



Technische  
Universität  
Braunschweig

# Psychische (Fähigkeits-)Befundung in der somatischen Rehabilitation

**Beate Muschalla**

Psychologische Psychotherapeutin (VT), Sozialmedizin

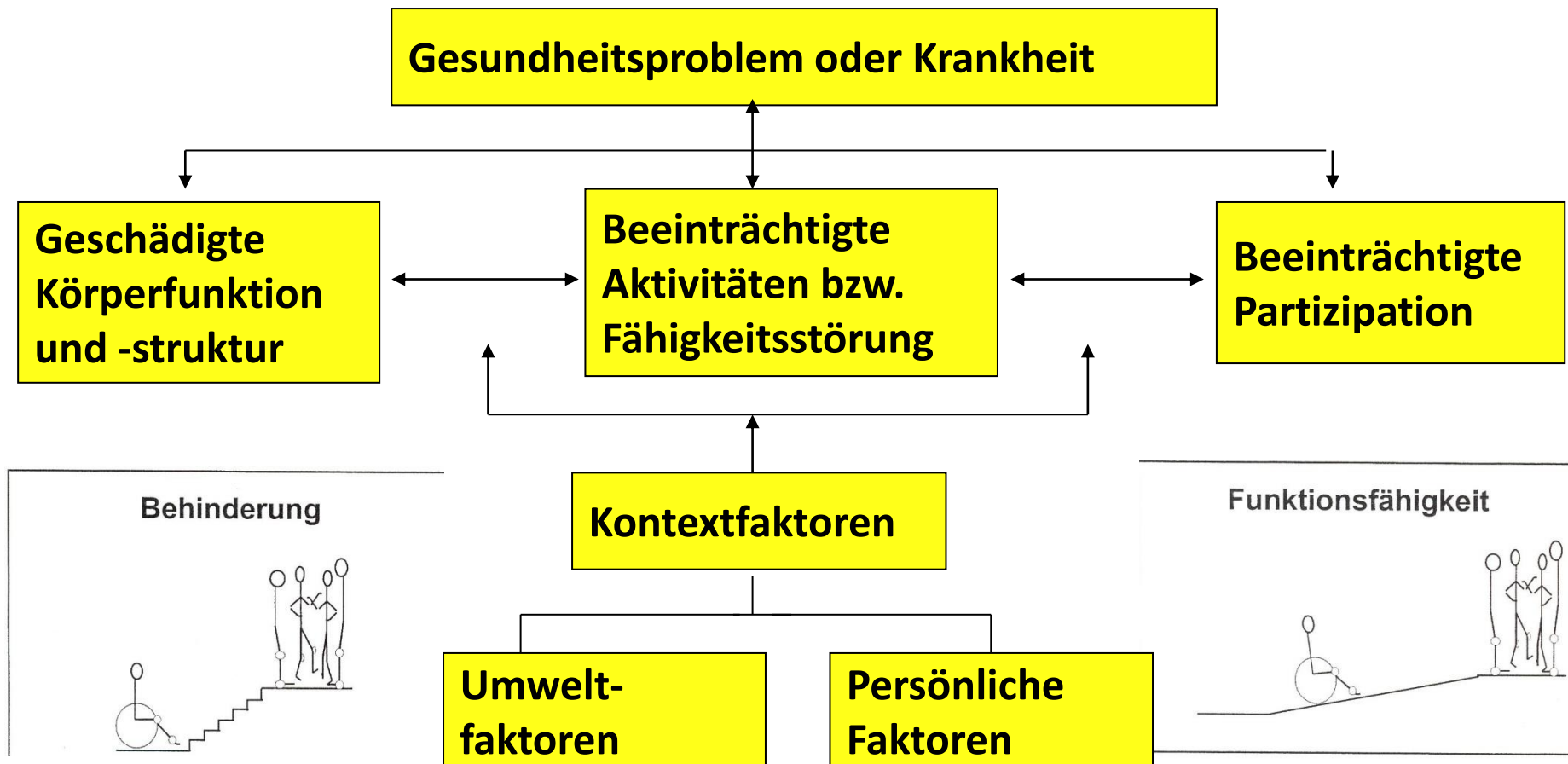
[b.muschalla@tu-braunschweig.de](mailto:b.muschalla@tu-braunschweig.de)

# ICIDH: Lineares Modell

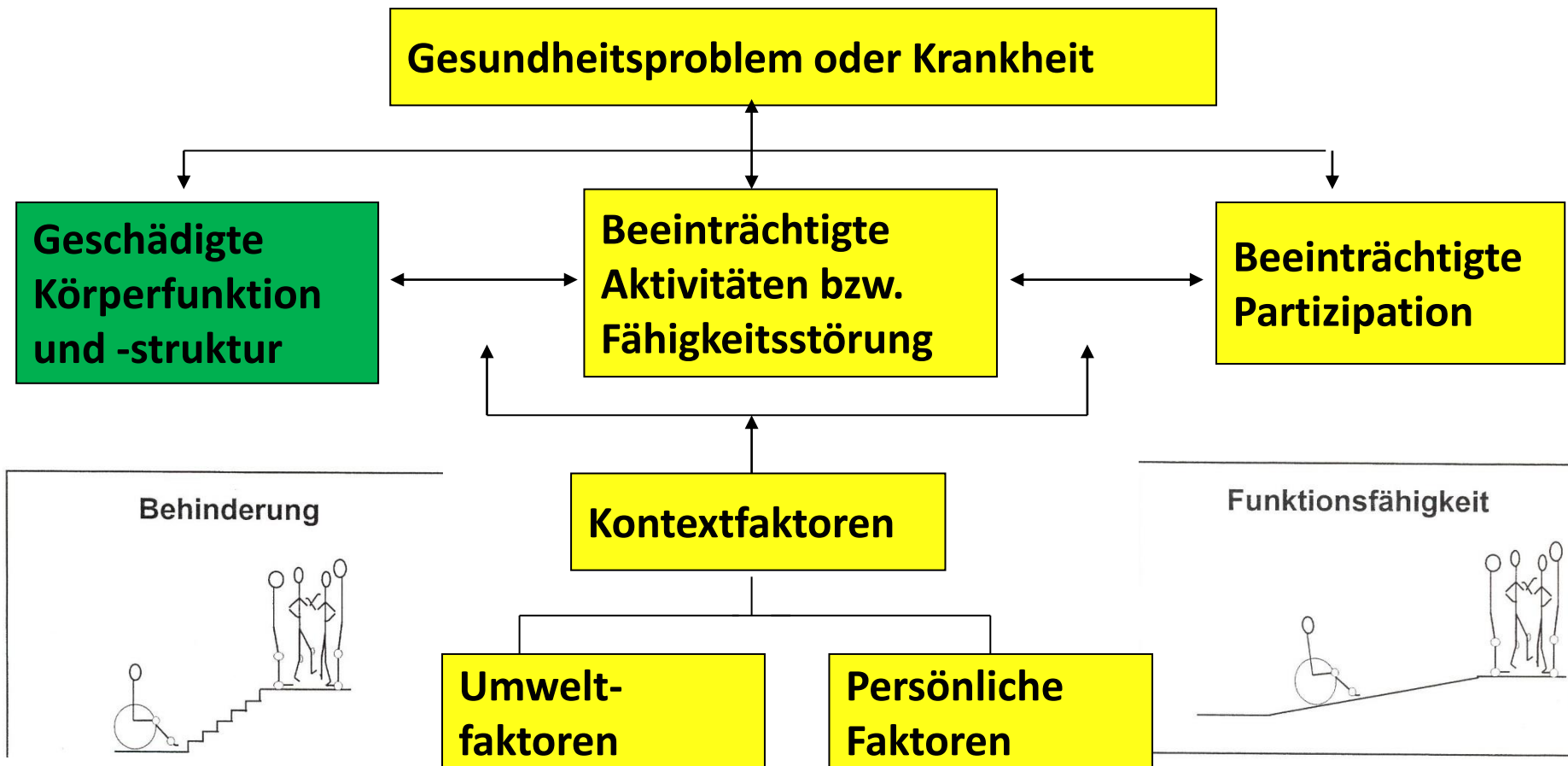


# ICF: Bio-psycho-soziales Modell:

Man ist nicht behindert, man wird behindert



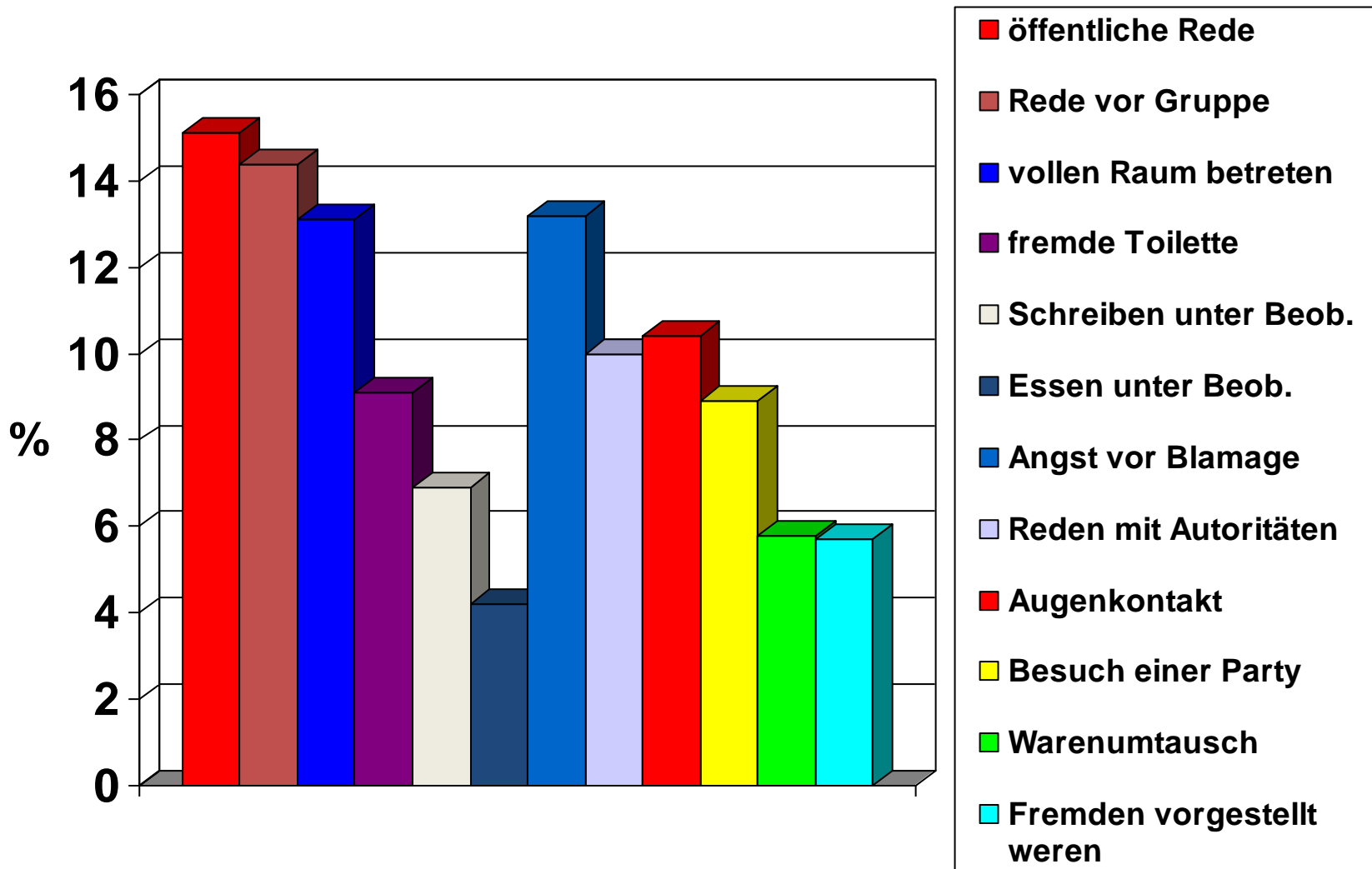
**ICF: Bio-psycho-soziales Modell:  
Man ist nicht behindert, man wird behindert**



# **Was ist krank? Was ist schön?**

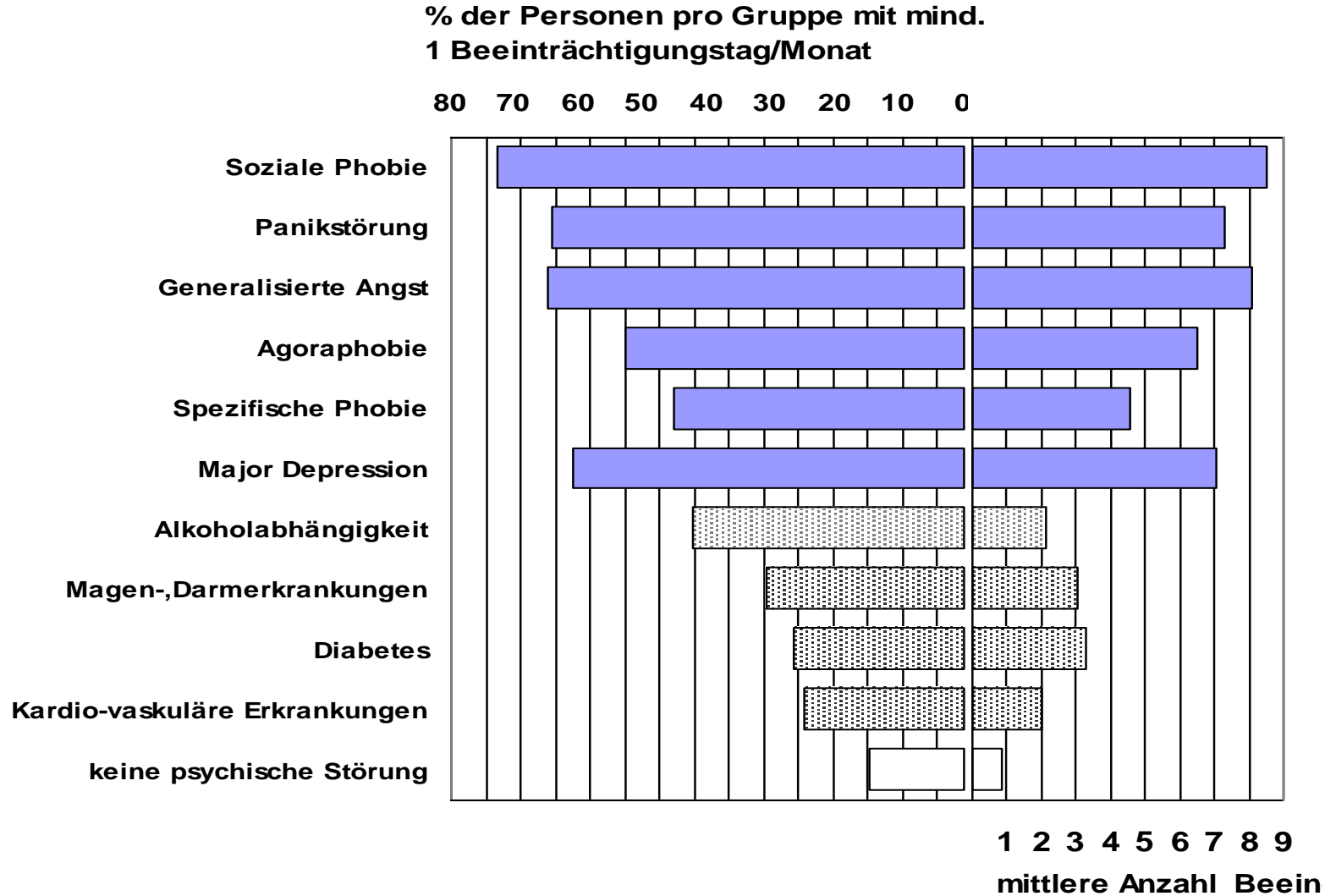
Wandel gesellschaftlich tolerierter/erwünschter  
Verhaltens- und Ausdrucksformen

# Soziale Ängste in der Bevölkerung

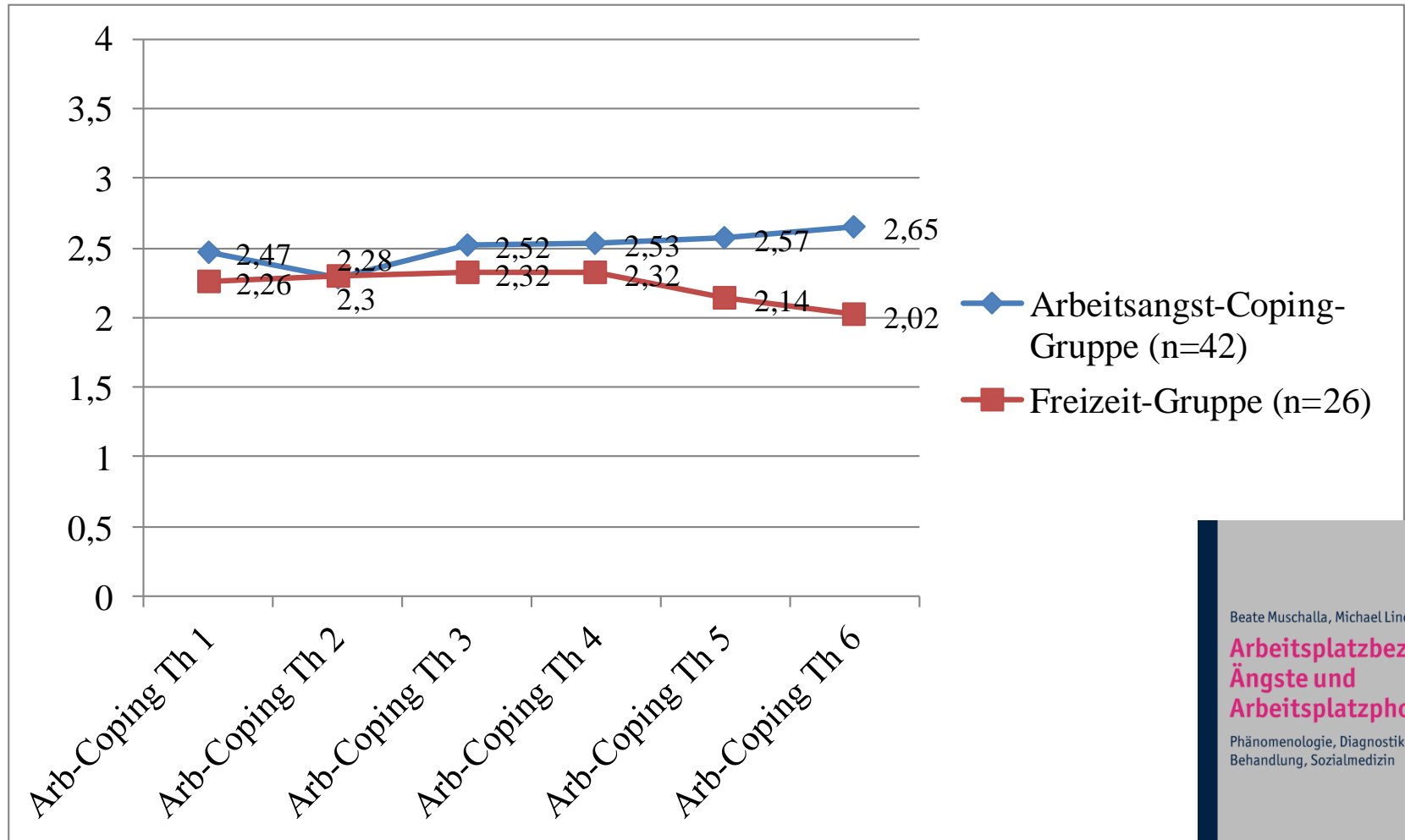


# Beeinträchtigungen

**Beeinträchtigungstage in den vergangenen 4 Wochen  
% und mittlere Anzahl bei Betroffenen  
(Bundesgesundheitsurvey 98)**



# Bei Arbeitangst muss man über Arbeit reden



Interaktion Messwiederholung x Gruppenzugehörigkeit ( $p=.056$ ), Muschalla 2017, 2019

Beate Muschalla, Michael Linden

**Arbeitsplatzbezogene  
Ängste und  
Arbeitsplatzphobie**

Phänomenologie, Diagnostik,  
Behandlung, Sozialmedizin

# „Psychobolisches Syndrom“ Resilienzdefizit

# Allgemeindefinition von Krankheit

---

## Krankheitskriterien

- statistische Norm (Minderwuchs)
- subjektives Leiden (Hühnerauge)
- Funktionseinschränkung (Kurzsichtigkeit)
- zukünftiges Leiden (Hypertonie)
- Lebensverkürzung (Hypercholesterinämie)
- soziale Normen (Pädophilie)
- soziale Konsequenzen (Sucht)
- Prozesstheorie (Pilzbefall)
- **Zeitliche Dimensionen (chronische Schmerzstörung)**
- **Fähigkeitsbeeinträchtigungen (soziale Phobie)**
- **Teilhabeprobleme (Reha: Erwerbsunfähigkeit)**

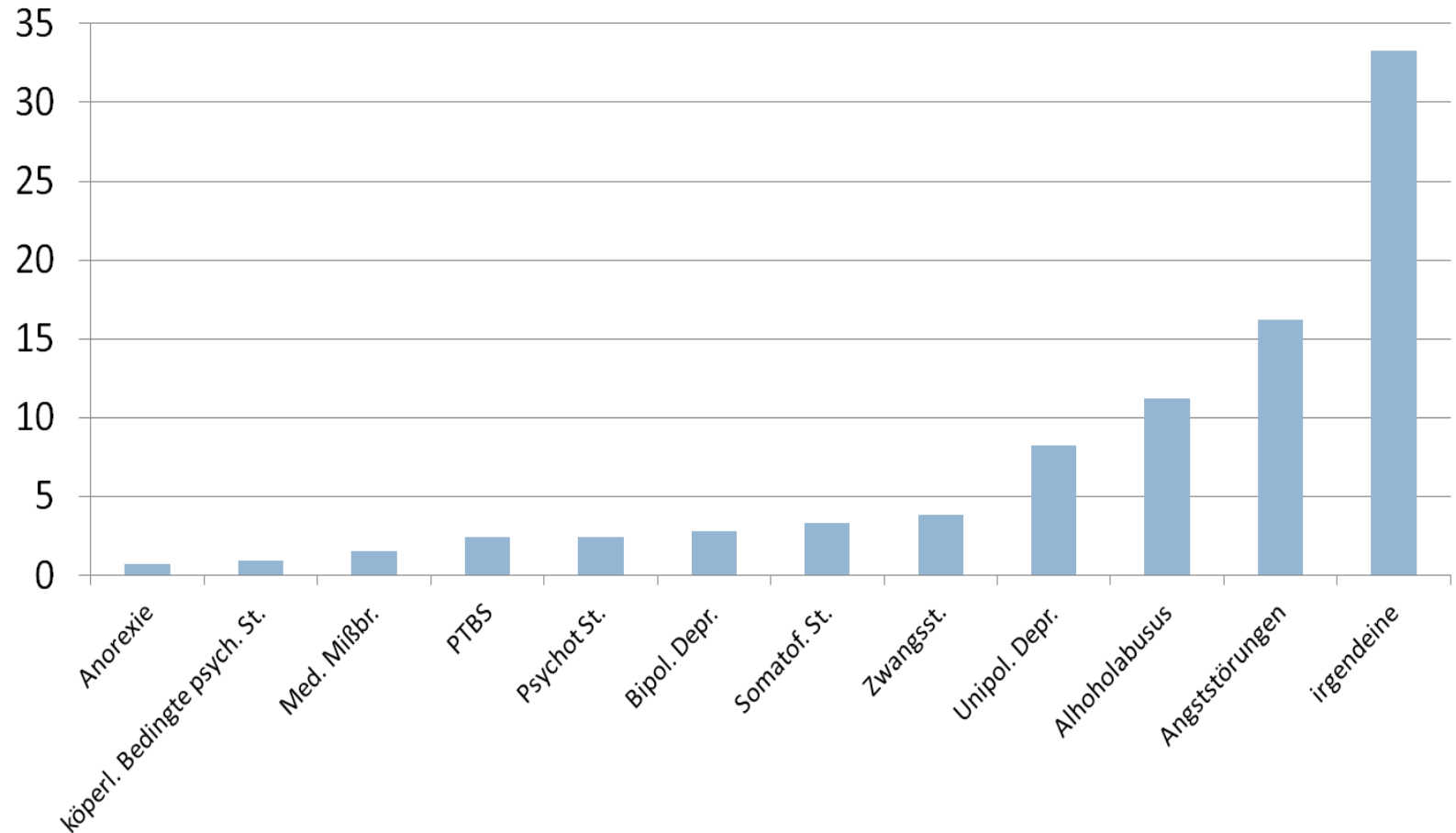
## Diagnosen sind hypothetische Konstrukte

z.B. Bipolare Depression; Appendizitis

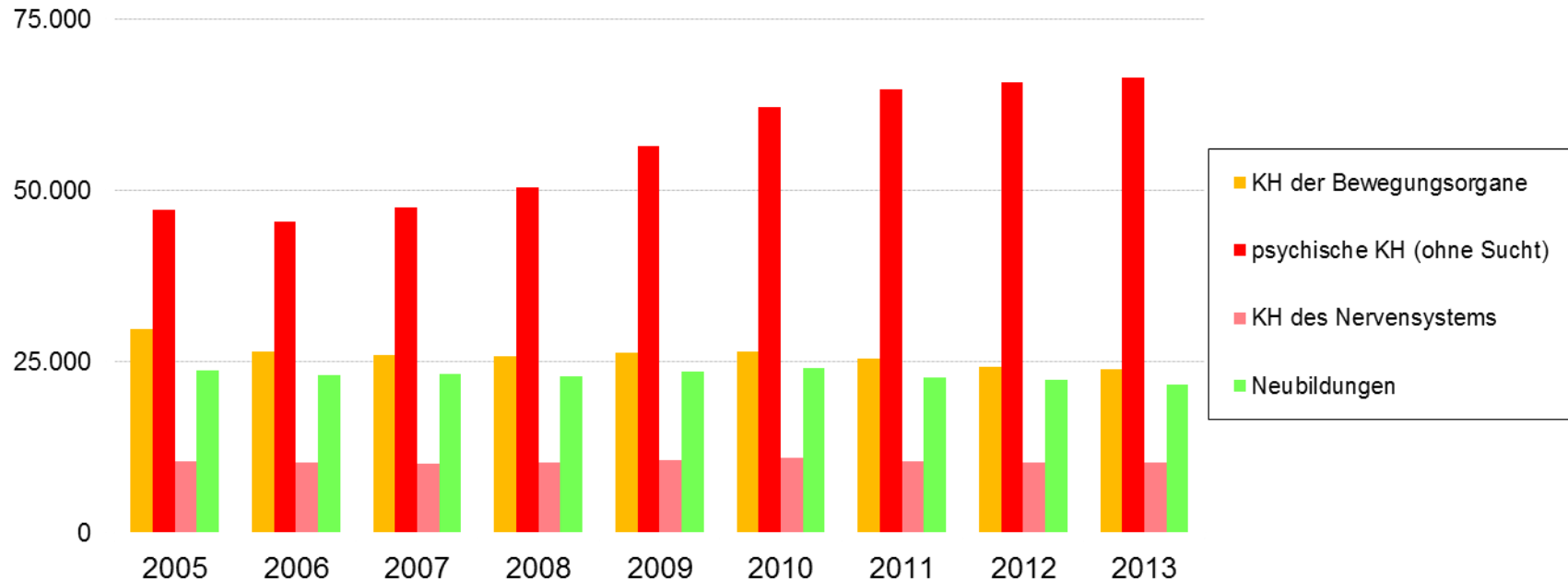
- können nicht beobachtet, sondern nur erschlossen werden
- dienen der Prognose
- Klassifikationssysteme (ICD, DSM, ICF) dienen der Verwaltung und Statistik

# Epidemiologie: Prävalenz Psychischer Störungen

DEGS, Jahresprävalenz



# Versorgungsdaten: Berentung wegen Erwerbsminderung

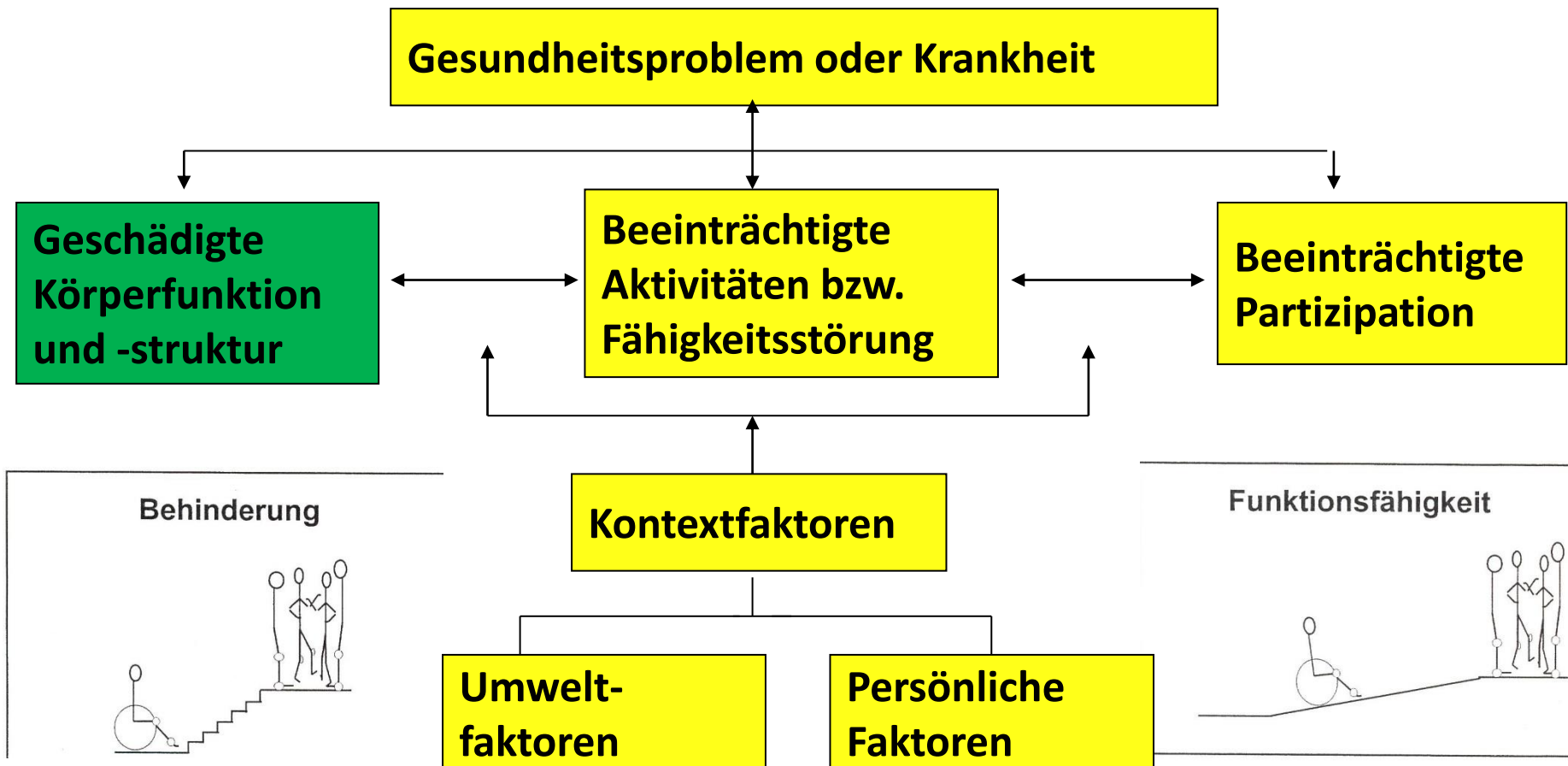


Quelle: ISRV Tab.:229.00 Z RV.  
gesamt n=175.135

## Berentungsgrund: Psychische Erkrankungen

- Tendenz seit 2005 steigend
- Anteil 2013: 38%

# Psychopathologie und Leitsymptomatik



# Psychopathologischer Befund und spezielle Anamnese

- allgemeiner Eindruck
- Wachheit
- Orientierung
- Gedächtnis
- Konzentration
- formales Denken
- inhaltliches Denken
- Ich-Störungen
- Sinnestäuschungen
- Zwänge und Befürchtungen
- Affekt
- Antrieb
- Erleben
- Psychophysiologie

# Wofür nützt Screening?

- Symptom-Screening-Fragebögen sind nicht geeignet, um psychische Erkrankungen festzustellen. Sie leisten keinen klinischen Beitrag für die Feststellung einer psychischen Erkrankung, deren Behandlung oder Verbesserung des Behandlungsergebnis (Gilbody et al., 2005; Meijer et al., 2011; NICE-Guidelines, 2010; Linden & Muschalla, 2012; Thombs & Körner, 2011).
- Screening-Fragebögen erfassen das Beschwerdeklageverhalten des Patienten.
- Populationsbeschreibungen
- Zusatzbefunde und Verlaufsdagnostik
- Mit Patienten zum Thema ins Gespräch kommen („psychische Fitness“)
- Interpretation und Kommentierung im Abgleich mit dem klinischen (Beobachtungs)befund
- Symptom-Fragebögen und standardisierte Interviews ersetzen nicht die klinische Befundung und Differentialdiagnostik (DGPPN et al., 2015).

# Differentialdiagnostik und F-Klassifikation nach ICD-10

F00 – F09 Organische psychische Störungen

F10 – F19 Störungen durch psychotrope Substanzen

F20 – F29 Schizophrene Störungen

F30 – F39 affektive Störungen

F40 – F48 Angsterkrankungen, Belastungsreaktionen,  
Somatoforme Störungen

F 50 – F59 körperliche Störungen

(z.B. Essstörungen, Schlafstörungen)

F60 – F 69 Persönlichkeitsstörungen

F70 – F 79 Intelligenzstörungen

F80 – F89 Entwicklungsstörungen

# ZUSATZ(Z)-KODES IN DER ICD-10

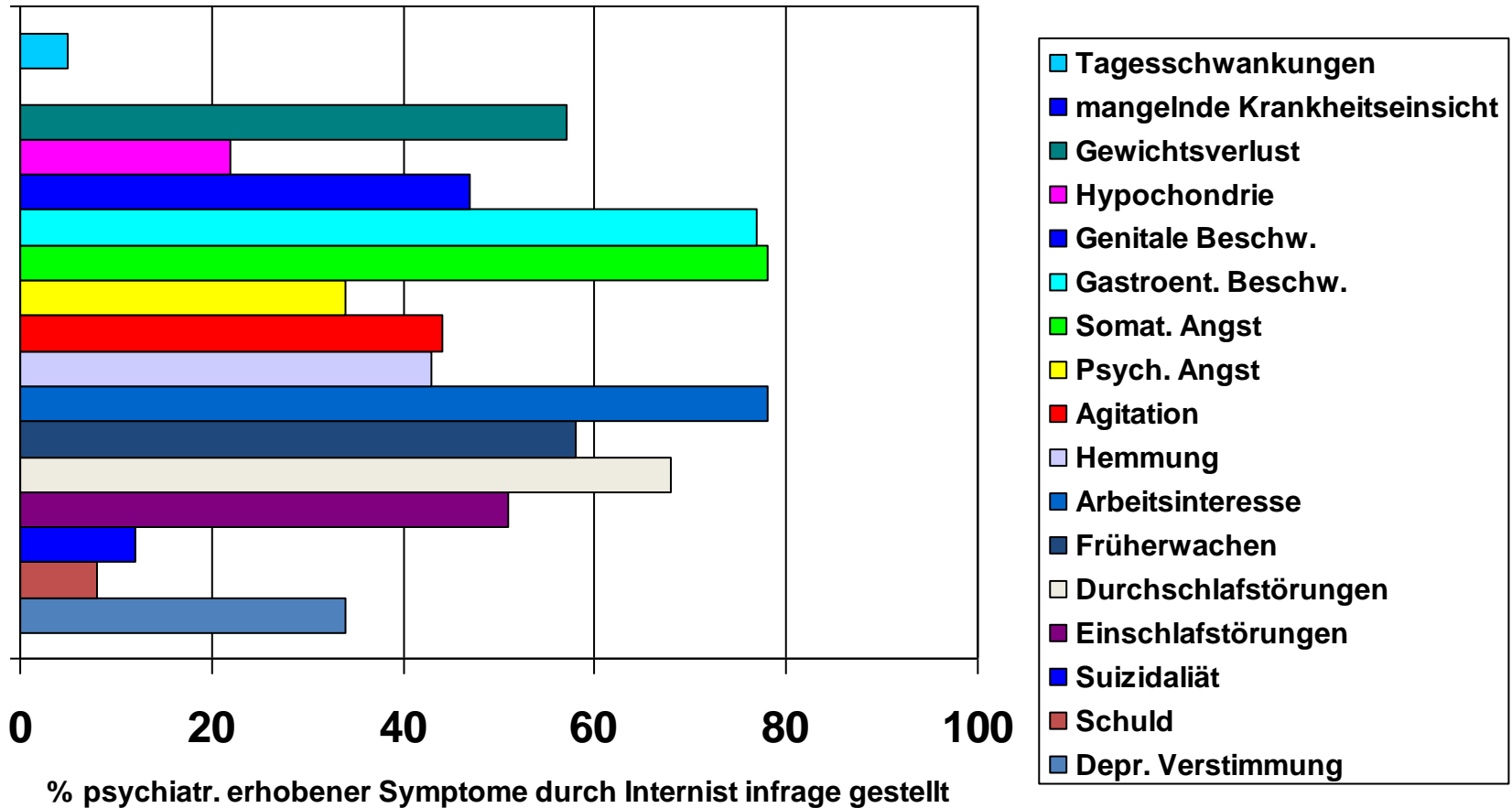
## Hauptkategorien mit Bezug auf:

- Z 55 die Ausbildung (zum Beispiel unzulängliche schulische Leistung)
- Z 56 die Berufstätigkeit (zum Beispiel Arbeitsplatzverlust)
- Z 57 berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren (zum Beispiel Lärm)
- Z 58 die kommunale Umwelt (zum Beispiel Lärm)
- Z 59 die Wohnverhältnisse (zum Beispiel Unstimmigkeit mit Nachbarn)
- Z 60 die soziale Umgebung (zum Beispiel soziale Ausgrenzung)
- Z 61 negative Kindheitserlebnisse (zum Beispiel Veränderung der Familienstruktur)
- Z 62 die Erziehung (zum Beispiel Überprotektion)
- Z 63 den engeren Familienkreis (zum Beispiel Tod eines Familienangehörigen)
- Z 64 bestimmte psychosoziale Umstände (zum Beispiel Schwangerschaft)
- Z 65 andere psychosoziale Umstände (zum Beispiel Verurteilung)
- Z 72 die Lebensführung (zum Beispiel Mangel an körperlicher Bewegung)
- Z 73 Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (zum Beispiel Burn-out, Akzentuierung von Persönlichkeitszügen)
- Z 74 Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel eingeschränkte Mobilität)

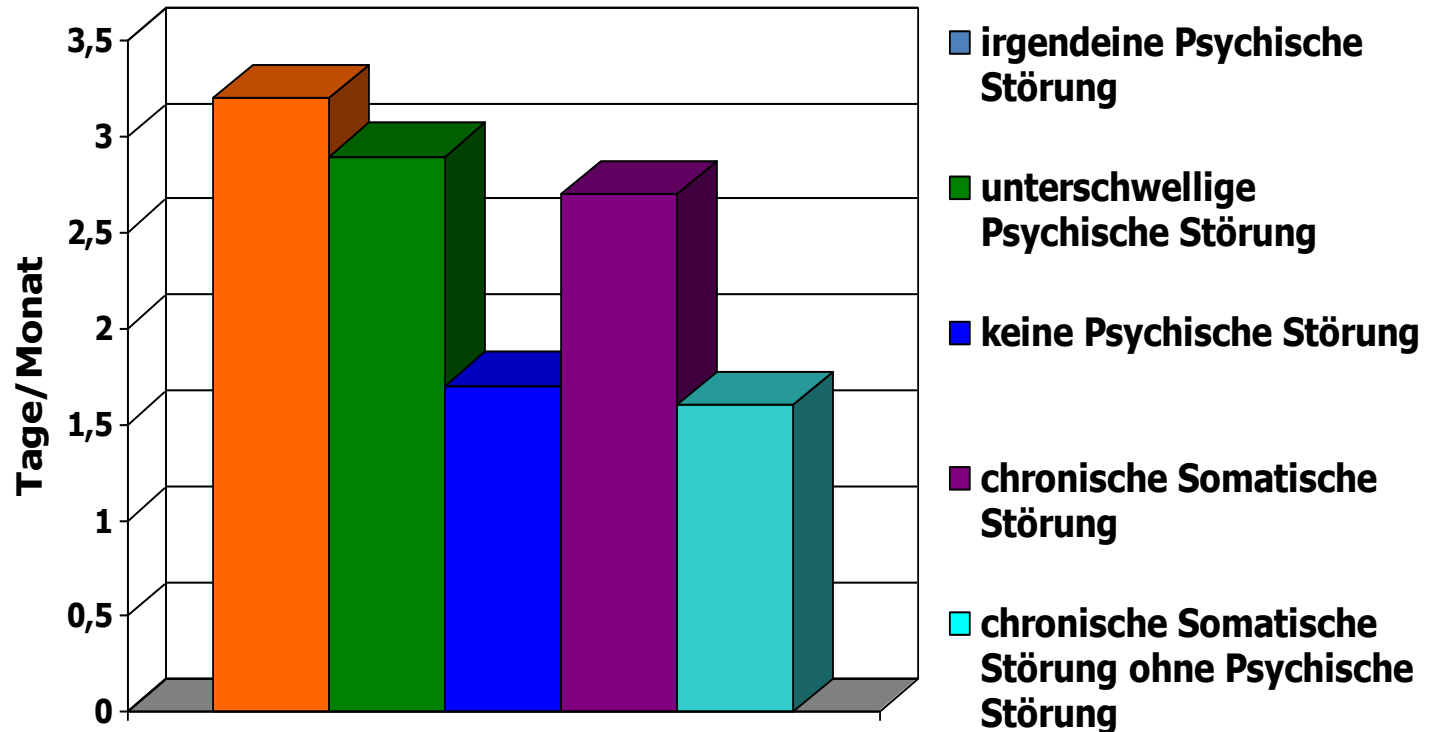
## Bei allen Hauptkategorien bestehen detaillierte Untergliederungen, zum Beispiel bei Z 56 Berufstätigkeit:

- Z 56.1 Arbeitsplatzwechsel
- Z 56.2 drohender Arbeitsplatzverlust
- Z 56.2 belastende Einteilung der Arbeitszeit
- Z 56.4 Unstimmigkeit mit Vorgesetzten oder Kollegen
- Z 56.5 nicht zusagende Arbeit
- Z 56.7 andere physische oder psychische Belastung

# HAMA unter Berücksichtigung somatischer Multimorbidität im Alter (BASE)



# AU-Tage in Abhängigkeit vom diagnostischen Status



# Nutzen von Diagnosen

- retrospektive Erklärungen
  - Arbeitsplatzprobleme sind Folge der Depression
  - Abgeschlagenheit ist Folge der Entzündung
- probabilistische Vorhersage
  - es wird zukünftig immer wieder Phasen von Niedergeschlagenheit geben
  - Nach Entfernung des Wurmfortsatzes verschwinden die Beschwerden
- Kommunikation mit Anderen
  - Zwischen Ärzten und Therapeuten
  - Selbstdarstellung von Patienten
- Behandlungserlaubnis
  - Behandlung vs. Doping
- Vergütung
  - DRGs (Diagnosis-related groups -> Fallpauschalen)
    - Kodierrichtlinien - F 45.41? F 54? R 53? (Arnold et al., 2017; Nilges & Rief, 2010)
  - Tagessätze über Diagnosegruppen hinweg

# Nebenwirkungen von Diagnosen

- Labeling, Stigmatisierung
- Unterwerfung unter einen Experten
- Einengung des Problemverständnisses
- Betonung des Negativen bewirkt negative Reaktionen
- Unterminierung von Selbsthilfepotential
- Pathologisierung von Alltäglichkeiten oder normalgesundem Leiden
- Problemverschärfung
- Einleitung ggf. schädlicher Therapien (Psychotherapie, Medikamente)
- Der Computer vergisst nie

# Diagnose Gesundheit

- Kontextbezug  
wer nachts nicht durch Neukölln geht, hat keine Angststörung
- Angemessenheit der Art der Reaktion  
Verzweiflung oder Einschlafstörungen bei Eheproblemen sind keine Krankheit
- Angemessenheit der Intensität der Reaktion  
Todesangst bei einer Karzinomerkrankung ist keine Krankheit
- Leidenstoleranz  
das Gefühl zu viel arbeiten zu müssen ist keine Krankheit
- Individualnorm und Anspruchsniveau  
Unzufriedenheit mit der Selbstverwirklichung oder beruflichen Entwicklung sind keine Krankheit
- Gesellschaftliche Norm  
„Hysterische“ Ausbrüche von Menschen aus dem Nahen Osten bei einer Beerdigung sind keine Krankheit
- Fehlen psychopathologischer Symptome  
Lustlosigkeit ist keine Krankheit
- Steuerbarkeit  
Trauer kann jederzeit durch Lächeln gegenüber einem Kind unterbrochen werden
- Leistungsfähigkeit  
Minderleistung bei Lustlosigkeit und fehlender „Willensanspannung“ sind keine Krankheit
- ...

# ZUSATZ(Z)-KODES IN DER ICD-10

## Hauptkategorien mit Bezug auf:

- Z 55 die Ausbildung (zum Beispiel unzulängliche schulische Leistung)
- Z 56 die Berufstätigkeit (zum Beispiel Arbeitsplatzverlust)
- Z 57 berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren (zum Beispiel Lärm)
- Z 58 die kommunale Umwelt (zum Beispiel Lärm)
- Z 59 die Wohnverhältnisse (zum Beispiel Unstimmigkeit mit Nachbarn)
- Z 60 die soziale Umgebung (zum Beispiel soziale Ausgrenzung)
- Z 61 negative Kindheitserlebnisse (zum Beispiel Veränderung der Familienstruktur)
- Z 62 die Erziehung (zum Beispiel Überprotektion)
- Z 63 den engeren Familienkreis (zum Beispiel Tod eines Familienangehörigen)
- Z 64 bestimmte psychosoziale Umstände (zum Beispiel Schwangerschaft)
- Z 65 andere psychosoziale Umstände (zum Beispiel Verurteilung)
- Z 72 die Lebensführung (zum Beispiel Mangel an körperlicher Bewegung)
- Z 73 Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (zum Beispiel Burn-out, Akzentuierung von Persönlichkeitszügen)
- Z 74 Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel eingeschränkte Mobilität)

## Bei allen Hauptkategorien bestehen detaillierte Untergliederungen, zum Beispiel bei Z 56 Berufstätigkeit:

- Z 56.1 Arbeitsplatzwechsel
- Z 56.2 drohender Arbeitsplatzverlust
- Z 56.2 belastende Einteilung der Arbeitszeit
- Z 56.4 Unstimmigkeit mit Vorgesetzten oder Kollegen
- Z 56.5 nicht zusagende Arbeit
- Z 56.7 andere physische oder psychische Belastung

# 15 kardiologische Patienten mit “Major Depression” laut standardisiertem Interview (MINI): Klinischer Befund

- Depressive Episode: 1 Patient
- Dysthymie: 1 Patient
- Angsterkrankung: 2 Patienten
- Anpassungsstörung: 2 Patienten
- verschiedenen Formen hirnorganischer Erkrankungen, einschließlich Arzneimittelnebenwirkungen: 4 Patienten
- nicht psychisch krank: 3 Patienten
- aktuell beschwerdefrei, anamnestisch depressive Erkrankungen: 2 Patienten

Linden, M., & Muschalla, B. (2012). Standardized diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: garbage in, garbage out. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 535-544.

# Psycho-somatische Differentialdiagnostik

Psycho-somatische  
Differentialdiagnostik muss  
verschiedene Phänomene  
richtig einordnen:

- organische Erkrankungen
- psychische Erkrankungen
- Arzneimittelnebenwirkungen
- psychische Begleitsymptome im Rahmen körperlicher Erkrankung
- normalgesunde Leidenszustände bei Lebensproblemen (Z-Diag)

# Kontext, (Arbeits)Fähigkeit, Teilhabe

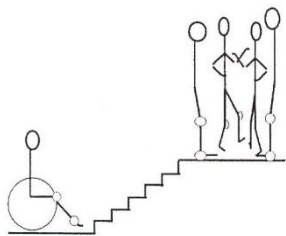
**Gesundheitsproblem oder Krankheit**

**Geschädigte  
Körperfunktion  
und -struktur**

**Beeinträchtigte  
Aktivitäten bzw.  
Fähigkeitsstörung**

**Beeinträchtigte  
Partizipation**

**Behinderung**

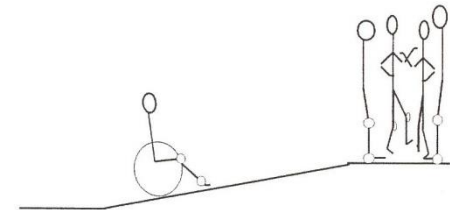


**Kontextfaktoren**

**Umwelt-  
faktoren**

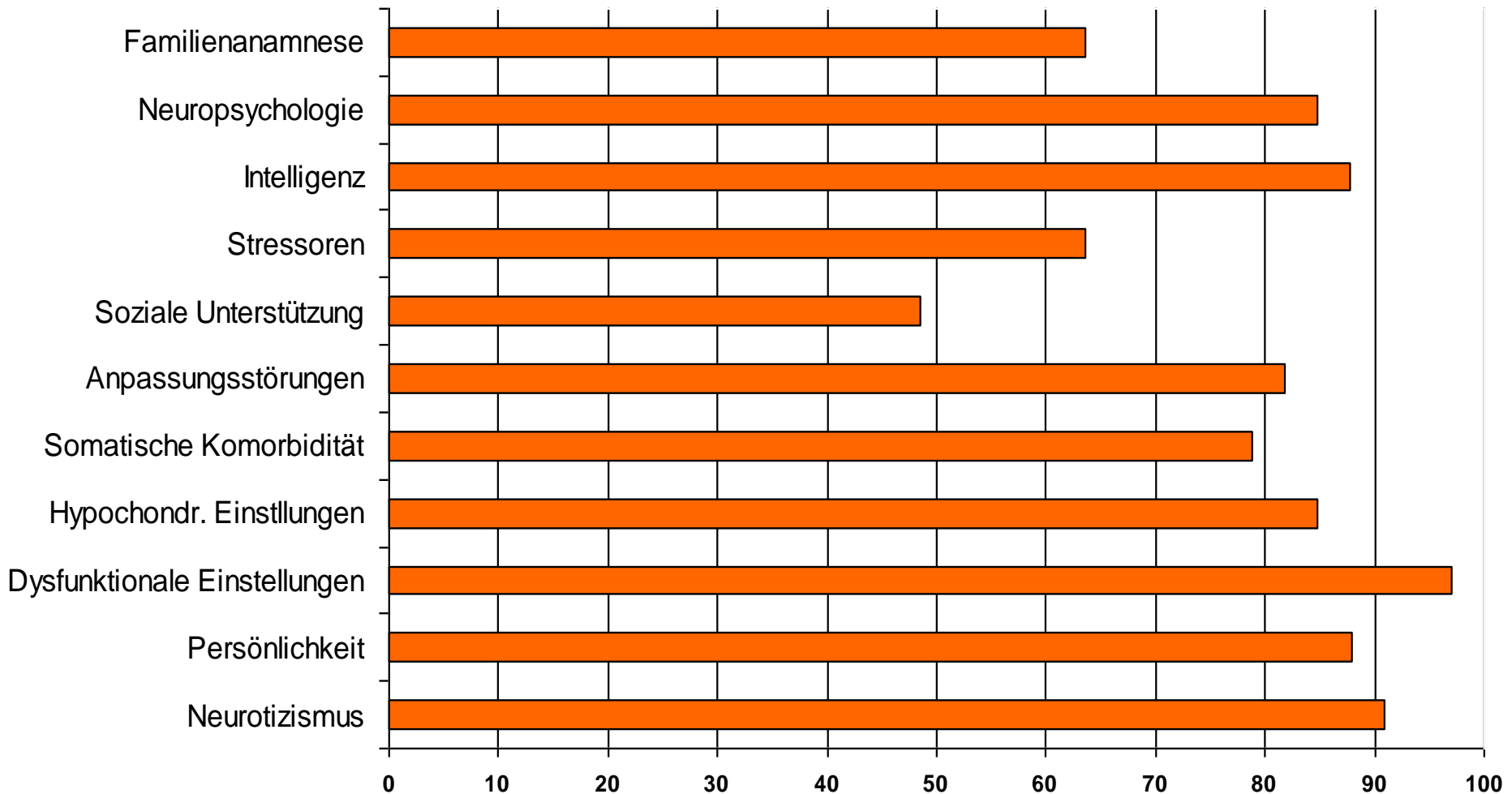
**Persönliche  
Faktoren**

**Funktionsfähigkeit**



# Mehrdimensionale Probleme bei chronisch depressiven Patienten

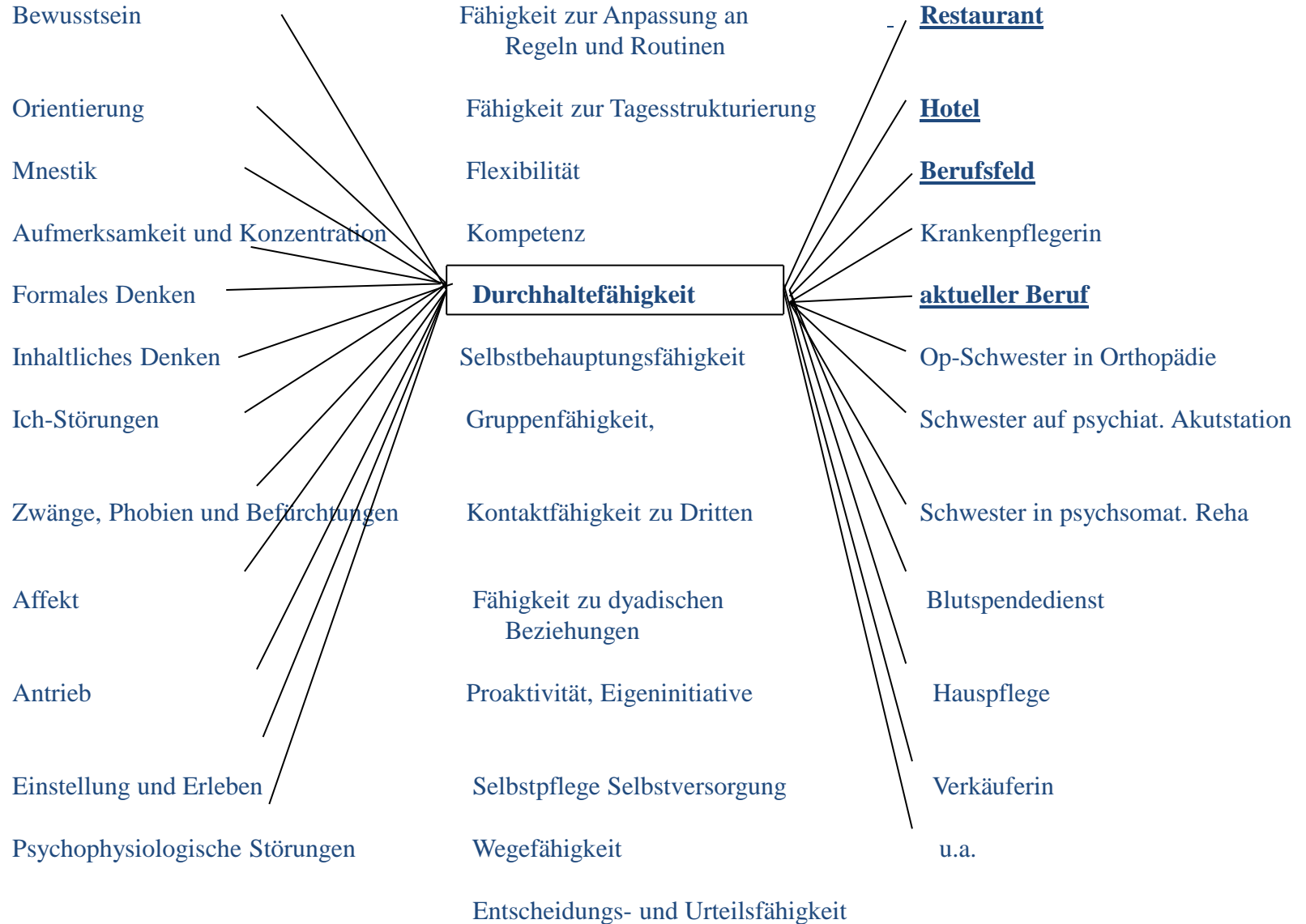
(% Pat.mit entsprechenden Problemen)



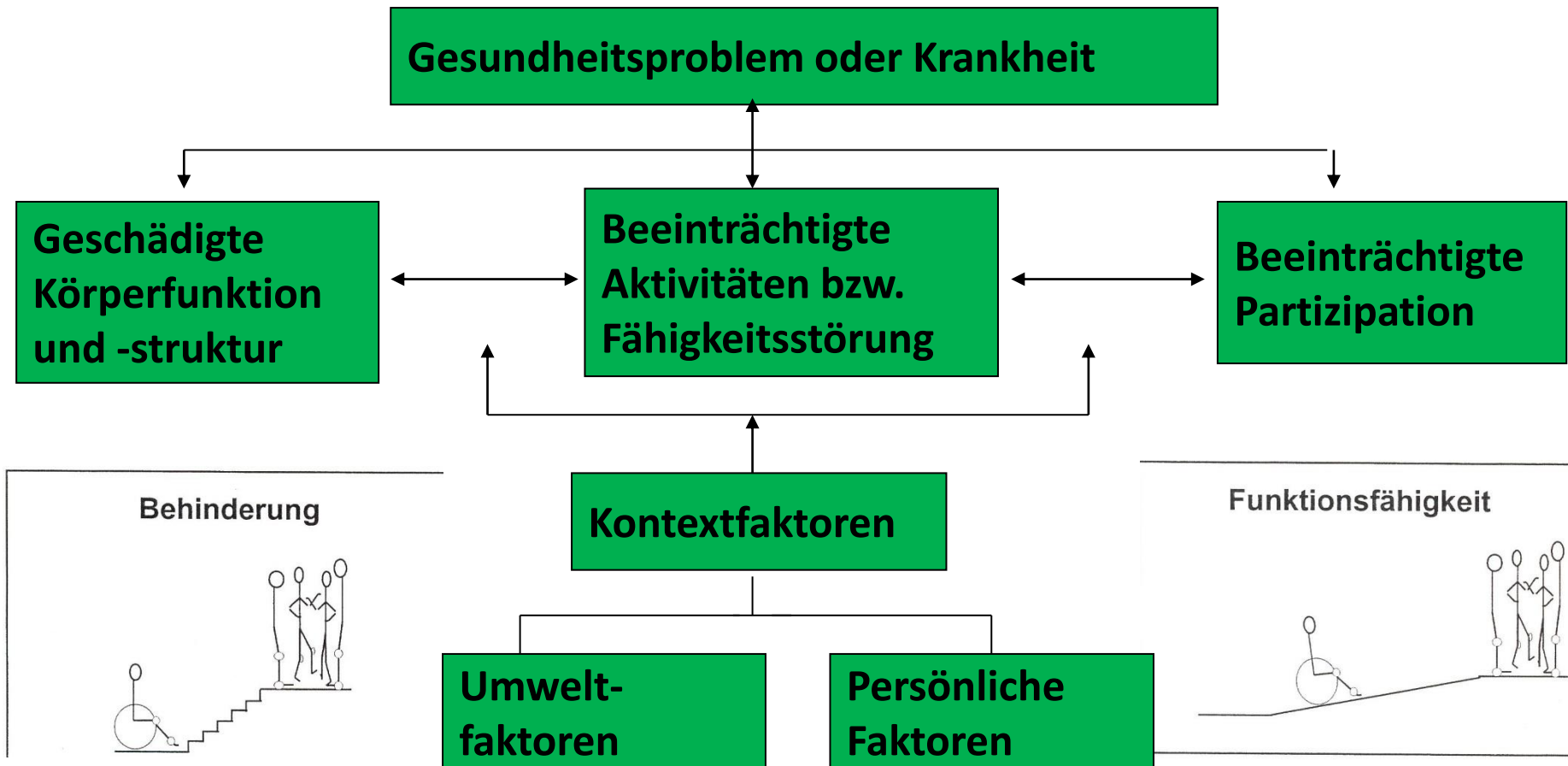
# Mentale Funktionen (Psychopathologie)

# Fähigkeiten („Aktivität“)

# Kontext (Rollenerwartungen)



# Befund Beispiele



# F-Diagnosen, Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeurteilung für „Psyche“?

„Psychische Begleit- oder Nebenerkrankungen müssen in der Rehabilitation, gerade auch bei körperlichen Erkrankungen, **berücksichtigt** werden. Angemessene Diagnostik, Intervention und **Weichenstellung** bei solchen psychischen Störungen ist in allen Reha-Einrichtungen ungeachtet ihres Behandlungsschwerpunktes sicherzustellen“

Sozialmedizin und Rehabilitation

Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung

# F-Diagnosen, Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeurteilung für „Psyche“?

- nicht routinemäßige Aufgabe jeder somatischen Rehabilitation - in VOR mehr Kapazitäten für beschreibende Befunde?
- wenn entsprechende Expertise und Kapazitäten im Setting vorhanden (Facharztstandard)
- Reha-Team nutzen (cotherapeutische Verhaltensbeobachtungen)
- **Falsche F-Diagnosen schädigen Patienten**
- **medizinisch und sozialmedizinisch präzise Beschreibung**
  - kein Taktieren („die Arbeitsmarktlage“)
  - keine Erfüllung von Patientenwünschen („Ich hätte gerne eine Rente“),
  - Keine unkonkreten Aussagen („der Pat. ist aus psychischer Sicht nicht mehr leistungsfähig“)

# Beispiel 1

Diagnose: (keine F-Diagnose)

Selbstbericht der Patientin:

Die Patientin klagte zu Rehabeginn über depressive Stimmung und Antriebsmangel. Mit der Arbeit (Bürosachbearbeiterin) sei sie zuletzt unzufrieden gewesen, nachdem es Änderungen gegeben habe, die bürokratischen Mehraufwand und Arbeitsverdichtung mit sich brachten.

Psychopathologischer Befund, Spezielle Anamnese und Vorbehandlung

Der psychopathologische Befund ist unauffällig. Anamnestisch keine psychischen Erkrankungen, keine Behandlungen.

Verhaltensbeobachtung im Rehaverlauf:

Im dreiwöchigen Rehaverlauf 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.

# Beispiel 1

Diagnose: (keine F-Diagnose)

Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung:

Aufgrund dieses Befundes ist die Patientin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin (Ablage, Rechnungsprüfung am PC, Datenlisten pflegen, Arbeitsgruppenteilnahmen, leichte Tätigkeit, keine Zwangshaltungen) nicht beeinträchtigt.

Die Patientin ist für diese Tätigkeit auch aktuell arbeitsfähig.

Leistungsfähigkeitseinschätzung:

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

## Beispiel 2

Diagnose: F 45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung

### Selbstbericht der Patientin:

Die 46-jährige Angestellte kommt nach Aufforderung durch einen Orthopäden und die Hausärztin zur stationären Rehabilitation. Aktuell besteht Arbeitsunfähigkeit seit drei Monaten. Dass ihr von einem Orthopäden eine Psychotherapie empfohlen worden war, 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 Leidensausdruck. Formalgedanklich Fokussierung auf Schmerzen und subjektiv erlebte Beeinträchtigungen, sowie Klagen über andauernde Ehestreitigkeiten. Es besteht ein somatisches Krankheitsverständnis.

### 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, bspw. 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 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 gekommen sei. Es habe zuvor keine Probleme bei der Arbeit gegeben, sie sei aber nicht sicher, ob sie die Arbeit bereits wieder aufnehmen wolle.

## Beispiel 2

### Vorbehandlungen

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 ihr eine Psychotherapie vorgeschlagen habe.

### Verhaltensbeobachtung im Rehaverlauf:

Die Patientin erscheint regelmäßig zu den Therapien. Sie reagiert mit geäußertem Schmerzerleben in Situationen, in denen sie sich subjektiv 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. Gelegentlich 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, zeitweise äußerte sie sich ärgerlich. Sie brachte jedoch ihre Aufgaben innerhalb angemessener Zeitrahmen zu Ende.

## Beispiel 2

### Empfehlung zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung:

Die Patientin erscheint aktuell in ihrer Kontaktfähigkeit und Durchhaltefähigkeit leicht beeinträchtigt. Es besteht jedoch keine Unterstützungsnotwendigkeit bei der Durchführung von vorgegebenen leichten handwerklichen oder kognitiven Aufgaben.

Aufgrund des aktuellen Befundes ist die Patientin für ihre Tätigkeit als Bürosachbearbeiterin ohne Kundenkontakt (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 Rehanachsorgemaßnahme (Psy-RENA) teilzunehmen. Ziel sollte sein, ein funktionales Krankheitsverständnis zu erarbeiten und einen hilfreichen Umgang mit Schmerzen und Beeinträchtigungen im Alltag zu trainieren.

## Beispiel 3

Diagnose: F 40.8 Arbeitsplatzphobie

### Selbstbericht der Patientin:

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

### Psychopathologischer Befund, Spezielle Anamnese und Vorbehandlung:

Es besteht ein deutliches und beobachtbares Arousal 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. Beim Gespräch über anderen Themen erscheint die Patientin unbelastet. Stimmung und Antrieb sind intakt, Schlaf und Vegetativum unauffällig, Unruhe nur vor Arbeitstagen und beim Sprechen über die Arbeit.

Psychische Vorerkrankungen werden verneint. Die Patientin gibt an, dass sie bislang noch nie eine psychotherapeutische Behandlung gehabt oder in Erwägung gezogen habe. Sie ist eine sehr gewissenhafte Person.

### Arbeitssituation:

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 8 Monaten erlebte. Die Anforderungen seien gestiegen, und einmal sei sie von der neuen Chefin vor Kunden kritisiert worden. Danach sei sie so „fertig“ gewesen, dass sie zum Hausarzt gegangen sei und sich AU schreiben ließ. Bei der Vorstellung an ihren Arbeitsplatz zurück zu müssen, reagierte die Patientin mit deutlichem vegetativem Arousal und dem dringenden Wunsch das Zimmer zu verlassen.

## Beispiel 3

### Behandlung:

Wir motivierten die Patientin in mehreren psychologischen und sozialarbeiterischen Einzelgesprächen, 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 email und dann telefonisch zu kontaktieren. Vom Arbeitsplatz wurde Wiedereingliederungsunterstützung geäußert. Die Patientin sagte danach, sie sei froh, diesen ersten Schritt getan und hier bereits einmal 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, wechselnde Haltungen) nicht beeinträchtigt. Aus somatischer Sicht ist die Patientin für diese Tätigkeit auch aktuell arbeitsfähig. Aufgrund der ausgeprägten Arbeitsplatzbezogenen Angst 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 kann vorübergehend 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 induzieren, wurde eine stufenweise Wiedereingliederung eingeleitet.

# Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankung

- Psychopathologischer Befund
- 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
- Spezielle Anamnese
- Vorbefunde, Behandlungsberichte
- **Akute / chronische Fähigkeitsbeeinträchtigungen mit Beobachtungsbefunden beschreiben**
- **Darlegung der Behandlungsreserven auf Symptom-, Fähigkeits-, oder Kontextebene**
- **Für Erwerbs/Leistungsfähigkeit: Erwerbsbezogene Prognose**

# Literatur

- AMDP (2007). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (8., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- [www.amdp.ch](http://www.amdp.ch)
- Fähndrich, E., & Stieglitz, R.D. (2007). Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems (3. überarbeitete Auflage). Berlin: Hogrefe.
- Linden, M. (2003). Psychopathologie, Deskription und Diagnostik psychischer Erkrankungen. In: Gastpar MT, Kasper S, Linden M. Psychiatrie und Psychotherapie. S. 1-17.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., & Ostholt-Corsten, M. (2015). Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Hogrefe.
- Linden, M., & Muschalla, B. (2012). Standardized diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: garbage in, garbage out. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 535-544.
- Muschalla, B. (2017). Diagnostik bei psycho-somatischen Komorbiditäts-Phänomenen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 100, 146-159.
- Muschalla, B., Henning, A., Neue, D., Discher, K., Krüger, V., & Henniger, S. (2021). Psychische Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP Somatik). Abschlussbericht 2021 zum Forschungsprojekt im Bereich Reha-Forschung. 8011 - 106 - 31/31.129. Braunschweig: Technische Universität Braunschweig, Psychotherapie und Diagnostik.
- Muschalla, B. (2023). Operationalisierung des psychischen Person-Job-Fit mit dem Mini-ICF-APP-W. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 58, 349-352.
- Linden, M., Muschalla, B., Baron, S., & Ostholt-Corsten, M. (2022). Exploration von Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen mit dem Mini-ICF-APP. *Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation*, 120, 5-21.
- Kontakt: [b.muschalla@tu-braunschweig.de](mailto:b.muschalla@tu-braunschweig.de)