

Die Selbstbeurteilung von Fähigkeiten und Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Kontext psychischer Erkrankungen: Das „Mini-ICF-APP-S“

Michael Linden¹, Laila Keller², Nils Noack¹ & Beate Muschalla^{1,3}

¹Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Charité Berlin, ²Universität Potsdam,

³SRH Hochschule für Gesundheit

Kurzfassung

Chronische Krankheiten manifestieren sich nicht nur in Krankheitssymptomen, sondern auch Krankheitsfolgen, d.h. krankheitsbedingten Fähigkeitsbeeinträchtigungen und dadurch hervorgerufenen Teilhabeproblemen, wie beispielsweise Arbeitsunfähigkeit. Dies entspricht einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis, das u.a. auch der ICF zugrunde liegt (WHO, 2001). Für die Erfassung und Quantifizierung von Fähigkeitsbeeinträchtigungen werden eigene Messinstrumente benötigt, wie beispielsweise das Mini-ICF-APP (Linden et al., 2009), das sich als Fremdratinginstrument in der sozialmedizinischen Begutachtung bei psychischen Störungen als ein Standard etabliert hat.

Parallel dazu wurde das Mini-ICF-APP-S als Selbstratinginstrument entwickelt, das 13 psychische Fähigkeiten („Soft skills“) erfasst. Es werden Daten aus einer klinischen ($N=1143$) und einer Bevölkerungsstichprobe ($N=102$) berichtet. Es finden sich relevante Unterschiede zwischen klinischen und Bevölkerungsstichproben, unterschiedlichen Störungsgruppen, arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Menschen, jüngeren und älteren Personen, Männer und Frauen.

Das Mini-ICF-APP-S ist ökonomisch einsetzbar und kann in Diagnostik, Therapieplanung und auch ergänzend in der sozialmedizinischen Beurteilung Verwendung finden.

Schlüsselwörter

ICF, Fähigkeiten, psychische Erkrankung, Sozialmedizin, Teilhabeeinschränkungen, Behinderung

Self-rating of capacity and capacity restrictions in mental disorders: The “Mini-ICF-APP-S”

Abstract

Chronic illness must not only be described on the level of symptoms, but in respect to capacity restrictions and disability. This reflects a bio-psycho-social understanding of illness as outlined also in the ICF (WHO, 2001). For the measurement of capacities special instruments are needed, such as the Mini-ICF-APP, an internationally validated and used observer rating instrument.

Additionally, the self-rating Mini-ICF-APP-S has been developed, which covers 13 capacity dimensions, “soft skills”, which are of relevance in mental disorders. Data from a clinical sample ($N=1143$) and a general population survey ($N=102$) are reported. Relevant differences in self-reported capacity levels are found between clinical and non-clinical samples, different diagnostic groups, patients who are unfit or fit to work, younger and older persons, males and females. For example, men perceived stronger assertiveness, while women see themselves stronger in relationships. Patients who were presently unfit for work see their overall capacity level lower than patients who were fit for work. From the patient sample, 31% reported a strong impairment in at least one psychological capacity dimension. The strongest capacity impairment was reported by patients with complex disorders (personality disorders, organic disorders), lowest impairment was perceived by patients with eating disorders or specific reactive disorders or phobias.

The Mini-ICF-APP-S is an economic short rating and can support diagnostics, therapy planning, and serve as additional information within the socio-medical decision making process.

Key words

ICF, capacity, mental disorder, social medicine, participation disorder, impairment

1. Psychische Fähigkeiten und Fähigkeitsbeeinträchtigungen

Die Fähigkeiten eines Menschen entscheiden über seine Möglichkeiten zur Teilhabe in unterschiedlichen Lebensbereichen. Ist eine Person zu all dem in der Lage, was sie tun möchte oder was von ihr in ihrer Umwelt und ihrer Rolle erwartet wird, kann sie uneingeschränkt am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Können Umweltanforderungen nicht der Norm entsprechend erfüllt werden, kommt es in der Regel zu Sanktionen, wie beispielsweise zu Entlassungen am Arbeitsplatz oder familiären Auseinandersetzungen. Ein anderes Problem ist allerdings, wenn es krankheitsbedingt zu Fähigkeitseinschränkungen und dementsprechend zu Leistungsminderungen kommt. In diesem Fall haben Patienten ein Anrecht auf Unterstützung und Schutz, beispielsweise indem sie am Arbeitsplatz vorübergehend freigestellt werden durch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder bei längerfristigen Beeinträchtigungen Unterstützung erfahren durch ein Betriebliches Eingliederungsmanagement.

Chronische Krankheit wird seit jeher nicht auf der Ebene der Krankheitssymptome, sondern auch der Krankheitsfolgen beschrieben. Dazu gehören wesentlich auch krankheitsabhängige Fähigkeitseinschränkungen und dadurch hervorgerufene Teilhabebeeinträchtigungen (Linden, 2016, 2017). Man spricht auch vom bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Einen sozialrechtlichen Rahmen hierfür bietet die ICF der WHO (WHO, 2001; DIMDI, 2005). Unterschieden werden „Körperstrukturen“, „Körperfunktionen (= Symptome)“, „Aktivitäten/Fähigkeiten“, „Kontext“ und „Partizipation“ (DIMDI, 2005). Fähigkeiten sind operationalisierbar als Aktivitäten, die von der Person unter definierten Kontextbedingungen ausgeübt werden können.

Die ICF ist eine Klassifikation und kein Messinstrument und verweist explizit darauf, dass die dort angeführten Konstrukte durch geprüfte Verfahren gesondert erfasst werden müssen. Funktionsstörungen/Symptome können mittels der fachüblichen Symptomrating-skalen wie beispielsweise die Hamilton-Depressions-Skala erfasst und quantifiziert werden. Auch für die Erfassung von Fähigkeiten gibt es eine Reihe einschlägiger Messinstrumente (Linden et al., 2015) wie beispielsweise die ADL-Skalen („activities of daily living“) oder IADL-Skalen („instrumental activities of daily living“), die SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, Morosini et al., 2000), die PSP (Personal and Social Performance Rating, Schaub & Juckel, 2011) oder die WHODAS (WHO Dis-

ability Assessment Schedule, Üstün et al., 2010).

Ein besonderes Problem stellen Fähigkeits-einschränkungen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen dar. Es handelt sich um sogenannte „soft skills“, wie sie in der modernen Arbeitswelt von besonderer Bedeutung sind. Sie finden sich in der ICF an sehr unterschiedlichen Stellen in unterschiedlich detaillierter Aufgliederung. So gibt es beispielsweise zur „Kommunikationsfähigkeit“ einerseits kleinteilige Items wie „Eine Unterhaltung beginnen (d3500), aufrechterhalten (d3501) und beenden (d3502)“ und andererseits sehr globale Items wie „Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden, incl. Bewerbungsgespräche (d845)“.

Um Soft-Skill-Fähigkeiten erfassbar und quantifizierbar zu machen und dies auch in klinisch praktikabler Weise, wurde das Mini-ICF-APP (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen) entwickelt (Linden et al., 2009, 2015; Muschalla, 2013), das inzwischen auch in Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung Erwähnung findet (DRV, 2012; SGVP, 2012). Es handelt sich um ein Fremdratinginstrument mit einer guten Interrater-Reliabilität von $r = .92$ und nachgewiesener Validität im Sinne von Korrelationen mit der Arbeitsfähigkeit sowie einer Veränderungssensitivität (Linden et al., 2015). Es werden 13 Fähigkeiten unterschieden, die durch verhaltensnahe „Ankerdefinitionen“ operationalisiert sind. Dies sind im Einzelnen die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Kompetenz- und Wissensanwendung, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Proaktivität und Spontanaktivität, die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, die Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung, die Mobilität und Verkehrsfähigkeit. Es handelt sich um ein Fremdrating, da die sozialmedizinische Beurteilung von Fähigkeits-einschränkungen wegen der Interessenlage der zu begutachtenden Personen nicht über ein Selbstrating erfolgen kann.

Dennoch können auch aus einer Selbsteinschätzung wichtige Informationen gewonnen werden hinsichtlich der vorliegenden Fähigkeiten, des Selbstbildes und gegebenenfalls auch von Aggravationstendenzen. Von daher wurde parallel zum Mini-ICF-APP als Selbst-rating das Mini-ICF-APP-S entwickelt. Im Folgenden werden Befunde aus empirischen

Erhebungen mit dem Mini-ICF-APP-S an einer Bevölkerungsstichprobe und Patienten einer psychosomatischen Rehabilitation berichtet.

2. Methode: Das Mini-ICF-APP-S Fähigkeits-Selbstrating

Das Mini-ICF-APP-S (Tabelle 1) umfasst dieselben Fähigkeitsdimensionen wie das Mini-ICF-APP. Es werden zunächst ausführliche Beschreibungen der einzelnen Dimensionen vorgegeben und dann die Ratingstufen anwendungsorientiert beschrieben. Während das Mini-ICF-APP ein eindimensionales Beeinträchtigungs-Rating verlangt, von „0 = keine Beeinträchtigung“ bis zu „4 = muss entpflichtet werden“, wird bei dem Selbststrating ein bipolares Rating ermöglicht von „0 = das ist eindeutig eine Stärke von mir“ bis „3 = das geht schon irgendwie“ und von „4 =

das klappt nicht immer“ bis „7 = das kann ich gar nicht“. Dieses Beurteilerprinzip verhindert, dass es zu einer methodenbedingten Aggravierung kommt. Das Mini-ICF-APP-S wurde zur Unterstützung der Therapieplanung (Muschalla, 2014) und sozialmedizinischen Beurteilung in die Basisdokumentation der Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik des Reha-Zentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund übernommen.

Für die jetzige Analyse standen die Bögen von 1143 unausgelesenen Patienten zur Verfügung (PS-Gruppe). Es konnte zusätzlich auf die Basisdokumentation der Klinik zurückgegriffen werden (AWMF, 1996), mit soziodemographischen und klinischen Daten einschließlich einer standardisierten Intelligenzmessung mit dem ISA (Intelligenz-Struktur-Analyse, Gittler, 2001) sowie der klinischen Erstdiagnose bei Entlassung.

Tabelle 1

Mini-ICF-APP-S:
Selbstbeurteilung von
Fähigkeiten

Bitte beurteilen Sie im Folgenden, wie Sie mit den jeweiligen Anforderungen zurechtkommen.		Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft.									
1.	Anpassung an Regeln und Routinen Wie gut können Sie sich an Regeln halten, z.B. vorgeschriebene Arbeitsabläufe und Dienstwege einhalten, pünktlich zu Terminen erscheinen, Vereinbarungen einhalten?								
2.	Planung und Strukturierung von Aufgaben Wie gut sind Sie darin, Dinge zu planen? Also Ihren Tagesablauf zu organisieren, oder festzulegen, was Sie in einer Woche wann erledigen müssen, welche Erledigungen oder Arbeiten vorrangig sind? Können Sie angemessene Zeit für die einzelnen Dinge einplanen?								
3.	Flexibilität und Umstellungsfähigkeit Wie gut gelingt es Ihnen, mit Veränderungen zurechtkommen, z.B. Änderung von Arbeitsabläufen, neues Büro, neue/r Kollege/in, neue Computerprogramme oder Techniken? Wie geht es Ihnen mit kurzfristigen Terminveränderungen? Oder wenn Sie plötzlich irgendwo anders hin müssen? Wie geht es Ihnen, wenn Sie bei einer Sache unterbrochen werden (z.B. Telefon klingelt) und wenn Sie spontan etwas Dazwischenkommendes erledigen sollen?								
4.	Kompetenz- und Wissensanwendung Können Sie Ihr Wissen und Ihre Erfahrung anwenden, wenn es gefragt ist, bspw. bei der Arbeit die Dinge so erledigen, wie es Ihrer Ausbildung oder Ihrem eigentlichen Fachwissen entspricht?								
5.	Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit Wie gut kann man sich auf Ihre Einschätzungen, Ihren Rat oder Ihre Entscheidungen verlassen? Kommen Sie üblicherweise auf der Basis vorliegender Informationen zu Schlussfolgerungen, die andere auch für sinnvoll und überzeugend halten?								
6.	Proaktivität und Spontanaktivitäten Wie gut gelingt es Ihnen in die Gänge zu kommen, eigene Initiativen zu ergreifen, von sich aus Dinge anzuregen und anzufangen, beispielsweise spontane Verabredungen, Freizeitaktivitäten, im Haushalt oder auch bei der Arbeit?								
7.	Widerstands- und Durchhaltefähigkeit Wie gut sind Sie darin bei der Stange zu bleiben oder Stress zu widerstehen, beispielsweise einen Arbeitstag durchzuhalten, sich von Widrigkeiten nicht beeindrucken zu lassen oder begonnene Aktivitäten auch dann fortzusetzen, wenn es schwerfällt?								

Fortsetzung Tabelle 1

Bitte beurteilen Sie im Folgenden, wie Sie mit den jeweiligen Anforderungen zurechtkommen. Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft.		Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
8. Selbstbehauptungsfähigkeit	Wie gut können Sie anderen Menschen gegenüber Ihre Meinung vertreten, ohne dass Sie anderen unangemessen auf die Füße treten oder sich selbst zu klein machen? Können Sie andere manchmal dazu bringen, dass sie tun, was Sie selbst möchten, andere für sich einnehmen? Können Sie sich durchsetzen, wenn Sie in einer Position sind, die das erfordert?								
9. Gesprächs- und Kontaktfähigkeit zu Dritten	Wie gut gelingt es Ihnen, auf andere Menschen zuzugehen, mit anderen ins Gespräch zu kommen, sich unbefangen auf Smalltalk-Gespräche einzulassen und bei anderen den Eindruck zu erwecken, dass Sie ein guter Gesprächspartner sind?								
10. Gruppenfähigkeit	Wie gut kommen Sie in Gruppen zurecht, also in Arbeitsteams, in privaten Cliquen oder im Freundeskreis? Können Sie sich in Gruppengespräche einbringen, sich aber auch angemessen zurückhalten und den Gruppenzusammenhalt fördern?								
11. Fähigkeit zu engen Beziehungen	Wie gut gelingt es Ihnen, enge vertrauliche Beziehungen mit nahestehenden Menschen aufzubauen und zu halten? Wie geht es Ihnen in einer Partnerschaft oder wenn Sie im engeren Familienkreis zusammen sind? Sind Sie ein Familienmensch, jemand, dem sich enge Freunde und Angehörige anvertrauen und auf den man sich verlassen kann?								
12. Selbstpflege und Selbstversorgung	Wie gut sind Sie darin, auf sich und Ihr Äußeres zu achten, sich der Jahreszeit und dem Anlass entsprechend zu kleiden oder sich ausgewogen zu ernähren? Wie gut gelingt es Ihnen für Erholung zu sorgen und die gesundheitlichen Bedürfnisse Ihres Körpers wahrzunehmen? Treiben Sie regelmäßig Sport bzw. achten auf ausreichend Bewegung?								
13. Mobilität und Verkehrsfähigkeit	Können Sie sich angemessen bewegen, bücken, Treppen steigen, spazieren gehen? Können Sie hingehen, wohin sie müssen, ohne Probleme einkaufen, und übliche Verkehrsmittel, wie Auto, Bus oder Bahn benutzen?								

In einer zweiten Erhebung wurden 102 zufällig ausgewählte Passagiere der Berliner S-Bahn gebeten, die Skala auszufüllen (SB-Gruppe). Es werden die Häufigkeitsverteilungen und Zusammenhänge mit soziodemographischen Daten, Diagnosen und Arbeitsfähigkeit untersucht.

3. Ergebnisse

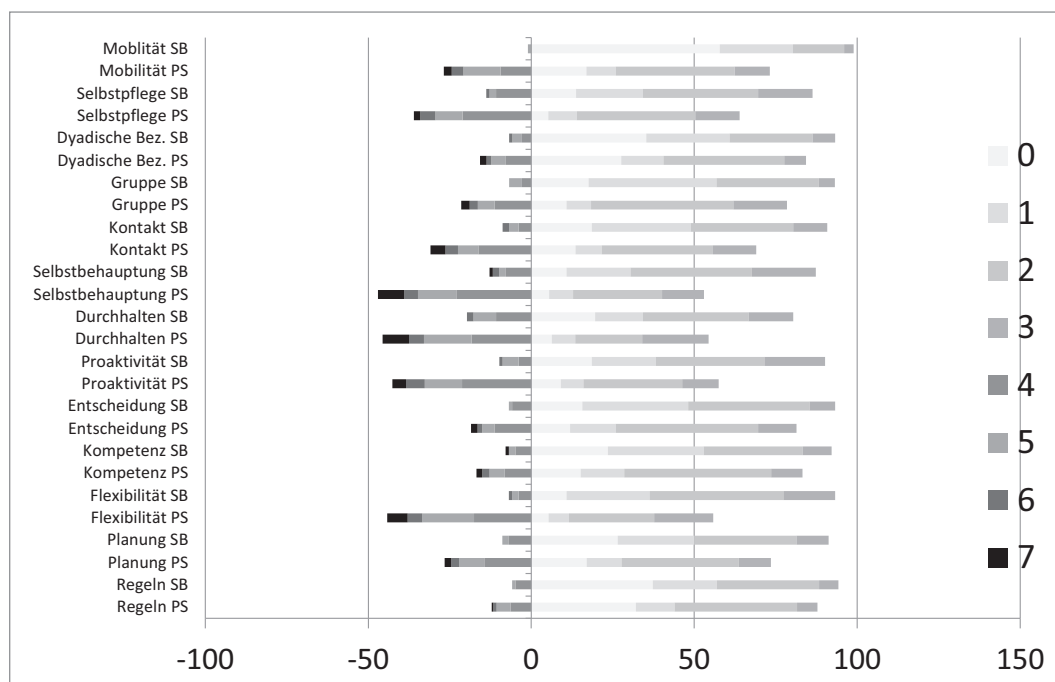
Von den Patienten der PS-Gruppe waren 69% Frauen. Das mittlere Alter betrug 50 Jahre, 55% waren verheiratet, 26 % hatten das Abitur, 56% waren angestellt im mittleren Dienst, 47% arbeiteten Vollzeit und 22% Teilzeit. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme betrug 32 Wochen.

Von den Personen der SB-Gruppe waren 57% Frauen. Das mittlere Alter betrug 39 Jahre, 21% waren selbstständig, 46% waren

Angestellte/Beamte, 71% gaben einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss an. Der Gesamtscore der Skala liegt in der PS-Gruppe bei 2,61 (± 1,19, Range 0-6,69) und in der SB-Gruppe bei 1,61 (± 0,79, Range 0-3,92). Abbildung 1 zeigt die Ratings je Items getrennt für die beiden Gruppen. Alle Items unterscheiden sich signifikant auf dem Promillenniveau. Grundsätzlich gilt, dass die überwiegende Zahl der Teilnehmer in beiden Stichproben sich eher als leistungsfähig denn leistungseingeschränkt über alle Dimensionen hin einstufen. Das stärkste Beeinträchtigungserleben findet sich in der PS-Stichprobe für die Dimensionen Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität, Proaktivität, Durchhaltevermögen, Kontaktfähigkeit, Selbstpflege und Mobilität. Das geringste Beeinträchtigungserleben wird angegeben für Regeleinhaltung, Wissensanwendung, Entscheidungsfähigkeit und dyadische Beziehungen. In der Abbildung sind Werte von 0 bis 3 links der Mittellinie aufgetragen und

Abbildung 1

Verteilung der Ratings je Item in der PS- und SB-Gruppe



Werte von 4 bis 7 rechts davon. Die Abbildung zeigt, dass mit etwa 90% in der SB-Gruppe die überwiegende Mehrzahl sich in allen Dimensionen als eher hinreichend kompetent einschätzt, während mehr als ein Drittel der PS-Gruppe sich über die Dimensionen hinweg als leistungsgemindert einschätzt.

Fragt man, wie viele Patienten mindestens eine schwerwiegende Beeinträchtigung angeben (6 = da müssen mir andere helfen oder 7 = das kann ich gar nicht), dann sind dies in der PS-Gruppe 31% der Patienten. Fünf und mehr schwerwiegende Beeinträchtigungen werden von 5% der Patienten angegeben.

Es finden sich zwischen den Dimensionen mittelgradige Interkorrelationen von $r = .25$ zwischen Regeln und Kommunikationsfähigkeit sowie $r = .68$ zwischen Entscheidungsfähigkeit und Proaktivität bzw. $r = .69$ zwischen Kommunikationsfähigkeit und Gruppenfähigkeit. Es fand sich in der PS-Gruppe bei einer explorativen Varianzanalyse mit Oblim-Rotation eine einfaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 50,9%. In der SB-Population fanden sich vier Faktoren mit einem Eigenwert > 1 . Der Hauptfaktor umfasst alle Items bis auf zwei, die jeweils eigene Faktoren bilden: Dies ist zum einen „Anpassung an Regeln“ (10,6% Varianzaufklärung) und „Mobilität“ (8,0% Varianzaufklärung). Die Dimension „Durchhaltefähigkeit“ lädt auch auf dem Hauptfaktor, bildet zugleich aber auch einen eigenen Faktor (9,9% Varianzaufklärung). Cronbach's

Alpha liegt in der PS-Gruppe bei 0,92 und in der SB-Gruppe bei 0,86.

Beim Vergleich der Geschlechter finden sich in beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede für den Gesamtscore (PS-W: $2,65 \pm 1,18$; PS-M: $2,52 \pm 1,23$; $p = 0,08$; SB-W: $1,72 \pm 0,75$; SB-M: $1,48 \pm 0,82$; $p = 0,13$), jedoch signifikant bessere Werte in der PS-Gruppe für Männer bzgl. Kompetenz (PS-W: $2,22 \pm 1,51$; PS-M: $1,95 \pm 1,58$; $p < 0,01$), Entscheidungsfähigkeit (PS-W: $2,35 \pm 1,48$; PS-M: $1,99 \pm 1,47$; $p < 0,001$), Durchhaltefähigkeit (PS-W: $3,48 \pm 1,80$; PS-M: $3,22 \pm 1,92$; $p = 0,03$), Selbstbehauptung (PS-W: $3,52 \pm 1,81$; PS-M: $2,90 \pm 1,78$; $p < 0,001$), Mobilität (PS-W: $2,55 \pm 1,79$; PS-M: $2,31 \pm 1,79$; $p = 0,04$) und für Frauen bzgl. dyadischer Beziehungen (PS-W: $1,70 \pm 1,56$; PS-M: $2,15 \pm 1,79$; $p < 0,001$). In der SB-Gruppe fanden sich signifikante Unterschiede hinsichtlich Flexibilität (SB-W: $2,10 \pm 1,03$; SB-M: $1,55 \pm 1,23$; $p = 0,02$), Entscheidung (SB-W: $1,79 \pm 1,09$; SB-M: $1,31 \pm 1,05$; $p = 0,03$), Durchhaltefähigkeit (SB-W: $2,39 \pm 1,29$; SB-M: $1,70 \pm 1,53$; $p = 0,03$) und Selbstbehauptung (SB-W: $2,36 \pm 1,29$; SB-M: $1,81 \pm 1,42$; $p = 0,046$) mit schlechteren Werten bei Frauen.

In der PS-Gruppe finden sich signifikante negative Zusammenhänge mit dem Alter für die Dimensionen Planung, Proaktivität, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, dyadische Beziehungen, Selbstpflege und Selbstversorgung und den Gesamtscore. Das heißt, dass die Fähigkeiten mit höherem Alter besser eingeschätzt wurden. Es finden sich durchweg signifikante positive Zusammen-

hänge mit der SCL-90. Das heißt, bei höherem Symptomscore ist die subjektive Fähigkeitsbeurteilung schlechter. Schließlich finden sich auch signifikant negative Zusammenhänge mit dem IQ, der computerbasiert erfasst wurde mit der ISA für die Dimensionen Planung, Flexibilität, Kompetenz, Entscheidungsfähigkeit, Proaktivität, Widerstandsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Mobilität und den Gesamtscore. Das heißt, bei höherem allgemeinem IQ fällt die subjektive Fähigkeitseinschätzung besser aus.

In dem Versuch, eine Beziehung zwischen Diagnosen und Fähigkeitsbeeinträchtigungen herzustellen, wurden in Tabelle 2 jeweils die Diagnosegruppen gegenübergestellt, mit den subjektiv höchsten und niedrigsten Beeinträchtigungen. Es fällt auf, dass durchgehend die höchsten Beeinträchtigungen von Menschen mit Teilleistungsstörungen bzw. hirnorganischen Störungen und Persönlichkeits-

störungen angegeben werden. Die geringsten Beeinträchtigungen finden sich bei Patienten mit Essstörungen oder phobisch-reaktiven Störungen.

In der PS-Gruppe wurde von den Ärzten bei Entlassung eingeschätzt, ob der Patient voll arbeitsfähig, mit Einschränkungen arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig war. Abbildung 2 zeigt, dass sich über alle Dimensionen hinweg ein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit vom Entlassungsstatus ergibt: Arbeitsunfähig entlassene Patienten schätzten ihre Fähigkeiten systematisch schlechter ein als arbeitsfähig entlassene.

4. Diskussion

Das Mini-ICF-APP gehört bei sozialmedizinischen Beurteilungen inzwischen zu den Standardverfahren und wird auch in einschlägigen Richtlinien empfohlen (DRV,

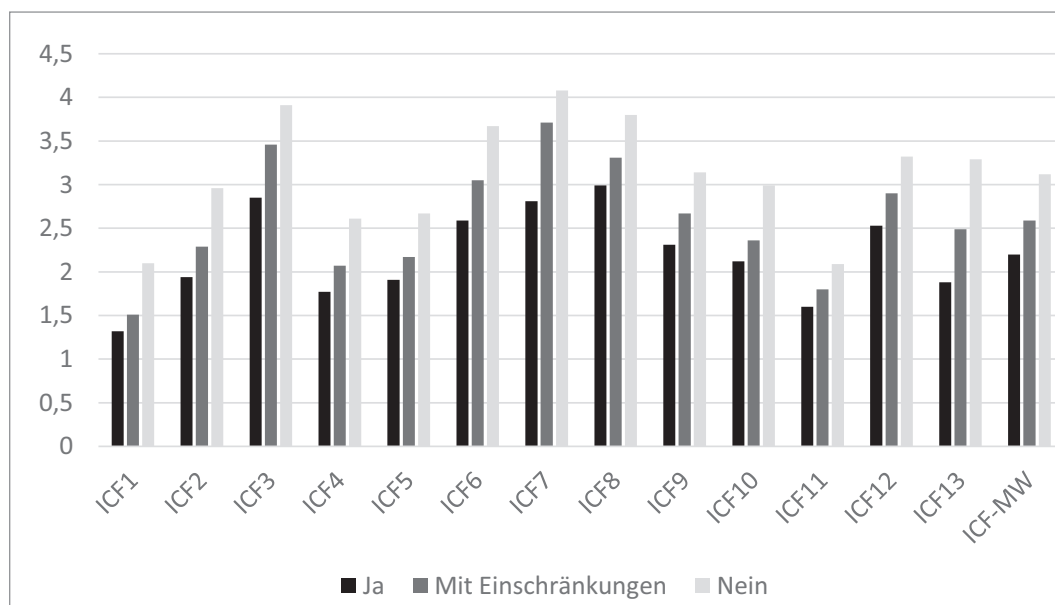
Tabelle 2

Fähigkeitsausprägungen
im Vergleich psychischer
Erstdiagnosen

Mini-ICF-APP-S-Dimension	F-Diagnose	Höchste Fähigkeitsprobleme	F-Diagnose	Geringste Fähigkeitsprobleme
1. Regeln und Routinen	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=2,67	F 5 Essstörungen	M=1,41
	F 6 Persönlichkeitsstörungen	M=2,03	F 4 Phobische und reaktive Störungen	M=1,53
2. Planung und Strukturierung	F 0 hirnorganische Störungen	M=3,33	F 2 schizophrene Psychosen	M=1,86
	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=3,22	F 5 Essstörungen	M=2,13
3. Flexibilität	F 0 hirnorganische Störungen	M=4,93	F 5 Essstörungen	M=3,27
	F 6 Persönlichkeitsstörungen	M=3,77	F 1 Mittelabusus	M=3,30
4. Kompetenzanwendung	F 0 hirnorganische Störungen	M=3,27	F 4 Phobische und reaktive Störungen	M=2,11
	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=2,73	F 5 Essstörungen	M=2,00
5. Entscheidungsfähigkeit	F 2 schizophrene Psychosen	M=3,29	F 5 Essstörungen	M=2,06
	F 0 hirnorganische Störungen	M=3,20	8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=2,00
6. Proaktivität	F 0 hirnorganische Störungen	M=4,27	F 4 Phobische und reaktive Störungen	M=2,96
	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=3,92	F 5 Essstörungen	M=2,73
7. Widerstandsfähigkeit	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=4,32	F 4 Phobische und reaktive Störungen	M=3,36
	F 0 hirnorganische Störungen	M=4,07	F 5 Essstörungen	M=3,34
8. Selbstbehauptungsfähigkeit	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=4,35	F 4 Phobische und reaktive Störungen	M=3,29
	F 6 Persönlichkeitsstörungen	M=3,83	F 5 Essstörungen	M=3,12
9. Kontaktfähigkeit	F 0 hirnorganische Störungen	M=3,20	F 5 Essstörungen	M=2,49
	F 6 Persönlichkeitsstörungen	M=3,11	F 4 Phobische und reaktive Störungen	M=2,62
10. Gruppenfähigkeit	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=3,49	F 4 Phobische und reaktive Störungen	M=2,46
	F 0 hirnorganische Störungen	M=3,27	F 5 Essstörungen	M=2,31
11. dyadische Beziehungen	F 0 hirnorganische Störungen	M=2,33	F 4 Phobische und reaktive Störungen	M=1,75
	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=2,22	F 5 Essstörungen	M=1,58
12. Selbstpflege	F 0 hirnorganische Störungen	M=3,73	F 4 Phobische und reaktive Störungen	M=2,85
	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=3,72	F 5 Essstörungen	M=2,84
13. Mobilität	F 0 hirnorganische Störungen	M=3,80	F 3 Depression	M=2,52
	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=3,03	F 5 Essstörungen	M=2,31
Gesamt	F 0 hirnorganische Störungen	M=3,45	F 4 Phobische und reaktive Störungen	M=2,57
	F 8, F 9 Teilleistungsstörungen	M=3,37	F 5 Essstörungen	M=2,43

Abbildung 2

Selbsteinschätzung des Fähigkeitsgesamtniveaus bei Aufnahme in Bezug zur ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (ja, mit Einschränkungen, nein) durch den behandelnden Therapeuten



2012; SGVP, 2012). Als Fremdbeurteilungsinstrument verlangt es vom Gutachter ein Urteil jenseits der subjektiven Klagen des Begutachteten. Dies geschieht über eine verhaltensnahe Beschreibung von Aktivitäten, die beispielsweise im Beruf konkret während eines Arbeitstages durchzuführen sind, und der Schilderung eventueller Probleme mit der Erfüllung dieser Leistungsanforderungen. Der Gutachter schlussfolgert daraus dann auf die gegebenen Fähigkeiten und entscheidet zugleich auch, ob eine krankheitsbedingte Fähigkeitseinschränkung vorliegt, oder nur eine sonstige berufliche Überforderung. Derartige Urteile benötigen einen sachverständigen Experten, der über Störungs- und Krankheitsfolgswissen verfügt und die notwendigen Krankheits- und Fähigkeitsbefunde erheben kann.

Die Beurteilung von Fähigkeiten im Selbstrating folgt hingegen eher dem psychologischen Prinzip einer globalen Attribution (Schwarz, 1988). Es bleibt unklar, auf welchen Normwert sich ein Patient bezieht und warum er meint besser oder schlechter zu sein. Wie würde ein Mensch urteilen, wenn man ihn nach seiner Intelligenz oder Körperkraft fragt? Es kommen Vergleiche mit der Umwelt zum Tragen. Das eigene Anspruchsniveau oder auch diesbezügliche Erfahrungen in der Vergangenheit spielen eine Rolle. Zusammenfassend handelt es sich eher um ein Zufriedenheitsrating und weniger eine objektive Zustandsbeschreibung.

Trotz dieser Einschränkungen ist die Selbsteinschätzung klinisch von Interesse, weil sie Hinweise gibt, wo die Betroffenen Probleme sehen, oder ob sie gegebene Probleme über-

haupt sehen. Wichtig sind auch Positivratings im Sinne subjektiv gesehener Ressourcen. Der Globalscore kann als eine Art subjektive Persönlichkeitsbeschreibung interpretiert werden. In diesem Sinne stellt ein Selbstrating auf dem Mini-ICF-APP-S eine wichtige Ergänzung für die klinische und sozialmedizinische Befundung dar.

Die vorgelegten Daten zum Mini-ICF-APP-S zeigen, dass die subjektive Einschätzung der eigenen Fähigkeiten durchaus eine gewisse Validität hat. Zunächst einmal findet sich für den Gesamtscore eine Normalverteilung, wie er bei Persönlichkeitsdimensionen zu erwarten ist. Die Patienten geben also ein Globalurteil darüber ab, ob sie sich als leistungsfähige oder beeinträchtigte Personen sehen. Dazu passt, dass es bei den psychosomatischen Patienten einen signifikanten Zusammenhang mit dem psychischen Allgemeinbefinden gemäß der SCL gibt. Zugleich finden sich deutliche Unterschiede in den Ratings zwischen der PS- und SB-Gruppe. Die Daten sprechen dafür, dass eine krankheitsabhängige Globaleinschränkung erfasst wird.

Aber auch bezüglich anderer Personenvariablen gibt es interessante Ergebnisse, wobei sich zugleich zeigt, dass eine Differenzierung zwischen den einzelnen Fähigkeitsdimensionen von Relevanz ist. So finden sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern beispielsweise in dem Sinne, dass sich Männer für kompetenter, entscheidungsfähiger, durchhaltefähiger oder durchsetzungsfähiger halten als Frauen, während diese sich als bindungsfähiger einschätzen. Es entsteht der Eindruck, dass klassische Rollenvorstellungen sich auch in den Selbstratings der befragten

Personen ausdrücken (Swanson & Lease, 1990; Jackson et al., 1994).

Auch bzgl. der Diagnosen gibt es interessante Befunde. Die höchsten Fähigkeitseinschränkungen werden von Patienten berichtet, die unter leichten kognitiven Störungen leiden, seien diese Störungen als hirnorganische Störung oder Teilleistungsstörung kodiert worden. Auch ein Teil der sogenannten Persönlichkeitsstörungen kann nach klinischen Erfahrungen dieser Störungsgruppe zugeordnet werden (Linden & Vilain, 2011; Linden & Weddigen, 2016; Linden et al., 2017). Diese Störungen gehen einher mit leichten kognitiven und affektiven Beeinträchtigungen, die sich aber in der Lebensgestaltung unmittelbar negativ auswirken können. Die vorliegenden Befunde stellen insofern eine Validierung des Konzepts der Teilleistungsstörungen dar und zeigen, dass diesen Störungen therapeutischerseits mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden muss.

Ein entscheidender Validitätsaspekt ist, dass sich Patienten, die im ärztlichen Urteil bei Entlassung arbeitsfähig sind oder nicht, bereits bei der stationären Aufnahme hinsichtlich des subjektiv eingeschätzten Fähigkeitsniveaus deutlich unterscheiden. In einer Studie mit dem Mini-ICF-APP-S im Bundeswehrkrankenhaus schätzten arbeitsunfähige Soldaten ihr Fähigkeitsniveau in neun von 13 Fähigkeitsdimensionen schlechter ein als arbeitsfähige Soldaten (Muschalla et al., 2017). In weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen wird zu klären sein, inwieweit die Patienten-Selbsteinschätzung in das Urteil der Therapeuten einfließt (Linden & Noack, 2017).

Interessant sind auch die Daten zum Alter, wonach sich ältere Patienten als besser einschätzen als jüngere, beispielsweise in der Planungsfähigkeit, Proaktivität, Durchhaltefähigkeit oder Selbstbehauptungsfähigkeit. Im vorliegenden Fall liegt der Altersmittelwert bei 50 Jahren, es geht also um die sogenannten älteren Arbeitnehmer. Die Daten entsprechen durchaus landläufigen Erfahrungen, wonach reifere Personen mehr Übersicht zeigen, mehr Sthenizität bzw. Durchhaltevermögen oder auch eine höhere Sozialkompetenz als jüngere Menschen. Die Befunde sind von Bedeutung bei der Diskussion um die Arbeitsfähigkeit älterer Arbeitnehmer.

Zusammenfassend liegt mit dem Mini-ICF-APP-S ein Instrument vor, mit dem, in Analogie zum Mini-ICF-APP, Soft-Skills im Selbst-rating erfasst werden können. Es ist ökonomisch einsetzbar und erbringt interessante Ergebnisse, die in die Diagnostik, Therapieplanung und auch ergänzend in der sozial-

medizinischen Beurteilung Verwendung finden können.

Literatur

- AWMF (Hrsg.). (1996). Glossar zur Psy-BaDo (Version 1.0, Stand Oktober 1996). Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- DIMDI. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (Hrsg.). (2005). ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI.
- DRV. (2012). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Gittler, G. (2001). Intelligenz-Struktur-Analyse ISA. Ein Test zur Messung der Intelligenz. Manual, Band 1. Swets Test Services.
- Jackson, L. A., Hodge, C. N. & Ingram, J. M. (1994). Gender and self-concept. A reexamination of stereotypic differences and the role of gender attitudes. *Sex Roles*, 30, 615–630.
- Linden, M. (2015). Krankheit und Behinderung. Das ICF-Modell. *Der Nervenarzt*, 86, 29–35.
- Linden, M. (2016). Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen. Erfassung und Quantifizierung in der sozialmedizinischen Beurteilung psychischer Störungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 59: 1147-1153.
- Linden, M. (2017). Definition and assessment of disability in mental disorders under the perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Behavioral Sciences & the Law*, 35(2), 124-134.
- Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Huber.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. & Ostholt-Corsten, M. (2015). Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Bern: Huber.
- Linden, M. & Vilain, M. (2011). Emotionale Teilleistungsstörungen und „first impression formation“ bei Persönlichkeitsstörungen. *Der Nervenarzt*, 82, 25-36.
- Linden, M. & Weddigen, J. (2016). Teilleistungsstörungen/MCD und ADHS im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt*, 87 (11), 1175–1184.
- Linden, M., Noack, N. & Köllner, V. (2018). Spektrum und Häufigkeit von ADHS-Syndromen und Teilleistungsstörungen bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, im Druck.
- Linden, M. & Noack, N. (2017). Veränderungen in der Beurteilung des (Arbeits-) Fähigkeitsprofils

- psychosomatischer Patienten im Verlauf einer ergotherapeutischen Behandlung. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, Zeitschrift für medizinische Prävention*, 52, 272-277.
- Morosini, P., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S. & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 323-329.
- Muschalla, B. (2013). Arbeitsfähigkeitsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen. Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Kontext. *Neurotransmitter*, 24, 34-40.
- Muschalla, B. (2014). Fähigkeitsorientierte Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen. *Verhaltenstherapie*, 24, 48-55.
- Muschalla, B., Rau, H., Küster, A. & Knaevelsrud, C. (2017). Work-related Capacity Impairments in Self- and Observer-rating in Military Personnel with Mental Disorders. *Wehrmedizinische Monatsschrift*, in press.
- Schaub, D. & Juckel, G. (2011). PSP-Skala - Deutsche Version der Personal and Social Performance Scale. Validiertes Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus in der Schizophrenietherapie. *Der Nervenarzt*, 82, 1178-1184.
- Schwarz, N. (1988). Stimmung als Information. Zum Einfluss von Stimmung und Emotionen auf evaluative Urteile. *Psychologische Rundschau*, 39, 148-159.
- SGVP. Schweizer Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (2012). Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Bern, Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP.
- Swanson, J. L. & Lease, S. H. (1990). Gender Differences in Self-Ratings of Abilities and Skills. *The Career Development Quarterly*, 38, 347-359.
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. & Rehm, J. (Eds.). (2010). *Measuring health and disability. Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. Geneva: WHO.
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO.

Prof. Dr. Michael Linden

*Leiter der Forschungsgruppe
Psychosomatische Rehabilitation
Charité Universitätsmedizin Berlin
Hindenburgdamm 30, CBF, Hs II, E01
12200 Berlin
Michael.linden@charite.de*