

Arbeits-Angst-Interview (AAI)

1 Diagnostisches Interview

Aufbau

Das Arbeits-Angst-Interview ist in Abschnitte unterteilt, die mit Buchstabenkürzeln gekennzeichnet sind (z.B. ARA). Jedes Buchstabenkürzel entspricht einer Diagnostikkategorie (z.B. Anpassungsreaktion mit Angst bezüglich des Arbeitsplatzes).

Am Anfang eines jeden dieser diagnostischen Abschnitte ist/sind die Frage(n), die dem Hauptmerkmal der Beschwerde entsprechen, mit einem grauen Kasten unterlegt.

Am Ende jedes diagnostischen Abschnitts kann in einem Kästchen vermerkt werden, ob die abgefragte Diagnose zutrifft oder nicht.

Rater-Anweisungen

Die in Kleinbuchstaben geschriebenen Sätze entsprechen den Fragen, die den Patienten in der Exploration gestellt werden.

Die in GROSSBUCHSTABEN geschriebenen Sätze entsprechen den Instruktionen, auf die sich der Untersucher beziehen muss, um während der gesamten Untersuchung die diagnostischen Algorithmen integrieren zu können.

Die Antworten, über denen sich ein Pfeil (➔) befindet, geben an, dass eines der Kriterien, die zur Erstellung der abgefragten Diagnose notwendig sind, nicht erfüllt ist. Der Untersucher wird damit aufgefordert, zum Ende des jeweiligen Abschnitts zu gehen oder bei der neben dem Pfeil angegebenen Frage fortzufahren.

Trifft eine Diagnose zu, wird im Anschluss daran nach den möglichen »Partizipationsstörungen« aufgrund der explorierten Symptomatik gefragt.

Anweisungen zur Kennzeichnung

Die explorierten Fragen werden einzeln gekennzeichnet. Die Kennzeichnung erfolgt rechts von jeder Frage durch Einkreisung der zutreffenden Antwort.

Es gibt je symptombezogener Frage nur zwei Antwortmöglichkeiten (»ja« oder »nein«). Der Untersucher muss sicher sein, dass der Patient die Frageinhalte richtig verstanden hat. Der psychiatrisch-psychopathologisch geschulte Untersucher hat die Aufgabe, die aus der Beobachtung des Patienten im Gespräch gewonnenen Informationen in sein diagnostisches Urteil miteinzubeziehen (z.B. Erkennen von formalen Denkstörungen wie »Sorgen« im Rahmen der generalisierten Sorgenangst).

Ein verkürztes Verfahren zum Ausfüllen wird vorgeschlagen. Es umfasst diejenigen Fragen, die sich auf die Hauptmerkmale jeder Beschwerde beziehen (d.h. diejenigen Fragen, die zu Beginn jedes Abschnitts grau unterlegt sind).

Falls eine dieser Fragen bejaht wird, ist der Untersucher aufgefordert, sich in einer weiteren Exploration auf den entsprechenden diagnostischen Abschnitt zu beziehen, um zu überprüfen, ob andere Kriterien vorliegen, die für die Diagnosestellung notwendig sind.

(PTBS) POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES

PTBS01	Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz einmal ein lebensbedrohliches Ereignis erlebt oder miterlebt? (Beispiele: lebensbedrohlicher Unfall, gewalttätiger sexueller oder körperlicher Angriff, Terroranschlag, Raubüberfall, Attentat, Brandkatastrophe, Auffinden einer Leiche, unerwarteter Tod eines Kollegen usw.)	NEIN	JA
PTBS02	War dies für Sie mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen verbunden?	NEIN →	JA
PTBS03	Haben Sie das Ereignis im Verlauf des vergangenen Monats auf belastende Weise wieder erlebt (z. B. durch wiederkehrende Träume, intensiv erlebte Erinnerungen, Flashbacks oder körperliche Beschwerden)?	NEIN →	JA
Im vergangenen Monat:			
PTBS04	Haben Sie es vermieden, an dieses Ereignis zu denken?	NEIN	JA
PTBS05	Haben Sie Aktivitäten, Orte oder Personen gemieden, die Sie daran erinnern könnten?	NEIN	JA
PTBS06	Fiel es Ihnen schwer, sich an wesentliche Einzelheiten des damaligen Erlebnisses zu erinnern?	NEIN	JA
PTBS07	Ließ Ihr Interesse an Hobbies oder sozialen Aktivitäten nach?	NEIN	JA
PTBS08	Fühlen Sie sich wie losgelöst von Ihrer Umgebung oder kommt Ihnen alles wie fremd vor?	NEIN	JA
PTBS09	Fällt es Ihnen schwer, etwas zu empfinden, so als ob Sie nicht mehr fähig wären zu lieben?	NEIN	JA
PTBS10	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Leben nie wieder so wie früher sein wird, dass Sie die Zukunft anders ins Auge fassen?	NEIN	JA
PTBS11	FÜR DEN RATER: WURDEN VON PTBS04–PTBS10 MINDESTENS 3 FRAGEN BEJAHT?	NEIN →	JA
Im vergangenen Monat:			
PTBS12	Hatten Sie Schlafstörungen?	NEIN	JA
PTBS13	Waren Sie besonders reizbar oder hatten Sie Wutanfälle?	NEIN	JA
PTBS14	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	NEIN	JA
PTBS15	Waren Sie unruhig oder ständig »auf dem Sprung«?	NEIN	JA
PTBS16	Waren Sie übermäßig schreckhaft?	NEIN	JA
PTBS17	FÜR DEN RATER: WURDEN VON PTBS12–PTBS16 WENIGSTENS 2 FRAGEN BEJAHT?	NEIN →	JA
PTBS18	Haben diese Probleme Sie im vergangenen Monat bei der Arbeit oder dort in Ihren kollegialen Beziehungen beeinträchtigt oder	<div>NEIN JA</div> <div>POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES</div>	
PTBS19	verursachten sie eine starke innere Unruhe?		
PTBS20	Beginn der Störung: _____	<div>NEIN JA</div> <div>NEIN JA</div> <div>NEIN JA</div> <div>NEIN JA</div> <div>NEIN JA</div> <div>PARTIZIPATIONS-PROBLEM</div>	
PTBS21	Kam es durch die Symptome bedingt einmal dazu, dass Sie der Arbeit ferngeblieben sind?		
PTBS22	Kam es dadurch schon einmal zur Krankschreibung?		
PTBS23	Kam es dadurch schon einmal zu einem Arbeitsplatzwechsel oder -verlust?		
PTBS24	Kam es dadurch regelmäßig dazu, dass Sie Überstunden machten oder		
PTBS25	Ihre eigenen Arbeiten an Kollegen delegieren mussten, um alles zu schaffen?		

(ARA) ANPASSUNGSREAKTION MIT ANGST BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES

ARA01	Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz einmal ein belastendes Ereignis erlebt? (Beispiele für belastende Ereignisse: neuer Chef, neue Arbeitsgebiete, neue Arbeitsanforderungen, Versetzung in andere Abteilung, Konflikte mit Kollegen) Um welches Ereignis handelt es sich? _____ _____	NEIN →	JA
ARA02	War dies für Sie in der Folgezeit mit starker Angst, Furcht oder Hilflosigkeit verbunden?	NEIN → ARA03	JA
ARA03	War es mit anderen Gefühlen verbunden?	NEIN →	JA → ARS
ARA04	Erlebten Sie in der Folge Befindlichkeitsstörungen und Beeinträchtigungen während Ihres Arbeitsalltags? Wann war das Ereignis? [] vor 1–2 Monaten [] vor 3–6 Monaten [] Das Ereignis ist länger als 6 Monate her	NEIN →	JA
Im vergangenen Monat:			
ARA05	Hatten Sie Schlafstörungen?	NEIN	JA
ARA06	Waren Sie besonders reizbar oder hatten Sie Wutanfälle?	NEIN	JA
ARA07	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	NEIN	JA
ARA08	Waren Sie unruhig oder ständig »auf dem Sprung«?	NEIN	JA
ARA09	Waren Sie übermäßig schreckhaft?	NEIN	JA
ARA10	FÜR DEN RATER: WURDEN VON ARA05–ARA09 WENIGSTENS 2 FRAGEN BEJAHT?	NEIN →	JA
ARA11	Haben diese Probleme Sie im vergangenen Monat bei der Arbeit oder dort in Ihren kollegialen Beziehungen beeinträchtigt oder	NEIN	JA
ARA12	verursachten sie eine starke innere Unruhe?	ANPASSUNGS-REAKTION MIT ANGST BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES	
ARA13	Beginn der Störung: _____		
ARA14	Kam es durch die Symptome bedingt einmal dazu, dass Sie der Arbeit ferngeblieben sind?	NEIN	JA
ARA15	Kam es durch diese Symptome bedingt schon einmal zur Krankschreibung?	NEIN	JA
ARA16	Kam es durch diese Symptome bedingt schon einmal zu einem Arbeitsplatzwechsel oder -verlust?	NEIN	JA
ARA17	Kam es dadurch regelmäßig dazu, dass Sie Überstunden machten oder	NEIN	JA
ARA18	Ihre eigenen Arbeiten an Kollegen delegieren mussten, um alles zu schaffen?	NEIN	JA
		PARTIZIPATIONS-PROBLEM	

ARS DIFFERENZIALDIAGNOSTIK: ANPASSUNGSREAKTION MIT SONSTIGEN AFFEKTQUALITÄTEN

FÜR DEN RATER: MINDESTENS 2 FRAGEN JE KATEGORIE MÜSSEN BEJAHT WERDEN FÜR DIAGNOSESTELLUNG

ARS01	Waren Sie niedergeschlagen und antriebslos? Hatten Sie Schlafstörungen oder Appetitveränderungen? Sehen Sie sich selbst und die Zukunft hoffnungslos und trübe?	NEIN	JA	ANPASSUNGS-REAKTION MIT DEPRESSIVEM AFFEKT
ARS02	Fühlten Sie sich tief gekränkt? Fühlten Sie sich ungerecht behandelt? Fühlten Sie sich verbittert?	NEIN	JA	ANPASSUNGS-REAKTION MIT VERBITTERUNGS- AFFEKT
ARS03	Wurden Sie aggressiv anderen gegenüber? Haben Sie jemanden angeschrien oder geschlagen? Kamen Wutausbrüche mehrfach vor?	NEIN	JA	ANPASSUNGS-REAKTION MIT AGGRESSIVITÄT
ARS04	Haben Sie gedacht, das Leben macht keinen Sinn mehr? Haben Sie an Selbstmord gedacht? Haben Sie einen Selbstmordversuch unternommen?	NEIN	JA	ANPASSUNGS-REAKTION MIT SUIZIDALITÄT
ARS05	Kam es durch die Symptome bedingt einmal dazu, dass Sie der Arbeit ferngeblieben sind?	NEIN	JA	PARTIZIPATIONS-PROBLEM
ARS06	Kam es durch diese Symptome bedingt schon einmal zur Krankschreibung?	NEIN	JA	
ARS07	Kam es durch diese Symptome bedingt schon einmal zu einem Arbeitsplatzwechsel oder -verlust?	NEIN	JA	
ARS08	Kam es dadurch regelmäßig dazu, dass Sie Überstunden machten oder	NEIN	JA	
ARS09	Ihre eigenen Arbeiten an Kollegen delegieren mussten, um alles zu schaffen?	NEIN	JA	

(SSP) SPEZIFISCHE SOZIALE PHOBIE BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES

SSP01	Gibt es an Ihrem Arbeitsplatz bestimmte Menschen oder bestimmte Gruppen, in deren Gegenwart Sie sich besonders unbehaglich, angespannt oder ängstlich fühlen, während Sie mit anderen Kollegen oder Gruppen keine Probleme haben?	NEIN →	JA
SSP02	Glauben Sie, dass diese Angst übertrieben oder unsinnig ist?	NEIN	JA
	Fürchten Sie diese speziellen Personen so sehr, dass:		
SSP03	– Sie sie nach Möglichkeit vermeiden?	NEIN	JA
SSP04	– Sie eine starke Unruhe spüren, wenn Sie eine Begegnung nicht umgehen können?	NEIN	JA
SSP05	Haben Sie das Gefühl, dass speziell gegen Sie gerichtete Intrigen laufen, man sich hinter Ihrem Rücken verbündet?	NEIN	JA
SSP06	Haben Sie Hinweise darauf, dass man Ihnen gezielt nachstellt (z. B. Papier auf dem Schreibtisch liegt woanders, jemand schaut Sie auffällig an)?	NEIN	JA
SSP07	FÜR DEN RATER: LIEGT EINE PARANOIDE AFFEKT FÄRBUNG VOR? (AUS DEM INTERAKTIONSVERHALTEN ABLEITEN)	NEIN	JA
SSP08	Ist Ihnen diese Angst bei Ihrer Arbeit und Ihren sozialen Kontakten mit Kollegen oder evtl. Klienten hinderlich oder	NEIN	JA
SSP09	stellt sie eine große Belastung dar?	NEIN	JA
SSP10	FÜR DEN RATER: WURDEN SSP03 ODER SSP04 SOWIE SSP08 ODER SSP09 BEJAHT?	NEIN	JA
SSP11	Beginn der Störung: _____	SPEZIFISCHE SOZIALE PHOBIE BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES	
SSP12	Kam es durch die Symptome bedingt schon einmal dazu, dass Sie der Arbeit ferngeblieben sind?	NEIN	JA
SSP13	Kam es dadurch schon einmal zur Krankschreibung?	NEIN	JA
SSP14	Kam es dadurch schon einmal zu einem Arbeitsplatzwechsel oder -verlust?	NEIN	JA
SSP15	Kam es dadurch regelmäßig dazu, dass Sie Überstunden machten oder	NEIN	JA
SSP16	Ihre eigenen Arbeiten an Kollegen delegieren mussten, um alles zu schaffen?	NEIN	JA
		PARTIZIPATIONS-PROBLEM	

(USP) UNSPEZIFISCHE SOZIALE PHOBIE BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES

USP01	Wenn Sie an Ihrem Arbeitsplatz die Aufmerksamkeit anderer auf sich ziehen oder vor anderen das Wort ergreifen sollen, in der Kantine essen sollten oder unter Beobachtung von Kollegen arbeiten sollen, fühlen Sie sich dann in besonderer Weise unbehaglich, angespannt oder/und ängstlich, während Sie keine derartigen Probleme haben, wenn Sie alleine sind?	NEIN →	JA
USP02	Glauben Sie, dass diese Angst übertrieben oder unsinnig ist?	NEIN	JA
	Fürchten Sie diese Situationen so sehr, dass:		
USP03	– Sie sie nach Möglichkeit vermeiden?	NEIN	JA
USP04	– Sie eine starke Unruhe spüren, wenn Sie sie angehen müssen?	NEIN	JA
USP05	Ist Ihnen diese Angst bei Ihrer Arbeit und Ihren sozialen Kontakten mit Kollegen oder evtl. Klienten hinderlich	NEIN	JA
	oder		
USP06	stellt sie eine große Belastung dar?	NEIN	JA
USP07	FÜR DEN RATER: WIRD USP03 ODER USP04 SOWIE USP05 ODER USP06 BEJAHT?	NEIN JA UNSPEZIFISCHE SOZIALE PHOBIE BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES	
USP08	Beginn der Störung: _____		
USP09	Kam es durch die Symptome bedingt schon einmal dazu, dass Sie der Arbeit ferngeblieben sind?	NEIN	JA
USP10	Kam es dadurch schon einmal zur Krankschreibung?	NEIN	JA
USP11	Kam es dadurch schon einmal zu einem Arbeitsplatzwechsel oder -verlust?	NEIN	JA
USP12	Kam es dadurch regelmäßig dazu, dass Sie Überstunden machten oder	NEIN	JA
USP13	Ihre eigenen Arbeiten an Kollegen delegieren mussten, um alles zu schaffen?	NEIN	JA
		PARTIZIPATIONS-PROBLEM	

(SA) SITUATIONSÄNGSTE BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES

SA01	Fühlen Sie sich in bestimmten Situationen oder Orten am Arbeitsplatz oder auch schon in Gedanken an diese in besonderer Weise unbehaglich, angespannt und/oder ängstlich?	NEIN →	JA
SA02	Versuchen Sie, diese Situationen oder Orte wenn möglich schnell zu verlassen oder gehen Sie erst gar nicht dorthin, oder versuchen Sie, diese wann immer möglich zu vermeiden?	NEIN	JA
SA03	Wenn Sie an diese Situationen an Ihrem Arbeitsplatz denken, steigen dann Gefühle in Ihnen auf im Sinne von Angst, Anspannung, Unruhe und Unbehagen?	NEIN	JA
SA04	Wenn Sie sich in diesen Situationen an Ihrem Arbeitsplatz befinden oder daran denken, kommt es dann regelmäßig oder immer wieder zu:		
	SA0401 – starkem Herzklopfen?	NEIN	JA
	SA0402 – Schwitzen und feuchten Händen?	NEIN	JA
	SA0403 – Zittern und Muskelzucken?	NEIN	JA
	SA0404 – Atembeschwerden oder dem Gefühl, keine Luft zu bekommen?	NEIN	JA
	SA0405 – Erstickungsgefühlen oder einem Kloß im Hals?	NEIN	JA
	SA0406 – Schmerz oder Druck auf der Brust?	NEIN	JA
	SA0407 – Übelkeit, Druck in der Magengegend oder plötzlichem Durchfall?	NEIN	JA
	SA0408 – Benommenheit, Schwindel oder dem Gefühl, in Ohnmacht zu fallen?	NEIN	JA
	SA0409 – dem Gefühl, dass Sie selbst oder die Dinge, die Sie umgeben, unwirklich sind?	NEIN	JA
	SA0410 – Angst, verrückt zu werden oder die Kontrolle über sich zu verlieren?	NEIN	JA
	SA0411 – Todesangst?	NEIN	JA
	SA0412 – Taubheitsgefühlen oder Kribbeln?	NEIN	JA
	SA0413 – Hitzewallungen oder Schüttelfrost?	NEIN	JA
SA05	ANZAHL DER SYMPTOME: _____		
SA06	Ist durch die Ängste bzw. Anspannung vor oder in Situationen und/oder Orten am Arbeitsplatz Ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt oder	NEIN	JA
SA07	Stellen die Ängste eine große Belastung dar?	NEIN →	JA
SA08	FÜR DEN RATER: WIRD SA02 ODER SA03 SOWIE SA06 ODER SA07 BEJAHT?	NEIN	JA
SA09	Beginn der Störung: _____	SITUATIONSÄNGSTE BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES	
SA10	Kam es durch die Symptome bedingt schon einmal dazu, dass Sie der Arbeit ferngeblieben sind?	NEIN	JA
SA11	Kam es dadurch schon einmal zur Krankschreibung?	NEIN	JA
SA12	Kam es dadurch schon einmal zu einem Arbeitsplatzwechsel oder -verlust?	NEIN	JA
SA13	Kam es dadurch regelmäßig dazu, dass Sie Überstunden machten oder	NEIN	JA
SA14	Ihre eigenen Arbeiten an Kollegen delegieren mussten, um alles zu schaffen?	NEIN	JA
		PARTIZIPATIONS-PROBLEM	

(H) HYPOCHONDRISCHE ÄNGSTE BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES

H01	Haben Sie Hinweise darauf, dass Ihre Gesundheit durch die Art der Arbeit bzw. den Arbeitsplatz Schaden nehmen könnte?	NEIN	JA
H02	Haben Sie Hinweise darauf, dass es am Arbeitsplatz zu einer Verstärkung von (körperlichen) Krankheitssymptomen kommt?	NEIN	JA
H03	Machen Sie sich nahezu ständig Gedanken wegen einer möglichen oder tatsächlichen Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz bzw. wegen der Symptome?	NEIN	JA
H04	FÜR DEN RATER: WURDE BEI H01–H03 MINDESTENS EINE FRAGE BEJAHT UND LIEGT EINE ÜBERMÄSSIGE BESCHÄFTIGUNG MIT MÖGLICHER GEFÄHRDUNG DER EIGENEN GESUNDHEIT VOR?	NEIN →	JA

Welcher Art sind die Gesundheitsbeschwerden? Folgt daraus eine Leistungseinschränkung?

	Beschwerden	Einschränkung
Mund/Speiseröhre/Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darm/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber/Bauchspeicheldrüse/Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren/Blase/Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualorgane/Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschlag/Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venen/Arterien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmung/Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut/blutbildendes System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenke/Knochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut/Haare/Nägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentration/Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit/Schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol/Nikotin/Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme/Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen/Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals- und/oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bauch- und/oder Unterleibsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter-/Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H05 ANZAHL DER SYMPTOME/BESCHWERDENBEREICHE: _____

H06 ANZAHL DER LEISTUNGSEINSCHRÄNKUNGEN: _____

H07 Welche Umstände am Arbeitsplatz sind es, die Sie krank machen?

☐ Ausstattung☐ gesundheitsgefährdende Stoffe/Umwelteinflüsse☐ Mobbing☐ qualitative Überforderung☐ quantitative Überforderung☐ nicht leidensgerechter Arbeitsplatz☐ Sonstiges: _____

H08 Beobachten Sie sich verstärkt in Bezug auf körperliche Symptome?

NEIN JA

H09 Vermeiden Sie Gefährdungssituationen am Arbeitsplatz?

NEIN JA

H10 Haben Sie ärztlichen Rat eingeholt, ohne dass Sie das beruhigt hätte?

NEIN JA

H11 Ist dadurch Ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt oder

NEIN JA

H12 leiden Sie sehr darunter?

NEIN JA

H13 FÜR DEN RATER: WURDEN H08 ODER H09 SOWIE H11 ODER H12 MIT JA BEANTWORTET?

H14 Beginn der Störung : _____

NEIN	JA
HYPOCHONDRISCHE ÄNGSTE BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES	

H15 Kam es durch die Symptome bedingt einmal dazu, dass Sie der Arbeit ferngeblieben sind?

NEIN JA

H16 Kam es dadurch schon einmal zur Krankschreibung?

NEIN JA

H17 Kam es dadurch schon einmal zu einem Arbeitsplatzwechsel oder -verlust?

NEIN JA

H18 Kam es dadurch regelmäßig dazu, dass Sie Überstunden machten
oder

NEIN JA

H19 Ihre eigenen Arbeiten an Kollegen delegieren mussten, um alles zu schaffen?

NEIN JA

PARTIZIPATIONS-PROBLEM

(IA) INSUFFIZIENZÄNGSTE BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES

IA01	Fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz überfordert bzw. haben Sie das Gefühl, den Anforderungen am Arbeitsplatz nicht gerecht werden zu können?	NEIN	JA
IA02	Haben Sie das Gefühl, mit Veränderungen am Arbeitsplatz bzw. in der Arbeitsorganisation nicht zurecht zu kommen?	NEIN	JA
IA03	FÜR DEN RATER: WURDE IA01 ODER IA02 BEJAHT?	NEIN →	JA
IA04	Liegt dies daran, dass die Anforderungen so hoch sind, dass auch die Kollegen damit nicht mehr umgehen können oder	NEIN	JA
IA05	liegt dies daran, dass Sie ungenügend ausgebildet sind oder eine nicht hinreichende Leistungsfähigkeit haben, oder dass Sie keine Kraft haben?	NEIN	JA
IA06	Werden Sie von Kollegen oder Vorgesetzten regelhaft darauf hingewiesen, dass Sie keine hinreichende Leistung bringen?	NEIN	JA
IA07	Kommen Sie speziell mit Änderungen am Arbeitsplatz (neue Maschinen, neue Aufgaben, neue Räume, neue Kollegen, Vorgesetzte) nicht zurecht?	NEIN	JA
IA08	Beeinträchtigen Sie diese Überforderungsgefühle bei Ihrer Arbeit, in Ihrer täglichen Arbeitsroutine bzw. Ihren sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz?	NEIN	JA
IA09	Leiden Sie sehr darunter, dass Sie den Anforderungen oder Veränderungen nicht gerecht werden?	NEIN	JA
IA10	FÜR DEN RATER: WURDEN VON IA05–IA09 WENIGSTENS 2 FRAGEN BEJAHT?	<div>NEIN → JA</div> <div>INSUFFIZIENZÄNGSTE BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES</div>	
IA11	Beginn der Störung _____		
IA12	Kam es durch die Symptome bedingt einmal dazu, dass Sie der Arbeit ferngeblieben sind?	NEIN	JA
IA13	Kam es dadurch schon einmal zur Krankschreibung?	NEIN	JA
IA14	Kam es dadurch schon einmal zu einem Arbeitsplatzwechsel oder -verlust?	NEIN	JA
IA15	Kam es dadurch regelmäßig dazu, dass Sie Überstunden machten oder	NEIN	JA
IA16	Ihre eigenen Arbeiten an Kollegen delegieren mussten, um alles zu schaffen?	NEIN	JA
		PARTIZIPATIONS-PROBLEM	

(GA) GENERALISIERTE SORGENANGST BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES

GA01	Wenn Sie an Ihre Arbeit denken, würden Sie dann von sich selbst sagen, dass Sie sich übermäßig und ständig viele Sorgen über Alltäglichkeiten machen (z. B. darüber, was schief gehen könnte, ob alles in Ordnung ist, ob Sie nichts vergessen haben, ob Sie ggf. Chef, Kollegen oder Klienten zufrieden gestellt haben?) oder	NEIN	JA
GA02	darüber, was die Zukunft bringen könnte (z. B. ob die Stelle sicher ist, wie es wirtschaftlich weitergeht, wer als neuer Kollege oder Chef kommt)? FÜR DEN RATER: ZU BEURTEILEN IST DIE NEIGUNG, SICH ÜBER ALLTÄGLICHKEITEN ZU SORGEN, ES GEHT NICHT UM SORGEN WEGEN BESONDERER SITUATIONEN, PERSONEN ODER PROBLEME.	NEIN	JA
GA03	Haben Kollegen, Bekannte oder Familienangehörige Ihnen gesagt, dass Sie sich zu viele Sorgen bezüglich Ihres Arbeitsplatzes/Ihrer Arbeit machen?	NEIN	JA
GA04	FÜR DEN RATER: WURDE GA01 ODER GA02 MIT JA BEANTWORTET?	NEIN ➔	JA
GA05	Wenn Sie sich solche Sorgen bezüglich Alltäglichkeiten am Arbeitsplatz machen: Fast jeden Tag?	NEIN ➔	JA
GA06	Fällt es Ihnen schwer, diese Sorgen oder diese Angstgefühle abzustellen oder unter Kontrolle zu haben oder leiden Sie sehr unter den Sorgen?	NEIN ➔	JA
GA07	Ist durch die ständige Besorgnis Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz beeinträchtigt?	NEIN ➔	JA
Seitdem Sie sich bezüglich des Arbeitsplatzes besonders beunruhigt, ängstlich fühlen, stellen Sie dann Folgendes fest:			
GA08	Sie fühlen sich angespannt, gereizt, die Nerven liegen bloß.	NEIN	JA
GA09	Die Muskeln sind angespannt.	NEIN	JA
GA10	Sie fühlen sich müde, schwach und schnell erschöpft.	NEIN	JA
GA11	Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten oder das Gefühl von Leere im Gehirn?	NEIN	JA
GA12	Sie sind besonders reizbar.	NEIN	JA
GA13	Sie haben Schlafprobleme.	NEIN	JA
GA14	FÜR DEN RATER: WURDEN BEI GA08–GA13 WENIGSTENS 3 ANTWORTEN BEJAHT?	NEIN JA GENERALISIERTE SORGENANGST BEZÜGLICH DES ARBEITSPLATZES	
GA15	Beginn der Störung: _____		
GA16	Kam es durch die Symptome bedingt schon einmal dazu, dass Sie der Arbeit ferngeblieben sind?	NEIN	JA
GA17	Kam es dadurch schon einmal zur Krankschreibung?	NEIN	JA
GA18	Kam es dadurch schon einmal zu einem Arbeitsplatzwechsel oder -verlust?	NEIN	JA
GA19	Kam es dadurch regelmäßig dazu, dass Sie Überstunden machten oder	NEIN	JA
GA20	Ihre eigenen Arbeiten an Kollegen delegieren mussten, um alles zu schaffen?	NEIN	JA
		PARTIZIPATIONS-PROBLEM	

(AP) ARBEITSPLATZPHOBIE

AP01	Fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz oder auch schon in Gedanken an den Arbeitsplatz in besonderer Weise unbehaglich, angespannt und/oder ängstlich?	NEIN →	JA
AP02	Versuchen Sie, den Arbeitsplatz wenn möglich schnell zu verlassen oder vermeiden Sie nach Möglichkeit jeden Weg daran vorbei?	NEIN	JA
AP03	Wenn Sie an Ihren Arbeitsplatz denken, steigen dann Gefühle in Ihnen auf im Sinne von Angst, Anspannung, Unruhe und Unbehagen?	NEIN	JA
AP04	Wenn Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz befinden oder an den Arbeitsplatz denken, oder sich in die Nähe des Arbeitsplatzes begeben, kommt es dann regelmäßig oder immer wieder zu:		
	AP0401 – starkem Herzklopfen?	NEIN	JA
	AP0402 – Schwitzen und feuchten Händen?	NEIN	JA
	AP0403 – Zittern und Muskelzucken?	NEIN	JA
	AP0404 – Atembeschwerden oder dem Gefühl, keine Luft zu bekommen?	NEIN	JA
	AP0405 – Erstickungsgefühlen oder einem Kloß im Hals?	NEIN	JA
	AP0406 – Schmerz oder Druck auf der Brust?	NEIN	JA
	AP0407 – Übelkeit, Druck in der Magengegend oder plötzlichem Durchfall?	NEIN	JA
	AP0408 – Benommenheit, Schwindel oder dem Gefühl, in Ohnmacht zu fallen?	NEIN	JA
	AP0409 – dem Gefühl, dass Sie selbst oder die Dinge, die Sie umgeben, unwirklich sind?	NEIN	JA
	AP0410 – Angst, verrückt zu werden oder die Kontrolle über sich zu verlieren?	NEIN	JA
	AP0411 – Todesangst?	NEIN	JA
	AP0412 – Taubheitsgefühlen oder Kribbeln?	NEIN	JA
	AP0413 – Hitzewallungen oder Schüttelfrost?	NEIN	JA
AP05	ANZAHL DER SYMPTOME: _____		
AP06	Ist durch die Ängste bzw. Anspannung am Arbeitsplatz Ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt?	NEIN	JA
AP07	Leiden Sie sehr unter den Ängsten?	NEIN →	JA
AP08	FÜR DEN RATER: WIRD AP02 ODER AP03 SOWIE AP06 ODER AP07 BEJAHT? UND WERDEN BEI AP04 MINDESTENS 4 SYMPTOME BESTÄTIGT, UND TRETEN DIESE ZUSAMMEN AUF IM SINNE EINER PANIKREAKTION?		
AP09	Beginn der Störung: _____		
AP10	Kam es durch die Symptome bedingt einmal dazu, dass Sie der Arbeit ferngeblieben sind?	NEIN	JA
AP11	Kam es dadurch schon einmal zur Krankschreibung?	NEIN	JA
AP12	Kam es dadurch schon einmal zu einem Arbeitsplatzwechsel oder -verlust?	NEIN	JA
AP13	Kam es dadurch regelmäßig dazu, dass Sie Überstunden machten oder	NEIN	JA
AP14	Ihre eigenen Arbeiten an Kollegen delegieren mussten, um alles zu schaffen?	NEIN	JA

NEIN	JA
ARBEITSPLATZ- PHOBIE	
NEIN	JA
NEIN	JA
NEIN	JA
NEIN	JA
NEIN	JA
PARTIZIPATIONS-PROBLEM	
NEIN	JA

2 Diagnosen-Übersicht

Diagnose »... bezüglich des Arbeitsplatzes«	Trifft zu/Beginn	Partizipations-Problem				
		Fernbleiben	Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsplatzverlust	Überstunden	Delegieren von Aufgaben
Posttraumatische Belastungsstörung						
Anpassungsreaktion mit Angst						
Anpassungsreaktion mit depressiver Symptomatik						
Anpassungsreaktion mit Verbitterungsaffekt						
Anpassungsreaktion mit Aggressivität						
Anpassungsreaktion mit Suizidalität						
Spezifische soziale Phobie						
Unspezifische soziale Phobie						
Situationsängste						
Hypochondrische Ängste						
Insuffizienzängste						
Generalisierte Sorgenangst						
Arbeitsplatzphobie						

3 Globalrating

Wenn Sie Ihre aktuellen gesundheitlichen Beschwerden insgesamt betrachten, zu wieviel Prozent, würden Sie sagen, hängen diese mit dem Arbeitsplatz zusammen in dem Sinne, dass sie durch den Arbeitsplatz hervorgerufen oder verstärkt werden – wenn überhaupt?

Zu _____ Prozent

4 Ätiologierating

FÜR DEN RATER: FALLS EINE ARBEITSANGST UND EINE SONSTIGE PSYCHISCHE ERKRANKUNG OHNE ARBEITSBEZUG VORLIEGT, EXPLORIEREN:

Was war zuerst da?

- ☐ Die psychischen Beschwerden unabhängig vom Arbeitsplatz.
- ☐ Die psychischen Beschwerden mit direktem Bezug zum Arbeitsplatz.
- ☐ Beides gleichzeitig und miteinander in Wechselwirkung.