

Arbeitsfähigkeit und beruflicher Erfolg von Erwachsenen mit ADHS
unter Wirksamkeitsgesichtspunkten: Evaluation des Supported
Employment Programms

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Sozialwissenschaften
der Universität Mannheim

Vorgelegt von

Helga Waschkowski, M.S.W.

Mannheim 2017

Fakultät für Sozialwissenschaften

Dekan: Prof. Dr. Michael Diehl

Referent: Prof. Dr. Rupert Hölzl

Koreferent: Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg

Tag der Disputation: 26. Oktober 2017

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt Herrn Professor Dr. phil. Rupert Hölzl für seine Unterstützung und die Übernahme des Erstgutachtens. Herrn Professor Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg danke ich für die Übernahme des Zweitgutachtens. Ich bedanke mich bei Frau Diplompsychologin Martina Schumacher-Stien, Psychologische Psychotherapeutin, für alle Anregungen, Diskussionen und die Unterstützung bei der statistischen Auswertung und Interpretation der Daten sowie für die Durchführung des Trainingsprogramms. Die Pilotstudie wurde von mir geplant und konzipiert und in Kooperation mit der Spezialambulanz ADHS im Erwachsenenalter des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit durchgeführt. Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. Barbara Alm, Oberärztin, Spezialambulanz ADHS im Erwachsenenalter, und bei Frau apl. Professor Dr. Esther Sobanski, Leitung Wissenschaftliche Arbeitsgruppe ADHS bei Erwachsenen, die mich im Rahmen der AG darin bestätigt haben, mein Vorhaben durchzuführen. Mein Dank gilt auch Herrn Dr. Oliver Hennig, dem organisatorischen Leiter der Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Ambulanz, stellvertretend für die Ärztinnen und Ärzte der Spezialambulanz ADHS für die Bearbeitung der Fragebögen. Frau Dipl.-Bibl. Isabell Stein, ZI-Bibliothek, danke ich für ihre Unterstützung bei der Literaturrecherche. Herrn Dr. Thomas Schubert, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, ZNS Mannheim, danke ich für die Zuweisung von Patienten zu meiner Pilotstudie. Dem Geschäftsführer der Markthaus gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, Herrn Thomas Weichert, und dem Jobcoach, Frau Heidi Kuhn, danke ich für die gute Zusammenarbeit als auch für das Überlassen von hausintern entwickelten Fragebögen, ebenso Frau Kuhn für die Durchführung des beruflichen Trainings. Der Firma UCB Pharma GmbH danke ich dafür, dass sie das Projekt „Supported Employment Programm“ mit dem ADHS-Förderpreis 2008 zur Förderung innovativer ADHS-Versorgung gewürdigt und damit zur Durchführung der Pilotstudie finanziell beigetragen hat. Mein besonderer Dank gilt den Patientinnen und Patienten für ihr Engagement und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit und zur Bearbeitung der umfangreichen Fragebögen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	I
Inhaltsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
2 Theoretische Hintergründe	5
2.1 Theorie der ADHS	5
2.2 ADHS im Erwachsenenalter	6
2.3 ADHS und Arbeit.....	13
2.4 Supported Employment als Methode.....	20
2.5 ADHS und Arbeitsfähigkeit.....	22
3 Ziele der Studie, Fragestellungen und Hypothesen	25
4 Studienplan.....	27
4.1 Stichprobe	27
4.2 Rekrutierung und Zuweisung.....	27
4.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien.....	28
4.4 Studiendesign	29
5 Interventionen.....	30
5.1 Intervention Treatmentgruppe I (IPS).....	30
5.2 Intervention Treatmentgruppe II (Reha-Standardangebote)	31
6 Erhebungsinstrumente	32
6.1 Wender Utah Rating Scale (WURS-K), (Rösler et al., 2008).....	34
6.2 ADHS-Diagnose Checkliste – ADHS-DC (Rösler et al., 2004).....	35
6.3 ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB), (Rösler, M. & Retz, W., 2008).....	36
6.4 Symptom-Checkliste – SCL-90 –R von L.R. Derogatis (2. überarbeitete Auflage. Dt. Version von G.H. Franke, 2002)	37
6.5 Mehrfachwahlwortschatztest (MWT-B), (Siegfried Lehr, 2005)	40
6.6 Beck Depression Inventory – BDI (Hautzinger et al., 1994).....	41
6.7 State-Trait-Anxiety-Inventory (Form X-1) STAI-S (Laux et al., 1981).....	42
6.8 SKID I-Diagnosekodierung (Wittchen et al., 1997)	42
6.9 Ressourcenfragebogen (s. Anhang B, S. 110).....	43
6.10 Ratingbogen des Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofils, O-AFP (Wiedl & Uhlhorn, 2006) ..	43
6.11 Skala zum Arbeitsverhalten (SZA) – Selbstreport (Barkley & Murphy, 1998).....	45
6.12 Lebensqualitätsfragebogen zu Lebensfreude und Zufriedenheit – Q-LES-Q (Jean Endicott, 1993)	45

6.13 DSM IV Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF-Skala), (Saß et al., 2003)	46
6.14 Deutsche 24-Item-Kurzform des „Coping-Inventory for Stressful Situations“ (CISS), (Kälin, 1995)	48
6.15 Basis-Dokumentationsbogen (Salize et al., 2000)	48
6.16 Basis-Dokumentation zum Betreuungsverlauf (Salize et al., 2000)	49
6.17 Stärken-und-Schwächen-Analyse (Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, Kuhn, 2013)	49
6.18 Tiefenprofilung (Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, Tiefenprofilung, Kuhn, 2013)	49
6.19 Ziel- und Förderplan (Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit Ziel- und Förderplanung – Berufliche Ziele, Kuhn, 2013)	50
6.20 Anforderungsbogen (Was erwarten Arbeitgeber? - die häufigsten Anforderungen), (Heuer, 2002)	50
6.21 Fragebogen zur Kundenzufriedenheit (modifiziert nach Larsen et al., 1979)	51
6.22 Fragebogen Arbeitgeberzufriedenheit (modifiziert nach Larsen et al., 1979)	51
6.23 Fragebogen (T4) Telefoninterview nach Woche 52	51
7 Statistische Methoden	53
7.1 Chi-Quadrat	53
7.2 Überprüfung der Daten auf Normalverteilung	53
7.3 Parametrische Tests	53
7.4 α -Adjustierung	54
8 Ergebnisse	55
8.1 Soziodemografische Merkmale der Stichprobe	55
8.2 Berufliche Situation	58
8.3 Körperliche Erkrankungen	63
8.4 Psychologische Merkmale der Stichprobe	64
8.4.1 Störungsspezifische Symptomatik (ADHS)	64
8.5 Klinische Störungen und psychische Belastungen	66
8.6 Berufliche Einflussfaktoren	68
8.7 Persönliche Einflussfaktoren	70
8.8 Störungsspezifische Veränderungen in beiden Gruppen, Ergebnisse der Wirksamkeitsprüfung (T0 – T3)	72
8.9 Ergebnisse der 1-Jahres Katamnese (T4)	80
9 Diskussion	90
9.1 Design	90
9.2 Generalisierbarkeit der Ergebnisse	93
9.3 Analyse der Interventionen	94
9.4 Ausblick	96
10 Zusammenfassung	97
11 Literatur	100
12 Anhänge	109

Anhang A:	Einverständniserklärung	109
Anhang B:	Ressourcen.....	110
	B1: Ressourcenfragebogen	110
	B2: Abbildung 10 ADHS-spezifische Einschränkungen und Potentiale (Ressourcen)....	111
Anhang C:	Tabelle 19: Zuordnung der Instrumente zu den Messzeitpunkten	112
	Tabelle 20: Übersicht über die Skalierung der Instrumente.....	113
	Tabelle 21: Gruppenplan mit Darstellung beider Maßnahmen	114

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnosekriterien der ADHS nach DSM-IV-TR (Sobanski et al., 2009)	9
Tabelle 2: DSM-5-R, Diagnostische Kriterien, 2015.....	11
Tabelle 3: Demografische Charakteristika der Stichprobe	55
Tabelle 4: Dauer der Arbeitslosigkeit	59
Tabelle 5: Körperliche Einschränkungen und Einschränkungen durch Sucht	64
Tabelle 6: Diagnosen der untersuchten Stichprobe (n=47 Patienten, 3 Missings).....	64
Tabelle 7: Komorbiditäten zum Zeitpunkt T0	67
Tabelle 8: Motivation	68
Tabelle 9: Signifikante Unterschiede zwischen den Treatmentgruppen in den Bereichen Beruf, Gesundheit und Persönlichkeit (nach Seibt & Scheuch [2006], siehe Modell S. 33)	80
Tabelle 10: Die Variable „Arbeitsaufnahme“ zum Zeitpunkt T4	81
Tabelle 11: Detaillierte Analyse der Variable „Arbeitsaufnahme“ (T4)	81
Tabelle 12: In Arbeit gekommen, differenziert nach Diagnosen (T4)	82
Tabelle 13: Art der Arbeit bei Projektende (T4)	83
Tabelle 14: Berufliche Situation bei Projektende, differenziert nach Diagnosen (T4)	84
Tabelle 15: Art der Arbeit bei Betreuungsende (T4)	85
Tabelle 16: Art der Arbeit bei Betreuungsende (T4)	85
Tabelle 17: Art der Arbeit, differenziert nach Diagnosen (T4).....	86
Tabelle 18: Arbeitszeiten – Gegenüberstellung von Zeitpunkt T0 zu T4	88
Tabelle 19: Zuordnung der Instrumente zu den Messzeitpunkten	112
Tabelle 20: Übersicht über die Skalierung der Instrumente	113
Tabelle 21: Gruppenplan mit Darstellung beider Maßnahmen	114

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Manifestationen der ADHS im Kindesalter und weitere Symptome im Erwachsenenalter von der Autorin aus dem Englischen übersetzt und modifiziert nach Mao et al. (2011)	7
Abbildung 2: Modell der Einflussfaktoren der ADHS im Erwachsenenalter von der Autorin aus dem Englischen übersetzt und modifiziert nach Mao et al. (2011)	11
Abbildung 3: Mögliche Arbeitsplatzmaßnahmen für Erwachsene mit ADHS von der Autorin aus dem Englischen übersetzt und modifiziert nach Adamou et al. (2013)	18
Abbildung 4: Schlüsselempfehlungen und Ergebnisse des “Dame Carol Black report“ (2008) von der Autorin aus dem Englischen übersetzt und modifiziert nach Adamou et al. (2013)	19
Abbildung 5: Methodik zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit und deren Einflussfaktoren (Seibt & Scheuch, 2006, Abb. 1, S. 22)	23
Abbildung 6: Erfassung der Arbeitsfähigkeit in drei Bereichen (modifiziert nach Seibt & Scheuch, 2006, Abb. 1, S. 22)	33
Abbildung 7: Schulbildung	56
Abbildung 8: Art der Ausbildung	57
Abbildung 9: Lebensunterhalt	58
Abbildung 10: ADHS-spezifische Einschränkungen und Potentiale (Ressourcen) nach Hesslinger et al. (2004).....	111

Abkürzungsverzeichnis

ADD	Attention-Deficit Disorder
ADHD	Attention-Deficit Hyperactivity Disorder
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung
ADHS-DC	ADHS-Diagnose Checkliste
ADHS-SB	ADHS-Selbstbeurteilungsbogen
ADS	Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom
Af	Arbeitsfähigkeit
ALG II	Arbeitslosengeld II
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BDI	Beck-Depressions-Inventar
CISS	Coping Inventory for Stressful Situations
df	Freiheitsgrad
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
Ef	Exekutive Funktionsfähigkeiten
GdB	Grad der Behinderung
GAF	Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus
GAS	Global-Assessment-Scale
GPV	Gemeindepsychiatrische Verbände
GSI	Global Severity Index
HAM-D	Hamilton Depression Scale
HSCL	Hopkins-Symptom-Check-List
HSRS	Health-Sickness-Rating-Scale
ICD	International Statistical Classification of Diseases

IPS	Individual Placement and Support
IQ	Intelligenzquotient
MWT-B	Mehrfachwahlwortschatztest
O-AFP	Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil
PANSS	The Positive and Negative Syndrome Scale
PSDI	Positiver Symptom Distress Index
PST	Positiver Symptom Total
Q-LES-Q	Lebensqualitätsfragebogen zu Lebensfreude und Zufriedenheit
SCL-90-R	Symptom-Checkliste
SD	Standardabweichung
SE	Supported Employment
SKID I	Diagnosekodierung
SPSS	Statistical Package for Social Science
STAI	State-Trait-Angstinventar
SZA	Skala zum Arbeitsverhalten
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WURS-K	Wender Utah Rating Scale

1 Einleitung

Bei etwa 150 der 500 Patienten¹ mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die jährlich in der Spezialambulanz ADHS im Erwachsenenalter im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit gesehen werden, gehört Arbeitslosigkeit zu den mit der ADHS verursachten psychosozialen Einschränkungen, die regelmäßig Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung und sozialarbeiterischen Betreuung und Intervention sind. Bei etwa 30 % dieser Patienten mit dem Problem der Arbeitslosigkeit besteht der Wunsch nach Hilfen zur beruflichen Integration auf den ersten Arbeitsmarkt. Dem gegenüber steht jedoch das Fehlen von etablierten Angeboten der beruflichen Integration für Erwachsene mit ADHS. In einer Voruntersuchung boten wir sechs stabil medikamentös eingestellten Patienten eine Supported Employment (SE) Maßnahme zur beruflichen Integration in Zusammenarbeit mit der Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, an. Im Rahmen dieses Pilotprojekts konnten alle sechs Patienten, die an diesem Angebot teilnahmen, in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vermittelt werden. Dies führte zu einer erheblichen Steigerung von Lebensqualität und Selbstzufriedenheit der ADHS-Patienten. Diese positiven Erfolge führten zur Idee der vorliegenden Pilotstudie. Trotz hoher Arbeitslosenzahlen bei Erwachsenen mit ADHS von bis zu 50 % (Biedermann et al., 2006, Barkley et al., 2006) gab es zu Beginn der Pilotstudie in Deutschland mit einer Ausnahme (Berufsbildungswerk Hamburg), (Reich-Schulze, 2002) kein spezifisches Angebot zur beruflichen Integration von Erwachsenen mit ADHS. Mit dem Ansatz des Supported Employment (SE) soll in dieser Pilotstudie die Wirksamkeit für arbeitslose erwachsene Patienten mit ADHS belegt werden. Die Evaluierung dieses Programms soll die Etablierung eines solchen Programms auf breiter Basis ermöglichen. Da sich für den Ansatz des SE bei anderen psychischen Erkrankungen hohe Effizienz und Kostengünstigkeit gezeigt hat (Drake et al., 1999, Kalkan et al., 2005), sollte SE im Rahmen dieser Studie auch für Patienten mit ADHS nachgewiesen werden. In der Arbeit mit ADHS-Patienten sind ihre spezifischen Einschränkungen und aber auch ihre spezifischen Potentiale zu berücksichtigen, um sie erfolgreich beruflich integrieren zu können und langfristig Erfolge zu erzielen. ADHS-Betroffene haben Schwierigkeiten in der Konzentration, sind leicht ablenkbar, können einmal begonnene Tätigkeiten kaum zu Ende führen und fallen durch Ruhelosigkeit auf. Bei Interesse für eine Tätigkeit sind Erwachsene mit ADHS jedoch sehr gut in der Lage, sich dauerhaft und ausreichend zu konzentrieren (Hyperfokussieren). Positive Eigenschaften sind ihre Kreativität, ihre Begeisterungsfähigkeit und ihr Tatendrang. Aufgrund der Symptomatik kommt es auch zu Verhaltensproblemen am Arbeitsplatz. Betroffene zeigen einen Mangel an Selbstorganisation, sind vergesslich, machen Flüchtigkeitsfehler, haben Schwierigkeiten, vorausschauende Tätigkeiten zu planen und sich zu organisieren. Es kommt auch zu impulsivem Handeln z.B. in Gesprächen und zu interaktionellen Problemen mit Kollegen und Vorgesetzten. In den Biografien zeigen sich häufig wechselnde Arbeitgeber, Kündigungen und lange Arbeitsunfähigkeitszeiten. So geben die Schön Kliniken, Spezialklinik Roseneck, Zahlen an, dass jeder dritte

¹ Auf den Zusatz „-innen“ wird aufgrund der besseren Lesbarkeit verzichtet.

ADHS-Patient vor Behandlungsbeginn länger arbeitsunfähig und jeder fünfte arbeitslos war. Von über 500 Patienten in der Psychosomatischen Klinik leiden 80 % der behandelten ADHS-Patienten an einer komorbiden affektiven Störung, 16 % weisen einen Substanzmissbrauch auf, 15 % entwickeln zusätzlich eine Essstörung und bei 14 % lässt sich eine somatoforme Störung diagnostizieren (Schön Klinik, ADHS und Arbeitsplatz [Online Dokument]). Gleichzeitig gehen Erwachsene mit ADHS im Arbeitskontext häufig über ihre Leistungsgrenze und haben sehr perfektionistische Ansprüche an sich und das Arbeitsergebnis. Dies alles zeigt die hohe Belastung der Betroffenen im Arbeitsprozess und kann dadurch zu erhöhter Komorbiditätsrate führen. Wie schwerwiegend arbeitsplatzassoziierte Folgen einer ADHS sein können, zeigt sich nach Angaben der Schön Klinik Bad Bramstedt (Fachzentrum Psychosomatik), dass jeder vierte ADHS-Patient das Vollbild eines Burnout-Syndroms aufweist (Schön Klinik, ADHS und Arbeitsplatz, [Online Dokument]). Auch Küpper et al. (2012) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass ADHS mit einem hohen Anteil an Arbeitslosigkeit assoziiert ist im Vergleich zur Gruppe der Kontrollpersonen. Nach ihrer Einschätzung erleben berufstätige Erwachsene mit ADHS Einschränkungen am Arbeitsplatz sowie reduzierte Produktivität als auch Verhaltenseinflüsse wie Irritiertheit und niedrige Frustrationstoleranz. Sie führen weiter aus, dass Erwachsene mit ADHS unfallgefährdet seien, Arbeitsunfälle haben, insbesondere Verkehrsunfälle. Indirekte Effekte von ADHS auf die berufliche Gesundheit beinhalten reduzierte Lernerfolge, vermehrten Substanzabusus und eine erhöhte Kriminalität. Die Schön Klinik Roseneck berichtet, dass über 13 % der Patienten mit ADHS einen Grad der Behinderung (GdB) von über 20 % aufwiesen (Schön Klinik, ADHS und Arbeitsplatz [Online Dokument]). So haben Barkley (2006), Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher (2006); Lambert (1988); Manuzza, Gittelman-Klein, Bessler, Mallroy & La Padula (1993) in ihren Follow-up-Studien gezeigt, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS signifikant niedrigere akademische Leistungen erreichen als Kontrollpersonen ohne ADHS und dass dieser Unterschied mit Erreichen des Erwachsenenalters noch deutlicher wird. Kinder, die im Kindesalter die Diagnose ADHS erhalten, zeigen im Erwachsenenalter eine geringere Arbeitsleistung, wechseln Arbeitsstellen häufiger im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen (Barkley et al., 2006; Weiss & Hechtman, 1993). Querschnittsstudien haben eine niedrigere berufliche Funktionstüchtigkeit bei Erwachsenen mit ADHS im Vergleich zu Kontrollpersonen gezeigt (Barkley, Murphy & Fischer, 2007; Sobanski et al., 2007). Außerdem fand sich bei Erwachsenen mit ADHS Komorbidität assoziiert mit anderen psychiatrischen Störungen mit niedrigen Beschäftigungsfähigkeiten im Sinne von mehr Arbeitslosigkeit (Sobanski et al., 2007). Die Prävalenzrate von Erwachsenen mit ADHS wurde nach der Studie von Fayyad et al., 2007; Kessler et al. (2006) in der Allgemeinbevölkerung mit 2 % bis 4 % angegeben. Einer US-Umfrage zufolge wurde von einer Prävalenzrate bei Erwachsenen mit ADHS von 4,4 % im Alter von 18 – 44 Jahren in der Allgemeinbevölkerung ausgegangen, was 9 Millionen erwachsene Amerikaner (Kessler et al., 2006) repräsentiert. Dies führte zu einem medizinischen Paradigmenwechsel, sodass ADHS inzwischen nicht mehr als Kinderkrankheit, sondern als chronische, im Kindesalter beginnende psychiatrische Erkrankung verstanden wird, die in jedem Lebensalter zu erheblichen Einschränkungen der psychosozialen

Funktionsfähigkeit, insbesondere auch in Ausbildung und Beruf führen kann. Die Prävalenzrate im Erwachsenenalter wird für Deutschland auf der Basis der DSM-IV-Kriterien (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1994) auf 3,1 % geschätzt (Fayyad et al., 2007). Nach DSM-5-R wird aufgrund epidemiologischer Studien angegeben, dass ADHS in den meisten Kulturen bei etwa 5 % der Kinder und etwa 2,5 % der Erwachsenen vorkommt (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störung DSM-5-R, 2015). Die Entwicklung, die ADHS nimmt, ist nach Halmoy et al. (2009) nicht nur aus psychosozialer Perspektive wichtig, da es bei Erwachsenen Berufsunfähigkeit verursachen kann, sondern auch aus sozioökonomischer Perspektive, da es eine zunehmende Belastung für Einzelne und die Gesellschaft bedeutet. Nach Hinshaw et al. (2014) steht die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung für widrige Umstände, die Menschen wichtige Lebenschancen rauben. Aber auch Hinshaw et al. (2014) sehen die ökonomischen Konsequenzen als wichtigen Faktor an, wie die erhöhten Ausgaben für Bildungsangebote zur Unterstützung der ADHS-Patienten und die erhöhte Inanspruchnahme z.B. von Beratungsdiensten und Coaching, die vermehrten Kosten für Strafvollzug und die Probleme mit Abhängigkeiten, niedriger Arbeitsproduktivität und Beschäftigungsausfällen bei Erwachsenen mit ADHS zeigen. Secnik, Swensen und Lage (2005) berichten, dass die Personal- und sozial-ökonomischen Kosten bei Menschen mit ADHS beachtenswert sind, da die medizinischen Kosten für Erwachsene mit ADHS doppelt so hoch seien wie für Erwachsene ohne ADHS, wobei Erwachsene mit ADHS signifikant mehr Arbeitstage versäumen als ihre Kontrollgruppe. Aus dem „National Comorbidity Survey Replication“ geht eine Schätzung von 35 jährlich fehlenden Arbeitstagen hervor, äquivalent zu 19,5 Milliarden Dollar pro Jahr Verlust an Humankapital (Kessler et al., 2005). Die Autoren Hinshaw und Scheffler (2014) sagen, dass auch unter Berücksichtigung von Komorbiditäten für Kinder 1000 Dollar Mehrkosten von ADHS in der Kindheit eine um 10-14 % reduzierte Arbeitsaufnahme zur Folge hat, die mit Einkommensverlusten einhergeht, wobei nur 15 % der Betroffenen eine Chance zum Erhalt irgendeiner Form von sozialer Unterstützung haben. Die zitierten Studien zeigen, dass eine Notwendigkeit besteht, spezifische Integrationsangebote für ADHS-Patienten im Erwachsenenalter zu entwickeln. Im Gegensatz zu den sehr gut dokumentierten Beeinträchtigungen im Arbeitsleben haben sich bisher nur vereinzelte Untersuchungen mit Maßnahmen und Möglichkeiten der beruflichen Integration von Erwachsenen mit ADHS beschäftigt. So untersuchten Schaller et al. (2006) 1687 Personen mit ADHS im Alter von 18 – 25 Jahren, die von beruflichen Rehabilitationsangeboten Gebrauch gemacht hatten. Dabei erwiesen sich Bewerbungsassistenz und Platzierung auf dem Arbeitsmarkt als die stärksten Prädiktoren, um eine spätere Berufstätigkeit vorherzusagen. Murphy (2005) betont in einem Übersichtsartikel, dass gerade bei Erwachsenen mit ADHS die Notwendigkeit besteht, einen den jeweiligen individuellen persönlichen Ressourcen angepassten Arbeitsplatz zu finden. Dies erklärt sich daraus, dass die von Erwachsenen mit ADHS die subjektiv als spannend oder herausfordernd empfundenen Tätigkeiten wie z.B. Beschäftigungen mit rasch wechselnden Anforderungen an Durchhaltevermögen und Daueraufmerksamkeit nicht bewältigt und impulsiv abgebrochen werden. Nadeau (1998) hebt hervor, dass die Bearbeitung der beruflichen

Problematik Bestandteil der therapeutischen Arbeit mit erwachsenen ADHS-Patienten sein müsse. In der vorliegenden Pilotstudie soll unter Adaptierung der Methode des „Supported Employment“ die Anwendung auf den Personenkreis Erwachsener mit ADHS erfolgen, um den Ansatz auch für Erwachsene mit ADHS zu überprüfen, da die Methode des Supported Employment zunehmend positive Beschäftigungsergebnisse bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erzielt (Bond, 2004; Twamley, Jester & Lehmann, 2003). Auch wenn diese Methode ursprünglich für Menschen mit schweren Funktionseinschränkungen entwickelt wurde (Antony & Blanch, 1987; Bond, Drake, Mueser & Becker, 1997), setzt sie Arbeitsfähigkeit voraus und favorisiert Job-Platzierung (Roberts, 2007). In einer randomisierten Studie konnte gezeigt werden, dass das Modell der Individuellen Platzierung und Unterstützung (IPS) zu schneller Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führt und Arbeitseinkommen ermöglicht (Burns, 2007). Die Wirksamkeit und deren Wirkfaktoren sollen in der vorliegenden Pilotstudie durch einen Vergleich des Programms mit herkömmlichen Angeboten beruflicher Integration (Reha-Standardangebote) erfolgen. Durch eine detaillierte psychometrische Diagnostik sollen mögliche Prädiktoren für ein erfolgreiches Absolvieren der jeweiligen Maßnahme untersucht werden. Anhand der fünf Kernsymptome (Aufmerksamkeitsdefizite, Konzentrationsstörungen/Desorganisiertheit, Impulsivität, Emotionale Instabilität und Hyperaktivität) wurde ein Interventionsprogramm entwickelt (modifiziert nach Hesslinger et al., 2004). Im Rahmen des entwickelten Programms werden die ADHS-Patienten mit Coachingmaßnahmen (Diplompsychologin) und beruflichem Training, das ein Bewerbungstraining (Jobcoach) umfasst, sowie individuell sozialarbeiterischer Begleitung und Betreuung unterstützt. Das Ziel aller Maßnahmen ist, dass die Teilnehmer trotz Symptomen wieder am Arbeitsleben teilnehmen können. Entsprechend des Modells der Arbeitsfähigkeit (Af) (Seibt & Scheuch, 2006) wurde die Af in drei Bereichen gemessen (Beruf, Gesundheit und Persönlichkeit). Durch die Auswahl der diagnostischen Instrumente wurde das Modell an die Klientel der Erwachsenen mit ADHS angepasst. Somit stellt die Arbeitsfähigkeit die Outcome-Variable der vorliegenden Arbeit dar und wurde in den drei Bereichen Beruf, Gesundheit und Persönlichkeit mittels Selbst- und Fremdratings erhoben; die Daten konnten auf dieser Ebene dann ausgewertet werden.

2 Theoretische Hintergründe

2.1 Theorie der ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994) gekennzeichnet durch drei Hauptsymptome: innere Unruhe, Impulsivität und Schwierigkeiten, Aufmerksamkeit und Stimmung zu regulieren. ADHS ist assoziiert mit Defiziten der exekutiven Funktionsfähigkeiten (EF), außerdem mit Einschränkungen in zentralen Lebensaktivitäten, insbesondere in der beruflichen Funktionsfähigkeit (Barkley und Murphy, 2010). Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ist eine der am häufigsten weltweit gestellten Diagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Faraone, Sergeant, Gillberg & Biedermann, 2003). Studien haben gezeigt, dass bei 30 – 60 % der Kinder mit ADHS die Symptome und Einschränkungen im Erwachsenenleben fortbestehen (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2002; Rasmussen & Gillberg, 2000; Weiss & Hechtman, 1993). Trotz der Abnahme einiger ADHS-Symptome über die Zeit bleiben die funktionalen Einschränkungen oft bis ins Erwachsenenalter bestehen (Biedermann, Mick & Faraone, 2000; Rasmussen & Gillberg, 2000). Die moderne Ära der Diagnose „ADHS“ begann 1980 mit dem Begriff „attention-deficit disorder“ (ADD) und stellte frühere Labels wie „municipal brain/Dysfunction“, „Hyperaktivität“ und „Hyperkinetik Reaction“ zurück. In 1987 wurde der offizielle Begriff „attention-deficit/hyperactivity disorder“ (ADHD) eingeführt. 1994 wurde bei der Veröffentlichung des DSM-IV die Kategorie von ADHD beibehalten, aber ergänzt um drei Subtypen:

1. Vorwiegend Unaufmerksamer Typus
2. Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus und
3. Kombiniertes Typus

Die Autoren Hinshaw und Scheffler (2014) sehen ADHS als eine multifaktorielle und als eine komplexe Störung, bei der frühe Prädispositionen, innerfamiliäre Interaktionen, schulische Bedingungen und der soziale Kontext im Einzelfall zusammenspielen. Dazu kommen nach Hinshaw und Scheffler (2014) gesamtgesellschaftlich gesehene politische (bildungspolitische und gesundheitspolitische) Entscheidungen und ökonomische Faktoren, die mit der Erkrankung ADHS in Zusammenhang gebracht werden können. Die Frage ob es sich um eine biologische oder um eine Störung sozialen Ursprungs handelt, birgt kontroverse Diskussionen. 1999 wurden die Ergebnisse einer multimodalen Behandlungsstudie, unterstützt vom National Institute for Mental Health und dem Department of Education, veröffentlicht. Die Studienergebnisse zeigen, dass die Gabe von Stimulanzien Mittel der Wahl ist, um die ADHS-Symptome zu reduzieren. In weiteren Publikationen wird die Wichtigkeit der Kombination von Medikation und verhaltenstherapeutischer Intervention hervorgehoben, um Komorbiditäten günstig zu beeinflussen und kognitive und psychosoziale Fertigkeiten aufzubauen, um den Anforderungen im Alltag gewachsen zu sein. Der multimodale Behandlungsansatz von ADHS im Sinne einer Kombination von Stimulanzien und verhaltenstherapeutischer

Intervention wird in den deutschen Leitlinien zur Behandlung von ADHS empfohlen (Ebert et al., 2003). So expandiert in den Jahren 1993 – 2003 der weltweite Medikamentenkonsum von Stimulanzien. Im Jahr 2007 kommt es nach Hinshaw et al. (2014) erneut zu überproportionaler Zunahme der Verordnungen von Stimulanzien, sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene. 2009 veröffentlichten Volkow und Kollegen einen prägenden Artikel über neurobiologische Unterschiede auf der Ebene der Neurotransmitter (Dopamin) im Gehirn bei medikamentös eingestellten ADHS-Patienten im Vergleich zu einer nicht behandelten Kontrollgruppe mit ADHS. 2013 wird das DSM-5 veröffentlicht, was die gleichen Symptome wie DSM-IV enthält, aber die Altersgruppe wird von 7 auf unter 12 Jahre angehoben und bei Diagnosen für Erwachsene werden per Bereich die Anzahl der vorhandenen Symptome von sechs auf wenigstens fünf festgelegt. Hinshaw et al. (2014) sprechen sich dagegen aus, ADHS ausschließlich aus Gegebenheiten biologischer Natur zu sehen, ebenso wie ADHS als ein soziales Konstrukt zu sehen oder als Ergebnis einer laxen Elternschaft. Die Ursachen von ADHS sind bislang nicht vollständig erklärt, aber es gibt viele verschiedene Ansätze, das Auftreten von ADHS zu erklären. Aus wissenschaftlicher Sicht handelt es sich bei ADHS um eine neurobiologische Funktionsstörung, an der genetische und umweltbedingte Faktoren beteiligt sind. Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen ist insbesondere die genetische Komponente stark ausgeprägt. Dies zeigt sich darin, dass ADHS häufig bei mehreren Familienmitgliedern auftritt. Wurde bei einem Familienmitglied ADHS diagnostiziert, ist das Risiko für Eltern, Geschwister oder Kinder, ebenfalls an ADHS erkrankt zu sein, um das Vier- bis Zehnfache erhöht (Alm, Retz-Junginger, 2015). Umweltbedingte Faktoren wie beispielsweise Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum der Mutter während der Schwangerschaft und dadurch in Folge ein geringes Geburtsgewicht beeinflussen die Gehirnentwicklung und werden so in Zusammenhang mit der Erkrankung gesetzt. Weitere Untersuchungen (Himmelstein et al., 2000) haben gezeigt, dass bei ADHS Gene beteiligt zu sein scheinen, die bestimmte Transmittersysteme im Gehirn beeinflussen. Dabei spielen die Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin eine wichtige Rolle. Bei ADHS scheint das Gleichgewicht dieser beiden Botenstoffe gestört zu sein, weshalb Informationen im Gehirn nur unzureichend verarbeitet werden können.

2.2 ADHS im Erwachsenenalter

Die ADHS-Symptome, die sich im Erwachsenenalter zeigen, bestehen immer seit der Kindheit und betreffen die so genannten Kernsymptome wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulskontrolle. Rasche Stimmungsschwankungen und Organisationsprobleme in verschiedenen Lebensbereichen können dazukommen. Die Symptome im Erwachsenenalter können sich in ihrer Art und Ausprägung im Vergleich zu denen bei Kindern und Jugendlichen verändern. Während die motorische Unruhe einem Symptomwandel mit zunehmendem Alter unterliegt, bleibt bei Persistenz der ADHS-Problematik im Erwachsenenalter die Aufmerksamkeitsstörung bestehen, der ADHS-Betroffene kann sich nicht länger auf eine Sache einlassen (Schäfer & Rüter, 2005). So kann sich der motorische Bewegungsdrang im Kindesalter, die klassische Hyperaktivität, im Erwachsenenalter zu einer inneren Unruhe entwickeln. Auch ist es Erwachsenen eher

möglich, unbewusst Strategien zu entwickeln, um besser mit ihrer Impulsivität umzugehen. Im Gegensatz dazu bleiben aber die Aufmerksamkeitsstörungen unverändert bestehen und können zu Problemen in der Alltagsbewältigung führen (Alm, Retz-Junginger, 2015).

Symptome im Kindesalter*	Beobachtete Symptome im Erwachsenenalter?	Weitere Symptome im Erwachsenenalter
Unaufmerksamkeit		
<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeitsdefizit bei Einzelheiten und Flüchtigkeitsfehler • Aufmerksamkeitsdefizit bei Aufgaben mit erhöhter Ablenkbarkeit und Routineaufgaben • Unvollständiges Erfassen von Aufgabenstellungen • Desorganisation • Verliert häufig Gegenstände • Hohe Ablenkbarkeit durch äußere Reize • Schwierigkeit Anweisungen zu befolgen 		
Hyperaktivität		
<ul style="list-style-type: none"> • Schnelle und undeutliche Sprechweise, übermäßiges Reden • Zappelphilipp-Syndrom • Exzessives Klettern und Rennen • Schwierigkeit bei der Beschäftigung in Ruhe • Ständiges Agieren 		<ul style="list-style-type: none"> • Innere Unruhe • Ineffizientes Vorgehen beim Planen von Arbeitsabläufen • Häufige Überstunden, häufiger Wechsel zwischen Tätigkeiten, Einnehmen einer aktiven Arbeitshaltung • Hohe Stressanfälligkeit und Überforderung • Häufiges Beenden von Arbeitsverhältnissen • Schnelle Herangehensweise an Arbeitsaufträge • Geringe Frustrationstoleranz
Impulsivität		
<ul style="list-style-type: none"> • Unterbricht und stört andere häufig • Ungefragtes Reden und Antworten • Schwierigkeit zu Warten bis er/sie an der Reihe ist 		

* Basierend auf *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* Kriterien.

Abkürzungen: ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung.

Abbildung 1. Manifestationen der ADHS im Kindesalter und weitere Symptome im Erwachsenenalter von der Autorin aus dem Englischen übersetzt und modifiziert nach Mao et al. (2011)

An der Studie von Murphy und Barkley (1996) nahmen 172 Erwachsene mit ADHS und 30 Erwachsene ohne ADHS teil, mit dem Ergebnis, dass die Erwachsenen mit ADHS signifikant häufiger ein oppositionelles Verhalten und Substanzmissbrauch auch illegaler Substanzen (Marihuana, Kokain und psychodelischer Drogen) aufwiesen als die 30 Erwachsenen ohne ADHS. Weiterhin zeigte sich, dass die Diagnose ADHS mehr Risiken beim Autofahren, psychosoziale Auffälligkeiten und mehr Wechsel von Arbeitsstellen nach sich zog. Signifikant hatten die ADHS-Erwachsenen Führerscheinentzug und zeigten am Arbeitsplatz

ungenügende Leistungen, signifikant mehr hatten ihre Tätigkeit impulsiv aufgegeben oder 2/3 wurden entlassen. Zudem hatten sie auch keine guten Ergebnisse in Schule und Ausbildung mit häufigen Abbrüchen und Disziplinarstrafen sowie mehreren Eheschließungen als in der Kontrollgruppe. Angst und Stimmungsstörungen waren nicht als Voraussetzungen in der ADHS-Gruppe gefunden worden. Die Ergebnisse zeigen, dass ADHS bei Erwachsenen spezifische Risiken birgt für disruptives Verhalten, Verhaltensstörungen bei Schul- und Arbeitsverrichtungen und Fahrerrisiken. Viele der ADHS-Gruppe hatten einen Angehörigen in der Familie, bei dem ebenfalls ADHS diagnostiziert worden war. Barkley et al. (2002) sieht ADHS als einen „Mangel an Selbstkontrolle“ im Sinne einer Entwicklungsstörung der Impulskontrolle, Hallowell & Ratey (2002) bezeichnen dies auch als „elementare Hemmschwelle.“ Das bedeutet, der ADHS-Betroffene ist nicht in der Lage, sein Verhalten zu kontrollieren und Reaktionen hinauszuzögern. Das Zeitraster ist auf „hier und jetzt“ gestellt, d.h., die Betroffenen haben nicht die Möglichkeit, aus ihren vergangenen Erfahrungen zu lernen und vorausschauend ihr Verhalten zu planen, sondern sie reagieren rein situativ.

Entsprechend DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) und ICD-10 (World Health Organization, 1992) erfolgt die Diagnose der ADHS anhand der drei folgenden **Kernsymptombereiche:**

Aufmerksamkeitsstörung

Impulsivität

motorische Hyperaktivität

Dabei müssen zur Diagnosestellung einer ADHS entweder jeweils 6 von 9 Symptomen aus den Bereichen Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität/Impulsivität oder jeweils 6 von 9 Symptomen aus beiden Bereichen vorhanden sein. Außerdem müssen einige der Symptome bis zum 7. Lebensjahr aufgetreten sein. Des Weiteren müssen aufgrund der Symptomatik in mindestens zwei Lebensbereichen Beeinträchtigungen bestehen und die Symptome nicht besser durch eine andere psychische Störung oder eine medizinische Erkrankung erklärt werden können (Sobanski et al., 2009).

Tabelle 1

Diagnosekriterien der ADHS nach DSM-IV-TR (Sobanski et al., 2009)

Diagnosekriterien der ADHS nach DSM-IV

Unaufmerksamkeit

- Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler.
- Hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten.
- Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.
- Hält häufig Anweisungen anderer nicht durch und kann Arbeiten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen.
- Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben zu organisieren.
- Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengung erfordern.
- Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für Aktivitäten benötigt.
- Lässt sich öfter durch äußere Reize ablenken.
- Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich.

Hyperaktivität

- Zappelt häufig mit Händen oder Füßen und rutscht auf dem Stuhl herum.
- Steht in der Klasse o. in anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf.
- Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
- Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
- Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre sie/er getrieben.
- Redet häufig übermäßig viel.

Impulsivität

- Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
- Kann nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist.
- Unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).

Einige Symptome treten bereits vor dem 7. Lebensjahr auf.

Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen, z. B. in der Schule, am Arbeitsplatz, zu Hause.

Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.

Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden, z. B. affektive Störungen, Angststörungen, dissoziative Störungen oder Persönlichkeitsstörungen.

ADHS-Patienten haben große Schwierigkeiten mit Aufgaben, die ihnen abverlangt werden, die weniger lustbetont oder interessant sind und die unter einem gewissen Druck erledigt werden müssen. Bei neuen Aufgaben oder Aktivitäten gelingt es eher, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten. Bei sehr interessanten oder sehr motivierenden Tätigkeiten unter rasch wechselnden Reizen kann leicht eine Daueraufmerksamkeit aufgebaut werden, z.B. beim Fernsehen, bei Computerarbeiten, bei Videospiele (Schäfer & Rütter, 2005). In Einzelkontaktsituationen, wenn ein direkt strukturierender Kontakt hergestellt wird, gelingt es vielen ADHS-Betroffenen, ihre Aufmerksamkeit und Konzentration besser zu fokussieren und aufrechtzuerhalten

(Schäfer & Rüter, 2005). Beeinträchtigungen aufgrund der Aufmerksamkeitsstörung können sich auf die Arbeit auswirken (besonders bei Schreibtischarbeiten, weniger dagegen bei körperlichen Beschäftigungen) sowie auf Unterhaltungen. Um solche Situationen erfolgreich zu bestehen, wäre das Unterdrücken von spontanen Handlungsimpulsen erforderlich sowie eine Aufrechterhaltung einer längerfristigen Aufmerksamkeit. Ein weiteres Kernsymptom ist die Impulsivität, gekennzeichnet durch ein voreiliges Handeln „Handeln ohne Denken“, „Erst reden, dann denken.“ Es handelt sich dabei um ein Verhalten, das durch unzureichende Überlegungen und vorausschauendes Denken und Innehalten geprägt ist (Schäfer & Rüter, 2005). Einerseits ist die Impulsivität auf das Denken bezogen, d.h., es wird, wenn nachgedacht, dies nur flüchtig getan und dabei die Folgen des Verhaltens nicht überlegt und aus Fehlern nicht gelernt. Andererseits ist die Impulsivität im emotionalen Bereich zu finden, d.h. die Betroffenen sind schnell frustriert, rufen dazwischen, sind schnell wütend und das Aufschieben von Bedürfnissen gelingt nicht. Hinzu kommt, dass Gefahren oft nicht realistisch eingeschätzt werden, wie z.B. bei der Neigung zu gefährlichen Hobbys bei ADHS-Erwachsenen. Außerdem kommt es aufgrund der Impulsivität auch häufig zu Konflikten mit den Mitmenschen mit Vorwürfen z.B. des Ungerecht-behandelt-Werdens, und schneller Beleidigung. Auch Probleme in Gruppensituationen werden von der Impulsivität geprägt, sobald es um Unterordnen bzw. Anpassungsnotwendigkeit geht. Die verschiedenen Kernsymptome der ADHS treten in verschiedenen Lebensbereichen auf wie im häuslichen Bereich und in der Arbeitssituation. Durch die Impulsivität kommt es häufig zu wechselndem Verhalten in unterschiedlicher Ausprägung. Am Arbeitsplatz fallen die ADHS-Betroffenen durch Ablenkbarkeit, Desorganisation und unstrukturiertes Arbeiten auf. Besonders die Unordnung und das Unvermögen zu organisieren sind im Erwachsenenalter typisch. Die Folge: Schreibtische mit Stapeln unerledigter Dinge, viele begonnene Arbeiten.

Aufgrund der Auswirkungen durch die drei Hauptsymptome innere Unruhe, Impulsivität, und Schwierigkeiten Aufmerksamkeit und Stimmung zu regulieren, führt ADHS in jedem Lebensalter zu erheblichen Einschränkungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit, wovon viele Lebensbereiche wie Arbeit, tägliche Aktivitäten, Beziehungen, psychologisches und physisches Wohlbefinden betroffen sind.

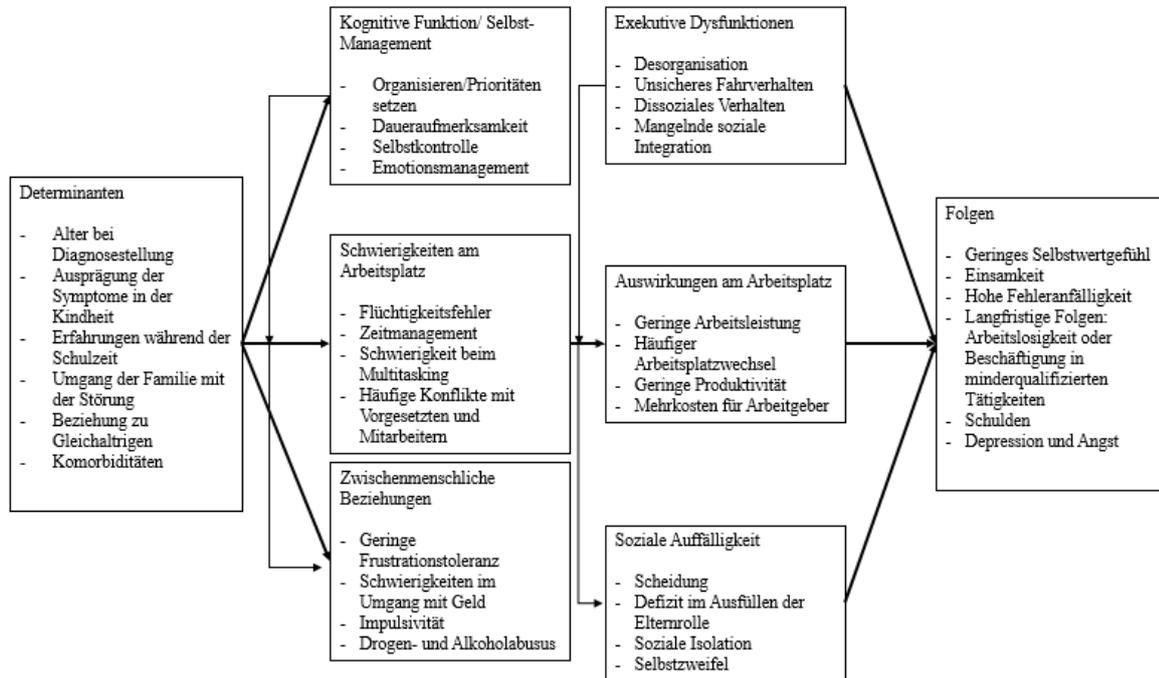


Abbildung 2. Modell der Einflussfaktoren der ADHS im Erwachsenenalter von der Autorin aus dem Englischen übersetzt und modifiziert nach Mao et al. (2011)

Die diagnostischen Kriterien befinden sich im Diagnostischen und Statistischen Manual für Psychische Störungen, 4. Edition (DSM-IV, 1994). Diese basieren jedoch auf den Symptomen von Kindern mit ADHS und erklären nicht, wie diese Symptome sich im Erwachsenenalter ändern können (Mao et al., 2011), s. Abb. 1. Obwohl die Hyperkinetik bei Jugendlichen und im Erwachsenenalter abnimmt, bleibt das Symptom von Unaufmerksamkeit (Nadeau, 2005). Schwierigkeiten, die während der Schulzeit begannen, wirken sich in Partnerbeziehungen und am Arbeitsplatz aus (Goodmann, 2007). Die Herausgabe von DSM-5 Kriterien reflektiert die Symptome bei Erwachsenen genauer und zeigt den Einfluss bei Erwachsenen.

Tabelle 2

DSM-5-R, Diagnostische Kriterien, 2015

Diagnostische Kriterien	
A.	Ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität, wie in (1) und/oder (2) beschrieben, welches das Funktionsniveau oder die Entwicklung beeinträchtigt:
1.	Unaufmerksamkeit: Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome sind während der letzten 6 Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmaß aufgetreten und wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus: Beachte: Die Symptome sind nicht ausschließlich ein Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder der Unfähigkeit, Aufgaben oder Anweisungen zu verstehen. Für ältere Jugendliche und Erwachsene (17 Jahre und älter) sind mindestens fünf Symptome erforderlich.
a.	Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten (z.B. übersieht Einzelheiten oder lässt sie aus; arbeitet ungenau).
b.	Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten (z.B.: hat während Unterricht, Vorträgen, Unterhaltungen oder längerem Lesen Schwierigkeiten, konzentriert zu bleiben).
c.	Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn bzw. sie ansprechen (z.B.: scheint mit den Gedanken anderswo zu sein, auch ohne ersichtliche Ablenkungen).
d.	Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und bringt Schularbeiten, andere Arbeiten

- oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende (z.B.: beginnt mit Aufgaben, verliert jedoch schnell den Fokus und ist leicht abgelenkt).
- e. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren (z.B. hat Probleme, sequenziell aufeinander folgende Aufgaben zu bewältigen; Schwierigkeiten, Materialien und eigene Sachen in Ordnung zu halten; unordentliches, planlos-desorganisiertes Arbeiten; schlechtes Zeitmanagement; hält Termine und Fristen nicht ein).
 - f. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z.B. Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen: Ausarbeiten von Berichten, Ausfüllen von Formularen, Bearbeiten längerer Texte).
 - g. Verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Schulmaterialien, Stifte, Bücher, Werkzeug, Geldbörsen, Schlüssel, Arbeitspapiere, Brillen, Mobiltelefone).
 - h. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken (bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen können auch mit der aktuellen Situation nicht in Zusammenhang stehende Gedanken gemeint sein).
 - i. Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich (z.B. bei der Erledigung von häuslichen Pflichten oder Besorgungen; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen umfasst das Vergessen auch Telefonrückrufe zu tätigen, Rechnungen zu bezahlen, Verabredungen einzuhalten).

2. Hyperaktivität und Impulsivität: Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome sind während der letzten 6 Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmaß aufgetreten und wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus:

Beachte: Die Symptome sind nicht ausschließlich ein Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder Unfähigkeit, Aufgaben oder Anweisungen zu verstehen. Für ältere Jugendliche und Erwachsene (17 Jahre und älter) sind mindestens fünf Symptome erforderlich.

- a. Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
 - b. Steht oft in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird (z.B.: verlässt eigenen Stuhl im Klassenraum, im Büro oder an anderem Arbeitsplatz oder in anderen Situationen, die erfordern, am Platz zu bleiben).
 - c. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist. (**Beachte:** Bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben.)
 - d. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
 - e. Ist häufig „auf dem Sprung“ oder handelt oftmals, als wäre er bzw. sie „getrieben“ (z.B.: kann nicht über eine längere Zeit hinweg ruhig an einem Platz bleiben bzw. fühlt sich dabei sehr unwohl, z.B. in Restaurants, bei Besprechungen; dies kann von anderen als Ruhelosigkeit oder als Schwierigkeit erlebt werden, mit dem Betreffenden Schritt zu halten).
 - f. Redet häufig übermäßig viel.
 - g. Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist (z.B.: beendet die Sätze anderer; kann in Unterhaltungen nicht abwarten bis er bzw. sie mit Reden an der Reihe ist).
 - h. Kann häufig nur schwer warten, bis er bzw. sie an der Reihe ist (z.B. beim Warten in einer Schlange).
 - i. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in Gespräche, Spiele oder andere Aktivitäten hinein; benutzt die Dinge anderer Personen ohne vorher zu fragen oder ohne Erlaubnis; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen: unterbricht oder übernimmt Aktivitäten anderer).
- B. Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität-Impulsivität treten bereits vor dem Alter von 12 Jahren auf.
- C. Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität-Impulsivität bestehen in zwei oder mehr verschiedenen Lebensbereichen (z.B. zu Hause, in der Schule oder bei der Arbeit; mit Freunden oder Verwandten; bei anderen Aktivitäten).
- D. Es sind deutliche Hinweise dafür vorhanden, dass sich die Symptome störend auf die Qualität des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus auswirken oder dieses reduzieren.
- E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung, Persönlichkeitsstörung, Substanzintoxikation oder -entzug).

Es steht auch fest, dass Erwachsene mit ADHS noch andere psychische Störungen (z.B. Angst, Substanzmissbrauch) aufweisen (Kessler et al., 2006), jedoch werden Defizite in Beziehungen und in dem professionellen und akademischen Fortkommen eher der ADHS und nicht den komorbiden Umständen zugeschrieben (Sobanski et al., 2007). Beispiele für spezielle Auswirkungen, die sich aus den Symptomen von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität ergeben, wirken sich sowohl auf den häuslichen Bereich

(Schwierigkeiten mit Haushaltsroutinen, schlechtes Zuhören, andere unterbrechen, während sie sprechen, emotionale Fertigkeiten können eingeschränkt sein) als auch im Arbeitskontext aus (Mao et al., 2011). Im Vergleich zu Angestellten ohne ADHS hatten Patienten mit ADHS einen niedrigeren sozialen Status (Mannuzza et al., 1993), wurden häufiger entlassen (Shifrin et al., 2010; Kleinman et al., 2009), waren weniger vollzeitbeschäftigt und hatten ein niedrigeres Einkommen (Biedermann, Faraone, 2006). Halmoy et al. (2009) fanden, dass starke Prädiktoren für Arbeitslosigkeit sowohl das Auftreten der beiden Subtypen (kombiniert, unaufmerksam) als auch eine starke Symptomausprägung in der Kindheit und im Erwachsenenalter sind sowie Komorbiditäten wie Angst, Depression und Sucht. Außerdem berichten sie, dass in ihren Studien bei ADHS-Erwachsenen, die als Kinder keine medikamentöse Behandlung erhalten hatten, eine dreimal höhere Wahrscheinlichkeit bestand, als Erwachsene arbeitslos zu sein, im Gegensatz zu den Patienten, die in der Kindheit eine Behandlung erhalten hatten.

2.3 ADHS und Arbeit

Publizierte Daten bezüglich des Aspekts ADHS am Arbeitsplatz sind limitiert und es bedarf weiterer Forschung, um den Einfluss von Problemen am Arbeitsplatz, die Bedeutung der Komorbiditäten im Verhältnis zu den Problemen am Arbeitsplatz und die Möglichkeiten, diese durch therapeutische Interventionen zu verändern (Küpper et al., 2012), bestimmen zu können. In der internationalen Literatur findet man immer wieder einen Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit. Der WHO Bericht „Prevention of Mental Disorders“ (2004) führt zum Thema „Arbeit“ zwei Stressoren auf, die zu schlechter psychischer Gesundheit beitragen können: Arbeitsstress und Arbeitslosigkeit. Diese Stressoren können zu Depression, Angst, Burn-out, alkoholbezogenen Problemen und suizidalem Verhalten führen, welche Komorbiditäten von ADHS sind. Vuori et al. (2002) plädieren aufgrund von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit für die Notwendigkeit, Interventionsprogramme zu etablieren, um Menschen mit psychischen Problemen in bezahlte Jobs zu bekommen. Eine Anzahl von Interventionsprogrammen wurden entwickelt und auf ihre Effektivität getestet, inwiefern sie Arbeitslosen halfen, in bezahlte Arbeit zu kommen z.B. über „Job Club“ und „JOBS Program“ (Price & Kompier, 2005). Diese wenig komplexen und auf einer niedrigen Kostenbasis entwickelten Programme beinhalteten Basisinstruktionen über Fertigkeiten der Arbeitsplatzsuche, Steigerung der Motivation und Fertigkeiten, um so mit Rückschlägen umzugehen und soziale Unterstützung der Arbeitssuchenden untereinander zu stärken. Die „JOBS Programme“ wurden sowohl in den USA getestet (Caplan et al., 1989; Price, von Ryn & Vinokur, 1992; Vinokur et al., 2000) als auch in Finnland (Vuori et al., 2002). Sie zeigten positive Effekte hinsichtlich der Raten zur Wiederaufnahme einer qualifizierten Tätigkeit mit entsprechender Bezahlung, um die Depressionsrate und ihre Auswirkungen zu reduzieren. Die „JOBS Programme“ wurden auch in China und Irland erfolgreich eingesetzt. ADHS-Erwachsene haben laut einer Studie von Modre et al. (2012) deutlich mehr mit Problemen am Arbeitsplatz zu kämpfen als gesunde Menschen. Der Frage, ob sich dies speziell auf eine Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit zurückführen lässt oder auf eine Psychopathologie, gingen

Modre et al. (2012) in ihrer Studie nach. Es wurden Personen, bei denen bereits in ihrer Kindheit ADHS diagnostiziert worden war und die jetzt eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen, mit Personen gleichen Alters verglichen, bei denen eine Zwangs- bzw. emotionale Störung oder eine Kombination von beidem vorlag. Insgesamt 257 Patienten wurden in die Studie aufgenommen und 17 bis 39 Jahre nach Klinikaufenthalt nachuntersucht. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bezogen 19 % aller Studienteilnehmer eine Rente wegen Erwerbsminderung. Die einzige Erkrankung, die mit der Berentung im mittleren Erwachsenenalter verbunden war, war ADHS. 30 % der Patienten waren bei der Nachuntersuchung erwerbsgemindert. Als einziger signifikanter Prädiktor für eine spätere Erwerbsminderung erwies sich ein bestimmtes früheres problematisches psychosoziales Verhalten. Aufgrund der hohen Rate von Erwerbsminderung im späteren Erwachsenenalter empfehlen die Autoren, wie auch internationale Forschergruppen, eine frühe Intervention. Nach Adamou et al. (2013) ist ADHS eine Neuro-Entwicklungsstörung, die bis ins Erwachsenenalter besteht. Die Symptome verursachen Einschränkungen in einer Vielzahl von Bereichen, eine davon ist Beschäftigung. Nach Adamou et al. (2013) ist der Arbeitsplatz ein komplexes persönliches und soziales Konstrukt und Willard et al. (2008) definieren Beschäftigung als „aktiven Lebensprozess.“ Die dynamische Systemtheorie führt zu dem Aufbau des Prinzips der „Heterarchie“, welches vorschlägt, dass Aspekte der Umgebung der Person mit einem dynamischen Ganzen verbunden sind und dass jede Komponente etwas zu einer totalen Dynamik beiträgt. Diese Aspekte der Umgebung einer Person wirken sich bei einem ADHS-Erwachsenen aus. Adamou et al. (2013) gehen davon aus, dass die meisten Angestellten eher nach „Uhrzeit“ als ergebnisorientiert bezahlt werden und daher die meisten Jobs als „mechanische“ in einem großen Produktionsapparat stattfinden. Wenn Erwachsene mit ADHS gezwungen sind, in einer solch geregelten Organisation tätig zu sein, so wird dieses „Hineinpassen“ aufgrund der ADHS-Problematik nicht immer erfolgreich sein. Hinzu kommt die Komorbidität wie Depression, Ängste, Persönlichkeitsstörungen und speziell die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Skirrow et al. (2009) sprechen daher vom ADHS-Syndrom. Aber auch Einschränkungen durch Störungen aus dem Autismus-Spektrum sowie Lese- und Rechtschreibschwäche (Dyslexie) sind denkbar (Adamou et al., 2013). Die meisten Studien, ADHS-Erwachsene betreffend, wurden in den USA durchgeführt, wovon einige sich mit den Auswirkungen der sozialen und berufsbezogenen Beeinträchtigungen befassen. Dokumentiert ist, dass ADHS in Verbindung mit arbeitsbezogenen Problemen im Erwachsenenalter einhergeht mit geringer Arbeitsausführung, niedrigem beruflichem Status (Mannuzza & Klein, 2000), weniger Stabilität in der Tätigkeit (Murphy & Barkley, 1996) und eine Zunahme der Fehlzeiten im Vergleich zu Erwachsenen ohne ADHS (Secnik et al., 2005). Barkley et al. (2007) konnten in ihren Studien keine signifikanten Faktoren finden, um Beschäftigungsergebnisse bei ADHS-Patienten als Erwachsene zu beschreiben, außer ADHS selbst. Biedermann et al. (2006) sowie Barkley et al. (2006) fanden in ihren Untersuchungen unter Erwachsenen mit ADHS einen Anteil von 50 % Arbeitslosen sowie häufigeren Kündigungen als die Kontrollgruppe. Bei der Hälfte der Betroffenen wurde dies auf die ADHS-Erkrankung zurückgeführt. In der Untersuchung von Sobanski et al. (2007) zeigte sich, dass von 70

erwachsenen Patienten mit ADHS 25,7 % keine oder keine abgeschlossene Ausbildung hatten und 28,6 % arbeitslos waren. Untersuchungen von Murphy (2005) belegen, dass die berufliche Leistungsfähigkeit und das Arbeitsverhalten bei Erwachsenen mit ADHS maßgeblich beeinträchtigt sind. Es kommt zu Flüchtigkeitsfehlern, Desorganisation, unzureichendem Zeitmanagement, Überschreiten von Fristen, Aufschieben von Arbeiten, Unaufmerksamkeit in Besprechungen, mangelndem Durchhaltevermögen, Wutausbrüchen, Problemen mit Kollegen und Vorgesetzten, was sich in sehr inkonsistenten Arbeitsergebnissen niederschlagen kann. Einige Studien, die Kinder bis zum Erwachsenenalter begleitet haben, dokumentierten Einschränkungen in Beschäftigung, Beziehungen und in täglichen Lebensfunktionsfähigkeiten (Mannuzza et al., 1993, Barkley et al., 2006, Weiss et al., 1993, Halmoy et al., 2009, Mannuzza et al., 2008). Dabei ergaben sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (Rucklidge, 2008). Adamou et al. (2013) merken an, dass klinische Patienten mit ADHS schwerer betroffen sind und eher eine Komorbidität aufweisen als Kontrollpersonen, häufiger Beschäftigungs- und Beziehungsprobleme haben, sich selbst eine geringere soziale Kompetenz zuschreiben als die Kontrollgruppe. Die geringe Arbeitsleistung und der Arbeitsplatzverlust für Erwachsene mit ADHS haben immense ökonomische Implikationen. Diese ökonomischen Kosten wurden von Halmoy und Kollegen (2009) im Rahmen einer Studie mit ADHS-Patienten quantifiziert. Die indirekten Kosten wurden auf der Basis der Zahlung von Sozialabgaben und für fehlende Tage aufgrund von Krankheit kalkuliert. Kessler et al. (2009) fanden bei ADHS-Erwachsenen in einer Studie 4-5 % Reduktion von Arbeitsleistung, 2,1 % wegen Abwesenheit vom Arbeitsplatz wegen Krankheit und 2,0 % Abwesenheit vom Arbeitsplatz wegen Arbeitsunfällen. In der US-Studie von Matza et al. (2005) werden die Kosten für Frauen mit ADHS mit 1,20 Milliarden Dollar und für Männer mit ADHS mit 2,26 Milliarden angegeben. Der stärkste Prädiktor für Arbeitsplatzverlust zeigt sich jedoch in der Studie von Halmoy et al. (2009), in der die Behandlung von Kindern mit ADHS den Weg zur späteren Arbeitsaufnahme ebnete. Halmoy et al. (2009) fanden in ihrer Studie, dass Erwachsene, die als Kinder nicht behandelt wurden, eine 3 x höhere Rate von zu erwartender Arbeitslosigkeit im Vergleich zu Patienten hatten, die in ihrer Kindheit behandelt worden waren, wobei dies unabhängig von berichteten Komorbiditäten wie affektiven Störungen, Substanzabusus und einer derzeitigen Behandlung war. Sie plädieren daher für eine frühe Diagnosestellung und Therapie der ADHS bereits in der Kindheit, um langfristig im Erwachsenenalter stabile Beschäftigungsergebnisse zu erreichen. So schlugen Kahl et al. (2007) vor, schon bereits in der Schulzeit durch Praktika Einblick in das angestrebte Berufsfeld zu erlangen und somit durch eine frühe Weichenstellung eine spätere Arbeitslosigkeit zu vermeiden. Weiterhin fanden Halmoy et al. (2009), dass Angst, Depression, bipolare Störung, Alkohol- und Substanzmissbrauch mit schlechten Beschäftigungsergebnissen korrelieren. Außerdem fanden Halmoy et al. (2009), dass Patienten mit ADHS vom kombinierten Subtyp besonders von dem Risiko der Arbeitslosigkeit betroffen sind. Diese Ergebnisse können auch in anderen Studien mit erwachsenen ADHS-Patienten reproduziert werden (Grevet et al., 2006, Jacob et al., 2007). Sie konnten zeigen, dass sowohl psychiatrische Komorbidität als auch der kombinierte Subtyp von ADHS die Situation der ADHS-Patienten in mehreren Lebensaspekten

verschlimmern. Eine kürzlich von der WHO durchgeführte Studie in 10 Ländern ergab, dass 3,5 % von Arbeitern, die von ADHS betroffen waren, 143 Millionen verlorene Produktionstage aufwiesen. Die Abwesenheit wegen Krankheit betrug durchschnittlich 8,4 Tage pro Jahr, des Weiteren betrug die durchschnittliche Anzahl der Tage mit quantitativ reduzierter Arbeitsleistung 21,7 Tage und die durchschnittliche Anzahl der Tage mit qualitativ reduzierter Arbeitsleistung 13,6 Tage in der Gruppe der ADHS-Betroffenen. Diese Zahlen unterscheiden sich signifikant von der Normalbevölkerung und zeigen Auswirkungen von ADHS im ökonomischen Bereich. Weiterhin konnte bei einer kleinen Gruppe der Arbeiter, die sich einer Behandlung von ADHS unterzogen hatten, festgestellt werden, dass sich ihre Funktionsfähigkeit verbessert hatte (de Graaf et al., 2008). Bei Erwachsenen mit ADHS fällt auf, dass sie ein recht bewegtes Arbeitsleben haben sowie Phasen der Arbeitslosigkeit. Grund für auftretende Probleme bestehen trotz Intelligenz, guter Schulbildung und dynamisch erscheinender Persönlichkeit, da oft mangelnde Strukturiertheit, impulsives, wenig planvolles Vorgehen vorliegen. Auch Flüchtigkeitsfehler oder die Unaufmerksamkeit, die sich in Vergesslichkeit äußert, können das Problem sein. Impulsivität und affektive Labilität der Betroffenen führen zu Problemen mit Vorgesetzten, Arbeitskollegen oder Kunden. Das erhöhte Komorbiditätsrisiko kann das Finden und Behalten von Arbeitsplätzen ungünstig beeinflussen. Bei erhöhter Impulsivität besteht das Risiko den Arbeitsplatz selbst zu kündigen, da dem Betroffenen die Arbeit zu eintönig wird und er sich was Neues wünscht. ADHS-Betroffene üben oft Tätigkeiten aus, die deutlich unter ihren eigentlichen Möglichkeiten liegen. Ein Grund kann sein, dass ADHS-Kinder bei gleicher Grundbegabung meist schlechtere Noten als nicht betroffene Gleichaltrige haben. Zuweisungen zur weiterführenden Schule werden durch die ADHS-Symptomatik beeinflusst. (Baer & Kirsch, 2010). Betroffene weisen nach Barkley et al. (2008) ein erhöhtes Risiko des vorzeitigen Schulabbruchs oder des Abbruchs der Ausbildung auf. Nach Adamou et al. (2013) erfahren ADHS-Erwachsene Einschränkungen in allen Aspekten der Arbeitstätigkeit. Dies beginnt mit der Bewerbung um eine Arbeitsstelle, dem Vorstellungsgespräch und dann der Beschäftigung selbst. Bei der Arbeitsplatzsuche werden sie als unorganisiert und unzuverlässig beschrieben, sodass eine anfänglich verlässliche Interaktion mit dem Arbeitgeber ein Problem für die ADHS-Betroffenen darstellt. Die Aufmerksamkeitsprobleme und die psychosozialen Probleme führen oft dazu, dass die Betroffenen Bewerbungsschreiben vermeiden bzw. unvollständig erstellen, da sie ihre Antworten in der Bewerbungssituation nicht einer ausreichenden Reflektion unterziehen. Im Vorstellungsgespräch machen ADHS-Erwachsene nach Adamou et al. (2013) einen freundlichen und gesprächsbereiten Eindruck, manchmal etwas inkorrekt bezüglich ihrer Vergangenheit, und überschätzen dabei ihre Fähigkeit, den Anforderungen der Tätigkeit gewachsen zu sein. Ein wichtiges Problem dabei ist, ob sie dem Arbeitgeber ihre ADHS-Diagnose mitteilen. Die meisten Arbeitgeber verstehen die Implikationen von ADHS nicht. Sie gehen eher von lange andauernden Schwierigkeiten aus und sind sich nicht bewusst, dass ADHS effektiv behandelt werden kann und dass die Einstellung eine Steigerung der beruflichen Funktionsfähigkeit für den Betroffenen bedeutet. Einmal eingestellt sind ADHS-Erwachsene hoch motiviert, aber dies ist nach Adamou et al. (2013) abhängig von der

Art der Tätigkeit. ADHS-Symptome können die Arbeitsleistung des Betroffenen mindern. Die Ursache hierfür können organisatorische Probleme sein, die jedoch durch das Vorhandensein von Verwaltungsfachleuten oder Sekretärinnen aufgefangen werden können oder es handelt sich um eine Tätigkeit, die sich ihre Defizite und vor allem die Potentiale der ADHS zunutze machen, wie z.B. kreative Arbeit oder Sport. Trotzdem werden die meisten besser qualifizierten oder weniger qualifizierten Tätigkeiten durch die ADHS-Symptome von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität beeinflusst. Adamou et al. (2013) beschreiben, dass ADHS-Betroffene im Arbeitskontext oft Schwierigkeiten mit der Zeiteinteilung, der Organisation der Arbeitsabläufe, dem Arbeiten im Zeitplan, dem Befolgen von Instruktionen und der Emotionskontrolle haben. Menschen mit ADHS sind auch benachteiligt aufgrund fehlender sozialer Fertigkeiten und der Prokrastination, wodurch die effektive Zusammenarbeit mit Kollegen, aber auch mit Kunden erschwert wird. Baer und Kirsch (2010) beschreiben, dass die Impulsivität und affektive Labilität der Betroffenen immer wieder zu Problemen mit Vorgesetzten, Arbeitskollegen oder Kunden führt. Außerdem führt eine erhöhte Impulsivität dazu, dass die ADHS-Betroffenen ihre Arbeit als eintönig erleben und somit ein höheres Risiko besteht, den Arbeitsplatz selbst zu kündigen. Erfährt der ADHS-Betroffene Kritik von seinem Vorgesetzten, wird diese oft persönlich genommen und wirkt demotivierend und es wird schwierig, denjenigen wieder zu motivieren. Kollegiale Zusammenarbeit gestaltet sich oft schwierig, Anforderungen werden nicht Folge geleistet, sodass es oft zu wiederholtem Arbeitsplatzverlust kommt. Die Fähigkeit zum Hyperfokussieren von ADHS-Betroffenen birgt auch die Gefahr von Workaholismus bei Erwachsenen mit ADHS, sodass sich ein Arbeitgeber dessen bewusst sein muss, um ein Burn-out bei seinen Mitarbeitern zu vermeiden. Adamou et al. (2013) fordern mehr Studien zur Erforschung der Faktoren, die die Einschränkungen bei Beschäftigung bei ADHS-Patienten ausmachen, mit dem Ziel, spezielle und effektive Interventionen zu entwickeln. Außerdem spielen die Komorbiditäten der ADHS eine wichtige Rolle, weil sie die Funktionsfähigkeit des Betroffenen einschränken können. Adamou et al. (2013) schlagen für bessere Jobperspektiven für Erwachsene mit ADHS vor, potentielle Beschäftigte mit ADHS zunächst zu identifizieren, dann sie entsprechenden Ergotherapeuten zuzuweisen, die sie so ausstatten, dass sie besser den Anforderungen des Arbeitsmarktes gewachsen sind.

Es gibt mehrere Empfehlungen, die helfen könnten, den Bedürfnissen von Erwachsenen mit ADHS eher gerecht zu werden (Adamou et al., 2013).

Symptom	Mögliche Maßnahmen des Arbeitgebers
Aufmerksamkeits- und Impulsivitätsstörung	Eigenes Büro/ ruhiger Raum/ Lage des Büros, flexibles Arbeitszeitmodell, Kopfhörer, regelmäßige Supervision, innerbetriebliche Patenschaften.
Hyperaktivität/ Innere Unruhe	Schaffen von Bewegungsmöglichkeiten, Mobilität am Arbeitsplatz, Unterbrechung bei langen Sitzungen.
Desorganisation/ Zeitmanagement und Gedächtnisprobleme	Bereitstellung von Alarmknöpfen, strukturierte Vorgaben, regelmäßige Supervision mit gelegentlicher Rückmeldung, Begleitung, Delegieren von langweiligen Aufgaben, Belohnungssysteme, kleinschrittiges Vorgehen von Arbeitsabläufen, ergänzendes schriftliches Material zu mündlichen Informationen.

Abbildung 3. Mögliche Arbeitsplatzmaßnahmen für Erwachsene mit ADHS von der Autorin aus dem Englischen übersetzt und modifiziert nach Adamou et al. (2013)

Arbeitgeber sollten Systeme schaffen, die reguläre Treffen, Rückschauen und strukturiertes Feedback für das Individuum beinhalten. Verbale Informationen sollten schriftlich fixiert werden mit klaren präzisen Anweisungen. Beschäftigte könnten mit einem Büro für sich ausgestattet werden, um Störungen zu vermeiden; oder man lässt Beschäftigte zu bestimmten Zeiten, in denen es ruhiger ist, arbeiten oder stellt ihnen Kopfhörer zur Verfügung, um akustische Einflüsse z.B. in einem Großraumbüro zu reduzieren. Bei Impulsivität könnte ADHS-Betroffenen ein Kollege zur Seite gestellt werden, um dem Betroffenen zu helfen, fokussiert zu bleiben. Hyperaktivität könnte begegnet werden, indem Bewegung bei der Arbeit sowie strukturierte Pausen bei lange andauernden „meetings“ ermöglicht werden. Da Erwachsene mit ADHS an Desorganisation und Problemen beim Zeitmanagement leiden sowie Gedächtnisprobleme haben, sollte der Arbeitgeber strukturierte „Notes“ und Agendas benutzen sowie Supervision anbieten und langweilige Tätigkeiten delegieren. Waddell et al. (2008) schlagen für das Arbeitsplatzmanagement mit einem Fokus auf Arbeit vor, mit früher Intervention speziell abgestimmt auf die Bedürfnisse des Einzelnen zu beginnen und Arbeitsplätze zu schaffen. Dies mit einem proaktiven Ansatz zur Unterstützung für die Rückkehr zur Arbeit, temporärer Zurverfügungstellung von veränderten Arbeitsmodalitäten. Derzeit ist das für Erwachsene mit ADHS nicht vorgesehen. Die Autoren vermissen, dass benachteiligte Individuen keine Möglichkeit zur Arbeitsrückkehr haben, wenn sie nicht unter die allgemeinen Definitionen für psychische Erkrankungen fallen. Im Hinblick auf eine Perspektive im Rahmen bestehender Gesundheitspolitik in England beziehen Adamou et al. (2013) sich auf ein öffentliches Dokument „Working for a Healthier Tomorrow,“ welches die Sichtweise herausstellt, dass jemand 100 % fit sein muss, um in Arbeit zu sein. Es wird für einen Wechsel in dieser Einstellung plädiert, was sich auch an Erwachsene mit ADHS richtet.

Nummer	Unterstützungsmaßnahmen
1	Zum Erhalt der Gesundheit berufstätiger Menschen ist die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen erforderlich.
2	Von Seiten des Managements sind Zugeständnisse/ Initiativen erforderlich, damit Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz erhalten werden können.
3	Von Seiten der Gesellschaft wird physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmer zu wenig berücksichtigt, sodass politisches Handeln erforderlich ist.
4	Eine Veränderung in der Sichtweise der arbeitenden Bevölkerung ist erforderlich, um nicht nur die Defizite, sondern auch die Potentiale des einzelnen Arbeitnehmers in den Fokus nehmen zu können („Fit-note“).
5	Frühe Intervention zur Reduktion der Menschen, die arbeitsunfähig sind oder Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen.

Abbildung 4. Schlüsselempfehlungen und Ergebnisse des “Dame Carol Black report“ (2008) von der Autorin aus dem Englischen übersetzt und modifiziert nach Adamou et al. (2013)

Nach Adamou et al. (2013) sind Arbeitgeber in der Regel vorsichtig bei der Einstellung von Menschen mit Einschränkungen. Arbeitgeber sollten daher nach ihrer Meinung eher positiv von den Vorteilen einer Einstellung von Menschen mit Einschränkungen überzeugt werden, da diese Arbeitnehmer oft länger in ihren Jobs bleiben und ihre Defizite durch Routinen ausgleichen können, sodass die Arbeitsleistung zufriedenstellend ist. Die meisten Arbeitgeber haben keine Kenntnisse über ADHS im Erwachsenenalter und können dies bzw. die wichtigsten Symptome dadurch nicht erkennen. Deswegen plädieren die Autoren für die Bedeutung partnerschaftlichen Arbeitens, das Erwachsenen mit ADHS ermöglicht, sich eine beschäftigungswirksame Funktionsfähigkeit zu erhalten. Um eine Beschäftigungsaufnahme von Erwachsenen mit ADHS zu erhöhen und die Zurückhaltung bezüglich der Einstellung von Erwachsenen mit ADHS zu erreichen sowie die Vorbehalte der Arbeitgeber bezüglich der Einstellung von Erwachsenen mit ADHS abzubauen, halten Adamou et al. (2013) es für wichtig, dass mit Unterstützung des Staates, mit lokalen strategischen Partnerschaften und mit Arbeitgebern Handlungsanweisungen für Arbeitgeber entwickelt werden zum besseren Verständnis der Erkrankung ADHS. Dadurch könnte man erreichen, dass die Arbeitgeber die Fertigkeiten, Einschränkungen und die Arbeitsfähigkeit von Erwachsenen mit ADHS besser einschätzen können. Durch gezielte berufliche Rehabilitation für Erwachsene mit ADHS könnten berufliche Einschränkungen und in Folge auch Komorbiditäten wie Depressionen und Angst reduziert werden. Nach Adamou et al. (2013) bedarf es der Entwicklung spezieller Interventionsprogramme, die auf Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität, Zerstreuung, Desorganisation und Probleme mit Zeitmanagement am Arbeitsplatz zielen und damit den Bedürfnissen Erwachsener mit ADHS entsprechen.

2.4 Supported Employment als Methode

Teilhabe am Arbeitsleben und soziale Inklusion sind schon immer wichtige Rehabilitationsziele für Menschen mit psychischen Störungen gewesen. Die herkömmliche Art beruflicher Wiedereingliederung folgt dem Prinzip „Erst trainieren, dann platzieren.“ Das bedeutet, dass zunächst eine Maßnahme wie z.B. ein Arbeitstraining vorgeschaltet wird, bevor der Betreffende sich um eine Arbeitsstelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bewirbt. Nach Hoffmann et al. (2014) erreichen auf diesem Weg nur 5 – 30 % das Ziel einer Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und von diesen verliert ein beträchtlicher Teil die Stelle wieder innerhalb einer Jahresfrist. Hoffmann et al. (2014) gehen davon aus, dass nur 15 % nachhaltig über diesen Weg wieder eingegliedert werden können. Es ergibt sich hieraus die Frage, ob die bisherigen Rehabilitationsziele für die berufliche Integration noch zielführend sind. In den 90er Jahren wurde in den USA das „Supported Employment“ als neue Methode nach dem Prinzip „Erst platzieren, dann trainieren“ konzipiert, die sich zwischenzeitlich auch in Europa bewährt hat. Nach Bond et al. (2012) konnte mittlerweile in über 15 weltweit durchgeführten randomisiert kontrollierten Studien die wissenschaftliche Evidenz für die Überlegenheit dieses Ansatzes bewiesen werden. Für den deutschsprachigen Raum ergibt sich laut der S3-Leitlinie (DGPPN, 2013) folgende Empfehlung: „Zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt anstreben, sollen Programme mit einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes und unterstützendem Training (Supported Employment) genutzt und ausgebaut werden.“ Auch die Studien von Michon et al. (2014) zeigen, dass das IPS-Modell eine effektive Methode ist, um Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im ersten Arbeitsmarkt zu platzieren. IPS führt zu hinsichtlich der nicht beschäftigungsspezifischen Variablen wie Selbstbewusstsein, psychische Gesundheit und Lebensqualität bei den letztendlich erfolgreich vermittelten Teilnehmern zu signifikant besseren Ergebnissen. Deshalb schlagen die Autoren vor, durch weitere Studien die Effizienz und Effektivität der IPS-Methode zu erhöhen, um sie letztendlich in die reguläre Versorgung für psychisch Kranke aufzunehmen. Bejerholm et al. (2015) haben in ihrer Studie für die berufliche Integration von psychisch Kranken als Erste in Schweden die Effektivität von IPS im Vergleich zu traditionellen beruflichen Diensten (TVR) untersucht. Sie zeigen, dass IPS effektiver im Sinne einer schnellen Beschäftigungsaufnahme auf den ersten Arbeitsmarkt war, die Teilnehmer mehr Stunden und Wochen arbeiten, eine längere Arbeitsdauer und ein höheres Einkommen haben im Vergleich zu Teilnehmern, die über TVR vermittelt wurden. Die Teilnehmer, die über IPS vermittelt wurden, hatten auch eine größere Chance (90 %), in Aktivitäten der Gemeinschaft integriert zu werden als die Teilnehmer von TVR, die eher in vorgeschalteten Arbeitstrainings und beschützten Einrichtungen (66 %) Arbeit fanden. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Versorgungsstruktur zur beruflichen Integration von Erwachsenen mit ADHS bietet die Evaluation und Etablierung eines störungsspezifischen Supported Employment Programms die Chance, ein auf breiter Basis verallgemeinerbares, berufliches Integrationskonzept zu entwickeln. Die unmittelbar angestrebte Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt bedeutet nicht nur eine kostengünstigere Vorgehensweise, sondern trägt auch

erheblich zu einer verbesserten Versorgung dieser Patientengruppe bei. Die Autoren Cobière et al. (2014) haben dabei in ihren Studien zwei wichtige Einflussfaktoren des SE-Ansatzes für erfolgreiche berufliche Vermittlung gefunden, nämlich die Unterstützung der Klienten durch den Jobcoach und eine Verbindung von Jobcoach und Arbeitgeber. Im Berner Job Coach Projekt arbeiten nach den 2-Jahres Ergebnissen der randomisiert kontrollierten durchgeführten Studie (Hoffmann et al., 2012) nach 2 Jahren 45 % der Teilnehmer in der freien Wirtschaft gegenüber 17 %, die ein herkömmliches Trainingsprogramm durchlaufen haben. Noch deutlicher werden die Unterschiede aufgrund der Ergebnisse der 5-Jahres-Verlaufsstudie (Hoffmann et al., 2014), wo bereits 65 % der von einem Jobcoach begleiteten Teilnehmer in diesem Zeitraum eine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt fanden gegenüber 33 % der Klienten aus der Kontrollgruppe, die an traditionellen Programmen teilnahmen. Nach Hoffmann et al. (2014) war auch der Verdienst besser, die Anstellungsverhältnisse länger und nachhaltiger, wobei die Inanspruchnahme (teil-) stationärer psychiatrischer Dienste nicht signifikant geringer war. Aufgrund der Wiederaufnahme einer Tätigkeit zeigte sich der Ansatz auch aus ökonomischer Sicht überlegen. Hoffmann (2014) gibt daher der Methode „Supported Employment“ auch im deutschsprachigen Raum den Vorzug gegenüber nach seiner Sicht weniger effektiven traditionellen Wiedereingliederungsprogrammen. Er empfiehlt zum Erfolg dieser Methode die Erarbeitung einheitlicher Qualitätsstandards, Schaffung von attraktiven Anreizen für Arbeitgeber und Finanzierungsmodelle, die eine zeitlich befristete Begleitung durch einen Jobcoach ermöglichen. Nach Kalkan et al. (2005) konnten mittels „Supported Employment“ 60,8 % und mittels Standardangebot der beruflichen Rehabilitation 45,9 % der Probanden in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden. Auch wenn die Effizienz und Kostengünstigkeit von „Supported Employment“ für andere psychische Krankheiten nachgewiesen wurde – ursprünglich entwickelt für Menschen mit schweren Funktionseinschränkungen –, gibt es bisher kein solches Programm für Erwachsene mit ADHS in Deutschland. Bei etwa 150 der 500 Patienten mit ADHS, die jährlich in der Spezialambulanz ADHS im Erwachsenenalter im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit gesehen werden, gehört Arbeitslosigkeit zu den durch die ADHS verursachten psychosozialen Einschränkungen, die im Rahmen der Behandlung aufgearbeitet werden sollen. „Supported Employment“ eignet sich besonders, um die störungsspezifischen Defizite bei Erwachsenen mit ADHS am Arbeitsplatz in den Fokus zu nehmen. Die individuell ausgerichtete unterstützende Begleitung findet zudem in der berufsbezogenen Arbeitswelt statt. Mit dem Einsatz der Methode des „Supported Employment“ soll daher nachgewiesen werden, dass dies eine effiziente und vergleichsweise kostengünstigere Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation auch für Erwachsene mit ADHS ist. Dazu wird im Gegensatz zu Reha-Standardangeboten keine Vorschaltung einer geschützten Tätigkeit in einer Reha-Einrichtung angeboten, sondern eine Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt und ein „Training-on-the-Job“ angestrebt. Die berufliche Platzierungsmaßnahme wird nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit über einen definierten Zeitraum durch kontinuierliches Coaching ergänzt. Hierbei werden für aktuelle, aus der konkreten Tätigkeit entstehende Fragestellungen Problemlösungen erarbeitet unter Fokussierung auf „Was?“, „Wie?“ und „Wann?“ und unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen, Ziele und

Präferenzen des Betroffenen. Mit einer erfolgreichen Vermittlung über den SE-Ansatz sollte eine Regelfinanzierung durch die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter etabliert werden können. Damit wäre ein wesentlicher Meilenstein in der Verbesserung der Möglichkeiten der beruflichen Integration und in der Teilhabe am Arbeitsleben für Erwachsene mit ADHS erreicht.

2.5 ADHS und Arbeitsfähigkeit

Eine Möglichkeit, „Arbeit“ näher auf subjektiver Ebene zu definieren, stellt das Konstrukt „Arbeitsfähigkeit“ dar. Dazu gibt es verschiedene theoretische Modelle, die im Folgenden näher ausgeführt werden sollen. Zum einen das Modell von Ilmarinen (1999), Ilmarinen und Tempel (2002) und zum anderen das Modell von Seibt und Scheuch (2006), auf das ich mich in der vorliegenden Pilotstudie beziehe. Nach Richenhagen (2011) bezeichnet Arbeitsfähigkeit die Summe der Faktoren, die einen Beschäftigten in einer bestimmten Arbeitssituation in die Lage versetzen, die ihm gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen. Arbeitsfähigkeit umfasst sowohl individuelle Aspekte wie Gesundheit und Kompetenzen als auch betriebs- bzw. arbeitsspezifische Aspekte wie Arbeitsbedingungen. Demnach beschreibt die Arbeitsfähigkeit nicht nur die individuellen Voraussetzungen des Menschen, um die Arbeitsanforderungen zu erfüllen, sondern sie umfasst zwei Aspekte, nämlich die individuellen Fähigkeiten eines Menschen und die spezifischen Bedingungen und Anforderungen der Arbeit bzw. des Arbeitsplatzes. Stehen Fähigkeiten und Anforderungen im Gleichgewicht, ist Arbeitsfähigkeit gegeben. Der gesundheitliche Zustand und damit die berufliche und persönliche Leistungsfähigkeit sind Schlüsselkomponenten und Voraussetzung für die Arbeitsfähigkeit. Hohe Arbeitsfähigkeit liegt nach Freude et al. (2000) dann vor, wenn die aktuelle Arbeitsfähigkeit als hoch eingeschätzt wird und die derzeitigen Arbeitsanforderungen sehr gut bewältigt werden. Ilmarinen und Tempel (2002) haben diese Faktoren in einem „Haus der Arbeitsfähigkeit“ dargestellt. In vier Etagen werden die wesentlichen Einflussfaktoren wie Gesundheit, Kompetenz, Werte und Arbeit dargestellt. Zusätzlich schließt er noch Einflussfaktoren auf der Makroebene ein, durch die die individuelle Arbeitsfähigkeit beeinflusst werden kann, wie Familie, persönliches Umfeld, regionale Umgebung sowie Gesellschaft, Kultur und Politik. In verschiedenen Studien konnte Ilmarinen zeigen, dass die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern insbesondere durch eine Kombination von verschiedenen Maßnahmen auf den Ebenen des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“ erheblich gesteigert werden konnte. In der vorliegenden Pilotstudie beziehe ich mich auf das Konzept von Seibt und Scheuch (2006). Sie gehen davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index) durch berufliche, gesundheitliche und persönliche Leistungsvoraussetzungen beeinflusst wird.

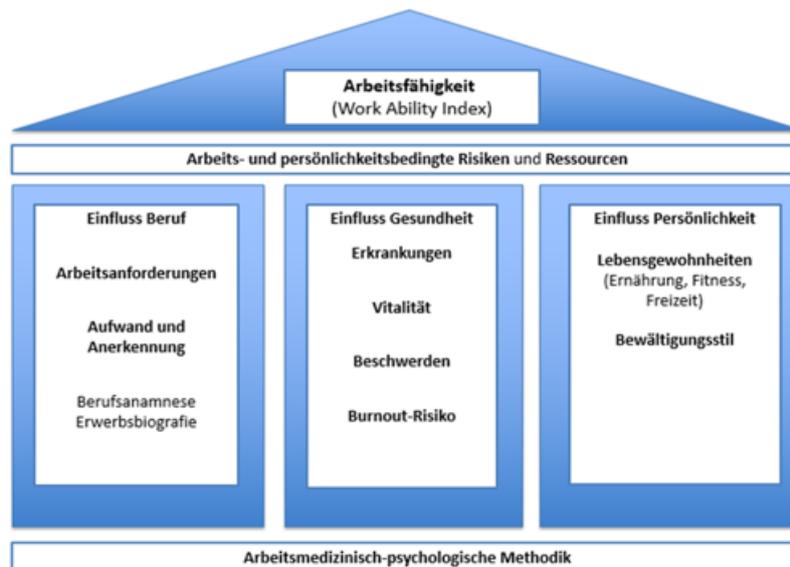


Abbildung 5. Methodik zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit und deren Einflussfaktoren nach Seibt & Scheuch (2006, Abb. 1, S. 22)

Seibt und Scheuch (2006) definieren den Einflussfaktor Beruf durch die Arbeitsanforderungen, den Aufwand und die Anerkennung, die Berufsanamnese und die Erwerbsbiografie. Der Einflussfaktor Gesundheit umfasst sowohl die objektiv als auch die subjektiv erlebte Gesundheit. So werden Erkrankungen, Vitalität, Beschwerden und das Burnout-Risiko erhoben. Der Bereich Persönlichkeit umfasst die Lebensgewohnheiten (Ernährung, Fitness, Freizeit) und die Anforderungsbewältigung (effiziente/ineffiziente Bewältigungsstile bei Arbeitsanforderungen). Alle drei Bereiche bedingen sich gegenseitig und für alle drei Bereiche wurden entsprechende Instrumente ausgesucht. In ihrer Untersuchung „Risikofaktoren und Ressourcen der Arbeitsfähigkeit von Gymnasiallehrerinnen“ stellten sie fest, dass gesundheitliche Aspekte wie psychische Beschwerden, begünstigend für geringe Arbeitsfähigkeit waren (Seibt und Scheuch, 2006). Für Lehrer mit niedriger bzw. hoher Arbeitsfähigkeit konnten unterschiedliche Einflussfaktoren auf den drei Ebenen des Modells identifiziert werden. Danach liegt niedrige Arbeitsfähigkeit vor allem in Zusammenhang mit körperlichen Risikofaktoren vor (geringer Fitnesszustand etc.). Hohe Arbeitsfähigkeit zeichnet sich durch psychische Ressourcen aus (gute Aufwand-Nutzen Balance, kein Burnout, wenig psychische Beschwerden). Das Ziel, dass Lehrer auch noch am Ende ihrer Lebensarbeitszeit leistungsfähig sind, kann durch verhaltenspräventive Maßnahmen erreicht werden. Solch ein Gesundheitskonzept sollte nicht nur die Vermeidung beruflicher Risiken (Belastungsfaktoren) umfassen, sondern auf die Nutzung von Ressourcen abzielen. In der vorliegenden Pilotstudie wird die Auswirkung der ADHS auf die berufliche Belastung untersucht.

Dabei soll geklärt werden, wodurch sich ADHS-Patienten mit verminderter subjektiver Arbeitsfähigkeit von denen mit hoher subjektiver Arbeitsfähigkeit unterscheiden und welcher Zusammenhang zwischen arbeitsbedingten und gesundheitlichen Risikofaktoren bzw. persönlichen Ressourcen und der Arbeitsfähigkeit bestehen.

3 Ziele der Studie, Fragestellungen und Hypothesen

Der hohe Bedarf an Beratung und Betreuung zur beruflichen Integration bei Patienten mit ADHS in der Spezialambulanz ADHS im Erwachsenenalter im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit stellt das Ziel der vorliegenden Arbeit dar. Bisher fehlen wissenschaftliche Studien, die die Arbeitsfähigkeit und die erfolgreiche Vermittlung in Arbeit bei ADHS-Patienten im Erwachsenenalter untersuchen. In dieser Evaluationsstudie soll ein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit und der Wirkfaktoren von störungsspezifischem „Supported Employment“ (SE) durch einen Vergleich des Programms mit Angeboten herkömmlicher Art zur beruflichen Integration erbracht werden. Dabei soll die Überlegenheit des IPS-Ansatzes (Individual Placement und Support) gegenüber Reha-Standardangeboten überprüft werden.

Primäres Zielkriterium der vorliegenden Arbeit ist die Wirksamkeit des IPS-Ansatzes im Vergleich zu herkömmlichen Reha-Standardangeboten. Durch die detaillierte psychometrische Diagnostik wie ADHS-Symptomatik (ADHS-DC), Psychische Befindlichkeit (SCL-90-R), Komorbidität (SKID I), Globales Funktionsniveau (GAF), Arbeitsfähigkeit (O-AFP), Lebensqualität (Q-LES-Q), Arbeitsverhalten (Skala zum Arbeitsverhalten (SZA) -Selbstreport), Coping Strategien (CISS), Individuelle Ressourcen (Ressourcenfragebogen) sollten als **sekundäres Zielkriterium** mögliche Prädiktoren für ein erfolgreiches Absolvieren der jeweiligen Maßnahme und Arbeitsaufnahme identifiziert werden.

Fragestellungen der Studie:

1. Ist der Ansatz IPS als ein Modell des SE ein geeigneter Ansatz, um bei ADHS-Patienten Arbeitsfähigkeit (Af) zu erreichen im Vergleich zu herkömmlichen Reha-Standardangeboten?
2. Führt der Ansatz IPS zu beruflichem Erfolg bei ADHS-Patienten im Vergleich zu herkömmlichen Reha-Standardangeboten?
3. Führt IPS zu einer verbesserten Arbeitsfähigkeit im beruflichen, gesundheitlichen und persönlichen Bereich im Vergleich zu Reha-Standardangeboten?
4. Wie wirkt sich die Art der Arbeitsaufnahme im Rahmen des IPS (Job Placement und Jobcoach) auf die psychische Befindlichkeit und das Funktionsniveau des Patienten aus?

Hypothesen:

1. IPS ermöglicht mehr ADHS-Patienten, in Arbeit zu kommen, als herkömmliche Reha-Standardangebote.
2. IPS führt zu einer verbesserten Arbeitsfähigkeit im beruflichen, gesundheitlichen und persönlichen Bereich im Vergleich zu herkömmlichen Reha-Standardangeboten.
3. IPS führt zu höherem beruflichem Erfolg, der sich in Status und Einkommen zeigt, im Vergleich zu herkömmlichen Reha-Standardangeboten.
4. Die Art der Arbeitsaufnahme in IPS führt zu besserer Befindlichkeit und Erreichen eines höheren Funktionsniveaus im Vergleich zu Reha-Standardangeboten.

Aus den Fragestellungen werden folgende abhängige Variablen abgeleitet:

Arbeitsfähigkeit (Af)

Af soll in Anlehnung an das Konzept von Seibt und Scheuch (2006) in drei Bereichen (Beruf, Gesundheit, Persönlichkeit) erfasst und gemessen werden.

Im Folgenden wurden die diagnostischen Instrumente, die in der vorliegenden Pilotstudie eingesetzt wurden, den drei Bereichen der Arbeitsfähigkeit zugeordnet.

Der Bereich Beruf wird erhoben durch O-AFP, Tiefenprofiling, Stärken-und-Schwächen-Analyse, Arbeitsanforderungen, Ziel- und Förderplan, Arbeitgeberzufriedenheit, Kundenzufriedenheit, Skala zum Arbeitsverhalten (SZA) – Selbstreport, beruflichen Erfolg (Status, Einkommen).

Der Bereich Gesundheit wird durch die ADHS-Diagnostik: ADHS-DC, ADHS-SB, MWT-B, Allgemeines Befinden: SCL-90-R, BDI, STAI, SKID I und GAF erhoben.

Der Bereich Persönlichkeit wird über den Ressourcen- und Coping-Fragebogen, (CISS) und Q-LES-Q erfasst.

4 Studienplan

4.1 Stichprobe

Die Stichprobe umfasst jeweils 25 arbeitslose Patienten mit ADHS (entsprechend DSM-IV Kriterien), jedoch teilweise mit diagnostizierten Komorbiditäten im Alter von 18 – 65 Jahren. Voraussetzung für einen Einschluss in die Pilotstudie war eine stabile medikamentöse Einstellung auf Methylphenidat, Medikinet adult, Atomoxetin und eine Behandlungsrespondanz. In drei Einzelfällen konnte aufgrund von Unverträglichkeit keine medikamentöse Einstellung erfolgen.

4.2 Rekrutierung und Zuweisung

Nach meiner Planung und Konzeption der Pilotstudie wurden 50 Patienten im Zeitraum von Juni 2010 bis Juli 2014 für die Pilotstudie rekrutiert. Zum einen wurden Patienten aus der Zahl der aktuellen ADHS-Behandlungsfälle der Spezialambulanz ADHS bei Erwachsenen am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit rekrutiert. Zum andern wurden Patienten aus der bestehenden Warteliste den Ärzten zur Diagnosestellung zugeführt. Außerdem wurde Kontakt zu einer Praxis niedergelassener Psychiater, die sich u.a. auf die Diagnostik und Therapie von ADHS-Patienten spezialisiert haben, aufgenommen zwecks Rekrutierung von bereits diagnostizierten ADHS-Patienten. Dazu wurden den Ärzten die Einschluss- und Ausschlusskriterien der vorliegenden Pilotstudie mitgeteilt. Nach Diagnosestellung durch die Ärzte der Ambulanz und durch die niedergelassenen Psychiater erfolgte die Vorstellung der Patienten bzw. Kontaktaufnahme mit der Studienleiterin in ihrer Funktion als Sozialarbeiterin. Im Erstkontakt wurden die Patienten in Einzelgesprächen über den Ablauf der Studie informiert, es wurde auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen und es wurde ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung der Teilnahme zur Unterschrift vorgelegt (s. Anhang A). Die Zuweisung erfolgte in zwei Treatmentgruppen mit je 25 Teilnehmern. Patienten wurden nach der Erstberatung entweder der Treatmentgruppe IPS (Individuelle Platzierung und Unterstützung / Individual Placement and Support) zugeordnet oder der zweiten Treatmentgruppe „Reha-Standardangebote.“ Die Zuordnung zu den zwei Treatmentgruppen wurde von der Sozialarbeiterin nach bestimmten Kriterien vorgenommen und mit den Patienten besprochen (s. S. 28). Patienten, die in der eingehenden Beratung über den bisherigen beruflichen Werdegang und jetzige berufliche Situation lediglich arbeitssuchend waren und mit individueller Unterstützung wieder in Arbeit gelangen wollten, wurden der Treatmentgruppe I zugeordnet. Sie verfügten bereits über einen Berufsabschluss und eventueller Berufserfahrung und hatten Interesse an der Hilfestellung über ein Bewerbungstraining - angeboten von einem Jobcoach – sowie an der Teilnahme an einem störungsspezifischem Training. Ziel war es, mit dem Training ein Problembewusstsein über ADHS zu erlangen sowie die Aneignung von Strategien, um besser mit störungsspezifischen Defiziten umzugehen. Es betraf Patienten, die in diesem Angebot die Chance sahen, beruflich wieder integriert zu werden, aber auch unter Berücksichtigung der ADHS-Diagnose eine

aufgenommene Tätigkeit durchhalten zu können. Patienten, die im Erstgespräch eine längere Arbeitslosigkeit aufwiesen, eines Trainings zum beruflichen Wiedereinstieg bedurften oder keinen Berufsabschluss aufwiesen oder aus gesundheitlichen Gründen eher eine berufliche Neuorientierung anstrebten (z.B. Umschulung) wurden zunächst bzw. im Erstkontakt über die gesetzlichen Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation, Klärung der Anspruchsvoraussetzungen und Beantragung der Teilhabe am Arbeitsleben beim zuständigen Rententräger oder bei der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter beraten. Danach erfolgte in Abstimmung mit dem Patienten die Zuordnung zur Treatmentgruppe II (Reha-Standardangebote) sowie Unterstützung und Hilfestellung bei der Beantragung von Reha-Leistungen (Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben).

Eine geplante Randomisierung, d.h., Patienten nach dem Zufallsprinzip einer Experimentalgruppe und einer Kontrollgruppe zuzuordnen, ließ sich im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht durchführen. Die Studienteilnehmer bildeten keine homogene Gruppe, sondern bestanden hinsichtlich Zielsetzung und Motivation aus zwei Gruppen. Aufgrund der hohen Anforderung zur Aufnahme in die Pilotstudie (Einschlusskriterien) konnten viele ADHS-Patienten aus der Spezialambulanz ADHS bei Erwachsenen der Pilotstudie nicht zugeführt werden. Dadurch ergaben sich in der Rekrutierungsphase letztendlich zwei Patientengruppen mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Erwartungen. Zum einen gab es die Gruppe der arbeitslosen, qualifizierten ausgebildeten und bereits berufserfahrenen Erwachsenen mit ADHS, die möglichst schnell die Wiederaufnahme einer Tätigkeit mit professioneller Hilfestellung anstrebten, u.a. um wieder unabhängig von öffentlicher Unterstützung leben zu können. Zum anderen gab es eine zweite Gruppe von ADHS-Erwachsenen, die zum Teil eine Ausbildung, lange Zeiten von Berufserfahrung, aber auch lange Arbeitslosigkeitszeiten vorwiesen und eher die professionelle Unterstützung für eine berufliche Reha-Maßnahme zur Qualifizierung oder zu beruflicher Neuorientierung mit einem Berufsabschluss anstrebten, um danach wieder eine Chance der Vermittlung auf einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erhalten. Sie suchten Beratung und Hilfestellung für einen Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben. Deshalb fiel zu Beginn der Pilotstudie die Entscheidung, die beiden Gruppen als Treatmentgruppe I und II in die Pilotstudie aufzunehmen.

4.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Patienten müssen die DSM-IV Kriterien für ADHS, gemessen durch die ADHS-Checkliste, erfüllen.

1. arbeitssuchend
2. Pharmakotherapie
3. Alter: 18 – 65 Jahre
4. Einzugsgebiet: Mannheim und Rhein-Neckar-Kreis
5. Negativer Drogenurin
6. Zustimmung zur Teilnahme an der Studie nach ausführlicher Information.

Als Ausschlusskriterien wurden

1. Suchterkrankung (Abstinenz seit mindestens 6 Monaten)
2. Suizidalität **formuliert**.

4.4 Studiendesign

Das Design ist ein nicht randomisiertes Messwiederholungsdesign. Patienten der Treatmentgruppe I erhielten eine Intervention (IPS = individuelle Platzierung und Unterstützung), die mehrere Phasen und Messzeitpunkte umfasste: Messzeitpunkt T0 (Screening) erfolgte in Woche 0 (Phase 1), zudem Angebot der Vorbereitung des Profiling, individuelle Ziel- und Förderplanung sowie Angebot der Vermittlung auf einen Arbeitserprobungsplatz für 4 Wochen im Rahmen der „Mannheimer Starthilfe“ oder auf einen neu zu akquirierenden Arbeitserprobungsplatz in Zusammenarbeit mit dem Patienten in seiner Wohnortnähe. Dies erfolgte mit begleitendem Coaching individuell und nach sozialen und berufsspezifischen Kriterien durch die Sozialarbeiterin und mit Rückmeldung durch den Betrieb. Ziel war die Belastungserprobung oder die berufliche Neuorientierung. Nach 6 Wochen folgte T1 (Phase 2) mit einer Trainings- und Schulungseinheit nach vorheriger Auswertung der Arbeitserprobung. Das Training bezog sich auf die berufsbezogenen Fertigkeiten wie Bewerbungstraining, Kommunikation und Verhalten am Arbeitsplatz und wurde von einem Jobcoach angeboten und durchgeführt. Außerdem erfolgte ein Training störungsbezogener Fertigkeiten mit anschließender Zielüberprüfung, durchgeführt von einer Diplompsychologin. Messzeitpunkt T2 erfolgte nach 10 Wochen, gefolgt von der Vermittlungsphase (15 Wochen variabel) zwecks Arbeitsaufnahme, Messzeitpunkt T3 nach 25 Wochen und die Nachbetreuung, Messzeitpunkt T4 nach 52 Wochen. Die Messzeitpunkte T0 – T4 bei den Patienten der Treatmentgruppe II / Reha-Standardangebote wurden analog zur Treatmentgruppe I in Woche 0 (Screening / T0), nach 6 Wochen T1, nach 10 Wochen T2, nach 25 Wochen T3 und nach 52 Wochen T4 durchgeführt.

5 Interventionen

5.1 Intervention Treatmentgruppe I (IPS)

Die Intervention IPS in der Treatmentgruppe I umfasste 4 Phasen

(s. dazu Tabelle 21: „Gruppenplan mit Darstellung beider Maßnahmen“ im Anhang“):

Vorbereitungsphase (6 Wochen), Aktivierungsphase mit Training und Schulung (4 Wochen), Vermittlungsphase (15 Wochen variabel), Nachbetreuung (27 Wochen variabel), welche ab Arbeitsvermittlung möglich war (fakultativ). Phase 1 begann mit dem Tiefenprofiling durch die Sozialarbeiterin, Ausfertigung der Basisdokumentation mit soziobiografischen Daten, außerdem wurden im Erstgespräch die gesundheitlichen Daten erfasst und eine Stärken-und-Schwächen-Analyse (arbeitsbezogene Fähigkeiten, gesundheitliche Situation, psychische Belastbarkeit) vorgenommen. In einem zweiten Gespräch wurde eine individuelle Ziel- und Förderplanung, in der mit dem Teilnehmer Teilziele festgelegt wurden, erstellt. Die 4-wöchige Arbeitserprobung in einem Betrieb wurde von der Sozialarbeiterin organisiert, begleitet und betreut. Nach der Arbeitserprobung wurde die Rückmeldung der Arbeitgeber über Leistungs- und Sozialverhalten ausgewertet und es erfolgte die Motivierung des Teilnehmers für das anschließende Training und die Schulung. In der Trainingsphase wurden berufsbezogene Schlüsselqualifikationen (z.B. Bewerbungstraining, Kommunikationstraining, Konfliktbewältigung) und störungsbezogene Fertigkeiten (z.B. Impulskontrolle, Stressmanagement) vermittelt. Das Training berufsbezogener Fertigkeiten umfasste für jeweils 8-11 Teilnehmer 2 Einheiten (Vormittage mit je 4 Stunden), was inhaltlich ein Bewerbungstraining, Kommunikation und Verhalten am Arbeitsplatz umfasste. Durchgeführt wurde es vom Jobcoach der Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, einem staatlich anerkannten Integrationsbetrieb. Das störungsspezifische Fertigkeiten-Coaching wurde in Anlehnung an einzelne Module des Gruppentherapieprogramms von Hesslinger et al. „Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter“ (Hesslinger et al., 2004) unter Berücksichtigung der für den Arbeitskontext notwendigen Fertigkeiten konzipiert. Insgesamt umfasste das Fertigkeiten-Training, durchgeführt von einer Diplompsychologin und Psychologischen Psychotherapeutin, 5 Einheiten:

- Organisationsstrategien
- Stressbewältigung
- Emotionsmanagement
- Impulskontrolle
- Kommunikationstraining

Der Fokus während des Trainings war die Vermittlung von Informationen und Strategien zum Umgang mit ADHS im beruflichen Kontext. Es wurden den Teilnehmern zu den einzelnen Themen verschiedene funktionale Strategien vorgestellt, wobei dabei auch theoretische und / oder verhaltenstherapeutische

Modelle aus der Psychologie (z.B. biologische Stresstheorie nach Seyle vs. Psychologische Stresstheorie nach Lazarus, Verhaltensanalyse impulsiver Handlungen) herangezogen und die Implikationen für die Teilnehmer besprochen wurden. Gleichzeitig wurde an die praktischen Erfahrungen der Trainingsgruppe in der Umsetzung von bestimmten Methoden und Strategien angeknüpft. Bestandteil jeder Trainingseinheit waren Hausaufgaben am Ende der Sitzung, die den Patienten einen Transfer und eine Umsetzung im Alltag erleichtern sollten. Die Erfahrungen mit dem Umsetzen neu erlernter Techniken wurden zu Beginn der nächsten Trainingseinheit jeweils mit den Teilnehmern der Runde besprochen. Es wurden zwei Trainings mit je 8 Teilnehmern durchgeführt und die letzte Trainingsgruppe umfasste 11 Teilnehmer. Danach – in Phase 3 – erfolgte für einen Zeitraum von 15 Wochen die Unterstützung durch die Sozialarbeiterin, um über Bewerbungen einen Arbeitsplatz zu erhalten, oder die Vermittlung und Platzierung auf einen Arbeitsplatz, bei Bedarf mit einer 4-wöchigen Trainingsmaßnahme. Die Nachbetreuung, angeboten von der Sozialarbeiterin, in Form von Kriseninterventionen oder Konfliktgesprächen, Coaching, Beratung des Arbeitgebers war variabel für 27 Wochen vorgesehen.

5.2 Intervention Treatmentgruppe II (Reha-Standardangebote)

Die Intervention „Reha-Standardangebote“ in der Treatmentgruppe II umfasste ebenfalls 4 Phasen:

In Phase 1 erfolgte ein Tiefenprofilung durch die Sozialarbeiterin, Ausfertigung der Basisdokumentation, eine Stärken-und-Schwächen-Analyse. Die Teilnehmer wurden individuell beruflich beraten, eine individuelle Ziel- und Förderplanung wurde erstellt, Arbeitserprobungen (4 Wochen mit einer täglichen Einsatzzeit von 4 Stunden) wurden unter realistischen Bedingungen im Rahmen der „Mannheimer Starthilfe“ in Mannheimer Betrieben oder neu akquirierten Betrieben ortsnahe bei den Teilnehmern zur Belastungserprobung (Leistungs- und Sozialverhalten) oder beruflichen Orientierung eingeleitet und durchgeführt. Danach erfolgte in Phase 2 die Auswertung der Arbeitserprobung, das Erarbeiten einer beruflichen Perspektive, Beratung und Hilfestellung bei der Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beim jeweiligen Rententräger oder bei der jeweiligen Agentur für Arbeit oder dem jeweiligen Jobcenter. Danach erfolgte die Zielüberprüfung der Ziel- und Förderplanung von Phase 1. In Phase 3 fand in der Regel nach einem Beratungsgespräch des Teilnehmers beim Rententräger oder bei der Agentur für Arbeit / beim Jobcenter die Durchführung der Reha-Maßnahme statt. Dies konnte zunächst eine Berufsfindungsmaßnahme sein, eine Arbeitserprobung, eine Trainingsmaßnahme (betrieblich oder überbetrieblich) und / oder eine Vorbereitungsmaßnahme, gefolgt von einer Umschulungsmaßnahme für einen neuen Beruf. Nach Abschluss einer Maßnahme in Phase 4 erfolgte die Nachbetreuung mit dem Ziel der beruflichen Eingliederung und Arbeitsaufnahme.

6 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden soll nun auf die Erhebungsinstrumente der Pilotstudie eingegangen werden. Auch wenn die Effektivität von individueller Platzierung und Unterstützung (IPS) etabliert ist und vielfach beschrieben wird (Bond et al. 2008, Kalkan et al. 2009, Campbell et al. 2010, Bond et al. 2012, Hoffman et al., 2012, Hoffmann et al. 2014) u. a. auch in der DGPPN Leitlinie (2013), ist der Ansatz der IPS von Supported Employment für die Gruppe der Erwachsenen mit ADHS noch wenig erforscht, insbesondere in Bezug auf die **Arbeitsfähigkeit** mit Auswirkungen im Speziellen auf die Bereiche **Beruf, Gesundheit und Persönlichkeit**. ADHS-Patienten erleben hinsichtlich **Arbeitsfähigkeit** aufgrund der Symptomatik Einschränkungen in den drei oben genannten Bereichen. Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit wird durch Einschränkungen des psychischen Funktionsniveaus erschwert und die allgemeine Lebensqualität wird reduziert. In der vorliegenden Pilotstudie soll die Wirksamkeit von IPS anhand der Arbeitsfähigkeit des Einzelnen, die durch psychische Befindlichkeit bzw. seines psychischen Funktionsniveaus, seiner persönlichen Ressourcen und anhand von beruflichen Leistungsvoraussetzungen definiert wird (Seibt und Scheuch, 2006), untersucht werden. Alle drei Bereiche bedingen sich wechselseitig. Seibt und Scheuch (2006) stellen fest, dass Patienten verschiedener Berufe vor vielfältigen Herausforderungen stehen bzw. gestellt werden hinsichtlich unterschiedlicher Leistungsniveaus, unterschiedlicher Berufsabschlüsse. Viele Merkmale des Arbeitsplatzes, der Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen können für das Beanspruchungserleben folgenreich sein. Belastungsfaktoren können unterschiedlich ausgeprägt sein. Laut WHO (2006) gebe es keine „Gesundheit ohne psychische Gesundheit.“ Erfassbar ist Gesundheit nur anhand seiner Komponenten. Für die psychische Gesundheit als Teilkomponente von Gesundheit gibt es ebenfalls keine einheitliche und verbindliche Definition (Schumacher & Brähler, 2004). Nach einer WHO-Definition (2006a) ist psychische Gesundheit als ein Zustand von Wohlbefinden zu verstehen, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpft, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist ihren Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten. Dies impliziert Aspekte der Selbstwirksamkeit, Autonomie, Kompetenz und Selbstaktualisierung. Steinmann (2005) geht davon aus, dass psychische Gesundheit durch biologische und psychologische Faktoren bedingt und maßgeblich von persönlicher Disposition, individuellem Verhalten sowie sozialen, sozioökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren beeinflusst wird. Die Auswirkungen der ADHS führen zu erheblichen Beeinträchtigungen der Gesundheit und der Leistung bei den Betroffenen.

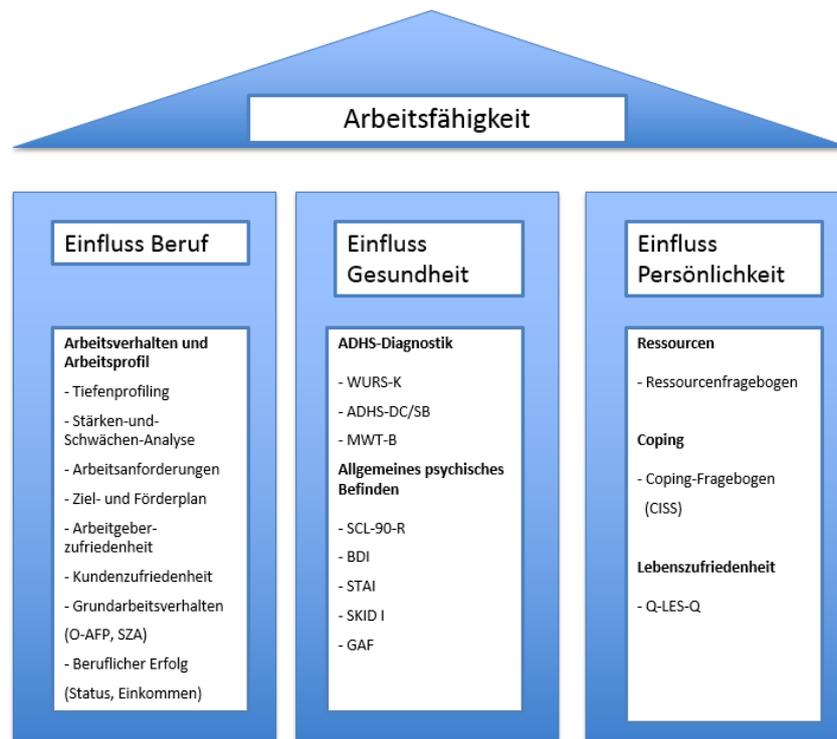


Abbildung 6. Erfassung der Arbeitsfähigkeit in drei Bereichen modifiziert nach Seibt & Scheuch (2006, Abb. 1, S. 22)

Die in der vorliegenden Pilotstudie verwandten Instrumente werden im Folgenden den drei Bereichen (s. Abb. 5 aus dem Theorieteil) nach Seibt und Scheuch (2006) zugeordnet. Der **Bereich Beruf** wurde erhoben durch Tiefenprofilung, Stärken- und Schwächen-Analyse, Anforderungsbogen (Was erwarten Arbeitgeber? – die häufigsten Anforderungen), Ziel- und Förderplan, Arbeitgeberzufriedenheit, Kundenzufriedenheit, Ratingbogen des Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofils, - O-AFP, Skala zum Arbeitsverhalten (SZA) – Selbstreport. Der **berufliche Erfolg** wurde über einen selbst entwickelten Fragebogen mit Angaben zu erreichtem Status und Einkommen gemessen. Der **Bereich Gesundheit**: Als Diagnoseinstrumente wurden die ADHS-Diagnose-Checkliste -ADHS-DC eingesetzt, die Selbstbeurteilung durch den Patienten wurde mit Hilfe des ADHS-Selbstbeurteilungsbogens (ADHS-SB) durchgeführt. Ergänzend zur ADHS-DC /SB wurde die Wender Utah Rating Scale (WURS-K) eingesetzt, um das Auftreten von ADHS-Symptomen in der Kindheit zu erfassen. Das Intelligenzniveau wurde unter Einsatz des Mehrfachwahlwort-Schatztests (MWT-B) in Form von Selbstrating durch den Patienten erhoben. Zur vollständigen Diagnostik eines ADHS-Patienten gehört die Testung der Intelligenz, die mittels des MWT-B vorgenommen wurde. Für das Erfassen des allgemeinen Befindens wurde die Symptom-Checkliste – SCL-90-R, der Beck Depression Inventory-BDI, das State-Trait-Anxiety-Inventory (Form X-I) STAI-S zur Selbstbeurteilung durch den Patienten eingesetzt. Als Fremdbeurteilungsinstrument wurde die DSM IV Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF-Skala) eingesetzt. SKID I-Diagnosekodierung wurde zur Fremdbeurteilung als

Diagnoseinstrument verwandt. Mit dieser Auswahl der Instrumente sollten die wichtigsten Komorbiditäten von ADHS erfasst werden. Der **Bereich Persönlichkeit** wurde mit den Selbstbeurteilungsinstrumenten Ressourcenfragebogen, dem Deutschen 24-Item Kurzform-Fragebogen des „Coping-Inventory for Stressful Situations“ (CISS) und dem Lebensqualitätsfragebogen zu Lebensfreude und Zufriedenheit – Q-LES-Q erhoben.

Die nachfolgend beschriebenen Verfahren wurden unter dem Gesichtspunkt der indikationsorientierten Diagnostik und Evaluation ausgewählt. Es handelt sich ausschließlich um Methoden der Fremdbeurteilung und Selbstbeschreibung. Eine Kurzbeschreibung des jeweiligen Verfahrens soll Auskunft geben über die diagnostische Zielsetzung und die verwendete Erhebungsmethodik. Des Weiteren werden die theoretischen Hintergründe der Verfahrensentwicklung und die Gütekriterien des Erhebungsinstrumentes ausgeführt.

6.1 Wender Utah Rating Scale (WURS-K), (Rösler et al., 2008)

Zur diagnostischen Abklärung einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen ist es notwendig, retrospektiv die Krankheitssymptome zu erfassen, die bereits im Kindesalter bestanden. Ein hierfür von Wender (1971) entwickelter Fragebogen ist die „Wender Utah Rating Scale“ (WURS), eine Selbstbeurteilungsskala, die zunächst 61 Items umfasste. Dafür wurde die von Redundanz befreite und gestraffte Kurzform mit 25 Items entwickelt, um eine standardisierte Befragung der Testpersonen ökonomischer zu gestalten (Ward et al., 1993). Für den deutschen Sprachraum liegt eine Kurzversion (WURS-K) vor (Retz-Junginger et al., 2002), die für diese Pilotstudie verwandt wurde. Der Bogen wurde zum Messzeitpunkt T0 eingesetzt. Die ADHS-assoziierten Auffälligkeiten und Symptome des Kindesalters, die im Kindesalter von ca. 8-10 Jahren bestanden, werden über die 25 Items abgefragt. Es stehen für die retrospektive Schweregradeinstufung fünf Antwortalternativen zur Verfügung. Die fünf Antwortalternativen werden wie folgt skaliert:

0 = „nicht oder ganz gering ausgeprägt“

1 = „gering ausgeprägt“

2 = „mäßig ausgeprägt“

3 = „deutlich ausgeprägt“

4 = „stark ausgeprägt“

Unter Auslassung der vier Kontrollitems (4, 12, 14 und 25) wird ein Summenwert ermittelt, der zwischen 0 und 84 liegen kann. Das Ausmaß der früher bestandenen Verhaltensauffälligkeiten wird somit wiedergegeben.

Reliabilität:

Die Stabilität des erfassten Konstrukts wird unterstrichen, indem die Retestreliabilität von n=110

unbehandelten Patienten bei einem Zeitintervall von 4-11 Wochen zwischen den Messzeitpunkten mit .90 hoch lag. Als für gut empfunden wird ebenfalls die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) mit .91 für die Gesamtskala (n=1629). Nach Rösler, Retz-Junginger et al. (2008), erreicht die Split-half-Reliabilität einen positiven Wert von .85 bei derselben Stichprobe. Der Nachweis der konvergenten und divergenten **Validität** konnte dadurch erbracht werden, dass die Kurzform mit der 61 Items umfassenden Originalfassung mit .94 (n=577) korrelierte. Die Skalen „Impulsivität“ und „Waghalsigkeit“ des Eysenckschen Impulsivitätsfragebogens sowie die Skalen „Lebenszufriedenheit“, „Gehemmtheit“, „Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Beanspruchung“, „körperliche Beschwerden“, „Offenheit“ und „Emotionalität“ des Freiburger Persönlichkeitsinventars (Fahrenberg, Hampel und Selg, 2010) korrelieren signifikant mit dem Gesamtwert der WURS-K (Rösler, Retz-Junginger et al., 2008). Nach Rösler, Retz-Junginger et al. (2008) war zu erwarten, dass die meisten Korrelationen eher gering ausfallen (max. 25 % gemeinsame Varianzaufklärung), da es sich um eine retrospektive Einschätzung handelt, bezogen auf die damalige Symptomatik. Festgelegt wurde der Cut-off-Wert mit 46 Punkten. Ein Indikator für ADHS-Symptome im Kindesalter stellen diese und auch höhere Werte dar. Wie Rösler, Retz-Junginger et al. (2008) angeben, liegen sowohl Mittelwerte als auch Standardabweichungen und Interkorrelationen von sechs verschiedenen Untersuchungsgruppen vor (n=1629). Außerdem liegen bei ihnen auch Daten von 86 Personen vor, bei denen in der Vergangenheit ADHS diagnostiziert wurde. Der Einsatz des Verfahrens wird von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, Ebert et al., 2003) empfohlen.

6.2 ADHS-Diagnose Checkliste – ADHS-DC (Rösler et al., 2004)

Die diagnostische Checkliste (ADHS-DC) als Standardversion und als Fremdbeurteilungsskala für Experten diente der Diagnosestellung einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen auf der Basis der diagnostischen Kriterien von DSM-IV und ICD-10 und wurde zum Messzeitpunkt T0 erhoben. Wie die Selbstbeurteilungsskala ADHS-SB wurde die Fremdbeurteilungsskala ADHS-DC in Anlehnung an die 18 DSM-IV-/ICD-10 Kriterien entwickelt und um vier weitere Items ergänzt. Diese erfragen das Auftreten in bestimmten Lebenssituationen, den Leidensdruck und die Funktionsfähigkeit. Die Quantifizierung der diagnostischen Einzelmerkmale in Form einer Graduierung von 0 („nicht vorhanden“) bis 3 („schwere Ausprägung“) macht es möglich, in einer Verlaufsbeobachtung eventuelle Effekte einer Intervention abzubilden. Die Auswertung der diagnostischen Checkliste zur ADHS erfolgt ebenfalls nach den Entscheidungsregeln von DSM-IV/ICD-10. Zusätzlich müssen Kriterien 19 und 20 erfüllt sein („Schwierigkeiten bestanden schon in der Schulzeit und treten in verschiedenen Lebenssituationen auf“) und entweder Kriterium 21 „Leidensdruck“ oder Kriterium 22 „Funktionsfähigkeit“.

Itembeispiel aus dem Fragebogen:

Patient ist häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei der Arbeit oder bei sonstigen Aktivitäten (z.B.

Lesen, Fernsehen) aufrechtzuerhalten. Die schriftliche Instruktion wendet sich an den Untersucher, dieser soll beurteilen, ob bzw. in welchem Umfang die folgenden Symptome vorliegen. Alle verfügbaren Informationen wie Schilderung des Patienten, Verhaltensbeobachtungen und fremdanamnestische Befunde werden herangezogen. Der Bewertungszeitraum wird mit der vorangegangenen Woche angegeben. Die diagnostische Checkliste umfasst 22 Items, die inhaltlich an die Kriterien von ADHS bzw. an die einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung nach DSM-IV und ICD-10 angelehnt sind. Die Formulierungen wurden dem Erwachsenenalter angepasst. Der Überprüfung der Aufmerksamkeitsstörung dienen die ersten neun Items sowie weitere neun Items der Impulsivität und der motorischen Überaktivität, die entsprechend dem Erwachsenenalter formuliert wurden. Untersucht wurden die Itemschwierigkeiten und Trennschärfen der Items an n=145 erwachsenen ADHS-Patienten (58 % Männer; durchschnittliches Alter 33 Jahre). Im Bereich der Aufmerksamkeitsstörung zeigen sich die höchsten Schwierigkeitsindizes von .63 bis .93. Niedrige Werte (.47 bis .80) sind bei den Überaktivitäts-/Impulsivitätsmerkmalen zu finden. Deutlich über der kritischen Grenze von .30 liegen die Trennschärfen mit Werten zwischen .49 und .71 und sind somit als günstig anzusehen (Rösler, Retz-Junginger et al., 2008). Bei einer Stichprobe mit 20 erwachsenen Patienten mit Verdacht auf ADHS und verschiedenen Beurteilern konnte die Objektivität festgestellt werden. Überprüft wurde außerdem die Interrater-Reliabilität an n=20 Patienten, wo der Verdacht auf ADHS bestand. Bei einer Diagnosestellung nach ICD-10 ergab sich eine Übereinstimmung von .83 (Cohens Kappa). Wurden die Diagnosen nach DSM-IV, jedoch ohne Subtypen dabei zu berücksichtigen, gestellt, ergab sich eine völlige Übereinstimmung (1.00). Mit Berücksichtigung der Subtypen zeigte sich immer noch ein Wert von .84.

6.3 ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB), (Rösler, M. & Retz, W., 2008)

Der Selbstbeurteilungsbogen wurde für unterschiedliche Ziele entwickelt, als Screeningverfahren, als Teil einer klassifikatorischen Diagnostik und zur Quantifizierung des Schweregrades der aktuellen ADHS-Symptomatik. In der vorliegenden Pilotstudie wurde der Bogen zu den Messzeitpunkten T0 und T3 eingesetzt. Der ADHS-SB und die ADHS-DC ergänzen sich hervorragend als Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument, die sich zudem nicht auf eine dichotome Klassifizierung beschränken, sondern durch die Skalierung die Möglichkeit der Schweregradeinschätzung und der Verlaufsbeobachtung bieten. Die ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) umfasst 18 diagnostische Kriterien von DSM-IV und ICD-10. Diese sind sprachlich dem Zweck der Selbstbeurteilung angepasst. Es wird eine gute Validität für den ADHS-SB angegeben, zudem liegen Werte über Sensitivität und Spezifität vor. So wird bei einem Cut-off-Wert von 18 eine Sensitivität von .65 und eine Spezifität von .92 angegeben. Bei einem Cut-off-Wert von 15 lautet die Sensitivität .77 und die Spezifität .75. Bei einem Cut-off-Wert von 10 wird eine Sensitivität von .88 und eine Spezifität von .67 erreicht. Dazu führen Rösler, Retz -Junginger et al. (2008) aus, dass sich ein Cut-off-Wert von 10 empfiehlt, wenn man möglichst keine Patienten übersehen will (hohe Sensitivität).

Dies habe jedoch den Nachteil, auch viele Gesunde als krank einzuschätzen. Sollen jedoch möglichst wenige falsch positive Urteile gefällt werden (hohe Spezifität), sei ein Cut-off-Wert von 18 zweckmäßiger, bei dem allerdings auch viele wirkliche ADHS-Patienten übersehen werden. Den Autoren zufolge wird das beste Verhältnis zwischen Sensitivität und Spezifität bei einem Cut-off-Wert von 15 erreicht. An verschiedenen Stichproben untersucht und für gut befunden wurde die Reliabilität (interne Konsistenz, Retest-Reliabilität, Split-half-Reliabilität, Interrater-Reliabilität je nach Verfahren). Der ADHS-SB als Selbstbeurteilungsskala in Anlehnung an DSM-IV und ICD-10 hat eine Skalierung von 0 = „nicht vorhanden“ bis 3 = „schwer“ ganz im Unterschied zu den dichotomen Antwortmöglichkeiten der diagnostischen Klassifikationssysteme. Ziel war es, Syndromscores für die drei Subskalen „Aufmerksamkeit“, „Überaktivität“ und „Impulsivität“ und damit auch die Möglichkeit der Bildung eines Summenwertes für die Gesamtskala zu erhalten. Es erfolgte eine Übernahme der 18 Kriterien aus DSM-IV und ICD-10. Diese wurden an die Lebensbezüge Erwachsener angepasst und sprachlich modifiziert (Rösler, Retz-Junginger et al., 2008). Der Fragebogen wird nach dem diagnostischen Algorithmus von ICD-10 bzw. DSM-IV ausgewertet und entspricht damit den Anforderungen für die klassifikatorische Diagnostik (Rösler, Retz-Junginger et al., 2008). Es bestehen noch keine Normwerte für die Schweregradbestimmung, sondern lediglich Referenzwerte unselektierter Stichproben, die vorstellig wurden mit dem Ziel einer Abklärung der ADHS.

6.4 Symptom-Checkliste – SCL-90 –R von L.R. Derogatis (2. überarbeitete Auflage. Dt. Version von G.H. Franke, 2002)

Die „Symptom-Checkliste“ SCL-90-R ist ein Selbstratinginstrument, was 90 Items umfasst und erstmals in der englischsprachigen Version von Derogatis (1977) veröffentlicht wurde. Sie dient der Erfassung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraums von sieben Tagen. Für die vorliegende Pilotstudie wurde die deutsche Version (Franke, 1995) verwendet, die sich inhaltlich vollständig mit der englischsprachigen Version deckt; sie wurde zu den Messzeitpunkten T0, T1, T2, und T3 erhoben. Die jetzt vorliegende Form geht auf eine Weiterentwicklung der Hopkins-Symptom-Check-List (HSCL) von 58 auf jetzt 90 Items zurück. Mit der SCL-90-R wird ein breites Spektrum psychischer Beschwerden und der krankheitsbedingte psychische Leidensdruck erfasst. Die Auswertung erfolgt über die Zusammenfassung von 83 der 90 Items zu neun Symptomfaktoren:

Somatisierung (SOMA)

Die psychische Belastung, die durch die Wahrnehmung von körperlichen Dysfunktionen entsteht, wird in dieser 12 Items umfassenden Skala gemessen. Die Items umfassen einfache körperliche Beschwerden bis hin zu funktionellen Störungen, wobei der Fokus auf kardiovaskulären, gastrointestinalen und respiratorischen Beschwerden liegt. Aber auch Schmerzsymptome und dissoziative Symptome, wie Parästhesien, finden hier Eingang. Patienten mit hoher Belastung leiden z.B. unter Kopfschmerzen, Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen, Schwächegefühlen in einzelnen Körperteilen oder Schweregefühl in Armen und Beinen,

Hitzewallungen oder Kälteschauer.

Zwanghaftigkeit (ZWAN)

Die Breite dieser Skala reicht von leichten Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägten Zwangssymptomen und umfasst 10 Items. Patienten mit hohen Werten in dieser Skala leiden unter Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, unter übertriebener Ordentlichkeit und Kontrollzwängen.

Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI)

Unbeholfenheit im sozialen Kontakt bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit, der Minderwertigkeit und der Selbstabwertung im Vergleich mit anderen zeichnet sich durch hohe Werte in dieser 9 Items umfassenden Skala aus. Neben Verletzlichkeit und Kränkbarkeit findet hier auch das Leiden der starken Befangenheit im Umgang mit anderen Eingang oder Unbehagen z.B. beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit.

Depressivität (DEPR)

Die Spannweite dieser 13 Items umfassenden Skala reicht von der Traurigkeit bis hin zur manifesten Depression. Erfasst werden somatische und kognitive Korrelate der Depression, wie z.B. dysphorische Stimmungen, verringertes Interesse an den Dingen des täglichen Lebens, Antriebsarmut, Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken. Patienten mit hohen Werten leiden z.B. unter Energielosigkeit, Verminderung ihres Interesses, Verlangsamung in den Bewegungen, Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft, unter dem Gefühl, wertlos zu sein.

Ängstlichkeit (ÄNG)

Die 10 Items umfassende Skala beschreibt körperlich spürbare Nervosität bis hin zu starker Angst. Typische Symptome, die in dieser Skala zu finden sind: Spannungen, Zittern, Panikattacken und Schreckgefühle, umfassende Gefühle von Besorgnis und Furcht. Es wurden sowohl kognitive als auch somatische Korrelate der Angst aufgenommen, nicht jedoch die phobische Angst, die an bestimmte Objekte oder Situationen gebunden ist. Skala 7 erfasst die phobische Angst. Patienten mit hohen Werten leiden unter starker Ruhelosigkeit, dem Gefühl, dass ihnen etwas Schlimmes passieren wird, oder unter schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen.

Aggressivität / Feindseligkeit (AGGR)

Patienten, die hohe Werte in dieser 6 Items umfassenden Skala erreichen, leiden unter Gedanken, Gefühlen und Handlungen, die von Ärger, Aggression und Reizbarkeit geprägt sind. Die Skala reicht von leichter Reizbarkeit und Verärgerung bis hin zu manifesten aggressiven Ausbrüchen mit feindseligen Aspekten.

Phobische Angst (PHOB)

Die Spannweite dieser 7 Items umfassenden Skala reicht von dem leichten Gefühl der Bedrohung bis zur massiven phobischen Angst. Hier finden die Ängste Eingang, die an bestimmte Orte, Objekte oder Situationen gebunden sind und zu Vermeidungs- oder Fluchtverhalten führen. Beispiele sind die Angst vor offenen Plätzen, Unwohlsein oder Angst in öffentlichen Räumen oder Verkehrsmitteln oder die Angst, alleine gelassen zu werden.

Paranoides Denken (PARA)

Diese Skala umfasst in 6 Items Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken. Paranoides Verhalten wird in dieser Skala grundsätzlich als inhaltliche Denkstörung verstanden. Primäre Aspekte der Störung werden mit Gedankenprojektion, Argwohn, Feindseligkeit, Grandiosität, Einengung, Angst vor Autonomieverlust und wahnhaftige Täuschungen angegeben. Patienten mit hohen Werten leiden unter dem Gefühl, dass andere an den meisten ihrer Schwierigkeiten schuld sind, dass andere sie beobachten oder über sie reden, man den meisten Leuten nicht trauen kann, dass andere ihnen nicht genügend Anerkennung zollen.

Psychotizismus (PSYC)

Das Gefühl der sozialen Isolation und Entfremdung und die schweren Symptome einer manifesten Psychose bilden die Ausprägungsextreme dieser 10 Items umfassenden Skala. Dazu zählen ebenso ein bizarrer, schizoider Lebensstil, wie auch Halluzinationen und Gedankenzerfall. Patienten mit hohen Werten leiden unter der Idee, dass jemand Macht über ihre Gedanken hat, unter Hören von Stimmen und Einsamkeitsgefühlen, wenn sie in Gesellschaft sind.

Zusatzfragen

Außerdem gibt es sieben Zusatzfragen, die inhaltliche Fragen nach schlechtem Appetit, Einschlafschwierigkeiten und Gedanken an den Tod und ans Sterben, nach Schuldgefühlen und nach unruhigem oder gestörtem Schlaf umfassen, wobei diese Zusatzfragen keiner Skala zugeordnet werden. Stattdessen gehen diese Items in die Berechnung der drei globalen Kennwerte ein. Die drei globalen Kennwerte erlauben das Antwortverhalten zu beurteilen. Über die grundsätzliche psychische Belastung sagt der Global Severity Index (GSI) etwas aus. Die Intensität der Antworten wird durch den Positive Symptom Distress Index (PSDI) gemessen und die Anzahl der Symptome, bei denen ein Leidensdruck vorliegt, misst der Positive Symptom Total (PST). Somit werden neun primäre Skalen und drei Globale Kennwerte in der SCL-90-R ausgewertet. Es handelt sich dann um ein psychologisch auffallend belastetes Ergebnis, wenn der Globale Belastungs-Index einem T-Wert von 63 entspricht.

Itembeispiele sind: „Wie sehr litten Sie unter...?“

- Nervosität oder innerem Zittern
- Dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein
- Dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann
- Kreuzschmerzen
- Schreck- oder Panikanfällen

Zu den Gütekriterien der SCL-90-R ist anzuführen, dass sowohl eine gute Reliabilität als auch eine gute Validität gegeben ist. Die Prüfung der Reliabilität (Handbuch von Derogatis, Deutsche Version, von Gabriele Helga Franke, 2002) ergab bei einer großen Stichprobe eine interne Konsistenz (Cronbachs alpha) der neun Skalen zwischen $r_{\min} = 0,75$ (PHOB) und $r_{\max} = 0,87$ (DEPR). Die Test-Retest-Reliabilität der SCL-90-R weist gute Werte auf und kann dadurch zur Messwiederholung eingesetzt werden (Franke, 1995). Gesunde und klinische Stichproben können mittels der SCL-90-R gut unterschieden werden. Die Checkliste weist ebenfalls eine hohe Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität auf.

6.5 Mehrfachwahlwortschatztest (MWT-B), (Siegfried Lehrl, 2005)

Der Mehrfachwahlwortschatztest (MWT-B) wird angewandt als Schätzverfahren für prämorbid Intelligenz bei milder kognitiver Beeinträchtigung und Demenz. In dieser Pilotstudie wird er zur Intelligenzmessung zum Zeitpunkt der Diagnosestellung (T0) eingesetzt. Er ist ein Leistungstest zur Messung des allgemeinen Intelligenzniveaus (speziell des Niveaus der kristallisierten Intelligenz). Der Test kann als Individualtest bei Erwachsenen eingesetzt werden. Es wird damit eine Wissensstichprobe erhoben, was nur geringe Anforderungen an die aktuell verfügbare Leistungsfähigkeit stellt. Daher werden die Ergebnisse kaum von leichten bis mittelschweren psychischen Störungen beeinflusst. Beim MWT-B handelt es sich um ein Selbstratinginstrument. Es besteht aus einer kurzen Anweisung für den Patienten. Dieser muss in jeder der folgenden Zeile herausfinden, ob es eines der angegebenen Wörter gibt. Dieses ist dann gegebenenfalls durchzustreichen. Nach dem Mehrfachwahl-Prinzip (multiple choice) steht in jeder Zeile ein umgangs- oder wissenschaftssprachlich bekanntes Wort unter vier fiktiven Neukonstruktionen.

Beispiele:

Siziol-salzahl-sozihl-sziam-sozial

Sympasie-Symmofeltrie-Symmantrie-Symphonie-Symplanie

Krusse-Surke-Krustelle-Kruste-Struke

Tuma-Umat-Maut-Taum-Muta

Die Anordnung der insgesamt 37 Items entspricht dem Schwierigkeitsgrad. Die Gesamtzahl der richtig angekreuzten Zeilen wird mit den Leistungen einer repräsentativen Stichprobe deutschsprachiger Erwachsener von 20 bis 64 Jahren (n=1.952) verglichen. Danach lassen sich Standards (IQ, Standardwert und Prozentrang) ermitteln. Die Auswertung erfolgt nach einer Normentabelle (Normen von 1952 Erwachsenen der Bundesrepublik Deutschland [repräsentative Zufallsstichprobe]).

6.6 Beck Depression Inventory – BDI (Hautzinger et al., 1994)

Bei dem BDI handelt es sich um ein Screeningverfahren zur Erfassung einer depressiven Symptomatik durch den Betroffenen selbst (Selbstbeurteilung). Ursprünglich war das Instrument sowohl als Fremd- als auch als Selbstbeurteilungsbogen gedacht (Beck et al., 1961), setzte sich aber im klinischen Alltag als Selbstbeurteilungsinstrument durch. Es ist ein Instrument zur Messung der Schwere depressiver Symptomatik und deren Veränderung durch Behandlungsmaßnahmen. In der vorliegenden Pilotstudie wird der Bogen zu den Messzeitpunkten T0 und T3 zur Erfassung der häufigen Komorbidität der Depression verwandt. Zu 21 depressiven Symptomen wurden jeweils vier Aussagen vorgegeben, welche unterschiedliche Schweregrade des Symptoms widerspiegeln. Die Testpersonen sollen angeben, welche der Aussagen ihr Befinden gegenwärtig (in den letzten sieben Tagen einschließlich bis heute) am besten kennzeichnet. Die Entstehung des BDI geht zurück auf die Beschwerden und Klagen depressiver Patienten, die klinisch beobachtet wurden. 21 depressive Symptome, die von A bis U geordnet sind, werden jeweils vier Aussagen zugeordnet, welche die Symptome in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung beschreiben.

Inhalte der 21 Items:

(A) Traurige Stimmung, (B) Pessimismus, (C) Versagen, (D) Unzufriedenheit, (E) Schuldgefühle, (F) Strafbedürfnis, (G) Selbsthass, (H) Selbstanklagen, (I) Selbstmordimpulse, (J) Weinen, (K) Reizbarkeit, (L) Sozialer Rückzug und Isolierung, (M) Entschlussunfähigkeit, (N) negatives Körperbild, (O) Arbeitsunfähigkeit, (P) Schlafstörungen, (Q) Ermüdbarkeit, (R) Appetitverlust, (S) Gewichtsverlust, (T) Hypochondrie, (U) Libido Verlust.

Jedes Item wird auf einer 4-stufigen Skala von 0 bis 3 hinsichtlich Auftretens der genannten Symptome während der letzten Woche und deren Intensität beurteilt, sodass Summenwerte über das BDI zwischen 0 und 63 möglich sind. Hier sind in einfachen Sätzen die depressiven Symptome in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigungen von 0 = „nicht vorhanden“, über 1 = „leichte Ausprägung“, 2 = „mäßige Ausprägung“, bis 3 = „starke Ausprägung“ beschrieben. Der Patient soll nun aus jeder Gruppe die Aussage auswählen, die seine gegenwärtige Situation (letzte Woche einschließlich heute) am besten beschreibt. Dazu kreuzt er einen der vorgegebenen Ziffern vor den Aussagesätzen an. Der zu berechnende Summenwert wird durch einfache Addition am Ende des Bogens eingetragen. Im Vergleich zu den neun DSM-Kriterien werden

im BDI nur sechs Kriterien vollständig abgebildet, zwei teilweise und das Symptom der Agitiertheit gar nicht. Die Autoren Beck et al. (1988) heben die hohe Reliabilität und Validität des Instruments hervor. Für psychiatrische Patienten finden sich innere Konsistenzwerte (Cronbachs alpha) von .76 bis .95, für nicht psychiatrische Stichproben dagegen Werte zwischen .73 und .92.

6.7 State-Trait-Anxiety-Inventory (Form X-I) STAI-S (Laux et al., 1981)

Mit dem State-Trait-Anxiety-Inventar wird die Zustandsangst erfasst, wobei diese deutlich zeit- und situationsabhängig ist. Sie ist gekennzeichnet durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen. Nach Spielberger et al. (1970) stellt der Summenwert der State-Angst-Skala (Item 1-20; Form X 1) ein Maß für die Intensität dieses emotionalen Zustands dar. Der Wert von 20 entspricht dabei dem Nichtvorhandensein und der Wert von 80 der maximalen Intensität dieses Gefühls. In der vorliegenden Pilotstudie wird der Bogen zu den Messzeitpunkten T0 und T3 eingesetzt. Der Fragebogen besteht aus 20 Items. Die State-Skala bezieht sich auf das momentane Befinden des Patienten. Die Beantwortung erfolgt auf einer 4-stufigen Rating-Skala mit Intensitätsangaben. Der Patient gibt eine Selbsteinschätzung an und wählt dazu das Item aus, das seinen augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt. Die Selbsteinschätzung kann er auf einer 4-stufigen Häufigkeitsskala vornehmen:

1 = „überhaupt nicht“

2 = „ein wenig“

3 = „ziemlich“

4 = „sehr“

Je höher der Summenscore (20 – 80 Punkte) der Skala, desto höher die Zustandsangst.

Für die State-Angst-Skala liegen keine Normen vor.

Reliabilität:

Die interne Konsistenz der STAI-Skalen wurde anhand verschiedener Stichproben gemessen. Dabei zeigten sich Werte von .90 bis .94 in der State Skala.

Validität:

Die State-Angst-Skala bildet situative Veränderungen gut ab und hat somit eine hohe Sensitivität gegenüber Belastungssituationen.

6.8 SKID I-Diagnosekodierung (Wittchen et al., 1997)

Der SKID I Fragebogen ist ein standardisiertes Instrument zur Erfassung einer psychiatrischen Diagnose gemäß den Kriterien der ICD-10. First et al. (1996a) entwickelten die amerikanische Originalversion, die von

Wittchen et al. (1997) ins Deutsche übersetzt und adaptiert wurde. Der SKID I ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview, das die Störungen der Achse I und II gemäß den Kriterien des DSM-IV erfasst (Saß et al., 1998). In der vorliegenden Pilotstudie wurde der SKID I zur Erfassung vorliegender psychischer Störungen (Komorbidität wie Angst und Depression) zum Messzeitpunkt T0 eingesetzt. Durch die Vorgabe eines genauen Wortlauts der Fragen und ihre festgelegte Abfolge wird die Objektivität des Diagnoseinstruments begünstigt.

Reliabilität:

Für die Achse-I Störung konnten Zanarini et al. (2000) für die amerikanische Originalversion eine gute bis sehr gute Interrater-Reliabilität für einzelne Störungsbilder nachweisen (z.B. .57 für Zwangsstörungen und 1.00 für Substanzstörungen). Die Test-Retest-Reliabilitäten der Achse-I-Syndrome sind als gut zu bewerten, da Werte von .60 und höher für ein Zeitintervall von 7 bis 10 Tagen nachgewiesen werden konnten (Zanarini et al., 2000).

Validität:

Verglichen mit der klinischen Diagnosestellung im Rahmen des Erstkontaktes kann der SKID I als valide eingestuft werden. Normwerte liegen hierfür keine vor.

6.9 Ressourcenfragebogen (s. Anhang B, S. 110)

Es handelt sich um einen von der Autorin selbst entwickelten Fragebogen unter Berücksichtigung der ADHS-Problematik. Er dient der Fremderhebung von vorhandenen ADHS-spezifischen Ressourcen des Patienten und soll die Fähigkeiten und Fertigkeiten des ADHS-Betroffenen widerspiegeln. In dieser Pilotstudie wird der Bogen zum Messzeitpunkt T0 und T3 eingesetzt. Der Ressourcenfragebogen wurde auf der Basis der von Bernd Hesslinger und seiner Arbeitsgruppe (2004) beschriebenen Ressourcen wie Neugier, Risikobereitschaft, Energie, Kreativität, Phantasie, rasche Auffassungsgabe, Flexibilität, in Eigenarbeit entwickelt. Der Bogen umfasst eine Skala von 10 Items. Diese werden mithilfe eines 4-stufigen Antwortmodus (0 = „überhaupt nicht / nie“, 1 = „ein wenig / manchmal“, 2 = „stark / häufig“, 3 = „sehr stark / sehr häufig“) erfasst. Die Auswertung erfolgt durch Ermittlung der Einzelwerte für die jeweiligen Items zu einem Summenscore. Da der Fragebogen für das Projekt entwickelt wurde, ist er an keiner Stichprobe normiert worden, sodass keine Aussage über die Reliabilität und Validität des Bogens getroffen werden kann.

6.10 Ratingbogen des Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofils, O-AFP, (Wiedl & Uhlhorn, 2006)

Es handelt sich beim O-AFP um ein Fremdratinginstrument, mit dem arbeitsplatzrelevante Fähigkeiten eingeschätzt werden. Es wurde am Psychologischen Institut der Universität Osnabrück in enger Kooperation mit der Abteilung Ergotherapie am Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück entwickelt. Es wurde von Professor Wiedl als Instrument zur Erfassung der allgemeinen Arbeitsfähigkeit von psychiatrischen

Patienten für die Behandlung und berufliche Wiedereingliederung entwickelt. In dieser Pilotstudie wurde der Bogen zu den Messzeitpunkten T0 und T3 eingesetzt. Für die Beantwortung des aus 30 Verhaltensweisen bestehenden Bogens werden vier verschiedene Optionen zugrunde gelegt:

- 0 = Keine Möglichkeit, das entsprechende Verhalten zu beobachten
- 1 = Ein Problembereich, der die Chancen für eine Einstellung definitiv einschränkt
- 2 = Unbeständige Arbeitsweise, möglicherweise ein Problem bei der Einstellung
- 3 = Angemessene Arbeitsweise, keine besonders ausgeprägte Stärke
- 4 = Eine klare Stärke, ein „Plus“ für eine Einstellung in ein Arbeitsverhältnis.

Das O-AFP misst die Variable „Arbeitsfähigkeit“, die von den Autoren definiert wird als das Vorhandensein von Lernfähigkeit, Fähigkeit zur sozialen Kommunikation und Anpassung. Deshalb liegen dem O-AFP drei Skalen von jeweils zehn Fremdrating-Items zugrunde, die die Bereiche der Lernfähigkeit, der Fähigkeit zur sozialen Kommunikation und der Anpassung erfassen. Jeder Skala werden 10 Items zugeordnet. Das Ziel des Instruments ist, eine Einschätzung zu erlangen, inwieweit der Patient auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einsetzbar ist, bedeutet 3 – 4, dass der Patient auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten könnte, 3 – 2 würde eher für den geschützten Arbeitsmarkt sprechen. Bei der Auswertung wird zunächst der Wert für jedes einzelne Item auf den Auswertungsbogen übertragen. Dann werden die jeweiligen Items einer Skala zu einem Summenwert addiert. Aus denen wiederum wird durch Addition der Gesamtwert des Bogens ermittelt. Im zweiten Teil des Bogens werden Zusatzinformationen zur Komplexität der Anforderungen erhoben. Das Anforderungsniveau wird anhand von 4 Stufen eingeschätzt:

1. Durchgehend niedriges Anforderungsniveau
2. Teilweise niedriges Anforderungsniveau
3. Durchschnittliches Anforderungsniveau
4. Hohes Anforderungsniveau

Für jede Stufe liegen Kriterien vor.

Normierungstichprobe:

Um die Normen für das O-AFP festzulegen, wurde der Bogen bei 414 Patienten mit verschiedenen Diagnosen in verschiedenen Zentren angewandt.

Reliabilität:

Die interne Konsistenz ergab gute Werte (Skala 1 Cronbachs alpha = .94, Skala 2 alpha = .90 und Skala 3 alpha = .89).

Validität:

Eine Faktorenanalyse bestätigte die 3-faktorielle Struktur. Die diskriminante Validität konnte durch Korrelationen zwischen O-AFP Werten und den Skalen zur Symptombelastung (PANSS), (Kay et al., 1987) sowie dem allgemeinen Funktionsniveau (GAF), (Saß et al., 1998) bestätigt werden.

6.11 Skala zum Arbeitsverhalten (SZA) – Selbstreport (Barkley & Murphy, 1998)

Der Fragebogen ist Teil des von Barkley und Murphy herausgegebenen klinischen workbooks (Barkley & Murphy, 1998), das sich am DSM-IV orientiert. Die deutsche Übersetzung und Adaption des Bogens (ADHS-Kompetenznetz) wurde in der Spezialambulanz ADHS bei Erwachsenen des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Kooperation mit der Arbeitsgruppe von Professor Rösler in Saarbrücken im Rahmen des ADHS-Kompetenznetzwerkes vorgenommen. Die Skala zum Arbeitsverhalten ist ein Selbstbeurteilungsbogen, der in dieser Pilotstudie zu den Messzeitpunkten T0 und T3 erhoben wurde. Der Bogen umfasst 18 Symptomitems entsprechend DSM-IV. Es wird darin z.B. nachgefragt: „Kann Erklärungen nicht folgen und bringe meine Aufgaben nicht zu Ende“ (Frage 7). Der zweite Teil des Bogens umfasst 10 Bereiche aus der Arbeitswelt z.B. „Mein Zeitmanagement und das Einhalten von Zielvereinbarungen“ oder „Zusammenarbeit mit anderen“. Geantwortet werden kann auf einer 4-stufigen Skala von 0 = „Selten oder kaum“, 1 = „manchmal“, 2 = „oft“, 3 = „sehr oft“. Aus den 18 Items wird ein Summenscore gebildet. Der Bogen ist bisher nicht an einer deutschen Stichprobe validiert worden. Es handelt sich um eine bisher unveröffentlichte deutsche Version (Rösler, 2006).

6.12 Lebensqualitätsfragebogen zu Lebensfreude und Zufriedenheit – Q-LES-Q (Jean Endicott, 1993)

Es ist ein Selbstratingbogen, um den Grad der Lebensfreude und Zufriedenheit, den der Patient in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens erfahren hat, zu messen. In der vorliegenden Pilotstudie wurde der Q-LES-Q zu den Messzeitpunkten T0 und T3 eingesetzt. Der Test besteht aus 93 Items, 91 davon können acht Summenskalen zugeordnet werden. Fünf dieser Summenskalen können für alle Angaben gewertet werden: Körperliche Gesundheit (13 Items), subjektive Gefühle (14 Items), Freizeitaktivitäten (6 Items), zwischenmenschliche Beziehungen (11 Items), allgemeine Tätigkeiten (14 Items). Drei sind auch Skalenwerte für Patienten, für die diese Aktivitäten nicht zutreffen: Arbeit (13 Items), Aufgaben im Haushalt (10 Items), Ausbildung/Studium/Kurse (10 Items). Jede der 93 Fragen hat einen Skalenwert auf einer 5-Punkte-Skala (1 = „überhaupt nicht oder nie“, 2 = „selten“, 3 = „manchmal“, 4 = „oft oder meistens“, 5 = „sehr oft oder immer“), die den Grad der Freude oder Zufriedenheit ausdrückt, die während der letzten Woche in Bezug auf die jeweilige Aktivität oder das Gefühl, das im Item beschreiben wurde, empfunden wurde. Höhere Skalenwerte bedeuten größere Freude oder Zufriedenheit. Die Summenscores wurden als reliabel und valide, besonders geeignet für Menschen mit Depressionen, beschrieben (Endicott et al., 1993). Es wurden zwei Typen zur Analyse der Reliabilität getestet, der erste zur Test-Retest-Reliabilität und der

zweite für eine Einschätzung der internen Konsistenz des Summenscores der einzelnen Skalen.

Test-Retest-Reliabilität:

54 Patienten konnten in die Evaluierung der Test-Retest-Reliabilität eingeschlossen werden. Die Patienten sollten das Kriterium für die Hauptstörung Depression erfüllen. Obwohl von einer sehr homogenen depressiven Patientengruppe ausgegangen wurde, konnten die Patienten aufgrund sehr hoher Koeffizienten unterschieden werden.

Interne Konsistenz

Endicott et al. (1993) prüften die interne Konsistenz der Items, die verschiedenen Summenscores zugeordnet waren, und konnten dabei eine hohe interne Konsistenz feststellen. Außerdem zeigte sich, dass die darunterliegenden Dimensionen in Zusammenhang standen. Die Korrelationen rangierten von $-.29$ zu $-.72$, was darauf hinweist, dass der Q-LES-Q Unterschiede in der Schwere der Depression wiedergibt. Jedoch viele der Korrelationen weisen darauf hin, dass die Q-LES-Q Scores nicht einfach das Fehlen einer Depression aufzeigen und deshalb nicht auf Items hoch scoren, die mehr auf Aktivitäten fokussiert sind (z.B. Freizeitaktivitäten, soziale Beziehungen). Die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie zeigen, dass die Q-LES-Q Scores Veränderungen im klinischen Status abbilden, die andere Instrumente, die in vielen Studien zur Veränderungsmessung bzw. zum Thema Lebensqualität und psychische Beeinträchtigung Verwendung finden zwar auch abbilden können, dabei aber eine nicht so hohe Sensitivität besitzen. Insofern ist der Einsatz des Q-LES-Q hoch sinnvoll.

Validität:

Endicott et al. (1993) prüften die Validität der einzelnen Summenscores des Q-LES-Q. Dabei wurde auch geprüft, ob die einzelnen Skalenwerte die Veränderung im klinischen Status abbilden. Um zu prüfen, inwieweit die Fähigkeit, Aktivitäten zu genießen mit der Abwesenheit von Depression einhergeht, haben Endicott et al., die Q-LES-Q-Summenscores mit Scores aus gängigen Diagnoseinstrumenten für Depression (HAM-D) korreliert. Die Korrelationen wiesen Werte von $.29$ bis $.72$ auf, was darauf hinweist, dass das Q-LES-Q Unterschiede in der Schwere der Depression wiedergibt, aber im Umkehrschluss nicht von der Fähigkeit, Aktivitäten zu genießen, auf ein Fehlen einer Depression zurückgeschlossen werden kann. Die deutsche unveröffentlichte Version des Q-LES-Q (Endicott et al., 1993) konnte in Kooperation mit der Freiburger Arbeitsgruppe von Hesslinger et al. (2004) zur Anwendung kommen.

6.13 DSM IV Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF-Skala), (Saf et al., 2003)

Bei der GAF-Skala handelt es sich um ein Instrument zur Fremdbeurteilung und wird international im Erwachsenenbereich eingesetzt. Dies geschieht sowohl im klinischen Bereich als auch in der empirischen Forschung zur Diagnostik, Therapieplanung, Prognosestellung, zur Messung der Wirksamkeit von

Behandlungen und zur Validierung neuer Messinstrumente bei unterschiedlichsten Stichproben. Die GAF-Skala wurde in dieser Pilotstudie zu den Messzeitpunkten T0 und T3 eingesetzt, um die Wirksamkeit der Intervention mit Hilfe der Beurteilung der Leistungsfähigkeit zu messen. Bei der GAF-Skala nach Achse V des DSM-IV handelt es sich um eine globale Ratingskala zum psychosozialen Funktionsniveau. Es wird ein Gesamturteil über die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten angegeben, wobei der Zahlenwert sich zwischen 1 und 90 beläuft. Luborsky (1962) operationalisierte als Erster mit der Health-Sickness-Rating Scale (HSRS) die Beurteilung der gesamten psychischen Gesundheit, die auf acht Ankerpunkte auf einer 100-Punkte Skala verteilt war. Die revidierte Form der HSRS war die Global Assessment Scale (GAS) von Endicott et al. (1976) operationalisiert. Die GAF-Skala beinhaltet 9 Stufen zur Beurteilung des Funktionsniveaus, die durch eine detaillierte Beschreibung von Symptomen der Leistungsfähigkeit, der sozialen Beziehungen sowie der Psychopathologie definiert sind.

Beispiel:

70 Punkte = „Leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit oder leichte Symptomatik (z.B. leichte depressive Verstimmungen und leichte Schlaflosigkeit), jedoch im Allgemeinen recht gute Leistungsfähigkeit. Es bestehen einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.“ Die Bewertung auf der GAF-Skala sollte sich auf den aktuellen Zeitraum, d.h. das Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Beurteilung beziehen, da sich hieraus der Bedarf an Behandlung und Fürsorge ableiten lässt. Als Grenzwert wird ein GAF-Wert von 50 angesehen. Dies gilt als Hinweis dafür, dass weitere professionelle Unterstützung notwendig ist (Möller, 1994). Einige Autoren, wie Köpcke (1994), sehen auch bei höheren Funktionswerten einen Behandlungsbedarf. Für die Unterscheidung zwischen normalem und pathologischem Funktionsniveau wählte Steinhausen (1987) einen Cut-off Wert von 70 Punkten.

Gütekriterien:

Nach Jones et al. (1995) liegen weder im internationalen noch im deutschsprachigen Raum bisher kaum Studien über die teststatistische Güte vor. Trotzdem wird die GAF-Skala routinemäßig zur Qualitätssicherung in der klinischen Praxis angewandt und fand bei einer Vielzahl von empirischen Studien Verwendung. Da die klare Zuordnung zu den neun Stufen gegeben ist sowie klar formulierte Instruktionen vorliegen, wird die Objektivität als sehr hoch eingeschätzt.

Reliabilität:

Die Reliabilität des GAF in internationalen Studien variiert sehr, was sich durch den unterschiedlichen Trainingsstand der Rater erklären lässt. Die GAF-Skala ist dann als hoch zu bewerten, wenn die Rater instruiert wurden.

Validität:

In der internationalen Literatur weisen signifikante Bezüge zu Außenkriterien auf eine hinreichende Konstrukt- und Kriteriumsvalidität hin. Hohe Korrelationen des GAF mit dem DSM-IV weisen eine eher niedrige diskriminierende Validität zwischen der GAF-Skala und der psychopathologischen Symptomatik auf. Für das GAF liegen bisher keine Normen vor.

6.14 Deutsche 24-Item-Kurzform des „Coping-Inventory for Stressful Situations“ (CISS), (Kälin, 1995)

Es handelt sich dabei um die adaptierte deutsche Kurzform des Coping-Inventory for Stressful Situations (Kälin, 1995). Der Fragebogen basiert auf der ursprünglich aus 49 Items bestehenden Langform (Semmer, Schade & Tschan, 1991) und enthält aufgrund datenanalytischer Berechnungen und inhaltlicher Überlegungen 24 Items. Diese werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala unter dem Fokus der typischen Verhaltensweise des Patienten in einer stressvollen, ärgerlichen und schwierigen Situation beantwortet. Der Grad der Zustimmung oder Ablehnung wird durch Antwortvorgaben ausgedrückt: 1 = „sehr untypisch“, 2 = „eher untypisch“, 3 = „teils, teils“, 4 = „eher typisch“, 5 = „sehr typisch“. Der Bogen wurde in der vorliegenden Pilotstudie zu den Messzeitpunkten T0 und T3 eingesetzt. Die drei Hauptskalen „Aufgabenorientiertes Coping“, „Emotionsorientiertes Coping“ und „Vermeidungsorientiertes Coping“ sind für diese Untersuchung von Relevanz. Die dritte Skala, das „Vermeidungsorientierte Coping“, umfasst zwei Subskalen „Zerstreuungsorientiertes Coping“ und „Sozialablenkungsorientiertes Coping“, die das Coping-Verhalten beschreiben.

Auswertung:

Um Skalenmittelwerte bilden zu können, werden die Werte der einzelnen Items, die einer Skala zugeordnet sind, addiert. Aus diesem Summenscore wird ein Mittelwert für die jeweilige Skala errechnet. Hierfür müssen mindestens 80 % aller Werte gültig sein. Ein sich aus dem Mittelwert der jeweiligen Skala berechneter Wert steht für die Höhe der Tendenz zu einem bestimmten Coping-Verhalten (z.B. ein hoher Wert auf einer Skala bedeutet eine hohe Tendenz zu der jeweiligen Coping-Strategie). Da es sich derzeit um eine Forschungsversion handelt, liegen bislang noch keine Normdaten, sondern nur diverse Vergleichsdaten vor. Deshalb können auch keine Aussagen zur Reliabilität und Validität des Instrumentes gemacht werden.

6.15 Basis-Dokumentationsbogen (Salize et al., 2000)

Der Bogen wurde im Rahmen eines standardisierten Dokumentationssystems für die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV-Dokumentation) erstellt, der u.a. methodisch einen Baustein Klienten-Ebene aufweist. Der Klienten-bezogene Dokumentationsbogen wurde für diese Pilotstudie adaptiert, da er soziodemografische Angaben erfasst sowie Krankheits- und Behandlungsgeschichte einschließlich Diagnosen. Mit dem Basis-Bogen wurden zum Messzeitpunkt T0 als Fremdrating durch den Sozialarbeiter

folgende Daten beispielhaft erhoben:

Soziografische Variablen (Geschlecht, Alter, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Wohnort, Wohnsituation, Schulbildung, Schwerbehindertenstatus), berufliche Situation vor Studienaufnahme, Anzahl von Arbeitsstellen usw., derzeitiges Einkommen, Diagnose (ADHS, Komorbiditäten), Behandlungsgeschichte und Pharmakotherapie, Zuweisung zur aktuellen Betreuung.

6.16 Basis-Dokumentation zum Betreuungsverlauf (Salize et al., 2000)

Bei dem Bogen handelt es sich ebenfalls um ein Fremdrating des Sozialarbeiters, wo zum Messzeitpunkt T3 folgende Items erhoben werden: Dauer des Betreuungsverhältnisses, erfolgte Arbeitserprobung, erfolgtes Job-Placement, Arbeits-Situation zum Ende der Betreuung und zeitlicher Umfang der Tätigkeit.

6.17 Stärken-und-Schwächen-Analyse (Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, Kuhn, 2013)

Es handelt sich dabei um ein Fremdrating durch den Sozialarbeiter zum Zeitpunkt T0. Es wurden Variablen erfragt, um über die Erfassung der arbeitsbezogenen Fähigkeiten/Fertigkeiten eine Analyse stellen zu können: Verhalten unter Zeitdruck, Flexibilität und Anpassung an neue Arbeitsbedingungen, die Sorgfalt, Analysefähigkeit, Allgemeinwissen, analytisches Denkvermögen, die Motivation, Umgang mit Stress, Hilfsbereitschaft und Teamfähigkeit, Selbstorganisation und Setzen von Prioritäten. Die Anforderungen wurden in einem 3-stufigen Antwortmodus (0 = „trifft nicht oder kaum zu“, 1 = „trifft in der Regel zu“, 2 = „stimmt genau“) erfasst. Ziel war es, damit ein Profil der persönlichen Stärken und Schwächen hinsichtlich Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Bei der Auswertung des Bogens wird die in einem Kompetenzbereich erreichte Punktzahl in Prozente umgerechnet. Je höher die Punktzahl / die Prozente, umso stärker sind die genannten Kompetenzbereiche. Es gibt folgende Abstufungen:

(3 Punkte) 61 % - 100 % = sehr wichtig / verfügt in hohem Maße darüber / stimmt genau

(2 Punkte) 40 % - 60 % = wichtig / verfügt gut darüber / trifft in der Regel zu

(1 Punkt) 0 % - 30 % = kaum bis wenig vorhanden / trifft kaum oder gar nicht zu.

6.18 Tiefenprofiling (Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, Tiefenprofiling, Kuhn, 2013)

Es handelt sich um ein Fremdrating durchgeführt vom Sozialarbeiter zum Messzeitpunkt T0. Hierbei werden Daten deskriptiv erfasst und ausgewertet. Der Bogen umfasst den Bereich „Allgemeine Voraussetzungen für eine Arbeitsaufnahme“ mit Angaben zu Nationalität, Familienstand, Mobilität, Wohnsituation, finanzieller Situation, den Bereich „Gesundheitliche Situation“ mit Angaben zur körperlichen Belastbarkeit mit Informationen zum Krankheitsbild und zur vorhandenen psychischen Belastbarkeit, zu Auswirkungen der Einschränkungen auf die Arbeitssituation, zum Schwerbehinderten-Status, zu durchgeführte

Therapiemaßnahmen, Arzt-/Therapieterminen. Dabei wird die psychische Ausgangssituation in einem Selbstrating mit 4-stufigem Antwortmodus von „sehr gut“ bis „sehr schwach“ eingeschätzt. Diese Einschätzung umfasst die Kognition, die Konzentrationsfähigkeit, die Bewältigung komplexer Aufgabenstrukturen, Emotionalität/Affektivität, Kommunikation (Ausdrucksvermögen, Formulieren eigener Bedürfnisse und Anliegen), Selbstpräsentation, Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein, Arbeitsstil (selbstständiges Arbeiten, Arbeitstempo, Strukturieren der Arbeit, Organisieren der Arbeit), Aktivität (eigener Antrieb, zeitnahe Realisierung von Zielen), Realitätsbezug (realistische Ziele formulieren: beruflich, persönlich), Konfliktfähigkeit, Motorik. Des Weiteren werden die schulischen Voraussetzungen, beruflichen Ausbildungen und die bisherigen Arbeitserfahrungen erfasst. Dabei werden auch die sozialen / persönlichen Kompetenzen (z.B. Teamfähigkeit, Kommunikations-, Konflikt-, Kooperationsfähigkeit) vom Patienten selbst eingeschätzt. Außerdem werden die Motivation und persönliche Interessen hinsichtlich des neuen Arbeitsverhältnisses erfasst. Am Schluss des Bogens wird von Seiten des Sozialarbeiters der Gesamteindruck bewertet, der das mündliche Ausdrucksvermögen und das äußere Erscheinungsbild bewertet.

6.19 Ziel- und Förderplan (Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, Ziel- und Förderplanung – Berufliche Ziele, Kuhn, 2013)

Es handelt sich um ein Fremdrating durch den Sozialarbeiter zum Messzeitpunkt T0. Es erfolgt eine deskriptive Erfassung gemeinsam mit dem Patienten über dessen berufliche und persönliche Ziele sowie Teilziele unter zeitlichen Aspekten. Die Auswertung erfolgt deskriptiv. Beim Ausfertigen des Ziel- und Förderplans ist das detaillierte und konkrete Definieren des Ziels wichtig, z.B. welche Aufgaben des Patienten in einem bestimmten Zeitfenster und welche Aufgaben vom Sozialarbeiter erfüllt werden. Der Bogen liefert eine Struktur für die Beratungsgespräche und die Möglichkeit, die persönlichen Ziele zu vereinbaren und immer wieder dem Prozess anzupassen.

6.20 Anforderungsbogen (Was erwarten Arbeitgeber? - die häufigsten Anforderungen), (Heuer, 2002)

Durch einen Selbsteinschätzungsbogen des Patienten werden verschiedene Bereiche zum Messzeitpunkt T2 abgefragt. Zu diesem Zeitpunkt wird er vorbereitend für die Arbeitsvermittlung eingesetzt, damit der Patient mit an die Wirklichkeit angepassten Vorstellungen sich auf dem ersten Arbeitsmarkt bewirbt. Die Bereiche des Bogens umfassen den persönlichen Bereich (z.B. Belastbarkeit, Lernbereitschaft), Selbstentfaltung (z.B. Karrierebewusstsein), Entscheidungsfindung (z.B. Analytisches Denken, Urteilsvermögen) und den zwischenmenschlichen Bereich (z.B. Einfühlungsvermögen, Flexibilität). Stimmt der Patient einer Aussage zu, muss er das auf einer Skala von 1- 4 bewerten. Stimmt er einer Aussage nicht zu, erhält er in diesem eine Bewertung von 5. Für die einzelnen Bereiche wurden die Items addiert, sodass sie für jeden Bereich einen Summenscore ergeben. Dieser Bogen ist vor allen Dingen für die Beratungssituation für den Sozialarbeiter wichtig, da es die Erwartungen des Patienten darstellt und falschen Erwartungen hinsichtlich des künftigen

Arbeitgebers vorbeugend begegnet werden kann.

6.21 Fragebogen zur Kundenzufriedenheit (modifiziert nach Larsen et al., 1979)

Es handelt sich um einen speziell entwickelten Fragebogen in Anlehnung an Larsen et al. (1979) zur Erfassung der Kundenzufriedenheit zum Messzeitpunkt T3. Der Fragebogen wurde von der Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit auf deutsche Verhältnisse übertragen und für das Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit adaptiert. Der Studienteilnehmer wird in diesem Zusammenhang als Kunde bezeichnet. Der Patient wird im Rahmen eines Qualitätsmanagements zum berufsspezifischen Angebot dieses Projekts befragt. Der Bogen umfasst acht Items, z.B. „Haben Sie die Unterstützung bekommen, die Sie wollten?“, „Alles in allem, wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung durch den Jobcoach?“ usw. Die Fragen wurden mit einer 4-stufigen Skala (1 = „schlecht“, 2 = „ausreichend“, 3 = „gut“, 4 = „hervorragend“) beantwortet. So konnte von den verschiedenen Projektteilnehmern die Zufriedenheit mit dem Projekt erfasst werden.

6.22 Fragebogen Arbeitgeberzufriedenheit (modifiziert nach Larsen, et al., 1979)

Dieser Fragebogen wurde äquivalent zum Fragebogen Kundenzufriedenheit nach der Vorlage von Larsen und seiner Arbeitsgruppe (1979) abgeleitet. Der Bogen wurde zum Messzeitpunkt T3 eingesetzt. Er umfasst acht Items (z.B. „Waren die Vermittlungsvorschläge des Jobcoaches passgenau?“, „Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung durch den Jobcoach?“ usw.), die in einer 4-stufigen Antwortskala erfasst wurden. Der Bogen soll dazu dienen, herauszufinden, ob ein Arbeitgeber mit den Angeboten an Unterstützung und Information im Rahmen des Projekts zufrieden war. Somit dient der Bogen gleichzeitig dem Qualitätsmanagement und einem zielgerichteten Vorgehen.

6.23 Fragebogen (T4) Telefoninterview nach Woche 52

Der von der Autorin selbst entwickelte Fragebogen ist ein Fremdrating, durchgeführt vom Sozialarbeiter in einem telefonisch geführten Interview mit dem Patienten nach Beendigung des Projektdurchlaufs und damit zum Messzeitpunkt T4. Er dient insbesondere der Datenerhebung zwecks Beantwortung der Fragestellung zum Status und Arbeitseinkommen am Projektende. Der Bogen gliedert sich in fünf Teile, wo folgendes erfragt und deskriptiv erfasst wird:

1. „Wie ist Ihre berufliche Situation?“
2. „Befindlichkeit“
3. „Nachbetreuung“
4. „Wie bewerten Sie die Teilnahme an der Maßnahme?“
5. „Was hat Ihnen geholfen?“

Der Bogen umfasst deskriptiv die berufliche Situation, die aktuelle Tätigkeit in Vollzeit, Teilzeit oder Minijob, den Status gegenüber früherer Tätigkeit, jetzige Tätigkeit auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt mit oder ohne Unterstützung der Agentur für Arbeit oder des Rententrägers, Schwerbehindertenstatus sowie Höhe des Einkommens in Relation zu früherem Einkommen. Der zweite Bereich umfasst die aktuelle psychische Befindlichkeit (Kommunikation, Konflikte, Lösungskompetenz, Emotionssteuerung am Arbeitsplatz, Umgang mit Stresssituationen, Organisation am Arbeitsplatz). Des Weiteren wurden Angaben zur derzeitigen Medikation und im dritten Bereich zur Nachbetreuung erfragt. Am Schluss des Bogens soll der Patient eine Bewertung über die Projektteilnahme insgesamt, die Beratung und Betreuung durch den Sozialarbeiter, das Coaching durch die Diplompsychologin und das Bewerbungstraining durch den Jobcoach vornehmen.

7 Statistische Methoden

Das Design ist ein Messwiederholungsdesign. Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS vorgenommen. Außerdem wurden keine weiteren statistischen Programme zur Auswertung der Daten verwendet. Im Folgenden werden die angewandten statistischen Verfahren kurz erläutert und auf den zu Grunde liegenden Datensatz bezogen.

7.1 Chi-Quadrat

Die Stichprobenbeschreibung für beide Treatmentgruppen wurde anhand von Chi-Quadrat in Form von Kreuztabellen durchgeführt mit dem Hauptfokus auf Beruf, psychischem und körperlichem Funktionsniveau. Beispielhaft wurden erhoben soziodemografische Daten wie Familienstand, Staatsangehörigkeit, Wohnsituation, Schulbildung, berufliche Daten wie Berufsausbildung, Berufserfahrung, Anzahl der Arbeitsstellen, Gesamtdauer der Arbeitslosigkeit. Zum psychischen und körperlichem Funktionsniveau wurden Daten bezüglich der Auswirkung der Erkrankung z.B. bei körperlicher Erkrankung auf die Berufstätigkeit, Einschränkungen durch die Krankheit im Berufsalltag, Inanspruchnahme von ambulanter Therapie erhoben.

7.2 Überprüfung der Daten auf Normalverteilung

Die grafische Darstellung der Daten (Histogramm) zeigte, dass diese in den meisten Fällen das Kriterium der Normalverteilung erfüllten. Damit war die Bedingung für die Varianzanalyse erfüllt. Da die grafische Darstellung zeigte, dass die Normalverteilung in den meisten Fällen erfüllt wurde, wurde die Normalverteilung numerisch (Kolmogorow-Smirnow-Test) nicht getestet. Voraussetzung für die Varianzanalyse ist, dass die Varianzen in den beiden Gruppen normalverteilt sind. Die Normalverteilung wurde grafisch geprüft. Die weiteren statistischen Voraussetzungen für eine Varianzanalyse sind die Varianzhomogenität und das Intervallskalenniveau der abhängigen Variable. Die Varianzhomogenität wurde vor Durchführung der Varianzanalyse geprüft. Zur Voraussetzung des Intervallskalenniveaus wird im Folgenden Stellung genommen (s. Kapitel 7.3).

7.3 Parametrische Tests

Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung

Die Varianzanalyse wurde gewählt, weil es sich in der vorliegenden Pilotstudie um zwei Gruppen handelt, die unabhängig voneinander sind. Zur Überprüfung der systematischen Veränderung der ADHS-Symptomatik (ADHS-SB) und des allgemeinen psychischen Befindens (SCL-90-R) in der Prozessanalyse gingen insgesamt vier Messzeitpunkte in die Analyse ein. Für den Bereich „Gesundheit“ wurden zu den Messzeitpunkten T0 und T3 folgende Instrumente eingesetzt: SCL-90-R, GAF, BDI, STAI. Für den Bereich „Persönlichkeit“ wurde zu den Messzeitpunkten T0 und T3 im Rahmen einer Prä-post Diagnostik der Q-

LES-Q, CISS und Ressourcenfragebogen eingesetzt. Im dritten Bereich, Einflussbereich „Beruf“, wurden Prä-post Messungen (T0 und T3) mit O-AFP und SZA vorgenommen. Da die Werte aller Fragebögen sowohl in der Prozessanalyse als auch bei den Prä-post Messungen annähernd das Kriterium der Normalverteilung erfüllten, wurde ein parametrisches Verfahren gewählt. Die Voraussetzungen des Intervallskalenniveaus erfüllte nur das Instrument MWT-B. Die meisten anderen angewandten und in der Varianzanalyse berücksichtigten Instrumente zeigen ein Ordinalskalenniveau. Trotzdem wurde am Verfahren der Varianzanalyse festgehalten. Berechnet wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung über vier bzw. zwei Messzeitpunkte. Es wurde für die Messzeitpunkte T0, T3 und Delta T0 – T3 (Prä-post Messung) rechnerisch die Varianz ermittelt.

7.4 α -Adjustierung

Es wurde ein Signifikanzniveau von 5 % festgelegt. Zur Korrektur für multiples Testen wurde eine Bonferroni-Holm-Korrektur (Holm 1979) durchgeführt. Die sequentielle Bonferroni-Korrektur nach Holm (1979), eine Weiterentwicklung der Bonferroni-Korrektur bietet die Möglichkeit, dass einzelne inferenzstatistische p-Werte aus mehreren Einzelvergleichen der Reihe nach mit einer modifizierten Bonferroni-Korrektur auf ihre Signifikanz hin geprüft werden. Es findet eine Adjustierung des α -Niveaus statt. Dazu werden alle ermittelten Kennwerte, die auf Signifikanz hin geprüft werden sollen von SPSS in eine Rangreihe gebracht, beginnend mit dem niedrigsten p-Wert. Der kleinste p-Wert wird nach der herkömmlichen Bonferroni-Korrektur auf Signifikanz geprüft. Das adjustierte Signifikanzniveau errechnet sich wie folgt $\alpha' = \frac{\alpha}{m}$ (α' =lokales α -Niveau, α =globales α -Niveau, m =Einzeltest). Sofern der p-Wert des Kennwertes kleiner als das adjustierte α -Niveau ist, folglich signifikant ist, erfolgt die Prüfung des zweitgrößten Kennwertes. Dieser Vorgang wird solange wiederholt, bis der erste p-Wert nicht mehr signifikant wird (Abbruchkriterium).

Bei Anwendung der Bonferroni-Holm-Korrektur im Rahmen einer Varianzanalyse errechnete SPSS automatisch dieses adjustierte α -Niveau. Dadurch wird der globalen Erhöhung der α -Fehler-Wahrscheinlichkeit (Fehler 1. Art) durch multiples Testen entgegengewirkt.

Vorteil der Bonferroni-Holm-Korrektur ist, dass das Verfahren formal korrekt ist und die einzelnen Hypothesen die Chance haben, signifikant zu werden, da die Vorgehensweise nicht zu konservativ ist.

8 Ergebnisse

8.1 Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 50 Patienten, 25 Männern (50 %) und 25 Frauen (50 %).

Das mittlere Alter der Gesamtstichprobe betrug 37,04 Jahre (SD = 8,78) mit einem Range von 20 bis 59 Jahren. Somit ergab sich ein Durchschnittsalter für die Treatmentgruppe I (n=26) von 37,12 Jahren und für die Treatmentgruppe II (n=24) ein Durchschnittsalter von 36,92 Jahren. Sieht man sich die Altersverteilung innerhalb der Gruppen an, fällt auf, dass die Gruppe I sich wesentlich homogener um ihr Durchschnittsalter bewegt (mit einem Ausreißer von 59 Jahren), während die Gruppe II einen Anteil sehr junger und sehr alter Patienten umfasst, maximal 51 Jahre.

(Range 20 – 51).

Tabelle 3

Demografische Charakteristika der Stichprobe

Stichprobenparameter	Treatmentgruppen			
	I (n=26)		II (n=24)	
Durchschnittsalter	37,12		36,92	
Frauen	14	53,85 %	11	45,83 %
Männer	12	46,15 %	13	54,17 %
Ledig	17	65%	12	50%
Verheiratet	4	15%	6	25%
Geschieden	3	12%	5	21%
Getrennt lebend	2	8%	1	4%

29 Patienten (58 %) waren ledig, davon 17 (34 %) Treatmentgruppe I/Jobcoach, 12 (24 %) in der Treatmentgruppe II /Reha, verheiratet waren 10 Patienten (20 %), davon 4 (8 %) in der Treatmentgruppe I und 6 (12 %) in der Treatmentgruppe II. 8 Patienten (16 %) waren geschieden, 3 (6 %) in der Treatmentgruppe I und 5 (10 %) in der Treatmentgruppe II, getrennt lebend waren 3 Patienten (6 %), davon 2 (4 %) in der Treatmentgruppe I und 1 (2 %) in der Treatmentgruppe II.

Die Patienten hatten insgesamt 22 Kinder (44 %), davon in Treatmentgruppe I 11 (22 %) und in Treatmentgruppe II ebenfalls 11 (22 %) Kinder. 28 Patienten (56 %) hatten keine Kinder, davon 15 (30 %) in

der Treatmentgruppe I und 13 (26 %) in der Treatmentgruppe II.

Zur Wohnsituation waren 10 Patienten (20 %) alleinlebend, davon 5 Patienten (10 %) in Treatmentgruppe I und ebenfalls 5 (10 %) in Gruppe II, 20 (40 %) mit Partner, davon 10 (20 %) in Treatmentgruppe I und 10 (20 %) in Treatmentgruppe II, 14 (28 %) mit Verwandten, davon 10 (20 %) in Gruppe I und 4 (8 %) in Gruppe II, 6 Patienten (12 %) in einer Wohngemeinschaft, davon 1 (2 %) in Gruppe I und 5 (10 %) in Gruppe II.

48 Patienten (96 %) waren deutscher Herkunft, davon 24 (48 %) in Gruppe I und 24 (48 %) in Gruppe II. Anderer Herkunft waren 2 Patienten (4 %) in Gruppe I, davon 1 Patient französischer und 1 Patientin türkischer Herkunft, beide sprachen jedoch fließend Deutsch.

Als höchsten Schulabschluss gaben 18 Patienten (36 %) den Hauptschulabschluss an, davon 6 (12 %) in Gruppe I (Jobcoach) und 12 (24) in Gruppe II (Reha). 15 (30 %) den Realschulabschluss, davon 9 (18 %) in Gruppe I und 6 (12 %) in Gruppe II. 16 Patienten (32 %) hatten das (Fach)Abitur, davon 10 (20 %) in Treatmentgruppe I und 6 (12 %) in Treatmentgruppe II. Lediglich 1 Patient (2 %) in Treatmentgruppe I hatte einen anderen Schulabschluss.

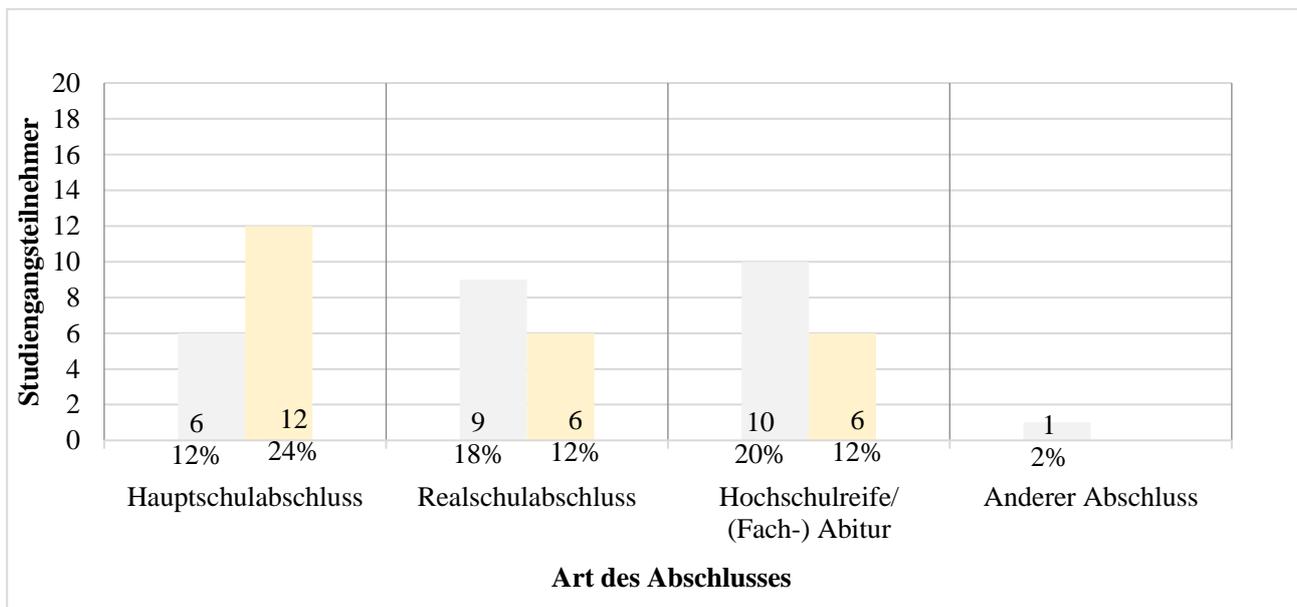


Abbildung 7. Schulbildung

5 Patienten gaben an, ohne Ausbildung zu sein, davon 2 (4 %) in der Gruppe I und 3 (6 %) in der Gruppe II. Eine Lehre absolvierten 30 (60 %) der Patienten, davon 13 (26 %) in der Treatmentgruppe I und 17 (34 %) in der Treatmentgruppe II. Eine Fach-/Meisterschule besuchten 3 (6 %) der Patienten, davon 2 (4 %) der Treatmentgruppe I und 1 (2 %) der Treatmentgruppe II. Eine Fach-/Hochschule absolvierten 10 (20 %) der Patienten, davon 8 (16 %) in der Gruppe I und 2 (4 %) in der Gruppe II. Eine sonstige Ausbildung

absolvierte 1 Patient (2 %) und 1 Patient (2 %) aus der Treatmentgruppe II machte hierzu keine Angabe.

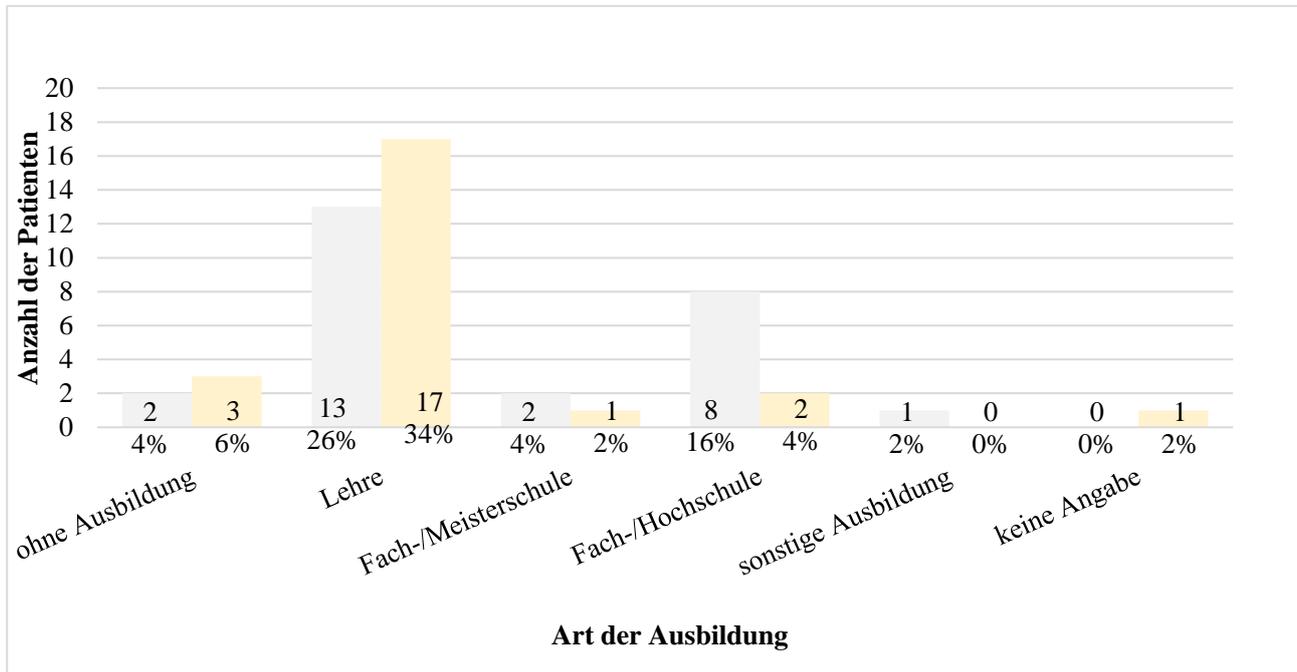


Abbildung 8. Art der Ausbildung

Ihren Lebensunterhalt bestritten sowohl 20 Patienten (40 %) mit dem Bezug von Arbeitslosengeld I. Davon waren es in Treatmentgruppe I = 8 Patienten (16 %) und 12 (24 %) in Gruppe II, als auch 20 Patienten (40 %) mit dem Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV), davon 13 Patienten (26 %) in Treatmentgruppe I und 7 (14 %) in Treatmentgruppe II. Sonstiges Einkommen (z.B. Unterstützung durch Partner oder Eltern) erzielten 6 Patienten (12 %) davon 3 (6 %) in Gruppe I und 3 (6 %) in Gruppe II, Krankengeldbezug gaben 2 (4 %), davon 1 (2 %) in Gruppe I und 1 (2 %) in Gruppe II an, Arbeitsentgelt (Minijob) 2 Patienten (4 %), 1 (2 %), davon in Gruppe I und 1 (2 %) in Gruppe II.

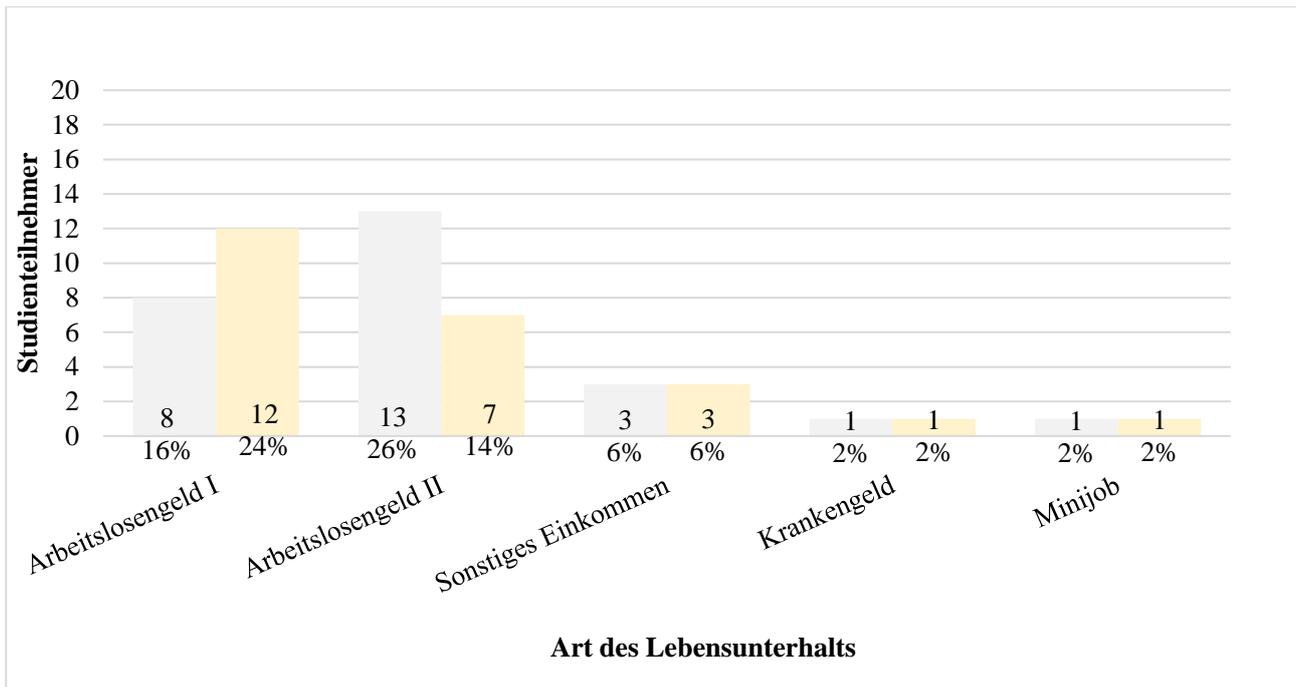


Abbildung 9. Lebensunterhalt

Die Anerkennung einer Schwerbehinderteneigenschaft lag bei 5 (10 %) der Patienten vor, davon 2 (4 %) in Gruppe I und 3 (6 %) in Gruppe II. Bei 45 (90 %) der Patienten lag keine Schwerbehinderung vor, bei 2 Patienten (4%), davon 1 (2 %) in Gruppe I und 1 (2 %) in Gruppe II, wurde ein Grad der Schwerbehinderung von 30 % und ein Grad von 40 % der Schwerbehinderung lag bei 3 (6 %) der Patienten vor, davon 1 (2 %) in Gruppe I und 2 (4 %) in Gruppe II.

Einen Führerschein hatten 46 Patienten (92 %), davon 23 (46 %) in Gruppe I und 23 (46 %) in Treatmentgruppe II. Keinen Führerschein zu haben, gaben 4 (8 %) an, davon 3 (6 %) in Gruppe I und 1 (2 %) in Gruppe II.

Von 50 Patienten gaben 30 Patienten (60 %) an, Schulden zu haben, davon in Treatmentgruppe I 17 (34 %) und in Treatmentgruppe II 13 Patienten (26 %). Die Schuldenhöhe rangierte von 300,00 Euro bis 170.000,00 Euro. In Gruppen eingeteilt, ergab sich bei der Schuldenhöhe von 300,00 Euro bis 5000,00 Euro, dass dies 5 Patienten (10,42 %) in Gruppe I und 3 (6,25 %) in Gruppe II betraf. In der Gruppe der Schuldenhöhe von 8000,00 Euro bis 30.000,00 Euro gaben 7 (14,58 %) in Gruppe I dies an und 6 Patienten (12,50 %) in Gruppe II. 40.000,00 Euro bis 170.000,00 Euro Schulden zu haben, gaben in Gruppe I = 3 Patienten (6,25 %) an und in Gruppe II ebenfalls 3 (6,25 %).

8.2 Berufliche Situation

Eine abgeschlossene Berufsausbildung hatten 21 Patienten (42 %), davon in Treatmentgruppe I = 6 Patienten

(12 %) und 15 (30 %) in der in der Treatmentgruppe II. 7 Patienten (14 %) hatten eine Berufsausbildung abgebrochen, davon 6 (12 %) in der Treatmentgruppe I und 1 (2 %) in der Treatmentgruppe II. 7 Patienten (14 %) hatten eine überbetriebliche Ausbildung absolviert, davon 5 (10 %) in der Treatmentgruppe I und 2 (4 %) in der Treatmentgruppe II. 13 Patienten (26 %) gaben an, eine Umschulung absolviert zu haben, davon 8 (16 %) in der Gruppe I und 5 (10 %) in der Gruppe II. 2 Patienten (4%) gaben an, ohne Berufsabschluss zu sein, davon 1 (2 %) in der Gruppe 1 und 1 (2%) in der Gruppe II.

26 (52 %) der Patienten in Treatmentgruppe I und 23 (46 %) der Patienten in Treatmentgruppe II hatten Berufserfahrung. Nur 1 (2 %) der Patienten (Treatmentgruppe II) verfügte über keine berufliche Vorerfahrung. Berufserfahrung in Monaten rangieren von 0 bis 390 Monaten. 25 Patienten (52,01 %) gaben an, bis zu 96 Monate Berufserfahrung zu haben, davon 13 (27,05 %) in der Treatmentgruppe I und 12 (25 %) in der Gruppe II, 120-192 Monate gaben 8 (16,66 %) in der Gruppe I und 5 (10,41 %) in der Gruppe II an, 204-390 Monate Berufserfahrung gaben 10 (20,80 %) an, davon 4 (8,33 %) in der Gruppe I und 6 (12,50 %) in der Gruppe II.

Die Dauer der Arbeitslosigkeit betraf insgesamt 26 Patienten (52 %) in der Treatmentgruppe I und 24 Patienten (48 %) der Treatmentgruppe II. Die Gesamtdauer der Arbeitslosigkeit betrug 1 bis 168 Wochen. So war die Dauer der Arbeitslosigkeit bei insgesamt 18 Patienten (36 %) in einem Zeitraum von 1 bis 6 Wochen, davon waren 13 (26 %) der Gruppe I und 5 (10 %) der Gruppe II betroffen. Beim Zeitraum von 7-23 Wochen waren insgesamt 21 Patienten (42 %) betroffen, davon 9 (18 %) in Gruppe I und 12 (24 %) in Gruppe II. Für den Zeitraum von 24-168 Wochen waren insgesamt 11 Patienten (22 %) arbeitslos, davon 4 (8 %) in Gruppe I und 7 (14 %) in Gruppe II. Daraus kann man das Fazit ziehen, dass Treatmentgruppe II länger arbeitslos war.

Tabelle 4
Dauer der Arbeitslosigkeit

Zeitraum in Wochen	Treatmentgruppen		Gesamt
	I (n=26)	II (n=24)	
1-6 Wochen	13 (26 %)	5 (10 %)	18 (36 %)
7-23 Wochen	9 (18 %)	12 (24 %)	21 (42 %)
24-168 Wochen	4 (8 %)	7 (14 %)	11 (22 %)

Die Anzahl der Arbeitsstellen variierte von 0 bis 20. So hatten 0 bis 6 Arbeitsstellen insgesamt 33 Patienten (67,3 %), davon 17 (34,60 %) Patienten der Treatmentgruppe I und 16 (32,64 %) der Treatmentgruppe II. 7 bis 20 Arbeitsstellen hatten insgesamt 16 (32,64 %) Patienten, davon 9 (18,36 %) der Treatmentgruppe I und 7 (14,28 %) der Treatmentgruppe II.

Das längste Arbeitsverhältnis betraf die Dauer von 0 bis 208 Wochen. Für die Zeit von 0 bis 16 Wochen hatten 10 Patienten (20,83 %) ein Arbeitsverhältnis gehabt, davon 6 (12,50 %) in Gruppe I und 4 (8,33 %) in Gruppe II. Für die Zeit von 17 bis 60 Wochen hatten insgesamt 26 Patienten (54,16 %) ein Arbeitsverhältnis, davon in Gruppe I 12 Patienten (25,00 %) und 14 (29,16 %) in Gruppe II. Für die Zeit von 63 bis 208 Wochen hatten insgesamt 12 Patienten (25,00 %) ein Arbeitsverhältnis, davon 8 (16,66 %) in Gruppe I und 4 (8,33 %) in der Gruppe II.

Die möglichen Arbeitszeiten konnten nur bei 48 Patienten erhoben werden (2 Missings). Davon entfallen 26 (54,17 %) auf die Gruppe I und 22 (45,83 %) auf die Gruppe II. 37 Patienten (77,08 %) gaben dies mit Vollzeit an, davon 18 (37,50 %) in Gruppe I und 19 (39,58 %) in Gruppe II, der Wunsch nach Teilzeittätigkeit bestand bei 11 Patienten (22,92 %), wovon 8 Patienten (16,67 %) auf Gruppe I entfallen und 3 (6,25 %) auf Gruppe II.

Keine Fördermaßnahmen hatten 29 Patienten (58 %), davon 16 (32 %) in der Gruppe I und 13 (26 %) der Gruppe II, eine Fördermaßnahme erhielten insgesamt 15 Patienten (30 %), davon 8 (16 %) der Gruppe I und 7 (14 %) der Gruppe II, 2 Fördermaßnahmen erhielten insgesamt 4 Patienten (8%), davon keiner in Gruppe I, aber 4 (8 %) in Gruppe II. 4 Fördermaßnahmen erhielten insgesamt 2 (4 %), davon 2 (4 %) in Gruppe I und keiner in Gruppe II.

Die psychische Ausgangssituation von Belastbarkeit und Einschränkungen der Patienten wurde zum Item Kognition/Gedächtnis von 26 Patienten (52 %) der Treatmentgruppe I und 24 Patienten (48 %) der Gruppe II selbst eingeschätzt. Als „sehr gut“ beurteilten 6 (12 %) der Gruppe I und 5 (10 %) der Gruppe II diese Fähigkeit. Als „gut“ bewerteten 10 Patienten (20 %) der Gruppe I diese Fähigkeit und 12 (24 %) der Gruppe II. Als „eher schwach“ bewerteten 10 (20 %) der Patienten der Gruppe I diese Fähigkeit und 5 (10 %) der Gruppe II. Als „sehr schwach“ schätzten lediglich 2 Patienten (4 %) der Gruppe II diese Fähigkeit ein. Die Frage der Konzentrationsfähigkeit wurde mit „sehr gut“ von 2 Patienten (4 %) der Gruppe I und 1 Patient (2 %) der Gruppe II angegeben. Mit „gut“ bewerteten 10 Patienten (20 %) der Gruppe I die Fähigkeit und 6 Patienten (12 %) der Gruppe II. Als „eher schwach“ gaben 11 Patienten (22 %) der Gruppe I diese Fähigkeit an und 13 (26 %) der Gruppe II. Als „sehr schwach“ beurteilten 3 Patienten (6 %) der Gruppe I diese Fähigkeit und 4 (8 %) der Gruppe II. Die Bewältigung komplexer Aufgabenstrukturen schätzten 2 Patienten (4 %) von Gruppe I und 3 Patienten (6 %) von Gruppe II als „sehr gut“ ein. Als „gut“ schätzten 11 Patienten (22 %) der Gruppe I diese Fähigkeit und 5 Patienten (10 %) der Gruppe II diese Fähigkeit ein. Als „eher schwach“ beurteilten 13 Patienten (26 %) der Gruppe I und 15 (30 %) der Gruppe II diese Fähigkeit. Als „sehr schwach“ schätzten 1 Patient (2 %) der Gruppe II diese Fähigkeit ein. Ihre Emotionalität / Affektivität beurteilten 3 Patienten (6 %) der Gruppe I mit „sehr gut“, mit „gut“ beurteilten 12 Patienten (24 %) der Gruppe I diese Fähigkeit und 13 (26 %) der Gruppe II. Als „eher schwach“ beurteilten 11 Patienten (22 %) der Gruppe I und 9 Patienten (18 %) der Gruppe II diese Fähigkeit und als „sehr schwach“ lediglich 2

Patienten (4 %) der Gruppe II. Bei der Kommunikation wurde nach dem Ausdrucksvermögen gefragt, was 10 Patienten (20 %) der Gruppe I mit „sehr gut“ und 11 Patienten (22 %) der Gruppe II beurteilten. 13 Patienten (26 %) der Gruppe I beurteilten dies mit „gut“ sowie 12 Patienten (24 %) in Gruppe II. „Eher schwach“ schätzten 3 Patienten (6 %) dies in Gruppe I ein und 1 Patient (2 %) in Gruppe II. Das Formulieren eigener Bedürfnisse und Anliegen beurteilten 8 Patienten (16 %) in Gruppe I mit „sehr gut“ und 6 (12 %) in Gruppe II. Als „gut“ wurde dies in Gruppe I von 11 Patienten (22 %) empfunden und von 14 (28 %) der Gruppe II. „Eher schwach“ dagegen von 5 Patienten (10 %) in Gruppe I und 3 (6 %) in Gruppe II, „sehr schwach“ von 2 (4 %) in Gruppe I und 1 (2 %) in Gruppe II. Die Selbstpräsentation wurde von 8 Patienten (16 %) in Gruppe I als „sehr gut“ und in Gruppe II von 6 Patienten (12 %) so empfunden. Als „gut“ bezeichneten 10 Patienten (20 %) in Gruppe I und 13 Patienten (26 %) in Gruppe II ihr Verhalten. „Eher schwach“ dagegen beurteilten 5 (10 %) in Gruppe I ihr Verhalten und 4 (8 %) in Gruppe II. Als „sehr schwach“ beurteilten 3 Patienten (6 %) in Gruppe I und 1 Patient (2 %) in Gruppe II dies. Das Selbstwertgefühl wurde von 1 (2 %) Patienten der Gruppe I als „sehr gut“ bezeichnet und von 9 Patienten (18 %) der Gruppe I als „gut“ und 8 Patienten (16 %) der Gruppe II so empfunden. Als „eher schwach“ beurteilten 11 Patienten (22 %) der Gruppe I dieses Gefühl und 14 (28 %) der Gruppe II. Als „sehr schwach“ gaben 5 Patienten (10 %) der Gruppe I und 2 Patienten (4 %) der Gruppe II dies an. Das Selbstbewusstsein wurde von 1 Patient (2 %) der Gruppe I mit „sehr gut“ beurteilt und bei Gruppe II von 2 Patienten (4 %), mit „gut“ von 10 Patienten (20 %) der Gruppe I und 6 Patienten (12 %) der Gruppe II, als „eher schwach“ von 10 Patienten (20 %) der Gruppe I und 14 Patienten (28 %) der Gruppe II, als „sehr schwach“ von 5 Patienten (10 %) der Gruppe I und 2 Patienten (4 %) der Gruppe II. Beim Arbeitsstil wurde nach selbstständigem Arbeiten gefragt, 7 Patienten (14 %) der Gruppe I beurteilten dies mit „sehr gut“, 8 Patienten (16 %) der Gruppe II ebenso. Mit „gut“ beurteilten 15 Patienten (30 %) der Gruppe I, 12 Patienten (24 %) der Gruppe II. Als „eher schwach“ bezeichneten 4 Patienten (8 %) der Gruppe I dies und 3 Patienten (6 %) der Gruppe II, als „sehr schwach“ äußerte sich 1 Patient (2 %) von Gruppe II zu diesem Verhalten. Das Arbeitstempo wurde von 2 Patienten (4 %) als „sehr gut“ in Gruppe I beurteilt und von 3 Patienten (6 %) in Gruppe II, als „gut“ bezeichneten 16 Patienten (32 %) in Gruppe I dies und 12 Patienten (24 %) in Gruppe II, als „eher schwach“ beurteilten 7 Patienten (14 %) in Gruppe I dies und 9 Patienten (18 %) in Gruppe II, als „sehr schwach“ beurteilte 1 Patient (2 %) dies in Gruppe I. Das Strukturieren der Arbeit werteten 3 Patienten (6 %) in Gruppe I als „sehr gut“ und als „gut“ 9 Patienten (18 %) in Gruppe I sowie 10 Patienten (20 %) in Gruppe II. Als „eher schwach“ werteten 10 Patienten (20 %) dies in Gruppe I und 12 (24 %) in Gruppe II und als „sehr schwach“ 4 Patienten (8 %) in Gruppe I und 2 Patienten (4 %) in Gruppe II. Das Organisieren der Arbeit wurde von 3 Patienten (6 %) in Gruppe I als „sehr gut“ und in Gruppe II von 1 Patient (2 %) so bezeichnet. 9 Patienten (18 %) in Gruppe I und 11 Patienten (22 %) in Gruppe II bewerteten dies als „gut“, als „eher schwach“ waren es 11 Patienten (22 %) in Gruppe I und 10 Patienten (20 %) in Gruppe II. Als „sehr schwach“ waren es 3 Patienten (6 %) in Gruppe I und 2 Patienten (4 %) in Gruppe II.

Zur Aktivität und damit dem eigenen Antrieb äußerten sich mit „sehr gut“ 2 Patienten (4 %) in Gruppe I und 5 Patienten (10 %) in Gruppe II, mit „gut“ in Gruppe I 12 Patienten (24 %) und 10 (20 %) in Gruppe II, als „eher schwach“ bewerteten 10 Patienten (20 %) der Patienten in Gruppe I dies und 7 Patienten (14 %) in Gruppe II, als „sehr schwach“ bezeichneten 2 Patienten (4 %) in Gruppe I und 2 Patienten (4 %) in Gruppe II dies. Die zeitnahe Realisierung von Zielen bewerteten mit „sehr gut“ 1 Patient (2 %) in Gruppe I und 2 Patienten (4 %) in Gruppe II, mit „gut“ 8 Patienten (16 %) in Gruppe I und 7 (14 %) in Gruppe II, als „eher schwach“ 13 Patienten (26 %) in Gruppe I und 11 (22 %) in Gruppe II, als „sehr schwach“ 4 Patienten in Gruppe I und 4 Patienten (8 %) in Gruppe II. Die Selbsteinschätzung, realistische Ziele zu formulieren, bewerteten 3 Patienten (6 %) der Gruppe I dies mit „sehr gut“ und 5 Patienten (10 %) der Gruppe II, mit „gut“ 16 Patienten (32 %) der Gruppe I und 14 Patienten (28 %) der Gruppe II, mit „eher schwach“ 5 Patienten (10 %) der Gruppe I und 5 Patienten (10 %) der Gruppe II, als „sehr schwach“ waren es 2 Patienten (4 %) der Gruppe I. In der Unterteilung, realistische Ziele im beruflichen Bereich zu formulieren, bewerteten dies 3 Patienten (6 %) in der Gruppe I und 5 Patienten (10 %) in der Gruppe II mit „sehr gut“, 16 Patienten (32 %) in Gruppe I mit „gut“ und 13 Patienten (26 %) in Gruppe II, 5 Patienten (10 %) in Gruppe I und 6 Patienten (12 %) in Gruppe II als „eher schwach“ und als „sehr schwach“ 2 Patienten (4 %) in Gruppe I. Im Formulieren realistischer Ziele im persönlichen Bereich äußerten sich 4 Patienten (8 %) mit „sehr gut“ in Gruppe I und 4 Patienten (8 %) in Gruppe II, mit „gut“ 15 Patienten (30 %) in Gruppe I und 14 (28 %) in Gruppe II, als „eher schwach“ bewerteten 6 Patienten (12 %) der Gruppe I dies und 6 Patienten (12 %) der Gruppe II, als „sehr schwach“ 1 Patient (2 %) in Gruppe I. Die Konfliktfähigkeit beurteilten 2 Patienten (4 %) der Gruppe I mit „sehr gut“ und 3 Patienten (6 %) der Gruppe II, mit „gut“ bewerteten 9 Patienten (18 %) der Gruppe I und 9 Patienten (18 %) der Gruppe II dies, als „eher schwach“ beurteilten dies 10 Patienten (20 %) in Gruppe I und 11 Patienten (22 %) in Gruppe II, als „sehr schwach“ waren dies 5 Patienten (10 %) in Gruppe I und 1 Patient (2 %) in Gruppe II. Die Motorik bewerteten 6 Patienten (12 %) mit „sehr gut“ in Gruppe I und 6 Patienten (12 %) in Gruppe II, mit „gut“ waren es 16 Patienten (32 %) in Gruppe I und 15 Patienten (30 %) in Gruppe II, als „eher schwach“ bewerteten 4 Patienten (8 %) in Gruppe I dies und 3 Patienten (6 %) der Gruppe II.

Zur Selbsteinschätzung der sozialen Kompetenzen äußerten sich 25 Patienten (51,01 %) in der Treatmentgruppe I und 24 (48,98 %) in der Treatmentgruppe II. Als „sehr gut“ beurteilten 7 Patienten (14 %) der Gruppe I die Teamfähigkeit und 6 Patienten (12 %) der Gruppe II. Als „gut“ waren es 16 Patienten (32 %) in Gruppe I und 16 (32 %) in Gruppe II, als „eher schwach“ waren es 1 Patient (2 %) in Gruppe I und 2 Patienten (4 %) in Gruppe II, als „sehr schwach“ waren es 2 Patienten (4 %) in Gruppe I. Die Kommunikationsfähigkeit beurteilten mit „sehr gut“ 8 Patienten (16 %) in Gruppe I und 8 Patienten (16 %) in Gruppe II. Mit „gut“ wurde sie von 14 Patienten (28 %) in Gruppe I und von 16 Patienten (32 %) in Gruppe II beurteilt, „eher schwach“ beurteilten 4 Patienten (8 %) in Gruppe I dies. Die Konfliktfähigkeit bewerteten 4 Patienten (8 %) in Gruppe I mit „sehr gut“, in Gruppe II 3 Patienten (6 %), mit

„gut“ bewerteten 7 Patienten (14 %) der Gruppe I und 8 Patienten (16 %) der Gruppe II dies, „eher schwach“ bewerteten 13 Patienten (26 %) der Gruppe I und 11 Patienten (22 %) der Gruppe II dies. Als „sehr schwach“ bewerteten 2 Patienten (4 %) der Gruppe I und 2 Patienten (4 %) der Gruppe II dies. Ihre Kritikfähigkeit beurteilten 6 Patienten (12 %) in Gruppe I und 2 Patienten (4 %) in Gruppe II mit „sehr gut“. Mit „gut“ waren dies 8 Patienten (16 %) in Gruppe I und 9 Patienten (18 %) in Gruppe II, als „eher schwach“ bezeichneten dies 9 Patienten (18 %) der Gruppe I und 13 (26 %) der Gruppe II, „sehr schwach“ beurteilten dies 3 Patienten (6 %) in Gruppe I. Einfühlungsvermögen zu haben bewerteten 12 Patienten (24 %) der Gruppe I und 13 Patienten (26 %) der Gruppe II mit „sehr gut“. 12 Patienten (24 %) der Gruppe I und 7 Patienten (14 %) der Gruppe II beurteilten dies mit „gut“, „eher schwach“ hingegen beurteilten 2 Patienten (4 %) dies in Gruppe I und 4 Patienten (8 %) in Gruppe II. Die Kooperationsfähigkeit bewerteten 9 Patienten (18 %) in Gruppe I und 6 Patienten (12 %) in Gruppe II mit „sehr gut“, mit „gut“ folgten 15 Patienten (30 %) in Gruppe I und 15 (30 %) in Gruppe II, als „eher schwach“ waren es 1 Patient (2 %) in Gruppe I und 3 Patienten (6%) in Gruppe II. Als „sehr schwach“ äußerte sich 1 Patient (2 %) der Gruppe I. Die Verständnisbereitschaft wurde von 12 Patienten (24,49 %) mit „sehr gut“ in Gruppe I und von 10 Patienten (20,41 %) in Gruppe II bewertet, mit „gut“ von 13 Patienten (26,53 %) in Gruppe I und von 13 Patienten (26,53 %) in Gruppe II, als „eher schwach“ beurteilte dies 1 Patient (2,04 %) in Gruppe II.

8.3 Körperliche Erkrankungen

Bezogen auf die Krankheitsdauer vor Projektaufnahme, gaben 26 Patienten (55,32 %) an, bis 1 Jahr vorher ADHS diagnostiziert worden zu sein, davon 13 (27,66 %) in Gruppe I und ebenso 13 (27,66 %) in Gruppe II. Mehr als 1 Jahr vor Projektaufnahme waren 5 Patienten (10,64 %), davon 3 (6,38 %) in Gruppe I und 2 (4,26 %) in Gruppe II, ADHS diagnostiziert worden und mehr als 2 Jahre vorher waren 4 Patienten (8,51 %), davon 1 (2,13 %) in Gruppe I und 3 (6,38 %) in Gruppe II, mehr als 5 Jahre waren 4 (8,51 %), davon 3 (6,38 %) in Gruppe I und 1 (2,13 %) in Gruppe II, mehr als 10 Jahre waren 8 Patienten (17,02%), davon 4 (8,51 %) in Gruppe I und ebenso 4 (8,51 %) in Gruppe II diagnostiziert worden.

Körperliche Einschränkungen und Einschränkungen durch Sucht bestanden bei insgesamt 21 Patienten (42,85 %). Bei 17 Patienten (34,69 %) waren es körperliche Einschränkungen, davon 7 (14,29 %) in Gruppe I und 10 Patienten (20,41 %) in Gruppe II. Suchtproblematik bestand bei 4 Patienten (8,16 %), bei keinem in Gruppe I, aber bei 4 Patienten (8,16 %) in Gruppe II.

Tabelle 5
Körperliche Einschränkungen und Einschränkungen durch Sucht

Einschränkungen	Treatmentgruppen		Gesamt
	I (n=7)	II (n=14)	
Körperliche Einschränkungen	7 (14,29 %)	10 (20,41 %)	17 (34,70 %)
Sucht	-	4 (8,16 %)	4 (8,16 %)

Zu den körperlichen Einschränkungen machten 14 Patienten die Angabe, an einer Allergie zu leiden, 7 Patienten gaben an, Probleme mit der Wirbelsäule zu haben, 3 hatten Bandscheibenprobleme, 3 gaben an, an Magenschmerzen zu leiden, und 3 hatten Probleme mit der Schilddrüse. Es können keine absoluten Zahlen genannt werden, da Patienten teilweise auch Mehrfachnennungen machten.

8.4 Psychologische Merkmale der Stichprobe

8.4.1 Störungsspezifische Symptomatik (ADHS)

Im Folgenden werden die psychologischen Merkmale der Stichprobe zum Zeitpunkt T0 bei Aufnahme in die Pilotstudie berichtet. Insgesamt erfüllten 36 Patienten (76,60 %) die DSM-IV-Kriterien einer ADHS vom kombinierten Typ (314.01), davon 18 Patienten (38,30 %) in der Treatmentgruppe I und 18 Patienten (38,30 %) in der Treatmentgruppe II. Ein vorherrschend unaufmerksamer Typ (314.00) von ADHS ergab sich bei 11 Patienten (23,40 %), davon 7 Patienten (14,89 %) der Treatmentgruppe I und 4 Patienten (8,51 %) der Treatmentgruppe II. Insgesamt lagen die Ergebnisse für 47 Patienten mit 3 Missings vor, davon 25 Patienten (53,19 %) der Treatmentgruppe I und 22 Patienten (46,81 %) der Treatmentgruppe II.

Tabelle 6
Diagnosen der untersuchten Stichprobe (n=47 Patienten, 3 Missings)

ADHS-Typ	ICD-10	DSM-IV	Treatmentgruppen		Gesamt
			I	II	
Kombinierter Typus	F 90.0	314.01	18 (38,30 %)	18 (38,30 %)	36 (76,60 %)
Aufmerksamkeitsgestörter Typus	F 98.8	314.00	7 (14,89 %)	4 (8,51 %)	11 (23,40 %)
Hyperaktiv-impulsiver Typus	F 90.1	314.01	-	-	

Beim ADHS-SB gaben im Bereich Unaufmerksamkeit zu Item 1 („Ich bin unaufmerksam gegenüber Details

oder mache Sorgfaltsfehler bei der Arbeit“) von 26 Patienten (52 %) der Treatmentgruppe I 14 Patienten (28 %) und 9 (18 %) in Gruppe II zu dieser Situation eine mittlere Ausprägung an, eine schwere Ausprägung jeweils 5 Patienten (10 %) in jeder Gruppe. Bei Item 2 („Bei der Arbeit oder sonstigen Aktivitäten (z.B. Lesen, Fernsehen) fällt es mir schwer, konzentriert durchzuhalten,“) gaben 5 (10 %) in Gruppe I eine leichte Ausprägung an und in Gruppe II 7 (14 %), eine mittlere Ausprägung 11 (42,31 %) in Gruppe I und 10 (41,67 %) in Gruppe II, „schwer ausgeprägt“ 6 (12 %) in Gruppe I und 5 (10 %) in Gruppe II. Beim Item 5: („Es fällt mir schwer, Aufgaben, Vorhaben oder Aktivitäten zu organisieren“) entschieden sich für „leicht ausgeprägt“ 9 (18%) in Gruppe I und 10 (20 %) in Gruppe II, „mittel ausgeprägt“ dagegen 8 Patienten (16 %) in Gruppe I und 7 (14 %) in Gruppe II, „schwer ausgeprägt“ 7 (14 %) in Gruppe I und 6 (12 %) in Gruppe II. Bei Item 8 („Ich lasse mich bei Tätigkeiten leicht ablenken“) gaben 10 Patienten (20 %) eine mittlere Ausprägung in Gruppe I und 8 Patienten (16 %) in Gruppe II. „Schwer ausgeprägt“ gaben 12 Patienten (24 %) in Gruppe I an und 11 (22 %) in Gruppe II. Bei der Hyperaktivität, Item 10 („Ich bin zappelig“), gaben in Gruppe I 6 Patienten (12 %) eine leichte Ausprägung an und in Gruppe II 11 Patienten (22 %), eine mittlere Ausprägung gaben in Gruppe I 6 Patienten (12 %) an und 5 (10 %) in Gruppe II, schwere Ausprägung gaben 5 (10 %) in Gruppe I und 4 (8 %) in Gruppe II an. Bei der Impulsivität (z.B. Item 15: „Mit fällt es schwer abzuwarten, bis andere ausgesprochen haben. Ich falle anderen ins Wort“) gaben 6 Patienten (12 %) in Gruppe I und 11 Patienten (22 %) in Gruppe II eine leichte Ausprägung an, eine mittlere hingegen gaben 4 Patienten (8 %) in Gruppe I und 9 (18 %) in Gruppe II an, eine schwere Ausprägung gaben 9 Patienten (18%) in Gruppe I und 3 (6 %) in Gruppe II an. Bei Item 16 („Ich bin ungeduldig und kann nicht warten, bis ich an der Reihe bin [z.B. beim Einkaufen]“) gaben 10 Patienten (20 %) der Gruppe I eine leichte Ausprägung an und 9 (18 %) der Patienten der Gruppe II, eine mittlere Ausprägung gaben 4 Patienten (8 %) der Gruppe I und 8 Patienten (16 %) der Gruppe II an, eine schwere Ausprägung gaben 6 Patienten (12 %) der Gruppe I und 5 (10 %) der Gruppe II an.

Die Auswertung des MWT-B ergab, dass bei 10 Patienten (20 %) ein IQ von 85-95 vorlag, davon 5 Patienten (10 %) in Gruppe I und 5 Patienten (10 %) in Gruppe II. Einen IQ von 97-118 hatten insgesamt 29 Patienten (58 %), davon 16 Patienten (30 %) in Gruppe I und 13 (26 %) in Gruppe II. Einen IQ von 124 – 145 hatten insgesamt 11 Patienten (22 %), davon in Gruppe I 5 Patienten (10 %) und in Gruppe II 6 Patienten (12 %).

Zu den ADHS bezogenen Einschränkungen und Auswirkungen machten insgesamt 50 der Patienten Angaben, davon den Bereich Konzentration betreffend 23 Patienten, Flüchtigkeitsfehler gaben 5 Patienten an, Aggressivität gaben ebenfalls 5 Patienten an, Organisations- und Planungsprobleme nannten 10 Patienten, schnelle Ablenkbarkeit 5 Patienten, Probleme aufgrund mangelnden Selbstvertrauens gaben 4 Patienten an. Bei einigen Patienten gab es auch Mehrfachnennungen, daher können keine absoluten Zahlen genannt werden.

8.5 Klinische Störungen und psychische Belastungen

Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten der Patienten bei der SCL-90-R. Bei allen 90 Items, d.h., neben den 83 Items, die in den neun Skalen zusammengefasst werden, sind auch die sieben Zusatzitems berücksichtigt. Der GSI (Global Severity Index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (Positiver Symptom Distress Index) die Intensität der Antworten und der PST (Positiver Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Der Chi-Quadrat Test weist beim GSI (T0) eine Signifikanz von $p=0,515$ auf, beim PSDI eine Signifikanz von $p=0,486$ und beim PST eine Signifikanz von $p=0,324$. Bei der Auswertung des BDI, ausgehend von 50 Patienten, liegt bei 20 Patienten (40 %) ein Summenwert unter 11 Punkten vor, sodass diese Patienten als unauffällig im normalen Bereich angesehen werden können. Die Werte bei 15 Patienten (30 %), (Werte zwischen 11 und 17 Punkten) weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Als klinisch relevant gilt der Punktwert von 18, was bei 15 Patienten (30 %) der Fall war. Bei der Auswertung des STAI-S nach dem augenblicklichen Gefühlszustand des Patienten beantworteten bei der Variable 3 („Ich fühle mich angespannt“) 10 Patienten (20 %) in Gruppe I mit „ziemlich“ und 10 Patienten (20 %) der Gruppe II. Mit „sehr“ antworteten 4 (8 %) der Gruppe I und 1 (2 %) der Gruppe II. Bei der Variable 7 („Ich bin besorgt, dass etwas schiefgehen könnte“) antworteten 6 Patienten (12 %) der Gruppe mit „ziemlich“ und 5 Patienten (10 %) der Gruppe II. Als „sehr“ beurteilten 5 Patienten (10 %) der Gruppe I und 1 (2 %) der Gruppe II. Bei der Variable 13 („Ich bin zappelig“) antworteten 7 Patienten (14 %) der Gruppe I mit „ziemlich“ und 3 (6 %) der Gruppe II. Mit „sehr“ beantworteten 2 (4 %) der Patienten diese Variable in Gruppe I und 4 (8 %) in Gruppe II. Bei Variable 18 („Ich bin überreizt“) antworteten 6 Patienten (12 %) der Gruppe I mit „ziemlich“ und 7 (14 %) der Gruppe II, mit „sehr“ waren es lediglich 2 Patienten (4 %) in Gruppe I.

Die SKID I-Diagnosekodierung wurde bei der Major Depression „lifetime“ bei 4 Patienten (8 %) der Gruppe I als wahrscheinliche Diagnose und bei Gruppe II bei einem Patienten (2 %) angegeben. Als sichere Diagnose wurden 5 Patienten (10 %) in Gruppe I und 6 Patienten (12 %) in Gruppe II angegeben. Bei der Major Depression „aktuell“ wurde als sichere Diagnose 1 Patient (2 %) der Gruppe I genannt und 6 Patienten (12 %) der Gruppe II. Bei den affektiven Erkrankungen „lifetime“ wurde 1 Patient (2 %) in Gruppe I und 1 Patient (2 %) in Gruppe II nicht beurteilbar diagnostiziert.

Bei Substanzmissbrauch und Abhängigkeit wurde der Alkoholmissbrauch „lifetime“ bei 2 Patienten (4 %) in Gruppe I und bei 1 Patienten (2 %) in Gruppe II als wahrscheinliche Diagnose gestellt. Als sichere Diagnose wurde dies bei 1 Patienten (2 %) in Gruppe I und bei 6 Patienten (12 %) in Gruppe II gestellt. „Aktuell“ konnte kein Missbrauch von Alkohol festgestellt werden. Bei Cannabis „lifetime“ war dies bei insgesamt 39 (78 %) der Patienten nicht vorhanden, bei 6 Patienten (12 %) wahrscheinlich, davon bei 5 Patienten (10 %) in Gruppe I und 1 Patienten (2 %) in Gruppe II, eine sichere Diagnose wurde bei 1

Patienten (2 %) in Gruppe I gestellt und bei 2 Patienten (4 %) in Gruppe II. Bei Cannabis „aktuell“ war es bei 1 Patienten (2%) in Gruppe I eine wahrscheinliche Diagnose und eine sichere Diagnose lag ebenso bei 1 Patienten (2 %) in Gruppe I vor. Halluzinogene „lifetime“ waren bei 24 Patienten (48 %) in Gruppe I und bei 23 (46 %) Patienten in Gruppe II nicht vorhanden. Als sichere Diagnose war dies bei 1 Patienten (2 %) in Gruppe I diagnostiziert worden. In der Patientengruppe kam es aktuell zu keinem Missbrauch von Sedativa, Stimulanzien, Opiaten, Kokain. 12 Patienten (24 %) gaben insgesamt eine Abhängigkeit von Tabak an, davon „lifetime“ bei allen 12 Patienten (24 %), davon 4 (8 %) in Gruppe I und 8 (16 %) in Gruppe II, „aktuell“ waren es 10 Patienten (20 %), davon 4 (8 %) in Gruppe I und 6 (12 %) in Gruppe II.

Tabelle 7

Komorbiditäten zum Zeitpunkt T0

SKID I-Diagnosekodierung	Treatmentgruppen	
	I (n=26)	II (n=24)
Major Depression	Lifetime: 9 (18 %)	7 (14 %)
Major Depression	Aktuell: 1 (2 %)	6 (12 %)
Alkoholmissbrauch	Lifetime: 3 (6 %)	7 (14 %)
Cannabis	Lifetime: 6 (12 %)	3 (6 %)
Cannabis	Aktuell: 2 (4 %)	-
Halluzinogene	Lifetime: 1 (2 %)	-
Tabak	Lifetime: 4 (8 %)	8 (16 %)
Tabak	Aktuell: 4 (8 %)	6 (12 %)

47 Patienten (100 %) erhielten bereits eine Psychopharmakotherapie vor Studienaufnahme.

37 (78,72 %) Patienten, davon 20 (42,55 %) in Treatmentgruppe I und 17 (36,17%) in Treatmentgruppe II. 10 (21,28 %) waren vorher noch nicht mediziert, davon 6 (12,77 %) in Gruppe I und 4 (8,51 %) in Gruppe II.

Die Anzahl der stationären Aufenthalte aufgrund von allgemeinen psychischen Problemen traf auf 34 Patienten (69,39 %) nicht zu, 2 Aufenthalte hatten 13 Patienten (26,53 %), davon 4 (8,16 %) in Treatmentgruppe I und 9 (18,37 %) in Gruppe II. Bis 5 stationäre Aufenthalte hatten 2 Patienten (4,08 %), jeweils 1 (2,04 %) in Gruppe I und 1 (2,04 %) in Gruppe II.

Keine ambulante Therapie in Anspruch genommen zu haben, gaben 21 Patienten (43,75 %) an, davon 12 (25 %) in Gruppe I und 9 (18,75 %) in Gruppe II, 27 Patienten (56,25 %) bejahten die Inanspruchnahme von

ambulanter Therapie, davon 13 (27,08 %) in Gruppe I und 14 (29,17 %) in Gruppe II. Ursache für die Inanspruchnahme einer ambulanten Therapie waren nicht die ADHS-Erkrankung, sondern psychische Belastungen und Probleme.

Bezogen auf die Dauer der ambulanten Therapie wurde ein Zeitraum von insgesamt 0 bis 36 Wochen angegeben. Dabei hatten 29 Patienten (72,50 %) 0 bis 10 Wochen ambulante Therapie, davon 15 (37,50 %) in Gruppe I und 14 (35 %) in Gruppe II. 12 bis 20 Wochen ambulanter Therapie gaben 3 Patienten (7,50 %) an, davon lediglich 3 (7,50 %) in Gruppe II. 24 bis 36 Wochen ambulanter Therapiedauer gaben 5 (12,50%) Patienten an, davon 4 (10 %) in Gruppe I und 1 (2,50 %) in Gruppe II.

Hochmotiviert für eine Arbeitsaufnahme zu sein, gaben 15 Patienten (30 %) an, davon 8 (16 %) in Treatmentgruppe I und 7 (14 %) der Patienten in Gruppe II. Durchschnittlich motiviert zu sein, gaben 28 (56 %) der Patienten an, davon 16 (32 %) in Gruppe I und 12 (24 %) in Gruppe II. Motivation vorhanden war bei 7 Patienten (14 %), davon 2 (4 %) in Gruppe I und bei 5 Patienten in Treatmentgruppe II.

Tabelle 8
Motivation

Motivation	Treatmentgruppen		Gesamt
	I (n=26)	II (n=24)	
Hochmotiviert	8 (16 %)	7 (14 %)	15 (30 %)
Durchschnittlich motiviert	16 (32 %)	12 (24 %)	28 (56 %)
Motivation vorhanden	2 (4 %)	5 (10 %)	7 (14 %)
Gesamt	26 (52 %)	24 (48 %)	50 (100 %)

8.6 Berufliche Einflussfaktoren

Die Auswertung des O-AFP von 49 Patienten (1 Missing) bezieht sich auf drei Bereiche wie Lernfähigkeit (Skala 1), Fähigkeit zur sozialen Kommunikation (Skala 2) und Anpassung (Skala 3). Die Werte der Lernfähigkeit liegen zwischen 11 und 40 und ergeben, je höher der Summenwert, desto besser die Lernfähigkeit. Die meisten Patienten befanden sich mit einem mittleren Wert zwischen 24 und 33 bei insgesamt 32 Patienten (64 %), wobei die höhere Lernfähigkeit bei Patienten der Gruppe I mit 17 Patienten (34 %) lag und bei Gruppe II waren es 15 Patienten (30 %). Bei der Skala 2 „Fähigkeit zur sozialen Kommunikation“ liegen die Werte zwischen 10 und 40. Die meisten Patienten befanden sich mit einem mittleren Wert zwischen 22 und 32, mit einem Peak bei 28. Es waren insgesamt 29 Patienten (58 %), davon in Gruppe I 12 Patienten (24 %) und in Gruppe II 17 Patienten (34 %). Bei der Skala 3 „Anpassung“ liegen

die Werte zwischen 3 und 40. Die meisten Patienten befanden sich bei einem mittleren Wert zwischen 23 und 30. Es waren insgesamt 22 Patienten (44 %), davon in Gruppe I 9 Patienten (18 %) und in Gruppe II 13 Patienten (26 %). Beim Anforderungsniveau von insgesamt 49 Patienten, 1 Missing, gaben 11 Patienten (22,45 %) in Gruppe I ein hohes Anforderungsniveau an und 5 (10,20 %) in Gruppe II. Für ein durchschnittliches Anforderungsniveau entschieden sich in Gruppe I 10 Patienten (20,41 %) und in Gruppe II 9 Patienten (18,37 %). Ein teilweise niedriges Anforderungsniveau gaben 5 Patienten (10,20 %) in Gruppe I und 7 (14,29 %) in Gruppe II an, lediglich 2 Patienten (4,08%) in Gruppe I gingen von einem durchgehend niedrigen Anforderungsniveau aus.

Im Folgenden werden die Items nur exemplarisch berichtet, die von den Patienten als problematisch angegeben wurden und mit der ADHS-Diagnose in Zusammenhang gebracht werden können. Beim SZA (Skala zum Arbeitsverhalten – Selbstreport) wird nach den Funktionsfähigkeiten in Bereichen der Arbeit gefragt, inwieweit Probleme diese beeinflussen, die der Patient zum Beispiel unter Bereich 6 angibt: „Meine Pünktlichkeit bei der Arbeit“. Mit „selten oder kaum“ beurteilten 13 Patienten (26 %) der Gruppe I dies und 11 Patienten (22 %) der Gruppe II. „Manchmal“ gaben 5 Patienten (10 %) der Gruppe I an und 10 Patienten (20 %) der Gruppe II an, „oft“ gaben 6 Patienten (12 %) der Gruppe I und 2 (4 %) der Gruppe II an, „sehr oft“ gaben 2 Patienten (4 %) der Gruppe I und 1 Patient (2 %) der Gruppe II an. Beim Bereich 7 („Mein Zeitmanagement und das Einhalten von Zielvereinbarungen“) gaben 4 Patienten (8 %) in Gruppe I und 2 Patienten (4 %) in Gruppe II an, „selten oder kaum“ Probleme damit zu haben. „Manchmal“ Probleme damit zu haben, gaben 7 Patienten (14 %) in Gruppe I und 9 Patienten (18 %) in Gruppe II an, „oft“ gaben 8 (16 %) in Gruppe I und 8 Patienten (16 %) in Gruppe II an, „sehr oft“ gaben 7 Patienten (14 %) in Gruppe I und 5 Patienten (10 %) in Gruppe II an. Frage 3 zum Arbeitsverhalten lautete: „Habe Schwierigkeiten, bei Aufgaben oder anderen arbeitsbezogenen Aktivitäten lange aufmerksam zu sein“, womit 3 Patienten (6 %) in Gruppe I und 2 Patienten (4 %) mit „selten oder kaum“ antworteten, mit „manchmal“ waren es 6 Patienten (12 %) in Gruppe I und 5 Patienten (10 %) in Gruppe II, mit „oft“ gaben 10 Patienten (20 %) dies in Gruppe I und 12 Patienten (24 %) in Gruppe II an, mit „sehr oft“ äußerten sich 7 Patienten (14 %) in Gruppe I und 5 (10 %) in Gruppe II. Zu Item 9 („Habe Probleme, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren“) haben 4 Patienten (8 %) in Gruppe I und 8 Patienten (16 %) in Gruppe II dies mit „selten oder kaum“ beurteilt, mit „manchmal“ gaben 5 Patienten (10 %) in Gruppe I und 6 Patienten (12 %) in Gruppe II dies an, mit „oft“ beurteilten 11 Patienten (42,31 %) in Gruppe I und 8 Patienten (33,33 %) in Gruppe II dies. Mit „sehr oft“ beurteilten 6 Patienten (12 %) in Gruppe I und 2 Patienten (4 %) in Gruppe II dies. Zu Item 15 („Bin leicht ablenkbar“) beurteilte 1 Patient (2 %) in Gruppe II mit „selten oder kaum“, 3 Patienten (6 %) in Gruppe I und 6 Patienten (12 %) in Gruppe II mit „manchmal“ und 13 Patienten (26 %) in Gruppe I und 9 Patienten (18 %) in Gruppe II mit „oft“. Mit „sehr oft“ beurteilten 10 Patienten (20 %) in Gruppe I und 8 Patienten (16 %) dies in Gruppe II. Bei der Variable 17 („Vergesse Alltäglichkeiten“) äußerten sich 2 Patienten (4 %) in Gruppe I und 4 Patienten (8 %) in Gruppe II mit „selten oder kaum“, mit „manchmal“ 11

Patienten (22 %) in Gruppe I und 7 (14 %) in Gruppe II, mit „oft“ äußerten sich 6 Patienten (12 %) in Gruppe I und 7 Patienten (14 %) in Gruppe II, mit „sehr oft“ äußerten sich 7 Patienten (14 %) in Gruppe I und 6 Patienten (12 %) in Gruppe II.

Insgesamt wurden von 21 Patienten Arbeitserprobungen durchgeführt, davon 12 Patienten in der Treatmentgruppe I und 9 Patienten in der Treatmentgruppe II. In der Regel wurden die Arbeitserprobungen für einen Zeitraum von 4 Wochen mit einer täglichen Einsatzdauer von 4 Stunden durchgeführt. Bei 2 Patienten der Gruppe I wurde der Einsatz verlängert, sodass 1 Patientin 9 Wochen im Einsatz war, 1 Patient 8 Wochen. 1 Patientin der Gruppe I absolvierte zwecks beruflicher Orientierung 2 Arbeitserprobungen von jeweils 4 Wochen. In der Gruppe II absolvierte 1 Patientin die Arbeitserprobung über einen Zeitraum von 12 Wochen, da der Einsatz nur 3x wöchentlich von Seiten des Arbeitgebers möglich war. Auch in der Gruppe II absolvierte 1 Patientin 2 Arbeitserprobungen zwecks beruflicher Orientierung von jeweils 4 Wochen.

8.7 Persönliche Einflussfaktoren

Im Folgenden wurden aus dem Ressourcenfragebogen Items ausgewählt, die von den Patienten als zutreffend genannt wurden und die von ADHS-Patienten häufiger genannt werden.

Beim Ressourcenfragebogen beurteilten bei Ressource 2 („Die betreffende Person ist risikofreudig und wagemutig“) 2 (4 %) in Gruppe II mit „nie“, mit „ein wenig“ gaben 8 Patienten (16 %) in Gruppe I und 7 (14 %) in Gruppe II dies an, mit „stark“ waren es 6 Patienten (12 %) in Gruppe I und 11 (22 %) in Gruppe II, mit „sehr stark“ waren es 6 (12 %) in Gruppe I und 4 (8 %) in Gruppe II. Bei Ressource 4 („Die betreffende Person betätigt sich künstlerisch und setzt ihre Kreativität beruflich ein“) äußerten sich 3 Patienten (6 %) in Gruppe I mit „nie“ und ebenso 3 Patienten (6 %) in Gruppe II. Mit „ein wenig/manchmal“ äußerten sich 3 Patienten (6 %) in Gruppe I und 6 Patienten (12 %) in Gruppe II, mit „stark/häufig“ beurteilten dies 10 Patienten (20 %) in Gruppe I und 9 (18 %) in Gruppe II, „sehr stark“ gaben 10 Patienten (20 %) in Gruppe I und 6 (12 %) in Gruppe II an. Bei Ressource 6 („Die betreffende Person besitzt eine rasche Auffassungsgabe“) gaben bei „nie“ 4 Patienten (8 %) in Gruppe I dies an, mit „ein wenig“ beurteilten 7 Patienten (14 %) in Gruppe I und 10 (20 %) in Gruppe II dies, mit „stark“ beurteilten dies 10 Patienten (20 %) in Gruppe I und 7 (14 %) in Gruppe II, mit „sehr stark“ beurteilten dies 5 Patienten (10 %) in Gruppe I und 7 Patienten (14 %) in Gruppe II.

Beim „Coping-Inventory for Stressful Situations“ (CISS) liegen die Werte der 1. Skala („Aufgabenorientiertes Coping“) im Range zwischen 11 – 35, d.h., je höher der Wert, je eher besteht „Aufgabenorientiertes Coping“ bei den Patienten. Der Hauptanteil der Patienten im Mittelfeld lag zwischen Rang 25 und 29 mit insgesamt 15 Patienten (30 %), davon entfielen auf die Treatmentgruppe I 8 Patienten (16 %) und auf die Treatmentgruppe II 7 Patienten (14 %).

Die Werte der 2. Skala („Emotionsorientiertes Coping“) lagen im Range zwischen Minimum 16 und Maximum 40. Der Hauptanteil der Patienten im Mittelfeld lag zwischen 30 und 40 und betraf insgesamt 18 Patienten (36 %), wovon 8 Patienten (16 %) der Gruppe I und 10 Patienten (20 %) der Gruppe II zugehörig waren. Bei der 3. Skala („Vermeidungsorientiertes Coping“) waren die Werte zwischen 8 und 38. Die Mehrzahl der Patienten, insgesamt 36 Patienten (72 %), befand sich im Mittelfeld zwischen 16-28, davon entfielen auf die Gruppe I 18 Patienten (36 %), ebenso 18 Patienten (36 %) auf die Gruppe II. Die Subskala („Zerstreuungsorientiertes Coping“) lag im Range zwischen 4–20. Die meisten Patienten, insgesamt 45 (90 %), befanden sich im Range zwischen 4 und 13, davon entfielen auf die Gruppe I 24 Patienten (48 %) und auf die Gruppe II 21 Patienten (42 %). Die Subskala („Sozial-ablenkungsorientiertes Coping“) im Range von 4-20 wies im Mittelfeld von 8 bis 14 die meisten Patienten auf, insgesamt 36 Patienten (73,34 %), wovon in Gruppe I 16 Patienten (32,6 %) und in Gruppe II sich 20 Patienten (40,70 %) befanden. Die Ergebnisse zeigen, dass bei den ADHS-Patienten das „Vermeidungsorientierte Coping“ bei beiden Gruppen eine häufige Coping-Strategie darstellt, da 72 % der Patienten bei dieser Coping-Strategie im Mittelfeld liegen (s. oben).

Der Lebensqualitätsfragebogen zu Lebensfreude und Zufriedenheit (Q-LES-Q) soll helfen, die Freude zu ermitteln, die Patienten in den letzten 7 Tagen am Leben hatten und wie zufrieden sie waren, das soll am Beispiel der ermittelten Werte im Bereich Gefühle und Arbeit dargestellt werden. Die totalen Werte des Fragebogens insgesamt rangieren zwischen 150 und 390. In 50er Schritten eingeteilt, bedeutet dies für 150 bis 199, dass insgesamt 11 Patienten (22 %) diese Einteilung aufwiesen, davon in Gruppe I 7 Patienten (14 %) und in Gruppe II 4 Patienten (8%). In der Aufteilung 203-250 waren dies insgesamt 13 Patienten (26 %), davon in Gruppe I 5 Patienten (10 %) und in Gruppe II 8 Patienten (16 %). In der Aufteilung 251 bis 299 waren es insgesamt 16 Patienten (32 %), davon 9 (18 %) in Gruppe I und 7 (14 %) in Gruppe II. Tendenziell zeigt der Q-LES-Q, dass die Treatmentgruppe I zufriedener ist als die Treatmentgruppe II. Es werden im Folgenden einzelne Items aus dem Fragebogen berichtet, auf denen die Patientengruppe hohe Werte verzeichnet. Im Bereich „Gefühle“ antworteten zu Frage 4 („Waren Sie glücklich oder fröhlich?“) insgesamt 20 Patienten (40 %) mit „manchmal“, 10 (20 %) in Gruppe I und ebenfalls 10 (20%) in Gruppe II. Bei Frage 7 („Hatten Sie das Gefühl, sich mit anderen Menschen verständigen zu können?“) gaben insgesamt 17 Patienten (34 %) „oft oder meistens“ an, davon waren es in Gruppe I = 10 Patienten (20 %) und in Gruppe II = 7 Patienten (14 %), mit „sehr oft“ werteten dies in Gruppe I = 6 Patienten (12 %) und in Gruppe II = 4 Patienten (8 %). Die Ergebnisse zeigen, dass die Kommunikationsfähigkeit von den Patienten selbst als ausreichend bis hoch eingestuft wird. Bei Frage 8 („Hatten Sie Interesse daran, sich um ihre äußere Erscheinung [Haare, Kleidung] und Ihre Körperpflege [Baden, Ankleiden] zu kümmern?“) beurteilten dies insgesamt 23 Patienten (46 %), davon 10 (20 %) in Gruppe I und 13 (26 %) in Gruppe II mit „oft oder meistens“. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass diese Patientengruppe im Punkt äußere Vernachlässigung sich von anderen Gruppen psychisch Kranker unterscheidet. Bei Frage 12 werteten insgesamt bei der Frage

„Haben Sie sich in der Lage gefühlt, wenn nötig, aus dem Hause zu gehen, um etwas zu erledigen (zu Fuß, mit dem Auto, Bus, Zug oder was sonst zur Verfügung stand)?“ 24 Patienten (48 %), davon 11 (22 %) in Gruppe I und 13 (26 %) in Gruppe II, mit „oft oder meistens“, mit „sehr oft“ 8 (16 %) in Gruppe I und 5 (10 %) in Gruppe II.

Bei Frage 13 „Haben Sie sich in der Lage gefühlt, mit den Problemen des täglichen Lebens fertig zu werden?“ werteten dies insgesamt 18 Patienten (36,73 %) mit „oft oder meistens“, davon 9 (18,73 %) in Gruppe I und ebenso 9 (18,73%) in Gruppe II. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Selbsteinschätzung zur Lebenstauglichkeit in der Selbst- und Fremdeinschätzung häufig auseinandergehen und die Patienten erst durch die Rückmeldung von außen ihre Defizite wahrnehmen können. Im Bereich „Arbeit“ wurden 2 Items aus dem Fragebogen herausgegriffen, die häufige Probleme bei ADHS-Patienten am Arbeitsplatz darstellen, und zwar die Konzentrationsfähigkeit und die Sorgfalt bei der Arbeit.

Im Bereich „Arbeit“ werteten bei der Frage „Haben Sie sich auf Ihre Arbeit konzentriert?“ insgesamt 10 Patienten (20 %) mit „manchmal“, davon 3 Patienten (6 %) in Gruppe I und 7 Patienten (14 %) in Gruppe II. Bei der Antwort „oft oder meistens“ beantworteten 6 (12 %) dies, davon 2 (4 %) in Gruppe I und 4 (8 %) in Gruppe II, mit „sehr oft oder immer“ gaben dies insgesamt 5 Patienten (10 %) an, davon 4 (8 %) in Gruppe I und 1 (2 %) in Gruppe II. Die Ergebnisse zeigen, dass in der Selbstwahrnehmung der Patienten die Konzentration ein Problem darstellt, wobei durch die Fähigkeit zu hyperfokussieren die Ergebnisse unter Umständen positiver ausfallen. Auf die Frage „Haben Sie sorgfältig gearbeitet?“ urteilten insgesamt 5 Patienten (10 %) mit „manchmal“, davon 1 (2 %) in Gruppe I und 4 Patienten (8 %) in Gruppe II, mit „oft oder meistens“ bewerteten 4 Patienten (8%) der Gruppe I und 8 Patienten (16 %) der Gruppe II dies, mit „sehr oft oder immer“ gaben dies 5 Patienten (10 %) der Gruppe I an und 1 (2 %) der Gruppe II.

8.8 Störungsspezifische Veränderungen in beiden Gruppen, Ergebnisse der Wirksamkeitsprüfung (T0 – T3)

Die ADHS-Symptome von 47 Patienten (3 Missings) wurden mittels der ADHS-SB zu den Zeitpunkten T0 und T3 verglichen. Der Mittelwert der Gruppe I (Jobcoach) betrug -7,30 mit Standardabweichung von $s=12,48$, in der Gruppe II (Reha) betrug der Mittelwert -8,13 mit einer Standardabweichung von $s=9,08$. Der Test der Homogenität der Varianz (Levene Statistik) ergab eine Signifikanz von $p=0,042$. Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen mit einem Freiheitsgrad (df) und einem F-Wert von 0,07 ergab einen signifikanten Unterschied von $p=0,797$, wobei das Signifikanzniveau bei 0,05 festgelegt wurde. Somit zeigen die Ergebnisse, dass der Unterschied zwischen den Gruppen in der ADHS-SB-Skala nicht signifikant ist. In der Skala Unaufmerksamkeit bei einem Freiheitsgrad zeigte sich mit dem Wert von $p=0,858$ kein signifikanter Unterschied. In der Skala Hyperaktivität bei einem Freiheitsgrad betrug der Signifikanzwert $p=0,818$ und bedeutet keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. In der Skala Impulsivität bei einem Freiheitsgrad betrug die Signifikanz $p=0,538$ und damit besteht kein signifikanter Unterschied

zwischen den Gruppen. Bei Item 16 („Ich bin ungeduldig und kann nicht warten, bis ich an der Reihe bin [z.B. beim Einkaufen]“) ergab sich ein signifikanter Unterschied von $p=0,046$ zwischen den Gruppen, wobei die Patienten der Gruppe II (Reha) in der Selbstwahrnehmung in dem Item 16 höher scoren (schwerer betroffen sind) als die Patienten der Gruppe I (Jobcoach). Alle anderen Items zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Das Funktionsniveau hinsichtlich Problemen und Beschwerden wurde mittels der SCL-90-R zu den Zeitpunkten T0 und T3 verglichen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der 3 globalen Kennwerte GSI, PSDI und PST berichtet. Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen bei einem Freiheitsgrad (df) bei GSI von 1 und einem F-Wert von 0,02 ergab eine Signifikanz von $p=0,890$, mit einem Freiheitsgrad (df) bei PSDI von 1 und einem F-Wert von 0,02 ergab eine Signifikanz von $p=0,899$, mit einem Freiheitsgrad (df) bei PST von 1 und einem F-Wert von 0,71 und ergab eine Signifikanz von $p=0,405$. In allen 3 Fällen wurde der Test der Homogenität der Varianzen, die Levene Statistik, durchgeführt, wobei der Test in allen 3 Fällen keine signifikanten Unterschiede ergab.

Bei der Durchsicht der Skalen 1-10 ergab sich in Skala 1 (Somatisierung) bei einem Freiheitsgrad ein signifikanter Unterschied von $p=0,041$. Der Mittelwert der Gruppe I lag bei -4,04, während der Mittelwert der Gruppe II bei 0,63 lag. Aufgrund des Mittelwerts kann festgestellt werden, dass der Unterschied in der Variable „körperliche Belastung“ in Gruppe II signifikant höher ist als in Gruppe I.

Die momentane Gefühlslage der Patienten wurde mittels des BDI zu den Zeitpunkten T0 und T3 verglichen. Von 45 Patienten (5 Missings) wurden 21 Patienten in der Treatmentgruppe I (Jobcoach) und 24 Patienten in der Treatmentgruppe II (Reha) bewertet. Eine Aufstellung der Ergebnisse T0 versus T3 ergab in Treatmentgruppe I, dass bei Aufnahme in die Pilotstudie zum Zeitpunkt T0 9 Patienten einen Punktwert 18 bzw. über 18 erreichten und somit eine klinisch relevante depressive Störung aufwiesen. Zum Zeitpunkt T3 wiesen 7 Patienten einen klinisch relevanten Punktwert auf. In Treatmentgruppe II hingegen konnte zum Zeitpunkt T0 bei 10 Patienten ein klinisch relevanter Punktwert festgestellt werden und zum Zeitpunkt T3 bei 8 Patienten.

Diese Ergebnisse zeigen, dass Treatmentgruppe II die Gruppe ist, deren Teilnehmer betroffener sind, sowohl bei Aufnahme in die Pilotstudie als auch zum Zeitpunkt T3. Die Varianzanalyse, die Zeitpunkt T0 und T3 in Zusammenhang setzt, ergab folgende Ergebnisse:

Der Test der Homogenität der Varianz (Levene Statistik) ergab eine Signifikanz von $p=0,818$. Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen mit einem Freiheitsgrad (df) und einem F-Wert von 0,00 ergab eine Signifikanz von $p=0,962$. Das bedeutet, dass der Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Depressivität bei einem Signifikanzniveau von $p=0,05$ nicht signifikant ist.

Der augenblickliche Gefühlszustand von 46 Patienten (4 Missings) hinsichtlich Ängsten wurde mittels des STAI-S zu den Zeitpunkten T0 und T3 verglichen. Der Test der Homogenität der Varianz zwischen den

Gruppen (Levene-Statistik) ergab eine Signifikanz von $p=0,239$. Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen mit einem Freiheitsgrad (df) von 1 und einem F-Wert von 2,05 ergab eine Signifikanz von $p=0,159$, wobei das Signifikanzniveau bei 0,05 festgelegt wurde. Bei dem Totalwert des STAI zeigt sich somit kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Alle Items, die positives Lebensgefühl, d.h. keine Ängstlichkeit, abfragen (Item 8: „Ich fühle mich ausgeruht“, Item 10: „Ich fühle mich wohl“, Item 11: „Ich fühle mich selbstsicher“), zeigen signifikante Unterschiede, wobei sich die Gruppe I (Jobcoach) durch höhere Werte ein positives Lebensgefühl angibt als die Gruppe II (Reha).

Die globale Beurteilung der Leistungsfähigkeit erfolgte bei 46 Patienten (4 Missings) mittels des GAF DSM IV Achse V zu den Zeitpunkten T0 und T3. Der Test der Homogenität der Varianz zwischen den Gruppen (Levene Statistik) ergab eine Signifikanz von $p=0,173$. Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen mit einem Freiheitsgrad (df) und einem F-Wert von 1,98 ergab eine Signifikanz von $p=0,166$. Der Unterschied zwischen den Gruppen in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Patienten ist nicht signifikant, wobei die Gruppe II (Reha) sich leistungsfähiger einschätzt als die Jobcoach-Gruppe I.

Die Erfragung der Ressourcen erfolgte mittels des Ressourcenfragebogens zu den Zeitpunkten T0 und T3. Von 47 Patienten (3 Missings) wurden 23 Patienten in der Treatmentgruppe I und 24 Patienten der Treatmentgruppe II bewertet. Der Test der Homogenität der Varianz zwischen den Gruppen (Levene-Statistik) ergab eine Signifikanz von $p=0,914$ (Ressource 1), von $p=0,864$ (Ressource 2), von $p=0,093$ (Ressource 3a), von $p=0,071$ (Ressource 3b), von $p=0,510$ (Ressource 4a), von $p=0,075$ (Ressource 4b), von $p=0,063$ (Ressource 5a), von $p=0,107$ (Ressource 5b), von $p=0,736$ (Ressource 6), von $p=0,172$ (Ressource 7).

Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen mit einem Freiheitsgrad (df) und einem F-Wert 0,18 ergab eine Signifikanz von $p=0,672$ bei Ressource 1, Ressource 2: F-Wert 1,61, Signifikanz von $p=0,211$; Ressource 3a: F-Wert 0,53, Signifikanz von $p=0,469$; Ressource 3b: F-Wert 0,01, Signifikanz von $p=0,921$; Ressource 4a: F-Wert 4,90, Signifikanz von $p=0,032$; Ressource 4b: F-Wert 4,27, Signifikanz von $p=0,044$; Ressource 5a: F-Wert 0,03, Signifikanz von $p=0,863$; Ressource 5b: F-Wert 0,00, Signifikanz von $p=0,988$; Ressource 6: F-Wert 0,26, Signifikanz von $p=0,612$; Ressource 7: F-Wert von 0,06, Signifikanz von $p=0,806$. Außer den Ressourcen 4a und 4b konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. 4a beschreibt die Kreativität und 4b die künstlerische Betätigung. Aufgrund der Mittelwerte der Gruppen zeigt sich, dass die Patienten der Gruppe II (Reha) sowohl in der Kreativität als auch in der künstlerischen Betätigung einen höheren Wert für sich sahen.

Der Umgang mit schwierigen, stressvollen Situationen wurde mittels des „Coping-Inventory for Stressful Situations“ (CISS) zu den Zeitpunkten T0 und T3 verglichen. Von 46 Patienten (4 Missings) waren 22 Patienten der Gruppe I (Jobcoach) und 24 Patienten der Gruppe II (Reha) zuzuordnen. Da es im CISS keinen Totalwert gibt, werden die Skalen 1-3 und 2 Subskalen als 3a und 3b berichtet.

Bei Skala 1 ergab der Test der Homogenität der Varianz (Levene-Statistik) eine Signifikanz von $p=0,766$. Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen mit einem Freiheitsgrad (df) und einem F-Wert von 1,42 ergab eine Signifikanz bei Skala 1 von $p=0,240$; somit zeigte sich kein signifikanter Unterschied in Skala 1. Bei Skala 2 zeigte sich ein F-Wert von 1,03 und eine Signifikanz von $p=0,315$ und somit besteht auch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Bei Skala 3 zeigte sich ein F-Wert von 1,57 und ergab eine Signifikanz von $p=0,217$. Bei Skala 3a zeigte sich ein F-Wert von 1,42; dies ergab eine Signifikanz von $p=0,240$. Bei Skala 3b ergab sich mit einem F-Wert von 6,38 eine Signifikanz von $p=0,015$, was einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen abbildet. Die Skala 3b umschreibt inhaltlich das sozialablenkungsorientierte Coping, wobei die Gruppe II (Reha) ihr Coping-Verhalten eher als sozialablenkungsorientiert einstuft als die Gruppe I (Jobcoach).

Diese Tendenz zeigt sich ebenfalls im ADHS-SB in der Variable 8 („Ich lasse mich bei Tätigkeiten leicht ablenken“), allerdings wird der Unterschied zwischen den Gruppen nicht signifikant. Die Fragen zu Lebensfreude und Zufriedenheit wurden mittels des Lebensqualitätsfragebogens (Q-LES-Q) zu den Zeitpunkten T0 und T3 verglichen. Insgesamt waren es 46 Patienten, (4 Missings), davon 22 in Gruppe I und 24 in Gruppe II. Der Test der Homogenität der Varianz (Levene-Statistik) ergab eine Signifikanz von $p=0,015$. Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen mit einem Freiheitsgrad (df) und einem F-Wert von 0,17 ergab eine Signifikanz von $p=0,684$. Damit besteht kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Lebensfreude und Zufriedenheit. Für ein Profil der Arbeitsfähigkeit wurden mittels des Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofils (O-AFP) die Angaben von 47 Patienten (3 Missings), davon 23 in Gruppe I und 24 in Gruppe II zu den Zeitpunkten T0 und T3 verglichen. Im Folgenden werden die 3 Subskalen Lernfähigkeit, Fähigkeit zur sozialen Kommunikation und Anpassung und Anforderungsniveau berichtet. Bei der Skala Lernfähigkeit ergab der Test der Homogenität der Varianzen (Levene-Statistik) eine Signifikanz von $p=0,426$.

Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen zeigt bei einem Freiheitsgrad (df) und einem F-Wert von 0,01 eine Signifikanz von $p=0,934$. Somit besteht kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Lernfähigkeit zwischen Gruppe I und Gruppe II. Bei der Skala Fähigkeit zur sozialen Kommunikation ergab der Test der Homogenität der Varianzen (Levene-Statistik) eine Signifikanz von $p=0,091$. Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen ergab bei einem Freiheitsgrad (df) und einem F-Wert von 0,24 eine Signifikanz von $p=0,627$. Somit bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Fähigkeit zur sozialen Kommunikation. Bei der Skala Anpassung ergab der Test der Homogenität der Varianzen (Levene-Statistik) eine Signifikanz von $p=0,029$ und die Varianzanalyse zwischen den Gruppen bei einem Freiheitsgrad und F-Wert von 0,40 einen Signifikanzwert von $p=0,530$, sodass sich die Gruppen hinsichtlich Anpassung nicht signifikant unterscheiden. Der Totalwert aller 3 Skalen zeigte beim Test der Homogenität der Varianzen eine Signifikanz von $p=0,071$ und die Varianzanalyse zwischen den Gruppen ergab bei einem

Freiheitsgrad und einem F-Wert von 0,45 eine Signifikanz von $p=0,507$. Dies zeigt, dass auch im Gesamtsummenwert der 3 Skalen kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ausgemacht werden kann. Bei der Einschätzung des Anforderungsniveaus, das die Patienten am Ende des Fragebogens vornehmen, zeigte der Test der Homogenität der Varianzen eine Signifikanz von $p=0,80$. Die Varianzanalyse zwischen den Gruppen zeigt bei einem Freiheitsgrad und einem F-Wert von 0,10 eine Signifikanz von $p=0,752$. Das bedeutet, die Patienten der beiden Gruppen beurteilen ihr Anforderungsniveau nicht signifikant unterschiedlich.

Die Fragen zum Arbeitsverhalten wurden mittels der Skala zum Arbeitsverhalten (SZA) – Selbstreport zu den Zeitpunkten T0 und T3 verglichen. Total waren es 46 Patienten (4 Missings), 22 in Gruppe I und 24 in Gruppe II. In den Items F10 („Scheine immer unterwegs“ oder „wie durch einen Motor angetrieben zu sein“) und F11 („Vermeide oder lehne Arbeit ab, bei der ich mich für längere Zeit geistig anstrengen muss; zögere, solche Arbeiten anzufangen“) ergab sich eine Signifikanz von $p=0,023$ bei F 10 und von $p=0,05$ bei F 11. Im Fall von F 10 fühlten sich die Patienten der Gruppe I (Jobcoach) angetriebener als die Patienten in Gruppe II (Reha). Beim SZA liegt kein Totalwert vor, die Ergebnisse wurden zum einen auf der Basis der 18 Fragen und zum andern auf der Basis der 10 Bereiche erfasst und ausgewertet. Es zeigten sich weder bei 17 der 18 Fragen noch bei den 10 Bereichen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Zu Frage 11 („Vermeide oder lehne Arbeit ab, bei der ich mich für längere Zeit geistig anstrengen muss; zögere, solche Arbeiten anzufangen“) kann ein signifikanter Unterschied zwischen Gruppe I und Gruppe II berichtet werden. Der Test der Homogenität der Varianzen für Frage 11 ergab eine Signifikanz von $p=0,856$. Bei der Varianzanalyse zwischen den Gruppen wurde der Unterschied bei einem Freiheitsgrad, einem F-Wert von 3,88 und einem p-Wert von 0,055 knapp nicht signifikant. Das bedeutet, dass die Patienten der Gruppe II (Reha) mit einem Mittelwert von -0,46 das Arbeitsverhalten der Vermeidung knapp nicht signifikant häufiger zeigen in ihrer Selbstwahrnehmung als die Gruppe I (Jobcoach) mit einem Mittelwert von -1,05. Dieses Ergebnis des SZA zeigte sich ebenso in den Ergebnissen der Instrumente ADHS-SB und Ressourcenfragebogen (s. oben).

Die Ergebnisse aus der Basisdokumentation und dem Tiefenprofiling zeigen, dass die Patienten der Treatmentgruppe II zwar geringfügig jünger sind, (Durchschnittsalter Gruppe I (n=26 Patienten) = 37,12 Jahre, Gruppe II (n=24 Patienten) = 36,92 Jahre), aber die Gruppe mit höheren körperlichen Einschränkungen darstellt (n=10, 20,41%), (n=7, 14,29 % in Treatmentgruppe I). Dies zeigt auch das Ergebnis der SCL-R-90, wo die körperliche Belastung in Treatmentgruppe II sich signifikant von der Gruppe I unterscheidet, indem sie höher liegt (Signifikanz in der Skala 1 / Soma: p-Wert von 0,041). Zu den körperlichen Einschränkungen kommt auch die Sucht bei Treatmentgruppe II (n=4) sowie die Schwerbehinderung hinzu (n=3 in Gruppe II, n=2 in Gruppe I), 40 % Schwerbehinderteneigenschaft wiesen 2 Patienten in Gruppe II auf und 1 Patient in Gruppe I, 30 % Schwerbehinderteneigenschaft sowohl 1 Patient

in Gruppe II wie auch einer in Gruppe I. Hinzu kommt die Anzahl der stationären Aufenthalte aufgrund psychischer Probleme, die bei 2 Aufenthalten in Gruppe II 9 Patienten betreffen (18,37 %) und 4 in Gruppe I (8,16 %). Ambulante Therapie wurden in Gruppe II von 14 Patienten (29,17 %) in Anspruch genommen, von 13 (27,08 %) in Gruppe I. Sowohl die Anzahl der stationären Aufenthalte der Patienten der Treatmentgruppe II als auch die höhere Inanspruchnahme ambulanter Therapie weist auf eine höhere psychische Belastung in der Treatmentgruppe II hin. Die Ergebnisse legen für die Treatmentgruppe II eine schlechtere psychische Ausgangslage nahe. Das erlaubt die Hypothese, dass die schlechtere Ausgangssituation die Gruppe II zu geringerer Arbeitsaufnahme aufgrund psychischer Probleme führt. Unterstützt werden diese Ergebnisse hinsichtlich der erfolgreicherer Vermittlung in Arbeit der Treatmentgruppe I durch die Ergebnisse beim Schulabschluss, da die Treatmentgruppe I die Gruppe ist, die schulisch höher qualifiziert ist (n=10 Abitur in Gruppe I, n=6 in Gruppe II, Realschulabschluss n=9 in Gruppe I und n=6 in Gruppe II), sodass davon ausgegangen werden kann, dass Gruppe I größere Chancen hatte in Arbeit zu kommen. Zudem zeigen die Ergebnisse des MWT-B, dass diese Gruppe ihr Potential genutzt hat (n=16 bei einem IQ von 97-118, in Gruppe II waren es 13). Die höheren intellektuellen Fähigkeiten der Treatmentgruppe I werden durch die Ergebnisse im O-AFP bestätigt, der eine höhere Lernfähigkeit der Patienten der Treatmentgruppe I im Vergleich zu Patienten der Treatmentgruppe II zeigt (n=17 in Gruppe I; n=15 in Gruppe II). Dies gilt auch für das Anforderungsniveau des O-AFP, bei dem sich die Patienten der Treatmentgruppe I (n=11) höher einschätzen als die Patienten der Treatmentgruppe II (n=5). Stellt man eine Verbindung her zwischen erreichtem Schulabschluss und der Höhe des IQ innerhalb der beiden Gruppen, kann festgestellt werden, dass 16 Patienten in der Treatmentgruppe I im Vergleich zu 13 Patienten in der Treatmentgruppe II im MWT-B einen IQ von 97-118 zeigen und damit mehr Patienten in Gruppe I als in Gruppe II ihr Potential hinsichtlich der Schulausbildung genutzt haben. Bei Arbeitsaufnahme spielen nicht nur psychische Verfassung, die Schulbildung und der IQ eine entscheidende Rolle, sondern auch die Motivation des Einzelnen. Die Motivation war bei der Gruppe I ausgeprägter (n=8, Gruppe II n=7 hochmotiviert, durchschnittlich motiviert n=16 in Gruppe I und n=12 in Gruppe II), sodass in der Gruppe I eine höhere Motivation vorhanden war. Beim Lebensunterhalt weist die Treatmentgruppe I (n=13, Gruppe II n=7) mehr ALG II-Bezieher auf als die Treatmentgruppe II. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Ausgangssituation auf dem Arbeitsmarkt für die Treatmentgruppe I die schwierigere darstellte, da mehr Patienten der Treatmentgruppe I (n=13) ALG II bezogen als Patienten der Treatmentgruppe II (n=7). Interpretiert man die Ergebnisse in der Zusammenschau mit der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Anzahl der Arbeitsstellen, stellt sich für die Treatmentgruppe I folgende Situation dar: Die Patienten der Treatmentgruppe I hatten kürzere Intervalle der Arbeitslosigkeit im Vergleich zur Gruppe II und eine höhere Anzahl von Arbeitsstellen vor Projektaufnahme als die Treatmentgruppe II, sodass man den Schluss daraus ziehen kann, dass sie aufgrund der kürzeren Beschäftigungszeiten keinen Anspruch auf ALG I, aber somit auf ALG II hatten. Diese Ausgangssituation der Gruppe I im Vergleich zu Gruppe II führte dazu, dass die Patienten der

Treatmentgruppe I das Angebot der Arbeitserprobung (4 Wochen) im Rahmen des Projekts angenommen haben, wobei als Erklärung sowohl ihre häufigeren Arbeitsplatzwechsel und die höhere Motivation, in Arbeit zu kommen, sowie ihre höheren Bildungsvoraussetzungen und ihre geringeren körperlichen Belastungen herangezogen werden können im Vergleich zu Treatmentgruppe II.

Betrachtet man die Treatmentgruppe I unter diagnostischen Gesichtspunkten, kann man feststellen, dass in der Gruppe I mehr Patienten vom unaufmerksamen Typ vorkommen als in der Treatmentgruppe II (Zahlen 6 gegen 4). Stellt man die Verbindung zwischen der klinischen Diagnose und einer abgeschlossenen Berufsausbildung her, zeigt sich, dass in der Treatmentgruppe I nur 6 Patienten trotz höherem IQ eine abgeschlossene Berufsausbildung im Gegensatz zu Treatmentgruppe II haben, wo 15 Patienten einen Berufsabschluss vorweisen. Die höhere Unaufmerksamkeit in der Treatmentgruppe I könnte eine mögliche Erklärung dafür sein. Das machen auch die Zahlen deutlich im Abbruch von Ausbildungen (n=6 in Gruppe I; n=1 in Gruppe II). Die Treatmentgruppe I hat jedoch mehr berufliche Maßnahmen (Umschulungen n=8 in Gruppe I und n=5 in Gruppe II und n=5 bei überbetrieblichen Maßnahmen in Gruppe I und n=2 in Gruppe II) bekommen, wobei sich die Zahl durch die geringe Zahl an Berufsabschlüssen erklärt. Gleichzeitig deutet die höhere Inanspruchnahme von Maßnahmen in Gruppe I auf ein höheres Problembewusstsein für Schwächen und Defizite aufgrund der ADHS Diagnose hin. Eine höhere Zahl an Fördermaßnahmen erhielt die Gruppe II, wobei die höhere Komorbidität laut SKID (Depression „aktuell“ n=1 Patient in Gruppe I und n=6 Patienten in Gruppe II, bei Sucht „lifetime“ in der Treatmentgruppe I = 1 Patient, in der Treatmentgruppe II = 6 Patienten) in der Treatmentgruppe II als Erklärung herangezogen werden kann.

Beim ADHS-SB zeigt sich, dass die Patienten der Treatmentgruppe II sich als schwerer betroffen einschätzen (Beispiel Item 10: „Ich bin zappelig“ n=11 Patienten in Gruppe II, n=6 Patienten in Gruppe I, leichte Ausprägung), ebenso leichte Ausprägung ergeben sich bei Item 15: „Mir fällt es schwer abzuwarten, bis andere ausgesprochen haben. Ich falle anderen ins Wort“ (n=11 Gruppe II, n=6 in Gruppe I), ebenso bei Item 16: „Ich bin ungeduldig und kann nicht warten, bis ich an der Reihe bin (z.B. beim Einkaufen)“ (n=8 in Gruppe II, n=4 in Gruppe I, mittel ausgeprägt).

Die Treatmentgruppe II (Reha) berichtet von leichter Impulsivität und Hyperaktivität, während die Treatmentgruppe I eher unaufmerksam ist. Die Treatmentgruppe II ist die Gruppe, die sich mit schwerwiegender ADHS-Symptomatik einschätzt. Das bedeutet, der höheren Arbeitsaufnahme von Treatmentgruppe I im Vergleich zu Treatmentgruppe II am Ende der Studie müssen andere Gründe als der Typus der ADHS-Diagnose zugrunde liegen. Menschen, die sich als schwerer betroffen einschätzen in Treatmentgruppe II und eine hohe Überaktivität und Impulsivität (Kombinierter ADHS Typ) zeigen, haben größere Probleme hinsichtlich einer Arbeitsaufnahme und dem Beibehalt einer Arbeitsstelle als Patienten aus der Treatmentgruppe I, die eine höhere Unaufmerksamkeit zeigen. Der höheren Arbeitsaufnahme von Treatmentgruppe I im Vergleich zu Treatmentgruppe II am Ende der Pilotstudie müssen weitere Gründe

zugrunde liegen als die Typen der ADHS Diagnose, da die Ergebnisse aus dem ADHS-SB zeigen, dass nur einzelne Items signifikante Unterschiede in den Treatmentgruppen zeigten und man so nur von einer Tendenz ausgehen kann.

Betrachtet man die Ergebnisse zur psychischen Ausgangssituation im Rahmen des Tiefenprofilings (Selbsteinschätzung) geben die Patienten der Gruppe II (n=14) ein schwaches Selbstwertgefühl im Verhältnis zu Gruppe I (n=11) und ebenso ein geringeres Selbstbewusstsein (n=14 in Gruppe II, n=10 in Gruppe I) an. Auch bei der Selbsteinschätzung realistischer Ziele in beruflicher Hinsicht urteilen mehr Patienten in Gruppe I (n=16) mit „gut“ als in Gruppe II (n=13). Die realistische Zielsetzung in Gruppe I könnte zu einer höheren Arbeitsaufnahme am Ende der Pilotstudie führen.

Da sich die Werte im Q-LES-Q und Ressourcenfragebogen hinsichtlich Lebensqualität und Kreativität für die Treatmentgruppe II positiv darstellen, gleichzeitig im BDI und SKID sich eine höhere Depressivität und häufigere Komorbiditäten zeigen, muss davon ausgegangen werden, dass die Treatmentgruppe II Lebensqualität und ihre Ressourcen nicht an ihrer psychischen Betroffenheit festmacht. Setzt man die Ergebnisse von Q-LES-Q und Ressourcenfragebogen der Treatmentgruppe I in Zusammenhang mit der Lebenssituation (höherer Anteil ALG II-Bezieher in Gruppe I), wird deutlich, dass die Lebensqualität geringer eingeschätzt wird als in Gruppe II. Dem entgegen steht das bessere Outcome und die höhere Motivation in Treatmentgruppe I (SZA: Patienten der Behandlungsgruppe I „fühlen sich angetriebener“ als Patienten der Treatmentgruppe II).

Im SZA zeigt sich ein höheres Vermeidungsverhalten im Vergleich mit Treatmentgruppe I, sodass davon ausgegangen werden kann, dass es in Treatmentgruppe II zu einer gewissen Verkennung der Realität kommt. Unterstützt wird dieser Gesichtspunkt durch Ergebnisse des CISS, wo Gruppe II ein sozialablenkungsorientiertes Coping angibt im Gegensatz zu Gruppe I. In diesem Zusammenhang lassen sich meiner Meinung nach auch die Ergebnisse des GAF einordnen, bei dem die Treatmentgruppe II sich als leistungsfähiger einschätzt als die Gruppe I (Mittelwert 11,52 und Gruppe I Mittelwert = 3,70). Dies ist im Zusammenhang damit zu sehen, dass Patienten der Treatmentgruppe II die berufserfahrenere Gruppe darstellt, die sich aufgrund längerfristiger Arbeitsverhältnisse im Berufsleben mehr zutraut. Die Ergebnisse zeigen deutlich in ihrer Tendenz, dass das positive Lebensgefühl zu mehr Motivation im Rahmen der Studie und damit tendenziell zu einem besseren Outcome bei der Treatmentgruppe I führt. Im STAI gibt die Treatmentgruppe I keine Ängstlichkeit, sondern ein positives Lebensgefühl an, was sich in höheren Werten (Mittelwert: -1,42 bei Gruppe II, 0,73 bei Gruppe I) ausdrückt als in Treatmentgruppe II.

Ausgehend vom theoretischen Modell von Seibt und Scheuch (2006), dass der Pilotstudie zugrunde liegt, können folgende signifikante Unterschiede tabellarisch dargestellt werden:

Tabelle 9

Signifikante Unterschiede zwischen den Treatmentgruppen in den Bereichen Beruf, Gesundheit und Persönlichkeit (nach Seibt & Scheuch [2006], siehe Modell S. 33)

Beruf	Signifikanz zwischen den Gruppen T0-T3	Gesundheit	Signifikanz zwischen den Gruppen T0-T3	Persönlichkeit	Signifikanz zwischen den Gruppen T0-T3
Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil (O-AFP)	n.s.	ADHS- Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB) Item 16 (Ungeduld)	p = 0,046	Ressourcenfragebogen Item 4a: Kreativität Item 4b: Künstlerische Betätigung	p = 0,032 p = 0,044
Skala zum Arbeitsverhalten (SZA) Item 10 (getrieben sein) Item 11 (Vermeidung)	p = 0,023 p = 0,055	Symptom-Checkliste (SCL-90-R) Skala 1 (Somatisierung) = körperliche Belastung State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI-5) Item 8: Ich fühle mich ausgeruht. Item 10: Ich fühle mich wohl. Item 11: Ich fühle mich selbstsicher. DSM IV Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) Beck Depression Inventory (BDI)	p = 0,041 p = 0,05 p = 0,05 p = 0,05 n.s. n.s.	Coping-inventory for Stressful Situations (CISS) Skala 3b (Sozial-ablenkungsorientiertes Coping) Lebensqualitätsfragebogen zu Lebensfreude und Zufriedenheit (Q-LES-Q)	p = 0,015 n.s.

Die Ergebnisse zeigen in vielen Aspekten zwar nur Tendenzen auf und selten signifikante Unterschiede zwischen den Treatmentgruppen, aber trotz allem kann man sagen, dass die Treatmentgruppe I von der Methode „Supported Employment“ profitiert hat und am Ende somit sich ein besseres Outcome für die Treatmentgruppe I aufzeigen lässt. „Supported Employment“ hat sich an dieser kleinen Stichprobe bewährt, sodass dieser Aspekt künftig an größeren Stichproben untersucht werden sollte.

8.9 Ergebnisse der 1-Jahres Katamnese (T4)

Nach 1 Jahr, zum Abschluss der Pilotstudie, fand mit allen Teilnehmern ein Telefoninterview statt. Ziel der Arbeit war die Überprüfung der Methode des „Supported Employment“ und deren Wirkung, arbeitslose Erwachsene mit ADHS in Arbeit zu bringen.

In der Treatmentgruppe I war es gelungen, 12 Patienten wieder in Arbeit zu bringen, in der Treatmentgruppe II nahmen 7 Patienten eine Tätigkeit auf. Maßnahmen und weitere Ausbildungen erfolgten in der Gruppe I bei 4 Patienten, in der Gruppe II bei 10 Patienten. Eine stundenweise Tätigkeit in Form eines Minijobs nahmen in Gruppe I 3 Patienten auf, in Gruppe II war es eine Teilnehmerin.

Arbeitssuchend waren bei Ende der Pilotstudie in Gruppe I 6 Patienten, in Gruppe II waren es 7 Patienten, wovon ein Teilnehmer bereits eine berufsqualifizierende Maßnahme im Rahmen der Studie abgeschlossen

hatte. Die absoluten Zahlen zeigen, dass die Teilnehmer der Treatmentgruppe I in höherem Maße als Teilnehmer der Treatmentgruppe II in Arbeit gekommen sind und damit das Ziel der Studie erreicht haben (12 versus 7). Der Unterschied zwischen den beiden Treatmentgruppen zum Zeitpunkt T4 in der Variable „Arbeitsaufnahme“ wurde allerdings nicht signifikant ($s=0,123$; $df=1$). Im Umkehrschluss erkennt man, dass in der Gruppe eine höhere Inanspruchnahme von Maßnahmen und Ausbildungen stattfand.

Tabelle 10

Die Variable „Arbeitsaufnahme“ zum Zeitpunkt T4

Treatmentgruppen	In Arbeit	Nicht in Arbeit	Gesamt
I	12	14	26
II	7	17	24
Σ	19	31	50

Tabelle 11

Detaillierte Analyse der Variable „Arbeitsaufnahme“ (T4)

Treatmentgruppen	In Arbeit	Maßnahmen	Weitere Ausbildungen	Minijob	Arbeits-suchend	Gesamt
I	12	2	3	3	6	26
II	7	6	3	1	7	24
Σ	19	8	6	4	13	50

Die Motivation der Treatmentgruppe I, in Arbeit zu kommen, dokumentiert sich auch im Bereich Minijob, wobei in der Treatmentgruppe I 3 Teilnehmer einen Minijob aufnahmen im Gegensatz zu Treatmentgruppe II mit nur 1 Teilnehmerin. In Arbeit gekommen, nach Diagnosen aufgeteilt, ergab, dass es in Gruppe I 8 Teilnehmer vom kombinierten Typus waren und 6 Teilnehmer in Gruppe II. Bei den Maßnahmen und in Ausbildung gekommen waren es in Gruppe I 3 Teilnehmer und in Gruppe II 7 Teilnehmer vom kombinierten Typus. Bei den Minijob-Teilnehmern waren es in Gruppe I 3 Teilnehmer dieses Typus und in Gruppe II war es eine Teilnehmerin, bei den Arbeitssuchenden waren es in Gruppe I 5 Teilnehmer und in Gruppe II waren es 7 Teilnehmer. Vom aufmerksamkeitsgestörten Typus kamen in Gruppe I 4 Teilnehmer in Arbeit und in Gruppe II war es ein Teilnehmer, bei den Maßnahmen war es 1 Teilnehmer in Gruppe I und 3 Teilnehmer in Gruppe II, 1 Teilnehmer in Gruppe I mit diesem Diagnosetypus befand sich bei den Arbeitssuchenden.

Tabelle 12

In Arbeit gekommen, differenziert nach Diagnosen (T4)

Treatmentgruppe I/II										
Typ	Arbeit		Maßnahme		Minijob		Arbeitssuchend		Gesamt	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Kombinierter Typus	8	6	3	7	3	1	5	7	19	21
Aufmerksamkeitsgestörter Typus	4	1	1	3	-	-	1	-	6	4
									25	25

Die Aufstellung der Ergebnisse in Tabelle 12 zeigt, dass die Diagnose des kombinierten Typus die häufigere Diagnose darstellt als die des aufmerksamkeitsgestörten Typus. Im Grunde zeigen alle Daten, dass der Schwerpunkt in Gruppe I – wie schon in der vorherigen Tabelle in der Aufnahme einer Arbeit liegt, während die Gruppe II zu Maßnahmen tendiert, unabhängig von der Diagnose und deren ADHS-Typus.

Die Frage nach der Art der Arbeit bei Projektende ergab, dass 9 Patienten in Gruppe I eine unbefristete Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgenommen hatten und 5 Teilnehmer der Gruppe II. Eine befristete Tätigkeit hatten 3 Teilnehmer der Gruppe I und 2 Teilnehmer der Gruppe II aufgenommen. Einen Minijob hatten 3 Teilnehmer in Gruppe I aufgenommen und 1 Teilnehmerin in Gruppe II. Arbeitssuchend waren 6 Teilnehmer in Gruppe I und 7 Teilnehmer in Gruppe II. Alle Maßnahmen und Ausbildungen, die 4 Teilnehmer in Gruppe I aufnahmen und 10 Teilnehmer in Gruppe II, waren befristet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der Teilnehmer der Gruppe I ein unbefristetes Arbeitsverhältnis (n=9) erreichte. Die Mehrzahl der Teilnehmer der Gruppe II tendierte zu Maßnahmen oder Ausbildungen, die befristet waren (n=10).

Tabelle 13

Art der Arbeit bei Projektende (T4)

Art der Arbeit	Allgemeiner Arbeitsmarkt Treatmentgruppen		Maßnahmen und in Ausbildung Treatmentgruppen		Gesamt
	I	II	I	II	
Unbefristet	9	5	-	-	14
Befristet	3	2	4	10	19
Minijob	3	1	-	-	4
Arbeitssuchend	6	7			13
					50

Die berufliche Situation der Teilnehmer, nach Diagnosen aufgeteilt, ergab, dass 5 Teilnehmer der Treatmentgruppe I mit einer Diagnose vom kombinierten Typus in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt kamen und 4 mit der Diagnose vom aufmerksamkeitsgestörten Typus. 3 Teilnehmer auf einer befristeten Arbeitsstelle vom kombinierten Diagnose-Typus, ebenso 3 vom Minijob und 5 Arbeitssuchende. 1 Arbeitssuchender hatte eine Diagnose vom aufmerksamkeitsgestörten Typus.

Bei den befristeten Maßnahmen waren es in Gruppe I 3 vom kombinierten Typus und 1 vom aufmerksamkeitsgestörten Typus. Bei der Treatmentgruppe II waren es 4 Teilnehmer mit dem kombinierten Diagnosetypus, die ein unbefristetes Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erreichten, und 1 Teilnehmer vom aufmerksamkeitsgestörten Typus.

Ein befristetes Arbeitsverhältnis vom kombinierten Typus nahmen 2 Teilnehmer auf, 1 Teilnehmer einen Minijob und 7 Arbeitssuchende dieses Typus. Bei den Maßnahmen waren es 7 Teilnehmer, befristet vom kombinierten Typus und 3 vom aufmerksamkeitsgestörten Typus. Trotz der schwereren Diagnose (kombinierter versus aufmerksamkeitsgestörter Typus) kamen 5 Teilnehmer der Treatmentgruppe I in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Von den Maßnahmeteilnehmern in Treatmentgruppe II hatten 7 eine Diagnose des kombinierten Typus und 3 eine Diagnose des aufmerksamkeitsgestörten Typus. Daraus kann man ableiten, dass der Diagnosetypus kein Prädiktor für die Befristung eines Arbeitsverhältnisses darstellt.

Tabelle 14

Berufliche Situation bei Projektende, differenziert nach Diagnosen (T4)

Treatmentgruppe I (n=25)				
Berufliche Situation	Diagnosen:		Maßnahmen und in Ausbildung	
	Allgemeiner Arbeitsmarkt			
	Kombinierter Typus	Aufmerksamkeits- gestörter Typus	Kombinierter Typus	Aufmerksamkeitsgestörter Typus
Unbefristet	5	4	-	-
Befristet	3	-	3	1
Minijob	3	-	-	-
Arbeitssuchend	5	1	-	-

Treatmentgruppe II (n=25)				
Berufliche Situation	Diagnosen:		Maßnahmen und in Ausbildung	
	Allgemeiner Arbeitsmarkt			
	Kombinierter Typus	Aufmerksamkeits- gestörter Typus	Kombinierter Typus	Aufmerksamkeitsgestörter Typus
Unbefristet	4	1	-	-
Befristet	2	-	7	3
Minijob	1	-	-	-
Arbeitssuchend	7	-	-	-

Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt fanden 9 Teilnehmer der Treatmentgruppe I ein unbefristetes Arbeitsverhältnis und 5 der Treatmentgruppe II, ein befristetes Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt fanden 2 Patienten der Gruppe I, ebenso der Gruppe II.

1 Teilnehmerin der Gruppe I fand eine befristete Arbeitsstelle bei einer Integrationsfirma. Die Daten und die praktische Erfahrung belegen, dass für ADHS-Patienten die Platzierung auf dem zweiten Arbeitsmarkt (Integrationsfirma) keine Alternative darstellt. Die hohe Zahl der ADHS-Teilnehmer, die auf dem ersten Arbeitsmarkt einen unbefristeten Arbeitsvertrag erhielten, belegt im Umkehrschluss, dass eine erfolgreiche Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich ist.

Tabelle 15

Art der Arbeit bei Betreuungsende (T4)

Art der Arbeit	Allgemeiner Arbeitsmarkt		Selbsthilfefirma/ Integrationsbetrieb		Maßnahmen und in Ausbildung	
	I	II	I	II	I	II
Unbefristet	9	5	-	-	-	-
Befristet	2	2	1	-	4	10
Minijob	3	1	-	-	-	-
Arbeitssuchend	6	7	-	-	-	-

Eine Vollzeitätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erreichten 7 Teilnehmer der Gruppe I und 6 Teilnehmer der Gruppe II. Eine Teilnehmerin der Gruppe I war in Vollzeit bei einer Integrationsfirma tätig. In Teilzeit waren 4 Teilnehmer der Gruppe I auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zum Zeitpunkt T4 tätig und 1 Teilnehmer der Gruppe II, im Minijob waren es 3 Teilnehmer der Gruppe I und 1 Teilnehmer der Gruppe II, arbeitssuchend waren 6 Teilnehmer in Gruppe I und 7 Teilnehmer in Gruppe II. Bei den Maßnahmen waren 3 Teilnehmer der Gruppe I in Vollzeit tätig und 7 der Gruppe II, 1 Teilnehmer der Gruppe I in Teilzeit und 3 Teilnehmer der Gruppe II. Sowohl für den ersten als auch für den zweiten Arbeitsmarkt fällt anhand der Daten auf, dass ADHS-Patienten im Gegensatz zu vielen anderen psychisch Kranken eine größere Belastbarkeit und damit auch ein Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten zeigen können, wenn die Umstände es ihnen ermöglichen, eine Vollzeitätigkeit auszuüben. Damit ist auch die finanzielle Unabhängigkeit von öffentlicher Unterstützung gegeben.

Tabelle 16

Art der Arbeit bei Betreuungsende (T4)

Art der Arbeit	Allgemeiner Arbeitsmarkt		Selbsthilfefirma/ Integrationsbetrieb		Maßnahmen und in Ausbildung	
	I	II	I	II	I	II
Vollzeit	7	6	1	-	3	7
Teilzeit	4	1	-	-	1	3
Minijob	3	1	-	-	-	-
Arbeitssuchend	6	7	-	-	-	-

Die Arbeitszeiten, aufgeteilt nach Diagnosetypen, ergaben bei den Teilnehmern der Gruppe I, dass sowohl 4 Teilnehmer mit einer Diagnose vom kombinierten Typus als auch 4 Teilnehmer vom aufmerksamkeitsgestörten Typus der Treatmentgruppe I eine Vollzeittätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufnahmen, eine Teilzeittätigkeit nahmen 4 Teilnehmer vom kombinierten Typus auf, 3 einen Minijob und 5 Arbeitssuchende, 1 Arbeitssuchender vom Typus Aufmerksamkeitsstörung. Bei den Maßnahmen der Teilnehmer der Treatmentgruppe I waren es 2 Teilnehmer vom kombinierten Typus und 1 Teilnehmer vom aufmerksamkeitsgestörten Typus, die in Vollzeit an einer Maßnahme oder Ausbildung teilnahmen. Bei den Teilnehmern der Treatmentgruppe II waren es 5 Teilnehmer des kombinierten Diagnose-Typus, die in Vollzeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Tätigkeit aufnahmen und 1 Teilnehmer vom aufmerksamkeitsgestörten Typus. In Teilzeit war eine Teilnehmerin vom kombinierten Typus tätig, im Minijob 1 Teilnehmer vom kombinierten Typus und alle 7 Arbeitssuchenden gehörten dem kombinierten Typus an. Bei den Maßnahmen waren es beim kombinierten Typus 4 Teilnehmer und 3 vom aufmerksamkeitsgestörten Typus. Es ist anzumerken, dass, unabhängig von der Diagnose, eher mehr Vollzeitstellen sowohl in Treatmentgruppe I wie auch in II angetreten wurden.

Tabelle 17

Art der Arbeit, differenziert nach Diagnosen (T4)

Treatmentgruppe I				
Art der Arbeit	Diagnosen:		Maßnahmen und in Ausbildung	
	Allgemeiner Arbeitsmarkt			
	Kombinierter Typus	Aufmerksamkeits-gestörter Typus	Kombinierter Typus	Aufmerksamkeits-gestörter Typus
Vollzeit	4	4	2	1
Teilzeit	4	-	1	-
Minijob	3	-	-	-
Arbeitssuchend	5	1	-	-

Treatmentgruppe II				
Art der Arbeit	Diagnosen:		Maßnahmen und in Ausbildung	
	Allgemeiner Arbeitsmarkt			
	Kombinierter Typus	Aufmerksamkeits-gestörter Typus	Kombinierter Typus	Aufmerksamkeits-gestörter Typus
Vollzeit	5	1	4	3
Teilzeit	1	-	3	-
Minijob	1	-	-	-
Arbeitssuchend	7	-	-	-

Nach den gewünschten Arbeitszeiten wurde zum einen zu Beginn der Pilotstudie (T0) gefragt und zum andern bei Ende der Pilotstudie nach den tatsächlich erreichten Arbeitszeiten (T4). Bei T0 hatten sich von 48 Teilnehmern (2 Missings) in Gruppe I 18 (37,50 %) für eine Vollzeittätigkeit ausgesprochen, 19 (39,58 %) in Treatmentgruppe II. Einen Wunsch nach Teilzeittätigkeit äußerten 8 Teilnehmer (16,67 %) der Gruppe I und 3 Patienten (6,25 %) der Gruppe II in T0. Tatsächlich nahmen 5 Teilnehmer der Gruppe I eine Teilzeittätigkeit an und 4 der Gruppe II. Einen Minijob hatten 3 Teilnehmer in Gruppe I und 1 Teilnehmer in Gruppe II zum Zeitpunkt T4 angenommen, 6 Teilnehmer der Gruppe I und 7 Teilnehmer der Gruppe II waren zum Zeitpunkt T4 arbeitssuchend. Zu Beginn der Pilotstudie war das Ziel beider Gruppen eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen oder eine Maßnahme oder eine Ausbildung zu beginnen. Somit kann von einer hohen Motivation der Teilnehmer in beiden Gruppen ausgegangen werden. Man kann auch sagen, in beiden Gruppen erreichten 2/3 der Teilnehmer dieses Ziel. Da die Teilnehmer der Treatmentgruppe II konkreter bezüglich der Inanspruchnahme von Maßnahmen waren, konnten in dieser Gruppe mehr Maßnahmen realisiert werden. Außerdem wechselten im Verlauf der Untersuchung 2 Teilnehmerinnen, die zum Zeitpunkt T0 der Treatmentgruppe I zugeordnet waren, nach T3 in die Treatmentgruppe II. Beide konnten dadurch Leistungen für eine berufliche Reha-Maßnahme (Umschulung) erreichen.

Tabelle 18
Arbeitszeiten – Gegenüberstellung von Zeitpunkt T0 zu T4

Gewünschte Art der Arbeit	T0 n=48 (2 Missings)		T4 n=50	
	Treatmentgruppen		Erreichte Art der Arbeit Treatmentgruppen	
	I	II	I	II
Vollzeit	18 (37,50 %)	19 (39,58 %)	11	13
Teilzeit	8 (16,67 %)	3 (6,25 %)	5	4
Minijob	-	-	3	1
ohne	-	-	6	7

Im Telefoninterview nach 52 Wochen wurden die Teilnehmer auch nach Veränderungen zu Status und Einkommen gefragt. 5 Teilnehmer der Treatmentgruppe I gaben bei Status „höherwertig“ an, in Treatmentgruppe II waren es 3 Teilnehmer, Status „gleich geblieben“ wurde von 7 Teilnehmern der Gruppe I beantwortet und 3 in Gruppe II und „darunter“ von 1 Patienten in Gruppe II. Bei den Maßnahmen gab 1 Teilnehmer in Gruppe I dies mit „höherwertig“ an und 3 in Gruppe II, mit „gleich“ waren es 3 Patienten der Gruppe I, ebenso 3 der Gruppe II und mit „darunter“ waren es 4 in Gruppe II. Von 12 in Arbeit vermittelten Patienten der Treatmentgruppe I im Vergleich zum vorher ausgeübten Beruf gelang 4 Patienten ein höherer Status bei Projektende, wo hingegen in Treatmentgruppe II von 8 in Arbeit vermittelten Patienten 3 Patienten ein höherer Status bei Projektende gelang. Die Treatmentgruppe I hat demnach eine bessere Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt erreicht, was sich bei den Angaben zum Status widerspiegelt. Beim Einkommen gaben 5 Teilnehmer der Treatmentgruppe I dies mit „höher“ an und 3 Teilnehmer der Treatmentgruppe II. Das heißt, von 12 in Arbeit vermittelten Patienten der Treatmentgruppe I gelang 6 Patienten, ein höheres Einkommen bei Projektende zu erzielen, wohingegen von 8 in Arbeit vermittelten Patienten der Treatmentgruppe II es lediglich 3 Patienten gelang, ein höheres Einkommen bei Projektende zu erzielen. Mit „gleich“ gaben dies 3 Teilnehmer in Treatmentgruppe I und 2 Teilnehmer in Treatmentgruppe II an, mit „weniger“ waren es 4 Teilnehmer in Treatmentgruppe I und 2 in Treatmentgruppe II. Bei den Maßnahmen waren es 2 Teilnehmer in Treatmentgruppe I mit „höher“ und 2 Teilnehmer in Treatmentgruppe II, mit „gleich“ waren es 2 Teilnehmer in Gruppe II und mit „weniger“ waren es 2 Teilnehmer in Gruppe I und 6 Teilnehmer in Treatmentgruppe II. Bei den Angaben der Teilnehmer zum Einkommen ist ersichtlich, dass es

in den seltensten Fällen gleichgeblieben ist, unabhängig von der Treatmentgruppe. In der Treatmentgruppe I gibt es sowohl eine Entwicklung zu höherem als auch zu geringerem Einkommen. Bei der Treatmentgruppe II zeigt sich bei den Maßnahmeteilnehmern eine deutliche Verschlechterung der Einkommenssituation.

Die Befindlichkeit zum Zeitpunkt T4 wurde in verschiedenen Bereichen gemessen, die am Arbeitsplatz von Bedeutung sind und gleichzeitig ADHS-spezifische Defizite darstellen, wie Kommunikation, Konfliktlösung, Lösungskompetenz, emotionale Regulation, Stressverarbeitung und Arbeitsplatzorganisation. Deutliche Veränderungen wurden im Bereich Lösungskompetenz von 10 Teilnehmern der Treatmentgruppe I angegeben, in Gruppe II waren es 9 Teilnehmer. Bei Emotionskontrolle waren es 11 Teilnehmer in Gruppe I und 12 Teilnehmer in Gruppe II, bei Umgang mit Stresssituationen waren es 10 Teilnehmer in Gruppe I und 9 Teilnehmer in Gruppe II, bei „Organisation“ waren es 10 Teilnehmer in Gruppe I und 5 Teilnehmer in Gruppe II, bei „Kommunikation“ waren es 9 Teilnehmer in Gruppe I und 6 Teilnehmer in Gruppe II, bei Konfliktlösung war es ein 1 Teilnehmer in Gruppe I und 1 Teilnehmer in Gruppe II. Hierbei war eine Mehrfachnennung möglich. Bei der Bewertung der Veränderung der ersten drei Items, die sowohl in Gruppe I hohe Bewertungen erreichten als auch in Gruppe II, kann bei Gruppe I auf den Effekt des Gruppentrainings verwiesen werden. Bei Gruppe II könnte die hohe Bewertung auf die intensive, von Empathie geprägte und engmaschige Betreuung der Klienten in Einzelkontakten mit der Sozialarbeiterin zurückzuführen sein. Bezüglich der Treatmentgruppe II fällt auf, dass die Bereiche Organisation, Kommunikation und Konfliktlösung von den Teilnehmern geringer bewertet wurden. Das lässt darauf schließen, dass im Rahmen der Maßnahmen die Teilnehmer hierbei weniger gefordert waren und damit den Bereichen eine geringere Bedeutung beigemessen haben.

9 Diskussion

Ziel der Arbeit war es, die Wirksamkeit des Ansatzes „Supported Employment“ (SE), der arbeitslose Erwachsene mit ADHS in Arbeit bringen will, wissenschaftlich zu untersuchen. Für die Umsetzung des Ansatzes SE waren sowohl Hilfen notwendig als auch ein Plan für gezielte Angebote, um das Ziel Vermittlung / Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen.

Um Arbeit näher zu definieren, wurde in der vorliegenden Studie das Konstrukt ADHS und Arbeitsfähigkeit gewählt. „Supported Employment“ als Methode setzt Arbeitsfähigkeit voraus und favorisiert Job-Platzierungen. Arbeitsfähigkeit wird hier definiert als Fähigkeit, die einen in die Lage versetzt, in einer bestimmten Arbeitssituation Arbeitsleistung zu erbringen und die gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen (Ilmarinen und Tempel, 2002).

Als inhaltliches Konzept wurde in der vorliegenden Studie das Modell der Arbeitsfähigkeit von Seibt und Scheuch (2006) zugrunde gelegt und hierfür modifiziert. In einem zweiten Schritt wurde das Modell der Arbeitsfähigkeit auf die Gruppe der Erwachsenen mit ADHS transferiert und inhaltlich angepasst. Danach wurden diagnostische Instrumente ausgesucht, mit deren Hilfe das Konstrukt Arbeitsfähigkeit bei den ADHS-Patienten im Selbst- und Fremdrating gemessen werden sollte. So konnte eine professionelle Betreuung der Patienten erfolgen und es konnten valide Ergebnisse erhoben werden. Die Ergebnisse der Selbst- und Fremdratings in den 3 Bereichen aus dem Modell ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Treatmentgruppen, aber hinsichtlich einiger Items in den Fragebögen konnten signifikante Unterschiede einzelner Items unterschieden werden. Die fehlenden signifikanten Unterschiede in der vorliegenden Pilotstudie sind möglicherweise mit der fehlenden Randomisierung bzw. der inhaltlich erforderlichen Festlegung auf die beiden Treatmentgruppen zu erklären. Aus dem klinischen Kontext heraus hat sich diese Zuweisung zur Treatmentgruppe I (Jobcoach) oder zur Treatmentgruppe II (Reha-Standardangebote) nach dem Zufallsprinzip durchzuführen als nicht praktikabel erwiesen.

Die Zuteilung der Patienten, die eine Reha-Maßnahme anstrebten, war klar. Die fehlende Randomisierung hat aber systematische Kriterien geschaffen. Arbeitslose Patienten, die eine Reha-Maßnahme im Rahmen von Reha-Standardangeboten erreichen wollten, kamen gezielt ins Projekt. Sie waren anders motiviert, sie wollten mit gezielten Maßnahmen ihre Arbeitslosigkeit aufheben, verbunden mit dem Wunsch nach Aufhebung dieses Zustands und Veränderung im Sinne einer Neuorientierung, um den Verlauf der bisherigen Arbeitsbiografie zu verbessern. Ein Neuanfang wurde angestrebt, sie waren daher anders motiviert, wobei eine hohe Anspruchshaltung gegenüber der professionellen Unterstützung spürbar war.

9.1 Design

In der vorliegenden Pilotstudie handelt es sich um 2 Treatmentgruppen (I und II), die ein unterschiedliches Angebot bekommen haben. Die Zuweisung zu Treatmentgruppe I und II des Messwiederholungsdesigns

fand anhand von 5 Kriterien, die sich im klinischen Alltag als relevant herausstellten, statt:

1. Unterschiedliche Gegebenheiten im sozialrechtlichen Leistungsbezug (z.B. ALG I, ALG II)
2. Unterschiedliche Erwartungshaltung gegenüber professioneller Unterstützung und Maßnahmen
3. Unterschiedliche individuelle Zielsetzungen
4. Unterschiedliche Betroffenheit durch physische und psychische Einschränkungen
5. Unterschiedlicher bisheriger Verlauf der Arbeitsbiografie im Sinne von kurzfristigen Arbeitsverhältnissen versus langfristigen Arbeitsverhältnissen und Dauer der Arbeitslosigkeit.

Die Treatmentgruppe II wurde für die Vermittlung in Reha-Standardangebote rekrutiert.

Diese Gruppe hatte mehr Berufserfahrung in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern, sodass ihre Erwartung hinsichtlich der Unterstützung im Rahmen dieser Pilotstudie deutlich auf eine Veränderung des Arbeitskontextes abzielte. Diese Erwartung kann natürlich durch die stärkeren Beeinträchtigungen wie körperliche Erkrankungen und Komorbiditäten, die in dieser Gruppe gemessen wurden, erklärt werden. So leiden die Patienten dieser Gruppe vermehrt unter körperlichen Einschränkungen (s. Ergebnisteil, S. 63-64). Zudem weist die Gruppe eine längere Berufserfahrung auf (bei 204-390 Monate = 6 Patienten in Gruppe II und 4 Patienten in Gruppe I) und die Teilnehmer haben hohe Ansprüche hinsichtlich einer beruflichen Neuausrichtung. Es befinden sich zudem vermehrt Ältere in dieser Gruppe und die Komorbidität deutet auf vorhandene Ängstlichkeit in dieser Gruppe hin (STAI, Item 18: „Ich bin überreizt“ = 6 Patienten (12 %) in Gruppe I und 7 Patienten (14 %) in Gruppe II). Ebenso zeigen sich die Komorbiditäten dieser Gruppe im SKID (als sichere Diagnose bei Major Depression „lifetime“ = 5 Patienten (10 %) in Gruppe I und 6 Patienten (12 %) in Gruppe II; bei Major Depression „aktuell“ wurde als sichere Diagnose 1 Patient (2 %) der Gruppe I und 6 Patienten (12 %) der Gruppe II gemessen; Alkoholmissbrauch als sichere Diagnose bei 1 Patienten (2 %) in Gruppe I und bei 6 Patienten (12 %) in Gruppe II). Diese Patientengruppe stellt sich zwar als kompetent, selbstbewusst und mit klaren Zielvorstellungen dar, allerdings benötigen sie professionelle Hilfe, um ihre beruflichen Vorstellungen und Ziele umzusetzen. Bei den Patienten der Treatmentgruppe II ist davon auszugehen, dass sie durch ihre körperlichen Einschränkungen ihre Grenzen kennen, durch länger bestehende Diagnosen (mehr als 2 Jahre vor Projektaufnahme waren 4 Patienten (8,51 %), davon 3 (6,38 %) in Gruppe II und 1 (2,13 %) in Gruppe I, mehr als 10 Jahre waren 8 Patienten (17,02 %), davon 4 (8,51 %) sowohl in Gruppe II wie auch in Gruppe I diagnostiziert) haben sie Problem- und Defizitbewusstsein, haben mehr lamentiert und bringen eine höhere Erwartung an die professionelle Begleitung mit und treten insgesamt passiver auf. Nach Heckhausen (1980) weisen diese Patienten eine geringe intrinsische Motivation auf, die man als „Lageorientierung“ bezeichnet.

Eine genaue Betrachtung der einzelnen Ergebnisse zeigt aber, dass die Treatmentgruppe II die psychisch labilere Gruppe und damit hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit die Gruppe mit größeren Einschränkungen ist. Allerdings entspricht die Treatmentgruppe II auch dem Gesundheitskonzept von Seibt und Scheuch (2006), indem die Patienten Ressourcen aufweisen, aber nur bedingt nutzen, indem sie über klare Zielvorstellungen verfügen und ihre eigenen Möglichkeiten positiv sehen. Dieser Punkt steht im Kontrast zum gemessenen psychischen Befinden (s. Ergebnisse SKID I; S. 66 ff.). Dieser Gegensatz kann zum einen mit einer Selbstüberschätzung der eigenen Möglichkeiten erklärt werden und zum andern mit einer gezielten Selbstdarstellung, um das gewünschte Ziel einer Reha-Maßnahme im Rahmen der Studie zu erreichen. Durch den überwiegenden Einsatz von Selbstratings führt sowohl die Selbstüberschätzung als auch die gezielte Selbstdarstellung zu einem verzerrten Ergebnis, sodass sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ergeben haben.

Diejenigen, die bereit waren, an ihren ADHS-spezifischen Problemen zu arbeiten, sind eher der Treatmentgruppe I zugeordnet worden. Damit ist die Treatmentgruppe I die Gruppe mit der höheren Bereitschaft zur Veränderung („Handlungsorientierung“), Heckhausen (1980). Die Ergebnisse zeigen, dass diese Gruppe eine intellektuelle Herangehensweise an Probleme vorweist, da zum einen höhere Schulabschlüsse sowie akademische Berufsabschlüsse vorliegen, zum andern weisen diese Patienten eine längere Zeit des ALG-II-Bezugs auf und haben damit erhöhten Druck, wieder in Arbeit zu kommen. Zu bemerken ist, dass bei den Patienten der Treatmentgruppe I, spezifisch in der Situation als ALG-II-Bezieher, die höhere Zahl an Arbeitserprobungen stattgefunden hat. Dies ist mit einem positivem Outcome, dass Arbeitsaufnahme erzielt wurde, gleichzusetzen. Im Weiteren erklärt dies auch die Veränderungsbereitschaft der Patienten der Treatmentgruppe I als der körperlich gesünderen Gruppe mit vorwiegend jüngeren Teilnehmern, sodass sie auf mehr Potential zurückgreifen können. Seibt und Scheuch (2006) beschreiben in ihrem Modell zur Arbeitsfähigkeit, dass sie Fitness für eine wichtige Voraussetzung dabei halten. Tendenzen zeigen, dass die Treatmentgruppe II auch durch die gesundheitlichen Einschränkungen eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erfährt. Daraus ergibt sich die Frage, ob und inwieweit die Einschränkungen im Bereich Gesundheit hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit durch den Einfluss der beiden anderen Bereiche Beruf und Persönlichkeit kompensiert werden können. Seibt und Scheuch (2006) beschreiben Gesundheit und psychische Belastbarkeit (ADHS-Symptomatik, Komorbidität) neben der Fitness als wichtige Voraussetzung für Arbeitsfähigkeit (Af).

Während die Treatmentgruppe I und II hinsichtlich der ADHS-Symptomatik gleich häufig den kombinierten Typus als Diagnose zeigt, weisen die Ergebnisse der Treatmentgruppe II dagegen eher eine Tendenz zu mehr Komorbidität (Angst, Depression, Sucht) auf. Die Zahl der rekrutierten Patienten wurde auf 50 festgelegt, je 25 in Treatmentgruppe I und II. Um statistisch aussagekräftigere Ergebnisse zu erlangen, wurde bei der Planung der Pilotstudie errechnet, dass mindestens 50 Teilnehmer pro Treatmentgruppe einzuschließen

wären. Die Stichprobe ist aufgrund der Gegebenheiten des klinischen Alltags, hoher Einschlusskriterien und dem Einhalten eines zeitlichen Rahmens kleiner ausgefallen. Dies hat entscheidend zur Beeinflussung der Ergebnisse geführt. Bei der Erhebung der ADHS-Diagnose kann diskutiert werden, inwieweit ein Selbstrating (ADHS-SB) ausreicht, um die Veränderung in der ADHS-Symptomatik abzubilden. Der ADHS-DC wurde nur zum Zeitpunkt T0 eingesetzt und im Weiteren liegen nur Daten für den ADHS-SB vor. Der klinische Alltag hat es leider nicht ermöglicht, zu den weiteren Erhebungszeitpunkten die ADHS-DC durch die behandelnden Ärzte zu erheben. Betrachtet man die Untersuchungsinstrumente zu den einzelnen Messzeitpunkten, ist insgesamt anzumerken, dass für die Verlaufsmessung ausschließlich Selbstratings eingesetzt wurden, was die Aussage schmälert und fehleranfällig macht. Patienten mit ADHS zeichnen sich zwar durch ihre Begeisterungsfähigkeit aus, können aber auch, vor allem wenn depressive Episoden als Komorbidität auftreten, sehr selbstkritisch sein und insofern kleine Veränderungen im Selbstrating noch nicht als Teil einer positiven Entwicklung verbuchen. So basiert letztendlich die Wirksamkeitsprüfung und Veränderungsmessung rein auf Selbstratings. Kritisch zu beleuchten ist die Verlaufsmessung (T0 – T2), die nur auf der Ebene der psychischen Befindlichkeit erfolgt ist, die Bereiche Arbeitsfähigkeit (Beruf, Persönlichkeit) sind gänzlich außen vorgelassen worden. Da dies den Informationsgehalt des Messzeitpunktes deutlich einschränkt bzw. ein zu großer systematischer Fehler in der Datenerhebung entstanden ist und keinerlei signifikante Unterschiede berichtet werden können, wurde auf eine Ausführung der Daten verzichtet.

9.2 Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse muss differenziert betrachtet werden. In der vorliegenden Stichprobe muss von einer hohen Motivation und gleichzeitig hohem Leidensdruck der Patienten ausgegangen werden. Außerdem verfügt die Patientengruppe über ein hohes Bildungsniveau, wobei ADHS-typisch viele Studiengänge und Ausbildungen nicht beendet wurden. Die hochselektive Stichprobe schränkt die externe Validität der Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie ein.

Die soziale Zusammensetzung der Patienten aus Mannheim und Umgebung ergab sich aus der Rekrutierung von Patienten aus der Spezialambulanz ADHS bei Erwachsenen am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit und Patienten aus einer niedergelassenen Facharztpraxis, sodass davon ausgegangen werden kann, dass es sich um eher sehr betroffene Patienten mit zum Teil langem Leidensweg handelt. Adamou (2013) hat herausgefunden, dass nicht nur ADHS-Symptome Einschränkungen verursachen, sondern auch Komorbiditäten. Er geht davon aus, dass klinikbezogene Studienteilnehmer auch erhöhte Komorbiditätsraten aufweisen, diese wiederum mehr Beschäftigungsprobleme haben und sich als weniger sozialkompetent beschreiben. Nach dieser Pilotstudie muss es als sinnvoll betrachtet werden, die Rekrutierung der Klienten auf nicht-klinische Institutionen wie Agentur für Arbeit / Jobcenter auszuweiten. Da es sich hierbei um meist nicht diagnostizierte Patienten handelt, war der Aufwand der zusätzlichen Diagnostik im Rahmen dieser

Pilotstudie nicht zu erbringen.

9.3 Analyse der Interventionen

Der Reha-Prozess gestaltete sich für Patienten der Treatmentgruppe II (Reha-Standardangebote) von Beratung bis Beantragung von Reha-Leistungen und war von regelmäßigen sozialarbeiterischen Kontakten geprägt. Aufgrund dieser intensiven Betreuung kam es zu einer hohen persönlichen Bindung mit engmaschiger Begleitung, die von den Betroffenen der Treatmentgruppe II durch ihre hohe Erwartungshaltung eingefordert wurde, sodass davon ausgegangen werden kann, dass es zu einem ähnlich positiven Effekt bezüglich der Arbeitsaufnahme wie in der Treatmentgruppe I kam. Barkley und Murphy (2010) heben die Bedeutung und Wichtigkeit von Einzelkontaktsituationen hervor, indem sie für die Herstellung eines strukturierten Kontakts plädieren, was für Betroffene mit ADHS gut einhaltbar sei, da sie Aufmerksamkeit und Konzentration besser fokussieren und aufrechterhalten können. Die Gruppe I erfuhr neben dem Gruppentraining ebenfalls Einzelberatung, aber im Ablauf deutlich standardisierter mit anderer inhaltlicher Ausrichtung (Vermittlung von Arbeitserprobungen, Unterstützung von Bewerbungsinitiativen).

Das Gruppentraining wurde als ein blockweises Training (2 Gruppen mit jeweils 8 Teilnehmern, 1 Gruppe mit 11 Teilnehmern) nach einem modifizierten Konzept von Hesslinger et al. (2004) durchgeführt. Hesslinger et al. (2002b, 2003c) haben ein störungsspezifisches symptomorientiertes Konzept für Gruppentherapie mit Erwachsenen mit ADHS entwickelt, das in der klinischen Anwendung erprobt, in einer ersten Studie überprüft und in der vorliegenden Pilotstudie modifiziert zur Anwendung kam mit jeweils 5 Sitzungen, orientiert an den Hauptsymptomen. Laut Hesslinger et al. (2004) stehen bei Erwachsenen mit ADHS oft Komorbiditäten und psychosoziale Folgen (z.B. Arbeitslosigkeit) im Vordergrund. Sie halten eine multimodale Behandlung, eine Kombination aus Medikation und Psychotherapie für am effektivsten. Psychotherapie kann den Umgang mit den spezifischen Symptomen einer ADHS-Störung erleichtern. Der Vorteil der Psychotherapie in der Gruppe liegt laut Hesslinger et al. (2004) in der Möglichkeit, von anderen zu lernen und sich gegenseitig zu unterstützen. Das Angebot ihres Konzepts bezieht sich auf die klinischen Symptome „Aufmerksamkeit, Aktivitätsniveau, Impulskontrolle und Stimmungsregulation“ und diese zu verbessern, um das „innere Chaos“ schrittweise durch zielorientierte Selbstorganisation zu ersetzen. Durch das Training haben die Patienten der Treatmentgruppe I ein größeres Problembewusstsein entwickelt, punktuell an den jeweiligen Defiziten haben die Teilnehmer von Gruppe I Unterstützung erfahren.

Als positiver Effekt ist die kleine Gruppenzusammensetzung zu sehen. 2 Teilnehmer entschieden sich, einen Reha-Antrag zu stellen, und wurden dann der Treatmentgruppe II zugeordnet. In der Rückmeldung (T4 und persönliche Gesprächssituationen) der Patienten zu dem Gruppentraining wurde hervorgehoben, dass die Teilnahme zu einem Problembewusstsein geführt hat und Hilfestellung zur Situationsbewältigung erhalten wurde. Des Weiteren wurde der Austausch mit anderen Betroffenen positiv gesehen sowie die Darstellung von alternativen Handlungsabläufen und die Präsentation theoretischer Modelle für die ADHS-spezifischen

Defizite.

Daneben fand an 2 Vormittagen pro Gruppe eine Schulung mit Bewerbungstraining und Begleitung des Bewerbungsprozesses statt, was ebenso zur Arbeitsaufnahme beitrug. Aufgrund des intensiven Bewerbungstrainings in Gruppen und des individuellen Anstoßes des Bewerbungstrainings im Rahmen der 2 Vormittage trat die ursprünglich geplante Jobplatzierung in den Hintergrund, da die Teilnehmer bereits Kontakt zu möglichen Arbeitgebern aufgebaut hatten. Das zeigt, dass die Teilnehmer der Gruppe durch diesen Anstoß in der Lage waren, mit großer Eigeninitiative den weiteren Bewerbungsprozess in die Hand zu nehmen. Die Ergebnisse und Erfahrungen im Rahmen dieser Pilotstudie unterstützen die Forderung mehrerer Autoren (Murphy, 2005, Halmoy et al., 2009, Adamou et al., 2013), die für spezifische Interventionsprogramme für Menschen mit ADHS plädieren. Ein überraschendes Ergebnis dieser Pilotstudie war, dass das hochfrequente Job-Placement nicht in dem Maße erforderlich war, wie ursprünglich geplant. Den ADHS-Patienten gelang es trotz ihrer deutlichen Defizite bei der Strukturierung und Planung durch sehr viel Eigeninitiative, sich selbst auf dem Arbeitsmarkt zu platzieren. Dieses Ergebnis möchte ich hervorheben, da es für die Patienten mit ADHS aufzeigt, dass ihre ADHS-Erkrankung nicht nur Defizite, sondern auch Potentiale birgt (Hesslinger et al., 2004), siehe auch Anhang B, Seite 111, Abb. 10.

Bei der Platzierung auf einen Arbeitsplatz ist die Einstellung der Arbeitgeber gegenüber ADHS-Betroffenen zu berücksichtigen. Hervorzuheben ist, dass ein Ergebnis dieser Studie zeigt, dass trotz Schwere der ADHS-Symptomatik es ADHS-Betroffenen gelang, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unbefristete Arbeitsverhältnisse zu erlangen, obwohl die Mehrzahl gegenüber dem Arbeitgeber die Defizite erwähnt hat. Dieser positive Umgang mit der eigenen Erkrankung stellt ein Ergebnis der Pilotstudie dar und kann auf die intensive sozialarbeiterische Begleitung und Einzelfallberatung sowie die Coachingmaßnahmen zurückgeführt werden. Dadurch resultierte eine Bewusstmachung der eigenen Defizite und Potentiale, was zu einer Stabilisierung des Selbstwertes führte und den Patienten ermöglichte, offen in den Vorstellungsgesprächen damit umzugehen. ADHS stellt nämlich in der heutigen Gesellschaft noch immer kein akzeptables Krankheitsbild dar, sodass ein offener Umgang von Seiten der ADHS-Betroffenen im Allgemeinen eher vermieden wird und schwierig ist.

Vergleicht man die vorliegenden Daten zum Thema Lebensqualität (s. Ergebnisse S. 71 ff.) mit der Aussage, die Murphy (2005) getroffen hat, dass Arbeit zur Steigerung von Lebensqualität und Selbstzufriedenheit bei ADHS-Patienten führt, kann man feststellen, dass störungsspezifische Programme den Patienten zu mehr Lebenszufriedenheit verhelfen (s. Treatmentgruppe I). Murphy (2005) schlussfolgert, dass gerade bei ADHS-Patienten die Notwendigkeit besteht, einen den jeweiligen individuellen persönlichen Ressourcen angepassten Arbeitsplatz zu finden. Schlussfolgerung aus der vorliegenden Pilotstudie ist im Weiteren, dass ADHS-Betroffene lernen, ihre Potentiale und Defizite erfolgreich einzubringen bzw. ausgleichen zu können, und lernen, mit der Symptomatik umzugehen.

9.4 Ausblick

Die statistische Auswertung der Fragestellungen der Arbeit hat keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Treatmentgruppen ergeben. Wünschenswert wäre die Durchführung einer Untersuchung in größerem Stil mit größerer Stichprobe, um den Effekt einer zu kleinen Stichprobe auszuschließen. Die Pilotstudie hat gezeigt, dass von Seiten der Patienten das Angebot positiv angenommen wurde. Durch die Arbeitsaufnahme, die im Rahmen des Projekts erfolgte, hat dieses spezifische Angebot auch dazu geführt, dass Patienten von öffentlicher Unterstützung unabhängig gemacht wurden. Es wäre wünschenswert, dass spezifische Interventionsprogramme etabliert werden, um so die individuellen Leidenswege abzukürzen oder zu verhindern, nämlich, wenn Möglichkeiten einer frühen Intervention vorhanden wären. Zudem wäre es wünschenswert, dass in der Betreuung und Begleitung durch störungsspezifische Programme nicht nur defizit-orientiert beraten wird, sondern auch die Potentiale und Ressourcen der Klientel berücksichtigt werden können. Dazu ist eine gewisse Expertise mit der Klientel der ADHS-Patienten auf Seiten der Professionellen erforderlich.

10 Zusammenfassung

Erwachsene mit ADHS ohne Arbeit bzw. Auswirkungen der ADHS-Störung auf Arbeit und damit einhergehend häufige Arbeitslosigkeit stellen sowohl eine sozialarbeiterische Herausforderung im klinischen Kontext dar als auch bei der Vermittlung in den betrieblichen Rahmen. Küpper et al. (2012) sehen eine hohe Assoziation von ADHS und Arbeitslosigkeit. Biedermann et al. (2006) haben in ihrer Studie nachgewiesen, dass Erwachsene mit ADHS (34 %) weniger in Beschäftigung waren als Erwachsene ohne ADHS (59 %), womit sich durch ADHS nicht nur ein volkswirtschaftlicher Verlust ergibt, sondern auch ein Verlust von Einkommen für Erwachsene mit ADHS. Kosten für die Gesellschaft entstehen weiterhin über den Verlust an Produktivität durch Erwachsene mit ADHS.

Wie die vorliegende Pilotstudie zeigt, kann sowohl mit einem gezielten Trainingsprogramm (basierend auf IPS [Individual Placement and Support]) und mit individueller Unterstützung eine Arbeitsaufnahme erfolgen, als auch die Einleitung von Reha-Maßnahmen eine Möglichkeit darstellen, wieder in den Arbeitsprozess trotz bestehender Symptome eingegliedert zu werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie zeigen, dass über den Ansatz IPS als eine Form der Methode des „Supported Employment“ es nicht gelungen ist, in der Untersuchungsgruppe (Treatmentgruppe I) mehr Erwachsene mit ADHS in Arbeit zu bringen als in der Treatmentgruppe II (Reha-Standardangebote). Dazu ist anzumerken, dass es sich hierbei nicht um einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Treatmentgruppen handelt. Betrachtet man die absoluten Zahlen, sind annähernd doppelt so viele Teilnehmer in der Treatmentgruppe I in Arbeit gekommen (12) als in der Treatmentgruppe II (7). Die Einteilung des Kriteriums „in Arbeit“ versus „nicht in Arbeit“ wurde sehr konservativ vorgenommen. In die Gruppe der Klienten, die nicht in Arbeit gekommen sind, zählen sowohl die arbeitssuchenden Klienten als auch alle Personen, die integrationsorientierte Förderleistungen (z.B. berufliche Weiterbildung, Trainingsmaßnahmen) (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Monatsbericht, Dezember 2017) zur Aktivierung und beruflichen Wiedereingliederung in Anspruch nehmen und Klienten, die sich in Ausbildung befinden, um die Chancen der Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt zu erhöhen. Des Weiteren werden der Gruppe der sich nicht in Arbeit befindlichen Klienten alle Personen zugeordnet, die zwar eine Erwerbsfähigkeit vorweisen, aber nicht vollversicherungspflichtig tätig sind (Minijob). Somit handelt es sich bei der Gruppe der nicht in Arbeit befindlichen Studienteilnehmer um eine sehr inhomogene Gruppe und es werden Fördermaßnahmen und Erwerbstätigkeit ohne Versicherungspflicht einer Arbeitssuche gleichgesetzt, sodass die Ergebnisse dieser Fragestellung „in Arbeit“ versus „nicht in Arbeit“ verzerrt werden. In Anbetracht der Diagnose „ADHS“ muss berücksichtigt werden, dass z.B. das Erreichen einer nicht vollversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit (Minijob) für einen ADHS-Betroffenen einen Erfolg darstellt. Deshalb wurde im Ergebnisteil eine detaillierte Analyse der Variablen „Arbeitsaufnahme“ zum Zeitpunkt T4 dargestellt (s. S. 81, Tab. 11). Für die Studienteilnehmer mit integrationsorientierten Förderleistungen ergaben sich im Einzelfall spürbare positive Effekte, die vom

Betroffenen auf gezielte Angebote wie ein psychologisches Training und ein Bewerbungstraining durch einen Jobcoach sowie intensive psychosoziale Betreuung durch die Sozialarbeiterin zurückgeführt wurden und zu einer Reduktion der klinischen Symptomatik sowie einer Erhöhung des psychosozialen Funktionsniveaus führten. Da sich in der Messung zwischen den beiden Treatmentgruppen keine signifikanten Unterschiede ergaben, ist jedoch eine klinisch signifikante Verbesserung einzelner Items (z.B. aus der Skala zum Arbeitsverhalten (SZA), Item 10 („getrieben sein“) bzw. Item 11 („Vermeidung“), s. Ergebnisteil, S. 80, Tab. 9) der psychischen Belastung hervorzuheben. Als Leistungsvoraussetzung für eine erfolgreiche Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nach der Methode des „Supported Employment“ setzt dies Arbeitsfähigkeit voraus. Diese wurde in der vorliegenden Pilotstudie nach dem theoretischen Modell von Seibt und Scheuch (2006) in 3 Bereichen gemessen: Beruf, Gesundheit und Persönlichkeit. Seibt und Scheuch (2006) gehen davon aus, dass Arbeitsfähigkeit (Af) davon beeinflusst wird. Um Af zu erfassen, wurden für jeden Bereich entsprechende Fragebögen, sowohl standardisierte als auch selbst entwickelte Fragebögen, eingesetzt. Da die Daten im Rahmen des Kontextes der Spezialambulanz ADHS bei Erwachsenen erhoben wurden, liegen viele Daten zum Bereich Gesundheit vor und nur ausgewählte Daten zu den Bereichen Beruf und Persönlichkeit. Während für den Bereich Gesundheit sowohl Fremd- als auch Selbstratings aus der klinischen Diagnostik vorliegen, trifft dies auf die Bereiche Beruf und Persönlichkeit nicht zu, da die Daten überwiegend als Selbstrating erfasst wurden. Seibt und Scheuch (2006) gehen davon aus, dass geringe Af vorliegt, wenn gesundheitliche Probleme wie psychische Probleme und weniger Fitness vorliegen. Eine hohe Af ist gegeben, wenn psychische Ressourcen vorliegen (Aufwand-Nutzen-Balance, kein Burn-out, wenig psychische Beschwerden). Im Rahmen der vorliegenden Pilotstudie konnte zwar kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in den Summenwerten der Fragebögen festgestellt werden, aber hinsichtlich einzelner Items (z.B. Ressourcenfragebogen, Item 4a (Kreativität) oder „Coping-Inventory for Stressful Situations“ (CISS), Skala 3b „Sozialablenkungsorientiertes Coping“, ergaben sich sehr wohl signifikante Unterschiede (s. Ergebnisteil, S. 80, Tab. 9). Das Gesundheitskonzept nach Seibt und Scheuch (2006) umfasst daher die Vermeidung beruflicher Risiken (Belastungsfaktoren) und Nutzung von Ressourcen. Die Treatmentgruppe II hatte aufgrund der Symptome von ADHS größere Einschränkungen und eine erhöhte Komorbiditätsrate, dadurch mehr Beschäftigungsprobleme (berufliche Faktoren), was den Ergebnissen einer Studie von Adamou et al. (2013) entspricht. Vergleicht man beide Treatmentgruppen hinsichtlich ihrer Zielvorstellungen und der erreichten Ergebnisse, ist festzustellen, dass beide Gruppen zwar ihr Behandlungsziel nicht gänzlich erreicht haben, aber in den Ergebnissen einzelner Items zeigt sich ein signifikanter Unterschied, der in die von Klienten gewünschte Richtung weist. Nach Biedermann et al. (2006) sind nicht nur weniger Erwachsene mit ADHS in Arbeit, sondern auch mit weniger Einkommen. Die vorliegende Pilotstudie zeigt, dass in der Treatmentgruppe I von 12 in Arbeit vermittelten Patienten im Vergleich zum vorher ausgeübten Beruf 4 Patienten nicht nur ein höherer Status gelang, sondern 6 Patienten auch ein höheres Einkommen. In der Treatmentgruppe II gelang von 8 Patienten 3

Patienten ein höherer Status und ebenfalls 3 Patienten ein höheres Einkommen.

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Pilotstudie handelt, ist es wünschenswert, dass alle erzielten Ergebnisse in einer größeren Stichprobe erneut erhoben werden, um Unterschiede zwischen den Treatmentgruppen eindeutiger, vor allem hinsichtlich der Arbeitsaufnahme, nachweisen zu können.

Die Ergebnisse der Pilotstudie zeigen, dass eine Gruppentherapie auch in Bezug auf Arbeitsplatzthemen erfolgversprechend ist. Des Weiteren, wie bereits von Murphy (2005) formuliert, ist neben Psychoedukation, Medikation, Psychotherapie und Selbstmanagement von Skills und Coaching am effektivsten, wenn auch entsprechende Arbeitsplatzbedingungen geschaffen werden. Das heißt, alles in allem wird eine kombinierte Behandlung einschließlich Medikation und psycho-sozialer Ansätze favorisiert. Dies erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit u.a. von Sozialarbeitern, Ärzten und Psychologen, um gemeinsam für die Gruppe der Erwachsenen mit ADHS Interventionsprogramme zu entwickeln und durchzuführen.

11 Literatur

- Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T-C., Bolea, B., Coghil, D., Guojonsson, G., Halmoy, A., Hodgkins, P., Müller, U., Pitts, M., Trakoli, A., Williams, N., Young, S. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *Bio Med Central Psychiatry* 13: 59, 1-7.
- Alm, B., Retz-Junginger, P. (2015). *ADHS im Erwachsenenalter: Info Broschüre für Betroffene und Angehörige*. Bad Homburg: Lilly Deutschland GmbH.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV* (Dt. Bearbeitung und Einführung von Hennig Saß et al.). Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Revised. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association. Deutsche Ausgabe von Falkai, P. und Wittchen, H.-U., Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5-R. Göttingen: Hogrefe.
- Antony, W.A. & Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (2), 5-23.
- Baer, N., Kirsch, P. (2010). *Training bei ADS im Erwachsenenalter TADSE.*, Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinical Workbook* (Second Edition). New York, London: The Guilford Press.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 279-289.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R. (2006). *Handbook for Diagnosis and Treatment* (3 rd. ed.). New York: Guilford.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 192-202.
- Barkley, R., Murphy, K.R. & Fischer, M. (2007). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford.
- Barkley, R., Murphy, K.R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: the predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 157-173.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Beck, A.T., Steer, R.A. (1987). *Beck Depression Inventory-Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., Rinaldi, M. (2015). Individual Placement and Support in Sweden – A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 57-66.
- Biedermann, J., Mick, E. & Faraone, S.V. (2000). Age-dependant decline of symptoms of attention deficit disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.
- Biedermann, J., Faraone S.V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M.C., Alvardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 524-540.
- Biedermann, J., Faraone, S.V. (2006). The Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Employment and Household Income. *Medscape General Medicine*, 8, 12.
- Black, C. (2008). *Working for a healthier tomorrow*. London: Department of Health.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. & Becker, D.R. (1997). An Update on Supported Employment for People with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 48 (3), 335-344.
- Bond, G.R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence based practice. *Psychiatrische Rehabilitation*, 27, 345-359.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatrische Rehabilitation*, 4, 280-290.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Becker, D.R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*; 11: 32-39.
- Bundesagentur für Arbeit, Statistik / Arbeitsmarktberichterstattung: Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland – *Monatsbericht Dezember 2017, Nürnberg 2017*.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T. et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 370, 1146-1152.
- Campbell, K. et al. (2010). Client Predictors of Employment Outcomes in High-Fidelity Supported Employment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 556-563.
- Caplan, R.D. et al. (1989). Job seeking, reemployment and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. *Journal of Applied Psychology*, 74, 759-769.
- Cobière, M., Brouwers, E., Lanctôt, N. et al. (2014). Employment Specialist Competencies for Supported Employment Programs. *Journal Occupational Rehabilitation*, 24, 484-497.
- De Graaf, R., Kessler, R.C., Fayyad, J., ten Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., Demyttenaere, K., Gastquet, I., de Girolamo, G., Haro, J.M., Jin, R., Karam, E.G., Ormel, J., Posada-Villa, J. (2008). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 65, 835-842.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-for the R(evised) version*. Baltimore: John-Hopkins University Press, School of Medicine: Eigendruck.

- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2013). S 3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. *S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer: Berlin.
- Drake, R.E., Mattugo, G.J., Bebout, R.R., Becker, D.R., Harris, M., Bond, G.R. & Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for innercity patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 627-633.
- Ebert, D., Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. (2003). ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. *Nervenarzt*, *74*, 939-946.
- Endicott, J., Spitzer, R.L. & Fleiss, J.L. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 766-771.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure. *Psychopharmacology Bulletin*, *29*, 321-326.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (2010). *FPI-R Freiburger Persönlichkeitsinventar*. Göttingen: Hogrefe.
- Faraone, S.V., Sergeant, J., Gillberg, C. & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, *2*, 104-113.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K. et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 402-409.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. & Benjamin, L. (1996a). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorder (SCID I)*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Franke, G.H. (1995). *SCL-90-R-SYMPTOM-CHECKLISTE VON DEROGATIS (PSYINDEX Tests Review) [SCL-90-R; SCL90R; Self-Report Symptom Inventory]*. Weinheim: Beltz
- Franke, G.H. (2002). *Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version -*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Freude, G., Usperger, P., Dehoff, W. (2000). *Zur Einschätzung von Vitalität, Leistungsfähigkeit und Arbeitsbewältigung älterer Arbeitnehmer*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Gjervan, B., Torgersen, T., Nordahl, H.M., Rasmussen, K. (2012). Functional Impairment and Occupational Outcome in Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *16*, 544-552.
- Goodman, D.W. (2007). The consequences of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Psychiatry Practice*, *13*, 318-327.
- Grevet, E.H., Bau, C.H., Salgado, C.A., Fischer, A.G., Kalil, K., Victor, M.M. et al. (2006). Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: Support for the validity of subtypes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*, 311-319.
- Hallowell, E.M. & Ratey, J. (2002). *Zwanghaft zerstreut oder die Unfähigkeit aufmerksam zu sein* (6. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Halmoy, A., Fasmer, O.B., Gillberg, C., Haavik, J. (2009). Occupational Outcome in Adult ADHS: Impact of Symptom Profile, Comorbid Psychiatric Problems, and Treatment. *Journal of Attention Disorders*, *13*, 175-187.
- Hautzinger, M. et al. (1994). *Beck-Depressions-Inventar: (BDI) Testhandbuch* (1.Aufl.). Hans Huber: Bern.

- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln: Lehrbuch der Motivationspsychologie*. Berlin: Springer.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., Ebert, D. (2002b). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 177-184.
- Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H. & Ebert, D. (2003c). Zur Psychotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. *Verhaltenstherapie* 13, 276-282.
- Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H. (2004). *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Heuer, S. (2002). Was erwarten Arbeitgeber? – Die häufigsten Anforderungen. *Bewerbungstraining und Berufswegplanung* (nicht veröffentlichter Fragebogen). Mannheim: Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit.
- Himmelstein, J., Schulz, K.P., Newcorn, J.H., Halperin, J.M. (2000). The Neurobiology of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Frontiers in Bioscience* 5, 461-478.
- Hinshaw, S.P., Scheffler, R.M. (2014). *The ADHD Explosion. Myths, Medication, Money and Today's Push for Performance*. University Press: Oxford.
- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S. et al. (2012). A randomised controlled trial of the efficacy of Supported Employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125 (2), 157-67.
- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S. et al. (2014). Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 171 (11), 1183-90.
- Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics* 6(2), 65-70.
- Ilmarinen, J. (1999). *Ageing Workers in the European Union – Status and Promotion of Workability, Employability and Employment*. Finish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour, Helsinki.
- Ilmarinen, J. Tempel, J. (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* Hamburg: VSA-Verlag.
- Jacob, C.P., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., Reif, A., Walitza, S., Romanos, M., Strobel, A., Brocke, B., Schafer, H., Schmidtke, A., Boning, J., Lesch, K. P. (2007). Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 309-317.
- Jones, S.H., Thornicroft, G., Coffey, M. & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659.
- Kälin, W. (1995). Deutsche 24-Item Kurzform des "Coping Inventory for Stressful Situations" (CISS) von Endler, N.S. & Parker, J.D.A. Basierend auf der Übersetzung von Semmer, N., Tschan, F. & Schade, V. (unveröffentlichter Fragebogen). Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Kahl, K.G., Puls, J.H., Schmid, G. (2007). *Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen*. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.

- Kalkan, R., Dorn, W., Kilian, R., Becker, T. (2005). Supported Employment im 1-Jahres-Verlauf; erste Resultate einer europäischen Multicenter-Studie. *Der Nervenarzt* 76 (1), 297.
- Kalkan R., Dorn, W., Ehiosun, U. et al. (2009). Unterstützte Beschäftigung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Erfahrungen im deutschen Studienzentrum der europäischen EQOLISE-Studie. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 39 (4): 40-45.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, A. (1987). The Positive And Negative Syndromes Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 261-276.
- Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Barkley, R.A., Birnbaum, H., Greenberg, P., Johnston, J.A., Spencer, T., Üstün, T.B. (2005). The Prevalence and Effects of Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder on Work Performance in a Nationally Representative Sample of Workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 565-572.
- Kessler, R., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K. & Demler, O. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 164, 716-723.
- Kessler, R.C. et al. (2009). The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychological Medicine*, 39, 137-147.
- Kleinmann, N.L., Durkin, M., Melkonian, A., Markosyan, K. (2009). Incremental employee health benefit costs, absence days, and turnover among employees with ADHD and among employees with children with ADHD. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 247-1255.
- Köpcke, W. (1994). Design, methodological and statistical issues in prediction research of neuroleptic response. In Gaebel, W., & Ambrosini, P. (Eds.), *Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia* (pp. 155- 164), Wien: Springer.
- Küpper, T., Haavik, J., Drexler, H., Ramos-Quiroga, A.R., Wermelskirchen, D., Prutz, C., Schauble, B. (2012). The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85, 837-847.
- Lambert, N.M. (1988). Adolescent outcomes for hyperactive children. Perspectives on general and specific patterns of childhood risk for adolescent educational, social, and mental health problems. *American Psychologist*, 43, 786-799.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., Nguyen, T.D. (1979). Assessment of Client/Patient Satisfaction: Development of a General Scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Lehrl, S. (2005). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-B*. Balingen: Spitta Verlag.
- Luborsky, L. (1962). Clinician`s judgments of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Mannuzza, S., Gittelman-Klein, R., Bessler, A., Mallroy, P. & La Padula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565-576.
- Mannuzza, S., Klein, R.G. (2000). Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 711-726.

- Mannuzza, S., Klein, R.G., Moulton, J.L. (2008). Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Res* 160, 237-246.
- Mao, A.R., Brams, M., Babcock, T., Madhoo, M. (2011). A Physician`s Guide to Helping Patients with ADHD Find Success in the Workplace. *Postgraduate Medicine*, 123, 60-70.
- Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, Kuhn, H. (2013). *Stärken-und-Schwächen-Analyse - Selbsteinschätzung* (unveröffentlichter Fragebogen).
- Markthaus Mannheim gGmbH Coaching – und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, Kuhn, H. (2013). *Tiefenprofilung* (unveröffentlichter Fragebogen).
- Markthaus Mannheim gGmbH Coaching- und Vermittlungsprojekt Netzwerk Arbeit, Kuhn, H. (2013) *Ziel- und Förderplan – Berufliche Ziele* (unveröffentlichter Fragebogen).
- Matza, L.S., Paramore, C., Prasad, M. (2005). A review of the economic burden of ADHD. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 3: 5.
- Michon, H. et al. (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for People with Severe Mental Illness in the Netherlands: A 30-Month Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37 (2), 129-136.
- Modre, M., Groholt, B., Sandstad, B., Myhre, A. M. (2012). The impact of ADHD symptoms and global impairment in childhood on working disability in mid-adulthood: a 28-year follow-up study using official disability pension records in a high-risk in-patient population. *BioMed Central Psychiatry*, 12, 174.
- Möller, H.J. (1994). General aspects of predictor research in schizophrenia and depression. In Gaebel, W. & Ambrosi, P. (Eds.), *Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia* (pp. 27-36). Wien: Springer.
- Murphy, K., Barkley, R.A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry* 37, 393-401.
- Murphy, K. (2005). Psychosocial Treatments for ADHD in Teens and Adults: A Practice-Friendly Review. *Journal of Clinical Psychology* 61, 607-619.
- Nadeau, K.G. (1998). Psychotherapy for adults with ADHD. A call to training. *The ADHD Report*, 3, 9-11.
- Nadeau, K. G. (2005). Career Choices and Workplace Challenges for Individuals with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 549-563.
- Price, R.H., van Ryn, M., Vinokur, A.D. (1992). Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 158-167.
- Price, R.H., Kompier, M. (2005). Work, Stress and Unemployment. In: Hosman, C., Jane`-Llopis, E., Saxena, S., eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford: Oxford University Press.
- Rasmussen, P., Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 1424-1431.
- Reich-Schulze, E. (2002). Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom in der beruflichen Rehabilitation chronisch kranker Menschen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 78, 367-370.

- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H.G., Trott, G.E., Wender, P.H. et al. (2002). Wender Utah rating scale. The short-version for the assessment of the attention-deficit-hyperactivity disorder in adults. *Nervenarzt* 73, 830-838.
- Richenhagen, G. (2011): *Age Management und Fachkräftebedarf*. Gastvorlesung am IAW der RWTH Aachen.
- Roberts, M.M., Pratt, C.W. (2007). Putative Evidence of Employment Readiness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 175-181.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Thome J., Supprian, T., Nissen, T., Stieglitz, R.D., Blocher, D., Hengesach, G., Trott, G.E. (2004). Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Selbstbeurteilungs-Skala (ADHS-SB) und Diagnose Checkliste (ADHS-DC). *Nervenarzt* 75, 888-895.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). HASE. Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Untersuchungsverfahren zur syndromalen und kategorialen Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. Göttingen: Hogrefe.
- Rucklidge, J.J. (2008). Gender differences in ADHD: Implications for psychosocial treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8, 643-655.
- Salize, H.J., Bullenkamp, J., Alscher, I., Wolf, I. (2000). Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). *Psychiatrische Praxis* 27, 92-98.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV, 2. verb. Aufl.* Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, U. Rüter, E. (2005). *ADHS im Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaller, J., Yang, N.K., Trainor, A. (2006). Transition-Age Adults with ADHD: Gender and Predictors of Vocational Rehabilitation Outcomes. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 37, 3-12.
- Schön Klinik (2016). ADHS am Arbeitsplatz. (Online Dokument). Verfügbar unter: <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/medizin/psyche/sinnesstoerung/adhs/alltag/art/04445/> (Zugriff: 03.02.2016).
- Schumacher, L., Brähler, E. (2004). Testdiagnostik in der Psychotherapie. In: Senf, W., Broda, M. (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Stuttgart: Thieme, 169-183.
- Secnik, K., Swensen, A.R. & Lage, M.J. (2005). Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with ADHD. *Pharmacoconomics*, 23, 93-102.
- Seibt, R., Scheuch, K. (2006). Risikofaktoren und Ressourcen der Arbeitsfähigkeit von Gymnasiallehrerinnen. *Symposium Medical Arbeitsmedizin*, 6, 22-24.
- Semmer, N., Tschann, F. & Schade, V. (1991). Umgang mit Stress. Deutsche Übersetzung des „Coping Inventory for Stressful Situations“ (CISS) von N. S. Endler & J.D.A. Parker (unveröffentlichter Fragebogen). Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Shifrin, J.G., Proctor, B.E., Prevatt, F.F. (2010). Work performance differences between college students with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders* 13, 489-496.

- Skirrow, C. et al. (2009). Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, 489-503.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., Philipsen, A., Rietschel, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 371-377.
- Sobanski, E., Schumacher-Stien, M., Alm, B. (2009). *Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS des Erwachsenenalters*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (aus dem Amerikanischen übersetzt und adaptiert: Safren, S.A., Perlman, C.A. et al. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive behavioral treatment program. Therapist Guide and Client Workbook*. New York: Oxford University Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, P.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Steinhausen, H.C. (1978). Global assessment of child psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 203-206.
- Steinmann, R.M. (2005). *Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz*. Bern, Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Twamley, E.W., Jeste, D.V. & Lehmann, A.F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 515-523.
- Vinokur, A.D., Schul, Y., Vuori, J., Price, R.H. (2000). Two years after a job loss: Long-term impact of the JOBS Program on reemployment and mental health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 32-47.
- Volkow, N.D., Wang, G.J., Kollins, S.H., Wigal, T.L., Newcorn, J.H., Telang, F., Swanson, J.M. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. *Journal of the American Medical Association*, 302, 1084-1091.
- Vuori, J. et al. (2002). The Työhön job search program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 5-19.
- Waddell, G., Burton, A.K., Kendall, N.A.S. (2008). *Vocational Rehabilitation: What works, for whom, and when*. London: The Stationary Office.
- Ward, M.F., Wender, P.H. & Reimherr, F.W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 885-890.
- Weiss, G. & Hechtmann, L. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults*. New York: Guilford Press.
- Wender, P.H. (1971). *Minimal brain dysfunction in children*. New York: John Wiley.
- Wiedl, K.H., Uhlhorn, S. (2006). *O-AFP Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Willard, S.H. et al. (2008). *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: (ICD-10). Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genf: WHO.

World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report*. Genf: WHO.

World Health Organization (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. (Online-Dokument). Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/mental health-facing -the-challenges,- building-solutions](http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/mental-health-facing-the-challenges,-building-solutions) (Zugriff: 17.1.2013).

World Health Organization (2006a). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geneva World Health Organization.

Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, S., Schaefer, E., Morey, L.C., Grilo, C.M., Shea, M.T., McGlashan, T. & Gunderson, J.G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, *14*, 291-309.

12 Anhänge

Anhang A

Einverständniserklärung

über die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung

Arbeitsfähigkeit und beruflicher Erfolg von Erwachsenen mit ADHS unter

Wirksamkeitsgesichtspunkten –

Evaluation des Supported Employment Programms

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

ADHS-Betroffene sind häufig von Arbeitslosigkeit bedroht. Die Untersuchung soll Wege und Möglichkeiten der beruflichen Integration am Beispiel des Supported Employment Programms „Netzwerk Arbeit“ erforschen. Gleichzeitig sollen die bisherigen Reha-Standardangebote der beruflichen Integration überprüft und deren Effektivität hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und beruflicher Erfolg gemessen werden.

Die Auswertung erfolgt anhand von Fragebögen zu Beginn der Studie und zum Ende d.h. nach erfolgter Arbeitsvermittlung, maximal nach 7 Monaten.

Die Teilnahme an der Studie ist absolut freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung zur Teilnahme auch jederzeit während der Untersuchung ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne das sich Nachteile für Ihre weitere Behandlung für Sie ergeben.

Ich bin mit der Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung einverstanden und über deren Sinn und Zweck informiert worden.

_____, den

Unterschrift des Patienten

_____ Unterschrift des Sozialarbeiters

Anhang B**B1****Ressourcenfragebogen****Fremdrating**

Datum:

Name des Patienten/der Patientin:

Geburtsdatum:

	überhaupt nicht/ nie	ein wenig/ manchmal	stark/ häufig	sehr stark/ sehr häufig
<i>Die betreffende Person ...</i>				
1. interessiert sich für neue, ihr unbekannte Dinge/ Ereignisse	0	1	2	3
2. ist risikofreudig und wagemutig	0	1	2	3
3. a. ist gerne aktiv und in Bewegung	0	1	2	3
3. b. ist unruhig und umtriebig	0	1	2	3
4. a. betätigt sich gerne kreativ	0	1	2	3
4. b. betätigt sich künstlerisch und setzt ihre Kreativität beruflich ein	0	1	2	3
5. a. ist phantasievoll	0	1	2	3
5. b. findet ungewöhnliche Lösungen für unterschiedliche Situationen	0	1	2	3
6. besitzt eine rasche Auffassungsgabe	0	1	2	3
7. ist flexibel und reagiert schnell auf neue Situationen	0	1	2	3

Entwickelt von: Helga Waschkowski, 2010.

B2

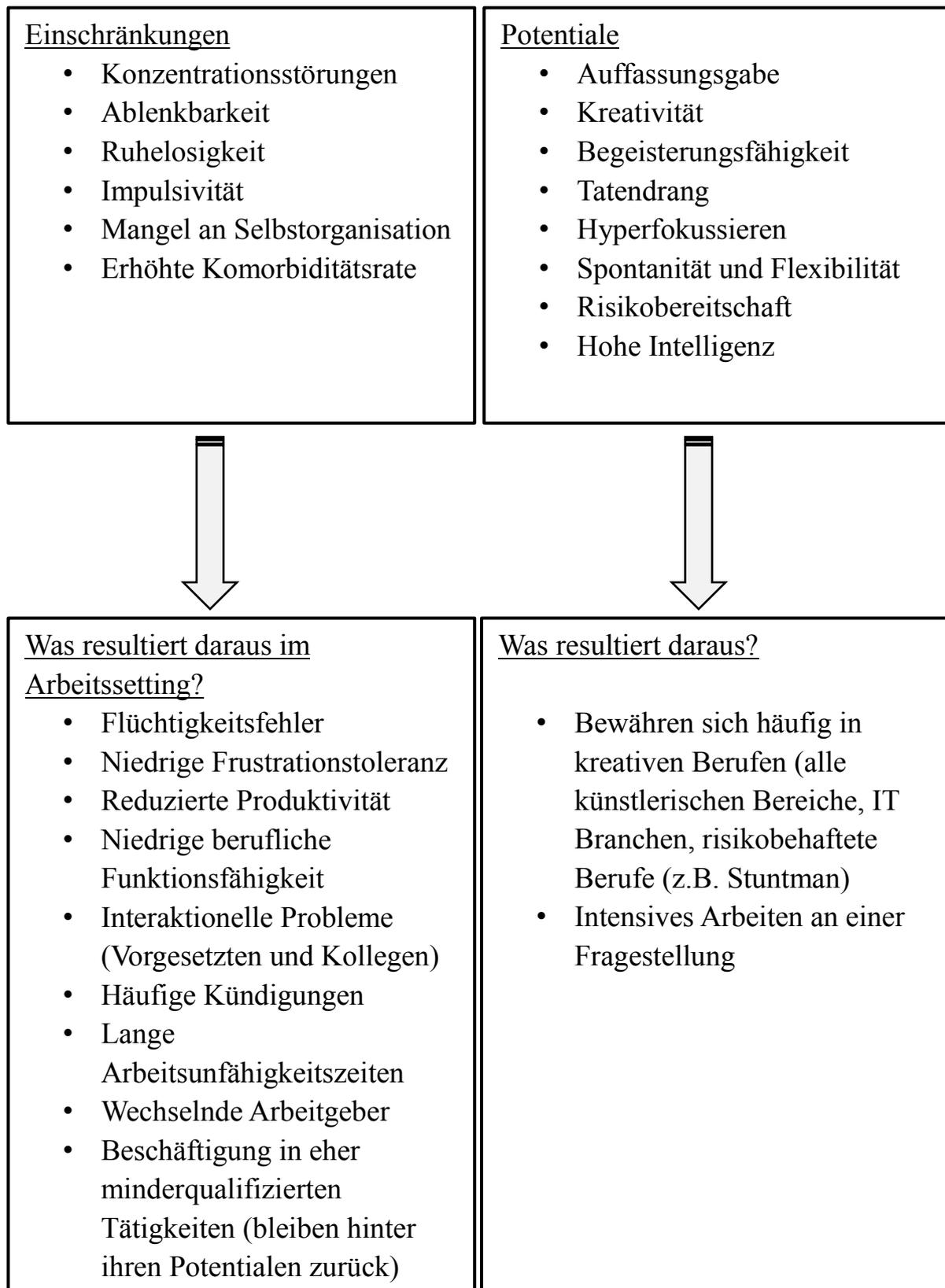


Abbildung 10. ADHS-spezifische Einschränkungen und Potentiale (Ressourcen) nach Hesslinger et al. (2004)

Anhang C

Tabelle 19

Zuordnung der Instrumente zu den Messzeitpunkten

2 Gruppen \times 5 Messzeitpunkte; **1= hat stattgefunden, 0= nicht stattgefunden**

Gruppe	Instrument	T0 (vor)	T1	T2	T3 (nach)	T4
I und II Für Gruppe I und II gleiche Instrumente zu gleichen Messzeitpunkten	WURS-K	1	0	0	0	0
	ADHS-DC	1	0	0	0	0
	ADHS-SB	1	1	1	1	0
	SCL 90-R	1	1	1	1	0
	MWT-B	1	0	0	0	0
	BDI	1	0	0	1	0
	STAI	1	0	0	1	0
	SKID I	1	0	0	0	0
	Ressourcenfragebogen	1	0	0	1	0
	O-AFP	1	0	0	1	0
	SZA	1	0	0	1	0
	Q-LES-Q	1	0	0	1	0
	GAF	1	0	0	1	0
	CISS	1	0	0	1	0
	Basisdokumentation	1	0	0	0	0
	Basisdokumentation zum Betreuungsverlauf	0	0	0	1	0
	Stärken- und Schwächen-Analyse	1	0	0	0	0
	Tiefenprofiling	1	0	0	0	0
	Ziel- und Förderplan	1	0	0	0	0
	Anforderungsbogen Arbeitgeber	0	0	1	0	0
	Fragebogen zur Kundenzufriedenheit	0	0	0	1	0
Fragebogen zur Arbeitgeberzufriedenheit	0	0	0	1	0	
Fragebogen Telefoninterview	0	0	0	0	1	

Tabelle 20

Übersicht über die Skalierung der Instrumente

Gruppe	Instrument	rein deskriptiv	nominal	ordinal	intervall
I und II Für Gruppe I und II gleiche Instrumente zu gleichen Messzeitpunkten	WURS-K			x	
	ADHS-DC			x	
	ADHS-SB			x	
	SCL 90-R			x	
	MWT-B				x
	BDI			x	
	STAI			x	
	SKID I		x		
	Ressourcenfragebogen			x	
	O-AFP		x		
	Skala zum Arbeitsverhalten (SZA)			x	
	Q-LES-Q			x	
	GAF			x	
	CISS		x		
	Basisdokumentation	x			
	Basisdokumentation zum Betreuungsverlauf	x			
	Stärken- und Schwächen-Analyse		x		
	Tiefenprofilung	x			
	Ziel- u. Förderplan	x			
	Anforderungsbogen Arbeitgeber			x	
Fragebogen Kundenzufriedenheit			x		
Fragebogen Arbeitgeberzufriedenheit			x		
T4 Fragebogen			x		

Tabelle 21
Gruppenplan mit Darstellung beider Maßnahmen

