

**Aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
der Universität zu Lübeck**

Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

**Einschränkungen der Teilhabe: Erhebung von geschlechts-
und altersdifferenzierten Referenzdaten zu Einschränkungen
der Teilhabe in der Allgemeinbevölkerung.**

Inauguraldissertation

Zur

Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

- Aus der Sektion Medizin –

Vorgelegt von

Alexandra Staupendahl

Geboren in Sandton, Transvaal

Lübeck 2017

1. Berichterstatterin: Priv.-Doz. Dr. phil. Ruth Deck

2. Berichterstatter/Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Olaf Hiort

Tag der mündlichen Prüfung: 21.12.2017

Zum Druck genehmigt: Lübeck, den 21.12.2017

Promotionskommission der Sektion Medizin

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
1. Einleitung.....	7
1.1. Demografischer Wandel und der Wandel des Krankheitsspektrums	7
1.2. Medizinische Rehabilitation	9
1.3. Die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	10
1.4. Aufbau der ICF	11
1.5. Biopsychosoziales Modell der ICF	15
1.6. Vorteile und Grenzen der ICF.....	18
2. Teilhabeforschung.....	20
2.1. Konzeptuelle Herleitung des Teilhabe Begriffs.....	21
2.2. Probleme bei der Operationalisierung von Teilhabe	26
2.3. Instrumente zur Messung von Teilhabe und Teilhabeeinschränkungen	28
2.4. Ergebnisse von Studien mit Teilhabeerfassung	34
2.4.1. Studien mit Teilhabeerfassung im hausärztlichen Bereich	35
2.4.2. Studien mit Teilhabeerfassung im Bereich Rehabilitation.....	36
2.5. IMET	39
2.6. Ziele der Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“	41
3. Forschungsmethodik.....	42
3.1. Studiendesign.....	42
3.2. Studienteilnehmer, Ein- und Ausschlusskriterien	42
3.3. Fragebogen	42
3.4. Datenerhebung	44
3.5. Fragebogenversand und Fragebogenrücklauf	44
3.6. Datenerfassung und –haltung	44
3.7. Datenmanagement.....	45
3.8. Statistische Methoden der Auswertung	45
3.8.1. Deskriptive Analyse.....	46
3.8.2. Faktorenanalysen.....	46
3.8.3. Reliabilität.....	46
3.8.4. Validität	46
3.9 Ethik	47

4. Ergebnisse	47
4.1. Rücklaufanalyse	47
4.2. Teilnehmerkollektiv und -verhalten	48
4.3. Gesundheitszustand und Lebensqualität	50
4.4. Ausgewählte Erkrankungen.....	51
4.5. IMET	53
4.5.1. Einzelne Items.....	53
4.5.2. Faktorenanalyse.....	56
4.5.3. Reliabilität.....	56
4.5.4. Summenscores	57
4.5.5. IMET und Schulabschluss.....	58
4.5.6. Validität	58
4.6. Teilhabebeeinträchtigungen in der Bevölkerung, bei Rehabilitanden und chronisch Erkrankten im Vergleich	59
5. Diskussion	61
6. Bewertung und Ausblick	68
7. Zusammenfassung	68
8. Literaturverzeichnis	70
9. Anhang	81
9.1. Votum der Ethikkommission	81
9.2. Fragebogen der Studie.....	82
9.3. Danksagung	86
9.4. Lebenslauf	87

Abkürzungsverzeichnis

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
DiaRes	Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation für Krankheiten)
ICF	International Classification of Disability, Functioning and Health (Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
ICF-AT 50 Psych	ICF basiertes Instrument zur Erfassung von psychischen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
ICF-AT-3F	Kurzversion des ICF basierten Instruments zur Erfassung von psychischen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
ICF-PsychA&P	ICF angelehntes Instrument zur Erfassung von Aktivitäten und Teilhabe bei Patienten mit psychischen Erkrankungen
IMET	Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe
MATE-ICN	Measurements in the addictions for Triage and Evaluations – ICF-Core set and Need for care
Mini-ICF-APP	Mini ICF-Rating für Aktivität und Partizipationsstörungen
PDI	Pain Disability Index
QGmR	Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein
RKI	Robert-Koch-Institut
SF-LLFDI	Short Form Late Life Function and Disability Instrument
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WHODAS II	WHO Disability Assessment Schedule 2.0

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1	Struktur der ICF
Abbildung 2	Wechselwirkungen zwischen Komponenten der ICF
Abbildung 3	Probandenfluss
Abbildung 4	Teilnahmebereitschaft
Abbildung 5	Gesundheitszustand und Lebensqualität (%)
Abbildung 6	Anteil ausgewählter Erkrankungen nach Geschlecht (in %)
Abbildung 7	IMET Summenscore (Range 0-90) von Frauen und Männer nach Altersgruppe
Tabelle 1	Wichtigste Begriffe der ICF
Tabelle 2	Domänen von Aktivität und Teilhabe
Tabelle 3	Teilhabe definitionen
Tabelle 4	Übersicht über Instrumente zur Messung von Teilhabe
Tabelle 5	Beispiele für empirische Arbeiten zur Teilhabe erfassung
Tabelle 6	IMET Items und korrespondierende ICF Domänen
Tabelle 7	Konstrukt- und Kriteriumsvalidität des IMET
Tabelle 8	Stichprobencharakteristik
Tabelle 9	Ausgewählte Erkrankungen nach Altersgruppe (in %)
Tabelle 10	Einschränkungen der Teilhabe nach Geschlecht und Altersgruppe
Tabelle 11	Ergebnisse der Faktorenanalyse
Tabelle 12	IMET Mittelwerte nach Schulabschluss
Tabelle 13	Korrelation des IMET mit inhaltsähnlichen Konstrukten
Tabelle 14	IMET in der Bevölkerung, bei Rehabilitanden und chronisch Kranken

1 Einleitung

1.1 Demografischer Wandel und der Wandel des Krankheitsspektrums

Die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung hat in den westlichen Industriegesellschaften im letzten Jahrzehnt zu einem gravierenden Wandel des Krankheitsspektrums geführt: insbesondere zur Abnahme akut-infektiöser- und Zunahme von chronisch-degenerativen Erkrankungen. Chronisch kranke Patienten stellen heute sowohl bei niedergelassenen Ärzten, in Krankenhäusern als auch in Rehabilitationseinrichtungen die häufigste Behandlungsgruppe dar und ihre umfassende Betreuung wird in der Zukunft eine der größten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen darstellen (Bengel et al. 2003).

Demografische Entwicklung bedeutet Veränderung der Bevölkerungszahl und -struktur. In der Bundesrepublik Deutschland ist diese Entwicklung vor allem von einer demografischen Alterung und einem Bevölkerungsrückgang geprägt (Robert-Koch-Institut 2015). Der Anteil der unter 20-Jährigen an der Bevölkerung reduzierte sich zwischen 1960 und 2013 von 28,4 auf 18,1 Prozent (Statistisches Bundesamt). Parallel dazu stieg der Anteil der Personen, die 60 Jahre und älter waren von 17,4 auf 27,1 Prozent (Statistisches Bundesamt). Das bedeutet, dass gegenwärtig mehr als ein Fünftel der Bevölkerung über 60 Jahre alt ist.

Ursächlich für das Phänomen des demografischen Wandels sind unter anderem dauerhaft niedrige Geburtenraten, die konstant steigende Lebenserwartung, Wanderungsbewegungen und Besonderheiten in der Altersstruktur (Schwarz 1997). Hierunter versteht man Schwankungen in der zahlenmäßigen Stärke einzelner Geburtsjahrgänge, die sich aus historischen Ereignissen, wie beispielsweise den beiden Weltkriegen ergeben (Robert-Koch-Institut 2012). Am Ende dieser Kriege kam es zu einem starken Einbruch in der Geburtenrate, die in den darauffolgenden Jahren wieder anstieg. Besonders stark vertreten sind die Geburtenjahrgänge von 1959 bis 1968: die Generation der sogenannten Babyboomer, die gegenwärtig die höchst besetzte Altersgruppe darstellt (Menning und Hoffmann 2009).

In der Zukunft ist keine Änderung des gesellschaftlichen Alterns zu erwarten. Im Gegenteil: Der Prozess der demografischen Alterung wird auch in den nächsten Jahren weiter anhalten. Laut Statistischem Bundesamt wird im Jahr 2060 jeder Dritte (32 bis 33%) mindestens 65 Lebensjahre durchlebt haben. Außerdem werden fast doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden (Statistisches Bundesamt). Die

geburtstarken Jahrgänge der 60er Jahre rücken in höhere Altersklassen auf (Statistisches Bundesamt). Es wird also in Zukunft immer mehr ältere Menschen geben als jüngere.

Gegenwärtig ist die Alterung der Gesellschaft eine der Hauptursachen für die andauernde Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen, mit dem Altern assoziierten Erkrankungen. Diese Entwicklung resultiert aus dem Zusammenspiel des demografischen Wandels als Veränderung der Altersstruktur zugunsten Älterer und einem Anstieg des individuellen Krankheitsrisikos mit zunehmendem Lebensalter (Robert-Koch-Institut 2012). So weist laut RKI nur etwa jeder Fünfte junge Erwachsene eine chronische Krankheit auf, während ab dem Alter von 65 Jahren hingegen mehr als die Hälfte aller Menschen an (mindestens) einer chronischen Krankheit erkrankt (Robert-Koch-Institut 2012).

Chronische Krankheiten können durch drei zentrale Eigenschaften charakterisiert werden. Sie sind durch ein kontinuierliches oder periodisches Auftreten von Krankheitssymptomen geprägt, die durch irreversible pathogene Prozesse verursacht werden (Fuchs 2006). Chronische Krankheiten verursachen einen lang andauernden, hohen Betreuungsbedarf, wobei die medizinischen Therapieeffekte im Sinne einer Heilung häufig nicht oder nur als begrenzt anzusehen sind (Fuchs 2006). Dabei gilt eine Behandlung bzw. Krankheitsdauer von mehr als einem Jahr als längerer Zeitraum (Fuchs 2006). Letztlich kommt es durch den langfristigen, progredienten Verlauf zu Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen (Maaz et al. 2007). Wachsende Beschwerden einhergehend mit Schmerzen und reduzierter körperlicher Leistungsfähigkeit führen zu Funktionseinschränkungen im Beruf und Alltag. Chronisch Kranke können ihr Leben nicht mehr so gestalten und so handeln, wie es von einem Gesunden erwartet wird. Das „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“, die sogenannte „Teilhabe“ ist bei diesen Menschen eingeschränkt (WHO 2005). Es kommt zu einer Störung des körperlichen Wohlbefindens und des Selbstbildes. Eigene Zukunfts- und Lebenspläne sowie das seelische Gleichgewicht sind bedroht (Maaz et al. 2007). Patienten sehen sich bei der Bewältigung bestimmter Aufgaben und der Einnahme sozialer Rollen zunehmend verunsichert, da sie täglich mit der Irreversibilität ihrer Erkrankung konfrontiert werden (Maaz et al. 2007).

Besonders häufig sind außerdem psychische Komorbiditäten, wie Angststörungen, Anpassungsstörungen, Depressionen und psychosomatische Störungen (Bengel et al. 2003). Diese treten vor allem dann auf, wenn mit der Erkrankung subjektiv bzw. objektiv eine Todesbedrohung verbunden ist (z.B. Anpassungsstörung als Reaktion auf ein Krebsleiden), oder wenn die Erkrankung weitreichende Lebensstiländerungen notwendig macht (z.B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (Bengel und Jersusalem 2009).

Zu den wichtigsten chronischen Krankheiten gehören Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt), des Bewegungs- und Stützapparates (z.B. Rückenschmerzen) sowie Krebs-, Atemwegs- (z.B. Asthma bronchiale), Stoffwechsel- (z.B. Diabetes Mellitus) und psychische Erkrankungen (z.B. Depression) (Koch und Buschmann-Steinhage 2004).

1.2 Medizinische Rehabilitation

Bei den genannten Erkrankungen stößt die auf Kuration ausgerichtete Gesundheitsversorgung an ihre Grenzen. Beispielsweise ist ein Patient mit Diabetes Mellitus auf eine dauerhafte medizinische sowie psychosoziale Betreuung angewiesen. Medikamente müssen regelmäßig kontrolliert und ggf. neu eingestellt werden und eine weitere Progredienz der Krankheit sollte anhand von spezieller Diagnostik, Therapie, Pflege- und Vorsorgemaßnahmen verhindert werden. Vor allem muss der Patient lernen mit seiner Erkrankung und deren Folgen zu leben. Dafür zuständig ist die medizinische Rehabilitation, die damit einen Versorgungsauftrag erfüllt, dem die Akutversorgung bisher nur sehr bedingt gerecht wird (Delbrück und Haupt 1998).

Der Begriff „Rehabilitation“ leitet sich aus dem lateinischen Wort „rehabilitatio“ ab, das Wiedereingliederung bedeutet. Da bei chronischen Erkrankungen meistens keine völlige Wiederherstellung der Gesundheit erreicht werden kann, steht bei der medizinischen Rehabilitation eine Besserung des Gesundheitszustandes und die Stabilisierung des Krankheitsprozesses im Vordergrund. Bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen sollen weitestgehend reduziert und die Beeinträchtigung der Teilhabe gemindert werden, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich ist (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009).

Der ganzheitliche Rehabilitationsansatz erfordert die Berücksichtigung von körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Krankheitsfolgen, Kontextfaktoren, Krankheitsrisiken und

persönlichen Ressourcen als Voraussetzung für einen optimalen Behandlungserfolg (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009). Grundbausteine einer erfolgreichen Rehabilitation sind auf die medizinischen Bedürfnisse und auf die spezielle Rehabilitationsindikation (z.B. orthopädische, psychosomatische, pneumologische Rehabilitation) des Patienten ausgerichtete Rehabilitationsmaßnahmen. Dazu gehören ergänzende Diagnostik, d.h. ärztliche Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik und die Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplanes. Dieser beinhaltet je nach Indikation beispielsweise Bewegungs- und Physiotherapie, pflegerische Behandlung, Ernährungsschulung, Gesundheitstraining, Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Prothesenversorgung, Sozialberatung sowie Organisation eines Nachsorgekonzeptes (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009). Begleitet werden die Patienten durch ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, das aus Medizinerinnen, Sport- und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologinnen, Ernährungsberatern, Sozialarbeiterinnen und Pflegekräften besteht (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009). Die multiprofessionelle Kooperation, bei der die oben genannten Berufsgruppen Hand in Hand arbeiten und therapeutische Aktivitäten genau aufeinander abstimmen, unterstützt Patienten in der Verwirklichung ihrer Reha-Ziele: Schmerzminderung, uneingeschränkte Teilhabe am Alltags- und Berufsleben, aktive Freizeitgestaltung, und soziale sowie gesellschaftliche Integration (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009, Leitner et al. 2008).

1.3 Die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die medizinische Rehabilitation basiert auf dem Rahmenkonzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl.: International Classification of Functioning, Disability and Health= ICF), die 2001 von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet wurde (BAR 2006). Die ICF ergänzt die Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision (ICD-10), die systematisch Diagnosen verschlüsselt und eine eindeutige Kommunikation über Krankheiten, Gesundheitsprobleme, Verletzungen etc. innerhalb und zwischen Professionen und Institutionen ermöglicht (Schuntermann 2005). Das biomedizinische Modell der ICD-10 findet jedoch dort ihre Grenzen, wo nicht über Krankheiten selbst, sondern über die mit ihnen einhergehenden funktionalen Probleme (z. B.

Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung, Mobilität oder der Interaktionen mit anderen Menschen) und die negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben eines Betroffenen gesprochen wird (Schuntermann 2004). So gibt beispielsweise die Diagnose eines Morbus Crohn (ICD-10: K50.9) keine Hinweise auf Einschränkungen im Alltag bzw. Arbeitsleben des Patienten. Dies leistet die ICF mit ihrem zentralen Begriff der „funktionellen Gesundheit“.

Laut BAR gilt eine Person vor ihrem Lebenshintergrund als funktionell gesund, wenn ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) (vgl. Konzept der Körperfunktionen) und Körperstrukturen (vgl. Konzept der Körperstrukturen) denen eines gesunden Menschen entsprechen. Dies bedeutet, dass die Person uneingeschränkt all das tut oder tun kann (vgl. Konzept der Aktivitäten) und sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, (vgl. Konzept der Teilhabe) wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsproblem (im Rahmen der ICD-10) erwartet wird (BAR 2015). Diese Definition der funktionalen Gesundheit beinhaltet die wichtigsten Begriffe der ICF, die in den nachfolgenden Passagen erläutert werden.

1.4 Aufbau der ICF

Insgesamt besteht die ICF aus 2 Teilen: *Funktionsfähigkeit und Behinderung* und den *Kontextfaktoren*. Jeder dieser Teile beinhaltet 2 Komponenten. Zur Funktionsfähigkeit und Behinderung gehören *Körperfunktionen- und Strukturen* sowie *Aktivitäten und Teilhabe*, während sich die Kontextfaktoren aus *Umweltfaktoren* und *personenbezogenen Faktoren* zusammensetzen (WHO 2005).

Die WHO beschreibt *Körperfunktionen* als die physiologischen Funktionen eines Körpersystems (z.B. Atmung, Sehen, Hören) und definiert *Körperstrukturen* als anatomische Bestandteile des Körpers, wie beispielsweise Organe, Gelenke und ihre Bestandteile. *Behinderung* bedeutet in der ICF jegliche Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit.

Die Komponente der Körperfunktionen- und Strukturen wird durch Aspekte der *Aktivitäten und Teilhabe* ergänzt. Laut WHO bezeichnen *Aktivitäten* die Durchführung von Handlungen und Aufgaben. Das Aktivitätskonzept umfasst die zwei Sachverhalte *Leistung und Leistungsfähigkeit*. Während *Leistungsfähigkeit* das maximale

Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen bezeichnet (d.h. das was eine Person in einem Lebensbereich tun könnte), wird unter *Leistung* die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person unter den Gegebenheiten ihres Kontextes verstanden (d.h. was eine Person in einem Lebensbereich tatsächlich tut) (WHO 2005).

Das Teilhabekonzept stellt den Menschen als Subjekt in der Gesellschaft und Umwelt dar (Schuntermann 2004). *Teilhabe* bedeutet das Einbezogensein in eine Lebenssituation. „Einbezogensein“ wiederum beinhaltet die Vorstellungen „teilnehmen an“, „teilhaben an“ oder „beschäftigt sein in“ einem Lebensbereich, „anerkannt werden“ oder „Zugang haben zu benötigten Ressourcen“ (WHO 2005). *Teilhabeeinschränkungen* sind somit Probleme, die ein Mensch bezüglich seines Einbezogenseins in eine Lebenssituation bzw. Lebensbereich erfährt.

Ergänzend werden die *Kontextfaktoren* der betreffenden Person in die Betrachtung einbezogen. Zu diesen gehören *personenbezogene Faktoren* (bspw. Geschlecht, Alter, Beruf, Charakter, Lebensstil, Motivation, Erfahrung etc.) und *Umweltfaktoren*. *Umweltfaktoren* beinhalten sowohl individuelle- als auch gesellschaftliche Aspekte. Individuelle Aspekte umfassen das persönliche Umfeld einer Person, d.h. Familie, Arbeitsplatz, Schule und die materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Gegebenheiten der Umwelt, während gesellschaftliche Aspekte sich auf Organisationen und Dienste bezüglich des Arbeitsumfeldes sowie auf Behörden, Kommunen, Gesetze, Vorschriften, Regeln und Weltanschauungen beziehen (WHO 2005).

Die Tabelle- sowie Abbildung 1 fassen die wichtigsten Begriffe der ICF zusammen und geben einen Überblick über die hierarchische Struktur und Kodierungssystematik.

Tab. 1: Wichtigste Begriffe der ICF (WHO 2005)

Aktivitäten	bezeichnen die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch eine Person. Siehe auch Leistungsfähigkeit, Leistung.
Barrieren	sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.
Behinderung	ist jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person.
Domäne	sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer beliebigen Teilklassifikation der ICF.
Förderfaktoren	sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.
Funktionale Gesundheit	umfasst die Aspekte der Körperfunktionen und -strukturen des Organismus einer Person sowie die Aspekte der Aktivitäten und Teilhabe der Person an Lebensbereichen vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren.
Funktionsfähigkeit	umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit.
Kategorien	bilden die Einheiten der vier Teilklassifikationen der ICF auf Item-Ebene.
Komponente	ist der zu klassifizierende Gegenstand, also (1) Körperfunktionen und -strukturen, (2) Aktivitäten und Teilhabe, (3) Umweltfaktoren und (4) personenbezogene Faktoren (in der ICF nicht klassifiziert).
Kontextfaktoren	sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie sind in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren gegliedert.
Körperfunktionen	sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen).
Körperstrukturen	sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.
Lebensbereiche	sind Domänen der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe.
Leistung	ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext. Leistung ist ein Aspekt des Aktivitätskonzeptes.
Leistungsfähigkeit	ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard-, oder hypothetischen Bedingungen. Leistungsfähigkeit ist ein Aspekt des Aktivitätskonzeptes.
Teilhabe	ist das Einbezogenensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich.
Umweltfaktoren	bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Umweltfaktoren sind in der ICF klassifiziert.

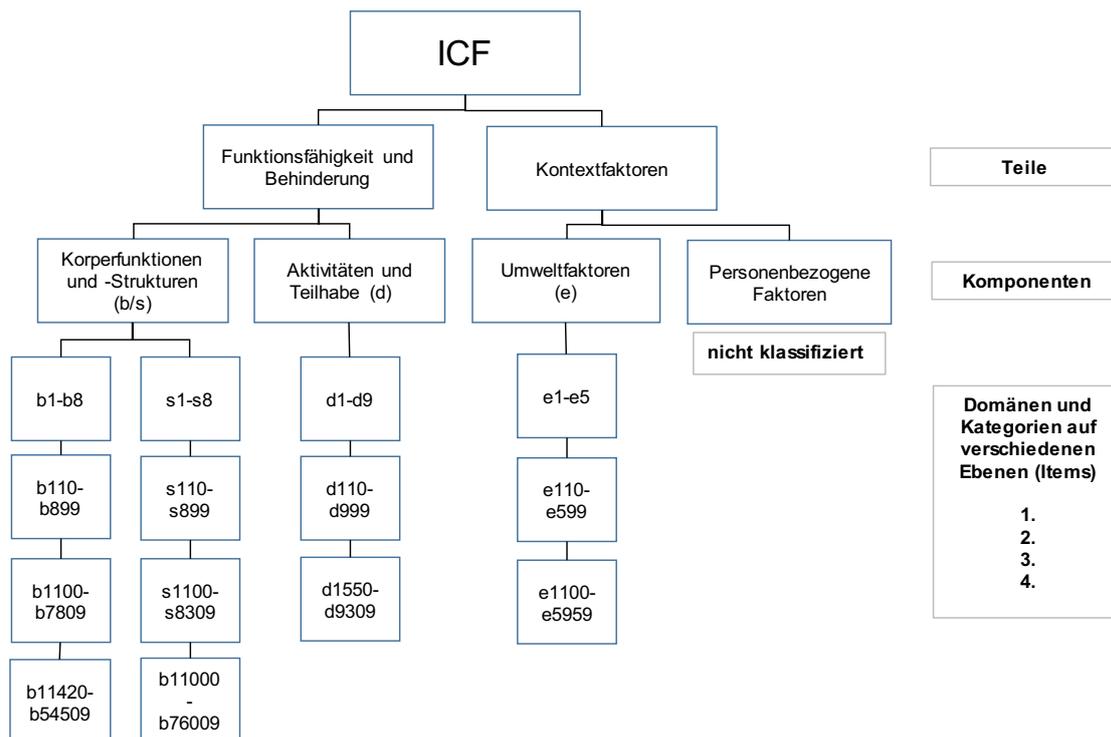


Abb. 1: Struktur der ICF (Kirschneck et al. 2009)

Bei der medizinischen Rehabilitation spielt vor allem die Komponente Aktivitäten und Teilhabe eine bedeutende Rolle. Die Feststellung von aktuellen Einschränkungen im Bereich Aktivitäten und Teilhabe sind nicht nur Ausgangspunkt/Indikation von Rehabilitation, sondern auch für die rehabilitativen Interventionen relevant. Ferner stellen sie ein zentrales Zielkriterium für die Evaluation der Rehabilitation dar (Queri 2014).

In den Komponenten Aktivitäten und Teilhabe werden in der ICF neun Bereiche (Domänen) unterschieden, die in Tabelle 2 erläutert sind.

Tab. 2: Domänen von Aktivität und Teilhabe (WHO 2005)

Domänen	Beispiele	Items
d1 Lernen und Wissensanwendung	Zuschauen, Zuhören, Lesen, Schreiben, Denken, Probleme lösen	d110-d199
d2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	d210-d299
d3 Kommunikation	nonverbal, verbal, schriftlich; Konversationen und Diskussionen führen	d310-d399
d4 Mobilität	Wechseln einer Körperposition, Bewegung von Gegenständen, Fortbewegung	d410-d499
d5 Selbstversorgung	sich waschen, die Toilette benutzen, sich kleiden, Essen und Trinken	d510-d599
d6 Häusliches Leben	Beschaffung von z.B. einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung; Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt	d610-d699
d7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Wärme, Anerkennung, körperlicher Kontakt in Beziehungen; Beziehungen eingehen, beenden	d710-d799
d8 Bedeutende Lebensbereiche	Schulbildung, eine Arbeit erhalten, behalten und beenden, wirtschaftliche Transaktionen	d810-d899
d9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	formelle und informelle Vereinigungen, Feierlichkeiten, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität, Menschenrechte	d910-d999

1.5 Biopsychosoziales Modell der ICF

Aktivität und Teilhabe bilden den Grundpfeiler des sogenannten biopsychosozialen Modells der ICF. Biopsychosozial bedeutet, dass Wechselwirkungen zwischen Teilhabe, dem Gesundheitszustand, der Behinderung bzw. der Funktionsfähigkeit einer Person bestehen (Leitner et al. 2008). Bei dem bereits oben erläuterten biomedizinischen Modell der ICD-10 wird eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kausal durch eine Krankheit, ein Trauma oder ein anderes Gesundheitsproblem ausgelöst. Dagegen wird

in der ICF die Funktionsfähigkeit eines Menschen nicht nur von seiner Gesundheit bestimmt, sondern von den Wechselwirkungen zwischen einer Person, ihres Gesundheitsproblems (ICD-10) und den Kontextfaktoren (Ewert et al. 2008). Abbildung 2 veranschaulicht die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten der ICF.

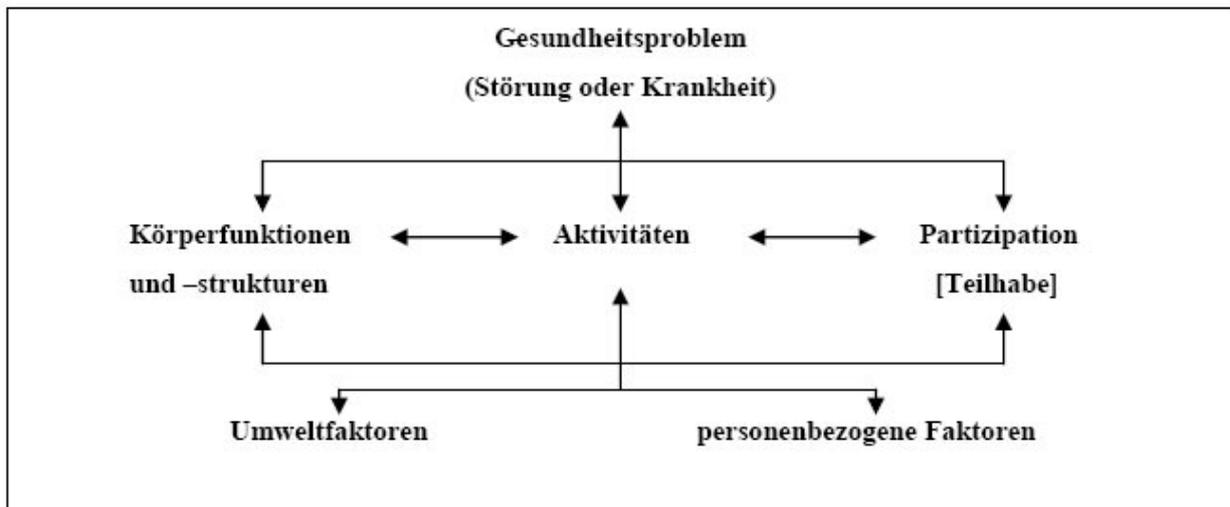


Abb. 2: Wechselwirkungen zwischen Komponenten der ICF (WHO 2005)

Übertragen auf ein konkretes Gesundheitsproblem wie beispielsweise einen Schlaganfall, kann die ICF folgenderweise angewandt werden. Die Kennziffern verweisen auf Komponenten und Items entsprechend Abb. 1.

In Folge eines ischämischen Hirninfarkt links [ICD-10: I63.3] (Gesundheitsproblem) kommt es zu einer Halbseitenlähmung [b730, b735, b750, b755, b770] (Störungen der Körperfunktionen- und Strukturen), welche den Patienten in seiner Aktivität und Teilhabe einschränken. Es kommt zu Beeinträchtigung der Selbstversorgung [d510, d550], der Mobilität [d410, d415, d450, d455], Kommunikation [d330] und Berufsausübung [d850]. Als positiver Umweltfaktor (Förderfaktor) kann die Unterstützung und Hilfe des Ehepartners angesehen werden [e310], während ein negativer Umweltfaktor (Barriere) beispielsweise das Fehlen eines Aufzugs darstellt [e155]. Personenbezogene Faktoren sind nicht unmittelbar Teil des Gesundheitsproblems einer Person, spielen jedoch eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von und Umgang mit bestimmten Krankheitsfolgen. Ähnlich wie Umweltfaktoren können personenbezogene Faktoren einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen. In Hinblick auf das genannte Beispiel des ischämischen Hirninfarktes sind positive personenbezogene Faktoren: Motivation, Sportlichkeit, Lebensmut oder eine gute finanzielle Absicherung. Faktoren, wie eine depressive

Grundstimmung, Arbeitslosigkeit, sowie Non-Compliance bei Medikation oder Physiotherapie wirken sich hingegen negativ auf die Funktionsfähigkeit des Patienten aus. Bis dato werden die personenbezogenen Faktoren im Rahmen der ICF noch nicht klassifiziert (WHO 2005). Es sind aktuell jedoch entsprechende Arbeitsgruppen an der Entwicklung eines einheitlich akzeptierten Ordnungssystems beteiligt, die in naher Zukunft eine länderübergreifende Klassifikation der personenbezogenen Faktoren ermöglichen soll.

Es wird deutlich, dass Interventionen innerhalb der verschiedenen Komponenten eine Veränderung einer oder mehrerer Größen zur Folge haben (WHO 2005). Teilhabe stellt somit das „Ergebnis positiver Wechselwirkungen zwischen einer Person mit einer Gesundheitsstörung und der Gesellschaft und Umwelt dar“ und ist dann gegeben, „wenn eine Person in den Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, so handeln kann, wie es von einem Gesunden erwartet wird“ (Schliehe et al. 2002, Farin 2011). Das bedeutet beispielsweise, dass ein Patient mit chronischen Rückenschmerzen trotz der Gesundheitsstörung in der Lage ist, durch Physiotherapie, Akupunktur und familiärer Unterstützung, seinen Hobbies, den alltäglichen Aktivitäten wie Arbeit oder Haushalt nachzugehen und soziale Kontakte aufrechterhalten kann. Demgegenüber resultieren Einschränkungen der Teilhabe aus einer negativen Wechselwirkung zwischen diesen Komponenten, zum Beispiel durch einschränkende Kontextfaktoren, wie mangelnde bauliche Anpassung (Fahrstühle, barrierefreie Wohnung), gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Erkrankungen, Non-Compliance des Betroffenen oder geringer Krankheitseinsicht (Schliehe und Schuntermann 2002). Durch die verschiedenen Wechselwirkungen sind die Folgen chronischer Krankheit auf Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen individuell sehr unterschiedlich, d.h. Menschen mit derselben Erkrankung können sehr unterschiedlich in ihrer Teilhabe eingeschränkt sein (Ewert et al. 2008, Queri 2014).

1.6 Vorteile und Grenzen der ICF

In den letzten Jahren hat sich das theoretische Modell der ICF in vielen Institutionen durchgesetzt. Vor allem im Bereich der medizinischen Rehabilitation, Sozialmedizin und Pflege wird der Bezugsrahmen der ICF als selbstverständlich angesehen und von wissenschaftlichen Organisation (bspw. DGRW) über Sozialversicherungsträger bis hin zu Behindertenverbänden unterstützt (Schliehe und Ewert 2013). Das liegt einerseits an der immer steigenden Anzahl an Veröffentlichungen zum Thema ICF, die zu weiterer Verbreitung und wachsender Akzeptanz führen und andererseits an der zunehmenden Bedeutung der ICF in verschiedenen Anwendungsbereichen.

Die ICF will eine gemeinsame Sprache zur Verfügung stellen, welche bei entsprechender Dokumentation berufsübergreifend und über verschiedene Versorgungseinrichtungen hinweg einen einheitlichen Standard bieten soll (Ewert et al. 2008). Interpretationsspielräume durch unterschiedliche Fachsprachen und Theorien sollen somit verkleinert werden (Schuntermann 2011). Außerdem soll die ICF eine bessere Vergleichbarkeit internationaler Forschungsergebnisse ermöglichen (Ewert et al. 2008).

Schuntermann verdeutlicht 1999 in seinem Artikel „Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrechts“ u.a. die Bedeutung der ICF für die Rehabilitation. Die Klassifikation mit ihrem „Teilhabe-Konzept“ trage maßgeblich dazu bei, ein neues Verständnis für die Rehabilitation zu entwickeln (Schuntermann 1999). Sie wird beispielsweise bei der Feststellung des Reha-Bedarfs, der Formulierung von individuellen Reha-Zielen, bei der funktionalen Diagnostik, bei der Interventionsplanung und bei der Evaluation rehabilitativer Maßnahmen genutzt (Schuntermann 1999).

Trotz der hohen Anerkennung und Akzeptanz der ICF, stößt der praktische Einsatz oftmals auf Zurückhaltung (Schliehe und Ewert 2013). Kritisiert werden vor allem die Komplexität der ICF, Unklarheiten bei bestimmten Kodierungen, die fehlende Klassifikation von personenbezogenen Faktoren sowie die Gleichsetzung von Aktivität und Teilhabe.

Die ICF beinhaltet in ihren Domänen über 1424 Items, deren Ausprägungen in fünf Graduierungen angegeben werden können (Leitner et al. 2008). Die umfangreiche Klassifikation zusammen mit den verschiedenen Möglichkeiten der Operationalisierung stellen für den Anwender oftmals eine große Herausforderung dar (Leitner et al. 2008, Buchholz et al. 2015). Hinzu kommen inkorrekte Interpretationen des ICF-Modells, vor

allem im Bereich der Kodierungen. Schliehe et al. verdeutlichen 2013 das Problem der fehlenden, überlappenden und ungenauen Codes. Es gibt einige Faktoren, für die nur ein übergeordneter Code bzw. gar kein angemessener Code vorliegt. Vor allem liegen Schwierigkeiten in der Kodierung von Zeitdimensionen, personenbezogenen Faktoren sowie dem allgemeinen Gesundheitszustand vor (Jelsma 2009). Überlappende und ungenaue Kodierungen wurden beispielsweise im Bereich Schmerz [b280] und Emotionalen Funktionen [b152] festgestellt (Jelsma 2009). Ein Beispiel für letzteres ist der Code b1522 „Spannweite von Emotionen“ (WHO 2005). Hier sind Gefühle inbegriffen wie „Hass, Angst, Sorgen, Freude, Furcht und Ärger“ (WHO 2005). Für konträre Emotionen, wie Freude und Angst bzw. Sorgen wird dem Nutzer lediglich eine Kodierungsauswahl angeboten (Jelsma 2009).

Des Weiteren wird die fehlende Klassifikation der personenbezogenen Faktoren kritisiert. Personenbezogene Faktoren bleiben zwar in der ICF nicht unberücksichtigt, sie tauchen aber nur vage als besonderer Hintergrund des Lebens und der Lebensführung auf (Schuntermann 2002, Lindmeier 2006). Laut WHO sind die personenbezogenen Faktoren aufgrund der weltweit herrschenden großen sozialen und kulturellen Unterschiede noch nicht klassifiziert worden (Grotkamp et al. 2014). Da sie jedoch im gleichen Maße wie die klassifizierte Umweltfaktoren (Kennzeichnung „e“) als Barrieren oder Förderfaktoren die funktionale Gesundheit beeinflussen können, wird eine einheitlich akzeptierte konzeptionelle Grundlage zur Klassifikation dieser Faktoren benötigt (Schliehe und Ewert 2013). Die Anwendung der personenbezogenen Faktoren würde die Umsetzung der „Patienten- bzw. Betroffenenorientierung“ von Einrichtungen und Maßnahmen unterstützen (Schliehe und Ewert 2013, Jelsma 2009, Cerniauskaite et al. 2011, Geyh et al. 2011). Zum Beispiel können bei Rehabilitationsmaßnahmen durch die Klassifikation der personenbezogenen Faktoren die individuellen Ressourcen und damit die Zieldefinition und -erreichung sowie Art und Dauer der notwendigen Rehabilitationsleistungen besser eingeschätzt werden (Grotkamp et al. 2014, Grotkamp 2006).

Ein zusätzlicher Kritikpunkt der ICF ist die fehlende Unterscheidung von Aktivität und Teilhabe. Dieser Aspekt wird in 2.2 näher erläutert.

Zuletzt muss bedacht werden, dass sich die ICF nicht als Assessmentinstrument eignet (BAR 2006). Die ICF kann „Defizite und Potenziale von Patienten auf den Ebenen

Körperfunktionen und -strukturen, von Aktivitäten und Teilhabe sowie relevanter Kontextfaktoren“ zwar beschreiben, sie aber nicht messen (Gutenbrunner und Glaesener 2007). Sie stellt jedoch das Grundgerüst für die Ausarbeitung von Assessmentinstrumenten, die in der Lage sind im rehabilitativen Umfeld Aktivität und Teilhabe in ökonomischer Weise zu erfassen (Schuntermann 2003).

Die Einschränkungen der ICF machen deutlich, dass eine zusammenführende Gesamtstrategie von Nöten ist, um die ICF und damit den Teilhabebegriff in Zukunft als Standard etablieren zu können. Schliehe et al. stellen in einer Veröffentlichung 2013 einige Maßnahmen vor. Dazu gehören die Koordination der zahlreichen ICF Aktivitäten, zum Beispiel durch verbesserte Kooperation von Arbeitsgruppen (DIMDI, DGRW, DGSMP etc.) und eine verbesserte Unterstützung durch die zuständigen Ministerien (BMG, BMAS). Außerdem stellen Schulungen und Fortbildungsveranstaltungen (z.B. DRV Bund) eine wichtige Grundlage zur Verbreitung und Anwendung der ICF dar und können der Stagnation von ICF-bezogener Dokumentation entgegenwirken (Lay 2009). Einen weiteren wichtigen Aspekt sehen Schliehe et al. in der Forschung und Entwicklung von ICF basierten Assessmentinstrumenten. Dieser Schritt zu einer weiteren Etablierung der ICF wird in den nachfolgenden Absätzen erläutert.

2 Teilhabeforschung

Dem Konzept der Teilhabe wird in den letzten Jahren u.a. mit der Verabschiedung der ICF und mit ihrer Verankerung im Sozialrecht der Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) sowie im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) eine immer höhere Bedeutung beigemessen. Somit ist Teilhabeforschung auch bereits ein fester Bestandteil in der Gesundheitsversorgungsforschung, den Rehabilitationswissenschaften, der Förder- und Behindertenpädagogik und den Disability Studies geworden (Farin 2012). Teilhabe ist ein vielschichtiger Begriff, dessen Relevanz sich in vielen Disziplinen widerspiegelt und verschiedene Perspektiven erlaubt. Daher wird eine interdisziplinäre Teilhabeforschung gefordert, in der beispielsweise Bereiche aus Medizin, Psychologie, Soziologie, Pflege und Rechtswissenschaften Hand in Hand arbeiten (Farin 2012).

Teilhabeforschung befasst sich mit der wissenschaftlichen Untersuchung von Teilhabe in all seinen Facetten. Ziel ist die Erkenntnisgewinnung und darüber hinaus die Förderung der Teilhabe von Betroffenen. Dazu gehören beispielsweise Forschungsarbeiten, die sich

mit verschiedenen Definitionen und Dimensionen von Teilhabe befassen. Darauf aufbauend thematisieren andere Arbeiten Operationalisierungs- und Messmöglichkeiten von Teilhabe sowie Prozesse bzw. Interventionen zur Erreichung von Teilhabe (DVfR und DGRW 2012). Einige Themen im Bereich der Teilhabeforschung, wie z.B. die Definition/Operationalisierung von Teilhabe werden in der Literatur fortlaufend diskutiert, da sie Voraussetzungen für die Entwicklung von Assessmentinstrumenten und eine erfolgreiche empirische Teilhabeforschung sind.

2.1 Konzeptuelle Herleitung des Teilhabe Begriffs

Als Basis für die Operationalisierung und Entwicklung von Assessmentinstrumenten von Teilhabe- und Teilhabeeinschränkungen wird eine übergeordnete Definition benötigt. Allerdings mangelt es trotz der wachsenden Bedeutung von Teilhabe an einem einheitlichen Konsens zur Definition des Begriffs- bzw. Konstruktes Teilhabe (Magasi et al. 2008). Teilhabe stellt eine komplexe Variable dar, die viele verschiedene Aspekte beinhaltet und deren Messung daher nicht so einfach ist, wie beispielsweise die Messung von Körpergröße oder Gewicht. Viele Rehabilitationswissenschaftler haben sich mit dem Begriff auseinandergesetzt und verschiedene Definitionen entwickelt.

Einige Rehabilitationswissenschaftler erklären Teilhabe als eine Benachteiligung bzw. Behinderung, die eine Person daran hindert, eine bestimmte sozial definierte Rolle auszuüben (Nagi 1999, Wood 1990), während andere Teilhabe als positiven Faktor sehen, der das Ausüben von sozialen Rollen in Bereichen der Gesellschaft, Familie, Häuslichkeit, Finanzen und Arbeit/Bildung beschreibt (Eyssen et al. 2011). Diese Ausführung von bzw. Teilhabe an bestimmten sozialen Rollen, wie beispielsweise, die des Berufstätigen, Haushaltsführenden, Ehepartners oder Freundes kann auch „social role participation“ (soziale Rollenteilnahme) genannt werden (Farin 2011).

Angelehnt an die ICF, beschreiben manche Definitionen Teilhabe als die Beteiligung am gesellschaftlichen und sozialen Leben bzw. das „Einbezogensein“ in verschiedene Lebenssituationen (Perenboom und Chorus 2003, WHO 2005). Laut ICF ist eine Person funktional gesund, wenn sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen, -strukturen oder der

Aktivitäten erwartet wird“ (WHO 2005). Das bedeutet, dass Teilhabe dann gegeben ist, wenn eine Person in den individuell bedeutsamen Lebensbereichen, so agieren kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird (Farin 2011). Außerdem sollte Teilhabe nicht nur die aktive Teilnahme an verschiedenen Lebenssituationen auf einer sozialen Ebene beinhalten, sondern auch die persönliche Bedeutung der Teilhabe für das Individuum und die Zufriedenheit, die daraus resultiert (Hammel et al. 2008).

Anstatt der eigentlichen aktiven Rollenteilnahme, stellen manche Autoren die individuelle Autonomie und Kontrolle über das eigene Leben in den Vordergrund der Teilhabe-Definition (Perenboom und Chorus 2003). Schlüssel-Indikator sollte hier die Fähigkeit sein, selbst wichtige Lebensentscheidungen zu treffen und sich eigene Lebensziele zu erfüllen (Cardol et al. 2002). Eine weitere mögliche Definition berücksichtigt die Wichtigkeit des persönlichen Umfeldes, der sogenannten Kontextfaktoren. Hierbei wird Teilhabe nicht nur auf die eigentlichen Handlungen, Aufgaben oder Lebenssituation bezogen, sondern wird immer in Relation zu verschiedenen Kontextfaktoren gesehen (Wilkie et al. 2004). In Tabelle 3 sind die verschiedenen Ansätze zusammengefasst.

Tab. 3: Teilhabedefinitionen

ICF	Teilhabe ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.
Wood	Teilhabe als handicap oder Benachteiligung, die eine Person daran hindert eine bestimmte Rolle auszuüben.
Nagi	Teilhabe als Behinderung, mit Bezug auf Einschränkungen bei der Ausübung sozial definierter Rollen.
Cardol et al.	Teilhabe als ein komplexes Konzept, das sehr viele Faktoren (z.B. körperliche, gesellschaftliche, emotionale) einschließt.
Jette et al.	Teilhabe umfasst komplexe Verhaltensweisen, die durch eine Vielfalt von Aufgaben und Handlungen erzielt werden.
Perenboom und Chorus	Teilhabe als die Beteiligung in verschiedenen Lebenssituationen. Dazu gehört individuelle Autonomie und Kontrolle über das eigene Leben. Nicht die eigentliche Leistung sollte der Schlüssel-Indikator sein, sondern die Erfüllung von eigenen Lebenszielen und sozialen Rollen.
Wilkie et al.	Teilhabe als eine Handlung, Aufgabe oder Lebenssituation, die in Relation zu verschiedenen Kontextfaktoren steht.
Farin	Teilhabe als soziale Rollenteilhabe, d.h. Ausführung bzw. Teilhabe an bestimmten sozialen Rollen, wie beispielsweise, die des Berufstätigen, Haushaltsführenden, Ehepartners oder des Freundes.
Hammel et al.	Teilhabe umfasst nicht nur aktive Teilnahme an verschiedenen Lebenssituationen auf einer sozialen Ebene, sondern beinhaltet außerdem die persönliche Bedeutung und Zufriedenheit, die aus dieser Teilnahme resultiert.
Eyssen et al.	Teilhabe ist die Ausübung von Rollen in den Domänen soziale Funktionen, Familie, Wohnsitz, Finanzen, Arbeit/Ausbildung.

Die Definitionsansätze des Konstruktes Teilhabe sind vielfältig, jedoch ergeben sich zusammenfassend einige Schlüsselemente. Vor allem die Wichtigkeit von Kontext- und Umweltfaktoren, die Bedeutung von Gemeinschaft und gesellschaftlichem Leben, die Möglichkeit der Ausübung von bestimmten sozialen Rollen, Patientenorientierung- und Zufriedenheit, die Relevanz des ganzheitlichen Denkens über den gesundheitlichen Aspekt hinaus und gegenseitige Interaktion, Kommunikation und Hilfsbereitschaft (Eyssen et al. 2011). Gerade die Vielschichtigkeit des Teilhabebegriffs erschwert es, ihn allgemeingültig zu operationalisieren.

Eine Möglichkeit, Teilhabe zu konkretisieren, ein messbares Konstrukt zu entwickeln und damit eine Integration in die Versorgungsforschung zu erleichtern, stellt z.B. Farin 2011

ausgehend von der bereits o.g. Definition „soziale Rollenteilhabe“ vor. Farin empfiehlt eine Teilhabemessung, die fünf Dimensionen berücksichtigt:

Dimensionen der Teilhabe am Beispiel eines Berufstätigen

1) Leistung

Ist die Person berufstätig?

2) Leistungsfähigkeit

Ist die Person generell in der Lage, berufstätig zu sein?

3) Wichtigkeit

Wie wichtig ist die Berufstätigkeit für die Person in ihrer Lebenssituation?

4) Kontextfaktoren

Welche Hindernisse gibt es für die Berufstätigkeit der Person?

5) Zufriedenheit

Wie zufrieden ist die Person mit der beruflichen Situation? (Farin 2011)

1) und 2) *Leistung* und *Leistungsfähigkeit*: sind Begriffe des Konzepts der Aktivitäten der ICF. *Leistung* beschreibt, inwieweit eine Person aktuell eine bestimmte Rolle in einem definierten Kontext einnimmt. Wichtig sind hierbei die gegenwärtige Alltagsbedingungen der Person, insbesondere die bestehenden Förderfaktoren oder Barrieren (vgl. 1.5) (Schuntermann 2004). *Leistungsfähigkeit* abstrahiert von der aktuellen Situation und beschreibt die prinzipielle Fähigkeit zur Ausfüllung einer bestimmten sozialen Rolle. Leistungsfähigkeit ist damit das maximale Leistungsniveau einer Person in einem Lebensbereich unter hypothetischen Bedingungen bzw. Testbedingungen, Standard-, Ideal- oder Optimal-Bedingungen (vgl. 1.5) (Schuntermann 2004).

Ein Beispiel: Eine Person hat infolge einer chronischen Erkrankung eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt und wäre nun hypothetisch, unter optimalen Bedingungen wieder in der Lage ihre eigentliche Arbeit nachzugehen (Leistungsfähigkeit). Jedoch sind einige Änderungen am Arbeitsplatz nötig, damit die Person wieder ihr Anforderungsprofil komplett erfüllen kann (Barriere). Da der Arbeitgeber weiterhin bereit ist die Person zu beschäftigen und die Anpassungsmaßnahmen am Arbeitsplatz übernimmt (Förderfaktor), ist die Person im

Rahmen ihrer gegenwärtigen Alltagsbedingungen in der Lage die Rolle des Erwerbstätigen wieder einzunehmen (Leistung).

3) *Wichtigkeit* kennzeichnet die subjektive Bewertung der Teilhabe durch den Patienten (Carstensen 1995, Hammel et al. 2008). Diese Wichtigkeit ist besonders relevant, da bei chronisch kranken oder behinderten Menschen oft nicht allein die Krankheitsdiagnose für die Lebenssituation entscheidend ist, sondern die subjektiv erlebte Beeinträchtigung in Alltag und Beruf (BAR 2008). Die persönlich als bedeutsam angesehenen Handlungszusammenhänge bzw. soziale Rollen sind vor allem für die Planung von individuellen Gesundheitszielen essentiell (Farin 2011). Während das primäre Ziel einer Rehabilitationsmaßnahme bei einem jungen Patienten mit einer chronischen Erkrankung beispielsweise die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, somit die Teilhabe am Erwerbsleben ist, steht bei älteren Patienten eher Selbstständigkeit, Mobilität sowie Bewältigung des Alltags im Vordergrund der Zielsetzung. Außerdem kann sich die subjektive Wichtigkeit einer bestimmten sozialen Rolle im Laufe des Lebens verändern (Carstensen 1995). Das bedeutet, dass eine Person beispielsweise in jüngeren Jahren sehr viel arbeitet und ihrem Beruf eine große Wichtigkeit beimisst. Je älter sie jedoch wird, desto mehr tritt die soziale Rolle des Berufstätigen in den Hinter- und die Rolle des Ehepartners oder Elternteils in den Vordergrund (Carstensen 1995).

4) *Kontextfaktoren*: schließen Gegebenheiten der Umwelt mit ein. Nordenfelt und Ware et al., sowie Wilkie et al. (s.o.) betonen, dass nicht nur die „inneren“, personenbezogenen Voraussetzungen zur Rollenausübung (Leistung), sondern auch die „äußeren“ Faktoren, wie hinderliche oder förderliche Umgebungsbedingungen berücksichtigt werden sollten. Das heißt, dass beispielsweise ein Gärtner mit einer Schulterverletzung nach einer Rehabilitationsmaßnahme wieder in der Lage ist seinem Beruf nachzugehen (Leistungsfähigkeit), er würde dies auch gerne wieder tun (Wichtigkeit), er kann seinen Beruf jedoch nicht mehr ausüben, da seine Frau plötzlich pflegebedürftig geworden ist und er sie in der Häuslichkeit unterstützen muss.

5) Letztlich erklärt Farin die Dimension der *Zufriedenheit* auf der Basis von einer 2004 durchgeführten, empirischen Studie von Levasseur et al.: „Zufriedenheit mit der sozialen Rolle und den damit einhergehenden Interaktionen hängt stärker mit der Lebensqualität zusammen als die Performanz, d.h. die Ausübung der Rolle als solcher“. Auf die soziale

Rolle des Berufstätigen bezogen, sollte bei einer Person, die unzufrieden mit ihrer Beschäftigung ist, Teilhabe anders bewertet werden als bei einer Person, die motiviert ist und Spaß an ihrer Arbeit hat. Allein schon deshalb, weil Arbeitsunzufriedenheit zu einer erhöhten Kündigungswahrscheinlichkeit und folglich zu Arbeitslosigkeit und somit wiederum zu Teilhabestörungen führen kann (Farin 2011).

2.2 Probleme bei der Operationalisierung von Teilhabe

Laut Farin sollten Assessmentinstrumente an die ICF angelehnt sein und im Idealfall die von ihm vorgeschlagenen Dimensionen erfassen, um eine umfassende Messung von Teilhabe zu ermöglichen. Jedoch stoßen Rehabilitationswissenschaftler nicht nur bei der aufwändigen Erhebung aller fünf Teilhabe Dimensionen an ihre Grenzen. Auch bei der Entwicklung von ICF-orientierten Assessmentinstrumenten, die nicht die von Farin entwickelten fünf Dimensionen berücksichtigen, ergeben sich Probleme bei der Operationalisierung (Farin et al. 2007). Das liegt zum einen an der Komplexität des Teilhabebegriffs, als auch an der mangelnden Differenzierung zwischen Aktivität und Teilhabe in der ICF.

Aktivität und Teilhabe

Eine Unterscheidung von Aktivität und Teilhabe wird zwar proklamiert, setzt sich in der Praxis jedoch nicht durch (Schenk et al. 2015, Resnik und Plow 2009). Laut ICF kann Aktivität als die von einer Einzelperson durchgeführte Aufgabe oder Handlung definiert werden (siehe 1.4), während Teilhabe sich auf die Beteiligung und Einbindung einer Person im sozialen und gesellschaftlichen Leben konzentriert (s.o.) (Eyssen et al. 2011, Resnik und Plow 2009).

Teilhabe wird in der ICF allerdings nicht als eigenständiges Konzept beschrieben, sondern taucht nur in Kombination bzw. im Zusammenhang mit Aktivitäten auf. Teilweise wird es mit dem Begriff *Leistung* des Aktivitätskonzepts verwechselt (Schuntermann 2011). Dieser Aspekt sollte kritisch betrachtet werden. Eine Frage aus einer Sitzung der WHO im Jahr 2000 lautete:

„Führt eine Person alle Handlungen und Aufgaben eines Lebensbereichs unter ihren Gegebenheiten der Umwelt aus (Leistung), ist sie dann nicht in diesem Lebensbereich und diesen Gegebenheiten vollständig einbezogen (Teilhabe)?“ (Schuntermann 2011).

Diese Frage kann mit „nein“ beantwortet werden.

Ein Beispiel: Eine Person mit einer Behinderung, beispielsweise Schluckstörungen nach einem Schlaganfall, ist in der Lage, die Aufgabe „Essen und Trinken“ durchzuführen (Leistung), benötigt jedoch ggf. als Hilfsmittel eine umhängende Serviette, da es bei der Essensaufnahme zu Regurgitationen von Nahrung und vermehrtem Speichelfluss kommt. Dies kann vor allem bei öffentlichen Anlässen zu einer Diskriminierung und gesellschaftlicher Isolierung dieser Person führen, da Mitmenschen sich durch die mangelnde „Ästhetik“ nicht zu der Person an den Tisch setzen wollen (Teilhabe) (Meyer 2004). Da gemeinsames Ausgehen zum Essen und Trinken einen hohen Stellenwert im sozialen Leben besitzt, ist diese Person trotz der Durchführung der eigentlichen Aktivität „Essen und Trinken“ maßgeblich in ihrer Teilhabe eingeschränkt (Meyer 2004). Ein weiteres Beispiel erläutert Schuntermann 2011: „Eine Rollstuhlfahrerin erbringt alle geforderten Handlungen und Aufgaben an ihrem Arbeitsplatz unter den dort herrschenden Bedingungen (Leistung). Sie ist aber an diesem Arbeitsplatz nicht vollständig einbezogen, weil sie hochgradig gemobbt wird.“

Es wird deutlich, dass Aktivität und Teilhabe eng miteinander verknüpft sind, dass Aktivität oftmals eine Voraussetzung für Teilhabe darstellt und dass sich die beiden Konstrukte aufeinander beziehen. Eigentlich sollten bei der Kodierung getrennte Items und Beurteilungsmerkmale genutzt werden, um einen Verlust der Bedeutsamkeit des zentralen Konzeptes Teilhabe zu vermeiden (Calais Van Stokkom 2002). In der ICF werden die Domänen beider Komponenten jedoch in einer Liste (siehe Tabelle 2) zusammengefasst (Schliehe und Ewert 2013).

Die ICF bietet den Nutzern zur Klassifizierung von Aktivität und Teilhabe vier verschiedene Möglichkeiten an, die selbständig ausgewählt werden können:

1) einige Domänen werden als Aktivität (z.B. d1: Lernen und Wissensanwendung, d2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, d3: Kommunikation) und andere als Teilhabe (z.B. d6: Häusliches Leben, d7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehung, d8:

Bedeutende Lebensbereiche und d9: Gemeinschafts-, Soziales und staatsbürgerliches Leben) bezeichnet, ohne Überlappungen;

2) einige Domänen werden als Aktivität und andere als Teilhabe bezeichnet, jedoch teilweise mit Überlappungen (z.B. Überlappungen bei d4: Mobilität, d5: Selbstversorgung);

3) alle detaillierten Domänen werden als Aktivitäten und die allgemeinen Überschriften der Kategorien als Teilhabe bezeichnet;

4) alle Domänen werden sowohl als Aktivitäten und als Teilhabe verwendet (Farin 2011).

Diese Auswahl an Möglichkeiten bietet den Nutzern eine individuelle Entscheidungsfreiheit. Sie erschwert jedoch gleichzeitig die eindeutige und globale Operationalisierung dieser Konzepte in Assessments, da Entwickler von Assessmentinstrumenten auswählen können, welche Domänen als Teilhabe, welche als Aktivität gelten und welche sie in ihre Assessments einschließen (Whiteneck 2009, Eyssen et al. 2011, Magasi et al 2010). Das bedeutet, dass jedes an die ICF angelehnte Assessmentinstrument zwar Aktivitäten und Teilhabe abbilden-, sich jedoch erheblich in der Subkategorie-Abdeckung und ihrem Ansatz zur Messung von Teilhabe unterscheiden kann.

Somit stellt sich zukünftig die Frage, wie sinnvoll eine gemeinsame Liste trotz der engen Verknüpfung von Aktivität und Teilhabe ist, und ob es den Nutzern zukünftig überlassen werden soll, welche der vier Möglichkeiten sie zur Klassifizierung verwenden sollten (Schliehe und Ewert 2013).

2.3 Instrumente zur Messung von Teilhabe- und Teilhabeeinschränkungen

In den letzten Jahren wurde vermehrt auf die Notwendigkeit der Entwicklung von generischen sowie krankheitsspezifischen Assessmentinstrumenten in der Rehabilitationsforschung hingewiesen, da es kaum Daten zu Teilhabeeinschränkungen gibt (Schulte und Deck 2007, DVfR und DGRW 2012). Assessmentinstrumente, die sich am Konzept der ICF orientieren, stellen eine aussichtsreiche Möglichkeit dar, eine erfolgsversprechende Ergebnismessung in der Rehabilitation zu gewährleisten (Farin 2008). Allerdings mangelt es an einer konsequent eingesetzten Teilhabe-Definition (s.o.) und die konzeptuelle Doppeldeutigkeit von Aktivität und Teilhabe führt bei den

entwickelten Instrumenten zu signifikanten Unterschieden in Iteminhalten und Antwortmöglichkeiten (Magasi und Post 2010). Es gibt viele Assessmentinstrumente, die behaupten, Teilhabe umfassend messen zu können, jedoch nur ein kleiner Teil dieser Instrumente ist tatsächlich in der Lage, Teilhabe valide zu messen.

Farin et al. beschreiben in ihrer Veröffentlichung 2011 die Verfahren, bzw. Assessmentinstrumente, die vor dem Hintergrund der sozialen Rollentheorie, für die Messung von Teilhabe geeignet sind. Es wurden ausschließlich die Instrumente berücksichtigt, die sich explizit auf Teilhabe fokussieren. Insgesamt identifizierte Farin siebzehn Verfahren, die Teilhabe messen. Von diesen siebzehn Instrumenten wurden allerdings nur sieben nach 2004 publiziert und weisen somit die ICF als theoretische Basis auf (Farin 2011). Deutschsprachige Versionen liegen für vier Instrumente vor (Mini-ICF-APP, SF-LLFDI, WHODAS II, IMET). Eine weitere Übersichtsarbeit zu Assessmentverfahren zur Messung von Teilhabe stammt von Buchholz et al. 2015. Diese beinhaltet einen systematischen Überblick über Assessmentinstrumente im Kontext psychischer Störungen, die auf Basis der ICF entwickelt wurden. Entsprechend definierter Einschlusskriterien, haben Buchholz et al. zwei generische (vgl. WHODAS II und IMET) und sechs störungsspezifische Instrumente (vgl. Mini-ICF-APP, ICF-AT 50 Psych, ICF-AT-3F, ICF-PsychA&P, MATE-ICN, DiaRes) ausgewählt und hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften und der Umsetzung der ICF miteinander verglichen. Tabelle 4 zeigt die insgesamt neun Assessmentinstrumente der beiden genannten Veröffentlichungen im Vergleich.

Tab 4: Übersicht über Instrumente zur Messung von Teilhabe

Instrument	Autoren/Jahre	Anwendungsbereich	Theoretisches Fundament	Itemzahl	Anzahl angesprochener ICF-Kapitel	Perspektive	Zuverlässigkeit
SF-LLFDI	Denkinger M.D., Weyerhäuser K., Nikolaus T., Coll-Planas L. (2009)	generisch	Rahmenkonzept von Nagi	32	6	Selbst	Interne Konsistenz: 0,78- 0,89 Test-Retest Reliabilität: 0,81-0,96 Interrater-Reliabilität: 0,62- 0,96
WHODAS II	Üstün TB, Kostanjsek N, Chaterki S, Rehm J. (2010)	generisch	ICIDH-2	36	8	Selbst/Fremd/ Proxy	Interne Konsistenz: 0,70- 0,97 Test-Retest Reliabilität: 0,87-0,93
IMET	Deck R., Mittag O., Hüppe A., Muche-Borowski C., Raspe H. (2006)	generisch	ICF	9	7	Selbst	interne Konsistenz: 0,9
Mini ICF-APP	Linden M., Baron S., Muschalla B. (2009)	Psychische Störungen	ICF	13	6	Fremd	Interrater-Reliabilität: 0, 7 (ungeschulte Rater) – 0,92 (geschulte Rater)
ICF-AT-3F	Nosper, M. (2009)	Psychiatrie und Sucht	ICF	33	Nicht beurteilbar	Selbst	Interne Konsistenz: 0,97 Reliabilität: geprüft
ICF-PsychA&P	Brütt, AL, Schulz, H., Koch, U. (2009)	Psychische Störungen	ICF	31	8	Selbst	Interne Konsistenz: 0,95 Test-Retest Reliabilität: 0,67-0,85
MATE-ICN	Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A. (2011)	Psychische Störungen	ICF	35+20	7	Fremd- und Selbstrating	Interne Konsistenz: geprüft Interrater-Reliabilität: geprüft
ICF-AT 50 Psych	Nosper, M. (2007)	Psychosomatik und Psychotherapie	ICF	50	8	Selbst/Fremd	Interne Konsistenz: >0,96 Reliabilität: geprüft
DiaRes	Hinrichs, J., Engbrink, S.; Dieckmann, L.; Fiedler, R.; Heuft, G. (2012)	generisch	ICF	66	Nicht beurteilbar	Selbst	Interne Konsistenz: >0,94

Der **SH-LLFDI** (Short Form Late Life Function and Disability Instrument) basiert auf dem Rahmenkonzept „Behinderung“ von Nagi (Nagi 1999). Die Kurzversion besteht aus 32 Items. Ähnlich wie beim Mini-ICF-APP werden 6 ICF Kapitel angesprochen. Inhaltlich setzt sich der SH-LLFDI aus zwei Komponenten zusammen: der Funktions- und der Beeinträchtigungskomponente (Denkinger et al. 2009). Die Funktionskomponente kann wiederum unterteilt werden in Subskalen spezifisch für „obere Extremität“ (z.B. ein Buch in der Hand halten, eine Dose aufschrauben), „untere Extremität“ (z.B. Laufen, in ein Auto steigen) und „erweiterte untere Extremität“ (z.B. gleichzeitig Tragen und Treppensteigen) (Gignac et al. 2011). Die Beeinträchtigungskomponente besteht aus Items, die Aktivitäts-Häufigkeiten und Einschränkungen messen, hier mit Subskalen für soziale (z.B. Freunde treffen) und persönliche Rollen (z.B. Haushalt) (Gignac et al. 2011). Alle Items werden auf einer Ratingskala beantwortet. Mit der großen Anzahl an Items und den spezifischen Unterteilungen, vor allem in der Funktionskomponente, ist der SH-LLFDI einerseits in der Lage Teilhabe einschränkungen besonders detailliert zu erfassen, andererseits bedeutet der Umfang des Fragebogens einen höheren Zeitaufwand.

Der **WHODAS II** (WHO Disability Assessment Schedule 2.0) ist ein Assessmentinstrument, das mit 36 Items in der Lage ist, insgesamt 8 ICF Kapitel aus dem Bereich Aktivität und Teilhabe abzudecken (Schenk et al. 2015). Noonan et al. beschreiben in einer Inhaltsanalyse des WHODAS II sogar alle 9 Dimensionen des ICF Kapitels Aktivität und Teilhabe (Noonan et al. 2009). Dazu gehören Kognition, Mobilität, Selbstversorgung, soziale Kontakte, Aktivitäten des alltäglichen Lebens und Teilhabe (Gignac et al. 2011). Es werden Schwierigkeiten auf einer 5-Stufigen Likert-Skala eingeschätzt (Schenk et al. 2015). Je höher die Scores, desto größer ist das Maß an Beeinträchtigung (Schenk et al. 2015). Trotz der Orientierung am veralteten ICIDH-2 und der großen Anzahl an Items, ist der WHODAS-II ein international häufig angewandtes Verfahren, das in der Lage ist Behinderung und die damit einhergehenden Aktivitäts- und Teilhabe einschränkungen zu messen (Pösl et al. 2007).

Der **IMET**: „Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe“ wurde 2006 von einer Arbeitsgruppe des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck zur Erfassung von Teilhabe einschränkungen entwickelt. Der IMET

Fragebogen besteht aus 9 Items, angelehnt an die Domänen der ICF. Auf einer 11-stufigen Ratingskala erfasst der IMET sieben Teilbereiche von Aktivität und Teilhabe - von üblichen Aktivitäten des täglichen Lebens bis zu sozialer Aktivität, Sexualleben und Stress- sowie außergewöhnlichen Belastungen. Eine detaillierte Beschreibung des IMET erfolgt in 2.5.

Der **Mini-ICF-APP** (Mini ICF-Rating für Aktivität und Partizipationsstörungen) ist ein ICF basiertes Instrument zur Messung von Teilhabe im Indikationsbereich psychischer Störungen. Es unterscheidet sich durch seine Kürze und damit einfacher Handbarkeit von anderen Verfahren. Der Mini-ICF-APP deckt mittels 13 Items 6 der insgesamt 9 verschiedenen ICF-Kapitel zu Aktivität und Teilhabe ab (Farin 2011). Er erlaubt die Ermittlung, welche Einschränkungen hinsichtlich Fähigkeiten aus der Psychopathologie resultieren und wie diese Einschränkungen Betroffene an der Wahrnehmung von Rollenfunktionen hindern können (Linden und Baron 2005). Ein Nachteil des Mini-ICF-APP ist, dass Aktivitäten, die üblicherweise keinen Bezug zu psychischen Erkrankungen haben (z.B. sitzen, heben etc.), nicht aufgeführt werden, obwohl diese bei einigen psychischen Erkrankungen, beispielsweise einer Schmerzstörung betroffen sein können (Muschalla et al. 2012). Außerdem sind bei dem Mini-ICF-APP, im Unterschied zu den anderen Assessmentinstrumenten, bei denen es sich vorwiegend um Selbstbeurteilungs- oder Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente handelt, nur Fremdratings vorgesehen (Linden und Baron 2005).

Der **ICF-AT 50 Psych** ist ein Selbst- bzw. Fremdrating- Assessmentinstrument aus dem Bereich Psychosomatik und Psychotherapie. In einem Fragebogen werden anhand von 50 Items Selbsteinschätzungen zur Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe in sechs verschiedenen relevanten Bereichen erfasst. Dazu gehören Anforderungen erfüllen, soziale Beziehungen und Aktivitäten, verbale Kompetenz, Fitness und Wohlbefinden, Nähe in Beziehungen sowie soziale Rücksichtnahme (Nosper 2007). Dabei werden 8 der 9 ICF Kapitel zu Aktivität und Teilhabe angesprochen. Der ICF-AT 50 Psych eignet sich beispielsweise zur Feststellung des Reha-Bedarfs und zur Eingangs- und Verlaufsdagnostik in der Rehabilitation.

Der **ICF-3 F** stellt mit 33 Items eine kürzere, valide und reliable Kurzversion des ICF-AT 50 Psych dar (Ranft et al. 2011).

Der **ICF-PsychA&P** (ICF angelehntes Instrument zur Erfassung von Aktivitäten und Teilhabe bei Patienten mit psychischen Erkrankungen) ist ein Selbsteinschätzungsverfahren im Bereich psychischer Erkrankungen. Es erfasst mit insgesamt 31 Items die Dimensionen Funktionsfähigkeit, Kommunikation, Mobilität, Beziehungen, Freizeit und Interaktion (Brütt et al. 2015). Eine Einordnung der Items des ICF-PsychA&P in die ICF zeigt, dass 8 der 9 Kapitel der Dimensionen Aktivitäten und Partizipation abgedeckt werden (Brütt et al. 2015). Der ICF-PsychA&P ermöglicht als praktikables Instrument im klinischen Alltag Analysen über den Verlauf der Aktivität und Teilhabe mit Bezug zu den Umweltfaktoren des Patienten. Daher kann er besonders relevant bei der Beurteilung von Nachsorgeprogrammen und Transfers sein (Brütt et al. 2015).

Der **MATE-ICN** steht für "Measurements in the Addictions for Triage and Evaluations – ICF-Core set and Need for care". Das Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren für psychische Erkrankungen ermöglicht mit seinen 55 Items eine Zuordnung von Patienten zu bestimmten "Levels of Care" (Triage, Schweregrad der Erkrankung/Dringlichkeit der Behandlung) sowie eine Allokation und Nachverfolgung von Behandlungsergebnissen (Schippers et al. 2011). Der MATE-ICN ist, im Gegensatz zu den anderen Assessmentinstrumenten, in der Lage, zusätzlich zu 7 Domänen von Aktivität und Teilhabe, auch relevante Umweltfaktoren und die ggf. daraus resultierenden Probleme zu beurteilen (Buchholz et al. 2015). Der MATE-ICN wird hauptsächlich im Bereich Suchterkrankungen angewandt. Er kann jedoch ebenfalls bei anderen psychiatrischen Erkrankungen genutzt werden, um festzustellen inwieweit sich ein Patient in seiner Teilhabe eingeschränkt fühlt.

Der **DiaRes** (Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden) ist ein Assessmentinstrument im Bereich der Rehabilitation, das ausschließlich personenbezogene Faktoren erfasst. Er ist in der Lage persönliche und psychosoziale Ressourcenfelder zu identifizieren, welche von Rehabilitanden als subjektiv bedeutsam für den Umgang mit ihren aktuellen Beschwerden erlebt werden (Dieckmann et al. 2012). Der Fragebogen besteht aus 66 Items, die in zwei

Hauptfaktoren aufgeteilt sind. Dazu gehören *inhaltlich psychische Ressourcen*, wie beispielsweise positive Einstellung, externale Stabilisierung, Geselligkeit, aktives Problemlösen, positive Aktivitäten, Selbstfürsorge und Selbstwernerleben und *inhaltlich psychosoziale Faktoren*, die sich den Themen Partnerschaft und soziale Unterstützung zuordnen lassen (Dieckmann et al. 2014). Ziel des DiaRes ist die Erkennung von vorhandenen Stärken und Schwächen des Rehabilitanden, um diese während der Rehabilitationsmaßnahme entsprechend berücksichtigen und fördern zu können (Dieckmann et al. 2014).

In Anbetracht der Einsetzbarkeit bei Studien und anderen Untersuchungen, sollten in Deutschland Instrumente bevorzugt werden, die eine begrenzte Anzahl an Items aufweisen, eine deutschsprachige Version besitzen und ICF orientiert sind (Farin 2011). Zusammenfassend sind der LLFDI, der WHODAS II, der DiaRes, der ICF-AT Psych und MATE-ICN zu umfangreich für einen ökonomischen Gebrauch. Außerdem basieren die beiden ersten Assessmentinstrumente nicht auf der ICF. Der DiaRes erfasst als einziges Instrument personenbezogene Kontextfaktoren und bezieht sich damit eher auf das biopsychosoziale Modell der ICF, nicht aber auf das eigentliche Klassifikationssystem (Buchholz et al. 2015). Ferner muss beachtet werden, dass Buchholz et al. den DiaRes unter die Teilhabeinstrumente fassen, obwohl er streng genommen „nur“ personenbezogene Kontextfaktoren und nicht Einschränkungen der Teilhabe messen kann.

2.4 Ergebnisse von Studien mit Teilhabeerfassung

Es wird deutlich, dass trotz der einheitlichen Forderung nach validen Instrumenten zur Messung von Teilhabe, für den deutschsprachigen Raum nur wenige Messverfahren zur Verfügung stehen, die die oben genannten Bedingungen erfüllen: der indikationsübergreifende IMET und im Bereich psychischer Störungen der Mini-ICF-APP, der ICF-PsychA&P und der ICF-3-F (Farin 2011). Des Weiteren wurden diese Assessmentinstrumente bis dato nur vereinzelt in empirischen Arbeiten zur Teilhabeerfassung eingesetzt (Pöppel et al. 2013). Die Studien fanden in unterschiedlichen Settings statt.

2.4.1 Studien mit Teilhabeerfassung im hausärztlichen Bereich

Veröffentlichungen von Muschalla et al. konzentrieren sich hauptsächlich auf die vertragsärztliche Versorgung. In einer Arbeit von 2009: „Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung“ wurde anhand des IMET untersucht, in welcher Weise Patienten in niedergelassenen Praxen Teilhabebeeinträchtigungen erleben und inwieweit diese mit Problemen am Arbeitsplatz bzw. einer Arbeitsunfähigkeit zusammenhängen (Muschalla et al. 2009). Muschalla et al. fanden heraus, dass arbeitsunfähigen Patienten im Durchschnitt in allen Bereichen signifikant höhere Beeinträchtigungsgrade aufweisen als arbeitsfähige Patienten. Daraus lässt sich schließen, dass chronische Krankheiten nicht nur zu arbeitsplatzbezogenen Partizipationsstörungen führen, sondern dass gleichzeitig oder bereits vorher auch lebensbereichsübergreifende Teilhabestörungen auftreten können (Muschalla et al. 2009).

2012 gehen Muschalla et al. mit der Arbeit: „Teilhabestörungen nach Mini-ICF-APP bei arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Hausarzt-Patienten mit chronischen psychischen Leiden“ einen Schritt weiter und untersuchen, in welchen Fähigkeitsbereichen (gemessen anhand des Mini-ICF-APP) sich Teilhabestörungen bei arbeitsunfähigen Patienten manifestieren. Patienten, die aktuell arbeitsunfähig waren, wiesen vor allem in den Bereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, sowie der Kontaktfähigkeit mit Dritten deutlich stärkere Einschränkungen auf als arbeitsfähige Patienten (Muschalla et al. 2012).

Die beiden Studien zeigen, dass Arbeitsunfähigkeit signifikant mit lebensbereichsübergreifenden Teilhabestörungen korreliert. Außerdem wird deutlich, dass chronisch psychische Erkrankungen und daraus resultierende Einschränkungen der Teilhabe zusammenhängen.

Um die Frage weiter zu klären, welche Bedeutung sozialmedizinischen Aspekte in der hausärztlichen Versorgung haben, wurden zunächst von Muschalla et al. niedergelassene Ärzte zum geschätzten Anteil chronisch psychisch kranker Patienten in ihrer Praxis interviewt und in einem zweiten Schritt ein Patientenkollektiv u.a. mittels des IMET nach bestehenden Teilhabebeeinträchtigungen befragt (Muschalla et al. 2013). Hiernach schätzen Hausärzte den Anteil ihrer Patienten mit psychischen Erkrankungen auf über ein Drittel ein (Muschalla et al. 2013). Die Auswertung des

IMET ergab, dass Patienten mit psychischen Problemen über alle Lebensbereiche hinweg ausgeprägter an Teilhabestörungen leiden, als Patienten ohne eine psychische Störung (Muschalla et al. 2013). Aus dieser Studie lässt sich schlussfolgern, dass Patienten mit chronischen psychischen Problemen und Teilhabeeinschränkungen einen Großteil des hausärztlichen Patientenkollektivs ausmachen. Damit sind Hausärzte nicht nur verantwortlich für die Diagnostik, Behandlung und Koordinierung von chronisch Erkrankten, sondern auch für die sozialmedizinische Betreuung bis hin zur Einleitung stationärer Rehabilitationsmaßnahmen (Muschalla et al. 2013).

2.4.2 Studien mit Teilhabeerfassung im Bereich Rehabilitation

Im Bereich der Rehabilitation wurden hauptsächlich Studien durchgeführt, die den Einfluss einer Rehabilitationsmaßnahme auf Teilhabeeinschränkungen untersuchen.

In einer Arbeit von Baron und Linden 2009 wurde der Einfluss einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung auf das Ausmaß von Teilhabe- und Fähigkeitsstörungen mittels Mini-ICF-APP untersucht. Ein Patientenkollektiv wurde vor Beginn und am Ende einer sechswöchigen Rehabilitationsmaßnahme beurteilt (Baron und Linden 2009). Hierbei ergaben sich Verbesserungen in allen Fähigkeitsbereichen, vor allem die „Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben“, die Fähigkeit zur Anwendung der fachlichen Kompetenz und die „Fähigkeit zu außerberuflichen Aktivitäten“ (Baron und Linden 2009). Ähnlich wie bei der von Muschalla et al. durchgeführten Studie 2009, zeigten sich hohe Korrelationen zwischen Fähigkeitsstörungen und Arbeitsunfähigkeit: Arbeitsfähige Patienten und initial arbeitsunfähige, die arbeitsfähig entlassen wurden, profitierten stärker als Patienten, die durchgehend arbeitsunfähig waren (Baron und Linden 2009).

Unterstrichen werden diese Ergebnisse durch die von Brütt et al. durchgeführte Studie: „Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen im poststationären Verlauf“. Hier wurde, ähnlich wie bei der oben genannten Arbeit von Linden, die langfristigen Ergebnisse stationärer psychosomatischer Behandlung in Bezug auf Aktivität und Teilhabe untersucht (Brütt et al. 2011). Als Assessmentinstrument wurde der ICF-PsychA&P genutzt. Nach einer schriftlichen Befragung des Patientenkollektivs zu drei verschiedenen Messzeitpunkten, zeigte sich

am Behandlungsende eine deutliche Verbesserung im Bereich Aktivität und Teilhabe (Brütt et al. 2011).

In der psychosomatischen Rehabilitation einer österreichischen Studie zeigte sich 2013 anhand des von Nosper entwickelten ICF-3-F eine signifikante Verbesserung der postrehabilitativen Teilhabe. Zwar erwies sich bei arbeitslosen Rehabilitanden oder Rehabilitanden, die einen Pensionsantrag gestellt hatten oder bereits pensioniert waren, eine ungünstige Rehabilitationsprognose (vgl. Ergebnisse von Baron und Linden), jedoch ergab sich bei Berufstätigen eine deutliche Verbesserung der Symptombelastung und der Aktivitäten im Bereich kognitive Leistungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und soziale Kompetenzen (vgl. ICF-3-F) (Senft et al. 2013).

Insgesamt zeigen die Daten von Linden, Brütt und Senft et al., dass eine psychosomatische Rehabilitation auf der Ebene der Fähigkeits- und Teilhabestörungen positive Wirkungen hat. Dieser Effekt scheint sich jedoch nicht nur auf die psychosomatische Rehabilitation zu beschränken. Auch im Bereich der Neurorehabilitation konnte eine Besserung von Teilhabeeinschränkungen nach erfolgter Rehabilitationsmaßnahme nachgewiesen werden.

Im Unterschied zu den vorherigen Studien wurde von Pöpl et al. 2013 der Effekt einer ambulanten wohnortnahen neurologischen Rehabilitation untersucht. Eine schriftliche Patientenbefragung wurde zu Beginn, am Ende und vier Monate nach der Reha u.a. mit dem IMET durchgeführt, um die patientenbezogene Teilhabe zu erfassen (Pöpl et al. 2013). Die Ergebnisse zeigten eine Verbesserung des Teilhabestatus während der Rehabilitation und eine Annäherung zum Ausgangswert in der Nachrephase, wobei mit Ausnahme eines Items eine Verbesserung der Teilhabe im gesamten Untersuchungszeitraum zu beobachten war (Pöpl et al. 2013).

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die bereits durchgeführten Studien.

Tab. 5: Beispiele für empirische Arbeiten zur Teilhabeerfassung

Assessment-Instrument	Studien
IMET	<p>Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung (Muschalla B., Vilain M., Lawall C., Lewerenz M., Linden M. 2009)</p> <p>Rehabilitationsbedarf bei Hausarztpatienten mit psychischen Störungen (Muschalla B., Keßler U., Schwantes M., Linden M. 2013)</p> <p>Messung von Teilhabe in der wohnortnahen ambulanten Neurorehabilitation – eine Pilotstudie (Pöppel D., Deck R., Fries W., Reuther P. 2013)</p> <p>Wirksamkeit und Nutzen eines Screeningverfahrens zur Identifikation von rehabilitationsbedürftigen Personen mit Diabetes mellitus Typ 2: eine randomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie unter Versicherten der Hamburg Münchener Krankenkasse (Hüppe A., Parow D., Raspe H. 2008)¹</p> <p>Inviting Patients with inflammatory Bowel Disease to Activate Involvement in their own Care: A Randomized Controlled Trial (Hüppe, A., Langbrandtner, J. und Raspe, H. 2014)¹</p>
Mini-ICF APP	<p>Teilhabestörungen nach Mini-ICF-APP bei arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Hausarzt-Patienten mit chronischen psychischen Leiden (Muschalla B., Keßler U., Linden M. 2012)</p> <p>Wirksamkeitsanalyse einer stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand des Mini-ICF-APP (Baron S., Linden M. 2009)</p>
ICF-3-F	<p>Medizinische Rehabilitation psychisch Kranker in Österreich - Auf dem Weg zu ICF-orientierter Evaluation (Senft B., Nosper M., Leonhart R., Platz T. 2013)</p>
ICF-PsychA&P	<p>Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen im poststationären Verlauf (Brütt A.L., Schulz H., Tüpker N., Endras S., Deters M.A., Schmeling-Kludas C., Koch U., Andreas S. 2011)</p>

Aus den vorgestellten Studien ist es ersichtlich, dass Daten zu Teilhabe- und Teilhabebeeinträchtigungen mittels verschiedener Assessmentinstrumente erhoben werden können. Diese Daten können Teilhabestörungen abbilden, zur Untersuchung von verschiedenen Zusammenhängen (z.B. zwischen Teilhabestörungen und Arbeitsunfähigkeit, psychischen Erkrankungen oder hausärztlicher Versorgung) oder zur Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen genutzt werden. Allerdings lassen sie keine eindeutige Einordnung von Teilhabebeeinträchtigungen zu, da bis dato keine Referenzwerte verfügbar sind. D.h. es ist nicht möglich eine Aussage darüber zu treffen, wie sich Teilhabebeeinträchtigungen von chronisch Kranken im Vergleich zur Normalbevölkerung verhalten.

¹Ergebnisse der Arbeiten im Bereich Diabetes Mellitus Typ II und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen werden unter 4.6 erläutert

Außerdem wird deutlich, dass sich der generisch einsetzbare IMET im Gegensatz zu den anderen Instrumenten, die sich hauptsächlich auf den Bereich Psychosomatik konzentrieren, seit seiner Entwicklung 2006, als ein in der Rehabilitationsforschung vielfach genutztes Instrument zur Erfassung der Teilhabe bewährt (vgl. Deck und Raspe 2008, Schulte und Deck 2007, Pöpl et al. 2013).

2.5 IMET

Die Entwicklung des IMET erfolgte auf der Grundlage des Pain Disability Index (PDI), an dem sich die Gestaltung der Items sowie die Antwortformate orientierten (Deck et al. 2007). Der PDI ist ein Instrument zur Erfassung schmerzbedingter Behinderung. Beim PDI stehen die aus dem Schmerz resultierenden Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen im Vordergrund (Dillmann et al. 1994). Ähnlich wie bei der ICF, ist die schmerzbedingte Behinderung kein lokales Ereignis, sondern kann Betroffene in ihrer gesamten Lebenssituation beeinflussen und einschränken. Für den IMET als generisches, also indikationsübergreifendes Instrument, wurden die Items des PDI von einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe im Hinblick auf ihre Relevanz für Rehabilitationspatienten unterschiedlicher Indikationen geprüft, teilweise umformuliert und mit den Domänen der ICF abgeglichen (Deck et al. 2007). Die Gegenüberstellung von IMET Items und Domänen des ICF sind in Tabelle 6 abgebildet.

Tab. 6: IMET Items und korrespondierende ICF Domänen

IMET Items		Domänen ICF	
a	Übliche Aktivitäten des täglichen Lebens	d5	Selbstversorgung
b	Familiäre und häusliche Verpflichtungen	d6	Häusliches Leben
c	Erledigungen außerhalb des Hauses	d4	Mobilität
d	Tägliche Aufgaben und Verpflichtungen	d8	Bedeutende Lebensbereiche
e	Erholung und Freizeit	d9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
f	Soziale Aktivitäten	d9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
g	Enge persönliche Beziehungen	d7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
h	Sexualleben	d7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
i	Stress und außergewöhnliche Belastung	d2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Der IMET wurde bereits in multizentrischen Erhebungen in stationären Reha-Einrichtungen mit unterschiedlichen Indikationen im Rahmen der Qualitätsgemeinschaft Rehabilitation Schleswig-Holstein (QGmR) validiert. Es wurden Reha-Patienten aus 19 Rehabilitationskliniken mit vier verschiedenen Indikationen vor Antritt und vier Monate nach der Reha Maßnahme mittels eines umfangreichen Fragebogens, in welchen der IMET integriert war, befragt (Deck et al. 2007). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der IMET in der Lage ist, Einschränkung der Teilhabe in standardisierter und ökonomischer Weise zu erfassen und global und krankheitsspezifisch abzubilden (Deck et al. 2007). Er weist eine gute interne Konsistenz von $\alpha=0,9$ für verschiedene Stichproben auf sowie zufriedenstellende, signifikante Korrelationen mit beispielsweise Skalen zur Leistungsfähigkeit im Beruf; Alltag und Freizeit (Konstruktvalidität) und Skalen zu gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen (Kriteriumsvalidität) (Deck et al. 2007). Die detaillierten Werte können Tabelle 7 entnommen werden.

Tab. 7: Konstrukt- und Kriteriumsvalidität des IMET (Deck et al. 2007)

	Leistungsfähigkeit im Alltag (LF-A)	Leistungsfähigkeit in der Freizeit (LF-F)	Subj. Prognose der Erwerbsfähigkeit (SPE) ¹
IMET Gesamtscore	-0,54**	-0,53**	0,35**
	Funktionsfähigkeit im Alltag (FFbH-R)	Vitalität (SF-36-V)	Katastrophisierende Kognitionen (KAT) ¹
IMET Gesamtscore	-0,61**	-0,44**	0,39**

¹hohe Werte deuten auf ein hohes berufliches Risiko bzw. hohe Belastung hin; *p<0,5; **p<0,1

Der IMET wird sowohl von Patienten, als auch Ärzten gut angenommen, besitzt eine ausreichende Änderungssensitivität und kann mit geringem Aufwand wirkungsvoll und effektiv eingesetzt werden (Schulte und Deck 2007). Als Assessmentinstrument erfüllt der IMET alle praxisrelevanten Anforderungen und wurde somit als Instrument der Wahl für die Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“ herangezogen.

2.6 Ziele der Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“

Es war das primäre Ziel dieser Studie mittels einer postalischen Befragung die Teilhabe einschränkungen von 5.004 zufällig ausgewählten Lübecker Bürgern zu erfassen, um die fehlenden Referenzwerte von Teilhabe einschränkungen aus einer weitgehend gesunden Bevölkerungsstichprobe zu erheben. Hierbei wurde als Assessmentinstrument der IMET eingesetzt. Neben dem IMET enthält der Fragebogen zur Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“ Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand und zur Lebensqualität, zu ausgewählten Erkrankungen, zur schulischen Ausbildung und zum Berufsstatus.

Die Ergebnisse zu Einschränkungen der Teilhabe in der Lübecker Bevölkerung können in der Zukunft als valide Referenzdaten herangezogen werden. Anhand der erhobenen Daten wird es möglich, individuelle Teilhabe einschränkungen chronisch kranker Patienten mit denen der Normbevölkerung zu vergleichen.

3 Forschungsmethodik

3.1 Studiendesign

Bei der Studie handelt es sich um eine Querschnittserhebung einer repräsentativen Stichprobe von 5004 Lübecker Bürgern. Als Assessmentinstrument wurde der IMET eingesetzt.

3.2 Studienteilnehmer, Ein- und Ausschlusskriterien

Die Adressdaten wurden vom Einwohnermeldeamt nach Vorlage des Studienprotokolls und des Votums der Ethikkommission zufällig ausgewählt und für die Studie zur Verfügung gestellt. Eingeschlossen in die Studie wurden männliche und weibliche Lübecker Bürger ab einem Alter von 19 Jahren. Bürger, die schriftlich oder mündlich mitteilten, nicht an der Studie teilnehmen zu wollen, wurden von der Studienteilnahme ausgeschlossen.

3.3 Fragebogen

Der Fragebogen bestand aus insgesamt zwei Blättern, die zusammen mit einem kurzen Anschreiben mit Informationen zur Studie postalisch ausgesendet wurden. Zur kostenfreien Rücksendung des Fragebogens wurde den Studienteilnehmern zusätzlich ein Frei-Rückumschlag hinzugefügt.

Aufklärung

Auf der ersten Seite des Fragebogens wurde zunächst die Einwilligung der Studienteilnehmer eingeholt. Die Einwilligungserklärung wurde beim Rücklauf zusammen mit dem restlichen Fragebogen eingescannt und elektronisch gespeichert.

Gesundheitszustand und Lebensqualität

Die ersten beiden Fragen bezogen sich auf die Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität in der letzten Woche. Die Studienteilnehmer konnten hier von 1 (sehr schlecht) bis 7 (ausgezeichnet) auswählen.

Ausgewählte Erkrankungen

Im nächsten Abschnitt des Fragebogens wurden die von einem Arzt jemals festgestellten Erkrankungen abgefragt. Hier sollte entweder ja oder nein angekreuzt werden. Hierfür wurde eine Komorbiditätsliste eingesetzt. Es wurden Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, Durchblutungsstörungen am Herzen/Verengung der Herzkranzgefäße/Herzinfarkt/Schlaganfall, Krebserkrankungen, Zuckerkrankheit, Asthma, Bronchitis, Gastritis/Magen-Zwölffingerdarmgeschwür, Nierenerkrankungen, Arthrose/Gelenkverschleiß, rheumatoide Gelenkerkrankungen, Osteoporose bzw. Knochenschwund, Depression/Schwermut, und andere psychische Erkrankungen erfasst (Sangha et al. 2003). Aus den jeweils angekreuzten Krankheiten konnte für die Auswertung ein sogenannter Komorbiditätsscore ausgerechnet werden, der je nach Anzahl angekreuzter Erkrankungen einen Wertebereich von 0-14 erreichen kann. Außerdem gab es ein freies Feld für die Ergänzung von weiteren, nicht in der Liste aufgeführten Krankheiten.

IMET

Auf Seite drei folgte der Fragebogen IMET, der an die Dimensionen des ICF angelehnt neun Aspekte alltäglicher Aktivitäten und Teilhabe abbildet. Der Fragebogen besteht dementsprechend aus neun Items (a-h), die in Abschnitt 2.5 detailliert beschrieben werden. Die Befragten konnten auf einer Skala von 0 bis 10 (0= keine Beeinträchtigung, 10= keine Aktivität mehr möglich) den Grad ihrer Einschränkung ankreuzen. Für die Items a-h wurde die 11-stufige Antwortskalierung gleichermaßen genutzt (Deck et al. 2007). Für Item i: „Stress und außergewöhnliche Belastung“ bedeutet 0=kann Belastung ertragen und 10= kann Belastung nicht mehr ertragen (Deck et al. 2007). Um Einschränkungen der Teilhabe beurteilen zu können, kann der Fragebogen auf der Ebene der einzelnen Items oder auf der Basis eines Summenscore ausgewertet werden (Deck et al. 2007).

Schulabschluss

In dem vorletzten Teil des Fragebogens ging es um den angestrebten bzw. bereits absolvierten Schulabschluss. Hier konnten die Teilnehmer zwischen Haupt-/Volksschule, Realschule/Mittlere Reife, Polytechnische Oberschule, Fachhochschulreife,

Abitur/Allgemeine Hochschulreife, anderen Schulabschluss und keinen Schulabschluss auswählen.

Beruf

Abschließend erfolgte eine Abfrage des Berufsstatus der Studienteilnehmer. Vorgegeben waren Schüler/Auszubildender, Arbeiter, Angestellter, Beamter und Selbstständiger. In einem weiteren Feld war es möglich einen oben nicht genannten Berufsstatus schriftlich zu ergänzen.

Der Fragebogen befindet sich in Anhang 9.2.

3.4 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum vom 14.07.2014 bis 15.12.2014.

3.5 Fragebogenversand und Fragebogenrücklauf

Die 5004 Fragebögen wurden am 14.07.2014 an die vorher vom Einwohnermeldeamt zufällig ermittelten Adressen verschickt. Ab dem 15.07.2014 wurden Fragebögen zurückgeschickt. Der Rücklauf wurde kontinuierlich in einer Microsoft Access Datenbank festgehalten. Um eine problemlose Rücklaufeingabe zu ermöglichen, wurde zur Verschlüsselung für jeden Rücklaufstatus eine Nummer festgelegt. Nach Ablauf von vier Wochen ohne Rückmeldung einzelner Teilnehmer, wurde an diese am 22.08.2014 ein 1. Erinnerungsschreiben geschickt, dem erneut der Fragebogen beigefügt war. Eine 2. und letzte Erinnerung erfolgte aufgrund der Sommerferien nach weiteren 8 Wochen, am 23.10.2014. Für das Ende der Befragung wurde der 15.12.2014 festgelegt. Danach vereinzelt eingehende Fragebögen wurden nicht mehr in die Datenbank aufgenommen.

3.6 Datenerfassung und –haltung

Die personenbezogenen Daten, die vom Einwohnermeldeamt bereitgestellt wurden (Geschlecht, Geburtsdatum, Namen und Adressen) wurden im Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin in einer passwort-geschützten Access-Datenbank aufgenommen. Jeder potentielle Studienteilnehmer erhielt eine Studien-Identifikationsnummer. Nach Beendigung der Aussendung und Rücklaufeingabe der Fragebögen wurden die

personenbezogenen Daten mit Ausnahme der Postleitzahl gelöscht und somit die komplette Anonymität der Studie gewährleistet. Zur Auswertung der Daten wurde Geschlecht und Alter zusammen mit der Studien-ID und den Fragebogendaten in eine SPSS Auswertungsdatei überführt. Fragebögen und Rohdaten werden für zehn Jahre aufbewahrt (Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie 2008).

3.7 Datenmanagement

Nach Eingang, Sortierung und Rücklaufeingabe der Fragebögen wurden diese mittels eines Scanners in eine Access Datenbank eingelesen. Der erste Teil der Plausibilitätsprüfung erfolgte während dieses Prozesses. Undeutlich gesetzte Kreuze und Textangaben wurden manuell mit Hilfe des Computerprogramms „Cardiff Teleform Verifier“ korrigiert. Anschließend wurden die Daten in eine SPSS-Datei überführt. Hier erfolgte die weitere Plausibilitätsprüfung der Daten.

Der letzte Teil der Plausibilitätsprüfung bestand aus einer Stichprobenanalyse. Jeder 10. Fragebogen wurde manuell mit den Angaben in der SPSS Datei verglichen und gegebenenfalls korrigiert. Bei dem Vergleich von insgesamt 200 Fragebögen, wurden 6 Fehler gefunden und korrigiert. Die Fehlerquote betrug damit 3,0%. Diese setzte sich zusammen aus Übertragungsfehlern bei den Jahreszahlen sowie Verwechslungen zwischen „ja“ (1) und „nein“ (0) im Abschnitt 3 (Fragen zu ausgewählten Erkrankungen) des Fragebogens. Diese ließen sich weitgehend durch Einleseschwächen des Scanners erklären. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass bei der Korrektur der einzelnen Fragebögen mit Teleform Verifier nicht angekreuzte Felder fälschlicherweise als (1) oder (0) durchgegangen sind. Da die Fehlerquote gering ausfiel, wurde auf weitere Plausibilitätsprüfungen verzichtet. Fehler, die im Rahmen der Auswertungen auffielen (Werte außerhalb der zulässigen Bandbreite wurden nachträglich anhand der Fragebögen korrigiert.

3.8 Statistische Methoden der Auswertung

Nach vollständiger Rücklaufeingabe, Plausibilitätsprüfung und Korrektur, erfolgte die statistische Auswertung der erhobenen Daten mit dem Statistikpaket SPSS 22.

3.8.1 Deskriptive Analyse

Die Darstellung der Teilhabe Einschränkungen in der Lübecker Bevölkerung erfolgte deskriptiv anhand der Gesamtstichprobe. Die deskriptiven Datenanalysen umfassen Mittelwertberechnungen, Standardabweichungen und die Darstellung von fehlenden Werten. Anschließend erfolgten die Auswertungen geschlechts- und altersstratifiziert. Hierfür wurde die Stichprobe in verschiedene Altersgruppen eingeteilt, von 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 und 70-79 Jahre.

3.8.2 Faktorenanalysen

Die Prüfung der Dimensionalität der Items erfolgte mithilfe einer Hauptkomponentenanalyse nach dem Eigenwertkriterium. Ziel der Hauptkomponentenanalyse ist es, Beziehungszusammenhänge zwischen den Items zu identifizieren, die hoch miteinander korreliert sind und diese auf höherer Abstraktionsebene zu Faktoren beziehungsweise einem Faktor zusammenzufassen (Backhaus et al. 2011).

3.8.3 Reliabilität

Unter Reliabilität versteht man die Zuverlässigkeit und Genauigkeit einer Messung. Eine Messung ist reliable, wenn diese kaum durch unsystematische Messfehler gestört wird (Schmidt-Atzert und Amelang 2012). Um zu untersuchen, ob der IMET als Assessmentinstrument einen homogenen Test darstellt, das heißt, dass alle Items dasselbe Merkmal messen, wurde die interne Konsistenz als Reliabilitätsmaß herangezogen (Amelang et al. 2006). Quantifiziert wurde die Reliabilität durch den Reliabilitäts-Koeffizienten Cronbach's alpha (Amelang et al. 2006). Hierbei wird die Reliabilität eines Tests auf der Grundlage aller Iteminterkorrelationen geschätzt. Ein errechneter Wert von $\alpha=0,80$ bis $0,95$ bedeutet eine gute Reliabilität (Amelang et al. 2006).

3.8.4 Validität

Unter Validität versteht man die Gültigkeit einer Messung, d.h. ob das Instrument das misst, was es zu messen vorgibt (Schell et al. 2008). Für die Prüfung der Validität des IMET, also wie gut dieser in der Lage ist das Konstrukt „Teilhabe“ zu messen, wurden

Korrelationen mit der subjektiven Gesundheit, der Lebensqualität und der Komorbidität berechnet (Konstruktvalidität). Ein Korrelationskoeffizient von $r=0,1$ bis $r=0,3$ wird als gering bis moderat interpretiert während eine Korrelation von $r=0,3$ bis $r=0,5$ als starker Zusammenhang bewertet wird (Cohen 1988).

3.9 Ethik

Das Studienprotokoll wurde der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck vorgelegt. Diese äußerte keine berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Bedenken gegen das Studienvorhaben und genehmigte die Studie in ihrer Sitzung am 08. April 2014 (Aktenzeichen: 14-050). Das positive Ethikvotum ist als Anhang 9.1 beigefügt.

4 Ergebnisse

4.1 Rücklaufanalyse

Das Einwohnermeldeamt stellte $N=5004$ Daten für die Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“ zur Verfügung. Von dieser Stichprobe waren 2502 weiblich (50%) und 2502 männlich (50%). Eingeschlossen wurden Personen ab 19 Jahren. Der Altersdurchschnitt der Stichprobe betrug 49,4 Jahre. Von den $N=5004$ ausgesandten Fragebögen waren 308 nicht zustellbar, 4 Personen waren in der Zeit verstorben und 1937 schickten den Fragebogen nicht zurück. Letztere gelten als passive Verweigerer. Der Rücklauf betrug somit insgesamt 2755 (58,7%). Von den zurückerhaltenen Fragebögen gaben 731 Personen im Fragebogen an, dass Sie sich nicht an der Studie beteiligen wollten (aktive Verweigerer). Abbildung 3 zeigt den Probandenfluss.

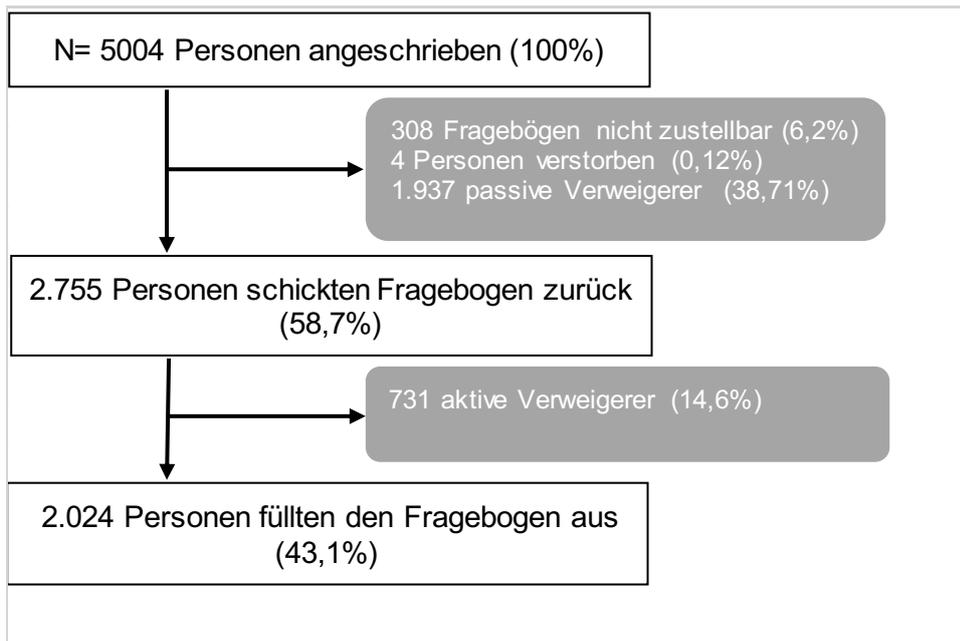


Abb. 3: *Probandenfluss*

4.2 Teilnehmerkollektiv- und Verhalten

Das Studienkollektiv von 2024 Personen setzte sich aus 957 männlichen (47,3%) und 1067 weiblichen (52,7%) Teilnehmern zusammen. Der Altersdurchschnitt des Teilnehmerkollektivs lag im Mittel bei 53,26 Jahren (SD 17,1), d.h. die Teilnehmer waren 3,86 Jahre älter als in der ursprünglichen Stichprobe. Das Teilnahmeverhalten zeigte eine starke Altersvarianz. Die Teilnahmebereitschaft nahm mit dem Alter zu. Die jüngste Altersgruppe wies die niedrigste Ablehnerquote (aktive Verweigerung) und die höchste Non-Responder Rate (passive Verweigerung) auf. Die aktive und passive Teilnahmeverweigerung nahm mit dem Alter kontinuierlich ab. Abbildung 4 zeigt die Anzahl der Teilnehmer, Ablehner, und Non-Responder in den verschiedenen Altersgruppen

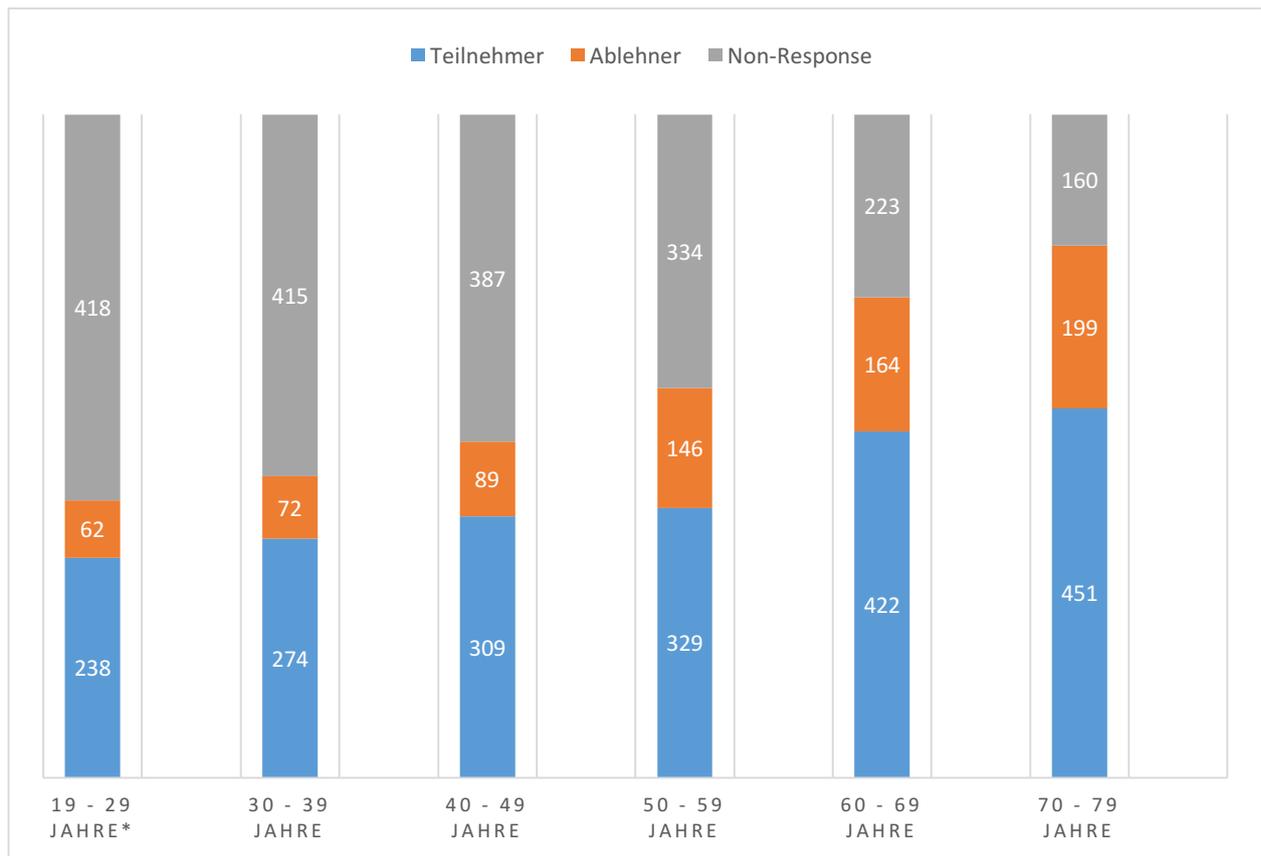


Abb. 4: *Teilnahmebereitschaft*

32% der Männer und 28,5% der Frauen wiesen einen Haupt- und Realschulabschluss auf. Ca. 40% weibliche sowie männliche Studienteilnehmer haben einen Hochschulabschluss absolviert. Die Mehrheit der Teilnehmer sind Angestellte, 13% Arbeiter und jeweils ca. 8% Beamte oder Selbständige. Die Kategorie „sonstiges“ wurde von 17% der Teilnehmer gewählt. Hier wurde am häufigsten Rentner/Rentnerin bzw. Hausfrau angegeben. Nur 3% der Stichprobe bestand aus Schülern und Auszubildenden. Es dominierten die Altersgruppen 60-69- und 70-79 Jahre. Die jüngeren Altersgruppen waren mit ca. 9-14% am wenigsten vertreten. Im Vergleich zur Deutschen Bevölkerung ist die untersuchte Stichprobe insgesamt älter. Des Weiteren besteht das Studienkollektiv gegenüber der normalen Deutschen Bevölkerung insgesamt aus weniger Männern als Frauen. Tabelle 8 zeigt die Stichprobencharakteristik stratifiziert nach Altersgruppen, Schulabschluss und Berufsbildung im Vergleich mit der deutschen Bevölkerung.

Tab 8: Stichprobencharakteristik

	Frauen, N=1.067	Männer, N=957	Frauen, Dt. Bev.	Männer, Dt. Bev.
Alter (SD)¹	52,1 (17,4)	54,6 (16,7)		
Altersgruppen, N (%)				
20 - 29 Jahre	141 (13,4)	81 (8,5)	15,2	16,2
30 - 39 Jahre	152 (14,4)	122 (12,8)	15,4	15,9
40 - 49 Jahre	160 (15,2)	149 (15,7)	20	20,9
50 - 59 Jahre	172 (16,3)	157 (16,5)	19,7	20
60 - 69 Jahre	213 (20,2)	209 (22,0)	14,8	14,1
70 - 79 Jahre	218 (20,6)	233 (24,5)	14,9	12,8
Schulbildung²				
Ohne Abschluss	16 (1,5)	11 (1,2)	4	3,8
Hauptschulabschluss	297 (28,5)	300 (32,0)	37,1	37
Mittlere Reife/POS	339 (32,5)	233 (24,9)	32,4	28,1
Fach-/Hochschulreife	389 (37,4)	393 (41,9)	26,2	30,1
Berufsstatus				
Schüler/Auszubildende	39 (3,8)	27 (2,9)		
Arbeiter	92 (8,9)	169 (17,9)		
Angestellte	576 (55,4)	389 (41,1)		
Beamter	68 (6,5)	101 (10,7)		
Selbständig	66 (6,4)	114 (12,1)		
sonstiges	198 (19,1)	146 (15,4)		
¹ Bevölkerungsanteile im Jahresdurchschnitt 2013: http://www.gbe-bund.de/gbe10/i/?i=5:15800864D , Letzter Zugriff 2.07.2017				
² Angaben zum allgemeinen Schulabschluss in 1000 ab 2010: http://www.gbe-bund.de/gbe10/i/?i=845:15805730D , Letzter Zugriff 2.07.2017				

4.3 Gesundheitszustand und Lebensqualität

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer stufen Ihren Gesundheitszustand zwischen „5“ und „6“ ein. Auf der Skala von 1 bis 7 (ausgezeichnet) kann das als ein sehr guter Gesundheitszustand bewertet werden. Etwa ein Drittel des Studienkollektivs kreuzte einen Wert von „3“ oder „4“ an, was mit einem befriedigendem Gesundheitszustand gleichzusetzen ist. Die beiden Pole (1 und 7) wurden jeweils von 2% und etwa 12,5% der Befragten angegeben. Die Frage nach der aktuellen Lebensqualität erbrachte ähnliche

Ergebnisse (siehe Abb. 5). Abbildung 5 zeigt den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Teilnehmer im Vergleich.

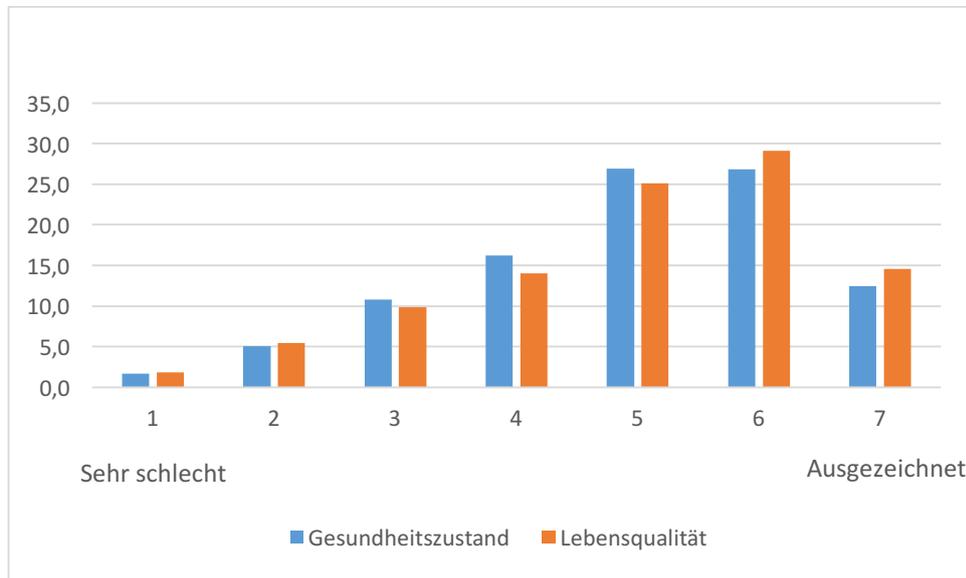


Abb. 5: Gesundheitszustand und Lebensqualität (%)

Zwischen Frauen und Männern zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede. Allerdings ist ein Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand bzw. Lebensqualität und steigendem Alter zu vermerken. Je älter die Teilnehmer, desto höher sind die Einschränkungen in beiden Bereichen.

4.4 Ausgewählte Erkrankungen

39% der Befragten gaben eine oder zwei, 34% drei und mehr Erkrankungen an. 28% leiden an keiner der erfragten Erkrankungen aus der Morbiditätsliste. Insgesamt wurden von Männern sowie Frauen am häufigsten Hypertonie, erhöhte Blutfette und Arthrose/Gelenkverschleiß beschrieben. Die Erkrankungshäufigkeit variiert nach dem Geschlecht (siehe Abb. 6). Im Gegensatz zu den weiblichen Teilnehmern leiden Männer öfters unter chronischen Bronchitiden/Emphysem, Diabetes Mellitus, erhöhten Blutfetten und Hypertonie. Auffallend ist bei Männern die deutlich höhere Rate an Durchblutungsstörungen. Frauen fallen demgegenüber häufiger mit Osteoporose, Depressionen, anderen psychischen Erkrankungen und Magenproblemen auf.

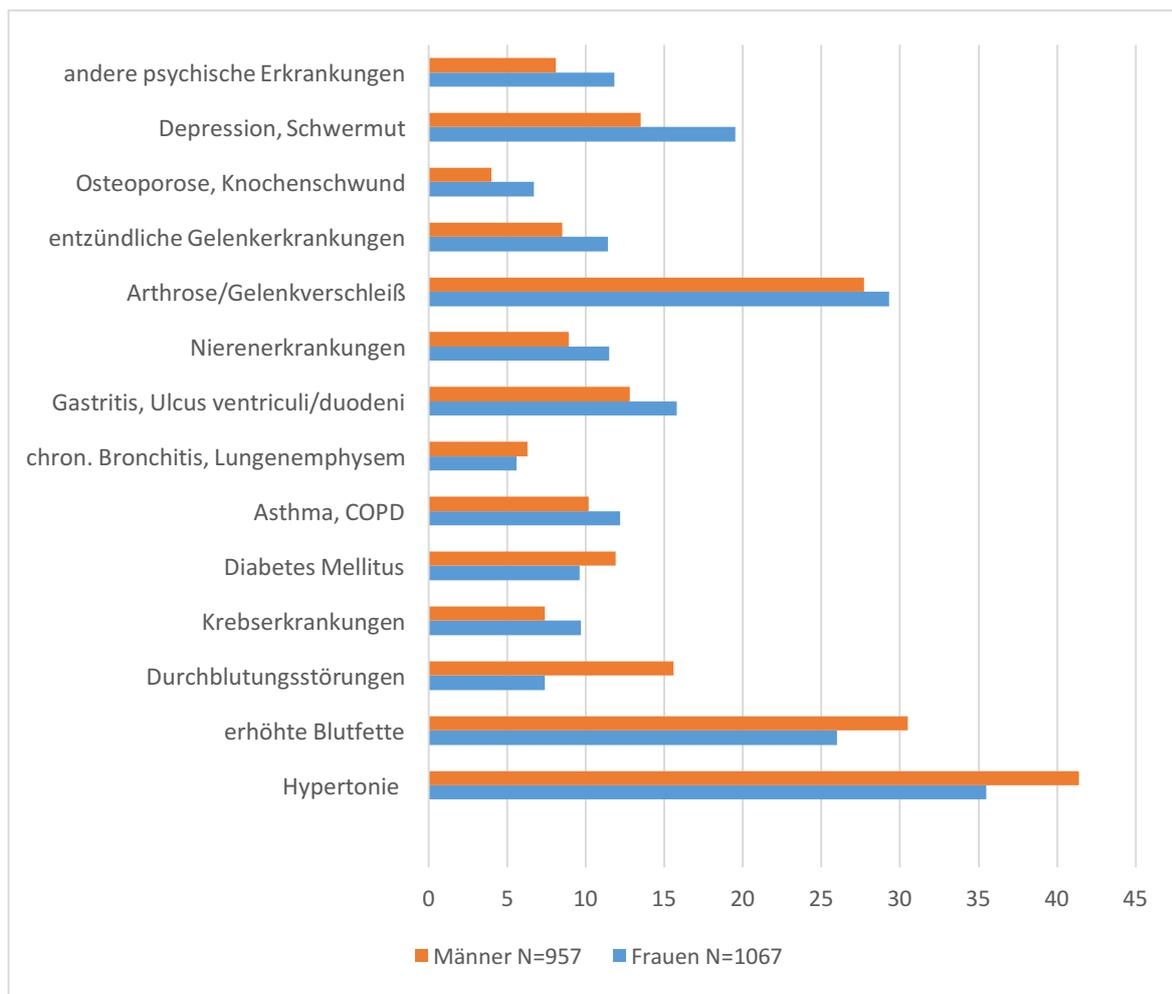


Abb. 6: Anteil ausgewählter Erkrankungen nach Geschlecht (in %)

Des Weiteren unterscheiden sich die Erkrankungshäufigkeiten in den verschiedenen Altersgruppen. In den Altersgruppen 40-49 und 50-59 Jahren wurden vor allem Hypertonie, erhöhte Blutfette und Arthrose angegeben. In den beiden höchsten Altersgruppen 60-69 und 70-79 Jahre verhält es sich ähnlich. Hier sind außerdem die Anzahl an Teilnehmern mit Durchblutungsstörungen, Krebserkrankungen und Diabetes Mellitus gegenüber den jüngeren Altersgruppen erhöht. Erwartungsgemäß leiden ältere Befragte mit Ausnahme von Depression und anderen psychischen Erkrankungen insgesamt häufiger an den verschiedenen Erkrankungen. Morbiditäten wie Depression, Asthma und Gastritiden/Ulkuserkrankungen sind weitestgehend gleichverteilt über die verschiedenen Altersgruppen. Tabelle 9 zeigt die Anzahl ausgewählter Erkrankungen nach Altersgruppe.

Tab. 9: Ausgewählte Erkrankungen nach Altersgruppe (in %)

Ausgewählte Erkrankungen (in %)	Altersgruppe (in Jahren)					
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Hypertonie	5,7	9,3	20,9	41	52,6	69,4
erhöhte Blutfette	4,4	10,4	17,5	31,2	38,8	46,3
Durchblutungsstörungen	0,9	0,4	2,7	4,9	17,4	28,1
Krebserkrankungen	0	2,2	2,4	7,4	13	18
Diabetes Mellitus	1,3	4,1	4,1	7,4	19,2	18,7
Asthma, COPD	11,9	14,5	11	8,6	12,5	9,8
chron. Bronchitis, Lungenemphysem	1,3	3,7	4,1	4,6	8,4	9,8
Gastritis, Ulcus ventriculi/duodeni	7,5	12,6	17,5	13,9	18,9	12,8
Nierenerkrankungen	3,1	7,1	7,5	10,2	12	16,2
Arthrose/Gelenkverschleiß	4,4	6,7	18,2	31,2	41,8	47
entzündliche Gelenkerkrankungen	2,2	3,3	7,5	9,3	13,3	17,4
Osteoporose, Knochenschwund	0	1,9	0,7	4	9,6	10,8
Depression, Schwermut	13,7	17,1	19,9	22,2	16,2	11,9
andere psychische Erkrankungen	11,9	11,5	9,9	12	9,3	7,3

4.5 IMET

4.5.1 Einzelne Items

Die Teilhabe Einschränkungen von Männern und Frauen lagen insgesamt bei den Summenscores im Bereich 9-28 und bei den einzelnen Items im Bereich 0,5-6. Die größten Teilhabe Einschränkungen wurden bei Item 5 „Erholung und Freizeit“, Item 8 „Sexualleben“ und Item 9 „Stress und außergewöhnliche Belastungen“ angegeben. Außerdem steigt der Grad der Teilhabe Einschränkungen erwartungsgemäß mit dem Lebensalter. Die Teilhabe Einschränkungen von Männern und Frauen variieren bei den verschiedenen Items. In der Gesamtstichprobe gaben Männer in allen Items leicht höhere Teilhabe Einschränkungen an. Ausnahmen zeigten sich in der jüngsten Altersgruppe bis 29 Jahre sowie 40-49 Jahre, speziell beim Item 9 „Stress und außergewöhnliche Belastung“. Hier gaben Frauen insgesamt höhere Teilhabe Einschränkungen an.

Der Anteil der fehlenden Werte lag über alle Items des IMET zwischen 2% und 4%. Eine Ausnahme bildet Item 8 „Sexualleben“. Insgesamt wurde es von 6,7% der Studienteilnehmer nicht beantwortet, vor allem von Frauen und Personen in den höheren Altersgruppen (60+). Die Verteilungen der IMET Items in den einzelnen Altersgruppen zeigt Tabelle 10.

Tab. 10: Einschränkungen der Teilhabe nach Geschlecht und Altersgruppe

Normdaten für Männer nach verschiedenen Altersgruppen																
Altersgruppe	Bis 29 Jahre N=87		30-39 Jahre N=122		40-49 Jahre N=149		50-59 Jahre N=157		60-69 Jahre N=209		70-79 Jahre N=233		Alle Männer N=957			
IMET*	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
icf_1		0,48	1,49	0,68	1,72	0,77	1,6	1,19	2,37	1,57	2,46	1,79	2,84	1,22	2,32	
icf_2		0,67	1,5	1,07	2,13	1,28	2,2	1,42	2,52	2,03	2,54	2,71	3,15	1,73	2,62	
icf_3		0,64	1,68	1,06	2,1	1,01	2,11	1,23	2,4	1,8	2,7	2,13	3,12	1,46	2,57	
icf_4		1,02	2,1	1,42	2,54	1,37	2,23	1,68	2,68	1,95	2,7	2,33	3,12	1,75	2,7	
icf_5		1,34	2,19	1,63	2,62	1,78	2,33	1,95	2,6	2,43	2,98	2,67	3,12	2,1	2,78	
icf_6		1,15	2,3	1,66	2,67	1,5	2,6	1,73	2,8	2,24	3,08	2,28	3,07	1,88	2,87	
icf_7		0,87	1,86	1,24	2,27	1,5	2,5	1,66	2,75	2	2,83	1,89	2,8	1,64	2,63	
icf_8		1	2,1	1,27	2,33	1,94	2,86	2,82	3,4	4,07	3,38	5,48	3,76	3,22	3,56	
icf_9		1,96	2,66	2,6	2,88	3,33	3,07	2,92	2,95	2,56	2,68	2,81	2,87	2,75	2,87	
IMET Summenscore**		9,13	13,84	12,63	17,94	14,48	17,1	16,6	19,02	20,65	21	24,09	22,14	17,75	19,87	
*Range 0-10																
**Range 0-90																
Normdaten für Frauen nach verschiedenen Altersgruppen																
Altersgruppe	Bis 29 Jahre N=151		30-39 Jahre N=152		40-49 Jahre N=160		50-59 Jahre N=172		60-69 Jahre N=213		70-79 Jahre N=218		Alle Frauen N=1067			
IMET*	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
icf_1		0,53	1,66	0,46	1,28	0,99	2,09	0,98	2,13	1,31	2,26	2,21	2,95	1,16	2,27	
icf_2		0,77	2,01	0,77	1,82	1,4	2,37	1,6	2,59	1,91	2,51	3	3,12	1,69	2,61	
icf_3		0,68	1,89	0,75	1,91	1,28	2,46	1,18	2,28	1,68	2,66	2,41	3,07	1,42	2,55	
icf_4		0,92	1,89	1,11	2,37	1,64	2,74	1,61	2,68	1,89	2,66	2,67	3,06	1,71	2,69	
icf_5		1,07	1,95	1,27	2,4	1,91	2,7	1,73	2,5	2,21	2,8	3,14	3,31	1,99	2,78	
icf_6		1	1,97	1,11	2,4	1,71	2,8	1,55	2,63	1,88	2,83	2,51	3,03	1,7	2,72	
icf_7		0,86	1,89	0,99	2,02	1,44	2,57	1,37	2,42	1,48	2,54	2,49	3,14	1,51	2,57	
icf_8		1,17	2,27	1,33	2,48	2	3,05	2,31	3,28	3,77	3,87	6,17	4,15	2,96	3,76	
icf_9		2,16	2,53	2,59	2,88	3,3	3	3,26	3,07	2,94	2,93	3,49	3,21	3	2,99	
IMET Summenscore**		9,16	14,72	10,38	15,36	15,67	20,25	15,59	19,79	19,07	21,11	28,09	24,17	17,14	20,69	
*Range 0-10																
**Range 0-90																

4.5.2 Faktorenanalyse

Nach dem Eigenwertkriterium ergab sich ein Faktor mit einer erklärten Varianz von 71% (Tab. 11). Die Faktorladungen der einzelnen IMET-Items liegen mit Ausnahme von Item 8 und 9 über 0,8, d.h. dass die Items mit dem Faktor hoch korrelieren. Faktorladungen ab einem Wert $k > 0,50$ werden als „hohe“ Ladungen angenommen (Backhaus et al. 2011). Basierend auf der Korrelation zwischen den Item-Werten und dem Gesamtwert des IMET, wurde außerdem die Trennschärfe der Items berechnet. Die Trennschärfe der Items, also wie genau diese das Gesamtergebnis des IMET widerspiegeln, liegt im Mittel bei 0,79, daher in einem zufriedenstellenden hohen Bereich (Bortz und Döring 2003). Das bedeutet, dass die IMET Items in der Lage sind zwischen „hohen Einschränkungen der Teilhabe“ und „geringen bzw. keinen Einschränkungen der Teilhabe“ zu differenzieren. Item 8 bildet hier die einzige Ausnahme mit einer Trennschärfe von 0,55. Aber auch dieser Wert überschreitet den kritischen Wert von 0,25 (Fisseni 2004). Tabelle 11 zeigt die erklärte Gesamtvarianz sowie Faktorladungen und Trennschärfe der einzelnen IMET Items.

Tab. 11: *Ergebnisse der Faktorenanalyse*

IMET-Item	Gesamtsumme	% der Varianz	Kumulativ %	Faktorladung	Trennschärfe
01 übliche Aktivitäten des alltäglichen Lebens	6,38	70,94	70,94	0,85	0,78
02 familiäre und häusliche Verpflichtungen	0,82	9,12	80,06	0,90	0,86
03 Erledigungen außerhalb des Hauses	0,54	5,95	86,01	0,92	0,87
04 tägliche Aufgaben und Verpflichtungen	0,40	4,47	90,48	0,92	0,87
05 Erholung und Freizeit	0,28	3,14	93,62	0,90	0,85
06 Soziale Aktivitäten	0,20	2,17	95,79	0,89	0,85
07 enge persönliche Beziehungen	0,16	1,81	97,60	0,83	0,79
08 Sexualleben	0,12	1,35	98,96	0,61	0,55
09 Stress und außergewöhnliche Belastungen	0,09	1,04	100,00	0,73	0,67

4.5.3 Reliabilität

Die Reliabilität der IMET Summenskala wurde anhand Cronbach's Alpha untersucht. Diese ist mit einem Wert von $\alpha = 0,94$ sehr zufriedenstellend. Alpha Werte von über 0,9 werden als „exzellent“ eingestuft (George und Mallery 2003).

4.5.4 Summenscores

Bei der Berechnung der IMET-Summenscores ergibt sich ein Mittelwert von 17,4 mit einer Standardabweichung von 20,7 und einem Range von 0 bis 90. Über die Hälfte der Bevölkerungstichprobe zeigt einen IMET Summenscore von unter 10, 14,9% einen Summenscore von 11-20 und der weitere Teil der Stichprobe erreicht einen Summenscore größer 21. Insgesamt weist die Bevölkerungstichprobe auf dem IMET Summenscore eher geringe Teilhabeeinschränkungen auf. Beim Vergleich der verschiedenen Altersgruppen ist die Altersgruppe bis 29 Jahre sowohl bei Frauen und Männern am wenigsten- [Frauen: MW=9,13 (SD=13,8); Männer: MW=9,16 (SD=14,7)] und die 70-79 Jährigen am stärksten eingeschränkt [Frauen: MW=24,1 (SD=22,14); Männer: MW=28,09 (SD=24,17)]. Insgesamt unterscheiden sich Männer und Frauen in den verschiedenen Altersgruppen nur geringfügig. Mit Ausnahme der Altersgruppen 60-69, 50-59 und 30-39 Jahren weisen weibliche Studienteilnehmer leicht höhere Summenscores auf. Des Weiteren nehmen erwartungsgemäß die Größe der Teilhabeeinschränkungen von Altersgruppe zu nächsthöheren Altersgruppe zu. In Abbildung 7 werden die IMET Summenscores (Range 0-90) von Frauen und Männer nach Altersgruppe dargestellt.

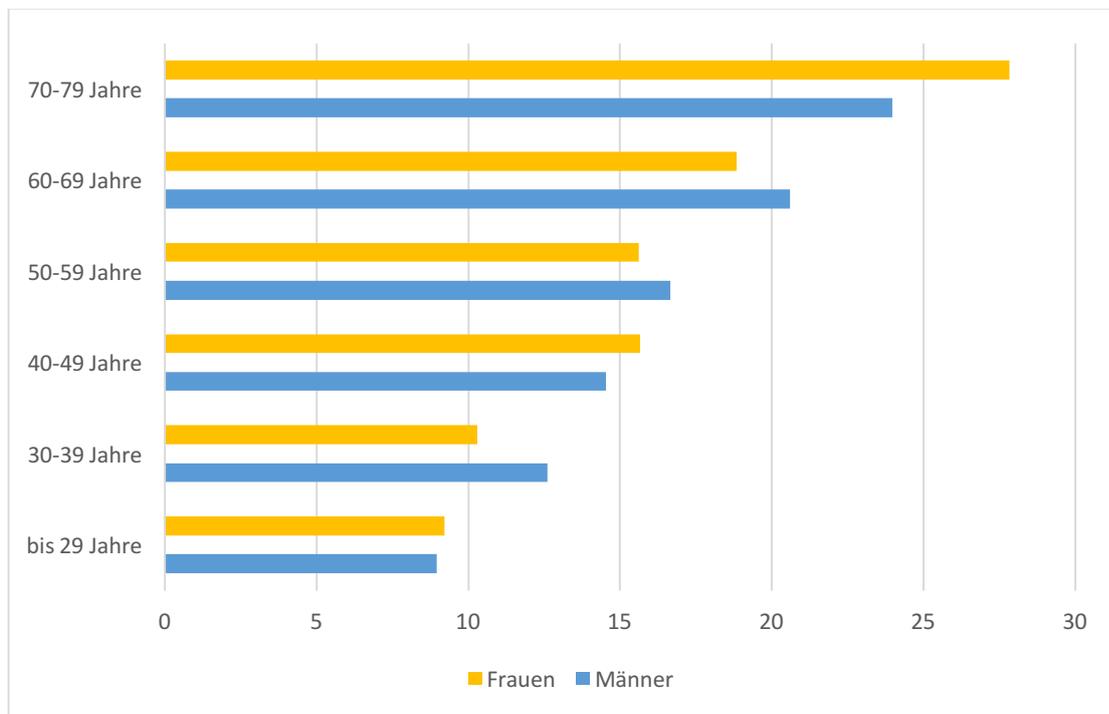


Abb. 7: IMET Summenscores (Range 0-90) von Frauen und Männer nach Altersgruppe

4.5.5 IMET und Schulabschluss

Insgesamt gaben 1951 der 2027 Studienteilnehmer einen absolvierten Schulabschluss an. 29,5% verteilen sich auf Haupt-/Volksschule und 28,3% auf die Mittlere Reife/Polytechnische Hochschule. 38,6% der Studienteilnehmer erlangten die Fachhochschul- oder Hochschulreife. Beim Vergleich der einzelnen Mittelwerte der IMET Items sind deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Schulabschlüssen zu erkennen. Personen mit geringer Schulbildung weisen auf allen Items die signifikant höheren Teilhabe Einschränkungen auf als Personen mit höherer Schulbildung. Die größten Teilhabe Einschränkungen gaben Studienteilnehmer mit keinem Schulabschluss an, die geringsten Einschränkungen diejenigen mit einer Hochschulreife. Dazwischen befinden sich von niedrig bis hohen IMET Mittelwerten die Studienteilnehmer mit einer Fachhochschulreife, einer Mittleren Reife, einem Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule und Hauptschule. Tabelle 12 zeigt die Mittelwerte der einzelnen IMET Items je nach angegebenem Schulabschluss.

Tab. 12: IMET Mittelwerte nach Schulabschluss

IMET Item	Haupt/ Volksschule n=564	Realschule n=540	Polytechnische Oberschule n=32	Fachhoch- schule n=241	Abitur n=541	anderer Schul- abschluss n= 33	ohne Schul- abschluss n=27
1	1,72	1,15	1,44	0,91	0,54	2,33	2,96
2	2,44	1,72	1,78	1,44	0,83	2,85	3,37
3	2,13	1,40	1,38	1,30	0,57	2,82	3,59
4	2,41	1,80	1,81	1,59	0,83	2,84	3,56
5	2,62	2,05	2,39	1,86	1,31	3,31	3,56
6	2,35	1,78	2,31	1,72	0,92	3,30	3,92
7	2,12	1,52	2,00	1,30	0,91	2,85	2,96
8	4,23	3,14	3,32	2,91	1,73	4,76	4,09
9	3,19	3,21	3,25	2,84	2,06	4,13	4,58

4.5.6 Validität

Die Korrelationen zwischen dem IMET-Summenscore und dem subjektiven Gesundheitszustand, der Lebensqualität und dem Komorbiditätsscore sind in Tabelle 13 dargestellt. Es zeigen sich bei allen drei Konstrukten hohe Korrelationen mit dem IMET, was für eine hohe Validität der Skala spricht. Das bedeutet je höher der IMET Summenscore desto eingeschränkter ist der Gesundheitszustand bzw. die Lebensqualität einer Person, anders herum bedeutet ein niedriger IMET Summenscore einen guten Gesundheitszustand bzw. eine höhere Lebensqualität. Bei

der Komorbidität verhält es sich umgekehrt. Hier korrelieren hohe IMET Summenscores mit einem höheren Komorbiditätsscore.

Tab. 13: Korrelation des IMET mit inhaltsähnlichen Konstrukten

IMET-Summenscore	
Gesundheitszustand ¹	-0,58**
Lebensqualität ¹	-0,54**
Komorbidität	0,42**
¹ hohe Werte = ausgezeichnet	
**. Korrelation auf dem Niveau von 0,01 signifikant (zweiseitig)	

4.6 Teilhabe einschränkungen in der Bevölkerung, bei Rehabilitanden und chronisch Erkrankten im Vergleich

Als Assessmentinstrument wurde der IMET bisher in verschiedenen Rehabilitationsstichproben eingesetzt (vgl. 2.5). Erwartungsgemäß sind die Einschränkungen der Teilhabe hier deutlich höher ausgeprägt als in der Bevölkerung.

2012/2013 wurden in einer multizentrischen Erhebung Rehabilitanden aus vier verschiedenen Indikationen zu Teilhabe einschränkungen befragt. Die Patienten erhielten vor Beginn- und vier Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme einen Fragebogen der u.a. den IMET enthielt. Rehabilitanden aus dem Bereich Orthopädie (AHB) und Psychosomatik wiesen zu Beginn der Rehabilitation den höchsten IMET-Summenscore, und damit die größten Teilhabe einschränkungen auf. Bei dieser Gruppe von Rehabilitanden zeigte sich vier Monate nach der Reha-Maßnahme eine deutliche Besserung der Teilhabe mit Effektstärken von 0,69 (Orthopädie AHB) und 0,42 (Psychosomatik) (Deck 2007). Im Gegensatz hierzu waren Rehabilitanden aus dem Bereich Orthopädie (HV) und Pneumologie vor Antritt der Rehabilitation weniger in ihrer Teilhabe eingeschränkt, konnten nach der Reha-Maßnahme jedoch nur eine geringe Verbesserung der Teilhabestörungen aufweisen.

Zusätzlich zum Einsatz des IMETs in der Rehabilitation wurde dieser außerdem in der Gesundheitsversorgung, hier in Studien zu Diabetes Mellitus und CED angewandt.

2008 untersuchten Hüppe et al. in einer randomisiert-kontrollierten Studie ein Screeningverfahren zur Identifikation von rehabilitationsbedürftigen Personen mit Diabetes mellitus Typ 2. Eine Outcome Variabel war u.a. Teilhabe einschränkungen der Patienten gemessen mit dem IMET (Hüppe et al. 2008). An Diabetes Mellitus Typ

2 Erkrankte weisen eine im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung höhere Teilhabeeinschränkungen auf. In Gegenüberstellung mit orthopädischen oder neurologischen Rehabilitanden fallen die IMET Mittelwerte der Diabetespatienten jedoch deutlich geringer aus. Einen positiven Effekt auf die Teilhabe von Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa Patienten konnten Hüppe et al. in einer randomisiert-kontrollierten Studie zeigen (Hüppe et al. 2014). Hier wurde der Interventionsgruppe individualisierte Informationen zur angemessenen Gesundheitsfürsorge bereitgestellt. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe, die der üblichen medizinische Betreuung unterlag, zeigten sich bei der Interventionsgruppe förderliche Effekte u.a. im Bereich der sozialen Teilhabe (Hüppe et al. 2014). Trotz der positiven Ergebnisse der Intervention, weisen Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen höhere IMET Mittelwerte und damit schwerwiegendere Teilhabeeinschränkungen auf als der Durchschnitt der Lübecker Bevölkerung. Außerdem sind die Einschränkungen der Teilhabe schon in einem deutlich jüngeren Alter vorhanden (vgl. 53,3 Jahre in der Lübecker Bevölkerung und 42,4 Jahre bei CED Patienten). Im Vergleich zu den verschiedenen Rehabilitandenstichproben haben CED Erkrankte die geringsten Teilhabeeinschränkungen. Abbildung 14 zeigt die Ausprägungen des IMET Summenscore bei den verschiedenen Stichproben im Vergleich.

Tab 14: IMET in der Bevölkerung, bei Rehabilitanden¹ und chronisch Kranken

Stichprobe	N	Weiblich (%)	Alter, MW (Range)	IMET MW (SD)
Bevölkerung HL	2.024	50,0	53,3 (19-79)	17,4 (20,7)
Orthopädie ¹	814	59,9	67,5 (19-91)	40,4 (21,8)
Orthopädie ²	360	62,5	55,2 (25-87)	30,0 (18,6)
Psychosomatik ³	327	72,8	48,8 (21-72)	34,7 (19,2)
Neurologie ⁴	250	52,8	53,6 (22-86)	38,3 (21,2)
Pneumologie ⁵	158	51,9	54,9 (20-77)	25,5 (19,4)
Diabetes Typ 2 ⁶	223	56,1	58,2 (34-70)	20,1 (19,5)
CED ⁷	514	54,9	42,4 (18-79)	18,7 (17,0)

¹ AHB, 6 Kliniken, Welle 5, 2012/2013
² Heilverfahren, 3 Kliniken, Welle 5, 2012/2013
³ 3 Kliniken, Welle 5, 2012/2013
⁴ 3 Kliniken, Welle 5, 2012/2013
⁵ 2 Kliniken, Welle 5, 2012/2013
⁶ Hüppe et al., 2008
⁷ Hüppe et al., 2014

MW=Mittelwert
SD=Standardabweichung

5 Diskussion

Das Ziel der Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“ war die Bereitstellung von Referenzdaten zu Einschränkungen der Teilhabe, um zukünftig Teilhabeeinschränkungen von chronisch kranken Patienten mit denen der Normalbevölkerung vergleichen und einordnen zu können.

Vor dem Hintergrund der steigenden Non-Response Raten auf Grund einer generell sinkender Teilnahmebereitschaft an Bevölkerungssurveys in Deutschland, lag die Teilnehmerquote unserer Zufallsstichprobe aus der Lübecker Bevölkerung mit 43,1% in einem zufriedenstellenden Bereich (Latzka et al. 2004, Schnell 1997). Die Non-Responder waren zum größten Teil passive Verweigerer, die im Gegensatz zu aktiven Verweigerern den Fragebogen nicht zurückgeschickt haben. Des Weiteren nahmen weniger Männer an der Studie teil als Frauen. Die höchste Non-Response Rate wurde bei den Altersgruppen 19-29 und 30-39 Jahre beobachtet. Insgesamt nimmt die Teilnahmebereitschaft mit dem Alter zu. Diese demografische Entwicklung in Non-Response Quoten, die höhere Bereitschaft von Frauen gegenüber Männern und Älteren gegenüber jüngeren Menschen wurde schon 1992 von Sugiyama beobachtet (Sugiyama 1992).

¹Daten aus den Erhebungen der Qualitätsgemeinschaft medizinischer Rehabilitation Deutschland 60 (Deck 2007)

Da aus einer reinen Response-Rate nicht auf die Validität von Studienergebnissen geschlossen werden kann, sollte nach Möglichkeit versucht werden, Informationen über Nichtteilnehmer zu gewinnen (Hoffmann et al. 2004). Durch die Analyse von mindestens einer oder von mehreren für eine Studie wichtige Variablen, kann der potenzielle Einfluss der Non-Response-Rate auf das jeweilige Studienergebnis untersucht und bei der Interpretation berücksichtigt werden (Hoffmann et al. 2004). Eine detaillierte Non-Responder Analyse, die Gründe für die Nicht-Teilnahme ermittelt, war in der Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“ nicht vorgesehen, da entsprechende Daten nicht zur Verfügung standen. Eine Verzerrung der Ergebnisse, eine sogenannte Non-Response-Bias, bei der teilnehmende Personen sich hinsichtlich der interessierenden Merkmale von nicht teilnehmenden Personen unterscheiden, kann daher nicht ausgeschlossen werden (Hoffmann et al. 2004). Wenn beispielsweise viele Teilnehmer der Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“ gesund waren und ein Großteil der Nichtteilnehmer chronisch krank, wäre das Ergebnis verfälscht. Die Lübecker Bevölkerung wäre in der Studie gesünder als sie in Wirklichkeit ist. Andererseits zeigte eine Arbeit von Schmidt et al. am Beispiel einer bevölkerungsbezogenen Studie über Rückenschmerzen, dass Unterschiede im Teilnahmeverhalten nur geringe Einflüsse auf die Kernergebnisse haben (Schmidt et al. 2011).

Die Zufallsstichprobe aus der Lübecker Bevölkerung umfasste Personen im Alter von 19 bis 79 Jahren. Der Altersdurchschnitt des Teilnehmerkollektivs ist ca. 4 Jahre älter als die ursprüngliche Stichprobe. Am wenigsten vertreten waren die jüngeren Altersgruppen bis 39 Jahre, hier beispielsweise Schüler und Auszubildende. Mehr als ein Drittel des Teilnehmerkollektivs wies einen Fach- oder Hochschulabschluss- und nur 30% einen Hauptschulabschluss auf. Im Vergleich zur Normalbevölkerung ist die Stichprobe somit geringfügig höher ausgebildet. Zudem besteht sie aus weniger Männern als Frauen. Nach Hoffmann et al. ist davon auszugehen, dass diese Einschränkungen in der Stichprobenszusammensetzung aufgrund von Nichtteilnehmer-Eigenschaften entstehen. In einer Nichtteilnehmer-Analyse des bevölkerungsbasierten Gesundheitssurveys „Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg (KORA) 2000“ verweigerten tendenziell mehr Männer, mehr jüngere Personen und Personen mit einer niedrigen Schulbildung die Studienteilnahme (Hoffmann et al. 2004). Da in der Ergebnisdarstellung meistens eine alters- bzw. geschlechtsspezifische Darstellung gewählt wurde, haben Unterschiede

in der Alters- und Geschlechtszusammensetzung allerdings ein vergleichsweise geringes Verzerrungspotential (Deck et al. 2015). Somit kommt trotz der aufgeführten Einschränkungen, das Teilnehmerkollektiv hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsbezogener Faktoren der Struktur der bundesdeutschen Bevölkerung sehr nahe.

Der Gesundheitszustand der untersuchten Stichprobe kann als gut eingestuft werden. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer gaben einen Gesundheitszustand zwischen „5“ und „6“ an, also die dritt und zweithöchsten Angaben auf der siebenstufigen Skala (s.o.). Wenig überraschend sind die nahezu identischen Werte bei der Lebensqualität, da der Gesundheitszustand einer Person hoch mit der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität korreliert. Beim Vergleich der Werte mit einer Studie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland (DEGS1) vom RKI werden ähnliche Ergebnisse beschrieben. Laut RKI hat sich die Einschätzung der allgemeinen Gesundheit insbesondere in den höheren Altersgruppen verglichen mit Erhebungen vor 10 Jahren deutlich verbessert (Ellert und Kurth 2013).

Je älter die Studienteilnehmer waren, desto höher wurden Einschränkungen des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität angegeben. Dieser Aspekt wird durch eine Studie von Ellert et al. 2003 unterstrichen. Hier wurde ein telefonischer Gesundheitssurvey mit dem 2003 entwickelten Instrument SF-8 (Short Form-8 Health Survey) durchgeführt, das in der Lage ist, gesundheitsbezogene Lebensqualität zu messen (Ellert et al. 2005). In der Studie von Ellert et al. wird ebenfalls ein Rückgang der Lebensqualität mit zunehmendem Alter beschrieben. Des Weiteren wirkt sich das Vorhandensein chronischer Krankheiten und Schmerzen negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus (Ellert et al. 2005). Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“ wider. Einschränkungen der Teilhabe sind Folge von beispielsweise chronischer Krankheit und Schmerzen. Diese Einschränkungen werden in einem höheren IMET Summenscore deutlich, welcher wiederum mit einer niedrigen Lebensqualität bzw. einem eingeschränkten Gesundheitszustand korreliert (Vgl. 4.5.6).

Trotz der positiven Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität weist das Teilnehmerkollektiv unabhängig vom Geschlecht eine hohe Morbidität auf. Nur 28% der Stichprobe gaben keine Erkrankungen an, während ein Drittel der Befragten sogar an drei oder mehr Erkrankungen leiden. Am häufigsten wurden hier

Hypertonie, erhöhte Blutfette und Arthrose angegeben. Dies spiegelt die Ergebnisse der vom RKI entwickelten GEDA Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) zu „Krankheitsprävalenzen und -mustern bei Erwachsenen in Deutschland“ wider. Hier wurden 2012 telefonisch 19.294 Personen im Alter von 18 bis 100 Jahre 100 Fragen zur Gesundheit und zur Lebenssituation gestellt (Robert-Koch-Institut 2012). Ca. 20% der unter 30-jährigen Frauen und 18% der gleichaltrigen Männer gaben an, von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen zu sein. In der Altersgruppe ab 65 Jahren waren es laut RKI sogar 58% der Frauen und 55% der Männer (Robert-Koch-Institut 2012). Die am häufigsten angegebenen Erkrankungen waren hier wie bei der Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“ ebenfalls Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Adipositas und Arthrose (Robert-Koch-Institut 2012).

Des Weiteren variiert die Prävalenz chronischer Erkrankungen nach Alter und Geschlecht. Männer leiden häufiger an Durchblutungsstörungen, Bronchitiden, Diabetes Mellitus und Hypertonie während Frauen öfters mit Osteoporose und Depression auffallen. Höhere Altersgruppen sind erwartungsgemäß besonders von Multimorbidität betroffen. Laut GBE liegt die Prävalenz diagnostizierter Depressionen bei Frauen sogar doppelt so hoch wie bei Männern (Müters et al. 2013). Im Ergebnisbericht der GEDA 2012 bestand bei ca. 10% der Frauen und 6% der Männer eine aktuelle depressive Symptomatik (Busch et al. 2013). Diese Daten werden in der Zusatzuntersuchung „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) hervorgehoben. Hier waren etwa 11% der Frauen und 5% der Männer im Alter zwischen 18 und 79 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate von einer unipolaren depressiven Störung betroffen (Jacobi et al. 2014). In der Stichprobe der Lübecker Bevölkerung fand sich im Gegensatz zur GEDA, bei der junge Erwachsene (18-29 Jahre) die niedrigste Quote an Depressionen aufwiesen, der niedrigste Anteil von Menschen mit einer depressiven Symptomatik im Alter von 70 und 79 Jahren. Der größte Anteil an Teilnehmern mit einer depressiven Symptomatik zeigte sich in den Altersgruppen 30-39 Jahre, 40-49 Jahre und 50-59 Jahre.

Bei der Analyse des IMET Fragebogens wurden die größten Teilhabeeinschränkungen bei Item 5 „Erholung und Freizeit“, Item 8 „Sexualleben“ und Item 9 „Stress und außergewöhnliche Belastung“ festgestellt. Außerdem gaben Männer bei den einzelnen IMET Items leicht höhere Teilhabeeinschränkungen an. Bei den IMET Summenscores unterscheiden sich Männer und Frauen nur geringfügig. Hier ergab

sich ein Mittelwert von 17,4 mit einer Standardabweichung von 20,7 und einem Range von 0 bis 90. Das bedeutet, dass sich die IMET Mittelwerte der einzelnen Items in einem niedrigen Bereich bewegen. Außerdem steigt der Grad der Teilhabebeeinschränkungen erwartungsgemäß mit dem Lebensalter.

Dieser Trend zeigt sich auch in der bereits oben erwähnten GEDA Studie vom RKI 2012. Hier sollte das Vorhandensein und der Schweregrad jeglicher Beeinträchtigungen alltäglicher Aktivitäten aufgrund lang andauernder körperlicher und geistiger Gesundheitsprobleme mit der Frage: „In welchem Ausmaß sind Sie durch Krankheit in der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft eingeschränkt?“ von den Befragten selbst eingeschätzt werden (Antwortkategorien: »erheblich eingeschränkt«, »eingeschränkt, aber nicht erheblich«, »nicht eingeschränkt«) (Robert-Koch-Institut 2012). Hier fühlten sich unter den 18- bis 29-jährigen Frauen 14% und unter den gleichaltrigen Männern 13% eingeschränkt oder erheblich eingeschränkt während 55% der Frauen ab 65 Jahren und ca. 52% der Männer Einschränkungen bzw. erhebliche Einschränkungen angaben (Robert-Koch-Institut 2012). Insgesamt sind die Teilhabebeeinschränkungen dennoch unabhängig vom Geschlecht gering ausgeprägt, welches für eine „gesunde“ Lübecker Bevölkerung spricht.

Die Hauptkomponentenanalyse erzielte einen Faktor mit einer erklärten Varianz von 71%. Hohe Trennschärfen sowie Faktorladungen unterstreichen das eindimensionale Konstrukt „Teilhabe“. Die Reliabilitätsprüfung ergab für die interne Konsistenz einen Alpha-Wert von 0,94. Darüber hinaus bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen dem IMET Summenscore, dem subjektiven Gesundheitszustand, der Lebensqualität und dem Komorbiditätsscore. Bei einem hohen IMET Summenscore verschlechtert sich der subjektive Gesundheitszustand und die Lebensqualität, während es sich bei einem niedrigen Summenscore umgekehrt verhält. Außerdem besteht bei einem hohen IMET Summenscore ein ebenfalls hoher Komorbiditätsscore. Diese Korrelationen bestätigen die Validität des IMET.

Teilhabebeeinschränkungen variieren nicht nur nach krankheitsbezogenen Merkmalen, sondern auch nach soziodemographischen Faktoren. Beim Vergleich der Mittelwerte der einzelnen IMET Items mit verschiedenen Schulabschlüssen zeigte sich, dass Personen mit geringer Schulbildung höhere Teilhabebeeinschränkungen aufweisen als Teilnehmer mit einem höheren Schulabschluss. Bereits 2012 zeigten Mielck et al. in

einer Studie „Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit“, dass Personen mit geringer Bildung einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufwiesen. Hier zeigte sich außerdem, dass geringe Bildung mit gesundheitliche Risikofaktoren, wie Bewegungsmangel, Rauchen und Adipositas zusammenhängen (Mielck et al. 2012). Bei der oben zitierten GEDA Studie wurden die Ergebnisse ebenfalls nach Bildungsstatus stratifiziert. Hier ergab sich bei fast allen abgefragten Kategorien mit Ausnahme von Hörbeeinträchtigungen, Asthma bronchiale, Unfallverletzungen, Fettstoffwechselstörungen und Osteoporose ein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmern aus den oberen und unteren Bildungsgruppen (Robert-Koch-Institut 2012).

Für unsere Studie von besonderem Interesse sind die analysierten Daten zu gesundheitlichen Einschränkungen. Hier liegt der Anteil eingeschränkter Personen bei beiden Geschlechtern in der unteren oder mittleren Bildungsgruppe signifikant höher als in der oberen Bildungsgruppe (Robert-Koch-Institut 2012). Dies liegt daran, dass Menschen mit einem niedrigen Schulabschluss oftmals von Arbeitslosigkeit, geringfügiger Beschäftigung und einem niedrigen Einkommen betroffen sind. Diese Aspekte können weiterhin zu Einschränkungen im Bereich gesunder Ernährung, Vereinsmitgliedschaften und medizinischen Zusatzleistungen führen (Mielck et al. 2012). Außerdem fehlt bei jungen Menschen mit einem niedrigeren Schulabschluss das Wissen über einen gesunden Lebensstil. Folglich sind Personen mit geringer Bildung oftmals häufiger von Krankheiten betroffen und somit in ihrer Teilhabe eingeschränkt. Trotz der eindeutigen Ergebnisse von Mielck et al. muss der Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und Teilhabe einschränkungen mit Vorsicht interpretiert werden. Das liegt vor allem an der sich in den vergangenen Jahrzehnten verändernden Bildungs- und Gesellschaftsstruktur. Im letzten Jahrhundert erlebte Deutschland eine Bildungsexpansion: während früher ein Großteil der Bevölkerung einen Haupt- oder Volksschulabschluss erlangte, erhöhte sich in den nachfolgenden Jahrzehnten der Anteil an Personen mit einer Fachhochschul- oder Hochschulreife (Mielck et al. 2012). Außerdem strebten deutlich mehr Frauen einen höheren Bildungs- und Berufsabschluss an (Mielck et al. 2012). Daher ist es bei der Interpretation von Zusammenhängen zwischen Bildung und Gesundheitszustand besonders wichtig die Verteilung von Alter und Geschlecht zu berücksichtigen (Mielck et al. 2012).

Beim Vergleich der Teilhabeeinschränkungen in der Bevölkerung mit denen von Rehabilitanden ergaben sich deutliche Unterschiede. Erwartungsgemäß sind Einschränkungen der Teilhabe bei den Rehabilitanden höher ausgeprägt als in der Normalbevölkerung. Die orthopädischen weisen im Gegensatz zu den pneumologischen Rehabilitanden die größten Einschränkungen auf. Das hat mehrere Gründe. Zum einen gehören Erkrankungen des Bewegungsapparates, hier vor allem Rückenbeschwerden, zu den häufigsten Krankheitsbildern: 70-80% aller Menschen leiden mindestens einmal in ihrem Leben an Rückenschmerzen (Hildebrandt und Pfingsten 2003). Außerdem ist die Zahl an rückerkrankungsbedingten Krankheitstagen in den letzten 30 Jahren mindestens um den Faktor 10 gestiegen (Pfingsten und Hildebrandt 2007). Ein besonderes Problem der Rückenerkrankungen besteht darin, dass bei diesen Beschwerden häufig ein Chronifizierungsprozess stattfindet, der sich in deutlich größeren Teilhabeeinschränkungen widerspiegelt (Ünlü 2008). Ähnlich verhält es sich bei neurologischen Rehabilitanden, die zusammen mit den orthopädischen Rehabilitanden die zweithöchsten Teilhabeeinschränkungen aufweisen. Jedes Jahr treten pro 100.000 Einwohner ca. 1060 zerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B. Schlaganfall) auf (Statista 2017). Hinzu kommen chronische neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Multiple Sklerose, Epilepsie und Morbus Parkinson (DVfR 2014). Diese Erkrankungen können zu dauerhafter Beeinträchtigung von Körperstrukturen, Funktionen und der Aktivitäten und zu schwer überwindbaren Teilhabeeinschränkungen führen (DVfR 2014).

Auch die Anwendung des IMET in der Gesundheitsversorgung, bei Studien zu Diabetes Mellitus und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, belegen die Auswirkungen einer chronischen Erkrankung auf das alltägliche Leben. Im Vergleich zu den verschiedenen Rehabilitanden-Gruppen sind die IMET Mittelwerte hier zwar niedriger, jedoch bestehen im Vergleich zur Lübecker Bevölkerung vor allem bereits im jungen Alter deutliche Teilhabeeinschränkungen.

6 Bewertung und Ausblick

Bei der Querschnittsstudie mit einer repräsentativen Stichprobe von 5004 Lübecker Bürgern ergab sich eine Response von 43,1%. Diese Teilnehmerquote kann in diesem Setting als zufriedenstellend angesehen werden. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Ergebnisse in Bezug auf soziodemographische sowie krankheitsbezogene Faktoren bei einer größeren Teilnehmerrate verändert hätten. Die Studie wurde in Lübeck durchgeführt, einer Stadt mit ca. 211.700 Einwohnern. Wie sich die Bevölkerungsstichprobe in anderen Landesteilen oder Städten verhalten hätte, kann nicht beurteilt werden. Die Zufallsstichprobe kommt nahe an die Eigenschaften der deutschen Normalbevölkerung heran. Die vorliegenden Befunde ermöglichen es, individuelle Teilhabeeinschränkungen chronisch kranker Patienten mit denen einer gesunden Normbevölkerung ins Verhältnis zu setzen und können somit für zukünftige Studien im rehabilitativen Setting als valide Referenzdaten herangezogen werden.

7 Zusammenfassung

Teilhabe ist in den letzten Jahren zu einem zentralen Begriff für die Rehabilitation und Rehabilitationsforschung geworden. Er ist fest verankert im Sozialgesetzbuch SGB XI sowie im biopsychosozialen Modell der ICF. Hier wird Teilhabe als eine Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person, ihrer Umwelt und personenbezogenen Faktoren definiert. Mit dem IMET liegt ein generisches Instrument vor, das in der Lage ist Teilhabe in standardisierter Weise zu erfassen und global sowie krankheitsspezifisch abzubilden.

Bislang fehlte es an bevölkerungsbezogenen Referenzwerten. Somit war es das primäre Ziel der durchgeführten Studie, Teilhabeeinschränkungen aus einer repräsentativen Stichprobe der Lübecker Bevölkerung zu erfassen. Diese können in der Zukunft als valide Referenzdaten der deutschen Normalbevölkerung herangezogen werden.

Hierzu wurden 5.004 zufällig ausgewählte Lübecker Bürger mittels eines postalischen Surveys zu Teilhabeeinschränkungen befragt. In die Studie eingeschlossen wurden weibliche und männliche Lübecker Bürger ab einem Alter von 19 Jahren. Als Assessmentinstrument wurde der 2006 im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck entwickelte IMET „Index zur Messung von Einschränkungen

der Teilhabe“ eingesetzt. Ergänzt wurde der IMET durch Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand, zur Lebensqualität, zu ausgewählten Erkrankungen, zur schulischen Ausbildung und zum Berufsstatus. Die Fragebögen wurden am 14.07.2014 an die vorher vom Einwohnermeldeamt zufällig ermittelten Adressen verschickt und der Rücklauf mit einem verschlüsselten Status kontinuierlich in einer Microsoft Access Datenbank festgehalten.

Die Teilnehmerquote lag bei zufriedenstellenden 43,1%. Das Durchschnittsalter des Studienkollektivs betrug 53 Jahre (SD 17,1) und war damit geringfügig älter als die ursprüngliche Stichprobe. Der Frauenanteil betrug 53%. Am wenigsten vertreten waren Schüler und Studenten. Der Anteil der fehlenden Werte lag über alle Items des IMET zwischen 2% und 4%, Ausnahme bildet Item 8 „Sexualleben“ mit 7% fehlenden Werten. Die größten Teilhabebeeinschränkungen wurden bei Item 5 „Erholung und Freizeit“, Item 8 „Sexualleben“ und Item 9 „Stress und außergewöhnliche Belastungen“ angegeben. Die Ausprägungen der Einschränkungen der Teilhabe variieren nach Geschlecht und Alter. Insgesamt gaben Männer in allen Items leicht höhere Teilhabebeeinschränkungen an. Erwartungsmäßig steigt der Grad der Teilhabebeeinschränkungen mit dem Lebensalter. Teilhabebeeinschränkungen variieren ferner nach krankheitsbezogenen und soziodemographischen Faktoren. Teilnehmer mit geringer Schulbildung weisen bei allen Items die signifikant höheren Teilhabebeeinschränkungen auf als Personen mit höherer Schulbildung. Außerdem korreliert der IMET Summenscore mit dem Gesundheitszustand, der Lebensqualität sowie mit der Prävalenz verschiedener chronischer Krankheiten.

Das Ziel der Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“, war die Bereitstellung von Referenzdaten zu Einschränkungen der Teilhabe. In Zukunft wird es möglich sein, Teilhabebeeinschränkungen von chronisch kranken Patienten mit denen der Normalbevölkerung zu vergleichen. Die Daten können für zukünftige Studien im rehabilitativen Setting als valide Referenzdaten herangezogen werden und ermöglichen ein erweitertes Verständnis vom Zusammenhang zwischen Gesundheit, Krankheit und Teilhabebeeinschränkungen.

8 Literaturverzeichnis

- AG Teilhabeforschung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). 2012. „Diskussionspapier Teilhabeforschung“. *Die Rehabilitation*, 51: 28–33.
- Amelang, M., D. Bartussek, G. Stemmler, und D. Hagemann. 2006. *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. 6. Aufl. Kohlhammer GmbH.
- Backhaus, K., B. Erichson, W. Plinke, und R. Weiber. 2011. *Multivariate Analysemethoden, Eine anwendungsorientierte Einführung*. 13. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- BAR. 2006. „ICF-Praxisleitfaden: Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beim Zugang zur Rehabilitation“.
- BAR. 2015. „ICF-Praxisleitfaden 1: Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“.
- Baron S., und M. Linden. 2009. „Wirksamkeitsanalyse einer stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand des Mini-ICF-APP“. *Die Rehabilitation*, 48(3): 145-153
- Bengel, J., M. Beutel, M. Broda, G. Haag, M. Härter, G. Lucius-Hoene, F.A. Muthny, F. Potreck-Rose, R. Stegie, und J. Weis. 2003. „Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung“. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53(2): 83–93.
- Bengel, J. (Hg.), und M. Jersusalem. 2009. *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Borzt, J., und N. Döring. 2003. *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. 3. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Brütt A.L., H. Schulz, N. Tüpker, S. Endras, M.A. Deters, C. Schmeling-Kludas, U. Koch, und S. Andreas. 2011. *Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen im poststationären Verlauf*. 20. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium: 103-104

- Brütt, A.L., H. Schulz, und S. Andreas. 2015. „Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P“. *Die Rehabilitation*, 54(01): 38–44.
- Buchholz, A., M. Spies, und A.L. Brütt. 2015. „ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen - ein systematisches Review“. *Die Rehabilitation*, 54(3): 153–59.
- Busch, M.A., U.E. Maske, L. Ryl, u.a. 2013. „Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5/6): 733–39.
- Calais Van Stokkom, S. 2002. „ICF and Social Policy“. *Newsletter on the WHO-FIC*, 1(1): 15–17.
- Carstensen, L.L. 1995. „Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity“. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5): 151–56.
- Cerniauskaite, M., R. Quintas, und C.H. Boldt et al. 2011. „Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalization“. *Disability and Rehabilitation*, 33: 281–309.
- Cohen, J. 1988. *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. 2. Aufl. Lawrence Erlbaum Associates.
- Deck, R. 2007. „Veränderungen von Teilhabestörungen nach Reha“. *Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 78: 229–36.
- Deck, R., O. Mittag, A. Hüppe, C. Muche-Borowski, und H. Raspe. 2007. „Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments“. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 76: 113–20.
- Deck, R., und H. Raspe. 2008. „Einschränkungen der Teilhabe als Outcome-Variabel medizinischer Rehabilitation - Differentielle Ergebnisse für fünf Reha-Indikationen“. *DRV-Schriften*, 95–97.
- Deck, R., A.L. Walther, A. Staupendahl, und A. Katalinic. 2015. „Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung- Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland“. *Die Rehabilitation*, 54: 402–8.

Delbrück, H., und E. Haupt (Hg.) 1998. *Rehabilitationsmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.

Denkinger, M.D., K. Weyerhäuser, T. Nikolaus, und L. Coll-Planas. 2009. „Reliability of the abbreviated version of the Late Life Function and Disability Instrument - A meaningful and feasible tool to assess physical function and disability in the elderly“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42: 28–38.

Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie. 2008. „Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP)“.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.). 2009. *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung Bund*. 3. Aufl. Berlin.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). 2014. „Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion. Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen“.

Dieckmann, L., R. Fiedler, B. Greitemann, G. Heuft, und J. Hinrichs. 2012. „Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden anhand des DiaRes“. DRV Schriften Band 98.

Dieckmann, L., J. Hinrichs, S. Engbrink, R. Fiedler, B. Greitemann, und G. Heuft. 2014. „Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden: Validierung des Fragebogens DiaRes in der medizinischen Rehabilitation“. DRV Schriften Band 103.

Dijkers, M.P. 2010. „Issues in the Conceptualization and Measurement of Participation. An Overview“. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(9): 5–16.

Dillmann, U., P. Nilges, P. Saile, und H.U. Gerbershagen. 1994. „Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten“. *Der Schmerz*, 8(2): 100–110.

Ellert, U., und B.M. Kurth. 2013. „Health related quality of life in adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5/6): 643–49.

- Ellert, U., T. Lampert, und U. Ravens-Sieberer. 2005. „Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48(12): 1330–37.
- Ewert, T., R. Freudenstein, und G. Stucki. 2008. „Die ICF in der Sozialmedizin“. *Das Gesundheitswesen*, 70: 600–616.
- Eyssen, I.C., M.P. Steultjens, J. Dekker, und C.B. Terwee. 2011. „A systematic review of instruments assessing participation: challenges in defining participation“. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92: 983–97.
- Farin, E. 2008. „Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderung für die Ergebnismessung in der Rehabilitation“. *Die Rehabilitation*, 47: 67–76.
- Farin, E. 2011. „Teilhabe von Patienten an Lebensbereichen als Gegenstand der Versorgungsforschung: Beziehung zu verwandten Konstrukten und Übersicht über vorhandene Messverfahren“. *Das Gesundheitswesen*, 73(1): e1-e11
- Farin, E. 2012. „Konzeptionelle und methodische Herausforderung der Teilhabeforschung“. *Die Rehabilitation*, 51: 3–11.
- Farin, E., A. Fleitz, und C. Frey. 2007. „Psychometric Properties of an International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-oriented, adaptive questionnaire for the assessment of Mobility, Self-Care and Domestic Life“. *Journal of rehabilitation medicine*, 39(7): 537–546(10).
- Fisseni, H.-J. 2004. *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. 3. Aufl. Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Fries, W., und S. Fischer. 2008. „Beeinträchtigung der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personenbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren- eine Pilotstudie“. *Die Rehabilitation*, 47: 265–74.
- Fuchs, H. 2006. „Die chronische Krankheit im Recht der medizinischen Rehabilitation: Inwieweit werden chronisch Kranke nach den geltenden Vorschriften besonders berücksichtigt?“ *Workshop „Chronische Krankheit im Recht der medizinischen Rehabilitation und der gesetzlichen Krankenversicherung“*.
- George, D., und P. Mallery. 2003. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update*. 4. Aufl. Boston: Allyn & Bacon.

Geyh, S., C. Peter, R. Müller, u.a. 2011. „The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature- a systematic review and content analysis“. *Disability and Rehabilitation*, 33: 1089–1102.

Gignac, M., X. Cao, J. Mcalpine, und E. Badley. 2011. „Measures of disability: Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2), Arthritis Impact Measurement Scales 2-Short Form (AIMS2-SF), The Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Long-Term Disability Questionnaire, EQ-5D, World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODASII), Late-Life Function and Disability Instrument-Abbreviated Version (LLFDI-Abbreviated)“. *Arthritis care & research*, 63(11): 24.

Grotkamp, S. 2006. „Ansatz der Sozialmedizinischen Expertengruppe 1 der MDK-Gemeinschaft zu Ergänzung der ICF (Teil 2, Komponente 4) um die Klassifikation der Komponente ‚Personenbezogene Kontextfaktoren‘-bezogen auf die Anwendung in der sozialmedizinischen Begutachtung des MDK.“ *DRV ICF Anwenderkonferenz*.

Grotkamp, S., W. Cibis, A. Bahemann, A. Baldus, J. Behrens, und I.D. Nyffeler. 2014. „Bedeutung der personenbezogenen Faktoren der ICF für die Nutzung in der praktischen Sozialmedizin und Rehabilitation“. *Das Gesundheitswesen*, 76(3): 172–80.

Hammel, J., S. Magasi, A. Heinemann, G. Whiteneck, J. Bogner, und E. Rodriguez. 2008. „What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities“. *Disability and Rehabilitation*, 30(19): 1057–69.

Hildebrandt, J., und M. Pfingsten. 2003. „Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP). *Das Manual*. Berlin: congress compact verlag.

Hoffmann, W., C. Terschüren, R. Holle, P. Kamtsiuris, M. Bergmann, A. Kroke, S. Sauer, A. Stang, und U. Latza. 2004. „Zum Problem der Response in epidemiologischen Studien in Deutschland (Teil II)“. *Das Gesundheitswesen*, 66(8/09): 482–91.

Hüppe, A., J. Langbrandtner, und H. Raspe. 2014. „Inviting Patients with inflammatory Bowel Disease to Activate Involvement in their own Care: A Randomized Controlled Trial“. *Inflammatory Bowel Disease*, 20: 1057–69.

- Hüppe, A., D. Parow, und H. Raspe. 2008. „Wirksamkeit und Nutzen eines Screeningverfahrens zur Identifikation von rehabilitationsbedürftigen Personen mit Diabetes mellitus Typ 2: eine randomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie unter Versicherten der Hamburg Münchener Krankenkasse“. *Das Gesundheitswesen*, 70(10): 590–99.
- Jachertz, N. 2006. „Gesundheit in Deutschland: Versorgung auf hohem Niveau“. *Deutsches Ärzteblatt*, 103: 34–35.
- Jacobi, F., M. Höfler, und J. Strehle. 2014. „Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychischer Gesundheit (DEGS1-MH)“. *Nervenarzt*, 85(1): 77–87.
- Jelsma, J. 2009. „Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey“. *Journal of rehabilitation medicine*, 41(1): 1–12.
- Jette, A.M., S.M. Haley, und J.T. Kooyoomjian. 2003. „Are the ICF Activity and Participation Dimensions distinct?“ *Journal of rehabilitation medicine*, 35(3): 145–49.
- Kirschneck, M., I. Kirchberger, G. Stucki, U.W. Böhni, A. Cieza, und J. Dvorak. 2009. „ICF-Interventionskategorien für Manuelle Medizin. Ein erster Beitrag zur standardisierten Therapiedokumentation und Erfolgskontrolle“. *Manuelle Medizin*, 47(2): 123–32.
- Koch, U., und R. Buschmann-Steinhage. 2004. „Zum Verständnis und zu den Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland“. *Deutsche Rentenversicherung Bund*, 5: 263–72.
- Köllner, V., und H. Schauenburg. 2012. *Psychotherapie im Dialog - Diagnostik und Evaluation*. 1. Aufl. Thieme Verlag.
- Latza, U., A. Stang, M. Bergmann, A. Kroke, S. Sauer, R. Holle, P. Kamtsiuris, C. Terschüren, und W. Hoffmann. 2004. „Zum Problem der Response in epidemiologischen Studien in Deutschland (Teil I)“. *Das Gesundheitswesen*, 66(5): 326–36.
- Lay, W. 2009. „ICF-Qualifizierungen als Baustein für die weitere Umsetzung der ICF“. 7. ICF Anwenderkonferenz.

- Leitner, A., R. Kaluscha, und E. Jacobi. 2008. „Praktische Nutzung der ICF: Erprobung eines neuen Ansatzes in vier Kliniken“. *Die Rehabilitation*, 47: 226–35.
- Levasseur, M., J. Desrosiers, und L. Noreau. 2004. „Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities?“ *Disability and Rehabilitation*, 59(1): 1206–13.
- Linden, M., und S. Baron. 2005. „Das ‚Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)‘. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Erkrankungen“. *Die Rehabilitation*, 44: 144–51.
- Linden, M., S. Baron, und B. Muschalla. 2009. *Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Erkrankungen*. Göttingen: Huber.
- Lindmeier, C. 2006. „Die neue Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO - Darstellung und Kritik“.
- Maaz, A., M.H.-J. Winter, und A. Kuhlmeier (Hg.). 2007. *Fehlzeiten-Report 2006. Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten)*. Springer Verlag.
- Magasi, S., A. Heinemann, und G. Whiteneck. 2008. „Quality of Life/Participation Committee: Participation following traumatic spinal cord injury: an evidence-based review for research“. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 31(2): 145–56.
- Magasi, S., und M.W. Post. 2010. „A Comparative Review of Contemporary Participation Measures’ Psychometric Properties and Content Coverage“. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(9): 17–28.
- Mars, G.M., G.I Kempen, I. Mesters, et al. 2008. „Characteristics of social participation as defined by older adults with a chronic physical illness“. *Disability and Rehabilitation*, 30(17): 1298–1308.
- Menning, S., und E. Hoffmann. 2009. „Die Babyboomer - ein demografisches Porträt. GeroStat Report Altersdaten“. *Deutsches Zentrum*.

Meyer, A.H. 2004. *Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren?. Potenzen und Probleme der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“. Ein Überblick.* Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH.

Mielck, A., M. Lungen, M. Siegel, und K. Korber. 2012. „Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit“. *Bertelsmann Stiftung.*

Muschalla B., M. Vilain, C. Lawall, M. Lewerenz, und M. Linden. 2009. „Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung“. *Die Rehabilitation*, 48(2): 84-90

Muschalla, B., U. Keßler, und M. Linden. 2012. „Teilhabestörungen nach Mini-ICF-APP bei arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Hausarzt-Patienten mit chronischen psychischen Leiden“. *Deutsche Vereinigung für Rehabilitation.*

Muschalla B., U. Keßler, M. Schwantes, und M. Linden. 2013. „Rehabilitationsbedarf bei Hausarztpatienten mit psychischen Störungen“. *Die Rehabilitation*, 52(4): 251-256

Müters, S., J. Hoebel, und C. Lange. 2013. „Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern“. Robert-Koch-Institut Berlin. GBE.

Nagi, S.Z. 1999. *Disability concepts revisited: implications for prevention.* Washington, DC: National Academy Press.

Noonan, V.K., J.A. Kopec, und L. Noreau. 2009. „Comparing the content of participation instruments using the International Classification of Functioning, Disability and Health“. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7: 1.

Nordenfelt, L. 2003. „Action theory, disability and ICF“. *Disability and Rehabilitation*, 25(18): 1075–79.

Pfingsten, M., und J. Hildebrandt. 2007. „Rückenschmerzen“. In *Schmerzpsychotherapie, Grundlagen — Diagnostik — Krankheitsbilder — Behandlung*, 6. Aufl., 405–25. Springer Berlin Heidelberg.

Pöpl, D., R. Deck, W. Fries, und P. Reuther. 2013. „Messung von Teilhabe in der wohnortnahen ambulanten Neurorehabilitation- eine Pilotstudie“. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 81: 570–78.

- Pösl, M., A. Cieza, und G. Stucki. 2007. „Psychometric Properties of the WHODAS II in rehabilitation patients“. *Quality of Life Research*, 16: 1521–31.
- Preusker, U.K. (Hg.). 2013. *Lexikon des deutschen Gesundheitssystems*. 4. Aufl. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Queri, S. 2014. „ICF-Assessment in der psychiatrischen Rehabilitation - Begründung einer eigenständigen Rehabilitationsdiagnostik“. *Die Rehabilitation*, 53: 230–36.
- Ranft, J., M. Nosper, und H. Rüdell. 2011. „Das Aktivitäten- und Teilhabekonzept der ICF in der Rehabilitationsdiagnostik: Kurzform des ICF AT 50-Psych“. DRV Schriften Band 93.
- Resnik, L., und M. Plow. 2009. „Measuring participation as defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health: an evaluation of existing measures“. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 90: 856–66.
- Robert-Koch-Institut (Hg.). 2012. „GBE kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes“.
- Robert-Koch-Institut (Hg.). 2015. „Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Gemeinsam getragen mit RKI und Destatis“.
- Sangha, O., G. Stucki, und M.H. Liang. 2003. „The Self-Administered Comorbidity Questionnaire: a new method to assess comorbidity for clinical and health services research“. *Arthritis and Rheumatism*, 49: 156–63.
- Schell, R., P.B. Hill, und E. Esser. 2008. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 8. Aufl. Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Schenk, E., J. Lange, M. Schucany, und C. Wendel. 2015. „Teilhabe nach Schlaganfall - Validierung der deutschen Übersetzung des IMPACT-S“. *Die Rehabilitation*, 54: 160–65.
- Schippers, G., T.G. Broekman, und A. Buchholz. 2011. *MATE 2.1. Handbuch und Leitfaden*. Nijmegen, Niederlande: Bureau Béta.
- Schliehe, F., und T. Ewert. 2013. „Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) - Aktualisierung der problemorientierten Bestandsaufnahme“. *Die Rehabilitation*, 52(1): 40–50.

- Schliehe, F., und M. Schuntermann. 2002. „Teilhabe durch Rehabilitation“. 11. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium; Tagungsband 3.
- Schmidt, C. O., H. Raspe, M. Pfingsten et al. 2011. „Does attrition bias longitudinal population-based studies on back pain?“. *European Journal of Pain*, 15: 84–91.
- Schmidt-Atzert, L., und M. Amelang. 2012. *Psychologische Diagnostik*. 5. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Schnell, R. 1997. *Nonresponse in Bevölkerungsumfragen: Ausmaß, Entwicklung und Ursachen*. Opladen: Leske und Budrich.
- Schulte, T., und R. Deck. 2007. „Einsatz von Assessmentinstrumenten in der onkologischen Rehabilitation am Beispiel des IMET“. *DRV Schriften*, 489–90.
- Schuntermann, M. 1999. „Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrechts“. *Die neue Sonderschule*, 44: 363-5.
- Schuntermann, M. 2002. „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Einführung und Kurzfassung der ICF.“ www.vdr.de.
- Schuntermann, M. 2003. „Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)“. *Deutsche Rentenversicherung Bund*, 1–2: 52–59.
- Schuntermann, M. 2007. „Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Kurzeinführung“.
- Schuntermann, M. 2011. „10 Jahre ICF – Erfahrungen und Probleme“. Tagung in Halle (Saale) als Satellit des Jahreskongresses der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation in Berlin.
- Schwarz, K. 1997. „Bestimmungsgründe der Alterung einer Bevölkerung - Das deutsche Beispiel“. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaften*, 22: 347–59.

Statista. 2017. „Anzahl neurologischer Erkrankungen bei der Bevölkerung in Europa von 2005, 2015 und 2030 (je 100.000 Einwohner)“. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/180618/umfrage/anzahl-neurologischer-erkrankungen/> (Stand: 20.07.17)

Statistisches Bundesamt. „Bevölkerung nach Altersgruppen. Bevölkerung Deutschlands bis 2060“. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.

Statistisches Bundesamt. „DESTATIS (1871/81-2010): Durchschnittliche Lebenserwartung 1871/81-2010/12“.

Statistisches Bundesamt. „DESTATIS (2010): Allgemeine Sterbetafeln für Deutschland - Früheres Bundesgebiet, neue Länder sowie die Bundesländer“.

Sugiyama, M. 1992. *Responses and Nonresponses: Duality of Information in sample surveys*. Paris: Lebart.

Ünlü, Ali Ihsan. 2008. „Behandlungseffekte bei Rückenschmerzpatienten, Studie im Bereich der stationären orthopädischen Rehabilitation unter Berücksichtigung von Chronifizierung und Behandlungsdauer“. Giessen: Justus-Liebig-Universität Giessen.

Üstün, B., N. Kostanjsek, S. Chaterki, J. Rehm, et al. 2010. „Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0“. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11): 815–23.

Vömel, U. 2002. „Das SGB IX - Reformansätze, Neuerungen, erste Umsetzungen“. *Die Rehabilitation*, 41: 274–78.

Ware, N.C., K. Hopper, T. Tugenberg, et al. 2008. „A theory of social integration as quality of life“. *Psychiatric Services*, 59(1): 27–33.

Whiteneck, G., und M.P. Dijkers. 2009. „Difficult to measure constructs: conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors“. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 90: 35.

Whiteneck, G., und K.A. Gerhart. 2001. „Role of survey research in assessing rehabilitation outcomes“, 80(4): 305–9.

WHO. 2005. WHO. *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutschsprachige Übersetzung der ICF*. Köln: DIMDI.

9 Anhang

9.1 Votum der Ethikkommission



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau
PD Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

im Hause

nachrichtlich:

Herrn Prof. Katalinic, Direktor des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie

Ethik-Kommission

Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck

Stellv. Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann

Tel.: +49 451 500 4639

Fax: +49 451 500 3026

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 14-050

Datum: 08. April 2014

Sitzung der Ethik-Kommission am 03. April 2014

Antragsteller: Frau PD Dr. Deck

Titel: Erhebung von geschlechts- und altersdifferenzierten Referenzdaten zu Einschränkungen der Teilhabe in der Allgemeinbevölkerung gemessen mit dem IMET (Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe) in einer repräsentativen Stichprobe der Lübecker Bevölkerung. Kurztitel: Gesundheit und Krankheit in Lübeck

Sehr geehrte Frau Dr. Deck,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat **nach der Berücksichtigung folgender Hinweise** keine Bedenken: Es ist darüber aufzuklären, wann die Adressdatei gelöscht wird und damit die Daten anonymisiert vorliegen. Item 5 des Fragebogens enthält in der Kopfzeile eine unverständliche Wendung.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, muss die Kommission umgehend benachrichtigt werden.

Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichem Gruß bin ich

Ihr

Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Katalinic
(Soz.med./Epidemiologie, Vorsitzender)

Herr Prof. Dr. Gieseler
(Med. Klinik I, Stellv. Vorsitzender)

Herr Prof. Barkhausen
(Strahlentherapie)

Herr Dr. Bausch
(Chirurgie)

Herr Prof. Dr. Borck
(Med. u. Wiss.geschichte)

Frau Farries
(Richterin am Amtsgericht Lübeck)

Herr Dr. Fieber
(Stellv. Dir. am Amtsgericht Reinbek)

Frau B. Jacobs
(Pflege, PIZ)

Frau PD Dr. Jauch-Chara
(Psychiatrie)

Herr PD Lauten
(Kinder- und Jugendmedizin)

Herr Prof. Moser
(Neurologie)

Herr Prof. Rehmann-Sutter
(Med. u. Wiss.geschichte)

Frau Prof. Dr. M. Schrader
(Plastische Chirurgie)

Frau Prof. E. Stubbe
(Theologin)

Herr Dr. R. Vonthein
(Zentrum für Klinische Studien)

Frau Prof. Zühlke
(Humangenetik)

9.2 Fragebogen der Studie



ID



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN
UND EPIDEMIOLOGIE

Universität zu Lübeck Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck

"Gesundheit und Krankheit" in Lübeck

Wir interessieren uns für Ihre Gesundheit und mögliche Erkrankungen.
Bitte beantworten Sie deswegen jede der nachfolgenden Fragen.

Kreuzen Sie dazu jeweils das Kästchen an, das am besten auf Sie zutrifft oder
schreiben Sie Ihre Antwort auf die mit _____ gekennzeichnete Linie.

Benutzen Sie dafür bitte einen schwarzen oder blauen Stift.

Streichen Sie ein versehentlich falsch gesetztes Kreuz deutlich durch und kreuzen Sie
dann das richtige Kästchen an.

Für die Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens benutzen Sie bitte den
beiliegenden Umschlag.
Das Porto übernehmen wir für Sie!

Einwilligung zur Befragung

Ich nehme an dieser Befragung teil und fülle den Fragebogen aus.

Ich nehme an dieser Befragung nicht teil und
sende den Fragebogen unausgefüllt zurück.



9406484735



"Gesundheit und Krankheit" in Lübeck

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft.

		Sehr schlecht						Ausge- zeichnet
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Wie würden Sie insgesamt Ihren <u>Gesundheitszustand</u> während der letzten Woche einschätzen?	<input type="checkbox"/>						
2.	Wie würden Sie insgesamt Ihre <u>Lebensqualität</u> während der letzten Woche einschätzen?	<input type="checkbox"/>						

3. Hat ein Arzt jemals eine der genannten Erkrankungen festgestellt?
Bitte kreuzen Sie für jede Erkrankung die entsprechende Antwort an.

	nein	ja
a. Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. erhöhte Blutfette (z.B. Cholesterinwert zu hoch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Krebserkrankung (bösartiger Tumor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bronchialasthma, allergisches Asthma, COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. chronische Bronchitis, Lungenemphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Nierenerkrankung (z.B. Nierensteine, Nieren-, Nierenbeckenentzündung, eingeschränkte Nierenfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Arthrose/Gelenkverschleiß (z.B. an Hüft- oder Kniegelenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. entzündliche Gelenkerkrankungen (z.B. rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Osteoporose, Knochenschwund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Depression, Schwermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. andere psychische Erkrankungen (z.B. Angstzustände, Psychosen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Beeinträchtigungen im Alltag durch Ihre Krankheit. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage das entsprechende Kästchen an.

Dabei bedeuten:
⁰ = keine Beeinträchtigung ¹⁰ = keine Aktivität mehr möglich

Ansonsten kreuzen Sie ein entsprechendes Kästchen dazwischen an

a. übliche Aktivitäten des täglichen Lebens (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus bewegen etc.)
⁰ ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰

b. familiäre und häusliche Verpflichtungen (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und andere Arbeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit)
⁰ ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰

c. Erledigungen außerhalb des Hauses (dieser Bereich umfasst z.B. Einkäufe, Amtsgänge, Bankgeschäfte auch unter Benutzung üblicher Verkehrsmittel)
⁰ ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰

d. tägliche Aufgaben und Verpflichtungen (dieser Bereich umfasst alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen wie z.B. Arbeit, Schule, Hausarbeit)
⁰ ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰

e. Erholung und Freizeit (dieser Bereich umfasst Hobbys, Freizeitaktivitäten und Sport, Urlaub)
⁰ ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰

f. Soziale Aktivitäten (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Essen gehen, besondere Anlässe, Theater- oder Kinobesuche etc.)
⁰ ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰

g. enge persönliche Beziehungen (dieser Bereich bezieht sich auf Eingehen und Aufrechterhalten enger Freundschaften, Partnerschaften, Ehe)
⁰ ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰

h. Sexualeben (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexualebens)
⁰ ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰

Für die nächste Frage bedeutet
⁰ = kann Belastung ertragen..... ¹⁰ = kann Belastungen nicht mehr ertragen

i. Stress und außergewöhnliche Belastungen (dieser Bereich umfasst z.B. familiäre Auseinandersetzungen und andere Konflikte sowie außergewöhnliche Belastungen im Beruf und am Arbeitsplatz)
⁰ ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰

5. Haben Sie jemals an einer der genannten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten teilgenommen und wenn ja wann zuletzt?			
Bitte kreuzen sie für jede Maßnahme die entsprechende Antwort an und ergänzen ggf. das Jahr der letzten Teilnahme.			
	nein	ja	Jahr der letzten Teilnahme
a. Gesundheitsuntersuchung / Check-up 35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b. Hautkrebs-Screening (Ganzkörperuntersuchung auf Hautkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c. Stuhltest zur Darmkrebsfrüherkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d. Darmspiegelung (wegen Darm-Beschwerden, Blut / Schleim im oder auf dem Stuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e. Darmspiegelung (ohne Beschwerden, zur Früherkennung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
f. Für Frauen: Mammographie-Screening zur Brustkrebsfrüherkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
g. Für Frauen: Sonographie zur Brustkrebsfrüherkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
h. Für Frauen: Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
i. Für Männer: PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
j. Sonstiges:  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

6. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie oder streben Sie an?

Haupt- / Volksschule

Realschule / Mittlere Reife

Polytechnische Oberschule

Fachhochschulreife

Abitur / Allgemeine Hochschulreife

anderen Schulabschluss

keinen Schulabschluss

7. In welchen Beruf sind Sie derzeit bzw. (falls nicht mehr beschäftigt) waren Sie zuletzt beschäftigt?

Ich bin Schüler / Auszubildender

Arbeiter

Angestellter

Beamter

Selbstständiger

sonstiges, und zwar:

 _____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

9.3 Danksagung

An erster Stelle gilt mein Dank meiner Doktormutter PD Ruth Deck, für ihre intensive und aktive wissenschaftliche sowie methodische Unterstützung während der gesamten Bearbeitungsphase meiner Dissertation. Ich danke ihr für die zahlreichen Gespräche, Emails, Ratschläge und differenzierte Anmerkungen, die mich auf dem Weg zur fertigen Arbeit immer wieder neue Aspekte und Ansätze entdecken ließen.

Außerdem gilt mein Dank Frau Dr. Anna-Lena Walther, Frau Christel Zeuner sowie allen Beteiligten der Studie „Gesundheit und Krankheit in Lübeck“. Vielen Dank für die zahlreiche Hilfe und angenehme Zusammenarbeit.

Besonders möchte ich an dieser Stelle auch meinen Eltern Andreas Knobloch und Petra Staupendahl danken, die mir das Medizinstudium ermöglichten und mich auf meinem Weg durch das Studium begleitet haben. Danke, für eure liebevolle Unterstützung, Motivation, Geduld und Hilfsbereitschaft. Ihr wart immer für mich da, hattet stets ein offenes Ohr für meine Gedanken und habt mir immer wieder Kraft und Mut zur Fertigstellung meiner Promotion gegeben.

Danken möchte ich außerdem meinen Freunden, die mir stets zur Seite standen und mich in schwierigen Zeiten immer wieder aufgebaut haben.

9.4 Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum: 25. September 1990
Geburtsort: Sandton, Südafrika



Schulbesuch

Aug. 2008 – Juni 2010 Mallinckrodt-Gymnasium, Dortmund
Juni 2010 Allgemeine Hochschulreife

Studium

Seit Okt. 2010 Medizinstudium an der Universität zu Lübeck
Aug. 2012 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Sept. 2013 – Feb. 2014 Erasmus Medizinische Universität Graz
April 2016 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Mai 2017 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Juni 2017 Approbation als Ärztin

Praktisches Jahr

Tertial Innere Medizin DRK Klinikum Ratzeburg
Tertial Chirurgie St. Francis Mission Hospital Katete, Sambia
Wahltertial Anästhesie Schön Klinik Neustadt

Promotion

Juli 2014– Aug. 2017 *„Einschränkungen der Teilhabe: Erhebung von geschlechts- und altersdifferenzierten Referenzdaten zu Einschränkungen der Teilhabe in der Allgemeinbevölkerung“*,

Publikation

Deck, R., A.L. Walther, A. Staupendahl, und A. Katalinic. 2015. „Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung- Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland“. *Die Rehabilitation*, 54: 402–8.

Weitere Tätigkeiten

Juni 2013 – Juni 2014 Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie Lübeck
Studentische Hilfskraft im Projekt ZERENA
Sept. 2014 – April 2016 Internistische Hausarztpraxis Köhler Lübeck
Studentische Aushilfe

Lübeck, den 14.08.17