

Modul 2a

Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

→ Curriculum
„Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
im Reha-Team“ - Version 2022



Deutsche
Rentenversicherung

Bund



Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“

Module

Modul 1: „Sozialmedizinische Grundlagen“

Modul 2a: „Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2b: „Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2c: „Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2d: „Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2e: „Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2f: „Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2g: „Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“

Modul 3: „Sozialmedizin im Reha-Team“

Aktualisierung 2020/2022: Ulrike Worringen
Deutsche Rentenversicherung Bund

Autoren 2015: Antje Hoppe, Claus Derra, Ulrike Worringen
Deutsche Rentenversicherung Bund

Redaktion: Ulrike Worringen, Antje Hoppe, Jana Oehme
Deutsche Rentenversicherung Bund

Modul 2a: „Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2A „PSYCHOLOGISCHE BEITRÄGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“	9
SEMINAREINHEIT 1	11
SEMINAREINHEIT 2	52
ANHANG: SOZIALMEDIZINISCHE ASPEKTE PSYCHISCHER STÖRUNGEN	87

Vorbemerkung zu den Manualen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“

Die Erstellung einer sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit für jeden Rehabilitanden ist eine bedeutsame Aufgabe in der medizinischen Rehabilitation (DRV, 2009). Die Beurteilung bildet eine wesentliche Grundlage bei weitergehenden Verwaltungsentscheidungen wie zum Beispiel Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe sowie auf Renten wegen Erwerbsminderung.

In der Rentenversicherung ist die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung eine fachärztliche Aufgabe. Zum Abschluss einer medizinischen Rehabilitation wird die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Entlassungsbericht festgehalten. Um alle Aspekte der funktionellen Fähigkeit und Teilhabefähigkeit zum Ende einer Rehabilitation fundiert beurteilen zu können, bedarf es einer engen fachlichen Zusammenarbeit im multidisziplinären Reha-Team. In die fachärztliche Beurteilung sollen die fachbezogenen Leistungseinschätzungen der Therapeuten des Reha-Teams einbezogen werden. Die in den Manualen beschriebenen Fortbildungsveranstaltungen haben das Ziel, das gesamte Reha-Team bezüglich sozialmedizinischer Fragestellungen und Aufgaben weiter zu qualifizieren. Das übergeordnete Ziel aller Veranstaltungen ist es, durch die Qualifikation der therapeutischen Berufsgruppen und Förderung der interdisziplinären Kommunikation, die Qualität der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation zu verbessern.

Die Fortbildungen richten sich an das gesamte Reha-Team. Die Zielgruppe umfasst alle Berufsgruppen, die an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mitwirken:

- Ergotherapeuten
- Physiotherapeuten, Sport-/Gymnastiklehrer, Sportwissenschaftler
- Psychologen, Psychotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
- Ernährungsfachkräfte
- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Ärzte

Es ist empfehlenswert, dass das Reha-Team einer Rehabilitationseinrichtung, bestehend aus jeweils einem Vertreter der oben genannten Berufsgruppen, gemeinsam an den Veranstaltungen des Curriculums teilnimmt. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass durch die gemeinsame Teilnahme die interdisziplinäre Kommunikation gestärkt und damit die praktische Umsetzung eines gemeinsamen Weges zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag positiv unterstützt werden konnte.

Die Fortbildung ist als Curriculum mit drei aufeinander aufbauenden Modulen konzipiert. Das Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ wird berufsgruppenübergreifend angeboten. Mit dem Ziel eines einheitlichen Verständnisses und einer gemein-

samen Sprache werden allen Berufsgruppen sozialmedizinische Grundlagen vermittelt. Diese beinhalten unter anderem wichtige Begriffe für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, die Aufgaben und Leistungen der Sozialversicherungsträger, das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Des Weiteren ist ein wichtiges Ziel, den Teilnehmenden die Inhalte der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zu vermitteln und ihnen die Möglichkeit zu geben, erste praktische Erfahrungen durch die Bearbeitung von Fallbeispielen zu sammeln.

Im Modul 2 werden berufsgruppenspezifische Fortbildungsveranstaltungen angeboten. In kleineren Gruppen mit maximal 20 Teilnehmenden erarbeiten die einzelnen Berufsgruppen Aspekte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus ihrer berufs- und fachspezifischen Perspektive. Die Teilnehmenden erlernen für die Darstellung des Rehabilitanden im fachspezifischen Befund, das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit der ICF anzuwenden. Zu diagnostischen Instrumenten und Assessments für die Erhebung von (Leistungs-) Fähigkeitsbeschreibungen und zur Beschwerdenuvalidierung wird ein fachlicher Austausch geführt. Des Weiteren erlernen die Teilnehmenden durch die Bearbeitung von Fallbeispielen, einen fachspezifischen Befund zu erstellen. Sie setzen sich mit ihrer Rolle als Diagnostiker und Therapeut auseinander.

Im ärztlichen Modul 2 tauschen sich die Teilnehmenden über ihre Erfahrungen und Erwartungen bezüglich der Zusammenarbeit im Reha-Team aus. Die Anforderungen an die Durchführung der sozialmedizinischen Fallbesprechung im Reha-Team werden erarbeitet. Anhand von Fallbeispielen erstellen die Teilnehmenden die Zusammenschau aller fachspezifischen Beiträge. Als theoretischer Hintergrund wird dabei das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angewendet.

Im Modul 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“ stehen die Kommunikation der fachspezifischen Leistungsbeurteilung innerhalb des Reha-Teams und die Umsetzung einer interdisziplinären Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag im Mittelpunkt. Das Modul wird berufsgruppenübergreifend in Gruppen à 30 Teilnehmende angeboten. Um allen Teilnehmenden, die an den vorherigen Modulen 1 und 2 teilgenommen haben, gerecht zu werden, ist es notwendig die Veranstaltung zum Modul 3 mehrfach anzubieten. Als günstig hat es sich gezeigt, wenn die therapeutischen und ärztlichen Mitarbeiter aus einer Rehabilitationsseinrichtung gemeinsam an einer Veranstaltung des Moduls 3 teilnehmen.

In allen Modulen wird die Kompetenzvermittlung mit sich abwechselnden unterschiedlichen Methoden umgesetzt. Diese sind Vorträge, Diskussionen, Kleingruppenarbeit, Rollenspiele und die Bearbeitung von Fallbeispielen. Zur Vor- und/oder Nachbereitung werden gegebenenfalls Hausaufgaben eingesetzt. Den Teilnehmenden werden zu den Themen umfassende Materialien wie Handouts der Vorträge, Broschüren und Internetadressen zur Verfügung gestellt.

Als Referenten für die Vorträge und die fachliche Anleitung der Kleingruppenarbeit wird empfohlen, Experten der jeweils zu vermittelnden Fachthemen einzusetzen. In allen Modulen ist ein Sozialmediziner bzw. Therapeut mit sozialmedizinischer Qualifikation erforderlich. Für das Modul 2 ist ein Praktiker aus der entsprechenden Berufsgruppe als Referent sehr empfehlenswert. Einer der Referenten sollte über einschlägige Moderationserfahrungen verfügen und durch das jeweilige Seminar führen.

Der zeitliche Rahmen der Module umfasst 9 Zeitstunden für das Modul 1 und jeweils 8 Zeitstunden für die Module 2 und 3. Die Umsetzung der Veranstaltungen kann an die organisatorischen Gegebenheiten des Veranstaltungsortes angepasst werden. Die Erfahrungen mit einem Angebot über zwei Tage zeigen, dass die Teilnehmenden die verbleibende Zeit nutzen, sich fachlich weiter auszutauschen sowie die Inhalte zu reflektieren, um weiterführende Fragen zu formulieren. Der Abstand zwischen den einzelnen Modulen kann mehrere Monate betragen. Dies ermöglicht den Teilnehmenden, die Fortbildungsinhalte zu reflektieren und umzusetzen. Die gesammelten Erfahrungen sowie entstehende Fragen können im darauffolgenden Modul bearbeitet werden.

Manuale zum Curriculum

Für jede Fortbildungsveranstaltung des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wurde zur Darstellung der Modulinhalte und deren Umsetzung ein eigenes Manual erstellt. Es liegen folgende Manuale als Broschüre vor:

- Modul 1
„Sozialmedizinische Grundlagen“
- Modul 2a
„Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2b
„Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2c
„Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2d
„Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2e
„Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2f
„Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2g
„Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“
- Modul 3
„Sozialmedizin im Reha-Team“

Aufbau der Manuale

Zu jedem Modul erfolgt zunächst eine kurze Einleitung. Hier werden wichtige Hinweise für die Durchführung der Veranstaltung formuliert. Für jede Seminareinheit beinhaltet das Manual Angaben zu:

- **Themen und Zielgruppe** der Seminareinheit,
- empfohlener maximaler **Zahl der Teilnehmenden**,
- **Qualifikationsanforderungen** an die Referenten,
- **Zeitumfang** der Seminareinheit,
- erforderlichem **Material und Handouts**,
- Anforderungen an den **Schulungsraum** und
- **allgemeinen Zielen** der Seminareinheit.

Darüber hinaus werden für jeden Schulungsabschnitt

- **Lehrziele** formuliert und begründet,
- **Inhalte** zur Erreichung des Lehrziels benannt,
- **Durchführungshinweise** gegeben und
- **Folienhilfen, Informationsmaterial und Handouts** nach Bedarf zur Verfügung gestellt.

Anmerkungen zur Neuauflage der Manuale

Das Curriculum wurde erstmals 2013 durchgeführt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt und evaluiert (Worringen et al., 2016). Das erste Manual zu dem Curriculum erschien im Jahre 2015.

Alle Manuale des Curriculums wurden im Jahre 2020 neu aufgelegt und im Jahr 2022 aktualisiert (DRV Bund, 2022a – h). Dabei flossen die mehrjährigen Erfahrungen in der Durchführung des Curriculums, geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen und die Rückmeldung der Teilnehmenden ein. Es wurden zudem die Berufsgruppen der Ernährungsfachkräfte, Ärzte und Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in die Fortbildung einbezogen.

Dem Wunsch nach einem vierten Modul, in dem indikationsspezifisch sozialmedizinische Problemfälle im Reha-Team bearbeitet und diskutiert werden können, wurde gefolgt. Dem anhaltenden Wunsch nach Inhouseschulungen können die Referenten der DRV Bund nicht nachkommen. Es wird empfohlen, ein Team von Therapeuten und Ärzten an der Fortbildung der DRV Bund teilnehmen zu lassen und die Inhalte der Fortbildung, die alle in manualisierter Form zugänglich sind, anschließend im Rahmen von internen Fortbildungsmaßnahmen dem gesamten Reha-Team zu vermitteln.

2022 wurden u. a. Literaturempfehlungen aktualisiert und Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) zu den personbezogenen Faktoren der ICF aufgenommen.

Redaktionelle Vorbemerkung

Zur besseren Lesbarkeit des Curriculums wird bei allen Personen die männliche Form gewählt. Gemeint sind aber immer alle Geschlechter.

Das Wort Lehrziel wird im Manual bei Aufzählungen oder Querverweisen mit dem Kürzel LZ bezeichnet. Der Reha-Entlassungsbericht wird im Manual mitunter mit der Bezeichnung E-Bericht abgekürzt.

Literatur

- DRV Bund (Hrsg.). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2009.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 1. Sozialmedizinische Grundlagen. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022a.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2b. Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022b.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2c. Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022c.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2d. Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022d.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2e. Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022e.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2f. Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022f.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2g. Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022g.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 3. Sozialmedizin im Reha-Team. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022h.
- Worringen, U., Hoppe, A., Derra, C., Kalwa, M., Brüggemann, S. (2016). Nutzen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ für die Rehabilitationspraxis. *Rehabilitation*, 55, 238–247.

Inhaltsverzeichnis

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2A „PSYCHOLOGISCHE BEITRÄGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“	9
SEMINAREINHEIT 1	11
1.1 Aufbau und Ziele des Moduls	14
1.2 Psychologischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung	16
1.3 Psychischer Befund, störungsspezifische Anamnese und Prognoseabschätzung	19
1.4 Diagnosestellung	33
1.5 Psychische Fähigkeitsdiagnostik vor dem Hintergrund der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	40
SEMINAREINHEIT 2	52
2.1 Dokumentation und Beitrag zum Entlassungsbericht	54
2.2 Fallarbeit psychologische Dokumentation	64
2.3 Beschwerdenuvalidierung	70
2.4 Rollenverständnis	80
2.5 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalt des Moduls 3	85
ANHANG: SOZIALMEDIZINISCHE ASPEKTE PSYCHISCHER STÖRUNGEN	87
3.1 Sozialmedizinische Aspekte affektiver Störungen	89
3.2 Sozialmedizinische Aspekte von Angststörungen	97
3.3 Sozialmedizinische Aspekte von somatoformen Störungen	102
3.4 Sozialmedizinische Aspekte von Anpassungsstörungen	107
3.5 Sozialmedizinische Aspekte von einer posttraumatischen Belastungsstörung	111

Einführung in das Modul 2a

„Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Das Modul 2 „Fachspezifische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ im Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wird als berufsgruppenspezifische Fortbildungsveranstaltung angeboten. In diesem Manual werden die Inhalte der Fortbildungsveranstaltung und deren Umsetzung für die Berufsgruppe der Psychologen und Psychotherapeuten dargestellt. Die Zielgruppe sind Psychologen und Psychotherapeuten, die in der medizinischen Rehabilitation mit somatischen Indikationen tätig sind und an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mitwirken.

Ziel ist es, dass die Teilnehmenden die psychologischen Aspekte einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus ihrer berufs- und fachspezifischen Perspektive bearbeiten. Die Teilnehmenden reflektieren ihre eigene Aufgabe in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Sie bekommen die Anforderungen an den psychischen Befund und die störungsspezifische Anamnese für den Reha-Entlassungsbericht vermittelt. Sie reflektieren den Stellenwert von psychischen Diagnosen im Reha-Entlassungsbericht und erarbeiten sich die Grundlagen der Funktions- und Fähigkeitsdiagnostik. Sie erlernen für die Darstellung des Rehabilitanden in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anzuwenden. Die Bearbeitung von Fallbeispielen ermöglicht den Teilnehmenden, ihre theoretischen Kenntnisse anzuwenden. Sie erwerben einen Überblick über Möglichkeiten der Beschwerdenuvalidierung und setzen sich mit ihrer Rolle als Gutachter und Therapeut auseinander. Die Möglichkeit zum berufsgruppenspezifischen Fachaustausch zu sozialmedizinischen Themen wird ermöglicht. Ergänzend können die Teilnehmenden einen Überblick über die sozialmedizinischen Konsequenzen einzelner psychischer Störungsbilder erlangen.

Zeitliche und räumliche Organisation

Das Modul 2 umfasst 8 Zeitstunden. Dabei sind jeweils 4 Zeitstunden für eine Seminareinheit einzuplanen. Es ist empfehlenswert, in beiden Seminareinheiten eine Pausenzeit von 30 Minuten anzubieten.

Für die Fortbildungsveranstaltung wird ein Gruppenraum für 20 Teilnehmende mit einem U-förmigen Aufbau von Stühlen und Tischen benötigt. Für die Präsentationen und die Kleingruppenarbeit sollen Beamer, Flipchart, Moderationskoffer und Metaplanwände zur Verfügung stehen.

Anzahl der Teilnehmenden

Es empfiehlt sich, maximal 20 Teilnehmende für die Fortbildungsveranstaltung einzuplanen. Die vorausgehende Teilnahme am Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wird empfohlen.

Personelle Ressourcen

Die Fortbildungsveranstaltung sollte von einem Psychotherapeuten mit sozialmedizinischer Expertise und Kenntnis der somatischen Rehabilitation durchgeführt werden. Für die Vermittlung der sozialmedizinischen Aspekte psychischer Störungen empfiehlt sich die Beteiligung eines ärztlichen oder psychotherapeutischen Referenten, der auch die Begutachtungspraxis der Rentenversicherung im Rehabilitations- und Rentenverfahren kennt.

Didaktik

Die Kompetenzvermittlung soll mit sich abwechselnden unterschiedlichen Methoden umgesetzt werden. Diese sind Vorträge, Diskussionen, Kleingruppenarbeit, Rollenspiele und die Bearbeitung von Fallbeispielen. Zur Vorbereitung wurden Hausaufgaben eingesetzt. Den Teilnehmenden werden zur Nacharbeit umfassende Materialien wie das vorliegende Manual, Broschüren und Internetadressen zur Verfügung gestellt.

Die Verwendung von Fallbeispielen unterstützt die Veranschaulichung von Seminarinhalten sowie eine vertiefende Bearbeitung der Themen für die Teilnehmenden und stellt gleichzeitig den Praxisbezug zum Setting einer Rehabilitationseinrichtung her. Die Bearbeitung der Fallbeispiele kann unterschiedlich umgesetzt werden. Zum einen können anonymisierte Reha-Entlassungsberichte genutzt, zum anderen kann mit Fallvignetten gearbeitet werden. Die Fallvignetten umfassen Eckdaten für einen Rehabilitanden zu Geschlecht, Alter, medizinischer Diagnose und sozialmedizinischer Einschätzung aus somatischer Sicht. Die Teilnehmenden können auf der Grundlage dieser Vorgaben einen Fall konstruieren. Alternativ können aber auch Fallbeispiele aus der eigenen Praxis von den Teilnehmenden eingebracht werden. Die Auswahl der Fallbeispiele und Fallvignetten sollte sich an den Indikationen der Rehabilitationseinrichtungen, aus denen die Teilnehmenden kommen, orientieren. Es ist empfehlenswert, die didaktischen Methoden innerhalb des Seminars zu variieren und an die Bedürfnisse der Teilnehmenden, zum Beispiel dem Wunsch nach einem individuellen fachlichen Austausch im Rahmen von Kleingruppen oder allgemeinem Austausch im Plenum, anzupassen. Die Zusammensetzung der Kleingruppen kann indikationsbezogen oder indikationsübergreifend erfolgen.

Aktualisierung der Präsentationen und Handouts

Vor dem Hintergrund möglicher gesetzlicher Veränderungen und Weiterentwicklungen von zum Beispiel Formularen und Rehabilitationsangeboten muss vor jeder Durchführung des Moduls eine fachliche Aktualisierung der Präsentationen und Handouts erfolgen. Die im Manual dargestellten Materialien haben den Stand von 2022.

Modul 2a: Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 1

Themen

- Aufbau und Inhalte des Moduls
- psychologischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- psychischer Befund, störungsspezifische Anamnese, Prognoseabschätzung
- Funktions- und Fähigkeitsdiagnostik vor dem Hintergrund der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Fallarbeit zur psychischen Funktions- und Fähigkeitsdiagnostik

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Psychologen und Psychotherapeuten, die in der medizinischen Rehabilitation mit somatischen Indikationen tätig sind

Leitung

Qualifikationen: Psychotherapeut mit sozialmedizinischer Expertise, wünschenswert mit Erfahrungen in der Begutachtung im Rehabilitations- und Rentenverfahren der Rentenversicherung

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer/Laserpointer, Presenter
- Flipchart

Handouts

- Seminarplan der Veranstaltung
- Handzettel der Präsentationen, getrennt nach Themen (2 Folien pro Seite) oder das Manual des Moduls 2a
- Langfassung personbezogene Faktoren DGSMP
- das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit (blanco)
- Mini-ICF-APP Schaubild
- Unterschriftenliste, inklusive Adresse und Indikation der Reha-Einrichtung und E-Mail-Adresse (blanco), Datenschutzerklärung

Literatur

- Bengel, J., Mittag, O. Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. 2. Auflage. Springer-Verlag. 2020.
- DRV Bund (Hrsg.). Reader Psychologie und Psychotherapie. Aktuelle Informationen zur psychologischen und psychotherapeutischen Arbeit in der somatischen medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2020.
- DRV (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. August 2012 incl. Update 2018. Berlin: 2018.
- DRV (Hrsg.). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Auflage. Springer-Verlag. 2011.
- DRV Bund (Hrsg.). Exploration mittels Mini-ICF. Berlin: 2018.
- Grotkamp, S. et al. (2019). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik DGSMP – Langfassung. www.dgsmp.de/wp-content/uploads/2019/12/191213_DGSMP_Systematik_zu_den_Personbezogenen_Faktoren_Langfassung.pdf (Internetzugriff 01.09.2022).
- Grotkamp, S. et al. (2020). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Gesundheitswesen, 82, 107-116.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Göttingen: Huber, 2015.
- 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: Huber, 2015.
- Linden, M. Handwerkliche Aspekte der sozialmedizinischen Begutachtung bei psychischen Störungen. Die Rehabilitation, 2013, 52, 412-422.
- Proyer, R. T., Ortner T. M. Praxis der psychologischen Gutachtenerstellung. Bern: Hogrefe; 2. überarbeitete Auflage, 2017.

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der ersten Seminareinheit kennen die Teilnehmenden ihre Aufgabe in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Sie können die Anforderungen an den psychischen Befund, die störungsspezifische Anamnese und die Prognoseabschätzung darstellen. Sie können die Bedeutung psychischer Diagnosen einschätzen und das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zur individuellen Beschreibung von Rehabilitanden anwenden. Sie sind befähigt, eine Fähigkeitsdiagnostik durchzuführen.

Hinweise

Es wird empfohlen, den Seminarplan der Veranstaltung vor Beginn der Veranstaltung an die Teilnehmenden zu verteilen. Dies ermöglicht den Teilnehmenden, den Inhalten entspannter zu folgen.

Zur Unterstützung eines weiterführenden Fachaustausches zwischen den Teilnehmenden wird eine Liste der Teilnehmenden mit Angaben zu: Name, Rehabilitationseinrichtung, ggf. Indikation, Adresse und E-Mail-Adresse erstellt. Mit ihrer Unterschrift genehmigen die Teilnehmenden die Weitergabe ihrer Informationen an die anderen Seminarteilnehmenden. Eine Datenschutzerklärung sollte beigefügt werden.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	--------------------

1.1 Aufbau und Ziele des Moduls

Lehrziel

Die Teilnehmenden können Inhalte und Ziele des Seminares „Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ nennen.

Begründung

Für die Inhalte und Organisation des zweitägigen Seminares „Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ soll die Zielsetzung dargestellt werden. Es soll verdeutlicht werden, dass es sich nicht um eine Vortragsreihe zur reinen Informationsvermittlung handelt, sondern, dass das Mitwirken aller Teilnehmenden erwünscht ist. Die Möglichkeit zum berufsgruppenspezifischen Fachaustausch steht im Mittelpunkt. Dies fördert das Verständnis für die eigene Rolle bei der Erstellung eines fachspezifischen Befundes, der Bestandteil und Grundlage für eine interdisziplinär erstellte sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag ist.

Inhalt

- Inhalte des Seminars
- Organisation und zeitlicher Ablauf der Veranstaltung (z. B. Pausen, Auschecken bis 10 Uhr am zweiten Tag, Lunchpaket als Alternative zum Mittagessen am zweiten Tag)
- Einstiegs-/Begrüßungsrunde
 - Rehabilitationseinrichtung, Indikation
 - Feedback zum Modul 1: Erfahrungen im Reha-Alltag:
 - Änderungen im psychologischen Bericht vorgenommen? Änderungen in der Kommunikation mit Ärzten? Nehmen Sie mehr sozialmedizinische Aspekte wahr?
 - Erwartungen, Bedürfnisse, Fragen für das Modul 2

Material

- Folie (siehe Seite 15)

Hinweise zur Durchführung

Begrüßung, Vorstellung der Referenten und Teilnehmenden, Folie zum Überblick über den Ablauf, Moderation der Vorstellungsrunde, Fragestellungen und Diskussionspunkte der Teilnehmenden werden auf einem Flipchart notiert und wenn möglich im Verlauf der Veranstaltung bearbeitet.

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

Für den Einstieg sollte genügend Zeit eingeplant werden. Es steht im Vordergrund, die Teilnehmenden mit ihren Fragestellungen und Bedürfnissen abzuholen und Erwartungen mit den Inhalten des Seminars abzustimmen.

Übersicht Modul 2 „Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“



1. Tag: 14:00 – 18:30 Uhr

- Psychologischer Beitrag in der Leistungsbeurteilung
- Psychischer Befund, störungsspezifische Anamnese, Prognoseabschätzung
- Umgang mit psychischen Diagnosen
- Funktions- und Fähigkeitsbefundung mit Fallarbeit

2. Tag: 08:00 – 12:30 Uhr

- Dokumentation und Reha-Entlassungsbericht
- Fallarbeit
- Beschwerdenuvalidierung
- Rollenverständnis

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

1.2 Psychologischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können ihren Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung benennen.

Begründung

Die Anwendung psychologischer diagnostischer Methoden und das Erstellen von psychologischen Befunden gehören zu den psychologischen Aufgaben in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Im Alltag werden Begriffe wie „Befund“, „Gutachten“ und „Stellungnahme“ in unterschiedlicher Bedeutung verwendet. Die Klärung der Begrifflichkeiten soll zum einen eine klare Sprachregelung unterstützen, zum anderen wird den Teilnehmenden verdeutlicht, welche Aufgaben sie im Prozess der Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes, welches als sozialmedizinisches Gutachten angesehen wird, übernehmen.

Inhalt

- Gutachten
- gutachterliche Stellungnahme
- Untersuchungsbefund

Material

- Folien (siehe Seiten 17 - 18)
- Buch/Ansichtsexemplar: Proyer, R. T., Ortner T. M. Praxis der psychologischen Gutachtenerstellung. Bern: Hogrefe; 2. überarbeitete Auflage, 2017.

Hinweise zur Durchführung

Kleingruppenarbeit, Diskussion, Kurzvortrag

Die Teilnehmenden erhalten die Aufgabe, in einer Kleingruppe à 2 bis 3 Teilnehmende in 5 Minuten zu klären, was sich hinter den o. g. Begrifflichkeiten verbirgt und die Frage zu beantworten, welche Aufgabe sie in der medizinischen Rehabilitation erfüllen. Im Anschluss werden die Diskussionsergebnisse im Plenum zusammengetragen (5 Minuten). Der Referent fasst abschließend in einem Kurzvortrag die begrifflichen Regelungen zusammen (5 Minuten).

Zeit circa 15 Minuten

Anmerkung

Hintergrundinformationen zu diesem Lehrziel finden sich im unter Material genannten Buch.

Psychologischer Untersuchungsbefund

zusammenfassende Darstellung der **Ergebnisse einer psychologischen Untersuchung**, die

- aufgrund einer Fragestellung bzw. Verdachtsdiagnose durchgeführt wurde,
- die auch für Nichtpsychologen verständlich sein muss

Psychologische Stellungnahme

eine Stellungnahme zu einem Gutachten oder einer konkreten Fragestellung

ohne eigene Befunderhebung

Gutachten

begründetes Urteil eines Sachverständigen über
eine Zweifelsfrage

kommt nach feststehenden Regeln
**der Gewinnung und Interpretation
von Daten** zu einer konkreten
Fragestellung zu einer Aussage

Reha-Entlassungsbericht hat i. d. S.
Gutachtenfunktion



Gutachterliche Stellungnahme

Im Gegensatz zu einem Gutachten kann sich eine
gutachtliche Stellungnahme auf die **Kernpunkte der
Beurteilung** konzentrieren und muss nicht Befund
und Zustandekommen der Ergebnisse genau
dokumentieren.

Man kann sich bei einer gutachtlichen
Stellungnahme – in mündlicher oder schriftlicher
Aussage – auf bereits vorliegende Untersuchungen
beziehen, ohne diese im Detail prüfen zu müssen.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

1.3 Psychischer Befund, störungsspezifische Anamnese und Prognoseabschätzung

Lehrziel

Die Teilnehmenden kennen Anforderungen an den psychischen Befund sowie die störungsspezifische Anamnese und können die Prognosekriterien erläutern.

Begründung

Aus den Angaben des psychischen Befundes und der störungsspezifischen Anamnese können Diagnosen und Funktionsbeeinträchtigungen nachvollziehbar abgeleitet werden. Der psychische Befund fasst dabei die Ergebnisse einer systematischen psychologischen Untersuchung des Rehabilitanden zusammen. Neben der Erhebung des Querschnittsbefundes ist eine Darstellung des Längsschnittbefundes in Form einer störungsspezifischen Anamnese für die Begründung von Fähigkeitseinschränkungen unabdingbar. Für die Abschätzung des sozialmedizinischen Verlaufes sind die Kenntnisse von Prognosekriterien bedeutsam.

Inhalt

- Zusammensetzung des psychischen Befundes (Querschnittsbefund):
 - subjektive Selbstbeschreibung des Rehabilitanden und
 - objektive klinische Beobachtung und Beschreibung des Beurteilers
- verschiedene Aspekte im psychischen Befund
- Anamnese (Längsschnittbefund)
 - störungsspezifische Anamnese
- Prognosekriterien

Material

- Folien (siehe Seiten 21 - 32)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion, Kleingruppenarbeit

Zeit circa 60 Minuten

Anmerkung

Auf weiterführende Literatur verweisen.

Hintergrundinformationen zu diesem Lehrziel finden sich in:

- Grotkamp, S. et al. (2019). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik DGSM – Langfassung. www.dgsmp.de/wp-content/uploads/2019/12/191213_DGSMP_Systematik_zu_den_Personbezogenen_Faktoren_Langfassung.pdf (Internetzugriff 01.09.2022).
- Grotkamp, S. et al. (2020). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). *Gesundheitswesen*, 82, 107-116.
- DRV (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. August 2012 incl. Update 2018. Berlin: 2018.
- DRV (Hrsg.). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Auflage. Springer-Verlag. 2011.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Hogrefe Verlag. 2018.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.). Praxisbuch AMDP. Das Praxisbuch zur psychopathologischen Befunderhebung – Grundlagen und Anwendungsbeispiele. Hogrefe Verlag. 2018.

Psychischer Befund

- kann verschiedene Aspekte des Erlebens und Verhaltens der Rehabilitanden auch außerhalb der Psychopathologie beinhalten: **vergleiche**
personbezogene Faktoren der ICF Kapitel 3 und 4
- in somatischen Indikationen: insbesondere Aspekte des Krankheitserlebens und des Krankheitsverhaltens
- in der Rehabilitation allgemein: Teilhabeorientierung
- erfordert damit nicht unabdingbar die Heilkunde
(*Approbation*)

Personbezogene Faktoren

(DGSMP, 2020)

- **Kapitel 1: Allgemeine Merkmale**
Alter, Geschlecht
- **Kapitel 2: Physische Faktoren**
Körperliche Konstitution
- **Kapitel 3: Mentale Faktoren**
Persönlichkeit, kognitive und mnestiche Faktoren
- **Kapitel 4: Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten**
- **Kapitel 5: Lebenslage**

Faktoren der Persönlichkeit

(DGSMP, 2020)



- Extraversion
- Faktoren der Emotionalität
- Gewissenhaftigkeit
- Offenheit
- Umgänglichkeit
- Selbstvertrauen
- Optimismus

Einstellungen (DGSMP, 2020)



-
- Einstellungen zur eigenen Person
- Lebenszufriedenheit
- Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und Behinderung
- Einstellung zur Unterstützung durch andere Personen
- ...



Krankheitsspezifische Sachaufklärung

bei dem Verdacht einer psychischen Störung

→ **Querschnitt:** aktueller psychischer Befund

→ **Längsschnitt:** störungsspezifische Anamnese, andere Befundberichte, psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlungen

Testdiagnostik ggf. ergänzend sinnvoll



Psychopathologischer Befund und störungsspezifische Anamnese

- Beschreibung krankheitswertiger Funktionen
 - z. B. mit Hilfe des AMDP-Bogens zum psychischen Befund, ICD 10 Checklisten, strukturierten Interviews, ICF Score Sets
- Anamnese: Erhebung der Krankheitsgeschichte
 - wiederholtes Auftreten und Abklingen der Symptome
 - durchgeführte Therapien mit und ohne Symptomverbesserung in der Zeitachse

Aspekte im psychopathologischen Befund

- Bewusstsein
- Orientierung
- Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis
- Formales und inhaltliches Denken
- Wahrnehmung
- Ich-Erleben
- Affektivität
- Antrieb
- Flexibilität
- Krankheitsverständnis, Selbsterleben, Sozialverhalten

A1 AMDP-Bogen: Psychischer Befund

Name des Patienten:

Geburtsdatum/Alter:

Untersuchungsdatum:

Psychischer Befund. (In Anlehnung an das AMDP-System 2007)					
Merkmalsbereich	Ausprägung				
	Nicht vorhanden	Leicht	Mittel	Schwer	Keine Aussage
Bewusstseinsstörungen					
Verminderung					
Trübung					
Einengung					
Verschiebung					
Orientierungsstörungen					
Zeitlich					
Örtlich					
Situativ					
Zur eigenen Person					
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen					
Konzentrationsstörungen					
Merkfähigkeitsstörungen					
Gedächtnisstörungen					
Konfabulationen					
Paramnesien					
Formale Denkstörungen					
Denkverlangsamung					
Denkhemmung					
Eingeengtes Denken					
Perseveration					
Grübeln					
Ideenflucht					

Merkmalsbereich	Ausprägung				
	Nicht vorhanden	Leicht	Mittel	Schwer	Keine Aussage
Gesperrt/Gedankenabreißen					
Befürchtungen und Zwänge					
Hypochondrie					
Phobien					
Zwangsdenken					
Zwangsimpulse					
Zwangshandlungen					
Wahn					
Wahnwahrnehmung					
Wahnstimmung					
Wahndynamik					
Beziehungswahn					
Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn					
Eifersuchtswahn					
Schuldwahn					
Verarmungswahn					
Hypochondrischer Wahn					
Sinnestäuschungen					
Illusionen					
Stimmenhören					
Andere akustische Halluzinationen					
Optische Halluzinationen					
Körperhalluzinationen					
Pseudohalluzinationen					
Ich-Störungen					
Derealisation					
Depersonalisation					
Gedankenausbreitung					
Gedankenentzug					
Gedankeneingebung					
Andere Fremdbeeinflussungs-erlebnisse					

Merkmalsbereich	Ausprägung				
	Nicht vorhanden	Leicht	Mittel	Schwer	Keine Aussage
Störungen der Affektivität					
Ratlos					
Eindruck der Gefühllosigkeit					
Affektarm					
Störung der Vitalgefühle					
Deprimiert/depressiv					
Hoffnungslos					
Insuffizienzgefühle					
Schuldgefühle					
Ambivalent					
Affektstarr					
Störungen des Antriebs und der Psychomotorik					
Antriebsarm					
Antriebsgehemmt					
Antriebsgesteigert					
Motorisch unruhig					
Manieriert, bizarr					
Mutistisch					
Logorrhöisch					
Zirkadiane Besonderheiten					
Morgens schlechter					
Abends schlechter					
Abends besser					
Andere Störungen					
Aggressivität					
Selbstbeschädigung					
Suizidalität					
Mangel an Krankheitseinsicht					
Mangel an Krankheitsgefühl					
Ablehnung der Behandlung					
Sozialer Rückzug					
Soziale Umtriebigkeit					



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Welche Merkmale nehmen Sie häufig bei Ihren Rehabilitanden wahr?

Selbst- und Fremdbeurteilung

Sozialmedizin

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung

→ Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen

→ August 2012 incl. Update 2018



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

DRV-Schriften Band 21

Sonderausgabe der DRV

Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung

Hinweise zur Begutachtung

September 2018

Arbeitshilfe zur Beurteilung psychischer Belastbarkeit im Anhang



Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

3. Arbeitshilfe zur Beurteilung der geistigen/ psychischen Belastbarkeit		Einengung	Einschränkung des inhaltlichen Denkmfanges, Verhaftetsein in einem Thema, Fixierung auf wenige Zielvorstellungen. Der Patient hat Mühe, auf ein anderes Thema überzugehen, kommt immer wieder auf das ursprüngliche Thema zurück, auch wenn der Untersucher versucht, andere Themenbereiche anzubieten.
Im Rahmen der Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben müssen auch Aussagen zur geistigen beziehungsweise psychischen Belastbarkeit getroffen werden. Das folgende psychologische und psychopathologische Vokabular führt die gebräuchlichsten und für die Begutachtung wichtigsten Begriffe auf und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. So können zum Beispiel Aussagen zur Intelligenz nicht ohne Rückgriff auf standardisierte Messverfahren getroffen werden. Für die adäquate Beurteilung psychopathologischer Phänomene wie Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen ist in der Regel eine umfangreiche psychiatrische Vorerfahrung erforderlich, wie sie nur im Rahmen einer psychiatrischen Fachbegutachtung vorausgesetzt werden kann.		Affektivität Beschreibung der Gefühle, Stimmungen und Emotionen.	
Orientierung		Vitalgefühl	Gefühl von Kraft und Lebendigkeit, der körperlichen und seelischen Frische; beeinträchtigt zum Beispiel bei Klagen über Kraftlosigkeit, Schläppheit, Müdigkeit und körperliches Unbehagen.
zeitlich	Wissen von Datum, Wochentag oder Jahrestag.	Depressivität	Negativ getönte Befindlichkeit, Niedergedrücktheit, Niedergeschlagenheit.
örtlich	Der gegenwärtige Aufenthaltsort kann benannt werden.	Hoffnungslosigkeit	Pessimistische Grundstimmung, fehlende Zukunftsorientierung. Der Glaube an eine positive Zukunft ist vermindert oder abhandengekommen, pessimistische Weltsicht, jede Veränderung wird als Verschlimmerung betrachtet.
situativ	Die gegenwärtige Situation wird in ihrem Bedeutungszusammenhang für die eigene Person erfasst.	Ängstlichkeit	Der Betroffene hat Angst, oft ohne angeben zu können, wovor. Die Angst kann sich steigern bis zur Panik. Angst kann sowohl aus dem Verhalten als auch aus körperlichen Symptomen geschlossen werden.
zur Person	Wissen um die aktuelle persönliche Lebensgeschichtliche Situation.	Reizbarkeit	Der Untersucher spürt eine Neigung zu aggressiv getönter Gespanntheit beziehungsweise Gereiztheit beim Probanden.
Aufmerksamkeit und Gedächtnis		Affektive Schwingungsfähigkeit	Fähigkeit, unterschiedliche Ereignisse mit unterschiedlichen Gefühlsqualitäten und -stärken auszudrücken. Übereinstimmung von Gefühlen und Inhalt im Gesprächsverlauf.
Konzentration	Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Thema zuzuwenden. Prüfung zum Beispiel durch Aufforderung des Probanden zur fortlaufenden Subtraktion der Zahl 7 ausgehend von 100.	Aktivitätsniveau und Psychomotorik	
Merkfähigkeit	Fähigkeit, sich frische Eindrücke über eine Zeit von ca. zehn Minuten zu merken. Prüfung zum Beispiel mit der Vorgabe von drei Begriffen, die nach einer, fünf und zehn Minuten vom Probanden nachzusprechen sind.	Antrieb	Beschreibung von Lebendigkeit, Initiative, Aufmerksamkeit, Tatkraft, Untemehungsgeist, Anteilnahme, Entschlussfreude, Motivation. Ausprägungen (zum Beispiel): antriebsarm: Mangel an Initiative, Tatkraft antriebsgesteigert: Übermaß an Initiative, Tatkraft
Gedächtnis	Fähigkeit, Eindrücke längerfristig zu speichern beziehungsweise Erlerntes aus dem Gedächtnis abzurufen.	Psychomotorik	Beschreibung der durch psychische Vorgänge geprägten motorischen Aktivität. Ausprägungen (zum Beispiel): Psychomotorische Unruhe: gesteigerte, ungerichtete motorische Aktivität.
Formales Denken	Störungen des formalen Denkens zeigen sich meist in der Sprache. Sie zeigen sich insbesondere bei emotionaler Belastung oder längerer Gesprächsdauer.		
Verlangsamung	Das Denken ist verlangsamt und schleppend. Es führt zu einem zähflüssigen Gesprächsverlauf.		
Umständlichkeit	Beim Denken wird Nebensächliches nicht vom Wesentlichen getrennt. Der inhaltliche Zusammenhang bleibt aber gewahrt.		

Psychopathologischer Befund

Fachurteil eines sachkundigen **Beobachters und Untersuchers**, nicht die unmittelbare Wiedergabe der Angaben des Rehabilitanden

Depression

→ nicht die Schilderung des Rehabilitanden über seine Befindlichkeit, sondern die **Qualität des beobachteten Affekts, das Verhalten während der Rehabilitation**

Persönlichkeitsstörung

→ nicht die biographische Erzählung des Rehabilitanden, sondern der **beobachtete Interaktionsstil**

Formulierung der Befundfeststellung

- **Funktionsstatus phänomenologisch** beschreiben
- z. B. „der Rehabilitand sagt“ und dann ergänzen mit „wir nehmen wahr“

Beispiel für beschreibende Beobachtung:

„Im Gespräch mit dem Rehabilitanden ist es schwer, die Anamnese zu erheben, da der Rehabilitand immer wieder vom Thema abweicht oder sich in Detailschilderungen verliert.“

Beispiel für psychopathologischen Befund in einem psychosomatischen Konsil

„Bewusstseinsklar, zu Person, Zeit und Ort orientiert. Frau G. wirkt selbstbewusst, freundlich, zugewandt. Sie ist kooperativ, und motiviert und zeigt situationsadäquates Verhalten. Wahrnehmung, Konzentration und Gedächtnis erscheinen ungestört. Stimmungslage: gedrückt. Affektive Schwingungsfähigkeit erhalten.“

Antrieb: hier gesteigert jedoch anamnestisch gemindert, agoraphobische Ängste sowie multiple z. T. diffuse Ängste z. T. mit Panikattacken vor allem wenn sie berührt wird oder ganz alleine ist. Hinweis auf Zwangsstörung u. a. Kontrollzwänge. Kein Anhalt für inhaltliche oder formale Denkstörungen. Kein Anhalt für Aggravations- oder Simulationstendenzen. Kein Anhalt für akute Suizidalität.“



Beispiel für psychopathologischen 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.



Beispiel für psychopathologischen 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.

Übungsbogen Psychischer Befund

Psychische Befundung	
durch Psychologen / Psychotherapeuten / Ärzte in der somatischen Rehabilitation	
Name, Vorname des /der Rehabilitand/in:	Name und Beruf des Untersuchers:
Datum der Untersuchung(en):	Psychische Funktionseinschränkung gegeben ☐
☐ Aktuelle Fähigkeitseinschränkung für die Arbeit aus psychischer Sicht gegeben	
Psychischer Befund	
Selbstgeschilderte psychische Beschwerden des/der Rehabilitand/in	
Psychopathologie / psychische Funktionseinschränkungen aus Sicht des Untersuchers	
Störungsspezifische Anamnese	
Aktuelle oder bisherige psychotherapeutische / psychiatrische Behandlung	
Bisherige oder aktuelle: Psychopharmaka oder Opiate	
Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren	
Ggf. F-Diagnose(n) in Vorbefunden, aktuelle diagnostische Einschätzung (F-Diagnose)	

DocumentationsNr_Psychischer Befund in der somatischen Rehabilitation Seite 1 von 2

Arbeitsbezogener Befund	
Aktuelle Anforderungen auf dem Arbeitsplatz, denen sich der Rehabilitand psychisch nicht gewachsen fühlt	
Aktuelle Fähigkeitseinschränkungen für den konkreten Arbeitsplatz aus Sicht des Untersuchers	
Psychologische / ärztliche Empfehlung / Prognose	
Weitere Anmerkungen und /oder Zusammenfassung des psychischen Befundes:	

DocumentationsNr_Psychischer Befund Seite 2 von 2

Zusammenfassung psychischer Befund

- Grundlage jeder Leistungsbeurteilung
- psychopathologische/psychische Symptomatik möglichst differenziert erheben und dokumentieren
- Vermittlung einer bündigen und bildhaften Vorstellung des Rehabilitanden
- störungsspezifische Anamnese möglichst von psychischen Befund getrennt darstellen

Krankheitsverständnis, Selbsterleben, Sozialverhalten



subjektives Krankheitsverständnis und Selbsterleben sind bedeutsam für **Behandlungsmotivation und Prognose**

als persönliche Ressourcen gelten:

- Leistungsanspruch
- Pflichtgefühl
- Durchsetzungsvermögen
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Konfliktfähigkeit
- Sozialverhalten

Prognoseabschätzung



wichtige Aspekte:

- Introspektionsfähigkeit
- Psychogeneseverständnis
- Veränderungsmotivation
- (*fixierte*) Einstellungen
- sekundärer Krankheitsgewinn
- Regressionsneigung

→ **anhaltender sozialer Rückzug** kann Hinweis auf Chronifizierung (*einer psychischen Störung*) sein

Unterschiedliche Aspekte der Anamnese im E-Bericht

- **Krankheitsanamnese**
- **Behandlungsanamnese**
 - Chronifizierungen
 - Komorbidität
- **Sozialmedizinische Anamnese**
 - mobilisierbare persönliche und soziale Ressourcen
 - Förderfaktoren und Barrieren (*Kontextfaktoren*)
 - Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens
 - Einschränkungen der Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen; Umgang mit diesen Einschränkungen
- **Arbeitsanamnese**
(inkl. *Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit*)
- (*Schilderung eines typischen Tagesablaufs*)

Beispiel für störungsspezifische Anamnese

Patientin, F 33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig

depressive Episoden seit 15 Jahren, mehrjährige symptomfreie Phasen, seit 10 Jahren in hausärztlicher Behandlung, vor 5 Jahren Psychotherapie (*Krankheitsmanagement erlernt*), bislang keine stationären Aufenthalte, anamnestisch kein Suizidversuch, aktuelle Phase seit 5 Monaten. Auf Anraten des Hausarztes vor 4 Wochen erneut begonnen, ein Antidepressivum einzunehmen (*Mirtazapin 1x30 mg*), nachdem sie eine Zeitlang zuvor versucht habe ohne auszukommen. Sie merke inzwischen eine leichte Verbesserung des Schlafes und des Antriebs.

Beispiel für sozialmedizinische Anamnese mit Belastungsfaktoren und Ressourcen



„Nach der Schulausbildung und dem Abschluss der Hauptschule habe er eine Ausbildung als Mechaniker absolviert..... Es bestünden keine geregelten Arbeitszeiten. Ein hoher Leistungsdruck sei manifest.....Ein Belastungsmoment habe sich durch Stresssituationen innerhalb des Arbeitskontextes ergeben...., wenn Ziele nicht mehr erreicht würden. Ein weiterer Belastungsmoment sei die Trennung von seiner Frau gewesen. Jedoch habe sich der R. dort stärken können. Er sei verstärkt Interessen nachgegangen. Der Kontakt zu den Kindern und Enkelkindern sei stärker geworden. Dadurch habe er sich stabilisieren können. Durch die Arbeitsbelastung sei jedoch die körperliche Symptomlage aufrecht erhalten worden.“

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	-------------	--------------------

1.4 Diagnosestellung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Bedeutung psychischer Diagnosen erläutern.

Begründung

Das gleichzeitige Vorkommen einer psychischen Störung und einer körperlichen Erkrankung wird als psychische Komorbidität bezeichnet. Komorbide psychische Störungen sind in der somatischen medizinischen Rehabilitation häufig und es ist Aufgabe des Psychologen, diese zu erkennen, um daraus angemessene Interventionen abzuleiten. Diese können sich auf Beratung und Behandlungsangebote während der Rehabilitation beziehen, ebenso wie auf Anregungen oder Einleitung einer leitliniengerechten postrehabilitativen Behandlung. Zum einen ist der psychische Befund Grundlage und Bestandteil einer interdisziplinär erstellten sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, zum anderen wird durch die Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen im Reha-Entlassungsbericht die Verbesserung der Versorgungssituation der Rehabilitanden für die postrehabilitative Versorgung unterstützt.

Inhalt

- Stellung und Begründung von F-Diagnosen
- Funktionsdiagnosen, Z-Diagnosen
- standardisierte Testverfahren
- sozialmedizinische Auswirkungen psychischer Störungen auf Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Material

- Folien (siehe Seiten 34 - 39)
- Broschüren:

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Reader Psychologie und Psychotherapie. Berlin: 2020.

- Kapitel 13: Auswahl psychologischer Testverfahren für die somatische medizinische Rehabilitation.
- Kapitel 12: Beispiele für Screeninginstrumente.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Praxishilfe. Erfassung und Dokumentation psychischer Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation. Berlin: 2021.

DRV Bund (Hrsg.). Psychische Komorbidität – Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: 2011.

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Kurzvortrag, Diskussion

Zeit circa 15 Minuten

Stellung von F-Diagnosen

- Approbationsvorbehalt
- Facharztstandard (*psychotherapeutische/psychiatrische/psychosomatische Qualifikation erforderlich*)
- Unterzeichner des Reha-Entlassungsberichtes verantwortet die Diagnose und diesbezügliche Behandlung
- auch durch Konsil möglich
- anderenfalls diagnostische Abklärung im E-Bericht empfehlen

Begründung F-Diagnose

- psychopathologischer Befund unabdingbar
- differentialdiagnostische Abklärung, ob z. B. die psychische Symptomatik durch körperliche Ursachen hervorgerufen wird (z. B. *Schilddrüsenproblematik, Herzerkrankung u. v. m.*) oder eine Medikamenten-nebenwirkung ist
- Erhebung einer störungsspezifischen Anamnese, ggf. Hinzuziehung von Vorbefunden und Behandlungsberichten
- nicht allein auf Ergebnissen standardisierter Testdiagnostik, strukturierter klinischer Interviews

Wann sollte auf F-Diagnosen verzichtet werden?

- wenn Vordiagnosen nicht gesichert sind oder wenn F-Diagnosen nicht handlungs- bzw. entscheidungsrelevant sind
- bei nicht ausreichendem Befund oder keinen ausreichenden Möglichkeiten der Befunderhebung, dann psychische Beschwerden/Verhaltensauffälligkeiten im Reha-Verlauf beschreiben und diagnostische Abklärung empfehlen
- Nachbehandler, Kostenträger und Sozialgerichte profitieren von einer guten Befund- und Verhaltensbeschreibung im Reha-Verlauf

Wann bedarf es einer F-Diagnose?

- um Empfehlung der psychotherapeutischen oder psychiatrischen (Weiter)Behandlung zu begründen
- um Psy-RENA empfehlen zu können
- psychische Diagnose muss dem Patienten auf jeden Fall erläutert werden
- bei Leistungseinschränkung, aufgrund der psychischen Diagnose, bedarf es zusätzlich eines Fähigkeitsbefundes

Funktionsdiagnosen

Funktionsdiagnosen stellen die ICD-10- Diagnose so dar, dass das Ausmaß einer daraus folgenden Einschränkung körperlicher oder psychomentaler Funktionen oder das Fehlen einer solchen Einschränkung deutlich wird.

Beispiele für Funktionsdiagnosen

ICD–10 Diagnose	Funktionsdiagnose
Zwangsstörung	ausgeprägte Zwangshandlungen in Form von Kontrollzwängen mehrere Stunden im häuslichen Umfeld
schwere depressive Episode	ausgeprägte Antriebsschwäche, kann Selbstversorgung nur mit Unterstützung anderer Personen leisten
somatoforme Störung	Gedanken und Handlungen konzentrieren sich fast ausschließlich auf wechselnde körperliche Missempfindungen
soziale Phobie mit Panikstörung	Vermeidung sozialer Situationen außerhalb des häuslichen Umfelds

Z-Diagnosen

- psychische Belastungen ohne Krankheitswert können auch mithilfe von Z-Diagnosen erfasst werden
- sie kennzeichnen aktuelle Lebensprobleme oder krankheitsbedingte Belastungen, die per se keine eigene Erkrankung darstellen, aber zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen können (z. B. *außerordentliche Stressbelastung*)
- im Reha-Entlassungsbericht: nur dann, wenn sie handlungsleitend sind

Standardisierte Testverfahren

- sowohl Screeningfragebögen als auch störungs-spezifische Testverfahren allein können keine psychische Diagnose begründen
- Testergebnisse müssen immer in der Zusammen-schau mit einer klinischen Befunderhebung und Anamnese dargestellt und bewertet werden

Arbeitsunfähigkeit

psychische Funktionseinschränkung als Grund einer Arbeitsunfähigkeit bedarf Fähigkeitsbefund:

Leitfrage:

„Welche psychische Funktionseinschränkung führt zur Aktivitätsbeeinträchtigung auf dem aktuellen oder dem potentiellen Arbeitsplatz?“



Erwerbsunfähigkeit

- **fachärztliche Qualifikation des Begutachters** muss im Entlassungsbericht deutlich werden, anderenfalls Empfehlung einer nachfolgenden psychiatrischen Begutachtung
- **Empfehlung dieser Begutachtung muss in der Epikrise** mit Beschreibung der Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen begründet werden, Befunde des gesamten Reha-Teams können hierbei hinzu gezogen werden



Zusammenfassung der Aufgabenstellung

- Psychologen/Psychotherapeuten untersuchen und befunden psychische Funktionen und formulieren ggf. eine (*Verdachts*)Diagnose (*F- bzw. Z-Diagnose*)
- dieser Befund kann eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit begründen
- Psychologische Psychotherapeuten können psychische Störungen feststellen, dürfen aber nicht den Verdacht der psychisch bedingten Erwerbsminderung begutachten
- die F-Diagnose im E-Bericht hat der leitende Arzt zu verantworten

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

1.5 Psychische Fähigkeitsdiagnostik vor dem Hintergrund der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Lehrziel

Die Teilnehmenden können psychische Fähigkeiten beschreiben.

Begründung

Im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation ist im Reha-Entlassungsbericht bei der individuellen Darstellung der Fähigkeiten eines Rehabilitanden von dem Begriff der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF auszugehen. Diesem liegt eine Wechselbeziehung zwischen dem bestehenden Gesundheitsproblem eines Rehabilitanden und seinen Kontextfaktoren zugrunde. Dabei können Förderfaktoren und Barrieren den Zustand der Funktionsfähigkeit des Rehabilitanden beeinflussen.

Für eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ist zu analysieren, ob auf der Grundlage des erhobenen psychopathologischen Befundes und der störungsspezifischen Anamnese Einschränkungen der Funktionsfähigkeit des Rehabilitanden abgeleitet werden können. Das erstellte Fähigkeitsprofil des Rehabilitanden muss dabei den Anforderungen des individuellen sozialmedizinisch relevanten Kontextes, z. B. dem aktuellen konkreten Arbeitsplatz, gegenübergestellt werden. Wechselwirkungen mit den Kontextfaktoren müssen ggf. bei der Beurteilung berücksichtigt werden.

Inhalt

- Funktionsfähigkeit, Fähigkeitsdiagnostik
- Beurteilung der Funktionsfähigkeit für den sozialmedizinisch relevanten Kontext
 - auf der jeweils konkreten Arbeitsstelle (Arbeitsfähigkeit)
 - im jeweils spezifischen Berufsfeld (Berufsfähigkeit)
 - auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
 - am Leben in der Gemeinschaft
- Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen
 - mentale Funktionen (Psychopathologie)
 - Fähigkeiten („Aktivitäten“)
 - Umwelt und Partizipation (Erfüllung von Rollenanforderungen bzw. Einbezogenheit in eine Lebenssituation)

Material

- Folien (siehe Seiten 42 - 49)

- Handouts:

- Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit (ICF) (siehe Seite 50)
- Mini-ICF-APP Schaubild (siehe Seite 51)
- Grotkamp, S. et al. (2019). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik DGSMP – Langfassung.

Broschüre: DRV Bund (Hrsg.). Exploration mittels Mini-ICF. Berlin: 2018.

Ansichtsexemplare:

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Göttingen: Huber, 2015.

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: Huber, 2015.

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag (45 Minuten), Kleingruppenarbeit (30 Minuten)

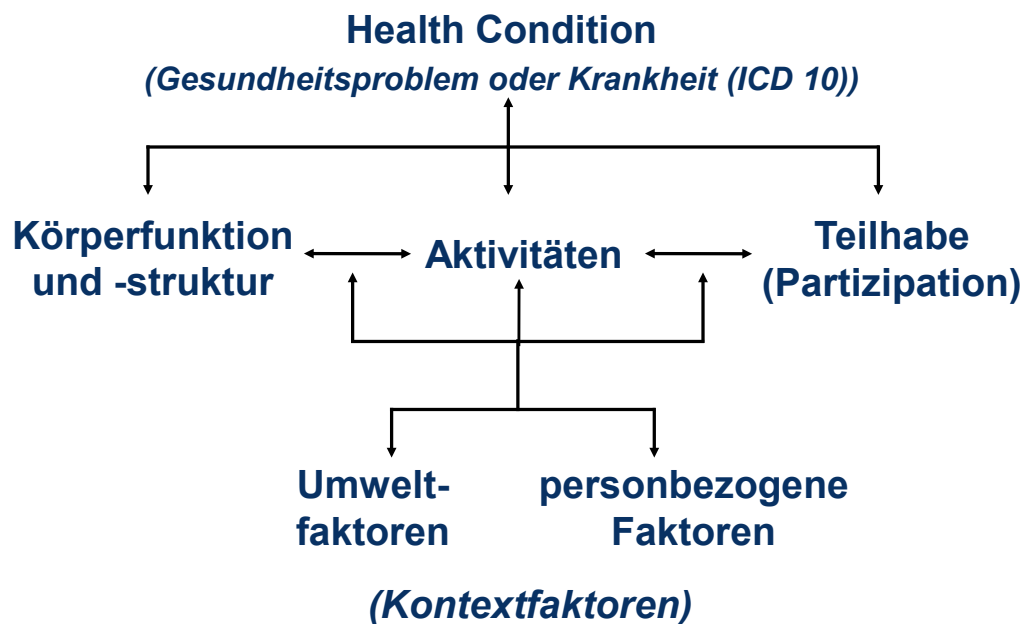
Jede Kleingruppe entwickelt ein Fallbeispiel. Das Fallbeispiel umfasst den psychischen Befund und die störungsspezifische Anamnese, die daraus resultierende Funktionsdiagnose und Fähigkeitseinschränkungen, die bestehenden Anforderungen auf dem Arbeitsplatz und die Prognoseabschätzung. Als Arbeitsmaterialien können die Handouts mit dem ICF Schema, dem Schaubild der Mini-ICF-APP, die Langfassung personbezogener Faktoren der DGSMP und die Anleitung zur Exploration mittels Mini-ICF (DRV Bund, 2018) genutzt werden. Anschließend werden die Fallbeispiele in der Gesamtgruppe zur Diskussion gestellt (45 Minuten).

Zeit circa 120 Minuten

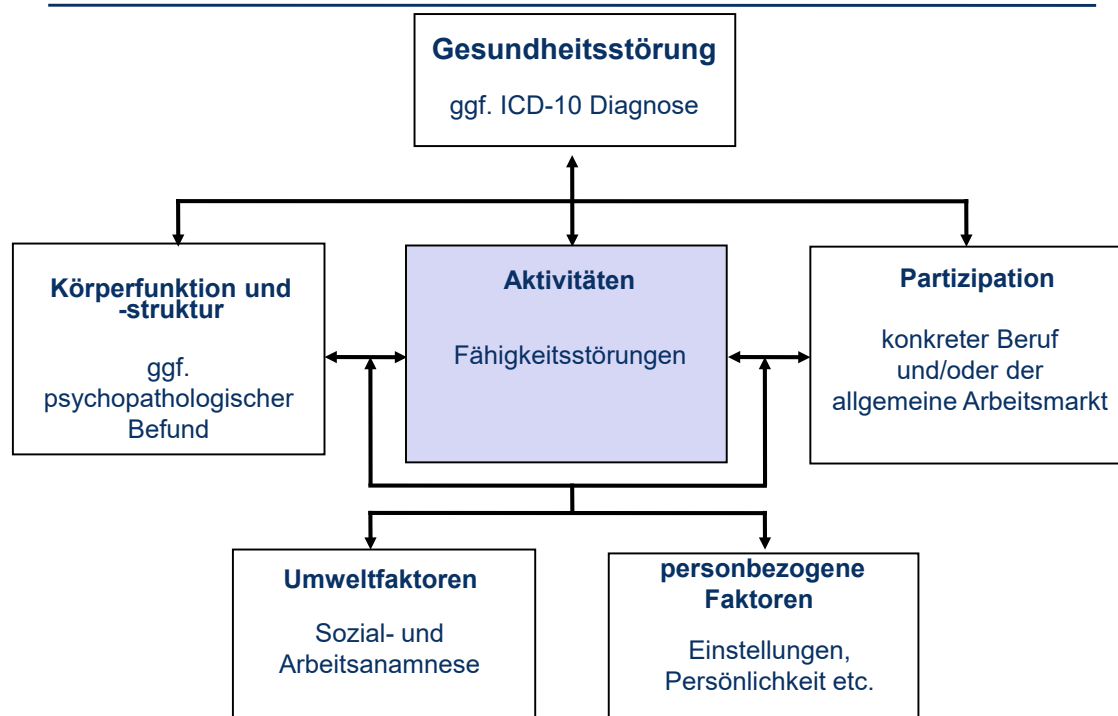
Anmerkung

Alternativ können auch Diagnosen für die Kleingruppenarbeit vorgegeben oder ausgewählt werden. In diesem Fall können die störungsspezifischen Lehrziele (LZ 3.1 bis 3.5 im Anhang) genutzt werden.

Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit



Teilhabe/Partizipation: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung



Fähigkeitsdiagnostik

→ Beschreibung von Handlungen oder Leistungen, die aus den Fähigkeiten ableitbar sind

Leitfrage:

„Können noch entsprechende fähigkeitsabhängige Handlungen ausgeführt werden?“

→ Methode der Verhaltensbeschreibung

Methoden der Verhaltensbeschreibung

Beispiel: Kommunikationsfähigkeit

→ Fähigkeit operationalisiert als konkretes **Verhalten**:

„Wenn Sie mit ihren Kollegen zusammen Pause haben, bleiben sie dann für sich allein oder kommen Sie mit den Kollegen ins Gespräch?“

→ **situativer Kontext**: entscheidend ist, was üblicherweise ausgeführt wird

Fähigkeitsdiagnostik

zu berücksichtigen und abzugleichen sind

- die **subjektive Einschätzung** des Rehabilitanden seiner **Fähigkeiten** und
- die **Verhaltensbeobachtung** unter **Anforderungsbedingungen**

Reha als Anforderungssetting nutzen

- Kommunikations-/Sozialverhalten in therapeutischen Gruppen/Lehrküche
- Sozialverhalten in therapiefreier Zeit

Mini-ICF-APP (Linden et al., 2015)

Beschrieben werden 13 Fähigkeitsdimensionen, die bei psychischen Störungen beeinträchtigt sein können:

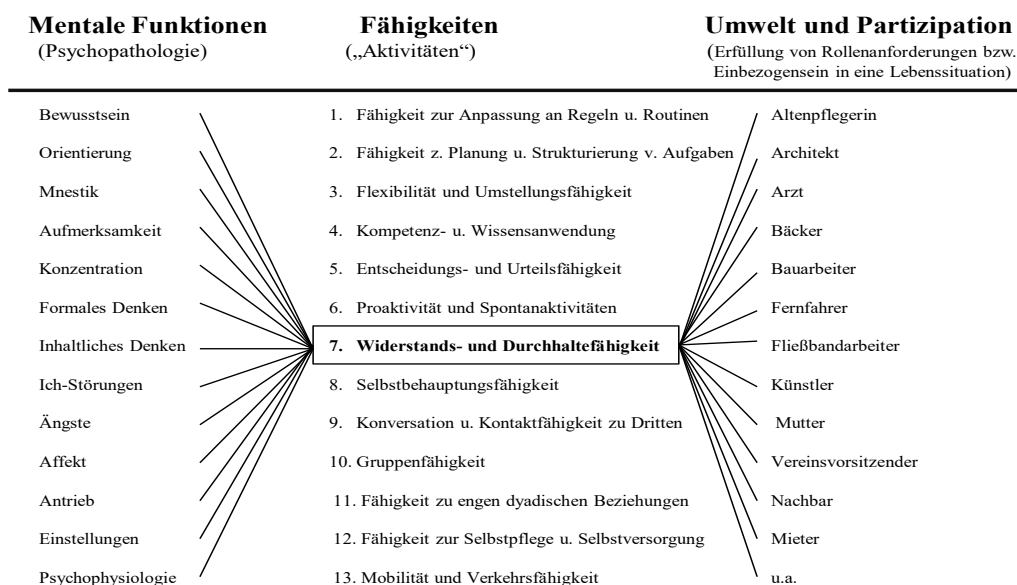
1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen
2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
4. Kompetenz- und Wissensanwendung
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
6. Proaktivität und Spontanaktivitäten
7. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit
8. Selbstbehauptungsfähigkeit
9. Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten
10. Gruppenfähigkeit
11. Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen
12. Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung
13. Mobilität und Verkehrsfähigkeit



Mini-ICF-APP-Ratingbogen

zu beurteilende Fähigkeit	Beeinträchtigung				
	keine	leicht	mittelgradig	schwer	vollständig
1. Anpassung an Regeln und Routinen Fähigkeit, sich an Regeln zu halten, Termine verabredungsgemäß wahrzunehmen und sich in Organisationsabläufe einzufügen. Dies beinhaltet bspw. die Erfüllung von täglichen Routineabläufen, Einhalten von Verabredungen, pünktliches Erscheinen.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2. Planung und Strukturierung von Aufgaben Fähigkeit, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, d. h. angemessene Zeit für Aktivitäten (Arbeit, Haushaltsführung, Erholung und andere Tages- und Freizeitaktivitäten) aufzuwenden, die Reihenfolge der Arbeitsabläufe sinnvoll zu strukturieren, diese wie geplant durchzuführen und zu beenden.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit Fähigkeit, sich im Verhalten, Denken und Erleben wechselnden Situationen anzupassen, d. h. inwieweit der Proband in der Lage ist, je nach Situation unterschiedliche Verhaltensweisen zu zeigen. Dies kann Veränderungen in den Arbeitsanforderungen, kurzfristige Zeitveränderungen, räumliche Veränderungen, neue Sozialpartner oder auch die Übertragung neuer Aufgaben betreffen.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Zusammenhang zwischen Funktionsstörungen, Fähigkeits- und Partizipationsbeeinträchtigungen (Mini-ICF-APP)



Quelle: M. Linden, S. Baron, B. Muschalla, M. Ostholt-Corsten (2015). Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Huber Verlag.



Aktuelle Partizipationsfähigkeit im Arbeitsleben

Beurteilung der Leistungsfähigkeit auf der
konkreten Arbeitsstelle:

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

→ Bedarf der Kenntnis bzw. Beschreibung der
Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes

Arbeitsfähigkeit bei Arbeitslosen und Erwerbsminderung



- Kontext: allgemeiner Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung der Personenfaktoren
(z. B. *Alter, Geschlecht, Körperkraft, Intelligenz*)
- Verweistätigkeit muss potentiell vorhanden sein
(*mind. 300 Arbeitsplätze*)

Übersetzung in einen sozialmedizinischen Befund



Funktionsstörung

- depressive Verstimmung
- Antriebs- und Konzentrationsstörung

Fähigkeitsstörungen nach ICF

- Unfähigkeit, andere emotional zu stimulieren
- Unfähigkeit, über den Tag hinweg durchzuhalten
- Unfähigkeit, sich selbst zu behaupten

Außendienstmitarbeiter einer Pharmafirma:
kommunikative Fähigkeiten erforderlich, muss sich behaupten können und flexibel sein

Sachbearbeiter am Computer:
Durchhaltefähigkeit erforderlich, muss Arbeit strukturieren können

Briefträger, der zu Fuß Post verteilt:
beeinträchtigte Fähigkeiten kaum relevant für Tätigkeit, aber Wechselwirkung mit anderen Kontextfaktoren berücksichtigen

Partizipation: AU

Partizipation: AU

Partizipation: arbeitsfähig ?

Chronischer Zustand?

- Leistungen zur Teilhabe, Erwerbsminderung?



Exploration mittels Mini-ICF-APP

- Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychische Erkrankungen
- Ein Fallbeispiel
- Autoren: Michael Linden, Beate Muschalla, Stefanie Baron und Margarete Ostholt-Corsten



Fortbildungen für die medizinische Rehabilitation

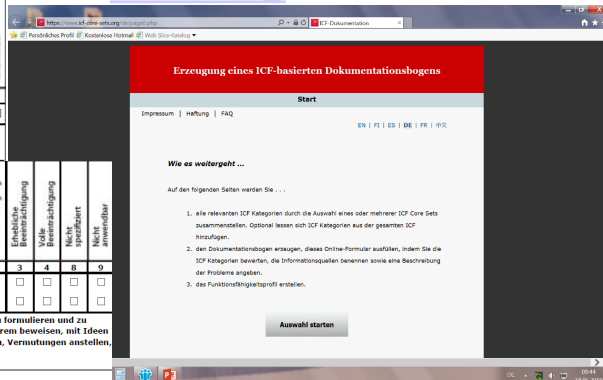
Praxisempfehlungen für die (Arbeits-) Fähigkeitsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen mit dem Mini-ICF-APP

- Ärzte
- Psychologen, Psychotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
- und alle an der sozialmedizinischen Beurteilung beteiligte Fachkräfte



KÖRPERFUNKTIONEN		Keine Schädigung									Leichte Schädigung									Mäßige Schädigung									Erhebliche Schädigung									Vollständige Schädigung									Nicht spezifiziert									Nicht anwendbar								
Physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen)																																																																
Wie groß ist das Ausmaß der Schädigung in ...		0									1									2									3									4									8									9								
b1263 Psychische Stabilität		☐									☐									☐									☐									☐									☐									☐								
Mentale Funktionen, die sich in einer Persönlichkeit äußern, die durch Ausgeglichenheit, Ruhe und Gefasstheit gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Reizbarkeit, Besorgtheit, Unbeständigkeit und Launenhaftigkeit		Informationsquellen: ☐ Anamnese ☐ Patientenfragebogen ☐ Klinische Untersuchung ☐ Technische Untersuchung		Beschreibung des Problems:		Umweltfaktoren		Bilden die materielle, soziale und einstellungbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein erfüllen.		In welchem Ausmaß erlebt die Person einen Förderfaktor oder eine Barriere in ...		Sie können ggfs. Umweltfaktoren gleichzeitig als Förderfaktor und Barriere bewerten.		+4		+3		+2		+1		0		1		2		3		4		8		9																														
e1101 Medikamente		☐									☐									☐									☐									☐									☐									☐								
Alle natürlichen oder vom Menschen hergestellten Produkte oder Substanzen, für medizinische Zwecke gesammelt, verarbeitet oder hergestellt, wie der heutigen Schulmedizin und der Naturheilkunde entsprechende Heilmittel/ Medikamente		Informationsquellen: ☐ Anamnese ☐ Patientenfragebogen ☐ Klinische Untersuchung ☐ Technische Untersuchung		Beschreibung		Wie groß ist die Beeinträchtigung in der		I = Leistung in ... LF = Leistungsfähigkeit in ...		Keine Beeinträchtigung		Leichte Beeinträchtigung		Mäßige Beeinträchtigung		Erhebliche Beeinträchtigung		Vollständige Beeinträchtigung		Nicht spezifiziert		Nicht anwendbar																																										
e310 Engster Familie		☐									☐									☐									☐									☐									☐									☐								
Personen, die in Kultur als engste Geschwister, Kollaterale, Exkl.: Erweiterter		Informationsquellen: ☐ Anamnese ☐ Patientenfragebogen ☐ Klinische Untersuchung ☐ Technische Untersuchung		Beschreibung		Denken		I		LF		0		1		2		3		4		8		9																																								
d163 Ideen, Konzepte und Vorstellungen - seien sie zielgerichtet oder nicht - zu formulieren und zu handhaben, allein oder mit anderen, wie eine Fiktion entwickeln, ein Theorem beweisen, mit Ideen spielen, Brainstorming betreiben, meditieren, Vor- und Nachteile abwägen, Vermutungen anstellen, überlegen (Exkl.: Probleme lösen (d175), Entscheidungen treffen (d177))		☐									☐									☐									☐									☐									☐																	

ICF basierter Dokumentationsbogen

www.icf-core-sets.org

Personbezogene Faktoren

(DGSMF)

Mögliche Wechselwirkung beachten

Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der DGSMF (2019) - Langfassung

Kapitel 3 - Mentale Faktoren

Stand 13.12.2019

Das Kapitel befasst sich mit den grundlegenden Faktoren der Persönlichkeit sowie kognitiven und mnестischen Faktoren, die als Förderfaktoren und Barrieren die Funktionsfähigkeit beeinflussen können. Enthalten sind Intelligenz und angeborene mentale Talente. Es betrifft nicht Schädigungen mentaler Funktionen. Haben die Merkmale Krankheitswert, werden sie nicht als personbezogener Faktor klassifiziert, sondern bei den mentalen Funktionen.

Faktoren der Persönlichkeit (i 310-349)

Hierbei handelt es sich um mentale Faktoren, die das Naturell einer Person betreffen, individuell auf Situationen zu reagieren, einschließlich der psychischen Charakteristika, die eine Person von anderen unterscheiden.

i 310 Extraversion

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Extraversion (Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit und Ausdrucksfähigkeit) auszeichnen, auf dem anderen durch Introversion (Zurückhaltung, Unabhängigkeit und Alleinsein).

i 315 Faktoren der Emotionalität

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, Ruhe und Gefasstheit auszeichnen, auf dem anderen durch Anspannung, Besorgnis und Verlegenheit.

S. et al. (2019). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik DGSMF – Langfassung. mp.de/wp-content/uploads/2019/12/191213_DGSMF_Systematik_zu_den_Personbezogenen_Faktoren_Langfassung.pdf (griff 01.09.2022).

Kleingruppenarbeit

Aufgabenstellung:

Entwicklung eines Fallbeispiels

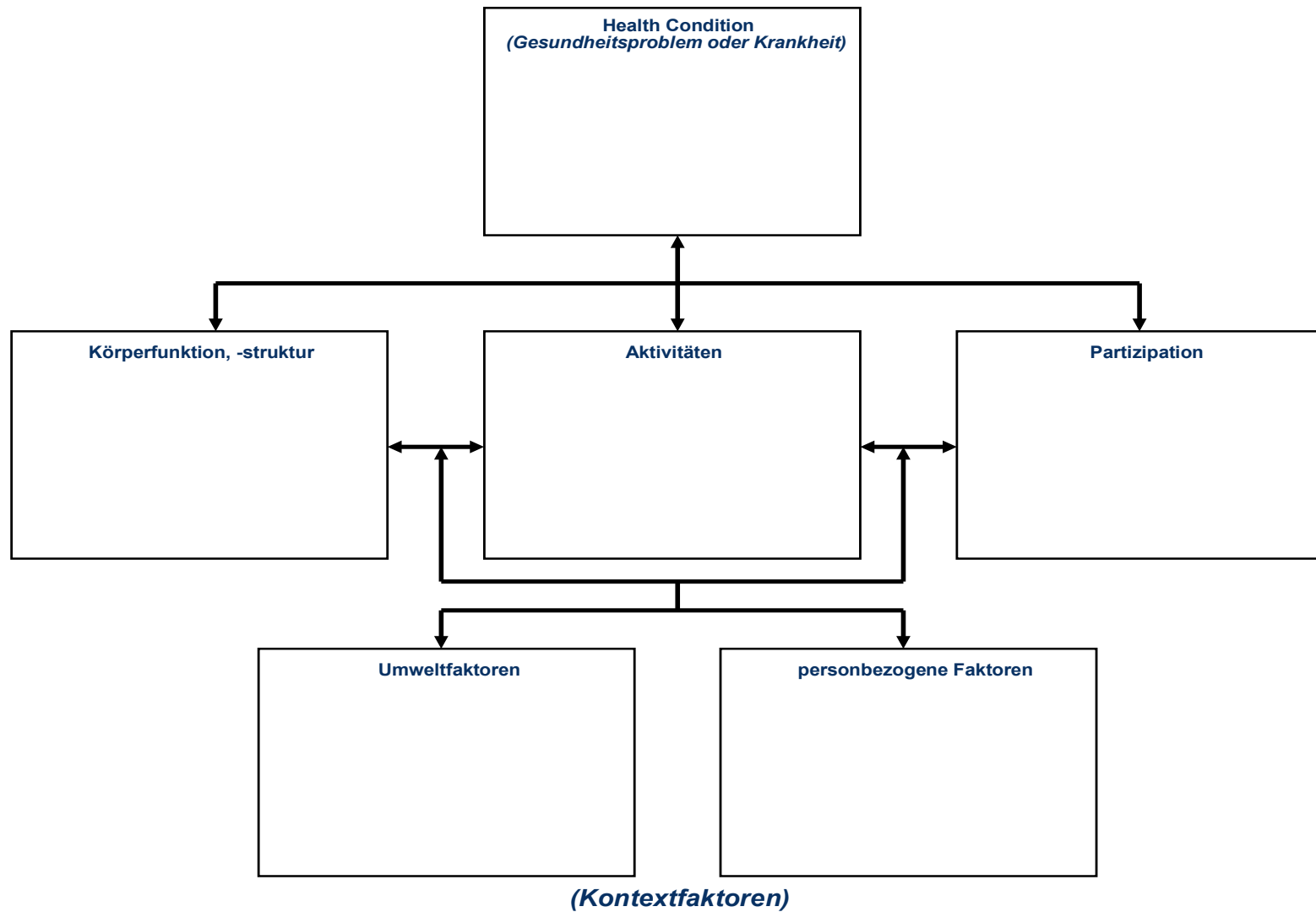
**Bitte formulieren Sie für einen fiktiven
Rehabilitanden anhand des ICF Schemas:**



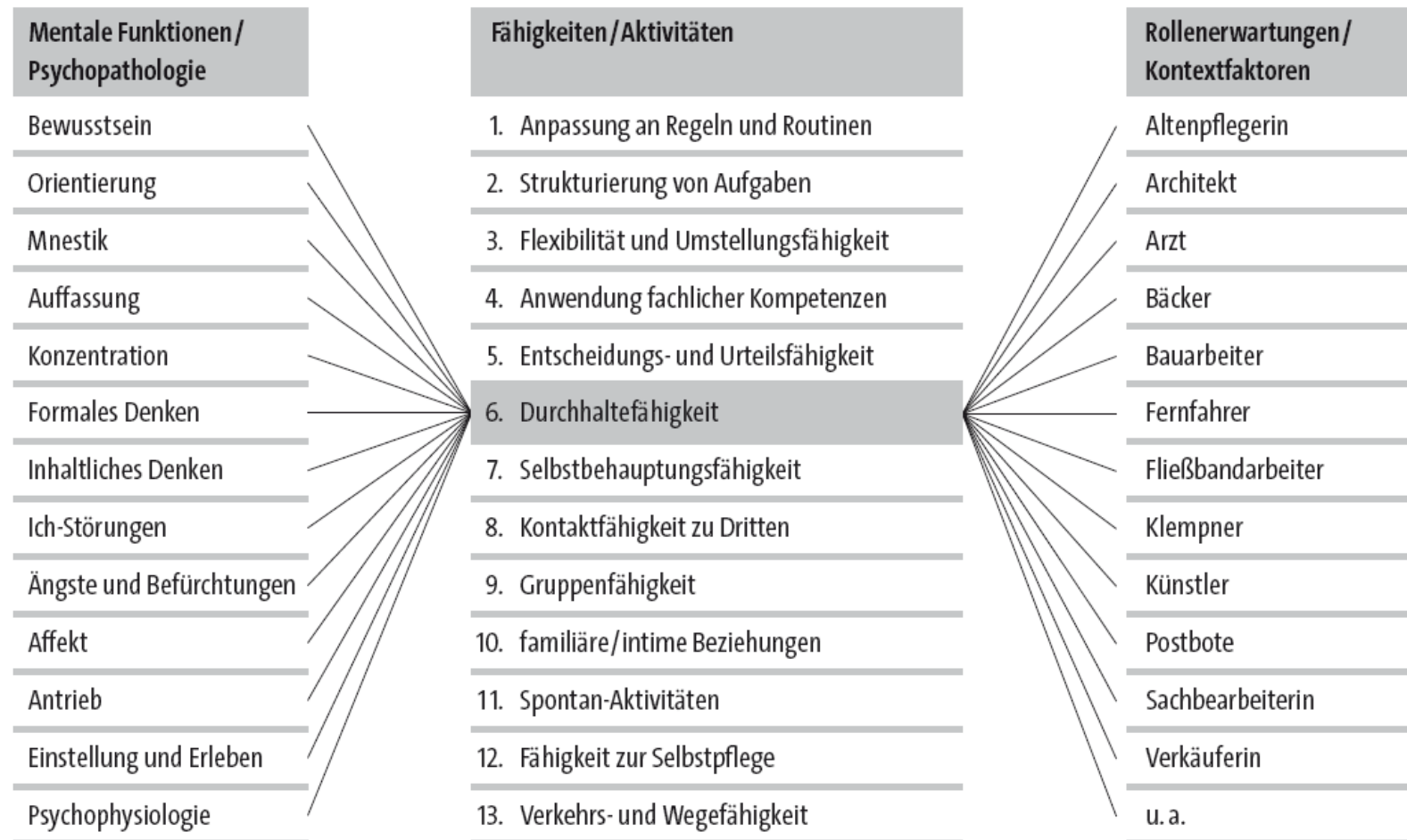
- den psychischen Befund und die störungsspezifische und die sozialmedizinische Anamnese,
- die daraus resultierende Funktionsdiagnose und Fähigkeitseinschränkungen,
- die bestehenden Anforderungen im Beruf, die unter Berücksichtigung der Fähigkeitseinschränkungen zur Arbeitsunfähigkeit führen
- erstellen Sie abschließend eine Prognoseabschätzung

Zeit: 30 Minuten Fallerstellung; 10 Minuten Fallvorstellung

Handout: Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit (ICF)



Handout: Mini-ICF-APP Schaubild



Modul 2a: Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 2

Themen

- psychologische Dokumentation und Reha-Entlassungsbericht
- Fallarbeit: Bewertung von Dokumentationsbeispielen
- Beschwerdvalidierung
- Rollenverständnis: Gutachter- und Therapeutenrolle

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Psychologen, Psychotherapeuten, die in der medizinischen Rehabilitation mit somatischen Indikationen tätig sind.

Leitung

Qualifikationen: Psychotherapeut mit sozialmedizinischer Expertise

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer/Laserpointer, Presenter
- Flipchart

Handouts

- Handzettel der Präsentationen, getrennt nach Themen (2 Folien pro Seite) oder das Manual des Moduls 2a
- DRV Bund (Hrsg.). Reader Psychologie und Psychotherapie. Berlin. 2020.
Kapitel 10: Berichterstellung.
Kapitel 11: Kommunikation, Dokumentation und Aufbewahrung von Rehabilitanden-
daten.
- Anforderungen an die Dokumentation – „Kleiner Leitfaden“
- Hinweise zur Erstellung von Abschlussberichten und Zusammenfassungen

Artikel

- Worringer, U., Kleinhans, M., Schmucker, D. Psychologische Dokumentation und Reha-Entlassungsbericht. In: Bengel, J., Mittag, O. Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. 2. Auflage. Springer-Verlag. 2020.

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der Seminareinheit können die Teilnehmenden ihren Beitrag für den Reha-Entlassungsbericht benennen. Sie kennen Empfehlungen zur Dokumentation. Sie können negative und positive Antwortverzerrungen bei Rehabilitanden erläutern und haben einen Überblick über Möglichkeiten der Beschwerdenvvalidierung. Die Informationen zum Thema Rollenverständnis und Rollenkonflikte, die mit der therapeutischen und gleichzeitigen diagnostischen Tätigkeit im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in einer Rehabilitationseinrichtung einhergehen können, sensibilisieren die Teilnehmenden für diese Problemstellung. Sie haben Ansätze zum Umgang mit diesen Konfliktsituationen gelernt.

Hinweise

Es empfiehlt sich, den zweiten Teil mit einer kurzen Einstiegs-/Begrüßungsrunde zu beginnen, um Fragen, Anmerkungen und Bedürfnisse der Teilnehmenden in den Ablauf zu integrieren.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

2.1 Dokumentation und Beitrag zum Entlassungsbericht

Lehrziel

Die Teilnehmenden kennen die Anforderungen an die interne Dokumentation und an den Reha-Entlassungsbericht.

Begründung

Von dem in der medizinischen Rehabilitation tätigen Psychologen wird eine Dokumentation seiner Arbeit erwartet, die ihren Niederschlag in dem Reha-Entlassungsbericht findet. Der Arzt übernimmt den psychologischen Beitrag in der Zusammenschau der Gesamtbeiträge in den Reha-Entlassungsbericht. In Einzelfällen, zum Beispiel, wenn ambulante Psychotherapie oder eine psychosomatische Nachsorge empfohlen wird, kann zudem der gesamte psychologische Bericht dem Reha-Entlassungsbericht als Anlage beigefügt werden. Als Bestandteil des Reha-Entlassungsberichtes können der psychologische Befund und der Reha-Verlauf für die Rentenversicherung, den niedergelassenen Arzt oder weiterbehandelnden Psychotherapeuten eine wichtige prognostische Information darstellen.

Inhalt

- Anforderungen an die psychologische Dokumentation
- Erfahrungen und Erkenntnisse der Teilnehmenden aus der Hausaufgabe des Moduls 1: fünf Reha-Entlassungsberichte aus der eigenen Rehabilitationseinrichtung lesen
- Aufbau des Reha-Entlassungsberichtes
- psychologische Empfehlungen im Reha-Entlassungsbericht

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion der Erfahrungen der Teilnehmenden

Die Teilnehmenden reflektieren ihre Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Lesen der Reha-Entlassungsberichte der eigenen Rehabilitationseinrichtung.

Material

- Folien (siehe Seiten 56 - 60)
- Handout: Reader Psychologie und Psychotherapie (DRV Bund, 2020)
 - Kapitel 10: Berichterstellung
 - Kapitel 11: Kommunikation, Dokumentation und Aufbewahrung von Rehabilitationsdaten

- Handouts:

- Anforderungen an die Dokumentation – „Kleiner Leitfaden“ (siehe Seiten 61 - 62)
- Hinweise zur Erstellung von Abschlussberichten und Zusammenfassungen (siehe Seite 63)
- Handout oder Ansichtsexemplar: Worringen, U., Kleinhans, M., Schmucker, D. Psychologische Dokumentation und Reha-Entlassungsbericht. In: Bengel, J., Mittag, O. Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. 2. Auflage. Springer Verlag. 2020.

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

Als weiterführende Literatur empfehlen:

DRV Bund (Hrsg.). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2019.

DRV Bund (Hrsg.). Reader Psychologie und Psychotherapie. Aktuelle Informationen zur psychologischen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2020.

Teilnehmenden, die an Modul 1 teilgenommen haben, wurde die Broschüre „Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht“ im Modul 1 ggf. als persönliches Exemplar ausgehändigt.

Dokumentation psychologischer Befunde

1. Dokumentationspflicht
2. Aufbewahrung in gemeinsamer Patientenakte
3. Zugriffsrechte regeln
4. Rehabilitand hat Einsichtsrecht

Handout: Anforderungen an die Dokumentation – „Kleiner Leitfaden“

Die Dokumentation stellt den Nachweis professioneller, systematischer patientenbezogener Maßnahmen dar. Sie dient zur Darstellung des Leistungsgeschehens intern wie auch extern.

Die Spezialisten legen Standards/rechtliche Anforderungen fest:

- Studien, wissenschaftliche Veröffentlichungen
- Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften
- Rechtsprechung

Die Therapie-, Pflege-, und medizinische Dokumentation gilt als Durchführungsnachweis und sichert zudem die Behandlungskontinuität durch übersichtliche Verlaufsdarstellung/Aufgabenzuweisung:

- Sie sollte zur Praktikabilität auf das Wesentliche reduziert werden, aber alle notwendigen Aspekte enthalten.
- Routinemaßnahmen können z. B. auch im Rahmen der Teambesprechungen/Übergabe dokumentiert werden.
- Die Aufzeichnung ist für alle beteiligten Berufsgruppen ohne weitere Nachfrage als Handlungsanleitung verstehbar. „Doppeldokumentation“ ist zu vermeiden.
- Frage: „Welche Angaben benötigt mein Arbeitskollege, um Therapie, Pflege, Versorgung oder soziale Betreuung weiterführen zu können?“
- Stichworte können verwendet werden, solange Intimer ausgeschlossen sind.
- Bei Bedarf: Auf bestehende Standards, Richtlinien oder Leitlinien (ggf. Leitlinien) verweisen.
- Aussagen der Patienten/Angehörigen als Zitat dokumentieren.
- Notwendige Dokumentationszufälle: Formblätter (interne) Assessments immer auf ihre Aktualität und/oder Praktikabilität hin prüfen.

Wichtig: Besonderheiten sind unmittelbar zu erfassen. Festlegung des Vorgehens:

- bei unvorhersehbaren Veränderungen
- bei starker Verschlechterung
- der Zeitpunkt der geplanten Neuabschätzung
- Je gefährlicher die Situation, desto höhere Anforderungen sind an die Dokumentation zu stellen. Rücksprache mit der Therapiebereichsleitung oder dem zuständigen Ober-/ Chefarzt sollte erfolgen.
- Das Handlungsziel (Reha-Ziel) mit Berücksichtigung der Bedürfnisse des Rehabilitanden sollte erkennbar sein.
- Umfang der erforderlichen Unterstützung
- Beratung, Anleitung
- Strukturvorgaben: Die Anamnese, der Abschlussbericht etc. ist zeitnah entsprechend den Vorgaben zu erstellen.
- Die Auswertung der Verlaufsdokumentation ist gleich die Erfolgskontrolle therapeutischer Handlungen.
- Eine kontinuierlich, auf den Patienten angepasste Dokumentation.
- Evaluationen der Ergebnisse sind zu dokumentieren.

Handout: kleiner Leitfaden zur Dokumentation

Reader Psychologie und Psychotherapie

Bereich Psychologie/Gesundheitstraining
der Deutschen Rentenversicherung Bund

Reader Psychologie und Psychotherapie

→ aktuelle Informationen zur psychologischen und psychotherapeutischen Arbeit in den somatischen Indikationen der medizinischen Rehabilitation

Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Dokumentationsbogen Psychische Befundung

Psychische Befundung

durch Psychologen / Psychotherapeuten / Ärzte in
der somatischen Rehabilitation

Name, Vorname des / der Rehabilitand/in: _____ Name und Beruf des Untersuchers: _____

Datum der Untersuchung(en): _____ Psychische Funktionseinschränkung
gegeben ☐

☐ Aktuelle Fähigkeitseinschränkung für die Arbeit aus psychischer Sicht gegeben

Psychischer Befund

Selbstgeschilderte psychische
Beschwerden des / der
Rehabilitand/in

Psychopathologie /
psychische Funktions-
einschränkungen aus Sicht
des Untersuchers

Störungsspezifische
Anamnese

Aktuelle oder bisherige
psychotherapeutische
/ psychiatrische Behandlung

Bisherige oder aktuelle:
Psychopharmaka oder Opiate

Ergebnisse psycho-
diagnostischer Testverfahren

Ggf. F-Diagnose(n) in
Vorbefunden, aktuelle
diagnostische Einschätzung
(F-Diagnose)

Dokumentationsbogen Psychischer Befund in der somatischen Rehabilitation

Seite 1 von 2

Arbeitsbezogener Befund

Aktuelle Anforderungen auf
dem Arbeitsplatz, denen sich
der Rehabilitand psychisch
nicht gewachsen fühlt

Aktuelle Fähigkeitseinschränkungen für den
konkreten Arbeitsplatz aus
Sicht des Untersuchers

Psychologische / ärztliche
Empfehlung / Prognose

Weitere Anmerkungen und / oder Zusammenfassung des psychischen Befundes:

Dokumentationsbogen Psychischer Befund

Seite 2 von 2

Dokumentationsbogen Psychologische Beratung

Dokumentation Psychologische Beratung / Psychotherapie		Name des Psychologen/ Psychotherapeuten:	
Name, Vorname des/ der Rehabilitand/in:		Datum der Einzelgespräche:	
Art und Anzahl der KTL Leistungen			
Psychologische Beratung in Konfliktsituationen F551 ☐		Psychologische Beratung zur Besprechung von Testergebnissen F553 ☐	
Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen F552 ☐		Psychologische Beratung zu allgemeinen Problemstellungen F554 ☐	
Orientierende psychologische Beratung F555 ☐		Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation einzeln G 71 ☐	
Zuweisung: ☐ Arzt / der Ärztin ☐ Rehabilitand / Rehabilitandin ☐ Screening ☐ Anderes:			
Personenbezogene Angaben			
Beruf / Tätigkeit:			
Krank / arbeitslos seit:			
Partnerschaft ☐ Ja ☐ Nein		Partnerschaft seit:	
Angaben zur Partnerschaft / zum Partner:			
Kinder ☐ Ja ☐ Nein		Anzahl:	
Angaben zu den Kindern:			
ggf. Herkunftsland:			
Persönliche und soziale Ressourcen, krankheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, Leistungsmotivation			
Ziele und Ergebnisse der psychologischen Beratung / Psychotherapie			
Ziel(e)			
Ergebnis(se)			
Dokumentationshilfe Psychologische Einzelgespräche Seite 1 von 2			
Inhalte der Beratung / Psychotherapie			
Akute Entlastung, Krisenintervention, Suizidalität			
Berufliche Problemstellung			
Familiäre Problemstellung			
Krankheitsbezogene Problemstellung, subjektives Krankheitskonzept, krankheitsbezogenes Selbstmanagement sonstiges			
Psychologische Empfehlungen für die Rehabilitation			
Psychiatrisches / Psychosomatisches Konsil (Beobachtungs-)Aufgabe(n) für das Reha-Team			
Informationen/Selbsthilfelimaterial			
Notfallplan			
Nachverordnung:		☐ Weitere Einzelgespräche ☐ Psychologische Gruppe: ☐ Entspannungsverfahren: ☐ Sonstiges:	
Psychologische Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation			
Weitere psychodiagnostische Abklärung			
Psychiatrische Begutachtung zur Leistungsbeurteilung			
Selbsthilfegruppe			
Ambulante Psychotherapie			
Psy-RENA			
IRENA mit psychologischen Inhalten			
sonstiges			
Sonstige Angaben / Anmerkungen:			
Dokumentationshilfe Psychologisches Einzelgespräche Seite 2 von 2			

Dokumentation Psychologische Gruppenintervention		Name des Psychologen/ Psychotherapeuten:	
Name, Vorname des/ der Rehabilitand/in:		Datum der Gruppentermine:	
Art und Anzahl der KTL Leistungen			
Psychologische Gruppenspezifisch F560 ☐		Psychologische Gruppenarbeit: Stressbewältigung F571 ☐	
Psychologische Gruppenarbeit: Schlaftraining F572 ☐		Psychologische Gruppenarbeit: Schmerzbewältigung F574 ☐	
Psychologische Gruppenarbeit: Ernährungsverhalten F573 ☐		Psychologische Gruppenarbeit: Umgang mit Angst und Trauer F575 ☐	
Psychologische Gruppenarbeit: Umgang mit Alkohol F576 ☐		Psychologische Gruppenarbeit: Umgang mit Medien F577 ☐	
Psychologische Gruppenarbeit: Tabakentwöhnung F578 ☐		Psychologische Gruppenarbeit: sonstige F579 ☐	
Psychoedukative Gruppenarbeit: Genusstaining F581 ☐		Psychoedukative Gruppenarbeit: Motivationstraining F582 ☐	
Psychoedukative Gruppenarbeit: sonstige F589 ☐			
Zuweisung: ☐ Arzt / der Ärztin ☐ Rehabilitand / Rehabilitandin ☐ Psychologe / Psychotherapeut/in ☐ Andere:			
Inhalte der Gruppenintervention			
Informationsvermittlung			
Einstellungsänderung			
Verhaltensänderung			
Dokumentationshilfe Psychologische Gruppeninterventionen Seite 1 von 2			
Persönliche Ziele und Ergebnisse des/der Rehabilitand/in in der Gruppe			
Ziel(e)			
Ergebnis(se)			
Anmerkungen:			
Dokumentationshilfe Psychologisches Einzelgespräche Seite 2 von 2			

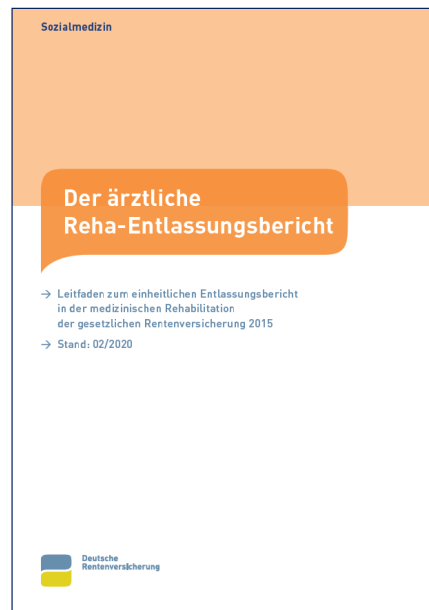
Der Reha-Entlassungsbericht

so kurz wie möglich unter
Einhaltung der vorgegebenen
Gliederung

anschauliche Darstellung,
inhaltliche Verständlichkeit und
Nachvollziehbarkeit

sprachliche Prägnanz und Kürze
bei hohem Informationsgehalt

Verdichtung der im Reha-Team
erhobenen Informationen zu einer
Gesamtdarstellung



Hausaufgabe zu Modul 2

**Bitte lesen Sie fünf Reha-Entlassungsberichte aus
Ihrer Rehabilitationseinrichtung!**

Fragestellungen

- An welcher Stelle des Reha-Entlassungsberichtes haben Sie Beschreibungen von Therapieverläufen und –ergebnissen ihrer Berufsgruppe gefunden?
- An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht gehören die Therapieverläufe und –ergebnisse Ihrer Berufsgruppe aufgeführt?
- Welche Inhalte würden Sie gern zum Reha-Entlassungsbericht beitragen?



Häufige Mängel in E-Berichten (Hütte, 2018)

- nur Selbstbericht des Rehabilitanden
- Befund bezieht sich nur auf Fragebogen- und Testergebnisse
- Diagnose wird unkommentiert aus Vorbefunden übernommen
- unstimmgiger Befund
- Befund rechtfertigt keine F-Diagnose
(*Befund unauffällig oder zu knapp*)
- keine tiefergehende Diagnostik trotz F-Diagnose



Reha-Entlassungsbericht Blatt 2 ff.

Gliederung

1. Anamnese
2. Sozialmedizinische Anamnese
3. Aufnahmebefund, Diagnostik während Rehabilitation
4. Reha-Prozess und –Ergebnis
5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen



Empfehlung Weiterbehandlung

- psychosomatische Grundversorgung bei Haus- oder Facharzt
- Richtlinienpsychotherapie bei Facharzt oder Psychotherapeuten
- Akutkrankenhaus (*Psychiatrie/Psychosomatik*)
- multimodale Schmerztherapie
- Reha-Nachsorge: IRENA, Psy-RENA

Jede Empfehlung soll im E-Bericht begründet sein.



Psy-RENA

- psychotherapeutische Nachsorge für Rehabilitanden aus psychosomatischer und somatischer Reha, nur bei F-Diagnose möglich
- Gruppensetting (*Gruppenfähigkeit muss gegeben sein*)
- 25 Termine in dem Jahr nach der Reha
- Rückkehr zur Arbeit steht im Vordergrund
- Empfehlung und Einleitung durch Reha-Einrichtung oder durch behandelnden Arzt/Psychotherapeuten (*bis zu 4 Wochen nach Reha*)

Handout: Anforderungen an die Dokumentation – „Kleiner Leit-faden“

Die Dokumentation stellt den Nachweis professioneller, systematischer patientenbezogener Maßnahmen dar. Sie dient zur Darstellung des Leistungsgeschehens intern wie auch extern.

Die Spezialisten legen Standards/rechtliche Anforderungen fest:

- Studien, wissenschaftliche Veröffentlichungen
- Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften
- Rechtsprechung

Die Therapie-, Pflege- und medizinische Dokumentation gilt als Durchführungsnachweis und sichert zudem die Behandlungskontinuität durch übersichtliche Verlaufsdarstellung/Aufgabenzuweisung.

- Sie sollte zur Praktikabilität auf das Wesentliche reduziert werden, aber alle notwendigen Aspekte enthalten.
- Routinemaßnahmen können z. B. auch im Rahmen der Teambesprechungen/Übergabe dokumentiert werden.
- Die Aufzeichnung ist für alle beteiligten Berufsgruppen ohne weitere Nachfrage als Handlungsanleitung verstehbar. „Doppeldokumentation“ ist zu vermeiden.
- Frage: „Welche Angaben benötigt mein Arbeitskollege, um Therapie, Pflege, Versorgung oder soziale Betreuung weiterführen zu können?“
- Stichworte können verwendet werden, solange Irrtümer ausgeschlossen sind.
- Bei Bedarf: Auf bestehende Standards, Richtlinien oder Leitlinien (ggf. klinikinterne) verweisen.
- Aussagen der Patienten/Angehörigen als Zitat dokumentieren.
- Notwenige Dokumente/auszufüllende Formblätter/(interne) Assessments immer auf ihre Aktualität und/oder Praktikabilität hin prüfen.

Wichtig:

Besonderheiten sind unmittelbar zu erfassen. Festlegung des Vorgehens:

- bei unvorhersehbaren Veränderungen
- bei stetiger Verschlechterung
- der Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung
- Je gefahrenträchtiger eine Situation, desto höhere Anforderungen sind an die Dokumentation zu stellen. Rücksprache mit der Therapiebereichsleitung oder dem zuständigen Ober-/ Chefarzt sollte erfolgen.
- Das Handlungsziel (Reha-Ziel) mit Berücksichtigung der Bedürfnisse des Rehabilitanden sollte erkennbar sein.
 - Umfang der erforderlichen Unterstützung
 - Beratung, Anleitung
- Strukturvorgaben: Die Anamnese, der Abschlussbericht etc. ist zeitnah entsprechend den Vorgaben zu erstellen.
- Die Auswertung der Verlaufsdokumentation ist gleich die Erfolgskontrolle therapeutischer Handlungen.
- Eine kontinuierlich, auf den Patienten angepasste Dokumentation.
- Evaluationen der Ergebnisse sind zu dokumentieren.

Wichtiger Hinweis:

Alles, was dokumentiert wurde, hat stattgefunden und ist vollständig und richtig wiedergegeben. Umkehrschluss: Was nicht dokumentiert wurde, hat auch nicht stattgefunden.

Das Vorgehen zum Umgang mit Anfragen zur Einsichtnahme in die Dokumentation durch Patienten/Angehörige gilt es vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes zuvor zu klären. Hierbei sind vorliegende Einverständniserklärungen zu beachten.

Gesetzliche Grundlage Patientenrechtegesetz (2013):

§ 630f Absatz 1 BGB verpflichtet den Behandelnden, zur Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung, eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicher zu stellen.

§ 630g Absätze 1 und 2 BGB

„(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen....“

„(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.“

Handout: Hinweise zur Erstellung von Abschlussberichten/ Zusammenfassungen

wichtig:

- Festlegung der Berichtsform: Der Bericht ist immer in der **Vergangenheitsform** zu erstellen.
- Beginn grundsätzlich mit einem einleitenden Satz, wie z. B. „In der psychologischen Beratung wurde...“
- Einigung auf einheitliche Bezeichnung des Rehabilitanden im Entlassungsbericht
- keine fachspezifischen Abkürzungen verwenden
- einen beschreibenden Fließtext formulieren
- Individuelle Aussagen nur zum jeweiligen/eigenen Fachbereich treffen: Sachliche Informationen über den aktuellen Status, den der Rehabilitand zeigt.
- Das Fazit als grundsätzlich alltagsorientierter Bezug (Grad/Umfang der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten) beschreiben.
- Ggf. Empfehlungen zu weiterführenden psychologischen Maßnahmen vorschlagen und begründen.

Irrelevante Informationen nicht aufführen.

- Beschreibungen der Vorgehensweise im Rahmen der Therapie nur in der Verlaufsdokumentation ausformulieren.
- Keine therapiespezifischen Eigennamen verwenden.
- Ausführliche psychologische Befunde (Assessments etc.) sind nur für Informationsweitergabe im Team, zur Darstellung der psychologischen Befundung und zur Übergabe bei Urlaub oder Krankheit im psychologischen Team vorgesehen.

Skalen und Scores:

- prägnante Ergebnisse aus Testverfahren etc. beschreibend darstellen
- Vergleichswerte zur Erfassung/Darstellung von Fortschritten

Archivierung der Dokumentationen soll entsprechend der internen Vorgaben (Dokumentenmanagement) umgesetzt werden.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	-------------	---------------------------

2.2 Fallarbeit psychologische Dokumentation

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Güte einer psychologischen Falldokumentation einschätzen.

Begründung

Die Teilnehmenden wenden ihr Wissen zu den Anforderungen an die psychologische Dokumentation und den Reha-Entlassungsbericht auf zwei Fallbeispiele an. Sie können ihre eigene Kompetenz reflektieren und erweitern.

Inhalt

- individuelle Bewertung von zwei Fallbeispielen
- Diskussion der Güte der Fallbeispiele

Material

- Folie mit Aufgabenstellung (siehe Seite 65)
- Handouts
 - Fallarbeit - Fall 1 Frau Christian, Fallarbeit - Fall 2 Frau Jordan (siehe Seiten 66 – 68)
 - Bewertungsbogen (siehe Seite 69)

Hinweise zur Durchführung

Die Teilnehmenden lesen die beiden Fallbeispiele und bewerten, ob Diagnosen, psychischer Befund, Fähigkeitseinschränkungen und die Arbeitsunfähigkeitsbegründung plausibel sind. Für die Stillarbeit sind 30 Minuten einzuplanen. Es werden die beiden Fallbeispiele und der Bewertungsbogen ausgeteilt. Anschließend werden die beiden Fallbeispiele gemeinsam besprochen (45 Minuten).

Zeit circa 75 Minuten

Anmerkung

Alternativ zu dieser Fallarbeit kann auch eine diagnosespezifische Fallarbeit durchgeführt werden. Entsprechend alternative oder auch ergänzende Lehrziele finden sich im Anhang.

Stillarbeit (20 - 30 Minuten)

Psychologische Berichte/Befunde im Reha-Entlassungsbericht



1. Lesen Sie die beiden Fallbeispiele!
2. Bewerten Sie, ob Diagnosen, psychischer Befund, Fähigkeitseinschränkungen und Arbeitsunfähigkeitsbegründung plausibel sind!

Handout: Fallarbeit

Psychologische Inhalte im Reha-Entlassungsbericht

Fall 1: Frau Christian

Psychologische Diagnostik, Beratung und Stellungnahme

Zusammenfassung: Ausgeprägter Erschöpfungszustand mit depressiver Belastungsreaktion. Die Pat. war bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert. Im Kontakt freundlich zugewandt, gute Rehabilitationsmotivation. Keine formalen Denkstörungen, Introspektionsfähigkeit vorhanden. Chronisches Schmerzerleben und hohe berufliche wie familiäre Belastungen vor dem Hintergrund biographischer Defiziterfahrungen. Die Pat. war bereits wegen Depressionen 6 Monate in einer Tagesklinik.

Diagnostik: Die SCL90 ist ein Selbsteinschätzungsverfahren zur Feststellung verschiedener belastender psychischer Symptome, die im zeitlichen Rahmen von einer Woche beurteilt werden. T-Werte über 60 gelten als leicht auffällig, zwischen 65 und 70 als deutlich erhöht, von 70 - 74 als stark erhöht und von 75 - 80 als sehr stark erhöht. Es zeigten sich zu Reha-Beginn Auffälligkeiten in acht der neun Bereiche, außer phobische Angst, bei sehr stark auffälligem Gesamtindex GSI=75.

Im BDI-II (Becks-Depressions-Inventar) zur Selbsteinschätzung typischer depressiver Symptome entsprechen Werte unter 8... Die Pat. erreichte zu Reha-Beginn einen Wert von 24, was auf eine mittelschwere depressive Symptomatik hinweist.

Der Fragebogen AVEM... Zu Beginn des Aufenthaltes zeigte sich ein Mischtyp von gesundheitsgefährdenden Mustern (Typ A 43 %, Typ B 57 %) mit ungünstigen Ausprägungen bezüglich Verausgabung, Perfektionismus, Distanzierungsunfähigkeit, Lebenszufriedenheit, Erfolgserleben und hoher Resignationsbereitschaft bei Misserfolg.

Diagnose:

V.a. F32.1 Mittelschwere depressive Episode

V.a. F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Verlauf: Die Pat. nahm an einem intensiven psychologischen Gruppenprogramm teil. Das Schmerzkompetenztraining umfasst... (*Beschreibung des Therapieangebotes als Textbaustein*). Insgesamt erstreckte sich das Programm über 13 Zeitstunden. Es wurde Informationsmaterial einschließlich Literaturempfehlungen verteilt.

Es fanden zwei Einzelgespräche statt, in denen persönlich relevante Themen aus Familie, Biographie und Beruf vertieft und neue Kommunikations- und Handlungsstrategien erarbeitet wurden. Die Diagnostik wurde besprochen. Im Vordergrund standen familiäre Konflikte und Belastungen am Arbeitsplatz. Die Pat. sieht sich körperlich nicht mehr in der Lage, auf ihrem Arbeitsplatz zurückzukehren.

Ergänzend erfolgte die Teilnahme an einer Informationsveranstaltung zur psychologischen Unterstützung am Heimatort, wo grundsätzliche Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Psychotherapie, psychosozialer Beratung und Selbsthilfegruppen aufgezeigt wurden.

Reha-Ergebnis: Bezüglich Stimmung, schmerz- und stressbezogenem sowie persönlichem Kompetenzerleben konnten Verbesserungen erzielt werden.

Arbeitsfähigkeit: Aus psychischer Sicht war die Pat. aktuell nicht arbeitsfähig.

Empfehlungen: Der Pat. wurde empfohlen, die hier erarbeiteten alternativen Bewältigungsstrategien im Alltag umzusetzen und ihre begonnene Psychotherapie fortzuführen.

Fall 2: Frau Jordan

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

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

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

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

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

Verhaltensbeobachtung im Reha-Verlauf: Die Patientin erscheint regelmäßig zu den Therapien. Sie reagiert mit geäußertem Schmerzerleben in Situationen, in denen sie sich überfordert fühlte. Im Kontakt mit Mitpatienten wirkte die Patientin ungeübt und unsicher mit wenig Eigeninitiative in der Interaktion. Gruppengesprächsinhalten konnte sie folgen, es waren über 90 Minuten keine auffälligen Konzentrationsprobleme zu beobachten. Hin und wieder musste sie in der Ergotherapie-Handwerksgruppe oder bei Arbeiten am PC (kognitiver Leistungstest über 90 min) aufgrund von Schmerzerleben

kurze Pausen einlegen. Sie stand dann auf und ging einige Schritte durch den Raum. Sie brachte jedoch ihre Aufgaben innerhalb angemessener Zeitrahmen zu Ende.

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.

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.

Handout: Bewertung der psychologischen Berichte

Fragestellung: Sind die u. g. Punkte in den psychologischen Berichten prägnant und gut begründet? Was fehlt Ihnen ggf.?

	Frau Christian	Frau Jordan
F-Diagnosen		
Psychischer Befund Störungsspezifische Anamnese		
Fähigkeits- einschränkungen		
Einschätzung der Arbeitsfähigkeit		

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	--------------------

2.3 Beschwerdenvalidierung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Ziele, Inhalte und Umsetzung der Beschwerdenvalidierung bei der Erstellung eines fachspezifischen Befundes nennen.

Begründung

Eine wichtige Aufgabe bei der Erstellung eines fachspezifischen Befundes und einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ist die Klärung der Frage, ob und inwieweit die vom Rehabilitanden geklagten Beschwerden und Funktionseinschränkungen tatsächlich bestehen. Der Nachweis negativer und positiver Antwortverzerrungen muss nachvollziehbar und mit möglichst vielen Kriterien begründet sein. Neben Testverfahren zur Beschwerdenvalidierung stehen im Rehabilitationsalltag die Verhaltensbeobachtung im klinischen Setting sowie der interdisziplinäre Austausch im Reha-Team zur Validierung der geschilderten Beschwerden zur Verfügung. Das Wissen zu möglichen Antwortverzerrungen der Rehabilitanden im Klinikalltag und die Möglichkeiten, diese zu validieren, sensibilisiert die Teilnehmenden für diese Thematik und fördert ihre Handlungssicherheit.

Inhalt

- Definition Beschwerdenvalidierung
- negative Antwortverzerrungen: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation
- positive Antwortverzerrungen: Dissimulation
- Motivationslage des Rehabilitanden: willentliche Steuerbarkeit
- Differentialdiagnose: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation
- Beschwerdenvalidierungstests

Material

- Folien (siehe Seiten 72 - 79)
- Siehe weiterführende Literatur (unter Anmerkung)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion

Die Erfahrungen der Teilnehmenden zur Thematik Beschwerdenvalidierung sollen einbezogen werden. Die Teilnehmenden nach eigenen Erfahrungen mit zum Beispiel Rehabilitanden, die aggravieren oder simulieren, fragen. Wie wird im Rehabilitationsalltag mit solchen Rehabilitanden umgegangen? Welche Instrumente und Assessments werden für die Beschwerdenvalidierung genutzt?

Auf weiterführende Literatur verweisen.

Zeit circa 45 Minuten

Anmerkung

Der Nutzen des klinischen Settings und des Informationsaustausches im Reha-Team zur Validierung der vom Rehabilitanden geschilderten Beschwerden steht im Fokus dieses Lehrziels. Weiterführende Literatur finden sich in:

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Berlin, Springer, 7. Auflage, 2011.

DRV (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. August 2012 incl. Update 2018. Berlin 2018.

Mertens, T. (Hrsg.). Beschwerdenvalidierung in der Begutachtung, Klinik und Rehabilitation. Hogrefe. 2022

Proyer, R. T., Ortner T. M. Praxis der psychologischen Gutachtenerstellung. Bern: Hogrefe; 2. überarbeitete Auflage, 2017.

Radoschewski, F. M., Höhne, S., Michel, A. Abschlussbericht SoLeR-Projekt. 2013. SK2-Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. AWMF- Registernr. 051/029 (online Zugriff 01.09.2022: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-029.html>)

Walter, F., Petermann, F., Kobelt, A. (2012). Beschwerdenvalidierung: ein aktueller Überblick. Rehabilitation, 51, 342-348.

Austausch



- Kennen Sie Situationen mit Rehabilitanden, in denen die geschilderten bzw. demonstrierten Beschwerden nicht nachvollziehbar sind?
- Wie gehen Sie persönlich damit um? Gibt es Regelungen in Ihrer Reha-Einrichtung zum Umgang mit solchen Situationen?

Beschwerdenvalidierung

Definition

Überprüfung der Authentizität oder Glaubhaftigkeit

- der durch einen Rehabilitanden dargestellten Symptome
- der durch ihn geschilderten Beschwerden und
- der Ergebnisse, die dieser Rehabilitand in seiner Leistungsüberprüfung (z. B. Aufmerksamkeitstest) erzielt

Beschwerdenvalidierung

Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

Verdeutlichung

- minder schwere Ausgestaltung oder Überhöhung in der Beschwerdenschilderung oder Symptompräsentation

Aggravation

- zielbestimmte Beschwerdenübertreibung und/oder -ausweitung
- impliziert wird dabei, dass im Kern auch zum Begutachtungszeitpunkt authentische Beschwerden vorhanden sind

Simulation

- absichtliche, an einem Ziel ausgerichtete Vortäuschung von Symptomen oder fälschliche Schilderung von Beschwerden

Beschwerdenvalidierung

Positive Antwortverzerrungen in der Begutachtung

Dissimulation

- zielbestimmte Beschwerdenuntertreibung und/oder Überspielen von Beschwerden
- impliziert wird dabei, dass im Kern auch zum Begutachtungszeitpunkt authentische Beschwerden vorhanden sind

Beschwerdenvalidierung

Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

- ist häufig auf der Beobachtungsebene nicht zu klären
- wenn die Klärung offen bleibt, dann sind verschiedene Hypothesen gleichberechtigt zu diskutieren
- sollte unter Bezug auf die objektiven Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung im Gutachten ausdrücklich dargestellt werden, um nicht den Eindruck von Entscheidungssicherheit zu vermitteln, wo diese keineswegs vorliegt

Beschwerdenvalidierung

Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (1)

- Diskrepanz zwischen **Beschwerdenschilderung** (*einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen*) und **körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung** in der Untersuchungssituation
- wechselhafte und **unpräzise-ausweichende Schilderung** der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und **fremd-anamnestischen Informationen** (*einschließlich Aktenlage*)
- fehlende Modulierbarkeit der beklagten Beschwerden

Quelle: Widder et al. AWMF-Leitlinie.2007

Beschwerdenvalidierung

Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (2)

- Diskrepanz zwischen geschilderten **Funktionsbeeinträchtigungen** und zu eruierenden **Aktivitäten des täglichen Lebens**
- fehlen **angemessener Therapiemaßnahmen** und/oder Eigenaktivitäten zur Symptomlinderung trotz ausgeprägt beschriebener Beschwerden
- fehlende sachliche Diskussion **möglicher Verweistätigkeiten** bei Begutachtung zur beruflichen Leistungsfähigkeit

Quelle: Widder et al. AWMF-Leitlinie.2007

Beschwerdenvalidierung

Motivationslage des Rehabilitanden

Rehabilitand im Dilemma

1. Er möchte seine tatsächlichen oder vermeintlichen Leistungseinschränkungen gutachterlich anerkannt bekommen.
2. Es wird von ihm erwartet, dass er in der Untersuchungssituation seine maximale Leistungsfähigkeit schildert und zeigt.

Beschwerdenvalidierung

Motivationslage des Rehabilitanden

- **Überwinden der Symptomatik**
 - Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, gesellschaftlicher Abstieg
oder
- **Verharren in der Krankheit**
 - gesellschaftliche Akzeptanz, soziale Sicherung, Rente

Beschwerdenvalidierung

Willentliche Steuerbarkeit

Hinweise auf eine selbstbestimmte Steuerbarkeit der Beschwerden

- Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (z. B. *Beruf, Haushalt*), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (z. B. *Hobbys, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen*)
- trotz Rückzug von aktiven Tätigkeiten Beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen (z. B. *Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen*)

Beschwerdenvalidierung

Differentialdiagnose: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

1. Gesprächsführung

- wertfreies empathisches Erfragen anamnestischer Angaben
- Details eruieren, Bericht ausbauen lassen
- konsequentes Nachfragen bei Inkonsistenzen

Beschwerdenvalidierung

Differentialdiagnose: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

2. Verhaltensbeobachtung

- während Exploration, körperlicher Untersuchung, Testung
- Dauer der Untersuchung und Belastbarkeit über die Zeit
- mehrzeitiges Untersuchen, mehrere Untersucher

Beschwerdenvalidierung

Differentialdiagnose: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

3. weitere Möglichkeiten

- Symptomtagebuch
- Fremdanamnese
- testpsychologische Untersuchungen
- Symptomvalidierungstests
- ICF-Fragenkatalog
- Bestimmung von Medikamentenspiegeln

Beschwerdenvalidierungstests

- Test of Memory Malingering (TOMM)
- DOT Counting Test (Punktezahltest)
- Word Memory Test (WMT)
- Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest
- SRSI (self Reported Symptom Intensity)

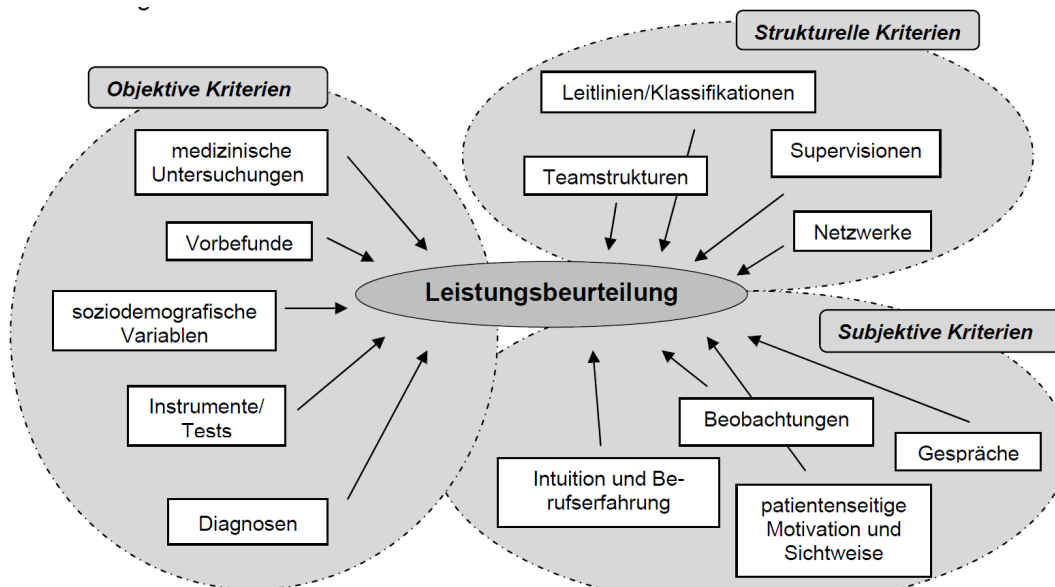
Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests erfordert eine gute Qualifizierung.

Konsistenzprüfung

Faktoren zur Ermittlung der Leistungsbeurteilung

- SoLeR-Projekt: Studie zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung von Rehabilitanden mit ungünstiger subjektiver Prognose in der Arzt-Patienten Interaktion
- Ergebnisse von Experteninterviews
 - 4 Psychologen, 12 Ärzte
 - Berufserfahrung von mindestens 8 Jahren
 - arbeiten seit durchschnittlich 13 Jahren in der Rehabilitation

Faktoren zur Ermittlung der Leistungsbeurteilung



Quelle: Radoschewski, F.M., Höhne, S., Michel, A. (2013).
Abschlussbericht SoLeR-Projekt.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	-------------	--------------------

2.4 Rollenverständnis

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Unterschiede zwischen der Therapeutenrolle und der Rolle als Gutachter im Rehabilitationsprozess erläutern und Ansätze zum Umgang mit diesen beiden Rollen benennen.

Begründung

Im Rehabilitationsprozess sind die Psychologen auf der einen Seite als Behandler für die individuelle Therapieplanung und Therapiedurchführung und auf der anderen Seite als Gutachter, der die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden unterstützt, tätig. In der Rolle des Therapeuten arbeiten sie gemeinsam mit dem Rehabilitanden und verfolgen das gemeinsame Ziel, die Lebenssituation positiv zu beeinflussen. In der Rolle des Gutachters muss der Psychologe die vom Rehabilitanden geäußerten Fähigkeitseinschränkungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Erwerbsleben beurteilen und ohne die Berücksichtigung der Präferenzen des Rehabilitanden bewerten. In diesem Spannungsfeld können beide Rollen kollidieren. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, eigene Erfahrungen und Auswirkungen auf ihr therapeutisches Arbeiten zu reflektieren. Die erarbeiteten Ansätze zu einem verbesserten Umgang mit solchen Situationen im Rehabilitationsalltag erhöhen die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- Rollenverständnis – Konflikt zwischen Therapeutenrolle und Rolle als Gutachter im Prozess der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung?
 - Konsequenzen für den Psychologen in der Arbeit mit Rehabilitanden
- Therapeuten-Rolle
 - Funktionen des therapeutischen Gespräches
 - Rollenverständnis als Therapeut während der Rehabilitationsbehandlung
- Rolle als Gutachter
 - Rollenverständnis und Aufgaben des Psychologen in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Material

- Folien (siehe Seiten 82 – 84)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion, ggf. Kleingruppenarbeit

Die Teilnehmenden nach eigenen Erfahrungen mit dem Thema Rollenkonflikt fragen und ggf. unangenehme Situationen im Rehabilitationsalltag schildern lassen. Wie konnten diese Situationen gelöst werden? Wer unterstützt bei der Lösung?

Das Thema kann auch in Form einer Kleingruppenarbeit besprochen werden. Hierfür werden Kleingruppen zu 4 – 5 Personen gebildet und ein Austausch über Erfahrungen mit dem Thema Rollenkonflikt geführt. Typische Problemstellungen sollen in den Kleingruppen erarbeitet und anschließend als kurzes Rollenspiel in der Großgruppe vorgestellt werden. Problemstellungen und Lösungsansätze können dann anhand dieser Beispiele diskutiert werden.

Zeit circa 60 Minuten

Rollenverständnis

Die Gutachtersituation

- als fremdbestimmter Auftrag
- als Arbeitsprobe
- als psychosomatischer Stresstest
- als detektivisch-kriminalistische Aufgabe
- als psychodynamische Beziehungssituation

Quelle: Derra, 2014

Rollenverständnis

Der Psychologe als Therapeut

- als behandelnder Therapeut ist der Psychologe Helfer und Berater
- er ist empathisch und parteiisch auf Seiten des Patienten
- Üblicherweise wird das psychologische Gespräch verordnet, dennoch hat der Patient eine Wahlmöglichkeit, der Psychologe kann auch wieder „abgewählt“ werden
- er hat einen impliziten Behandlungsvertrag mit seinem Patienten, es besteht eine Schweigepflicht
- der Konsens ist gemeinsamer „Kampf“ gegen die Krankheit

Rollenverständnis

Der Psychologe als Gutachter in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

- als Gutachter ist der Psychologe dem zu Begutachtenden nicht als behandelnder Therapeut verpflichtet
- es besteht kein Behandlungsvertrag (Schweigepflicht?)
- wird üblicherweise institutionell, d. h. durch seine Tätigkeit in der Reha-Klinik beauftragt
- Gutachter steht für Neutralität und ist dem Gemeinwohl bzw. der Solidargemeinschaft der Versicherten verpflichtet
- Die Position des Gutachters ist „von einem Spannungsfeld zwischen kritischer Wachsamkeit und misstrauischer Forschungsarbeit geprägt“ (Hausotter, 2006)

Rollenverständnis

Konsequenzen für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

- Rolle des Gutachters kollidiert grundsätzlich mit der Helferrolle des Therapeuten
- In dieser Rollenverteilung muss der Patient seine Einschränkungen durch die Krankheit deutlich machen.
- Kann der behandelnde Therapeut gleichzeitig Gutachter seines Patienten sein?
- Sollte der Patient über die doppelte Funktion aufgeklärt werden?
- Rollenverteilung im Reha-Team, Verantwortlichkeiten?
- Schweigepflicht, Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung

Kleingruppenarbeit

Aufgabe



- Welche Rollenkonflikte kennen Sie?
Wie erleben Sie diese?
- Wie gehen Sie persönlich damit um? Gibt es
Regelungen in Ihrer Reha-Einrichtungen zum Umgang
mit solchen Situationen?
- Wählen Sie eine konkrete Situation aus Ihrem Alltag aus
und bereiten Sie als Gruppe ein kurzes Rollenspiel vor.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	--------------------	--------------------

2.5 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalt des Moduls 3

Lehrziel

Die Teilnehmenden können ein persönliches Fazit zum Seminar ziehen und kennen Ziele und Inhalte des Moduls 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“.

Begründung

Die strukturierte Zusammenfassung der Inhalte ermöglicht den Teilnehmenden, die für ihn wichtigen Themen noch einmal zu reflektieren und hervorzuheben. Bisher unbeantwortete Fragenkomplexe können noch einmal thematisiert und ggf. abschließend diskutiert werden. Zum Abschluss soll ein Ausblick auf das dritte Modul des Curriculums gegeben werden. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, sich auf die Inhalte vorzubereiten, um zum Beispiel eigene Bedürfnisse, klinische Erfahrungen oder auch strukturelle Fragen besser einbringen zu können.

Inhalt

- Sammeln der wichtigsten Inhalte aus Sicht der Teilnehmenden
- zusammenfassende Darstellung der Ziele und der Seminarinhalte des Moduls 2
- Ausblick auf das Modul 3
 - Fallarbeit
 - Erstellung eines berufsgruppenspezifischen Befundes
 - Kommunikation des berufsgruppenspezifischen Befundes im Reha-Team
 - Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Reha-Team
 - Umsetzung einer multidisziplinären sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag

Material

- Folien (siehe Seite 86)

Hinweise zur Durchführung

Moderation, Ausblick auf Inhalte des Moduls 3

Die Referenten fassen die Inhalte und die Ziele des Moduls 2 „Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ im Rahmen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ für die Teilnehmenden abschließend zusammen. Sie geben einen inhaltlichen und organisatorischen Ausblick auf das dritte Modul des Curriculums.

Teilnahmebescheinigungen und Feedbackbögen werden verteilt.

Zeit circa 30 Minuten

Kliniktransfer

- Was nehmen Sie von diesem Seminar für Ihren klinischen Alltag mit?
- Wo besteht in Ihrer Klinik/Ihrer Berufsgruppe Handlungs- oder Schulungsbedarf?
- Wie können Sie die Schulung Ihrer Berufsgruppe durchführen?
- Was benötigen Sie ggf. noch als Unterstützung?
-

Termine und Inhalte

Termine

XXX

Inhalte

- Erstellung eines fachspezifischen Befundes
- Kommunikation des berufsgruppenspezifischen Befundes im Reha-Team
- Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Reha-Team
- Umsetzung einer multidisziplinären Zusammenarbeit in der Rehabilitationseinrichtung

Modul 2a: Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

Anhang:

Sozialmedizinische Aspekte psychischer Störungen

Themen

- Sozialmedizinische Aspekte affektiver Störungen
- Sozialmedizinische Aspekte von Angststörungen
- Sozialmedizinische Aspekte somatoformer Störungen
- Sozialmedizinische Aspekte Anpassungsstörungen
- Sozialmedizinische Aspekte Posttraumatischen Belastungsstörungen

Dauer der Seminareinheit

75 Minuten pro Lehrziel

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Psychologen und Psychotherapeuten, die in der medizinischen Rehabilitation mit somatischen Indikationen tätig sind.

Leitung

Qualifikationen: Psychotherapeut mit sozialmedizinischer Expertise, Psychiater, Facharzt für psychosomatische Medizin mit sozialmedizinischer Qualifikation und Erfahrung im Rentenverfahren

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer/Laserpointer, Presenter
- Flipchart

Literatur

- DRV (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. August 2012 incl. update 2018. Berlin: 2018.
- DRV (Hrsg.). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Auflage. Springer-Verlag. 2011.

Allgemeine Ziele der ergänzenden Lehrziele

Die Teilnehmenden kennen sozialmedizinische Fragestellungen bei häufigen psychischen Störungen, die in der somatischen Rehabilitation auftreten. Die Kenntnis der sozialmedizinischen Fragestellungen unterstreicht die Bedeutung der fundierten Funktions- und Fähigkeitsdiagnostik in jedem Einzelfall.

Hinweise

Unter den Teilnehmenden wird der Wissensstand zu den einzelnen psychischen Störungsbildern unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Der Schwerpunkt der Fallarbeit und Diskussion soll auf die ICF-basierte Fähigkeitsdiagnostik gelegt werden (siehe Lehrziel 1.5).

Neben den hier vorgeschlagenen Störungsbildern können bei Bedarf weitere Störungsbilder wie Suchterkrankungen, psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54), Neurasthenie, Tinnitus, Burnout oder Fatigue hinsichtlich ihrer Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen betrachtet werden. Sozialmedizinische Ausführungen zu den Störungsbildern finden sich in den Leitlinien der DRV Bund (siehe Literaturhinweis).

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

3.1 Sozialmedizinische Aspekte affektiver Störungen

Lehrziel

Die Teilnehmenden können mögliche Fähigkeitseinschränkungen bei affektiven Störungen erläutern.

Begründung

Psychische Belastungssituationen werden im Alltag von Person zu Person unterschiedlich erlebt und verarbeitet. Affektive Störungen (ICD-10: F32) können bereits vor einer somatischen Erkrankung bestehen, aber auch als Folge durch die psychische Belastungssituation einer körperlichen Erkrankung entstehen. In der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung spielen die affektiven Störungen eine herausragende Rolle. Um ein erfolgreiches Behandlungsergebnis zu erreichen, ist die Berücksichtigung psychischer und sozialer Faktoren bei der Behandlung somatischer Erkrankungen ein wichtiger Bestandteil. Die Teilnehmenden erhalten Informationen zu Diagnostik, Behandlungsinterventionen und sozialmedizinischen Konsequenzen von affektiven Störungen und aktualisieren somit ihr Wissen zu diesen psychischen Störungsbildern. Die Bearbeitung eines Fallbeispiels ermöglicht den Teilnehmenden, ihre theoretischen Kenntnisse zu vertiefen und ihre praktischen Fähigkeiten bei der psychologischen Befunderstellung und -formulierung zu erproben und zu verbessern. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten innerhalb der eigenen Berufsgruppe stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- Fallbeispiel: Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Abgleich mit den Anforderungen auf dem Arbeitsplatz
- Fähigkeitseinschränkungen bei affektiven Störungen
- sozialmedizinische Fragestellungen

Material

- Folien für Kurzvortrag (siehe Seiten 91 – 96)

Hinweise zur Durchführung

Kleingruppenarbeit, Diskussion, zusammenfassender Kurzvortrag

Die Teilnehmenden werden in Kleingruppen à 5 - 6 Teilnehmenden aufgeteilt. Die Kleingruppen können indikationsspezifisch zusammengesetzt werden.

Auf der Basis des biopsychosozialen Modells der ICF und dem Mini-ICF-APP Schaubild (siehe LZ 1.5) sollen die Teilnehmenden erarbeiten, welche Fähigkeitseinschränkungen ein Rehabilitand mit einer affektiven Störung aufweisen muss, damit er aus psychologischer Sicht als arbeitsunfähig aus der medizinischen Rehabilitation entlassen werden sollte.

Die Teilnehmenden beschreiben vor dem Hintergrund ihrer klinischen Erfahrungen einen Rehabilitanden mit einer affektiven Störung, der aufgrund psychischer Fähigkeitseinschränkungen, arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen wird. Sie formulieren den psychischen Befund, die daraus resultierenden Fähigkeitseinschränkungen und die bestehenden Anforderungen auf dem Arbeitsplatz, die zur Arbeitsunfähigkeit führen.

In der Diskussion der Fälle können Arbeitsplätze eruiert werden, bei deren Ausübung die beschriebenen Fähigkeitseinschränkungen als problematisch oder auch als unproblematisch einzuschätzen sind. Des Weiteren kann die Frage nach der Prognose bezüglich der beruflichen Leistungsfähigkeit gestellt werden.

Für die Kleingruppenarbeit haben die Teilnehmenden 30 Minuten Zeit. Im Anschluss stellt jede Kleingruppe ihr Arbeitsergebnis im Plenum vor und stellt entstandene Fragestellungen zur Diskussion (ca. 30 Minuten).

Der Referent kann die Falldiskussion mit einem zusammenfassenden Kurzvortrag abschließen.

Zeit circa 75 Minuten

Anmerkung

Im Fokus der Kleingruppenarbeit steht die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Bei psychischen Fähigkeitseinschränkungen, die die Erwerbsfähigkeit gefährden, ist eine weiterführende psychiatrische Begutachtung zu empfehlen. Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen, die in der medizinischen Rehabilitation sichtbar werden, sollen aber von den Psychologen im Reha-Entlassungsbericht sorgfältig dokumentiert werden. Sie können eine wichtige Informationsquelle für die weitergehende Begutachtung darstellen.

Anamnese bei depressiven Störungen

- Symptomatik (aktueller Befund)
 - Begleitsymptomatik und Komorbidität
 - Phasenzahl, zeitlicher Verlauf
 - auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen, protektive Faktoren
 - Befindlichkeit zwischen den Phasen
 - Effektivität früherer Therapiemaßnahmen
 - bisherige Compliance
 - psychosoziale Beeinträchtigungen
- depressive Episoden haben zumeist eine gute Prognose

Drei Hauptsymptome der depressiven Episode

- a. gedrückte Stimmung
 - b. Interessensverlust, Freudlosigkeit
 - c. Verminderung des Antriebs
-
- Verminderung der Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung
 - deutliche Müdigkeit tritt oft nach nur kleinen Anstrengungen auf

Zusatzsymptome

1. verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
4. negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Gedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlung
6. Schlafstörungen
7. verminderter Appetit

Als somatische Symptome gelten

1. Interessenverlust oder Freudlosigkeit
2. mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder günstige Ereignisse emotional zu reagieren
3. frühmorgendliches Erwachen, 2 - 3 Stunden vor der gewohnten Zeit
4. Morgentief (ab dem Nachmittag Stimmung aufgehellter)
5. psychomotorische Hemmung (wie versteinert) oder Agiertheit (unruhig, wie getrieben)
6. deutlicher Appetitverlust
7. Gewichtsverlust (mehr als 5 % des Körpergewichtes im zurückliegenden Monat)
8. deutlicher Libidoverlust

Einteilung depressiver Episoden nach ICD 10



Leicht F32.0

2 Hauptsymptome
+
2 Zusatzsymptome

kein Symptom besonders
ausgeprägt

Mittelgradig F32.1

2 Hauptsymptome
+
3 - 4 Zusatzsymptome

einige Symptome sind
besonders schwer ausgeprägt
oder besonders weites
Spektrum an Symptomen

Schwer F32.23

3 Hauptsymptome
+
> 4 Zusatzsymptome (einige
besonders stark ausgeprägt)

ohne psychotische Symptome

mit somatischen Symptomen: XX.X1

Auftreten von mindestens 4 »somatischen« Symptomen
oder 2 - 3 ungewöhnlich schweren »somatischen«
Symptomen

F 32.3 mit psychotischen Symptomen:

zusätzliches Auftreten von Wahnideen
und/oder Halluzinationen

jeweils Dauer der Symptomatik: mindestens 2 Wochen



Schwere depressive Episode

1. erhebliche Verzweiflung oder Agitiertheit, wenn nicht Hemmung ein führendes Symptom ist
2. Verlust des Selbstwertgefühls
3. Gefühls von Nutzlosigkeit oder Schuld herrschen vor
4. in besonders schweren Fällen: hohes Suizidrisiko
5. somatisches Syndrom praktisch immer vorhanden

Bei besonders stark und rasch auftretenden Symptomen kann die Diagnose auch bereits nach wenigen Tagen gestellt werden.

Rezidivierende depressive Episode F33

- für wiederholt auftretende depressive Episoden
- wenigstens zwei Episoden sollen mindestens 2 Wochen gedauert haben und von mehreren Monaten ohne eindeutig affektive Symptomatik getrennt gewesen sein
- einzelne Episoden werden häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst
 - F33.0 gegenwärtig leichte Episode
 - F33.1 gegenwärtig mittelgradige Episode
 - F33.2 gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

Aktivitäten/Teilhabe nach ICD 10

leichte depressive Episode:

leidet unter den Symptomen, hat Schwierigkeiten, seine normale Berufstätigkeit und seine sozialen Aktivitäten fortzusetzen, gibt aber die alltäglichen Aktivitäten nicht vollständig auf

mittelgradig ausgeprägte depressive Episode

kann nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen

schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

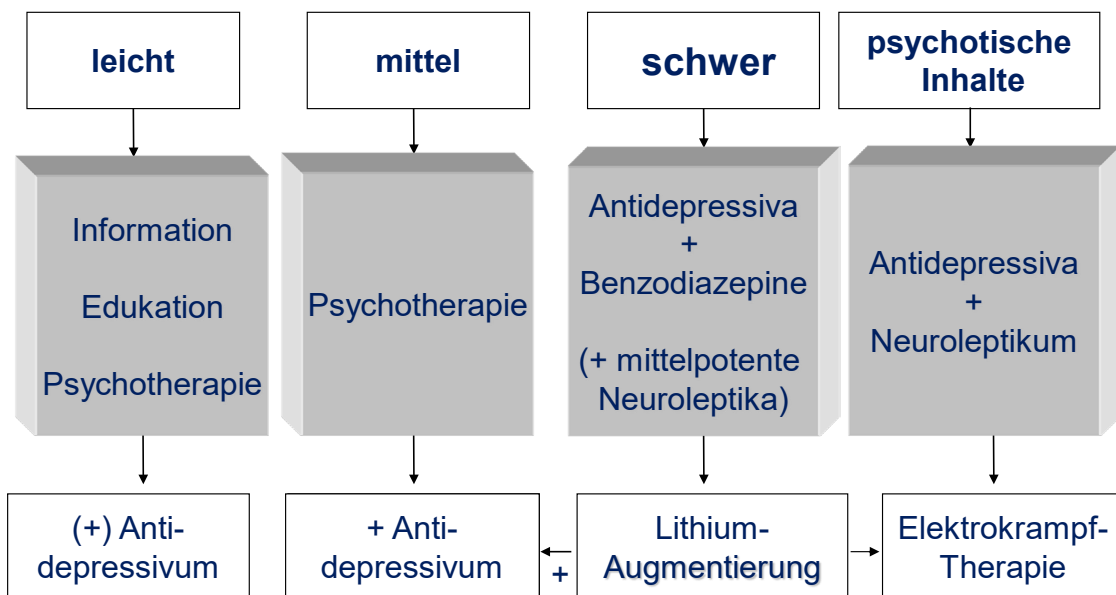
kann soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten nicht, allenfalls teilweise oder sehr begrenzt fortführen

Differentialdiagnostik: Medikamente als Ursache für depressive Syndrome



- Antiparkinsonmittel
- Antihypertensiva
- Kortikosteroide
- Neuroleptika, Tranquilizer
- Antibiotika, Tuberkulostatika
- Analgetika, Antirheumatika
- Antiepileptika
- Opiate

Therapieempfehlungen



Leitlinie Therapieschema Depression

Sozialmedizinische Beurteilung bei depressiven Störungen



- bei einer mittelgradig bis schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik besteht vorübergehend Arbeitsunfähigkeit
- eher qualitative als quantitative Leistungseinschränkungen
- Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit ist kaum zu erwarten bei:
 - schwer ausgeprägter depressiver Symptomatik
 - chronifiziertem Verlauf mit unvollständigen Remissionen
 - erfolglosen Behandlungsversuchen in unterschiedlichen therapeutischen Settings bei ausreichend langer und hoher Dosierung der antidepressiven Medikation mit Wechsel des Medikamentes
 - gescheiterter Rehabilitationsbehandlung (*Therapeuteneinschätzung*)
 - ungünstiger Krankheitsbewältigung, mangelnder sozialer Unterstützung, anderen psychischen Komorbiditäten

Quelle: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, Springer 2011

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

3.2 Sozialmedizinische Aspekte von Angststörungen

Lehrziel

Die Teilnehmenden können mögliche Fähigkeitseinschränkungen bei Angststörungen erläutern.

Begründung

Neben den affektiven Störungen gehören die Angststörungen (ICD-10: F41) zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation können sie den Therapieverlauf, das Rehabilitationsergebnis sowie die berufliche Leistungsfähigkeit eines Rehabilitanden negativ beeinflussen. Dabei wird unterschieden, ob die Angststörungen bereits vor der medizinischen Rehabilitation bestanden oder sie aufgrund von Problemen mit der Bewältigung und Verarbeitung einer körperlichen Erkrankung entstehen. Die Berücksichtigung psychischer und sozialer Faktoren bei der Behandlung somatischer Erkrankungen ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Rehabilitation, um ein erfolgreiches Behandlungsergebnis zu erreichen. Die Teilnehmenden erhalten Informationen zu Diagnostik, Behandlungsinterventionen und sozialmedizinischen Konsequenzen von Angststörungen und aktualisieren somit ihr Wissen zu diesen psychischen Störungsbildern. Die Bearbeitung eines Fallbeispiels ermöglicht den Teilnehmenden, ihre theoretischen Kenntnisse zu vertiefen, und ihre praktischen Fähigkeiten bei der psychologischen Befunderstellung und -formulierung zu erproben und zu verbessern. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten innerhalb der eigenen Berufsgruppe stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- Fallbeispiel: Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Abgleich mit den Anforderungen auf dem Arbeitsplatz
- Fähigkeitseinschränkungen bei Angststörungen
- sozialmedizinische Fragestellungen

Material

- Folien für Kurzvortrag (siehe Seiten 99 - 101)

Hinweise zur Durchführung

Kleingruppenarbeit, Diskussion, zusammenfassender Kurzvortrag

Die Teilnehmenden werden in Kleingruppen à 5 - 6 Teilnehmenden aufgeteilt. Die Kleingruppen können indikationsspezifisch zusammengesetzt werden.

Auf der Basis des biopsychosozialen Modells der ICF und dem Mini-ICF-APP Schaubild (siehe LZ 1.5) sollen die Teilnehmenden erarbeiten, welche Fähigkeitseinschränkungen ein Rehabilitand mit einer Angststörung aufweisen muss, damit er aus psychologischer Sicht als arbeitsunfähig aus der medizinischen Rehabilitation entlassen werden sollte.

Die Teilnehmenden beschreiben vor dem Hintergrund ihrer klinischen Erfahrungen einen Rehabilitanden mit einer Angststörung, der aufgrund psychischer Fähigkeitseinschränkungen, arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen wird. Sie formulieren den psychischen Befund, die daraus resultierenden Fähigkeitseinschränkungen und die bestehenden Anforderungen auf dem Arbeitsplatz, die zur Arbeitsunfähigkeit führen.

In der Diskussion der Fälle können Arbeitsplätze eruiert werden, bei deren Ausübung die beschriebenen Fähigkeitseinschränkungen als problematisch oder auch als unproblematisch einzuschätzen sind. Des Weiteren kann die Frage nach der Prognose bezüglich der beruflichen Leistungsfähigkeit gestellt werden.

Für die Kleingruppenarbeit haben die Teilnehmenden 30 Minuten Zeit. Im Anschluss stellt jede Kleingruppe ihr Arbeitsergebnis im Plenum vor und stellt entstandene Fragestellungen zur Diskussion (ca. 30 Minuten).

Der Referent kann die Falldiskussion mit einem zusammenfassenden Kurzvortrag abschließen.

Zeit circa 75 Minuten

Anmerkung

Im Fokus der Kleingruppenarbeit steht die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Bei psychischen Fähigkeitseinschränkungen, die die Erwerbsfähigkeit gefährden, ist eine weiterführende psychiatrische Begutachtung zu empfehlen. Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen, die in der medizinischen Rehabilitation sichtbar werden, sollen aber von den Psychologen im Reha-Entlassungsbericht sorgfältig dokumentiert werden. Sie können eine wichtige Informationsquelle für die weitergehende Begutachtung darstellen.

Anamnese bei Angst- und Panikstörungen –F41



- Auslösesituationen
- Symptomatik
- Dauer der Symptomatik
- Verlauf (*lange AU-Zeiten, sekundärer Gewinn*)
- Komorbidität (z. B. *Depression*)
- prämorbid Persönlichkeit

Angsterkrankungen - Verlauf



Panikstörung

- verläuft häufig über mehrere Jahre
- besonders kombiniert mit Agoraphobie
stark eingeschränkte Lebensqualität

Agoraphobie

- neigt zum chronischen Verlauf
- Vermeidungsverhalten führt oft zur sozialen Isolation

soziale Phobie

- neigt ebenfalls zum chronischen Verlauf
- im Extremfall komplette soziale Isolierung
- häufiger Substanzmissbrauch

isolierte Phobien

- Tierphobien oft im Kindesalter
- Akro- und Klaustrophobien auch nach 40ten Lj.; Verläufe sehr differierend



Sozialmedizinische Bedeutung

Je nach Schweregrad und Verlauf können alle Angststörungen erhebliche sozialmedizinische Bedeutung haben!

wichtig:

- Wurde eine korrekte Diagnose gestellt?
- Wurde eine konsequente Therapie durchgeführt?

Sozialmedizinische Beurteilung bei Angsterkrankungen



- zumeist lediglich qualitatives Leistungsvermögen betroffen
- quantitativ nur bei sehr ausgeprägten Beeinträchtigungen im privaten und beruflichen Leben
- spezifische Phobien wenig bedeutsam
- Agoraphobie und Panikstörungen je nach Anamnese
- soziale Phobien können je nach Grad der Generalisierung zu erheblichen Einschränkungen führen
- Beratungen auf Zeit sind nicht sinnvoll, da die Chronifizierung dadurch gefördert wird
- sozialmedizinisches Sonderproblem: Arbeitsplatzängste
- zweizeitige Untersuchung! stationäre Beobachtung

Angsterkrankungen - klinische Differenzierung und Funktionsfähigkeit



Generalisierte Angst **Agoraphobie** **Phobie**
Hypochondrie **Panikstörung**



ohne äußeren Anlass

- chronisch
- generalisiert
- kontinuierlich
- ungerichtet

Objekt- bzw. situationsgebunden

- akut
- isoliert
- attackenweise
- gerichtet

Sozialmedizinische Beurteilung bei Arbeitsplatzängsten



- in der Reha: 25 % in der Somatik, 60 % Psychosomatik
- kommen im Rahmen von psychischen Grunderkrankungen (z. B. *Insuffizienzängste bei Depression*) oder isoliert (z. B. *Chef-Angst nach Konflikt*, *Hypochondrische Angst nach Herzinfarkt*) vor
- Vermeidungsverhalten in Form von Langzeitarbeitsunfähigkeit
- Angst wird nicht berichtet, sondern unter somatischen Präsentationssyndromen verborgen -> in der Exploration genaues Nachfragen und Exposition in sensu bezüglich der Arbeit
 - „Wie wäre es, wenn Sie jetzt die Straße an Ihrem Arbeitsplatz langgehen?“
- gestufte Exposition in sensu
- Leistungsbeurteilung: Angstverschlimmerung durch Konfrontation oder durch Vermeidungsverstärkung im Rahmen von AU?
- zeitnahe Wiedereingliederung verhindert Ausweitung von Arbeitsangst
- Arbeitsangstgruppentherapie (*auch in der somatischen Reha*) erster Schritt zur gedanklichen Wiederannäherung und Angstbewältigung

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

3.3 Sozialmedizinische Aspekte von somatoformen Störungen

Lehrziel

Die Teilnehmenden können mögliche Fähigkeitseinschränkungen bei somatoformen Störungen erläutern.

Begründung

Den somatoformen Störungen kommt aufgrund der Häufigkeit in der Bevölkerung, der Chronifizierungsneigung, der ausgeprägten Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen, der psychosozialen Beeinträchtigungen und des subjektiven Leidensdrucks eine hohe sozialmedizinische Bedeutung zu. Da körperliche Schädigungen, die eine Leistungsminderung rechtfertigen, in den meisten Fällen nicht bestehen, spielt die sorgfältige Erhebung von Anamnese und psychischem Befund eine wichtige Rolle. Eine besondere Herausforderung in der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens somatoformer Störungen stellt die anhaltende Schmerzstörung (F 45.4) dar. Die Objektivierung der Schmerzen und der daraus abzuleitenden Beeinträchtigungen erfordert gute gutachterliche Kompetenzen. Die Teilnehmenden erhalten Informationen zu Diagnostik, Behandlungsinterventionen und sozialmedizinischen Konsequenzen von somatoformen Störungen und aktualisieren somit ihr Wissen zu diesen psychischen Störungsbildern. Die Bearbeitung eines Fallbeispiels ermöglicht den Teilnehmenden, ihre theoretischen Kenntnisse zu vertiefen, und ihre praktischen Fähigkeiten bei der psychologischen Befunderstellung und -formulierung zu erproben und zu verbessern. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten innerhalb der eigenen Berufsgruppe stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- Fallbeispiel: Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Abgleich mit den Anforderungen auf dem Arbeitsplatz
- Fähigkeitseinschränkungen bei somatoformen Störungen
- sozialmedizinische Fragestellungen

Material

- Folien für Kurzvortrag (siehe Seiten 104 - 106)

Hinweise zur Durchführung

Kleingruppenarbeit, Diskussion, zusammenfassender Kurzvortrag

Die Teilnehmenden werden in Kleingruppen à 5 - 6 Teilnehmenden aufgeteilt. Die Kleingruppen können indikationsspezifisch zusammengesetzt werden.

Auf der Basis des biopsychosozialen Modells der ICF und dem Mini-ICF-APP Schaubild (siehe LZ 1.5) sollen die Teilnehmenden erarbeiten, welche Fähigkeitseinschränkungen ein Rehabilitand mit einer somatoformen Störung aufweisen muss, damit er aus psychologischer Sicht als arbeitsunfähig aus der medizinischen Rehabilitation entlassen werden sollte.

Die Teilnehmenden beschreiben vor dem Hintergrund ihrer klinischen Erfahrungen einen Rehabilitanden mit einer somatoformen Störung, der aufgrund psychischer Fähigkeitseinschränkungen, arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen wird. Sie formulieren den psychischen Befund, die daraus resultierenden Fähigkeitseinschränkungen und die bestehenden Anforderungen auf dem Arbeitsplatz, die zur Arbeitsunfähigkeit führen.

In der Diskussion der Fälle können Arbeitsplätze eruiert werden, bei deren Ausübung die beschriebenen Fähigkeitseinschränkungen als problematisch oder auch als unproblematisch einzuschätzen sind. Des Weiteren kann die Frage nach der Prognose bezüglich der beruflichen Leistungsfähigkeit gestellt werden.

Für die Kleingruppenarbeit haben die Teilnehmenden 30 Minuten Zeit. Im Anschluss stellt jede Kleingruppe ihr Arbeitsergebnis im Plenum vor und stellt entstandene Fragestellungen zur Diskussion (ca. 30 Minuten).

Der Referent kann die Falldiskussion mit einem zusammenfassenden Kurzvortrag abschließen.

Zeit circa 75 Minuten

Anmerkung

Im Fokus der Kleingruppenarbeit steht die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Bei psychischen Fähigkeitseinschränkungen, die die Erwerbsfähigkeit gefährden, ist eine weiterführende psychiatrische Begutachtung zu empfehlen. Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen, die in der medizinischen Rehabilitation sichtbar werden, sollen aber von den Psychologen im Reha-Entlassungsbericht sorgfältig dokumentiert werden. Sie können eine wichtige Informationsquelle für die weitergehende Begutachtung darstellen.

Somatoforme Störungen - F45

- hohe sozialmedizinische Bedeutung
(*Häufigkeit, Neigung zur Chronifizierung, Inanspruchnahme medizinischer Dienste, hoher subjektiver Leidensdruck etc.*)
- genaue Analyse der individuellen, konkret benennbaren Beeinträchtigungen des Rehabilitanden notwendig

Anamnese:

- mehrjähriger Krankheitsverlauf mit unveränderter Symptomatik?
- längerfristige Besserungen und Remissionen?
- psychiatrische Komorbiditäten?
- ausgeprägter Krankheitsgewinn?
- subjektives Krankheitskonzept?

Sozialmedizinische Beurteilung bei somatoformen Störungen

- Therapiemotivation?
- Verlust der sozialen Integration
(*Scheidung, Arbeitsplatzverlust, sozialer Rückzug*)
- unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und stationärer Behandlungsmaßnahmen auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz
- gescheiterte Rehabilitationsmaßnahmen
- Berentung hat üblicherweise keinen Einfluss auf die Besserung der Symptomatik

Anhaltende Schmerzstörung - F45.4

- Schwierigkeit der Objektivierung des Schmerzes
- zumutbare Willensanspannung
- Fragen zur Beschwerdenuvalidierung

Beschwerdenuvalidierung bei somatoformen Störungen

- Diskrepanz zwischen Beschwerdenschilderung und körperlicher und psychischer Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation
- wechselhafte und unpräzise-ausweichende Schilderungen der Beschwerden und des Krankheitsverlaufs
- Diskrepanz zwischen Eigenangaben und fremdanamnестischen Angaben

Beschwerdenvalidierung bei somatoformen Störungen



- Diskrepanz zwischen geschilderten Funktionseinschränkungen und zu eruiierenden Aktivitäten des täglichen Lebens
- fehlen angemessener Therapiemaßnahmen
- Eigenaktivität zur Schmerzlinderung
- fehlende sachliche Diskussion möglicher Verweistätigkeiten bei Thematisierung der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Diskrepanz zwischen der Medikamentenanamnese und laborchemisch bestimmtem Medikamentenspiegel

F 48.0 Neurasthenie



1. anhaltende oder quälende Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung oder über körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringsten Anstrengungen
 2. mindestens zwei der folgenden Empfindungen: Muskelschmerzen und –Beschwerden; Schwindelgefühl; Spannungskopfschmerzen; Schlafstörungen; Unfähigkeit zu entspannen; Reizbarkeit oder Dyspepsie
 3. bei vorhandenen Angst oder Depressionssymptomen sind diese nicht anhaltend und schwer genug
- Angst und Depression sollten ausgeschlossen werden
 - Betonung liegt auf Ermüdbarkeit und Schwäche, Sorge über die verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

3.4 Sozialmedizinische Aspekte von Anpassungsstörungen

Lehrziel

Die Teilnehmenden können mögliche Fähigkeitseinschränkungen bei Anpassungsstörungen erläutern.

Begründung

Anpassungsstörungen (F43.2) sind Zustände subjektiven Leidens und emotionaler Beeinträchtigung, die innerhalb eines Monats nach entscheidenden Lebensveränderungen, nach belastenden Lebensereignissen (auch Veränderung der Arbeitssituation, „Mobbing“) oder auch nach schweren körperlichen Krankheiten (zum Beispiel Karzinomerkkrankung) oder Operationen auftreten können. Sie sind in einigen Indikationen der somatischen Rehabilitation (z. B. onkologischer und kardiologischer Rehabilitation) eine der häufigen krankheitsassoziierten psychischen Störungen. Um ein erfolgreiches Behandlungsergebnis zu erreichen, ist die Berücksichtigung psychischer und sozialer Faktoren bei der Behandlung somatischer Erkrankungen ein wichtiger Bestandteil. Die Teilnehmenden erhalten Informationen zu Diagnostik, Behandlungsinterventionen und sozialmedizinischen Konsequenzen von Anpassungsstörungen und aktualisieren somit ihr Wissen zu diesem psychischen Störungsbild. Die Bearbeitung eines Fallbeispiels ermöglicht den Teilnehmenden, seine theoretischen Kenntnisse zu vertiefen und seine praktischen Fähigkeiten bei der psychologischen Befunderstellung und -formulierung zu erproben und zu verbessern. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten innerhalb der eigenen Berufsgruppe stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- Fallbeispiel: Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Abgleich mit den Anforderungen auf dem Arbeitsplatz
- Fähigkeitseinschränkungen bei Anpassungsstörungen
- sozialmedizinische Fragestellungen

Material

- Folien für Kurzvortrag (siehe Seiten 109 – 110)

Hinweise zur Durchführung

Kleingruppenarbeit, Diskussion, zusammenfassender Kurzvortrag

Die Teilnehmenden werden in Kleingruppen à 5 - 6 Teilnehmenden aufgeteilt. Die Kleingruppen können indikationsspezifisch zusammengesetzt werden.

Auf der Basis des biopsychosozialen Modells der ICF und dem Mini-ICF-APP Schaubild (siehe LZ 1.5) sollen die Teilnehmenden erarbeiten, welche Fähigkeitseinschränkungen ein Rehabilitand mit einer Anpassungsstörung aufweisen

muss, damit er aus psychologischer Sicht als arbeitsunfähig aus der medizinischen Rehabilitation entlassen werden sollte.

Die Teilnehmenden beschreiben vor dem Hintergrund ihrer klinischen Erfahrungen einen Rehabilitanden mit einer Anpassungsstörung, der aufgrund psychischer Fähigkeitseinschränkungen, arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen wird. Sie formulieren den psychischen Befund, die daraus resultierenden Fähigkeitseinschränkungen und die bestehenden Anforderungen auf dem Arbeitsplatz, die zur Arbeitsunfähigkeit führen.

In der Diskussion der Fälle können Arbeitsplätze eruiert werden, bei deren Ausübung die beschriebenen Fähigkeitseinschränkungen als problematisch oder auch als unproblematisch einzuschätzen sind. Des Weiteren kann die Frage nach der Prognose bezüglich der beruflichen Leistungsfähigkeit gestellt werden.

Für die Kleingruppenarbeit haben die Teilnehmenden 30 Minuten Zeit. Im Anschluss stellt jede Kleingruppe ihr Arbeitsergebnis im Plenum vor und stellt entstandene Fragestellungen zur Diskussion (ca. 30 Minuten).

Der Referent kann die Falldiskussion mit einem zusammenfassenden Kurzvortrag abschließen.

Zeit circa 75 Minuten

Anmerkung

Im Fokus der Kleingruppenarbeit steht die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Bei psychischen Fähigkeitseinschränkungen, die die Erwerbsfähigkeit gefährden, ist eine weiterführende psychiatrische Begutachtung zu empfehlen. Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen, die in der medizinischen Rehabilitation sichtbar werden, sollen aber von den Psychologen im Reha-Entlassungsbericht sorgfältig dokumentiert werden. Sie können eine wichtige Informationsquelle für die weitergehende Begutachtung darstellen.

Anpassungsstörung F43.2

- Auftreten:
während des Anpassungsprozesses nach entscheidenden,
meist belastenden Lebensveränderungen
 - Verlust durch z. B. Trennung, Tod, Emigration
 - berufliche Zurücksetzung
 - schwere körperliche Erkrankungen
- zeitliches Kriterium:
 - Beginn innerhalb eines Monats
 - Dauer nicht länger als 6 Monate
(außer: längere depressive Reaktion mit bis zu zwei Jahren
Dauer)

Einteilung nach Symptomatik (ICD-10)

- kurze (F43.20) oder längere (F43.21) depressive Reaktion
- Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22)
- vorwiegende Beeinträchtigung anderer Gefühle wie
z. B. Sorgen, Anspannung, Ärger (F43.23)
- vorwiegende Störung des Sozialverhaltens (F43.24)
(dazugehörige Begriffe: Kulturschock; Trauerreaktion etc.)
- Differentialdiagnostik: vorübergehende oder
anhaltende affektive Störungen

Klinische Merkmale

sehr variabel und in unterschiedlicher Ausprägung und Zusammensetzung

- gedrückte Stimmung und Überforderungserleben
- Angst
- Anspannung, Besorgnis
- Verbitterung
- Gefühl, das zugrunde liegende Ereignis nicht bewältigen zu können
- Störungen des Sozialverhaltens (z. B. Aggressivität)

körperliche Beschwerden können vorliegen:

- Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Bauch- und Brustschmerzen

Behandlung

- leichtere Schweregrade:
 - Erhöhung der sozialen Unterstützung
 - entlastendes und stützendes Gespräch
 - Aktivierung von Bewältigungsstrategien
 - ggf. begleitende medikamentöse Therapie
- schwerere Anpassungsstörungen:
 - oft Indikation zur Kurzzeit-Psychotherapie
 - Ziel: Erarbeitung von Bewältigungsstrategien
 - Nutzung vorhandener persönlicher Ressourcen

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

3.5 Sozialmedizinische Aspekte von einer posttraumatischen Belastungsstörung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können mögliche Fähigkeitseinschränkungen bei posttraumatischen Belastungsstörungen erläutern.

Begründung

Zu den für die Begutachtung im Auftrag der Rentenversicherung besonders relevanten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen gehört die posttraumatische Belastungsstörung. Die auch in der somatischen Rehabilitation anzutreffende Verwendung der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ ohne Vorliegen der in der ICD-10-Klassifikation eindeutig beschriebenen Kriterien ist kritisch zu hinterfragen. Differenzialdiagnostisch müssen andere psychische Störungen unterschiedlicher Ausprägung in Erwägung gezogen werden, beispielsweise andere neurotische und Belastungsstörungen oder auch Persönlichkeitsstörungen. Die Teilnehmenden erhalten Informationen zu Diagnostik, Behandlungsinterventionen und sozialmedizinischen Konsequenzen von posttraumatischen Belastungsstörungen und aktualisieren somit ihr Wissen zu diesem psychischen Störungsbild. Die Bearbeitung eines Fallbeispiels ermöglicht den Teilnehmenden, seine theoretischen Kenntnisse zu vertiefen und seine praktischen Fähigkeiten bei der psychologischen Befunderstellung und -formulierung zu erproben und zu verbessern. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten innerhalb der eigenen Berufsgruppe stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- Fallbeispiel: Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Abgleich mit den Anforderungen auf dem Arbeitsplatz
- Fähigkeitseinschränkungen bei Posttraumatischen Belastungsstörungen
- sozialmedizinische Fragestellungen

Material

- Folien für Kurzvortrag (siehe Seiten 113 - 116)

Hinweise zur Durchführung

Kleingruppenarbeit, Diskussion, zusammenfassender Kurzvortrag

Die Teilnehmenden werden in Kleingruppen à 5 - 6 Teilnehmenden aufgeteilt. Die Kleingruppen können indikationsspezifisch zusammengesetzt werden.

Auf der Basis des biopsychosozialen Modells der ICF und dem Mini-ICF-APP Schaubild (siehe LZ 1.5) sollen die Teilnehmenden erarbeiten, welche

Fähigkeitseinschränkungen ein Rehabilitand mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen muss, damit er aus psychologischer Sicht als arbeitsunfähig aus der medizinischen Rehabilitation entlassen werden sollte.

Die Teilnehmenden beschreiben vor dem Hintergrund ihrer klinischen Erfahrungen einen Rehabilitanden mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung, der aufgrund psychischer Fähigkeitseinschränkungen, arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen wird. Sie formulieren den psychischen Befund, die daraus resultierenden Fähigkeitseinschränkungen und die bestehenden Anforderungen auf dem Arbeitsplatz, die zur Arbeitsunfähigkeit führen.

In der Diskussion der Fälle können Arbeitsplätze eruiert werden, bei deren Ausübung die beschriebenen Fähigkeitseinschränkungen als problematisch oder auch als unproblematisch einzuschätzen sind. Des Weiteren kann die Frage nach der Prognose bezüglich der beruflichen Leistungsfähigkeit gestellt werden.

Für die Kleingruppenarbeit haben die Teilnehmenden 30 Minuten Zeit. Im Anschluss stellt jede Kleingruppe ihr Arbeitsergebnis im Plenum vor und stellt entstandene Fragestellungen zur Diskussion (ca. 30 Minuten).

Der Referent kann die Falldiskussion mit einem zusammenfassenden Kurzvortrag abschließen.

Zeit circa 75 Minuten

Anmerkung

Im Fokus der Kleingruppenarbeit steht die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Bei psychischen Fähigkeitseinschränkungen, die die Erwerbsfähigkeit gefährden, ist eine weiterführende psychiatrische Begutachtung zu empfehlen. Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen, die in der medizinischen Rehabilitation sichtbar werden, sollen aber von den Psychologen im Reha-Entlassungsbericht sorgfältig dokumentiert werden. Sie können eine wichtige Informationsquelle für die weitergehende Begutachtung darstellen.

Detailliertere Angaben zur empfohlenen Diagnostik und Therapie der (komplexen) PTBS können der entsprechenden S3-Leitlinie der AWMF (Register Nr. 051 / 010) entnommen werden.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) - F43.1



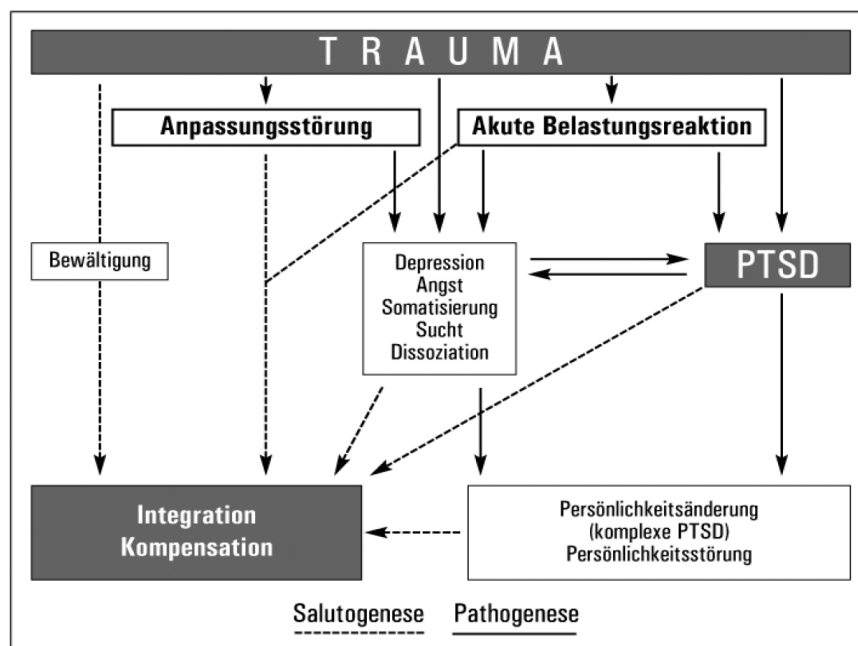
... ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse

... die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können

... in vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z. T. *mehrfähriger*) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (*verzögerte PTBS*).

Übersicht traumareaktiver Entwicklungen (S3-Leitlinie)



PTBS – Störungsbild geprägt durch

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (*Intrusionen*) oder Erinnerungslücken (*Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie*)
- Übererregungssymptome (*Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen*)
- Vermeidungsverhalten (*Vermeidung traumaassoziierter Stimuli*) und
- emotionale Taubheit (*allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit*)
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (*z. B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z. T. aggressive Verhaltensmuster*)

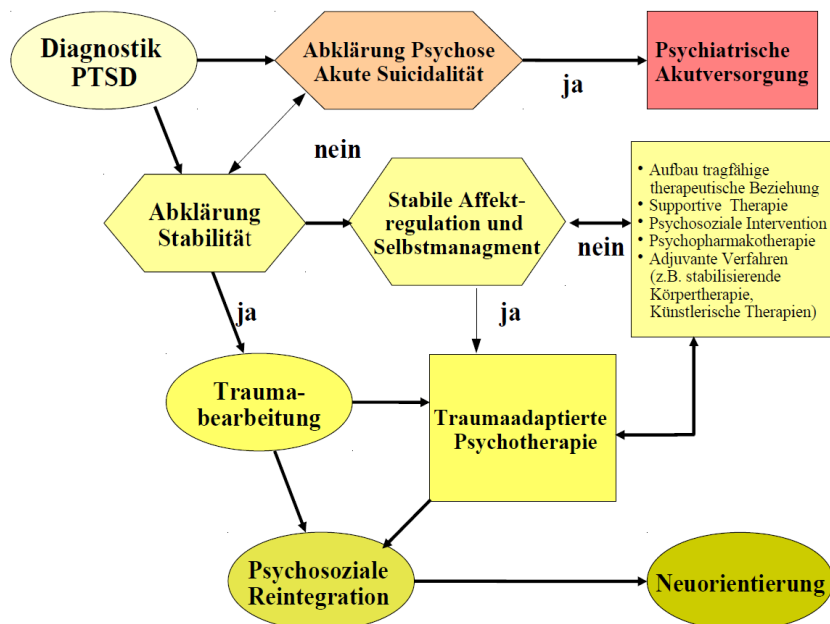
PTBS – Diagnostik

- Diagnostik nach klinischen Kriterien
- Berücksichtigung traumatischer Auslöser bei der Beschwerdeentwicklung
- Abgrenzung gegenüber akuten Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und relevanten psychischen Vorerkrankungen
- Berücksichtigung traumaassoziierter und komorbider Störungen (*Angststörungen, Depression, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen, Substanzmissbrauch, Organerkrankungen*)
- Diagnosesicherung am besten durch PTBS-spezifisches Interview/ergänzende psychometrische Diagnostik (*wichtig: sensible Exploration*)
- Berücksichtigung subsyndromaler Störungsbilder mit klinischer Relevanz (*z. B. Intrusionen und Übererregungssymptome ohne Vermeidungsverhalten*)

PTBS – CAVE! Übersehen einer PTBS

- bei lange zurückliegender Traumatisierung
(z. B. körperliche und sexualisierte Gewalt bei Kindern, frühere Kriegserfahrungen)
- bei klinisch auffälliger Komorbidität
(z. B. Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation)
- bei unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen
(z. B. somatoforme Schmerzstörung)
- bei misstrauischen, feindseligen und emotional-instabilen Verhaltensmustern
(z. B. insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen)
- bei medizinischen Eingriffen und Erkrankungen
(z. B. Malignome, Patienten nach Intensivbetreuung, Problemgeburten)

Übersicht therapeutischer Strategien (S3-Leitlinie)



Sozialmedizinische Beurteilung bei PTBS

- Verlauf der PTBS ist sehr wechselhaft
- die Störung klingt bei der Mehrzahl der Betroffenen auch ohne Behandlung ab und hält selten länger als sechs Monate an
- Prognose ist bei frühzeitiger Intervention und adäquater Therapie günstig
- bei wenigen Betroffenen nimmt die Störung einen chronischen Verlauf (*andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrebelastung F62.0*)

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

von Judith Herman (1992) eingeführtes Konzept

- ist eine Ergänzung des posttraumatischen Diagnosespektrums
- berücksichtigt Entwicklungen besser, denen eine fortgesetzte oder wiederholte Traumatisierung in der Kindheit und Jugend mit entsprechender Implikation für die Persönlichkeitsentwicklung zugrunde liegt

zusätzlich zu den Kriterien der PTBS treten auf:

- Veränderungen von Affekt- und Impulsregulation, von Aufmerksamkeit und Bewusstsein (*beispielsweise Depersonalisationserleben*), von Selbstwahrnehmung, Beziehungsgestaltung und Lebenssinn sowie Somatisierung (*z. B. Schmerzen, gastrointestinale Beschwerden*)

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Abteilung Rehabilitation

Dezernat 8023

Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon: 030 865-82086, Fax: 030 865-82123

Internet: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

E-Mail: fortbildungen-reha@drv-bund.de

3. Auflage 08/2022



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund