

Gutachter:

Dr. med. Maria Schwarz
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie
Gesundstr. 12
12345 Gesundstadt

Patient:

Herr T. M.
Geburtsdatum: 15.06.1980
Versicherungsnummer: anonymisiert

Behandlungszeitraum:

01.02.2025 – 30.04.2025

Gutachten angefordert am:

01. Mai 2025

1. Anamnese**1.1. Neurologische Anamnese:**

Der Patient, Herr T. M., stellte sich am 01.02.2025 mit Beschwerden über **chronische Kopfschmerzen**, die er seit ca. 6 Monaten wiederholt erlebt, vor. Diese sind als **dunkel ziehende, dumpfe Schmerzen** im Stirnbereich lokalisiert und treten besonders morgens und nach längerem Arbeiten am Computer auf. Zuvor hatte er keine signifikanten neurologischen Vorfälle wie **epileptische Anfälle** oder **Schlaganfälle**.

Herr M. gab an, gelegentlich **Schwindelgefühle** und **Sehstörungen** zu erleben, die in der Regel nach dem Frühstück oder bei starker körperlicher Anstrengung auftreten. Dies könnte auf eine **orthostatische Hypotonie** hinweisen, wurde jedoch bisher nicht ärztlich abgeklärt.

In seiner Kindheit wurde bei ihm eine leichte **Zerebralparese** festgestellt, welche jedoch keine funktionellen Einschränkungen mit sich brachte. Die Familie des Patienten ist frei von **bekannt** neurologischen Erkrankungen, jedoch leidet sein Vater an **Parkinsonismus** im fortgeschrittenen Alter.

1.2. Psychiatrische Anamnese:

Psychiatrische Vorerkrankungen wurden vom Patienten verneint, jedoch berichtete er von gelegentlichen **depressiven Verstimmungen** während der Jugendjahre, die nicht behandelt wurden. In den letzten Jahren beschreibt der Patient ein zunehmendes Gefühl **der Erschöpfung**, gepaart mit **Konzentrationsstörungen** und **innerer Unruhe**. Der Patient ist stark in seinem Beruf als **Manager in der IT-Branche** eingebunden und klagt über beruflichen Stress sowie zunehmend über **soziale Isolation** und **Schwierigkeiten in der Partnerschaft**.

1.3. Familienanamnese:

- **Mutter:** Psychiatrische Erkrankung, **schwere Depressionen** (chronisch)
- **Vater:** **Parkinsonismus**, **leichte kognitive Störungen** im Alter

- **Bruder:** Keine bekannten psychischen oder neurologischen Erkrankungen

1.4. Medikamentenanamnese:

Der Patient nimmt seit einigen Wochen **Ibuprofen** zur Schmerzbehandlung, mit unregelmäßiger Anwendung. Zur Schlafunterstützung nahm er in der Vergangenheit **Melatonin**, auch aktuell zur Einschlafhilfe. Der Patient nimmt derzeit keine kontinuierliche psychiatrische oder neurologische Medikation ein.

2. Neurologische Untersuchung

2.1. Allgemeiner Zustand:

Der Patient erschien bei der Untersuchung in einem **ordentlichen Allgemeinzustand**, wirkte jedoch **etwas angespannt und leicht fatigiert**. Seine äußere Erscheinung war gepflegt, und er hatte eine gute Körperhaltung ohne erkennbare **Gangstörungen** oder **Deformitäten**.

2.2. Motorik:

Die **Muskelkraft** wurde auf der MRC-Skala getestet und zeigte keine Auffälligkeiten (5/5 für alle Extremitäten). Der Patient hatte keine **Spastiken** oder **Tremor**. In der manuellen Untersuchung zeigte sich eine **normale Koordination** bei den **Finger-Nase-Tests** sowie beim **Fersen-Schienenbein-Test**.

2.3. Sensibilität:

Es wurde eine umfassende **sensibilitätsneurologische Untersuchung** durchgeführt, bei der keine Auffälligkeiten hinsichtlich der **Berührungsempfindung**, **Schmerzwahrnehmung**, **Vibrationsempfindung** und der **Propriozeption** festgestellt wurden. Der Patient berichtete über leichte **taube Stellen** in den Zehen, was jedoch auf eine **periphere Nervenirritation** und nicht auf eine zentrale neurologische Störung hindeutet.

2.4. Reflexe:

Die **Sehnenreflexe** (Patella, Achillessehne) waren beidseitig normal. Es bestanden keine **pathologischen Reflexe** wie **Babinski** oder **Clonus**. Es wurden auch keine **positiven meningealen Reize** festgestellt.

2.5. Kognitive Untersuchung:

Es wurden **verschiedene kognitive Tests** durchgeführt, darunter der **Mini-Mental-Status-Test (MMSE)** und der **Neuropsychologische Screening-Test**. Herr M. erreichte eine **Punktzahl von 24 von 30 Punkten** beim MMSE, was auf **leichte kognitive Beeinträchtigungen** hinweist, insbesondere im Bereich des **Kurzzeitgedächtnisses** und der **kognitiven Flexibilität**. Es wurden auch **Verzögerungseffekte** bei der Reaktion auf verbale Aufgaben beobachtet.

2.6. Weitere neurologische Tests:

Es wurde eine **EEG-Untersuchung** angeordnet, die keine Auffälligkeiten zeigte. **CT des Schädels** und **MRT der Halswirbelsäule** zeigten unauffällige Ergebnisse ohne Hinweise auf **strukturelle Veränderungen** oder **neurologische Läsionen**.

3. Psychiatrische Untersuchung

3.1. Allgemeiner Eindruck:

Herr M. wirkte bei der Untersuchung **angeschlagen** und **emotional erschöpft**. In der klinischen Beobachtung zeigte er Anzeichen einer **Minderwertigkeit** und einen **vermittelten Pessimismus**. Die **Stimmung** war signifikant **gedrückt**; der Patient beschrieb sich als „**ausgebrannt**“ und „**leer**“.

3.2. Antrieb:

Der **Antrieb** des Patienten war signifikant reduziert, wobei der Patient anmerkte, dass er die meiste Zeit des Tages Schwierigkeiten hat, sich für alltägliche Aktivitäten zu motivieren. Dies betrifft insbesondere berufliche Aufgaben sowie soziale Verpflichtungen.

3.3. Kognitive Funktionen:

Es zeigten sich deutliche **Konzentrationsprobleme** und Schwierigkeiten mit dem **Kurzzeitgedächtnis**. Bei der Durchführung des **Trail Making Test (TMT-A und B)** zeigte Herr M. eine signifikante Verzögerung bei der Umstellung von einem kognitiven Task auf einen anderen (was als **kognitive Flexibilitätsstörung** gewertet wurde).

Der Patient war in der Lage, einfache mathematische Aufgaben zu lösen, hatte jedoch Mühe, komplexe kognitive Probleme zu strukturieren oder zu lösen. Auch die Fähigkeit, **detaillierte Informationen** zu erinnern und wiederzugeben, war eingeschränkt.

3.4. Psychopathologie:

Herr M. gab an, häufig unter **ängstlichen Grübeleien** zu leiden, insbesondere in stressigen Situationen, bei denen er **Panikattacken** erlebte. Körperlich bemerkte er Symptome wie **Herzrasen**, **Schwitzen** und **Kurzatmigkeit**. Er erfüllte die diagnostischen Kriterien für eine **generalisierten Angststörung** (F41.1).

3.5. Schlafverhalten:

Der Patient hatte seit Monaten **Einschlafstörungen** und klagte über **häufiges nächtliches Erwachen**. Eine **Schlaflaboruntersuchung** wurde empfohlen, zeigte jedoch keine Hinweise auf eine organische Schlafstörung. In der Einschätzung wird eine **psychophysiologische Insomnie** angenommen.

3.6. Affektivität:

Die **Affektivität** war deutlich **eingeschränkt**; es traten **triste Gedanken** und **Gefühle der Hoffnungslosigkeit** auf. Der Patient berichtete, dass er wenig Freude an früheren Hobbys und sozialen Aktivitäten habe. Anzeichen einer **depressiven Verstimmung** (F32.0) waren deutlich, allerdings zeigte sich keine **Suizidalität**.

4. Diagnosen

- **F32.0 – Depressive Episode, leicht**
- **F41.1 – Generalisierte Angststörung**
- **G47.0 – Insomnie, nicht organisch bedingt**

- **R41.81 – Leichte kognitive Beeinträchtigung** (vermutlich sekundär bedingt durch die Angstsymptomatik und die depressive Verstimmung)
-

5. Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

Aufgrund der Symptome, insbesondere der **kognitiven Einschränkungen**, **Angstsymptome** und der ausgeprägten **Depression**, ist Herr M. **aktuell nicht arbeitsfähig**. Es ist davon auszugehen, dass bei Fortführung der Behandlung eine stufenweise **Wiedereingliederung** in den Arbeitsprozess möglich sein könnte, allerdings frühestens nach einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten, **abhängig** von der Reaktion auf die Behandlung.

6. Empfehlungen

6.1. Psychotherapeutische Behandlung:

Es wird eine **kognitive Verhaltenstherapie** empfohlen, um die **Angststörung**, die **depressive Symptomatik** und die **Schlafprobleme** zu behandeln.

Zusätzlich sollte eine **psychoedukative Therapie** zur **Stressbewältigung** und **Achtsamkeit** integriert werden.

6.2. Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva (SSRI)** zur Behandlung der **depressiven Symptome**
- **Benzodiazepine (kurzfristig)** bei akuten **Panikattacken**
- **Schlafhygiene und sedierende Medikamente** zur Verbesserung des Schlafs, ggf. Melatonin oder **Suvorexant**

6.3. Weitere Untersuchungen:

Eine regelmäßige neurologische und psychiatrische Kontrolle ist sinnvoll, um den Verlauf der Symptome zu überwachen und gegebenenfalls die Therapie anzupassen.

7. Prognose

Die Prognose für Herrn M. ist bei konsequenter Therapie positiv. Die **depressive Symptomatik** sowie die **Angstsymptome** sollten mit einer **psychotherapeutischen Intervention** und **medikamentöser Therapie** signifikant verbessert werden können.

Die **kognitiven Einschränkungen** werden wahrscheinlich zurückgehen, wenn die zugrunde liegende **psychische Belastung** verringert wird. Die Arbeitsfähigkeit kann innerhalb der nächsten 6 bis 12 Monate wiederhergestellt werden.

Dr. med. Maria Schwarz

Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie

Gesundstadt, den 30.04.2025

MEDICOLEX OFFICE