

Psychische Funktions- und Fähigkeits- beeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation

- Erfassung und Dokumentation
- Praxishilfe:
Antworten auf häufig gestellte Fragen
zum Thema F-Diagnosen
- Version 2021 mit Beispielen zur Fähigkeitsbefundung





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“?	6
4. Wer darf F-Diagnosen stellen?	7
5. Wie muss eine F-Diagnose begründet werden?	8
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
Anhang	27

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 Rehabilitand*innen 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 Rehabilitand*innen benannt werden, sollte bereits im ärztlichen Aufnahmegespräch eine weitere Exploration eingeleitet werden. In der Regel wird ein weiterführendes psychologisches bzw. psychotherapeutisches Einzelgespräch in die Therapieplanung eingebunden. Die Exploration kann aber 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, 2018) und der speziellen Anamnese. Strukturierte Interviews (z. B. MINI, Sheehan et al., 1994; SCID, Beesdo-Baum et al., 2019 o. ä.) sind für die notwendige klinische Differentialdiagnostik nicht notwendig. Sie erfassen lediglich verschiedene Symptomcluster. Die Symptomcluster müssen aber bewertet werden. Hierzu braucht es die klinische Expertise und entsprechend qualifizierte (approbierte) Mitarbeiter*innen in den Reha-Einrichtungen.

Zur Erfassung von Fähigkeitseinschränkungen eignet sich auch in der somatischen Rehabilitation die Mini-ICF-APP (Linden et al. 2015, 2018) Sie erfasst auf 13 Dimensionen psychische Fähigkeiten. Beispiele für eine Fähigkeitsbefundung bei psychischen Störungen in der neurologischen, kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation finden sich im Anhang.

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 die Patientin/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 einer Ärzt*in oder Psychologischen Psychotherapeut*in (Approbationsvorbehalt). Dem Facharztstandard folgend sollte die Ärzt*in über eine entsprechende psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische (Zusatz-)Weiterbildung verfügen. Grundsätzlich ist die Unterzeichnerin/der Unterzeichner des ärztlichen Entlassungsberichts für die gestellte Diagnose und die diesbezüglich durchgeführte Behandlung verantwortlich.

Falls in der somatischen Abteilung keine Expertise zur psychischen 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 die Patientin/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 (siehe 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) und Fallbeispiele im Anhang).

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 die Versicherte/der Versicherte einen entsprechenden Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Rentenanspruch stellt.

Zum Training der sozialmedizinisch orientierten Befunderhebung und -beschreibung bietet die Deutsche Rentenversicherung Bund Fortbildungen an (Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team, [Arbeits-]Fähigkeitsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen mit dem Mini-ICF-APP, siehe 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-Nackebereich 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 Wieder-einstieg 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 niedergelassenen Fachärzten oder Psychotherapeuten erfolgen¹.

11. Was sind Psychotherapeuten?

„Psychotherapeut*in“ ist eine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung. „Psychotherapeut*in“ dürfen sich nur drei Berufsgruppen nennen: Ärztliche Psychotherapeut*innen, Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.

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, Reflektion 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 einer somatischen Rehabilitation können körperliche Erkrankungen psychotherapeutisch mitbehandelt werden. Rehabilitand*innen, die in der somatischen Rehabilitation psychisch stark belastet oder krank sind, können hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in und nach der Rehabilitation beraten und hinsichtlich ihrer psychischen Fähigkeiten befundet werden (vgl. Beispiele für Fähigkeitsbefundung im Anhang). Psychotherapeutische Interventionen in der somatischen Rehabilitation haben in der Regel einen supportiven oder psychoedukativen Charakter. Bei Rehabilitand*innen, 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 Rehabilitanden aber als akut suizidal erweisen, muss eine Verlegung in eine psychiatrische Akutklinik eingeleitet werden.

Rehabilitanden 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/der ambulanten Behandler/in stattfinden und gemeinsam mit der Rehabilitandin/dem Rehabilitanden die Abstimmung erfolgen, ob während der dreiwöchigen Rehabilitation eine bestimmte Fragestellung aufgegriffen werden soll.

Weiterführende Literatur

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Herausgeber).

Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 10. korrigierte Auflage. Hogrefe. 2018.

Beesdo-Baum, K., Zaudig, M., Wittchen, H.-U.

(Herausgeber). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version. Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders – Clinician Version von Michael B. First, Janet B. W. Williams, Rhonda S. Karg, Robert L. Spitzer. Hogrefe. 2019.

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 Erkrankungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2017.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber).

Reader Psychologie. Aktuelle Informationen zur psychologischen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

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

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

Linden, M., Muschalla, B., Baron, S., & Ostholt-Corsten, M. (2018). Exploration mittels Mini-ICF-APP. Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Ein Fallbeispiel. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.

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.

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.

Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Knapp, E., Sheehan, K.H. & Sheehan, M. (1994). MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Tampa: University of South Florida. Deutsche Übersetzung: M. Ackenheil*, I.v. Denffer*, G. Stotz, R. Dietz-Bauer*, G. Schleuning**;
* Psychiatrische Klinik der Universität München
** Atriumhaus, Psychiatrisches Krisenzentrum München.

Anhang

Die folgenden Fallbeispiele entstammen dem Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Psychische Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP Somatik)“, 2021. Wir danken Frau Prof. Dr. Beate Muschalla für die Erlaubnis zur Veröffentlichung der Fallbeispiele.

Grundlage für die Fähigkeitsbefunde in den Fallbeispielen ist das Mini-ICF-APP, ein Instrument zur Beschreibung und Quantifizierung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Störungen, im Übergang von der Psychopathologie zur Teilhabe-störung. Es wurden die folgenden Fähigkeiten, auf einer 5-stufigen Ratingskala von „0“ keine Beeinträchtigung

bis „4“ vollständige Beeinträchtigung beurteilt:

- (1) Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen,
- (2) Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, (3) Flexibilität und Umstellungsfähigkeit,
- (4) Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen,
- (5) Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, (6) Durchhaltefähigkeit, (7) Selbstbehauptungsfähigkeit, (8) Kontaktfähigkeit zu Dritten, (9) Gruppenfähigkeit, (10) Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, (11) Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten, (12) Fähigkeit zur Selbstpflege, (13) Verkehrsfähigkeit.

Beispiel 1:

Fähigkeitsbefund bei Rehabilitandin mit Schlaganfall und vorbehandelter psychischer Erkrankung

Personbezogene Kontextfaktoren

59jährige Rehabilitandin; Exportsachbearbeiterin; Vorbehandlung: therapeutische Gespräche mit Neuropsychologin, GdB 60, EM-Rentantrag geplant

Symptomatik

Leitsymptom Neurologie:

I63.5 Z.n. Mediainfarkt links, Z.n. mech. Thrombektomie; F06.7 verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit

Symptomatik psychisch aktuell:

keine psychische Erkrankung, aber bestehende Konzentrationsprobleme (subjektiv berichtet und objektiv im Gespräch erkennbar), leichtes Aufmerksamkeitsdefizit, Merkfähigkeit und Gedächtnis defizitär, klagsam, defizitorientiert

Symptomatik psychisch anamnestisch:

Anpassungsstörung (lt. Pat. lag nach Einschätzung der Neuropsychologin eine depressive Episode vor)

Referenzkontext

Arbeitsplatz (Exportsachbearbeiterin)

Aktivitätsanforderungen

Als Exportsachbearbeiterin muss die Rehabilitandin folgende Aktivitätsanforderungen erfüllen:

Anpassung an Regeln und Routinen, Kündigungsschreiben erstellen, Ablaufpläne erstellen, Sachbearbeitung (Wissen über Zollbestimmungen anwenden können), Kommunikation mit Kollegen, flexibel reagieren (bspw. auf wechselnde Regeln und Zollbestimmungen angemessen reagieren können) und Entscheidungen treffen.

Fähigkeitsbefund

Die Patientin ist für ihre Tätigkeitsanforderungen in einer bedeutsamen Weise beeinträchtigt in der Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen (Schreiben in gegebener Zeit fertigstellen, Termine einhalten; Pat. würde Schreibfehler machen, wäre langsamer und bräuchte Unterstützung). Ablaufpläne könnte die Pat. zurzeit aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten nur mit Unterstützung erstellen (erhebliche Beeinträchtigung). In der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit ist die Patientin mäßig beeinträchtigt.

Sie könnte zwar bzgl. wechselnder Konstellationen, Formalitäten/Regeln und Zollbestimmungen umdenken, bräuchte jedoch mehr Zeit dafür. Bezüglich ihrer Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (Argumente abwägen und darauf basierend Entscheidung treffen) ist die Patientin aktuell aufgrund ihrer erhöhten Unsicherheit mäßig beeinträchtigt. Die Unsicherheit würde ihren Kollegen und dem Vorgesetzten auffallen. Hinsichtlich der Durchhaltefähigkeit zeigt sich eine erhebliche Beeinträchtigung: Momentan wären 1-2 Stunden aufgrund einer „Reizüberflutung“ sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen möglich (sie könne dann „nicht mal mehr Radio hören“).

In der Fähigkeit, sich selbst behaupten zu können, liegt eine mäßige Beeinträchtigung aufgrund von Wortschwierigkeiten, die ihren Kollegen auffallen, vor. In Gruppen (z.B. Meetings mit Kollegen) wäre die Pat. durch das Erleben einer Reizüberflutung schneller ermüdbar, was den Kollegen jedoch nicht auffallen würde (leichte Beeinträchtigung). Auf der Arbeit gäbe es immer wieder Veränderungen. Hierbei bräuchte die Pat. etwas mehr Zeit, um das Fachwissen „aufzufrischen“ (negative Konsequenzen gäbe es keine; leichte Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Wissensanwendung).

Prognose

Die Ärzt*innen der Reha-Einrichtung entließen die Rehabilitandin aufgrund ihres medizinisch-somatischen Status als arbeitsunfähig.

Prognostisch bzgl. der Erwerbsfähigkeit wurde der zeitliche Umfang, in dem die letzte Tätigkeit ausgeübt werden kann, sowie das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit über 6h eingeschätzt.

Auch aus psychologischer Sicht ist die Patientin aktuell arbeitsunfähig. Bzgl. des psychischen Fähigkeitsprofils der Patientin ist aus psychologischer Sicht prospektiv eine Arbeitsfähigkeit nur unter der Voraussetzung einer optimalen Behandlung (v.a. neuropsychologisches / kognitives Training zur Verbesserung der Konzentration, der Aufmerksamkeit, der Gedächtnis- und Merkfähigkeitsleistung; Sprachtraining; ggf. psychotherapeutische Gespräche zur Erlernung von Strategien für den Umgang mit der Unsicherheit und den Beeinträchtigungen aufgrund des Schlaganfalls, der Förderung von Lebensstiländerungen und der Förderung des Selbstwirksamkeitserlebens und des Selbstwerts) wieder zu erwarten. Die Arbeitsfähigkeit der Rehabilitandin gilt es demnach spätestens nach 6 Monaten erneut zu prüfen.

Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung oder zur sonstigen Teilhabeförderung

Nach erfolgreicher Durchführung der genannten Behandlung und erneuter Prüfung der Arbeitsfähigkeit ist eine stufenweise Wiedereingliederung empfehlenswert.

Beispiel 2:

Fähigkeitsbefund bei Rehabilitand mit chronischen Schmerzen und vorbehandelter psychischer Erkrankung

Personbezogene Kontextfaktoren **63-jähriger Rehabilitand; Objektleiter Gebäudereinigung; Vorbehandlung bei leichter depressiver Episode; GdB geplant oder beantragt**

Symptomatik

Leitsymptom Orthopädie:
M54.4 Lumboischialgie bds.

Symptomatik psychisch aktuell:

subjektive Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisprobleme, Tinnitus, schnelle Erschöpfbarkeit, kann sich gedanklich schwer von der Arbeit distanzieren

Symptomatik psychisch anamnestisch:

depressive Episode vor 3-4 Jahren (regelmäßige supportive Gespräche und Einnahme eines Antidepressivums)

Referenzkontext

Arbeitsplatz (Objektleiter Gebäudereinigung)

Aktivitätsanforderungen

Als Objektleiter im Bereich Gebäudereinigung muss der Rehabilitand viel Auto fahren und vor Ort die Reinigungsqualität seiner insgesamt 50 Mitarbeiter*innen kontrollieren. Weiterhin hat er stets Kunden- und Personalkontakt. Neben den Tätigkeiten vor Ort arbeitet der Rehabilitand im Büro (z.B. Einsätze der Teams planen).

Der Rehabilitand muss viel organisieren und strukturieren, ggf. vor Ort einspringen sowie Verantwortung übernehmen und Entscheidungen (bspw. Personalentscheidungen) treffen. Er muss sich an Regeln und Routinen halten und sich behaupten können.

Fähigkeitsbefund

Der Rehabilitand ist in einigen Fähigkeitsbereichen für seine Tätigkeit als Objektleiter im Bereich Gebäudereinigung leicht bis mittelgradig beeinträchtigt. Er hat leichte Schwierigkeiten in der Anpassung an Regeln und Routinen (durch Konzentrations- und Gedächtnisprobleme fällt es ihm schwerer, die Übersicht zu behalten und sich in die Arbeitsroutinen einzufügen) und in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (er muss oft flexibel für Mitarbeiter einspringen, hat jedoch Angst, dies nicht zu können und fühlt sich unsicher). Zudem ist die Durchhaltefähigkeit durch eine schnellere Erschöpfbarkeit mäßig beeinträchtigt. Während der Arbeitszeit kam es bspw. vor, dass er zwischendurch einschlieft.

Prognose

Die Ärzt*innen der Reha-Einrichtung entließen den Rehabilitanden aufgrund des medizinisch-somatischen Status arbeitsfähig. Auch hinsichtlich seines psychischen Fähigkeitsprofils ist der Rehabilitand arbeitsfähig. Eine Unterstützung des Rehabilitanden bzgl. seiner Durchhaltefähigkeit (z.B. durch ein Konzentrations- und Stressbewältigungstraining) und des Umgangs mit Insuffizienzgefühlen und Unsicherheiten z.B. im Rahmen der regelmäßig stattfindenden supportiven Gespräche ist ratsam.

Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung oder zur sonstigen Teilhabeförderung

Eine stufenweise Wiedereingliederung ist nicht geplant. Der Rehabilitand kann direkt an seinen Arbeitsplatz zurückkehren.

Beispiel 3:

Fähigkeitsbefund bei Rehabilitand mit chronischen Schmerzen ohne vorbehandelter psychischer Erkrankung, aber mit aktuellen psychischen Beschwerden

Personbezogene Kontextfaktoren

**49-jähriger Rehabilitand; Sachbearbeiter für
Wartungsarbeiten; keine Vorbehandlung**

Symptomatik

Leitsymptom Orthopädie:

M19.91 Omarthrose links

Symptomatik psychisch aktuell:

zugewandt, nachdenklich, zurückgezogen wirkend: im Gespräch werden starke Insuffizienzgefühle deutlich, die zu sozialer Isolation führen (Angst, nicht mithalten zu können, zu versagen, sich zu blamieren), im Affekt gedrückt u. wenig schwingungsfähig, depressiv anmutend, Antrieb reduziert; Rehabilitand erwähnt von der Tagesform abhängige, teils massive Konzentrationsstörungen, keine Suizidalität
Diagnose: ICD-10 F32.1 mittelgradige depressive Episode

Symptomatik psychisch anamnestisch:

keine

Referenzkontext

Arbeitsplatz (Sachbearbeiter im öffentlichen Dienst)

Aktivitätsanforderungen

Als Sachbearbeiter im öffentlichen Dienst muss der Rehabilitand sich an Regeln und Routinen halten und die Verträge für Objekte prüfen. Der Rehabilitand ist verantwortlich dafür, die Wartungstermine zu kontrollieren und zu prüfen, ob diese eingehalten wurden.

Außerdem kümmert er sich selbstständig um Abrechnungen, wofür die Strukturierungs- und Planungsfähigkeit wichtig ist. Er muss zudem Korrespondenzen führen (z.B. mit Klienten, Mitarbeiter*innen etc.), seine fachlichen Kompetenzen anwenden, um richtige Entscheidungen (z.B. weiterer Verlauf) zu treffen, und mit anderen Kollegen zusammenarbeiten können.

Fähigkeitsbefund

Der Rehabilitand ist in einigen Fähigkeitsbereichen für seine Tätigkeit als Sachbearbeiter im öffentlichen Dienst leicht bis erheblich beeinträchtigt. Der Rehabilitand ist hinsichtlich der Anpassung an Regeln und Routinen schwer beeinträchtigt. Er verliert den Überblick über Termine und benötigt diesbezüglich Unterstützung. Auch bzgl. seiner Strukturierungs- und Planungsfähigkeit weist der Rehabilitand erhebliche Beeinträchtigungen auf. Im Privaten übernimmt seine Frau die Strukturierung für ihn. In der Anwendung fachlicher Kompetenzen ist der Rehabilitand mäßig beeinträchtigt: Er muss nachschlagen und kann seine Kompetenzen nicht ad hoc anwenden. Auch bzgl. der Kontaktfähigkeit liegt aktuell eine mäßige Beeinträchtigung vor: Der Rehabilitand empfindet diese eher schwierig, lebt aktuell eher isoliert und hat Angst, sich vor Anderen zu blamieren. Das Arbeiten im Team ist an seinem Arbeitsplatz notwendig, für ihn jedoch mit Schwierigkeiten verbunden (mäßige Beeinträchtigung).

Prognose

Die Ärzt*innen der Reha-Einrichtung entließen den Rehabilitanden aufgrund des medizinisch-somatischen Status arbeitsfähig. Hinsichtlich seines psychischen Fähigkeitsprofils ist der Rehabilitand aktuell (kurzfristig) arbeitsunfähig. Eine optimale Behandlung (u.a. hausärztliche supportive oder auch psychotherapeutische Gespräche, die Problemlösetraining, Selbstinstruktionstraining, Erlernen von Strategien zum Umgang mit Ängsten und Schmerzen, kognitives Training, Aktivitätenaufbau, soziales Kompetenztraining beinhalten) wird empfohlen, um einen Rückgang der Symptomatik und eine Verbesserung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Strukturierungs- und Planungsfähigkeit, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Kontaktfähigkeit und Gruppenfähigkeit zu fördern. Daran anknüpfend ist eine Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht prospektiv innerhalb der nächsten 2 Monate wieder zu erwarten

Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung oder zur sonstigen Teilhabeförderung

Eine stufenweise Wiedereingliederung erscheint hilfreich, um ein schrittweises Gewöhnen an die Arbeitsanforderungen und das Anwenden von Strategien zur Problembewältigung zu fördern.

Beispiel 4:

Fähigkeitsbefund bei Rehabilitandin mit Multipler Sklerose, und vorbehandelter psychischer Erkrankung

Personbezogene Kontextfaktoren

34-jährige Rehabilitandin, gelernte Hotelfachfrau, aktuell stellvertretende Marktleiterin im Einzelhandel, medikamentöse Vorbehandlung (wegen Depression)

Symptomatik

Leitsymptom Neurologie:

G35.9 schubförmige multiple Sklerose, ED vor 2 Jahren; G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom; F06.7 kognitive Defizite; R25.2 Spastik und Schmerzen der Beine links > rechts (Beschwerden im linken Bein: Schwäche, Schmerzen nach viel Laufen); Schmerzen nach viel Laufen; Gefühl, vergesslicher geworden zu sein, schneller Faden zu verlieren, Konzentration etwas beeinträchtigt.

Symptomatik psychisch aktuell:

rezidivierende depressive Störung F33.1 (V.a.), laut Entlassungsbericht: F06.7 kognitive Defizite

Symptomatik psychisch anamnestisch:

Depression

Referenzkontext

Arbeitsplatz (stellvertretende Marktleiterin im Einzelhandel, in Vollzeit).

Aktivitätsanforderungen

Die Tätigkeit als stellvertretende Marktleitung im Einzelhandel erfordert schnelles, lösungsorientiertes (Um)Denken und ein hohes Maß an Engagement. Die Rehabilitandin muss in der Lage sein, sich durchzusetzen bzw. selbst zu behaupten, Mitarbeiter*innen zu motivieren und die Bereitschaft haben, Verantwortung zu übernehmen.

Sie benötigt Führungsqualitäten/Teamfähigkeit, Verhandlungsgeschick (z.B. im Umgang mit Lieferant*innen) bzw. wirtschaftliches Denken und muss stets zuverlässig arbeiten. Die Tätigkeit als (stellvertretende) Marktleitung erfordert von der Rehabilitandin die Fähigkeit zum Multitasking. Vom zeitlichen Aufwand ist Flexibilität gefragt, geregelte Arbeitszeiten gibt es selten. Ein freundliches Auftreten gehört ebenso zur beruflichen Rolle. Die Rehabilitandin beschreibt eine hohe psychische Belastbarkeit, die für diese Tätigkeit vonnöten ist.

Fähigkeitsbefund

Die Rehabilitandin ist sich aufgrund noch bestehendem arbeitsbezogenen Insuffizienzerlebens nach remittierter depressiver Episode aktuell nicht sicher, ob sie die Routineabläufe in ihrer beruflichen Tätigkeit im Einzelhandel (Supermarkt) aktuell einhalten könnte (leichte Beeinträchtigung). Für Planungen und Strukturierungen (Bestellungen veranlassen, Dienstpläne/Urlaubspläne einteilen ...) bräuchte sie Unterstützung von Kolleg*innen/Marktleitung (erhebliche Ausprägung).

Sich kurzfristig umzustellen, flexibel zu reagieren fällt ihr schwer, was vermutlich auch anderen (Kolleg*innen, Kund*innen) auffallen würde (mäßige Beeinträchtigung).

Um notwendige Entscheidungen zu treffen, was ihre Tätigkeit als stellvertretende Marktleitung in hohem Maß erfordert, bräuchte sie im Moment Unterstützung (erhebliche Beeinträchtigung). Generell einen normalen Arbeitstag durchzuhalten, kann sich die Rehabilitandin in ihrer jetzigen Konstitution nicht vorstellen (vollständige Beeinträchtigung).

Sie beschreibt Ängste, wenn sie an den Arbeitsplatz denkt oder sich örtlich diesem nähert. Die Rehabilitandin steht sehr unter Druck, signalisiert Überforderung, der Verantwortung nicht gewachsen zu sein und zeigt kognitive Defizite (Gedankenabreißen) im Gespräch. Sie bestätigt Konzentrationsschwierigkeiten.

Prognose

Die Rehabilitandin wurde von den Ärzt*innen der Reha-Einrichtung aufgrund ihres medizinisch-somatischen Status als arbeitsunfähig entlassen. Prognostisch für die Erwerbsfähigkeit wurde der zeitliche Umfang, in dem die letzte Tätigkeit ausgeübt werden kann, sowie das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit über 6h eingeschätzt. Aus psychischer Sicht erscheint die Rehabilitandin wiedereingliederungsfähig. Eine zeitnahe aktive Weiterbehandlung der arbeitsbezogenen Ängste, ggf. auch im hausärztlichen Setting (mittels kontinuierlichem supportiven Thematisieren der Arbeitsbewältigung, begleitend zur Wiedereingliederung mittels BEM unter zunächst reduziertem Aufgaben- und Verantwortungsumfang) erscheint dringend indiziert.

Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung sollte der Aufbau von Bewältigungsstrategien und Korrektur der eigenen Leistungsfähigkeit (swahrnehmung) im Mittelpunkt stehen.

Die Rehabilitandin sollte die selbstwertdienliche Funktion der Leistung erkennen, ihr rigides Über-Ich lockern lernen und durch korrigierende Erfahrungen mehr im Sinne der Selbstfürsorge handeln und leben lernen.

Die kognitiven Defizite könnten mithilfe eines Gedächtnistrainings begleitend behandelt werden. Unter Voraussetzung der Umsetzung angebotener aktiver Wiedereingliederungsmaßnahmen, zu deren Umsetzung die Rehabilitandin auch bereit erscheint, ist von einer Remission der noch nicht lang bestehenden arbeitsbezogenen Angstsymptomatik auszugehen.

Die sehr leistungsstarke und motivierte junge Rehabilitandin hat bei Überwindung ihrer arbeitsbezogenen Ängste gute Aussichten auf eine zeitnahe erfolgreiche Rückkehr in ihr berufliches Tätigkeitsfeld.

Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung oder zur sonstigen Teilhabeförderung

Die Rehabilitandin ist neben den psychischen Anforderungen auch körperlich in ihrer aktuellen Tätigkeit stark gefordert und zum Teil noch subjektiv überfordert. Zunächst wäre ein Wiedereingliederungsversuch indiziert. Hierbei sollte eine Stundenbegrenzung und zunächst stufenweise Wiedereingliederung geplant werden. Im weiteren mittelfristigen Verlauf, abhängig von der Progredienz der MS-Erkrankung, wäre ggf. eine berufliche Anpassungsmaßnahme (LTA) überlegungswürdig.

Beispiel 5:

Fähigkeitsbefund bei Rehabilitandin mit Multipler Sklerose ohne vorbehandelte psychische Erkrankung, aber mit aktuellen psychischen Beschwerden

Personbezogene Kontextfaktoren

56-jährige Rehabilitandin, keine psychotherapeutische Vorbehandlung, Erzieherin

Symptomatik

Leitsymptom Neurologie:

G35.9 Multiple Sklerose vom vorherrschend schubförmigen Verlauf, EDSS 3,0 (Expanded Disability Status Scale gibt über den Grad der Behinderung von Menschen mit Multipler Sklerose Auskunft, EDSS-Werte von 0 bis 10), ED vor 4 Jahren

Symptomatik psychisch aktuell:

freundlich, offen, etwas nervös, mitteilsam, ängstlich, im Affekt schwingungsfähig, Reizempfindlichkeit wird beschrieben, Konzentration teilweise beeinträchtigt, wirkt abhängig von ihrem Mann bzw. Fremdhilfe, unsicher, Rehabilitandin traut sich Tätigkeit als Erzieherin (in ihrer Einrichtung) nicht länger zu, multiple körperliche Beschwerden und psychische Beeinträchtigungen, Wunsch nach EM-Rente, keine Suizidalität, Antrieb scheint etwas reduziert
Diagnose: rez. depr. Episode (V.a. F33.1), Agoraphobie (F40.01), Generalisierte Angststörung (F41.1)

Symptomatik psychisch anamnestisch:

Laut Entlassungsbericht als Vordiagnose: Angst und Depression, gemischt (F41.2)

Referenzkontext

Arbeitsplatz (Tätigkeit als Erzieherin in einer Kita, in Teilzeit)

Aktivitätsanforderungen

Die Tätigkeit als Erzieherin in der Kita erfordert die Fähigkeit, spontan und flexibel zu reagieren, adäquat auf unvorhergesehene Ereignisse (Glas kippt um, Kind fällt hin...) reagieren zu können. Ferner muss die Rehabilitandin den vielen Reizen psychisch Stand halten, sich durchsetzen können, geduldig sein können und individuell auf die kindlichen Bedürfnisse jedes Einzelnen eingehen können. Es müssen Kontakte zu den Eltern der Kinder hergestellt werden, und i.d.R. ist auch eine Teamfähigkeit vonnöten, um sich mit den anderen Erzieher*innen abstimmen, austauschen und unterstützen zu können. Der Beruf erfordert von der Rehabilitandin eine hohe emotionale (und zum gewissen Grad auch körperliche) Ausdauerfähigkeit, die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme (auch Vorbildfunktion), Empathie und Durchsetzungsfähigkeit.

Fähigkeitsbefund

Für das Einhalten von Regeln und Routineabläufen in der Kita sowie für das Planen und Strukturieren von Aufgaben bräuchte die Rehabilitandin aktuell Unterstützung durch Kolleg*innen (erhebliche Beeinträchtigung). Sie traut sich diese Abläufe nicht mehr allein zu. Die Flexibilität, die die Arbeit mit kleinen Kindern erfordert, ist bei der Rehabilitandin ebenfalls beeinträchtigt. Es würde ihr schwerfallen, flexibel umzudenken und zu reagieren. Sie erwähnt in diesem Zusammenhang leichte Konzentrationsprobleme und eine ausgeprägte Reizempfindlichkeit (mäßige Beeinträchtigung). Die größten Schwierigkeiten habe die Rehabilitandin aktuell einerseits in der Durchhaltefähigkeit – einen normalen Arbeitstag, so wie sie ihn gewohnt ist, könnte sie selbst mit Unterstützung nicht durchhalten (vollständige Beeinträchtigung) – und gleichzeitig in der Fähigkeit, sich selbst zu behaupten. Sie ist unsicher und ängstlich.

Ihre Meinung vor anderen (z.B. Kolleg*innen) zu vertreten, ist ihr kaum möglich (vollständige Beeinträchtigung). In der Mobilität und Verkehrsfähigkeit ist die Rehabilitandin ebenfalls beeinträchtigt: Sie verlässt nur selten ohne Begleitung (i.d.R. ihr Ehemann) das Haus, hat Angst, zu stürzen (erhebliche Beeinträchtigung). Generell seien nur kurze Wege möglich (auch aufgrund ihrer körperlichen Schwierigkeiten).

Prognose

Die Rehabilitandin wurde durch die Ärzt*innen der Reha-Einrichtung aufgrund ihres medizinisch-somatischen Status als arbeitsunfähig entlassen. Auch aus psychischer Sicht ist die Rehabilitandin aktuell aufgrund der beschriebenen Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei durchgängig sehr hohen Flexibilitäts- und Interaktionsanforderungen arbeitsunfähig. Es sollten zeitnah psychotherapeutische Maßnahmen eingeleitet werden, um die multiplen Ängste zu bearbeiten, die Vermeidungstendenzen zu überwinden und neue korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen, die eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (Alltag und berufl. Beschäftigung) wieder zulassen. In der Weiterbehandlung ist es ein wichtiges Ziel, die Rehabilitandin in der Krankheitsbewältigung der chronischen Erkrankung zu stützen und ein möglichst autonomes, selbstbestimmtes Leben zu erhalten bzw. wiederzuerlangen.

Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung oder zur sonstigen Teilhabeförderung

Da die Rehabilitandin bereits länger als 6 Monate nicht am Arbeitsleben teilgenommen hat und insbesondere aufgrund der chronischen neurologischen Symptomatik mit Beeinträchtigungen in der körperlichen und psychischen Flexibilität, Kraft und Beweglichkeit, erscheint eine berufliche Anpassung indiziert.

Die Rückkehr in den Erzieherberuf ist aufgrund der o.g. Beeinträchtigungen zum jetzigen Zustand nicht in Vollzeitätigkeit zu empfehlen. Eine Tätigkeit mit reduziertem Stundenumfang, mit geringerem körperlichem Anspruch ist jedoch perspektivisch denkbar. Den Wunsch der Rehabilitandin nach EM-Berentung gilt es ebenfalls abzuwägen, möglicherweise eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in Betracht zu ziehen: Sie kann den Verbleib der Rehabilitandin in ihrer Tätigkeit und damit die soziale Teilhabe sichern, bei gleichzeitiger Entlastung hinsichtlich des quantitativen Umfangs.

Beispiel 6:

Fähigkeitsbefund bei Rehabilitanden mit chronischer kardiologischer und vorbehandelter psychischer Erkrankung

Personbezogene Kontextfaktoren

37-jähriger Kranken- und Intensivpfleger (derzeit arbeitssuchend), mit Partnerin und Kind zusammenlebend, kein GdB

Symptomatik

Leitsymptom Kardiologie:

I48.0 PVI (Herzkathetereingriff) bei rezidiv paroxysmalem Vorhofflimmern, ED vor anderthalb Jahren

Symptomatik psychisch aktuell:

klagsam und ängstlich (traue sich nicht mehr, weiter weg von Ärzt*innen zu fahren aus Angst, es könnte etwas passieren), Leiden zum Ausdruck bringend, beschreibt multiple körperliche Beschwerden, Tinnitus, Schwindel und Migräne in stressauslösenden Situationen, scheint sich in seinem Leid nicht ausreichend gesehen zu fühlen, von Ärzten enttäuscht, nicht hoffnungslos, aber etwas resigniert und frustriert wirkend, Zusammenhang mit Psyche denkbar (aber eher als Folge der körperl. Symptomatik), aggressionsgehemmt, soziale Rückzugstendenzen, Antrieb reduziert, Ängste reduzieren zunehmend Handlungsspielraum und mindern Lebensqualität, Mangel an Krankheitseinsicht (die Psyche betreffend), Diagnose: F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung

Symptomatik psychische anamnestisch:

F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung, depressive Episode; Tagesklinischer Aufenthalt vor ca. 4 Jahren, ambulante psychosomatische Reha

Referenzkontext	Letzter Arbeitsplatz (Kranken- und Intensivpfleger)
Aktivitätsanforderungen	Die Arbeit als Kranken- und Intensivpfleger erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und Durchhaltefähigkeit. Der Rehabilitand muss zudem in der Lage sein, Anweisungen exakt umzusetzen und sich in die Organisationsabläufe einzufügen. Auch die Fähigkeiten, angemessen mit den Kolleg*innen und Patient*innen zu kommunizieren und im Team zu agieren, ist an dem Arbeitsplatz erforderlich.
Fähigkeitsbefund	Im Privaten hat der Rehabilitand Schwierigkeiten, Spontanaktivitäten auszuführen und proaktiv zu sein, da er sich aufgrund seiner gesundheitlichen Probleme weniger traue, Dinge in der Freizeit zu unternehmen (u.a. aus Angst, dass etwas passieren könnte und Ärzte dann nicht in der Nähe wären). Auf der Arbeit fällt es ihm durch den Schwindel schwer, Termine einzuhalten und sich in vorgegebene Organisationsabläufe einzufügen. Die Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anzupassen, ist demnach mäßig beeinträchtigt. Er fühlt sich zudem überfordert, einen ganzen Arbeitstag durchzuhalten (u.a. aufgrund einer empfundenen Reizüberflutung, die häufig mit Migräne, Schwindel und Tinnitus einhergeht). Er bräuchte mehr Pausen und müsste dann von Kollegen unterstützt werden. Die Durchhaltefähigkeit ist aktuell somit erheblich eingeschränkt. Bzgl. der Kontaktfähigkeit liegt keine Einschränkung vor.
Prognose	Der Rehabilitand wurde von den Ärzt*innen der Reha-Einrichtung aufgrund des medizinisch-sozialen Status als arbeitsunfähig entlassen.

Der zeitliche Umfang, in dem die letzte Tätigkeit ausgeübt werden kann, sowie das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurden mit über 6h eingeschätzt. Eine Psychotherapie wurde empfohlen. Hierbei könnte neben störungsbezogenen Interventionen ein Fokus auf Strategien zur Verbesserung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen und Durchhaltefähigkeit hilfreich sein (z.B. Entspannungsverfahren, Stressbewältigungstraining, Akzeptanz- und Commitment-Ansätze). Unter Voraussetzung einer Aufnahme einer Psychotherapie ist prospektiv aus psychischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit des Patienten wieder zu erwarten.

Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung oder zur sonstigen Teilhabeförderung

Mithilfe der empfohlenen psychotherapeutischen Behandlung ist mit einer Wiederaufnahme einer Tätigkeit innerhalb der nächsten 6 Monate zu rechnen. Die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung ist aufgrund des Status der Arbeitslosigkeit nicht gegeben.

Beispiel 7:

Fähigkeitsbefund bei Rehabilitand mit Knie-TEP, Zustand nach Operation und vorbehandelter psychischer Erkrankung

Personbezogene Kontextfaktoren	57-jähriger Rehabilitand; Bauhelfer und Fliesenleger (seit 60 Monaten arbeitslos); Vorbehandlung (ambulante Psychotherapie aufgrund von Depression); GdB 40
Symptomatik	<p>Leitsymptom Orthopädie: M17.1 Zementierte bikondyläre Knie-TEP li. bei Gonarthrose</p> <p>Symptomatik psychisch aktuell: im Kontakt freundlich, im Denken verlangsamt wirkend, antriebsarm, Stimmung stark gedrückt F33.1 rezidivierende depressive Episode, derzeitig mittelgradig</p> <p>Symptomatik psychisch anamnestisch: depressive Episoden vor 27, 22 und 5 Jahren</p>
Referenzkontext	Letzter Arbeitsplatz (Bauhelfer und Fliesenleger)
Aktivitätsanforderungen	Als Bauhelfer und Fliesenleger muss der Rehabilitand vorwiegend körperliche Arbeit leisten. Er muss sich zudem an Regeln und Routinen des Arbeitsplatzes halten, Termine planen und seine Arbeit vor Ort strukturieren. Er muss seine fachlichen Kompetenzen sicher anwenden und auch ggf. Entscheidungen vor Ort treffen, um weiterarbeiten zu können. Er muss außerdem einen ganzen Arbeitstag körperlich und psychisch durchhalten (bspw. beim Bauen/Fliesenlegen die Konzentration aufrechterhalten) und ggf. mit Kund*innen Gespräche führen. Der Rehabilitand muss zudem in der Lage sein, mit Kollegen zusammenzuarbeiten. Um zu den Baustellen fahren zu können, muss er verkehrsfähig sein.

Fähigkeitsbefund	Der Rehabilitand ist in den meisten Bereichen, die für seine Tätigkeit als Bauhelfer und Fliesenleger relevant sind, leicht bis mäßig beeinträchtigt. Der Rehabilitand ist mittelgradig beeinträchtigt in der Anpassung an Regeln und Routinen (er vergisst bspw. Termine), der Planungs- und Strukturierungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit (bräuchte mehr Pausen aufgrund von Schmerzen und erhöhter Erschöpfbarkeit) und in der Anwendung fachlicher Kompetenzen (aufgrund der langen Arbeitslosigkeit habe er viel vergessen). Zudem ist der Rehabilitand leicht beeinträchtigt in der Entscheidungsfähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit (tendenziell eher konfliktvermeidend) sowie in der Kontaktfähigkeit (Unterhaltung fällt ihm schwer). Der Rehabilitand ist schwer beeinträchtigt in seiner körperlichen Verkehrsfähigkeit (ist aktuell auf Gehhilfen angewiesen).
Prognose	Die Ärzt*innen der Reha-Einrichtung entließen den Rehabilitanden aufgrund seines medizinisch-somatischen Status als arbeitsunfähig. Der zeitliche Umfang, in dem die letzte Tätigkeit ausgeübt werden kann, wurde mit unter 3h bewertet. Das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde mit über 6h eingeschätzt. Eine Psychotherapie wurde empfohlen. In Zusammenschau der körperlichen und psychischen Befunde ist der Rehabilitand bzgl. seiner letzten Tätigkeit arbeitsunfähig. Hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes ist aus psychischer Sicht prospektiv unter Voraussetzung der erneuten Remission der Depression und einer weiterführenden Phasenprophylaxe eine Arbeitsfähigkeit wieder zu erwarten.
Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung oder zur sonstigen Teilhabeförderung	Aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen ist die letzte Tätigkeit nicht mehr ausführbar. Ein Arbeitsplatzwechsel wäre vonnöten, ggf. in ein Feld, in dem der Rehabilitand anleitend / supervisorisch für andere Handwerker tätig werden könnte.

Beispiel 8:

Fähigkeitsbefund bei Rehabilitandin mit Zustand nach Operation ohne vorbehandelte psychischer Erkrankung, aber mit aktuellen psychischen Beschwerden

Personbezogene Kontextfaktoren **59-jährige Rehabilitandin; Verkäuferin; keine Vorbehandlung; GdB geplant oder beantragt**

Symptomatik

Leitsymptom Orthopädie:

S86.0 Hypomobilität nach Ablösung Achillessehne, Osteotomie, Reinsertion Achilles nach Partialruptur re.

Symptomatik psychisch aktuell:

offen und freundlich im Kontakt, arbeitsplatzbezogene Ängste, starkes Herzklopfen und Schwitzen bei dem Gedanken an ihren Arbeitsplatz oder örtlicher Annäherung, Schwierigkeiten beim Abgrenzen und „Nein“-Sagen, keine weiteren psychischen Auffälligkeiten

Symptomatik psychisch anamnestisch:

keine

Referenzkontext

Arbeitsplatz (Verkäuferin bei einem Lebensmitteldiscounter)

Aktivitätsanforderungen

Als Verkäuferin bei einem Lebensmitteldiscounter muss die Rehabilitandin eine bestimmte Anzahl an Artikeln in einer vorgegebenen Zeit einscannen (ca. 30 Stück pro Minute), kassieren und bei Rückfragen der Kund*innen zur Verfügung stehen. Sie muss körperlich schwer heben können und Ware einräumen und sortieren. Sie muss in der Lage sein, sich an Regeln und Routinen anzupassen, Kontakt zu Kund*innen aufzunehmen und freundlich zu sein, flexibel zu sein (z.B. häufiges Einspringen für Kolleg*innen) und auch bei Zeitdruck und vielen Kund*innen kognitiv und körperlich durchzuhalten. Außerdem muss die

Rehabilitandin sich selbst behaupten können (z.B. vor anderen Kolleg*innen und Kund*innen).

Fähigkeitsbefund

Die Rehabilitandin ist in einigen für ihre Tätigkeit als Verkäuferin notwendigen Fähigkeiten leicht beeinträchtigt. Sie hat aufgrund der arbeitsplatzbezogenen Ängste leichte Schwierigkeiten, sich an Regeln und Routinen anzupassen. Bzgl. der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit weist sie ebenfalls eine leichte Beeinträchtigung auf. Sie kann zwar schnell reagieren und einspringen, wenn Kolleg*innen kurzfristig ausfallen, überfordert sich dann aber schnell und fühlt sich aber nicht gut dabei. Sie könnte aktuell einen Arbeitstag durchhalten, ist jedoch etwas schneller erschöpfbar. Sie hat leichte Schwierigkeiten darin, sich anderen gegenüber selbst zu behaupten (leichte Probleme, „Nein“ zu sagen und sich durchzusetzen).

Prognose

Die Ärzt*innen der Reha-Einrichtung entließen die Rehabilitandin aufgrund ihres medizinisch-somatischen Status als arbeitsfähig. Der zeitliche Umfang, in dem die letzte Tätigkeit ausgeübt werden kann, wurde mit 3-6h bewertet. Das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde mit über 6h eingeschätzt. Aus psychischer Sicht ist die Arbeitsfähigkeit gegeben und auch für zukünftig zu erwarten. Den arbeitsplatzbezogenen Ängsten sollte weiterhin im ambulanten weiterbehandelnden Setting supportiv und bewältigungsorientiert konfrontativ begegnet werden, um eine Verschlimmerung und Chronifizierung der Ängste durch Vermeidung zu verhindern.

Möglichkeiten
zur beruflichen
Eingliederung
oder zur sonstigen
Teilhabeförderung

Eine stufenweise Wiedereingliederung ist ratsam, um der Rehabilitandin die Möglichkeit zu geben, erlernte Strategien zum Umgang mit den arbeitsplatzbezogenen Ängsten am Arbeitsplatz zu üben. In jedem Fall sollte direkt im Anschluss an die stationäre Rehabilitation der Wiederantritt der Arbeit erfolgen, um einer negativen Verstärkung der arbeitsbezogenen Ängste durch ggf. noch länger andauernder Abwesenheit vom Arbeitsplatz entgegenzuwirken.

Beispiel 9:

Fähigkeitsbefund bei Rehabilitandin mit akuter kardiologischer und vorbehandelter psychischer Erkrankung

Personbezogene Kontextfaktoren

59-jährige Verkäuferin im Einzelhandel, arbeitslos, alleinlebend, keine Partnerschaft, EM-Rentantrag geplant, kein GdB

Symptomatik

Leitsymptom Kardiologie:

I21.9 Vorderwandinfarkt (STEMI), PCI/2DES in den RIVA bei I25.11 Koronare 1G-KHK eingeschränkte LVEF, STR der Kinetik apikal, anteroseptal, medioapikal, inferior-apikal

Symptomatik psychisch aktuell:

freundlich, offen, zugewandt, Rehabilitand*in wirkt nachvollziehbar belastet, besorgt, etwas ängstlich (Stressoren: Scheidung, Hartz IV, Herzinfarkt), sucht nach Umzug wieder nach Psychotherapeuten, keine Suizidalität, Antrieb ausreichend, mnestiche Funktionen intakt, Diagnose: F33.4 Rezidivierende depressive Störung, aktuell weitgehend remittiert, Tinnitus

Symptomatik psychisch anamnestisch:

Rezidivierende depressive Störung; ambulante Psychotherapie in der Vergangenheit

Referenzkontext

Letzter Arbeitsplatz (Verkäuferin im Einzelhandel)

Aktivitätsanforderungen

Als Verkäuferin im Einzelhandel muss die Rehabilitandin in der Lage sein, Anweisungen umzusetzen und sich in die Organisationsabläufe einzufügen. Auch die Fähigkeiten angemessen mit den Kund*innen zu kommunizieren und im Team zu agieren, ist an ihrem Arbeitsplatz erforderlich. Da häufig unvorhergesehene Situationen eintreten können (z.B. Glas fällt herunter, Kund*innen

beschweren sich, Kund*innen möchten Artikel retournieren), verlangt der Arbeitsplatz der Rehabilitandin ein hohes Maß an Flexibilität. Als Verkäuferin muss sie zudem in der Lage sein, während des Arbeitstages ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechtzuerhalten (z.B. beim Kassieren).

Fähigkeitsbefund

In ihrer Flexibilität ist die Rehabilitandin erheblich beeinträchtigt. Sie könnte sich aktuell nicht ausreichend konzentrieren und müsste im Falle des Auftretens einer unvorhergesehenen Situation andere Kolleg*innen um Hilfe bitten. Auch Entscheidungen fallen ihr generell schwer, weshalb sie häufig andere Personen fragt. Eine erhebliche Beeinträchtigung liegt auch im Bereich der Wissensanwendung vor. Aufgrund der langen Arbeitslosigkeit (37 Monate) bräuchte sie Unterstützung, bspw. bzgl. neuer Kassensysteme.

Aktuell besteht zudem eine erhebliche Beeinträchtigung darin, während des Arbeitstages ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechtzuerhalten (u.a. aufgrund eines Tinnitus). Sie bräuchte mehr Pausen und würde keinen ganzen Arbeitstag durchhalten können, weshalb ihre Kolleg*innen sie vertreten müssten. In den anderen Fähigkeitsbereichen, die für das Berufsfeld relevant sind, bestehen keine bedeutsamen Beeinträchtigungen.

Prognose

Die Ärzt*innen der Reha-Einrichtung entließen die Rehabilitandin aufgrund ihres medizinisch-somatischen Status als arbeitsunfähig. Eine Psychotherapie wurde empfohlen. Der zeitliche Umfang, in dem die letzte Tätigkeit ausgeübt werden kann, sowie das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurden mit über 6h eingeschätzt. Unter der Voraussetzung der Aufnahme einer Psychotherapie mit einem Fokus auf der Symptombehandlung (v.a. Tinnitus, Ängstlichkeit, Rückfallprophylaxe

bzgl. depressiver Episoden) und Verbesserung der Beeinträchtigungen in den Bereichen der Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Wissensanwendung der Rehabilitandin ist aus psychischer Sicht prospektiv eine Arbeitsfähigkeit wieder zu erwarten. Eine erneute Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht sollte dementsprechend vorgenommen werden.

Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung oder zur sonstigen Teilhabeförderung

Die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung ist aufgrund des Status der Arbeitslosigkeit der Rehabilitandin nicht gegeben.



Deutsche
Rentenversicherung