

Psychische Befundung und F-Diagnosen in der VOR

Beate Muschalla

Psychologische Psychotherapeutin (VT)

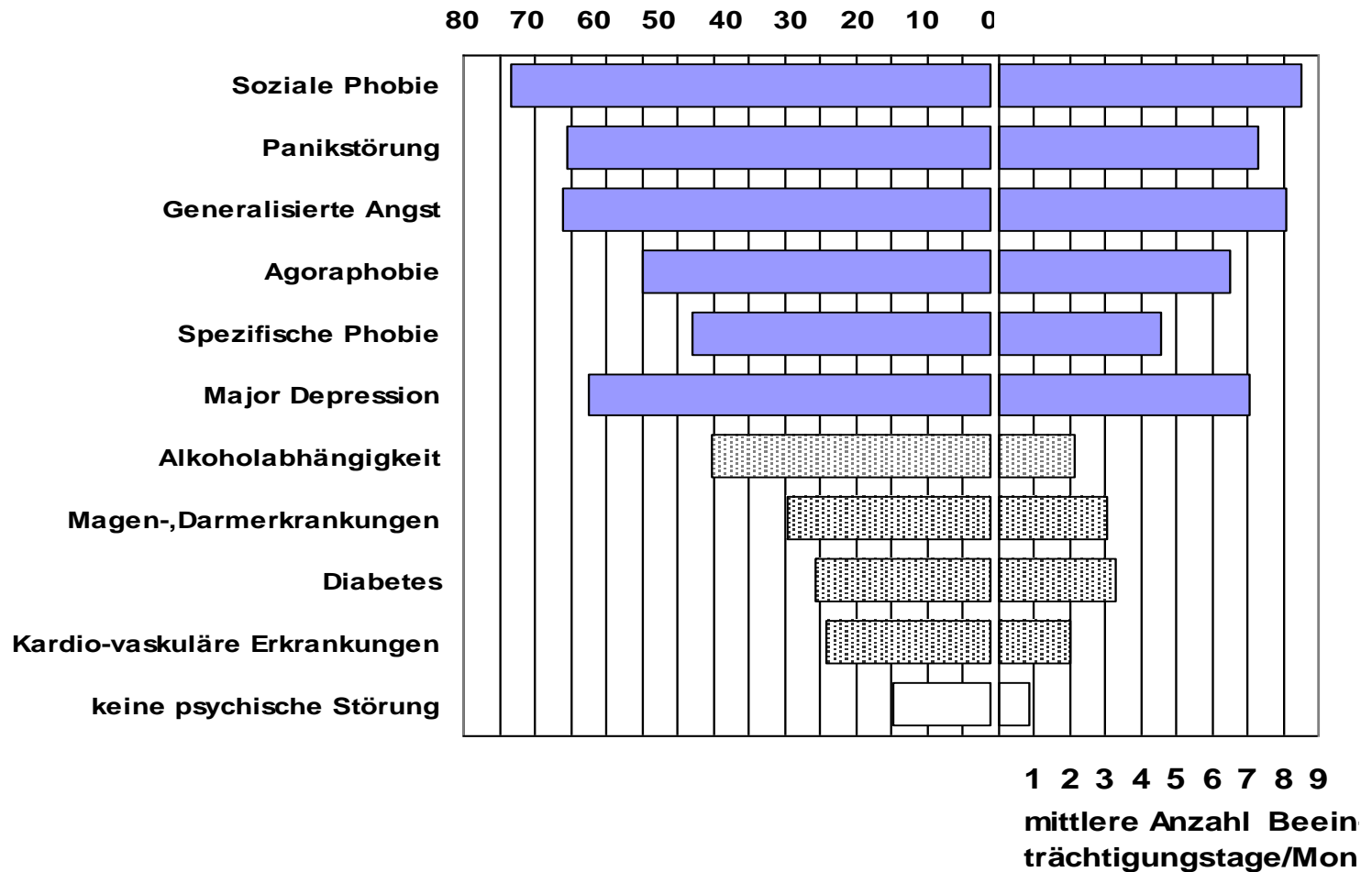
beate.muschalla@gmx.de

Vortrag auf der Fachtagung Verhaltensmedizinisch
Orientierte Rehabilitation (VOR) in der Berolina Klinik
Löhne/Oeynhausen am 21.04.2018

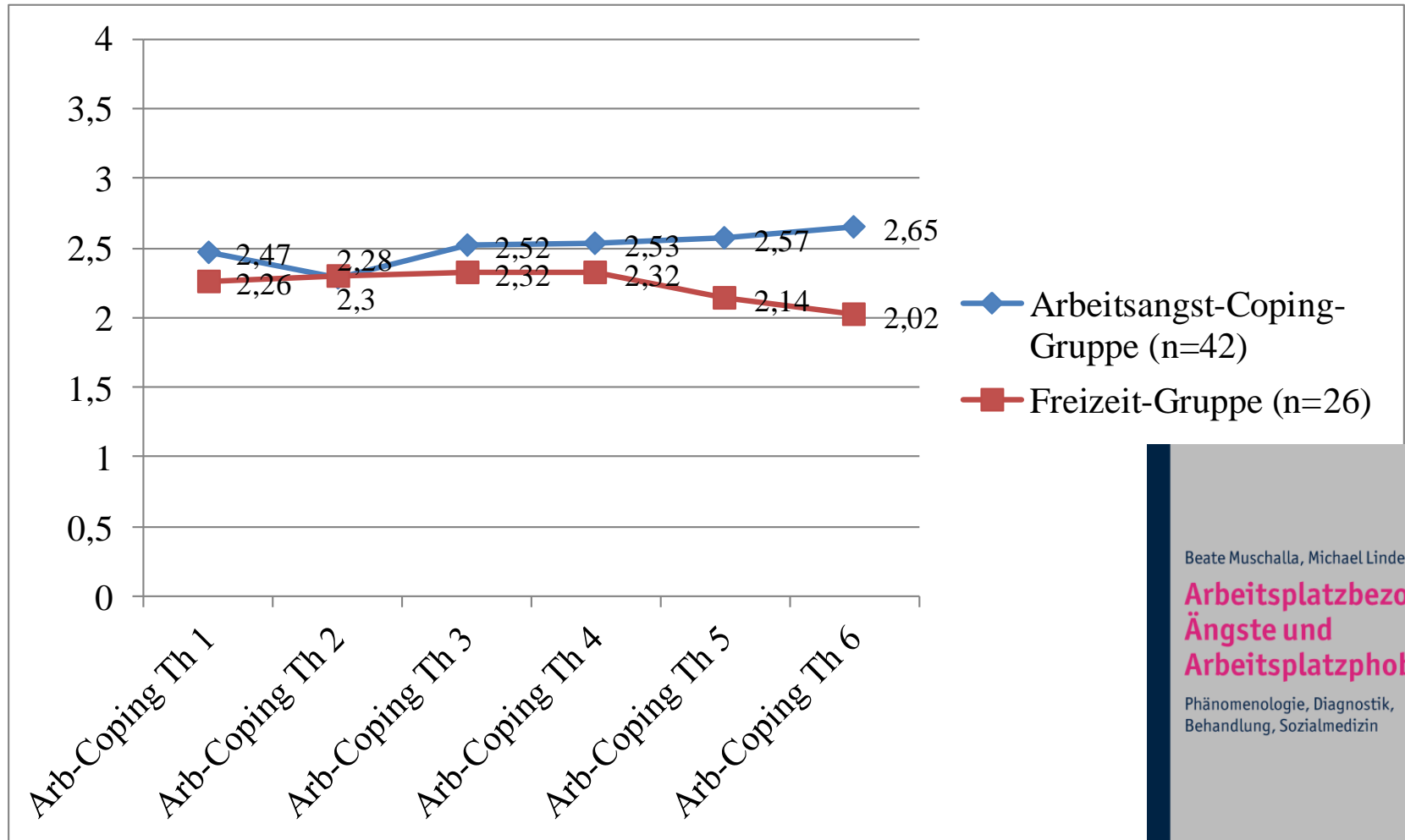
Beeinträchtigungen

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

% der Personen pro Gruppe mit mind.
1 Beeinträchtigungstag/Monat



Bei Arbeitangst muss man über Arbeit reden



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

Beate Muschalla, Michael Linden

**Arbeitsplatzbezogene
Ängste und
Arbeitsplatzphobie**

Phänomenologie, Diagnostik,
Behandlung, Sozialmedizin

Allgemeindefinition von Krankheit

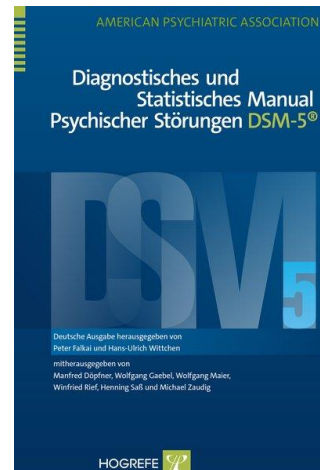
Krankheitskriterien

- 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

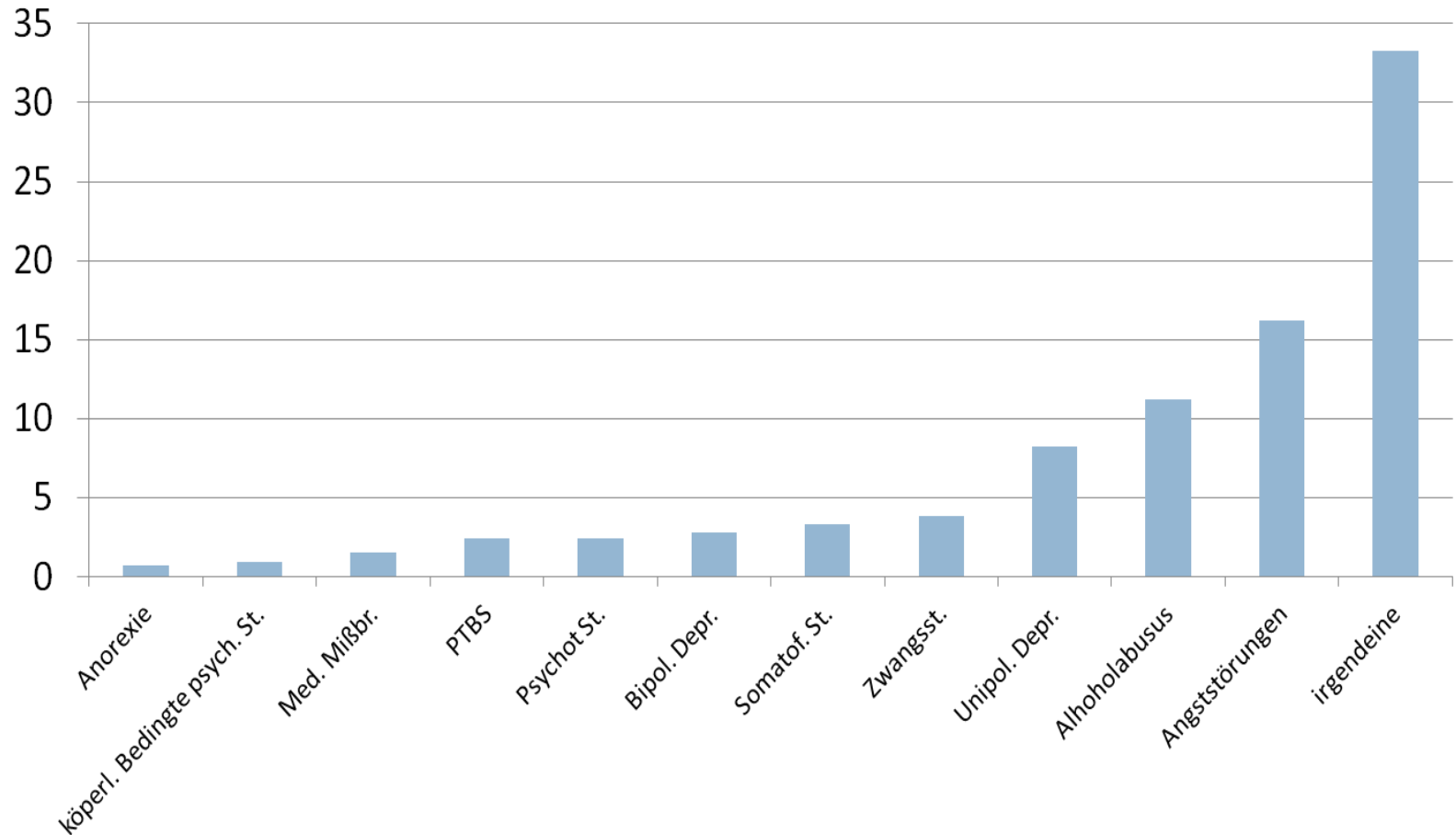
z.B. Bipolare Depression; Appendizitis

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

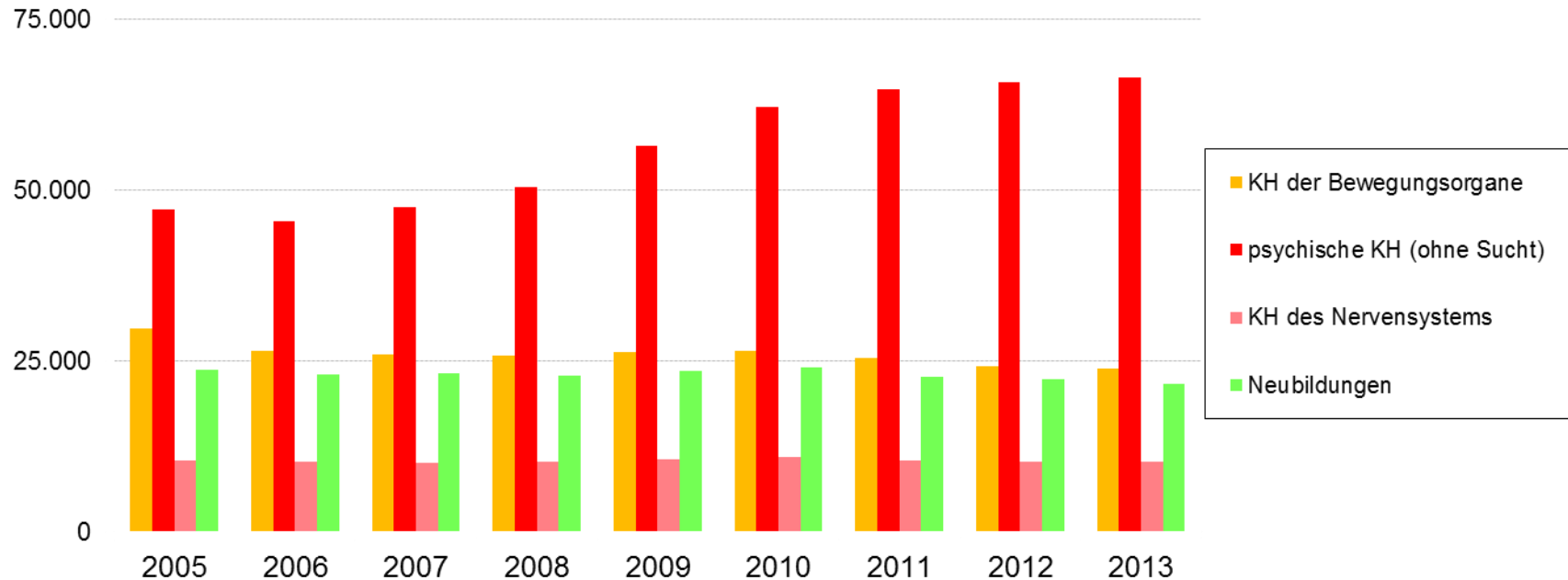


Prävalenz Psychischer Störungen

DEGS, Jahresprävalenz



Berentung wegen Erwerbsminderung

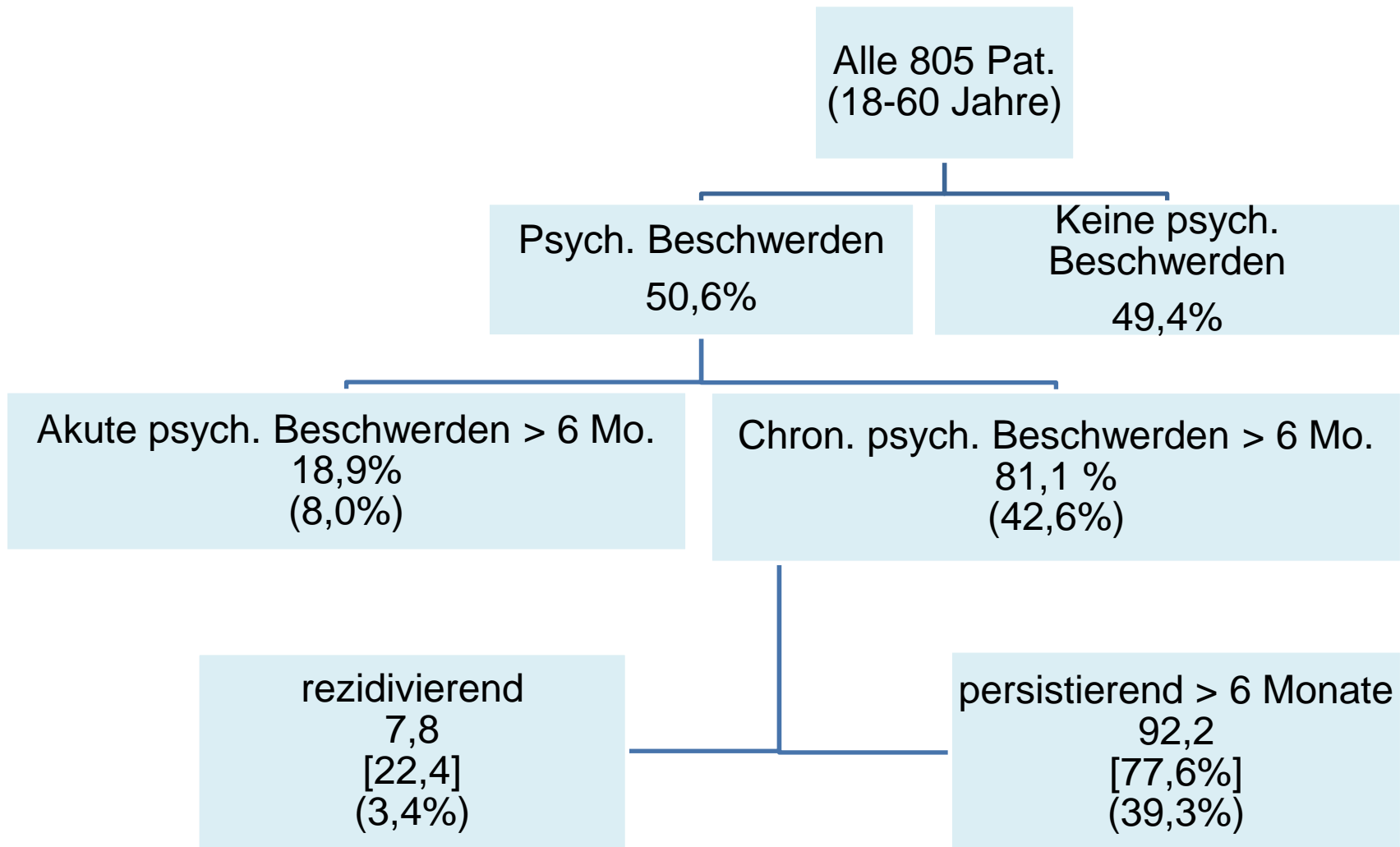


Quelle: ISRV Tab.:229.00 Z RV.
gesamt n=175.135

Berentungsgrund: Psychische Erkrankungen

- Tendenz seit 2005 steigend
- Anteil 2013: 38%

Reha-Patienten in der Hausarztpraxis



Psychopathologie und Leitsymptomatik

Gestaltpsychologie

gestalthafte ganzheitliche Wahrnehmung
geschieht in 300 Millisekunden (erster
Eindruck)

Psychopathologische Befundung ist wie
Bildbeschreibung

Vgl. Impressionismus - Expressionismus

Psychopathologischer Befund

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

Psychopathologischer Befund = Untersuchungsbefund!

Beobachtung (z.B. formales Denken, Affektqualität und –modulation) und **Exploration** (z.B. Ich-Störungen, Zwänge) gehören zur psychopathologischen Befundung

Diagnostikebenen und -methoden

Klinische Diagnostik (relevant in klinischer Arbeit)

- Symptom
 - gedrückte Stimmung
 - gehobene Stimmung
- Syndrom
 - depressives Syndrom:
 - gedrückte Stimmung
 - Antriebslosigkeit
 - Schlafstörungen
 - Angstgefühle
 - usw.
- Anamnese + Befund -> Diagnose
 - bipolare Depression
 - schizoaffektive Psychose
 - usw.

Forschungsinstrumente/- Dokumentation

- AMDP-System
- Fremdbeurteilungsskalen
- Selbstbeurteilungsskalen
- Leistungstests
- Algorithmen nach ICD-10 / DSM-IV u.a.
- diagnostische Interviews (SKID, CIDI, MINI)

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.
- Verwendung für Populationsbeschreibungen
- Liefern Zusatzbefunde und nutzen der Verlaufsdiagnostik
- Therapeutischer Nutzen ggf: Mit Patienten zum Thema ins Gespräch kommen (vgl. Konzept der Bundeswehr „psychische Fitness“)
- Interpretation und Kommentierung (!) von Testbefunden immer im Abgleich mit dem klinischen (Beobachtungs)befund
- **Symptom-Fragebögen und standardisierte Interviews ersetzen nicht die klinische Befundung und Differentialdiagnostik** (DGPPN et al., 2015)

Differentialdiagnostik

F-Klassifikation nach ICD-10

F00 – F09 Organische psychische Störungen

F10 – F19 Störungen durch psychotrope Substanzen

F20 – F29 Schizophrene Störungen

F30 – F39 affektive Störungen

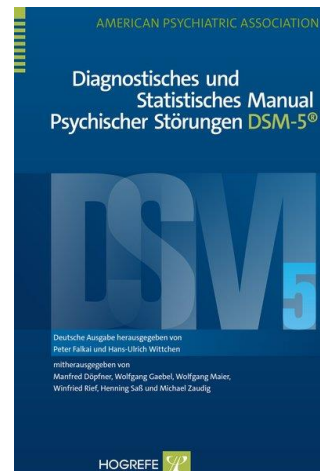
F40 – F48 Angsterkrankungen, Belastungsreaktionen,
Somatoforme Störungen

F 50 – F59 körperliche Störungen
(z.B. Essstörungen, Schlafstörungen)

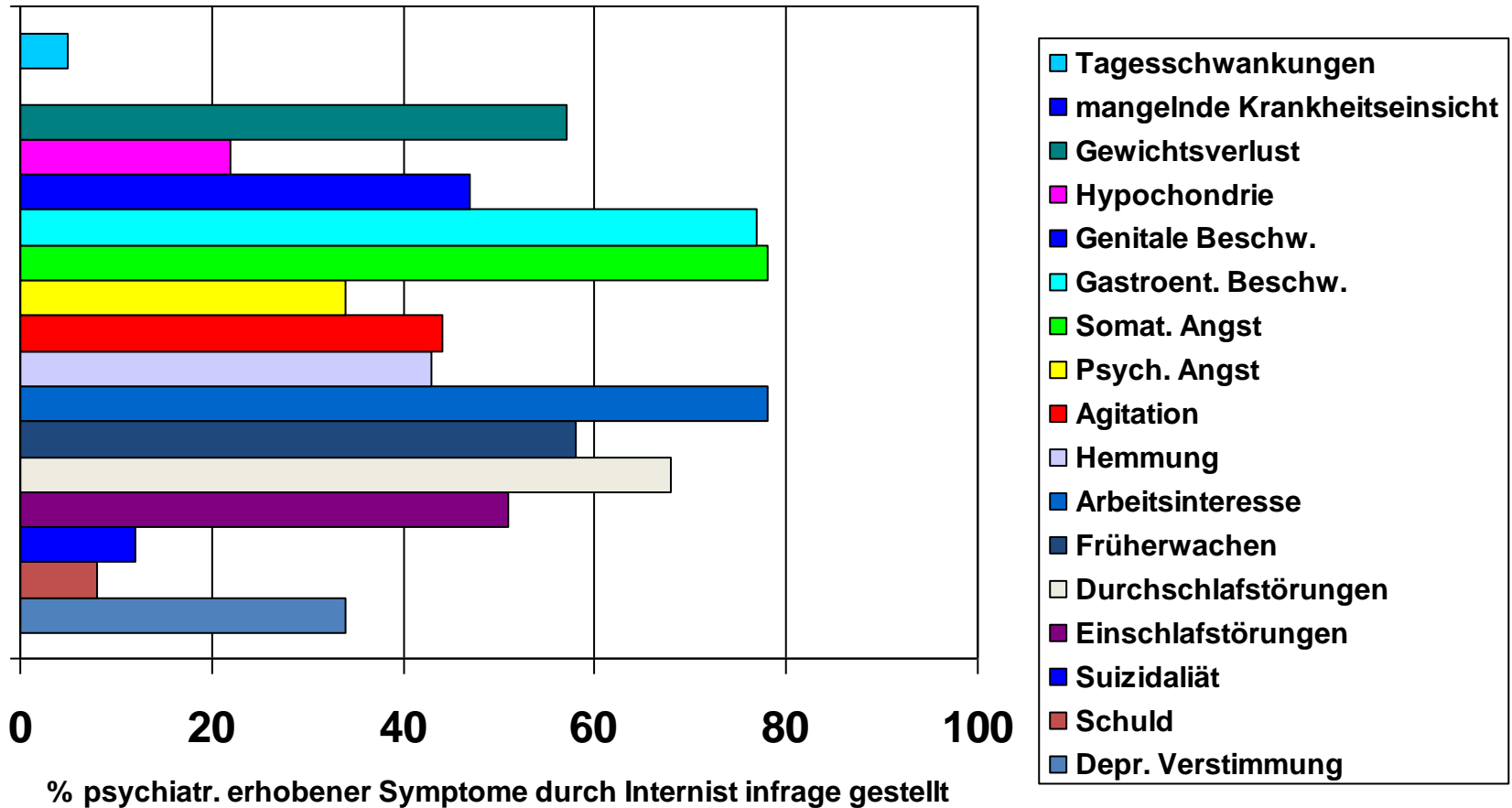
F60 – F 69 Persönlichkeitsstörungen

F70 – F 79 Intelligenzstörungen

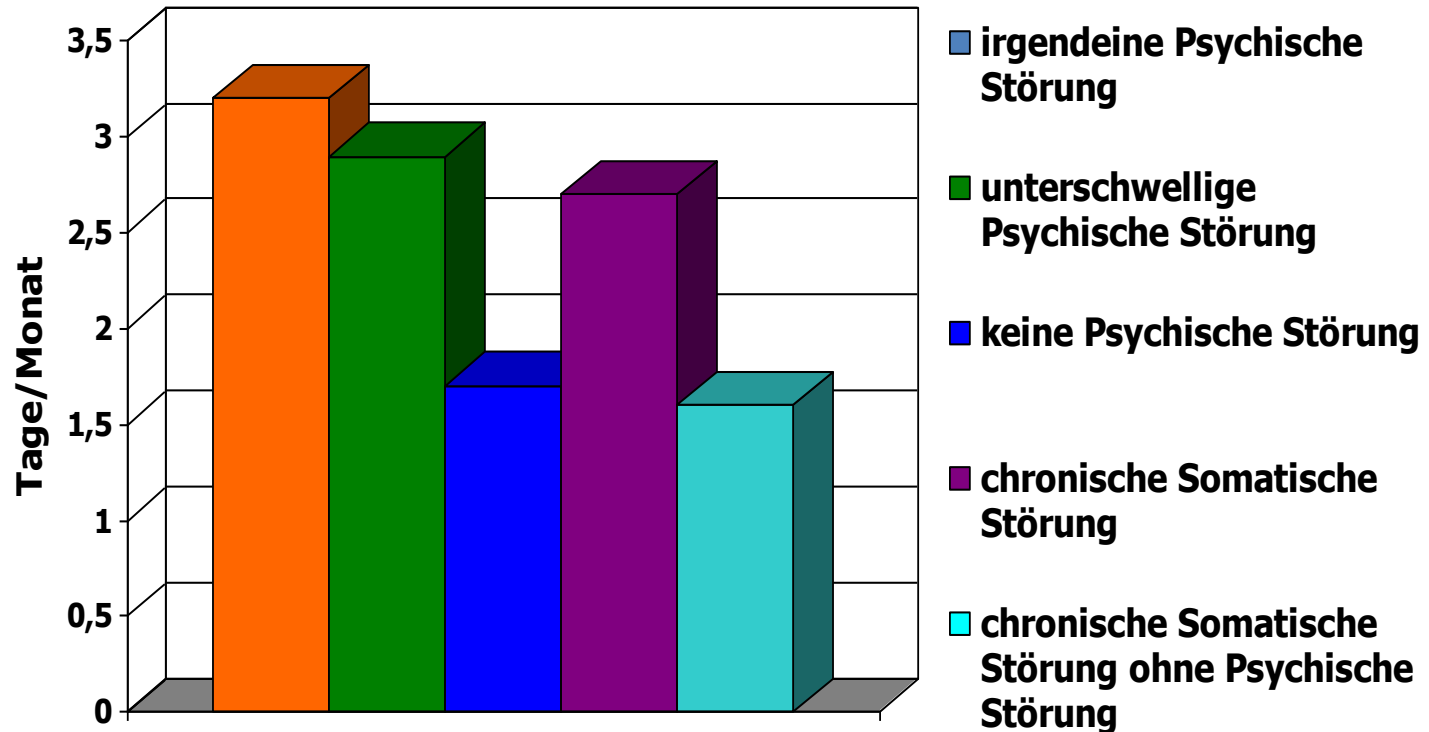
F80 – F89 Entwicklungsstörungen



HAMA unter Berücksichtigung somatischer Multimorbidität im Alter (BASE)



AU-Tage in Abhängigkeit vom diagnostischen Status



Nutzen und Nebenwirkungen von Diagnosen

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 – auch keine F-Diagnosen (spätere Verbeamtung? Lebensversicherung?)

Diagnose „Gesundheit“

Diagnostische Kriterien für Gesundheit

- Kontextbezug
wer nachts nicht durch Kreuzberg 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

Einzel Symptome: R-Diagnose

- Patientin in Verhaltensmedizinischer Orthopädie
- AU in letzten 12 Monaten: 3 Monate
- AF unmittelbar vor Reha-Aufnahme
- AF entlassen (aktuelle Tätigkeit: Personalsachbearbeiterin)

Diagnosen im Reha-Entlassungsbericht:

- M 54.2 Chronisches Cervikocephal- und Brachialsyndrom li. bei muskulostatischer Dysbalance
- K 07.6 Craniomandibuläre Dysfunktion
- R 53 Psychophysische Erschöpfung
- I 10.00 Arterielle Hypertonie

Psychopathologischer Befund: Bewusstseinsklar, in allen Qualitäten orientiert, im Kontakt freundlich zugewandt, angespannt, aufgeregt, Antrieb gesteigert, gute Rehamotivation, Psychogeneseverständnis.

Anamnestisch Schlafstörungen, Müdigkeit und Erschöpfung, keine psychischen Erkrankungen bekannt, keine Behandlungen psychischer Beschwerden.

Empfehlung: Aktuell ist keine psychologische Intervention indiziert.

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)

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.

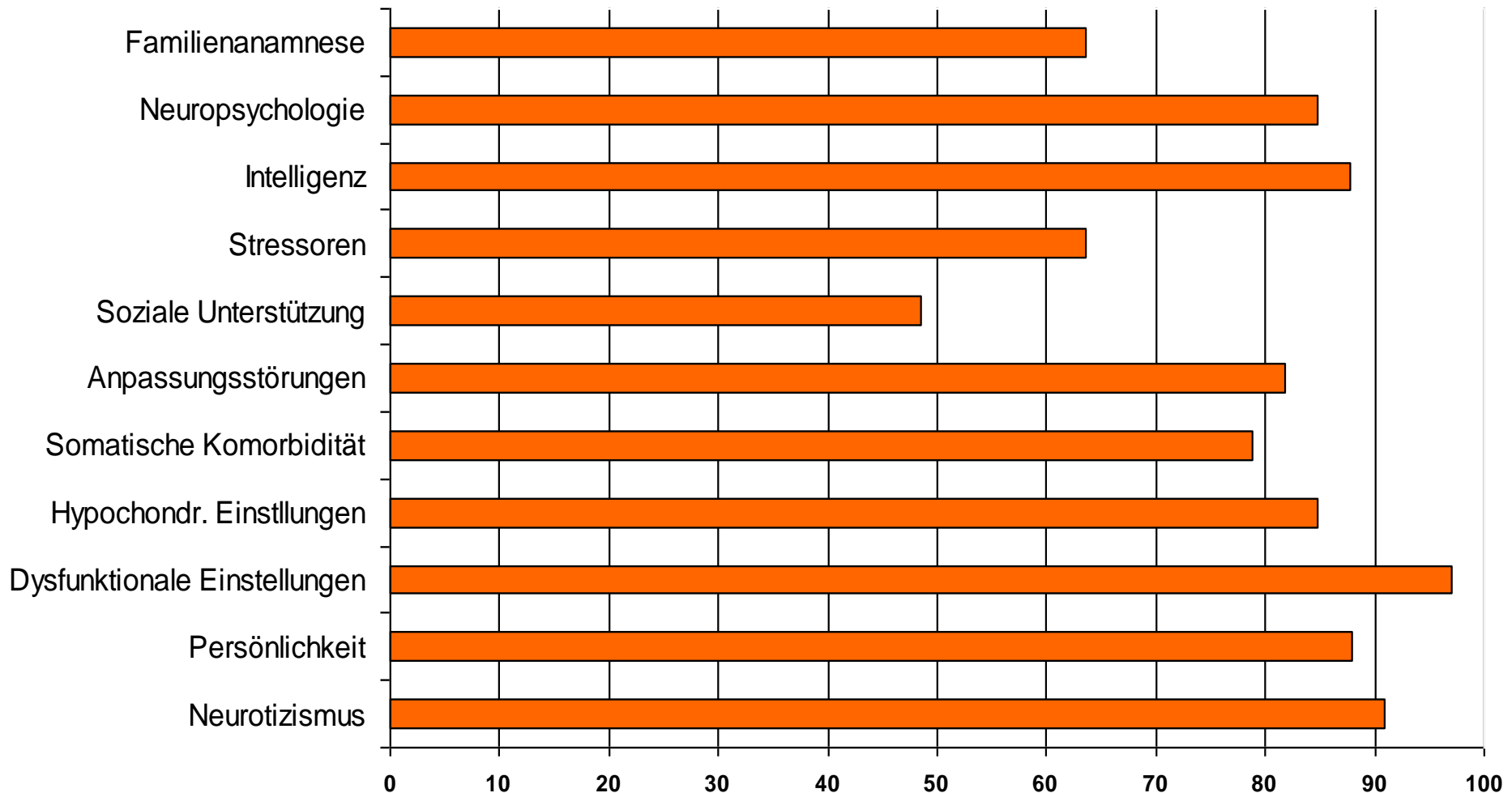
Kontext und Teilhabe, Arbeits- und Leistungsfähigkeit

Mehraxiale Klassifikation in Psychiatrie und Psychotherapie n. DSM-IV

- I. Klinische Syndrome
 - II. Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen
und -akzentuierungen
 - III. Somatischer Zustand
 - IV. Psychosoziale Stressoren
 - V. Kompetenz- und Funktionsniveau
- = Bio-Psycho-Soziales Model (Meyer 1911)

Mehrdimensionale Probleme bei chronisch depressiven Patienten

(% Pat. mit entsprechenden Problemen)

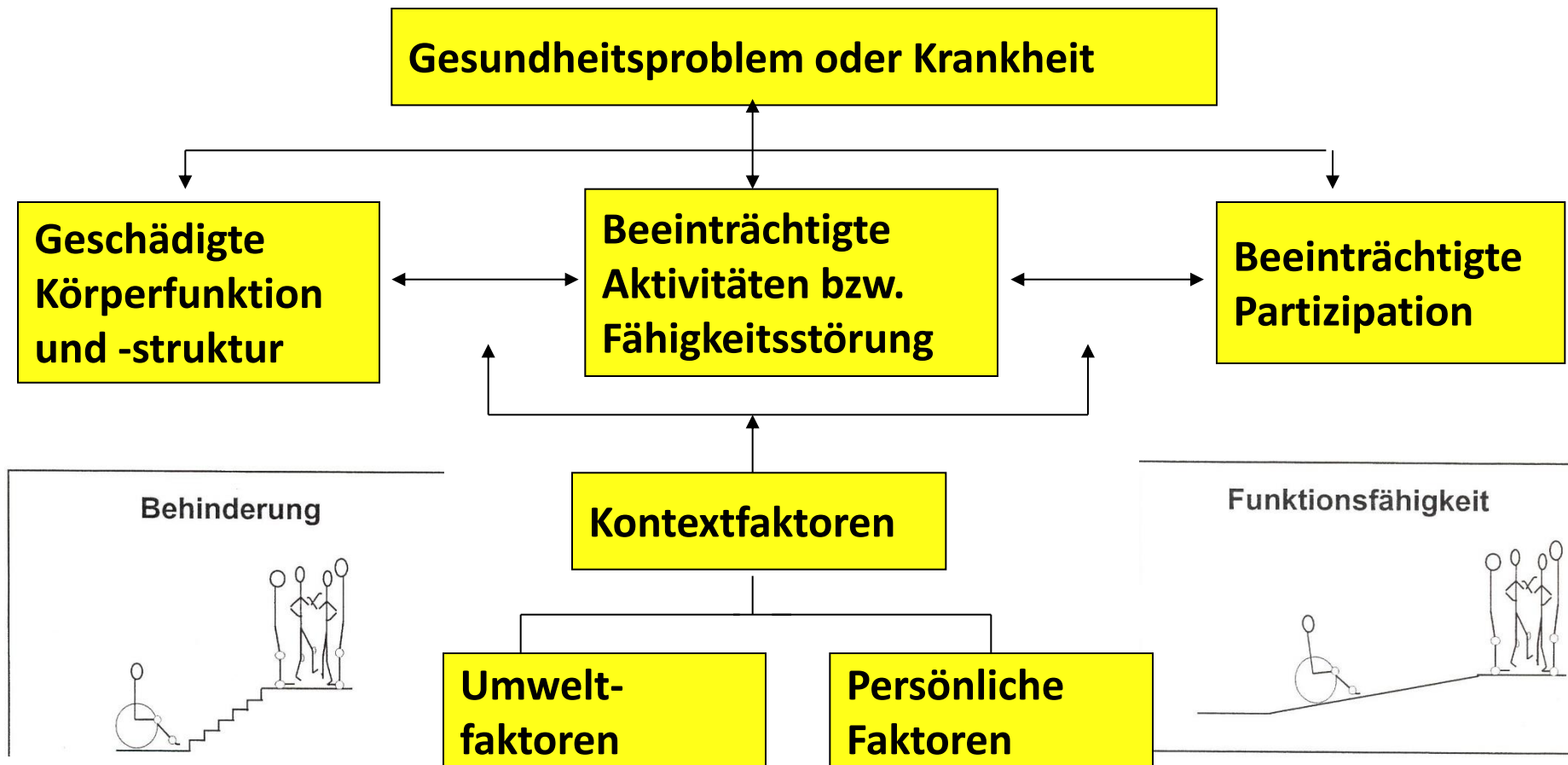


ICIDH: Lineares Modell



ICF: Bio-psycho-soziales Modell:

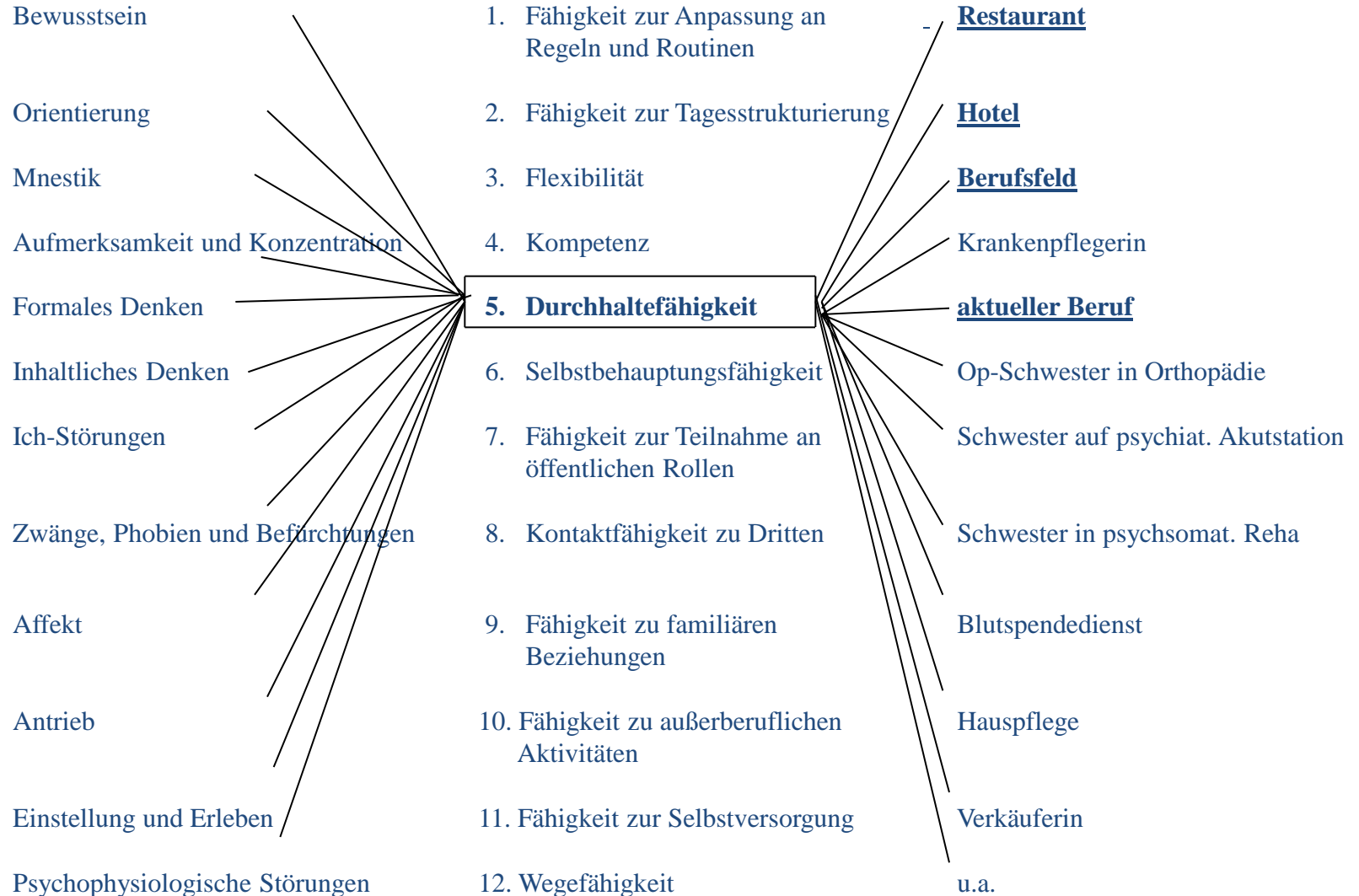
Man ist nicht behindert, man wird behindert



Mentale Funktionen (Psychopathologie)

Fähigkeiten („Aktivität“, Mini-ICF-APP)

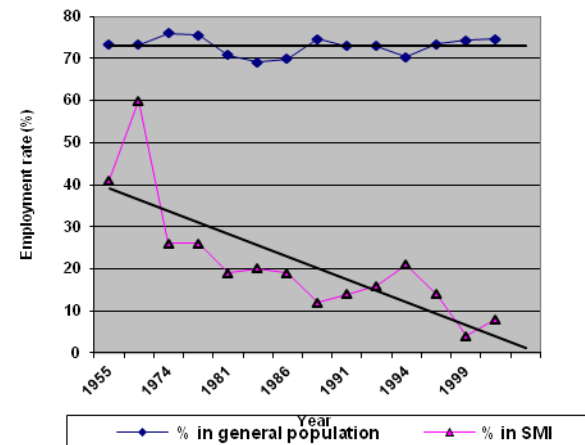
Kontext (Rollenerwartungen)



Arbeitswelt im Wandel

Der Übergang von der Hand- zur Kopfarbeit machte Menschen mit schizophrenen Erkrankungen arbeitsunfähig.

Beschäftigungsrate Schizophrener im Vergleich zur Gesamtbevölkerung



Der aktuelle Übergang zur normierten, getakteten, qualitätskontrollierten Arbeit macht Menschen mit Angsterkrankungen, Depression oder Persönlichkeitsstörungen arbeitsunfähig.

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“?

- Kann nicht routinemäßige Aufgabe jeder somatischen Rehabilitation sein, in VOR jedoch ggf. mehr Kapazitäten für beschreibende Befunde
- nur machbar, wenn entsprechende Expertise und Kapazitäten im Setting vorhanden (Facharztstandard)
- Reha-Team (=cotherapeutische Verhaltensbeobachtungen) nutzen
- **Falsche F-Diagnosen schädigen Patienten!**
- Wenn, dann richtig, vollständig und konsistent
 - Prämisse: Kein Taktieren („die Arbeitsmarktlage“), keine Erfüllung von Patientenwünschen („Ich hätte gerne eine Rente“), sondern schlicht: **medizinisch und sozialmedizinisch RICHTIG handeln -> beschreiben**
 - Keine „halben“ Befunde oder „halbe“ Beurteilungen (z.B. „der Pt. ist aus psychischer Sicht nicht mehr leistungsfähig“)!
 - Widersprüche in Beobachtungsbefunden (z.B. Patientenverhalten in ärztlicher Aufnahme vs. Bewegungsgruppe) müssen kommentiert werden

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 45.41 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 Reha-Verlauf:

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.

Beispieltext Entlassungsbericht

F 40.01 Panikstörung mit Agoraphobie und Belastungsintoleranzangst (I)

Rehabilitationsergebnis

Therapeutische Entwicklung und Aufenthaltsdauer

- Die Pat. verlässt die Reha regulär nach 6wöchigem Aufenthalt. Die ursprünglich bewilligte Aufenthaltsdauer von 4 Wochen wurde im Hinblick auf die Möglichkeit eines Wegetrainings und Einleitung einer beruflichen Wiedereingliederung um 2 Wochen im teilstationären Modus verlängert.

Psychischer Abschlussbefund

- Die Pat. ist leicht angespannt mit sorgenvollen Gedanken um ihre berufliche Zukunft. Es besteht eine gesteigerte vegetative Erregbarkeit mit subjektivem Erschöpfungsgefühl, sowie Erwartungsängste, dass Paniksymptome bei der Arbeit oder auf dem Weg dorthin im Bus wieder auftreten könnten. Sie vermeidet noch Busfahren, wenn es sein muss fährt sie jedoch.
- Die Pat. hat zwei Wochen im teilstationären Modus täglich >30minütige Busfahrten vom Wohnort zur Rehaklinik und zurück durchführen können.

Somatischer Abschlussbefund

- Körperliche Beschwerden oder Einschränkungen bestehen nicht.

Beispieltext Entlassungsbericht

F 40.01 Panikstörung mit Agoraphobie und Belastungsintoleranzangst (II)

Sozialmedizinische Epikrise

Selbsteinschätzung des Patienten zur Leistungsfähigkeit

- Die Pat. war sich selbst noch nicht sicher bzgl. ihrer Leistungsfähigkeit. Sie möchte langfristig ihr Arbeitsfeld wechseln (keine Intensivpflege mehr machen). Sie befürchtet bzgl. der Arbeitsdurchführung aufgrund der vegetativen Labilität leicht erschöpfbar zu sein und nicht durchzuhalten, oder den Weg zur Arbeit nicht zu schaffen.

Fähigkeitsprofil und Beurteilung des Leistungsvermögens

- In ihrer Tätigkeit als ambulante Krankenschwester wird von der Patientin erwartet, Patienten ganztags in deren Häuslichkeit zu versorgen, sowie entsprechende Wege zum jeweiligen Arbeitsort hin und zurück zu absolvieren.
- Aktuell ist die Pat. noch in ihrer psychophysischen Durchhaltefähigkeit und in der Verkehrsfähigkeit beeinträchtigt. Sie muss bei Arbeitsvorgängen öfter einmal Pausen einlegen, weswegen wir eine stufenweise Wiedereingliederung am bestehenden Arbeitsplatz eingeleitet haben, mit der Bitte an den Arbeitgeber der Pat. aufgrund der noch instabilen Verkehrsfähigkeit zunächst einen Arbeitsplatz wenn möglich in Wohnortnähe zur Verfügung zu stellen.

Prognose und erwerbsbezogene Perspektive

- Aufgrund der aktuell beeinträchtigten Durchhaltefähigkeit und der noch instabilen Verkehrsfähigkeit wurde eine stufenweise Wiedereingliederung eingeleitet, um zunächst zeitnah überhaupt eine Rückkehr an die Arbeit zu initiieren und das arbeitsbezogene Vermeidungsverhalten zu unterbrechen. Der weitere berufliche Verlauf wird ambulant psychiatrisch-psychotherapeutisch unterstützt und überwacht.

Diagnose einer psychischen Erkrankung (F-Diagnose)?

Erfordert :

- Psychopathologischen 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

Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankung?

Erfordert:

- Psychopathologischen 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**

Qualitative Auswertungen Reha-Entlassungsberichte – Befund (Hütte & Muschalla, 2018)

Ausprägung	Beschreibung	Beispiel
Gar nicht	Es ist kein psychopathologischer Befund vorhanden.	
Nur rudimentär	Es sind Ansätze eines Befundes erkennbar, allerdings ist er unvollständig und/ oder unverständlich, oder vermittelt allein die Sicht des Patienten.	„ Die Patientin berichtet von gedrückter Stimmung und Konzentrationsschwierigkeiten.“
Ausreichend	Der Befund ist verständlich und stimmig. Die wichtigsten Informationen sind notiert, aber knapp gehalten.	„Die Patientin ist in der Interaktion ängstlich, berichtet aber offen von ihren Problemen. Insgesamt gedrückte Stimmung, subjektiv berichtete Konzentrationsschwierigkeiten, glaubhaft von Suizidalität distanziert. Ansonsten unauffällig.“
Sehr ausführlich	Der Bericht ist vollständig, stimmig und verständlich. Eigen- und Fremdbefund sind klar als solche gekennzeichnet.	„Die kindlich wirkende Patientin ist in der Interaktion ängstlich und beginnt leicht zu weinen. Sie berichtet offen von ihren Beschwerden, Kontakt lässt sich gut herstellen. Die Patientin zeigt sich zu allen Qualitäten orientiert, Konzentration, Aufmerksamkeit und Mnestic sind subjektiv beeinträchtigt, kein Anhalt auf psychotisches Erleben. Keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, keine Zwangssymptome, keine Wahrnehmungs- oder Ich Störungen. Affektiv besorgt, gedreückt, etwas reduzierte Schwingungsfähigkeit, Antrieb reduziert; Psychomotorik unauffällig, aktuell keine Suizidalität erkennbar.“
Keine F-Diagnose	Es wurde keine F-Diagnose vergeben. Deshalb ist kein ausführlicher psychopathologischer Befund nötig; bzw. die Bemerkung in der orientierenden Untersuchung des Arztes ist ausreichend (z.B. „psychopathologisch unauffällig“	

Qualitative Auswertungen Reha-Entlassungsberichte – Anamnese (Hütte & Muschalla, 2018)

Ausprägung	Beschreibung	Beispiel
Gar nicht	Es ist keine Anamnese vorhanden.	
Nur rudimentär	Es sind Ansätze einer Anamnese erkennbar, allerdings ist sie unvollständig und/ oder unverständlich, oder basiert nur auf dem Spontanbericht der Patientin.	„Die Patientin hat wegen Stimmungsproblemen eine psychosomatische Rehabilitation in 2013 absolviert“
Ausreichend	Die Anamnese ist verständlich und stimmig. Die wichtigsten Informationen sind notiert, aber knapp gehalten.	„Depressive Episoden sind eruierbar in 2008, 2010 und 2013. In 2013 mehrwöchiger stationärer Aufenthalt, danach beim Hausarzt medikamentöse Behandlung. Keine manischen Episoden bekannt, keine Suizidversuche.“
Sehr ausführlich	Alle für den speziellen Fall nötigen Informationen sind in der Anamnese vorhanden.	„Die Patientin berichtet von Stimmungs- und Antriebseinbrüchen seit 2008 etwa zweijährlich wiederkehrend. 2010 sei mit einem Zustand von Gefühllosigkeit und sozialem Rückzug von Kollegen und Freunden erstmals 4 Wochen lang arbeitsunfähig gewesen, ihr Hausarzt und ihr Ehemann hätten in der Zeit ständig ermutigend auf sie eingeredet und verhindert, dass sie ihren Arbeitsplatz kündigte. 2013 sei sie erneut in einen depressiven Zustand geraten und habe auf Drängen des Hausarztes hin eine psychosomatische Reha absolviert. Sie habe gelernt stimmungsunabhängig zu handeln und auf ihre Tagesstruktur zu achten. Auch habe sie in eine medikamentöse Behandlung eingewilligt. Diese werde bis heute fortgeführt und hausärztlich überwacht. Im bisherigen Verlauf gab es keine Suizidversuche, keine manischen Episoden.“
Keine F-Diagnose	Es wurde keine F-Diagnose vergeben. Deshalb ist keine ausführliche Anamnese nötig, bzw es wird eindeutig gesagt, dass die Anamnese blande ist	„Keine psychischen Erkrankungen in der Vorgeschichte bekannt“

Literatur

- AMDP (2007). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (8., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- 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.

Kontakt: Beate.muschalla@gmx.de