

Aus der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation
Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Operationalisierung und Quantifizierung von Fähigkeitsstörungen bei Psychischen Erkrankungen

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Dipl. Psych. Stefanie Baron
aus Eisenhüttenstadt

Gutachter: 1. Prof. Dr. M. Linden
2. Prof. Dr. G. Wiedemann
3. Prof. Dr. J. Wancata

Datum der Promotion: 09.09.2011

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	4
2. Einleitung - ICD und ICF	6
2.1. Fragestellungen	8
3. Methodik	9
3.1. Operationalisierung von Fähigkeitsstörungen	9
3.2. Stichprobe	10
3.3. Weitere Erhebungsinstrumente	11
3.4. Statistische Analysen	12
4. Ergebnisse	12
4.1. Verteilung von Fähigkeitsstörungen und Einfluss soziodemografischer Variablen	12
4.2. Zusammenhang zwischen Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen	13
4.3. Zusammenhang zwischen Arbeitsleistung, Fähigkeitsstörungen und Motivation	13
4.4. Therapie von Fähigkeitsstörungen	14
5. Diskussion	15
5.1. Verteilung von Fähigkeitsstörungen und Einfluss soziodemografischer Variablen	16
5.2. Zusammenhang zwischen Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen	17
5.3. Zusammenhang zwischen Arbeitsleistung, Fähigkeitsstörungen und Motivation	17
5.4. Therapie von Fähigkeitsstörungen	18
6. Literatur	20
Anhang	
I. Anteilserklärung	23
II. Ausgewählte Publikationen	25
III. Lebenslauf	26
IV. Publikationsliste	27
V. Selbständigkeitserklärung	29
VI. Danksagung	30

1. Abstract

Einleitung: Im Rahmen dieser Promotionsarbeit wurde die Krankheitsfolgeproblematik vor dem Hintergrund der ICD und des „Bio-psycho-sozialen Modells“ der ICF betrachtet und für den Bereich psychischer Erkrankungen diskutiert. Eine Erkrankung äußert sich nicht nur in Krankheitssymptomen, sondern auch in daraus resultierenden Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben. Um die Schnittstelle zwischen Funktions- und Partizipationsstörungen zufriedenstellender als bisher operationalisieren und quantifizieren zu können, bestand ein Teil der Arbeit in der Entwicklung eines neuen Beurteilungsverfahrens – das „Mini-ICF-APP“. Untersucht wurden das Vorhandensein von Fähigkeitsstörungen und deren Veränderung über den Rehabilitationszeitraum hinweg, sowie Zusammenhänge zwischen Funktions-, Fähigkeits- und Teilhabestörungen wie auch soziodemografischen und motivationalen Variablen.

Methodik: In die Studie wurden 213 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik eingeschlossen. Die Beurteilung von Fähigkeitsstörungen erfolgte mit dem Mini-ICF-APP zum Aufnahmezeitpunkt parallel und unabhängig voneinander durch einen geschulten Rater und die jeweiligen Bezugstherapeuten und erneut zum Zeitpunkt der Entlassung durch die Bezugstherapeuten. Daneben wurden verschiedene Selbstbeurteilungsinstrumente zur Arbeitsmotivation und -leistung sowie zu psychischen Beschwerden eingesetzt und soziodemografische Angaben aus der Basisdokumentation genutzt.

Ergebnisse: Fast alle Patienten zeigten Fähigkeitsbeeinträchtigungen, wenn auch durchschnittlich nur von leichter Stärke. Probleme bestanden vor allem im Bereich der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Es ließen sich keine Unterschiede im Ausmaß der Fähigkeitsbeeinträchtigungen in Bezug auf verschiedene soziodemografische Variablen ausweisen. Es fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen Psychopathologie und Fähigkeitsstörungen einerseits und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Partizipationsstörung) andererseits, während Psychopathologie und Arbeitsunfähigkeit nicht miteinander korrelierten. Fähigkeitsstörungen können unabhängig von arbeitsbezogenen Einstellungen und Motivation erfasst werden und waren in den Analysen weitestgehend unabhängig voneinander. Substantielle Zusammenhänge bestanden hingegen zwischen der Beeinträchtigung von Fähigkeiten und der Arbeitsleistung, nicht jedoch für arbeitsbezogene Einstellungen. Nach Abschluss der Rehabilitation zeigten sich signifikante Abnahmen im Beeinträchtigungsscore in allen Dimensionen. Unterschiede konnten für den Arbeitsfähigkeitsstatus sowie die Komplexität der psychischen Erkrankungen dargestellt werden.

Diskussion: Um eine Krankheit umfassend beschreiben zu können, sollten ICD und ICF gemeinsam genutzt werden. Dazu bedarf es jedoch zuvor einer definitorischen und terminologischen Überarbeitung der ICF. Fähigkeitsstörungen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen können mit dem Mini-ICF-APP reliabel und ökonomisch operationalisiert und quantifiziert werden. Die durchschnittlich leichten Beeinträchtigungen entsprechen dem untersuchten Patientenkollektiv in der psychosomatischen Rehabilitation mit einem eingeschränkten Spektrum an Krankheiten wie auch Schweregraden. Psychopathologie kann nicht mit Arbeitsunfähigkeit gleichgesetzt werden. Aus dem psychopathologischen Befund müssen Handlungsfähigkeitsstörungen abgeleitet werden, die den Betroffenen an der Ausübung seiner beruflichen Rollenanforderungen hindern und damit Arbeitsunfähigkeit begründen. Fähigkeitsstörungen und Einstellungen in Bezug auf Arbeitsstörungen sind voneinander weitgehend unabhängige Konstrukte. Für Beeinträchtigungen der Arbeitsleistung scheinen Beeinträchtigungen von Fähigkeiten eher vermittelnd zu sein als Unlust. Es konnte gezeigt werden, dass eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme zu bestimmten Zeitpunkten in der Krankheitsentwicklung oder bei bestimmten Gruppen von Patienten mehr Erfolg erwarten lässt. Eine Behandlung kann aber auch dann sinnvoll sein und relevante Effekte haben, wenn es nicht unmittelbar zu einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kommt, sondern „nur“ zu einer Verbesserung der Teilhabe am sozialen Leben.

2. Einleitung – ICD und ICF

(Baron, S. & Linden, M. (2008). The role of the “International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF” in the description and classification of mental health. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 258 Suppl 5; 81-85)

Erkrankungen äußern sich nicht nur in Krankheitssymptomen im engeren Sinne, sondern in der Regel auch in daraus resultierenden Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben (in der Familie, am Arbeitsplatz und in anderen sozialen Bereichen). Es kommt zu Partizipations- bzw. Teilhabestörungen (vgl. Linden, 2007). Grund dafür sind Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit, die aus den Krankheitssymptomen resultieren und die Ausführung von Aktivitäten einschränken. Für die Definition einer Krankheit ist es also nicht ausreichend, Krankheitssymptome und -syndrome entsprechend der ICD-10 (WHO, 1991) zu klassifizieren, sondern es müssen auch Krankheitsfolgen und Kontextfaktoren einbezogen werden. Dies leistet die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, WHO, 2005). Während die ICD diagnostische Algorithmen definiert, klassifiziert die ICF diagnostische Kriterien: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren). Aktivität ist definiert als „die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch einen Menschen“ und Partizipation als „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“ (ICF, S.16). Zur Präzisierung wird auf den Leistungsbegriff Bezug genommen. Dabei beschreibt „Leistung (performance)“, was eine Person in ihrer gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut. Davon abgegrenzt ist „Leistungsfähigkeit (capacity)“ definiert als die Fähigkeit einer Person, eine Handlung oder Aufgabe durchzuführen. Das Konstrukt zielt damit auf das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit ab, das in einer bestimmten Domäne zu einem gegebenen Zeitpunkt erreicht werden kann und spiegelt das umwelt-adjustierte Leistungsvermögen wider.

Beide Klassifikationen ergänzen einander und liefern eine gemeinsame Sprache zur Beschreibung von Erkrankungen und Behandlungszielen. Daneben gibt es jedoch auch Überschneidungen. So kann der psychopathologische Befund als Operationalisierung der mentalen Funktionen nach ICF verstanden werden. Die ICF kann sogar als das einzig derzeit vorliegende international verbindliche Glossar psychopathologischer Begriffe bezeichnet werden.

Die in der ICF vorgenommene Inbeziehungsetzung von Krankheitssymptomen, Aktivitätsbeeinträchtigungen und Rollenanforderungen stellt eine Konkretisierung des sog. „Bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses“ dar. Eine Funktionsstörung kann

Beeinträchtigungen in verschiedenen Aktivitätsbereichen nach sich ziehen und umgekehrt. Genauso kann eine Aktivitätsbeeinträchtigung, im Zusammenhang mit verschiedensten Kontextfaktoren, für eine berufliche Teilhabe relevant sein oder auch nicht.

Die Unterscheidung zwischen Funktionsstörungen, und Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen ist daher von hoher diagnostischer und mehr noch von therapeutischer Relevanz. Die genaue Art einer Aktivitätsbeeinträchtigung, v.a. unter dem Aspekt der Kapazität bzw. Leistungsfähigkeit, entscheidet im Zusammenhang mit den Rollenanforderungen einer Person über das Ausmaß der Krankheitsfolgen und damit auch über die Krankheitswertigkeit des aktuellen Gesundheitszustandes.

Um eine Klassifizierung der einzelnen Komponenten vornehmen zu können, bedarf es entsprechender Messverfahren. Die Beschreibung und Erfassung der Krankheitssymptome kann auf eine lange Tradition der psychopathologischen Forschung zurückgreifen (z.B. AMDP-System, AMDP, 2006; IDCL, Hiller et al. 1995). Für die Beschreibung und Erfassung von Aktivitäts-Kapazitätsstörungen (kurz: Fähigkeitsstörungen) und Einschränkungen der Partizipation existieren hingegen nur wenige und eher unspezifische Verfahren. Beispiele sind „Activities of Daily Living (ADL) oder „Instrumental Activities of Daily Living (IADL) – Skalen (z.B. Katz et al., 1963; Spector et al., 1987), welche z.B. zur Bestimmung des Pflegebedarfs eingesetzt werden. Detaillierter und komplexer, dafür aber auch wesentlich zeitaufwendiger, sind das „Disability Assessment Schedule, DAS“ (WHO 1987, Jung, Maurer, Biehl, Krumm & Schubart, 1989) oder das „Groningen Social Disabilities Schedule II, GSDS-II“ (WHO 1987; Wiersma et al., 1988; 1990). Weiterhin existieren Selbst- und Fremdratinginstrumente, die Fähigkeitsstörungen beispielsweise bei neurologischen oder rheumatoiden Erkrankungen abbilden (Coenen et al., 2006; Stier-Jarmer et al., 2005).

Im Bereich psychischer Erkrankungen stellt die Unterscheidung von Funktionsstörungen (=Psychopathologie) einerseits und Fähigkeitsstörungen andererseits ein besonderes Problem dar. Während es relativ einfach ist, z.B. zwischen der Fraktur eines Arms (Funktions- bzw. Strukturstörung), der damit einhergehenden Unfähigkeit zum Heben eines Arms (Aktivitäts-/Fähigkeitsstörung) und der für die Arbeit als Tapezierer (Kontext) resultierenden Behinderung (Partizipation) zu unterscheiden, ist es sehr viel schwieriger zu sagen, was die aus einer depressiven Verstimmung oder Konzentrationsstörung (Funktionsstörung) resultierenden Fähigkeits- und Partizipationsstörungen sind. Die ICF selbst ist diesbezüglich in ihren Definitionen zudem nicht immer sehr eindeutig.

Um die Weiterentwicklung und Implementierung der ICF im klinischen Alltag, vor allem in Hinblick auf psychische Erkrankungen, zu unterstützen, bestand ein Teil der Arbeit in der

Entwicklung eines Instruments zur Beurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Ein derartiges Instrument war bislang nicht verfügbar.

2.1 Fragestellungen

Vor dem Hintergrund der theoretischen Darstellung wurden folgende Fragestellungen entwickelt und in den Publikationen näher betrachtet:

1. **Operationalisierung von Fähigkeitsstörungen** (Linden et al., 2009). Lassen sich Aktivitätsbeeinträchtigungen in Hinblick auf die Leistungsfähigkeit - Fähigkeitsstörungen operationalisieren und quantifizieren?

2. **Verteilung von Fähigkeitsstörungen und Einfluss soziodemografischer Variablen** (Linden & Baron, 2005; Linden et al., 2009).

Welche Fähigkeitsstörungen lassen sich bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation identifizieren und wie stark sind diese ausgeprägt? Welche Zusammenhänge bestehen zwischen verschiedenen demografischen Variablen und dem Vorhandensein bzw. dem Ausprägungsgrad von Fähigkeitsstörungen?

3. **Zusammenhang zwischen Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen.** (Baron & Linden, 2009).

Psychische Störungen gehen häufig mit Arbeitsunfähigkeit (Partizipationsstörung) einher (Hensing et al., 2000; Savikko et al., 2001; Kühn et al., 2002; Linden & Weidner, 2005; Buist-Bouwman et al., 2006). Entsprechend der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (2004) muss ein „kausaler Zusammenhang zwischen einer Krankheit und der dadurch bedingten Unfähigkeit zur Funktionsausübung bestehen“. Vor diesem Hintergrund interessierte die Frage, welche Zusammenhänge zwischen der Psychopathologie (Funktionsstörung) und Arbeitsunfähigkeit (Teilhabe­störung) bestehen und welche vermittelnde Rolle Fähigkeitsstörungen dabei einnehmen.

4. **Zusammenhang zwischen Arbeitsleistung, Fähigkeitsstörungen und Motivation** (Linden et al., 2010).

Im Bereich psychischer Erkrankungen sind die Beziehungen zwischen Funktions-, Fähigkeits- und Teilhabestörungen nicht immer ganz klar definierbar. Durch vielfältige Überlappungen ist es teilweise schwierig, die einzelnen Dimensionen voneinander abzugrenzen (Baron & Linden, 2008). Des Weiteren wird der Übergang von der Funktionsstörung (Psychopathologie) zur Partizipationsstörung über Fähigkeitsstörungen

vermittelt, kann aber auch durch motivationale Faktoren beeinflusst sein. So können beispielsweise Insuffizienzgefühle dazu führen, dass sich jemand von der Arbeit zurückzieht, obwohl er fähig wäre, die Arbeitsanforderungen zu erfüllen.

Neben Fähigkeitsstörungen sollte auch der Einfluss der Motivation und arbeitsbezogener Einstellungen auf eine Beeinträchtigung der Arbeitsleistung näher betrachtet werden, um zu verstehen, wie Funktions- zu Fähigkeitsstörungen führen und wie diese in Partizipationsstörungen zu übersetzen sind.

5. **Therapie von Fähigkeitsstörungen** (Baron & Linden, 2009).

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen zu den Wirkungen der psychosomatischen Rehabilitation mit Blick auf die Symptomatik bzw. Funktionsstörungen (z.B. Hinterhuber & Meise, 2007; Paar & Kriebel, 1998). Vergleichsweise wenig Daten gibt es bislang zu Veränderungen von Fähigkeitsstörungen (Rymaszewska et al., 2007). Somit stellte sich die Frage, ob Fähigkeitsbeeinträchtigungen über einen durchschnittlich 6-wöchigen Rehabilitationsaufenthalt veränderbar bzw. therapierbar sind. Dabei interessierte nicht nur, ob stationäre Rehabilitation an sich wirksam ist, sondern auch, ob sie auf der Ebene der Fähigkeitsstörungen global oder spezifisch wirkt.

Ergänzend zur Fragestellung 4 sollte untersucht werden, welche Rolle der Arbeitsfähigkeitsstatus bei der Betrachtung von Fähigkeitsstörungen und deren Veränderung über den Behandlungszeitraum hinweg spielt. Profitieren arbeitsfähig und arbeitsunfähig aufgenommene bzw. entlassene Patienten in gleichem Maße von der Behandlung? Welche differentiellen Unterschiede lassen sich abbilden?

In diesem Zusammenhang stellte sich auch die Frage, ob Veränderungen im Ausmaß der Fähigkeitsbeeinträchtigungen von der Komplexität psychischer Erkrankungen (definiert über die Anzahl der Diagnosen) abhängig sind.

3. **Methodik**

3.1 **Operationalisierung von Fähigkeitsstörungen**

(Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, Bern: Verlag Hans Huber)

Mit dem Ziel, das in der ICF beschriebene theoretische Konzept in ein praktikables Vorgehen umzusetzen, wurde zunächst ein neues Ratinginstrument, das „Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- (A) und Partizipationsstörungen (P) bei Psychischen (P) Erkrankungen (Mini-ICF-

APP)“, entwickelt. Aus der ICF wurden 13 Dimensionen extrahiert, die solche Fähigkeiten umfassen, die psychopathologieabhängig beeinträchtigt sein können, und bei denen die Differenzierung zwischen Krankheitssymptomen und krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen ansonsten besonders schwierig ist. Das Mini-ICF-APP ist ein ökonomisches Fremdbeurteilungsinstrument und eignet sich zur Beurteilung des aktuellen Fähigkeitsstatus von Patienten sowie zur Veränderungsmessung beispielsweise in Form einer Prä-Post-Messung im Rahmen einer Therapieverlaufskontrolle. Mit dem Mini-ICF-APP soll eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß ein Patient in seinen Fähigkeiten (capacity) bei der Durchführung von Aktivitäten beeinträchtigt ist, bzw. wodurch der Patient an der Erfüllung von Rollenfunktionen bzw. –erwartungen gehindert wird, die er bei voller Gesundheit unter Berücksichtigung seines sozialen und ethnischen Hintergrundes, seines Geschlechts, Alters, beruflichen Ausbildungsstatus oder Lebenserfahrungen ausfüllen könnte. Die folgenden Fähigkeiten werden auf einer 5-stufigen Ratingskala von „0 = keine Beeinträchtigung“ bis „4 = vollständige Beeinträchtigung“ beurteilt: (1) Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, (2) Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, (3) Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, (4) Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, (5) Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (6) Durchhaltefähigkeit, (7) Selbstbehauptungsfähigkeit, (8) Kontaktfähigkeit zu Dritten, (9) Gruppenfähigkeit, (10) Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, (11) Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten, (12) Fähigkeit zur Selbstpflege, (13) Verkehrsfähigkeit. Es handelt sich dabei um Globalkategorien, in denen jeweils eine Reihe von Detailfähigkeiten zusammengefasst wurde. Für die 13 Items und deren Ratingstufen („0 = keine“, „2 = mittelgradige“ und „4 = vollständige Beeinträchtigung“) werden ausführliche Ankerdefinitionen gegeben, die aus dem GSDS-II und der ICF abgeleitet wurden. Neben einem ausführlichen Manual liegen ein Heft mit den Ankerdefinitionen sowie ein Ratingbogen vor.

Item 5 „Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit“ wurde erst im Verlauf der Studien in das Rating aufgenommen und ist in den Analysen noch nicht enthalten.

3.2 Stichprobe

In einer Pilotstudie wurden 125 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik der Deutschen Rentenversicherung Bund hinsichtlich des Vorhandenseins von Fähigkeitsstörungen mit dem Mini-ICF-APP zum Aufnahmezeitpunkt parallel und unabhängig voneinander durch Bezugstherapeuten und Sozialarbeiter beurteilt. 80% waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 45 Jahren, 60% der Patienten waren bei Aufnahme

arbeitsunfähig. 52% litten unter Störungen aus Abschnitt F4 der ICD-10 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), 29% aus F3 (affektive Störungen) und 21% aus F6 (Persönlichkeitsstörungen). Es fand zuvor eine allgemeine Einführung in das Beurteilungsprinzip, aber kein spezielles Training statt.

In einer zweiten Studie (N= 213) wurden Patienten zum Aufnahmezeitpunkt durch einen geschulten Rater mit dem Mini-ICF-APP auf der Basis eines klinischen Interviews (MINI, Bär et al., 1994; GSDD-II) geratet. Parallel und unabhängig davon wurden die Patienten ebenfalls zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung durch ihre jeweiligen Bezugstherapeuten beurteilt. Es wurden alle Patienten eingeschlossen, die sich in der Zeit von 08/2004 bis 08/2005 in der Klinik befanden und ihr schriftliches Einverständnis gaben. Es handelt sich somit um eine unausgelesene Stichprobe.

Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich sechs Wochen. 70% der Patienten waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 45,2 Jahren (SD=9,4), 50% der Patienten waren Vollzeit berufstätig, 28% arbeitslos. Bei Aufnahme waren 41% der Patienten arbeitsunfähig, ein ebenso großer Anteil (39%) wurde arbeitsunfähig entlassen. Diagnosen aus den Bereichen F3 (Affektive Störungen, hier v.a. depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen, (29%)), F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, (61%), hier v.a. phobische, somatoforme und Anpassungsstörungen) und F6 (Persönlichkeitsstörungen, (10%)) der ICD-10 waren am häufigsten vertreten. Nur 21 Patienten hatten keine psychiatrische Diagnose, 19 davon litten jedoch unter Migräne und/oder Kopfschmerzen.

3.3 Weitere Erhebungsinstrumente

Der klinische Status (psychiatrische Diagnosen, psychopathologischer Befund) sowie die üblichen soziodemografischen Angaben und Informationen zum beruflichen Status wurden der Basisdokumentation der Klinik entnommen. Der Arbeitsfähigkeitsstatus zum Behandlungsbeginn war damit ebenfalls Teil der Aufnahmeinformationen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit am Ende der Therapie erfolgte durch die Bezugstherapeuten aufgrund ihres klinischen Urteils (Ergebnis des körperlichen und psychischen Befundes) und objektiver Befunde (z.B. psychologische Testverfahren, Stellenbeschreibung). Die psychiatrischen Diagnosen wurden nach ICD-10 verschlüsselt.

Zur Selbsteinschätzung belastender psychischer und körperlicher Symptome bzw. von Funktionsstörungen füllten die Patienten zu Beginn und am Ende der Behandlung die Symptom-Checkliste SCL-90-R nach Derogatis (Franke, 1995) aus. Das Vorhandensein

psychopathologischer Symptome wurde auf einer 5-stufigen Ratingskala (0 = nicht vorhanden – 4 = sehr schwer) eingeschätzt. Die Skala enthält mehrere Subskalen, die je nach Krankheitsbild als objektivierendes Messverfahren zur Bestimmung der Schwere des Leitsymptoms genutzt werden können.

Zur Erfassung von Einstellungen und der Motivation in Bezug auf Arbeit und Beruf wurde der „Fragebogen zu arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern“ (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 1995) von den Patienten bearbeitet. Der Fragebogen enthält 66 Items, die 11 Skalen zugeordnet werden und zu drei Sekundärfaktoren zusammengefasst werden können (Arbeitsengagement; persönliche Widerstandsfähigkeit; Emotionen). Die Beurteilung erfolgt auf einer 5-Punkte-Skala.

Für die Einschätzung der Arbeitsleistung wurde die „Endicott Work Productivity Scale“ (EWPS; Endicott et al., 1997) genutzt. Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 25 Items zur Beurteilung des Einflusses von Erkrankungen, z.B. Depressionen, auf die Arbeitsproduktivität. Die Beurteilung erfolgt auf einer 5-Punkte-Skala.

3.4 Statistische Analyseverfahren

Für die Testung von Unterschiedshypothesen wurden im wesentlichen T-Tests und Varianzanalysen gerechnet. Zusammenhangsmaße wurden über Korrelationen nach Pearson und Spearman sowie partielle Korrelationen bestimmt. Das Signifikanzniveau wurde bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent angesetzt und jeweils angegeben. Die statistische Bearbeitung erfolgte mit dem Statistik-Programm SPSS. Für spezielle Fragestellungen wurden Untergruppen der Patienten analysiert.

4. Ergebnisse

4.1 Verteilung von Fähigkeitsstörungen und Einfluss soziodemografischer Variablen

(Linden, M. & Baron, S. (2005). Das “Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P)”. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Rehabilitation, 44(3), 144-151)

(Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, Bern: Verlag Hans Huber)

Über alle 12 Fähigkeitsdimensionen des Mini-ICF-APP fand sich in beiden Studien ein Durchschnittswert, welcher einer leichten Beeinträchtigung entspricht. Die geringsten

Beeinträchtigungen traten im Bereich der „Selbstpflege“, der „Verkehrsfähigkeit“ und der „Anpassung an Regeln und Routinen“ auf, während Beeinträchtigungen in den Bereichen „Flexibilität“, „Planung und Strukturierung von Aufgaben, „Durchhaltefähigkeit“ und „Selbstbehauptung“ am stärksten ausgeprägt waren.

Es konnten keine Unterschiede im Ausmaß der Fähigkeitsstörungen gefunden werden hinsichtlich Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnerschaftssituation sowie Merkmalen der Bildungs- und Berufssituation.

4.2 Zusammenhang zwischen Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen

(Baron, S. & Linden, M. (2009). Disorders of functions and disorders of capacity in relation to sick leave in mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(1), 57-63)

Es bestanden signifikante Korrelationen mittlerer Stärke zwischen dem Global Severity Index (GSI) der SCL-90-R und dem Globalwert des Mini-ICF-APP. Signifikante, jedoch nur sehr geringe Korrelationen wurden für den Zusammenhang zwischen GSI und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ermittelt. Etwas höher fielen die Korrelationen zwischen dem Globalwert des Mini-ICF-APP und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit aus. Nachdem der Einfluss der jeweiligen Dritt- bzw. Störvariablen auspartialisiert wurde, blieben die Korrelationen zwischen GSI und Globalwert sowie der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und dem Globalwert in ihrer Stärke bestehen. Ein Zusammenhang zwischen GSI und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ließ sich jedoch nicht mehr nachweisen.

4.3 Zusammenhang zwischen Arbeitsleistung, Fähigkeitsstörungen und Motivation

(Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2010). Relationship between Work-Related Attitudes, Performance and Capacities according to the ICF in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology*, 42, 262-267)

Es fanden sich kaum signifikante Korrelationen und wenn dann nur von geringer negativer Stärke zwischen den Items des Mini-ICF-APP und den Skalen der Sekundärfaktoren 1 (Arbeitsengagement) und 2 (Widerstandsfähigkeit) des AVEM. Im Gegensatz dazu konnten für die Korrelationen mit den Skalen des Sekundärfaktors 3 (Zufriedenheit) überwiegend geringe bis mittlere signifikante negative Korrelationen ausgewiesen werden.

Für alle Items der EWPS ließen sich signifikante negative Korrelationen, überwiegend mittlerer Stärke, mit dem Globalwert des Mini-ICF-APP finden sowie mit den

Fähigkeitsdimensionen „Anpassung an Regeln und Routinen“, „Flexibilität“, „Anwendung fachlicher Kompetenzen“ und „Durchhaltefähigkeit“.

Auch nach der Berechnung partieller Korrelationen konnten zwischen den drei Sekundärfaktoren des AVEM und den Globalwerten des Mini-ICF-APP und der EWPS keine nennenswerten Zusammenhänge gefunden werden. Der Zusammenhang zwischen EWPS und Mini-ICF-APP blieb hingegen stabil, negativ gerichtet und von mittlerer Stärke.

4.4 Therapie von Fähigkeitsstörungen

(Baron, S. & Linden, M. (2009). Wirksamkeitsanalyse einer stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand des Mini-ICF-APP. Rehabilitation, 48(3), 145-153)

Es konnten für alle Dimensionen Abnahmen im Ausmaß der Fähigkeitsbeeinträchtigungen über den Behandlungszeitraum hinweg ausgewiesen werden (nicht signifikant für „Selbstbehauptungsfähigkeit“ und „Selbstpflege“).

Um zu untersuchen, inwieweit sich Patienten, die arbeitsfähig aufgenommen bzw. entlassen wurden, hinsichtlich des Ausmaßes ihrer Beeinträchtigungen von arbeitsunfähigen Patienten unterschieden, wurden für Teile der Auswertung vier Gruppen gebildet (Gruppe 1: arbeitsunfähig (AU) bei Aufnahme, arbeitsfähig bei Entlassung; Gruppe 2: AU bei Aufnahme und Entlassung; Gruppe 3: arbeitsfähig bei Aufnahme und Entlassung; Gruppe 4: arbeitsfähig bei Aufnahme, AU bei Entlassung). Zum Aufnahmezeitpunkt und zur Entlassung konnten für die 4 Gruppen signifikante Gruppenunterschiede ausgewiesen werden. Die geringsten Beeinträchtigungen waren jeweils in der Gruppe 3, die stärksten in Gruppe 4 zu verzeichnen. Die Unterschiede zwischen Gruppe 1 und 3 und zwischen Gruppe 2 und 4 waren gering und überwiegend nicht signifikant.

Bei Patienten der Gruppe 3 reduzierten sich die Fähigkeitsbeeinträchtigungen in fast allen Dimensionen bedeutsam. Ein ähnliches Ergebnis konnte für die Gruppe 1 erzielt werden. Hier gab es die größten Verbesserungen im Fähigkeitsstatus in der „Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen“. Patienten der Gruppen 2 und 4 zeigten hingegen nur in wenigen Fähigkeitsdimensionen signifikante Verbesserungen.

Um den Einfluss der psychiatrischen Morbidität zu untersuchen, wurden ebenfalls Patienten ohne, mit einer sowie mit mehr als einer F-Diagnose miteinander verglichen. Zu beiden Messzeitpunkten unterschieden sich alle 3 Gruppen signifikant voneinander, mit den geringsten Beeinträchtigungen bei den Patienten ohne F-Diagnose, gefolgt von einer F-Diagnose. Nach Abschluss der Behandlung war jedoch nur für die Gruppe der Patienten mit

einer F-Diagnose eine signifikante Verbesserung im Fähigkeitsstatus zu verzeichnen, während für die restlichen Patienten überwiegend keine signifikanten Abnahmen im Score zu verzeichnen waren.

5. Diskussion

Die Krankheitsfolgeproblematik hat in der Medizin vielfältige Bedeutung. Sie ist zunächst einmal ein wichtiges Element in der Definition der Krankheitswertigkeit und der Schwere von gesundheitlichen Störungen. Sie hat auch wesentlichen Einfluss auf die Kosten der notwendigen Gesundheitsleistungen. Schließlich stellt sie auch eines der wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zwischen Akutmedizin und Rehabilitationsmedizin dar.

Um eine Krankheit umfassend definieren und deren Folgen abbilden zu können, sollten ICD-10 und ICF gemeinsam genutzt werden. Bevor dies zufriedenstellend möglich ist, bedarf es jedoch einer weiteren Überarbeitung der ICF und einer definitorischen Klärung und Operationalisierung von Konstrukten. Die Terminologie sollte in beiden Klassifikationen identisch sein, international gebräuchliche Systeme zur Beschreibung der Psychopathologie (wie das AMDP-System) sollten dafür mit herangezogen werden. Parallel dazu sollten Fähigkeitsstörungen bei der Definition der Krankheitsschwere und –wertigkeit im Rahmen einer Revision der ICD oder des DSM (Saß et al., 2003) eine größere Rolle spielen.

Um die Auswirkungen einer Erkrankung auf Aktivitäten und Teilhabe bei der Behandlung berücksichtigen zu können, ist die Erfassung von Fähigkeitsstörungen eine unabdingbare Voraussetzung. Informationen zum Fähigkeitsstatus unterstützen sozialmedizinische Beurteilungen der Leistungsfähigkeit bei Arbeitsunfähigkeits- und Rentenbegutachtungen und ermöglichen eine Präzisierung von Anforderungen an die Leistungsfähigkeit zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dafür sind aus dem aktuellen psychopathologischen Befund Fähigkeitsstörungen abzuleiten und mit den jeweiligen Rollenanforderungen abzugleichen. Dies eröffnet auch die Möglichkeit zur Entwicklung neuer fähigkeitsorientierter Behandlungsansätze dadurch, dass Fähigkeitsstörungen explizit bei der Therapiezielbestimmung Berücksichtigung finden und die Behandlung darauf abgestellt werden kann. Insofern hat die Entwicklung des Mini-ICF-APP eine besondere Bedeutung für die medizinische und berufliche Rehabilitation. Es stellt eine klinisch und wissenschaftlich nutzbare Operationalisierung der Komponente Aktivitäten (A) und Partizipation (P) der ICF mit Bezug auf psychische (P) Erkrankungen dar und unterscheidet sich durch seine Differenziertheit, die Kürze der Anwendung und bessere Handhabbarkeit von bisher existierenden Verfahren. Die Interrater-Reliabilität liegt zwischen $r=.70$ (ungeschulte Rater)

und $r=.92$ (geschulte Rater). Dass die Beurteilerübereinstimmung auch ohne spezielles Training zufriedenstellend erreichbar ist, deutet darauf hin, dass die Beurteilung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen bei hinreichender Operationalisierung durchaus möglich ist, auch wenn bei den Beurteilern nur eine allgemeine klinische Erfahrung vorliegt. Ähnlich wie bei einer psychopathologischen Beurteilung, bei der durch ein Training z.B. mit dem AMDP-System, die Beurteilerübereinstimmung deutlich verbessert werden kann, so kann auch durch ein Training in der Beurteilung von Fähigkeitsstörungen unter Anwendung des Mini-ICF-APP eine höhere Reliabilität erreicht werden. Deshalb sollte ein gezieltes Training grundsätzlich Voraussetzung für die Durchführung des Ratings sein.

5.1 Verteilung von Fähigkeitsstörungen und Einfluss soziodemografischer Variablen

(Linden et al., 2005; Linden et al., 2009).

Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation weisen ein eingeschränktes Spektrum an Krankheiten wie auch Schweregraden auf. Deshalb finden sich, so wie es für diese Patienten auch nach klinischem Eindruck typisch ist, vorrangig leichte bis mittelgradige Fähigkeitsbeeinträchtigungen. Jedoch hatten alle* zumindest in einem Fähigkeitsbereich Beeinträchtigungen (*Studie 2: 97%). Bei anderen Patientengruppen ist mit anderen Verteilungen zu rechnen. Literaturbefunden zufolge sind psychische Erkrankungen teilweise sogar mit einem hohen Maß an Fähigkeitsstörungen assoziiert (Kühn et al., 2002; Buist-Bouwman et al., 2006).

Am schwersten beeinträchtigt waren die Fähigkeiten, sich flexibel neuen Situationen anzupassen, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren sowie ein durchgehendes Leistungsniveau aufrecht erhalten zu können. Daran an schlossen sich Beeinträchtigungen in den Fähigkeiten, außerberufliche Pflichten und Freizeitaktivitäten wahrzunehmen und diese in den Tag zu integrieren sowie sich in sozialen Kontakten und Konfliktsituationen angemessen zu behaupten und selbstsicher aufzutreten bzw. Kontakte zu anderen Menschen aufzunehmen und mit diesen angemessen zu interagieren. Die geringsten Beeinträchtigungen betrafen die Fähigkeit zur Selbstpflege und der Achtung der Gesundheit. Die von DeJong et al. (1985) postulierte Hierarchie sozialer Rollen konnte in Ansätzen auch auf die mit dem Mini-ICF-APP erzielten Befunde übertragen werden. Beeinträchtigungen sozialer Fähigkeiten sollten sich demnach zuerst im gesellschaftlichen Rahmen bemerkbar machen und erst bei einer Verstärkung in das Privatleben eingreifen, während eine Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus den umgekehrten Weg einschlägt.

Das Alter und Geschlecht der Patienten sowie soziodemografische Variablen hatten keinen Einfluss auf das Ausmaß der Fähigkeitsbeeinträchtigungen.

5.2 Zusammenhang zwischen Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen

(Baron & Linden, 2009).

Die Daten zeigen, dass die „Schwere“ einer Erkrankung nicht allein durch die Schwere der Symptome bestimmt wird. Die Auswirkungen der Symptomatik auf die Lebensqualität des Betroffenen, sein soziales Leben und Funktionsniveau müssen ebenso mit in Betracht gezogen werden (Parker et al., 2002; Trompenaars et al., 2007). Nach Gatchel et al., (1994) kann die Art der Psychopathologie die Arbeitsfähigkeit des Patienten nicht vorhersagen. Dieser Befund lässt sich teilweise bestätigen. Psychopathologie und Arbeitsunfähigkeit waren praktisch unabhängig voneinander. Das Vorhandensein einer Psychischen Störung darf also nicht mit Arbeitsunfähigkeit (Partizipationsstörung) gleichgesetzt werden.

Substanzielle Zusammenhänge ließen sich jedoch zwischen Fähigkeitsstörungen und Funktionsstörungen finden. Das zeigt, dass Fähigkeitsstörungen und Psychopathologie nicht unabhängig von einander, aber dennoch unterschiedliche Konstrukte sind. Fähigkeitsstörungen stellen die Schnittstelle zwischen psychopathologischer Symptomatik (Funktionsstörungen) und eingeschränkter beruflicher Partizipation (Arbeitsunfähigkeit) dar. Aus der Psychopathologie müssen also Handlungsfähigkeitsstörungen abgeleitet werden, die den Betroffenen an der Ausübung seiner beruflichen Rollenanforderungen hindern und damit Arbeitsunfähigkeit begründen.

5.3 Zusammenhang zwischen Arbeitsleistung, Fähigkeitsstörungen und Motivation

(Linden et al., 2010).

Fähigkeiten können unabhängig von arbeitsbezogenen Einstellungen und Motivation erfasst und konzeptualisiert werden. Es ergaben sich substanzielle Zusammenhänge zwischen Fähigkeitsstörungen und Arbeitsleistung, nicht jedoch zwischen Fähigkeitsstörungen und Einstellungen. Weiterhin unterstützen die Ergebnisse die Ansicht, dass Fähigkeitsstörungen und Unlust in Bezug auf eine Arbeitstätigkeit weitgehend unabhängige Dimensionen sind. Zudem scheinen Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei der Erklärung von Problemen mit der Arbeitsleistung entscheidender zu sein als arbeitsbezogene Einstellungen. Die Ergebnisse sind damit vor allem im Rahmen sozialmedizinischer Begutachtungen von Interesse, wo es häufig schwierig ist, zwischen „Unfähigkeit“ und „Unlust“ zu unterscheiden. Man kann davon ausgehen, dass viele Patienten, die nicht arbeiten können, gern arbeiten würden.

5.4 Therapie von Fähigkeitsstörungen (Baron & Linden, 2009).

Die Daten zeigen, dass psychosomatische Rehabilitation auf der Ebene der Fähigkeitsstörungen erfolgreich war und im Mittel über alle Patienten zu einer Abnahme im Schweregrad der Beeinträchtigungen führte. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass Veränderungen im Ausmaß der Fähigkeitsbeeinträchtigungen über einen Behandlungszeitraum hinweg mit dem Mini-ICF-APP abbildbar sind.

Da die „Fähigkeit zur Selbstpflege“ schon zu Beginn nur in sehr geringem Maße beeinträchtigt war, wurden auch keine wesentlichen Veränderungen erwartet. Bei anderen Patientengruppen, beispielsweise akuten Psychosen oder Demenzerkrankungen, könnte das anders sein. Bei der „Selbstbehauptungsfähigkeit“ scheint es sich hingegen um Kompetenzen zu handeln, die einer längeren und intensiveren Behandlung bedürfen, als dies im Rahmen einer kurzzeitigen psychosomatischen Rehabilitation möglich ist (Zielke & Sturm, 1994).

Patienten, die arbeitsunfähig in die Klinik kamen und arbeitsfähig entlassen wurden profitierten am stärksten, während es für Patienten, die durchgängig arbeitsunfähig waren, keine Verbesserungen gab. Dies entspricht Erfahrungen anderer Autoren, die wiederholt gezeigt haben, dass Patienten mit längerer Arbeitsunfähigkeit in gleichem Maße von der psychosomatischen Rehabilitation profitieren wie Vergleichspatienten (Irle et al., 1998; Hoffmann & Ruf-Ballauf, 2007), während andere Autoren bei hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten ein schlechteres Rehabilitationsergebnis erwarten (Haaf, 2005). Auch durchgehend arbeitsfähige Patienten profitierten von der Rehabilitation, was belegt, dass bereits bei gefährdeter Erwerbsprognose, noch bevor es zu manifesten beruflichen Teilhabestörungen gekommen ist, eine psychosomatische Rehabilitation auch mit Hinblick auf Fähigkeitsstörungen sinnvoll ist.

Andererseits stellt sich die Frage, ob psychosomatische Rehabilitation auch zu einer Arbeitsunfähigkeit beitragen kann. Die Daten zeigen jedoch, dass Patienten, die arbeitsfähig aufgenommen und arbeitsunfähig entlassen wurden, schon zu Beginn unter vergleichsweise schweren Beeinträchtigungen litten und sich darin nicht von arbeitsunfähigen Patienten unterschieden. Gründe für diese positive „Falschbeurteilung“ könnten beispielsweise darin liegen, dass Vorbehandler keinen hinreichend präzisen Befund erhoben haben oder dass die Patienten z.B. aus beruflichen, finanziellen oder auch psychopathologischen Gründen vermieden haben, sich arbeitsunfähig schreiben zu lassen. Vor dem Hintergrund der ausgeprägten Fähigkeitsstörungen bei diesen Patienten und psychischen Erkrankung ist auch zu diskutieren, ob sich Fähigkeitsstörungen auch verstärken können, wenn vom Patienten

keine Krankenrolle akzeptiert wird, die eine Neuorganisation von Pflichten und Aufgaben mit sich bringen könnte (Rettenbach, 2005).

Abschließend konnte ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der psychischen Morbidität, dem Ausmaß der Fähigkeitsstörungen und dem Grad der Verbesserung über den Rehabilitationsverlauf hinweg beschrieben werden. Patienten mit einer F-Diagnose profitierten am meisten von der Rehabilitation. Patienten ohne F-Diagnose, das heißt Migränepatienten, waren bis auf eine Ausnahme zu beiden Messzeitpunkten arbeitsfähig. Eine Verbesserung in der „Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen“ entspricht dem Rehabilitationsziel bei diesen Patienten, eine Stabilisierung der Arbeitsleistung trotz Migräne zu erreichen.

Patienten mit komplexeren psychischen Erkrankungen erzielten hingegen den geringsten Behandlungseffekt. Die Daten zeigen jedoch auch, dass Patienten auch mit komplexeren psychischen Erkrankungen ihre beruflichen Rollenanforderungen erfüllen können, da 41% von ihnen arbeitsfähig entlassen wurden.

6. Literatur

1. AMDP: Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.). (2006). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation Psychiatrischer Befunde. Göttingen: Hogrefe
2. Bär, T., Zubrägel, D., Feiß, H. & Ahrens, B. (1994). Mini International Neuropsychiatric Interview. German Version 4.4 Psychiatrische Klinik der Freien Universität Berlin
3. Buist-Bouwman, M.A., De Graaf, R., Vollebergh, W.A.M., Alonso, J., Bruffaerts, R., Ormel, J. & the ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2006). Functional disability of mental disorders and comparison with physical disorders: a study among the general population of six European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 492-500
4. Coenen, M., Cieza, A., Stamm, T.A., Amann, E., Kollerits, B. & Stucki, G. (2006). Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. *Arthritis Research and Therapy*, 8, R84
5. DeJong, A., Giel, R., Sloof, C. & Wiersma D. (1985). Social disability and outcome in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 147, 621-636
6. Endicott, J. & Nee, J. (1997). Endicott Work Productivity Scale (EWPS): A new measure to assess treatment effects. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 13-16
7. Franke, G. (1995). Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Mannheim: Beltz
8. Gatchel, R.J., Polatin, P.B., Mayer, T.G. & Garcy, P.D. (1994). Psychopathology and the rehabilitation of patients with chronic low back pain disability. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 75, 666-670
9. Gemeinsamer Bundesausschuss. (2004). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) nach §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V, Bundesanzeiger Nr. 61, 6501
10. Haaf, H-G. (2005). Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 44, 259-276, e1-e20
11. Hensing, G., Brage, S., Nygard, J.F. & Sandanger, I. (2000). Sickness absence with psychiatric disorders – an increased risk for marginalisation among men? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 335-340
12. Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). IDCL für ICD-10: ICD-10 Checklisten. Bern: Huber
13. Hinterhuber, H. & Meise, U. (2007). Zum Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation. *Neuropsychiatrie*, 21, 1-4
14. Hoffmann, C. & Ruf-Ballauf, W. (2007). Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit somatoformen Störungen sowie Patienten mit sozialmedizinisch relevanten Problemen: Ergebnisse einer Zweijahreskatamnese. *Rehabilitation*, 46, 282-295
15. Irlé, H., Klosterhuis, H. & Grünbeck, P. (1998). Sozialmedizinische Prognose nach stationärer medizinischer Rehabilitation in der Angestelltenversicherung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 42, 51-60

16. Jung, E., Maurer, K., Biehl, H., Krumm, B. & Schubart, C. (1989). Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung (DAS-M). Manual
17. Katz, S., Moskowitz, R.W. & Jackson, B.A. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of American Medical Association*, 185, 914-919
18. Kühn, K.U., Quednow, B.B., Barkow, K., Heun, R., Linden, M. & Maier, W. (2002). Chronifizierung und psychosoziale Behinderung durch depressive Erkrankungen bei Patienten in der Allgemeinarztpraxis im Einjahresverlauf. Ergebnisse einer Studie der Weltgesundheitsorganisation. *Der Nervenarzt*, 73, 644-650
19. Linden, M. (2007). Der Beitrag von Sozialmedizin und ICF zu einer integrativen psychiatrischen Diagnostik. *Psychiatrie*, 4, 201-208
20. Linden, M. & Weidner, C. (2005). Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Der Nervenarzt*, 76, 1421-1431
21. Paar, G.H. & Kriebel, R. (1998). Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. *Psychotherapeut*, 43, 310-315
22. Parker, G., O'Donnell, M., Hadzi-Pavlovic, D. & Proberts, M. (2002). Assessing outcome in community mental health patients: a comparative analysis of measures. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 11-19
23. Rettenbach, R. (2005). Die Psychotherapieprüfung. Stuttgart: Schattauer
24. Rymaszewska, J., Jarosz-Nowak, J., Kiejna, A., Kallert, T., Schützwohl, M., Priebe, S., Wright, D., Nawka, P. & Raboch, J. (2007). Social disability in different mental disorders. *European Psychiatry*, 22, 160-166
25. Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR): Textrevision, Göttingen: Hogrefe
26. Savikko, A., Alexanderson, K. & Hensing, G. (2001). Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 310-316
27. Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (1996). Fragebogen zu arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebensmustern – AVEM. Frankfurt/Main: Swets Test Services
28. Spector, W.D., Katz, S., Murphy, J.B. & Fulton, J.P. (1987). The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *Journal of Chronic Disease*, 40, 481-489
29. Stier-Jarmer, M., Grill, E., Ewert, T., Bartholomeyczik, S., Finger, M., Mokrusch, T., Kostanjsek, N. & Stucki, G. (2005). ICF Core Set for patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability Rehabilitation*, 27, 389-396
30. Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., Van Heck, G.L., De Vries, J. & Hodiamont, P.P. (2007). Relationship between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 36-47
31. World Health Organization (1980). International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Geneva. Deutsch: Weltgesundheitsorganisation (1995). ICIDH. übers. von R.-G. Matthesius. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden

32. World Health Organization (1987). The Groningen Social Disabilities Schedule. University of Groningen, Department of social Psychiatry, World Health Organization
33. World Health Organization (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Bern: Huber
34. World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, World Health Organization
35. World Health Organization (Hrsg.) (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Genf: WHO
36. Wiersma, D., DeJong, A. & Ormel, J. (1988). The Groningen Social Disability Schedule: Development, relationship with I.C.I.D.H., and psychometric properties. *Int. J. Rehab. Research*, 11 (3): 213-224
37. Wiersma, D., DeJong, A., Kraaijkamp, H.J.M. & Ormel, J. (1990). The Groningen Social Disabilities Schedule. Manual and Questionnaires, 2nd Version. University of Groningen, Department of social Psychiatry, World Health Organization
38. Zielke, M. & Sturm, J. (Hrsg.) (1994). *Handbuch stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union

I. Erklärung über den Anteil an den Publikationen

1. Linden, M. & Baron, S. (2005). Das "Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 44(3), 144-151. (Medline gelistet, ab 2010 IF)

- Entwicklung einer Vorform des Mini-ICF-APP
- Rekrutierung der Patienten
- Durchführung der Studie: Datenerhebung und Dateneingabe, eigenständige statistische Analysen
- Ergebnisinterpretation gemeinsam mit dem Erstautor
- Federführung bei der Erstellung des Manuskripts und der Abbildungen
- Überarbeitung des Manuskripts

Anteil: 60%

2. Baron, S. & Linden, M. (2008). The role of the "International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF" in the description and classification of mental health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258 Suppl 5; 81-85. (IF 2.747)

- Konzeption und Verfassung des Manuskripts gemeinsam mit dem Koautor
- Literaturrecherche

Anteil: 60%

3. Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, Bern: Verlag Hans Huber

- Entwicklung des Mini-ICF-APP
- Rekrutierung der Patienten
- Durchführung der Studie: Durchführung von klinischen Interviews, Dateneingabe, Durchführung eigenständiger statistischer Analysen, Auswertung und Diskussion der Ergebnisse
- Konzeption und Verfassung des Manuskripts gemeinsam mit Erst- und Koautor
- Erstellung von Grafiken und Tabellen
- Korrektur und Überarbeitung des Manuskripts

Anteil: 60%

4. Baron, S. & Linden, M. (2009). Wirksamkeitsanalyse einer stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand des Mini-ICF-APP. *Rehabilitation*, 48(3), 145-153. (Medline gelistet, ab 2010 IF)

- Aufbereitung der Daten, Entwicklung der Fragestellung und Durchführung statistischer Analysen
- Federführung bei der Konzeption, Ergebnisinterpretation und Verfassung des Manuskripts gemeinsam mit Koautor
- Literaturrecherche
- Erstellung von Grafiken und Tabellen
- Korrektur und Überarbeitung des Manuskriptes

Anteil: 80%

5. Baron, S. & Linden, M. (2009). Disorders of functions and disorders of capacity in relation to sick leave in mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(1), 57-63. (IF 0.966)

- Aufbereitung der Daten, Entwicklung der Fragestellung und Durchführung statistischer Analysen
- Federführung bei der Konzeption, Ergebnisinterpretation und Verfassung des Manuskripts gemeinsam mit Koautor
- Literaturrecherche
- Erstellung von Grafiken und Tabellen
- Korrektur und Überarbeitung des Manuskriptes

Anteil: 80%

6. Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2010). Relationship between Work-Related Attitudes, Performance and Capacities according to the ICF in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology*, 42, 262-267. (IF 1.637)

- Aufbereitung der Daten und Durchführung statistischer Analysen
- Konzeption und Verfassung des Manuskripts gemeinsam mit Erst- und Koautor
- Literaturrecherche
- Erstellung von Grafiken und Tabellen
- Korrektur und Überarbeitung des Manuskriptes

Anteil: 40%

Dipl.-Psych. Stefanie Baron

Prof. Dr. M. Linden

II. Ausgewählte Publikationen

Publikation I:

Linden, M. & Baron, S. (2005). Das "Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 44(3), 144-151.

Publikation II:

Baron, S. & Linden, M. (2008). The role of the "International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF" in the description and classification of mental health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258 Suppl 5; 81-85.

Publikation III:

Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, Bern: Verlag Hans Huber

Publikation IV:

Baron, S. & Linden, M. (2009). Wirksamkeitsanalyse einer stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand des Mini-ICF-APP. *Rehabilitation*, 48(3), 145-153.

Publikation V:

Baron, S. & Linden, M. (2009). Disorders of functions and disorders of capacity in relation to sick leave in mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(1), 57-63.

Publikation VI:

Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2010). Relationship between Work-Related Attitudes, Performance and Capacities according to the ICF in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology*, 42, 262-267.

III. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht mit veröffentlicht.

IV. Publikationsliste

Zeitschriftenartikel

Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2010). Relationship between Work-Related Attitudes, Performance and Capacities according to the ICF in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology*, 42, 262-267.

Werheid, K. & Baron, S. (2009). Neuropsychologische Therapie bei Alzheimerpatienten mit Depression: Modifikation kognitiv-verhaltenstherapeutischer Techniken. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 20, 39-46.

Baron, S. & Linden, M. (2009). Wirksamkeitsanalyse einer stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand des Mini-ICF-APP. *Rehabilitation*, 48(3), 145-153.

Baron, S. & Linden, M. (2009). Disorders of functions and disorders of capacity in relation to sick leave in mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(1), 57-63.

Baron, S. & Linden, M. (2008). The role of the "International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF" in the description and classification of mental disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258 Suppl 5; 81-85.

Linden, M. & Baron, S. (2005). Das "Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 44(3), 144-151.

Testmaterialien

Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, Bern: Verlag Hans Huber

Buchkapitel

Baron, S. (2010). Die Krankheit im sozialen Kontext. IN: K. Werheid & A. Thöne-Otto (Hrsg.). Alzheimer-Krankheit. Ein neuropsychologisch-verhaltenstherapeutisches Manual. Weinheim: Beltz.

Abstracts

2010

Baron, S. Das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP), 8. ICF-Anwenderkonferenz im Rahmen des 19. Rehabwissenschaftlichen Colloquiums, Leipzig, 08. - 10. März 2010, Vortrag

Baron, S., Wolf, S. & Werheid, K. (2010). Antidepressive Wirkung neuropsychologisch-verhaltenstherapeutischer Einzelpsychotherapie bei leichtgradiger Alzheimerkrankheit. DGGG-Kongreß, Berlin, 15.-17. September 2010, Poster

2007

Baron, S. Das Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P). Operationalisierung und Quantifizierung von Fähigkeitsstörungen bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation, Hannoversches Werkstattgespräch, Hannover, 27. Februar 2007, Vortrag

2006

Baron, S. & Linden, M. Kapazitätsstörungen bei arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation, 15. Rehawissenschaftliches Kolloquium, Bayreuth, 13. - 15. März, Poster

Baron, S. & Linden, M. Psychische Störungen nach ICD und (Arbeits-)Fähigkeitsstörungen nach ICF, Symposium: Arbeit und Psychische Krankheit, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin, 22. November 2006, Vortrag

Baron, S. ICF und sozialmedizinischer Befund am Beispiel des Mini-ICF-P, Symposium des Rehabilitationswissenschaftlichen Verbunds Berlin, Brandenburg, Sachsen, Berlin, 12. Dezember 2006, Vortrag

2005

Baron, S. & Linden, M. Das „Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. 14. Rehawissenschaftliches Kolloquium, Hannover, 28. Februar – 02. März 2005, Poster

V. Selbständigkeitserklärung

„Ich, Stefanie Baron, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Operationalisierung und Quantifizierung von Fähigkeitsstörungen bei Psychischen Erkrankungen“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Berlin, den

Stefanie Baron

VI. Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die zum Gelingen des vorliegenden Dissertationsprojektes beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. M. Linden für die Betreuung dieser Arbeit. Ich danke ihm für seinen Rat und seine vielfältige Unterstützung bei der Entstehung der Publikationen und das Vertrauen, das er in mich gesetzt hat.

Danken möchte ich zudem allen Mitarbeitern der Abteilung „Verhaltenstherapie und Psychosomatik“ des Rehabilitationszentrums Seehof in Teltow, für die Teilnahme an der Studie und die wertvollen Rückmeldungen in der Zeit der Entwicklung des Mini-ICF-APP.

Ich bedanke mich auch herzlich bei allen Patientinnen und Patienten, für ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen.

Nicht zuletzt möchte ich meiner Familie danken, die mich in der Phase der Erstellung dieser Arbeit unterstützt hat und immer für mich da war.