

Fragebogen zu Aufmerksamkeitsdefiziten im Erwachsenenalter und in der Kindheit (ADEK)

Rolf R. Engel, Claudia Schöchlin & Eva Etschel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der LMU München

Internet-Realisation: Andreas Sümegi

Hintergrund

Zur Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter haben sich Fragebögen als ökonomisch und hilfreich erwiesen. In USA werden zum Beispiel die Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen von Conners und Mitarbeitern (Conners et al., 1999) und das komplexere Interview- und Fragebogenmaterial von Brown (Brown, 1996) häufig benutzt. Die Brown-Skalen gibt es bisher nicht in einer deutschen Ausgabe. Aus Conners' CAARS-Serie kann man beim Verlag zwar eine deutsche Version der langen Selbstbeurteilungsskala kaufen, es gibt aber keine deutschen Normen dazu. Auf deutsch und für die Verhältnisse in deutschsprachigen Ländern sind bisher nur Checklisten bzw. kurze Screening-Verfahren zur Erfassung der diagnostischen Kriterien (z. B. Rösler et al., 2004) in Gebrauch. Besser sieht es bei der retrospektiven Erfassung der ADHS-Symptome in der Kindheit aus. Hier ist die Wender-Utah Rating-Scale (Ward et al., 1993) ein international gebräuchliches Verfahren. Dazu haben Retz-Junginger et al. eine deutsche Kurzversion (Retz-Junginger et al., 2002) mit psychometrischen Daten (Retz-Junginger et al., 2003) publiziert.

Entwicklungsziel

Mit dem Fragebogen zu Aufmerksamkeitsdefiziten im Erwachsenenalter und in der Kindheit soll, wie der Name sagt, ein Instrument zur Selbstbeurteilung konstruiert werden, das relativ umfassend nach Symptomen und Begleiterscheinungen einer ADHS fragt und dabei sowohl die aktuelle Lebensperiode als auch die Kindheit im Blick hat.

Beschreibung des Instruments

Der ADEK besteht aus 108 Items mit einer vierstufigen Beantwortung (trifft völlig zu, trifft eher zu, trifft eher nicht zu, trifft gar nicht zu). Die ersten 58 Items erfragen die aktuelle Symptomatik, die letzten 50 die Situation in der Kindheit. Die Items werden bei der Auswertung zu sechs Skalen zusammengefasst, jeweils drei für Gegenwart und Kindheit. Die drei Skalen heißen: Konzentrationsmangel, Hyperaktivität, Unsicherheit. Die ersten beiden erfassen die Kernsymptomatik der ADHS, wobei die Items jeweils spezifisch für die beiden Lebensabschnitte formuliert sind. Dabei schöpft die Skala Konzentrationsmangel einen größeren Anteil der Varianz ab als die Skala Hyperaktivität. Dies ist auch bei den meisten anderen Selbstbeurteilungsskalen so. Die Skala Unsicherheit erfasst die klinisch bedeutsamen emotionalen Begleiterscheinungen einer ADHS, insbesondere das Gefühl, sich nicht auf sich selbst verlassen zu können.

In der jetzigen Form verfügt der ADEK nicht über integrierte Validitätsskalen. Ein von der Norm abweichendes Antwortverhalten im Sinne einer Übertreibung von Beschwerden oder auch im Sinne einer Dissimulation schlägt damit direkt als Erhöhung oder Erniedrigung der klinischen Skalen durch, in gleicher Weise wie bei allen anderen klinischen Fragebögen ohne Validitätsskalen. Da bei Erwachsenen mit ADHS meistens ohnehin Differenzialdiagnosen zu anderen psychischen Störungen zu stellen sind, ist der Einsatz zum Beispiel des MMPI-2

zusätzlich zum ADEK zu empfehlen. Die dabei erhaltenen Maße für das Antwortverhalten wären in gleicher Weise auch bei der Interpretation des ADEK zu berücksichtigen.

Konstruktionshintergrund

Vorläufer des ADEK war der ADHS-Fragebogen von Claudia Schöchlin, der in den 2000er Jahren auf der Webseite der Psychologischen Abteilung des Psychiatrischen Klinik der LMU ausgefüllt werden konnte. Dieser Bogen hatte zum Ziel, den Symptomwandel im gesamten Längsschnittverlauf der ADHS zu analysieren.

Die Items des ADEK stammen etwa zur Hälfte aus dem ADHS-Fragebogen. Dabei konnten wir auf die existierenden empirischen Daten des ADHS-Fragebogens zurückgreifen und die trennschärfsten Items auswählen. Die restlichen ADEK-Items erweitern klinisch relevante Bereiche, die im ADHS-Fragebogen nicht oder nicht breit genug erfasst wurden. Auch hierbei stützt sich die Itemauswahl weitestgehend auf publizierte empirische Daten über die Bedeutsamkeit einzelner Items oder einzelner Inhaltsbereiche.

Mit einer Textversion des ADEK wurden im April 2007 von rund 120 gesunden Personen Standardisierungsdaten erhoben, die die vorläufige Grundlage für die Auswertung bilden. Die Umrechnung der Skalenrohwerte in T-Werte erfolgte geschlechtsspezifisch, da die Symptomatik von ADHS häufig unterschiedlich ist bei Männern und Frauen. Die bis Oktober 2017 in München erfassten rund 40 Patienten unterschieden sich nachhaltig von der Normstichprobe. Wir denken deshalb, dass der ADEK auch in dieser vorläufigen Version klinisch relevante Informationen liefern kann.

Validitätsuntersuchung

Seit Dezember 2007 gibt es eine internet-gestützte Version des ADEK, bei der ein Proband oder Patient den Fragebogen direkt an einem internetfähigen PC beantwortet. Die Testleiterin oder der Testleiter (zum Beispiel die Ambulanzpflegekraft oder Arzthelferin oder PTA) fordert am Ende des Fragebogens die Auswertung an und druckt sie aus. Die ausgewerteten Daten stehen dann dem Kliniker oder der Klinikerin in Form eines Testprofils zur Verfügung.

Ziel dieser internetgestützten Version ist die systematische Erhebung von Validitätsdaten für den ADEK in Institutionen, in denen erwachsene ADHS-Patienten in größerer Zahl und einigermaßen systematisch untersucht und behandelt werden.

Nachtrag September 2024: Reliabilitätsdaten

Bis September 2024 wurden 1182 ADEKs im Internet vollständig durchgeführt, die meisten bei ambulanten Patienten der eigenen Klinik. Daten zur Validität des ADEK liegen noch nicht vor. Daten zur internen Konsistenz sind hingegen schon berechnet.

Für die Reliabilitätsanalyse der im Internet erhobenen Daten wurden alle ADEKs verwendet, die mit der Absicht erstellt wurden, den Bogen „vernünftig“ auszufüllen. Eliminiert wurden also nur die „Spielwiese“-Einträge (N=43) und alle die, die in weniger als 6 Minuten ausgefüllt wurden (N=12). Damit blieben für die Analyse 1127 Tests. Als zweite (wenn auch ungleich kleinere) Stichprobe wurden die 2007 in einer Papier-Bleistift-Version erhobenen Daten verwendet.

Tabelle 1 zeigt die mit dem R-Paket psych (Revelle, 2024) berechneten Cronbach-Alpha-Reliabilitäten für die sechs Skalen des ADEK. Die beiden Stichproben unterscheiden sich kaum hinsichtlich der internen Konsistenz der Skalen. Die höchste Homogenität zeigen die beiden Konzentrationsmangelskalen mit Alphas zwischen .94 und .97. Diese beiden Skalen haben auch die meisten Items (26 und 38). Hier könnte man fast an eine Reduktion denken. Die beiden Hyperaktivitätsskalen haben ebenfalls recht hohe Alphas zwischen .87 und .92. Angesichts der geringeren Skalenlänge (16 und 11 Items) sind das hohe Werte. Im Vergleich

dazu liegen die beiden Unsicherheitsskalen niedriger, vor allem in der Kindheit (.75 und .76 bei 8 Items), noch befriedigend aktuell (.83 und .87 bei 9 Items). Die Unsicherheitsskala für die Kindheit ist allerdings auch die unwichtigste. Sie kann höchstens bei der retrospektiven Beurteilung frühkindlicher Verhaltensweisen eine Rolle spielen. Die Unsicherheitsskala für die Gegenwart ist hingegen wichtig für die Beurteilung emotionaler Aspekte der ADHS.

Tabelle 1: Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach-Alpha) in zwei Stichproben

| Skala | N (Items) | Alpha (Web) N=1127 | Alpha (Paper) N=137 |
|--------------------------------------|-----------|--------------------|---------------------|
| Konzentrationsmangel in der Kindheit | 26 | .94 | .97 |
| Hyperaktivität in der Kindheit | 16 | .90 | .92 |
| Unsicherheit in der Kindheit | 8 | .75 | .76 |
| Konzentrationsmangel aktuell | 38 | .94 | .97 |
| Hyperaktivität aktuell | 11 | .87 | .87 |
| Unsicherheit aktuell | 9 | .83 | .87 |

Praktisches Vorgehen

Der ADEK wird über folgende Internet-Adresse angesteuert:

<https://psytest.psy.med.uni-muenchen.de/ADEK.html>

Die Seite ist passwortgeschützt. Der Zugriff auf den ADEK kann formlos per email (ml-set@med.uni-muenchen.de) angefordert werden. Nach Eingabe von Namen und Passwort hat man die Wahl zwischen der normalen Testdurchführung mit anschließender Auswertung (das ist der Normalfall) und der nachträglichen Auswertung von schon abgeschlossenen Tests für den Fall, dass eine Auswertung mal verloren geht. Für die nachträgliche Auswertung muss man die Institution, die Initialen des Patienten und das Datum der Untersuchung parat haben.

Fordert man eine normale Testdurchführung an, öffnet sich eine Formularmaske mit folgendem Aufbau (Mobilgeräten passt sich die Seite an):

The screenshot shows a web browser window with the following form fields and options:

- Institution:** A dropdown menu with "LMU Klinikum" selected.
- Initialen des Probanden:** A text input field containing "abc".
- Alter:** A text input field containing "30".
- Geschlecht:** Radio buttons for "männlich" (selected) and "weiblich".
- Fall-ID:** A text input field containing "123456789-0".
- Typ:** Radio buttons for "gesunder Proband", "psychiatrischer Patient mit ADS-Diagnose", "psychiatrischer Patient mit Verdacht auf ADS", "psychiatrischer Patient mit sonstiger Diagnose", and "nichts davon" (selected).

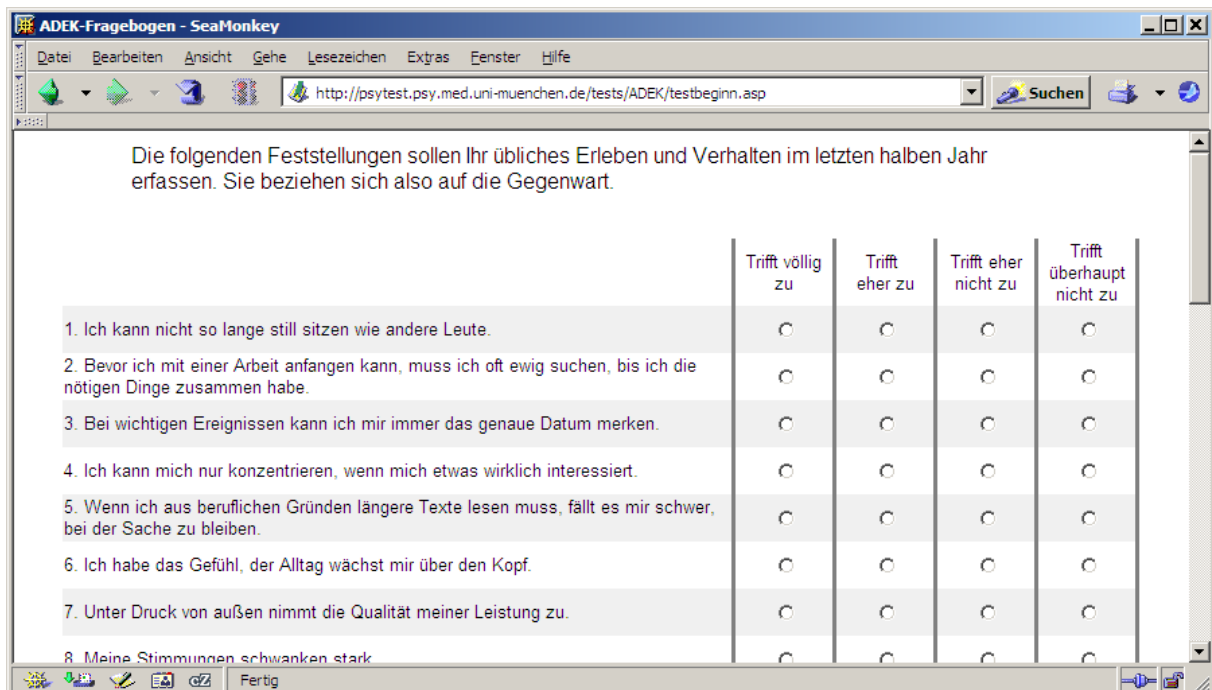
At the bottom of the form, there are two buttons: "Weiter" and "Zurücksetzen".

Aus der Liste der Institutionen wählt man zunächst die eigene Institution aus, trägt die Initialen des Probanden oder Patienten und dessen Alter und Geschlecht ein. In der Zeile Fall-ID vergibt man für jeden Untersuchten eine eindeutige Kennung, am besten nimmt man die interne Fall-Identifizierung der Einrichtung. Bitte keine Namen eintragen! Das letzte Auswahlfeld soll grob umreißen, in welche Kategorie die zu untersuchende Person voraussichtlich fällt.

Die bisher angesprochenen Daten sollte man eintragen, bevor man die zu untersuchende Person vor den Rechner oder das Tablet setzt. Mit der Taste Weiter gelangt man dann zur Instruktionseite des Fragebogens.



Diese Seite ist für den Patienten gedacht. Lassen Sie den Patienten die Seite in Ruhe durchlesen. Mit dem Weiter-Knopf gelangt er auf die erste Fragebogenseite.



Vergewissern Sie sich, dass der Patient mit der Maus umgehen kann und die Anweisung verstanden hat. Die erste Seite besteht aus 29 Items, am besten zeigen Sie dem Patienten auch, wie man mit der rechten Bildlaufleiste nach unten navigiert. Es ist nicht nötig, den kleinen Antwortkreis genau zu treffen, auch ein Klick in die Nähe markiert die Antwort. Wird eine Antwort ausgelassen, wird das beim Seitenwechsel bemerkt und angemahnt. Dann muss man

die vorige Seite wieder aufrufen (am einfachsten mit der Backspace-Taste, das geht bei allen Browsern) und die fehlende Antwort ergänzen.

Nach den ersten beiden Seiten des Fragebogens, die sich auf die Gegenwart beziehen, kommt auf Seite drei eine neue Instruktion.

| | Trifft völlig zu | Trifft eher zu | Trifft eher nicht zu | Trifft überhaupt nicht zu |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| 59. Oft wusste ich nicht, welche Hausaufgabe ich zuerst angehen sollte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 60. Ich musste oft an etwas erinnert werden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 61. In Schulzeugnissen wurde mein großer Bewegungsdrang vermerkt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 62. Ich konnte selbst nicht einschätzen, wie gut meine Leistungen waren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 63. Ich konnte nicht den Überblick über mehrere Aufgaben gleichzeitig behalten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 64. Meine Stimmungen schwankten stark. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 65. Mal hatte ich das Gefühl, ich schaffe alles ganz gut; dann wieder dachte ich, ich bekomme überhaupt nichts hin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 66. Ich hatte kaum Freunde. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

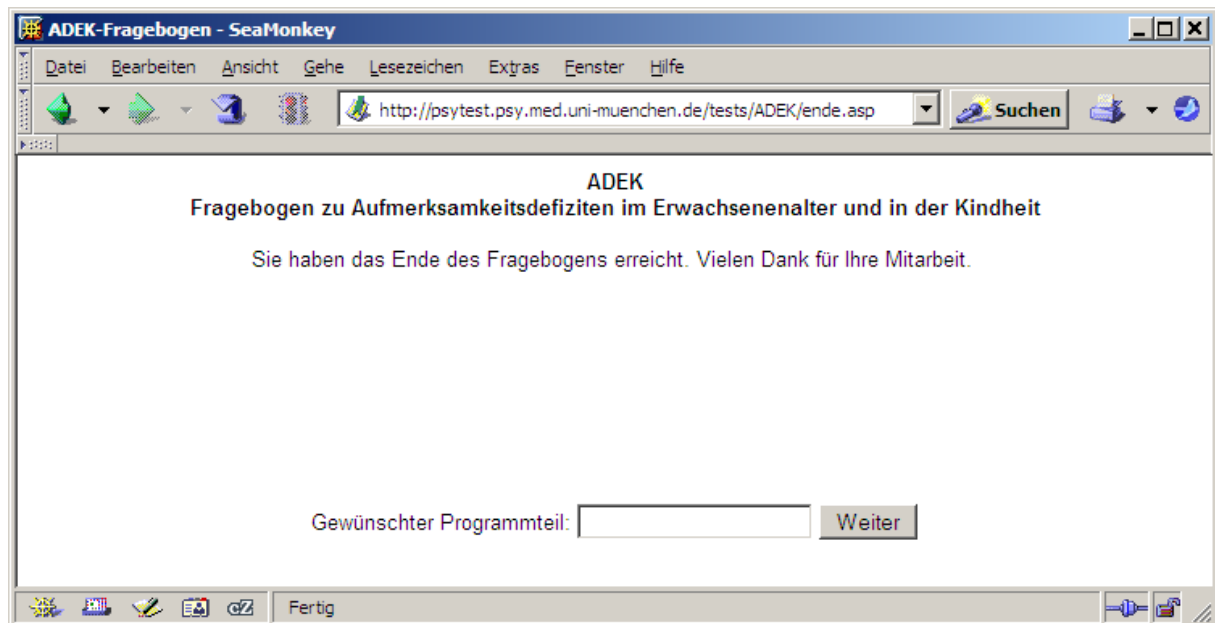
Die Items auf den restlichen zwei Seiten beziehen sich auf die Kindheit, und zwar auf ein Alter zwischen 6 und 12 Jahren. Am Ende der Seite 4 des Fragebogens gibt es wieder eine Weiter-Taste, die der Proband noch drücken soll, schon um eine Rückmeldung über eventuell auf der letzten Seite nicht beantwortete Items zu erhalten.

| | Trifft völlig zu | Trifft eher zu | Trifft eher nicht zu | Trifft überhaupt nicht zu |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| 102. Wichtige Sachen musste ich aufschreiben, damit ich sie nicht vergaß. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 103. Ich konnte schnell wütend werden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 104. Wenn mir etwas nicht passte, protestierte ich schnell. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 105. Mein Schulzeug hatte ich immer griffbereit. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 106. Mir fielen oft Dinge herunter. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 107. In der Schule konnte ich mich schlecht konzentrieren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 108. Manchmal fielen mir Termine oder Verabredungen erst kurz vorher oder sogar danach ein. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

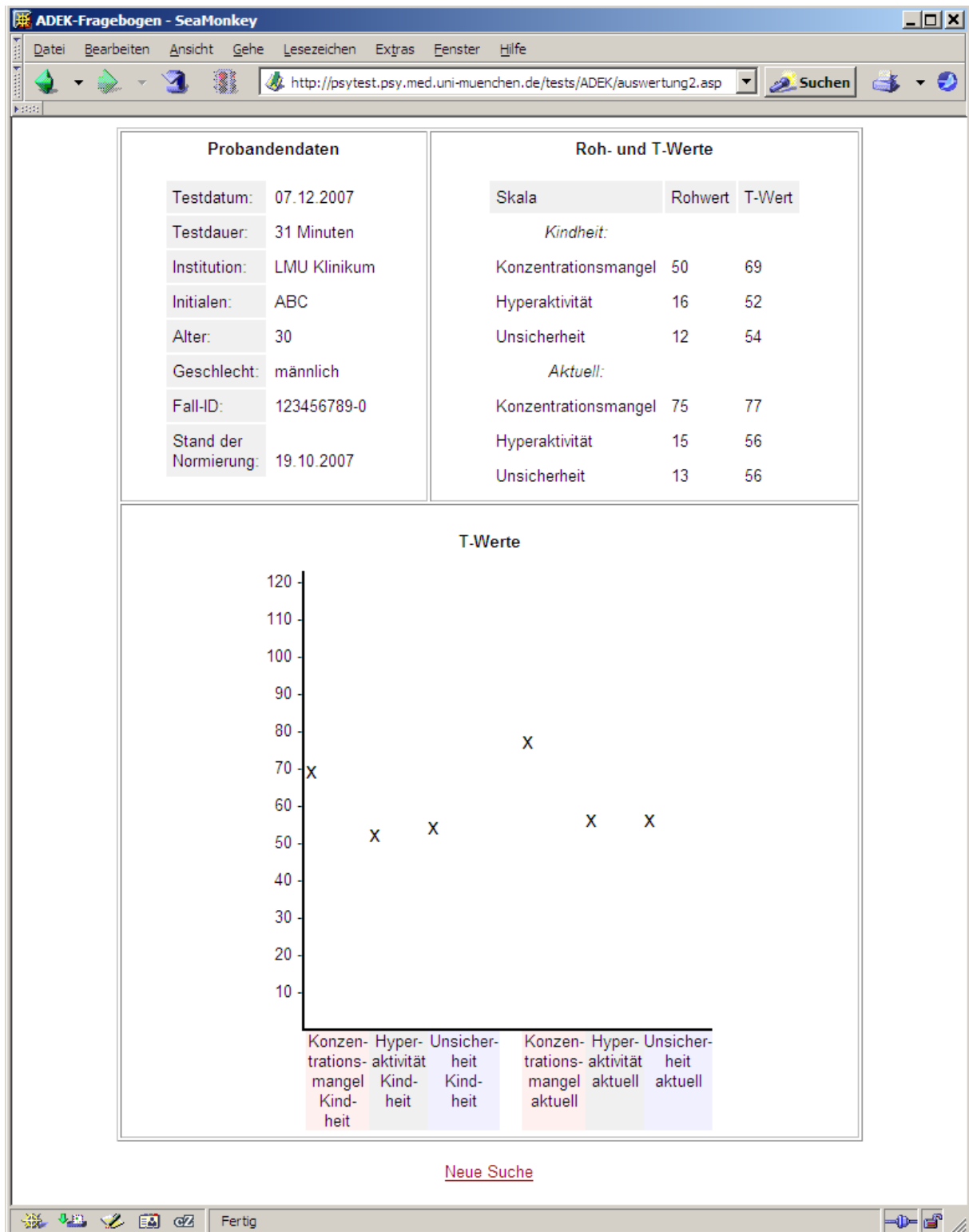
Seite 4 von 4

[Weiter](#)

Bei der nächsten Seite ist dann für den Probanden das Ende der Untersuchung erreicht.



Wenn der Testleiter oder die Testleiterin das Codewort für die Auswertung eingibt, erscheint die Auswertungsseite:



Die Seite mit der Auswertung enthält links oben die zuvor eingegebenen persönlichen Daten des Probanden, rechts oben die Roh- und T-Werte für die sechs Skalen und im unteren Teil eine graphische Darstellung der T-Werte. Bei einem gültig beantworteten Profil (siehe dazu oben im Abschnitt Beschreibung) sind T-Werte ab 70 nach den vorläufigen Normen als klinisch auffällig anzusehen. Die Seite lässt sich über den normalen Browserbefehl ausdrucken.

Falls man gleich eine neue Testuntersuchung anschließen will, kann man das über den Verweis ganz am Ende der Seite. Das Programm verzweigt dann zu einer leeren Dateneingabemaske.

Literatur

- Brown, T. E. (1996). *Brown Attention-Deficit Disorder Scales*. New York: The Psychological Corporation.
- Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. P. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Stieglitz, R. D., Georg, T., Supprian, T. et al. (2003). [Reliability and validity of the Wender-Utah-Rating-Scale short form. Retrospective assessment of symptoms for attention deficit/hyperactivity disorder]. *Nervenarzt*, 74, 987-993.
- 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.
- Revelle, W. (2024). psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. Evanston, IL: Northwestern University. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Thome, J., Supprian, T., Nissen, T. et al. (2004). [Tools for the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. Self-rating behaviour questionnaire and diagnostic checklist]. *Nervenarzt*, 75, 888-895.
- 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. *Am.J.Psychiatry*, 150, 885-890.