

Psychische Funktions- und Fähigkeits- beeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation

- Erfassung und Dokumentation
- Praxishilfe:
Antworten auf häufig gestellte Fragen
zum Thema F-Diagnosen





Inhaltsverzeichnis

1. Psychische Symptome in der somatischen Rehabilitation	4
2. Erfassung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen	4
3. Was ist ein „psychopathologischer Befund“ und was ist ein „psychischer Befund“?	5
4. Wer darf F-Diagnosen stellen?	7
5. Wie muss eine F-Diagnose begründet werden?	7
6. Wann sollten F-Diagnosen gestellt werden?	9
7. Welche Rolle spielen standardisierte Testverfahren für die F-Diagnose	10
8. Welche Bedeutung hat psychische Komorbidität für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung?	10
9. Was sind Z-Diagnosen?	20
10. Empfehlungen zur Weiterbehandlung und diagnostischen Abklärung im ärztlichen Entlassungsbericht	20
11. Was sind Psychotherapeuten?	21
12. Psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA)	22
13. Kann eine psychische Erkrankung in der somatischen Rehabilitation behandelt werden?	23
Weiterführende Literatur	24

1. Psychische Symptome in der somatischen Rehabilitation

In der somatischen Rehabilitation werden bei der ärztlichen Aufnahme oder im Reha-Verlauf nicht selten auch psychische Symptome von den Rehabilitanden vorgetragen oder vom Reha-Team beobachtet.

So berichten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit onkologischen Erkrankungen häufig von Konzentrationsschwierigkeiten, die infolge der Erkrankung und ihrer Behandlung aufgetreten sind. Bei Rehabilitation nach kardiologischem Akutereignis äußern Rehabilitanden nicht selten traumatische Ereignisse und anhaltende krankheitsspezifische Befürchtungen und Ängste. Rehabilitanden mit chronischen Schmerzen berichten oft von sozialen Rückzugstendenzen, dem Gefühl der Überforderung und Phasen der Resignation.

Wie soll mit diesen Symptomen im Rahmen der somatischen Rehabilitation umgegangen werden?

2. Erfassung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen

Wenn psychische Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen von Rehabilitanden benannt werden, sollte von ärztlicher Seite entschieden werden, in welcher Form eine weitere Exploration erfolgen soll. Die Exploration kann grundsätzlich durch das gesamte Reha-Team unterstützt werden. Sowohl Verhaltensbeobachtungen als auch gezielte Untersuchungen können die Selbstschilderung der Rehabilitanden um eine therapeutische oder pflegerische Sicht ergänzen (vgl. Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen, DRV, 2013, 2015).

Psychologische Screening-Fragebögen, die vor Beginn oder am Anfang einer somatischen Rehabilitation von Rehabilitanden ausgefüllt werden, erheben mit wenigen Fragestellungen einzelne psychische Symptome (vgl. Reader Psychologie der DRV Bund, 2016; Psychische Komorbidität, DRV, 2014; Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen, DRV, 2013). Die Screeninginstrumente sind in der Regel für verschiedene somatische Erkrankungsbilder entwickelt worden und können aufnehmende Ärzte bei der Erfragung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen unterstützen.

Die Frage, ob eine psychische Erkrankung vorliegt oder nicht, bedarf einer gründlichen psychosomatischen differentialdiagnostischen Abklärung. Dies kann nur auf Grundlage der Fachkunde der Diagnose stellenden Ärzte bzw. Psychologischen Psychotherapeuten erfolgen.

Um eine psychische Erkrankung festzustellen bedarf, es einer präzisen Beschreibung eines krankheitswertigen psychopathologischen Befundes (z. B. entsprechend der Dimensionen des AMDP) und der speziellen Anamnese. Strukturierte Interviews (z. B. SKID, MINI o. ä.) sind für die notwendige klinische Differentialdiagnostik nicht notwendig. Sie erfassen lediglich verschiedene Symptomcluster. Es braucht in jedem Fall die klinische Expertise und entsprechend qualifizierte (approbierte) Kollegen in den Reha-Einrichtungen, wenn es festzustellen gilt, ob ein Patient psychisch krank ist oder nicht.

3. Was ist ein „psychopathologischer Befund“ und was ist ein „psychischer Befund“?

Der Begriff „psychopathologischer Befund“ dient der Bezeichnung der Befundungsdimensionen von psychischen Funktionen, die krankheitswertig sein können.

Der Begriff „psychopathologischer Befund“ für sich genommen ist ohne Wertung zu verstehen, d. h. er sagt nicht aus, dass ein krankheitswertiger Befund vorliegt. Dies ist analog zu orthopädischen, neurologischen o. a. Befunden zu verstehen. Die Beschreibungsdimensionen des psychopathologischen Befundes beruhen auf etablierten, evaluierten und unter Fachkollegen konsentierten Konzepten (z. B. AMDP). Selbstverständlich kann ein psychopathologischer Befund auch „blande“ bzw. „unauffällig“ sein. Dies sind übliche Formulierungen, die verwendet werden können, wenn keine psychische Erkrankung vorliegt, aber der psychopathologische Befund fachgerecht erhoben worden ist.

Der Begriff „psychischer Befund“ ist etwas weiter verstehbar als der „psychopathologische Befund“. Ein psychischer Befund kann Aspekte von Erleben und Verhalten außerhalb der Dimensionen des psychopathologischen Befundes beinhalten, wie z. B. Verhaltensmuster oder Persönlichkeitseigenschaften (z. B. treu, schüchtern, zuverlässig, pflichtbewusst, eigensinnig, sprunghaft), oder wie der Patient sich selbst beschreibt, oder von anderen eingeschätzt wird.

Um eine psychische Erkrankung zu diagnostizieren, muss ein krankheitswertiger psychopathologischer Befund präzise und nachvollziehbar beschrieben werden. Lediglich Akzentuierungen im Verhalten – Aspekte, die man ggf. als „psychischen Befund“ aufschreiben könnte – reichen nicht aus.

Insofern macht im Rahmen der Befundbeschreibung eine Unterscheidung in „psychopathologischer Befund“ (Symptombefund) und „psychischer Befund (sonstige Verhaltens- und Erlebensbeschreibungen) Sinn.

4. Wer darf F-Diagnosen stellen?

Die Diagnose einer psychischen Erkrankung zu stellen, obliegt grundsätzlich einem Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten (Approbationsvorbehalt). Dem Facharztstandard folgend sollte der Arzt über eine entsprechende psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische (Zusatz-)Weiterbildung verfügen. Grundsätzlich ist der Unterzeichner des ärztlichen Entlassungsberichts für die gestellte Diagnose und die diesbezüglich durchgeführte Behandlung verantwortlich.

Falls in der somatischen Abteilung keine Expertise zur psychiatrischen bzw. psychosomatischen Differentialdiagnostik vorhanden ist, es jedoch für den weiteren Reha-Verlauf, die Planung der Weiterbehandlung oder die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung notwendig erscheint, das Vorliegen einer psychischen Erkrankung abzuklären, so kann ein psychiatrisches/psychosomatisches Konsil während des Reha-Aufenthalts eingeholt werden. Auch Fragen einer psychopharmakologischen Behandlung sollten durch ein entsprechendes Konsil geklärt werden. Falls kein Konsil möglich ist, sollte eine diagnostische Abklärung im ärztlichen Entlassungsbericht empfohlen werden (siehe Punkt 10).

5. Wie muss eine F-Diagnose begründet werden?

Sofern eine F-Diagnose als Diagnose im Entlassungsbericht aufgeführt wird, muss immer ein psychopathologischer Befund und eine Anamnese der psychischen Erkrankung erhoben werden. Die Vergabe von F-Diagnosen darf nicht allein auf Ergebnissen standardisierter Fragebögen oder subjektiver Patientenberichte („Die Patientin berichtete, sie sei depressiv“) basieren.

Bei bestehenden vordiagnostizierten psychischen Erkrankungen sollte im Entlassungsbericht genau dargestellt werden, wer die Diagnose gestellt hat und wie der Patient vorbehandelt wurde, bzw. wie der aktuelle Behandlungsstatus ist (z. B. rezidivierende depressive Erkrankung, seit x Jahren beim Hausarzt Dr. y in Behandlung). Nur wenn eine vordiagnostizierte F-Diagnose gesichert ist, kann sie für den Entlassungsbericht übernommen werden. Im Entlassungsbericht sollte präzise gesagt werden, ob sie für den aktuellen Krankheits- und Behandlungsstatus eine Rolle spielt.

Um eine Diagnose einer psychischen Erkrankung zu stellen, bedarf es

- eines psychopathologischen Befundes,
- die differentialdiagnostische Abklärung, ob z. B. die psychische Symptomatik durch körperliche Ursachen hervorgerufen wird (z. B. Schilddrüsenproblematik, Herzerkrankung u.v.m.) oder eine Medikamentennebenwirkung ist,
- der Erhebung einer störungsspezifischen Anamnese,
- ggf. Hinzuziehung von Vorbefunden und Behandlungsberichten.

Bei nicht ausreichendem Befund (bzw. nicht ausreichenden Möglichkeiten zur Befunderhebung oder Verifizierung einer psychischen Erkrankung) sollen keine F-Diagnosen gestellt werden. Psychische oder Verhaltensauffälligkeiten sollen im Entlassungsbericht aber beschrieben werden. Im Zweifelsfall sollte eine diagnostische Abklärung empfohlen (Empfehlung: „Diagnostische Klärung“) oder wenn möglich, während der Rehabilitationsbehandlung ein fachärztliches Konsil eingeholt werden. Sowohl die Nach- und Weiterbehandler als auch die Rentenversicherung profitieren von einer guten Befund- und Verhaltensbeschreibung im Reha-Verlauf.

Dies gilt insbesondere dann, wenn weitergehende Leistungen beantragt werden (z. B. Leistungen zur Teilhabe, Erwerbsminderungsrente).

Sind gesicherte und ggf. vorbefundlich begründete F-Diagnosen mit für die Leistungsbeurteilung relevant, ist dies explizit zu benennen. Für eine sozialmedizinisch relevante psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigung ist über die F-Diagnose hinaus ein Fähigkeitsbefund darzulegen (vgl. Punkt 8).

6. Wann sollten F-Diagnosen gestellt werden?

Bei der Entscheidung, ob eine F-Diagnose im Entlassungsbericht aufgenommen wird, sind zum einen die unter Punkt 4 und 5 beschriebenen fachlichen Anforderungen zu erfüllen, zum anderen sollte die Diagnose handlungs- bzw. entscheidungsleitend sein.

Es erfordert eine F-Diagnose im Entlassungsbericht, um eine psychotherapeutische Weiterbehandlung zu begründen oder eine psychosomatische Nachsorge der Rentenversicherung (siehe Punkt 10 und 12) zu empfehlen.

Wenn kein diagnosebegründeter Handlungsbedarf besteht, und wenn die psychische Symptomatik nicht ausschlaggebend ist für die sozialmedizinische Einschätzung, kann auf die Stellung der Diagnose verzichtet werden. Sozialmedizinisch relevante psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen sollten aber immer im Entlassungsbericht beschrieben werden (siehe Punkt 5 und 8). Sofern eine F-Diagnose gestellt wird, muss sie den betroffenen Rehabilitanden in jedem Fall erläutert werden.

7. Welche Rolle spielen standardisierte Testverfahren für die F-Diagnose

Es gibt zahlreiche psychologische Testverfahren zur Erfassung psychischer Erlebens- und Verhaltensmuster und psychischer Symptome (vgl. Beispiele im Reader Psychologie, DRV Bund, 2016). Die Testergebnisse allein können keine psychische Störung begründen. Werden die Testergebnisse im Entlassungsbericht angeführt, müssen sie in der Zusammenschau mit den übrigen Befunden dargestellt und bewertet werden.

8. Welche Bedeutung hat psychische Komorbidität für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung?

Sollte im Rahmen einer somatischen Rehabilitationsbehandlung eine psychische Erkrankung als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit in Erwägung gezogen werden, so ist neben der Begründung der F-Diagnose (siehe Punkt 5) vor allem der psychische Fähigkeitsbefund von Bedeutung. Es muss dargelegt werden, inwieweit die aktuellen psychisch bedingten Beeinträchtigungen zu befristeten Aktivitätsbeeinträchtigungen auf dem aktuellen oder potentiellen Arbeitsplatz führen.

Besteht im Reha-Verlauf der Verdacht, dass psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen oder gar aufheben könnten, sollte – falls möglich – noch während der Rehabilitation ein psychiatrisches oder psychosomatisches Konsil eingeholt werden. Sollten alle relevanten fachärztlichen Informationen vorliegen, kann auch zum Ende einer somatischen Rehabilitation eine abschließende Leistungsbeurteilung zur Erwerbsfähigkeit gegeben werden. Die fachärztliche Qualifikation des

Begutachters muss dabei im Entlassungsbericht deutlich gemacht werden.

Ist ein entsprechendes Konsil während der Rehabilitation nicht möglich, sollte im ärztlichen Entlassungsbericht eine psychiatrische/psychosomatische Begutachtung empfohlen werden. Die Empfehlung soll in der sozialmedizinischen Epikrise begründet werden. Die eingeschränkten psychischen Funktionen und Fähigkeiten sollen beschrieben werden. Entsprechende Befundungen können von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen geliefert werden. Die Befundberichte sollen möglichst auf der Aktivitäts- und Verhaltensebene erfolgen (siehe Beispiele 1 und 2).

Die psychiatrische/psychosomatische Begutachtung dient allein der Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Sie ersetzt keine psychotherapeutische oder psychiatrische/psychosomatische Behandlung. Die psychiatrische Begutachtung wird vom Rentenversicherungsträger in der Regel eingeleitet, sobald der Versicherte einen entsprechenden Rentenantrag stellt.

Zum Training der sozialmedizinisch orientierten Befunderhebung und -beschreibung bietet die Deutsche Rentenversicherung Bund Fortbildungen an (Sozialmedizin im Reha-Team, Mini-ICF-APP Training, vgl. Details auf www.reha-einrichtungen.de).

Fallbeispiele für den psychologischen Bericht in der somatischen Rehabilitation

Beispiel 1

Diagnose: (keine F-Diagnose)

Selbstbericht der Patientin:

Die Patientin klagte zu Reha-Beginn über depressive Stimmung und Antriebsmangel. Mit der Arbeit (Bürosachbearbeiterin) sei sie zuletzt unzufrieden gewesen, nachdem es Änderungen und bürokratischen Mehraufwand gegeben habe.

Psychopathologischer Befund:

Der psychopathologische Befund ist unauffällig.

Psychischer Befund:

Die Patientin werde von Freunden als gute ZuhörerIn geschätzt, man sage jedoch auch, sie solle Dinge manchmal nicht so persönlich nehmen. Im Allgemeinen ist sie jedoch im Verhalten anpassungsfähig und flexibel.

Spezielle Anamnese:

Anamnestisch keine psychischen Erkrankungen.

Vorbehandlungen:

Keine Behandlungen wegen psychischer Beschwerden.

Verhaltensbeobachtung im Reha-Verlauf:

Im dreiwöchigen Reha-Verlauf konnten wir beobachten, dass die Patientin außerhalb der Therapiezeiten eigenaktiv ihre Freizeit gestaltete (Stadtbesuche alleine und Restaurantbesuche mit Mitpatienten). In der Kreativgruppe half sie anderen Patienten und brachte neue Ideen in die Gruppenarbeit ein. Im ärztlichen Gespräch erschien sie schwingungsfähig und formalgedanklich flüssig und geordnet. Gruppengesprächsinhalten konnte sie folgen, es waren über 90 Minuten keine auffälligen Konzentrationsprobleme zu beobachten. Hin und wieder musste sie in der Bewegungstherapie aufgrund von Schmerzerleben kurze Pausen einlegen.

Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung:

Aufgrund dieses Befundes ist die Patientin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin (Ablage, Rechnungsprüfung am PC, Datenlisten pflegen, Arbeitsgruppenteilnahmen) nicht beeinträchtigt. Aus unserer Sicht ist die Patientin für diese Tätigkeit auch aktuell arbeitsfähig.

Leistungsfähigkeitseinschätzung:

Die Patientin ist für ihre aktuelle Tätigkeit (Bürosachbearbeiterin) sowie für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch prognostisch weiterhin leistungsfähig.

Beispiel 2

Diagnose: F 33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig

Selbstbericht der Patientin:

Die Patientin klagte zu Reha-Beginn über depressive Stimmung und Antriebsmangel. Sie sei seit 4 Monaten arbeitsunfähig. Auf Anraten des Hausarztes habe sie vor 4 Wochen erneut begonnen, ein Antidepressivum einzunehmen (Mirtazapin 1 x 30 mg), nachdem sie eine Zeitlang zuvor ohne auszukommen versucht hatte. Sie merke inzwischen eine leichte Verbesserung des Schlafes und des Antriebs. Nebenwirkungen werden verneint.

Psychopathologischer Befund:

Die Stimmung ist noch gedrückt, Freude empfinden ist zeitweise möglich. Der Antrieb ist reduziert: morgens aufzustehen, fällt ihr schwer, Tagesaktivitäten (Reha-Terminplan) kann sie absolvieren ohne zusätzliche Pausen, mit Stimulation von außen fällt es ihr leichter. Die Konzentration ist eingeschränkt hinsichtlich der Daueraufmerksamkeit: Zeitungsartikel und Briefe lesen dauert länger als normalerweise, ist jedoch möglich. Örtlich, zeitlich situativ orientiert, keine Suizidalität.

Psychischer Befund:

Die Patientin werde von Freunden als gute ZuhörerIn geschätzt, man sage jedoch auch, sie solle Dinge manchmal nicht so persönlich nehmen. Im Allgemeinen sei sie im Verhalten anpassungsfähig und flexibel; aktuell erlebt sie sich jedoch als „ganz anders als ihrem Normalzustand“.

Spezielle Anamnese:

Anamnestisch kein Suizidversuch, keine (hypo-)manischen Episoden. Die Erkrankung ist seit 15 Jahren bekannt.

Vorbehandlung:

Die Patientin ist seit 10 Jahren in haus- und fachärztlicher Behandlung. Vor 5 Jahren habe sie eine Richtlinienpsychotherapie absolviert. Dort habe sie ein Krankheitsmanagement gelernt. Bislang keine stationären Aufenthalte.

Verhaltensbeobachtung im Reha-Verlauf:

Im dreiwöchigen Reha-Verlauf konnten wir beobachten, dass die Patientin sich nach den Behandlungen in ihr Zimmer zurückzog und Angebote von Mitpatienten, in die Stadt mitzukommen, ausschlug. In der Kreativgruppe konnte sie nicht von sich aus Ideen in die Gruppenarbeit einbringen. Im ärztlichen Gespräch erschien sie im Affekt verarmt und im Antrieb gemindert. Sie beantwortete die Fragen langsam. Gruppengesprächsinhalten konnte sie manchmal nicht folgen, ein zusätzlich durchgeführter Konzentrationstest (d2) gibt Anzeichen für eine reduzierte Daueraufmerksamkeit. Hin und wieder musste sie in der Bewegungstherapie aufgrund von Schmerzerleben kurze Pausen einlegen. Wir behandelten die Patientin mit aktivierenden Maßnahmen im Bereich Bewegung und einer Gruppe zum Aktivitätsaufbau (Kreativtherapie), was sie dankbar annahm.

Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung und eingeleitete Maßnahmen:

Aufgrund des aktuellen Befundes ist die Patientin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin beeinträchtigt, da ihre Aufgabe zu großem Teil darin besteht, Rechnungen zu prüfen und Daten in Tabellen einzugeben. Aus unserer Sicht ist die Patientin aktuell noch nicht in der Lage, diese Tätigkeit wieder auszuüben.

Wir haben in Absprache mit dem Arbeitgeber eine stufenweise Wiedereingliederung im Anschluss an die Reha mit veränderter Aufgabenzuweisung in den ersten 6 Wochen und mit verminderter Anforderung an die aufmerksamkeitsbezogene Durchhaltefähigkeit eingeleitet. Laut Arbeitgeber soll sie zunächst wechselnden Tätigkeiten nachgehen, die aus Ablagetätigkeiten und Teilnahme an Arbeitsgruppen bestehen.

Leistungsfähigkeitseinschätzung:

Die beschriebenen aktuell bestehenden Beeinträchtigungen sind vorübergehender Natur. Die Patientin wird für ihre aktuelle Tätigkeit (Bürosachbearbeiterin) sowie für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch prognostisch weiterhin leistungsfähig sein.

Weiterbehandlung:

Eine psychiatrische und ggf. psychotherapeutische Mitbehandlung wird empfohlen.

Beispiel 3

Diagnose: F 45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Selbstbericht der Patientin:

Die 46-jährige Angestellte kommt nach Aufforderung durch einen Orthopäden und der Hausärztin zur stationären Rehabilitation. Aktuell besteht Arbeitsunfähigkeit seit drei Monaten. Dass ihr von einem Orthopäden eine Psychotherapie empfohlen wurde, ärgere sie. Sie habe es „im Rücken, nicht im Kopf“.

Psychopathologischer Befund

Die Patientin ist örtlich, zeitlich, situativ orientiert, keine Suizidalität. Im Affekt dominanter Ärger- und Leidensdruck. Formalgedanklich Fokussierung auf die Schmerzen und die Beeinträchtigungen, sowie Klagen über andauernde Ehestreitigkeiten.

Psychischer Befund:

Die Patientin werde von Freunden als hilfsbereit und als gute ZuhörerIn geschätzt, man sage jedoch auch, sie solle Dinge manchmal nicht so persönlich nehmen.

Spezielle Anamnese:

Die Schmerzen habe sie seit einem Fahrradunfall vor 5 Jahren. Die Schmerzen changieren, äußern sich überwiegend in Rückenschmerzen, ausstrahlend in Schulter-Nackengebiet und die Arme. Besonders ausgeprägt seien die Schmerzen, wenn sie „emotionalen Stress“ habe, beispielsweise Uneinigkeiten mit ihrem Mann. Dann sei sie „körperlich zu nichts mehr zu gebrauchen“ und ihr Mann müsse die Haushaltsaktivitäten größtenteils übernehmen. Vor drei Monaten sei ihre Mutter für eine Hüftoperation ins Krankenhaus gekommen, dadurch fühlte sich die Patientin so mitgenommen, dass sie auch für ihre eigene Arbeit nicht mehr belastbar gewesen wäre und die Arbeitsunfähigkeit zustande kam. Es habe zuvor keine Probleme bei der Arbeit gegeben. Sie sei aber nicht sicher, ob sie die Arbeit bereits wieder aufnehmen wolle.

Vorbehandlung:

Die Patientin gibt an, dass sie bislang noch nie eine psychotherapeutische Behandlung gehabt oder in Erwägung gezogen habe. Primärärztlich habe sie eine Hausärztin und zwei Orthopäden. Zu einem wolle sie nicht mehr gehen, da er sie in eine Psychosomatik-Reha schicken wollte.

Verhaltensbeobachtung im Reha-Verlauf:

Die Patientin erscheint regelmäßig zu den Therapien. Sie reagiert mit geäußertem Schmerzerleben in Situationen, in denen sie sich überfordert fühlte. Im Kontakt mit Mitpatienten wirkte die Patientin ungeübt und unsicher mit wenig Eigeninitiative in der Interaktion. Gruppengesprächsinhalten konnte sie folgen, es waren über 90 Minuten keine auffälligen Konzentrationsprobleme zu beobachten. Hin und wieder musste sie in der Ergotherapie-Handwerksgruppe oder bei Arbeiten am PC (kognitiver Leistungstest über 90 min) aufgrund von Schmerzerleben kurze Pausen einlegen. Sie stand dann auf und ging einige Schritte durch den Raum. Sie brachte jedoch ihre Aufgaben innerhalb angemessener Zeiträume zu Ende.

Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung:

Aufgrund dieses Befundes ist die Patientin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin (Ablage, Rechnungsprüfung am PC, Datenlisten pflegen, Arbeitsgruppenteilnahmen) nicht beeinträchtigt. Aus unserer Sicht ist die Patientin für diese Tätigkeit auch aktuell arbeitsfähig.

Leistungsfähigkeitseinschätzung:

Die Patientin ist für ihre aktuelle Tätigkeit (Bürosachbearbeiterin) sowie für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch prognostisch weiterhin leistungsfähig.

Weiterbehandlung:

Der Patientin wurde empfohlen, an einer Reha-Nachsorge (Psy-RENA) teilzunehmen. Ziel sollte sein, ein funktionales Krankheitsverständnis zu erarbeiten und den Umgang mit den weiterbestehenden Schmerzen und Beeinträchtigungen im Alltag zu trainieren.

Beispiel 4

Diagnose: F 40.8 Arbeitsplatzphobie

Die 46-jährige Angestellte kommt nach Aufforderung durch die Krankenkasse (§51 SGB V) zur stationären Rehabilitation. Aktuell besteht Arbeitsunfähigkeit seit 8 Monaten.

Psychopathologischer Befund:

Stimmung ängstlich und Affekt labil im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz, bei anderen Themen sind die Stimmung ausgeglichen und der Affekt ausreichend schwingungsfähig. Ausgeprägtes Krankheitserleben, der Antrieb ist intakt, Schlaf und Vegetativum sind unauffällig.

Psychischer Befund:

Die Patientin werde von Freunden als umgänglich, hilfsbereit und sorgfältig geschätzt. Man sage ihr jedoch auch, sie solle sich mehr zutrauen.

Spezielle Anamnese:

Es besteht eine deutliche Anspannung bei gedanklicher Exposition an den Arbeitsplatz, mit Gefühl von Kontrollverlust, Angst, nichts sagen zu können, wenn sie Kollegen oder Vorgesetzten begegnen würde. Es besteht ein ausgeprägtes Insuffizienzgefühl, welches seit ca. 8 Monaten besteht.

Vorbehandlung:

Die Patientin gibt an, dass sie bislang noch nie eine psychotherapeutische Behandlung gehabt oder in Erwägung gezogen habe.

Behandlung:

Aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeitszeit erhielt die Patientin einen Termin beim Sozialarbeiter. War sie in anderen Behandlungen aktiv dabei, zeigte sie dem Thema Arbeit gegenüber ein deutliches Vermeidungsverhalten. Im Gespräch mit dem Sozialarbeiter wurden Leistungsinsuffizienzängste deutlich, die die Patientin nach einem Wechsel der Führungskraft vor acht Monaten erlebte. Mit dem Wechsel seien stärkere Anforderungen an die Patientin herangetragen worden, denen sie in einigen Situationen unter Zeitdruck nicht gerecht werden konnte.

Bei der Vorstellung, an ihren Arbeitsplatz zurück zu müssen, reagierte die Patientin mit deutlich vegetativer Erregung und dem dringenden Wunsch, das Zimmer zu verlassen.

Wir motivierten die Patientin, sich dem Thema der beruflichen Wiedereingliederung zu nähern. Mit großer Überwindung entsprach sie dieser Aufforderung und nahm an 4 Sitzungen einer Arbeits-Angst-Bewältigungs-Gruppe teil. Hier wurden arbeitstypische Fähigkeiten (Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, soziale Kompetenz) und funktionaler kompensatorischer Umgang mit der eigenen Erkrankung bei der Arbeit trainiert. Der Patientin gelang es im Verlauf, eine gute Kollegin zunächst per E-Mail und dann telefonisch zu kontaktieren. Das Gespräch sei erfolgreich verlaufen. Am Arbeitsplatz sei man für Wiedereingliederungsunterstützung offen. Die Patientin sagte, sie sei froh, in dieser Situation ihre Angst überwunden zu haben.

Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung:

Aufgrund des somatischen Befundes ist die Patientin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin (Ablage, Rechnungsprüfung am PC, Datenlisten pflegen, Arbeitsgruppenteilnahmen) nicht beeinträchtigt. Aus somatischer Sicht ist die Patientin für diese Tätigkeit auch aktuell arbeitsfähig. Aufgrund der ausgeprägten arbeitsplatzbezogenen Angst ist derzeit eine Rückkehr an den letzten Arbeitsplatz nicht möglich. Es wurde mit Einverständnis der Patientin Kontakt zum Betriebsarzt aufgenommen und ein Betriebliches Eingliederungsmanagement eingeleitet.

Leistungsfähigkeitseinschätzung:

Die Patientin ist für ihre aktuelle Tätigkeit (Bürosachbearbeiterin) sowie für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch prognostisch weiterhin leistungsfähig.

Weiterbehandlung:

In Absprache mit dem Betriebsarzt wird ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durchgeführt. Die Patientin soll in einer anderen Abteilung arbeiten und dort ähnliche Aufgaben wie in ihrem letzten Bereich zugeordnet bekommen. Um aufgrund der Ängste und der langen vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit keine Überforderung beim Wiedereinstieg zu indizieren, wurde eine stufenweise Wiedereingliederung eingeleitet.

9. Was sind Z-Diagnosen?

Z-Diagnosen werden in der ICD-10 im Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (Z)“ aufgeführt. Z-Diagnosen dienen zur Kennzeichnung aktueller Lebensprobleme oder krankheitsbedingter Belastungen, die per se keine eigene Erkrankung darstellen. Psychische Belastungen ohne Krankheitswert können mithilfe von Z-Diagnosen erfasst werden. Im Reha-Entlassungsbericht der Rentenversicherung sollten sie jedoch nicht an erster Stelle codiert werden.

10. Empfehlungen zur Weiterbehandlung und diagnostischen Abklärung im ärztlichen Entlassungsbericht

Im Anschluss an eine somatische Rehabilitation kann die Behandlung psychischer Aspekte je nach Indikationsstellung und Zielsetzung von unterschiedlichen Behandlern und in unterschiedlichen Settings erbracht werden. Eine konkrete Empfehlung zur Art der Weiterbehandlung sollte im ärztlichen Entlassungsbericht benannt und begründet werden.

Haus- und Fachärzte ohne psychotherapeutische Weiterbildung sollten zumindest Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung erbringen können.

Jede Empfehlung von „Psychotherapie“ im Entlassungsbericht sollte fachlich begründet sein. Sofern eine Empfehlung „Psychologische Beratung/Psychotherapie“ im Entlassungsbericht auf Blatt 1 angekreuzt wird, sollte im Freitext erläutert werden, was genau gemeint ist. Psychotherapie ist ggf. bei einer psychischen Erkrankung indiziert, nicht aber bei einer normalen Lebensproblembewältigung.

Bei fehlender Fachkunde in der Rehabilitationseinrichtung ist eher die Empfehlung einer weiteren fachspezifischen diagnostischen Abklärung sinnvoll. Dies kann in einer psychotherapeutischen Sprechstunde bei einem niedergelassenen Facharzt oder Psychotherapeuten erfolgen¹.

11. Was sind Psychotherapeuten?

„Psychotherapeut“ ist eine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung. „Psychotherapeut“ dürfen sich nur drei Berufsgruppen nennen: Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 1 Abs. 1 PsychThG).

Psychotherapie in Deutschland ist eine heilkundliche Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Indiziert ist Psychotherapie in der Regel bei psychischen Erkrankungen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in einem Kapitel der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD) einen Katalog mit anerkannten psychischen Erkrankungen herausgegeben. Psychotherapie ist jedoch auch bei körperlichen Erkrankungen indiziert, bei denen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen, z. B. beim Krankheitsverlauf (u. a. Krebs- oder kardiologische Erkrankungen). Abgegrenzt wird die Ausübung der Psychotherapie von psychologischen Tätigkeiten, die insbesondere die Aufarbeitung und Überwindung arbeitsbezogener oder familiärer Problemstellungen oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben (§ 1 Abs. 3 Satz 3 PsychThG).

¹ Aufgrund einer Änderung in der Psychotherapie-Richtlinie sind niedergelassene Vertragspsychotherapeuten ab 01.04.2017 verpflichtet, eine sogenannte Sprechstunde anzubieten. Hier kann in sechs 25-minütigen Gesprächen eine Bestandsaufnahme des Status, der Verlaufsprognose und weiteren Behandlungssteuerung nach einer medizinischen Rehabilitation vorgenommen werden, und eine Indikationsstellung zur Psychotherapie erfolgen.

12. Psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA)

Aus der somatischen Rehabilitation kann bei Vorliegen einer F-Diagnose auch die psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA) eingeleitet werden. Psy-RENA zielt auf die Vertiefung und Stabilisierung der in der vorausgehenden medizinischen Rehabilitation erreichten Therapieerfolge in Bezug auf die berufliche, soziale und gesellschaftliche Teilhabe. Die Ziele von Psy-RENA stehen in engem Zusammenhang mit dem Reha-Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie fokussieren grundsätzlich auf Aspekte der beruflichen Teilhabe. Im Zentrum stehen Strategien zur Bewältigung von psychosozialen und beruflichen Konflikten. Es werden Themen wie Probleme am Arbeitsplatz und in der Arbeitswelt, Förderung der sozialen Kompetenzen, Reflexion der Selbstwahrnehmung sowie Beziehungsprobleme bearbeitet.

Psy-RENA kann nach Indikationsstellung im Umfang von maximal 25 Gruppengesprächen und zwei Einzelgesprächen innerhalb eines Jahres nach Ende der Rehabilitation durchgeführt werden. Gruppenfähigkeit der Rehabilitanden muss grundsätzlich gegeben sein. Wenn wohnortnah kein Gruppeangebot zur Verfügung steht, kann Psy-RENA auch in Form von Einzelgesprächen durchgeführt werden (vgl. Psy-RENA Nachsorgekonzept der DRV Bund, 2017)

13. Kann eine psychische Erkrankung in der somatischen Rehabilitation behandelt werden?

In drei bzw. vier Wochen einer somatischen Rehabilitation können psychische Erkrankungen nicht behandelt werden. Patienten, die psychisch stark belastet oder krank sind, können hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in und nach der Rehabilitation beraten werden. Psychotherapeutische Interventionen in der somatischen Rehabilitation haben in der Regel einen psychoedukativen Charakter. Bei Patienten, bei denen die psychische Erkrankung im Vordergrund des Reha-Bedarfs steht, sollte eine Umstellung auf eine psychosomatische Rehabilitation bzw. eine Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen erfolgen.

Suizidalität muss im diagnostischen Prozess abgeklärt werden. Gedanken über das Sterben und den Tod werden im Rahmen von chronischen Krankheitsverläufen nicht selten geäußert. Sollten sich Patienten aber als akut suizidal erweisen, muss eine Verlegung in eine psychiatrische Akutklinik eingeleitet werden.

Patienten mit vordiagnostizierten psychischen Erkrankungen, die sich in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung befinden, sollten bzgl. der psychischen Symptomatik auf diese bestehende Behandlung verwiesen werden. Bei Bedarf kann auch eine Kontaktaufnahme mit dem ambulanten Behandler stattfinden und gemeinsam mit dem Patienten die Abstimmung erfolgen, ob während der dreiwöchigen Rehabilitation eine bestimmte Fragestellung aufgegriffen werden soll.

Weiterführende Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber).
Psychologische Interventionen. Praxisempfehlungen
für psychologische Interventionen in der Rehabilitation:
Chronische Rückenschmerzen und koronare Herz-
erkrankung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
2013.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber)
Psychologische Interventionen. Praxisempfehlungen
für psychologische Interventionen in der Rehabilitation:
Komorbide Suchterkrankungen. Berlin: Deutsche
Rentenversicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber).
Psy-RENA Reha-Nachsorge bei psychischen Erkrankun-
gen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2017.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber).
Reader Psychologie. Aktuelle Informationen zur psycho-
logischen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber).
Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementie-
rung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der
medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche
Rentenversicherung Bund. 2014.

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., & Ostholt-Corsten, M.
Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrank-
ungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische
Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP.
Göttingen: Hogrefe. 2015.

DKG. S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe e.V. (DKH). 2014.

Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie, dieses DGK-Positionspapier wurde konsentiert durch das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Der Kardiologe, 1, 2013.



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund