


Transitionsorientierte Patientenschulung bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen mit ADHS

Hannah Schmidt^{1,2} , Lara-Sophie Heidemann², Ingo Menrath², Franziska Bomba², Ute Thyen² und Gundula Ernst³

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck, Deutschland

² Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Campus Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck, Deutschland

³ Institut für Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

^a Geteilte Erstautorenschaft



Zusammenfassung: *Hintergrund:* Der Übergang von der kind- zur erwachsenenzentrierten Behandlung birgt bei chronischen Erkrankungen zahlreiche Herausforderungen. Dies kann bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) durch krankheitsspezifische Charakteristika zusätzlich erschwert werden. Ziel dieser Sekundäranalyse war die Evaluation eines Transitionsworkshops bei Betroffenen mit ADHS. *Methodik:* Insgesamt wurden 56 Adoleszente und junge Erwachsene mit ADHS (Alter $M = 17.3$ Jahre, $SD = 1.1$, 17.9 % weiblich) und ihre Eltern quasirandomisiert einer Kontroll- (KG, $n = 28$) oder Interventionsgruppe (IG, $n = 28$) zugewiesen. Die KG erhielt die reguläre medizinische Versorgung, während die IG zusätzlich an einem eineinhalbtägigen Transitionsworkshop (ModuS-T) teilnahm. Vor Beginn sowie 4 Wochen nach der Intervention wurden die Transitionskompetenz mit der Transitionskompetenzskala (TKS), die Patientenaktivierung mit dem Patient Activation Measure 13 for Adolescents (PAM@ 13) und die Versorgungszufriedenheit mit dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) erfasst. *Ergebnisse:* Die IG wies eine signifikant verbesserte Transitionskompetenz ($p \leq .001$) gegenüber der KG auf. Hinsichtlich der Patientenaktivierung zeigte sich kein bedeutsamer Interventionseffekt ($p = .194$). Insgesamt wies die IG eine hohe Zufriedenheit mit dem Workshop auf. *Diskussion:* Bislang wurden Transitionsworkshops überwiegend bei somatischen Erkrankungen evaluiert. Diese Sekundäranalyse deutet darauf hin, dass ein generisch konzipierter Workshop auch bei psychischen Erkrankungen mit einer verbesserten Transitionskompetenz und hohen Versorgungszufriedenheit assoziiert ist. Die Integration derartiger Angebote in den Versorgungsalltag ist zu diskutieren.

Schlüsselwörter: Adoleszenz, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, chronische Erkrankung, Patientenschulung, Transition

Transition-oriented patient education program for adolescents and young adults with ADHD

Abstract: *Background:* The transition from child- to adult-centered treatment includes numerous challenges in the treatment of chronic disorders. This process can be further complicated by disease-specific characteristics of attention-deficit/hyperactivity disorders (ADHD). This secondary analysis evaluated a transition workshop in individuals with ADHD. *Methods:* In total, 56 adolescents and young adults with ADHD (age $M = 17.3$ years, $SD = 1.1$; 17.9% female) and their parents were quasi-randomly assigned to a control group (CG, $n = 28$) or an intervention group (IG, $n = 28$). The CG received regular medical care, whereas the IG additionally participated in a one-and-a-half-day transition workshop (ModuS-T). Before and 4 weeks after the intervention, transition competence was assessed with the Transition Competence Scale (TKS), patient activation with the Patient Activation Measure 13 for Adolescents (PAM@ 13), and satisfaction with care with the Patient Satisfaction Questionnaire (ZUF-8). *Results:* The IG showed significantly improved transition competence ($p \leq .001$) compared to the CG. There was no significant intervention effect in terms of patient activation ($p = .194$). Overall, the IG was highly satisfied with the workshop. *Discussion:* To date, transition workshops have been evaluated predominantly in individuals with chronic somatic disorders. This secondary analysis indicates that a generic workshop is also associated with improved transition competence and high satisfaction in individuals with chronic mental disorders. The integration of such approaches into routine care needs to be discussed.

Keywords: adolescence, attention deficit/hyperactivity disorder, chronic condition, patient education program, transition

Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zählt mit einer Prävalenzrate von etwa 4 % bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren zu einer der häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland (Göbel, Baumgarten, Kuntz, Hölling & Schlack, 2018). Weltweit gesehen beträgt die Prävalenz von ADHS im Kindes- und Jugendalter etwa 6 % (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling & Rohde, 2014). Im Erwachsenenalter liegt sie weltweit betrachtet zwischen 2 und 5 % (Vitola et al., 2017). ADHS ist durch die Kernsymptome Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, die bereits ab dem Vorschulalter situationsübergreifend auftreten und zu einer Funktionsbeeinträchtigung im Alltag führen (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2022).

ADHS gilt als eine chronische Erkrankung, deren Symptomatik in vollständiger oder teilremittierter Form mindestens bei jedem zweiten Betroffenen bis in das Erwachsenenalter hinein persistiert (Faraone, Biederman & Mick, 2006; Sibley, Mitchell & Becker, 2016). Eine besondere Herausforderung in der Behandlung stellt dabei der Transitionsprozess von der kind- zur erwachsenenorientierten Gesundheitsversorgung dar. Dieser gelingt häufig nicht optimal. In der Praxis werden ungeplante und diskontinuierliche Transitionsprozesse beobachtet, die mit einem erhöhten Risiko für Behandlungsabbrüche oder non-adhärente Verhaltensweisen einhergehen (Bachmann, Philipsen & Hoffmann, 2017; Banaschewski, Roth-Sackenheim, Berg & Reif, 2020; Buitelaar, 2017; Fegert, Hauth, Banaschewski & Freyberger, 2017). Der Übergang von der kind- zur erwachsenenorientierten Versorgung fällt zudem in eine komplexe Entwicklungsphase, die von vielfältigen normativen Entwicklungsaufgaben geprägt ist (Maur, 2017). Hierzu zählen beispielsweise die Ablösung vom Elternhaus, die berufliche Orientierung und erste partnerschaftliche Erfahrungen (Maur, 2017). Die spezifische ADHS-Symptomatik, die mit mangelnden Selbstregulationsfähigkeiten einhergeht, wirkt sich erschwerend auf die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben und eine erfolgreiche Transition aus (Philipsen & Döpfner, 2020; Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin, 2010). Zusätzlich können komorbid auftretende psychische Störungen, insbesondere affektive Störungen und Substanzmissbrauchsstörungen, den Transitionsprozess ungünstig beeinflussen (Schmidt, Brähler, Petermann & Koglin, 2012). Gleichzeitig liegen in Deutschland häufig sehr lange Wartezeiten und starke regionale Unterschiede im Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vor (Harsch & Hoffmann, 2018). Die im Zeitverlauf häufig nachlassende motorische Unruhe kann zudem zu der

(Fehl-)Einschätzung führen, dass die ADHS-Symptomatik remittiert sei und somit keine Weiterbehandlung erforderlich ist (Konrad & Rösler, 2009). Langfristig stellt eine misslungene oder problematische Transition ein Risiko für eine Verschlechterung von Gesundheit, Wohlbefinden und sozialer Teilhabe dar (Asherson et al., 2017). Die Integration von unterstützenden, wissenschaftlich evaluierten Interventionen zur Verbesserung des Transitionsprozesses in die Versorgungsstrukturen ist daher ein wichtiges gesellschaftliches Anliegen.

ModuS-T als Beispiel einer transitionsorientierten Patientenschulung

Patientenschulungen zur Unterstützung der Transition haben sich bei verschiedenen chronisch-somatischen Krankheiten als eine wirksame Intervention erwiesen, um Krankheitswissen, Transitionskompetenz und Selbstmanagementfähigkeiten von jungen Menschen zu fördern und somit die kontinuierliche Gesundheitsversorgung zu verbessern (Huang et al., 2014; Mackie et al., 2018; Menrath et al., 2019; Schmidt, Herrmann-Garitz, Bomba & Thyen, 2015; Sequeira et al., 2015). Nach dem deutschen Sozialgesetzbuch (SGB) gilt eine Person unter 27 Jahren als ein junger Mensch (vgl. § 7 SGB VIII, Absatz 1, Nummer 3; Stand 05.10.2021).

Ein Beispiel einer solchen transitionsorientierten Patientenschulung für junge Menschen in Deutschland stellt das Transitionsmodul des Modularen Schulungsprogramms für chronisch kranke Kinder und Jugendliche „Fit für den Wechsel“ (ModuS-T) dar (Ernst & Bomba, 2016). ModuS-T verfolgt einen auf dem Empowerment-Gedanken basierenden Schulungsansatz mit dem Ziel, die jungen Menschen auf die Herausforderungen der Transition vorzubereiten sowie den Wechsel von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin geplant anzugehen und aktiv mitzugestalten. Wichtige Ziele sind hierbei unter anderem die Verbesserung der Transitionskompetenz und die Steigerung der Patientenaktivierung (Ernst & Bomba, 2016).

Der Begriff Transitionskompetenz ist eng verwandt mit dem im englischsprachigen Raum gebräuchlichen Begriff der „transition readiness“ (Betz & Telfair, 2007) und beschreibt die Bereitschaft und Kompetenz, die Transition gemeinsam mit den beteiligten Gesundheitsversorgern der primär-medizinischen Versorgung und dem familiären Umfeld geplant vorzubereiten, durchzuführen und abzuschließen. Der Begriff Patientenaktivierung beschreibt, dass Patient_innen über ausreichende Motivation, adäquates Wissen sowie Fähigkeiten und das Selbstvertrauen verfügen, um eigenständig Entscheidungen zum Management ihrer Gesundheit zu treffen (Green & Hibbard, 2012).

Das interdisziplinäre ModuS-T-Trainerteam setzt sich aus Psycholog_innen und Kinder- und Jugendmediziner_innen zusammen, die vorab geschult wurden und Erfahrung in der Arbeit mit chronisch kranken jungen Menschen aufwiesen. Zur Standardisierung und Qualitätssicherung des Schulungsprogramms wurde ein Manual entwickelt. Der multimodale Workshop besteht aus neun Modulen zu je 30 bis 90 Minuten und beinhaltet sowohl generische Module mit den Schwerpunkten „Transfer zur Erwachsenenmedizin“ und „Erwachsenwerden mit chronischer Erkrankung“ sowie ein krankheitsspezifisches Modul zur Vereinbarkeit der chronischen Erkrankung mit jugendspezifischen Verhaltensweisen. Der Schwerpunkt „Transfer in die Erwachsenenmedizin“ hat zum Ziel, die jungen Menschen für die Veränderungen, die mit dem Wechsel einhergehen, zu sensibilisieren und Informationen und Strategien zu vermitteln, um sich in der neuen und herausfordernden Situation zurechtzufinden. Der Schwerpunkt „Erwachsenwerden mit chronischer Erkrankung“ beinhaltet die gemeinsame Reflexion von krankheitsbedingten Besonderheiten beispielsweise im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit, die Autonomieentwicklung und Ablösung von den Eltern sowie erste partnerschaftliche Erfahrungen.

Durch interaktive Methoden wie Gruppendiskussionen und Rollenspiele soll das Selbstwirksamkeitserleben und der Austausch zwischen den Teilnehmer_innen gefördert werden. Darüber hinaus werden auch die Eltern in vier Modulen zum Umgang mit den Herausforderungen des Transitionsprozesses geschult. Zudem wurde die Website www.between-kompas.de zur weiterführenden Information entwickelt. Detaillierte Informationen zu den Inhalten und Methoden des Transitionsworkshops ModuS-T sind bei Ernst und Bomba (2016) dargestellt.

Bislang stützen sich Erkenntnisse zur Effektivität von Patientenschulungen insbesondere auf Teilnehmer_innen mit chronisch-somatischen Erkrankungen. Auch ModuS-T wurde vorwiegend bei Teilnehmer_innen mit somatischen Krankheitsbildern evaluiert. Hierbei zeigten sich in der Gesamtstichprobe signifikante Interventionseffekte in den Bereichen Transitionskompetenz und -wissen sowie Patientenaktivierung (Menrath et al., 2019). Jedoch ist wenig darüber bekannt, inwiefern ein generisch konzipierter Transitionsworkshop in einer Subgruppe von Teilnehmer_innen mit psychischen Krankheitsbildern wie ADHS wirksam ist.

Ziel der Sekundäranalyse

Ziel der vorliegenden Sekundäranalyse war die Evaluation des Transitionsworkshops ModuS-T in einer Subgruppe von jungen Menschen mit ADHS. Es sollte überprüft wer-

den, ob Teilnehmer_innen der Interventionsgruppe (IG) 4 Wochen nach Abschluss der Intervention signifikante Verbesserungen der Transitionskompetenz und der Patientenaktivierung gegenüber Teilnehmer_innen der Kontrollgruppe (KG) aufweisen. Weiterhin wurde in der IG die Zufriedenheit mit dieser Form der Versorgung unmittelbar nach dem Workshop erfragt.

Methoden

Studiendesign

Die Teilnehmer_innen wurden deutschlandweit von ihren behandelnden Ärzt_innen rekrutiert. Einschlusskriterien waren das Vorliegen einer ärztlich gesicherten ADHS-Diagnose nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), ein Lebensalter zwischen 15 und 24 Jahren und ausreichende kognitive Fähigkeiten zur Teilnahme an der Schulung. Ausschlusskriterien waren unzureichende Deutschkenntnisse, schwerwiegende psychische Komorbiditäten und eine bereits abgeschlossene Transition zur Erwachsenenmedizin. Die Teilnehmer_innen wurden gemäß einem *informed consent* über die Studie informiert und gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme. Bei Minderjährigen war zudem die schriftliche Einwilligung der Erziehungsberechtigten eine Voraussetzung zur Teilnahme. Ein primäres Ethikvotum wurde vorab bei der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover (Az. 1699-2013) eingeholt. Anschließend beantragten die Studienzentren das Ethikvotum bei den jeweiligen Kommissionen vor Ort. Die Datenerhebung wurde von 2013 bis 2014 durchgeführt.

Randomisierung und Ablauf der Intervention

Insgesamt wurden 44 Teilnehmer_innen mit ADHS quasi-randomisiert der IG und 38 Teilnehmer_innen der KG zugeordnet. Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgte anhand der zeitlichen Verfügbarkeit der Teilnehmer_innen für die im Vorhinein festgelegten Schulungstermine. Nachträglich zogen acht potenzielle Teilnehmer_innen pro Gruppe ihr Einverständnis zurück, sodass nach Ausschluss unvollständiger Datensätze jeweils 28 Teilnehmer_innen pro Gruppe in die finale Analyse einbezogen wurden (Abbildung 1).

Teilnehmer_innen der KG erhielten die reguläre Gesundheitsbetreuung in Form von individueller medizinischer Versorgung nach Bedarf (*treatment as usual* [TAU]). Teilnehmer_innen der IG nahmen zusätzlich zur TAU an einem eineinhalbtägigen Transitionsworkshop teil. Insgesamt

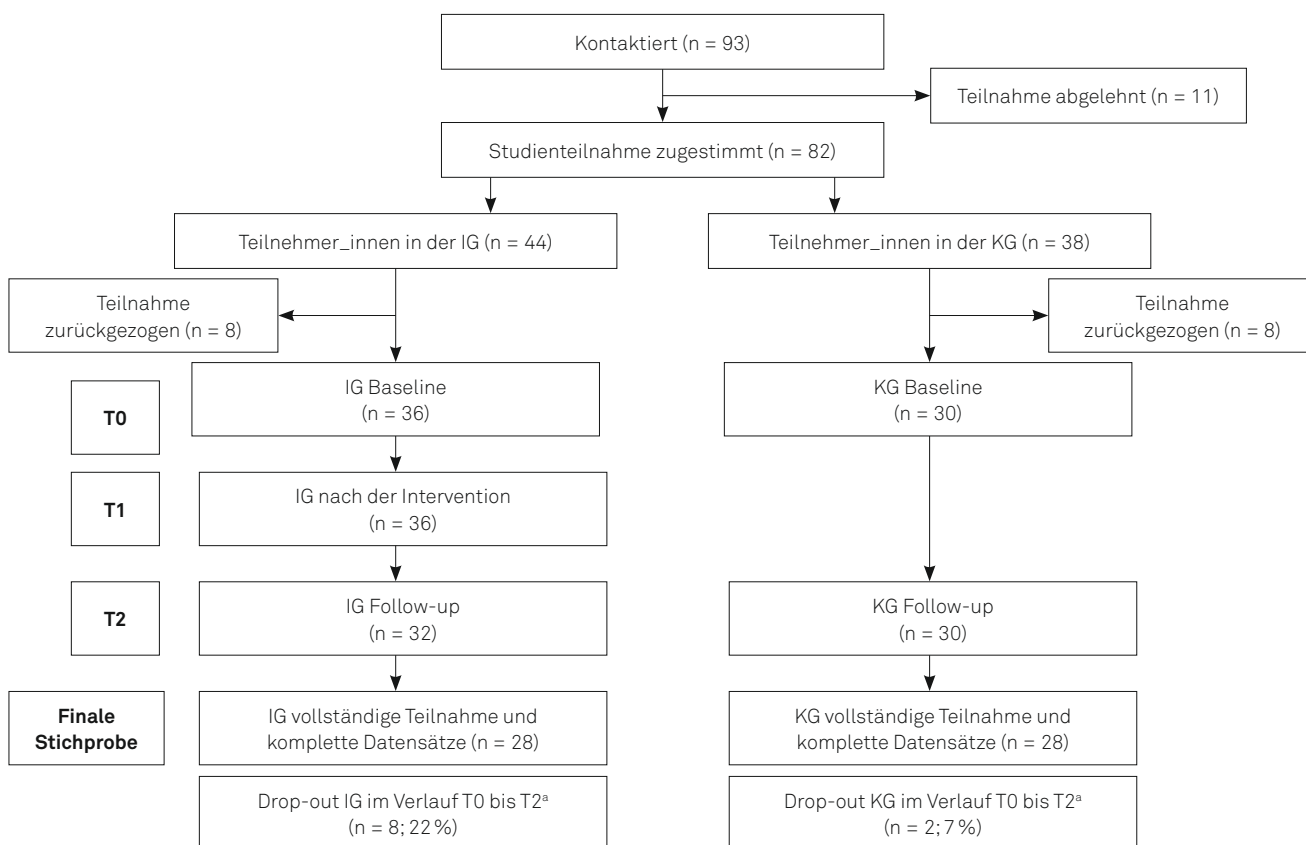


Abbildung 1. IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; T0 = Befragung vor Intervention; T1 = Befragung vor/nach der Intervention; T2 = Befragung 4 Wochen nach Intervention; ^aDrop-out im Verlauf der Erhebung T0 bis T2 aufgrund von unvollständigen Datensätzen.

samt fanden sechs Transitionsworkshops für Teilnehmer_innen mit ADHS statt. Sie wurden an vier verschiedenen Standorten in Deutschland in den Praxen von niedergelassenen Ärzt_innen durchgeführt. Die ModuS-T-Schulung erstreckte sich im Rahmen einer Kompaktintervention über zwei aufeinanderfolgende Tage und fand meist am Wochenende in krankheitshomogenen Kleingruppen von drei bis 12 Personen statt. Die Teilnehmer_innen sowie ihre Eltern wurden dabei parallel geschult.

Die Befragungen wurden direkt vor der Intervention (T0) sowie unmittelbar nach der Intervention (T1) vor Ort durchgeführt. Die Datenerhebung 4 Wochen nach der Intervention (T2) erfolgte postalisch. Zur Verbesserung der Teilnahmebereitschaft wurden Gutscheine verlost.

Messinstrumente

Soziodemografie

Der sozioökonomische Status (engl.: *socioeconomic status* [SES]) wurde mithilfe elternberichteter Angaben anlehnd an die Studie zur Gesundheit von Kindern und

Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) bestimmt und setzt sich aus fünf Items zu elterlichem Bildungsniveau, beruflicher Stellung und Nettoeinkommen zusammen (Lange et al., 2007). Mithilfe des Winkler-Index wurde nachträglich in die drei Kategorien eines niedrigen, mittleren und hohen SES eingeteilt (Winkler & Stolzenberg, 1999). Ein Migrationshintergrund wurde als vorliegend definiert, wenn mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde. Die aktuelle schulische Tätigkeit der Teilnehmer_innen wurde mit einer Standardfrage erhoben.

Gesundheitszustand und Krankheitsmanagement

Der subjektiv eingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand wurde mithilfe des Items „Wie ist dein Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS; Gößwald, Lange, Kamtsiuris & Kurth, 2012) abgefragt. Das fünfstufige Likert-skalierte Antwortformat reichte von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“. Die subjektive Krankheitskontrolle wurde mit dem eigens konstruierten Item „Wie gut ist

deine Erkrankung kontrolliert?“ mithilfe einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr gut“ bis „überhaupt nicht“ erfasst.

Transitionskompetenz

Die gesundheitsbezogene Transitionskompetenz wurde mithilfe der Transitionskompetenzskala erfasst (TKS; Herrmann-Garitz, Muehlan, Bomba, Thyen & Schmidt, 2017), die sich aus den Subskalen *Arbeitswelt* (TKa; drei Items), *krankheitsbezogenes Wissen* (TKb; drei Items) und *Versorgungskompetenz* (TKc; vier Items) zusammensetzt. Der generisch konzipierte Fragebogen erfasst für die Transition erforderliche Kompetenzen in den Bereichen Arbeitswelt (z.B. „Ich kenne Besonderheiten meiner Krankheit, die ich bei meiner Berufswahl beachten muss“), krankheitsbezogenes Wissen (z.B. „Ich kenne den Zusammenhang zwischen meiner Erkrankung und Sexualität, Verhütung, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Vererbung“) und Versorgungssystem (z.B. „Ich weiß, wie ich versichert bin und welche Leistungen meine Krankenkasse bezahlt“). Die interne Konsistenz der drei Skalen liegt zwischen $\alpha = 0.71$ und 0.72 (Herrmann-Garitz et al., 2017).

Patientenaktivierung

Die Patientenaktivierung wurde mit der deutschen Version des Patient Activation Measure 13 for Adolescents erfasst (PAM[®] 13; Bomba et al., 2018). Der Fragebogen umfasst 13 Items (z.B. „Das Wichtigste für meine Gesundheit ist, eine aktive Rolle in meiner Gesundheitsversorgung zu übernehmen“; „Ich bin überzeugt, Lösungen zu finden, wenn sich meine Gesundheit verschlechtert“), die mit einer fünfstufigen Likert-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ bewertet werden konnten. Ein hohes Aktivierungslevel deutet auf ein initiiertes und eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten hin (Bomba et al., 2018; Hibbard, Stockard, Mahoney & Tusler, 2004). In früheren Studien konnten ausreichend gute psychometrische Kennwerte (Test-Retest-Reliabilität $r_{tt} = .68$; interne Konsistenz $\alpha = 0.79$) aufgezeigt werden (Bomba et al., 2018).

Zufriedenheit mit der Versorgung

Die Zufriedenheit mit der Versorgung wurde in der IG mit einer leicht adaptierten Version des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit erfasst (ZUF-8; Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989). Der Fragebogen umfasst acht

Items (z.B. „Das Programm half mir, vernünftige und erreichbare Ziele zu definieren“), die mit einer vierstufigen Likert-Skala erfasst wurden (möglicher Range: 8–32). In früheren Studien konnten gute psychometrische Kennwerte (interne Konsistenz $\alpha = 0.91$) aufgezeigt werden (Kriz, Nübling, Steffanowski, Werner & Schmidt, 2008). Zudem wurden mit drei Items die Zufriedenheit mit der Gruppe, mit dem Schulungsteam und mit den Schulungsinhalten mithilfe einer vierstufigen Likert-Skala erfragt.

Statistische Analysen

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße und Verletzungen der Voraussetzung zur Durchführung von mehrfaktoriellen Varianzanalysen (z.B. Vorliegen einer Normalverteilung) wurden zur Überprüfung von Interventionseffekten non-parametrische Mann-Whitney-U-Tests (Vergleich hinsichtlich der zentralen Tendenz) durchgeführt. Hierbei wurden Differenzen zwischen den Befragungszeitpunkten T0 und T2 gebildet, wobei nur vollständige Datensätze in die Analyse eingeschlossen wurden. Als Maß der Effektstärke wurde Pearsons r berechnet, wobei $r \geq .10$ als kleine Effektstärke, $r \geq .30$ als mittlere Effektstärke und $r \geq .50$ als große Effektstärke bewertet wurde (Cohen, 1988). Vorab wurde untersucht, ob sich Teilnehmer_innen der IG und KG zum Zeitpunkt T0 bezüglich soziodemografischer und gesundheitsrelevanter Parameter signifikant unterschieden. In Fällen von Voraussetzungsverletzungen bei den χ^2 -Tests (erwartete Zellhäufigkeiten unter 5) wurden alternativ exakte Tests nach Fisher berechnet. Das Signifikanzlevel \geq für alle statistischen Tests wurde auf $\alpha < 0.05$ festgelegt. Die statistischen Analysen wurden mithilfe der Software IBM SPSS Statistics (Version 25) durchgeführt.

Ergebnisse

Stichprobe

Zum Zeitpunkt der Randomisierung (T0) unterschieden sich Proband_innen der IG und KG nicht statistisch bedeutsam hinsichtlich der erhobenen soziodemografischen Variablen (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, aktuelle Tätigkeit) und gesundheitsbezogenen Variablen (subjektive Krankheitskontrolle, subjektiver Gesundheitszustand). Die Ergebnisse sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1. Beschreibung der Stichprobe zu Studienbeginn (T0)

| | Gesamt (N = 56) | IG (n = 28) | KG (n = 28) | p |
|---|--------------------|----------------|----------------|--------------------|
| Alter, <i>M</i> (<i>SD</i>) | 17.3 (1.1) | 17.5 (1.2) | 17.2 (1.0) | .276 ^a |
| Weibliches Geschlecht, <i>n</i> (%) | 10 (17.9) | 6 (21.4) | 4 (14.3) | .485 ^b |
| Migration | | | | |
| Kein Migrationshintergrund, <i>n</i> (%) | 53 (94.6) | 26 (92.9) | 27 (96.4) | 1.000 ^c |
| Ein Elternteil nicht in Deutschland geboren, <i>n</i> (%) | 2 (3.6) | 1 (3.6) | 1 (3.6) | |
| Beide Eltern nicht in Deutschland geboren, <i>n</i> (%) | 1 (1.8) | 1 (3.6) | 0 (0.0) | |
| SES (elternberichtet) | | | | |
| Niedrig, <i>n</i> (%) | 8 (14.3) | 6 (21.4) | 2 (7.1) | .357 ^c |
| Mittel, <i>n</i> (%) | 28 (50.0) | 12 (42.9) | 16 (57.1) | |
| Hoch, <i>n</i> (%) | 20 (35.7) | 10 (35.7) | 10 (35.7) | |
| Aktuelle Tätigkeit | | | | |
| Berufstätig, <i>n</i> (%) | 3 (5.4) | 2 (7.1) | 1 (3.6) | .174 ^c |
| Schüler_in, <i>n</i> (%) | 40 (71.4) | 22 (78.6) | 18 (64.3) | |
| Student_in, <i>n</i> (%) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| Auszubildende_r, <i>n</i> (%) | 12 (21.4) | 3 (10.7) | 9 (32.1) | |
| Arbeitslos, <i>n</i> (%) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| Sonstiges, <i>n</i> (%) | 1 (1.8) | 1 (3.6) | 0 (0.0) | |
| Subjektive Krankheitskontrolle | | | | |
| Sehr gut, <i>n</i> (%) | 19 (33.9) | 11 (39.3) | 8 (28.6) | .671 ^c |
| Gut, <i>n</i> (%) | 33 (58.9) | 16 (57.1) | 17 (60.7) | |
| Einigermaßen, <i>n</i> (%) | 3 (5.4) | 1 (3.6) | 2 (7.1) | |
| Schlecht, <i>n</i> (%) | 1 (1.8) | 0 (0.0) | 1 (3.6) | |
| Überhaupt nicht, <i>n</i> (%) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| Subjektiver Gesundheitszustand | | | | |
| Sehr gut, <i>n</i> (%) | 17 (30.4) | 9 (32.1) | 8 (28.6) | .866 ^c |
| Gut, <i>n</i> (%) | 32 (57.1) | 15 (53.6) | 17 (60.7) | |
| Mittelmäßig, <i>n</i> (%) | 7 (12.5) | 4 (14.3) | 3 (10.7) | |

Anmerkungen: SES = Sozioökonomischer Status; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe.

Evaluation der Intervention

Transitionskompetenz

Vier Wochen nach Abschluss der Intervention (T2) wiesen Teilnehmer_innen der IG gegenüber denjenigen der KG eine signifikant verbesserte Transitionskompetenz auf ($U = 83.500$, $Z = -4.094$, $p < .001$, $r = -.597$). Bei Betrachtung der drei Subskalen der TKS zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Transitionskompetenz in den

Bereichen *Arbeitswelt* ($U = 213.000$, $Z = -2.811$, $p = .005$, $r = -.379$) und *Versorgungskompetenz* ($U = 211.000$, $Z = -2.988$, $p = .003$, $r = -.399$). Es zeigten sich keine signifikanten Interventionseffekte bei der Subskala *krankheitsbezogenes Wissen* ($U = 246.500$, $Z = -1.358$, $p = .174$, $r = -.192$). Alle Ergebnisse sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2. Evaluation des Transitionsworkshops Modus-T hinsichtlich Transitionskompetenz und Patientenaktivierung

| | IG | | | | KG | | | | <i>p</i> |
|----------------------------|----|---------------|---------------|---------------|----|---------------|---------------|---------------|----------|
| | n | T0 | T2 | Diff | n | T0 | T2 | Diff | |
| | | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | |
| Transitionskompetenz | 25 | 48.0 (21.0) | 73.5 (20.8) | 25.5 (19.4) | 22 | 48.9 (24.5) | 52.3 (25.2) | 3.4 (15.0) | <.001 |
| Arbeitswelt | 28 | 55.6 (29.2) | 81.4 (23.8) | 25.8 (27.7) | 27 | 60.1 (33.8) | 64.2 (31.3) | 4.1 (22.0) | .005 |
| Krankheitsbezogenes Wissen | 26 | 62.8 (42.5) | 78.2 (29.7) | 15.4 (35.6) | 24 | 72.2 (28.9) | 69.4 (35.3) | 2.8 (40.4) | .174 |
| Versorgungskompetenz | 28 | 39.0 (22.2) | 66.1 (26.0) | 27.1 (29.4) | 28 | 33.4 (26.4) | 40.9 (27.0) | 7.4 (20.2) | .003 |
| Patientenaktivierung | 27 | 60.8 (16.5) | 68.5 (18.8) | 7.7 (13.2) | 27 | 60.3 (14.4) | 62.2 (16.3) | 1.9 (12.1) | .194 |

Anmerkungen: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; Diff = Differenz zwischen Messzeitpunkt T0 und T2. Die kursiv gedruckten Skalen „Arbeitswelt“, „Krankheitsbezogenes Wissen“ und „Versorgungskompetenz“ stellen Subskalen der Gesamtskala „Transitionskompetenz“ dar.

Patientenaktivierung

Deskriptiv betrachtet zeigte sich 4 Wochen nach Abschluss der Intervention (T2) eine deutlichere Steigerung der Patientenaktivierung bei Teilnehmer_innen der IG gegenüber denjenigen der KG. Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch bedeutsam ($U = 289.500$, $Z = -1.298$, $p = .194$, $r = -.177$; Tabelle 2).

Zufriedenheit mit der Versorgung

Die Gesamtzufriedenheit mit der Versorgung lag bei Teilnehmer_innen der IG zum Zeitpunkt T1 bei einem ZUF-8-Summenwert von 28.4 ($SD = 2.4$; Range: 23–32). Insgesamt zeigte sich die höchste Zufriedenheit im Hinblick auf das Zusammengehörigkeitsempfinden in der Gruppe. Es gaben 25 (89.3%) Teilnehmer_innen an, „sehr zufrieden“ mit der Gruppe zu sein. Weitere drei (10.7%) Teilnehmer_innen gaben an, „eher zufrieden“ zu sein. Im Hinblick auf das Schulungsteam gaben 22 (78.6%) Teilnehmer_innen an, „sehr zufrieden“ zu sein, und weitere sechs (21.4%) Teilnehmer_innen gaben an, „eher zufrieden“ zu sein. Abschließend gaben 19 (67.9%) Teilnehmer_innen an, „sehr zufrieden“ mit der Nützlichkeit der erhaltenen Tipps und Informationen zu sein, und neun (32.1%) gaben an, „eher zufrieden“ zu sein. Die beiden Kategorien „weniger zufrieden“ und „gar nicht zufrieden“ wurden bei allen drei Items nicht angekreuzt.

Diskussion

Bislang wurden transitionsorientierte Patientenschulungen als unterstützende Intervention überwiegend bei chronisch-somatisch erkrankten jungen Menschen, weniger jedoch bei chronisch-psychisch erkrankten jungen Menschen evaluiert. Diese Sekundäranalyse am Beispiel der ADHS als eine psychische Erkrankung hatte zum Ziel, mögliche Interventionseffekte eines generisch konzipierten, multimodalen Transitionsworkshops bei jungen Menschen mit ADHS in einem quasirandomisierten Studiendesign zu prüfen.

Ein zentrales Ziel von Transitionsworkshops stellt die Verbesserung der Transitionskompetenz dar (Ernst & Bomba, 2016). Die Betroffenen sollen zu Expert_innen ihrer Erkrankung werden, um sich eigenverantwortlich im Gesundheitssystem zurechtfinden und gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen zu können (Ernst & Bomba, 2016). In dieser Sekundäranalyse zeigte sich, dass Teilnehmer_innen mit ADHS in der IG gegenüber denjenigen in der KG 4 Wochen nach Abschluss der Intervention eine signifikant verbesserte Transitionskompetenz, insbesondere in den Bereichen *Arbeitswelt* und *Versorgungskompetenz*, aufwiesen. Die Effektstärken liegen jeweils im mittleren bis hohen Bereich. Lediglich in der Subskala *krankheitsbezogenes Wissen* konnte zwar eine Tendenz, jedoch kein bedeutsamer Interventionseffekt aufgezeigt werden. Dies ist nachvollziehbar, da die Vermittlung von grundlegendem Krankheitswissen nicht Gegenstand von Modus-T war. Ein zusätzlicher Erklärungsansatz könnte sein, dass Adoleszente mit ADHS insbesondere im Vorstadium der Transition häufig von erlebter Stigmatisierung berichten (McKeague, Hennes-

sy, O’Driscoll & Heary, 2015), was wiederum zu Schwierigkeiten hinsichtlich ihrer Krankheitsakzeptanz bzw. zu motivationalen Barrieren bei der Erweiterung ihres krankheitsbezogenen Wissens führen könnte. Ein ausreichendes Krankheitsverständnis und -wissen ist jedoch grundsätzlich von Relevanz, da Betroffene mit ADHS gegenüber Nichtbetroffenen ein erhöhtes Risiko für gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie beispielsweise ein riskantes Sexualverhalten (Sarver, McCart, Sheidow & Letourneau, 2014) oder einen riskanten Substanzmittelkonsum (Ridinger, 2016) aufweisen. Im Hinblick auf die Konzeption zukünftiger Transitionsworkshops für junge Menschen mit ADHS könnte daher hilfreich sein, zukünftig ein Modul zum Krankheitswissen zu integrieren, um die Krankheitsakzeptanz und das Selbstwerterleben zu verbessern. Hierdurch könnte auch die inhaltliche Auseinandersetzung mit häufig tabuisierten und mit Scham oder Unsicherheit verbundenen Themen wie beispielsweise Sexualität, Stressbewältigung, Alkohol und Drogen intensiviert werden. Diese Themen wurden von chronisch erkrankten jungen Menschen in einer qualitativen Studie unter anderem als wichtige inhaltliche Bausteine eines Patientenschulungsprogrammes benannt (Bomba, Herrmann-Garitz, Schmidt, Schmidt & Thyen, 2017).

Neben der Transitionskompetenz wurden in dieser Sekundäranalyse mögliche Interventionseffekte hinsichtlich der Patientenaktivierung geprüft. Grundsätzlich deutet eine hohe Patientenaktivierung auf ein aktives und initiierendes Gesundheitsverhalten hin (Bomba et al., 2018). Dies ist wichtig, um im neuen Umfeld der erwachsenenorientierten Versorgung gut zurechtzukommen, insbesondere weil den Patient_innen in der Erwachsenenversorgung mehr Autonomie, Eigenverantwortung und die aktive Beteiligung am Krankheitsmanagement abverlangt werden (Bomba et al., 2018; Maur, 2017). Eine Studie im Erwachsenenbereich deutet darauf hin, dass eine Steigerung der Patientenaktivierung mit verbesserten Gesundheitsoutcomes und geringeren Kosten für das Gesundheitssystem assoziiert ist (Greene, Hibbard, Sacks, Overton & Parrotta, 2015). Im Rahmen dieser Sekundäranalyse zeigte sich auf deskriptiver Ebene ein stärkerer Anstieg der Patientenaktivierung bei Teilnehmer_innen der IG gegenüber der KG. Zieht man die Grenzwerte des PAM[®]-13-Manuals heran, erreichten Teilnehmer_innen der IG somit vom Zeitpunkt T0 zu T2 ein neues qualitatives Stadium der Patientenaktivierung, das durch aktives Handeln gekennzeichnet ist (Brenk-Franz, Hibbard, Tiesler & Gensichen, 2011). Demgegenüber sind Teilnehmer_innen der KG zum Zeitpunkt T2 weiterhin einem qualitativen Aktivierungsstadium zugeordnet, das durch ein fehlendes Selbstwirksamkeitserleben charakterisiert ist. Diese auf deskriptiver Ebene gefundenen Gruppenunterschiede zwischen IG und KG

erreichten jedoch keine statistische Signifikanz und unterscheiden sich somit von den Ergebnissen der ModuS-T-Gesamtstichprobe, in der eine signifikant verbesserte Patientenaktivierung gezeigt werden konnte (Menrath et al., 2019). Bereits vor der Intervention wiesen die Teilnehmer_innen mit ADHS im Vergleich mit der Gesamtstichprobe eine geringere Patientenaktivierung auf (ADHS: 60.8 vs. Gesamtstichprobe: 68.3). Für zukünftige Workshops müsste daher überlegt werden, wie die Autonomie und Eigenverantwortung speziell von jungen Menschen mit ADHS gestärkt werden kann, da offensichtlich ein erhöhter Bedarf gegenüber somatisch erkrankten jungen Menschen besteht. In qualitativen Interviews äußerten Betroffene mit ADHS, dass Informationen frühzeitig (mindestens ein Jahr vor der Transition) und schrittweise gegeben werden sollten, da durch die spezifische Symptomatik mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten schnell ein Überforderungserleben entstehen kann (Price et al., 2019). Im Hinblick auf die eingeschränkte Konzentrationsspanne wäre bei der Gestaltung der Workshops zudem eine vermehrte Einbindung von Pausen oder Bewegungsübungen, eine zeitliche Erweiterung des Workshops oder eine Aufteilung der Inhalte auf mehrere Sitzungen anzuraten (Richard, Eichelberger, Döpfner & Hanisch, 2015). Auch Modifikationen wie kleinere Gruppengrößen sowie eine angepasste Sitzordnung sollten zukünftig berücksichtigt werden. Langfristig erscheinen auch Booster-Sessions zur Auffrischung der Inhalte sowie Peer-to-peer-support-Angebote zur nachhaltigen Verankerung der erlernten Inhalte zielführend (Richard et al., 2015). Zudem ist ein im ADHS-Bereich didaktisch erfahrenes Schulungsteam sowie eine adäquate, ansprechende Ausstattung hinsichtlich Material und Technik von Relevanz (Young et al., 2016).

Die Zufriedenheit mit dem Transitionsworkshop wurde von Teilnehmer_innen in der IG insgesamt sehr hoch eingeschätzt. Im Vergleich der Subgruppe von jungen Menschen mit ADHS gegenüber jungen Menschen mit anderen chronisch-somatischen Erkrankungen, wie beispielsweise Ösophagusatresie (Dingemann et al., 2017), fiel die Zufriedenheit deskriptiv betrachtet höher aus. Dies spricht dafür, dass Gruppeninterventionen, bei denen der Austausch mit anderen Betroffenen sowie das Lernen am Modell und das Erleben sozialer Zugehörigkeit im Vordergrund stehen, gerade bei einem Krankheitsbild wie ADHS, bei dem Betroffene oft in Leistungs-/Gruppensituationen und in der sozialen Interaktion negativ auffallen, von großer Bedeutung sind. Um zukünftig ein noch besseres Verständnis über die Präferenzen und gewünschten Themen aus Sicht von Betroffenen zu erhalten, könnten grundsätzlich qualitative Interviews als Ergänzung zu quantitativen Befragungen hilfreich sein. Auch die zusätzliche Bewertung einzelner Module anstelle der Intervention als Ganzes sowie eine Abfrage von möglicherweise zusätzlich gewünschten Inter-

ventionselementen (z.B. Peer-support-Angebote) könnte helfen, Transitionsschulungen langfristig stärker an die Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen.

Limitationen und Stärken

Die kleine Stichprobengröße und die hiermit assoziierte geringe statistische Power sind entscheidende Limitationen dieser Sekundäranalyse. Aufgrund der Wahl von non-parametrischen Verfahren können möglicherweise bestehende Interaktionen zwischen den Faktoren Gruppe und Zeit nicht abschließend überprüft werden. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass systematische Gruppenunterschiede bezüglich der initialen Motivation, der begleitenden Medikation oder der Therapievorerfahrung bestanden, beispielsweise durch eine vorangegangene Teilnahme an anderen Angeboten zur Behandlung der ADHS oder komorbiden Erkrankungen (z.B. Teilnahme an Depressionsbewältigungsgruppen). Eine weitere Limitation ergibt sich durch die Zuordnung zur Kontrollgruppe. Obwohl für die Gruppeneinteilung nur die zeitliche Verfügbarkeit an dem vorgegebenen Workshoptermin ausschlaggebend sein sollte, können durchaus andere Gründe zu Absagen und somit zur Zuordnung zur KG geführt haben. So ist nicht auszuschließen, dass einzelnen jungen Menschen trotz Zustimmung zur Studienteilnahme nachträglich die Motivation zur Teilnahme am Workshop fehlte. Zudem erhielt die KG die Standardbehandlung. Ein Vergleich mit einer „aktiven“ Kontrollbedingung, wie z.B. einer unspezifischen Psychoedukation oder schriftlichen Informationen zur Transition, hätte zusätzliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit von ModuS-T ermöglicht. Die kurze Follow-up-Periode von 4 Wochen erlaubt es zudem nur eingeschränkt, Langzeiteffekte des Transitionsworkshops zu erfassen. Trotz der benannten Limitationen stellt diese Sekundäranalyse einen ersten Ansatz dar, den Transitionsworkshop ModuS-T spezifisch bei Patient_innen mit einer chronisch-psychischen Erkrankung zu evaluieren. Eine Stärke der Studie ist weiterhin, dass die Evaluation unter realen Schulungsbedingungen erfolgte und somit eine hohe externe Validität aufweist.

Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Sekundäranalyse deuten darauf hin, dass die Teilnahme an einem generisch konzipierten, multimodalen Transitionsworkshop dazu beitragen kann, die Transitionskompetenz bei jungen Menschen mit ADHS bedeutsam zu verbessern. Zudem ist die Teilnahme an

dem Workshop mit einer hohen Versorgungszufriedenheit assoziiert. Bei deskriptiver Betrachtung zeigte sich auch eine leicht erhöhte Patientenaktivierung in der IG gegenüber der KG, die jedoch in dieser Studie nicht signifikant ausfiel. Eine stärkere Berücksichtigung der ADHS-typischen Besonderheiten bei der Durchführung eines Transitionsworkshops beispielsweise durch kürzere Einheiten oder bewegte Pausen könnte möglicherweise zu einer umfassenderen und nachhaltigeren Verstärkung der Effekte auch im Bereich der Patientenaktivierung führen. Modellprojekte und spezielle Ambulanzen zur Verbesserung der Transition bei Betroffenen mit ADHS wurden bereits an einigen Universitätskliniken (u.a. in Mainz, Frankfurt oder Ulm) implementiert. Insgesamt zeigt sich jedoch in der Praxis, dass die Kostenübernahme für die Teilnahme an einer Patientenschulung nicht immer klar geregelt ist oder auf Einzelfallentscheidung der Krankenkassen beruht, wenn sie nicht im stationären Kontext stattfinden (Ernst, Szczepanski & Lange, 2013). Langfristig wäre es relevant, zu prüfen, ob ein Transitionsworkshop auch für Personen mit anderen chronisch-psychischen Erkrankungen, beispielsweise Autismus-Spektrums-Störungen, eingesetzt werden kann. Neben der Teilnahme an Transitionsworkshops erscheint es grundsätzlich sinnvoll, den Übergang von der kind- zur erwachsenenzentrierten Behandlung nicht als einmaliges Ereignis anzusehen, sondern als einen Prozess, der frühzeitig eingeleitet und begleitet werden sollte und der idealerweise auch einen geplanten Austausch zwischen den Behandler_innen aus dem Kinder- und Jugendbereich sowie den neuen Behandler_innen aus dem Erwachsenenbereich und Bezugspersonen umfasst (Asherson et al., 2017; Gesellschaft für Transitionsmedizin, 2021; Young et al., 2016).

Literatur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Asherson, P., Bilbow, A., Carr-Fanning, K., Destrebecq, F., Com, G., Galderisi, S. et al. (2017). Bridging the gap: Optimising transition from child to adult mental healthcare. An Expert Policy Paper on the challenges associated with transition from child/adolescent to adult mental health services: practical policy recommendations to drive improvements-taking attention-deficit hyperactivity disorder (ADHS) as an example. Available from https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/2017/11/Bridging-the-Gap-_-Expert-Policy-Paper-_-FINAL-_-10-November-2017.pdf
- Bachmann, C.J., Philipsen, A. & Hoffmann, F. (2017). ADHD in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 141–148. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0141>
- Banaschewski, T., Roth-Sackenheim, C., Berg, G. & Reif, A. (2020). Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung: Transitionspsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und*

- Psychotherapie*, 48, 425–428. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000756>
- Betz, C. L. & Telfair, J. (2007). Health care transitions: An introduction. In C. L. Betz & W. M. Nehring (Eds.), *Promoting health care transitions for adolescents with special health care needs and disabilities* (pp. 3–19). Baltimore, MD: Paul Brookes Publishing.
- Bomba, F., Herrmann-Garitz, C., Schmidt, J., Schmidt, S. & Thyen, U. (2017). An assessment of the experiences and needs of adolescents with chronic conditions in transitional care: A qualitative study to develop a patient education programme. *Health & Social Care in the Community*, 25, 652–666. <https://doi.org/10.1111/hsc.12356>
- Bomba, F., Markwart, H., Mühlen, H., Menrath, I., Ernst, G., Thyen, U. et al. (2018). Adaptation and validation of the German Patient Activation Measure for adolescents with chronic conditions in transitional care: PAM@ 13 for adolescents. *Research in Nursing & Health*, 41, 78–87. <https://doi.org/10.1002/nur.21831>
- Brenk-Franz, K., Hibbard, J., Tiesler, F. & Gensichen, J. (2011). *Manual der deutschen Version des PAM@ 13*. Jena: Friedrich-Schiller-Universität.
- Buitelaar, J. K. (2017). Optimising treatment strategies for ADHD in adolescence to minimise „lost in transition“ to adulthood. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 448–452. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000154>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dingemann, J., Szczepanski, R., Ernst, G., Thyen, U., Ure, B., Goll, M. et al. (2017). Transition of patients with esophageal atresia to adult care: Results of a transition-specific education program. *European Journal of Pediatric Surgery*, 27, 61–67. <https://doi.org/10.1055/s0036-1587334>
- Ernst, G. & Bomba, F. (2016). Fit für den Wechsel: Erwachsenwerden mit chronischer Krankheit. Transitionsmodul im Modularen Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche ModuS. Lengerich: Pabst Science Publishers. Verfügbar unter https://www.pabstpublishers.com/fileadmin/user_upload/modus_9783899678987/modus_9783958530768.pdf
- Ernst, G., Szczepanski, R. & Lange, K. (2013). Patientenschulung in der Kinder- und Jugendmedizin – Bestandsaufnahme deutschsprachiger Konzepte und Bedarfsanalyse. *Prävention und Rehabilitation*, 1, 18–24. <https://doi.org/10.5414/PRX00434>
- Faraone, S. V., Biederman, J. & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159–165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>
- Fegert, J. M., Hauth, I., Banaschewski, T. & Freyberger, H. J. (2017). Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45, 80–85. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000502>
- Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V. (2021). S3-Leitlinie: Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin. Version 1.1 vom 22.04.2021. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/186-001.html>
- Göbel, K., Baumgarten, F., Kuntz, B., Hölling, H. & Schlack, R. (2018). ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3, 46–53. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-078>
- Göbwalder, A., Lange, M., Kamtsiuris, P. & Kurth, B.-M. (2012). DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland: Bundesweite Quer- und Längsschnittstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55, 775–780. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1498-z>
- Greene, J. & Hibbard, J. H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 520–526. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1931-2>
- Greene, J., Hibbard, J. H., Sacks, R., Overton, V. & Parrotta, C. D. (2015). When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Affairs*, 34, 431–437. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452>
- Harsch, D. & Hoffmann, U. (2018). Psychisch kranke Kinder und Jugendliche: Vielfältige Versorgungsangebote. *Deutsches Ärzteblatt*, PP 17, 267–269.
- Herrmann-Garitz, C., Muehlan, H., Bomba, F., Thyen, U. & Schmidt, S. (2017). Konzeption und Erfassung der gesundheitsbezogenen Transitionskompetenz von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen. *Das Gesundheitswesen*, 79, 491–496. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549986>
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R. & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, 39, 1005–1026. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x>
- Huang, J. S., Terrones, L., Tompane, T., Dillon, L., Pian, M., Gottschalk, M. et al. (2014). Preparing adolescents with chronic disease for transition to adult care: A technology program. *Pediatrics*, 133, e1639–e1646. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2830>
- Konrad, K. & Rösler, M. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom in der Lebensspanne. *Der Nervenarzt*, 80, 1302–1311. <https://doi.org/10.1007/s00115-009-2810-5>
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Werner, W. W. & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 67–79.
- Lange, M., Kamtsiuris, P., Lange, C., Schaffrath Rosario, A., Stolzenberg, H. & Lampert, T. (2007). Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 578–589. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0219-5>
- Mackie, A. S., Rempel, G. R., Kovacs, A. H., Kaufman, M., Rankin, K. N., Jelen, A. et al. (2018). Transition intervention for adolescents with congenital heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 71, 1768–1777. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.043>
- Maur, S. (2017). Transition: Besonderheiten der Psychotherapie in der Altersgruppe 16–25 Jahre. *Psychotherapie Aktuell*, 9, 40–42.
- McKeague, L., Hennessy, E., O'Driscoll, C. & Heary, C. (2015). Retrospective accounts of self-stigma experienced by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or depression. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38, 158–163. <https://doi.org/10.1037/prj0000121>
- Menrath, I., Ernst, G., Szczepanski, R., Lange, K., Bomba, F., Staab, D. et al. (2019). Effectiveness of a generic transition-oriented patient education program in a multicenter, prospective and controlled study. *Journal of Transition Medicine*, 1, 2018001. <https://doi.org/10.1515/jtm-2018-0001>
- Philipsen, A. & Döpfner, M. (2020). ADHS im Übergang in das Erwachsenenalter: Prävalenz, Symptomatik, Risiken und Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 63, 910–915. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03175-y>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An

- updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43, 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Price, A., Newlove-Delgado, T., Eke, H., Paul, M., Young, S., Ford, T. et al. (2019). In transition with ADHS: The role of information, in facilitating or impeding young people's transition into adult services. *BMC Psychiatry*, 19, 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2284-3>
- Richard, S., Eichelberger, I., Döpfner, M. & Hanisch, C. (2015). Schulbasierte Interventionen bei ADHS und Aufmerksamkeitsproblemen: Ein Überblick. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 29, 5–18. <https://doi.org/10.1024/1010-0652/a000141>
- Ridinger, M. (2016). ADHS und Sucht im Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde*, 35, 764–769. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1616449>
- Sarver, D.E., McCart, M.R., Sheidow, A.J. & Letourneau, E.J. (2014). ADHD and risky sexual behavior in adolescents: Conduct problems and substance use as mediators of risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 1345–1353. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12249>
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W.W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 39, 248–255.
- Schmidt, S., Brähler, E., Petermann, F. & Koglin, U. (2012). Komorbide Belastungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 15–26. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000094>
- Schmidt, S., Herrmann-Garitz, C., Bomba, F. & Thyen, U. (2015). A multicenter prospective quasi-experimental study on the impact of a transition-oriented generic patient education program on health service participation and quality of life in adolescents and young adults. *Patient Education and Counseling*, 99, 421–428. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.024>
- Sequeira, P.A., Pyatak, E.A., Weigensberg, M.J., Vigen, C.P., Wood, J.R., Ruelas, V. et al. (2015). Let's Empower and Prepare (LEAP): Evaluation of a structured transition program for young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 38, 1412–1419. <https://doi.org/10.2337/dc14-2577>
- Sibley, M.H., Mitchell, J.T. & Becker, S.P. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: A systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry*, 3, 1157–1165. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30190-0)
- Tischler, L., Schmidt, S., Petermann, F. & Koglin, U. (2010). ADHS im Jugendalter: Symptomwandel und Konsequenzen für Forschung und klinische Praxis. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 23–34. <https://doi.org/10.1024/16614747.a000003>
- Vitola, E.S., Bau, C.H., Salum, G.A., Horta, B.L., Quevedo, L., Barros, F.C. et al. (2017). Exploring DSM-5 ADHD criteria beyond young adulthood: Phenomenology, psychometric properties and prevalence in a large three-decade birth cohort. *Psychological Medicine*, 47, 744–754. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002853>
- Winkler, J. & Stolzenberg, H. (1999). Social class index in the Federal Health Survey. *Das Gesundheitswesen*, 61, 178–183.
- World Health Organization. (Ed.). (2022). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Available from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>
- Young, S., Adamou, M., Asherson, P., Coghill, D., Colley, B., Gudjonsson, G. et al. (2016). Recommendations for the transition of patients with ADHD from child to adult healthcare services: A consensus statement from the UK adult ADHD network. *BMC Psychiatry*, 16, 301. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1013-4>

Historie

Manuskript eingereicht: 28.07.2021
Nach Revision angenommen: 01.03.2022
Onlineveröffentlichung: 05.05.2022

Danksagung

Wir danken allen Familien für die Teilnahme an dieser Studie. Weiterhin möchten wir uns herzlich bei Rüdiger Szczepanski, Karin Lange, Holger Mühlen und Doris Staab sowie bei den Schulleiter_innen Christian Wolff (Hagen), Kirsten Stollhoff (Hamburg), Hans-Ulrich Umpfenbach (Viersen) und der AKH-Gruppe (Celle) für die Unterstützung von ModuS-T bedanken. Zudem bedanken wir uns bei Judith Hibbard und Craig Swanson (Insignia Health LLC) für die Erlaubnis, den PAM® 13 für unser Projekt zu nutzen (license agreement).

Förderung

Open-Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Universität zu Lübeck.

ORCID

Hannah Schmidt
 <https://orcid.org/0000-0002-9393-5862>

Hannah Schmidt, M.Sc.

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Campus Lübeck
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Deutschland

hannah.schmidt@uksh.de



CME-Fragen

1. Frage: Durch welche Kernsymptome ist die ADHS gekennzeichnet? (Mehrfachauswahl)

- a. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung
- b. Hyperaktivität
- c. Emotionsregulationsprobleme
- d. Impulsivität
- e. Interessensverlust

2. Frage: Welche Aussage trifft auf das Patientenschulungsprogramm Modus-T zu? (Mehrfachauswahl)

- a. Das interdisziplinäre Modus-T-Trainerteam setzt sich aus vorab geschulten Psycholog_innen und Kinder- und Jugendmediziner_innen zusammen, die Erfahrung in der Arbeit mit chronisch kranken jungen Menschen aufweisen.
- b. Es gibt neun Module zu je 30 bis 90 Minuten, die ausschließlich generisch konzipiert sind.
- c. Interaktive Methoden (z. B. Gruppendiskussionen und Rollenspiele) zielen auf die Verbesserung von Selbstwirksamkeitserleben sowie einen Austausch zwischen den Teilnehmer_innen ab.
- d. Der Workshop richtet sich ausschließlich an die Jugendlichen/jungen Erwachsenen, die Eltern werden hierbei nicht eingebunden.
- e. Das Team besteht ausschließlich aus Kinder- und Jugendärzt_innen.

3. Frage: Wie hoch wird die Prävalenz von ADHS im Erwachsenenalter nach einer Studie von Vitola et al. (2015) geschätzt? (Einfachauswahl)

- a. 1 %
- b. 2–5 %
- c. 7 %
- d. 10 %
- e. 12 %

4. Frage: Wie hoch wird die Prävalenz von ADHS im Kindes- und Jugendalter zwischen 3 und 17 Jahren in Deutschland nach einer Studie von Göbel et al. (2018) geschätzt? (Einfachauswahl)

- a. 0,5 %
- b. 2 %
- c. 4 %
- d. 10 %
- e. 8 %

5. Frage: Welche Ziele werden mit transitionsorientierten Patientenschulungsprogrammen angestrebt? (Mehrfachauswahl)

- a. Verbesserung von Selbstmanagementkompetenzen
- b. Verbesserung der Transitionskompetenz
- c. Verbesserung der Patientenaktivierung
- d. Implementierung eines empowermentbasierten Ansatzes
- e. Vermittlung von Informationen zur Transition

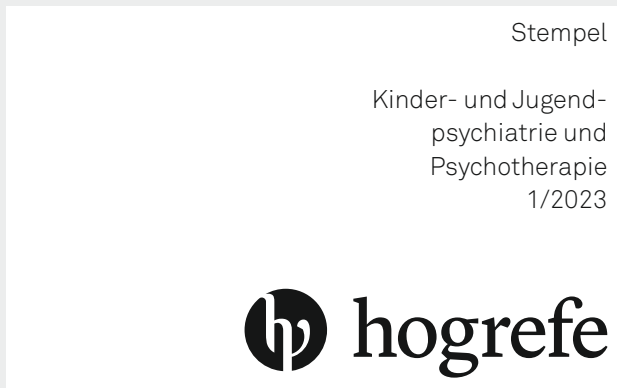
Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (min. drei richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag bis zum 26.02.2023 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten und solche ohne bzw. mit nicht frankierten Rückumschlägen können nicht mehr berücksichtigt werden.

Luisa Schula

LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Heithofer Allee 64
59071 Hamm, Deutschland

Fortbildungszertifikat

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit
1 Fortbildungspunkt an.



Wichtig: Bitte kleben Sie hier Ihr Barcode-Etikett (EFN) an oder schreiben Sie Ihre EFN. Bitte teilen Sie uns alternativ Ihre Psychotherapeuten-Fortbildungsnummer mit:

Datum

Unterschrift

„Transitionsorientierte Patientenschulung bei ADHS“

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name _____

Berufsbezeichnung, Titel _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____