



Michael Linden  
Stefanie Baron  
Beate Muschalla  
Margarete Ostholt-Corsten

# Fähigkeits- beeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen

Diagnostik, Therapie und  
sozialmedizinische Beurteilung  
in Anlehnung an das Mini-ICF-APP

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

 hogrefe

# Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen

# **Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen**

Michael Linden, Stefanie Baron, Beate Muschalla, Margarete Ostholt-Corsten

Programmbereich Psychiatrie und Psychotherapie

**Michael Linden, Stefanie Baron, Beate Muschalla,  
Margarete Ostholt-Corsten**

# **Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen**

Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische  
Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP

2., überarbeitete und erweiterte Auflage



**Prof. Dr. med.- Dipl.-Psych. Michael Linden**

Charité Universitätsmedizin Berlin

Medizinische Klinik m. S. Psychosomatik

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der CBF, Hs. IIIA

Hindenburgdamm 30

12200 Berlin

Deutschland

michael.linden@charite.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripttherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG

Lektorat Medizin/Psychiatrie

Länggass-Strasse 76

3012 Bern

Schweiz

Tel. +41 31 300 45 00

[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)

[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Susanne Ristea

Bearbeitung: Susanne Hahn, Meckenheim

Herstellung: René Tschirren

Umschlagabbildung: Sergey Ishkov/EyeEm, Getty Images

Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen

Satz: punktgenau GmbH, Bühl

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod

Printed in Bulgaria

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2022

© 2015 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

© 2022 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96036-4)

(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-76036-0)

ISBN 978-3-456-86036-7

<http://doi.org/10.1024/86036-000>

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	9
<b>1 Psychische Fähigkeiten des Menschen</b> .....	11
1.1 Eigenschaften und Fähigkeiten .....	11
1.2 Fähigkeitsniveau und Teilleistungen .....	12
1.3 Psychische Fähigkeiten und Persönlichkeitspsychologie .....	22
<b>2 Das Verhältnis von Krankheit, Leistungsfähigkeit und sozialer Teilhabe</b> .....	43
2.1 Die Definition von „Krankheit“ .....	43
2.2 Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell und die mehraxiale Klassifikation .....	46
<b>3 ICF</b> .....	49
3.1 Grundstruktur der ICF .....	49
3.2 Körperfunktionen und -strukturen .....	51
3.3 Aktivitäten und Partizipation .....	52
3.4 Kontextfaktoren .....	55
3.5 Beziehung zwischen Funktionen, Fähigkeiten, Kontext und Partizipation .....	56
3.6 Kontextadjustierung von Fähigkeiten .....	58
3.7 Die Beziehung zwischen ICD und ICF .....	61
<b>4 Messinstrumente für Fähigkeits-, Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen</b> .....	65
4.1 Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL- und IADL-Skalen) .....	66
4.2 Diagnostik von psychomotorischen Fähigkeiten und Mobilität .....	67
4.3 Diagnostik der Proaktivität und Kreativität .....	70
4.4 Intelligenz- und Eignungsdiagnostik .....	71

4.5	Diagnostik von Stressbewältigungsfähigkeiten . . . . .	77
4.6	Soziale Kompetenz und interaktionelle Fähigkeiten . . . . .	78
4.7	Groningen Social Disability Schedule . . . . .	81
4.8	Global Assessment Scale und Global Assessment of Functioning Scale . . . . .	81
4.9	Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS) und Personal and Social Performance Scale (PSP) . . . . .	82
4.10	WHODAS 2.0 . . . . .	83
4.11	ICF Core Sets . . . . .	85
4.12	ICF-AT-50-Psych . . . . .	89
4.13	Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe . . . . .	90
<b>5</b>	<b>Das Mini-ICF-APP-Rating für Aktivitäts- und Partizipations- beeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen</b> . . . . .	<b>93</b>
5.1	Zielsetzungen und Konstruktionsprinzipien . . . . .	93
5.2	Die Übersetzung der ICF-Komponente „Aktivitäten und Partizipation“ (d1–d9) in das Mini-ICF-APP . . . . .	95
5.3	Definition und Operationalisierung der Mini-ICF-APP-Dimensionen . . . . .	101
5.4	Quantifizierung der Schwere einer Fähigkeitsbeeinträchtigung . . . . .	120
5.5	Das Mini-ICF-APP-Interview . . . . .	123
5.6	Auswertungs- und Interpretationshinweise . . . . .	129
5.7	Raterqualifikation und Gütekriterien . . . . .	130
<b>6</b>	<b>Fähigkeitsprofile in unterschiedlichen Populationen</b> . . . . .	<b>133</b>
<b>7</b>	<b>Selbstbeurteilung von Fähigkeiten mit dem Mini-ICF-APP-Selbstbeurteilung (Mini-ICF-APP-S)</b> . . . . .	<b>137</b>
<b>8</b>	<b>Fähigkeitsbezogene Arbeitsanforderungsbeschreibung mit dem Mini-ICF-APP-Work (Mini-ICF-APP-W)</b> . . . . .	<b>143</b>
<b>9</b>	<b>Beschreibung der Fähigkeit zum selbständigen Leben mit dem Mini-ICF-APP-Haushaltsführung (Mini-ICF-APP-H)</b> . . . . .	<b>159</b>
<b>10</b>	<b>Sozialmedizinische Anwendungsbereiche von Fähigkeitsbegutachtung</b> . . . . .	<b>165</b>
10.1	Sozialmedizinische Begutachtung . . . . .	165
10.2	Arbeitsanforderungsbeschreibung und psychische Gefährdungsbeurteilung . . . . .	167
10.3	Differenzielle Leistungsminderung und leidensgerechte Arbeitsplätze . . . . .	173



10.4	Arbeitsunfähigkeit	176
10.5	Erwerbsminderung und Berufsunfähigkeit	182
10.6	Eingliederungshilfe	185
10.7	Pflegebedürftigkeit und Betreuungsrecht	185
10.8	Allgemeine Prinzipien und spezielle Probleme der Begutachtung bei psychischen Erkrankungen	187
<b>11</b>	<b>Psychotherapie von Fähigkeitsbeeinträchtigungen</b>	191
11.1	Training der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen	194
11.2	Training von Planungs- und Strukturierungsfähigkeit	195
11.3	Training von Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	197
11.4	Training der Kompetenz- und Wissensanwendung	198
11.5	Training von Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	199
11.6	Training von Proaktivität und Spontanaktivitäten	200
11.7	Training von Widerstands- und Durchhaltefähigkeit	201
11.8	Training von Kommunikations-, Selbstbehauptungs- und Gruppenfähigkeit	203
11.9	Training der Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen	206
11.10	Training zur Selbstpflege und Selbstversorgung	208
11.11	Training von Mobilität und Verkehrsfähigkeit	209
11.12	Therapie bei unveränderlichen Fähigkeitsbeeinträchtigungen	209
<b>12</b>	<b>Kontextbezogene Therapie bei Partizipationsproblemen</b>	211
12.1	Arbeitsplatzgestaltung und betriebliches Gesundheitsmanagement	211
12.2	Unterstützung von Schwerbehinderten	214
12.3	Berufliche Belastungserprobung	217
12.4	Stufenweise Wiedereingliederung	218
12.5	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	219
12.6	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	221
12.7	Return-to-Work-Programme	223
12.8	Steuerung und Durchführung sozialmedizinischer Therapiemaßnahmen	224
	<b>Literatur</b>	229
	<b>Abkürzungen</b>	255
	<b>Sachwortverzeichnis</b>	257

# Einleitung

Die Krankheitswertigkeit von normabweichenden Gesundheitszuständen definiert sich über zweierlei: zum einen über die Art und Intensität der Symptomatik, zum anderen auch über daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigungen, d.h. Behinderungen im Lebensvollzug. So sind Sommersprossen im Gesicht keine Krankheit, ein entstellendes und die soziale Interaktion behinderndes Ekzem aber sehr wohl. Teilhabebeeinträchtigungen sind von besonderer Bedeutung bei psychischen Störungen. Sie dienen dort auch als diagnostische Kriterien in der Abgrenzung von krank und gesund, wie das beispielsweise für die Depression oder Demenz gilt.

Mit Einführung der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2005) ist die Beschreibung und Klassifikation von Krankheitsfolgen international neu gegliedert worden. Unterschieden werden Funktionen, Aktivitäten und Fähigkeiten, Kontext (im Sinne von personbezogenen Faktoren oder Umwelt) und schließlich Teilhabe als Resultante aus Fähigkeit und Kontext.

In der ICF gibt es ein eigenes Kapitel „Mentale Funktionen“. Diese können Symptomen gleichgesetzt werden. Unter Funktionsstörungen werden beispielsweise Orientierungsstörung, Wahn, Gedankeneingebung, Vorbeireden, Somatisierung oder Zwang aufgeführt. Welche Fähigkeitsbeeinträchtigungen aus solchen Krankheitssymptomen erwachsen, ist aus der ICF nicht abzuleiten – dies bedarf einer gesonderten Analyse und Bestimmung. Ein Instrument, das diese Lücke füllt, ist das Mini-ICF-APP (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen) (Linden et al., 2009). Es gibt Fähigkeitsdimensionen vor, die regelhaft bei psychischen Erkrankungen beeinträchtigt sind, und beschreibt Algorithmen, wie der Beeinträchtigungsgrad mit Blick auf Kontextfaktoren zu quantifizieren ist.

Die detaillierte Beschreibung von Fähigkeiten hat unmittelbare Bedeutung für die Patientenversorgung. Erstens sind Fähigkeiten, wie bereits angesprochen, wichtig in der Diagnostik psychischer Störungen. Zweitens stellen sie wichtige Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen dar, vom Selbstsicherheitstraining in der Psychotherapie bis zum Training beruflicher Fähigkeiten im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Drittens entscheidet sich vorrangig über das *positive und negative Leistungsbild* (also erhaltene und beeinträchtigte Fähigkeiten), welche sozialmedizinischen Konsequenzen zu ziehen sind. Diese reichen von der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung bis hin zu Unterstützungsleistungen wie betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) oder beschütztes Wohnen.

In diesem Buch wird dargestellt, was unter Fähigkeiten zu verstehen ist, wie sie zu erfassen und zu quantifizieren sind, welche Bedeutung ihnen bei psychischen Erkrankungen zukommt und welche therapeutischen und sozialmedizinischen Folgen daraus erwachsen.

# 1

# Psychische Fähigkeiten des Menschen

## 1.1 Eigenschaften und Fähigkeiten

Die belebte wie die unbelebte Natur können durch Eigenschaften beschrieben werden, z. B. durch ihre chemische Zusammensetzung, Größe, Schwere, Härte, Farbe, Schönheit oder Lebensdauer. Im Gegensatz zur unbelebten Natur hat die belebte Natur die Zusatzeigenschaft, Fähigkeiten zu haben. Die Fähigkeit von Bakterien ist, Zucker spalten zu können, die von Bäumen, Kohlendioxid in Sauerstoff umzuwandeln, die von Spinnen, ein Netz bauen zu können, die von Hunden, sich in einem Rudel bewegen zu können, die von Menschen, philosophische Abhandlungen verfassen zu können. Die belebte Natur hat also die Eigenschaft, Aktivitäten auszuüben, d. h. Fähigkeiten. Auf dieses Begriffspaar „Aktivität und Fähigkeit“ wird im Weiteren noch häufiger Bezug zu nehmen sein.

Der Mensch verfügt über eine besondere Vielfalt von Fähigkeiten und kann sehr unterschiedlichen Aktivitäten nachgehen. Die Fähigkeiten von Menschen sind nicht nur ein Unterscheidungsmerkmal zu anderen Lebewesen, sondern auch eine wesentliche Dimension der Unterscheidung von Menschen untereinander. Die Beschreibung einer Person in Abgrenzung zu anderen Personen bedient sich einerseits Eigenschaften wie Größe, Geschlecht, Schönheit etc., andererseits aber auch Fähigkeiten, wie von der Fähigkeit, auf andere Menschen gewinnend zugehen zu können, über die Fähigkeit, Gedichte aufsagen zu können, bis hin zu der Fähigkeit, ein Auto reparieren zu können.

Über welche Fähigkeiten ein Mensch verfügt, hängt von seinen Anlagen und seiner biografischen Entwicklung und Bildungsgeschichte ab. Dies sind *personbezogene* Faktoren. Welche Fähigkeiten von Relevanz sind und wie sie bewertet werden, hängt von *Umweltfaktoren* ab, d. h. davon, in welchem Kontext eine Person

lebt. Die Körperkonstitution oder Intelligenz, aber auch unterschiedliche Fähigkeiten wie Heben oder Sprachfähigkeiten sind unterschiedlich zu bewerten oder erforderlich in Abhängigkeit davon, ob man es mit einem Möbelpacker oder einer Sekretärin zu tun hat.

Schließlich hängt der Fähigkeitsstatus eines Menschen auch noch wesentlich von seinem Gesundheits- bzw. Krankheitszustand ab, die zu *Funktionsstörungen* im vorgenannten Sinne führen können. Mit Blick auf psychische Störungen sind vor allem solche Fähigkeiten von Interesse, die emotionale, interaktive und kognitive Funktionen zur Voraussetzung haben. Hierzu gibt es eine umfangreiche psychologische Forschung, auf die im Folgenden anhand ausgewählter Beispiele näher eingegangen werden soll.

## 1.2 Fähigkeitsniveau und Teilleistungen

Die Zahl und das Spektrum an Aktivitäten bzw. Leistungen, die potenziell von einem Menschen erbracht werden können, sind nahezu unendlich. Dazu gehören basale Fähigkeiten des täglichen Lebens, wie Speisen zum Mund führen können, einen Toilettengang absolvieren oder sich anziehen können, was durch ADL-Skalen (Activities of Daily Living-Skalen) erfasst werden kann und ein Beurteilungskriterium der Pflegebedürftigkeit ist (Katz et al., 1963). Es gibt *instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens*, die in IADL-Skalen operationalisiert werden. Dazu gehören im Wesentlichen komplexe Pflichtaufgaben des täglichen Lebens wie die Hausarbeit erledigen oder einkaufen zu können (Spector et al., 1987). Jedem Menschen sollten ADL und IADL möglich sein. Hinzu kommen allgemeine und spezielle rekreative Aktivitäten des täglichen Lebens wie Hobbys, soziale Aktivitäten, Sport oder kulturelle Aktivitäten, die nicht mehr von jedem Menschen ausgeübt werden (Linden et al., 2009). Erst recht individuell sind professionelle Aktivitäten. Menschen erwerben in ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung sehr spezifische Fähigkeiten, beispielsweise eine Faktorenanalyse rechnen, einen Spagat machen, ein Herz operieren, ein Flugzeug steuern oder eine Sprache sprechen zu können. Derartige Fähigkeiten sind nicht mehr universell, sondern werden nur von ausgewählten Personen oder in speziellen Lebenssituationen gefordert.

Selbst die scheinbar einfachen Aktivitäten (beispielsweise die, sich anzukleiden) sind komplexer Natur, d. h. sie setzen jeweils bereits mehrere andere Fähigkeiten voraus. Beim Anziehen sind dies beispielsweise die Fähigkeiten, die Kleider in eine richtige Reihenfolge zu bringen, zu wissen, was wie in welcher

Richtung anzuziehen ist, die Fähigkeit, Knöpfe oder Reißverschlüsse handhaben zu können, und nicht zuletzt auch die Fähigkeit zur Situationseinschätzung, um die richtige Kleidung nach Temperatur oder sozialer Situation oder auch Farbe empfinden und Modebewusstsein auswählen zu können. Komplexe Fähigkeiten setzen zu ihrer Ausübung also eine Reihe von Mikrofähigkeiten voraus.

Will man klären, ob ein Mensch die erforderlichen Fähigkeiten besitzt, die Voraussetzung sind zur Teilhabe an einem bestimmten Lebensbereich, dann genügt es im einfachsten Fall, ihm diese Aufgabe zu stellen und zu beobachten, ob sie hinreichend qualifiziert ausübt wird. Die komplexe Fähigkeit, ein Auto zu steuern, kann beurteilt werden, indem in der Fahrprüfung eine Probe dieser Fähigkeit zu geben ist. Dennoch muss in vielen Fällen auch eine gesonderte Prüfung der Einzelfähigkeiten oder *Teilleistungsfähigkeiten* erfolgen, z. B. der Sehfähigkeit oder des Theoriewissens beim Autofahren. Die Betrachtung solcher Teilfähigkeiten ist dann von Bedeutung, wenn diagnostisch abzuklären ist, warum jemand Beeinträchtigungen der Teilhabe zeigt bzw. wann schulend oder therapeutisch interveniert werden soll. Dies setzt theoretische Modelle darüber voraus, was unverzichtbare Teilleistungen sind, die das partizipationsrelevante Leistungsspektrum konstituieren.

Ein klassisches Beispiel sind Intelligenztests. Sie wurden ursprünglich zur Auswahl von Offiziersanwärtern entwickelt. Dazu suchte man Menschen mit einer Mindestintelligenz. Das globale Intelligenzniveau wird gemessen, indem eine Reihe von Teilleistungen geprüft werden, die man alle als unverzichtbar ansieht. Dazu gehören Fähigkeiten wie die, sich Namen oder Warenkataloge merken zu können, Figuren erkennen zu können oder richtig kombinieren zu können. In einschlägigen Leistungstests findet man heute ein sehr breites Spektrum von allgemeinen wie teilweise auch sehr speziellen Fähigkeiten, einschließlich motorischer oder emotionaler Tests. Die Auswahl und Zusammenstellung solcher Fähigkeiten orientiert sich jeweils am Ziel der Messung.

Ein weiterer wichtiger Ansatz zur Beschreibung von Leistungen stammt aus der Schulpädagogik und im Weiteren aus der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie. Es ist seit jeher bekannt, dass Menschen sehr unterschiedliche Begabungen mitbringen. Dies gilt zum einen global, im Sinne der allgemeinen Intelligenz. Unabhängig von der Schulbildung sind Menschen unterschiedlich intelligent. Man spricht von der *fluiden Intelligenz* im Gegensatz zur bildungsabhängigen *kristallinen Intelligenz* (Cattell, 1963). Allerdings besagt dies nicht, dass alle Einzelleistungen, die in die Beurteilung des globalen Leistungsniveaus eingehen, durchgehend das gleiche Niveau haben. Manche Menschen sind sprachlich begabt, andere mathematisch, wieder andere sportlich, und am Ende erhalten alle den gleichen globalen Intelligenz- oder Leistungsquotienten.

Fallen globales und spezielles Leistungsvermögen sehr weit auseinander, dann spricht man von *Teilleistungsstörungen* (Graichen, 1973; Rösler & Retz, 2006; Linden, Noack & Köllner, 2018). Es gibt sehr intelligente Menschen, die dennoch in Einzelleistungen völlig versagen. Beispiele sind eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS, Legasthenie) oder eine Dyskalkulie. Hier kommt dann die Psychiatrie ins Spiel, weil die Grundannahme ist, dass ein gesundes Hirn ein übliches Leistungsspektrum auf vergleichbarem Niveau erbringen muss. Sehr auffällige Defizite in einzelnen Leistungen seien dann ein Hinweis auf Hirnschäden. Dieses Konzept der Teilleistungsstörung (TLS) ist weitgehend synonym mit den älteren Begriffen der *Minimal Brain Disorder* (MBD) (Strauss & Lehtinen, 1947) und der *Minimal Cerebral Dysfunction* (MCD) (Bax & McKeith, 1963).

Das Problem mit dem Konzept der Teilleistungen ist zum einen die Schwierigkeit der Operationalisierung und Messung, zum anderen die Abgrenzung zwischen Leistungsbeeinträchtigungen und lebensüblichen unterschiedlichen Begabungen und Persönlichkeiten von Menschen. Wann ist ein Kind „lebhaft“ und wann „hyperaktiv“? Wann hat eine Person eine *Rechenschwäche* und wann ist sie nur mathematisch unbegabt? In einschlägigen Untersuchungen von TLSs werden Zahlen genannt, die immer wieder Widerspruch hervorrufen und die Validität entsprechender Konzepte infrage stellen. So handelt es sich um 17% der Schulanfänger (Lempp, 1964) oder 40% verhaltensauffälliger Kinder bei Kinderärzten (Lempp, 1971).

Die Vielfalt der potenziell zu bedenkenden Mikroleistungen bzw. TLSs ist beträchtlich:

- Aufmerksamkeitsstörung
- Hyperaktivität
- Impulskontrollstörung und Selbststeuerungsdefizite
- Artikulationsstörung
- Dyspraxie
- Dyskalkulie
- Dysgrammatismus
- Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS, Legasthenie)
- Störung der Figurenhintergrunddifferenzierung
- Körperschemastörung
- Prosopagnosie
- Störung der Feinmotorik oder der Hand-Augen-Koordination
- Störung des Kurzzeitgedächtnisses
- Störung der serialen Erfassung (ABCD...)

- Störung im Nachahmen
- Störung in der Lokalisation taktiler Reize
- Synkinesien (Störung der Bewegungsunterdrückung)
- vegetative Labilität (z. B. Wach-Schlaf-Störung, Erröten)
- Störung des Sozialverhaltens (z. B. Distanzminderung, Frustrationsintoleranz, Einsilbigkeit, mangelndes Durchhaltevermögen)

Charakteristisch auch für die Mikro- oder Teilleistungsstörungen ist, dass sie vielfach früh auftreten, d. h. schon im Kindesalter sichtbar werden, dass sie in das Erwachsenenalter hinein persistieren, zu Beeinträchtigungen der komplexen Leistungsfähigkeiten beitragen und damit auch zu erheblichen Beeinträchtigungen der Teilhabe führen. Nachuntersuchungen bei entsprechenden Kindern oder Jugendlichen zeigten, dass die Auffälligkeiten zumeist persistieren und mit zunehmendem Alter unter anderen Diagnose-Entitäten, vornehmlich Persönlichkeits- und Anpassungsstörungen oder Neurosen, eingeordnet werden (Focken, 1981). Die Symptome ändern sich in Abhängigkeit des Alters. Ausgehend von einer genetischen oder erworbenen Prädisposition und einer neurobiologischen Dysregulation gibt es Faktoren, die sich über die Lebensspanne altersspezifisch verändern oder nur für einen bestimmten Entwicklungsabschnitt gültig sind. Untersuchungen an in der Kindheit betroffenen Probanden ergaben im Erwachsenenalter regelmäßig erhöhte Werte für neurophysiologische oder psychiatrische Auffälligkeiten (Milman, 1979; Sarazin & Spreen, 1986). In einer Folgeuntersuchung nach 10 Jahren fanden sich bei 15 % der inzwischen 20-jährigen Betroffenen Verhaltensstörungen gegenüber 7 % in der Vergleichspopulation (Gittelman et al., 1985).

Ein Beispiel für eine komplexe TLS, die in der Kindheit beginnt und über das Erwachsenenalter hin persistiert, ist das Aufmerksamkeitsdefizit- und-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Die Übergänge vom kindlichen ADHS zum ADHS im Erwachsenenalter sind gut untersucht (Philipsen et al., 2008). Galt das ADHS zunächst als eine Erkrankung des Kindes- und Jugendalters, so versteht man heute darunter eine Störung über die Lebensspanne. Die Prävalenz von ADHS im Kindesalter wird mit 4 bis 10 % angegeben. Bei einer Nachuntersuchung an 119 jungen Männern, bei denen die Diagnose ADHS bereits im Kindesalter gestellt wurde, konnte zwar eine Verringerung des Symptomscores festgestellt werden, aber 90 % der untersuchten Probanden zeigten kein zufriedenstellendes Funktionsniveau (Biederman et al., 2000). Nach Kriterien des DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ist in einer Follow-up-Untersuchung im 25. Lebensjahr bei 15 % der Betroffenen das Vollbild des ADHS diagnostizierbar, bei etwa der Hälfte kann eine Teilremission gesehen werden. Von 100 Kindern mit ADHS nach



DSM-IV haben demnach 65% im Alter von 25 Jahren laut einer Metaanalyse von Follow-up-Studien eine objektivierbare Symptomatik (Faraone et al., 2006). In einer Metaanalyse berechnete eine brasilianische Arbeitsgruppe eine weltweite Prävalenzrate für ADHS von 5,29% im Kindesalter und 4,4% im Erwachsenenalter (Polanczyk et al., 2007). Andere Untersuchungen bestätigen diese Prävalenzrate von 2 bis 5% ADHS-Betroffener im Erwachsenenalter (Fayyad et al., 2007).

Zusammenfassend schreiben Rösler und Retz (2006):

Die ADHS ist eine häufige chronische Erkrankung des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters. Die psychopathologische Kernsymptomatik besteht in allen Lebensaltern aus den Syndromen Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität. Während Impulsivität und Hyperaktivität im Verlauf eine rückläufige Tendenz erkennen lassen oder einem Symptomenwandel unterliegen, bleiben die Aufmerksamkeitsstörungen bei Erwachsenen oft unverändert und sind meist mit desorganisiertem Verhalten vergesellschaftet.

Die daraus resultierenden Funktionsstörungen behindern die Betroffenen im Erwachsenenalter bei einer „normalen“ Lebensführung:

- mehr Unfälle (Verkehrsunfälle, Hundebissverletzungen, Haushaltsunfälle) (Fischer et al., 2007)
- häufige Wohnort- und Jobwechsel mit Verfehlen der beruflichen Möglichkeiten (Biederman et al., 2008)
- häufige Trennung und Neuaufnahme von Lebenspartnerschaften (Robin, 2002)
- riskantes Freizeitverhalten, Suchtmittelmissbrauch, Suchtmittel-Abhängigkeit, schlechtere Gesundheitsfürsorge (Ohlmeier et al., 2007)
- psychische Erkrankungen, Komorbiditäten: Ängste, Depressionen, bipolare Störung, Persönlichkeitsstörungen (Biederman et al., 1993; Kessler, 2007)
- erhöhte Rate an Straffälligkeit, illegalen Verhaltensweisen und Haftstrafen (Manuzza et al., 2008)
- hohe sozioökonomische Bedeutung durch krankheitsassoziierte Folgekosten (Behandlung, Komorbidität und Ausfallzeiten) (Hodgkins et al., 2011)

Tabelle 1-1 und 1-2 zeigen mit der MCD-TLS-Skala eine Skala, die wesentliche Indikatoren für TLSs syndromal im Sinne einer MCD erfragt, also sowohl anamnestisch als auch zu aktuellen Verhaltensauffälligkeiten (Linden, 2014a).

**Tabelle 1-1:** MCD-TLS-Skala (MCD: Minimal Cerebral Dysfunction / minimale zerebrale Dysfunktion; TLS: Teilleistungsstörung) (Linden & Weddigen, 2016)

Wenn ich an meine Kindheit denke, dann erinnere ich bzw. man hat mir von folgenden Problemen erzählt:	gar nicht	trifft leicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft stark zu
1. Man hat mir erzählt, dass meine Mutter, während sie mit mir schwanger war, krank war oder es Schwangerschaftsprobleme gab.	0	1	2	3	4
2. Man hat mir erzählt, dass meine Mutter, während sie mit mir schwanger war, schweren psychischen Belastungen und Stress ausgesetzt war.	0	1	2	3	4
3. Man hat mir erzählt, dass es bei meiner Geburt Probleme gab (z. B. Frühgeburt, schwere Geburt oder anderes).	0	1	2	3	4
4. Ich weiß, dass ich als Säugling unter Ernährungs- und Gedeihstörungen gelitten habe.	0	1	2	3	4
5. Ich weiß, dass ich mit dem Laufenlernen Probleme hatte (z. B. zu spät, Tapsigkeit, Probleme mit Leitersteigen oder Rollerfahren).	0	1	2	3	4
6. Ich hatte Probleme mit der Sprachentwicklung (z. B. auffällig lange undeutlich oder stotternd).	0	1	2	3	4
7. Ich hatte mit dem Bettnässen noch nach dem 5. Lebensjahr Probleme.	0	1	2	3	4
8. Ich hatte mit Daumenlutschen oder Nägelknabbern auch nach dem 5. Lebensjahr noch Probleme.	0	1	2	3	4
9. Ich habe als Kind oder auch später unter unwillkürlichen Zuckungen oder Tics (z. B. im Kopfbereich) gelitten.	0	1	2	3	4
10. Ich weiß, dass ich als kleines Kind außergewöhnlich unruhig oder ängstlich oder erregbar war.	0	1	2	3	4
11. Ich wurde in der Schule häufiger ermahnt, Ruhe zu geben, nicht rumzuzappeln, sitzen zu bleiben oder nicht zu stören.	0	1	2	3	4
12. Ich war in der Schule außergewöhnlich leicht ablenkbar und unkonzentriert.	0	1	2	3	4
13. Ich hatte in der Schule mit dem Rechtschreiben besondere Probleme.	0	1	2	3	4

**Tabelle 1-1:** Fortsetzung

Wenn ich an meine Kindheit denke, dann erinnere ich bzw. man hat mir von folgenden Problemen erzählt:	gar nicht	trifft leicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft stark zu
14. Ich hatte in der Schule mit dem Rechnen besondere Probleme.	0	1	2	3	4
15. Ich hatte in der Schule mit dem Gedächtnis, Lernen oder Behalten Schwierigkeiten.	0	1	2	3	4
16. Ich hatte in der Schule mit dem Sport Probleme (z. B. wegen Ungeschicklichkeit oder besonderen Bewegungen).	0	1	2	3	4
17. Ich war in der Schule unter den Klassenkameraden ein Außenseiter.	0	1	2	3	4
18. Ich hatte schon einmal eine Gehirnhautentzündung.	0	1	2	3	4
19. Ich hatte schon einmal einen schweren Unfall mit Kopfbeteiligung (z. B. Bewusstlosigkeit).	0	1	2	3	4

**Tabelle 1-2:** MCD-TLS-Skala (MCD: Minimal Cerebral Dysfunction / minimale zerebrale Dysfunktion; TLS: Teilleistungsstörung) (Linden & Weddigen, 2016)

Wenn ich mich und meine Persönlichkeit beschreiben sollte, dann gilt:	gar nicht	trifft leicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft stark zu
<b>Orientierung</b>					
1. Es passiert mir immer wieder, dass ich beim Verlassen fremder Wohnungen statt der Wohnungstür versehentlich eine andere Tür benutzen will.	0	1	2	3	4
2. Wenn ich im Wald spazieren gehe, dann habe ich ziemliche Probleme, die Himmelsrichtung zu wissen, mich zu orientieren oder die richtige Richtung zu finden.	0	1	2	3	4
3. Wenn ich in einer fremden Stadt herumlaufe, habe ich ziemliche Probleme damit, im Gewirr der Straßen noch zu wissen, in welche Richtung ich muss.	0	1	2	3	4
4. In großen oder verwinkelten Gebäuden oder Kaufhäusern habe ich kein Gespür, wo ich rauskomme.	0	1	2	3	4

Tabelle 1-2: Fortsetzung

Wenn ich mich und meine Persönlichkeit beschreiben sollte, dann gilt:	gar nicht	trifft leicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft stark zu
5. Beim Telefonieren oder Aufschreiben von Zahlen verwechsle ich immer wieder einmal die Reihenfolge einzelner Ziffern.	0	1	2	3	4
<b>Mnestik</b>					
6. Ich habe Probleme damit, Gesichter wiederzuerkennen.	0	1	2	3	4
7. Ich habe ausgesprochene Schwierigkeiten, mir Namen zu merken.	0	1	2	3	4
8. Ich kann mir Telefonnummern oder Geheimnummern (z. B. EC-Karten-PIN) schon immer ganz schlecht merken.	0	1	2	3	4
9. Mir liegen ganz häufig Worte auf der Zunge, ohne dass ich draufkomme.	0	1	2	3	4
10. Beim Einkaufen vergesse ich immer wieder Dinge, die ich mitbringen sollte.	0	1	2	3	4
<b>Kognitionen</b>					
11. Ich verwechsle immer wieder Worte oder gebrauche sie anders, als gedacht.	0	1	2	3	4
12. Ich verhaspele mich immer wieder beim Reden, insbesondere wenn ich angespannt bin.	0	1	2	3	4
13. Grammatik oder viele komplizierte Nebensätze bringen mich aus dem Takt.	0	1	2	3	4
14. Wenn ich etwas erklären will, dann muss ich oft viele Worte machen und rede eher umständlich und kompliziert.	0	1	2	3	4
15. Es passiert mir immer wieder, dass ich beim Reden steckenbleibe oder mir der Faden reißt.	0	1	2	3	4
16. Es fällt mir schwer, Dinge kurz und knapp auszudrücken.	0	1	2	3	4
17. Wenn ich unter Druck bin, komme ich immer wieder ins Stottern, oder mein Redefluss ist dann wie blockiert.	0	1	2	3	4

Tabelle 1-2: Fortsetzung

Wenn ich mich und meine Persönlichkeit beschreiben sollte, dann gilt:	gar nicht	trifft leicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft stark zu
<b>Vegetative Labilität</b>					
18. Wenn ich nicht genug Schlaf bekomme, dann ist mit mir überhaupt nichts mehr anzufangen.	0	1	2	3	4
19. Lärm wird mir schon immer schnell zu viel.	0	1	2	3	4
20. Ich brauche immer wieder Kaffee oder Tee, um mich in Gang zu bringen und gegen Mattigkeit anzukämpfen.	0	1	2	3	4
21. Ich bin von jeher sehr schnell erschöpfbar und überlastet.	0	1	2	3	4
22. Ich bin seit jeher leicht erschreckbar oder erregbar.	0	1	2	3	4
23. Ich hatte mit Kopfschmerzen schon immer Probleme.	0	1	2	3	4
24. Wenn ich ein paar Tassen Kaffee zu viel trinke, dann werde ich innerlich ausgesprochen unruhig oder zittrig.	0	1	2	3	4
<b>Emotionen</b>					
25. Ich würde sagen, dass ich mich schnell aufrege.	0	1	2	3	4
26. Es kommt immer wieder vor, dass ich mich viel mehr aufrege und gehen lasse, als ich eigentlich will.	0	1	2	3	4
27. Ich verstehe manchmal selbst nicht, warum ich mich so sehr aufrege oder aufgeregt habe.	0	1	2	3	4
28. Wenn ich einen rührseligen Film sehe, kann ich nur schwer die Tränen zurückhalten.	0	1	2	3	4
29. Ich bin im Umgang mit anderen Menschen viel ungedulter und barscher, als ich es eigentlich sein will.	0	1	2	3	4
30. Wenn ich mich über irgendetwas geärgert habe, brauche ich furchtbar lange, bis ich mich wieder beruhige.	0	1	2	3	4
31. Ich gerate emotional schnell in unterschiedliche Gefühlszustände (z. B. eben noch gelacht haben, jetzt weinen).	0	1	2	3	4
32. Ich bin jemand, der schon bei Kleinigkeiten ausrasten oder an die Decke gehen kann.	0	1	2	3	4
<b>Motorik</b>					
33. Meine Handschrift war schon immer ungenau oder krakelig.	0	1	2	3	4

Tabelle 1-2: Fortsetzung

Wenn ich mich und meine Persönlichkeit beschreiben sollte, dann gilt:	gar nicht	trifft leicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft stark zu
34. Für das Abtrocknen von dünnen Gläsern bin ich zu ungeschickt.	0	1	2	3	4
35. Arbeiten, die eine ruhige Hand brauchen, sind nicht meine Sache.	0	1	2	3	4
36. Mein Gang ist eher unrund oder ungelenk.	0	1	2	3	4
37. Geschmeidige Bewegungen sind nicht meine Sache.	0	1	2	3	4
38. Beim Tanzen stelle ich mich eher holprig an.	0	1	2	3	4
39. Wenn ich konzentriert etwas tue, bewegen sich oft meine Lippen, die Zunge, Finger oder Füße unwillkürlich mit.	0	1	2	3	4
<b>Aufmerksamkeit</b>					
40. Ich bin ganz leicht ablenkbar.	0	1	2	3	4
41. Mir passieren schnell einmal Flüchtigkeitsfehler.	0	1	2	3	4
42. Wenn ich mich mit etwas beschäftige, springe ich immer von einer Sache zur anderen.	0	1	2	3	4
43. Beim Zuhören werde ich schnell ungeduldig.	0	1	2	3	4
44. Ich verlege immer wieder Gegenstände wie Schlüssel oder Papiere.	0	1	2	3	4
45. Über längere Zeit an einer Sache zu bleiben, ist nicht meine Sache.	0	1	2	3	4
<b>Aktivität und Antrieb</b>					
46. Ich würde mich als einen hippeligeren Mensch bezeichnen, der ständig in Bewegung ist.	0	1	2	3	4
47. Wenn ich ruhig sitzen muss, ist das für mich nicht einfach.	0	1	2	3	4
48. Ich bin ständig aktiv und in Bewegung.	0	1	2	3	4
49. Ich habe Probleme in einer Schlange zu stehen und ruhig zu warten, bis ich dran bin.	0	1	2	3	4
50. Ich unterbreche andere immer wieder mit meinen Einfällen.	0	1	2	3	4
51. Ich gehe anderen mit meiner Unruhe oder ständigen Aktivität immer wieder einmal auf die Nerven.	0	1	2	3	4

Aus den Erkenntnissen zum Zusammenhang zwischen globalem Fähigkeits- und Leistungsniveau, Teilleistungs- oder Teilfähigkeitsspektrum und Teilleistungs- oder Teilfähigkeitsbeeinträchtigungen ergeben sich mehrere wichtige Konsequenzen für die Messung, die Beurteilung und das Training von Fähigkeiten:

- a. Es gibt eine große Zahl unterschiedlichster Fähigkeiten und Leistungen. Es wird daher im Einzelfall niemals möglich sein, alle Leistungen zu messen.
- b. Komplexe Fähigkeiten sind immer Resultante einer Reihe von Teilleistungen, die von unterschiedlicher Bedeutung für die Gesamtleistung sind.
- c. Soweit ein globales Fähigkeits- und Leistungsniveau erstellt werden soll, verlangt dies bereits eine Vorauswahl der eingeschlossenen Indikatoren und Leistungsanforderungen. Je nach Ziel wird man unterschiedliche Globalleistungen erstellen.
- d. Ein bestimmtes Niveau der Globalleistung kann nicht ausschließen, dass es in einzelnen Teilfähigkeiten zu Minderleistungen kommt und sich daraus dann Teilhabeprobleme trotz guter Gesamtleistung ergeben.
- e. Therapeutische Versuche, Beeinträchtigungen von Teilhabe bzw. Partizipation zu mindern, müssen vorab klären, welche Fähigkeitsdefizite die Ausübung bestimmter Aktivitäten verhindern. Dies können je nach Kontext komplexe Fähigkeiten, aber auch Mikrofähigkeiten sein.

### 1.3 Psychische Fähigkeiten und Persönlichkeitspsychologie

Fähigkeiten von Menschen haben in der Psychologie seit jeher große Aufmerksamkeit erfahren unter Stichworten wie Persönlichkeit, soziale Kompetenz, Problemlösungsfähigkeiten oder Coping. Es handelt sich um Persönlichkeitseigenschaften, die Leistungen ermöglichen und für eine erfolgreiche Lebensbewältigung von zentraler Bedeutung sind (Asendorpf, 1996). Es werden beispielsweise motorische, sprachliche, musikalische, soziale oder kognitive Fähigkeiten unterschieden. Nach Jost (2008) ist vor allem die Unterscheidung zwischen psychischen und körperlichen Fähigkeiten von Relevanz. Zu den psychischen Fähigkeiten zählen die Eigenschaften einer Person, die ihr die mentale Durchführung von Tätigkeiten ermöglichen, d.h. kognitive (z.B. Problemlösefähigkeit), soziale (z.B. Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeiten zur Konfliktbewältigung) und emotionale (z.B. Regulation negativer Emotionen) Fähigkeiten sowie Fähigkeiten der Selbstregulation. Die körperlichen Fähigkeiten dagegen beschreiben die motorischen und

physikalischen Eigenschaften einer Person, die eine körperliche Ausführung von Tätigkeiten möglich machen, z.B. Körperkraft, Schnelligkeit oder Geschicklichkeit.

Eigenschaften von Menschen sind Attribute oder differenzielle Merkmale einer Person im Sinne von personbezogenen Faktoren. Wie bereits ausgeführt, werden aus Eigenschaften Fähigkeiten, wenn es um Handlungen und die Ausübung von Aktivitäten geht. Beweglichkeit ist eine Sache, Tennis spielen eine andere. Eigenschaften werden von der Person her definiert, Fähigkeiten von zu meisternden Aufgaben und Zielen. Diese Unterscheidung hat die Forschung in der Psychologie oder den Sportwissenschaften seit jeher beschäftigt. Ein Beispiel ist der Versuch, eine unspezifische fluide Intelligenz von einer kulturspezifischen erworbenen kristallinen Intelligenz zu unterscheiden (Cattell, 1963), wobei erstere als Grundeigenschaft einer Person verstanden wird und mit letzterer die Anwendung von Wissen, das im Laufe des Lebens erworben wurde, auf die Lösung von Problemen. Dennoch ist eine Trennung zwischen personengebundenen Eigenschaften und Fähigkeiten zur Ausübung von Aktivitäten nur bedingt möglich.

Im Folgenden sollen ausgewählte psychische Fähigkeiten näher beschrieben werden, wobei immer auch personbezogene Eigenschaften, die in die jeweiligen Fähigkeiten mit einfließen, genannt werden müssen.

#### *Gewissenhaftigkeit und Anpassung an Regeln und Routinen*

Eine allgemein wichtige menschliche Fähigkeit ist Gewissenhaftigkeit und die Fähigkeit, vorgegebene Regeln und Routinen einzuhalten. Sie ist sowohl bei der Durchführung konkreter Aufgaben wie auch in sozialen Interaktionen von Bedeutung. Gemeint ist die Fähigkeit, sich an vorgegebene Regeln zu halten, Dinge exakt nach den Vorgaben zu erledigen, Routineabläufe in immer der gleichen Form durchzuführen oder soziale Normen oder Absprachen einzuhalten. Damit verbunden sind vor allem Genauigkeit, Detailtreue, Selbstdisziplin, Ausdauer, Effizienz, Sorgfalt und Verlässlichkeit (Bipp, 2006). Die erfolgreiche Korrektur eines Textes, die Reparatur einer Waschmaschine oder die Leitung eines Betriebes setzen diese Fähigkeiten zwingend voraus. Gleichermaßen hängt aber auch das Funktionieren sozialer Systeme wesentlich davon ab. Die Durchführung einer Klinikkonferenz oder die Aufgabenverteilung in einem Team sind ohne diese Fähigkeit nicht denkbar. Die Fähigkeit der Verlässlichkeit und Regelbefolgung ermöglicht in unterschiedlichsten Kontexten eine optimale Aufgabenerledigung und stellt auch im sozialen Kontext einen wichtigen Vorteil dar (McNamara et al., 2009). Selbstbeurteilte Gewissenhaftigkeit sagt eine positive schulische Entwick-



lung (Spengler et al., 2013) sowie das Vorgesetztenurteil über den Berufserfolg vorher (Mount et al., 1998).

Bei übertriebener Ausprägung wird auch von Skrupel, Perfektionismus oder Zwanghaftigkeit gesprochen (Beck et al., 2004; Carson, 2010; de Bono, 1992; Gardner, 1999; Salzman, 1968), bei zu geringer Ausprägung von Schlampigkeit oder Unzuverlässigkeit. Menschen können sich hinsichtlich dieser Fähigkeit wesentlich unterscheiden (Asendorpf & Neyer, 2012). Deshalb haben sich die Persönlichkeitspsychologie und die Arbeitspsychologie intensiv mit dieser Fähigkeit befasst. Oldham und Morris (1995) haben Verlässlichkeit (*conscientiousness*) als Persönlichkeitseigenschaft beschrieben, die durch das Bestreben charakterisiert ist, Dinge richtig, perfekt und detailgenau zu machen. Gewissenhaftigkeit ist eine der Persönlichkeitsdimensionen des *Big-Five-Modells*. Instrumente, mit der diese Persönlichkeitseigenschaft erfasst werden können, sind z. B. das NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren-Inventar; Borkenau & Ostendorf, 2008) oder das *Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung* (Hossiep & Paschen, 2003). Mit der Überarbeitung des Big Five Inventars (BFI) von John et al. (1991) ermöglichen Soto und John (2017) nun auch eine hierarchische Abbildung der Persönlichkeitsstruktur (Big Five Inventar-2, BFI-2; dt. Übers. von Danner et al., 2019).

Gewissenhaftigkeit, Genauigkeit und Regelbefolgung sind erst mit dem Erwachsenenalter voll ausgeprägt und nehmen im weiteren Leben noch zu. Dies weist darauf hin, dass es sich nicht nur um eine anlagebedingte Eigenschaft handelt, sondern um eine Fähigkeit, die durch Training oder Umweltvorgaben zumindest bereichsspezifisch erworben werden kann. In vielen Berufen wird Sorgfalt und Verlässlichkeit explizit gefordert, trainiert und durch Qualitätssicherungssysteme überwacht.

### *Problem- und Stressbewältigungskompetenz*

Jeder Mensch ist täglich gefordert, Aufgaben zu erfüllen, Probleme zu bewältigen und Herausforderungen zu begegnen, was auch als *Stress* definiert ist. Die Fähigkeit zur Bewältigung von Aufgaben oder *Stressoren* wird als *Coping* bezeichnet (Carver & Connor-Smith, 2010; Lazarus, 1966). Stress ist definiert als eine spezifische physiologische und psychische Reaktion auf interne und externe Reize, die das Gleichgewicht der betreffenden Person stören und eine Anpassungsleistung erfordern (Lovallo, 2015). Stress ist zunächst einmal weder gut noch schlecht, sondern eine Alltäglichkeit. Menschen stehen unterschiedliche Bewältigungsmechanismen zur Verfügung, die sie flexibel auf unterschiedliche Stressoren anwenden können. Stressoren sind einerseits kritische Lebensereignisse wie ein Todes-

fall oder die Kündigung, zum anderen aber auch alltägliche Belastungen, vom Ankleiden der Kinder im Privatleben bis zum Schreiben eines Beschaffungsantrags im Berufsleben (Seiffge-Krenke, 2002). Derartige Aufgaben und Herausforderungen können punktuell und vorübergehend sein, aber auch anhaltend und zeitlich andauernd das Leben der Person beeinflussen.

Das *kognitiv-transaktionale Modell* von Lazarus und Folkman (1984) zählt zu den bekanntesten Stress- und Copingkonzepten (Kudielka & Kirschbaum, 2002). Im Mittelpunkt dieses Modells steht die kognitive Bewertung der Situation und der erforderlichen Anpassungsleistungen, sie bildet das Bindeglied zwischen der Person und seiner Umwelt. In einem mehrstufigen Bewertungsprozess werden die Wahrnehmung der Stressoren, die anschließende Bewältigung und die subjektive Stressreaktion des Individuums beschrieben. Nach diesem Modell ist die gesundheitsschädigende Wirkung von Stress weniger auf die Stressoren zurückzuführen als vielmehr auf Defizite im Bewältigungsverhalten bzw. in der Anpassungsfähigkeit (Seiffge-Krenke, 2002). Es impliziert, „dass es ausschließlich von den individuellen Bewertungen bzw. Bewältigungsfähigkeiten einer Person abhängt, ob ein Ereignis oder ein Merkmal einen Stressor darstellt oder nicht (Zapf & Semmer, 2004, S. 1021).

Im Gegensatz zum Modell von Lazarus gehen Crum et al. (2013) in ihrer *Stress mindset theory* von der Existenz überdauernder Überzeugungen (Mindsets) über die positive oder negative Wirkung von Stress aus. Diese Mindsets seien unabhängig von der An- oder Abwesenheit eines Stressors vorhanden. Ein Mindset weise Stress eine förderliche Wirkung auf Gesundheit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Produktivität zu und wirke sich positiv auf verschiedenen Ebenen der Anpassungsreaktion aus. Im Gegensatz ständen Überzeugungen, die von einer schwächenden Wirkung auf das Individuum ausgingen und dementsprechend negativ auf den Umgang mit dem Stressor wirkten (Crum et al., 2017; Keech & Hamilton, 2019).

Ausgehend vom Modell von Lazarus kann man zwischen *problemzentriertem und emotionszentriertem Coping* unterscheiden. Beim problemzentrierten Coping versucht man, den Stressor und damit die Umgebungsbedingungen zu modifizieren bzw. ein Problem zu lösen und auf die Belastung einzuwirken. Das emotionszentrierte Coping hingegen zielt auf die Bewältigung negativer Emotionen ab, beispielsweise im Rahmen der Bewältigung kritischer Lebensereignisse, wenn die Situation an sich nicht mehr geändert werden kann (Kohlmann, 2002; Narayanan et al., 1999; Seiffge-Krenke, 2002).

Schwarzer (2002) unterscheidet vier Formen der Bewältigung: Das *reaktive Coping* bezieht sich auf die Bewältigung eines bereits eingetroffenen Ereignisses. Die