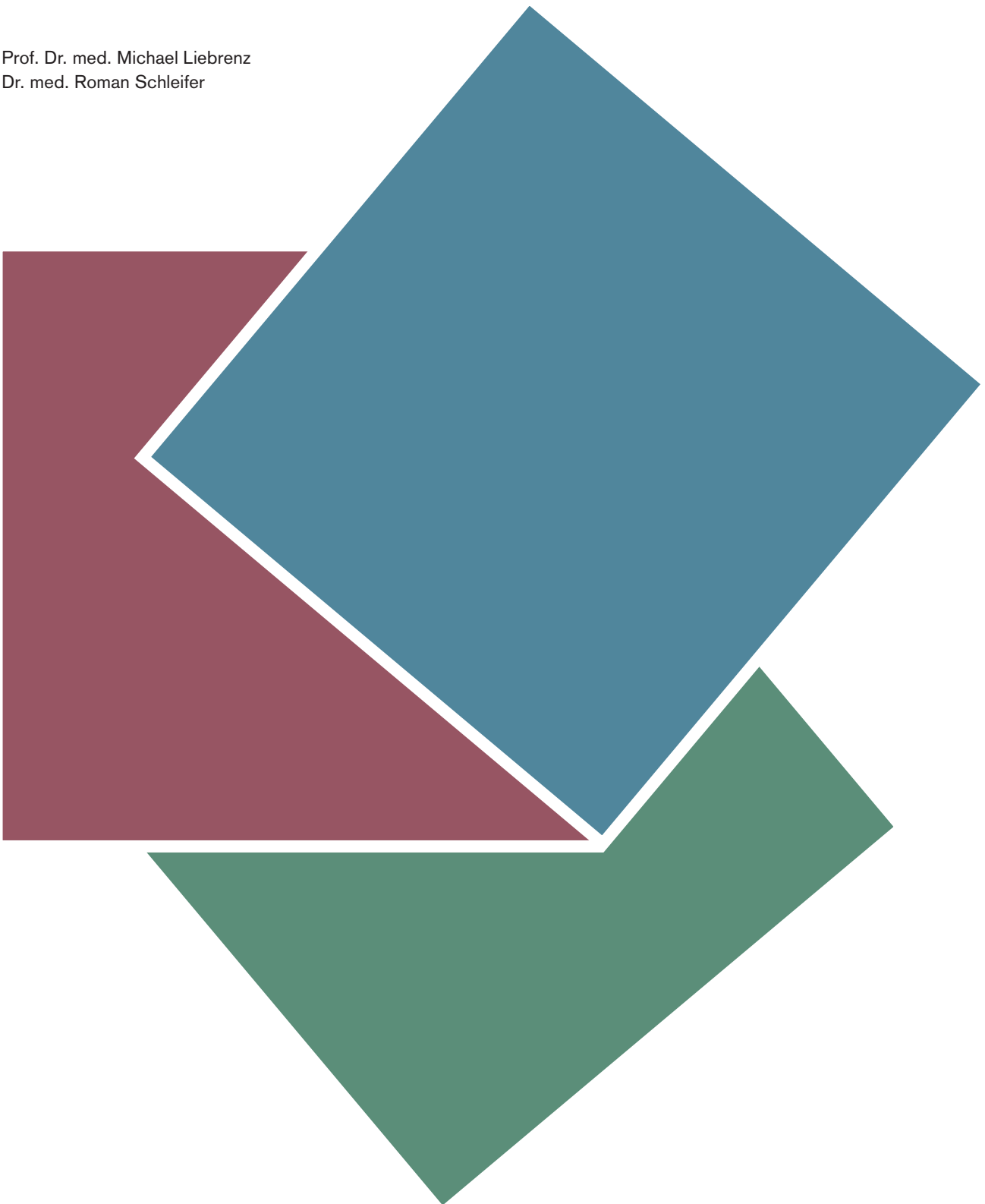


REACT

Risiko für
Einschränkungen
der beruflichen Aktivität
und Teilhabe

Prof. Dr. med. Michael Liebrecht
Dr. med. Roman Schleifer



REAcT

Risiko für
Einschränkungen
der beruflichen Aktivität
und Teilhabe

■ ■ ■ WAS IST REAcT?

Bei REAcT handelt sich um ein Fremdbeurteilungsverfahren (Structured Professional Judgement), welches das Risiko für die Einschränkungen der beruflichen Aktivität und Teilhabe der Betroffenen in Folge einer Gesundheitsstörung (Krankheit oder Unfall) erfassen soll. Zielsetzung des Instruments ist eine Abschätzung der Wahrscheinlichkeit, mit der ein Proband unter bestimmten Voraussetzungen in einem bestimmten Zeitraum wieder arbeitsfähig wird oder aber arbeitsunfähig bleibt. REAcT soll es erleichtern, weitere Interventionsschritte in Bezug auf die berufliche Wiedereingliederung zu planen.

■ ■ ■ WAS IST EIN STRUCTURED PROFESSIONAL JUDGEMENT (SPJ)?

Zur Risikobeurteilung werden verschiedene Risikomerkmale bezogen auf ein Individuum einer professionellen Einschätzung unterzogen. Dabei wird das Gewicht jedes einzelnen Faktors im Kontext der Entwicklung des Probanden, seiner bisherigen Verhaltensmuster und seiner vorhersehbaren Risiken gewertet. Bei einem SPJ können von Anwendern verschiedene Szenarien für bestimmte Zeiträume und Umstände entwickelt werden, in denen einzelne Risikofaktoren mehr oder weniger Gewicht haben. Es resultiert keine statistische oder aktuarische Einschätzung, sondern eine individuelle Fallanalyse. Dieses Vorgehen unterstützt den Anwender dabei seine klinische Beurteilung transparent und nachvollziehbar zu gestalten und die relevanten Informationen systematisch zu berücksichtigen.

■ ■ ■ WIE IST REAcT AUFGEBAUT?

Diese REAcT-Version enthält 35 Items (Themen):

■ **12 V-Items** beziehen sich auf die Vorgeschichte
(historische Faktoren V)

■ **12 G-Items** beziehen sich auf die aktuellen Querschnittsbefunde
(aktuelle klinische und Kontextfaktoren G)

■ **11 Z-Items** auf die zukünftig relevanten Faktoren (Z)

Die Items enthalten ohne Anspruch auf Vollständigkeit prognostische Merkmale, die sich in den letzten Jahrzehnten gemäss der Fachliteratur und in der bisherigen Praxis als aussagekräftig erwiesen haben. Die relevanten Literaturquellen sind im Anhang zu finden.

■ ■ ■ WIE WIRD REACT ANGEWENDET?

Die Beurteilung einzelner Items erfolgt anhand von angegebenen günstigen und ungünstigen Faktoren, die im jeweiligen Fall narrativ zu diskutieren sind. Die vorgegebenen Faktorenbeschreibungen stellen dabei Extreme dar. Es obliegt dem Anwender mit seiner klinischen und gutachterlichen Erfahrung die Zuordnung der individuellen Fallkonstellationen zu beiden Polen (eher günstig bzw. eher ungünstig) vorzunehmen und zu begründen. Es wird davon abgeraten, die Items allzu häufig als nicht beurteilbar zu bewerten. Allenfalls soll im Freitext verdeutlicht werden, welche weiteren Informationen bzw. Abklärungen notwendig sind, um das Item bewerten zu können.

Zu unterscheiden sind statische (d.h. praktisch unveränderbare) Merkmale und dynamische (d.h. innerhalb des definierten Zeitraums veränderbare) Merkmale. Die anschließende integrale Gesamtbeurteilung soll eine individuelle Gewichtung von prognostisch besonders relevanten Items und deren allfälligen Veränderbarkeit vornehmen. Von einer reinen Verrechnung von günstigen und ungünstigen Faktoren wird vor diesem Hintergrund abgeraten und ist aktuell nur für die Verwendung im wissenschaftlichen Kontext intendiert.

■ ■ ■ VON WEM KANN DAS INSTRUMENT ANGEWENDET WERDEN?

Die Anwendung des Instruments setzt sowohl Fachwissen als auch Erfahrung in der Psychopathologieerhebung und Diagnostik von psychischen Störungen, in der Rehabilitation von psychischen- und Suchterkrankungen, aber auch fundierte Kenntnisse des jeweiligen Sozialversicherungssystems, insbesondere von Eingliederungs- und Rentenverfahren, ferner auch der geltenden Begutachtungsleitlinien voraus. Der Experte muss im Einzelfall die Grenzen der Anwendbarkeit des vorliegenden Fragebogens erkennen (z.B. spezifische Fallkonstellationen, ungenügende Evidenz, seltene Erkrankungen und untypische Verläufe, relevante wissenschaftliche Publikationen).

Die Anwendung durch eine Expertengruppe (mindestens zwei Experten oder durch eine multidisziplinäre Expertengruppe aus Psychiatern, weitere medizinische Disziplinen und Berufs- oder Eingliederungsberater) ist möglich und in einigen Fällen zu empfehlen. Die Diskussion und Beurteilung der Kriterien in einer Gruppe erhöht nach den bisher gesammelten Erfahrungen die Genauigkeit der Prognose im Sinne eines Peer Review-Verfahrens.

■ ■ ■ WELCHE INFORMATIONEN SIND ZUR VERWENDUNG DES INSTRUMENTS NOTWENDIG?

Die Informationen können im Rahmen eines Interviews unter Einbezug der fremdanamnestischen Quellen erhoben werden. Insbesondere die Beurteilung der Vorgeschichte sollte sich auf möglichst gesicherte Informationen (z.B. Anstellungsdauer, Einkommensdaten, behördliche Dokumente, Fremdanamnese) abstützen. Objektive Quellen haben Vorrang vor subjektiven, nicht belegbaren Eindrücken und Meinungen. Bei bestimmten Störungsbildern ist es allerdings prinzipiell schwierig, die subjektiven Eindrücke zu objektivieren.

Als Unterstützung für den begutachtenden Experten wurde ein Topic-Guide konzipiert. Das Ausfüllen des Fragebogens ist ebenfalls basierend auf einem ausführlichen gutachterlichen Bericht oder ausführlichen Dossiers (z.B. IV-Stelle) möglich.

Die Anwendung von weiteren Instrumenten oder Ratingverfahren (Mini-ICF-APP, GAF) und Zusatzuntersuchungen (Labor, Neuropsychologie, Bildgebung) ist bei Bedarf zu empfehlen.

■ ■ ■ WAS SOLLTE IN BEZUG AUF DIE WEITERENTWICKLUNG DES INSTRUMENTES BEACHTET WERDEN?

Bei REAcT handelt sich um ein wissenschaftliches Dokument, welches wir den Anwendern unter den Bedingungen des Open Access lizenzfrei zur Verfügung stellen. Anpassungen für den jeweiligen Rechtsraum und/oder Übersetzungen sind willkommen. Wir empfehlen den Anwendern die Homepage des Projektes in regelmässigen Abständen zu besuchen, um über Neuerungen und weitere Publikationen orientiert zu bleiben.

■ ■ ■ WER SIND DIE AUTOREN DES INSTRUMENTS REAcT?

Das Instrument wurden in den Jahren 2014–2018 von **Prof. Dr. med. Michael Liebrecht** und **Dr. med. Roman Schleifer** in Zürich und Bern entwickelt.

Die Autoren Danken:

Frau I. Soubutchev und Frau K. Balmer für die Unterstützung in administrativen Belangen.
Frau M. Lindner für die visuelle Gestaltung des Instruments.

Folgende Kolleginnen und Kollegen waren im Laufe der Jahre an der Entwicklung beteiligt:

Prof. em. Dr. med. Volker Dittmann,
Dr. med. Carlos Canela,
Prof. Dr. Rolf-Dieter Stieglitz,
Prof. Dr. iur. Ueli Kieser,
Dr. med. Anna Buadze,
Dr. phil. Ingeborg Warnke,
PD Dr. rer. nat. Alex Gamma,
Dr. med. Gerhard Ebner,
Mounira Jabat

■ ■ ■ WEBLINK

Die aktuelle Version des Instruments finden Sie online unter:
www.react-online.ch

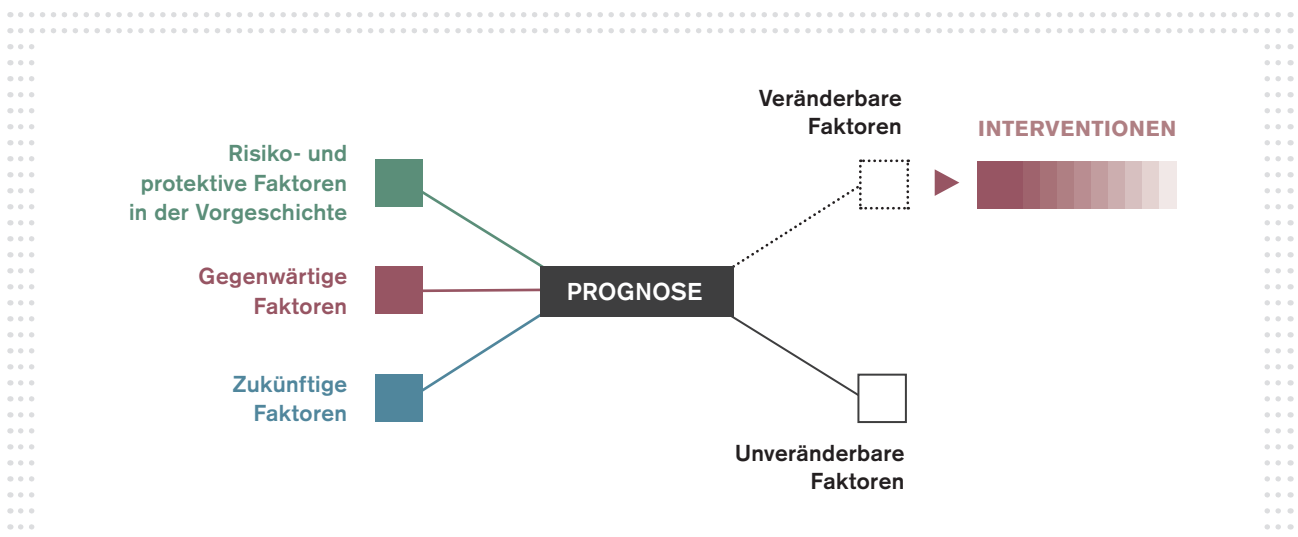
Name des Probanden			Geb. Datum			Hauptdiagnose (ICD 10)		
Beurteilungsgrundlage								
Beurteiler			Datum d. Beurteilung			Prognoseart und Prognosezeitraum		

MEDICO- LEGALE AUSGANGSLAGE

Empty dotted area for the medico-legal assessment.

Anlass /Gründe für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, der Prognose und des Interventionsbedarfs: u.a. Rentenverfahren
Erstanmeldung, Indikationsstellung für Integrationsmassnahmen, Wiedereingliederung und Wiedereingliederungspotential etc.

VORGEHEN



 **ZU DEN ITEMS** 

V-Items

1 Frühe Verhaltens- und Bindungsstörungen vor Erreichen des 17. Lebensjahres, wobei sich die Auffälligkeiten im interpersonellen und schulischen Bereich manifestieren können:

Aggressives und delinquentes Verhalten (z.B. im Klassenverband), Schulverweise, schul- oder kinderpsychologische Abklärungen, dokumentiertes Geburtsgebrechen (IV), längere Fremdplatzierungen, Einbindung der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde wegen Vernachlässigung oder Gewalt. Erhebliche emotionale Mangelerfahrungen in der Kindheit.

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Keine relevanten Verhaltens- oder Lernauffälligkeiten in der Schulzeit. Keine Klassenwiederholungen. Aufwachsen in intakten familiären Verhältnissen. Keine psychiatrischen oder psychologischen (schulpsychologischen) Konsultationen in der Schulzeit. Gute soziale Integration in der Schule und in der Freizeit.

EHER GÜNSTIG

2 Psychische Störungen vor Erreichen des 25. Lebensjahres:

Eine psychische Störung ist durch den Hausarzt oder einen Kinder- und Jugendpsychiater dokumentiert bzw. fremdanamnestisch gesichert. (Alleinige Hinweise für eine etwaige Psychopathologie reichen hier nicht) eine wesentliche Funktionseinschränkung muss ersichtlich sein, z.B. Absenzperiode in Schule, Klassenwiederholungen, Suizidversuche, Arbeitsunfähigkeitsperioden.

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Keine psychische Störung vor Erreichen des 25. Lebensjahres oder nur leichte psychische Probleme (Anpassungsstörungen) ohne längere Absenzen, keine Klassenwiederholungen, keine Fremdplatzierungen, normaler Einstieg ins Arbeitsleben.

EHER GÜNSTIG

V-Items

3

Angaben zu kritischen Lebensereignissen in der Vorgeschichte:

Vorgeschichte mit kritischem Lebensereignis: z.B. im Sinne von schweren körperlichen Leiden, schweren Unfällen und Verletzungen, als belastend erlebten Migrationssituationen, Gewalt- und Missbrauchserlebnissen, Haft und Folter.

Keine aussergewöhnlichen Belastungen oder kritischen Lebensereignisse.

NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

4

Dauer der psychischen Störung oder bisheriger Krankheitsepisoden:

Durch bisherige Behandler verifizierbarer, länger-dauernder Verlauf mit einer Dauer von zwei und mehr Jahren, oder drei und mehr Episoden.

Weder anamnestisch noch in den Akten Hinweise für einen längeren Verlauf einer psychischen Störung («Ich war immer gesund!»). Kurzer Verlauf der psychischen Störung (unter 12 Monaten).

NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

V-Items

5

Anzahl bisheriger Hospitalisationen aufgrund einer psychischen Störung:

Drei oder mehr dokumentierte stationäre Behandlungen. Mehrere Zuweisungen per fürsorglicher Unterbringung oder KESB Platzierung, mehrmonatige teilstationäre Behandlungen, Home Treatment.

Keine oder maximal eine dokumentierte stationäre Behandlung.

NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

6

Gebrauch legaler oder illegaler psychotroper Substanzen in der Vorgeschichte, der eine wesentliche Funktionseinschränkung nach sich zog:

Dokumentierter schädlicher oder abhängiger Gebrauch psychotroper Substanzen, assoziiert mit wesentlichen Funktionseinschränkungen, z.B. Führerausweiszüge (FiaZ), strafrechtliche Konsequenzen, längere Arbeitsausfälle und/oder Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen.

Kein dysfunktionaler Substanzgebrauch oder rekreativ-moderater Gebrauch ohne relevante Auswirkungen im Beruf oder im Alltag.

NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

V-Items

7 Angaben zum Verlauf der bisherigen Berufsausbildung und zu den erreichten Abschlüssen in der Vergangenheit:

Auffälligkeiten während der Schule ohne Erreichen eines Schulabschlusses, keine anerkannte Berufsausbildung.

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Erreichen eines berufsqualifizierenden Abschlusses oder einer vergleichbaren Qualifikation im Laufe des Berufslebens.

EHER GÜNSTIG

8 Frühere Konstanz im Arbeitsleben und Angaben zur Arbeitslosigkeit im bisherigen Lebensverlauf:

Mehrheitlich kurz- (unter 1 Jahr Dauer) und wenig mittelfristige (1 – 5 Jahre Dauer) Tätigkeiten, häufige Branchenwechsel, kaum oder keine Karriereschritte, längere Phasen von Arbeitslosigkeit (> 18 Monate).

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Langfristige Tätigkeiten von mehr als 5 Jahren Dauer oder mittelfristige Arbeitsverhältnisse mit zielorientierten Arbeitgeberwechseln zur Förderung der eigenen Karriere / Ausbildung.

EHER GÜNSTIG

V-Items

9

Alter bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Alter bei Beginn der aktuell attestierten Arbeitsunfähigkeit
jünger als 25 Jahre und älter als 55 Jahre.

EHER UNGÜNSTIG **■**

NICHT BEURTEILBAR

Alter bei Beginn der aktuell attestierten Arbeitsunfähigkeit
älter als 25 Jahre und jünger als 55 Jahre.

EHER GÜNSTIG **■**

10

Verlauf früherer informeller und persönlicher / familiärer Beziehungen:

Nahezu alle Beziehungen sind von vorübergehender Natur,
erratische und wiederholte Beziehungsabbrüche, feh-
lendes Beziehungsnetz; in Bezug auf eine Partnerschaft:
keine oder wenige längere Beziehungen über 12 Monate
Dauer, mehrfache Scheidungen, zeitlebens instabile
und hoch konflikthafte Beziehungsgestaltung.

EHER UNGÜNSTIG **■**

NICHT BEURTEILBAR

Insgesamt stabile und konfliktarme persönliche und
partnerschaftliche Beziehungen.

EHER GÜNSTIG **■**

V-Items

11

Verlauf früherer formeller und professioneller Beziehungen:

Wiederholte und ernsthafte Auffälligkeiten in formellen und professionellen Beziehungen (z.B. Konflikte mit Autoritätspersonen, Untergebenen oder Gleichrangigen, Dienstleistungserbringern und Kunden oder z.B. durch Arbeitgeber berichtete erhebliche Schwierigkeiten, professionelle Beziehungen im formellen Rahmen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten).

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Keine Auffälligkeiten im Rahmen formeller und professioneller Beziehungen. Keine oder vereinzelte Schwierigkeiten mit Gleichrangigen und Untergebenen. Keine oder nur vereinzelte Schwierigkeiten mit Autoritäten oder nur isolierte Probleme, z.B. bezogen auf Kundenkontakte.

EHER GÜNSTIG

12

Angaben zu früheren ausserberuflichen Aktivitäten:

Im Verhältnis zu den beruflichen Aktivitäten nur äusserst gering ausgeprägtes und inkonstantes Freizeitverhalten («Workaholic», sozial inadäquates Verhalten) oder über Jahre anhaltendes Muster von nahezu keinen identifizierbaren Aktivitäten ausserhalb der beruflichen und familiären Verpflichtungen und der Selbstversorgung (keine Vereinsmitgliedschaft, keine Reiseaktivität, kaum ausserfamiliäre Kontakte, keine identifizierbaren Hobbys, Spezialinteressen o.ä.).

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Vielfältige Interessen, in unterschiedlichen Bereichen engagiert: z.B. Sport, Vereinstätigkeiten, ehrenamtliche Tätigkeiten, politische Aktivitäten, Mitwirken bei prosozialen Religionsgemeinschaften, Nachbarschaftshilfe, Patenschaften, Weiterbildungen (Sprachschulen etc.).

EHER GÜNSTIG

G-Items

1 Gegenwärtig bestehende funktionale und Partizipationseinschränkungen sowie Schweregrad der Symptome, z.B. anhand von Fremdbeurteilungsskalen (GAF, IADL, Mini-ICF-APP):

Schwere Symptome: akute Selbst- und Fremdgefährdung, Wahnphänomene oder Halluzinationen, Beeinträchtigung der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (ausgeprägte Denkauffälligkeiten, grob inadäquates Verhalten), schwere Zwangsrituale, schwere Entzugssymptome etc. (GAF < 50); mehrheitlich mittelgradige oder vollständige Beeinträchtigungen in mehreren Dimensionen (Mini-ICF APP).

EHER UNGÜNSTIG ■

NICHT BEURTEILBAR

Keine oder minimale Symptome, Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren, höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (GAF > 70); mehrheitlich keine oder leichte Beeinträchtigungen in mehreren Dimensionen (Mini-ICF-APP).

EHER GÜNSTIG ■

2 Gegenwärtiges kognitives Funktionsniveau:

Mittelgradige bis schwere neuropsychologische Einschränkungen in mehreren kognitiven Teilfunktionen. Es können nur einfachere Arbeiten ausgeführt werden. Es bestehen deutliche Auffälligkeiten im sozialen Umfeld.

EHER UNGÜNSTIG ■

NICHT BEURTEILBAR

Keine oder minimale neuropsychologische Einschränkungen, keine alltagsrelevanten Beeinträchtigungen. Defizite nur bei Aufgaben und Tätigkeiten mit sehr hohen Anforderungen feststellbar. Nur subjektiv berichtete Defizite. (z.B. «Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren.»)

EHER GÜNSTIG ■

3 Derzeitiger bzw. aktueller Behandlungs- und Krankheitsverlauf:

Ersterkrankung oder Exazerbation nach zuvor stabilem Zustand, mit einer Dauer länger als 12 Monate ohne teilweise Remission; Ungünstiger Verlauf mit Verschlechterungstendenz im Beobachtungszeitraum von mindestens einem Jahr, z.B. häufige Episoden einer affektiven Störung, stark schwankender labiler Verlauf, Auftreten von produktiven Symptomen ohne Verbesserungstendenz innert einem Jahr, schwere chronische Verläufe (z.B. therapieresistente schizophrene Symptome, dementielle Entwicklung).

Keine Erkrankung oder Vollremission, sich verbessernder Verlauf im Beobachtungszeitraum (Teilremission).

○ NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

4 Gegenwärtig bestehende körperliche (somatische) Begleiterkrankungen:

Schweres oder chronisches körperliches Leiden, welches zu Einschränkungen der Lebensqualität oder der Alltagsfunktion führt (z.B. chronische Atemwegserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, rheumatische Leiden, Malignome, neurologische Leiden etc.).

Keine, leichte oder vorübergehende somatische Erkrankungen.

○ NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

G-Items

5 Gegenwärtige Einschätzung der Aspekte Terminorganisation, Tagesablauf und Zuverlässigkeit:

Proband hat grosse Schwierigkeiten Termine einzuhalten (z.B. Nichtwahrnehmen von Arztterminen oder Terminen bei Behörden, auch wenn dadurch persönliche (etwa finanzielle oder emotionale Nachteile entstehen), Aufschieben von dringenden Verpflichtungen (unbezahlter Mietzins, unbezahlte Krankenkassenrechnungen).

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Keine Schwierigkeiten, Termine und Tagesablauf zu organisieren (z.B. mit Hilfe einer selbstgeführten Agenda, Smartphone etc.) oder leichte Schwierigkeiten Termine zu organisieren und einzuhalten (z.B. sporadisches Nichteinhalten von Verabredungen, verspätetes Erscheinen, ohne negative Konsequenzen).

EHER GÜNSTIG

6 Gegenwärtige Einschätzung der Mobilität:

Benutzt keine öffentlichen Verkehrsmittel oder nur in Begleitung, benutzt Auto/Taxi nur als Passagier und nur in Begleitung, kann Termine nur zu Fuss erledigen.

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Benutzt unabhängig die zur Verfügung stehenden Verkehrsmittel, z.B. öffentlicher Verkehr (Bus, Zug, Flugzeug) oder Auto und Fahrrad.

EHER GÜNSTIG

7 Gegenwärtige Konflikte und Belastungen im formellen und informellen Bereich:

In den letzten 12 Monaten aufgetretene schwere und andauernde Konflikte bzw. Auseinandersetzungen mit Behörden, Justiz, Arbeitgeber (Sorgerechtsstreit, Scheidungs- und Trennungsverfahren, Unterhaltsbegehren, Wohnungsverlust, Inhaftierungen, strafrechtliche Ermittlungsverfahren, Anzeigen, Führerscheinentzüge, fristlose Kündigungen etc.); Proband gerät immer wieder in ähnliche Konfliktsituationen, reagiert stereotyp, geringe Frustrationstoleranz, sozial inadäquater Konfliktstil.

EHER UNGÜNSTIG **■**

N I C H T B E U R T E I L B A R

Keine Konflikte im formellen und informellen Bereich, sozial adäquater Interaktionsstil, Lösungen werden ad hoc gesucht. Konfliktpartner werden adäquat identifiziert und angesprochen, deeskalierende Fähigkeiten, gute Belastbarkeit in vielfältigen Konfliktsituationen.

EHER GÜNSTIG **■**

8 Aktuelle ausserberufliche Aktivitäten (Hobbys) und derzeitige Freizeitgestaltung:

Erhebliche, nachweisbare Reduktion von kreativen und rekreativen Aktivitäten in den letzten 12 Monaten (z.B. Niederlegung eines Vereins- oder Parteimandates, Austritt aus Sportverein, Chor, karitativem Verein, Kündigung einer Mitgliedschaft im Sportclub etc.).

EHER UNGÜNSTIG **■**

N I C H T B E U R T E I L B A R

Keine oder nur leichte Einschränkungen bei der Ausübung von kreativen und rekreativen Aktivitäten, unveränderte Freizeitgestaltung im Vergleich zum Erkrankungsbeginn.

EHER GÜNSTIG **■**

G-Items

9 Derzeitiger Umgang mit finanziellen Angelegenheiten sowie Erledigung administrativer Verpflichtungen:

Benötigt Hilfe bei der Erledigung von Einzahlungen, Überweisungen (E-Banking), ist mehrheitlich nicht fähig, Geldgeschäfte zu erledigen, Delegation finanzieller Angelegenheiten an einen Beistand oder an eine Drittperson ist erfolgt. Schulden und Betreibungen vorhanden.

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Regelt finanzielle Geschäfte selbstständig (Budget, Einzahlungen, Gang zur Bank), keine Betreibungen.

EHER GÜNSTIG

10 Beurteilung der gegenwärtigen Haushaltsführung, Einkaufen, Kochen, Wäsche:

Macht keine Einkäufe oder nur in Begleitung, kocht nicht, führt praktisch keine Haushaltsarbeiten aus, kann Wohnung nicht rein halten.

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Kauft selbstständig ein, plant und kocht die Mahlzeiten selbstständig, hält Ordnung im Haushalt.

EHER GÜNSTIG

11 Beurteilung der gegenwärtigen Selbstpflege, Hygiene und Ernährung:

Ungepflegt oder verwahrlost anmutend, ausgeprägte Kachexie (oder Adipositas) aufgrund einer ausgewiesenen Fehlernährung.

Sauberes und gepflegtes Erscheinungsbild, der sozialen Situation (Anlass) und der Jahreszeit entsprechende Kleidung, normaler Ernährungszustand.

NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

12 Struktur des gegenwärtigen sozialen Umfeldes (Freunde, Bekannte, Familienmitglieder mit welchen der Explorand in Kontakt steht):

Deutlicher sozialer Rückzug nach Erkrankungsbeginn und/oder keine engen Beziehungen ausser zu professionellen Helfern oder nur wenige äusserst dysfunktionale, konflikthafte Beziehungen.

Im Wesentlichen unverändertes soziales Umfeld mit Ausnahme beruflicher Kontakte, mehrere funktionierende, subjektiv als stützend erlebte Beziehungen.

NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

Z-Items

1 Theoretisch zur Verfügung stehende Therapiemöglichkeiten zur Behandlung der diagnostizierten Störung:

Eine Therapie ist nach dem gegenwärtigen Stand des allgemein anerkannten psychiatrischen Wissensstandes gegenwärtig nicht verfügbar oder unwahrscheinlich (z.B. Demenz, schizophreses Residuum, schwere hirnorganische Störung, schwere Persönlichkeitsstörung o.ä.), allfällige zu erreichende therapeutische Fortschritte sind instabil bzw. nur vorübergehend erreichbar. Mehrere Komorbiditäten, z.B. mit Abhängigkeitserkrankungen, hirnorganischen und somatischen Beeinträchtigungen.

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Eine gut wirksame Behandlungsmethode steht theoretisch zur Verfügung. Theoretisch zu erreichende therapeutische Verbesserungen sind langfristig stabil.

EHER GÜNSTIG

2 Klinisch-praktische Realisierbarkeit einer Therapie:

Sprachliche und/oder kognitive Defizite erschweren die Therapie.
Es steht keine geeignete therapeutische Institution zur Verfügung oder die Institution ist nicht bereit den Probanden aufzunehmen, respektive eine Finanzierung der Therapie ist nicht gewährleistet.
Es findet keine Behandlung des Störungsbildes gemäss den Leitlinien der Fachgesellschaften (bzw. gemäss der wissenschaftlichen Evidenz) statt.

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Hinreichende sprachliche Kompetenz und ausreichende kognitive Fähigkeiten des Probanden.
Verfügbarkeit einer geeigneten Behandlungsinstitution und Gewährleistung der Kostenübernahme der indizierten Therapie. Die geeignete Therapieinstitution ist bereit, den Probanden zeitnah aufzunehmen.
Falls verfügbar wird eine Behandlung des Störungsbildes gemäss Leitlinien der Fachgesellschaften oder gemäss der Studienlage durchgeführt.

EHER GÜNSTIG

Z-Items

3 Therapiebereitschaft und Compliance bzgl. psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen:

Keine Therapie oder keine Bereitschaft/Fähigkeit, sich vertieft auf die Therapie einzulassen (z.B. kulturell bedingt, mangelhafte Introspektionsfähigkeit); therapeutische Interventionen wurden frühzeitig und gegen ärztlichen Rat abgebrochen (z.B. mehrfacher Abbruch einer Psychotherapie nach wenigen Sitzungen, Austritt aus stationären Behandlungseinrichtungen gegen ärztlichen Rat, Medikamente werden nicht eingenommen); nicht sachgerechte Medikamenteneinnahme (selbständiges Absetzen, dysfunktionale Einnahme/Boluseinnahme von Antidepressiva etc.).

EHER UNGÜNSTIG ■

NICHT BEURTEILBAR

Optimale kontinuierliche Therapie: Proband nimmt regelmässig die Termine wahr, Medikamentenspiegel im therapeutischen Bereich, weitergehende therapeutische Empfehlungen (z.B. für tagesklinische oder stationäre Aufenthalte) werden mehrheitlich befolgt. Der Proband bemüht sich aktiv um eine Therapiemöglichkeit. Offenheit und gute, vertrauensvolle Bindung an die Therapeuten und weitere Betreuungspersonen (Adhärenz).

EHER GÜNSTIG ■

4 Krankheitseinsicht, subjektives Krankheitskonzept und Zukunftsperspektiven:

Ausgeprägte defizitorientierte Sichtweise in Bezug auf sich, die eigene Zukunft und die Umwelt; Einschränkungen stehen im Vordergrund, das berufliche Umfeld ablehnend («mich will keiner haben»).

EHER UNGÜNSTIG ■

NICHT BEURTEILBAR

Stark ressourcenorientierte Sichtweise, Betonung von erhaltenen Funktionen, optimistische Zukunftsperspektiven (Angaben über Unterstützung durch den Arbeitgeber und das soziale Umfeld, Entwicklung von konkreten Bewältigungsstrategien für Einschränkungen).

EHER GÜNSTIG ■

5 Subjektive Einstellung zur Wiedereingliederbarkeit:

Eine Wiedereingliederung im beruflichen Kontext ist für den Exploranden aktuell und langfristig nicht vorstellbar, oder eine Wiedereingliederung ist subjektiv möglich, jedoch erst nach vollständiger Genesung und deutlicher Besserung der belastenden Symptomatik. Keine Stellenofferten, pessimistische Einschätzung bzgl. der allgemeinen Stellensituation (z.B. aufgrund des Alters, Stigmatisierung, «vollständige Erschöpfung»). Über 2 Jahre ohne Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (Ausnahmen wie z.B. Mutterschaft, Vaterschaftspausen vorbehalten).

EHER UNGÜNSTIG **■**

NICHT BEURTEILBAR

Eine Wiedereingliederung wird vom Probanden aktiv verfolgt (Bewerbungsbemühungen o.ä. sind dokumentiert); Eine Bereitschaft zur Eingliederung und Stellensuche wurde prinzipiell geäußert, konkrete Stellenofferten oder Arbeitsbemühungen im gewünschten Betätigungsfeld wurden berichtet.

EHER GÜNSTIG **■**

6 Zukünftiger Einfluss von psychosozialen Faktoren:

Gravierende destabilisierende Faktoren sind gegeben und langfristig nicht veränderbar oder nur schwer zu kompensieren. Beziehungen werden als belastend und konfliktreich erlebt. Längerdauernde juristische Verwicklungen wie z.B. Scheidungs- und Sorgerechtsverfahren, arbeitsrechtliche Verfahren, unklarer Aufenthaltsstatus etc. Unkenntnis des Kulturraums, Überschuldung, Beteiligungen, Wohnungs- und Obdachlosigkeit. Längerfristiger Pflegebedarf eines Familienangehörigen nach Unfall oder Krankheit, etc.

EHER UNGÜNSTIG **■**

NICHT BEURTEILBAR

Einbindung in Familie und tragfähige Partnerschaft, stützende Kontakte zu Hilfspersonen, stabile Wohnverhältnisse und gesicherte finanzielle Verhältnisse. Vorhandene Arbeitsstelle. Allfällige destabilisierende Einflüsse sind kurzfristig kompensierbar: z.B. Arbeitskonflikt und Mobbing-situationen z.B. durch (internen) Stellenwechsel lösbar. Bei evtl. Kündigung der Anstellung bestehen konkrete Aussichten auf einen neuen Arbeitsplatz/Tätigkeitsfeld (Selbständigkeit, Weiterbildung etc.).

EHER GÜNSTIG **■**

7 Perspektivische partnerschaftliche Unterstützung:

Keine partnerschaftliche Beziehung; lebt allein (auch perspektivisch alleine lebend); konflikthafte Beziehung, Trennung/Scheidung, «On-Off-Beziehung».

In einer stabilen partnerschaftlichen eheähnlichen Beziehung; gemeinsamer Lebensmittelpunkt auch perspektivisch ist die Beziehung stabil.

NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

8 Subjektiv empfundene Perspektive auf dem Arbeitsmarkt:

Keine realistischen oder zeitnah realisierbaren Eingliederungspläne (z.B. Wunsch einen Nischenberuf ohne entsprechende Vorqualifikationen zu ergreifen); pessimistische Einschätzung bzgl. der allgemeinen Stellensituation (z.B. aufgrund des Alters, Stigmatisierung, «vollständige Erschöpfung»).

Arbeitsplatz vorhanden und perspektivisch stabil oder konkrete Stellenofferten im gewünschten Betätigungsfeld berichtet.

NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

Z-Items

9 Vorhandensein von materiellen und immateriellen Anreizen für Berentung / Fernbleiben von der Arbeit:

Präsenz eines substanziellen materiellen oder immateriellen Anreizes in den Arbeitsprozess nicht zurückzukehren (gekündigte Anstellung und schlechte Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt, mögliche Rente bietet eine höhere finanzielle Sicherheit im Vergleich zum möglichen Einkommen, hoher sekundärer Krankheitsgewinn durch familiäre oder soziale Unterstützung).

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Es bestehen grosse materielle und immaterielle Anreize, in die Arbeitswelt zurückzukehren (z.B. bestehende Arbeitsstelle und sicherer Arbeitsplatz, Gratifikation am Arbeitsplatz und durch soziales Umfeld, selbständige Erwerbstätigkeit mit renditestarkem Unternehmen).

EHER GÜNSTIG

10 Schlüsselqualifikationen für eine zukünftige Arbeitstätigkeit:

Fehlende oder unzureichende Berufsqualifikation / Sprachkenntnisse.

EHER UNGÜNSTIG

NICHT BEURTEILBAR

Ausreichende Berufsqualifikation / Sprachkenntnisse nachweisbar.

EHER GÜNSTIG

11

Arbeitsplatzphobie:

Ausgeprägte Angstzeichen bei Thematisierung des Arbeitsplatzes bzw. arbeitsplatzassoziierten Stimuli (Kollegen, Vorgesetzte, Orte), Vermeidung des Arbeitsplatzes (länger als 3 Monate). Angst, Kollegen oder Vorgesetzte in der Öffentlichkeit zu treffen mit dazugehörigem Vermeidungsverhalten.

Keine ausgeprägten Ängste in Verbindung mit Arbeitsplatz und arbeitsplatzassoziierten Stimuli. Arbeitsplatzbesuche und Kontakte mit Kollegen/Vorgesetzten möglich ODER die arbeitsplatzphobische Problematik dauert unter 3 Monaten.

NICHT BEURTEILBAR

EHER UNGÜNSTIG

EHER GÜNSTIG

■ ■ ■ GESAMTBEURTEILUNG (QUALITATIV)

Welche Faktoren bzw. welches Zusammenspiel von Faktoren sind protektiv bzw. belastend? In Bezug auf die jeweilige Merkmalsgruppe (V, G, Z) überwiegen günstige oder ungünstige Faktoren? Welche Faktoren sind theoretisch und praktisch beeinflussbar und wenn in welchem Zeitraum. Sind weitere Abklärungen notwendig? Eventuell sollte der Zeitpunkt der erneuten Abklärung festgelegt werden.

GÜNSTIG

NEUTRAL

UNGÜNSTIG

Grid area for notes or additional information.

■ ■ ■ INTERVENTIONEN / MASSNAHMEEMPFEHLUNGEN

- Psychiatrische Behandlung sicherstellen / evtl. Auflagen
- Spiegelbestimmungen von Medikamenten
- Ambulante Psychotherapie
- Teilstationäre Behandlung
- Stationäre Behandlung
- Weitere

- Case management
- Umplatzierung/Anpassung des Arbeitsplatzes
- Berufsberatung
- Supported employment
- Ausbildungen/Weiterbildungen
- Sprachkurse
- Geschützte Tätigkeit
- Weitere

- Betreutes/begleitetes Wohnen
- Betreuung in Bezug auf Finanzen, Administration, Behandlung
- Weitere

Begründung für die Wahl des / der Interventionsverfahren

.....

■ ■ ■ GESAMTÜBERSICHT ITEMS V, G, Z (FORSCHUNGSVERSION)

Instruktion:

Die Items werden mit -1 , 0 oder $+1$ kodiert, wobei $+1$ eher günstig, -1 eher ungünstig und 0 = nicht beurteilbar verschlüsselt, und in den jeweiligen Spalten **V**, **G**, **Z** eingetragen.

Im Folgenden sollen Szenarien (z.B. nach Interventionen in einem vom Anwender oder Auftraggeber definierten Zeitraum) überlegt werden.

Anschliessend sollen zu erwartende Veränderungen in den Spalten **G*** und **Z*** aufgetragen werden (z.B. Explorand X zeigt zum Untersuchungszeitpunkt eine defizitorientierte Selbstwahrnehmung, im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung hält es der Anwender für möglich innert 12 Monaten eine ressourcenorientierte Sichtweise und optimistische Zukunftsperspektiven zu entwickeln. In diesem Beispiel würde die ursprüngliche Kodierung des Items in der Spalte **Z** (-1) in der Spalte **Z*** auf $+1$) geändert.)



Interventionen



Zeitraum

Kodierung:

- +1** **EHER GÜNSTIG**
- 0** **NICHT BEURTEILBAR**
- 1** **EHER UNGÜNSTIG**

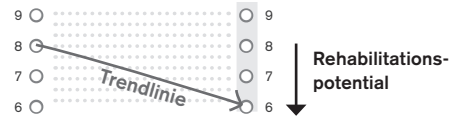
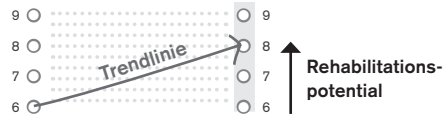
G*/ Z* =
Mögliche Veränderung im Rahmen der adäquat durchgeführten Massnahmen (Zeitperiode z.B. 1 bis 2 Jahre)

	V-Items (1,0,-1)	G-Items (1,0,-1)	G*-Items (1,0,-1)	Z-Items (1,0,-1)	Z*-Items (1,0,-1)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe

Es sollen folgende Werte eingetragen werden:
Summe V, **Summe G** und **G***, **Summe Z** und **Z***.

In den Spalten **G** und **Z** kann beim Auftragen der Summenwerte das Veränderungspotential in Form von graphischen Richtungspfeilen (Trends) dargestellt werden.
 Die Differenzen zwischen den Werten **G** und **G*** sowie **Z** und **Z*** können einen Hinweis auf das Rehabilitationspotential geben.

Beispiel:



V-Items	G-Items	G*-Items	Z-Items	Z*-Items
Summe	Summe	Summe	Summe	Summe
12	12	12	12	12
11	11	11	11	11
10	10	10	10	10
9	9	9	9	9
8	8	8	8	8
7	7	7	7	7
6	6	6	6	6
5	5	5	5	5
4	4	4	4	4
3	3	3	3	3
2	2	2	2	2
1	1	1	1	1
0	0	0	0	0
-1	-1	-1	-1	-1
-2	-2	-2	-2	-2
-3	-3	-3	-3	-3
-4	-4	-4	-4	-4
-5	-5	-5	-5	-5
-6	-6	-6	-6	-6
-7	-7	-7	-7	-7
-8	-8	-8	-8	-8
-9	-9	-9	-9	-9
-10	-10	-10	-10	-10
-11	-11	-11	-11	-11
-12	-12	-12	-12	-12

■ ■ ■ ANHANG 1 / TOPIC GUIDE FÜR GUTACHTER →

■ ■ ■ ANHANG 2 / LITERATURVERZEICHNIS →

■ ■ ■ ANHANG 1 / TOPIC GUIDE FÜR GUTACHTER

Psychiatrische / medizinische Anamnese

- Verhaltensauffälligkeiten, emotionale, kognitive und psychosoziale / schulische Probleme vor Erreichen des 17. Lebensjahres.
- Psychische Störungen vor Erreichen des 25. Lebensjahres inkl. Auswirkungen in der Schule/ Ausbildung / Beruf etc.
- Schwerwiegende kritische Lebensereignisse (schwere Unfälle, Gewalt, Missbrauch, Migration, Haft etc.)
- Dauer der psychischen Störung oder bisheriger Krankheitsepisoden. Sind Informationen verifizierbar (Behandler, Austrittsberichte) oder liegen nur eigenanamnestische Angaben vor?
- Anzahl bisheriger Hospitalisationen (auch teilstationär)?
- Gebrauch legaler oder illegaler psychotroper Substanzen in der Vorgeschichte, der eine wesentliche Funktionseinschränkung nach sich zog (juristische Konsequenzen FIAZ, Stellenverluste etc.).

Biographisch, berufliche, soziale Anamnese

- Bisherige Berufsausbildung und erreichte Abschlüsse?
- Frühere Konstanz im Arbeitsleben und Angaben zur Arbeitslosigkeit im bisherigen Lebensverlauf (Anzahl der Anstellungen, Dauer der Anstellungen, hat es längere Anstellungen gegeben?), Phasen der Arbeitslosigkeit (wie lange? wie häufig?) => evtl. nach einem Lebenslauf fragen.
- Alter bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit?
- Frühere informelle und persönliche / familiäre Beziehungen. Beziehungsabbrüche? Instabile und kurze Beziehungen? Dauer der längsten partnerschaftlichen Beziehung? Bestehen langdauernde Freundschaften (z.B. seit der Schulzeit etc.)?
- Frühere formelle und professionelle Beziehungen: z.B. wiederholte Konflikte mit Autoritätspersonen, untergebenen, Kunden etc.?
- Frühere ausserberufliche Aktivitäten/ Hobbys?

Gegenwärtige Aktivitäten und Teilhabe

- Terminorganisation, Tagesablauf, Zuverlässigkeit?
- Mobilität inkl. Verkehrsfähigkeit (zu Fuss, Velo, PKW, öffentlicher Verkehr, Fliegen etc.)?
- Gegenwärtige (letzte 12 Monate) Konflikte und Belastungen im formellen und informellen Rahmen?
- Aktuelle Hobbys und Freizeitgestaltung, Veränderungen nach Beginn der Erkrankung?

Ressourcen/ stabilisierende/ destabilisierende Faktoren

(bezogen auf die Prognose)

- Zukünftiger Einfluss von psychosozialen Faktoren: langjährige rechtliche Verfahren, Sorgenrecht, Aufenthaltsrecht, schwer kranke Angehörige etc.
- Perspektivische partnerschaftliche Unterstützung. Beziehung stabil auch perspektivisch?
- Subjektiv empfundene Perspektive auf dem Arbeitsmarkt
- Vorhandensein von materiellen und immateriellen Anreize für Berentung/ Fernbleiben von der Arbeit?
- Schlüsselqualifikationen für eine zukünftige Arbeitstätigkeit: berufsqualifizierender Abschluss, ausreichend Erfahrung?

Therapie und Wiedereingliederbarkeit

- Theoretisch zur Verfügung stehende Therapiemöglichkeiten zur Behandlung der diagnostizierten Störung.
- Klinisch- praktische Realisierbarkeit einer Therapie (Sprache, Wartezeit, keine Kostenübernahme etc.)
- Therapiebereitschaft und Compliance bzgl. psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen:
- Krankheitseinsicht, subjektives Krankheitskonzept und Zukunftsperspektiven (defizitorientiert? Berufliche Umfeld ablehnend?)
- Subjektive Einstellung zur Wiedereingliederbarkeit: vorstellbar? Wann? Welche Voraussetzungen?

Querschnittsbefunde und aktuelle medizinische/ psychiatrische Anamnese

- Einschränkungen gemäss Fremdbeurteilungsinstrumenten (Mini-ICF APP, GAF, IADL). Mindestens GAF sollte durchgeführt werden.
- Kognitive Einschränkungen (screening oder Testung). Auswirkungen im Alltag?
- Aktueller Verlauf (12 Monate). Remission, Verschlechterung, chronischer Verlauf.
- Körperliche Erkrankungen? Welche? Auswirkungen?
- Arbeitsplatzphobie: (Ausgeprägte Angstzeichen bei Thematisierung des Arbeitsplatzes bzw. arbeitsplatzassoziierten Stimuli (Kollegen, Vorgesetzte, Orte), Vermeidung des Arbeitsplatzes, des Kontaktes mit Kollegen und Vorgesetzten. Angst, Kollegen oder Vorgesetzte in der Öffentlichkeit zu treffen mit dazugehörigem Vermeidungsverhalten.)

■ ■ ■ ANHANG 2 / LITERATURVERZEICHNIS

Im Rahmen der Entwicklung des vorliegenden Instrumentes sind folgende Publikationen entstanden:

- Schleifer, R., Gamma, A., Warnke, I., Jabat, M., Rössler, W., Liebreuz, M. (2018). Online survey of medical and psychological professionals on structured instruments for the assessment of work ability in psychiatric patients. *Front. Psychiatry* in press September 2018 / Volume 9 / Art. 453
- Gamma, A., Schleifer, R., Warnke, I., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J., Liebreuz, M. (2017). Duration of absence from work is related to psychopathology, personality, and socio-demographic variables in a longitudinal cohort. *Front. Psychiatry* | doi: 10.3389/fpsyt.2017.00252,
- Schleifer, R., Liebreuz, M. (2017). Beurteilung der beruflichen und ausserberuflichen Leistungsfähigkeit im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung, *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 17(3), 40-46
- Liebreuz, M., Schleifer, R. (2016). Der Beitrag der Forschung für die Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Prognose. *SZS/RSAS Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge* 60(5):498
- Canela, C., Schleifer, R., Dube, A., Ebner, G., Seifritz, E., Liebreuz, M. (2016) Assessment of functioning when conducting occupational capacity evaluations – What is “evidence based”? *Psychiatrische Praxis*. 43(2):74-81
- Schleifer R, Jeger J, Canela C, Ebner G, Seifritz E, Liebreuz M. (2014) Psychiatrische Expertise/juristische Entscheide im Sozialversicherungsrecht - Expertise psychiatrique/décisions juridiques dans le droit des assurances sociales -- Abklärungstiefe psychiatrischer Gutachten - Profondeur d'analyse de l'expertise psychiatrique. *InfO Neurologie und Psychiatrie* 12(6):30.

Instrumente die dem Structured Professional Judgement (SPJ) Ansatz folgen:

- Hachtel, H., Vogel, T., & Graf, M. (2018). Überarbeitung des Basler Kriterienkatalogs zur Beurteilung der Legalprognose („Dittmann-Liste“). *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1-8. Zugriff unter: https://www.upk.ch/fileadmin/user_upload/Erwachsene/Erwachsenenforensik/Dokumente/basler_kriterien-katalog_version_2.pdf
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H., Guy, L. S., & Wilson, C. M. (2014). Historical-clinical-risk management-20, version 3 (HCR-20V3): development and overview. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 93-108.

V-Items

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Hengartner, M. P., Müller, M., Rodgers, S., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2014). Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(2), 327-335.
- Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Smith, S. M., & Grant, B. F. (2012). Antisocial behavioral syndromes and 3 year quality of life outcomes in United States adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(2), 137-150.

- Michon, H. W. C., Ten Have, M., Kroon, H., Van Weeghel, J., De Graaf, R., & Schene, A. H. (2008). Mental disorders and personality traits as determinants of impaired work functioning. *Psychological Medicine*, 38(11), 1627-1637.
- Skodol, A. E., Johnson, J. G., Cohen, P., Sneed, J. R., & Crawford, T. N. (2007). Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 415-420.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), 423-431.
- Baer, N., Frick, U., & Fasel, T. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen; Typologisierung der Personen, ihrer Belastungen, Erkrankungen und Berentungsverläufe. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht*, 6(09)
- Hensing, G., & Spak, F. (1998). Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses: a general population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 172(3), 250-256.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and environmental medicine*, 56(5), 302-307.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., ... & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Fasel, T., Baer, N., & Frick, U. (2010). Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen: Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren. Neuchâtel, Switzerland: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Laitinen-Krispijn, S., Bijl, R. (2000). Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 35 (2):71-77
- Kessler, RC., Frank, RG. (1997) The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological medicine* 27 (04):861-873
- Young, AE., Russell, J. (1995) Demographic, psychometric, and case progression information as predictors of return-to-work in teachers undergoing occupational rehabilitation. *Journal of occupational rehabilitation* 5 (4):219-234
- Richardson, L., Epp, S. (2016) Substance Use Disorders, Employment and the Return to Work. In: *Handbook of Return to Work*. Springer, pp 667-692
- McAlpine, DD., Mechanic, D. (2000) Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance, and risk. *Health services research* 35 (1 Pt 2):277
- Uebelacker, L. A., Wang, P. S., Berglund, P., & Kessler, R. C. (2006). Clinical differences among patients treated for mental health problems in general medical and specialty mental health settings in the National Comorbidity Survey Replication. *General hospital psychiatry*, 28(5), 387-395.
- Roick, C., Gärtner, A., Heider, D., & Angermeyer, M. C. (2002). Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. *Psychiatrische Praxis*, 29(07), 334-342
- Kuhl, H. C., & Herdt, J. (2007). Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz: eine epidemiologische Auswertung der medizinischen Statistik. *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*.
- Benjet, C., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *Journal of psychiatric research*, 44(11), 732-740.23.

- Fryers T, Brugha T (2013) Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH* 9:1
- Hengartner, M. P., Von Wyl, A., Tanis, T., Halmi, W., Galynker, I., & Cohen, L. J. (2015). Severity of personality disorders and domains of general personality dysfunction related to attachment. *Personality and mental health*, 9 (3), 195-207.
- Hengartner, M. P., Müller, M., Rodgers, S., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2014). Interpersonal functioning deficits in association with DSM-IV personality disorder dimensions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(2), 317-325.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178-184.
- Wayne, J. H., Musisca, N., & Fleeson, W. (2004). Considering the role of personality in the work-family experience: Relationships of the big five to work-family conflict and facilitation. *Journal of vocational behavior*, 64(1), 108-130.
- Baer, N., Fasel, T. (2011). Schwierige Mitarbeiter. Beiträge zur sozialen Sicherheit Bundesamt für Sozialversicherungen Forschungsbericht Nr 11
- Guppy, A., Weatherstone, L. (1997). Coping strategies, dysfunctional attitudes and psychological well-being in white collar public sector employees. *Work & Stress* 11 (1):58-67
- De Dreu, CK., Van Dierendonck, D., Dijkstra, MT. (2004). Conflict at work and individual well-being. *International journal of conflict management* 15 (1):6-26
- Boockmann, B., & Steffes, S. (2010). Workers, firms, or institutions: What determines job duration for male employees in Germany?. *ILR Review*, 64(1), 109-127.
- Koopmans, P. C., Roelen, C. A., & Groothoff, J. W. (2007). Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector. *Occupational and environmental medicine*.
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J., & Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return to work after work related injury and illness: Challenges for future research. *American journal of industrial medicine*, 40(4), 464-484.
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., & MacDonald, E. (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of occupational rehabilitation*, 18(1), 27-34.
- Alden, L. (2012). Factors that Predict Return-to-work in Workers with PTSD. WorkSafeBC.
- Phillips, SP., Carver, L. (2015). Early Parental Loss and Self-Rated Health of Older Women and Men: A Population-Based, Multi-Country Study.
- Stumbo, SP., Yarborough. BJH., Paulson, RI., Green, CA. (2015). The Impact of Adverse Child and Adult Experiences on Recovery From Serious Mental Illness.
- Law, M. (2002) Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy* 56 (6):640-649
- Eklund, M., Leufstadius, C., & Bejerholm, U. (2009). Time use among people with psychiatric disabilities: Implications for practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 177.

G-Items

- Rymaszewska, J., Jarosz-Nowak, J., Kiejna, A., Kallert, T., Schützwohl, M., Priebe, S., ... & Raboch, J. (2007). Social disability in different mental disorders. *European Psychiatry*, 22(3), 160-166.
- Keshavan, M. S., Vinogradov, S., Rumsey, J., Sherrill, J., & Wagner, A. (2014). Cognitive training in mental disorders: update and future directions. *American Journal of Psychiatry*, 171(5), 510-522.
- Vesterager, L., Christensen, T. Ø., Olsen, B. B., Krarup, G., Melau, M., Forchhammer, H. B., & Nordentoft, M. (2012). Cognitive and clinical predictors of functional capacity in patients with first episode schizophrenia. *Schizophrenia research*, 141(2-3), 251-256.
- Tabarés-Seisdedos, R., Balanzá-Martínez, V., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salazar-Fraile, J., Selva-Vera, G., ... & Vieta, E. (2008). Neurocognitive and clinical predictors of functional outcome in patients with schizophrenia and bipolar I disorder at one-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 286-299.
- Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K., & Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders—a life long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 339-344.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D., ... & Rice, J. P. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(4), 375-380.
- Kessler, R. C., Ormel, J., Demler, O., & Stang, P. E. (2003). Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(12), 1257-1266.
- Linden, M., & Baron, S. (2005). Das „Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 44(03), 144-151.
- WHO (2001) International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization

Z-Items

- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental activities of daily living scale (IADL). *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Anema J, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker C, Buijs P, Van den Berg R (2006) Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *Journal of occupational rehabilitation* 16 (1):38-49
- Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., Bezemer, P. D., van der Beek, A. J., & Van Mechelen, W. (2009). Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *Journal of occupational and environmental medicine*, 51(3), 305-312.
- Hengartner, M. P., Angst, F., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., & Angst, J. (2016). Treated versus non-treated subjects with depression from a 30-year cohort study: prevalence and clinical covariates. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(2), 173-180.
- Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., & Cavanaugh Jr, J. L. (1995). Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *The American journal of psychiatry*, 152(6), 856.
- Lorine, K., Goenjian, H., Kim, S., Steinberg, A. M., Schmidt, K., & Goenjian, A. K. (2015). Risk factors associated with psychiatric readmission. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(6), 425-430.

- Mondloch, M. V., Cole, D. C., & Frank, J. W. (2001). Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 165(2), 174-179.
- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Brouwers, E. P. M., Van Lomwel, A. G. C., & Van der Feltz-Cornelis, C. M. (2015). Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(2), 423-431.
- Lundin, A., Kjellberg, K., Leijon, O., Punnett, L., & Hemmingsson, T. (2016). The association between self-assessed future work ability and long-term sickness absence, disability pension and unemployment in a general working population: a 7-year follow-up study. *Journal of occupational rehabilitation*, 26(2), 195-203.
- Noordik, E., Nieuwenhuijsen, K., Varekamp, I., van der Klink, J. J., & J. van Dijk, F. (2011). Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disability and rehabilitation*, 33(17-18), 1625-1635.
- Nussbaum, C. A., Riecher-Rössler, A., Grize, L., Apfel, T., Basel, P. U., & Riecher-Rössler, A. (2009). Nützen Behandlungsempfehlungen in psychiatrischen versicherungsrechtlichen Gutachten? *Fortschr Neurol Psychiat*, 76; 160-165
- Reims, N., & Bauer, U. (2015). Labour market status and well-being in the context of return to work after vocational rehabilitation in Germany. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(3), 543-556.
- Cornelius, L. R., Van der Klink, J. J. L., Groothoff, J. W., & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 259-274.
- Dekkers-Sánchez, P. M., Hoving, J. L., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. (2007). Factors associated with long-term sick leave in sick listed employees: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*.
- Vaez, M., Rylander, G., Nygren, Å., Åsberg, M., & Alexanderson, K. (2007). Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(5), 381-388.
- Sale, C., Guppy, A., & El-Sayed, M. (2000). Individual differences, exercise and leisure activity in predicting affective well-being in young adults. *Ergonomics*, 43(10), 1689-1697.
- Sonnentag, S. (2001). Work, recovery activities, and individual well-being: a diary study. *Journal of occupational health psychology*, 6(3), 196.
- Linden, M., Muschalla, B. (2007) Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. *Der Nervenarzt* 78 (1):39-44
- Muschalla, B., Linden, M. (2008) Die Arbeitsplatzphobieskala - Ein Screening-Instrument für die medizinische Rehabilitation. *Ärztliche Psychotherapie* 3 (4) :258-262
- Linden, B., Muschalla M. (2009). Arbeitsplatzängste und Arbeitsplatz-phobie und ihre Auswirkungen auf die berufliche Partizipation. *Versicherungsmedizin*, 61(2).
- Muschalla, B. (2015) Different work capacity impairments in patients with different work-anxieties. *International archives of occupational and environmental health*: 1-11

■ ■ ■ **KONTAKT**

Prof. Dr. med. Michael Liebreuz
Dr. med. Roman Schleifer

Universität Bern
Medizinische Fakultät
Institut für Rechtsmedizin
Forensisch-Psychiatrischer Dienst (FPD)

Falkenplatz 18
CH-3012 Bern
Tel. +41 31 631 32 44
contact@fpd.unibe.ch