinen Leistungsniveau und der betroffenen Teilleistung bzw. zwischen den erwartbaren Leistungen (Intelligenz und Lerngeschichte) und den tatsächlichen Leistungen.

Überträgt man diese Annahmen auf die oben genannten Funktionsbereiche, so führt dies zu folgenden Störungsdefinitionen:

- » **Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80)** sind Störungen, bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs bereits von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind. Ihre Ursachen können nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, einer Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden. Sie wirken oft nach und zeigen sich durch Schwierigkeiten beim Lesen und

Rechtschreiben, als Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen sowie im emotionalen und Verhaltensbereich. (WHO 2011a)

- » **Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)** sind Störungen, bei denen die normalen Muster des Fertigkeitserwerbs (Lesen, Rechnen, Schreiben) von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind. Sie treten in Form von Lese- und Rechtschreibstörungen, als **isolierte Rechtschreibstörung** oder als **Rechenstörung** auf und können ursächlich nicht eindeutig zugeordnet werden. Es handelt sich weder um einen Mangel an Lernmöglichkeiten, um die Folgen einer Intelligenzminderung, noch um irgendeine erworbene Hirnschädigung oder -krankheit. (WHO 2011a)
- » **Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82)** sind Störungen, die sich durch schwerwiegende Entwicklungsbeeinträchtigungen in der motorischen Koordination auszeichnen. Sie sind weder durch eine Intelligenzminderung noch durch eine spezifische angeborene oder erworbene neurologische Störung begründbar. (WHO 2011a)
- » **Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)** liegen dann vor, wenn Störungen des Sprechens oder der Sprache, der schulischen Fertigkeiten oder der motorischen Funktionen vorliegen, jedoch keine der genannten Störungen – in einem diagnostischen Sinne – dominiert. Sie treten oftmals gemeinsam mit einer kognitiven Beeinträchtigung auf (WHO 2011a) und werden häufig unter dem Begriff der globalen Entwicklungsstörung thematisiert.

### 3 Ursachen, Risiko- und Schutzfaktoren

Entwicklungsverzögerungen/-störungen sind zumeist **multifaktoriell bedingt** (Erhart et al. 2007, 800; Heinrichs et al. 2002, 172; Petermann et al. 2010, 23; Petermann/Resch 2008, 52). Sie lassen sich nur selten auf einzelne „Ursachen“ zurückführen, sondern sind durch eine Reihe von **Risiko- und Schutzfaktoren** bestimmt, die die kindliche Entwicklung sowohl behindern als auch fördern können.

Von **Risikofaktoren** ist in diesem Zusammenhang dann die Rede, **wenn als Folge eines spezifischen Merkmals** (z. B. Frühgeburt, Depression der Mutter), **besonderer Erfahrungen** (körperliche Handicaps, soziale Deprivation, Drogenkonsum) **oder einschneidender Erlebnisse** (Tod einer Bezugsperson, schwere Krankheit) **die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklungsabweichung erhöht ist** und dadurch eine Störung begünstigt wird (Petermann/Resch 2008, 52).

In der Fachliteratur wird zwischen internen und externen Risikofaktoren unterschieden. Zu den **internen**, d. h. personenbezogenen, **Risikofaktoren** zählen dabei vor allem **genetische Dispositionen, Komplikationen vor oder während der Geburt sowie ein schwieriges kindliches Gemüt** (Temperament). Als **externe** (umweltbezogene) **Risikofaktoren** werden hingegen **psychosoziale Stressfaktoren bezeichnet, die im familiären bzw. näheren sozialen Umfeld** des Kindes angesiedelt sind (mangelnde Unterstützung durch die Eltern, psychisch kranke Eltern, Alkoholabhängigkeit eines Elternteils etc.). (Petermann/Resch 2008, 52 f.) Entscheidend für die kindliche Entwicklung ist dabei aber nicht die Art eines einzelnen Risikofaktors, sondern vielmehr deren **Anzahl und Konstellation**.

Abseits der Risikofaktoren spielen – in Anlehnung an ein **modernes Gesundheitsverständnis** (Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen; WHO 1948) – auch Faktoren und **Ressourcen** eine Rolle, die zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit beitragen. Als Ressourcen eines Kindes nennen Petermann und Resch (2008) dabei insbesondere **Schutzfaktoren**: Diese „[...] bestehen schon vor dem Auftreten von Störungen und werden durch das Auftreten von Risikofaktoren aktiv, indem sie deren Wirkung abmildern oder aufheben.“ (Petermann/Resch 2008, 54) Sie können entweder **angeboren** sein (z. B. überdurchschnittliche Intelligenz), von den Betroffenen **erworben** worden sein (z. B. im Rahmen psychosozialer Prozesse) oder ihren Ursprung **im Umfeld des Kindes** haben. (Petermann/Resch 2008)

Eine Übersicht zu relevanten Risiko- und Schutzfaktoren findet sich in Tabelle 3.1, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

Tabelle 3.1:  
Risiko- und Schutzfaktoren

<b>Risikofaktoren</b>	
<b>Individuell/ persönlich</b>	
»	Frühgeburt
»	Prä-, peri- und postnatale Komplikationen
»	Rauchen und Alkohol während der Schwangerschaft
»	Sehr frühe oder später Elternschaft
»	Genetische Belastungen (z. B. Trisomie 21, Epilepsie)
»	Genetisch-biologische Einflüsse (z. B. chronische Erkrankungen, Infektionen)
»	Verzögerungen im Fertigkeitenerwerb (speziell: soziale Fertigkeiten)
»	Schwierigkeiten in der Emotionsbewältigung
»	Schwieriges Temperament
<b>Familiäres / nahes soziales Umfeld</b>	
»	Elternmerkmale (z. B. psychische Störungen der Eltern, geringer Ausbildungsstand)
»	Negatives familiärer Zusammenhalt
»	Negative familiäre Kommunikationsmuster
»	Dysfunktionales Erziehungsverhalten (z. B. inkonsistentes, bestrafendes oder nonkontingentes Verhalten)
»	Ehekonflikte der Eltern
»	Scheidung, Tod eines Familienangehörigen (Fehlen eines Elternteils)
»	Familiäre Gewalt
»	Physische/psychische Vernachlässigung oder Misshandlung
»	Geringer sozioökonomischer Status
»	Unangemessene/beengte Wohnverhältnisse
»	Mangelnde außerfamiliäre soziale Bindungen/soziale Ressourcen
<b>Schutzfaktoren</b>	
<b>Individuell/persönlich</b>	
»	Intellektuelle Fähigkeiten
»	Positives Selbstkonzept
»	Positives Temperament
»	Soziale Fertigkeiten
»	Resilienzen (Widerstandsfähigkeiten)
<b>Familiäres / nahes soziales Umfeld</b>	
»	Anteilnahme, Interesse der Eltern am Leben des Kindes
»	Elterliche Wärme
»	Kohäsion und Adaptabilität der Familie
»	Führung des Kindes (z. B. konsistentes Erziehungsverhalten)
»	Unterstützendes und anregendes soziales Netzwerk

Quellen: Barkmann/Schulte-Markwort 2007; Erhart et al. 2007; Heinrichs et al. 2002; Petermann/Resch 2008; Darstellung: GÖG/ÖBIG



## 4 Häufigkeit

In Österreich können **Aussagen zur Häufigkeit entwicklungsbedingter Auffälligkeiten** – in Ermangelung nationaler Register und epidemiologischer Studien – **nur auf Basis fragmentierter Datenbestände** getroffen werden (siehe Abschnitt 4.1).

In Ergänzung dazu wurde eine Gruppe von **Expertinnen/Experten** um **qualifizierte Einschätzungen zur Häufigkeit entwicklungsbedingter Störungen** gebeten (siehe Abschnitt 4.2). Das Ergebnis dieser Expertenbefragung gibt Auskunft über die prinzipielle Aussagekraft solcher Häufigkeitseinschätzungen.

Darüber hinaus wurde auch die **deutsche Situation** beleuchtet (siehe Abschnitt 4.3). Sie fungiert als Orientierungsrahmen und komplementiert die in Österreich zum Teil spärlichen Datenbestände.

### 4.1 Entwicklungsverzögerungen/–störungen bei 0– bis 14–jährigen Kindern in Österreich

#### Methodische Vorbemerkungen

Die Recherche nationaler Datenbestände erfolgte in **vier Arbeitsschritten**:

1. **Recherche GÖG-interner Datenbestände** (z. B. Diagnosen- und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten),
2. **Recherche** komplementärer Studien und Untersuchungen **via Internet**,
3. **Recherche** publizierter Studienergebnisse **in geeigneten Literaturdatenbanken** (PubMed und PsycINFO; vgl. Abschnitt 4.3),
4. **Erhebung ergänzender Datenbestände** bei den Mitgliedern des AKS Austria, bei den Landesregierungen (Landesgesundheitsdirektion, Schulpsychologie, Schulärztlicher Dienst) sowie im Rahmen der Expertenbefragung (vgl. Abschnitt 4.2).

Die Ergebnisse dieser Recherchearbeiten werden – thematisch gebündelt – unter den Punkten 4.1.1 bis 4.1.3 zusammengefasst und resümiert. **Mehrheitlich** handelt es sich dabei um Informationen aus sogenannten **Screenings und Reihenuntersuchungen**, ergänzt um wissenschaftliche Studienergebnisse und administrative Statistiken (Diagnosedaten, Medikamentenverordnungen, Statistiken des Schulpsychologischen Dienstes). Es wird dabei jeweils auf die **aktuellsten Daten und Ergebnisse** zurückgegriffen, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht.

Die **Beschreibung** der recherchierten Daten und Ergebnisse erfolgte **auf Basis nachste-  
hender Kriterien:**

- » Datenquelle (und ihre Limitierungen),
- » Altersspektrum,
- » Aktualität und Periodizität der Daten,
- » (regionale) Verfügbarkeit der Daten,
- » Setting der Datengenerierung / durchführende Personen,
- » Repräsentativität (für das untersuchte Alterskollektiv),
- » Aussagekraft (für Gesamtösterreich).

Auf eine Bewertung der jeweils eingesetzten Mess- und Erhebungsinstrumente/-methoden (im Sinne der Einheitlichkeit, Reliabilität, Validität etc.) wurde bewusst verzichtet, da dies den Rahmen dieses Grundlagenberichts gesprengt hätte.

### 4.1.1 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Aussagen zur Häufigkeit tiefgreifender Entwicklungsstörungen können in Österreich nur auf Basis administrativer Statistiken getroffen werden (vgl. Tabelle 4.1). Dabei handelt es sich zum einen um **Diagnosedaten** aus den **österreichischen Krankenanstalten**<sup>8</sup>, zum anderen um Diagnosedaten aus **entwicklungsdiagnostischen Zentren/ Ambulatorien** (illustriert am Beispiel der entwicklungsdiagnostischen Stellen der Gemeinde Wien). Letztere liegen in Österreich derzeit in keiner systematischen Weise vor und müssten, um Aussagen für Gesamtösterreich treffen zu können, erst flächendeckend erhoben werden. Ein Unterfangen, das sich – in Ermangelung eines nationalen Registers für tiefgreifende Entwicklungsstörungen – aber grundsätzlich lohnen würde.

Bei beiden Datenquellen handelt es sich um **Inanspruchnahmedaten**. Sie dokumentieren nur jene Fälle, die auch im System sichtbar werden. Im Falle tiefgreifender Entwicklungsstörungen kann allerdings vermutet werden, dass diese aufgrund des Schweregrades der Störungen im Normalfall diagnostiziert und behandelt werden. Die Problematik besteht demnach weniger in einer Untererfassung der betroffenen Personen als vielmehr in der Tatsache, dass es in Österreich derzeit **keine einheitlichen und zentral verfügbaren Datenbestände aus dem ambulanten Bereich** gibt.

Die Repräsentativität und Aussagekraft der folgenden Ergebnisse ist damit deutlich eingeschränkt, da (tiefgreifende) Entwicklungsstörungen v. a. ambulant behandelt

---

8

Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (kurz DLD)

werden. Von Vorteil ist hingegen, dass die Daten **jährlich** und für das **gesamte Altersspektrum** (0–14) zur Verfügung stehen (würden) und **routinemäßig** erfasst werden.

Den Ergebnissen der **Diagnosen- und Leistungsdokumentation** der österreichischen Krankenanstalten zufolge (kurz DLD genannt) wurden 2011 **309 Kinder** mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (in Haupt- oder Nebendiagnose) stationär erfasst. Dies entspricht einem Anteil von **rund 0,025 Prozent aller in Österreich wohnhaften Kinder zwischen 0 und 14 Jahren**.

In den beiden **Wiener Diagnostikstellen** wurde in den Jahren **2007 bis 2011** bei **rund 0,5 Prozent der untersuchten Kinder** (zwischen 0 und 6 Jahren) eine tiefgreifende Entwicklungsstörung diagnostiziert. Dieses Ergebnis ist jedoch weder auf „Gesamtwien“ übertragbar (da es in Wien noch weitere entwicklungsdiagnostische Zentren gibt), noch können die Werte anteilig für die Gesamtheit der 0- bis 14-Jährigen dargestellt werden.

Tabelle 4.1:  
Datenübersicht: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Quellen	Jahr	Region/ Setting	Untersuchungs- personen	Methodik	durch- führende Personen	Ergebnisse
MA 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien 2012	2007-2011	Wien; Entwicklungs- diagnostik-stellen der Gemeinde Wien	1.103 Kinder, 0-6 Jahre	diverse Testverfahren; ausgewertet wurden 2.309 ICD-Diagnosen	Kinderärzte/ -ärztinnen, Psychologen/ Psychologinnen	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen wurden bei 0,5 % der untersuchten Kinder festgestellt (6 Kinder).
BMG 2011; Diagnosen- und Leistungsdocumentation	2011	Österreich; Krankenanstalten	128.098 Patientinnen und Patienten, 0-14 Jahre	ICD-10 F84 in Haupt- oder Nebendiagnose	k. A.	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen wurden bei 0,025 % aller in Österreich wohnhaften 0- bis 14-Jährigen festgestellt.

k. A. = keine Angaben

Quellen: siehe Spalte links; Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 4.1.2 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Daten zur Häufigkeit von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend liegen in Österreich sowohl in Form **administrativer Statistiken** (Diagnosedaten, Medikamentenverordnungsdaten, Statistiken des Schulpsychologischen Dienstes) als auch aus **Reihenuntersuchungen** vor (vgl. Tabelle 4.2). Die einzelnen Datenbestände decken dabei **unterschiedliche Altersspektren** ab und beruhen auf **unterschiedlichen methodischen Zugängen** (Setting, Methodik, durchführende Personen). Sie stammen aus den Jahren **2007 bis 2012** und **umfassen nur in drei von sechs Fällen österreichweite Ergebnisse**.

Die **Repräsentativität und Aussagekraft** der Ergebnisse kann als **deutlich eingeschränkt** beurteilt werden:

- » **Es ist kein direkter Vergleich** zwischen den einzelnen Datenbeständen möglich.
- » **Regionale Ergebnisse können nur eingeschränkt auf Gesamtösterreich übertragen werden.**
- » Es liegen **methodische Einschränkungen** vor, die, im Falle der stationären Diagnosedaten, der Medikamentenverordnungsdaten sowie der Kontaktaufnahmedaten des Schulpsychologischen Dienstes, zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Geschehens führen. Auf eine textliche Darstellung dieser Ergebnisse wird deshalb im Folgenden verzichtet (siehe dazu Tabelle 4.2).

Den Ergebnissen der **Grazer Schuleingangsuntersuchung** zufolge wurden im Schuljahr **2010/11** rund **10 Prozent** der untersuchten Kinder (alle Schüler/innen der ersten Schulstufe aller öffentlichen Grazer Schulen = Kinder im Alter zw. 6 und 7 Jahren) als **verhaltensauffällig** dokumentiert. In einer ähnlichen Größenordnung bewegen sich auch die Ergebnisse der **Vorarlberger Kindertagesbetreuung**. Ihnen zufolge wiesen 2011/12 rund **11 Prozent der 4- bis 5-Jährigen Verzögerungen im Aufmerksamkeitsbereich**, **9 Prozent hinsichtlich ihrer sozialen Kompetenzen** und **rund 11 Prozent hinsichtlich ihrer emotionalen Entwicklung** auf (siehe Tabelle 4.2).

Zusammengenommen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass rund **10 Prozent der 4- bis 7-Jährigen emotionale und soziale Entwicklungsauffälligkeiten** aufweisen. Ob und inwieweit diese Ergebnisse kumulativ zu betrachten sind und auf Gesamtösterreich übertragen werden können, bleibt unklar.

Tabelle 4.2:

Datenübersicht: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quellen	Jahr	Region/ Setting	Untersuchungs- personen	Methodik	durch- führende Personen	Ergebnisse
Stadt Graz 2011; Schuleingangs- untersuchung	2010/ 2011	Steiermark (Graz); Volksschulen	1.635 Schü- ler/innen 6-7 Jahre; alle Schüler/innen der öffentlichen städtischen Schulen in Graz (1. SST)	Anamnesegespräch, Beobachtung in der Unters- uchungssituation, vorhandene Befunde, Bemerkungen im Mutter-Kind-Pass, Informati- onen aus der Schule	Schulärzte/ -ärztinnen	9,5 % verhaltensauffällig
aks - Gesund- heitsvorsorge 2012; Kindergar- ten-vorsorge neu	2011/ 2012	Vorarlberg; Kindergärten	5.050 Kinder 4-5 Jahre	Vollerhebung; Differenzierungsprobe nach Breuer & Weuffen; VBB	Kindergarten- pädagogen/ -pädagoginnen	Aufmerksamkeit: 8 % leicht verzögert, 2,5 % verzögert = 10,5 % Soziale Kompetenz: 6,3 % leicht verzögert, 2,7 % verzögert = 9 % Emotionale Entwicklung: 8,6 % leicht verzögert, 2,2 % verzögert = 10,8 %
BMUKK 2012; Schulpsychologie- Bildungsberatung	2011/ 2012	Österreich; Schulpsycho- logischer Dienst	22.218 Schü- ler/innen 6-14 Jahre; VS (1.-4.SST), HS/NMS, AHSU	Grund der Kontaktaufnahme	Schulpsychologen/ -psychologinnen	39,7 % Kontaktaufnahmen aufgrund emotionaler und/oder Verhaltensschwierigkeiten = 1,3 % aller Schüler/innen

Fortsetzung nächste Seite

Quellen	Jahr	Region/ Setting	Untersuchungs- personen	Methodik	durch- führende Personen	Ergebnisse
BMG 2011; Diagnosen- und Leistungsdoku- mentation	2011	Österreich; Krankenanstalten	128.098 Patientinnen und Patienten, 0-14 Jahre	F90-F98 in Haupt- oder Nebendiagnose	k. A.	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend wurden bei 0,17 % aller in Österreich wohnhaften 0- bis 14-Jährigen festgestellt (2.149 Kinder; 67 % Burschen); davon: » 35 % hyperkinetische Störungen » 16 % Störungen des Sozialverhaltens » 19 % kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen » 18 % emotionale Störungen des Kindesalters » 6 % Störungen sozialer Funktionen in der Kindheit und Jugend » 4 % Ticstörungen » 23 % andere Verhaltens- und emotionale Störungen mi Beginn in der Kindheit und Jugend
BMG 2013; ADH(S)	2010	Österreich; GKK + SVB	804.912 Kinder 1-10 Jahre	Verordnungen von ADH(S)- Medikamenten	Ärzte/Ärztinnen	0,24 % erhalten Medikamente, die die Wirkstoffe Methyl- phenidat oder Atomoxetin enthalten
MA 15 – Gesund- heitsdienst der Stadt Wien 2012	2007- 2011	Wien; Entwicklungs- diagnostik-stellen der Gemeinde Wien	1.103 Kinder 0-6 Jahre	diverse Testverfahren; ausgewertet wurden 2.309 ICD-Diagnosen	Kinderärzte/ -ärztinnen, Psychologen/ Psychologinnen	5,5 % hyperkinetische Störungen, 2,3 % Störungen des Sozialverhaltens, 3 % emotionale Störungen, 0,2 % Ticstörungen

k. A. = keine Angaben

AHSU = Allgemein bildende höhere Schule Unterstufe

GKK = Gebietskrankenkasse

HS = Hauptschule

NMS = Neue Mittelschule

SVB = Sozialversicherungsanstalt der Bauern

VS = Volksschule

Quellen: siehe Spalte links; Darstellung: GÖG/ÖBIG

### 4.1.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen

Bei umschriebenen Entwicklungsstörungen (UES) handelt es sich um Leistungsdefizite in begrenzten Funktionsbereichen. Sie können die **Sprache und das Sprechen**, die **Motorik** wie auch die allgemeinen **schulischen Fertigkeiten** betreffen.

#### Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Aussagen zur Häufigkeit umschriebener Entwicklungsstörungen/–verzögerungen des Sprechens und der Sprache können in Österreich auf Basis **logopädischer Reihenuntersuchungen** sowie – annäherungsweise – auf Basis regionaler **Sprachstandsfeststellungen** getroffen werden. Die diesbezüglich gewonnenen Informationen beziehen sich dabei **hauptsächlich auf Kinder im Alter von vier und fünf Jahren**. Die Daten stammen aus den **Jahren 2008 bis 2012** und wurden fast zur Gänze im **Kindergartenkontext** erhoben (durch Kindergartenpädagoginnen/–pädagogen bzw. – im Falle der Reihenuntersuchungen – durch Logopädinnen und Logopäden). In den meisten Fällen handelt es sich um bundeslandbezogene Vollerhebungen und somit um **repräsentative Datenbestände**.

**Sprachstandsfeststellungen** liegen – mit Ausnahme von Niederösterreich – für alle österreichischen Bundesländer vor. Die Feststellung des Sprachvermögens erfolgte dabei **mithilfe unterschiedlicher Methoden**, weshalb die **Vergleichbarkeit** der Ergebnisse **eingeschränkt** ist. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass **rund 7 bis 11 Prozent der vier- bis fünfjährigen Kinder** in Österreich **eine Sprachentwicklungsstörung bzw. einen diesbezüglichen Förderbedarf** aufweisen (siehe Tabelle 4.3). Im Falle der BIFIE-Ergebnisse beruht diese Einschätzung allerdings nur auf den Ergebnissen der „rein“ deutschsprachigen Kinder, da nur in dieser Gruppe seriöse Vermutungen über den Anteil sprachlich auffälliger Kinder angestellt werden können. Im Falle der nicht-deutschsprachigen bzw. gemischtsprachigen Kinder (Kinder, die nur als Zweitsprache Deutsch sprechen) wird damit vorrangig die Qualität der bisher angeeigneten Deutschkenntnisse überprüft, aber eben nicht zwingend, ob eine Störung im Sprachentwicklungsbereich vorliegt.

**Logopädische Auffälligkeiten** wurden bei **rund 57 bis 69 Prozent der Drei- bis Sechsjährigen** beobachtet. Als **therapiebedürftig** gelten dabei **rund 36 bis 43 Prozent**, als **förder- und beratungsbedürftig 20 bis 33 Prozent** (siehe Tabelle 4.3). Vorrangig handelt es sich dabei um Artikulationsstörungen. Da die Ergebnisse aus bundeslandbezogenen Untersuchungen stammen (der Bundesländer Oberösterreich, Steiermark und Tirol), bleibt unklar, ob und inwieweit diese auf Gesamtösterreich übertragbar sind.



Tabelle 4.3:  
Datenübersicht: Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Quellen	Jahr	Region/ Setting	Untersuchungs- personen	Methodik	durch- führende Personen	Ergebnisse
Breit 2009; BIFIE	2008	Burgenland; Kindergärten	1.782 Kinder 4,5–5,5 Jahre	Sprachstandsfeststellung (Vollerhebung); BESK 4–5	Kindergarten- pädagogen/ -pädagoginnen	15 % Förderbedarf: 9 % bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache 55 % bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache
Breit 2009; BIFIE	2008	Kärnten; Kindergärten	2.931 Kinder 4,5–5,5 Jahre	s. o.	s. o.	16 % Förderbedarf: 10 % bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache 58 % bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache
Breit 2009; BIFIE	2008	Salzburg; Kindergärten	1.979 Kinder 4,5–5,5 Jahre	s. o.	s. o.	29 % Förderbedarf: 9 % bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache 78 % bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache
Breit 2009; BIFIE	2008	Steiermark; Kindergärten	7.139 Kinder 4,5–5,5 Jahre	s. o.	s. o.	17 % Förderbedarf: 11 % bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache 63 % bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache
Breit 2009; BIFIE	2008	Wien; Kindergärten	10.337 Kinder 4,5–5,5 Jahre	s. o.	s. o.	30 % Förderbedarf: 10 % bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache 55 % bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache
Land Steiermark 2012; Sprach- standserhebung	2012	Steiermark; Kindergärten	15.695 Kinder 4,6–6 Jahre	BESK 2.0 DaE (Deutsch als Erstsprache) BESK 2.0 DaZ (Deutsch als Zweitsprache)	s. o.	10 % Förderbedarf
aks – Gesund- heitsvorsorge 2012; Kindergar- ten-vorsorge neu	2011/ 2012	Vorarlberg; Kindergärten	5.050 Kinder 4–5 Jahre	Vollerhebung; Differenzie- rungsprobe nach Breuer & Weuffen; VBB (Vorarlberger Beobachtungsbogen nach Barth)	Kindergarten- pädagogen/ -pädagoginnen	11 % leicht verzögert 9 % verzögert
Amt der oö. Landesregierung – Abteilung für Jugendwohlfahrt 2012	2010/ 2011	Oberösterreich; Kindergärten	14.100 Kinder 4–5 Jahre	logopädisches Screening (Vollerhebung); eigens entwickeltes Verfahren	Logopäden/ -pädagoginnen	43 % Therapiebedarf + 20 % Förderbedarf/Kontrollbedarf; 46 % Aussprachstörungen 11 % myofunktionelle Störungen 10 % Sprachverständnisstörungen 12 % grammatische Störungen 11 % Auffälligkeiten in der auditiven Wahrnehmung 1,4 % Redeflussstörung

Fortsetzung nächste Seite

Quellen	Jahr	Region/ Setting	Untersuchungs- personen	Methodik	durch- führende Personen	Ergebnisse
Land Steiermark 2011; logopädische Reihenuntersuchung	2010/ 2011	Steiermark; Kindergärten	3.352 Kinder 3–6 Jahre in fünf Bezirken (Graz-Umgebung, Leibnitz, Bad-Radkersburg, Murau, Knittelfeld, Liezen)	s. o.; keine standardisierte Methodik	s. o.	57 % der Kinder wurden als „auffällig“ eingestuft (1.912 Kinder); Burschen 57 %, Mädchen 49 %; k. A. zum Geschlecht lagen für den Bezirk Leibnitz vor (516 Kinder)
Landessanitätsdi- rektio n Tirol 2011	2010/ 2011	Tirol; Kindergärten	6.373 Kinder 4–5 Jahre	logopädisches Screening (Vollerhebung); eigens entwickelter Screeningbogen	s. o.	35,5 % therapiebedürftig, 33,2 % beratungsbedürftig; 51 % Aussprachstörungen 27 % myofunktionelle Störungen <sup>9</sup> 7 % Sprachentwicklungsstörungen 4 % grammatische Störungen 13 % Auffälligkeiten in der auditiven Wahrnehmung 1 % Redeflussstörung
Stadt Graz 2011; Schuleingangs- untersuchung	2010/ 2011	Steiermark (Graz); Öffentliche städtische Kindergärten	2.008 Kinder	Spontanansprache- erhebung, Sprach- entwicklungstests	Logopädinnen	36,8 % sprachauffällig
MA 15 – Gesund- heitsdienst der Stadt Wien 2012	2007– 2011	Wien; Entwicklungs- diagnostikstellen der Gemeinde Wien	1.103 Kinder 0–6 Jahre	diverse Testverfahren; ausgewertet wurden 2.309 ICD-Diagnosen	Kinderärzte/-ärz- tinnen, Psycholo- gen/-loginnen	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache wurden bei 16,2 % der untersuchten Kinder festgestellt (179 Kinder).

Fortsetzung nächste Seite

9

Eine myofunktionelle Störung liegt vor, wenn im Mund- und Gesichtsbereich zu wenig oder zu viel Muskelkraft eingesetzt wird bzw. wenn die Bewegungsabläufe der Muskulatur ungenügend koordiniert werden.

Fortsetzung Tabelle 4.3 – Seite 3 von 3

Quellen	Jahr	Region/ Setting	Untersuchungs- personen	Methodik	durch- führende Personen	Ergebnisse
BMG 2011; Diagnosen- und Leistungsdoku- mentation	2011	Österreich; Krankenanstalten	128.098 Patientinnen und Patienten 0–14 Jahre	F80 in Haupt- oder Nebendiagnose	k. A.	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache wurden bei 0,038 % aller in Österreich wohnhaften 0- bis 14-Jährigen festgestellt (464 Kinder).

s. o. = siehe oben

k. A. = keine Angaben

BESK = Beobachtungsbogen zur Erfassung der Sprachkompetenz

Quellen: siehe Spalte links; Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Angaben zur Häufigkeit umschriebener Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten können in Österreich aktuell nur einer **einzelnen Studie** entnommen werden (siehe Landerl/Moll 2010). Sie wurde im Bundesland Salzburg durchgeführt (mehrheitlich in der Stadt Salzburg) und **kann** folglich **nur bedingt auf Gesamtösterreich übertragen werden**.

Ergänzend zu diesen Studienergebnissen liegen zudem Ergebnisse aus der **DLD** und der **Statistik des Schulpsychologischen Dienstes** vor. Sie liefern **Inanspruchnahmedaten**, die keine repräsentativen Aussagen ermöglichen. Im Falle der Schulpsychologie kommt dabei noch erschwerend hinzu, dass in der Statistik keine Diagnosen, sondern der Grund der Kontaktaufnahme dokumentiert wird. Auf eine textliche Darstellung der Ergebnisse wird folglich verzichtet (siehe dazu Tabelle 4.4).

Landerl & Moll zufolge wiesen im Schuljahr 2006/2007 (je nach Schweregrad) rund **6 bzw. 15 Prozent der sechs- bis zwölfjährigen Schüler/innen Defizite beim Rechnen, 7 bzw. 15 Prozent beim Lesen** und **9 bzw. 16 Prozent in der Rechtschreibung** auf (siehe Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4:  
Datenübersicht: Umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten

Quellen	Jahr	Region/ Setting	Untersuchungs- personen	Methodik	durch- führende Personen	Ergebnisse
BMUKK 2012; Schulpsychologie Bildungsberatung	2011/ 2012	Österreich; Schulpsycho- logischer Dienst	22.218 Schü- ler/innen 6-14 Jahre; VS (1.-4.SST), HS/NMS, AHS-U	Grund der Kontaktaufnahme	Schulpsychologen/ -psychologinnen	57,7 % aufgrund von Lernschwierigkeiten = 2 % aller Schüler/innen
Landerl & Moll 2010	2006/ 2007	Salzburg (vorwiegend Stadt Salzburg); Volksschulen	2.586 Schü- ler/innen 7-12 Jahre; Ausschlusskrite- rien: Deutsch als Zweitsprache, Lernschwierigkei- ten bedingt durch AD(H)S, Kinder mit einem IQ < 85	Studie (Stichprobe); standardisierter Lese-, Rechtschreib- und Rechentest	Psychologen/ -loginnen	Defizite: Rechnen je nach Schweregrad 6,1 % (35 % Burschen) bzw. 15,4%; Lesen je nach Schweregrad 7 % (49 % Burschen) bzw. 14,8%; Rechtschreibung je nach Schweregrad 8,8 % (58 % Burschen) bzw. 16,4%
BMG 2011; Diagnosen- und Leistungsdocu- mentation	2011	Österreich; Krankenanstalten	128.098 Patientinnen und Patienten 0-14 Jahre	F81 in Haupt- oder Nebendi- agnose	k. A.	Umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten wurden bei 160 Kindern festgestellt.

k. A. = keine Angaben  
AHSU = Allgemein bildende höhere Schule Unterstufe  
HS = Hauptschule  
IQ = Intelligenzquotient  
NMS = Neue Mittelschule  
SST = Schulstufe  
VS = Volksschule

Quellen: siehe Spalte links; Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen

Aussagen zur Häufigkeit umschriebener Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen können in Österreich sowohl auf Basis einer in Oberösterreich durchgeführten **Reihenuntersuchung** (Hertl-Kollmann/Wieser-Raßbach 2011) als auch auf Basis **schulärztlicher Statistiken** getätigt werden. Die Ergebnisse beider Untersuchungen sind in ihrer **Aussagekraft** jedoch **regional begrenzt** und können nur bedingt auf Gesamtösterreich übertragen werden.

Darüber hinaus stehen sowohl **stationäre als auch ambulante Diagnosedaten** (der Stadt Wien) zur Verfügung, die jedoch, da es sich um Inanspruchnahmedaten handelt, **in ihrer Aussagekraft deutlich eingeschränkt** sind. Auf ihre Darstellung wird im Folgenden verzichtet (siehe dazu Tabelle 4.5).

**Hertl-Kollan & Wieser-Raßbach** zufolge wiesen 2010 rund **60 Prozent** der in Oberösterreich untersuchten Kinder **motorische Auffälligkeiten** auf. **25 Prozent** wurden dabei als **therapiebedürftig**, **35 Prozent** als **leicht auffällig** eingestuft. Bei den Untersuchungspersonen handelt es sich um **vier- bis fünfjährige Kinder**, die zum Zeitpunkt der Untersuchung einen oberösterreichischen Kindergarten besucht haben.

Im Rahmen der **Salzburger Schuluntersuchung** wurden bei rund **16 Prozent** der Kinder (zw. 6 und 8 Jahre alt) **Auffälligkeiten im Bereich der Grobmotorik**, bei **16 Prozent im Bereich der Feinmotorik** festgestellt. Eine Überlappung beider Gruppen ist wahrscheinlich.

Tabelle 4.5:  
Datenübersicht: Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen

Quellen	Jahr	Region/ Setting	Untersuchungs- personen	Methodik	durch- führende Personen	Ergebnisse
Hertl-Kollan & Wieser-Raßbach 2011	2010	Oberösterreich; Kindergärten	620 Kinder, 4-5 Jahre	Reihenuntersuchung (Stichprobe); Fragebögen und Screening	Ergotherapeutinnen/- therapeuten	35 % „leichte Auffälligkeiten“ 25 % „therapiebedürftig“
Schulärztlicher Dienst der Stadt Salzburg 2012	2011 / 2012	Salzburg (Stadt Salzburg); Volksschulen ohne SPZ	1.435 Vorschul- kinder und Erst- klässler, 6-8 Jahre	schulärztliche Untersuchung (Vollerhebung); Ruf-Bächtiger-Test auf Entwicklungsstörungen	Schulärzte/ -ärztinnen	16 % Auffälligkeiten im Bereich der Grobmotorik; 16 % im Bereich der Feinmotorik
MA 15 – Gesund- heitsdienst der Stadt Wien 2012	2007- 2011	Wien; Entwicklungs- diagnostik-stellen der Gemeinde Wien	1.103 Kinder, 0-6 Jahre	diverse Testverfahren; ausgewertet wurden 2.309 ICD-Diagnosen	Kinderärzte/-ärztinnen, Psychologen/ -loginnen	Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen wurden bei 22 % der untersuchten Kinder festgestellt (244 Kinder).
BMG 2011; Diagnosen- und Leistungsdoku- mentation	2011	Österreich; Krankenanstalten	128.098 Patientinnen und Patienten, 0-14 Jahre	F82 in Haupt- oder Nebendi- agnose	k. A.	Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen wurden bei 0,021 % aller in Österreich wohn- haften 0- bis 14-Jährigen festgestellt (256 Kinder; 68 % Burschen).

k. A. = keine Angaben  
SPZ = Sonderpädagogisches Zentrum

Quellen: siehe Spalte links; Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 4.2 Einschätzung durch Expertinnen/Experten

In Ergänzung zu den recherchierten Datenbeständen wurde eine **Expertenbefragung** durchgeführt. Die Expertinnen und Experten wurden dabei gebeten, eine **qualifizierte Einschätzung zur Häufigkeit ausgewählter Entwicklungsstörungen** abzugeben und

- » die **Grundlagen** ihrer Einschätzungen zu erläutern,
- » **Studien und/oder Daten** bekanntzugeben, die für die Einschätzung der österreichischen Situation relevant sein könnten, und
- » weitere **Experten/Expertinnen** zu nennen, die diese Fragen sinnvoll beantworten könnten.

### Methodische Vorbemerkungen

Die **Auswahl** der Expertinnen und Experten erfolgte in einem **zweistufigen Verfahren**. In einem ersten Schritt wurden **themenrelevante Institutionen, Organisationen und Verbände recherchiert**, in einem zweiten Schritt **geeignete Vertreter/innen ausgewählt**. In **Ergänzung dazu** wurde die **Expertenliste des Kindergesundheitsdialogs** herangezogen (insbesondere der Arbeitsgruppe 2), um weitere Expertinnen/Experten ausfindig zu machen. Darüber hinaus wurden die angefragten Expertinnen/Experten gebeten, weitere Kolleginnen/Kollegen vorzuschlagen. Methodisch wurde im Rahmen der Expertenbefragung auf eine **kompakte Fragebogenerhebung** gesetzt (Fragebogen siehe Anhang), die **per E-Mail** erfolgt ist.

In einem **ersten Erhebungsdurchgang** wurden insgesamt **23 Experten/Expertinnen** angeschrieben. Von diesen haben

- » **sieben** einen **Fragebogen übermittelt**;
- » **acht** eine **Teilnahme abgelehnt**;
- » **acht** keine **Rückmeldung** gegeben.

In einem **zweiten Erhebungsdurchgang** wurden **zwölf weitere Experten/Expertinnen** angefragt (Expertenempfehlungen). Von diesen haben

- » **fünf** einen **Fragebogen übermittelt**;
- » **drei** eine **Teilnahme abgelehnt**;
- » **vier** keine **Rückmeldung** gegeben.

Insgesamt liegen damit **12 Fragebögen** vor, die **für eine qualifizierte Einschätzung** herangezogen werden können (~ 34 %). Genauso viele **Expertinnen/Experten** haben die **Teilnahme** indessen **abgelehnt** (~ 31 %). Sie sind **mehrheitlich der Meinung** (neun von elf), **dass eine Einschätzung der österreichischen Situation aufgrund fehlender Daten-**



bestände nicht möglich ist. Weitere **zwölf Expertinnen/Experten** gaben **keine Rückmeldung** (~ 34 %).

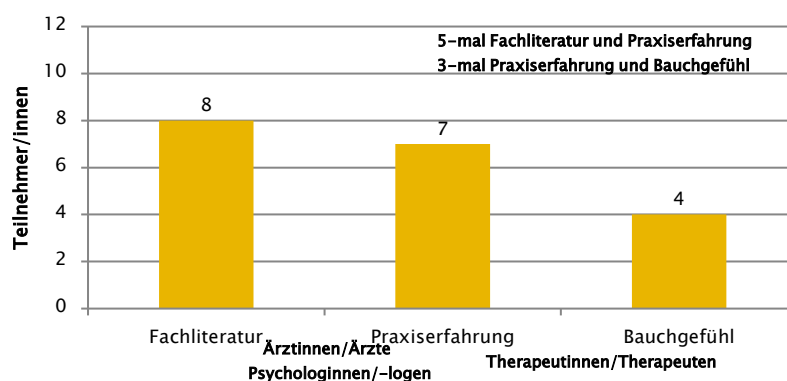
Unter den teilnehmenden Expertinnen/Experten befanden sich insgesamt **fünf Ärztinnen/Ärzte** (drei Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie mit einem Zusatzfach in Neuropädiatrie), **vier Psychologen/-loginnen** (eine Einschätzung wurde von zwei Personen durchgeführt) sowie **vier Therapeutinnen** (drei Logopädinnen und eine Ergotherapeutin). Ihre Einschätzungen bilden die Grundlage der nachstehenden Ausführungen.

## 4.2.1 Einschätzungen zur Häufigkeit

Die Einschätzungen der Expertinnen/Experten beruhen **mehrheitlich** auf ihrer **Fachliteratur**-Kenntnis (in acht von zwölf Fällen) sowie auf ihrer **Praxiserfahrung**. Nur in Ausnahmefällen wird auf das Bauchgefühl verwiesen (siehe Abbildung 4.1). Berufungsgruppenspezifische Akzentuierungen zeigen sich dabei wie folgt:

- » **Ärztinnen/Ärzte** stützen sich vorwiegend auf die **Fachliteratur** sowie auf ihre **Praxiserfahrung**;
- » **Psychologinnen/Psychologen** auf die **Fachliteratur**;
- » **Therapeutinnen/Therapeuten** auf ihre **Praxiserfahrung** und ihr **Bauchgefühl**.

Abbildung 4.1:  
Grundlagen der Häufigkeitseinschätzungen



Quelle: Expertenbefragung der GÖG;  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Insgesamt lassen die **Einschätzungen** der Experten/Expertinnen eine **deutliche Variabilität** in den geschätzten Größenordnungen erkennen (siehe Spalte „max. Range“ in Tabelle 4.6). Die abgefragten Störungsbilder variieren in ihrer Häufigkeit **zwischen 0,5 bis 3 Prozent**, was die **untere Intervallgrenze** anbelangt, **und** einer maximalen Intervallgrenze von **10 bis 30 Prozent**. Die befragten **Ärzte/Ärztinnen und Psychologen/–loginnen tendieren dabei zu eher geringeren Einschätzungen** (siehe grüne Markierungen in Tabelle 4.6), **während** die befragten **Therapeutinnen zu höheren Einschätzungen neigen** (siehe rote Markierungen in Tabelle 4.6); Unterschiede, die sich vermutlich aus dem Bezugsrahmen der Einschätzungen (Fachliteratur versus Praxiserfahrung) wie auch aus den gedanklich zugrundegelegten Störungsbegriffen (Störung inklusive versus exklusive entwicklungsbedingter Verzögerungen; Strenge der Kriterien) erklären lassen.

Tabelle 4.6:  
Experteneinschätzung zur Häufigkeit ausgewählter Entwicklungsstörungen bei 0– bis 14-jährigen Kindern in Österreich

Angaben in %	max. Range	Range Mehrheit	Range Ärztinnen/Ärzte	Range Psychologen/ Psychologinnen	Range Therapeutinnen
UES des Sprechens/der Sprache (ICD-10 F80)	2–20	2–8	3–20	2–13	5–20
UES schullischer Fertigkeiten (ICD-10 F81)	2–15	3–9	3–10	2–10	10–15
UES der motorischen Funktionen (ICD-10 F82)	3–15	3–6	3–6	5–10	10–15
Tiefgreifende ES (ICD-10 F84)	0,5–2	0,5–1	0,5–1	1–2	< 1–2
Hyperkinetische Störungen (ICD-10 F90)	2,5–10	2,5–5	2,5–10	3–10	5–10
Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10 F91)	1–15	1–7	1–10	1–12	5–15
Emotionale Störungen (ICD-10 F93)	0,5–30	0,5–5	0,5–18	1–30	5–10
Ticstörungen (ICD-10 F95)	0,5–24	0,5–2	0,5–12	1–24	0,5–20

Blaue Kreise: geringste Maximalwerte  
Rote Kreise: höchste Maximalwerte  
UES = Umschriebene Entwicklungsstörung  
ES = Entwicklungsstörung

Quelle: Expertenbefragung der GÖG;  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Deutlich enger erweisen sich die Intervalle der Experten/Expertinnen, wenn man nur die **mehrheitsfähigen Einschätzungen** heranzieht (siehe Spalte „Range Mehrheit“ in Tabelle 4.6). Sie variieren zwischen 0,5 und maximal 9 Prozent, lassen damit aber nach wie vor deutliche Spielräume offen. **Die Frage, wie viele Kinder im Alter zwischen 0 und 14 Jahren in Österreich von entwicklungsbedingten Störungen betroffen sind, bleibt damit also weitgehend unbestimmt.**

## 4.2.2 Einschätzungen zur Geschlechterverteilung sowie zur Häufigkeitsentwicklung

Homogener erweisen sich die Einschätzungen zur vorherrschenden **Geschlechterverteilung** sowie zu den **Häufigkeitsentwicklungen**. Ihnen zufolge wäre die **männliche Bevölkerung** zwischen 0 und 14 Jahren – so die Mehrheitssicht der Expertinnen/Experten – **häufiger** von Entwicklungsstörungen betroffen (siehe Tabelle 4.7). **Keine diesbezüglichen Mehrheiten** finden sich allerdings im Falle

- » der **umschriebenen Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten**,
- » der **umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen** und
- » der **emotionalen Störungen** mit Beginn in der Kindheit.

Was die **Häufigkeitstrends** entwicklungsbedingter Störungen anbelangt, so vermutet die **Mehrheit der Experten/Expertinnen**, dass **umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten, hyperkinetische Störungen und Ticstörungen** in den letzten zehn Jahren **nicht** in ihrer Häufigkeit **zugenommen** haben. Mehrheitlich, wenngleich nicht so eindeutig, **gilt dies** – den Expertinnen/Experten zufolge – **auch für umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen** sowie für **tiefgreifende Entwicklungsstörungen**. Eine **Zunahme** entwicklungsbedingter Störungen wird indessen **im Bereich des Sozialverhaltens** angenommen, wenngleich eine beinahe ebenso große Gruppe von Expertinnen/Experten eine diesbezügliche Einschätzung für nicht möglich erachtet.

Tabelle 4.7:

Experteneinschätzung zur Geschlechterverteilung und Häufigkeitsentwicklung ausgewählter Entwicklungsstörungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich

	Unterschiede Geschlechter Anzahl der Expertinnen/Experten	Entwicklung letzte 10 Jahre Anzahl der Expertinnen/Experten
<b>UES des Sprechens/der Sprache</b> (ICD-10 F80)	<b>Burschen häufiger:</b> 9 (75 %)	<b>gleich geblieben:</b> 6 (50 %)
<b>UES schullischer Fertigkeiten</b> (ICD-10 F81)	Burschen häufiger: 5 (42 %) keine Unterschiede: 5 (42 %)	<b>gleich geblieben:</b> 6 (50 %)
<b>UES der motorischen Funktionen</b> (ICD-10 F82)	Burschen häufiger: 5 (42 %) keine Unterschiede: 4 (33 %)	gleich geblieben: 5 (42 %) k. Einschätzung möglich: 4 (33 %)
<b>Tiefgreifende ES</b> (ICD-10 F84)	<b>Burschen häufiger:</b> 9 (75 %)	gleich geblieben: 5 (42 %) Zugenommen: 4 (33 %)
<b>Hyperkinetische Störungen</b> (ICD-10 F90)	<b>Burschen häufiger:</b> 11 (92 %)	<b>gleich geblieben:</b> 6 (50 %)
<b>Störungen des Sozialverhaltens</b> (ICD-10 F91)	<b>Burschen häufiger:</b> 9 (75 %)	zugenommen: 5 (42 %) k. Einschätzung möglich: 4 (33 %)
<b>Emotionale Störungen</b> (ICD-10 F93)	Burschen häufiger: 4 (33 %) keine Unterschiede: 4 (33 %) k. Einschätzung möglich: 4 (33 %)	k. Einschätzung möglich: 5 (42 %) gleich geblieben: 4 (33 %)
<b>Ticstörungen</b> (ICD-10 F95)	<b>Burschen häufiger:</b> 6 (50 %)	<b>gleich geblieben:</b> 7 (58 %)

UES = Umschriebene Entwicklungsstörung  
ES = Entwicklungsstörung

Quelle: Expertenbefragung der GÖG  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 4.3 Internationale Ergebnisse am Beispiel Deutschland

### Methodische Vorbemerkungen

Für die Erhebung von Daten zur Häufigkeit ausgewählter Störungsbilder bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Europa<sup>10</sup>, Australien, Kanada und den USA wurde **eine Literaturrecherche in ausgewählten Literaturdatenbanken** durchgeführt (PubMed, PsycINFO). Die

<sup>10</sup>

Neben Österreich wurden die folgenden europäischen Länder in den Recherchen berücksichtigt: Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Spanien, Finnland, Norwegen, Dänemark, Schweden, England, Irland und Niederlande.

Recherche erfolgte dabei auf **Basis festgelegter Suchkriterien** (siehe Tabelle 4.8) **sowie definierter Einschlusskriterien**:

- » Die Studien müssen Angaben zu **Prävalenz und/oder Inzidenz** enthalten.
- » Die Studien müssen **Aussagen über die generelle Population ermöglichen**. Aussagen über ausschließlich spezifische Gruppen (z. B. Kinder mit einer bestimmten seltenen Krankheit oder Kinder mit einem bestimmten ethnischen Hintergrund) sind nicht von Interesse.
- » Die Ergebnisse müssen **Aussagen über ein Land bzw. ein Bundesland oder einen Bundesstaat ermöglichen**. Aussagen, die sich auf eine kleinräumige Region, eine Community oder ein bestimmtes Krankenhaus beziehen, sind nicht von Interesse.
- » **Studien, die auf andere nationale (repräsentative) Studienergebnisse verweisen**.

Das **Alter** der Kinder wurde auf **0 bis 14 Jahre** eingegrenzt, wenngleich in den einzelnen Artikel keine gänzliche Abdeckung dieses Altersspektrums erwartet wurde. Die Recherche konzentrierte sich zudem auf **Publikationen der letzten zehn Jahre**, die **in deutscher oder englischer Sprache** verfasst wurden. Nach gezielten Abfragen in PubMed und PsycINFO wurden insgesamt **1.086 Referenzen** ermittelt (Stand: September 2012). Diese wurden in weiterer Folge **von zwei unabhängigen Personen begutachtet** (auf Basis der Abstracts) und – entsprechend der Forschungsfragen – in ihrer Brauchbarkeit bewertet:

- » Wie häufig treten die ausgewählten Störungsbilder (siehe Tabelle 4.8) bei 0- bis 14-jährigen Kindern in den ausgewählten Ländern auf?
- » Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?
- » Gibt es Veränderungen über die Zeit (Trends)?

Das Ergebnis dieses Vorgangs findet sich im Anhang; eine Auswahl europäischer Studien ist in Fettdruck hervorgehoben.

Aus Ressourcengründen kann im Folgenden nur die **deutsche Situation** beleuchtet werden. Sie dient als Orientierungsrahmen und komplementiert die in Österreich zum Teil spärliche Datenlage. **Die recherchierten Artikel wurden dabei – im Zuge einer Handsuche – um weiterführende Publikationen** (mehrheitlich aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey [KiGGS]) **ergänzt**.

Tabelle 4.8:  
Suchbegriffe in PubMed und PsycINFO

SUCHE in PubMed			SUCHE in PsycINFO			
Überbegriff: Mental disorders diagnosed in childhood (MeSH)			Überbegriff: Mental disorders			
Communication disorders (MeSH)	OR	Language disorders; Learning disorders	Communication disorders	OR	Language disorders; Speech	
Motor skill disorders (MeSH)			Learning disorder			
Child development disorders, pervasive (MeSH)		Asperger Syndrome; Autistic Disorder	Motor Development			
Rett Syndrom (MeSH)			Development disorders pervasive			Asperger Syndrome; Autistic Disorder; Rett Syndrom
Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders (MeSH)		Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Conduct Disorder	Attention Deficit Disorders with hyperactivity			
Child behavior disorders (MeSH)			Conduct disorder			
Anxiety, Separation (MeSH)			Antisocial Behavior Aggressive Behavior			Separation, phobic
Mutism (MeSH)			Anxiety disorders			
Reactive attachment disorder (MeSH)			Mutism			
Tic disorders (MeSH)			Attachment disorder			
			Tics			
AND			AND			
Prevalence (MeSH)	OR		Prevalence	OR		
Incidence (MeSH)			Incidence			
AND			AND			
Europe (MeSH)			Austria	OR		
Australia (MeSH)			Germany			
Canada (MeSH)			Switzerland			
United States (MeSH)			France			
+ FILTER			Italy			
Species [Humans]	AND		Spain			
Ages [Child: birth-18 years]			Finland			
Publication dates [published in the last 10 years]			Norway			
Languages [English; German;			Denmark			
		Sweden				
		UK				
		Britain				
		England				
		Ireland				
		Netherlands				
		Australia				

Fortsetzung nächste Seite

Canada		
United States		
+ FILTER		
Population Group [Humans]	AND	
Publication Types [0110 Peer reviewed Journals]; [0120 Non-peer reviewed Journals]; [0200 Book]		
Empirical Human Populations[Childhood]; [Adolescence]		
Year published [last 10 years]		
Languages [English; German]		

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Situation in Deutschland

### *Hyperkinetische Störungen*

Ergebnissen der **KIGGS-Studie** zufolge (Huss et al. 2008; Schlack et al. 2007) wurde bei rund **5 Prozent** der deutschen Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren eine **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert** (Lebenszeitprävalenz). Bei **Burschen** wurde die Störung dabei signifikant **häufiger** berichtet (rund 8 %) als bei Mädchen (rund 2 %). Im Altersverlauf steigt die Prävalenz von **1,5 Prozent im Vorschulalter** (3–6 Jahre) auf **5,5 Prozent im Grundschulalter** (7–10 Jahre) und **7,1 Prozent im Alter von 11–13 Jahren**. ADHS wird zudem mit 6,4 Prozent **häufiger bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialem Status diagnostiziert** als bei Kindern aus Familien mit mittlerem oder hohem Status (5,0 % respektive 3,2 %). Die Signifikanz besteht sowohl insgesamt als auch in allen einzelnen Altersgruppen, mit Ausnahme der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen.

**ADHS-Verdachtsfälle** (ermittelt über einen Elternfragebogen) wurden bei insgesamt **4,9 Prozent** der untersuchten Kinder festgestellt (Burschen: 6,4 %; Mädchen: 3,6 %; 6-Monats-Prävalenz). Nach Altersgruppen aufgegliedert, ergibt sich dabei folgende Verteilung: **Vorschulalter 6 Prozent, Grundschulalter 6,4 Prozent, bei Kindern zwischen 11 und 13 Jahren 5 Prozent**. **Burschen** sind dabei **signifikant häufiger** betroffen, ebenso **Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus**. (Schlack et al. 2007)

Die **summarische Prävalenz** aus berichteter ADHS-Diagnose und ADHS-Verdachtsfällen bewegt sich **zwischen dem dritten und dem 13. Lebensjahr zwischen 7,7 und 14,8 Prozent**. Ergänzend dazu können Hölling et al. (2007) zufolge **zwischen 5,9 und 7,4 Prozent der 3- bis 13-Jährigen** als **grenzwertig** eingestuft werden.

Ergebnissen der **BELLA-Studie** zufolge (ein Add-on-Modul zur KiGGS-Studie) sind **5 Prozent** der 7- bis 17-Jährigen – **entsprechend DSM-IV-Kriterien** – von ADHS betroffen (7-bis 10-Jährige: 6,4 %; 10- bis 13-Jährige: 4,6 %; 14- bis 17-Jährige: 3,9 %); **entsprechend ICD-10-Kriterien** nur **1 Prozent**. Mit zunehmender **Verschärfung der ADHS-Kriterien** nimmt dabei der Anteil ADHS-Betroffener von **5 auf 2,2 Prozent**<sup>11</sup> (nach DSM-IV), im Fall ICD-gestützter Symptome von 1 auf 0,6 Prozent ab. Eine ärztliche oder von Psychologen/Psychologinnen gestellte ADHS-Diagnose weisen dabei nur 43 Prozent der DSM-IV-gestützten ADHS-Fälle auf (Döpfner et al. 2008).

### *Psychische Auffälligkeiten*

Hinweise auf **psychische Auffälligkeiten** finden sich in Deutschland bei rund **22 Prozent der 7- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen** (siehe BELLA-Studie; Ravens-Sieberer et al. 2007). Rund **10 Prozent** werden dabei als **wahrscheinlich auffällig**, weitere **12 Prozent als möglicherweise auffällig** klassifiziert.

- » Anzeichen für eine **depressive Störung** finden sich bei **5,4 Prozent** der Gesamtgruppe (7- bis 10-Jährige: 5,2 %; 11- bis 13-Jährige: 5,2 %; 14- bis 17-Jährige: 5,6 %);
- » **Ängste** können bei **10 Prozent** der Kinder und Jugendlichen festgestellt werden (7- bis 10-Jährige: 9,3 %; 11- bis 13-Jährige: 12 %; 14- bis 17-Jährige: 9,4 %);
- » Anzeichen für **Störungen des Sozialverhaltens** finden sich bei **7,6 Prozent** der untersuchten Kinder und Jugendlichen (7- bis 10-Jährige: 7,9 %; 11- bis 13-Jährige: 7,5 %; 14- bis 17-Jährige: 7,4 %).

Für alle erfassten Auffälligkeiten ist ein **deutlicher sozialer Gradient** zu beobachten, der **zu Ungunsten von Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status** ausfällt. Die Ergebnisse der BELLA-Studie korrespondieren mit der Auftretenshäufigkeit berichteter Symptome in der KiGGS-Studie (siehe nachstehend) und zeigen in Übereinstimmung mit bisherigen Untersuchungen ein hohes Niveau psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (vgl. Barkmann/Schulte-Markwort 2004).

Ergebnissen der **KiGGS-Studie** zufolge (Hölling et al. 2007) liegen bei rund **9 Prozent** der 3- bis 17-Jährigen **Hinweise auf emotionale Probleme** vor (3- bis 6-Jährige: 6,6 %;

---

11

Der Wert von 2,2 Prozent entspricht dabei den Ergebnissen in Raven-Sieberer et al. 2007.



7- bis 10-Jährige: 10,4 %; 11- bis 13-Jährige: 11,2 %; 14- bis 17-Jährige: 8,6 %). **Weitere 7 Prozent** werden diesbezüglich als **grenzwertig eingestuft** (3- bis 6-Jährige: 6,4 %; 7- bis 10-Jährige: 7,9 %; 11- bis 13-Jährige: 7,6 %; 14- bis 17-Jährige: 7,0 %). Damit liegen bei rund **13 Prozent der 3- bis 6-Jährigen, 18 Prozent der 7- bis 10-Jährigen und 19 Prozent der 11- bis 13-Jährigen** Hinweise für **emotionale Auffälligkeiten** vor. Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen sind nicht erkennbar, sehr wohl aber **Unterschiede nach sozialem Status**: Eltern mit niedrigem Sozialstatus berichten häufiger von emotionalen Problemen als Eltern mit hohem Sozialstatus.

**Verhaltensauffälligkeiten** (dissoziales und deviantes Verhalten) liegen – laut Hölling et al. (2007) – bei rund **15 Prozent** der Kinder und Jugendlichen vor (3- bis 6-Jährige: 15,8 %; 7- bis 10-Jährige: 15,1 %; 11- bis 13-Jährige: 15,0 %; 14- bis 17-Jährige: 13,7 %). **16 Prozent** wurden diesbezüglich als **grenzwertig eingestuft** (3- bis 6-Jährige: 19,2 %; 7- bis 10-Jährige: 14,8 %; 11- bis 13-Jährige: 16,9 %; 14- bis 17-Jährige: 13,8 %). Insgesamt liegen damit bei rund **35 Prozent der 3- bis 6-Jährigen, 30 Prozent der 7- bis 10-Jährigen und 32 Prozent der 11- bis 13-Jährigen** Hinweise für **Verhaltensauffälligkeiten** vor. Die **Burschen** sind dabei gegenüber Mädchen deutlich **überrepräsentiert**. Zudem weisen **Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus ein deutlich höheres Risiko** auf als Kinder aus Familien mit einem hohen Sozialstatus.

### *Ticstörungen*

Entsprechend einer in **Nordbaden** durchgeführten Studie wurde im Jahr 2003 bei rund **0,5 bis 0,8 Prozent der 0- bis 12-Jährigen** eine Ticstörung diagnostiziert. Die Angaben beruhen dabei auf Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg für die Region Nordbaden mit mehr als 2,2 Millionen GKV-Versicherten (= 82 % aller in Nordbaden wohnhaften Personen). (Schlander et al. 2011)

### *Sprachentwicklungsstörungen*

Zur Prävalenz von Sprachentwicklungsstörungen liegen in Deutschland **nur lokale und regionale Untersuchungsergebnisse** vor. Ergebnisse der **Brandenburger-Schuleingangsuntersuchung** zufolge wiesen rund **17 Prozent der 2012 untersuchten Kinder medizinisch relevante Sprach- und Sprechstörungen** auf (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg 2013). In einer ähnlichen Größenordnung bewegen sich auch die Ergebnisse der 2006/07 in **Schleswig-Holstein** durchgeführten Schuleingangsuntersuchung. Ihr zufolge wurden bei rund **20 Prozent** der untersuchten Kinder **Sprachauffälligkeiten** ermittelt. **16 Prozent** der Kinder wiesen dabei **Artikulationsstörungen, 9 Prozent expressive Sprachauffälligkeiten, 7 Prozent Auffälligkeiten in der auditiven Informationsverarbeitung** auf (Theyen/Brenn 2007). **Berliner Ergebnissen** zufolge (Schuleingangsuntersuchungen an rund 24.000 Kindern deutscher Herkunft bzw. nicht deutscher Herkunft mit guten bis sehr guten Deutschkenntnissen) wurden

2005 bei rund **9 Prozent** der untersuchten Kinder **Auffälligkeiten beim Nachsagen von Pseudowörtern** (weitere **14 Prozent** wurden diesbezüglich als **grenzwertig** eingestuft), bei **11 Prozent beim Ergänzen von Wörtern** (grenzwertig: 15 %) und bei ebenfalls **11 Prozent beim Nachsprechen von Sätzen** festgestellt (grenzwertig: 12 %). **Artikulationsstörungen** wurden bei rund **27 Prozent** der untersuchten Kinder dokumentiert (Oberwöhrmann/Bettge 2007). Darüber hinaus verdeutlichen Ergebnisse aus **Nordrhein-Westfalen**, dass rund **25 Prozent** der 2006 einzuschulenden Kinder eine **Sprachstörung** aufwiesen (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen 2008). Drei der angeführten Ergebnisberichte dokumentieren dabei **erhöhte Werte für Burschen** (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen 2008; Oberwöhrmann/Bettge 2007; Theyen/Brenn 2007), zwei **für Kinder aus sozial benachteiligten Familien** (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg 2013; Oberwöhrmann/Bettge 2007).

Einer **Bielefelder Studie** zufolge (durchgeführt von Grimm u. a.<sup>12</sup>) zeigen rund **40 Prozent** der untersuchten Vorschulkinder **Defizite in der Sprachentwicklung**. Bei rund **16 Prozent** wurden dabei sowohl im **syntaktischen** wie auch im **phonologischen Bereich Defizite** festgestellt (= Gruppe der eindeutig sprachdefizitären Kinder). Alle anderen Kinder werden als Verdachtskinder titulierte. Der Vergleich zwischen der Gruppe der **deutschsprachigen Kinder** (1.014 Kinder) und der Gruppe der nicht deutschsprachigen Kinder (347 Kinder) zeigt dabei folgendes Ergebnis: Bei der ersten Gruppe sind 70,5 Prozent der Kinder sprachlich normal entwickelt, sodass nur noch knapp **30 Prozent** der Kinder **Auffälligkeiten** zeigen (**9,7 % im syntaktischen und phonologischen Bereich**). Bei der Gruppe der **ausländischen Kinder** weisen hingegen über **60 Prozent** sprachliche **Auffälligkeiten** auf, wobei der Anteil der **Risikokinder 34,5 Prozent** beträgt.

#### *Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen*

Aussagen zu motorischen Entwicklungsauffälligkeiten können auf Basis der **Berliner Schuleingangsuntersuchungen 2005** als auch auf Basis der **2006 in NRW durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen** getroffen werden. Den **Berliner Untersuchungsergebnissen** zufolge (Oberwöhrmann/Bettge 2007) wurden dabei rund **15 Prozent** der Kinder in ihrer **Grobmotorik** (Körperkoordination), rund **17 Prozent** in ihrer **Feinmotorik** (Visuomotorik) als **auffällig** bewertet – weitere 17 bzw. 10 Prozent als grenzwertig. **Burschen** waren dabei **häufiger** von diesen Auffälligkeiten betroffen als Mädchen, **ebenso Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien** (im Vergleich zu Kindern aus sozial besser gestellten Familien).

---

12

[http://ekvv.uni-bielefeld.de/blog/pressemitteilungen/entry/wie\\_viele\\_vorschulkinder\\_brauchen\\_tats%C3%A4chlich](http://ekvv.uni-bielefeld.de/blog/pressemitteilungen/entry/wie_viele_vorschulkinder_brauchen_tats%C3%A4chlich)

Durchaus ähnlich erweisen sich die Ergebnisse aus NRW. Ihnen zufolge wiesen 2006 rund **14 Prozent** der Kinder **Defizite in der Grobmotorik**, rund **14 Prozent in der Feinmotorik** auf. Auch hier gilt: **Burschen** waren **häufiger** betroffen als Mädchen. (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein–Westfalen 2008)

## 4.4 Fazit

Die **Datensituation in Österreich** kann aktuell als äußerst **bescheiden** bewertet werden. Sie erlaubt **weder österreichweite noch repräsentative Aussagen zur Häufigkeit entwicklungsbedingter Auffälligkeiten**. Die Datenbestände **decken** zudem **nur Ausschnitte des anvisierten Altersspektrums ab** und **liegen zumeist nicht in einer vergleichbaren Weise vor**. **Einschätzungen** zur Häufigkeit von Entwicklungsstörungen/–verzögerungen können demnach (mit Ausnahme der Sprachentwicklung) **nur auf Basis lokaler und regionaler Daten** getätigt werden.

- » **Keine Aussagen** können derzeit zur Häufigkeit **tiefgreifender Entwicklungsstörungen** getroffen werden. Obwohl diesbezüglich keine prinzipiellen Einwände zur Verlässlichkeit diagnose- und leistungsbasierter Häufigkeitseinschätzungen bestehen, **fehlen** hier vor allem **Angaben aus dem ambulanten und niedergelassenen Bereich**, um ein vollständiges Bild zu erhalten.
- » **Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten** mit Beginn in der Kindheit und Jugend werden derzeit **bei rund 10 Prozent der 4- bis 7-Jährigen vermutet** (regionale Ergebnisse). Ob und inwieweit diese Ergebnisse jedoch kumulativ zu betrachten sind und auf Gesamtösterreich übertragen werden können, bleibt dabei unklar.
- » **Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache** werden derzeit bei **rund 7 bis 11 Prozent der 4- bis 5-jährigen** Kinder mit deutscher Muttersprache angenommen. **Logopädische Auffälligkeiten** wurden bei **rund 57 bis 69 Prozent der 3- bis 6-Jährigen** festgestellt; als **therapiebedürftig** gelten **20 bis 33 Prozent**. Es handelt sich dabei jedoch ausschließlich um **regionale Ergebnisse**, die nicht per se auf Gesamtösterreich übertragen werden können.
- » **Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischen Fertigkeiten** können – je nach Schweregrad – bei **6 bzw. 15 Prozent der 6- bis 12-Jährigen** vermutet werden (Rechnen: 7 bzw. 15 %, Lesen: 9 bzw. 16 %, Rechtschreibung: 9 bzw. 16 %); ein Ergebnis, das jedoch ausschließlich auf einer lokalen Studie beruht.
- » Von **umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen** scheinen **rund 25 Prozent der 4- bis 5-Jährigen bzw. je 16 Prozent der 6- und 8-Jährigen in Bezug auf ihre Grob- und Feinmotorik** betroffen zu sein; Ergebnisse, die ebenfalls nur eine regionale Gültigkeit besitzen.

**Keine Alternative** zu fehlenden Datenbeständen scheinen **expertenbasierte Häufigkeitseinschätzungen** darzustellen. Die diesbezüglichen Ergebnisse verdeutlichen, dass eine **deutliche Variabilität in den Einschätzungen** der Expertinnen/Experten besteht. Ärzte/Ärztinnen und Psychologen/-loginnen tendieren dabei zu niedrigeren, Therapeutinnen zu höheren Einschätzungen. Vermutlich hat dies mit dem **Bezugsrahmen ihrer Einschätzungen (Fachliteratur versus Praxiserfahrungen)** wie auch mit den **Störungsbegriffen** zu tun, die von den Berufsgruppen möglicherweise mehr oder weniger streng ausgelegt werden (siehe ADHS; Döpfner et al. 2008). Beide Bezugspunkte weisen dabei enorme Verzerrungspotenziale auf, die zu breiten Häufigkeitsintervallen führen. Spielt im Falle der **Praxiserfahrungen** vor allem ein **Inanspruchnahme-Bias** eine zentrale Rolle, so steht im Falle der **Fachliteratur** – von Fragen der methodischen und definitorischen Vergleichbarkeit abgesehen (Studiendesigns, Erhebungsinstrumente, Untersuchungs-/Auskunftspersonen, Repräsentativität, Cut-off-Kriterien, Definition der Störungsbilder) – vor allem die **Übertragbarkeit** der internationalen Ergebnisse auf den nationalen Kontext zur Debatte. Inwieweit also die unter Abschnitt 4.3 beschriebenen Ergebnisse aus Deutschland einen realistischen Orientierungsrahmen für Österreich darstellen, bleibt unklar. Den deutschen Ergebnissen zufolge wären

- » **rund 2 bis 7 Prozent der 3- bis 13-Jährigen von ADHS** (Verdachtsfälle: bei weiteren 5 bis 6 Prozent),
- » **7 bis 8 Prozent von Störungen des Sozialverhaltens,**
- » **7 bis 11 Prozent von emotionalen Problemen** und
- » **15 bis 16 Prozent von Verhaltensauffälligkeiten** betroffen.

Zudem würden

- » **rund 0,5 bis 0,8 Prozent der 0- bis 12-Jährigen Ticstörungen** (regionale Ergebnisse),
- » **rund 17 bis 27 Prozent der 6- bis 7-Jährigen** (Gruppe der einzuschulender Kinder) **Sprachauffälligkeiten** und
- » **rund 14 bis 15 Prozent der 6- bis 7-Jährigen Defizite** in der **Grob-, 14 bis 17 Prozent in der Feinmotorik** aufweisen; allesamt regionale Ergebnisse.

Im Bereich der **Sprachentwicklung** können dabei **rund 10 Prozent** der Vorschulkinder bzw. einzuschulenden Kinder als **Risikokinder** bezeichnet werden. Sie weisen expressive Sprachstörungen bzw. Defizite im syntaktischen und phonetischen Bereich auf.

Keine Einschätzungen können hingegen – auch auf Basis der deutschen Datenbestände – über die Gesamtmenge der entwicklungsverzögerten/-gestörten Kinder und Jugendlichen getroffen werden. Zu unklar bleibt in diesem Zusammenhang, wie sehr sich die einzelnen Teilmengen überschneiden.

# 5 Prävention

## 5.1 Investition in die Zukunft

Die **ganzheitliche und bewusste Förderung von Kindern zwischen 0 und 6 Jahren** (in emotionaler, sozialer, motorischer, physischer, sprachlicher, mathematischer und kognitiver Hinsicht) wird unter dem Begriff der „**frühkindlichen Bildung**“ diskutiert. Sie **findet sowohl in der Familie als auch in Kinderbetreuungseinrichtungen statt** und bildet die **Grundlage** für den Erwerb **schulrelevanter Fertigkeiten und Wissensbestände** (Selbstkontrolle, Selbstvertrauen, Durchhaltevermögen, Motivation etc.). **Essentiell** dafür erweisen sich vor allem **stabile Bindungen** zu den Bezugs- und Betreuungspersonen sowie eine **qualitativ hochwertige und anregungsreiche Umgebung** (z. B. in Bezug auf die Handlungskompetenzen der Pädagoginnen/Pädagogen) (Stamm 2011).

Besondere Bedeutung kommt der frühkindlichen Bildung in Bezug auf die zukünftigen **Bildungsbiographien**, die möglichen **Entwicklungspotenziale** sowie generell hinsichtlich der **Chancen** zu, die jemand in der Gesellschaft hat. Frühkindliche Förderungen haben das **Potenzial, soziale Benachteiligungen abzuschwächen**, und stellen eine **Investition in das gesellschaftliche Humankapital** dar (Stamm 2011). Sie führen zu **besseren Entwicklungen im kognitiven und sozioemotiven Bereich**, steigern die **Lernbereitschaft** und Lernfreude der Kinder, tragen zu verbesserten **Schulleistungen** und Schulerfolgen sowie zu einer günstigeren Entwicklung **des Sozialverhaltens** bei (WKO o.J.); dies allerdings nur dann, wenn sie auf die Bedürfnisse, Möglichkeiten und Potenziale der Kinder ausgerichtet sind.

Die **Relevanz frühkindlicher Bildungsangebote** wird zusehends auch **in der Bildungspolitik erkannt** (Specht 2009). Sie spielen zudem sowohl im UNESCO-Aktionsplan „Bildung für alle“ als auch in den Bildungsbestrebungen der Europäischen Union eine zentrale Rolle (ebd., S.15).

Ökonomisch betrachtet, **tragen** frühkindliche Förderangebote sowohl **zu langfristigen Kostenersparnissen** (z. B. zu Ersparnissen im Bildungssystem, da Investitionen in die frühe Bildung deutlich günstiger sind als die spätere Kompensation von Bildungsversäumnissen (Petanovitsch/Schmid 2012), zu **steuerlichen und wirtschaftlichen Vorteilen** (zusätzliche Steuereinnahmen) als auch zu einem **Wirtschaftswachstum** bei (WKO o.J.). Bildungserfolge und niedrige Schulabbruchsquoten führen zu einer Steigerung des gesellschaftlichen Humankapitals und gehen so mit wirtschaftlichen Wachstumseffekten einher. Zudem entstehen Arbeitsangebote durch die Betreuungsstätten und damit eine Einkommensgenerierung für die in diesen Feldern berufstätigen Menschen; Kreislaufeffekte, die in höheren Steuer- und Abgabeeinnahmen resultieren (WKO o.J.).

Investitionen in die **frühkindliche Bildung** zahlen sich damit **im Kindergarten- und Vorschulalter deutlich stärker aus** als Programme zur Förderung von Grundschulkindern oder Jugendlichen (Stamm 2011). Der **Ertrag** der frühkindlichen Bildung ist **bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern am höchsten**, während spätere Bildungsinvestitionen vor allem sozioökonomisch besser gestellten Kindern zugute kommen (Europäische Kommission 2011).

## 5.2 Präventive Ansätze

**Einige Maßnahmen** zur Prävention von Entwicklungsstörungen sind **seit langem in die Praxis eingeführt** (z. B. Impfungen zur Vermeidung von Infektionskrankheiten, intensive Überwachung von Schwangerschaft, Geburt und frühkindlicher Entwicklung). Dadurch ist es in den letzten Jahrzehnten **gelungen, das Auftreten zahlreicher Erkrankungen**, von denen viele mit Entwicklungsstörungen einhergehen, **zu verhindern**. Die Prävention von Entwicklungsstörungen hat sich dabei als effektiver erwiesen als eine Förderung und Behandlung bereits betroffener Kinder (Von Suchodoletz 2007, 8).

Für **primäre Prävention** von Entwicklungsstörungen sind **Vorsorgeuntersuchungen** während Schwangerschaft, Geburt und frühkindlicher Entwicklung wie auch **Impfprogramme** von großer Bedeutung. Für den Erfolg **sekundärer Präventionsmaßnahmen** ist eine **Früherkennung** von Entwicklungsstörungen entscheidend (z. B. durch Kindervorsorgeuntersuchungen). **Von den Präventionsmaßnahmen profitieren dabei vor allem jene Kinder und Jugendlichen, bei denen die Störung durch bestimmte, feststellbare (Risiko-)Faktoren verursacht wird** (Frühgeburt, mangelnde Sauerstoffversorgung während der Geburt, mangelnde Förderung, Vernachlässigung, psychische Erkrankung eines Elternteils; siehe Kapitel 3). Es gibt daneben aber auch eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen, bei denen aufgrund ihrer **genetischen Veranlagung** das Auftreten einer Entwicklungsstörung nicht präventiv verhindert werden kann. Bei dieser Gruppe kommt der frühzeitigen Erkennung von Störungen und der Einleitung entsprechender Maßnahmen eine größere Bedeutung zu.

Auch wenn es viele **Präventionsmaßnahmen** gibt, die die Wahrscheinlichkeit von Entwicklungsstörungen reduzieren können, so sind **die meisten** von ihnen **auf bestimmte Arten von Entwicklungsstörungen zugeschnitten** (Von Suchodoletz 2007). Eine ausführliche Beschreibung dieser Maßnahmen würde deshalb den Rahmen dieser Studie sprengen. Generell scheinen vor allem **jene Trainingsprogramme erfolgreich zu sein, in denen das Einüben neuer Verhaltensmuster im Zentrum steht**, während Programme, die auf Aufklärung und Wissensvermittlung setzen, deutlich seltener zu gewünschten Verhaltensänderungen führen.

Unabhängig vom Inhalt der Maßnahmen gibt es eine Reihe von Anforderungen, die Präventionsprogramme erfüllen sollten. Von Suchodoletz zufolge (2007) sind dabei folgende Punkte zentral:

- » Die **Wirksamkeit der Maßnahmen muss mit aussagekräftigen Methoden nachgewiesen sein**, wobei es alle wesentlichen Einflussparameter zu berücksichtigen gilt. Es müssen demnach Belege vorliegen, dass die gesetzten Maßnahmen zu einer Reduktion von Störungen, Erkrankungen oder Behinderungen beiträgt und dass diese Effekte auch langfristig anhalten.
- » Der **Nutzen** von Maßnahmen **muss in einem vernünftigen Verhältnis zu Aufwand und Risiko stehen**. Vor dem Start neuer Interventionen ist demnach eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung erforderlich; mögliche Risiken sind etwa Stigmatisierung sowie unerwünschte Nebenwirkungen (z. B. im Falle von Impfungen). **Auch nach Praxiseinführung ist laufend zu überprüfen, ob sich eine Präventionsmaßnahme tatsächlich bewährt**, damit Qualitätsmängel behoben und unnütze Programme abgebrochen werden können.
- » Die **Implementierung** von Präventionsprogrammen in die Praxis **bedarf eines engagierten und professionellen Managements**, denn auch nachweislich wirksame Programme setzen sich nicht automatisch durch.
- » Wichtig ist auch, dass die eigentliche **Zielgruppe erreicht und Verteilungsgerechtigkeit geschaffen wird**.
- » Der **Miteinbezug mehrerer Lebensbereiche** des Kindes (Schule, Familie, Umfeld) ist oft für das Erreichen relevanter Effekte essentiell.

## 5.3 Frühe Hilfen

Als zentrale Maßnahme aus der „Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie“, die auch in Hinblick auf die „Rahmen-Gesundheitsziele“ einen relevanten Ansatz darstellt, wurde an der GÖG im Dezember 2011 ein Grundlagenprojekt zum Thema „Frühen Hilfen“ gestartet.

Frühen Hilfen wurden im Rahmen dieses Grundlagenprojekts definiert als

- » ein Gesamtkonzept von Interventionen (insb. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gezielten Frühintervention)
- » in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt),
- » das die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigt
- » und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt ist.

In der praktischen Umsetzung sind Frühe Hilfen etablierte Unterstützungssysteme auf lokaler und regionaler Ebene mit Hilfsangeboten für Eltern und Kinder in der frühen Kindheit, die von einer zentralen Stelle koordiniert werden.

Ein spezifisches Ziel von Frühen Hilfen ist unter anderem, **Entwicklungsstörungen und -verzögerungen (sofern nicht genetisch bedingt) zu verhindern bzw. zu reduzieren** oder – positiv formuliert – die Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern bzw. von Familien und der Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Ein zentrales Ziel des Grundlagenprojekts ist es, die Vernetzung der bestehenden Angebote zu verbessern sowie die Inanspruchnahme durch relevante Zielgruppen zu erhöhen.

Im Rahmen des Projekts wurde mit Regionalpartnern in den Bundesländern eine Feldanalyse durchgeführt. In sieben Bundesländern stellte das Encare-Netzwerk die Regionalpartner, in Niederösterreich führte das Institut für Soziale Inklusionsforschung der Fachhochschule St. Pölten und in Vorarlberg das Netzwerk Familie die Feldanalyse durch. Die Feldanalyse beinhaltete unter anderem eine im **Sommer 2012 durchgeführte Fragebogenerhebung** nach bestehenden Angeboten im Bereich von Frühen Hilfen in Österreich.

Es gibt keine definierte Grundgesamtheit weder von Einrichtungen, die Frühe Hilfen bereitstellen, noch von Frühe-Hilfen-Angeboten, sodass die Aussendung der Fragebögen auf Basis der Kenntnisse der Regionalpartner erfolgte. Eine Einrichtung kann mehrere Angebote bereitstellen, die Fragebögen wurden für jedes Angebot ausgefüllt. Aufgrund dieser Rahmenbedingungen ist die **Erhebung nicht repräsentativ und erlaubt keine quantitative Abschätzung des Angebots** in Österreich. Die Erhebung wurde als Online-Fragebogen gestaltet und enthielt unter anderem Fragen zu Zielen und Aktivitäten des Frühe-Hilfen-Angebots, die in der Folge kurz dargestellt werden.

Die **Mehrzahl der insgesamt 623 Angebote**<sup>13</sup>, für die ein Fragebogen ausgefüllt wurde, **richten sich an Schwangere bzw. Eltern von Kindern im Alter von null bis sechs Jahren** (und ihre Kinder), unabhängig von deren Gesundheitszustand oder sozialen Problemen (62 %). Rund **ein Fünftel** gab eine spezifische **Zielgruppe** an, nämlich **null- bis sechsjährige Kinder mit einer gesundheitlichen oder sozialen Beeinträchtigung** sowie deren (werdende) Eltern.

35 der 623 Angebote, also 5,6 Prozent, nannten explizit die Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen bei Null- bis Sechsjährigen als Ziel. Die **Hälfte der 623 erfassten Angebote** hat unter anderem das **Ziel, für betroffene Kinder Frühförderung und Entwicklungsförderung anzubieten**.

---

13

Die dazugehörige Einrichtung oder der Träger wurden nicht immer genannt.



Gefragt nach den **Aktivitäten** der Angebote, gaben **188 Entwicklungs-/Frühförderung** an (rund 30 %), **134 nannten Therapie/Behandlung/Versorgung** (rund 22 %) und **68** widmen sich auch der **Diagnose** / dem Screening bzw. der Anamnese (rund 11 %).

In allen Bundesländern gibt es Angebote, die Ziele hinsichtlich der Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen sowie der Frühförderung und Entwicklungsförderung formulieren und auch entsprechende Aktivitäten setzen. Ein seriöser Vergleich nach Bundesländern ist aufgrund der mangelnden Repräsentativität der Erhebung allerdings nicht möglich.

## 6 Versorgung

Die Analyse von Versorgungssystemen ist ein komplexes Unterfangen. Augenmerk wird dabei entweder auf die **Strukturen und Prozesse** eines Versorgungssystems und ihre Interdependenzen oder aber – im Sinne einer **Input-Throughput-Output-Logik** – auf beobachtbare **Systemeingänge** (Anzahl und Qualifikation der ins System eintretenden Professionisten, Anzahl und Art der Klientinnen und Klienten, Know-how-Eingänge, Eingänge finanzieller Mitteln), auf **deren im System passierende Nutzung und Ver-/Bearbeitung** (die auf Basis der vorhandenen Strukturen und Prozesse erfolgt) sowie auf die dadurch entstehenden **Systemoutputs** gelegt (z. B. Diagnosen, Therapieerfolge etc.; vgl. Abbildung 6.1).

Im Falle einer Struktur-Prozess-Fokussierung stehen dabei folgende Systemfaktoren im Zentrum der Betrachtung:

- » die **Anzahl und Art der vorhandenen Versorgungseinrichtungen** (z. B. Praxen, Zentren und Ambulatorien, Institute, Ambulanzen, stationäre Anstalten und Abteilungen),
- » deren **Organisation und (personelle) Ausstattung**,
- » das angebotene **Leistungsspektrum** (Anzahl und Art diagnostischer und therapeutischer Angebote und Leistungen),
- » die im System vorherrschenden **Bestimmungen und Verantwortlichkeiten** sowie
- » die **organisatorischen, administrativen, diagnostischen, therapeutischen und kommunikativen Abläufe und Prozesse**.

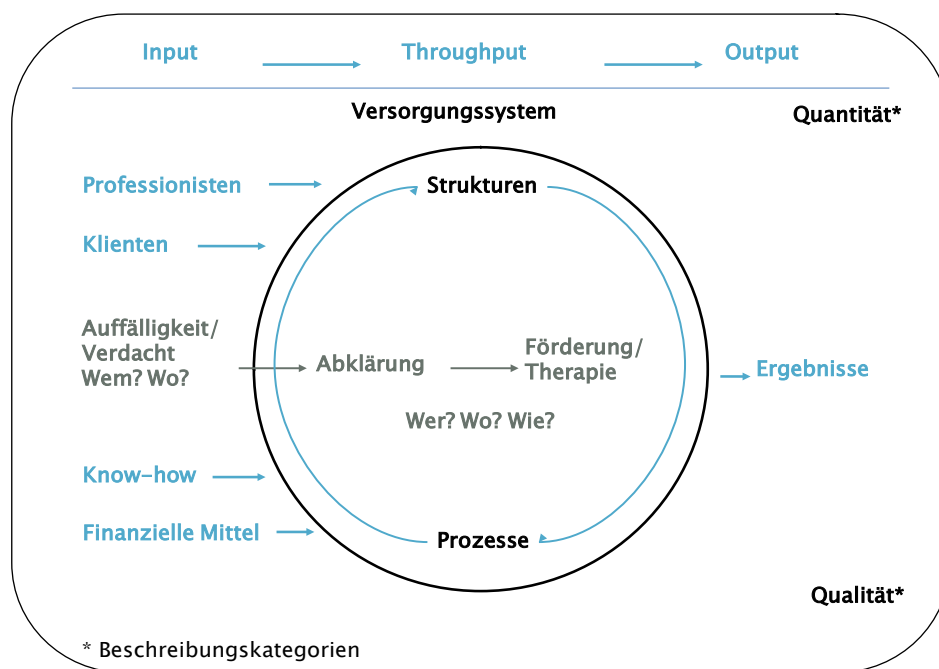
Diese Systemkomponenten können sowohl hinsichtlich ihrer **Quantität** als auch in Bezug auf ihre **Qualität beschrieben und** – hinsichtlich ihrer Bedarfsgerechtigkeit sowie bezüglich des Systemoutputs (Auffälligkeitsreduktion, verbesserte Funktionsfähigkeit, Kosten-Nutzen-Relation; Ergebnisqualität) – eingeschätzt und **bewertet werden** (in Bezug auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität; vgl. Donabedian 1966; Donabedian 1980; Donabedian 2002).

Ebenfalls von Interesse ist der allgemeine **Verlaufsprozess, der von Verdachtsmomenten einer möglichen Auffälligkeit über eine Abklärung zur medizinisch-therapeutischen bzw. pädagogischen „Versorgung“** führen sollte. Im Falle der Entwicklungsverzögerungen/-störungen interessiert dabei,

- » in welchem Kontext Kinder und Jugendliche auffällig werden,
- » wer diese Auffälligkeiten bemerkt,
- » ob und von wem diese Verdachtsfälle einer Abklärung zugeführt werden,
- » durch welche Professionisten diese Abklärung erfolgt und
- » ob und wie schnell die betroffenen Kinder und Jugendlichen einer adäquaten Therapie zugeführt werden.

Erschwerend kommt hinzu, dass im Falle der Entwicklungsverzögerungen/-störungen **unterschiedliche Systeme** (Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem) **an der Versorgung entwicklungsbedingter Auffälligkeiten beteiligt** sind. Damit rücken zusätzlich sowohl Fragen der Kooperation als auch Fragen hinsichtlich der Systemgrenzen und ihrer Folgen in den Fokus der Betrachtung.

Abbildung 6.1:  
Theoretischer Rahmen zur Analyse des Versorgungssystems



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In der aktuellen Studie wurde – aufgrund der vorhandenen Projektressourcen – ein **reduktionistischer Zugang** zur Analyse des Versorgungssystems gewählt. Dabei wurden weder die Strukturen und Prozesse des Systems, noch die Systemein- und -ausgänge (Inputs und Outputs) noch seine Bedarfsgerechtigkeit anhand objektiver Faktoren und Kriterien beschrieben und bewertet. Vielmehr wurde nach einer **Systembewertung** durch Expertinnen und Experten getrachtet, die – auf einer **Metaebene** – die **Identifikation relevanter Verbesserungspotenziale** ermöglicht (vgl. Abschnitt 6.2). Fokussiert wurde dabei auf den **Bildungs- und Gesundheitsbereich**. Ergänzend dazu wurde aufgezeigt,

- » in welchem Alter welche Arten von Entwicklungsstörungen vermehrt auftreten,
- » welche Professionisten dabei eine Rolle spielen und
- » welche Versorgungsangebote diesbezüglich zur Verfügung stehen (vgl. Punkt 6.1).

## Methodische Vorbemerkungen

Zur Feststellung möglicher Verbesserungspotenziale wurden **zehn Experteninterviews** geführt. Die Gespräche wurden entweder auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert oder in Form von Gesprächsprotokollen festgehalten. Die **Analyse** der Interviews erfolgte **themen- bzw. inhaltsanalytisch** (vgl. Froschauer/Lueger 2003; Mayring 2000) und konzentrierte sich ausschließlich auf **manifest geäußerte Sinngesamtheiten** der Interviews, nicht jedoch auf die dahinterliegenden subjektiven (strategischen) oder latenten (systemischen) Sinnstrukturen. Zu berücksichtigen gilt es deshalb, dass die Expertenaussagen auch strategisch gefärbt sein können.

Zudem gilt es zu beachten,

- » dass die identifizierten Verbesserungspotenziale eine **regional unterschiedliche Bedeutsamkeit** besitzen können,
- » dass auch **Stadt-Land-Unterschiede** eine zentrale Rolle spielen und
- » dass die angeführten Ergebnisse ausschließlich die **Sichtweise der Versorger/innen** und nicht die der Nutzer/innen repräsentieren.

Die Ergebnisse der Expertenbefragungen bieten dennoch eine gute Grundlage, um die vorherrschende Versorgungssituation weiterführend (z. B. in regionaler Hinsicht) zu reflektieren.

Zur Absicherung der Ergebnisse wird empfohlen, weitere Expertinnen/Experten in die Bewertung der Versorgungspotenziale einzubinden. Im Rahmen des Projekts erfolgte dies einmalig im Zuge eines eintägigen Expertenworkshops (Teilnehmerliste siehe Anhang).

## 6.1 Versorgungspfade in Abhängigkeit vom Lebensalter

Abhängig vom Lebensalter der Kinder sowie von ihrer entwicklungsbedingten Auffälligkeit werden unterschiedliche Lebenskontexte bedeutsam. Je nach Problemlage sind dann unterschiedliche Systeme gefordert (Gesundheits-, Sozial- und/oder Bildungssystem), um entsprechende Behandlungs- bzw. Hilfsangebote an die betreffenden Familien zu machen. In vielen Fällen sind dabei Unterstützungsangebote von zwei oder gar von allen genannten Systemen erforderlich, die einen hohen Abstimmungsbedarf zwischen den einzelnen Versorgungsanbietern mit sich bringen.

Die **Verwobenheit**, die zwischen dem **Lebensalter** der Kinder, ihren **Auffälligkeiten** und den dafür relevanten **Kontexten** und **Professionisten** besteht, wird in den nachfolgenden Punkten skizziert und gibt Auskunft über die Komplexität des Untersuchungsgegenstands.

## 6.1.1 Geburt und erste Lebensjahre

In den **ersten Lebenstagen** geht es um die **Abklärung, ob Neugeborene körperlich gesund sind** oder ob Krankheiten oder Geburtsschäden festzustellen sind. Sollten auf den Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe **Probleme in der Entwicklung** des Kindes oder in der Mutter-Kind-Interaktion festgestellt werden, **arbeiten die Krankenhausabteilungen** je nach Problemstellung zur weiteren Diagnostik und Behandlung **eng mit**

- » den niedergelassenen **Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde,**
  - » **verschiedenen Spitalsambulanzen** oder
  - » **Entwicklungsambulatorien**
- zusammen.

In den **ersten Lebenswochen und -monaten** können **frühe Fütterungs-, Stuhlregulations-, Schlaf- und Interaktionsstörungen** auftreten. Entwicklungsstörungen in der Definition des vorliegenden Berichts können in diesem frühen Lebensalter nicht eindeutig festgestellt werden. Es kann aber durchaus sein, dass sich andere Auffälligkeiten zeigen, die in den folgenden Monaten bzw. ersten Lebensjahren beobachtet werden. Sollten dann Entwicklungsstörungen auftreten, ist in der Regel eine frühzeitige Erkennung gewährleistet.

Zeigen sich **nach der Geburt keine gesundheitlichen Probleme, spielen in den ersten Lebensjahren vor allem Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde eine zentrale Rolle** in der Versorgung entwicklungsauffälliger Kinder. Die **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen** sind ein diesbezüglich etabliertes und von Eltern akzeptiertes Instrument. Der große Vorteil dieser Untersuchungen besteht darin, dass die Ärztinnen/Ärzte die Entwicklung eines Kindes in regelmäßigen Abständen beurteilen können und dabei auch Kontakt mit den Eltern der Kinder haben.

Viele Entwicklungsverzögerungen werden im Rahmen dieser Routineuntersuchungen entdeckt. Die **häufigsten Diagnosen** sind **bis zum Eintritt in den Kindergarten die umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache** sowie **umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen**. Beide Störungen werden häufiger bei Burschen als bei Mädchen festgestellt. Die Sprachentwicklung liefert dabei Hinweise auf die gesamte intellektuelle Entwicklung eines Kindes. Die selteneren **tiefgreifenden Entwicklungsstörungen** mit Ausnahme des Autismus werden **meistens in den ersten drei Lebensjahren erkannt**.

Weicht die Entwicklung eines Kindes deutlich von der Norm ab, führen Kinderärztinnen und -ärzte eine genauere Diagnostik durch. In die **Diagnostik** werden häufig auch **niedergelassene klinische Psychologinnen und Psychologen bzw. Entwicklungsambulatorien eingebunden**. Weitere Behandlungsschritte wie **Logopädie, Ergotherapie, Physio-**

**therapie oder Psychotherapie sind häufig indiziert.** Die Kinderärztinnen und -ärzte arbeiten häufig mit niedergelassenen Versorgungsanbietern in den drei genannten Bereichen zusammen, sofern die Therapien kostenlos in Anspruch genommen werden können oder die Eltern über entsprechende Mittel verfügen, um für die Kosten aufzukommen. In **ländlichen Regionen**, in denen keine Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde in Wohnortnähe zur Verfügung stehen, **werden ihre Aufgaben vielfach von Hausärzten wahrgenommen.** Die **Zusammenarbeit mit Entwicklungsambulatorien** ist **sowohl in Hinblick auf eine genauere diagnostische Abklärung als auch hinsichtlich unterschiedlicher Behandlungsmaßnahmen** (wie z. B. Logopädie oder Ergotherapie) für die Kinderärzte ebenso wie für die Hausärzte sehr **wichtig**, da in den Ambulatorien in der Regel ein breites und kostenloses Behandlungsspektrum zur Verfügung steht. Bei Verdacht auf **schwerwiegende Probleme** – häufig neurologischer Natur – ist die **Zusammenarbeit mit den Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde und ihren Ambulanzen von Bedeutung.**

Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in den ersten Lebensjahren selten aufgesucht. In kinder- und jugendpsychiatrische Praxen kommen Kinder in diesem Alter in der Regel nur dann, wenn die Probleme bereits sehr massiv sind.

## 6.1.2 Kindergartenalter

Eine wichtige Veränderung im Leben der Kinder ist der **Eintritt in den Kindergarten** (ca. im Alter von drei Jahren). Die Eingliederung in eine große Gruppe Gleichaltriger stellt eine Herausforderung dar, der nicht alle Kinder in gleicher Weise gewachsen sind. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle Kinder, die nicht so rasch mit dieser Lebensumstellung zurechtkommen, eine behandlungsbedürftige Entwicklungsstörung aufweisen.

Kinder mit emotionalen oder sozialen Schwierigkeiten werden zum Zeitpunkt des Kindergarteneintritts das erste Mal auffällig. Im Kindergartenalter werden im Vergleich zu der Zeit davor **häufiger Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen und hyperkinetische Störungen festgestellt.** Die umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Motorik sind meistens schon vor dem Eintritt in den Kindergarten diagnostiziert und werden im Idealfall bereits behandelt. Bis zum Kindergartenalter **nicht diagnostizierte tiefgreifende Entwicklungsstörungen werden nun festgestellt.**

Die Kindergärten **arbeiten eng mit den Entwicklungsambulatorien und den Kinderärztinnen und -ärzten zusammen.** Zu den in Abschnitt 6.1.1 erwähnten Hilfsmaßnahmen kommen die **Sonderkindergärtner/innen** hinzu. Nach einer eingehenden diagnostischen Abklärung, bei der die Notwendigkeit einer speziellen Förderung beurteilt wird, erhalten die Kinder im Bedarfsfall spezielle Förderangebote in den Kindergärten.

### 6.1.3 Eintritt in die Schule und erste Schuljahre

Während der Eintritt in den Kindergarten für die Kinder die Herausforderung bedeutet, in einer Gruppe Gleichaltriger zurechtzukommen, kommt in der **Schule** eine neue Dimension hinzu: Die Kinder müssen erstmals **Leistungsanforderungen** gerecht werden. Es stellt sich die Frage, ob die **Schulreife** der Kinder gegeben ist. Am häufigsten werden in den Volksschuljahren **umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten** festgestellt. Bei Kindern, bei denen in der Vergangenheit eine Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache bestand, wird die Diagnose häufig durch eine umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten abgelöst, manchmal treten sie auch in Kombination mit diesen auf. Häufiger werden auch Störungen aus dem gesamten Spektrum der **Verhaltens- und emotionalen Störungen** mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10 F9) festgestellt. Die genannten Störungen finden sich etwas häufiger bei Burschen als bei Mädchen.

Die unterschiedlichen **Versorgungsangebote entsprechen weitgehend jenen der im vorigen Abschnitt beschriebenen Strukturen** für die jüngeren Kinder. Hinzu kommt die Möglichkeit der **Sonderbeschulung** bzw. andere **Fördermaßnahmen durch das System Schule**. Kinder werden aufgrund der Massivität von Störungen nun auch vermehrt bei **FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie** vorgestellt im Unterschied zu der Zeit vor dem Schuleintritt.

### 6.1.4 Eintritt in die Pubertät

Mit zunehmendem Alter der Kinder (etwa mit 10 bis 14 Jahren), vielfach einhergehend mit den ersten Anzeichen der Pubertät, werden **überwiegend Verhaltens- und emotionale Störungen festgestellt**. In der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen werden nun häufiger Störungen bei Mädchen festgestellt, es ist kein klarer Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit von Störungen zwischen den Geschlechtern mehr festzustellen.

Bei Mädchen werden häufiger Essstörungen festgestellt, diese fallen zwar nicht in die Kapitel F8 und F9 der ICD-10, die Expertinnen und Experten sehen aber einen starken Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Jugendlichen und dem Auftreten dieser Störungen.

## 6.2 Verbesserungspotenziale

Die von den Expertinnen/Experten ausgemachten Verbesserungspotenziale wurden den einzelnen Experteninterviews entnommen. Sie werden entlang des Verlaufsprozesses-

ses (Auffälligkeit – Abklärung – Förderung/Therapie) sowie hinsichtlich der Themen Kooperation und Qualitätskontrolle zusammenfassend dargestellt und bilden die Grundlage für weiterführende Diskussionen sowie für die in Abschnitt 7.2 formulierten Empfehlungen. Insgesamt wurden **17 Verbesserungspotenziale** identifiziert.

### **Auffälligkeit eines Kindes bzw. Verdacht auf eine Störung**

#### **1. Defizite in der Ausbildung von**

- » Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde,
- » Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern und
- » Pädagoginnen/Pädagogen

hinsichtlich ihres Wissens über gesunde Entwicklung und ihrer Fähigkeit, entwicklungsbedingte Auffälligkeiten zu erkennen.

### **Probleme in der Diagnostik**

2. **Fehlen eines umfassenden und routinemäßig durchgeführten Screenings zur Feststellung entwicklungsbedingter Auffälligkeiten:** Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen fokussieren diesbezüglich eher auf die körperliche Entwicklung, weshalb Entwicklungsverzögerungen damit häufig nicht feststellbar sind.
3. **Defizite in den diagnostischen Fähigkeiten:** Die Expertinnen/Experten sind der Meinung, dass FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde sowie Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern (die Kinder betreuen) bessere diagnostische Fähigkeiten im entwicklungsdiagnostischen Bereich vermittelt werden sollten (s. auch Punkt 1).
4. **Mangel an Zeit für eine umfassende Entwicklungsdiagnostik:** Die Diagnose entwicklungsbedingter – insbesondere schwerer – Störungen erfordert exzellente diagnostischen Fähigkeiten (s. Punkt 1) und stellt eine zeitintensive Aufgabe dar. Die erforderliche Zeit beispielsweise für eine längere Beobachtung eines Kindes steht jedoch vielen Ärztinnen und Ärzten im niedergelassenen Bereich nicht zur Verfügung.
5. **„Symptomlastige“ Diagnosen:** Aus Expertensicht konzentrieren sich rasch gestellte Diagnosen oftmals ausschließlich oder überwiegend auf die Auffälligkeiten und die medizinisch feststellbaren Symptome. Dabei werden mögliche Ursachen wie das soziale Umfeld (Familie, Kindergarten, Schule) oder die gesundheitliche Situation der Eltern oftmals nicht beachtet. Um jedoch die richtige Behandlung zu finden, sollten alle diese Faktoren in der Diagnostik berücksichtigt werden.
6. **Angst vor Stigmatisierung:** Die Diagnose einer Entwicklungsstörung stellt für Eltern eine neue Situation dar, die verunsichert. Aus Angst vor Stigmatisierung werden Probleme beim Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule verschwiegen. Teilweise fehlt den Eltern auch das Verständnis oder das Wissen über die Entwicklung



eines Kindes. Die Expertinnen/Experten räumen zudem ein, dass in manchen Fällen Diagnosen vage bleiben (aufgrund prognostischer Unsicherheiten und um eine frühzeitige Stigmatisierung zu vermeiden). Es wird dann von einer Verzögerung anstelle von einer Entwicklungsstörung gesprochen. Dies kann jedoch dazu führen, dass Eltern die Auffälligkeiten ihrer Kinder nicht weiter beachten und diesbezüglich auch nichts unternehmen; ein Umstand, wodurch wertvolle Zeit und die Möglichkeit verstreicht, noch frühzeitig (in bestimmten Entwicklungsfenstern) diesen Entwicklungen entgegenzuwirken.

7. **Kapazitätsprobleme im Schulpsychologischen Dienst:** Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind zur Bewältigung der anstehenden diagnostischen Aufgaben nicht mehr ausreichend. Es werden folglich sowohl im Bereich der Diagnostik als auch in den Bereichen Behandlung und Therapie mehr personelle Kapazitäten benötigt.

## Förderung/Behandlung/Therapie

### 8. Angebotsdefizite

- » Aus Sicht der Expertinnen/Experten ist das derzeit bestehende **Diagnose-, Förder- und Therapieangebot** als **unübersichtlich** einzustufen. Eine gezielte Nutzung dieser Angebote ist deshalb gerade bei komplexen Fällen nicht möglich. Diese Problematik wird vor allem mit dem Fehlen regionaler Netzwerke in der Versorgung entwicklungsauffälliger Kinder und Jugendlicher in Zusammenhang gebracht, die es derzeit in Österreich nur vereinzelt gibt (s. auch Kooperation).
- » Ebenfalls problematisch betrachten die Expertinnen/Experten das **mangelnde Angebot in vielen ländlichen Regionen**. Häufig wird die Basisversorgung hauptsächlich durch die Hausärztin / den Hausarzt gewährleistet, spezielle therapeutische Angebote sind nicht in Wohnortnähe (vgl. auch Schleicher et al. 1999).
- » **Angebotsdefizite** finden sich zudem für Kinder mit **tiefgreifenden Entwicklungsstörungen** und hinsichtlich der **systematischen Versorgung von emotionalen Störungen, Bindungsstörungen und Ängsten**. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen nehmen innerhalb des Spektrums der Entwicklungsstörungen eine Sonderstellung ein: Im Unterschied zu den anderen Entwicklungsverzögerungen/-störungen ist eine völlige Heilung nicht möglich. Entscheidend ist deshalb, welches Funktionsniveau die betroffenen Kinder erreichen können. Damit autistische Kinder im Erwachsenenalter ein möglichst selbstständiges Leben führen können, bedarf es intensiver Förderung und Training von Alltagsfertigkeiten im Kindesalter. Aus Sicht der Expertinnen und Experten bestehen hinsichtlich Quantität und Qualität der Versorgung von Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen große regionale Unterschiede.
- » Zudem merken die Expertinnen/Experten an, dass das **Ausmaß kostenloser Therapie-/Behandlungsangebote (vor allem in Bezug auf funktionelle Therapien) zu gering ist**.

9. **Defizite in der Fallführung bzw. fehlende Verantwortlichkeiten für die Koordination von Hilfsangeboten bei komplexen Fällen:** Den Expertinnen/Experten zufolge sind Eltern oftmals mit dieser Rolle überfordert. Zu klären gilt es dabei sowohl eine fachliche als auch eine organisatorische Fallbegleitung.
10. **Brüche in der Versorgung:** Expertinnen/Experten zufolge kommt es in der Versorgung entwicklungsauffälliger Kinder oftmals zu Brüchen in der Versorgung. Dies gilt einerseits für bestehende **Frühförderangebote**, die zumeist mit einem bestimmten Alter enden (zw. 3 und 6 Jahren), andererseits für Brüche an den Systemgrenzen (Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem; s. Kooperation).
11. **Mangel an Sonderpädagoginnen/-pädagogen und Fehlen interdisziplinärer Teams in Kindergärten und Schulen:** Aus Expertensicht wären sowohl im Kindergarten als auch im Schulkontext mehr Sonderpädagoginnen/-pädagogen vonnöten. Zudem wäre es wünschenswert, wenn den Kindern und Jugendlichen interdisziplinäre Betreuungsteams zur Verfügung stehen würden (bestehend aus Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Therapeutinnen/Therapeuten und Pflegekräften). Sie könnten in einem umfassenden Sinne für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sorgen.

#### Qualitätskontrolle

12. **Unterschiedliche Qualitätsanforderungen im Versorgungssystem:** Aus Expertensicht sind die einzelnen Versorgungseinrichtungen im Gesundheitssystem mit unterschiedlichen Qualitätsanforderungen konfrontiert, und zwar abhängig davon, ob diese medizinisch geführt werden oder nicht. Dies lässt deutliche Qualitätsunterschiede in der Versorgung entwicklungsauffälliger Kindern und Jugendlicher zu.

#### Kooperation

13. **Koordinationsmängel im Gesundheitssystem** (viele Einrichtungen und Berufsgruppen): Aus Sicht der Expertinnen/Experten bedarf es einer besseren und gezielteren Koordination der vorherrschenden Diagnose-, Förder- und Behandlungsangebote, um dadurch nicht nur eine bessere Versorgung, sondern auch Mehrfachbetreuungsproblematiken zu vermeiden (s. auch Punkt 9).
14. **Fehlender Austausch zwischen freien Praxen und Einrichtungen:** Expertinnen/Experten sind der Meinung, dass der Informationsfluss zwischen freien Praxen und weiterführenden Einrichtungen (Entwicklungsdiagnostischen Zentren/Ambulatorien) verbessert werden muss. Die freien Praxen würden demnach nicht über das weitere Geschehen informiert. Was demnach fehlt, sind verbindliche Kommunikations- und Kooperationswege.
15. **Fehlen definierter Versorgungspfade:** Expertinnen/Experten sind der Auffassung, dass es oftmals unklar ist, wohin Patientinnen/Patienten zu überweisen sind und wo die eigenen Zuständigkeiten aufhören (Hausärzte, FÄ für Kinder- und Jugend-

heilkunde, FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologinnen/Psychologen etc.).

16. **Vernetzung nicht als Leistung abrechenbar:** Aus Sicht der Expertinnen/Experten sind Kooperation und Vernetzung zentrale Bestandteile einer optimalen Versorgung. Diese wichtige Tätigkeit wird in der Honorierung und in der Planung zeitlicher Ressourcen in den seltensten Fällen berücksichtigt.

17. **Fehlende (dem Datenschutz entsprechende) Regelungen und Praktiken zum Daten- und Informationsaustausch**

- » zwischen den Gesundheitsdienstleistern (s. auch Punkt 14),
- » zwischen Kindergarten und Schule,
- » zwischen Bildungseinrichtungen und Einrichtungen des Gesundheitssystems (und vice versa).

# 7 Empfehlungen und Ausblick

## 7.1 Empfehlungen zur Verbesserung der Datenlage

Alle nachstehenden Empfehlungen zur Verbesserung der Datenlage orientieren sich an den folgenden Zielsetzungen:

1. Verbesserung der Datenlage zur Einschätzung des entwicklungsbezogenen Förder- und Versorgungsbedarf bei 0- bis 14-jährigen Kindern und Jugendlichen in Österreich, um
  - » adäquate/bedarfsdeckende Versorgungsstrukturen entwickeln zu können,
  - » Veränderungen und Entwicklungen nachzeichnen sowie regionale und soziale Unterschiede feststellen zu können und
  - » Rückschlüsse hinsichtlich der Ursachen und Hintergründe dieser Entwicklungen und Unterschiede ziehen zu können, die ein bedarfsgerechtes präventives und kuratives Vorgehen ermöglichen;
2. Identifikation von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 14 Jahren mit Förder- und Versorgungsbedarf, um
  - » den entwicklungsbezogenen Förder- und Versorgungsbedarf von 0- bis 14-jährigen einschätzen zu können (s. oben genannte Punkte) und
  - » eine frühzeitige Förderung und Versorgung von „entwicklungsauffälligen“ Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen.

Die zweitgenannte Zielsetzung ist dabei als eine Ergänzung zur erstgenannten zu verstehen.

### Empfehlungen

Entsprechend den angepeilten Zielsetzungen können **vier Varianten** zur Verbesserung der österreichischen Datensituation empfohlen werden (A–D). Die Varianten B, C und D erlauben dabei eine darüber hinausgehende Identifikation „förder- und versorgungsbedürftiger“ Kinder und Jugendlicher.

#### *Variante A*

Zur Einschätzung und zukünftigen Beobachtung des entwicklungsbezogenen Förder- und Versorgungsbedarfs von 0- bis 14-jährigen Kindern und Jugendlichen in Öster-

reich wird die Durchführung einer **Trendstudie**<sup>14</sup> empfohlen. Damit kann ein klar definiertes Kollektiv (s. Punkt Alter der Kinder und Jugendlichen) prospektiv beobachtet werden (z. B. im Abstand von etwa drei bis fünf Jahren), ohne dass Aussagen über die Entwicklung einzelner Personen getroffen werden können. Trendstudien können auf Basis einer **Stichprobe** oder als Vollerhebung durchgeführt werden, wobei Letztere keinen unmittelbaren Mehrwert mit sich bringt. Im Falle der Stichprobenvariante ist genauestens auf die **Repräsentativität** des ausgewählten Kollektivs zu achten, damit es zu keinen Ergebnisverzerrungen kommt. Die Durchführung einer Trendstudie erlaubt zudem **wissenschaftliche Schwerpunktsetzungen** (z. B. in Bezug auf die Erforschung relevanter Schutz- und Risikofaktoren, hinsichtlich der Wirksamkeit gesetzter Förder- und Behandlungsmaßnahmen – in Form eines additiven Panelkollektivs – oder bezüglich der Verlässlichkeit, Genauigkeit und Sensitivität der verwendeten Messinstrumente und Testverfahren). Variante A setzt dabei voraus, dass die Entwicklungsdefizite von Kindern und Jugendlichen in den gegenwärtigen Routinen des Gesundheits- und Bildungssystems (Mutter-Kind-Vorsorge, Kindergarten, Schule) frühzeitig erkannt werden.<sup>15</sup>

#### Vorteile:

- » „Kostengünstige“ Variante, um den Entwicklungsstand 0- bis 14-Jähriger zu erfassen; dadurch kann der Anteil der „entwicklungsverzögerten/-gestörten“ Kinder in seiner Größenordnung eingeschätzt werden, sodass Strukturen und Angebote an den Bedarf angepasst werden können (adäquate Kenntnisse über die aktuelle Versorgungssituation vorausgesetzt)
- » Es handelt sich um eine künstlich aufgesetzte Struktur, die nicht an Bundesländergrenzen und an die dort vorhandenen Routinen gebunden ist und deshalb für ein einheitliches und standardisiertes Vorgehen sorgen kann.
- » Benötigt nur geringfügige institutionalisierte Strukturen (z. B. Personal).
- » Dieses Vorgehen ermöglicht die gleichzeitige Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen bei vertretbarem Aufwand.

#### Nachteile:

- » Parallelstruktur zu – in manchen Bundesländern – bereits etablierten Surveillance-Systemen, wodurch es zu finanziellen Doppelgleisigkeiten kommen würde
- » Doppelbelastung des zu untersuchenden Kollektivs sowie der in den Settings Kindergarten und Schule tätigen Pädagoginnen und Pädagogen

---

14

= eine in regelmäßigen Abständen wiederkehrende Datenerfassung zu Merkmalen eines klar definierten Kollektivs, ohne dass es sich dabei um dieselben Personen handelt.

15

In diesem Fall könnten auch nationale Register zu einer Verbesserung der Datenbestände führen.

### *Variante B*

Variante B schlägt im Gegensatz zu Variante A eine **routinemäßige Testung aller Kinder und Jugendlichen eines bestimmten Alters**<sup>16</sup> vor (im Sinne einer „Reihenuntersuchung“). Die Testung sollte dabei **im Kindergarten- und Schulkontext** durchgeführt werden, da das zu untersuchende Kollektiv (s. unten) dort mehrheitlich anzutreffen ist. Variante B setzt voraus, dass die Entwicklungsdefizite von Kindern und Jugendlichen in den gegenwärtigen Routinen des Gesundheits- und Bildungssystems (Mutter-Kind-Vorsorge, Kindergarten, Schule) nur unzureichend erkannt werden.

#### Vorteile:

- » Dieses Vorgehen kann auf bereits vorhandene Strukturen zurückgreifen; damit werden Parallelaktivitäten vermieden.
- » Es werden sowohl der entwicklungsbezogene Förder- und Versorgungsbedarf als auch Kinder und Jugendliche mit einem Förder- und Versorgungsbedarf ermittelt.

#### Nachteile:

- » Identifikation eines „Förder- und Versorgungskollektivs“, das aktuell möglicherweise nicht versorgt werden kann
- » Gefahr der Stigmatisierung förder- und versorgungsbedürftiger Kinder bzw. der Definition einer Norm, der man entsprechen muss
- » Bund und Länder müssen sich auf ein gemeinsames und einheitliches Vorgehen einigen.
- » Höherer Personalaufwand
- » Notwendigkeit einer institutionalisierten Verankerung

### *Variante C*

Variante C kombiniert die Varianten A und B, jedoch nicht, um wissenschaftlich relevante Fragestellungen zu bearbeiten, sondern um dem Förder- und Versorgungssystem ausreichend Zeit zu geben, sich auf den faktischen Förder- und Versorgungsbedarf einzustellen. Diese Variante sieht demnach eine **einmalige oder mehrmalige stichprobenbasierte Studie** vor, um den allgemeinen Förder- und Versorgungsbedarf im Kollektiv der 0- bis 14-Jährigen einzuschätzen. Auf Basis der Studienergebnisse kann das Versorgungssystem in Angebot und Struktur bedarfsgerecht entwickelt werden, bevor zu einem späteren Zeitpunkt zu Variante B übergegangen wird.

---

<sup>16</sup>

= jährliche und fortlaufend durchgeführte Testung aller Kinder und Jugendlichen eines bestimmten Alters.

### *Variante D*

Variante D **kombiniert** ebenfalls die **Varianten A und B**. Sie sieht eine routinemäßige **Testung aller Kinder und Jugendlichen eines bestimmten Alters** vor **sowie** darauf **aufbauende Studien zur Bearbeitung wissenschaftlich relevanter Fragestellungen**. Auf den „Reihenuntersuchungen“ könnten demnach stichprobenbasierte Studien aufgesetzt werden, mit dem Ziel, Schutz- und Risikofaktoren, die Wirksamkeit gesetzter Interventionen sowie die Verlässlichkeit und Gültigkeit der verwendeten Tests und Instrumente zu erforschen. Dies würde nicht nur wichtige Informationen für Prävention und (Früh-)Förderung, sondern auch eine ständige Weiterentwicklung der Testverfahren und ihrer Zielgenauigkeit ermöglichen.

### **Allgemeine methodische Anforderungen**

Die gewünschten Daten und Informationen sind **österreichweit** zu erheben, sollten jedoch **regional auflösbar** sein (z. B. auf Ebene der Versorgungsregionen). Alle Daten und Informationen müssen dabei, um vergleichbar zu sein, in einer **standardisierten Form** erhoben („geeichte“ Durchführer/innen; einheitliche Tests und Instrumente; einheitliches Vorgehen) bzw. erfasst werden (einheitliche Dokumentation) sowie **reliabel** und **valide** sein. Um Veränderungen und Trends in der Entwicklung ausmachen zu können, ist zudem eine **periodische** Datenerfassung notwendig. Für die Durchführung rascher und ressourcenschonender Auswertungen und Analysen wird zudem die **zentrale Verfügbarkeit** der angesprochenen Datenbestände empfohlen (in anonymisierter Form). Zudem muss in den Varianten B, C und D eine **vertrauensvolle Möglichkeit** geschaffen werden, **Kinder, Eltern und Betreuungspersonen über einen möglichen Förder- und Versorgungsbedarf zu informieren**; negative Konsequenzen (z. B. Stigmatisierung) sollten damit so weit wie möglich vermieden werden. Die **Tests und Instrumente** sollten von einer **interdisziplinären Expertengruppe**, bestehend aus Kinderärztinnen/-ärzten, klinischen bzw. (Gesundheits-)Psychologinnen/Psychologen, Logopädinnen/Logopäden, Ergo- und Physiotherapeutinnen/-therapeuten und Soziologinnen/Soziologen, **erarbeitet und durchgeführt** werden. Die Erfassung und Verwaltung der Daten muss dem österreichischen **Datenschutz** entsprechen; Daten müssen vor Missbrauch geschützt werden.

### **Alter der Kinder und Jugendlichen**

Vorgeschlagen wird, Kinder im Alter von **drei bis fünf** (bereits hinreichend untersuchbar), **sieben bis acht und elf bis zwölf** Jahren zu testen. Ebenfalls systematisch beobachtet werden sollten „**Risikobabys**“. Sie sollten in den ersten Lebensjahren begleitet und in ihrer Entwicklung beobachtet werden. Auf zusätzliche Datenerhebungen bei über 14-Jährigen wird verzichtet, da davon ausgegangen wird, dass entwicklungsbezogene Auffälligkeiten bis zum 14. Lebensjahr bereits erkannt wurden. Der Versor-

gungsbedarf in der Gruppe der älteren Jugendlichen kann aus diesen Daten abgeleitet und eingeschätzt werden. Bei den kleineren Kindern wird bewusst die Gruppe der Drei- bis Fünfjährigen vorgeschlagen, da sie einerseits bereits untersuchbar erscheint, andererseits zu einem noch frühen Zeitpunkt Interventionen ermöglicht (auch im Setting Kindergarten). Testungen am Kollektiv der Sieben- bis Achtjährigen erlauben es, Aussagen zu ihren schulischen Fähigkeiten zu treffen, indem die Schuleingangsphase, die für manche Kinder besonders herausfordernd sein kann, bewusst außer Acht gelassen wird. Ein rasches Reagieren im Schulkontext bleibt damit aber möglich. Ähnliches gilt auch für die Elf- bis Zwölfjährigen, die einen Schulwechsel hinter sich haben.

### **Inhalte**

Inhaltlich sollte in den Testungen sowohl auf die **kognitiven, sprachlichen, kommunikativen und motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Kinder und Jugendlichen** als auch auf ihre **emotionale Entwicklung sowie auf ihre sozialen Kompetenzen** fokussiert werden. Damit sollen Rückschlüsse auf einen möglichen Förder- und Versorgungsbedarf gezogen werden können, den es im Einzelfall jedoch diagnostisch abzuklären gilt.

## **7.2 Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation**

Die in Abschnitt 6.2 aufgelisteten Verbesserungspotenziale sind das Ergebnis der einzelnen Interviews mit den Expertinnen und Experten. In einem Workshop mit den Expertinnen und Experten wurde die Liste an Verbesserungspotenzialen zu folgenden zentralen Themenstellungen verdichtet und wurden möglichst konkrete Handlungsempfehlungen dazu erarbeitet:

- » Diagnostik von Entwicklungsstörungen,
- » Koordination der Hilfsangebote,
- » Kooperation der unterschiedlichen Systeme/Anbieter,
- » ungenutzte Möglichkeiten in Kindergarten und Schule sowie
- » Angebotslücken.

### **Handlungsempfehlungen zum Bereich Diagnostik**

Die Diagnostik sollte sich am somato-psycho-sozialen Krankheitsmodell orientieren. In der Diagnostik sind Risiko- und Schutzfaktoren des Kindes zu bestimmen, Defizite und Ressourcen sind gemeinsam zu betrachten. Die Untersuchungssituation bietet die Möglichkeit, die Ressourcen der Kinder und Eltern zu stärken.



Die Diagnostik von Kindern bedarf einer fundierten **Ausbildung**, damit sie qualitativ erfolgreich: Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Pädagoginnen/Pädagogen müssen hinsichtlich ihres Wissens über eine gesunde Entwicklung und ihrer Fähigkeit, entwicklungsbedingte Auffälligkeiten zu erkennen, besser geschult werden. Insbesondere die Diagnostik bei Kindern mit autistischen Zügen ist sehr aufwendig und erfordert Erfahrung und Qualifikation, damit nicht Fehldiagnosen gestellt werden. Die Vermittlung von **Kommunikations-Know-how** sollte fester Bestandteil in der Ausbildung mehrerer Berufsgruppen im psychosozialen Feld werden.

Nicht selten haben die **Eltern** Probleme oder würden eine Behandlung benötigen. In der Diagnostik sollten die Eltern stärker einbezogen werden, ihr Gesundheitszustand, aber auch ihre Lebenssituation ist zu berücksichtigen. Die (Mit-)**Behandlung von Eltern** sollte erlaubt bzw. besser geregelt und finanziert werden.

### **Handlungsempfehlungen zum Bereich Koordination der Hilfsangebote**

Im Bereich der Koordination der Hilfsangebote schlummert ein erhebliches Verbesserungspotenzial, folgende Handlungsempfehlungen werden dazu vorgeschlagen:

- » Das **Informationsangebot** muss sowohl für die Eltern als auch für die unterschiedlichen Leistungsanbieter verbessert werden. Gute, zuverlässige und richtige Informationen sind die Voraussetzung für ein gelungenes Clearing im Einzelfall.
- » Unterschiedliche **Finanzierungsmodelle** sollten für die Familien leicht verständlich zur Verfügung gestellt werden (Angebote wie etwa erhöhte Familienbeihilfe, Pflegegeld etc.).
- » Koordination und Information hängen mit der Qualität der **Primärversorgung** zusammen, wobei Primärversorgung nicht gleichzusetzen ist mit dem (ersten) Aufsuchen eines Arztes. Eltern brauchen am „first point of service“ Unterstützung, das passiert vielfach in Eltern-Kind-Zentren und Familienberatungsstellen. Die Eltern brauchen ein klares Gegenüber.
- » In der **Versorgungsplanung** sollte die Kooperation und Vernetzung bereits auf politischer Ebene mitgeplant werden; derzeit befördert die Finanzierungssituation „Insellösungen“. Notwendige Kommunikation muss eine bezahlte Leistung werden.

Was **gelungene Koordination** betrifft, könnten Krisenzentren als Vorbilder herangezogen werden; solche Modelle sind derzeit eben nur in der Krise (akut) verfügbar. Auch Kinderschutzgruppen in Spitälern können gut mit komplexen Situationen umgehen, auch hier geht es aber um den Krisenfall. Die Frage ist, wie Elemente der Koordination aus der Krisensituation auf den Versorgungsalltag übertragen werden können.

### Handlungsempfehlungen zum Bereich Kooperation der unterschiedlichen Systeme/Anbieter

- » Die Zeitspanne zwischen **Problemauffälligkeit und Diagnostik** ist häufig zu lang aufgrund von Wartezeiten. Es bedarf eines besseren Zeitmanagements. Mit Hilfe eines ersten (unter Umständen telefonischen) Beratungsgesprächs könnten einige Fragen gestellt werden, die dabei helfen, die Dringlichkeit einer Untersuchung zu beurteilen. Niederschwellige Beratungsangebote könnten einer aufwendigen Diagnostik vorgeschaltet werden.
- » Problem des **Datenschutzes und der Verschwiegenheitspflicht**: Die Auslegung des Gesetzes ist sehr unterschiedlich. Es sollte bundesweit verlässliche Standards geben, welche Informationen unter welchen Bedingungen an welche Person(en) weitergegeben werden können/dürfen/sollen.
- » Manche Leistungen sollten vom Erreichen einer bestimmten Altersgrenze entkoppelt werden. Die starren Grenzen führen zur **Unterbrechung der Behandlungsbeziehung** bzw. schmälern unter Umständen den Behandlungs-/Betreuungserfolg. Die neue Artikel-15a-Vereinbarung bietet Möglichkeiten, Verbesserungen herbeizuführen und sollte bei weiteren Arbeiten beachtet werden.

### Handlungsempfehlungen zum Bereich Angebotslücken

Angebotslücken hinsichtlich ihrer „Wichtigkeit“ zu ordnen ist keine leichte Aufgabe, dennoch kann festgehalten werden, dass in folgenden Bereichen besonderer Handlungsbedarf gesehen wird:

- » Besonders eklatante Lücken bestehen bei der Versorgung von **Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen**. Es sollten spezifische Verrechnungsmöglichkeiten für die unterschiedlichen Störungsbilder geschaffen werden.
- » Gerade im Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sollte die **Zusammenarbeit** zwischen den Bereichen **Schule und Gesundheit** intensiviert werden. Lehrer/innen sind zumeist sehr interessiert an der Thematik und gewillt, sich fortzubilden. Die **(Zusammen-)Arbeit** mit Pädagoginnen und Pädagogen müsste **finanziert werden**.
- » **Qualitätsstandards/-sicherung für die Behandlung/Therapie von Kindern** für Einrichtungen und für die Menschen, die mit den Kindern arbeiten, sollten eingeführt werden. Außerdem sollte es zertifizierte Weiterbildung für die Arbeit mit Kindern geben (Wissen um Entwicklungsdynamik).
- » Einige Angebotslücken bestehen aufgrund unzureichender Finanzierung. Insbesondere im Bereich der Psychotherapie, aber auch im Bereich der funktionellen Therapien sollte die Finanzierung verbessert werden.

## Handlungsempfehlungen zum Bereich Kindergarten und Schule

Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass sowohl in Kindergarten als auch Schule **„mehr Platz“ für Gesundheit** sein sollte. Diese Öffnung bezieht sich nicht ausschließlich auf Inhalte, sondern **auch auf eine räumliche Öffnung**. In vielen Ländern ist es üblich, die Räumlichkeiten von Schule und Kindergarten auch für Therapiezwecke zu nutzen. Organisatorisch würde dies den Zugang zu vielen Therapieangeboten für Kinder und Eltern erleichtern und die Therapieangebote in den üblichen Tagesablauf einbetten.

In den **Kindergärten** sollte vor allem auf eine ausreichende Zahl an **Integrationsplätzen** und auf einen guten **Betreuungsschlüssel** Wert gelegt werden. Dadurch könnten Kinder mit Entwicklungsstörungen (aber auch mit anderen Problemen) besser unterstützt und gefördert werden. Die Zusammenarbeit zwischen den Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde sollte gestärkt werden. Dabei könnte man sich an den in Deutschland von Kinderärztinnen und -ärzten entwickelten Beobachtungsbögen für die Kindergärten orientieren. Die **Beobachtungsbögen** werden von den Pädagoginnen und Pädagogen ausgefüllt und den Eltern mitgegeben, die diese zur Mutter-Kind-Pass-Untersuchung mitnehmen.

Für den Bereich **Schule** werden folgende Handlungsempfehlungen abgegeben:

- » Es könnten Gesundheitseinrichtungen innerhalb der Schulen geschaffen werden, die für Beratung und kleinere Behandlungen zur Verfügung stehen. Alternativ dazu könnten „flying teams“ diese Funktion übernehmen. Viele Aufgaben könnten von nichtärztlichen Berufsgruppen (beispielsweise diplomierten Krankenpflegepersonen) übernommen werden. Dabei ist auch die derzeit bestehende schulärztliche Versorgung neu zu konzipieren.
- » Vermittlung von Gesundheitserziehung und Gesundheitskompetenz ist eine Aufgabe der Schule, sie kann aber nicht die alleinige Aufgabe der Lehrerinnen und Lehrer sein.
- » Kinder mit einer Störung aus dem Autismusspektrum benötigen persönliche Assistenz in der Schule.
- » In der Nachmittagsbetreuung sollten mehr Integrationsplätze zur Verfügung stehen.

## 7.3 Ausblick

Die vorgelegte Studie hat sich sowohl mit der österreichischen Datensituation als auch mit möglichen Verbesserungspotenzialen im Versorgungsbereich auseinandergesetzt.

Aufbauend auf den Ergebnissen des Berichts sehen die Autorinnen/Autoren folgende Punkte als weiter verfolgungswürdig:

1. Weiterführende **Dissemination und Diskussion der Berichtsergebnisse mit ausgewählten Expertinnen/Experten** zur Abklärung möglicher Verbesserungspotenziale im Versorgungssystem sowie zur Verbesserung der Datenlage (Machbarkeitsstudie zu den datenbezogenen Verbesserungsvorschlägen),
2. Erhebung und Analyse einer **Komplementärsicht zur aktuellen Versorgungssituation aus Sicht der betroffenen Familien** (Systemnutzer/innen),
3. tiefergehende Analyse des **Versorgungsgeschehens** hinsichtlich seiner **Strukturen und Prozesse**.

# Literatur

aks Gesundheitsvorsorge (2012): Kindergartenstatistik Gesamt.

Amt der öö. Landesregierung (2011): Statistik des logopädischen Screenings aus dem Kindergartenjahr 2010/11.

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M. (2007): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 155/10, 906-914

Barkmann, Claus; Schulte-Markwort, Michael (2004): Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland--ein systematischer Literaturüberblick. In: Psychiatrische Praxis 6, 278-287

BMG (2011a): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2011.

BMG (Hg.) (2011b): Kindergesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMG (2013): ADH(S) Aufmerksamkeits- Defizit/Hyperaktivitäts-Störung. Bericht an den OSR. 8. Jänner 2013. Unveröffentlicht, Wien

BMUKK (2012): Leistungen der Schulpsychologie-Bildungsberatung. Auszug aus den Tätigkeitsberichten des Schuljahres 2011/12.

Breit, Simone (2009): Frühkindliche Sprachstandsfeststellung. Konzept und Ergebnisse der systematischen Beobachtung im Kindergarten. Leykam, Graz

Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the quality of medical care. In: The Milbank memorial fund quarterly 44/3-166-206

Donabedian, Avedis (1980): The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. In: Ann Arbor: Health Administration Press

Donabedian, Avedis (2002): An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press

Döpfner, M.; Breuer, D.; Wille, N.; Erhart, M.; Ravens-Sieberer, U. (2008): How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder

and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample-- results of the BELLA study. In: Eur Child Adolesc Psychiatry 17 Suppl 1-59-70

Döpfner, Manfred (1996): Hyperkinetische Störungen. In: Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie – Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter; 2 korrigierte und ergänzte Auflage. Hg. v. F. Petermann. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge (MA), Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 165-217-6

Döpfner, Manfred (2008): Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In: Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie; 6 vollständig überarbeitete Auflage. Hg. v. F. Petermann. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge (MA), Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 29-48

Döpfner, Manfred; Rothenberger, Aribert (2008): Tic-Störungen. In: Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie; 6 vollständig überarbeitete Auflage; . Hg. v. F. Petermann. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge (MA), Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 311-326

Erhart, M.; Hölling, H.; Bettge, S.; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50/5-800-809

Esser, Günther; Wyschkon, Anne (2002): Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie; 5 korrigierte Auflage. Hg. v. F. Petermann. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge (MA), Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 409-429

Europäische Kommission (2011): Mitteilung der Kommission. Frühkindliche Betreuung, Bildung und Erziehung: der bestmögliche Start für alle unsere Kinder in die Welt von morgen. Brüssel

Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. WUV-Univ.-Verlag

Heinrichs, Nina; Saßmann, Heike; Hahlweg, Kurt; Perrez, Meinrad (2002): Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. In: Psychologische Rundschau 53/4-170-183

Hertl-Kollmann, Christine; Wieser-Raßbach, Nadja (2011): Ergotherapeutische Reihenuntersuchungen in Kindergärten in Oberösterreich. In: Ergo Austria-20

- Hölling, H.; Erhart, M.; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50/5–784–793
- Huss, Michael; Hölling, Heike; Kurth, Bärbel-Maria; Schlack, Robert (2008): How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: Results of the German health and examination survey (KiGGS). In: Eur Child Adolesc Psychiatry 17/Suppl 1–52–58
- Land Steiermark (2011): Logopädische Screening-Statistik der Bezirkshauptmannschaft
- Land Steiermark (2012): Zwischenbericht zur Auswertung der Ergebnisse der Sprachstandsbeobachtung in den steirischen Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen im Herbst 2012 (Zeitraum Oktober – November 2012).
- Landerl, Karin; Moll, Kristina (2010): Comorbidity of learning disorders: prevalence and familial transmission. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry 51/3–287–294
- Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (2013): Brandenburger Sozialindikatoren 2013. Aktuelle Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2008): Jahresbericht 2006. Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Landessanitätsdirektion Tirol (2011): Kindergartenlogopädie. Endauswertungen für das Kindergartenjahr 2010/11. Ergebniszusammenfassung.
- MA 15 (2012): Diagnosedaten der Entwicklungsdiagnostikstellen der Gemeinde Wien 2007–2011.
- Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (7. Auflage) Weinheim: Beltz.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2007): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2007 – 1; Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. – Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005 –. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin
- Petanovitsch, Alexander; Schmid, Kurt (2012): Zum Nutzen frühkindlicher Betreuung und Förderung. Ökonomische, soziale und pädagogische Effekte frühkindlicher

Betreuung, Bildung und Erziehung. Kurzexpertise. Hg. v. Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft, Wien

Petermann, F.; Helmsen, J.; Koglin, U. (2010): Expansive Verhaltensstörungen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 158/1–22–27

Petermann, Franz (2008): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie; 6. vollständig überarbeitete Auflage. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge (MA), Amsterdam, Kopenhagen

Petermann, Franz (2010): Therapie von Störungen des Sozialverhaltens. In: Therapie von Entwicklungsstörungen – Was wirkt wirklich? Hg. v. W. von Suchodoletz. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 211–229

Petermann, Franz; Resch, Franz (2008): Entwicklungspsychopathologie. In: Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie; 6 vollständig überarbeitete Auflage. Hg. v. F. Petermann. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge (MA), Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 49–64

Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50/5–871–878

Remschmidt, H; Schmidt, M; Poustka, F (2012): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 6., korrigierte Auflage. Hans Huber, Bern

Resch, Franz (2012): Veränderte Kindheit – neue Morbidität: Gesellschaft und psychische Gesundheit. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Universitätsklinikum Heidelberg. Ganterschwil

Rutter, M; Shaffer, D; Sturge, C (1975): A guide to a multi-axial classification scheme for psychiatric disorders in childhood and adolescence. Institut of Psychiatry, London

Schlack, R.; Hölling, H.; Kurth, B. M.; Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50/5–827–835



- Schlander, M.; Schwarz, O.; Rothenberger, A.; Roessner, V. (2011): Tic disorders: administrative prevalence and co-occurrence with attention-deficit/hyperactivity disorder in a German community sample. In: *European Psychiatry* 26/6–370–374
- Schleicher, Barbara; Glatz, Waltraud; Nemeth, Claudia (1999): Ambulante und mobile psychosoziale und gesundheitliche Versorgung entwicklungsgestörter und von Entwicklungsstörungen bedrohter Kinder und Jugendlicher in Österreich. (Kurztitel: Versorgung entwicklungsgestörter Kinder und Jugendlicher.) Band 1 bis 3. ÖBIG. Aufl., ÖBIG, Wien
- Schulärztlicher Dienst der Stadt Salzburg (2012): Volksschulen der Stadt Salzburg.
- Sinzig, Judith; Schmidt, Martin H. (2008): Tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In: F. Petermann. 173–188
- Specht, Werner (Hg.) (2009): Nationaler Bildungsbericht Österreich 2009, Band 2: Fokussierte Analysen bildungspolitischer Schwerpunktthemen. Im Auftrag vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur; Bundesinstitut für Bildungsforschung, Innovation & Entwicklung.
- Stadt Graz (2012): Jahresbericht 2011. Erstellt mit Stichtag 7.2.2012. Amt für Jugend und Familie. Ärztlicher Dienst.
- Stamm, Margrit (2011): Wozu Bildung in der frühen Kindheit? Was wir wissen, wissen sollten und was die Politik damit anfangen kann. Departement Erziehungswissenschaften der Universität Fribourg
- Straßburg, Hans Michael; Dacheneder, Winfried; Kreß, Wolfram (2003): Entwicklungsstörungen bei Kindern, 3. Auflage. Urban & Fischer, München, Jena
- Theyen, Ute; Brenn, Sabine (2007): Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein im Jahr 2007. Im Auftrag des Landes Schleswig-Holstein, vertreten durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein. Kiel
- Von Gontard, Alexander (2010): Therapie emotionaler Störungen. In: Therapie von Entwicklungsstörungen – Was wirkt wirklich? Hg. v. W. von Suchodoletz. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 177–191
- Von Suchodoletz, Waldemar (2007): Prävention von Entwicklungsstörungen. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen u.a.

WHO (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

WHO (2005): ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Genf

WHO (2011a): ICD–10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – WHO–Ausgabe. Band 1 – Systematisches Verzeichnis. Hg. v. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Gesundheitsministeriums für Gesundheit, Version 2011, Stand November 2010. Aufl.

WHO (2011b): World report on disability.

WHO (2013): ICF–CY Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Übersetzt und herausgegeben von Judith Hollenweger und Olaf Kraus de Camargo unter Mitarbeit des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Verlag Hans Huber, Bern

WKO (o.J.): Studie zum Nutzen frühkindlicher Förderung – Zusammenfassung. Wirtschaftskammer Österreich

# Anhänge

## Expertenliste (schriftliche und mündliche Expertenbefragung)

Lieselotte <b>Ahnert</b>	Institut für Psychologie Wien / Bereich Entwicklungspsychologie
Manuela <b>Baumgartner</b>	KH der Barmherzige Schwestern Linz / Ambulanz für Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie
Günther <b>Bernert</b>	Preyer'sches Kinderspital / Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde
Robert <b>Birnbacher</b>	LKH Villach / Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde
Friedrich <b>Brandstetter</b>	Wiener Sozialdienste / Zentrum für Entwicklungsförderung
Ursula <b>Costa</b>	FH Innsbruck
Johannes <b>Fellinger</b>	Barmherzige Brüder Linz
Ralf <b>Göbller</b>	Kinder- und Jugendpsychiatrie Rosenhügel
Brigitte <b>Hackenberg</b>	Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien
Ulrike <b>Hamp</b>	Logopädische Praxis
Irmgard <b>Himmelbauer</b>	Praxis Naschmarkt
Florian <b>Juen</b>	Institut für Psychologie Innsbruck / Bereich Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie
Adrian <b>Kamper</b>	Klinikum Wels-Grieskirchen; Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde II
Liane <b>Kaufmann</b>	UMIT
Reinhold <b>Kerbl</b>	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
Christian <b>Kienbacher</b>	Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Klaus <b>Kranewitter</b>	Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Armin <b>Kröswagn</b>	LFKK (Landes Frauen- und Kinderklinik) Linz
Gerhard <b>Krötzl</b>	BMUKK Schulpsychologie
Margarete <b>Lässig</b>	MA15
Karin <b>Landerl</b>	Institut für Psychologie Graz / Bereich Entwicklungspsychologie
Karin <b>Lettner</b>	FH Linz
Werner <b>Leixnering</b>	Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg / Abteilung für Jugendpsychiatrie
Gabriella <b>Martucci-Ivessa</b>	Ambulatorium Eggenburg der VKKJ (Elternverein „Verant-

	wortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche“)
Tanja <b>Penz</b>	–
Katharina <b>Purtscher</b>	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Christian <b>Rauscher</b>	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Salzburg
Ludwig <b>Rauter</b>	LKH Leoben-Eisenerz / Abteilung Kinder- und Jugendheilkunde
Martina <b>Reiter</b>	–
Rudolf <b>Schwarz</b>	LFKK (Landes Frauen- und Kinderklinik) Linz / Kinder- und Jugendheilkunde
Georg <b>Spiel</b>	Promente KijuFa
Manuel <b>Sprung</b>	Institut für Psychologie Wien / Bereich klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Leonhard <b>Thun-Hohenstein</b>	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Salzburg / Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Klaus <b>Vavrik</b>	Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit; Ambulatorium Fernkorngasse der VKKJ
Ernst <b>Wenger</b>	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde; Landesschularzt

## Fragebogen Expertenbefragung

**Hinweise zu den Fragen:** Es ist uns bewusst, dass die gewünschte quantitative Einschätzung sehr schwierig ist. Wir werden deshalb bei der Aufbereitung der Ergebnisse entsprechende Vorsicht walten lassen. Sollte **keine Einschätzung** getroffen werden können, bitten wir Sie, den **Wert 999** in die Tabelle einzutragen.

### 4. Entwicklungsverzögerungen/-störungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich: Bitte schätzen Sie für die ausgewählten Störungsbilder die österreichische Situation ein.

		Wie viel Prozent der 0- bis 14-jährigen in Österreich sind Ihrer Meinung nach von ... betroffen?	Gibt es Ihrer Meinung nach in dieser Altersgruppe Unterschiede zwischen den Geschlechtern?	Hat die Anzahl der Betroffenen Ihrer Meinung nach in den letzten 10 Jahren zu- oder abgenommen?
			1 Ja, Burschen sind stärker betroffen 2 Ja, Mädchen sind stärker betroffen 3 Nein	1 zugenommen 2 abgenommen 3 gleich geblieben
a.	<b>Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache</b> (ICD-10 F80; z. B. Artikulationsstörungen, expressive Sprachstörungen, rezeptive Sprachstörungen)	... %		
b.	<b>Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten</b> (ICD-10 F81; Lese-, Rechtschreib- und Rechenstörungen)	... %		
c.	<b>Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen</b> (ICD-10 F82; Entwicklungsstörung der Grobmotorik, Fein-/Graphomotorik, Mundmotorik)	... %		
d.	<b>Tief greifende Entwicklungsstörungen</b> (ICD-10 F84; z. B. Autismus, Rett-Syndrom, Asperger-Syndrom)	... %		
e.	<b>Hyperkinetischen Störungen</b> (ICD-10 F90)	... %		
f.	<b>Störungen des Sozialverhaltens</b> (ICD-10 F91)	... %		
g.	<b>Emotionalen Störungen</b> (ICD-10 F93; z. B. Trennungsangst, Phobische Störung)	... %		
h.	<b>Ticstörungen</b> (ICD-10 F95)	... %		

5. **Bitte erläutern Sie, worauf Ihre Schätzungen beruhen (langjährige Erfahrungen, Studien, „Bauchgefühl“)?**
  
6. **Sind Ihnen Studien oder Daten bekannt, die für die Einschätzung der österreichischen Situation („Entwicklungsverzögerungen/-störungen bei 0- bis 14-Jährigen in Österreich“) relevant sind? Wenn ja, um welche Studien und Daten handelt es sich?**
  
7. **Nennen Sie uns bitte nach Möglichkeit weitere Experten/Expertinnen in Österreich, die diese Fragen beantworten könnten.**

## Liste Interviewpartner (qualitative Expertenbefragung)

Lilly **Damm**  
Charlotte **Hartl**  
Raphaela **Keller**  
Klaus **Kranewitter**  
Brigitte **Mörwald**  
Katharina **Purtscher**  
Klaus **Vavrik**  
Ernst **Wenger**  
Roman **Winkler**  
Mathilde **Zeman**

## **Ergebnis Literaturrecherche** (Auswahl zentraler europäischer Studien in Fettdruck)

- Akinbami, L. J.; Liu, X.; Pastor, P. N.; Reuben, C. A. (2011): Attention deficit hyperactivity disorder among children aged 5–17 years in the United States, 1998–2009. In: NCHS Data Brief/70–1–8
- Altarac, M.; Saroha, E. (2007): Lifetime prevalence of learning disability among US children. In: Pediatrics 119 Suppl 1–S77–83
- Anastasiou, Dimitris; Polychronopoulou, Stavroula (2009): Identification and overidentification of special learning disabilities (dyslexia) in Greece. In: Learning Disability Quarterly 32/2–55–69
- Atladottir, H. O.; Parner, E. T.; Schendel, D.; Dalsgaard, S.; Thomsen, P. H.; Thorsen, P. (2007): Time trends in reported diagnoses of childhood neuropsychiatric disorders: a Danish cohort study. In: Arch Pediatr Adolesc Med 161/2–193–198**
- Atladottir, Hjordis O.; Pedersen, Marianne G.; Thorsen, Poul; Mortensen, Preben Bo; Deleuran, Bent; Eaton, William W.; Parner, Erik T. (2009): Association of family history of autoimmune diseases and autism spectrum disorders. In: Pediatrics 124/2–687–694**
- Baio, Jon (2012): Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. In: MMWR Surveill Summ 61/3–1–19
- Bandini, L. G.; Curtin, C.; Hamad, C.; Tybor, D. J.; Must, A. (2005): Prevalence of overweight in children with developmental disorders in the continuous national health and nutrition examination survey (NHANES) 1999–2002. In: J Pediatr 146/6–738–743
- Baron-Cohen, S.; Scott, F. J.; Allison, C.; Williams, J.; Bolton, P.; Matthews, F. E.; Brayne, C. (2009): Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. In: Br J Psychiatry 194/6–500–509**
- Bilenberg, N.; Petersen, D. J.; Hoerder, K.; Gillberg, C. (2005): The prevalence of child-psychiatric disorders among 8–9-year-old children in Danish mainstream schools. In: Acta Psychiatr Scand 111/1–59–67
- Blaxill, M. F. (2004): What's going on? The question of time trends in autism. In: Public Health Rep 119/6–536–551
- Bot, M.; de Leeuw den Bouter, B. J.; Adriaanse, M. C. (2011): Prevalence of psychosocial problems in Dutch children aged 8–12 years and its association with risk factors and quality of life. In: Epidemiol Psychiatr Sci 20/4–357–365
- Brault, Marie-Christine; Lacourse, Eric (2012): Prevalence of prescribed attention-deficit hyperactivity disorder medications and diagnosis among Canadian preschoolers and school-age children: 1994–2007. In: The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie 57/2–93–101
- Brauner, C. B.; Stephens, C. B. (2006): Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. In: Public Health Rep 121/3–303–310



- Canino, G.; Polanczyk, G.; Bauermeister, J. J.; Rohde, L. A.; Frick, P. J. (2010): Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45/7–695–704
- Charles, J. M. (2006): Autism spectrum disorders: an introduction and review of prevalence data. In: *J S C Med Assoc* 102/8–267–270
- Coo, H.; Ouellette–Kuntz, H.; Lloyd, J. E.; Kasmara, L.; Holden, J. J.; Lewis, M. E. (2008): Trends in autism prevalence: diagnostic substitution revisited. In: *J Autism Dev Disord* 38/6–1036–1046
- Cubo, E.; Gabriel y Galan, J. M.; Villaverde, V. A.; Velasco, S. S.; Benito, V. D.; Macarron, J. V.; Guevara, J. C.; Louis, E. D.; Benito–Leon, J. (2011): Prevalence of tics in schoolchildren in central Spain: a population–based study. In: *Pediatr Neurol* 45/2–100–108
- Delong, G. (2011): A positive association found between autism prevalence and childhood vaccination uptake across the U.S. population. In: *J Toxicol Environ Health A* 74/14–903–916
- Desoete, A.; Roeyers, H.; De Clercq, A. (2004): Children with mathematics learning disabilities in Belgium. In: *J Learn Disabil* 37/1–50–61
- Döpfner, M.; Breuer, D.; Wille, N.; Erhart, M.; Ravens–Sieberer, U. (2008): How often do children meet ICD–10/DSM–IV criteria of attention deficit–/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent–based prevalence rates in a national sample—results of the BELLA study. In: *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17 Suppl 1–59–70**
- Dopheide, J. A.; Pliszka, S. R. (2009): Attention–deficit–hyperactivity disorder: an update. In: *Pharmacotherapy* 29/6–656–679
- Fernell, E.; Gillberg, C. (2010): Autism spectrum disorder diagnoses in Stockholm preschoolers. In: *Res Dev Disabil* 31/3–680–685
- Fombonne, E. (2003): The prevalence of autism. In: *JAMA* 289/1–87–89
- Fombonne, E. (2005): Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. In: *J Clin Psychiatry* 66 Suppl 10–3–8
- Fombonne, E.; Simmons, H.; Ford, T.; Meltzer, H.; Goodman, R. (2003): Prevalence of pervasive developmental disorders in the British nationwide survey of child mental health. In: *Int Rev Psychiatry* 15/1–2–158–165**
- Froehlich, T. E.; Lanphear, B. P.; Epstein, J. N.; Barbaresi, W. J.; Katusic, S. K.; Kahn, R. S. (2007): Prevalence, recognition, and treatment of attention–deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. In: *Arch Pediatr Adolesc Med* 161/9–857–864
- Ghandour, R. M.; Kogan, M. D.; Blumberg, S. J.; Jones, J. R.; Perrin, J. M. (2012): Mental health conditions among school–aged children: geographic and sociodemographic patterns in prevalence and treatment. In: *J Dev Behav Pediatr* 33/1–42–54
- Giarelli, E.; Wiggins, L. D.; Rice, C. E.; Levy, S. E.; Kirby, R. S.; Pinto–Martin, J.; Mandell, D. (2010): Sex differences in the evaluation and diagnosis of autism spectrum disorders among children. In: *Disabil Health J* 3/2–107–116

- Glazebrook, C.; Hollis, C.; Heussler, H.; Goodman, R.; Coates, L. (2003): Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics. In: *Child Care Health Dev* 29/2–141–149
- Graetz, B. W.; Sawyer, M. G.; Baghurst, P. (2005): Gender differences among children with DSM–IV ADHD in Australia. In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44/2–159–168
- Gumy, Cedric; Huissoud, Therese; Dubois–Arber, Françoise (2010): Prevalence of methylphenidate prescription among school–aged children in a Swiss population: Increase in the number of prescriptions in the Swiss canton of Vaud, from 2002 to 2005, and changes in patient demographics. In: *J Atten Disord* 14/3–267–272**
- Gurney, J. G.; McPheeters, M. L.; Davis, M. M. (2006): Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism: National Survey of Children's Health. In: *Arch Pediatr Adolesc Med* 160/8–825–830
- Hertz–Picciotto, I.; Delwiche, L. (2009): The rise in autism and the role of age at diagnosis. In: *Epidemiology* 20/1–84–90
- Huss, Michael; Holling, Heike; Kurth, Barbel–Maria; Schlack, Robert (2008): How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: Results of the German health and examination survey (KIGGS). In: *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17/Suppl 1–52–58**
- Jensen, P. S.; Goldman, E.; Offord, D.; Costello, E. J.; Friedman, R.; Huff, B.; Crowe, M.; Amsel, L.; Bennett, K.; Bird, H.; Conger, R.; Fisher, P.; Hoagwood, K.; Kessler, R. C.; Roberts, R. (2011): Overlooked and underserved: "action signs" for identifying children with unmet mental health needs. In: *Pediatrics* 128/5–970–979
- Jessup, Belinda; Ward, Elizabeth; Cahill, Louise; Keating, Diane (2008): Prevalence of speech and/or language impairment in preparatory students in northern Tasmania. In: *Int J Speech Lang Pathol* 10/5–364–377
- Jimenez, Juan E.; de la Cadena, Claudia Garcia; Siegel, Linda S.; O'Shanahan, Isabel; Garcia, Eduardo; Rodriguez, Cristina (2011): Gender ratio and cognitive profiles in dyslexia: A cross–national study. In: *Reading and Writing* 24/7–729–747
- Jimenez, Juan E.; Garcia de la Cadena, Claudia (2007): Learning disabilities in Guatemala and Spain: A cross–national study of the prevalence and cognitive processes associated with reading and spelling disabilities. In: *Learning Disabilities Research & Practice* 22/3–161–169
- Kabir, Zubair; Connolly, Gregory N.; Alpert, Hillel R. (2011): Secondhand smoke exposure and neurobehavioral disorders among children in the United States. In: *Pediatrics* 128/2–263–270
- Kao, H. T.; Buka, S. L.; Kelsey, K. T.; Gruber, D. F.; Porton, B. (2010): The correlation between rates of cancer and autism: an exploratory ecological investigation. In: *PLoS One* 5/2–e9372
- Kenney, M. K.; Kogan, M. D. (2011): Special needs children with speech and hearing difficulties: prevalence and unmet needs. In: *Acad Pediatr* 11/2–152–160

- Keyes, K. M.; Susser, E.; Cheslack-Postava, K.; Fountain, C.; Liu, K.; Bearman, P. S. (2012): Cohort effects explain the increase in autism diagnosis among children born from 1992 to 2003 in California. In: *Int J Epidemiol* 41/2–495–503
- Khalifa, N.; von Knorring, A. L. (2003): Prevalence of tic disorders and Tourette syndrome in a Swedish school population. In: *Dev Med Child Neurol* 45/5–315–319**
- Kielinen, M.; Rantala, H.; Timonen, E.; Linna, S. L.; Moilanen, I. (2004): Associated medical disorders and disabilities in children with autistic disorder: a population-based study. In: *Autism* 8/1–49–60
- King, M.; Bearman, P. (2009): Diagnostic change and the increased prevalence of autism. In: *Int J Epidemiol* 38/5–1224–1234
- Kippes, C.; Garrison, C. B. (2006): Are we in the midst of an autism epidemic? A review of prevalence data. In: *Mo Med* 103/1–65–68
- Kogan, M. D.; Blumberg, S. J.; Schieve, L. A.; Boyle, C. A.; Perrin, J. M.; Ghandour, R. M.; Singh, G. K.; Strickland, B. B.; Trevathan, E.; van Dyck, P. C. (2009): Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. In: *Pediatrics* 124/5–1395–1403
- Koster, I.; Schubert, I.; Dopfner, M.; Adam, C.; Ihle, P.; Lehmkuhl, G. (2004): [Children and adolescents with hyperkinetic disorder. Frequency of the claims diagnosis in primary care based on the data of a regional Statutory Health Insurance Sample--Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (1998–2001)]. In: *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 32/3–157–166
- Lagae, L. (2008): Learning disabilities: definitions, epidemiology, diagnosis, and intervention strategies. In: *Pediatr Clin North Am* 55/6–1259–1268, vii
- Landerl, K.; Moll, K. (2010): Comorbidity of learning disorders: prevalence and familial transmission. In: *J Child Psychol Psychiatry* 51/3–287–294**
- Larson, K.; Russ, S. A.; Kahn, R. S.; Halfon, N. (2011): Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. In: *Pediatrics* 127/3–462–470
- Lauritsen, M. B.; Pedersen, C. B.; Mortensen, P. B. (2004): The incidence and prevalence of pervasive developmental disorders: a Danish population-based study. In: *Psychol Med* 34/7–1339–1346**
- Lazoff, T.; Zhong, L.; Piperni, T.; Fombonne, E. (2010): Prevalence of pervasive developmental disorders among children at the English Montreal School Board. In: *Can J Psychiatry* 55/11–715–720
- Lecendreux, M.; Konofal, E.; Faraone, S. V. (2011): Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. In: *J Atten Disord* 15/6–516–524**
- Liddle, E. B.; Batty, M. J.; Goodman, R. (2009): The Social Aptitudes Scale: an initial validation. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44/6–508–513

- Lingam, R.; Hunt, L.; Golding, J.; Jongmans, M.; Emond, A. (2009): Prevalence of developmental coordination disorder using the DSM-IV at 7 years of age: a UK population-based study. In: *Pediatrics* 123/4-e693-700**
- Liptak, G. S.; Benzoni, L. B.; Mruzek, D. W.; Nolan, K. W.; Thingvoll, M. A.; Wade, C. M.; Fryer, G. E. (2008): Disparities in diagnosis and access to health services for children with autism: data from the National Survey of Children's Health. In: *J Dev Behav Pediatr* 29/3-152-160
- Liu, K. Y.; King, M.; Bearman, P. S. (2010): Social influence and the autism epidemic. In: *AJS* 115/5-1387-1434
- Lopez, M.; Schulz, E. G.; Baroud, T.; Hudson, A.; Wilson, M. (2012): The Arkansas Autism Developmental Disabilities Monitoring (AR ADDM) project: statewide autism surveillance in a rural state. In: *J Ark Med Soc* 108/10-220, 222-224
- Madsen, K. M.; Lauritsen, M. B.; Pedersen, C. B.; Thorsen, P.; Plesner, A. M.; Andersen, P. H.; Mortensen, P. B. (2003): Thimerosal and the occurrence of autism: negative ecological evidence from Danish population-based data. In: *Pediatrics* 112/3 Pt 1-604-606
- Mathews, R. R.; Hall, W. D.; Vos, T.; Patton, G. C.; Degenhardt, L. (2011): What are the major drivers of prevalent disability burden in young Australians? In: *Med J Aust* 194/5-232-235
- Mattila, Marja-Leena; Kielinen, Marko; Jussila, Katja; Linna, Sirkka-Liisa; Bloigu, Risto; Ebeling, Hanna; Moilanen, Irma (2007): An epidemiological and diagnostic study of Asperger Syndrome according to four sets of diagnostic criteria. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46/5-636-646
- Mattila, Marja-Leena; Kielinen, Marko; Linna, Sirkka-Liisa; Jussila, Katja; Ebeling, Hanna; Bloigu, Risto; Joseph, Robert M.; Moilanen, Irma (2011): Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: An epidemiological study. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50/6-583-592
- McDonnell, M. A.; Glod, C. (2003): Prevalence of psychopathology in preschool-age children. In: *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 16/4-141-152
- McDonnell, M. A.; Hamrin, V.; Moffett, J.; Durso, S. (2008): Timely diagnosis of comorbid pervasive developmental disorder and bipolar disorder. In: *Minerva Pediatr* 60/1-115-127
- McKinnon, D. H.; McLeod, S.; Reilly, S. (2007): The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. In: *Lang Speech Hear Serv Sch* 38/1-5-15
- McLaughlin, M. R. (2011): Speech and language delay in children. In: *Am Fam Physician* 83/10-1183-1188
- McLeod, S.; McKinnon, D. H. (2007): Prevalence of communication disorders compared with other learning needs in 14,500 primary and secondary school students. In: *Int J Lang Commun Disord* 42 Suppl 1-37-59

- McLeod, Sharynne; Harrison, Linda J. (2009): Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year old children. In: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 52/5-1213-1229
- McPhillips, Martin; Jordan-Black, Julie-Anne (2007): Primary reflex persistence in children with reading difficulties (dyslexia): A cross-sectional study. In: *Neuropsychologia* 45/4-748-754
- Merrick, J.; Kandel, I.; Morad, M. (2004): Trends in autism. In: *Int J Adolesc Med Health* 16/1-75-78
- Messer, J.; Goodman, R.; Rowe, R.; Meltzer, H.; Maughan, B. (2006): Preadolescent conduct problems in girls and boys. In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45/2-184-191
- Mojtabai, R. (2006): Serious emotional and behavioral problems and mental health contacts in American and British children and adolescents. In: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 45/10-1215-1223**
- Mond, J. M.; Stich, H.; Hay, P. J.; Kraemer, A.; Baune, B. T. (2007): Associations between obesity and developmental functioning in pre-school children: a population-based study. In: Int J Obes (Lond) 31/7-1068-1073**
- Nassar, N.; Dixon, G.; Bourke, J.; Bower, C.; Glasson, E.; de Klerk, N.; Leonard, H. (2009): Autism spectrum disorders in young children: effect of changes in diagnostic practices. In: *Int J Epidemiol* 38/5-1245-1254
- Neumann, Katrin; Keilmann, Annerose; Rosenfeld, Jochen; Schonweiler, Rainer; Zaretsky, Yevgen; Kiese-Himmel, Christiane (2009): Guidelines of the German society of phoniatrics and pediatric audiology on developmental speech and language disorders of children. In: Kindheit und Entwicklung 18/4-222-231**
- Nicholas, J. S.; Carpenter, L. A.; King, L. B.; Jenner, W.; Charles, J. M. (2009): Autism spectrum disorders in preschool-aged children: prevalence and comparison to a school-aged population. In: *Ann Epidemiol* 19/11-808-814
- Norwich, Brahm; Cooper, Paul; Maras, Pam (2002): Attentional and activity difficulties: Findings from a national study. In: *Support for Learning* 17/4-182-186
- Nygren, Gudrun; Cederlund, Mats; Sandberg, Eva; Gillstedt, Fredrik; Arvidsson, Thomas; Gillberg, I.; Andersson, Gunilla Westman; Gillberg, Christopher (2012): The prevalence of autism spectrum disorders in toddlers: A population study of 2-year-old Swedish children. In: *J Autism Dev Disord* 42/7-1491-1497
- Olfson, M.; Crystal, S.; Gerhard, T.; Huang, C.; Walkup, J. T.; Scahill, L. (2011): Patterns and correlates of tic disorder diagnoses in privately and publicly insured youth. In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50/2-119-131
- Oliveira, G.; Ataide, A.; Marques, C.; Miguel, T. S.; Coutinho, A. M.; Mota-Vieira, L.; Goncalves, E.; Lopes, N. M.; Rodrigues, V.; Carmona da Mota, H.; Vicente, A. M. (2007): Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. In: *Dev Med Child Neurol* 49/10-726-733

- Ouellette-Kuntz, H.; Coo, H.; Yu, C. T.; Lewis, M. E.; Dewey, D.; Hennessey, P. E.; Jackman, P. D.; Breitenbach, M. M.; Holden, J. J. (2012): Status report – National Epidemiologic Database for the Study of Autism in Canada (NEDSAC). In: *Chronic Dis Inj Can* 32/2–84–89
- Palili, A.; Kolaitis, G.; Vassi, I.; Veltsista, A.; Bakoula, C.; Gika, A. (2011): Inattention, hyperactivity, impulsivity—epidemiology and correlations: a nationwide greek study from birth to 18 years. In: *J Child Neurol* 26/2–199–204
- Parner, E. T.; Baron-Cohen, S.; Lauritsen, M. B.; Jorgensen, M.; Schieve, L. A.; Yeargin-Allsopp, M.; Obel, C. (2012): Parental age and autism spectrum disorders. In: *Ann Epidemiol* 22/3–143–150
- Parner, E. T.; Schendel, D. E.; Thorsen, P. (2008): Autism prevalence trends over time in Denmark: changes in prevalence and age at diagnosis. In: *Arch Pediatr Adolesc Med* 162/12–1150–1156**
- Parner, E. T.; Thorsen, P.; Dixon, G.; de Klerk, N.; Leonard, H.; Nassar, N.; Bourke, J.; Bower, C.; Glasson, E. J. (2011): A comparison of autism prevalence trends in Denmark and Western Australia. In: *J Autism Dev Disord* 41/12–1601–1608
- Pastor, P. N.; Reuben, C. A. (2005): Racial and ethnic differences in ADHD and LD in young school-age children: parental reports in the National Health Interview Survey. In: *Public Health Rep* 120/4–383–392
- Pastor, P. N.; Reuben, C. A. (2008): Diagnosed attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States, 2004–2006. In: *Vital Health Stat* 10/237–1–14
- Pinborough-Zimmerman, J.; Bakian, A. V.; Fombonne, E.; Bilder, D.; Taylor, J.; McMahon, W. M. (2012): Changes in the administrative prevalence of autism spectrum disorders: contribution of special education and health from 2002–2008. In: *J Autism Dev Disord* 42/4–521–530
- Pitrou, I.; Shojaei, T.; Wazana, A.; Gilbert, F.; Kovess-Masfety, V. (2010): Child overweight, associated psychopathology, and social functioning: a French school-based survey in 6- to 11-year-old children. In: *Obesity (Silver Spring)* 18/4–809–817
- Polanczyk, G.; de Lima, M. S.; Horta, B. L.; Biederman, J.; Rohde, L. A. (2007): The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. In: *Am J Psychiatry* 164/6–942–948**
- Polanczyk, G.; Jensen, P. (2008): Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. In: *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 17/2–245–260, vii**
- Poulin, Christiane (2007): From attention-deficit/hyperactivity disorder to medical stimulant use to the diversion of prescribed stimulants to non-medical stimulant use: Connecting the dots. In: *Addiction* 102/5–740–751
- Prathanee, B.; Thinkhamrop, B.; Dechongkit, S. (2006): Specific language impairment: effect on later language development: a literature review. In: *J Med Assoc Thai* 89/10–1775–1787

- Prior, M. (2003): Is there an increase in the prevalence of autism spectrum disorders?  
In: *J Paediatr Child Health* 39/2–81–82
- Raos, R.; Janus, M. (2011): Examining spatial variations in the prevalence of mental health problems among 5-year-old children in Canada. In: *Soc Sci Med* 72/3–383–388
- Reijneveld, S. A.; Wiefferink, C. H.; Brugman, E.; Verhulst, F. C.; Verloove-Vanhorick, S. P.; Paulussen, T. G. (2006): Continuous admission to primary school and mental health problems. In: *BMC Public Health* 6–145**
- Remine, Maria D.; Brown, P. (2010): Comparison of the prevalence of mental health problems in deaf and hearing children and adolescents in Australia. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44/4–351–357
- Rey, J. M.; Sawyer, M. G.; Prior, M. R. (2005): Similarities and differences between aggressive and delinquent children and adolescents in a national sample. In: *Aust N Z J Psychiatry* 39/5–366–372
- Rice, C.; Nicholas, J.; Baio, J.; Pettygrove, S.; Lee, L. C.; Van Naarden Braun, K.; Doernberg, N.; Cunniff, C.; Newschaffer, C.; Meaney, F. J.; Charles, J.; Washington, A.; King, L.; Kolotos, M.; Mancilla, K.; Mervis, C. A.; Carpenter, L.; Yeargin-Allsopp, M. (2010): Changes in autism spectrum disorder prevalence in 4 areas of the United States. In: *Disabil Health J* 3/3–186–201
- Rice, Catherine (2007a): Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2002. In: *MMWR Surveill Summ* 56/1–12–28
- Rice, Catherine (2007b): Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, six sites, United States, 2000. In: *MMWR Surveill Summ* 56/1–1–11
- Rice, Catherine (2009): Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. In: *MMWR Surveill Summ* 58/10–1–20
- Rodriguez, A.; Jarvelin, M. R.; Obel, C.; Taanila, A.; Miettunen, J.; Moilanen, I.; Henriksen, T. B.; Pietilainen, K.; Ebeling, H.; Kotimaa, A. J.; Linnert, K. M.; Olsen, J. (2007): Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. In: *BMC Public Health* 7–327**
- Ryan, Christopher W. (2008): Association between colonic symptoms and inattention/hyperactivity in British children. In: *Child and Adolescent Mental Health* 13/4–188–192
- Santalahti, P.; Aromaa, M.; Sourander, A.; Helenius, H.; Piha, J. (2005): Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. In: *Pediatrics* 115/4–e434–442
- Scahill, L; Bitsko, RH; Visser, SN; Blumberg, SJ (2009): Prevalence of diagnosed Tourette syndrome in persons aged 6–17 years – United States, 2007. In: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 58/21–581–585

- Scheffler, Richard M.; Brown, Timothy T.; Fulton, Brent D.; Hinshaw, Stephen P.; Levine, Peter; Stone, Susan (2009): Positive association between attention-deficit/ hyperactivity disorder medication use and academic achievement during elementary school. In: *Pediatrics* 123/5-1273-1279
- Schieve, L. A.; Gonzalez, V.; Boulet, S. L.; Visser, S. N.; Rice, C. E.; Braun, K. V.; Boyle, C. A. (2012a): Concurrent medical conditions and health care use and needs among children with learning and behavioral developmental disabilities, National Health Interview Survey, 2006-2010. In: *Res Dev Disabil* 33/2-467-476**
- Schieve, L. A.; Rice, C.; Yeargin-Allsopp, M.; Boyle, C. A.; Kogan, M. D.; Drews, C.; Devine, O. (2012b): Parent-reported prevalence of autism spectrum disorders in US-born children: an assessment of changes within birth cohorts from the 2003 to the 2007 National Survey of Children's Health. In: *Matern Child Health J* 16 Suppl 1-S151-157
- Schlender, M.; Schwarz, O.; Rothenberger, A.; Roessner, V. (2011): Tic disorders: administrative prevalence and co-occurrence with attention-deficit/hyperactivity disorder in a German community sample. In: *Eur Psychiatry* 26/6-370-374**
- Schubert, Ingrid; Koster, Ingrid; Lehmkuhl, Gerd (2010): The changing prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate prescriptions. In: *Deutsches Arzteblatt International* 107/36-615-621**
- Sciberras, E.; Ukoumunne, O. C.; Efron, D. (2011): Predictors of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 6-7 years: a national longitudinal study. In: *J Abnorm Child Psychol* 39/7-1025-1034
- Scott, Fiona J.; Baron-Cohen, Simon; Bolton, Patrick; Brayne, Carol (2002): Brief report: Prevalence of autism spectrum conditions in children aged 5-11 years in Cambridgeshire, UK. In: *Autism* 6/3-231-237
- Shojaei, T.; Wazana, A.; Pitrou, I.; Kovess, V. (2009): The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44/9-740-747**
- Shreeram, Srirangam; He, Jian-Ping; Kalaydjian, Amanda; Brothers, Shannon; Merikangas, Kathleen Ries (2009): Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children: Results from a nationally representative study. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 48/1-35-41
- Smidts, D. P.; Oosterlaan, J. (2007): How common are symptoms of ADHD in typically developing preschoolers? A study on prevalence rates and prenatal/demographic risk factors. In: *Cortex* 43/6-710-717
- Stehr-Green, P.; Tull, P.; Stellfeld, M.; Mortenson, P. B.; Simpson, D. (2003): Autism and thimerosal-containing vaccines: lack of consistent evidence for an association. In: *Am J Prev Med* 25/2-101-106



- Suren, P.; Bakken, I. J.; Aase, H.; Chin, R.; Gunnes, N.; Lie, K. K.; Magnus, P.; Reichborn-Kjennerud, T.; Schjolberg, S.; Oyen, A. S.; Stoltenberg, C. (2012): Autism spectrum disorder, ADHD, epilepsy, and cerebral palsy in Norwegian children. In: *Pediatrics* 130/1–e152–158
- Thomas, P.; Zahorodny, W.; Peng, B.; Kim, S.; Jani, N.; Halperin, W.; Brimacombe, M. (2012): The association of autism diagnosis with socioeconomic status. In: *Autism* 16/2–201–213
- Tick, N. T.; van der Ende, J.; Koot, H. M.; Verhulst, F. C. (2007a): 14-year changes in emotional and behavioral problems of very young Dutch children. In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46/10–1333–1340
- Tick, N. T.; van der Ende, J.; Verhulst, F. C. (2007b): Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. In: *Acta Psychiatr Scand* 116/6–473–482**
- Tomljenovic, L.; Shaw, C. A. (2011): Do aluminum vaccine adjuvants contribute to the rising prevalence of autism? In: *J Inorg Biochem* 105/11–1489–1499**
- Turner, H. A.; Vanderminden, J.; Finkelhor, D.; Hamby, S.; Shattuck, A. (2011): Disability and victimization in a national sample of children and youth. In: *Child Maltreat* 16/4–275–286
- van Dulmen, M. H.; Grotevant, H. D.; Dunbar, N.; Miller, B. C.; Bayley, B.; Christensen, M.; Fan, X. (2002): Connecting national survey data with DSM-IV criteria. In: *J Adolesc Health* 31/6–475–481
- van Kraayenoord, Christina E.; Elkins, John (2004): Learning Difficulties in Numeracy in Australia. In: *J Learn Disabil* 37/1–32–41
- Visser, S. N.; Lesesne, C. A.; Perou, R. (2007): National estimates and factors associated with medication treatment for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. In: *Pediatrics* 119 Suppl 1–S99–106
- Visser, SN; Bitsko, RH; Danielson, ML; Perou, R; Blumberg, SJ (2010): Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children --- United States, 2003 and 2007. In: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 59/44–1439–1443
- Vostanis, P.; Meltzer, H.; Goodman, R.; Ford, T. (2003): Service utilisation by children with conduct disorders--findings from the GB National Study. In: *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12/5–231–238
- Waldman, H. B.; Perlman, S. P. (2004): Children with attention deficit disorder and learning disability: findings from the First National Study. In: *J Dent Child (Chic)* 71/2–101–104**
- Waring, M. E.; Lapane, K. L. (2008): Overweight in children and adolescents in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a national sample. In: *Pediatrics* 122/1–e1–6
- Webb, E.; Morey, J.; Thompsen, W.; Butler, C.; Barber, M.; Fraser, W. I. (2003): Prevalence of autistic spectrum disorder in children attending mainstream schools in a Welsh education authority. In: *Dev Med Child Neurol* 45/6–377–384

- Wheldall, K.; Limbrick, L. (2010): Do more boys than girls have reading problems?  
In: *J Learn Disabil* 43/5–418–429
- Williams, E.; Thomas, K.; Sidebotham, H.; Emond, A. (2008): Prevalence and characteristics of autistic spectrum disorders in the ALSPAC cohort. In: *Dev Med Child Neurol* 50/9–672–677
- Williams, K.; Glasson, E. J.; Wray, J.; Tuck, M.; Helmer, M.; Bower, C. I.; Mellis, C. M. (2005): Incidence of autism spectrum disorders in children in two Australian states.  
In: *Med J Aust* 182/3–108–111
- Williams, K.; MacDermott, S.; Ridley, G.; Glasson, E. J.; Wray, J. A. (2008): The prevalence of autism in Australia. Can it be established from existing data? In: *J Paediatr Child Health* 44/9–504–510
- Wolraich, M.; Brown, L.; Brown, R. T.; DuPaul, G.; Earls, M.; Feldman, H. M.; Ganiats, T. G.; Kaplanek, B.; Meyer, B.; Perrin, J.; Pierce, K.; Reiff, M.; Stein, M. T.; Visser, S. (2011): ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. In: *Pediatrics* 128/5–1007–1022
- Wong, Virginia C.; Hui, Stella L. (2008): Epidemiological study of autism spectrum disorder in China. In: *J Child Neurol* 23/1–67–72
- Zoega, H.; Furu, K.; Halldorsson, M.; Thomsen, P.; Sourander, A.; Martikainen, J. (2011): Use of ADHD drugs in the Nordic countries: A population-based comparison study.  
In: *Acta Psychiatr Scand* 123/5–360–367
- Zuddas, A.; Marzocchi, G. M.; Oosterlaan, J.; Cavolina, P.; Ancilletta, B.; Sergeant, J. (2006): Factor structure and cultural factors of disruptive behaviour disorders symptoms in Italian children. In: *Eur Psychiatry* 21/6–410–418**

## **Expertenliste Workshop**

Magdalena **Arrouas**

Lilly **Damm**

Brigitte **Hackenberg**

Ulrike **Hamp**

Irmgard **Himmelbauer**

Klaus **Kranewitter**

Klaus **Vavrik**

Ernst **Wenger**

Roman **Winkler**

Hedwig **Wölfel**