

Publiziert bei:



AWMF-Register Nr. 051-029

Klasse: S2k

Teil I

Gutachtliche Untersuchung bei psychischen und psychosomatischen Störungen

In diesem ersten Teil der Leitlinie werden die **Besonderheiten** der gutachtlichen Untersuchung bei psychischen und psychosomatischen Störungen zusammengefasst behandelt, soweit sie die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit betreffen und für Kausalitätsfragen von Bedeutung sind. Der Text wurde von den Autoren der beiden Leitlinienteile II und III gemeinsam verfasst. Die beteiligten Fachgesellschaften und Autoren sind dort vermerkt.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

Inhalt

1. Aufarbeitung der Aktenlage	2
2. Exploration	2
2.1 Gutachtliche Beziehungsgestaltung.....	2
2.2 Methoden der Exploration	3
2.3 Sozial- und Berufsanamnese	3
2.4 Anamnese des Tagesablaufs	4
2.5 Erfassung von Funktionsstörungen und Schädigungsfolgen	4
2.5.1 Erfassung des Krankheitsstatus nach ICF	4
2.5.2 Mini-ICF-APP	5
2.6 Erfordernis der Sprachmittlung	5
3. Befunderhebung	6
3.1 Klinische Befunderhebung	6
3.1.1 Psychischer Querschnittsbefund	6
3.1.2 Körperlicher Befund / technische Zusatzuntersuchungen.....	7
3.1.3 Bestimmung des Medikamentenspiegels	7
3.2 Testpsychologische Diagnostik.....	8
3.2.1 Selbstbeurteilungsskalen	8
3.2.2 Fremdbeurteilungsverfahren.....	9
3.2.3 Psychologische Leistungstests	9
4. Beschwerdenuvalidierung	10
4.1 Begrifflichkeiten.....	10
4.2 Intentionale Verhaltensweisen	11
4.3 Verfahren der Beschwerdenuvalidierung.....	11
4.4 Abschließende Plausibilitätsprüfung	12

1. Aufarbeitung der Aktenlage

Notwendige Voraussetzung für eine qualifizierte Begutachtung ist die sorgfältige Einbeziehung der Anknüpfungstatsachen anhand der Akten. Die Aufarbeitung der Aktenlage dient vor allem zwei Zielen:

- **Nachweis**, dass die für die gutachtliche Beurteilung relevanten Anknüpfungstatsachen in den Akten, auf die sich der Auftraggeber in seiner Fragestellung bezieht, zur Kenntnis genommen wurden. Eine unstrukturierte Wiedergabe von Akteninhalten sollte vermieden werden. Der bloße Vermerk, dass die Akten gelesen wurden, ist nicht ausreichend.
- **Vorlage** für die gutachtliche Exploration, anhand derer der Sachverständige Auffälligkeiten, Ungereimtheiten und Widersprüche in den Vorbefunden und -gutachten kritisch hinterfragen kann. Die Aktenlage sollte daher bereits vor der Untersuchung des Probanden aufgearbeitet werden.

Bei **Zustandsgutachten** zur Frage der beruflichen Leistungsfähigkeit sind neben den Unterlagen zur beruflichen Vorgeschichte insbesondere die ärztlichen bzw. psychologischen Vorbefunde und Berichte sowie die beruflichen Vorbefunde von Interesse, die Hinweise über den Krankheitsverlauf, über Funktionsbeeinträchtigungen und zur Prognose vermitteln. Der Gutachter muss auch regelmäßig beurteilen, ob angemessene therapeutische Maßnahmen durchgeführt wurden. Soweit die somatische Diagnostik nicht vollständig vorgenommen oder interpretiert wurde, sollten dem Auftraggeber ggf. zusätzliche diagnostische Maßnahmen in den entsprechenden Fachgebieten empfohlen werden.

Bei **Zusammenhangsgutachten** kommt der zeitnahen Dokumentation des Gesundheitsschadens nach schädigenden Ereignissen besondere Bedeutung zu, da dieser in der Regel eine größere Objektivität zugeschrieben werden kann als später verfassten Angaben. Fehlen wichtige für die Beurteilung möglicherweise unverzichtbare Dokumente in den übermittelten Akten (z.B. polizeiliches Protokoll, D-Arzt-Berichte, Vordokumentation zu früheren stationären Heilbehandlungen oder einer stationären Rehabilitation, Leistungsverzeichnis der Krankenversicherung, Unterlagen der Staatsanwaltschaft), sollte dies im Gutachten vermerkt bzw. dem Auftraggeber eine entsprechende Heranziehung empfohlen werden.

Empfehlung I.1

Eine sorgfältige Aufarbeitung der vom Auftraggeber zugesandten Akten ist notwendige Voraussetzung für jede Begutachtung. Sie sollte bereits **vor** der gutachtlichen Untersuchung erfolgen, um als Vorlage für die Exploration dienen zu können. Die schriftliche Niederlegung von Akteninhalten im Gutachten sollte sich auf die für die gutachtliche Fragestellung relevanten Anknüpfungstatsachen beschränken. Fehlende Unterlagen sollten vermerkt und ggf. deren Heranziehung für den sachgerechten Abschluss des Gutachtens empfohlen werden.

2. Exploration

2.1 Gutachtliche Beziehungsgestaltung

Der Gutachter sollte räumlich und situativ eine vertrauensvolle Atmosphäre für die Begutachtung schaffen. Dazu gehört auch die ausführliche Erläuterung am Beginn der Exploration zur Rolle des Gutachters, zur Dauer und Ablauf der Untersuchung sowie auch zur Möglichkeit von Pausen bei auftretenden Problemen. Übersichten hierzu finden sich bei Ebbinghaus [2013] und Mueller-Pfeiffer [2016]. Dabei sind die Anforde-

rungen der verschiedenen Rechtsgebiete sowie auch die Rechte der zu Begutachtenden zu berücksichtigen. Hierzu sei auf die entsprechende Leitlinie verwiesen¹.

Zu bedenken sind auch Interaktionsprobleme zwischen Gutachter und zu Begutachtenden, bedingt durch situative oder in der Person des Gutachters begründete Faktoren (z.B. eigenes Krankheitserleben, weltanschauliche Überzeugungen, Tagesform). Diese sollten vom Gutachter reflektiert und in ihrem Einfluss so weit wie möglich eingeschränkt werden¹.

2.2 Methoden der Exploration

Wesentliche Bestandteile der gutachtlichen Exploration sind:

- Die **biographische Anamnese** dient der chronologischen Erfassung der sozialen und psychischen Entwicklung des Probanden. Dazu gehört insbesondere auch die spezielle Anamnese, d.h. die Entwicklung der Krankheit und/oder der Symptomatik auf der Zeitachse.
- Die **systematische Exploration** ermöglicht es dem Gutachter, strukturiert fehlende Punkte zur Vorgeschichte, zur Krankheitsentwicklung und zu den gutachtlich relevanten Fragestellungen zu eruieren. Neben der Dokumentation der aktuellen Beschwerdenausprägung gehört hierzu auch die Befragung funktioneller Beeinträchtigungen und/oder Einschränkungen im täglichen Leben sowie in der sozialen Teilhabe (► Kap. 2.5). Angaben des Probanden zu früheren Behandlungen sind auf ihre Stimmigkeit zu den aktienkundig vorliegenden Befunden hin zu überprüfen. Bei der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit ist auch die berufliche Entwicklung detailliert zu erörtern. Bei Zusammenhangsgutachten kommt der traumaspezifischen Anamnese besondere Bedeutung zu.
- Die **freie Exploration** gibt dem zu Begutachtenden Raum für die Darstellung seiner subjektiven Perspektive in Bezug auf seine Biographie und die spezielle Krankheitsentwicklung, anhand deren der Gutachter Erkenntnisse über Persönlichkeit, psychodynamische Zusammenhänge sowie soziale Kompetenzen des Probanden gewinnen und dabei überprüfen kann.

Ergänzend zur Exploration stehen für viele psychisches Störungsbilder strukturierte **klinische Interviews** zur Verfügung, die eine Erfassung der relevanten diagnostischen Kriterien erleichtern. Eine zu starre Fixierung auf ein derartiges Interview kann allerdings bewirken, dass der individuelle Verlauf im Einzelfall nur unzureichend erfasst wird und die aufschlussreiche Beobachtung des Probanden sowie die Interaktion zwischen Gutachter und Probanden aufgrund des „Klebens am Papier“ zu kurz kommen. Da strukturierte Interviews diagnoserelevante typische Symptommuster erfragen, ist auch die Gefahr einer suggestiven Beeinflussung und Verzerrung der Angaben des Probanden durch die Fragen des Gutachters zu bedenken. Es stellt einen groben Fehler dar, das gutachtliche Interview an Dritte (z.B. medizinische Fachangestellte) zu übertragen.

2.3 Sozial- und Berufsanamnese

Bei Fragestellungen zum beruflichen Leistungsvermögen kommt der Sozial- und Berufsanamnese besondere Bedeutung zu. Bestandteile einer qualifizierten Arbeits- und Berufsanamnese sind [Segger, 2011]:

- Schul- und Berufsausbildung (ungelernt, angelernt, ausgebildet ...?)
- Beruflicher Werdegang (im erlernten Beruf gearbeitet, wie lange, Gründe für Tätigkeitswechsel, häufige Kündigungen ...?)

¹ s. hierzu AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (Registernummer 094-001)

- Aktueller Beschäftigungsstatus (beschäftigt, arbeitsunfähig, arbeitslos, berentet, seit wann, wie lange ...?)
- Merkmale der jetzigen / letzten Tätigkeit (Art und Schwere der Arbeit, besondere psychomentele Belastungen, Arbeitsorganisation, Schicht- und Akkordarbeit, Arbeitsplatzprobleme ...?).

2.4 Anamnese des Tagesablaufs

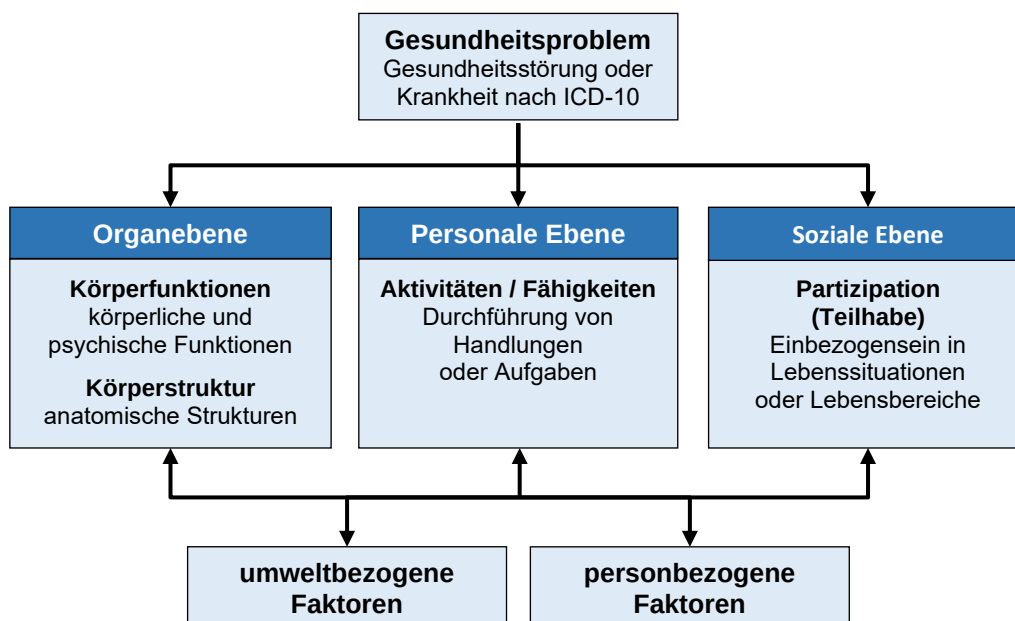
Sowohl bei Fragen zur beruflichen Leistungsfähigkeit als auch zu Traumafolgestörungen ist die Anamnese des aktuellen Tagesablaufs von wesentlicher Bedeutung. Aus diesem lassen sich viele Informationen sowohl zum aktuellem Aktivitätsniveau, zur Funktionsfähigkeit usw. als auch in Bezug auf die Plausibilität der geklagten Beschwerden ziehen.

2.5 Erfassung von Funktionsstörungen und Schädigungsfolgen

Krankheiten sind nach den Klassifikationssystemen ICD² oder DSM³ zu diagnostizieren. Die daraus sich ergebenden Funktionsstörungen und ggf. Schädigungsfolgen werden durch die Diagnosen jedoch nur unzureichend abgebildet. Für deren Einschätzung wurde die ICF⁴ entwickelt, die hierzu eine wichtige Ergänzung darstellt (► Kap. 2.5.1).

2.5.1 Erfassung des Krankheitsstatus nach ICF

Abb. 2.1 Ebenen und Faktoren der ICF.



² Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

⁴ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/

Die ICF beschreibt auf dem Boden einer Gesundheitsstörung zum einen den Grad der **Schädigung in Struktur und Funktion**, zum anderen die **Beeinträchtigung auf den Ebenen von Aktivität und Teilhabe**. Hinzu kommen sogenannte **Kontextfaktoren**, die den gesamten Lebenshintergrund der Person umfassen und in **personegebundene** und **Umweltfaktoren** eingeteilt werden (► Abb. 2.1).

Die Bereiche Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivität und Teilhabe sowie die Umweltfaktoren sind in der ICF klassifiziert. Dabei bilden die Umweltfaktoren die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten – zum einen auf der Ebene des Individuums selbst, zum anderen auf der Ebene der Gesellschaft. Für den deutschen Sprachraum findet sich auch eine Klassifikation personbezogener Faktoren [Grotkamp et al., 2010; 2012]. Hierzu gehören z.B. das Geschlecht, die ethnische Zugehörigkeit, das Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, soziale Hintergründe und Ausbildung sowie berufliche Entwicklung. Bei den Kontextfaktoren werden sowohl Barrieren als auch Förderfaktoren berücksichtigt.

Um die Praktikabilität der ICF zu verbessern wurden in den letzten Jahren für zahlreiche Erkrankungen sogenannte „**Core Sets**“ entwickelt⁵. „Core Sets“ umfassen jeweils eine Liste von ICF-Kategorien, welche für die Mehrzahl von Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Gesundheitsstörung relevant sind. Für definierte Erkrankungen können zudem nach den Angaben der Probanden bzw. nach erhobenen Befunden Dokumentationsbögen („Dokumentationstools“) erstellt werden. Sie können in der Begutachtung eine Hilfestellung sein. Als Assessmentinstrument sind sie jedoch nicht geeignet.

Die ICF kann in ihrem Aufbau (Struktur- und Funktionsstörung / Aktivität und Partizipation/ Kontextfaktoren) bei Begutachtungen als Orientierungsgrundlage dienen. Die Einschätzung der konkreten Gegebenheiten des zu Begutachtenden sowie die Wichtung und Bewertung der verschiedenen Komponenten bleibt jedoch essentielle Aufgabe des Gutachters.

2.5.2 Mini-ICF-APP

Für den Bereich psychischer Störungen hat das **Mini-ICF-APP** breiten Eingang in die klinische und auch gutachtliche Praxis gefunden [Linden et al., 2009]. Es beschreibt definierte Aktivitätsbereiche, die infolge psychischer Störungen beeinträchtigt sein können. Sie sind für die allgemeine und insbesondere berufliche Leistungsfähigkeit von Bedeutung (z.B. Anpassung an Regeln und Routinen, Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit etc.). Inzwischen existiert hierzu auch ein Selbstbeurteilungsbogen für Probanden [Linden et al., 2018]. Es ist zu beachten, dass ausschließlich die Bereiche Aktivität und Partizipation erfragt werden. Die Fähigkeitsbeurteilung erfolgt kontextadjustiert. Das Mini-ICF-APP wurde mit Blick auf psychosomatische Störungen entwickelt, wird inzwischen aber auch bei psychotischen Erkrankungen oder Intelligenzminderung erprobt und angewandt.

2.6 Erfordernis der Sprachmittlung

Bei der Begutachtung von Personen mit Migrationshintergrund sollte bereits im Vorfeld geklärt werden, inwieweit die sprachliche Verständigung ausreichend sein wird oder nach Rücksprache mit dem Auftraggeber ein Dolmetscher hinzuzuziehen ist. Personen aus dem privaten Umfeld der zur Begutachtenden dürfen nicht als Übersetzer herangezogen werden. Für die Exploration bei Sprachproblemen ist ein erhöhter Zeitaufwand vorzusehen.

Für Explorationen unter Zuhilfenahme einer Sprachmittlung empfiehlt sich ein standardisiertes Vorgehen:

- Im **Vorgespräch** mit dem Dolmetscher kann dieser über die zu klärende Fragestellung informiert und der gewünschte Sprachmittlungsmodus (simultan / Satz für Satz / konsekutiv) vereinbart werden.

⁵ www.icf-core-sets.org

- Im **Eingangsgespräch** ist es Aufgabe des Gutachters, dem Probanden den Dolmetscher vorzustellen, die aktiven/passiven deutschen Sprachkenntnisse des Probanden zu klären und hieraus den Modus der Sprachmittlung zu vereinbaren (vollständige / teilweise Übersetzung).
- Die **Exploration** sollte in kurzen Sätzen unter Umschreibung komplexer Fragen erfolgen, dabei sollte stets der Proband direkt angesprochen werden.
- Ein **Nachgespräch** mit dem Dolmetscher hilft, mögliche Missverständnisse während der Exploration zu klären und ggf. gemachte Beobachtungen (z.B. affektive Reaktionen des Probanden) in einen kulturellen Kontext zu bringen.

Bei Probanden mit Migrationshintergrund, die über gute deutschsprachliche Fähigkeiten verfügen, ist beim Einsatz von Fragebögen zu berücksichtigen, dass damit nicht zwingend auch ein vergleichbares Leseverständnis deutscher Texte vorliegt, was ggf. im Vorfeld zu überprüfen ist.

Empfehlung I.2

Der Gutachter sollte eine Atmosphäre schaffen, in der es für den Probanden möglich ist, ein Gefühl von Sicherheit, Vertrauen und Kontrolle über die Situation zu entwickeln. Eine eingehende biographische Anamnese ist Bestandteil jeder Begutachtung. Die Exploration sollte freie und strukturierte Vorgehensweisen umfassen, strukturierte Interviews können die Exploration ergänzen. Es stellt einen groben Fehler dar, das gutachtliche Interview an Dritte (z.B. medizinische Fachangestellte) zu übertragen. Zur Einschätzung der Auswirkungen von Erkrankungen in Aktivität und Teilhabe bzw. zur Berücksichtigung der Kontextfaktoren kann die ICF als Orientierungshilfe dienen. Bei Probanden mit Migrationshintergrund sollte bereits vor der gutachtlichen Untersuchung die Verständigungsfähigkeit geklärt und ggf. eine geeignete Sprachmittlung veranlasst werden.

3. Befunderhebung

3.1 Klinische Befunderhebung

3.1.1 Psychischer Querschnittsbefund

Gutachtliche Untersuchungen beschränken sich üblicherweise auf einen einzelnen Untersuchungstermin oder auf allenfalls einige wenige Kontakte mit dem zu Begutachtenden. Damit entfällt zwangsläufig die Möglichkeit einer Längsschnittbeobachtung, wie dies z.B. im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthalts oder auch einer längeren ambulanten Patientenbehandlung der Fall ist. Im gutachtlichen Setting handelt es sich entsprechend überwiegend um die Beurteilung des psychischen Zustandes zu einem vorgegebenen Zeitpunkt, was üblicherweise als **Querschnittsbefund** bezeichnet wird [Stevens et al., 2009]. Die mehrstündige Beschäftigung mit dem Probanden im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung ermöglicht jedoch in beschränktem Umfang auch eine Verlaufsbeobachtung, z.B. im Hinblick auf Veränderungen in der Konzentrationsfähigkeit und im Kontaktverhalten.

Bei der Befunddokumentation, die im deutschsprachigen Raum meist in Anlehnung an die AMDP-Kriterien⁶ erfolgt, ist eine klar ersichtliche Trennung zwischen den subjektiven Angaben des Probanden (**Beschwerdenebene**) und objektiv im Rahmen der Untersuchung ersichtlichen Symptomen (**Befundebene**) erforder-

⁶ Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)

lich (► Tab. 3.1). Dies kann z.B. dadurch erfolgen, dass die subjektiven Angaben durch den Konjunktiv oder als indirekte Rede gekennzeichnet werden.

Veränderungen im Verhalten während der Untersuchung, z.B. bei der Schilderung traumatisch erlebter Ereignisse, sind gleichermaßen im Befund festzuhalten wie psychopathologisch auffällige Verhaltensweisen, z.B. fehlende affektive Beteiligung oder parathym unangemessenes Lächeln trotz Schilderung stärkster Schmerzen [Leonhardt u. Foerster, 2003; Haenel, 2012].

Tab. 3.1 Beispiele für auf der Beschwerden- und Befundebene erhebbare Symptome.

Subjektive Ebene (Beschwerdenebene)	Objektive Ebene (Befundebene)
Grübeln	Äußeres Erscheinungsbild
Ängste	Kontaktverhalten
Innere Unruhe	Affekt
Schlafstörungen	Antrieb
Morgentief	Psychomotorik
Sozialer Rückzug	Formales Denken
Suizidgedanken	Auffassungsvermögen
Gefühl der Leistungsminderung	Konzentrationsfähigkeit
usw.	Umstellungsfähigkeit
	usw.

3.1.2 Körperlicher Befund / technische Zusatzuntersuchungen

Die Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Störungen erfordert immer auch Kenntnis und Bewertung des körperlichen Untersuchungsbefundes. Ggf. sind bildgebende, elektrophysiologische und/oder laborchemische Zusatzuntersuchungen indiziert, um eine adäquate Diagnosestellung und Beurteilung bestehender Funktionsstörungen zu ermöglichen. Hierbei sind die je nach Rechtsgebiet unterschiedlichen Mitwirkungspflichten zu beachten⁷. Eventuell notwendige Zusatzgutachten werden dem Auftraggeber nach dessen Maßgabe vorgeschlagen.

3.1.3 Bestimmung des Medikamentenspiegels

Eine Serumbestimmung von Medikamentenspiegeln (bei einigen Substanzen auch eine Haar- oder Urinanalyse) kann aus zwei Gründen indiziert sein:

- Bei unzureichender Wirkung oder geklagten Nebenwirkungen kann überprüft werden, ob der Blutspiegel der eingenommenen Medikamente im jeweiligen Referenzbereich liegt.
- Bei Zweifeln an der Compliance des Probanden kann geprüft werden, ob sich die als eingenommen angegebenen Medikamente im Blut nachweisen lassen. Aufgrund der Möglichkeit einer sehr schnellen Metabolisierung pharmakologischer Substanzen in der Leber (*ultrarapid metabolizer*) sollten sich Blutspiegelbestimmungen auf als zeitnah eingenommen angegebene Medikamente beschränken und dem Blutspiegel selbst kommt keine Bedeutung zu.

⁷ s. hierzu AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (Registernummer 094-001)

Empfehlung I.3

Die psychische Befunderhebung basiert auf der Beobachtung des zu Untersuchenden über den Verlauf der Exploration hinweg einschließlich der körperlichen Untersuchung. Die Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Störungen erfordert immer auch Kenntnis und Bewertung des körperlichen Untersuchungsbefundes. In der Befunddokumentation soll eine klar ersichtliche Trennung zwischen den subjektiven Angaben des Probanden und den objektiv im Rahmen der Untersuchung ersichtlichen Symptomen vorliegen. Die angegebene Einnahme von Medikamenten kann bei begründeten Zweifeln im Blutserum überprüft werden.

3.2 Testpsychologische Diagnostik

Die testpsychologische Untersuchung sollte je nach Fragestellung und Klärungsbedarf auf eine standardisierte Erfassung derjenigen Eigenschaften oder Funktionen ausgerichtet sein, die für die Beantwortung der gutachtlichen Fragestellungen von spezifischer Bedeutung sind. Der Gutachter muss dabei berücksichtigen, dass der Nutzen von Testergebnissen – ebenso wie der Nutzen subjektiv gemachter Angaben – durch Verzerrungen in Selbstberichten oder eine unzureichende Leistungsmotivation bei Leistungstests eingeschränkt sein kann. Dennoch sind psychologische Testverfahren grundsätzlich geeignet, die durch klinische Untersuchung, Labordiagnostik, elektrophysiologische und bildgebende Verfahren sowie Exploration und Verhaltensbeobachtung erhobenen Informationen zu ergänzen. Sie dienen bei fachgerechter Anwendung der Systematisierung und Differenzierung von Befunden.

Die Auswahl der Testverfahren obliegt dem Sachverständigen. Sie sollte individuell an die zu bewertenden Fragestellungen angepasst werden. Dabei ist zu beachten, dass die mit unterschiedlichen Methoden erhobenen Befunde so reliabel und valide wie möglich sein sollten, der Einsatz der unterschiedlichen diagnostischen Vorgehensweisen in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis steht und für den zu Begutachtenden zumutbar ist. Bei der Auswahl und der Bewertung von Testverfahren sind die sprachlichen Kenntnisse zu berücksichtigen. Bei unzureichenden Sprachkenntnissen können ggf. Versionen in Muttersprache verwendet werden, die dann jedoch entsprechend normiert sein sollten.

3.2.1 Selbstbeurteilungsskalen

Selbstbeurteilungsskalen sind meist Fragebögen, die durch die zu begutachtende Person ausgefüllt werden. Alternative Formate sind z. B. visuelle Analogskalen und Sortiervverfahren. Selbstbeurteilungsverfahren liefern subjektive Auskünfte und dienen der standardisierten, untersucherunabhängigen Erfassung von Beschwerden, Verhaltensweisen, Befindlichkeiten, Persönlichkeitseigenschaften, Bewältigungsstilen, bedeutsamen Lebensereignissen, Bedingungen am Arbeitsplatz und Ähnlichem. Damit ermöglichen sie eine stichprobenbasierte quantitative und/oder klassifikatorische (grenzwertbasierte) Einordnung der Ergebnisse. Vergleiche beziehen sich z.B. auf Gesunden-Stichproben (Allgemeinbevölkerung, wie bei der Symptom-Checkliste SCL-90-R), auf spezifische Patientengruppen (Patienten mit depressiven Störungen, wie im Beck Depressions-Inventar BDI-II) oder auf frühere Aussagen derselben Person in den gleichen Verfahren.

Als subjektive Angaben unterliegen die Ergebnisse von Selbstbeurteilungsskalen möglichen Urteilsfehlern ebenso wie intentionalen Antwortverzerrungen. Für sich genommen, lässt sich mit den Antworten in solchen Skalen keineswegs ein Symptom- oder Krankheitsnachweis führen [Bodenburg u. Fabra, 2011; Kleinman u. Martell, 2015]. Ihre Ergebnisse sind daher lediglich als flankierende Information zu gewichten; sie können aber ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung sein. Eine Darstellung von relevanten klinischen Testverfahren findet sich für die einzelnen psychischen Störungen z.B. in den einschlägigen Behandlungsleitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizini-

schen Fachgesellschaften (AWMF)⁸ sowie in ausgewählten Übersichten (z.B. [Dohrenbusch, 2015; Geue et al., 2016; Schellong et al., 2019]).

Werden in Fragebögen und Selbstbeurteilungsskalen stark ausgeprägte Funktionsbeeinträchtigungen angegeben, sollten diese auch mit entsprechend schweren Einschränkungen in der Teilhabe in allen Lebensbereichen verbunden sein. Andernfalls sind sie eher als tendenzöse Darstellung im Sinne einer Aggravation oder Simulation zu verstehen. Gelegentlich finden sich auch „supernormale“ Profile in Fragebögen, die eine Abwesenheit von bedeutsamen Beschwerden oder Verhaltensstörungen signalisieren. Wenn solche subjektiven Angaben in Kontrast zu klinisch zweifelsfrei erkennbaren oder gut dokumentierten psychischen Störungen stehen, können sie Hinweis auf eine Dissimulation sein.

Unauffällige Ergebnisse einer sachkundig durchgeführten Beschwerdenuvalidierung (► Kap. 4.3) stützen die Validität der Fragebogenergebnisse, auch wenn sie ihren Wahrheitsgehalt keineswegs beweisen. Dagegen liefern auffällige Ergebnisse bei der Beschwerdenuvalidierung Argumente, die Ergebnisse der in Selbstbeurteilungsverfahren geltend gemachten Beschwerden in Zweifel zu ziehen.

3.2.2 Fremdbeurteilungsverfahren

Fremdbeurteilungsverfahren sind standardisierte oder teilstandardisierte Urteils- oder Ratingmethoden, mit deren Hilfe der Gutachter Bewertungen in vorgegebenen Kategorien vornimmt (z.B. zur Ausprägung verschiedener depressiver Symptome wie bei der Hamilton Depressionsskala HAM-D). Informationsbasis sind sowohl die in der Exploration gewonnenen eigenen Angaben des Probanden als auch die eigenen Beobachtungen des Gutachters. Ähnlich wie klinische Selbstbeurteilungsskalen gestatten einige Fremdbeurteilungsverfahren eine Vergleichbarkeit von Ergebnissen sowohl im Verlauf als auch mit klinischen Vergleichskollektiven. Sie können zur Bestimmung des Schweregrades einer Störung eingesetzt werden. Zur Leistungsbeurteilung kann z.B. auch die Mini-ICF-APP eingesetzt werden (► Kap. 2.5.2). Zur Plausibilitätsprüfung lassen sich die Ergebnisse von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren vergleichen (► Kap. 4.4).

3.2.3 Psychologische Leistungstests

Psychologische Leistungstests sind standardisierte Verfahren, die auf der Basis psychologischer Theorien und Modelle entwickelt wurden und eine standardisierte Messung kognitiver Funktionen gestatten. Sie prüfen anhand empirischer Normwerte mit Hilfe speziell entwickelter und geprüfter Testaufgaben die zu messende Eigenschaft (z.B. Intelligenz, Aufmerksamkeit, Lernen und Behalten, exekutive und visuell-räumliche Funktionen). Psychologische Leistungstests sollten nur von Personen durchgeführt werden, die hierfür speziell qualifiziert sind.

Die psychologische Testuntersuchung dient auch der „Belastungserprobung“, in der die Auseinandersetzung des Untersuchten mit Leistungsanforderungen sowie Veränderungen der Belastbarkeit im Untersuchungsverlauf direkt beobachtbar sind. Testergebnisse sind in besonderer Weise von der Mitwirkung und Anstrengungsbereitschaft des Probanden abhängig. Wo diese nicht gegeben ist, kann ein Testprofil nicht zum Nachweis von Funktionsstörungen herangezogen werden. Im gutachtlichen Kontext ist die Gültigkeit der Testergebnisse durch geeignete Methoden der testpsychologischen Beschwerdenuvalidierung zu sichern.

Die Indikation für eine (neuro-)psychologische Leistungsdiagnostik ist im Kontext der Begutachtung psychischer Störungen und psychosomatischer Erkrankungen dort zu sehen, wo eine differenzierte Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alltag und/oder am Arbeitsplatz und/oder im Rahmen der Beschwerdenuvalidierung erforderlich ist. Dies betrifft insbesondere

⁸ www.awmf.org/

- die Bewertung und ggf. Abgrenzung zu hirnorganisch begründeten Erkrankungen oder zu Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas,
- wenn durch den Probanden leistungseinschränkende kognitive Beeinträchtigungen (z.B. Störungen der Konzentrations- oder Merkfähigkeit) geltend gemacht werden und/oder
- wenn kognitive Beeinträchtigungen in der Begutachtung auffallen und einer weitergehenden Abklärung bedürfen. Dies kann z.B. auch bei Probanden mit Schizophrenie oder schweren Depressionen der Fall sein [Lautenbacher u. Gauggel, 2010].

Isoliert betrachtet, sind Testergebnisse kaum aussagefähig. Im Rahmen der gutachtlichen Beurteilung sind sie stets im Zusammenhang mit einer klinischen Untersuchung mit Anamnese-, Beschwerden- und psychischer Befunderhebung einschließlich einer Plausibilitätsprüfung zu bewerten.

Empfehlung I.4

Der Einsatz von Selbst- und/oder Fremdbeurteilungsskalen kann im Gutachtenkontext sinnvoll sein und die Beurteilungsbasis erweitern. Der Gefahr, dass Fragebogenergebnisse dem medizinisch-psychologischen Laien eine nicht vorhandene Objektivität vorspiegeln, ist durch den Gutachter dadurch zu begegnen, dass er in seiner Darstellung stets eine Unterscheidung zwischen subjektiven und objektiven Daten vornimmt. Der Einsatz (neuro-)psychologischer Leistungstests kann in der Begutachtungssituation sinnvoll sein, wenn kognitive Störungen geklagt werden oder ersichtlich sind. Fragebogen- und Testergebnisse sind stets im klinischen Kontext zu bewerten und sind isoliert nicht oder kaum aussagefähig.

4. Beschwerdenvalidierung

4.1 Begrifflichkeiten

Wesentlicher Bestandteil jeder Begutachtung ist die Beurteilung des Sachverständigen, ob die von dem Untersuchten berichteten Beschwerden und Funktionsstörungen tatsächlich in der geklagten Form bestehen, oder ob diese wesentlich von motivationalen Aspekten beeinflusst werden. Im deutschsprachigen Raum wurde im Rahmen ärztlicher Begutachtungen bis vor wenigen Jahren überwiegend von der Überprüfung der „**Glaubwürdigkeit**“ (korrekter „**Glaubhaftigkeit**“) oder „**Plausibilität**“ von Funktionsstörungen gesprochen [Raspe, 1997].

Der heute allgemein übliche Begriff der „**Beschwerdenvalidierung**“ wurde primär im Zusammenhang mit der Überprüfung der Gültigkeit neuropsychologischer Testergebnisse und Fragebogenantworten entwickelt [Merten, 2014], wird inzwischen im deutschsprachigen Raum in einem erweiterten Sinne jedoch für alle verfügbaren Methoden der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung einschließlich klinischer und elektrophysiologischer Tests sowie der Bestimmung von Medikamentenspiegeln im Bereich der Medizin eingesetzt [Ebner et al., 2016, Widder, 2017]. Allgemein versteht man hierunter die Anwendung von Methoden, die Aussagen über den Grad der Vertrauenswürdigkeit bzgl. der Gültigkeit klinisch-diagnostischer Daten und der klinisch-diagnostischen Urteilsbildung insgesamt liefern.

Von psychologischer Seite werden im Zusammenhang mit der Beschwerdenvalidierung regelmäßig die im ärztlichen Sprachgebrauch unüblichen Begriffe „**negative Antwortverzerrungen**“ bzw. „**suboptimales Leistungsverhalten**“ verwendet [Merten, 2002]. Gemeint ist damit, dass eine Person in einem Test eine Leistung erbringt, die unterhalb ihrer tatsächlich möglichen Leistungsmöglichkeiten liegt. Eine derartige Einschätzung stellt primär eine neutrale Beschreibung dar und ist nicht zwingend mit dem bewussten Vortäuschen von Leistungsdefiziten verbunden. Die Feststellung suboptimalen Leistungsverhaltens führt je-

doch zu der Bewertung, dass ein ermitteltes Testprofil nicht valide ist. Dies kann auch im Rahmen einer artifiziellen Störung auftreten oder durch andere Faktoren bedingt sein. Als solche zu nennen sind

- situative oder in der Person des zu Begutachtenden begründete Faktoren, z.B. Unlust, fehlende Einsicht in die Notwendigkeit einer Mitwirkung, Aggressivität,
- Faktoren, die aus einer gestörten Kommunikation zwischen dem Gutachter und dem zu Begutachtenden herrühren, und/oder
- unmittelbar krankheitsbezogene Faktoren, z.B. bei Nonkonformismus oder Negativismus als psychopathologisch begründbare Symptome.

Faktoren wie Müdigkeit und Erschöpfung, Schmerzen, Depression, Erregungszustände oder Medikamentennebenwirkungen können darüber hinaus das Leistungsverhalten in ungünstiger Weise beeinflussen. Die ermittelten testpsychologischen Ergebnisse widerspiegeln dann die Auswirkungen solcher Faktoren, sofern die untersuchte Person in der Diagnostik mit (unter den gegebenen Bedingungen) bestmöglicher Anstrengung mitwirkt.

4.2 Intentionale Verhaltensweisen

Zu unterscheiden sind nachfolgende interessegeleitete Darstellungsformen, die vom Gutachter zu beschreiben und in der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen sind:

- **Simulation** ist die bewusste und zielgerichtete Vortäuschung von Beschwerden oder Symptomen mit einer externalen Motivation (z.B. Entschädigung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Medikamentenbeschaffung, Haftverschonung). Abzugrenzen ist eine Simulation von artifiziellen Störungen, bei denen Beschwerden oder Symptome ebenfalls gezielt vorgetäuscht werden, allerdings mit einer internalen Motivation (Krankenrolle, Operationsindikation u.Ä.) [Merten u. Merkelbach, 2020].
- **Aggravation** ist die bewusste verschlimmernde oder überhöhende Darstellung oder Ausweitung einer krankhaften Störung für die Erreichung externaler Ziele. Im Gegensatz zur Simulation liegt hier ein Kern an authentischen Beschwerden vor, der gutachtlich überzeugend herauszuarbeiten ist.
- **Dissimulation:** In bestimmten gutachtlichen Kontexten neigen zu Begutachtende auch zur Dissimulation (Bagatellisierung) psychischer und sozialer Probleme. Hierbei kann es sich z.B. um das Herunterspielen von traumatischen Erlebnissen aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen im Rahmen von Traumafolgestörungen oder um das Negieren psychischer Symptome bei Somatisierungsstörungen handeln, im Einzelfall jedoch auch um das bewusste Verschweigen von Symptomen z.B. zur (Wieder)Erlangung der Fahreignung bei Alkohol- oder Drogenproblemen.

Demgegenüber ist die situationsadäquate **Verdeutlichung** von Beschwerden im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung (im angloamerikanischen Sprachraum als „*mild malingering*“ bezeichnet [Rogers, 2018]) von einer Aggravation klar abzugrenzen. Durch eine besondere Betonung oder leichte Überhöhung in der Beschwerdendarstellung soll der Gutachter vom Vorhandensein der bestehenden Beschwerden überzeugt werden.

4.3 Verfahren der Beschwerdenuvalidierung

Eine eingehende, explizit und nachvollziehbar dargelegte Beschwerdenuvalidierung ist Bestandteil jedes Gutachtens. Ihr Kernstück ist eine sorgfältige Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung, die, je nach Einzelfall, durch spezifische Verfahren untermauert werden kann. Hierzu können folgende Komponenten nach Ermessen des Gutachters gemäß der spezifischen gutachtlichen Fragestellung angewendet werden:

- Beschwerdenvalidierung anhand der **Aktenlage** durch Abgleich der dort genannten Befunde untereinander sowie in Abgleich zu allen anderen verfügbaren Informationen einschließlich der im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung erhobenen Befunde.
- **Klinische Beschwerdenvalidierung** durch Beobachtung des Probandenverhaltens während der Exploration und durch die körperliche Untersuchung einschließlich spezifischer klinischer Tests, zum Teil auch im Sinne von Alternativwahlverfahren, zur Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität geklagter und/oder demonstrierter körperlicher Funktionsstörungen. Eine Zusammenstellung klinischer Tests zur Beschwerdenvalidierung findet sich z.B. bei Widder [2017].
- Beschwerdenvalidierung anhand von **Selbstbeurteilungsskalen**, die mit den vom Untersucher erhobenen Befunden abgeglichen werden, sowie durch Fragebogen- und Interviewverfahren, die speziell für die Beschwerdenvalidierung entwickelt wurden (z.B. SIRS-2). Zur Prüfung der Validität von Selbstbeurteilungsskalen finden sich in umfangreicheren klinischen oder Persönlichkeitsfragebogen eingebettete spezifische Kontrollskalen (z.B. in MMPI-II, MMPI-RF oder VEI).
- **Kognitive Beschwerdenvalidierung** durch Einsatz psychologischer Tests zur Erkennung einer unzureichenden Leistungsmotivation bei geklagten und/oder erkennbaren kognitiven Defiziten. Zusammenstellungen gebräuchlicher psychologischer Verfahren der Beschwerdenvalidierung finden sich z.B. bei Keppler et al. [2017] und Merten [2014]. Zu nennen sind auch neuere Testentwicklungen (z.B. SRSI, BEVA, SIRS-2).
- Beschwerdenvalidierung durch **Bestimmung des Medikamentenspiegels** zum Nachweis der im zeitlichen Zusammenhang mit der gutachtlichen Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamente bei aufkommenden Zweifeln an deren Einnahme.

4.4 Abschließende Plausibilitätsprüfung

Das Kernstück jeder Beschwerdenvalidierung stellt eine eingehende und explizit dargestellte Konsistenz- und Plausibilitätsanalyse dar. Im Einzelnen ist zu prüfen, ob und inwieweit sich die Informationen aus den verschiedenen verfügbaren Datenquellen (Aktenlage, Exploration, selbst erhobener psychopathologischer Befund, Test- und Fragebogenergebnisse, Medikamentenspiegel, weitere objektive Befunde) als in sich konsistent und plausibel darstellen oder ob unauflösbare Widersprüche verbleiben.

Unter Berücksichtigung der genannten Bestimmungsstücke ist es dann Aufgabe des medizinischen oder psychologischen Sachverständigen, dem Auftraggeber des Gutachtens detailliert darzulegen, aufgrund welcher konkreten Befunde er vom Vorliegen der von ihm gestellten Diagnose überzeugt ist und welche hieraus resultierenden Funktionsstörungen bestehen bzw. aufgrund welcher Auffälligkeiten diese Überzeugung nicht zustande kommt (► Tab. 4.1).

Empfehlung I.5

Eine eingehende, explizit und nachvollziehbar dargelegte Beschwerdenvalidierung ist zwingender Bestandteil jedes Gutachtens. Ihr Kernstück ist eine sorgfältige Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung, die, je nach Einzelfall, durch spezifische Verfahren untermauert werden kann.

Tab. 4.1 Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsstörungen (modifiziert nach AMWF-Leitlinie 094-003).

1.	Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden
2.	Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation
3.	Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich der Aktenlage)
4.	Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung
5.	Diskrepanzen zwischen dem Ausmaß der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe
6.	Diskrepanzen zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen in Selbstbeurteilungsskalen und/oder psychometrischen Tests (einschließlich spezieller Beschwerdenuvalidierungstests)
7.	Diskrepanzen zwischen den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und einem fehlenden Nachweis im Blutserum

Literatur

- [1] Bodenburg S, Fabra M: Psychologische Selbsteinschätzungsskalen in gutachtlichen Untersuchungen. *Nervenarzt* 2011;82:910–916.
- [2] Dohrenbusch R: Psychologische Mess- und Testverfahren für die Begutachtung im Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht: Übersicht und Anwendung, Frankfurt/Main, Referenz-Verlag, 2015.
- [3] Ebbinghaus R: Gutachterliche Diagnostik.; in: In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg.) *Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart, Schattauer, 2013, pp 125–139.
- [4] Ebner G, Colomb E, Mager R, Marelli R, Rota F: Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP. 3. Auflage 2016: <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien/>
- [5] Geue K, Strauß B, Brähler E: Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe Verlag, 2016.
- [6] Grotkamp S, Cibis W, Behrens J, Bucher PO, Deetjen W, Nyffeler ID, et al.: Personbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). *Gesundheitswesen* 2010;72:908–916.
- [7] Grotkamp S, Cibis W, Nüchtern E, Baldus A, Behrens J, Bucher PO, et al.: Personbezogene Faktoren der ICF. *Gesundheitswesen* 2012;74:449–458.
- [8] Haenel F: Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2012;80:280–287.
- [9] Keppler C, Plohm AM, Pflueger M, Rabovsky K, Langewitz W, Mager R: Beschwerdvalidierung in der versicherungsmedizinischen Begutachtung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2017;85:17–33.
- [10] Kleinman SB, Martell D: Failings of trauma-specific and related psychological tests in detecting post-traumatic stress disorder in forensic settings. *J Forensic Sci* 2015;60:76–83.
- [11] Lautenbacher S, Gauggel S: *Neuropsychologie psychischer Störungen*, ed 2. Berlin, Springer, 2010.
- [12] Leonhardt M, Foerster K: Die Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Med Sach* 2003;99:150–155.
- [13] Linden M, Baron S, Muschalla B: Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen, Hans Huber, 2009.
- [14] Linden M, Keller L, Noack N, Muschalla B: Self-rating of capacity limitations in mental disorders: The Mini-ICF-APP-S. *Behav Med Rehab Practice* 2018;101:14-22.
- [15] Merten T: Fragen der neuropsychologischen Diagnostik bei Simulationsverdacht. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002;70:126–138.
- [16] Merten T: *Beschwerdvalidierung*, Göttingen, Hogrefe Verlag, 2014.
- [17] Merten T, Merkelbach H: Factitious disorder and malingering.; in: In Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM (eds.) *The New Oxford Textbook of Psychiatry.*, ed 3. Oxford, Oxford University Press, 2020.
- [18] Mueller-Pfeiffer C: Versicherungsmedizinische Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Swiss Arch Neurol Psychiat Psychother* 2016;167:12–20.
- [19] Raspe H: Mindestanforderungen an das ärztliche Gutachten zur erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit von Kranken mit chronisch-unspezifischen Schmerzen. *Versicherungsmedizin* 1997;49:118–125.
- [20] Rogers R: Current status of clinical assessment of response styles; in: Rogers R, Bender SD (Eds.) *Clinical assessment of malingering and deception.*, ed 4. New York, Guilford Press, 2018, pp 571–591.
- [21] Schellong J, Schützwohl A, Lorenz P, Trautmann S: Diagnostik und Differenzialdiagnostik; in: Maercker A (Hrsg.) *Traumafolgestörungen*, ed 5. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, 2019, pp 129–156.
- [22] Seger W: Qualität der (sozial-)medizinischen Beratung und Begutachtung in der gesetzlichen Sozialversicherung. *Gesundheitswesen* 2011;73:520–531.
- [23] Stevens A, Fabra M, Merten T: Anleitung für die Erstellung psychiatrischer Gutachten. *Med Sach* 2009;105:100–106.
- [24] Widder B: Klinische Tests zur Beschwerdvalidierung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2017;85:740–746.

Publiziert von:



AWMF-Register Nr. 051-029

Klasse: S2k

2. Aktualisierung 2019

Teil II

Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM / federführend)

Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)

Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)

Leitlinienautoren

DGPM	Prof. Dr. Dr. Dipl.-Psych. W. Schneider, Lübeck (ehemals Rostock, federführend) Prof. Dr. H. Gündel, Ulm Dr. B. Gruner, Weimar
DGPPR	Prof. Dr. V. Köllner, Teltow
DGNB	PD Dr. O. Kastrup, Essen Prof. Dr. Dr. B. Widder, Günzburg
DGPPN	Prof. Dr. A. Deister, Itzehoe Prof. Dr. H.J. Freyberger †, Greifswald Prof. Dr. Dipl.-Psych. M. Linden, Berlin
DGPs	PD Dr. Dipl.-Psych. R. Dohrenbusch, Bonn
DGSMP	B. Manegold, Hannover Dr. A.D. Rose †, Berlin Prof. Dr. W. Seger, Hannover
DKPM	Prof. Dr. P. Henningsen, München Prof. Dr. V. Köllner, Teltow
DeGPT	Dipl.-Psych. K. Dilcher, Dresden R. Ebbinghaus, Würzburg T. Krause, Düsseldorf
GNP	Dipl.-Psych. Dr. Th. Merten, Berlin

Korrespondenzanschrift federführender Autor

Prof. Dr. Dr. W. Schneider, Goerdelerstr. 19; 23566 Lübeck

1. Präambel und rechtliche Vorgaben	4
1.1 Gesetzliche Rentenversicherung	4
1.2 Private Berufsunfähigkeitsversicherung	5
1.3 Dienstunfähigkeit der Beamten	5
1.4 Berufsständische Versorgungswerke	6
1.5 Private Erwerbsunfähigkeitsversicherung	6
2. Allgemeines Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit	6
2.1 Determinanten der Leistungsfähigkeit	7
2.2 Psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde	9
2.3 Verbindung von Querschnitts- und Längsschnittsmerkmalen	10
2.4 Berücksichtigung von Hemmnissen und Ressourcen	11
2.5 Diagnostische Methoden bei der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit	12
2.6 Testung körperlicher Funktionen und Leistungen	13
3. Diagnostische Merkmalsbereiche der beruflichen Leistungsbeurteilung	13
3.1 Psychische und psychosomatische Funktionen und Funktionseinschränkungen sowie personbezogene Faktoren (Abschnitt A)	14
3.1.1 Ausmaß an Somatisierung	17
3.1.2 Ausmaß an emotionalen Problemen	17
3.1.3 Ausmaß an Antriebsstörungen	18
3.1.4 Ausmaß an kognitiven Störungen	18
3.1.5 Ausmaß an psychotischem oder psychosenahem Erleben und Verhalten	19
3.1.6 Ausmaß an qualitativen und quantitativen Bewusstseins- und Orientierungsstörungen	19
3.1.7 Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten	20
3.1.8 Ausmaß an zwischenmenschlichen Problemen	20
3.1.9 Ausmaß an körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen	21
3.1.10 Schwere psychischer und psychosomatischer Symptome insgesamt	21
3.2 Krankheitsverarbeitung (Abschnitt B)	22
3.2.1 Leidensdruck	22
3.2.2 Krankheitskonzept	23
3.2.3 Subjektives Leistungskonzept	24
3.2.4 Ressourcen	24
3.2.5 Leistungsmotivation	26
3.2.6 Veränderungsmotivation	27
3.2.7 Veränderungsressourcen	28
3.3 Aktivitäten und Fähigkeiten (Abschnitt C)	29
3.3.1 Körperliche Aktivität	31
3.3.2 Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen	31
3.3.3 Strukturierung von Aufgaben	31
3.3.4 Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	32
3.3.5 Anwendung fachlicher Kompetenzen	32
3.3.6 Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	33
3.3.7 Proaktivität und Spontan-Aktivitäten	33
3.3.8 Durchhaltefähigkeit	33
3.3.9 Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit	34
3.3.10 Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit	34
3.3.11 Gruppenfähigkeit	35
3.3.12 Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen	36
3.3.13 Selbstversorgung	36
3.3.14 Mobilität/Wegefähigkeit	36
3.4 Beurteilung intentionaler Verzerrungen (Abschnitt D)	37
3.5 Berufliche Leistungsbeurteilung (Abschnitt E)	38
3.6 Prognose aus der Sicht des Gutachters (Abschnitt F)	41

1. Präambel und rechtliche Vorgaben

Der vorliegende Teil II der Leitlinie zur Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Störungen dient der interdisziplinären Qualitätssicherung bei der **Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit** für die Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie der Dienstfähigkeit bei Beamten. Hierbei ist es für den Sachverständigen essenziell, die unterschiedlichen Rechtsgebiete und die damit verbundenen Bemessungsmaßstäbe zu beachten.

Grundsätzlich handelt es sich bei der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit in allen Rechtsgebieten um eine **Zustandsbegutachtung** (auch als finale Begutachtung bezeichnet), im Rahmen der sowohl die Krankheiten als auch die durch sie bedingten Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen nachgewiesen sein müssen. Die Frage der Ätiologie der Erkrankung ist dabei nicht von Bedeutung.

In allen Rechtsgebieten umfasst die Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit vier Schritte:

- Im **ersten Schritt** ist zu klären, welche **Gesundheitsstörungen** sich „ohne vernünftigen Zweifel“ – im sog. „Vollbeweis“ – nachweisen lassen. Die zugehörigen Diagnosen sind zumindest im Sozial- und Verwaltungsrecht zwingend nach der ICD-Klassifikation zu benennen. Nachdem das DSM-5 den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand repräsentiert, sollte dieses hinsichtlich der diagnostischen Kriterien ergänzend herangezogen werden.
- Im **zweiten Schritt** sind in Abhängigkeit der gesetzlichen bzw. versicherungsrechtlichen Vorgaben die bestehenden „**Leistungseinschränkungen**“ (negatives Leistungsbild) und das noch vorhandene „**Restleistungsvermögen**“ (positives Leistungsbild) in ihrer qualitativen Ausprägung darzustellen. Auch hier gilt das Prinzip des „Vollbeweises“, d. h. der Sachverständige hat darzulegen, dass er keinen vernünftigen Zweifel am Vorhandensein der Funktionsstörungen hat und dass diese auch nicht bei „zumutbarer Willensanstrengung“ überwunden werden können.
- Im **dritten Schritt** gilt es, entsprechend dem erkennbaren positiven und negativen qualitativen Leistungsbild die Frage möglicher **quantitativer Leistungseinschränkungen** zu klären.
- Im **vierten Schritt** sind (zumeist) vom Sachverständigen Aussagen zur **Prognose** der nachweisbaren Funktionsstörungen, zu therapeutischen Möglichkeiten und der Beeinflussbarkeit additiv zu beantworten.

Die Beweislast liegt in allen Rechtsgebieten zumeist beim Versicherten. Kann sich der Sachverständige nicht davon überzeugen, dass ein eingeschränktes Leistungsbild entsprechend der gesetzlichen Vorgaben bzw. der spezifischen Versicherungsbedingungen vorliegt, hat er dies entsprechend zu beschreiben.

1.1 Gesetzliche Rentenversicherung

Hauptkriterium bei der Begutachtung im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung ist das **quantitative Leistungsvermögen**. Die Beurteilung qualitativer Einschränkungen wie z. B. Leistungseinschränkung in gewissen Körperhaltungen, die Schwere der körperlichen Belastung, das Arbeitstempo oder qualitative Einschränkung der psychischen Belastbarkeit sind nicht primäres Beurteilungskriterium. Es wird vielmehr primär die zeitliche Einsatzfähigkeit beurteilt, ob der Versicherte regelmäßig im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche in einem zeitlichen Umfang von mindestens sechs Stunden oder wenigstens von 3 bis unter 6 Stunden Tätigkeiten auf dem „allgemeinen Arbeitsmarkt“ verrichten kann. Der allgemeine Arbeitsmarkt umfasst definitionsgemäß jedes reguläre Beschäftigungsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt. Weder die Frage des zur Verfügungstehens eines möglichen Arbeitsplatzes noch ein vorheriges spezifisches Tätigkeitsprofil sind als Kriterium einzubeziehen oder das Alter. Die Frage, ob einem Probanden „der Arbeitsmarkt praktisch verschlossen ist“, ist eine primär juristische, sodass dieses üblicherweise nicht vom Sachverständigen beurteilt wird.

1.2 Private Berufsunfähigkeitsversicherung

In der privaten Berufsunfähigkeits(-Zusatz)versicherung wird abgehoben auf einen mit der Versicherung spezifisch abgeschlossenen Vertrag. Für den Sachverständigen bedeutsam ist, dass die Vertragsbedingungen und damit die zu beantwortenden Fragen zur beruflichen Leistungsfähigkeit individuell unterschiedlich sein können.

Gemäß § 172 (2) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist berufsunfähig, „wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann“.

Vom Sachverständigen ist zu beachten, wie der für den Leistungsfall erforderliche **Grad der Berufsunfähigkeit** vereinbart wurde. Üblicherweise liegt er bei 50%, kann jedoch in einzelnen Verträgen auch 25 oder 70% (oder jeden anderen Wert) beinhalten. Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht nur, wenn dieser Grad der Berufsunfähigkeit erreicht wird. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten üblicherweise anzugeben, welcher Grad der Berufsunfähigkeit in jeder der vom Antragsteller genannten Teiltätigkeit besteht.

Die Definition des Berufes bezieht sich in üblichen Versicherungsverträgen auf die zuletzt in gesunden Tagen ausgeübte berufliche Tätigkeit. Gutachterlich relevant ist darüber hinaus der Zeitraum der Berufsunfähigkeit, der im üblichen Vertrag mindestens sechs Monate beträgt. Vorübergehende Berufsunfähigkeit wird bis zu drei Jahren, dauerhafte über drei Jahren angenommen.

Ergänzend kann gemäß § 172 (3) VVG vereinbart werden, dass „die versicherte Person auch keine andere Tätigkeit ausübt oder ausüben kann, die zu übernehmen sie auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht“. In diesem Fall handelt es sich um einen Vertrag mit „**Verweisbarkeit**“. Ob eine Verweisbarkeit im Versicherungsvertrag vereinbart wurde und inwieweit eine andere Tätigkeit angemessen ist, wird zwischen dem Versicherer und dem Leistungsempfänger ausgehandelt und ist somit nicht Aufgabe des Sachverständigen. Er kann ggf. zu Rate gezogen werden.

Analog zur gesetzlichen Rentenversicherung ist es auch nicht Aufgabe des Sachverständigen zu prüfen, ob auf dem Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle vorhanden ist. Die Beurteilung erfolgt abstrakt.

1.3 Dienstunfähigkeit der Beamten

Die gesetzliche Definition der Dienstunfähigkeit findet sich für Bundesbeamte im Bundesbeamtengesetz (BBG), auf Länderebene in ähnlichem Wortlaut in den jeweiligen Landesbeamtengesetzen, ergänzt durch Einzelregelungen für besondere Beamtengruppen mit spezifischen physischen/psychischen Anforderungen (z.B. Polizeibeamte). Gemäß § 44 BBG sind Beamte in den Ruhestand zu versetzen, wenn sie „wegen des körperlichen Zustandes oder aus gesundheitlichen Gründen zur Erfüllung der Dienstpflichten dauernd unfähig (**dienstunfähig**)“ sind. Als dienstunfähig kann dabei auch angesehen werden, wer infolge Erkrankung innerhalb von sechs Monaten mehr als drei Monate keinen Dienst getan hat, wenn keine Aussicht besteht, dass innerhalb weiterer sechs Monate die Dienstfähigkeit wieder voll hergestellt ist. In den Ruhestand wird nicht versetzt, wer anderweitig (anderes Amt, andere Laufbahn) verwendbar ist.

Zusätzlich kennt das Beamtenrecht gemäß § 45 BGB die „**begrenzte Dienstfähigkeit**“, wenn eine Erfüllung der Dienstpflichten „noch während mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit“ möglich ist. Die Begutachtung von Beamten erfolgt üblicherweise durch den amtsärztlichen Dienst.

1.4 Berufsständische Versorgungswerke

Im Gegensatz zur privaten Berufsunfähigkeitsversicherung tritt der Versicherungsfall bei den berufsständischen Versorgungswerken (z. B. Ärzteversorgung) regelmäßig erst bei 100%iger Berufsunfähigkeit ein. Eine solche liegt vor, wenn der Betreffende „wegen Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte zur Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit unfähig ist“ bzw. aus der konkreten Berufstätigkeit nur noch „unwesentliche Einkünfte“ zu erzielen vermag, die „unterhalb des Existenzminimums“ liegen.

Die Satzungen der Versorgungswerke unterscheiden üblicherweise in vorübergehende und dauerhafte Berufsunfähigkeit. Rentenzahlungen bei vorübergehender Berufsunfähigkeit erfolgen erst dann, wenn die Berufsunfähigkeit über einen bestimmten Zeitraum hinweg besteht, der in den Satzungen der Versorgungswerke jedoch unterschiedlich definiert ist. Bei einer vom Sachverständigen attestierten dauerhaften Berufsunfähigkeit beginnt die Rentenzahlung demgegenüber bereits mit Beginn des Versorgungsfalles.

1.5 Private Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Als Ergänzung zu den anderen gesetzlichen und privaten Versicherungsformen werden in den letzten Jahren auch private Erwerbsunfähigkeitsversicherungen angeboten. Wie im Bereich der übrigen privaten Versicherungswirtschaft sind die Versicherungsbedingungen variabel mit z. T. sehr unterschiedlichen Definitionen von „**Erwerbsunfähigkeit**“. Angesichts dieser variablen Versicherungsbedingungen hat der Sachverständige den Wortlaut des jeweiligen Vertrags sehr genau zu beachten.

2. Allgemeines Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit

Als Referenz zur Bestimmung von Behinderung gilt die ICF¹. Es werden dort mehrere Begriffe verwendet, die in dieser Form auch in gutachterlichen Stellungnahmen Verwendung finden sollten:

- **Körperstrukturen und ihre Schädigungen** betreffen die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.
- **Körperfunktionen** sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen). Funktionsstörungen entsprechen den Krankheitssymptomen (z.B. Gedächtnisstörung oder Wahn).
- Eine **Aktivität** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen. Eine Aktivitätseinschränkung bedeutet, dass ein Mensch diese Aktivität nurmehr eingeschränkt oder gar nicht mehr ausüben kann. Nach der ICF fallen darunter sehr kleinteilige Aktivitäten, wie z.B. ein Glas anheben, ein Gespräch beginnen, ein Gespräch beenden, aber auch sehr komplexe Aktivitäten, wie z.B. einer Ganztags-tätigkeit nachgehen. Es ist zu unterscheiden zwischen Aktivitäten, die eine Person ausübt (**performance, Leistung**) und denen, die sie ausüben könnte, wenn dies verlangt oder geboten wäre, d.h. ihren **Fähigkeiten (capacities, Leistungsfähigkeit)**.
- **Kontextfaktoren** umfassen die Lebensbedingungen eines Menschen. Zu unterscheiden sind einerseits „**Umweltfaktoren**“, d.h. die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; WHO 1998, deutsche Version 2002)

leben und ihr Dasein entfalten, sowie „**personbezogene Faktoren**“, d.h. Bildung, Körperstatur, Alter, Geschlecht usw.

- **Partizipation (Teilhabe)** ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation, d.h. dass eine Person die Aktivitäten ausüben kann, die in einem bestimmten Kontext gefordert sind.

Empfehlung II.1

Der in der Leitlinie verwendete Begriff der beruflichen Leistungsfähigkeit orientiert sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

2.1 Determinanten der Leistungsfähigkeit

Zwar orientiert sich die vorliegende Leitlinie an der ICF, der Prozess der Begutachtung erfordert jedoch sowohl inhaltlich als auch methodisch differenzierte Aussagen zur Erklärung und Vorhersage der beruflichen Leistungsfähigkeit, die mit einer deskriptiven Klassifikation nicht vollständig erfasst werden können [s. auch Schneider et al. 2015].

Bei der Begutachtung der Leistungsfähigkeit generell und bei der Begutachtung des Grades der Berufsunfähigkeit im Speziellen ist davon auszugehen, dass sich die Leistungsfähigkeit (Ressourcen und Hemmnisse) nicht direkt aus der somatischen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankung in der Gesamtheit ihrer Psychopathologie herleitet.

Die Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben ist vielmehr als abhängig zu sehen von drei Variablengruppen:

1. **Der Art und dem Ausmaß psychischer und psychosomatischer Funktionen und Funktionsstörungen.** In die Bewertung einbezogen sind psychische Funktionen und Funktionsbeeinträchtigungen (= Krankheitssymptome), die das klinische Erscheinungsbild aktuell und in der jüngeren Vergangenheit bestimmt haben. Sie können auf psychophysiologischer, emotionaler, kognitiver, verhaltensbezogener und interaktioneller Ebene beschrieben werden (► **Abschnitt A**). Ebenso in die Beurteilung einzubeziehen sind Ressourcen, also Angaben über individuelle Fähig- und Fertigkeiten und individuelle Stärken, die geeignet sind, bestehende Funktionsminderungen zu kompensieren. Diagnosen stehen hier nicht im Vordergrund. Die psychischen Funktionen (z. B. Emotionalität, kognitive Prozesse, Verhaltens- und interaktionelle Prozesse) sollten möglichst konkret und umfassend beschrieben werden. Soweit körperlich begründete Einschränkungen und Funktionsstörungen vorliegen, sind diese bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit ebenfalls zu berücksichtigen. Die Schwerebeurteilung orientiert sich an den fachüblichen Kriterien (z.B. Schwere einer depressiven Verstimmung, einer Gedächtnisstörung oder eines Wahns).
2. Die Beeinträchtigungen auf der psychischen und psychosomatischen Ebene sind weiter durch die **Krankheitsverarbeitung** (► **Abschnitt B**) beeinflusst, die insbesondere Aspekte des Leidensdruckes, des Krankheitskonzeptes, der Veränderungsmotivation und der Veränderungsressourcen umfasst. Die Beurteilung der psychischen und psychosomatischen Funktionen ist nicht unabhängig von den Prozessen der Krankheitsverarbeitung zu sehen, die funktional oder dysfunktional die psychischen und psychosomatischen Einschränkungen und Ressourcen beeinflussen können.
3. Zentral für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit ist, welche **Aktivitäten** (► **Abschnitt C**) ein Individuum noch umsetzt oder prinzipiell noch umsetzen könnte. Die Bewertung der Aktivitäten und Fähigkeiten orientiert sich an der Beurteilung dessen, was Personen in ihrer tatsächlichen Umwelt tun.
4. Für die Beurteilung einer **Fähigkeitseinschränkung** gibt es im Gegensatz zu den Funktionsstörungen keine allgemeingültigen Schwerekriterien. Wie viel ein Mensch heben, wie komplex er denken oder wie kompetent er sich interaktionell verhalten kann und ab wann von einer Einschränkung auszugehen ist, hängt von den Umwelтанforderungen ab. Daher ist zu erheben, welche Aktivitäten im Referenzkontext

(konkreter Arbeitsplatz, allgemeiner Arbeitsmarkt) gefordert werden. Bei der Beschreibung der Fähigkeiten nehmen wir einen engen Bezug auf die Kategorien für Aktivitäten und Fähigkeiten des Mini-ICF-APP [Linden et al., 2009]. Dieses beschreibt Fähigkeitsbereiche, die vorrangig bei psychischen Störungen beeinträchtigt und für die allgemeine und insbesondere berufliche Leistungsfähigkeit von Bedeutung sind (z.B. Anpassung an Regeln und Routinen, Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit etc.).

5. Die Bewertung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit (► **Abschnitt E**) ergibt sich dann aus dem Abgleich der dem Individuum möglichen Aktivitäten/Fähigkeiten mit dem beruflichen Umwelt-Anforderungsprofil (Partizipation). Dies bedeutet, dass geprüft werden muss, ob und in welchem Ausmaß die dem Individuum grundsätzlich verfügbaren Aktivitäten/Fähigkeiten die Umsetzung der beruflichen Leistungsanforderungen, die im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung in der Regel durch die Arbeits- und Anforderungsprofile ausformuliert sind, ermöglichen.

In diesem Zusammenhang ist der Begriff der „**zumutbaren Willensanstrengung**“ zu nennen. Diese juristische Begrifflichkeit stellt sowohl auf der Ebene der Definition als auch auf deren Operationalisierung ein komplexes Problem dar. Dies resultiert aus der Vielschichtigkeit der zugrundeliegenden Faktoren, zu denen die Art der Erkrankung, die damit verbundenen Symptomatik sowie Funktionsbeeinträchtigungen auf den Ebenen der Emotionalität, der Kognition sowie insbesondere auch motivationale Aspekte gehören. Nichtsdestotrotz sind Gutachter oftmals gefordert, dazu Stellung zu nehmen. Hier empfiehlt sich, die oben genannten Aspekte mit Bezug auf die Fragestellung zu diskutieren und zu bewerten.

Die bestehende Symptomatik muss gegen Aggravation oder Simulation (► **Abschnitt D**) abgegrenzt werden können. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass dem Individuum u. U. der Transfer von ihm grundsätzlich verfügbaren Aktivitäten/Fähigkeiten in unterschiedliche Lebensbereiche (hier die Berufstätigkeit) nicht oder nur eingeschränkt möglich sein kann. In diesem Fall sind die transferbehindernden individuellen oder umweltbezogenen Bedingungen herauszuarbeiten, um die Voraussetzungen für die Teilhabe am Arbeitsprozess – z.B. über dazwischengeschaltete Interventionen – zu schaffen. Bei den Begutachtungen sind die beruflichen bzw. erwerbsbezogenen Anforderungsprofile jedoch in Abhängigkeit vom konkreten Begutachtungskontext/Rechtsgebiet unterschiedlich differenziert zu beantworten. So wird bei der Bewertung der Leistungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung auf den „allgemeinen Arbeitsmarkt“ Bezug genommen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Kriterien, die an den allgemeinen Arbeitsmarkt angelegt werden, ausgesprochen unscharf sind und sich dieser gerade unter den aktuellen Bedingungen der Digitalisierung der Arbeitswelt zunehmend im Wandel befindet.

Als Konkretisierung und Operationalisierung des allgemeinen Arbeitsmarkts kann z.B. ein Hotel als Referenz herangezogen werden. Ein Hotel ist nicht nur ein vielfach verfügbarer Arbeitsplatz, sondern ermöglicht auch eine Kontextadjustierung bzgl. der personbezogenen Faktoren (Körperkraft, Bildung usw.). Geprüft werden kann z.B., ob die zu beurteilende Person unter Berücksichtigung ihrer besonderen Eigenschaften in einem Hotel eine geldwerte Leistung erbringen (Aktivitäten ausführen) kann, sei es als Küchenhilfe, Servicekraft, Bürokräft oder Manager. Bei der Bewertung der Leistungsfähigkeit im Rahmen der privaten Berufsunfähigkeitsrente oder im Dienstrecht der Beamten muss demgegenüber Bezug auf die konkreten beruflichen Aufgaben- bzw. Anforderungsprofile genommen werden.

Empfehlung II.2

Die berufliche Leistungsfähigkeit soll im Zusammenhang mit Art und Ausmaß psychischer und psychosomatischer Funktionen und Funktionsstörungen, der Art der Krankheitsverarbeitung und den dem Individuum zur Verfügung stehenden Aktivitäten und Fähigkeiten beurteilt werden. Die Bewertung der konkret vorliegenden (beruflichen) Leistungsfähigkeit ergibt sich aus dem Abgleich der dem Individuum möglichen Aktivitäten/ Fähigkeiten mit dem beruflichen Anforderungsprofil.

2.2 Psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde

Hier soll im Gutachten auf der Grundlage der Aktenvorbefunde bzw. der hierin vermerkten anamnestischen Angaben des zu Begutachtenden Stellung genommen werden zu folgenden Punkten:

1. Bewertung der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit der in den Akten vorliegenden **Untersuchungen und Untersuchungsbefunde**. Bei Unvollständigkeit muss die Begutachtung entsprechend erweitert werden, sofern diese Befunde wesentlich für das weitere diagnostische Vorgehen im Gutachtenprozess sind. Weiterhin ist zu fragen, ob die notwendigen Untersuchungen (z.B. Röntgenaufnahmen, CT, EEG) adäquat durchgeführt, befundet und interpretiert worden sind.

Tab. 2.1 Hinweise auf eine eingeschränkte Angemessenheit bisheriger Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Pharmakotherapie
• unterdosierte Pharmakotherapie (z.B. häufig bei antidepressiver Therapie); • bedarfsabhängige Applikation von Medikamenten mit Missbrauchs- oder Suchtrisiko (z.B. Opioiden bei chronifizierten somatoformen Schmerzen oder dauerhafte Einnahme von Benzodiazepinen); • bisherige ausschließliche pharmakologische Therapie bei chronifizierten psychischen oder psychosomatischen Krankheitsverläufen, die ausschließlich auf eine kurzfristige Linderung der Beschwerden ohne begleitende psychotherapeutische und/oder verhaltensmodifizierende Begleitbehandlung ausgerichtet sind.
Psychotherapie und andere Vorbehandlungen
• langfristige Medikalisierung eines primär psychischen oder psychosomatischen Gesundheitsproblems durch häufig wiederholte medizinisch-diagnostische Prozeduren (bildgebende Verfahren, Labor) oder durch (erfolglose) körperliche (pharmakologische, chirurgische) Behandlungsversuche • unzureichende Vermittlung eines angemessenen biopsychosozialen Störungsmodells • unzureichende Berücksichtigung biografischer Bedingungen/ latenter Konflikte • unzureichende Berücksichtigung motivationaler Bedingungen • unzureichende Etablierung neuer Denk- und Verhaltensgewohnheiten • Inanspruchnahme sogenannter alternativer Therapien ohne Wirksamkeitsnachweis • fehlende/unzureichende Maßnahmen zur gestuften beruflichen Wiedereingliederung

2. Beurteilung der Art und Angemessenheit bereits durchgeführter **Vorbehandlungen** (► Tab. 2.1). Hierbei soll durch den Gutachter bewertet werden, inwieweit die unterschiedlichen Behandlungsansätze auf dem psychosomatisch-psychiatrischen Gebiet grundsätzlich indiziert waren oder sind. In einem nächsten Schritt soll dann beurteilt werden, ob eine vorgenommene Psychopharmakotherapie angemessen umgesetzt worden ist. Die entsprechenden psychopharmakologischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen Vorbehandlungen sowie die medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen müssen auf ihre therapeutische Angemessenheit und in Bezug auf ihre therapeutischen Effekte bewertet werden. Die gesammelten Informationen über Art, Umfang und Erfolg an Vorbehandlungen des zu Begutachtenden dienen als erste Anhaltspunkte für die Feststellung und die Prognose der Leistungsfähigkeit (Abschnitte E und F). Bzgl. der Vorbehandlungen sind nicht nur funktionsorientierte bzw. krankheitsbezogene Behandlungen zu berücksichtigen, sondern auch fähigkeitsorientierte Behandlungen.

gen (z.B. Training der sozialen Kompetenz). Werden die Vorbehandlungen als überwiegend unangemessen und unwirksam bewertet, dann ist die Annahme begründet, dass bei angemessener Behandlung zukünftig noch eine positive Wirkung erzielt werden kann, es sich also um eine sog. „Pseudochronizität“ handelt (günstige Prognose). Werden hingegen angemessene Vorbehandlungen als überwiegend unwirksam bewertet, dann spricht dies eher für eine ungünstige Prognose. Des Weiteren erlaubt hier die Leitfadenstruktur dem Gutachter einen schnellen Überblick, welche therapeutischen bzw. rehabilitativen Maßnahmen zum Beobachtungszeitpunkt noch indiziert werden können.

3. Nennung der bereits vorliegenden **somatischen und psychiatrisch-psychosomatischen Diagnosen** entsprechend der ICD-10 Klassifikation.

Empfehlung II.3

Anhand der Vorbefunde soll beurteilt werden, ob die notwendige organmedizinische und psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik vorgenommen worden ist und die bisherige Befundinterpretation adäquat war. Weiterhin ist zu beurteilen, inwieweit die durchgeführten therapeutischen und/oder rehabilitativen Maßnahmen (adäquat) durchgeführt worden sind und welche Effekte diese Interventionen gezeigt haben. Nur auf der Basis dieser Bewertungen und der Befunde der eigenen Untersuchung lassen sich die Prognose der Erkrankung und die damit verbundene berufliche Leistungsfähigkeit einschätzen und ggf. indizierte therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen empfehlen.

2.3 Verbindung von Querschnitts- und Längsschnittsmerkmalen

Die Prognose einer Leistungsminderung ergibt sich nicht nur aus dem Querschnittsbefund, sondern in der Regel vorrangig aus dem Langzeitverlauf. Im Sinne einer speziellen Anamnese sind daher Art, Wechsel und Ausprägung der Funktionsstörungen wie der Fähigkeitsbeeinträchtigungen auf der Zeitachse zu beschreiben. Es ist also eine Verlaufsd Diagnose zu erstellen (episodisch, rezidivierend, chronisch) und daraus auf die Zukunft zu extrapolieren.

Zum Verständnis der bio-psycho-sozialen Hintergrundbedingungen der beruflichen Leistungsentwicklung sind in der Regel die längsschnittliche / biografische Entwicklung sowie aktuelle und chronische körperliche oder psychosoziale Belastungen von Bedeutung. Psychische Charakteristika des Individuums (z.B. spezielles konflikthafte Erleben, Störungen der Persönlichkeitsstruktur) beeinflussen oftmals sowohl die Entstehung der Erkrankung als auch den Krankheitsverlauf. So muss im Einzelfall geprüft werden, inwieweit psychologische Konzepte zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung, aber auch der aktuell bestehenden Leistungsfähigkeit für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und deren Prognose von Bedeutung sind.

Eine wichtige, den Krankheitsverlauf beeinflussende Funktion, nehmen Prozesse der Krankheitsverarbeitung ein, die u. a. durch spezifische emotionale, kognitive und handlungsbezogene (Persönlichkeits-) Eigenschaften des Individuums, aber auch krankheitsbezogene und sonstige situative Bedingungen beeinflusst werden. Auch die Erfahrungen im Behandlungsprozess können die Krankheitsverarbeitung des Individuums in bedeutsamer Weise mitprägen. Bei der Prognose der Leistungsfähigkeit sind bislang erfolgte Behandlungsmaßnahmen sowie deren Ergebnisse zu berücksichtigen.

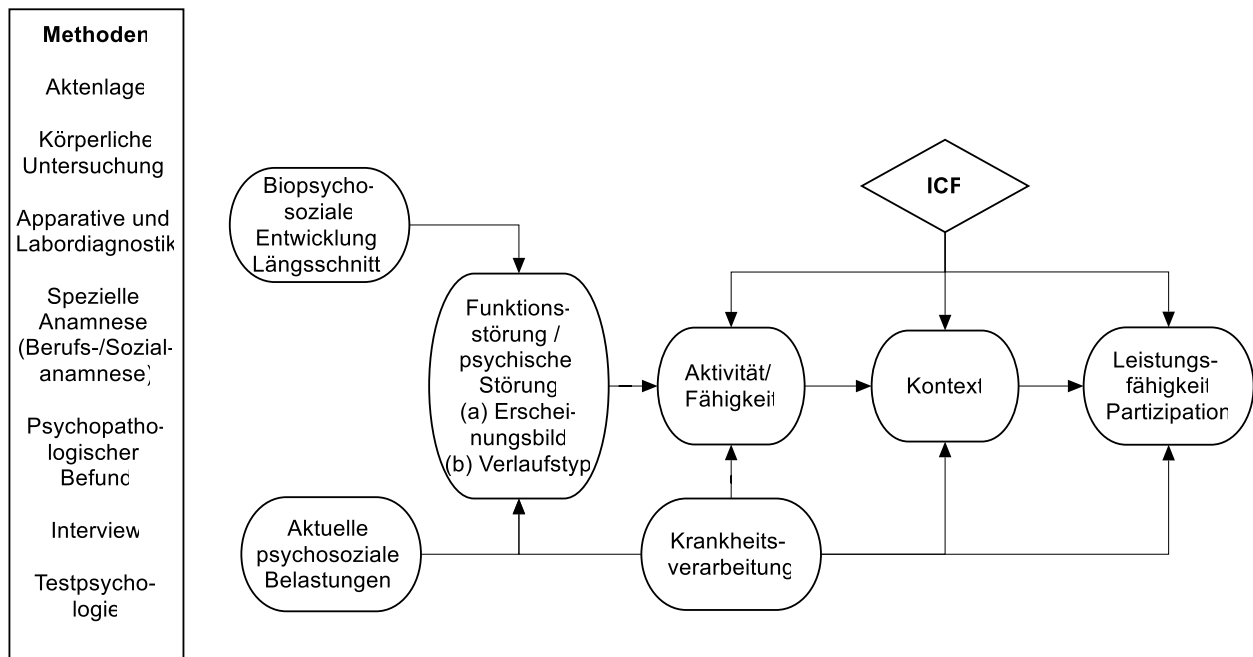
Empfehlung II.4

Die Erhebung der biografischen Entwicklung sowie der akuten oder chronischen körperlichen oder psychosozialen Belastungen ermöglicht Aussagen darüber, inwieweit psychische Charakteristika des Individuums (z.B. spezielles konflikthafte Erleben, Störungen der Persönlichkeitsstruktur) die Entstehung der Erkrankung, den Krankheitsverlauf und die berufliche Leistungsfähigkeit beeinflussen.

2.4 Berücksichtigung von Hemmnissen und Ressourcen

Bei der Bewertung der psychischen/ psychosomatischen Funktionen und Funktionsstörungen, der Krankheitsverarbeitung als auch der Aktivitäten/ Fähigkeiten sollten sowohl Hemmnisse als auch Ressourcen des Individuums berücksichtigt werden (► Abb.2.1).

Abb. 2.1 Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit.



Das **psychische/psychosomatische Funktionsniveau** eines Individuums zu einem spezifischen Zeitpunkt stellt ein Resultat seiner emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Entwicklungsmerkmale im Wechselspiel mit aktuellen Belastungen und den durch die Erkrankung bedingten Einschränkungen/Hemmnissen dar.

Für den Bereich der **Krankheitsverarbeitung** sind Hemmnisse bestimmt durch rigide und dysfunktionale Formen der Stress- und Krankheitsbewältigung sowie durch unwirksame Behandlungsversuche. Ressourcen sind bestimmt durch protektive körperliche und/oder psychosoziale Personenmerkmale sowie soziale Bedingungen, die eine Kompensation der dysfunktionalen Bewältigungsmuster und unzureichender Behandlungserfolge ermöglichen.

In Bezug auf **Aktivitäten und Fähigkeiten** ist zu fragen, welche Ressourcen zur Erhaltung oder Erweiterung des Aktivitätsspektrums vorliegen und welche konkreten (körperlichen, emotionalen, kognitiven, kommunikativ-sozialen) Hemmnisse bestehen. Dabei sind Ressourcen überwiegend bestimmt durch die noch vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und motivationalen Bedingungen, die das positive Leistungsbild bestimmen. Hingegen sind Hemmnisse überwiegend bestimmt durch die Art und das Ausmaß der Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen sowie durch negative motivationale Bedingungen.

Für den Bereich der **beruflichen Partizipation** beziehen sich Hemmnisse auf leistungsbeeinträchtigende Kontextfaktoren und Aktivitäts- und Fähigkeitseinbußen bei einem gegebenen beruflichen Anforderungsprofil. Ressourcen betreffen personale Faktoren (Eigenschaften, Fähigkeiten, spezifische Kompetenzen) oder konkrete äußere (physikalische oder soziale) Arbeitsplatzbedingungen, die zur Kompensation der krankheitsbedingten beruflichen Leistungsbeeinträchtigungen beitragen können.

Empfehlung II.5

Bei der Bewertung der psychischen / psychosomatischen Funktionen und Funktionsstörungen, der Krankheitsverarbeitung und Veränderungsmotivation wie auch der Aktivitäten / Fähigkeiten sollen sowohl Hemmnisse als auch Ressourcen sowie weitere Kontextfaktoren des Individuums berücksichtigt werden.

2.5 Diagnostische Methoden bei der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit

Der Begutachtung liegen unterschiedliche diagnostische Zugangsweisen bzw. Methoden zugrunde. Die Begutachtung muss umfassen:

1. die Diagnostik etwaiger körperlicher Erkrankungen oder Funktionsstörungen,
2. die psychopathologische Diagnostik,
3. Berücksichtigung der Interaktionen zwischen psychischen und organischen Faktoren – die biopsychosoziale Perspektive
4. die biografische und spezielle Anamnese, incl. einer detaillierten Berufsanamnese,
5. die systematische Analyse der psychosozialen Längsschnittentwicklung,
6. die Analyse der Krankheitsverarbeitung,
7. Berücksichtigung von Kriterien, die im engeren Sinne für die Bewertung der Leistungsfähigkeit von Bedeutung sind (Aktivität, Partizipation)
8. Konkrete Verhaltensbeschreibung der Aktivitätsanforderungen und -beeinträchtigungen im Referenzkontext

Entlang der Aktenvorbefunde sind die vorliegenden somatischen Grunderkrankungen und Vorbehandlungen zu beurteilen und in Bezug auf Schweregrad und mögliche Auswirkungen auf das Funktionsniveau zu gewichten. Soweit die somatische Diagnostik nicht vollständig und angemessen umgesetzt worden ist, sollte die notwendige Diagnostik ergänzt werden.

Zur Erhebung der Psychopathologie ist eine psychiatrisch – psychosomatisch orientierte Exploration vorzunehmen. Ein Einsatz spezieller halbstrukturierter oder strukturierter psychiatrischer diagnostischer Verfahren kann bei entsprechenden Indikationen optional eingesetzt werden.

Bei der psychiatrischen Exploration und Untersuchung muss unterschieden werden zwischen Befunden, die wir „wahrnehmen“ können (z.B. affektive Niedergeschlagenheit, Konzentrationsmangel, Antriebsmangel) und vom Begutachteten berichteten Beschwerden (z.B. Ängste). Zu prüfen ist, ob diese beiden Ebenen getrennt aufgeführt werden. In der Befundniederschrift sollten nicht nur Fachbegriffe verwendet werden (z.B. Konzentrationsmangel), sondern auf der Verhaltensebene beschrieben werden, warum eine solche Störung vorliegt (z.B. kann keinen Zeitungsartikel zu Ende lesen)

Die Erhebung der biografischen Anamnese sowie der Berufsanamnese und der psychosozialen Entwicklungslinien des zu Begutachtenden erfolgt im Rahmen eines psychosomatischen Interviews, bei dem der zu Begutachtende insbesondere Raum erhält, seine subjektive Sichtweise dem Interviewer darzulegen.

Die Aktivitäten, die der zu Begutachtende unternimmt, sollen detailliert für unterschiedlichste Aktivitätsbereiche im Interview erhoben werden. Ergänzend bietet sich an, dem zu Begutachtenden ein halbstrukturiertes Aktivitätsprotokoll vorzulegen. Es ist evident, dass ein derartiger Ansatz ein hohes Ausmaß an Kompetenz des Gutachters bezüglich dieser unterschiedlichen diagnostischen Zugänge erfordert. Er muss in

der Lage sein, das Gespräch flexibel zwischen einer „aktiv-explorierenden“ und einer „offen-reflexiven“ Interaktion zu gestalten.

Empfehlung II.6

Die Begutachtung umfasst unterschiedliche diagnostische Ebenen, die mit den jeweils angemessenen Methoden erhoben werden müssen. Dabei soll beachtet werden, dass sich aus dem psychopathologischen Befund allein die Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit nicht ergibt. Für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit sind insbesondere die dem Individuum zur Verfügung stehenden Aktivitäten sowie die Beurteilung von etwaigen Hindernissen bei der Partizipation (hier speziell im beruflichen Kontext) von Bedeutung. Die Ausbildungs- und Arbeitsanamnese soll stärker als in der herkömmlichen Anamnese berücksichtigt werden.

2.6 Testung körperlicher Funktionen und Leistungen

Hierzu sei auf Teil I (Gutachtliche Untersuchung bei psychischen und psychosomatischen Störungen) der vorliegenden Leitlinie verwiesen.

3. Diagnostische Merkmalsbereiche der beruflichen Leistungsbeurteilung

Eine umfassende und kritische Sichtung der körperlichen, psychiatrischen, psychologischen und psychosomatischen Vorbefunde ist essentiell, da diese in die Beurteilung der gutachterlich zu bewertenden Kategorien mit einfließen. Die Darstellung und Herausarbeitung der relevanten psychischen, psychosomatischen und somatischen Symptome erfolgt dabei in 6 Abschnitten (► Tab. 3.1).

Tab. 3.1 Darstellung und Herausarbeitung der für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit relevanten psychosomatischen und somatischen Symptome bzw. psychosozialen Merkmalsbereiche

Abschnitt	Beschreibung	in Anlehnung an
A	Psychische und psychosomatische Funktionen	
B	Krankheitsverarbeitung	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik [OPD-2, 2006]
C	Aktivitäten und Fähigkeiten	MINI-ICF [Linden et al. 2015]
D	Beurteilung intentionaler Verzerrungen	[Dohrenbusch 2007, Merten 2015]
E	Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit	DRV-Schriften 2006
F	Prognose	

Im Folgenden werden die unterschiedlichen diagnostischen Merkmalsbereiche definiert, die für die Leistungsfähigkeitsbeurteilung von Bedeutung sind. Anschließend an die Definitionen führen wir Beurteilungskriterien für jede genannte diagnostische Kategorie an. Diese Kriterien erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen lediglich der Orientierung des klinisch erfahrenen Gutachters dienen.

Eine umfassende klinische Diagnostik mit Hilfe eines standardisierten klinischen Interviews (SKID, DIA-X o.ä.) erscheint nicht erforderlich, da der Begutachtungsschwerpunkt nicht auf eine umfassende Differentialdiagnostik abzielt, sondern auf der Beurteilung geminderter Leistungsfunktionen liegt. Psychologische oder psychodynamische Erklärungsmodelle der konkreten Störung sollten dann vorgenommen werden, wenn sie für die spezifische Problemstellung hilfreich und sinnvoll sind.

Bei der Gesamtbewertung des Gutachtens sollte unbedingt Bezug auf zuvor gestellte Diagnosen und Wertungen genommen werden. Bei abweichenden Bewertungen sollten diese kritisch und nachhaltig begründet werden.

3.1 Psychische und psychosomatische Funktionen und Funktionseinschränkungen sowie personbezogene Faktoren (Abschnitt A)

Für die Bewertung der Leistungsfähigkeit ist zunächst eine Beschreibung der psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionsstörungen, d.h. des somatomedizinischen bzw. psychopathologischen Befundes angezeigt. Sie Hemmnisse oder Ressourcen mit Blick auf die Leistungsfähigkeit.

Ergänzend dazu sind auch personbezogene Faktoren zu beschreiben, d.h. Persönlichkeitscharakteristika, spezifische intrapsychischen Konfliktkonstellationen oder maladaptive Lernerfahrungen, die das Leistungsniveau des Individuums ebenfalls beeinträchtigen können.

Neben den psychischen Funktionen und personbezogenen Faktoren müssen jedoch auch die dem Individuum verfügbaren körperlichen Funktionen bzw. deren Beeinträchtigungen für die Beurteilung der Aktivitäten und Fähigkeiten wie der beruflichen Partizipation berücksichtigt werden.

Die verfügbaren Funktionen eines zu Begutachtenden sind jedoch nicht nur als Ausdruck von Hemmnissen oder Einschränkungen zu sehen, sondern in diese gehen natürlich auch Ressourcen des zu Begutachtenden ein (Reservekapazität). Als Ressourcen für die Leistungsfähigkeit sind auch Kompetenzen zur Bewältigung einzelner Hemmnisse oder Funktionsbeeinträchtigungen zu rechnen. Weiterhin sind psychische Funktionen, die im Verhältnis zu anderen psychischen Funktionen relativ besser verfügbar sind, unter Umständen im Sinne von Ressourcen zu sehen.

Empfehlung II.7

Unter psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionseinschränkungen versteht man sowohl die zur Verfügung stehenden körperlichen, emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Ressourcen eines Individuums als auch etwaige Hemmnisse. Im Rahmen der Begutachtung soll das aktuell verfügbare psychische Funktionsniveau erhoben werden.

Im Rahmen der Begutachtung ist für jeden zu Begutachtenden eine Beurteilung der hier beschriebenen unterschiedlichen psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionsstörungen vorzunehmen. In einem nächsten Schritt ist zu prüfen, inwieweit sich daraus Beeinträchtigungen der Aktivitätsausübung und der Leistungsfähigkeit ableiten lassen. Sozialrechtlich sind nur solche Leistungsbeeinträchtigungen von Relevanz (z.B. geringe Arbeitsleistung), die einer krankheitsbedingten Funktionsstörung zuzurechnen sind.

Empfehlung II.8

In der Gesamtbeurteilung der Leistungsfähigkeit stellen neben der Diagnose die Erhebung der individuellen Funktionen und etwaigen Funktionsstörungen (Psychopathologie) Grundlagen für die Bewertung von Aktivität (Teil C) und Partizipation (Teil D) dar.

So kann ein zu Begutachtender mit einer Panikstörung z.B. Somatisierungstendenzen, emotionale Probleme (z.B. Erwartungsängste, depressive Verarbeitungstendenzen), Antriebsstörungen verbunden mit sozialem Rückzug und Verhaltensprobleme im Sinne von Vermeidungstendenzen aufweisen.

Grundsätzlich gilt für die Operationalisierung (Beurteilung) einzelner Funktionsbereiche, dass die Ergebnisse aller zur Verfügung stehenden objektiven (z.B. Laborwerte, Testergebnisse) und im Interview erhobenen Informationen (z.B. Exploration, Verhaltensbeobachtung) heranzuziehen sind. Im Besonderen ist dabei auf subjektive Informationen des zu Begutachtenden in Bezug auf dessen Erleben und Bewertung seiner Leistungsmöglichkeiten und Leistungseinschränkungen zu achten. Aus Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen sollten keine Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit gezogen werden. Zu beurteilen ist der Befund, der sich auf den Querschnitt der letzten vier Wochen bezieht. In besonderen Fällen kann es jedoch notwendig sein, auch ein längeres Zeitintervall zu berücksichtigen, zum Beispiel bei fluktuierenden Funktionsstörungen.

Die Ergebnisse der Erhebung können und sollten in einzelnen Fällen durch psychologische Testverfahren ergänzt werden. Die Indikation zum Einsatz von Testverfahren, die nach der klinischen Untersuchung erfolgt, sollte gezielt nach spezifischen Fragestellungen vorgenommen und unter Berücksichtigung der vorangegangenen psychiatrischen und psychosomatischen Untersuchung ausgewertet werden.

Empfehlung II.9

Für die Beurteilung der psychischen und psychosomatischen Funktionen sind primär alle während der gutachterlichen Untersuchung zur Verfügung stehenden objektiven und subjektiven Daten des zu Begutachtenden zu evaluieren. Bei der Anwendung der psychologischen Testverfahren ist zu beachten, dass die Interpretation der Testergebnisse im Zusammenhang mit anderen Datenquellen und Validierungsinformationen vorgenommen wird. Auf der Grundlage der gutachterlichen Untersuchung sollte die Indikation für psychologische Testverfahren gestellt werden. Dies sollte in enger Abstimmung mit dem psychologischen Gutachter in Bezug auf die gezielte und spezifische Fragestellung erfolgen.

Empfehlung II.10

Die Kategorie „Funktionsstörungen“ wird durch die neun folgenden psychischen und psychosomatischen Merkmale determiniert. Abschließend sollte das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung eingeschätzt werden.

- (1) Ausmaß an Somatisierung
- (2) Emotionalität
- (3) Ausmaß an Antriebs- bzw. psychomotorischen Störungen
- (4) Ausmaß an kognitiven Störungen
- (5) Ausmaß an psychotischem oder psychosenahem Erleben und Verhalten
- (6) Ausmaß an qualitativen und quantitativen Bewusstseins- und Orientierungsstörungen
- (7) Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten
- (8) Ausmaß an zwischenmenschlichen Problemen
- (9) Ausmaß an körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen
- (10) Gesamtbeeinträchtigungen durch (1) bis (9)

Bei der Beurteilung sollen folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Anzahl/Art der Symptome / Beschwerden
- Intensität der Symptome / Beschwerden
- Häufigkeit und Dauer der Symptome / Beschwerden
- Vorhandene Ressourcen in diesem Bereich
- Subjektiver Leidensdruck
- Subjektives Beeinträchtigungserleben
- Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation

Aus der Gesamtheit dieser Kriterien soll für jeden Funktionsbereich (Merkmal) das Ausmaß der Beeinträchtigung ermittelt werden. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den Kriterien Leidensdruck und subjektives Beeinträchtigungserleben sowie Aktivität und Partizipation, wobei die zuletzt genannten aus den zuerst genannten resultieren. Inkonsistente und schwer nachvollziehbare Kriterienausprägungen für ein Merkmal können Anhaltspunkte für tendenziöse Haltungen geben. Zu beachten ist auch, dass die Beurteilungskriterien jeweils auf die einzelnen Merkmale bezogen werden und nicht auf das globale, aus allen Merkmalen resultierende Funktionsniveau. Jeder pathologische Befund im Rahmen der Funktionsbeeinträchtigungen muss durch mindestens ein Beispiel in der individuellen Anamnese belegt sein.

Folgende Beurteilungsmöglichkeiten der psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionsstörungen stehen im Ratingbogen (siehe Anhang) zur Verfügung:

- **„Keine Störung“:** Nur sehr vereinzelt oder gar nicht auftretende Beschwerden, kein Leidensdruck oder Beeinträchtigungserleben, Aktivität und Partizipation sind durch dieses Merkmal nicht eingeschränkt.
- **„Leichtgradige Störung“:** Geringes Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben leicht ausgeprägt, geringer Einfluss auf Aktivität und Partizipation.
- **„Mittelgradige Störung“:** Mäßiges Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben mäßig ausgeprägt, relevanter Einfluss auf Aktivität und Partizipation.
- **„Schwergradige Störung“:** Hohes Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben schwer ausgeprägt, starker Einfluss auf Aktivität und Partizipation.
- **„Vollständige Störung“:** Extremes Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben sehr schwer ausgeprägt massiver Einfluss auf Aktivität und Partizipation bzw. Unfähigkeit zu Aktivität und Partizipation.

Im Anhang finden sich Tabellen mit den Beeinträchtigungsgraden und entsprechenden Ausprägungen der Beurteilungskriterien sowie mit konkreten Ankerbeispielen für die oben angegebenen Funktionsbereiche (Merkmale). In diesen werden jeweils beispielhaft „leichtgradige“ und „schwergradige Beeinträchtigungen“ dargestellt. Funktionsstörungen sollten für den Leser nachvollziehbar auf der Verhaltensebene beschrieben werden.

Zu beachten ist, dass das psychische und psychosomatische Gesamtfunktionsbild nicht lediglich die Summe der einzelnen Funktionen und Funktionsstörungen darstellt.

3.1.1 Ausmaß an Somatisierung

Definition

Hier wird das Ausmaß der subjektiv erlebten Körperbeschwerden des zu Begutachtenden dokumentiert. Wichtig ist dabei die Betonung des Subjektiven. Ein hohes Maß an Somatisierung kann auch dann festgestellt werden, wenn der zu Begutachtende nur wenige organisch nachweisbare körperliche Befunde vorweisen kann, subjektiv aber viele Körperbeschwerden schildert. In diesem Zusammenhang ist oftmals ein dysfunktionales Krankheitsverhalten von Bedeutung (wiederholtes Aufsuchen von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen sowie Schwierigkeiten des Betroffenen, den Rückmeldungen der Ärzte, dass keine körperlichen Befunde vorliegen, zu folgen). Zu unterscheiden sind Somatisierungsstörungen (Angst um die körperliche Unversehrtheit mit ständig wechselnden Klagen und Aufmerksamkeitslenkung), hypochondrische Störung (Angst um die körperliche Unversehrtheit mit fixiertem Fokus auf ein Organ) und somatoform autonome Störung (vegetative Labilität und Irritierbarkeit),

Beurteilungskriterien

Zu beurteilen sind die subjektiv von den zu Begutachtenden erlebten Körperbeschwerden, unabhängig davon, ob diese mit „objektiven“ körperlichen Befunden korrespondieren. Als Beurteilungszeitraum sollte der letzte Monat veranschlagt werden.

Zu erfassen sind dabei Beschwerden wie zum Beispiel Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken, Menstruationsbeschwerden oder andere Probleme mit der Menstruation, Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr, Kopfschmerzen, Schmerzen im Brustbereich, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Herzklopfen oder Herzrasen, Kurzatmigkeit, Obstipation, „nervöser Darm“ oder Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden.

Es ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen dem was der Patient klagt und vorträgt und dem, was der Untersucher sieht (z.B. Der Patient sagt, er habe ein gutes Gedächtnis. Wir sehen jedoch, dass der Patient sich nicht an die Namen der Enkel erinnern kann.)

3.1.2 Ausmaß an emotionalen Problemen

Definition

Es soll beurteilt werden, in welchem Ausmaß der zu Begutachtende Probleme aufweist, die zu Auffälligkeiten in der emotionalen Schwingungsfähigkeit und Flexibilität, im Vorherrschen bestimmter Emotionen (z.B. depressive, aggressive oder angstbesetzte Affekte) oder in der emotionalen Belastbarkeit oder Frustrationstoleranz führen. Soweit das Ausmaß der Beeinträchtigung durch dysfunktionale Emotionen und/oder durch positive Emotionen (z.B. Freude) beziehungsweise einen bewältigungsorientierten Umgang mit eigenen Emotionen charakterisiert ist, sollte dies bei der Beurteilung berücksichtigt werden.

Beurteilungskriterien

Die Beurteilung der Emotionalität erfolgt auf der Grundlage des klinischen Interviews. Darüber hinaus sollte zumindest ein Screeninginstrument zur Erhebung von emotionalen/affektiven Merkmalen bei der Begutachtung eingesetzt werden, um die Beurteilungsbasis zu erweitern. Soweit die Problemstellung es notwendig werden lässt, sollten spezifische testpsychologische Verfahren eingesetzt werden (z.B. Angst- und Depressionsfragebögen).

Berücksichtigt werden sollten z.B. **an spezifischen Emotionen**:

a) Ängste

- allgemeine versus spezifische Ängste
- das Ausmaß an Beeinträchtigung und die Art der Bewältigung von Angstgefühlen

b) Verstimmungen

- Niedergedrücktheit und sonstige Negativstimmungen (Missmut, Unlust, Verbitterung, Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung, usw.)
- Depressive Verstimmung i.S. der emotionalen Leere etc.
- Umgang mit den emotionalen Problemen

c) Aggressivität

- Wut, Ärger, Reizbarkeit und Feindseligkeit
- Grad der Beeinträchtigung sowie Form der Bewältigung dieser Affekte

Darüber hinaus sind emotionale Beeinträchtigungen im Sinne von emotionaler Labilität und veränderter Schwingungsfähigkeit zu berücksichtigen.

3.1.3 Ausmaß an Antriebsstörungen

Definition

Antrieb ist die vom Willen weitgehend unabhängig wirkende belebende Kraft, welche die Bewegung aller seelischen Funktionen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer bewirkt. Ein ausreichender Antrieb ist Voraussetzung dafür, dass der zu Begutachtende überhaupt zur Erfüllung gezielter Aufgaben in der Lage ist. So unterhält der Antrieb zum Beispiel Lebendigkeit, Initiative, Motivation, Aufmerksamkeit, Tatkraft, Unternehmungsgeist. Das Aktivitätsniveau und die Psychomotorik sind erkennbarer Ausdruck des Antriebs (siehe z.B. AMDP). Eine Antriebssteigerung kann zu motorischer Unruhe, zielloser und ungerichteter motorischer Aktivität bis hin zum Erregungszustand führen.

Beurteilungskriterien

Die Erhebung des Antriebes sollte in der Exploration über konkrete und direkte Fragen zu Antriebsmerkmalen erfolgen (z.B. „Wie steht es mit Ihrem Schwung, mit Ihrer Lust, etwas zu tun?“).

In die Gesamtbeurteilung bezüglich des **Antriebes und der Psychomotorik** sollten folgende 4 Submerkmale (AMDP) einfließen:

- Antriebsarmut
- Antriebshemmung
- Antriebssteigerung
- Motorische Unruhe

3.1.4 Ausmaß an kognitiven Störungen

Definition

Hier werden Störungen des Gedächtnisses, der Exekutive, der Sprache, visuell-räumlicher Funktionen, der Aufmerksamkeit und Aufmerksamkeitslenkung sowie der Konzentration beurteilt, die sich auf Qualität und Tempo der zu leistenden Arbeit auswirken können. Diese Funktionen können grundlegend gestört sein

oder aber im Zeitverlauf abnehmen (Ermüdung). Je nach Ausprägungsgrad wird sich eine Einschränkung der quantitativen und/oder qualitativen Leistungsfähigkeit ergeben.

Beurteilungskriterien

Im Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit sind folgende Funktionsbereiche von Bedeutung:

- Aufmerksamkeit, Konzentration, Ermüdbarkeit
- Gedächtnisleistung
- Reaktionsschnelligkeit, Genauigkeit, Fähigkeit zu logischem Denken, kognitive Flexibilität
- formales Denken
- Informationsaufnahme und –verarbeitung
- exekutive Leistungen, Problemlösefähigkeit sprachliche und schriftsprachliche Leistungen, Zahlenumgang und Rechnen
- Wahrnehmungskompetenzen oder –einschränkungen

Zur Objektivierung sollten, wenn indiziert, standardisierte neuropsychologische oder testpsychologische Verfahren zur Leistungsdiagnostik hinzugezogen werden.

3.1.5 Ausmaß an psychotischem oder psychosenahem Erleben und Verhalten

Definition

Hierbei wird das Ausmaß an psychotischen oder psychosenahen Merkmalen dokumentiert, welche im Rahmen von Sinnestäuschungen (Halluzinationen), Wahn (inhaltliche Denkstörungen) und Ich-Störungen entstehen.

Beurteilungskriterien

Wahnsymptome sind in ihren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Einzelfall zu betrachten. Isolierte Wahninhalte müssen Aktivität und Leistungsvermögen nicht unbedingt beeinträchtigen. Über möglicherweise bestehende qualitative Einschränkungen hinaus kann es, insbesondere bei stark affektiv besetzten Wahnhaltungen, auch zu quantitativen Leistungseinschränkungen kommen.

Zu beachten ist bei diesem Merkmal zudem, dass es Auswirkungen auf den Grad der sozialen Anpassung (z.B. leichte, mittlere, schwere Anpassungsschwierigkeiten) hat, welche im Rating berücksichtigt werden sollten. Ebenso haben psychotische oder psychosenahe Merkmale mehr als andere Merkmale Auswirkungen auf andere Kategorien wie zum Beispiel die Emotionalität (Misstrauen) oder die kognitiven Leistungen (z.B. Konzentration), auch diese sollten in die jeweiligen Überlegungen einfließen.

3.1.6 Ausmaß an qualitativen und quantitativen Bewusstseins- und Orientierungsstörungen

Definition

Quantitative Bewusstseinsstörungen beziehen sich auf das Ausmaß an Wachheit (wach, somnolent etc.). Qualitative Bewusstseinsstörungen umfassen z.B. Zustände der Bewusstseinsverengung und Bewusstseinsverschiebung wie Trance, Verwirrtheit, Agitiertheit. Auch Störungen der zeitlichen und örtlichen und situativen Orientierung sowie zur Person sollten unter diesem Merkmal bewertet werden.

Beurteilungskriterien

Diese Merkmale sind durch Verhaltensbeobachtung (Bewusstsein, z.B. der zu Begutachtende ist schläfrig, abgelenkt, versteht einfache Fragen nicht) und Exploration (Orientierung) im Rahmen der Begutachtung zu erheben. Zu beachten ist darüber hinaus, dass bei zu Begutachtenden mit Bewusstseinsstörungen in der Regel auch Störungen der Auffassung und des Gedächtnisses sowie verschieden stark ausgeprägte Erinnerungsstörungen bestehen, die gesondert zu beurteilen und raten sind. In die Gesamtbeurteilung der Bewusstseinsstörungen sollten folgende Symptome einfließen:

- Bewusstseinsverminderung (benommen, schläfrig)
- Bewusstseinstrübung (z.B. Aspekte sinnvoll miteinander zu verbinden misslingt)
- Bewusstseinsengung (z.B. Fixierung auf bestimmte Erlebnisse)
- Bewusstseinsverschiebung (z.B. gesteigerte Sinnesempfindungen)

3.1.7 Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten

Definition

Hier werden charakteristische Verhaltensweisen des Individuums beurteilt, die zu einer dysfunktionalen Anpassung an die Umweltanforderungen oder zu konflikthafter Auseinandersetzungen mit anderen führen können. Auch selbstdestruktive Verhaltensweisen werden darunter gefasst bis hin zu klinisch bedeutsamen Verhaltensstörungen, beispielsweise aufgrund von Persönlichkeitsstörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen oder Entwicklungsstörungen.

Beurteilungskriterien

Es werden Verhaltensprobleme des zu Begutachtenden dokumentiert, welche sich aus den objektiven und subjektiven Informationen ergeben. Verhaltensauffälligkeiten sind beispielsweise:

- selbstverletzendes Verhalten
- suchbezogene Verhaltensweisen
- dysfunktionale Verhaltensweisen im Rahmen von z.B. Essstörungen, Zwangsstörungen
- massive Arbeitsstörung
- relevante Störung der Leistungsmotivation.

3.1.8 Ausmaß an zwischenmenschlichen Problemen

Definition

Hierunter werden psychosoziale und interaktionelle Kompetenzen oder Schwierigkeiten beurteilt, die im zwischenmenschlichen Bereich von Bedeutung sind und die Aktivitäten, Kontakte und ggf. die Möglichkeit des Individuums, sich in den Arbeitsprozess zu integrieren, beeinträchtigen. Auf der Ebene der Beurteilung von Funktionen und Funktionseinschränkungen steht die individuelle Perspektive auf zwischenmenschliche Probleme im Vordergrund.

Beurteilungskriterien

In der sozialen Interaktion kann bei einzelnen Mitgliedern einer Gemeinschaft eine Befindlichkeitsstörung entstehen, wenn deren soziale Rolle von außen oder von innen her gestört ist (zum Beispiel Mobbing oder Isolation; Kränkbarkeit). Hierfür ist es wichtig, dass über die Exploration ein „inneres Bild“ über den Probanden entsteht, aus dem deutlich wird, wie er sich gegenüber anderen Menschen verhält. Als akzentuierte

Interaktionsstile, die häufiger zu intra- und interpsychischen Spannungen führen können, sind zum Beispiel anzusehen (orientiert am IIP, Horowitz et al., 1994):

- dominant, kontrollierend, manipulierend
- streitsüchtig, konkurrierend, misstrauisch
- abweisend, kalt, Schwierigkeiten, Gefühle zu zeigen
- introvertiert oder anderen Menschen gegenüber ängstlich, sozial vermeidend
- selbstunsicher, unterwürfig, Probleme, die eigenen Bedürfnisse zu äußern und sich abzugrenzen
- ausnutzbar, nachgiebig, Angst, andere zu verletzen, leichtgläubig
- (über-) fürsorglich, freundlich, anderen zu sehr gefallen wollen, sich zu sehr von den Problemen anderer leiten lassen
- expressiv, aufdringlich, zu offen und gesprächig, keine Geheimnisse bewahren können

3.1.9 Ausmaß an körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen

Definition

Hier sind körperliche Funktionsbeeinträchtigungen mit Bezug auf die damit verbundenen Einschränkungen im Alltag zu beurteilen, welche sowohl durch neurologische / somatische Erkrankungen oder körperliche Behinderungen aber auch (mittelbar) psychisch verursacht werden können (z.B. psychisch bedingtes Vermeidungs- bzw. Schonverhalten bei Angsterkrankungen mit der Folge von körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen auf der Ebene der Motorik und Kraft). Bei der Beurteilung sollte kein Bezug auf die Verursachung der Funktionsstörungen genommen werden, sondern nur das Ausmaß an Beeinträchtigungen berücksichtigt werden.

Beurteilungskriterien

In diesem Rating soll der Ausprägungsgrad an körperlichen Funktionsstörungen u.a. in folgenden Bereichen exploriert werden.

- Allgemeinzustand, körperliche Belastbarkeit allgemein
- Ernährungszustand
- Bewegungsapparat
- Herz / Lunge
- Gastrointestinaltrakt
- Urogenitaltrakt
- Endokrinium
- Hals-Nasen-Ohren-Bereich
- Augen
- Neurologie (Motorik, Koordination, Sensorik, zerebrale Funktion)

3.1.10 Schwere psychischer und psychosomatischer Symptome insgesamt

Aus den neun bisher beschriebenen Funktionsbereichen soll schließlich eine Gesamtbeurteilung der psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionseinschränkungen des zu Begutachtenden vorgenommen werden. Wichtig ist es hierbei noch einmal alle beeinträchtigenden und/oder zu persönlichem

Leidensdruck führenden psychischen und psychosozialen Funktionsstörungen zu bedenken und zu interpretieren. Bei der Beurteilung können – mit Einschränkungen – Skalen wie die DSM-IV-GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) oder die WHO-DD-Skala (WHO Disability Diagnostic Scale) hilfreich sein.

Die Bewertung von 3.1.10 ergibt sich aus der Zusammenschau der psychischen und psychosomatischen Funktionen unter 3.1.1 – 3.1.9.

3.2 Krankheitsverarbeitung (Abschnitt B)

3.2.1 Leidensdruck

Definition

Hier wird das subjektive Leiden des zu Begutachtenden dokumentiert. Das Ausmaß des Leidensdrucks ergibt sich aus der Schwere der Symptomatik, Art und Folgen der Diagnose, angewendete Behandlungsprozeduren sowie individuellen und gesellschaftlichen Einstellungen zur Erkrankung (Stigmatisierung). Entscheidend ist in diesem Kontext, inwieweit ein Individuum über die Fähigkeit verfügt, gesundheitliche Beeinträchtigungen (Ängste, Frustrationen, Schmerzen) zu tolerieren. Darin unterscheiden sich Individuen gravierend. Der Leidensdruck wird dem Gutachter gegenüber verbalisiert und/oder ist aus dem Verhalten des zu Begutachtenden wahrnehmbar. Aus theoretischer Sicht stellt der Leidensdruck eine wichtige motivationale Ressource dar und ist bedeutsam für die Herausbildung von Therapiemotivation und Behandlungserwartungen. Zu beachten ist bei diesem Merkmal eine Neigung zur Aggravation im Kontext der Begutachtung.

Es ist zu beachten, dass jeder Mensch beim Arzt und insbesondere in einer Gutachtenssituation eine Tendenz zur Verdeutlichung hat. Dies ist kein Kriterium einer Falschaussage.

Beurteilungskriterien

In der Begutachtungssituation ist der momentane Leidensdruck des Betroffenen zu beurteilen (Beurteilungszeitraum: die letzten vier Wochen), der unabhängig davon, ob dieser mit dem „objektiven“ Leiden korrespondiert, subjektiv vom Betroffenen sehr hoch erlebt werden kann. Während der Begutachtung ist von Interesse, wie der Begutachtende seinen Leidensdruck berichtet und wie sich dieses in Mimik und Gestik und/oder auf der Verhaltensebene widerspiegelt. Wenn das Leidensgefühl bagatellisiert/dissimuliert bzw. dramatisiert/aggraviert erscheint, soll der Gutachter versuchen, diesen Eindruck durch tiefergehende Fragen oder weitergehende Beobachtungen zu verifizieren.

- **Kein/geringer Leidensdruck:** Der zu Begutachtende lässt kein Leidensgefühl erkennen. Weder erkennbare Anzeichen (z.B. emotionale Beteiligung) werden geäußert, noch ist eine kognitive Beschäftigung mit Belastungen und Problemen vorhanden.
- **Mittlerer Leidensdruck:** Der zu Begutachtende gibt an unter der Erkrankung und den damit verbundenen Beeinträchtigungen und Belastungen deutlich zu leiden oder in der Vergangenheit gelitten zu haben.
- **Hoher Leidensdruck:** Der zu Begutachtende zeigt deutlich per Mimik/Gestik, auf der Verhaltens- und Handlungsebene sowie verbal sein Leiden und ist mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln inhaltlichen und affektiven Ausdrucks bemüht, Hilfe bei anderen zu suchen.

Empfehlung II.11

In der Begutachtungssituation ist der momentane Leidensdruck des Betroffenen zu beurteilen (Beurteilungszeitraum: die letzten vier Wochen). Das Ausmaß des Leidensdrucks ergibt sich aus der Art der Erkrankung, der Schwere der Symptomatik und aus den angewandten Behandlungsprozeduren und deren Erfolgen sowie aus individuellen und gesellschaftlichen Einstellungen (Kontextfaktoren, Stigmatisierung) zur Erkrankung. Der Leidensdruck kann unabhängig davon, ob dieser mit dem „objektiven“ Leiden korrespondiert, subjektiv vom Betroffenen sehr hoch erlebt werden.

Zu beachten sind Schilderungen des zu Begutachtenden über sein mit den Beschwerden verbundenes „Leiden“ sowie die Darstellung von subjektiven Belastungen des zu Begutachtenden im Erleben und Verhalten während der Untersuchungssituation.

3.2.2 Krankheitskonzept

Somatisches Krankheitskonzept

Definition

Dieses Item erfasst, inwieweit der zu Begutachtende seine Beschwerden und Probleme durch körperliche Mängel, Gebrechen, krankhafte Körperprozesse bzw. -mechanismen verursacht bzw. beeinflusst sieht.

Das Krankheitsverständnis des zu Begutachtenden muss im Gespräch exploriert werden. Der Gutachter fragt gezielt nach den Vorstellungen des zu Begutachtenden über Auslösung, Entstehung und Entwicklung seiner Beschwerden und nimmt Bezug zu den beruflichen Anforderungen.

Offenheit für psychosoziales Krankheitskonzept

Definition

Hier wird erfasst, inwieweit der zu Begutachtende psychosoziale Hintergrund- und Rahmenbedingungen als relevant für seine aktuellen Probleme ansieht.

Der Gutachter macht sich ein Bild davon, in welchem Ausmaß der zu Begutachtende psychologische Faktoren wie eigenes Erleben, eigene Einstellungen und Verhaltensweisen oder zwischenmenschliche (interaktionelle) Erfahrungen als auslösend und verursachend für die Entstehung und Entwicklung seiner Beschwerden ansieht. Weiterhin kann der zu Begutachtende soziale Kontextbedingungen (Arbeitslosigkeit, drohender Arbeitsplatzverlust, Arbeitsamt, Hartz-IV, Arbeitsverdichtung) und Personen („mobbing“ Kollegen, degradierender Chef) in Zusammenhang mit weiteren Beschwerden ansehen.

Kontrollüberzeugungen

Definition

Dieses Item erfasst, inwieweit der zu Begutachtende meint,

- a) selbst Einfluss auf seinen Zustand nehmen zu können,
- b) Andere seinen für seine Genesung zuständig oder
- c) es sich bei seiner Krankheit um einen unbeeinflussbaren Schicksalsschlag handle.

Empfehlung II.12

Das Krankheitsverständnis des zu Begutachtenden soll im Gespräch exploriert werden. Gezielt zu erfragen sind die Vorstellungen des zu Begutachtenden über Auslösung, Entstehung und Entwicklung seiner Beschwerden sowie der Bezug zu den beruflichen Anforderungen. Von besonderer Bedeutung ist, inwieweit der zu Begutachtende psychosoziale Hintergrund- und Rahmenbedingungen (Kontextfaktoren) als relevant für seine aktuellen Probleme ansieht.

3.2.3 Subjektives Leistungskonzept

Definition

Untersucht wird das Konzept des zu Begutachtenden über seine eigene Leistungsfähigkeit bezogen auf das Hier und Jetzt. Dieses umfasst sowohl Aspekte der psychischen Belastbarkeit (emotional, kognitiv), verhaltensbezogene bzw. interaktionelle Leistungsaspekte, als auch die körperliche Leistungsfähigkeit.

Zur Erfassung des Leistungskonzeptes werden sowohl die leistungsbezogenen Ressourcen (Leistungsreserve) als auch die Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit auf der motivationalen Ebene exploriert (► Kap. 3.2.5). Die leistungsbezogenen Ressourcen umfassen das Erreichen beruflicher Ziele, das Erleben und Umsetzen eigener Ressourcen, die Bereitschaft zur beruflichen Veränderung und das Erleben kollegialer Unterstützung.

Empfehlung II.13

Das Konzept des zu Begutachtenden in Bezug auf seine eigene Leistungsfähigkeit soll erfasst werden. Hierzu gehören leistungsbezogene Ressourcen ebenso wie Beeinträchtigungen.

3.2.4 Ressourcen

Für die Prognose der Erkrankung wie möglicher Veränderungsprozesse sind unterschiedliche individuelle und soziale Ressourcen von Bedeutung. Ressourcen sind bestimmt durch protektive körperliche und/oder psychosoziale Personenmerkmale sowie soziale Bedingungen, die eine Kompensation der dysfunktionalen Bewältigungsmuster und unzureichender Behandlungserfolge ermöglichen. Als allgemeine Ressourcen gelten alle Angaben über individuelle Fähig- und Fertigkeiten und individuelle Stärken, die geeignet sind, bestehende Funktionsminderungen zu kompensieren. Diese umfassen z.B. körperliche Fähigkeiten, kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Faktoren sowie interaktionelle und kommunikative Kompetenzen.

Die Ressourcendefinition hat hier ihren Fokus auf den leistungsbezogenen Ressourcen. Unabhängig davon sind im Gesamtkontext der Begutachtung allgemeine Ressourcen in Form allgemeiner Fähig- und Fertigkeiten einer Person (schützende und fördernde Kompetenzen) zu berücksichtigen. Diese werden unter Kapitel 3.2.7 Veränderungsressourcen subsummiert und sind dort zu raten.

Leistungsbezogene Ressourcen

Unter therapeutischen und rehabilitativen Gesichtspunkten sind insbesondere die veränderungsrelevanten Ressourcen von Bedeutung, die sich auf die potenzielle Leistungsfähigkeit des zu Begutachtenden beziehen. Diese Ressourcen stellen somit eine potenzielle Leistungsreserve dar, die nach Training und Therapie erreichbar ist.

Im engeren Sinne berufsbezogene Ressourcen sind (siehe Schneider et al., 2009)

a) Erreichen beruflicher Ziele

- zielgerichtetes Verhalten und Handeln
- Ehrgeiz, Ausdauer
- interpersonell konkurrierend

b) Erleben eigener Ressourcen

- diese umfassen z.B. körperliche Fähigkeiten, kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Faktoren sowie interaktionelle und kommunikative Kompetenzen

c) Umsetzen eigener Ressourcen

- Ressourcen in anderen Lebensbereichen, die eine prognostische Aussage zur Partizipationsfähigkeit des zu Begutachtenden im Arbeitsprozess zulassen

d) Bereitschaft zur Veränderung

- neuer Beruf
- neues Tätigkeitsfeld im alten Beruf

e) Erleben kollegialer Unterstützung

- Sieht sich der zu Begutachtende durch bedeutsame Andere unterstützt und kann er verfügbare Unterstützung annehmen?

f) Arbeitsplatzbezogene Ressourcen

- Gibt es Möglichkeiten der Umschulung oder des Arbeitsplatzwechsels?
- Sind der Lohn, die Karrieremöglichkeiten und/oder die gesellschaftliche Anerkennung der Tätigkeit eine befriedigende Gratifikation für den Betroffenen?
- Sind die Arbeitszeiten flexibel?
- Gibt es innerbetrieblich Möglichkeiten zur Mitgestaltung, Verantwortungsübernahme?
- Sind die innerbetrieblichen Entscheidungen transparent?
- Wie sicher ist der Arbeitsplatz?

Empfehlung II.14

Im Gesamtkontext der Begutachtung sollen allgemeine Ressourcen in Form allgemeiner Fähig- und Fertigkeiten einer Person (schützende und fördernde Kompetenzen) ebenso wie leistungs- und berufsbezogene Ressourcen (Kontextfaktoren) erfasst werden. Hierzu gehören:

- a) Erreichen beruflicher Ziele
- b) Erleben eigener Ressourcen
- c) Umsetzen eigener Ressourcen
- d) Bereitschaft zur Veränderung
- e) Erleben kollegialer Unterstützung
- f) Arbeitsplatzbezogene Ressourcen

Ressourcen stellen eine potenzielle Leistungsreserve dar, die dem zu Begutachtenden entweder bewusst und verfügbar ist oder nach Training und Therapie erreichbar wird

Empfehlung II.15

Erfasst werden soll, in welchem Ausmaß der zu Begutachtende über gesundheits- als auch leistungsförderliche Fähigkeiten und Verhaltensweisen (Veränderungsressourcen) verfügt. Hierzu zählen persönliche Ressourcen ebenso wie die psychosoziale Unterstützung (Kontextfaktoren).

3.2.5 Leistungsmotivation

Definition

Vielfach wird die Leistungsfähigkeit eines zu Begutachtenden durch seine Leistungsmotivation beeinflusst. Dabei spielt die eigene Einschätzung des Leistungsvermögens oder das Konzept darüber eine wichtige Rolle. Allgemein umfasst die Leistungsmotivation die Tendenz oder das Bedürfnis einer Person „etwas zu leisten“, nach Erfolg zu streben und die eigenen Leistungen zu bewerten. Die Leistungsbereitschaft oder der Leistungswille einer Person wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, u.a. von der Erfolgs- oder Misserfolgswahrscheinlichkeit oder auch dem Anreiz für ein Leistungsverhalten.

Es ist zu berücksichtigen, dass Menschen verschiedene Motive gleichzeitig haben können. Diese sollten differenziert erhoben werden, da so Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit und die zumutbare Willensanstrengung gewonnen werden können (z.B. Die Kinder sind wichtig, die Arbeit nicht, so können mit den Kindern Dinge möglich erscheinen, die bei der Arbeit nicht möglich sind)

Beurteilungskriterien

Hier wird das Ausmaß an Leistungsmotivation erfasst, das sich in dem Vermögen oder Unvermögen bzw. dem Willen oder Unwillen des zu Begutachtenden ausdrückt, sich in die Arbeitswelt zu reintegrieren, Misserfolge tolerieren zu können sowie einer Aufgabe so viel Wert beizumessen, dass sie mit hinreichender Ausdauer (Beständigkeit) bis zum erfolgreichen Abschluss bearbeitet werden kann. Die Leistungsmotivation kann bezüglich ihres Ausmaßes (niedrig vs. hoch) und ihrer Beständigkeit beurteilt werden.

Die Leistungsmotivation des zu Begutachtenden beeinflusst oftmals entscheidend die subjektiv eingeschätzte Leistungsfähigkeit. Cave: Die aktuelle Leistungsmotivation ist grundsätzlich veränderbar! Sie kann z.B. durch pessimistische Denkweisen, wie sie bei depressiven Störungen häufig sind, aktuell eingeschränkt sein.

- **Keine/geringe Leistungsmotivation:** Der zu Begutachtende ist nicht/kaum motiviert, in den Arbeitsprozess zurückzukehren. Er hat ein deutlich negatives Leistungskonzept. Seine Leistungsmotivation, Frustrationstoleranz und Motivation zur Beständigkeit sind nur gering bis gar nicht vorhanden.
- **Mittlere Leistungsmotivation:** Es bestehen Zweifel auf Seiten des zu Begutachtenden, dass eine Reintegration in den Arbeitsprozess gelingen könnte. Die Frustrationstoleranz sowie die Beständigkeit an einer Aufgabe zu arbeiten, sind eingeschränkt bzw. werden nur durch Motivation von außen aufrecht gehalten.
- **Hohe Leistungsmotivation:** Der zu Begutachtende ist trotz seiner somatischen und psychischen Beeinträchtigungen motiviert, in den Arbeitsprozess zurückzukehren. Er ist sich möglicher Hindernisse und Erschwernisse im Arbeits- und Rehabilitationsprozess bewusst, verfügt aber über eine ausreichend hohe Frustrationstoleranz bzw. Misserfolgstoleranz sowie eine hohe Ausdauer (Beständigkeit), dass er damit umgehen kann.

Empfehlung II.16

Im Rahmen der Begutachtung soll die Ausprägung der Leistungsmotivation erfasst werden, die sich in dem Vermögen oder Unvermögen bzw. dem Willen oder Unwillen des zu Begutachtenden ausdrückt, sich in die Arbeitswelt zu reintegrieren, Misserfolge zu tolerieren sowie einer Aufgabe so viel Wert beizumessen, dass sie mit hinreichender Ausdauer (Beständigkeit) bis zum erfolgreichen Abschluss bearbeitet werden kann. Die Leistungsmotivation ist bezüglich ihres Ausmaßes (niedrig vs. hoch) und ihrer Beständigkeit zu beurteilen.

3.2.6 Veränderungsmotivation

Definition

Hier wird erfasst, inwieweit der zu Begutachtende eine Veränderungsbereitschaft signalisiert. Sieht er für seine Situation einen Handlungsbedarf? Wenn ja, in welcher Form soll die Veränderung stattfinden (Art der Behandlung)? Es werden innere und äußere Veränderungshemmnisse unterschieden.

Cave: Ein starker Berentungswunsch führt i.d.R. zu einer geringen bis fehlenden Veränderungsmotivation.

Bei der Beurteilung des Wunsches nach Veränderung der Beschwerden oder Probleme ist zwischen Eigen- und Fremdmotivation beim Betroffenen zu unterscheiden. In diesem Zusammenhang ist die gewünschte Art der Behandlung zu explorieren (körperliche, psychotherapeutische Behandlung oder Unterstützung im sozialen Bereich). Die Veränderungsmotivation weist häufig, aber nicht zwangsläufig eine Beziehung zum Ausmaß an Behandlungsmotivation und -bereitschaft auf.

Innere Veränderungshemmnisse

Definition

Dieses Item umfasst die „inneren Hemmnisse“ des zu Begutachtenden, die sich aus seinen spezifischen psychischen Entwicklungslinien ergeben. Dazu gehören z.B. fehlende Motivation, eine geringe emotionale und/oder kognitive Belastbarkeit, geringe Ressourcen sowie ein enges Verhaltensrepertoire. Weiterhin sind eine geringe emotionale oder fehlende Introspektionsfähigkeit, ein hohes regressives Potenzial durch den Berentungswunsch, persönlichkeitsstrukturelle Eigenschaften (wie z.B. mangelnde Frustrationstoleranz) als innere Veränderungshemmnisse anzusehen.

Zur Feststellung innerpsychischer Veränderungshemmnisse sind die kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Ressourcen oder Hemmnisse des zu Begutachtenden zu prüfen. Daneben sind etwaige intrapsychische konflikthafte Motive und regressiven Haltungen von Interesse, die eine Veränderungsbereitschaft beim zu Begutachtenden hemmen.

Äußere Veränderungshemmnisse

Definition

Zu den äußeren Veränderungshemmnissen zählen alle Faktoren, die sich letztlich gegen eine Veränderung des zu Begutachtenden ausrichten. Zum Beispiel könnten Vorteile durch finanzielle Entlastung oder Berentung mit entsprechenden Verarbeitungsprozessen (z.B. Insuffizienzgefühlen und regressiv-abhängigen Motiven und daraus resultierenden Ängsten z.B. vor materieller Not) von Bedeutung sein.

Als äußere Veränderungshemmnisse sind mit Bezug auf den bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlauf z.B. Probleme am Arbeitsplatz/ ein drohender Verlust des Arbeitsplatzes/ ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn/ Berentungswunsch/ fehlende oder keine Unterstützung aus dem sozialen Umfeld/ Angst vor sozialen Konsequenzen sowie mangelnde Verfügbarkeit/Erreichbarkeit indizierter Maßnahmen und/oder materielle/finanzielle Aspekte anzusehen.

- **Keine/geringe Veränderungsmotivation:** Der zu Begutachtende zeigt aufgrund ausgeprägter innerer und/oder äußerer Hemmnisse eine geringe bis gar keine Veränderungsmotivation. Der zu Begutachtende bricht in Tränen aus beim geringsten Anlass, kann kaum in sich hinein spüren und hat intensive Wünsche nach Versorgung von außen bzw. einen deutlichen Berentungswunsch.

- **Mittlere Veränderungsmotivation:** Der zu Begutachtende beschreibt, dass er gerne etwas ändern wollen würde, aber nicht weiß, wie oder wohin er sich wenden könnte. Er fürchtet, dass z.B. eine Psychotherapie emotional sehr belastend sein könnte oder dass Freunde und Nachbarn ihn für verrückt halten könnten, wenn er eine Psychotherapie aufnehmen würde.
- **Hohe Veränderungsmotivation:** Der zu Begutachtende hat sich bereits über Maßnahmen informiert oder hat vor, dies zu tun, um seine Beschwerden und Beeinträchtigungen zu bewältigen. Er berichtet, dass seine Familie, Freunde etc. ihn dabei ermutigen und unterstützen.

Empfehlung II.17

Es soll eingeschätzt werden, inwieweit der zu Begutachtende den Wunsch nach Veränderung seiner Beschwerden oder Probleme hat. Hierbei ist zwischen Eigen- und Fremdmotivation beim Betroffenen zu unterscheiden. Die gewünschte Art der Behandlung ist zu explorieren. Erfasst werden sollen innere und äußere Veränderungshemmnisse.

3.2.7 Veränderungsressourcen

Persönliche Ressourcen

Definition

Hier wird erfasst, in welchem Ausmaß der zu Begutachtende über gesundheits- als auch leistungsförderliche Fähigkeiten und Verhaltensweisen verfügt. Eine Person mit hohen persönlichen Ressourcen kann sich aktiv mit ihrer Krankheit und auch ihrer eigenen Leistungsfähigkeit kritisch auseinandersetzen und ihren vorhandenen Lebensstil beibehalten oder diesen sogar gesundheitsförderlicher bzw. leistungsförderlicher gestalten.

Beurteilungskriterien

In der Begutachtungssituation soll auf die anpassungsfördernden, konstruktiven Bewältigungsaktivitäten, wie sie sich im beruflichen und privaten Alltag des zu Begutachtenden darstellen, geachtet werden.

Psychosoziale Unterstützung

Definition

Das Konzept der sozialen Unterstützung ist facettenreich und betrifft hier allgemein die Möglichkeit des zu Begutachtenden, aus dem sozialen Netz in unterschiedlichster Weise (z.B. emotional, informational, instrumentell) Unterstützung und Hilfe zu erhalten. Die Bereiche psychosozialer Unterstützung beziehen sich dabei auf die familiäre, partnerschaftliche und sonstige soziale Unterstützung im privaten und gesellschaftlichen Bereich und werden in der Begutachtungssituation exploriert. Hierbei ist darauf zu achten, dass vielfach der ausdrückliche Rentenwunsch des zu Begutachtenden von seinem familiären Umfeld gestützt wird.

Beurteilungskriterien

Hier wird eingeschätzt, ob der zu Begutachtende sein soziales Umfeld im Sinne einer Ressource bei der Bewältigung seiner Probleme und Beschwerden für sich wahrnehmen und mobilisieren kann, z.B.: Ist der zu Begutachtende in soziale Beziehungen eingebunden (Partnerschaft, Ehe, Familie)? Fühlt er sich einer Gruppe zugehörig, in der er Zuneigung, Anerkennung, Hilfe, Sicherheit erfährt (z.B. Vereine, Glaubensgemeinschaften)?

- **Keine/wenig Veränderungsressourcen:** Der zu Begutachtende hat keinerlei Unterstützung aus dem sozialen Umfeld bzw. kann diese für sich auch nicht akquirieren. Er vermeidet es, sich mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen und sieht diese als Schicksal an. Seinen gewohnten Lebensstil hat der Betroffene weitestgehend aufgegeben.
- **Mittlere Veränderungsressourcen:** Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten, sein Umfeld um Hilfe und Unterstützung zu bitten bzw. kann angebotene Hilfe nur bedingt für sich annehmen
- **Hohe Veränderungsressourcen:** Der zu Begutachtende hat trotz der Beschwerden seinen Lebensstil weitestgehend beibehalten. Zum Beispiel versucht er trotz großer Ängste, sich immer wieder der Angst machenden Situation zu stellen. Er habe mit seinem Chef über seine Erkrankung gesprochen und kann die Arbeitszeiten flexibel gestalten oder von zu Hause ausarbeiten.

Empfehlung II.18

Erfasst werden soll, in welchem Ausmaß der zu Begutachtende über sowohl gesundheits-, als auch leistungsförderliche Fähigkeiten und Verhaltensweisen (Veränderungsressourcen) verfügt. Hierzu zählen persönliche Ressourcen ebenso wie die psychosoziale Unterstützung (Kontextfaktoren).

3.3 Aktivitäten und Fähigkeiten (Abschnitt C)

Unter Aktivitäten wird alles gefasst, was ein Individuum tut oder tun könnte, sowohl auf der Ebene der körperlichen Aktivität als auch auf der psychosozialen Ebene (z.B. in der Interaktion mit anderen). Die Einschränkungen auf den Ebenen der Aktivität sind neben dem Ausmaß an psychischen Funktionsstörungen zentral für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Aktivitäten umfassen körperliche und psychosoziale Variablen sowie Umweltfaktoren. Die Einschränkungen der Aktivitäten resultieren aus den Einschränkungen der psychischen und somatischen Funktionen (► 3.1 Abschnitt A) und werden maßgeblich durch Faktoren der Krankheitsverarbeitung (► 3.2 Abschnitt C) beeinflusst. Damit wird der eingeeengte Blick auf die Pathologie als monokausalem Hintergrund für die Einschränkungen auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene aufgegeben.

Eine Beurteilung der Aktivitäten ist nur kontextadjustiert möglich. Eine Sekretärin, die noch einen Ordner, aber keine Kiste mehr heben kann ist arbeitsfähig, eine Supermarktverkäuferin ist arbeitsunfähig. Von daher muss bei der Beurteilung beruflicher Fähigkeiten auf die konkrete berufliche Tätigkeit Bezug genommen werden.

Definition

Eine Aktivität beschreibt allgemein eine Tätigkeit, eine Handlung (z.B. die Durchführung einer Aufgabe) bzw. die Fähigkeit einer Person, wirksam auf ihre Umwelt einzuwirken und sie zu verändern. Im Rahmen der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit muss geprüft werden, inwieweit der zu Begutachtende aufgrund seiner ihm möglichen Aktivitäten noch seinen beruflichen Anforderungen entsprechen kann.

Bei der Beurteilung der Aktivität werden sowohl Hemmnisse als auch Ressourcen des zu Begutachtenden berücksichtigt. Mögliche Einschränkungen der Aktivität können resultieren aus Störungen der kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Funktionen (► 3.1 Abschnitt A), der Krankheitsverarbeitung (► 3.2 Abschnitt B) sowie auf der somatischen Ebene durch sensorische Störungen, Störungen der Mobilität, Vitalität, Schmerz und damit zusammenhängenden Funktionsstörungen. Die Aktivitäten müssen möglichst konkret beschrieben werden. Bei der Bewertung der Aktivitäten sollte auch berücksichtigt werden, welche Aktivitäten einem Individuum aufgrund seiner vorhandenen psychischen Funktionen möglich sein sollten, auch wenn er diese aktuell (z.B. aufgrund regressiver Tendenzen) nicht umsetzt. Zentral ist die Frage, inwieweit eine Aktivität zukünftig möglich sein wird oder nicht (Prognose).

Beurteilt werden die unterschiedlichen Aktivitäten bzw. Störungen der Aktivität des alltäglichen und berufsbezogenen Lebens. Das Ausmaß an Aktivitäten kann neben dem hier vorgelegten Aktivitätenrating zusätzlich mit Aktivitätsprotokollen erfasst werden. Es geht um die Beantwortung der Fragen: Was kann der zu Begutachtende? Was tut er? Beurteilt wird der aktuelle Status des zu Begutachtenden.

Von besonderem Interesse bei der Beurteilung der Aktivität im Rahmen der Begutachtung in der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung sind solche Aktivitäten, die eine besondere Nähe zu den beruflichen Arbeitsanforderungen aufweisen.

Empfehlung II.19

Im Rahmen der Begutachtung soll die Aktivität auf Basis der vorangegangenen Bewertungen der psychischen und psychosomatischen Funktionen (Teil A), der Krankheitsverarbeitung (Teil C) und der vorhandenen körperlichen Einschränkungen beurteilt werden. Ergänzend sollen die konkret vom zu Begutachtenden im Alltag umgesetzten Aktivitäten systematisch abgefragt werden (z. B. mit Hilfe von Aktivitäts- oder Checklisten). Zentral ist dabei auch die Einschätzung des Ausmaßes an Aktivitäten mit Relevanz für etwaige berufliche Arbeitsanforderungen.

Folgende 14 Bereiche sind hierbei zu beachten:

- (1) Körperliche Aktivität
- (2) Anpassung an Regeln und Routinen
- (3) Strukturierung von Aufgaben
- (4) Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- (5) Anwendung fachlicher Kompetenzen
- (6) Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
- (7) Proaktivität und Spontan-Aktivitäten.
- (8) Durchhaltefähigkeit
- (9) Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit
- (10) Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit
- (11) Gruppenfähigkeit
- (12) Dyadische Beziehungen
- (13) Selbstversorgung
- (14) Mobilität/Wegefähigkeit

Die im Folgenden aufgeführten Aktivitäten sind von Bedeutung für die Begutachtung der allgemeinen beruflichen Leistungsfähigkeit (z.B. Minderung der Erwerbsfähigkeit, auch ergänzend zum Grad der Behinderung). Für die Begutachtung berufsspezifischer Fragestellungen gilt das jeweilige berufliche Anforderungsprofil (BU, Dienstfähigkeit). Bei Letzteren sind die beruflichen Kompetenzen enger spezifiziert, sodass sich die Beurteilung der Aktivitäten daran orientieren muss.

Für die verschiedenen Dimensionen und deren Ratingstufen werden ausführliche Ankerdefinitionen gegeben, die aus der Mini-ICF-APP (Linden et al., 2003) abgeleitet wurden. Die Beurteilung der Einschränkungen orientiert sich am jeweiligen Referenzkontext. Die Beurteilung erfolgt partizipationsorientiert:

0 = keine Beeinträchtigung,

1 = leichte Beeinträchtigung, subjektives Leiden,

2 = mittelgradige Beeinträchtigung, Negativreaktionen von außen,

3 = schwere Beeinträchtigung, es besteht Unterstützungsbedarf und

4 = vollständige Beeinträchtigung, Notwendigkeit der Entpflichtung.

3.3.1 Körperliche Aktivität

Beurteilt wird die Fähigkeit, des zu Begutachtenden, körperliche Aktivität aufzubringen und umzusetzen, um z.B. Gegenstände zu heben, zu tragen oder zu verschieben. Es geht demnach um die Verfügbarkeit und Aktivierbarkeit physischer Kräfte (Motorik, Koordination, Steuerung, Motilität, Sinnesfunktionen).

So kann zum Beispiel beurteilt werden, inwieweit der zu Begutachtende in der Lage ist, leichte, mittel-schwere oder schwere Tätigkeiten zu verrichten. Die konkreten Anforderungen im Bereich körperlicher Aktivität müssen im Rahmen der Berufsunfähigkeitsbegutachtung dem berufsspezifischen Anforderungsprofil der jeweiligen Versicherung des zu Begutachtenden entnommen werden.

- **Keine Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat keine Schwierigkeiten die berufsspezifischen Anforderungen an seine körperliche Aktivität aufzubringen und auszuführen.
- **Mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten, die für seine berufsspezifischen Anforderungen früher erbrachte körperliche Aktivität aufzubringen. Er ist jedoch in der Lage, unter bestimmten Rahmenbedingungen wie z.B. häufigeren Erholungspausen, körperliche Aktivität aufzubringen.
- **Vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende ist aufgrund körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigungen/Handicaps unfähig, körperliche Aktivität aufzubringen. Seine bisherigen Aufgaben, die körperliche Aktivität erfordern, müssen von Dritten übernommen werden.

3.3.2 Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, sich an Regeln zu halten, Anweisungen zu folgen, Termine einzuhalten und sich in Organisationsabläufe einzufügen.

Beispiele: pünktliches Erscheinen auf der Arbeit, Einhalten von Verabredungen, die Erfüllung von täglichen Routineabläufen.

- **Keine Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende erscheint pünktlich zur Arbeit bzw. zu anderen Terminen und hält Verabredungen ein, setzt Anweisungen um. Er hat keine Schwierigkeiten, sich in Organisationsabläufe einzufügen oder täglichen Routinen zu entsprechen.
- **Mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat größere Schwierigkeiten, sich der täglichen Routine anzupassen und/oder sich in Organisationsabläufe einzufügen. Er erfährt deswegen negative Reaktionen durch Dritte.
- **Vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage, sich an Termine oder Absprachen zu halten. Er vergisst diese und/oder ist ständig unpünktlich, erscheint nicht zur Arbeit oder einem geplanten Termin. Andere müssen ihn erinnern, herbeiholen oder beaufsichtigen. Von diesen ist er abhängig bzgl. der Einhaltung von Terminen und Absprachen (z.B. Arztbesuche oder Medikamenteneinnahmen) und der Erfüllung von Routineaufgaben.

3.3.3 Strukturierung von Aufgaben

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, d.h. angemessene Zeit für Arbeiten aufzuwenden und die Reihenfolge der Arbeiten sinnvoll zu strukturieren.

- **keine Beeinträchtigung:** Der Tagesablauf ist gut und selbständig strukturiert. Anstehende Aufgaben werden zweckmäßig und in logischer Folge erledigt.

- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat größere Schwierigkeiten, den Tagablauf angemessen zeitlich und/oder inhaltlich zu strukturieren. Er ist entweder inaktiv (Aktivitätsdefizit) oder mit zu vielen verschiedenen Aufgaben beschäftigt (Aktivitätenexzess), so dass deren Erfüllung und/oder Qualität leidet. Es werden einige Tätigkeiten nicht zu Ende geführt oder er muss häufig mehr Zeit aufwenden als vorgesehen bzw. verfügbar. Er erfährt deswegen negative Reaktionen durch Dritte.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat keine Tages- und Arbeitsstruktur mehr bzw. sie kann nicht aufrechterhalten werden. Der Tag wird mit „Nichtstun“ oder planloser und zielloser Geschäftigkeit verbracht. Übernommene oder geforderte Aufgaben können nicht geordnet und somit gar nicht erledigt werden. Es wird eine enge Aufsicht und Anleitung durch Dritte benötigt.

3.3.4 Flexibilität und Umstellungsfähigkeit

Hier wird die Fähigkeit beurteilt, sich im Verhalten, Denken und Erleben wechselnden Situationen anzupassen, d.h. inwieweit er 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.

- **keine Beeinträchtigung:** Das Verhaltensrepertoire des zu Begutachtenden ist angemessen differenziert und umfassend. Er kann umdenken, sich in neue Situationen einfühlen und an neue Situationen anpassen.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten, sich neuen Situationen erwartungsgemäß anzupassen. Er ist wenig flexibel, d.h. seine Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen der Umwelt angemessen zu verhalten, ist deutlich eingeschränkt. Wenn es z.B. zum Wechsel von Arbeitsaufgaben, Mitarbeitern oder Räumen kommt, zeigt der zu Begutachtende deutliche negative emotionale Reaktionen und/oder eine reduzierte Leistung. Seine mangelnde Anpassungsfähigkeit führt bei anderen zu negativen Reaktionen.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Neue oder wechselnde Situationen überfordern den zu Begutachtenden außerordentlich. Sein Verhalten, Denken und Fühlen zeichnet sich durch große Rigidität aus. Wird von ihm etwas „außer der Reihe“ verlangt, dekompenziert er.

3.3.5 Anwendung fachlicher Kompetenzen

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden zur Anwendung seiner fachlichen Kompetenzen, die körperlich (Kraft, Beweglichkeit) und/oder mental (Produktivität/ Kreativität) sein können.

- **keine Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende kann die seines beruflichen Anforderungsprofils entsprechenden fachlichen Kompetenzen und Fertigkeiten realisieren und erbringt eine den Erwartungen entsprechende Leistung.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende schafft es störungsbedingt nicht, eine seiner beruflichen Anforderungen entsprechende fachliche Kompetenz zu realisieren. Er wird den an ihn gestellten Erwartungen nicht gerecht. Seine Mitarbeiter und Kollegen bekommen dies mit und reagieren entsprechend.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der Proband ist nicht fähig, die für seine Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen zur Anwendung zu bringen. Seine Arbeitsleistung ist für den Arbeitgeber weitgehend wertlos.

3.3.6 Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, kontextbezogen und angemessen Entscheidungen zu fällen oder Urteile abzugeben.

Hierbei ist einzuschätzen, zu welchem Grad der zu Begutachtende Sachverhalte differenziert und kontextbezogen auffasst, inwieweit er in der Lage ist, daraus die angemessenen Schlussfolgerungen und Konsequenzen zu ziehen und dies in erforderliche Entscheidungen umzusetzen.

- **keine Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende ist in der Lage, Zusammenhänge zu erfassen, sachbezogene Schlüsse daraus zu ziehen und in erforderliche Entscheidungen umzusetzen.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende tut sich schwer mit Schlussfolgerungen und Entscheidungen. Statt die gegebenen Fakten zur Kenntnis zu nehmen, lässt er sich verwirren oder durch innere Zustände ablenken. Konsequenzen werden zufällig gezogen, beruhen auf Augenblickseinfällen oder werden durch intrapsychische Faktoren bestimmt, die nichts mit dem gegebenen Sachverhalt zu tun haben. Er erfährt deswegen negative Reaktionen durch Dritte.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage, einsichtige Schlussfolgerungen und Entscheidungen zu treffen. Gegebene Fakten haben keinen Einfluss auf das, was geschieht. Entscheidungen werden durch intrapsychische Faktoren bestimmt (z.B. Angst, Rache, Halluzinationen). Dritte fühlen sich den Handlungen des Probanden ausgeliefert und müssen gegebenenfalls gegensteuern.

3.3.7 Proaktivität und Spontan-Aktivitäten

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, Spontanverhalten zu initiieren, selbständig tätig zu werden, ohne Anweisung oder Antrieb durch Dritte zu handeln,

- **keine Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende sieht, wenn Dinge anstehen, die getan werden müssen. Er ergreift selbst Initiativen, macht Vorschläge und fühlt sich verantwortlich für das, was um ihn herum vorgeht.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende kümmert sich nur um seine unmittelbaren Aufgaben. Er zeigt keine Eigeninitiative. Er muss von anderen Anweisungen bekommen, bevor er aktiv wird. Er erfährt deswegen negative Reaktionen durch Dritte.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende erbringt keine Aktivität, wenn er nicht ausdrücklich von Dritten eine konkrete Aufforderung bekommt.

3.3.8 Durchhaltefähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, hinreichend ausdauernd und während der üblicherweise erwarteten Zeit an einer Tätigkeit zu bleiben und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechterhalten zu können. Die Beurteilung der Durchhaltefähigkeit kann sich sowohl auf die körperliche und/oder auf die mentale Durchhaltefähigkeit des zu Begutachtenden beziehen.

Kriterium ist, in welchem Ausmaß der zu Begutachtende in seinem Beruf in der Lage ist, hinreichend ausdauernd und/oder dauerkonzentriert dabei zu bleiben. Es ist also die Frage zu beantworten, ob der zu Begutachtende über die erforderliche Zeit hinweg an seiner Aufgabe bleiben kann und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechterhalten kann.

- **keine Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende verfügt über ein ausgeprägtes körperliches und/oder mentales Durchhaltevermögen. Er kann an seiner Aufgabe über die erforderliche Zeit hin aktiv bleiben. Die Qualität seiner Arbeit bleibt über die gesamte Arbeitszeit hinweg auf einem konstant hohen Niveau.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende kann keine volle Leistungsfähigkeit über die ganze Arbeitszeit hinweg zum Einsatz bringen. Sein Durchhaltevermögen ist körperlich und/oder mental deutlich beeinträchtigt bzw. vermindert. Durch Nichterfüllung von Aufgaben ergeben sich Zusatzbelastungen für den Arbeitgeber oder Partner.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende erbringt (trotz gegebener Kompetenz) nicht annähernd die erwartete Leistungsmenge in der verfügbaren Zeit. Er verfügt über keinerlei Durchhaltevermögen. Eine Entpflichtung ist unumgänglich.

3.3.9 Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, in sozialen Kontakten oder auch Konfliktsituationen ohne beeinträchtigende Befangenheit bestehen zu können und für seine Überzeugungen einzustehen, ohne dabei sozial verletzend oder feindselig-aggressiv zu sein.

Kriterium ist, inwieweit der zu Begutachtende im Kontakt mit anderen Personen seine Meinung sagt, sich in Entscheidungen einbringt, seine eigene Position deutlich, nachvollziehbar und verständlich macht, seine Position erforderlichenfalls wahrt, aber sie auch mit anderen abstimmen und Kompromisse suchen kann, wobei er gleichzeitig bei der Wahrung der eigenen Position nicht sozial verletzend oder feindselig-aggressiv wird.

- **keine Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende kann sich in sozialen, einschließlich beruflichen Situationen gut behaupten. Er ist in angemessener Weise selbstsicher, verfügt über Selbstvertrauen und kann sich dementsprechend gegenüber anderen durchsetzen. Dabei verletzt er keine Regeln der Rücksichtnahme gegenüber Dritten.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten, sich in sozialen, einschließlich beruflichen Situationen durchzusetzen und zu behaupten. Er lässt sich schnell einschüchtern, ist unsicher und kann nur wenig überzeugend für seine Interessen eintreten, oder er geht unangemessen und rücksichtslos vor. Seine Mitmenschen nehmen ihn nicht ernst oder ziehen sich von ihm zurück.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende verfügt über sehr geringe/keine soziale Kompetenz. In sozialen Situationen wird er entweder nicht wahrgenommen oder aufgrund inadäquater und überschießender Reaktionen zurückgewiesen. Dritte müssen seine Interessen vertreten.

3.3.10 Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, formelle und informelle soziale Kontakte mit anderen Menschen aufzunehmen und mit diesen zu interagieren, wozu auch Rücksichtnahme, Wertschätzung des Gegenübers und die Fähigkeit zum „Small-Talk“ gehören. Dies bezieht sich gleichermaßen auf private und berufliche Kontakte und Begegnungen mit Bekannten, Kollegen, Nachbarn etc.

Beurteilt wird, ob der Proband die Fähigkeit zum Sozialpartner hat und mit anderen Menschen kommunizieren kann, auch ohne dabei bestimmte Ziele oder Interessen zu verfolgen. Dies schließt die Fähigkeit ein, sich Bekannten oder Fremden zuzuwenden, zuzuhören, von sich selbst zu berichten, auf Äußerungen Anderer einzugehen oder selbst Fakten zu einem Gespräch beizutragen. Kommunikationseinschränkend

können neurologisch bedingte Sprachstörungen sowie Kommunikationsprobleme aufgrund von psychotischen Störungen sein.

- **keine Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende nimmt regelmäßig Kontakt zu verschiedenen Kollegen, Freunden oder Bekannten auf. Die Beziehungen sind durch gegenseitige Akzeptanz gekennzeichnet. Es findet ein gegenseitiger Austausch und für beide Seiten zufriedenstellender Dialog statt.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten, sich mit Kollegen, Freunden oder Bekannten zu unterhalten. Entweder er zieht sich zurück, redet nicht und wirkt abweisend oder er bringt sich zu dominant ein und ermöglicht keine Interaktion. Entsprechend gibt es auch kaum Freunde oder Bekannte bzw. Schwierigkeiten beim Aufbau neuer Beziehungen.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage, sich mit Kollegen, Freunden oder Bekannten zu unterhalten. Er hat keine Fähigkeiten zur Kommunikation mit Bekannten oder Kollegen. Entsprechend ist er isoliert und hat keinen Kontakt zu anderen Menschen. Eine Kommunikation geht ausschließlich vom Gegenüber aus.

3.3.11 Gruppenfähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, sich in Gruppen einzufügen und die expliziten oder informellen Regeln der Gruppe zu durchschauen und sich darauf einzustellen. Er kann sich öffentlich repräsentieren, sei es im Arbeitsteam oder andernorts.

Beurteilt wird, wie sich der zu Begutachtende in Gruppensituationen verhält. Dazu gehören Kleingruppen, wie das Arbeitsteam oder Großgruppen wie die Firma oder eine politische Gruppierung. Zu beurteilen ist, ob der zu Begutachtende in die für ihn relevanten Gruppen gut integriert ist ob er sich eher von Gruppen fernhält oder ausgeschlossen wird. Kann er sich an die Gruppenregeln halten oder fällt er ständig auf, weil er sich „quer“ verhält. Kann er sich in der Gruppe öffentlich präsentieren, sei es im Arbeitsteam, der Firma, im Verein, in der Kirche, in politischen Gruppen oder andernorts. Beurteilt wird, inwieweit er sich in das soziale Leben integrieren kann.

- **keine Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende ist gut informiert über die Gruppenstrukturen, in denen er sich bewegt oder über betriebsinterne Abläufe, er fügt sich in das Team oder berufliche und gesellschaftliche Organisationen oder Gruppen ein.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende ist nur begrenzt informiert über bestehende Gruppenstrukturen. Er beteiligt sich nur sehr eingeschränkt an firmeninternen oder gesellschaftlichen Aktivitäten. Er bekommt nicht mit, was in formellen oder informellen Gruppen geschieht, wird vom Informationsfluss in Gruppen ausgeschlossen oder schließt sich selbst davon aus. Er zieht sich häufig von der Teilnahme an Gruppen oder Organisationen zurück und gerät in Konflikte mit anderen Mitgliedern, Nachbarn etc., weil er z.B. kein Gespür für Gruppenabläufe hat und dadurch die Interessen Anderer verletzt.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage, die sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen er sich bewegt, zu erkennen und sich einzubringen. In Gruppen wird er entweder übergangen, weil er die Abläufe stört oder behindert, oder er vermeidet Gruppen konsequent aufgrund der vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen. Wenn er in Gruppen aktiv sein muss, müssen Andere einspringen oder ihn führen.

3.3.12 Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen

Beurteilt wird die Fähigkeit, enge persönliche Beziehungen zu einem anderen Menschen aufnehmen und aufrecht zu erhalten. Dies schließt die Fähigkeit ein, einer vertrauten Person enge emotionale Zuwendung zu geben und zu empfangen und mit der anderen Person Rollenerwartungen – im privaten wie beruflichen Umfeld – befriedigend abzustimmen.

- **keine Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende kann enge emotionale und persönliche Beziehungen zu anderen Menschen herstellen und aufrechterhalten. Es finden gemeinsame Aktivitäten und Kontakte statt. Er gibt und erhält Unterstützung in täglichen oder wichtigen Lebensangelegenheiten.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Es bestehen deutliche Probleme in den Beziehungen zu vertrauten Menschen. Es gibt wenig emotionale Zuwendung sowie Interessen füreinander, das Beziehungsverhalten ist häufiger durch egoistisches oder auch rücksichtsloses Verhalten bestimmt. Der zu Begutachtende hat nur oberflächliche Kontakte, engere Kontakte werden häufig gemieden.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat keine engeren persönlichen Beziehungen. Er vermeidet konsequent engere Kontakte zu anderen Menschen oder wird von anderen zurückgewiesen. Es gibt niemanden, an den er sich vertrauensvoll wenden könnte, um emotionale oder sachliche Unterstützung zu bekommen.

3.3.13 Selbstversorgung

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden zur Selbstfürsorge und -pflege, also die Fähigkeit, sich zu waschen, zu pflegen, sich sauber und der Situation, dem Anlass oder der Jahreszeit entsprechend anzukleiden, Mahlzeiten zuzubereiten und einzunehmen, Gesundheitsbedürfnisse des Körpers wahrzunehmen und darauf angemessen zu reagieren.

- **keine Beeinträchtigung:** Die Selbstversorgung und -pflege und das äußere Erscheinungsbild des zu Begutachtenden entsprechen den Erwartungen der Referenzgruppe. Die Kleidung und Sauberkeit ist situationsangemessen. Er achtet auf die Ernährung, kennt seine psychischen und körperlichen Bedürfnisse, hält ein adäquates Niveau körperlicher Aktivität und merkt, wenn er sich zu viel zumutet.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat Probleme, sich um seine Pflege zu kümmern. Er macht z.B. einen unsauberen und ungepflegten Eindruck oder er kleidet sich nicht situationsangemessen. Er ernährt sich ungesund. Er erfährt deswegen negative Reaktionen durch Dritte.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende ist bzgl. der persönlichen Hygiene, dem äußeren Erscheinungsbild, der Kleidung oder sonstiger Merkmale der Selbstversorgung extrem vernachlässigt. Die Beeinträchtigungen im Alltag oder im Arbeitskontext sind so erheblich, dass die Person auf fremde Hilfe angewiesen ist.

3.3.14 Mobilität/Wegefähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, räumliche Distanzen zu Fuß zu bewältigen oder dazu geeignete Transportmittel wie Auto, Bus oder Flugzeug zu benutzen. Mobilität umfasst auch die Fähigkeit eines Individuums, sich selbständig in einer vertrauten oder auch neuen / unbekannten Umwelt zu bewegen. Sie kann z.B. durch Orientierungsstörungen oder durch Ängste eingeschränkt sein. Im Extremfall kann Mobilität vollständig aufgehoben sein, z.B. bei einem Angstpatienten, der seine Wohnung nicht mehr verlassen kann.

Beurteilt wird, ob der Proband ohne Probleme jeden verkehrsüblichen Platz aufsuchen und jedes verkehrsübliche Fortbewegungsmittel benutzen kann, sich an der Arbeitsstätte frei überall hin bewegen kann, bzw. sich unbefangen in vertrauten und unbekannten Umgebungen bewegen kann.

- **keine Beeinträchtigung:** Die Fähigkeit, Wege zu gehen, sich fortzubewegen, alle Orte und Räume aufzusuchen, sowie bei Bedarf verkehrsübliche Transportmittel einschließlich U-Bahnen und Flugzeuge zu benutzen, entspricht den Erwartungen der Referenzgruppe.
- **mittelgradige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten, sich frei im Gebäude umher zu bewegen. Die Benutzung bestimmter Transportmittel, Aufzüge o.ä. wird, wenn möglich, vermieden. Dies führt zu Arbeitsbehinderungen.
- **vollständige Beeinträchtigung:** Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage sich frei zu bewegen. Er ist auch nicht in der Lage, Transportmittel zu benutzen, um Mobilitätseinschränkungen zu kompensieren oder um größere Strecken zurückzulegen.

Empfehlung II.20

Die Aktivitäten stellen die Basis für die Beurteilung der Partizipation im Sinne der beruflichen (Rest-) Funktionsfähigkeit dar. Bei der Beurteilung der fachlichen Kompetenzen soll in Abhängigkeit von den beruflichen Anforderungen unterschieden werden zwischen primär körperlichen und psychischen (kognitiven und emotionalen) Kompetenzen.

3.4 Beurteilung intentionaler Verzerrungen (Abschnitt D)

Unter intentionalen Verzerrungen (auch: tendenziösen Haltungen) versteht man im Begutachtungskontext die verzerrte Darstellung von Beschwerden und ihrer Auswirkungen auf die Funktions- und Leistungsfähigkeit.

Bei der Beurteilung sollte einerseits zwischen dem Grad der Zielgerichtetheit der dargestellten Beeinträchtigung und andererseits dem tatsächlichen Vorhandensein der geschilderten Störung unterschieden werden. Entsprechend muss bei Inkonsistenzen oder eingeschränkter Plausibilität der Beschwerdedarstellung überprüft werden, ob diese Widersprüche eher durch ein bewusstseinsnahes, intentional-zielgerichtetes Verhalten oder eher durch ein krankheitsbedingtes, der willentlichen Steuerung zumindest teilweise entzogenes Verhalten schlüssig und überzeugend erklärt werden können.

Verzerrtes Reaktions- bzw. Antwortverhalten kann in unterschiedliche Intensitätsgrade eingeteilt werden. Im fachlichen Diskurs wird zwischen Simulation, Aggravation und Dissimulation sowie der minder schweren Verdeutlichung differenziert.

Intentional (d.h. willentlich) verzerrtes Krankheitsverhalten (Simulation, Aggravation, Dissimulation) kann zum Ausdruck kommen in Inkonsistenzen innerhalb der Beschwerdeschilderung, zwischen Beschwerdeschilderung und medizinischen oder psychologischen Befunden, zwischen Beschwerdeschilderung und Beobachtungen aus der eigenen Untersuchungssituation, zwischen Beschwerdeschilderungen und Vorbefunden sowie zwischen der angegebenen Stärke der Beschwerden und dem geschilderten Ausmaß an Beeinträchtigung und Bewältigungsverhalten.

Inkonsistenzen können sich auch zwischen verschiedenen Leistungstestergebnissen derselben Person abzeichnen. Simulation/Aggravation und Dissimulation können sich weiterhin durch einen Mangel an Plausibilität in Aussagen oder im Verhalten des Probanden abzeichnen, wenn diese im Widerspruch zu medizinischen oder psychologischen Gesetzmäßigkeiten oder zu gesichertem Expertenwissen stehen.

Die gutachtliche Bewertung intentionaler Verzerrungen kann orientierend auf der Grundlage von Konsistenzprüfungen und dem Abgleich verschiedener Verhaltensebenen erfolgen. Bei fraglich validen Angaben

zu geklagten Leistungseinschränkungen sind höhere Maßstäbe an die Validierung individueller Eigenschaften und Merkmalsausprägungen anzulegen. In diesen Fällen sollte eine weitere Validierung auf der Grundlage psychologischer Validierungsprinzipien vorgenommen werden. Dazu können neuropsychologische Beschwerdvalidierungstests zur Beurteilung unzureichender Anstrengungsbereitschaft in Leistungstests sowie Kontrollskalen zur Erfassung von Antworttendenzen zum Einsatz kommen. Der Einsatz psychometrischer Verfahren kann genutzt werden, um Inkonsistenzen oder mangelnde Plausibilitäten unter Verweis auf Testgüteeigenschaften zu begründen.

Trotz Klärungsversuch unverändert fortbestehende/unauflösbare Inkonsistenzen oder Zweifel an der Richtigkeit der Angaben oder Testergebnisse müssen im Gutachten explizit dargelegt und in die gutachtliche Gesamtbewertung einbezogen werden.

Empfehlung II.21

Die Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit sowie krankheitsbedingter Leistungsbeeinträchtigungen ohne explizite Maßnahmen zur Validierung von Klagen über Beschwerden sowie körperlicher und psychosozialer Einschränkungen ist unvollständig. Ohne dokumentierte Validierung (Darstellung der zur Validierung verwendeten Informationen, Begründung der gutachterlichen Urteilsbildung) kann eine vollbeweisliche Sicherung der Klagen oder gezeigter Funktionsbeeinträchtigungen nicht angenommen werden.

Orientierende Bewertungen der Gültigkeit von Aussagen, Beobachtungen oder Testleistungen können aus freien Konsistenz- und Plausibilitätsprüfungen vorgenommen werden.

Die Bewertung der Gültigkeit von Aussagen, Beobachtungen oder Testleistungen soll im Rahmen einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung erfolgen. Weitergehend kann dies auf der Grundlage geeigneter psychologischer Validierungskonzepte und Validierungsmethoden erfolgen. Dazu können standardisierte und normierte Validierungsmethoden ebenso wie testpsychologisch gestützte Merkmalsvergleiche in den Bewertungsprozess integriert werden.

3.5 Berufliche Leistungsbeurteilung (Abschnitt E)

Definition

Im Kontext der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit ist insbesondere die Fähigkeit des zu Begutachtenden zur Partizipation am Arbeitsprozess zu bewerten.

Das heißt, hier geht es um die Beurteilung der konkreten Leistungsfähigkeit in Bezug auf das spezifische Anforderungsprofil seiner beruflichen Tätigkeit. Auf die Beurteilung der Teilhabe in anderen Lebensbereichen kann somit in diesem Kontext verzichtet werden, es sei denn, diese wäre für die Beurteilung der konkreten beruflichen Leistungsfähigkeit von Bedeutung. Bei Begutachtungen im Kontext von Rentenanträgen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist zu beurteilen, inwieweit der zu Begutachtende den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entsprechen kann.

Beurteilungskriterien

Im Rahmen von Berufsunfähigkeitsbegutachtungen ist demgegenüber das Ausmaß an Beeinträchtigungen in der Teilhabe am Erwerbsleben bzw. für die konkrete berufliche Tätigkeit festzustellen. Die Kriterien sind dem jeweiligen berufsspezifischen Anforderungsprofil der durch die zu Begutachtenden abgeschlossene Berufsunfähigkeitsversicherung zu entnehmen. Soweit die beruflichen Leistungsanforderungen nur eingeschränkt differenziert im Versicherungsvertrag ausgeführt sind, müssen diese ggf. vom Gutachter mit dem zu Begutachtenden spezifiziert werden, soweit der Versicherer dies wünscht.

Zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit müssen die berufsbezogenen Aufgaben in die unterschiedlichen Aktivitätskategorien „übersetzt“ bzw. durch diese beschrieben werden. Beispielsweise kann

die Fähigkeit zum Unterrichten von Schülern durch die Aktivitätskategorien Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit, Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit etc. determiniert sein. So ist bei der Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit für die einzelnen Aufgaben ein Aktivitätsprofil anzulegen und in einem nächsten Schritt zu prüfen, inwieweit der zu Begutachtende die jeweiligen Aktivitäten gemäß der konkreten beruflichen Anforderungen aktuell erbringen oder nicht erbringen kann

Bei der Gesamtbeurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit muss eine Integration der Leistungsfähigkeit des zu Begutachtenden für die einzelnen Aufgabenbereiche vorgenommen werden. Soll nicht die aktuelle Leistungsfähigkeit bewertet werden, sondern die **zu erwartende berufliche Leistungsfähigkeit** im nächsten halben Jahr, muss die Beurteilung der Aktivitätsressourcen oder –einschränkungen deren wahrscheinliche Entwicklung in diesem Zeitraum berücksichtigen; dabei sind insbesondere auch potenzielle Veränderungen durch die Teilnahme an therapeutischen oder rehabilitativen Maßnahmen zu berücksichtigen.

Ausgehend vom Aktivitätenrating werden die Fähigkeiten entsprechend dem Fähigkeitsstatus des zu Begutachtenden (Ausmaß an Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivitäten) auf das berufsspezifische Anforderungsprofil übersetzt. Damit wird das Ausmaß an aktueller Partizipation bzw. der aktuellen beruflichen Leistungsfähigkeit erfasst.

Wenn Aktivitäten im privaten Kontext erbracht werden können, die auch beruflich gefordert sind, diese von dem Begutachteten jedoch im beruflichen Kontext nicht mehr erbracht werden, ist zu fragen, warum ihm dies nicht möglich ist (*Hemmnisse des Transfers*) und unter welchen individuellen und kontextuellen Bedingungen der Transfer von Aktivitäten/Kompetenzen, die in einem Bereich zur Verfügung stehen, in einen anderen Lebensbereich (z.B. der Arbeitswelt) gelingen könnte. Hier wäre z.B. zu fragen, welche Art der Unterstützung notwendig und möglich wäre.

Die formalisierte Darstellung dieses Vorgehens zeigt Tab. 3.2. Die Gegenüberstellung der aktuellen Arbeitsplatzanforderungen, der aktuellen und der dauerhaft zu erwartenden Leistungsfähigkeit ist nur ein vorläufiger Indikator für die berufliche Leistungsfähigkeit. Das Besondere an dem Modell ist, dass wir sowohl für die Arbeitsplatzbeurteilung, als auch für die Bewertung der Leistungsfähigkeit ein differenziertes Merkmalsprofil zugrunde legen. Dieses erhöht die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der gutachtlichen Entscheidungsfindung.

Tab. 3.2 Hilfe zum Profilvergleich von Leistungsanforderungen, Leistungsfähigkeit und Leistungsprognose.

	Teiltätigkeiten ²	Arbeitsplatzanforderungen	Leistungsfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz	Dauerhaft zu erwartende Leistungsfähigkeit ³
		gering mittel hoch	gering mittel hoch	gering mittel hoch
1. Körperliche Aktivität		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. Anpassung an Regeln und Routinen		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. Strukturierung von Aufgaben		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. Anwendung fachlicher Kompetenz				
- körperlich (Kraft, Beweglichkeit)		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- mental (Produktivität, Kreativität)		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. Proaktivität und Spontanaktivitäten		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. Durchhaltefähigkeit				
- körperlich		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- mental		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9 Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10. Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11. Gruppenfähigkeit		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12. Dyadische Beziehungen		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13. Selbstversorgung		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14. Mobilität/Wegefähigkeit		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

² entsprechend des im Versicherungsvertrag zumeist angeführten Profils beruflicher Teiltätigkeiten³ Zeitfenster: in den nächsten 6 Monate bezogen auf die BU-Bedingungen

3.6 Prognose aus der Sicht des Gutachters (Abschnitt F)

Bei der Prognose der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung (BU) müssen die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen nicht nur „Hier und Jetzt“ (Querschnitt) untersucht werden, sondern auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt) antizipatorisch eingeschätzt werden, um Aussagen über die zukünftige Entwicklung und Beeinflussbarkeit durch therapeutische und/oder rehabilitative Interventionen treffen zu können. Bei der Prognose muss das Ausmaß an Chronifizierung bzw. chronifizierungsbegünstigender Faktoren berücksichtigt werden. Faktoren, die eine fortschreitende Chronifizierung begünstigen, sind beispielsweise die Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten, schon lange bestehende Arbeitslosigkeit oder auch fehlende Arbeitsplätze. Die Prognose der Leistungsfähigkeit ergibt sich aus der Integration der bis dato über den zu Begutachtenden gesammelten Informationen. Eine Übersicht der für die Prognose der Leistungsfähigkeit relevanten Faktoren findet sich bei (Schneider, 2007). Hier werden acht Kriterien aufgeführt:

Empfehlung II.22

Bei der prognostischen Einschätzung sollte der Gutachter auf die folgenden 8 Kriterien Bezug nehmen:

- (1) Verlauf der Erkrankung (Schweregrad, Dauer, Chronifizierung)
- (2) Krankheitsverarbeitung und Veränderungsmotivation (Abschnitt C)
- (3) Bisherige Therapien und Rehabilitationsmaßnahmen und ihr Effekt (Abschnitt A)
- (4) Arbeitsunfähigkeitszeiten
- (5) Rentenantragstellung
- (6) Sozialer Hintergrund (z.B. Familie, Bildung, Beruf, Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes)
- (7) Verfügbarkeit von personalen und umweltbezogenen Ressourcen (Abschnitt 3.2.4)
- (8) Soziale Unterstützung (z.B. Familie unterstützt positive Veränderungsanstrengung des zu Begutachtenden)

In der abschließenden Gesamtschau ist zu prüfen:

- a) Welche Aktivitäten und Kompetenzen kann der zu Begutachtende im Alltag umsetzen?
- b) Wie könnte der Transfer dieser Aktivitäten/Kompetenzen in den Arbeitsprozess durch psychosoziale Variablen positiv oder negativ beeinflusst werden?
- c) Wie kann das Ausmaß und die Richtung der sozialen Unterstützung (z.B. das familiäre Umfeld) konstruktive Veränderungsprozesse fördern?

Die gutachterliche Prognose bezieht sich zum einen auf den Verlauf der psychischen oder psychosomatischen Erkrankung und zum anderen auf die Frage, ob die berufliche Leistungsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. Für die Prognosebewertung ist auch zu berücksichtigen, inwieweit der Einsatz von speziellen therapeutischen oder rehabilitativen (medizinisch, beruflich) Maßnahmen die gesundheitlichen und leistungsbezogenen Probleme günstig beeinflussen kann.

Literatur

- [1] Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg.) (2006). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation Psychiatrischer Befunde. Göttingen: Hogrefe.
- [2] Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Verlag Hans Huber.
- [3] Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K. E., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B., Merckelbach, H. (2003). Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome. Die deutsche Version des "Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS". *Nervenarzt* 74(11), 977-984.
- [4] Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2008). Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern.
- [5] Dohrenbusch, R. (2007). Aggravations- und Simulationsdiagnostik in der klinischpsychologischen Begutachtung: Konzepte und Methoden. In R. Dohrenbusch: Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen (S. 217-261) Stuttgart: Kohlhammer.
- [6] Dohrenbusch, R., Merten, T. (2010). Psychologische Mess- und Testverfahren. Aussagekraft in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Psychotherapeut* 55: 389-393
- [7] Dohrenbusch, R., Allstadt-Torras, R. (2017). Prinzipien und Methoden der Beschwerdvalidierung. *PSYCHup2date*, 11, 359-374.
- [8] DRV-Schriften. (2006). Bd. 68: Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- [9] Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG) http://bundesrecht.juris.de/vvg_2008/index.html
- [10] Hathaway, S. R. & McKinley, J.C. (2000). Dtsch. Bearbeitung von R. Engel. MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2. Göttingen: Hogrefe Testzentrale.
- [11] Kool, J., Meichtry, A., Schaffert, R., Rüesch, P. (2008). Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in IV-Abklärung. Forschungsbericht Nr. 4/08, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- [12] Linden, M., Baron, S., & Muschalla, B. (2009). Das Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Bern: Hogrefe & Huber.
- [13] Merten, T. (2005). Der Stellenwert der Symptomvalidierung in der neuropsychologischen Begutachtung: Eine Positionsbestimmung. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 16(1), 29-45.
- [14] Merten, T., Dohrenbusch, R. (2010). Testpsychologische Ansätze der Beschwerdvalidierung. *Psychotherapeut* 55:394-400
- [15] Merten, T. (2014). Beschwerdvalidierung. Göttingen: Hogrefe.
- [16] Rauh, E., Svitak, M., Grundmann, H. (2008) Handbuch Psychosomatische Begutachtung. Ein praktisches Manual für Ärzte und Versicherer. Urban & Fischer Verlag
- [17] Rogers, R., Harrell, E.H., Liff, C.D. (1993). Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical considerations. *Clinical Psychological Review* 13; 255-275.
- [18] Rüesch, P. (2008). Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in IV-Abklärung. Bundesamt Sozialversicherungen Forschungsbericht Nr. 4/08:11-16.
- [19] Sandweg, R. (1988). Psychoanalytische Diagnostik im Sozialrecht. *Praxis Psychotherapie Psychosomatik* 33, 200-207.
- [20] Schneider, W. (2007). Standards der sozialmedizinischen Leistungsbegutachtung in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 447-462.
- [21] Schneider, W., Firzlaff, M., Birke, K., Klauer, T. (2009). Sozialmedizinische Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Interview zur Beurteilung psychosozialer Dimensionen der Leistungsfähigkeit. *Psychotherapeut*, 54, 37-43.
- [22] Schneider W., Henningsen, P., Dohrenbusch, R., Freyberger, H. J., Irle, H., Köllner, V., Widder, B. (Hrsg.) (2015): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen – Autorisierte Leitlinien und Kommentare. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Hogrefe, Göttingen
- [23] Slick, D. J., Sherman, E. M. S., Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *Clinical Neuropsychologist*, 13(4), 545-561.
- [24] Steller M., Köhnken, G. (1989). Criteria-based statement analysis. In D.C. Raskin (ed.): *Psychological methods for investigation and evidence*.
- [25] WHO. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10.Hrsg. der deutschen Ausgabe von H. Dilling. W. Mombour & M.H. Schmidt. (5.Aufl.) Bern: Huber.

Publiziert von:



AWMF-Register Nr. 051-029

Klasse: S2k

2. Neubearbeitung 2019

Teil III

Begutachtung bei Kausalitätsfragen im Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht



**Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung
(DGNB / federführend)**

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)**

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

**Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche
Psychotherapie (DGPM)**

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Deutschesprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)

Leitlinienautoren

DGNB	Prof. Dr. Dr. B. Widder, Günzburg (federführender Autor) Prof. Dr. H.-C. Hansen, Neumünster
DGPPN	Prof. Dr. H. Dreßing, Mannheim Dr. S. Köhler, Jena Dr. P.-C. Vogel, München
DGPM	Dr. B. Gruner, Weimar Prof. Dr. V. Köllner, Berlin
DGPs	PD Dr. Dipl.-Psych. R. Dohrenbusch, Bonn
DKPM	Prof. Dr. P. Henningsen, München Prof. Dr. V. Köllner, Teltow
DeGPT	Dipl.-Psych. K. Dilcher, Dresden R. Ebbinghaus, Würzburg Dr. F. Haenel, Berlin <i>unter weiterer Mitarbeit von Dr. K.-H. Biesold, Dr. D. Denis, PD Dr. Dr. G. Flatten, PD Dr. U. Frommberger, P. Liebermann und T. Krause (AG Gutachten der DeGPT)</i>
GNP	Dr. Dipl.-Psych. Th. Merten, Berlin

Extern hinzugezogene Experten

Prof. Dr. R. Bering, Krefeld
PD Dr. S. Bodenbun, Hamburg
Dr. Dipl.-Psych. A. Diebel, Berlin
Dr. G. Ebner, Zürich (CH*)
PD Dr. T. Groemer, Bamberg
Dipl.-Psych. M. Henry, Berlin
Dr. H. Höllmer, Hamburg
Prof. Dr. A. Maercker, Zürich
Prof. Dr. R. Mager, Basel (CH*)
Dr. R. Marelli, Basel (CH*)
Dr. P. Nieder, Düsseldorf
Prof. Dr. U. Sachsse, Rosdorf
Dr. H. Schain, Düren
Dr. K. Sturz, Dresden

** für die Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (SGVP)*

Rechtliche Beratung

Sozialrecht: F. Keller, Präsident des Landessozialgerichts, Thüringer Landessozialgericht Erfurt
Zivilrecht: Prof. Dr.med. P.W. Gaidzik, Leiter des Instituts für Medizinrecht, Universität Witten/Herdecke

Korrespondenzanschrift federführender Autor

Prof. Dr. Dr.med. B. Widder, Neurowissenschaftliche Gutachtenstelle am Bezirkskrankenhaus Günzburg,
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2, D-89312 Günzburg

Inhaltsverzeichnis

1. Präambel	4
2. Rechtliche Grundlagen	4
2.1 Rechtsgebiete	4
2.2 Kausalitätsregeln	5
2.3 Beweisregeln	6
2.4 Beweisrechtliche Kausalkette	7
2.5 Bedeutung schädigungsfremder Faktoren	10
2.6 Bemessung von Schädigungsfolgen	11
3. Grundlagen der Psychotraumatologie	11
3.1 Traumabegriff	11
3.2 Traumaarten	12
3.3 Resilienz	12
3.4 Entwicklung und Verlauf psychoreaktiver Störungen	13
3.5 Peri- und posttraumatische Dissoziation	14
3.6 Einflussfaktoren auf psychoreaktive Störungen (Kontextfaktoren)	15
4. Diagnostische Kriterien psychoreaktiver Störungen	16
4.1 Akute Belastungsreaktion (F43.0)	17
4.2 Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	17
4.3 Komplexe Traumafolgestörungen	24
4.4 Anpassungsstörungen (F43.2)	28
4.5 Weitere mögliche psychoreaktive Störungen	30
5. Begutachtungskriterien bei ereignisreaktiven psychischen Störungen	33
5.1 Gutachtliche Kriterien bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS)	33
5.2 Gutachtliche Kriterien bei wiederholten Einzelereignissen	37
5.3 Gutachtliche Kriterien bei komplexen Traumafolgestörungen	39
5.4 Gutachtliche Kriterien bei Anpassungsstörungen	42
5.5 Gutachtliche Kriterien bei weiteren psychischen Störungen	43
6. Begutachtungskriterien bei psychischen Störungen infolge einer Körperschädigung	
6.1 Entwicklung depressiver, ängstlicher, somatoformer und Konversionsstörungen	45
6.2 Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung	47
7. Besonderheiten der gutachtlichen Untersuchung bei Kausalitätsfragen	48
7.1 Aufarbeitung der Aktenlage	48
7.2 Exploration	48
7.3 Psychische Befunderhebung	50
7.4 Testpsychologie	50
7.5 Beschwerdenuvalidierung	51
7.6 Erfassung und Bewertung von Kontextfaktoren	51
8. Besonderheiten der Begutachtung in den verschiedenen Rechtsgebieten	52
8.1 Öffentliches Recht	52
8.2 Private Unfallversicherung	55
8.3 Haftpflichtversicherung	56

1. Präambel

Der vorliegende Teil III der Leitlinie zur Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Störungen dient der interdisziplinären Qualitätssicherung bei der Begutachtung von Menschen, die nach Unfällen oder sonstigen vom Versicherungsschutz des jeweiligen Rechtsgebiets erfassten Schädigungsereignissen psychische Folgen geltend machen. Die Leitlinie soll den Ablauf und Inhalt der Zusammenhangsbegutachtung bei psychischen Schädigungsfolgen in den verschiedenen Rechtsgebieten vereinheitlichen und die Verständigung zwischen Ärzten, Psychologen und Juristen verbessern. Sie bezieht sich auf die rechtlichen Vorgaben in Deutschland. In Österreich und in der Schweiz gelten zum Teil andere Vorgaben für die Kausalitätsbeurteilung, die ggf. zu berücksichtigen sind.

Die Leitlinie umfasst sowohl erlebnisreaktive „unmittelbare“ Traumafolgestörungen als auch „mittelbare“ psychische Reaktionen auf körperliche Schädigungsfolgen. Hinsichtlich der Zusammenhangsbeurteilung bezieht sie sich auf die derzeit aktuellen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5, die DSM-IV-Klassifikation wurde nicht mehr berücksichtigt¹. Soweit von Bedeutung, wird auch auf die zukünftige ICD-11-Klassifikation verwiesen. Diese wurde im Mai 2019 von der WHO verabschiedet, liegt derzeit jedoch lediglich in englischer Sprache vor. Sie soll 2022 in Kraft treten. Über den Zeitpunkt der Einführung in Deutschland sind gemäß DIMDI² derzeit keine Aussagen möglich³.

Psychische Störungen aufgrund einer **traumatischen Hirnschädigung** wurden in die Leitlinie nicht aufgenommen, da hierfür grundlegend andere Kriterien zu beachten sind. Die Leitlinie beschäftigt sich auch ausschließlich mit der Begutachtung von **Erwachsenen**, da bei Kindern andere Gegebenheiten zu berücksichtigen sind. Auch werden aufenthaltsrechtliche Fragestellungen nicht bearbeitet.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im gesamten Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

2. Rechtliche Grundlagen

In dem Kapitel findet sich eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten für den Gutachter relevanten Begrifflichkeiten und Regeln, wie sie für die Beurteilung von Kausalitätsfragen im Zusammenhang mit psychoreaktiven Störungen von Bedeutung sind. Zu den allgemeinen Grundlagen der Begutachtung sei auf die diesbezügliche AWMF-Leitlinie⁴ verwiesen.

2.1 Rechtsgebiete

Begutachtungen zu Kausalitätsfragen bei psychischen und psychosomatischen Störungen erfolgen in verschiedenen Rechtsgebieten (► Tab. 2.1). Aufgrund der ähnlichen rechtlichen Vorgaben wird in der vorliegenden Leitlinie mehrfach vom **Öffentlichen Recht** gesprochen. Zu diesem zählen das Sozialrecht sowie

¹ vgl. Bayerisches LSG, Urteil v. 06.07.2016 - 2 U 336/14: „Neben dem ICD-10 ist regelmäßig auch das Diagnosesystem der amerikanischen Fachgesellschaften (DSM) heranzuziehen. Das DSM-5 ersetzt als aktueller Stand der Wissenschaft den DSM-IV.“

² Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

³ für den Bereich des Sozialrechts entspricht sie damit formal noch nicht dem "aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand" (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.01.2015 - L 6 U 5221/12)

⁴ AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (Registernummer 094-001)

das Verwaltungsrecht. Zivilrechtliche Fragestellungen finden sich üblicherweise im Bereich der privaten Unfallversicherung und der Haftpflichtversicherung, im Einzelfall auch der Arzthaftung.⁵

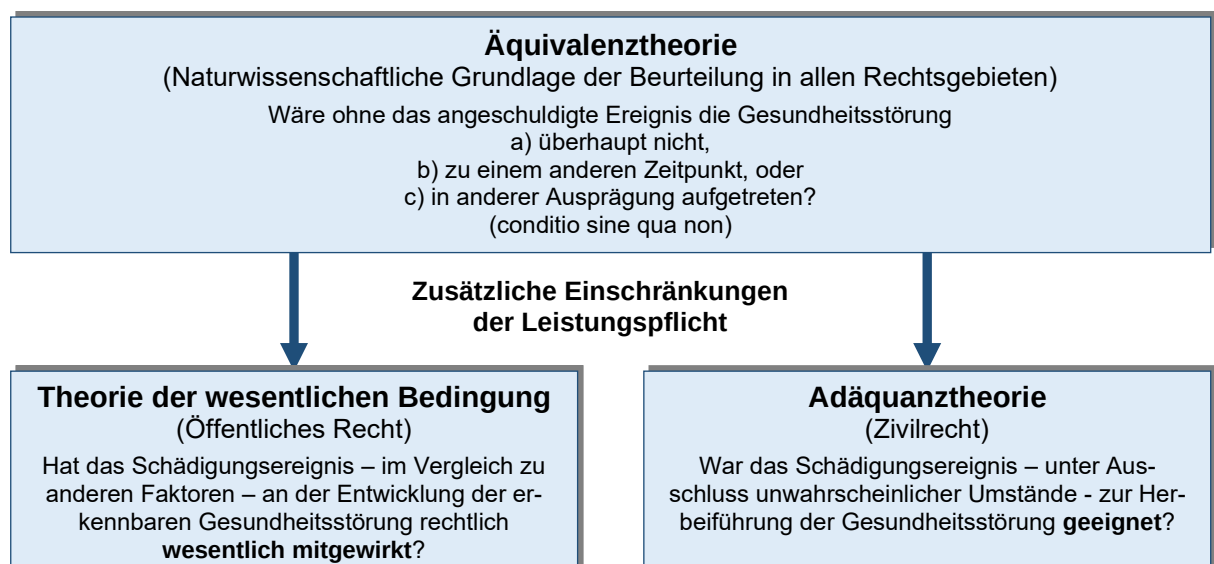
Tab. 2.1 Zugehörigkeit der bei Zusammenhangsfragen wichtigsten Versicherungsformen zu unterschiedlichen Rechtsgebieten.

Rechtsgebiet	Öffentliches Recht			Zivilrecht	
	Sozialrecht		Verwaltungsrecht	Private Unfallversicherung	Haftpflichtversicherung
	Gesetzliche Unfallversicherung	Soziales Entschädigungsrecht	Dienstunfallfürsorge der Beamten		
Rechtliche Grundlage	Sozialgesetzbuch (SGB VII)	Bundesversorgungsgesetz (BVG) mit Nebengesetzen (► Tab. 8.1)	Beamtenversorgungsgesetze (BeamtVG) des Bundes und der Länder	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AUB)	Allgemeine Versicherungsbedingungen, z.B. für die Kraftfahrzeugversicherung (AKB)

2.2 Kausalitätsregeln

Aufgabe der rechtlichen „Kausalitätstheorien“ ist es, die naturwissenschaftlich gefundenen Ergebnisse einer spezifischen Begrenzung („Filterwirkung“) nach dem Maßstab des Rechtsgebiets und der jeweiligen Norm zu unterziehen. Man geht dabei in allen Rechtsgebieten in 2 Schritten vor (► Abb. 2.1).

Abb. 2.1 Schematische Darstellung der für die Begutachtung von Schädigungsfolgen relevanten Kausalitätstheorien in den verschiedenen Rechtsgebieten (nach Gaidzik [2018]).



⁵ Ein Sonderstatus kommt den von verschiedenen staatlichen und privaten Organisationen eingerichteten Opferfonds nach sexuellem Missbrauch bzw. der Opferhilfe extremistischer und terroristischer Übergriffe zu, die sich nicht an den Beweisregeln des Öffentlichen oder Zivilrechts orientieren. Entschädigung bzw. „Härteleistungen“ werden hier außerhalb gerichtlicher Verfahren „zur freien Überzeugung“ der entsprechenden Institutionen gewährt, allerdings besteht auch kein einklagbarer Rechtsanspruch.

Äquivalenztheorie

Nach der „Äquivalenztheorie“ ist jede Bedingung kausal, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiere. Diese primär im Strafrecht Anwendung findende „Theorie“ stellt das **Grundfilter jeder Kausalitätsbeurteilung** dar, wonach zunächst die Frage zu klären ist, ob das angeschuldigte Ereignis für die geltend gemachte Gesundheitsschädigung und die nachfolgende Funktionsstörung „conditio sine qua non“ darstellt.

Adäquanztheorie

Das Zivilrecht verwendet als zusätzliche Einschränkung die „Adäquanztheorie“. Eine Bedingung ist demnach adäquat kausal, wenn sie „nicht nur unter besonders eigenartigen, ganz unwahrscheinlichen und nach dem regelmäßigen Verlauf der Dinge außer Betracht zu lassenden Umständen, sondern aus objektiver Sicht und allgemeiner Lebenserfahrung generell geeignet war, die Möglichkeit eines Erfolges von der Art des eingetretenen Schadens in nicht unerheblicher Weise zu erhöhen“. Allerdings ist die "generelle Eignung" nicht aus der Perspektive des Schädigers, sondern der des "optimalen Beobachters mit maximalem Erfahrungswissen" heraus zu beurteilen, der alle kausal relevanten Umstände überblickt, womit eine vorbestehend erhöhte psychische Vulnerabilität des Geschädigten nicht die Annahme eines adäquaten Kausalzusammenhangs verhindert.

Theorie der wesentlichen Bedingung

Das Öffentliche Recht kennt als zusätzliches Filter die Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung. Von mehreren Ursachen ist diejenige relevant, die „wesentlich zum eingetretenen Erfolg“ – demnach zu der ersichtlichen Gesundheitsschädigung – beigetragen hat. Innerhalb des Sozialrechts ergeben sich dabei aufgrund der Rechtsprechung Unterschiede in der Definition:

- Im Bereich der **gesetzlichen Unfallversicherung** fordert die jüngere höchst- und obergerichtliche Rechtsprechung⁶ zweistufig die Erfüllung 1. tatsächlicher und 2. darauf aufbauender rechtlicher Voraussetzungen. Aufgabe des medizinischen Sachverständigen ist (1. Stufe) die Klärung der Frage, ob und ggf. mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung Ursache des Erfolgs und dadurch für den Gesundheitserstschaden oder den Tod verantwortlich war. Ausgangspunkt ist die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. Die Frage ist nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen zu beantworten. Die Beurteilung der rechtlichen Wesentlichkeit auf der 2. Stufe (ob sich durch das versicherte Handeln ein Risiko verwirklicht hat, gegen das der erfüllte Versicherungstatbestand Schutz gewähren soll), obliegt dann dem Versicherungsträger oder dem Gericht.
- Das **soziale Entschädigungsrecht** und das **Dienstunfallrecht** betrachten ein Ereignis immer dann als „wesentlich“, wenn das Schädigungsereignis im Vergleich zu anderen Ursachen zumindest „annähernd gleichwertig“ zu dem Eintritt des Schadens beigetragen hat⁷.

2.3 Beweisregeln

Die Rechtsprechung kennt – mit Ausnahme des Sonderfalls der sogenannten „Glaubhaftmachung“ im sozialen Entschädigungsrecht (► Kap. 8.1.2) – nur zwei positive Beweiskategorien (► Tab. 2.2), die in unterschiedlicher Form in den verschiedenen Rechtsgebieten ihre Anwendung finden. Aussagen, wonach ein Ursachenzusammenhang „möglich“, „anzunehmen“, „plausibel“ oder „denkbar“ ist, erfüllen nicht die geforderten Beweismaßstäbe.

⁶ vgl. u.a. BSG, Urteil v. 13.11.2012 - B 2 U 19/11 R; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.10.2017 - L 10 U 453/17

⁷ vgl. BSG, Urteil v. 16.12.2014 - B 9 V 6/13 R

Tab. 2.2 Auf die Tatsachenfeststellung anzuwendende Beweismaßstäbe.

Aussage	Definition
... ohne vernünftigen Zweifel	Subjektive Gewissheit (sog. „ Vollbeweis “) mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad an Gewissheit, ohne verbleibende Zweifel völlig auszuschließen
... wahrscheinlich	Überwiegende Wahrscheinlichkeit , wenn (erheblich) mehr für als gegen die Annahme spricht

2.4 Beweisrechtliche Kausalkette

2.4.1 Glieder der Kausalkette

In allen Rechtsgebieten erfordert die Zusammenhangsbeurteilung zum einen das Vorliegen bestimmter Tatsachen, zum anderen eine kausale Verbindung zwischen diesen. Diese Verkettung wird bildhaft als „Kausalkette“ bezeichnet und besteht jeweils aus drei bzw. vier Kettengliedern. Für den medizinischen Sachverständigen sind im Regelfall folgende Glieder der Kausalkette von Bedeutung:

Schädigungsereignis

Vorliegen eines **Unfall-** oder sonstigen versicherten **Schädigungsereignisses**. Die Prüfung, ob das stattgehabte Ereignis bzw. mehrere Ereignisse überhaupt vom Leistungsanspruch des jeweiligen Rechtsgebiets erfasst ist/sind, obliegt im Regelfall nicht dem Gutachter.

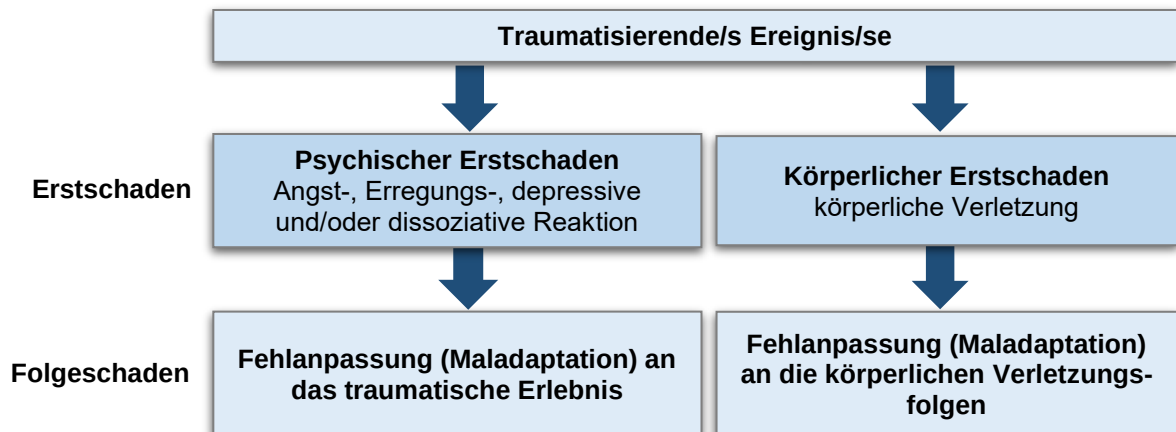
Gesundheitsschädigung

Das Vorliegen einer nachweisbaren körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsschädigung wird im rechtlichen Kontext als „**Erstschaden**“ (synonym „Primärschaden“) bezeichnet. Die stattgehabte Gesundheitsschädigung ist mit der speziellen Ausnahme der „Glaubhaftmachung“ im sozialen Entschädigungsrecht (► Kap. 8.1.2) in allen Rechtsgebieten ohne vernünftigen Zweifel im sogenannten „Vollbeweis“ nachzuweisen und stellt daher regelmäßig den Dreh- und Angelpunkt jeder Begutachtung dar. Ist eine Gesundheitsschädigung, die den rechtlichen Erstschaden begründet, nicht nachweisbar, erübrigt sich im Allgemeinen jede weitere Diskussion von Unfall- bzw. Schädigungsfolgen. Für den Fall psychoreaktiver Störungen sind dabei zwei unterschiedliche Entwicklungswege zu beachten (► Abb. 2.2):

- **Psychischer Erstschaden:** Entwickelt sich eine psychische Störung auf das persönliche Erleben eines oder mehrerer potenziell traumatischen/r Ereignisse/s, entspricht die seelische Traumatisierung durch das/die Ereignis/se bzw. die versicherte Situation dem (Gesundheits-)„Erstschaden“. Das sich daran möglicherweise anschließende psychische Störungsbild (z.B. posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung) ist dann gemäß der rechtlichen Nomenklatur der „Folgeschaden“.
- **Körperlicher Erstschaden:** Entwickelt sich eine psychische Störung aufgrund körperlicher Schädigungsfolgen, stellt die körperliche Traumatisierung („Körperschaden“) den Erstschaden dar und die psychische Reaktion darauf ist im rechtlichen Sinne eine „mittelbare“ Traumafolge.

Darüber hinaus kann es selbstverständlich auch zu einer Kombination von psychischem und körperlichem Erstschaden kommen, was gutachtlich entsprechend zu differenzieren ist.

Abb. 2.2 Entwicklungswege psychischer Störungen nach traumatisierenden Ereignissen aus rechtlicher Sicht (modifiziert nach Widder u. Foerster, [2018]).



Gesundheitsschaden

Vorliegen eines körperlichen und/oder seelischen **Gesundheitsschadens** mit hieraus resultierender Funktionsstörung, im rechtlichen Kontext je nach Rechtsgebiet als „**Folgeschaden**“ (synonym „Sekundärschaden“) oder „**Schädigungsfolge**“ bezeichnet. Der Folgeschaden ist im Haftpflichtrecht lediglich noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, was im Einzelfall von Bedeutung sein kann (► Kap. 8.3).

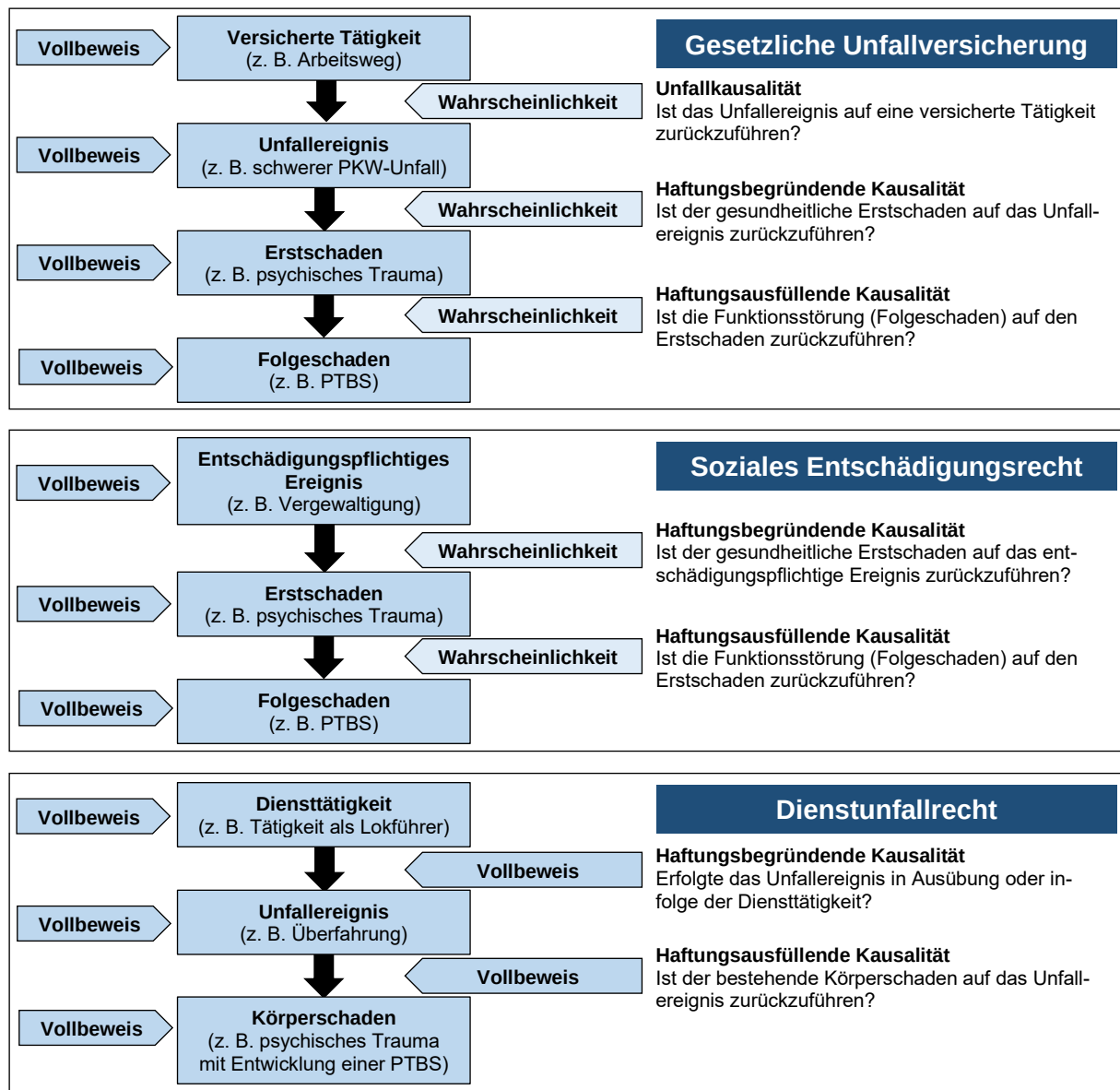
2.4.2 Beweismaße in den verschiedenen Rechtsgebieten

Sowohl für die einzelnen Kettenglieder als auch für deren Verknüpfung bestehen unterschiedliche Beweis-anforderungen. Der Zusammenhang zwischen dem Unfall- bzw. Schädigungsereignis und dem Erstscha-den wird als „**haftungsbegründende Kausalität**“, der Zusammenhang zwischen dem Erst- und dem Folgeschaden als „**haftungsausfüllende Kausalität**“ bezeichnet.

Öffentliches Recht

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung und des sozialen Entschädigungsrechts sind alle Glieder der Kausalkette jeweils im „Vollbeweis“ nachzuweisen, während für deren Verknüpfung das Beweismaß der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gilt (► Abb. 2.3). Das Dienstunfallrecht ist demgegenüber dadurch gekennzeichnet, dass hier auch sämtliche Zusammenhänge „vollbeweislich“ vorliegen müssen. Darüber hinaus kennt die gesetzliche Unfallversicherung neben der haftungsbegründenden und -ausfüllenden Kau-salität als Besonderheit den Begriff der „Unfallkausalität“ für den Zusammenhang zwischen der versicher-ten Tätigkeit und dem Unfallereignis.

Abb. 2.3 Beweisregeln im Öffentlichen Recht (nach Gaidzik [2018]).



Private Unfallversicherung

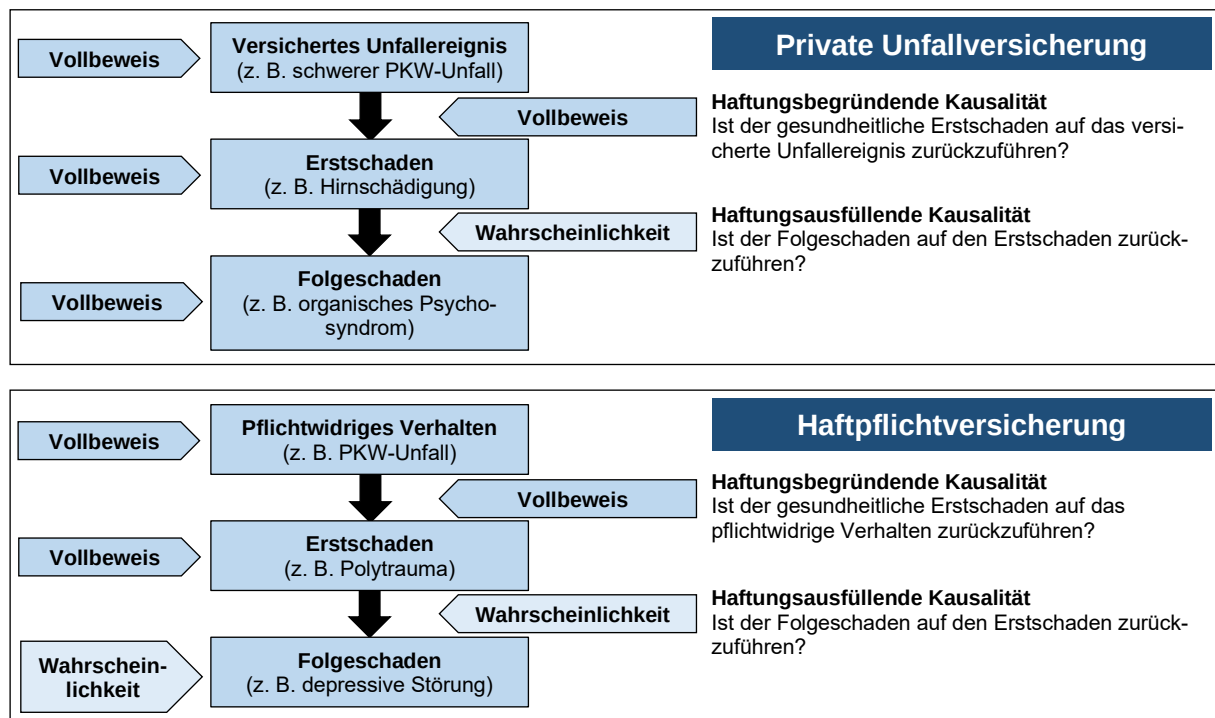
Psychische Unfallfolgen fallen gemäß den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) der privaten Unfallversicherung seit dem Jahr 1961 (AUB 61) nicht mehr unter den Versicherungsschutz. In den AUB 88 wurde die sogenannte „Psychoklausel“ nochmals präzisiert: „Nicht unter den Versicherungsschutz fallen krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind“. In den jüngeren Versicherungsbedingungen (AUB 99 und folgende) findet man bzgl. des zweiten Halbsatzes zusätzlich die Ergänzung „auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden“. Zur aktuellen Rechtsprechung hierzu ► Kap. 8.2. Aktuelle Verträge nennen meist konkrete Beispiele, was unter „psychischen Reaktionen“ zu verstehen ist. Beweisrechtlich sind alle Glieder der Kausalkette sowie der Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis im „Vollbeweis“ zu sichern, lediglich für den Zusammenhang zwischen dem Erst- und Folgeschaden genügt die überwiegende Wahrscheinlichkeit (► Abb. 2.4).

Haftpflichtversicherung

Dreh- und Angelpunkt der Begutachtung im Haftpflichtrecht ist der Nachweis eines unfallbedingten körperlichen und/oder psychischen Erstschadens, der im „Vollbeweis“ zu erfolgen hat. Ist ein solcher nachgewie-

sen, gilt für den Folgeschaden die Beweiserleichterung des § 287 ZPO, wonach sowohl der Folgeschaden selbst als auch der Zusammenhang zum Erstschaden lediglich wahrscheinlich sein müssen (► Abb. 2.4).

Abb. 2.4 Beweisregeln im Zivilrecht (nach Gaidzik [2018]).



2.5 Bedeutung schädigungsfremder Faktoren

Bei Begutachtungen sind stets auch die von einem Unfall oder sonstigen versicherten Schädigungsereignis unabhängigen Faktoren zu berücksichtigen, die den Gesundheitszustand des Untersuchten beeinflussen (► Kap. 7.5). Diese betreffen sowohl die Situation vor dem Schädigungsereignis als auch den nachfolgenden Verlauf. Derartige konkurrierende Faktoren sind wie das Erstschadensbild in allen Rechtsgebieten im „Vollbeweis“ zu Lasten des Versicherungsträgers nachzuweisen.

2.5.1 Situation vor dem Schädigungsereignis

In allen Rechtsgebieten wird nicht erwartet, dass die Schädigung auf einen gesunden Menschen trifft. Das Vorliegen einer besonderen Schadensanfälligkeit oder seelischen Labilität entbindet im Allgemeinen nicht von der Entschädigungspflicht. Im Öffentlichen Recht ist dabei zu prüfen, ob „das Unfallereignis und seine organischen Auswirkungen ihrer Eigenart und Stärke nach unersetzlich, d.h. z.B. nicht mit anderen alltäglich vorkommenden Ereignissen austauschbar sind und ob die Anlage so leicht ansprechbar war, dass sie gegenüber den psychischen Auswirkungen des Unfallereignisses die rechtlich allein wesentliche Ursache ist“⁸. Im Haftpflichtrecht findet die Entschädigungspflicht ihre Grenze bei „im Alltagsleben als typische und häufig auch aus anderen Gründen als einem besonderen Schadensfall entstehende Beeinträchtigungen des Körpers oder des seelischen Wohlbefindens“⁹ (► Kap. 8).

⁸ vgl. BSG Urteil v. 18.12.1962 - 2 RU 189/59, BSGE 18, 163.7; BSG, Urteil v. 9.05.2006 - B 2 U 26/04 R

⁹ vgl. OLG Hamm, Urteil v. 02.07.2001 - 13 U 224/00

Ist der regelwidrige Gesundheitszustand klinisch und/oder funktionell noch nicht Erscheinung getreten, wird in der gesetzlichen Unfallversicherung und im Dienstunfallrecht hierfür der Begriff der **Schadensanlage**, in der privaten Unfallversicherung der des **Vorzustandes** verwendet. Wurde dieser bereits vor dem Unfall oder dem Schädigungsereignis manifest, wird im Bereich des Öffentlichen Rechts von einem **Vorschaden** (► Kap. 8.1), in der privaten Unfallversicherung von einer **Vorinvalidität** gesprochen.

2.5.2 Verlauf nach dem Schädigungsereignis

Treten nach einem Unfall- oder Schädigungsereignis Gesundheitsstörungen oder belastende Lebensumstände auf, die mit den Schädigungsfolgen konkurrieren, sind diese gutachtlich im Kontext des jeweiligen Rechtsgebiets in ihrer Bedeutung zu beschreiben und zu bewerten. Die Terminologie des Öffentlichen Rechts kennt dabei den Begriff der **Verschiebung der Wesensgrundlage** (► Kap. 8.1). Von einem **Nachschaden** wird gesprochen, wenn sich nach Eintritt einer Schädigung unabhängig von dieser eine weitere Gesundheitsstörung entwickelt.

2.6 Bemessung von Schädigungsfolgen

Die Einschätzung psychischer Schädigungsfolgen erfolgt in allen Rechtsgebieten im ersten Schritt nach dem bio-psycho-sozialen Konzept der ICF. Auf Details sei hierzu auf Teil I / Kap. 2.5 der vorliegenden Leitlinie verwiesen. Im zweiten Schritt sind bei Begutachtungen im Sozial- und Verwaltungsrecht die nachweisbaren schädigungsbedingten Funktionsstörungen nach den entsprechenden Tabellenwerken zu bewerten (► Kap. 8).

3. Grundlagen der Psychotraumatologie

Das Kapitel enthält eine kurze Zusammenfassung der für das Verständnis von Zusammenhangsbegutachtungen wichtigsten psychotraumatologischen Grundlagen. Zu den detaillierten Vorgaben der psychiatrischen Klassifikationssysteme sei auf Kapitel 4 verwiesen.

3.1 Traumabegriff

Dem Wortsinn des aus dem Griechischen stammenden Begriffs (τραύμα) nach liegt ein Trauma bzw. Traumatisierung erst dann vor, wenn es nachweislich zu einer Verletzung oder Wunde, demnach zu einer tatsächlichen Schädigung gekommen ist. Dies ist im gutachtlichen Kontext, bei dem in allen Rechtsgebieten der körperliche und/oder seelische „Erstschaden“ ohne vernünftigen Zweifel zu belegen ist, von eminenter Bedeutung. Solange ein derartiger Schaden nicht nachgewiesen ist, sollte daher stets von einem **potenziell traumatisierenden Ereignis** gesprochen werden [Foerster, 2010].

Was als potenziell traumatisierend eingeschätzt wird, unterliegt in erheblichem Umfang gesellschaftlichen Konventionen und erfährt laufend durch aktuelle psychotraumatologische und epidemiologische Forschungsergebnisse weitere Veränderungen. Beispiele potenziell traumatisierender Ereignisse als Ursachen einer posttraumatischen Belastungsstörung werden im DSM-5 genannt (► Tab. 4.3). Gleichzeitig droht der Traumabegriff im gesellschaftlichen Sprachgebrauch zu verallgemeinern und für jedwede subjektive Belastungserfahrung oder belastende Lebensereignisse Anwendung zu finden. Einigkeit besteht

jedoch darüber, dass intensiv einwirkende oder lebensbedrohliche Belastungserfahrungen psychische Traumafolgestörungen auslösen können.

3.2 Traumaarten

Im Zusammenhang mit der Entwicklung posttraumatischer Störungen werden anhand der Dauer der Belastung nach Terr [1994] und Maercker [2013] zwei Traumaarten unterschieden (► Tab. 3.1):

- **Typ I-Traumen** sind kurzdauernde traumatisierende Ereignisse, die durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet sind.
- **Typ II-Traumen** bezeichnen lang andauernde, sich wiederholende Traumen wie Kindesmissbrauch, Folter oder Kriegsgefangenschaft. Entscheidend hierfür ist das Zusammentreffen sequentieller traumatisierender Einzelerlebnisse mit einer kontinuierlichen, potenziell traumatogenen Situation (sogenannte „traumatische Normalität“).

Tab. 3.1 Unterschiedliche Formen potenziell traumatisierender Ereignisse als Ursache posttraumatischer Belastungsstörungen (nach Terr [1994] und Maercker [2013], modifiziert gemäß DSM-5).

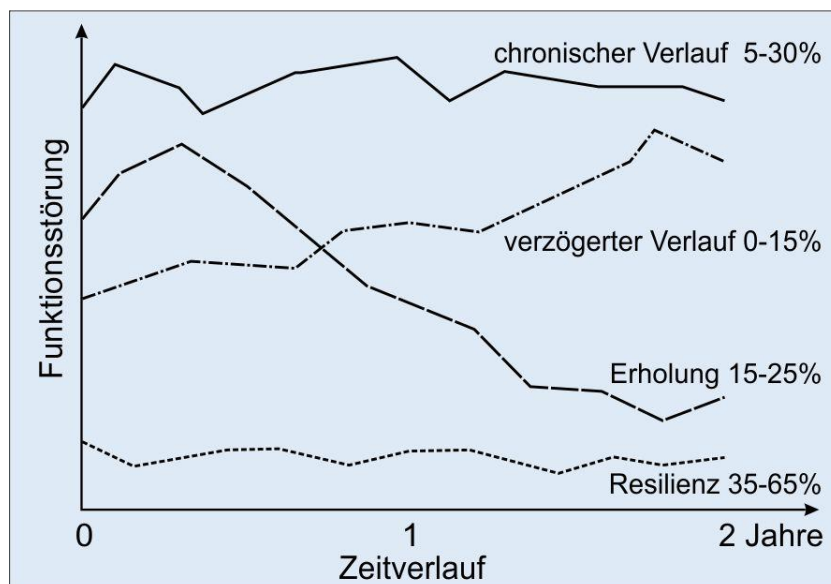
	Typ I-Traumen einmalig / kurzdauernd	Typ II-Traumen mehrfach / langdauernd
Akzidentielle Traumen	Schwere Verkehrsunfälle Kurzdauernde Naturkatastrophen (z.B. Blitzschlag) Technische Katastrophen (z.B. Tankexplosion) Medizinische Katastrophen (z.B. anaphylaktischer Schock)	Berufsbedingte Traumen (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) Langdauernde Naturkatastrophen (z.B. Flut)
Interpersonelle Traumen	Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung) Schwere körperliche Gewalt (z.B. Überfall auf der Straße) Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)	Sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend Körperliche Misshandlungen in Kindheit und Jugend Kriegserfahrungen als Soldat oder Zivilist Geiselhaft Mit Folter einhergehende Haft

3.3 Resilienz

Glücklicherweise erkranken nicht alle Menschen nach dem Erleben eines potenziell traumatischen Ereignisses. Viele erfahren Traumatisierungen und unterschiedlichste Katastrophen und kommen trotzdem im Leben zurecht. Diese Fähigkeit, Krisen zu meistern, wird mit dem Begriff der **Resilienz** beschrieben [Bonanno, 2004]. Die Beobachtung, dass Menschen aus traumatischen Erfahrungen auch gestärkt hervor gehen können, wird als „**posttraumatisches Wachstum**“ beschrieben [Tedeschi u. Calhoun, 2004]. **Vulnerabilität** beschreibt als Gegenteil von Resilienz eine vermehrte Verletzbarkeit und höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit. Resilienz- und Vulnerabilitätsphänomene können neurobiologisch, genetisch, epigenetisch, psychosozial oder auch biographisch (Lebensalter) begründet sein und interagieren im Sinne komplexer Wechselwirkungen (► Kap.3.6).

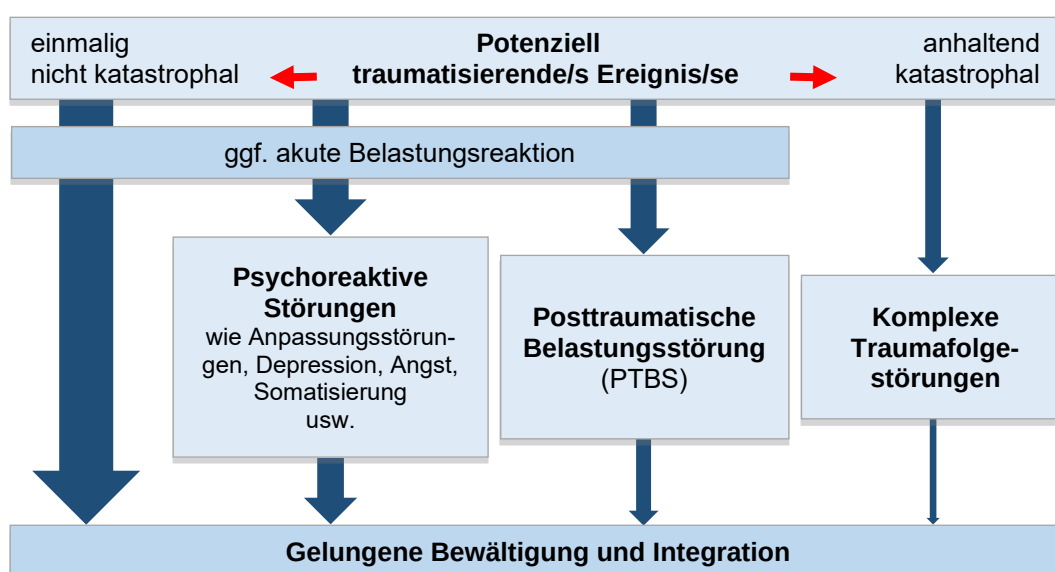
Potenziell traumatische äußere Ereignisse können – sowohl einzeln als auch in Kumulation – Traumafolgestörungen induzieren, allerdings müssen diese nicht zwingend auftreten [deRoos-Cassini et al., 2010]. Nach einmaligen, kurzdauernden Ereignissen kommt es in der überwiegenden Zahl der Fälle, insbesondere auch bei geeigneter Therapie, im Verlauf von Monaten bis wenigen Jahren zu einer (weitgehenden) Bewältigung, ein Anteil von 5-30% zeigt aber einen chronischen Verlauf (► Abb. 3.1).

Abb. 3.1 Verlauf psychischer Reaktionen auf potenziell traumatisierende Ereignisse (nach Bonanno et al. [2011]).



3.4 Entwicklung und Verlauf psychoreaktiver Störungen

Abb. 3.2 Verlaufsformen traumareaktiver Entwicklungen (modifiziert nach Widder u. Foerster [2018]).



So gut wie alle Menschen erleben im Verlauf ihres Lebens ein oder mehrere potenziell traumatisierende Ereignisse [Hyland et al., 2017], aber in Abhängigkeit von der Resilienz kommt es nur bei einem insgesamt

geringen Anteil zu anhaltenden Traumafolgestörungen [Breslau, 2009a; Kessler et al., 2017]. Insbesondere einmalige, kurz dauernde Lebensereignisse werden – möglicherweise nach einer kurzen Phase der psychischen Reaktionsbildung nach mentaler Auseinandersetzung mit dem Trauma („Traumaaarbeit“) – in die Lebenserfahrungen integriert und bewältigt. Nach langandauernden, mehrfachen oder wiederholten katastrophalen Ereignissen ist die Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung einer Traumafolgestörung demgegenüber wesentlich höher (► Kap. 4.2.1). Deshalb sind Unterschiede zwischen den Traumaarten zu beachten (► Abb. 3.2).

Typ I-Traumen

Nach den zahlenmäßig häufigen Typ I-Traumen gelingt einer kleineren Gruppe die Anpassung an die Erlebnisse nicht. Diese äußert sich in Symptomen einer Anpassungsstörung (► Kap. 4.4) oder es entwickeln sich im Einzelfall auch darüber hinaus schwerwiegendere depressive Episoden, komplexere ängstliche und/oder somatoforme Störungen, chronische Schmerzsyndrome sowie Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente) – dies insbesondere dann, wenn anhaltende körperliche Schädigungsfolgen zurückbleiben, welche die Lebensqualität dauerhaft einschränken (► Kap. 6). Bei einer noch kleineren Gruppe entsteht nach einem einmaligen Trauma (Typ I-Trauma) eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die jedoch in der überwiegenden Zahl der Fälle – insbesondere nach geeigneter Therapie – in einem überschaubaren Zeitraum (weitgehend) abklingt (► Kap. 4.2.1). Eine Ausnahme stellen interpersonelle Traumen, z.B. Vergewaltigungen, dar, die mit einer höheren PTBS-Inzidenz einhergehen und eher chronifizieren können.

Typ II-Traumen

Die Morbiditätsraten sind in der Regel höher, wenn Betroffene lang dauernde Schädigungsereignisse mit wiederholten Traumatisierungen erlebt haben. Ebenso wie bei einmaligen Belastungsereignissen haben aber auch bei derartigen Traumen die empirisch belegten Schutz- und Risikofaktoren einen Einfluss auf die Entwicklung und Schwere einer psychischen Folgestörung [Becker-Nehring et al., 2012]. Bei zwischenmenschlichen Gewalterfahrungen spielt das Alter der Betroffenen eine ebenso wichtige Rolle wie die Nähe im Beziehungsgefüge.

Gemäß ICD-10 können Betroffene nach mehrfachen oder lang anhaltenden Traumen (Typ II-Traumen) sowie bei nach objektiven Kriterien katastrophalen einmaligen Ereignissen eine andauernden Persönlichkeitsveränderung entwickeln (► Kap. 4.3). Im DSM-5 werden die zugehörigen Symptome (weitgehend) unter der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) subsummiert, in der aktuellen Release-Fassung der ICD-11 als komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) bezeichnet.

3.5 Peri- und posttraumatische Dissoziation

Der im Zusammenhang mit potenziell traumatisierenden Ereignissen verwendete Begriff der Dissoziation (*dissociare* lat. trennen, scheiden) stellt primär keinen pathologischen Prozess dar, sondern kennzeichnet die Fähigkeit des Menschen, schwer zu ertragende Inhalte aus seinem Bewusstsein abzuspalten. Hierbei sind zwei Formen der Dissoziation zu unterscheiden:

- **Peritraumatische Dissoziation:** In Gefahrensituationen stellt das unbewusste Ausblenden der tatsächlichen Bedrohung und/oder auch des Schmerzerlebens eine (mögliche) psychophysische Reaktion des menschlichen Organismus dar. Das Vorliegen einer peritraumatischen Dissoziation gilt als mäßiger Risikofaktor für die Entwicklung einer späteren Traumafolgestörung [Breh u. Seidler, 2007; Wittmann et al., 2006; Ursano et al., 1999]. Allerdings bemängeln Metaanalysen, dass die zugehörige Literatur überwiegend retrospektive Befragungen umfasst [Candel u. Merckelbach, 2004], auch sei ein klarer kausaler Zusammenhang nicht zu erkennen [Lensvelt-Mulders et al., 2008]. Als wesentlich bedeutsamer für

die spätere Entwicklung einer PTBS wird das Vorliegen einer akuten Panikreaktion angesehen [Bryant, 2011].

- **Posttraumatische Dissoziation:** Im DSM-5 werden dissoziative Symptome in Form von Depersonalisation und Derealisation als Begleitsymptomatik einer PTBS genannt (► Tab. 4.4). In einer aktuellen Metaanalyse wird allerdings die geringe Datenbasis und die Heterogenität der zugehörigen Studien bemängelt [Hansen et al., 2017].

3.6 Einflussfaktoren auf psychoreaktive Störungen (Kontextfaktoren)

Psychoreaktive Symptome hängen in ihrer Entwicklung und Ausprägung sowie im Verlauf von zahlreichen prä-, peri- und posttraumatischen Faktoren ab. Derartige Faktoren werden in Anlehnung an die ICF-Klassifikation¹⁰, die ohne Bezug auf einen Schädigungszusammenhang formuliert ist, als „Kontextfaktoren“ bezeichnet und als „**personbezogen**“ und „**umweltbezogen**“ differenziert. Personbezogene Faktoren reflektieren den speziellen Lebenshintergrund und die Lebensführung eines Menschen. Umweltfaktoren wirken von außen auf eine Person und umfassen die Art der Unterstützung und Beziehung (Familie, Freunde, Fachleute des Gesundheitswesens, andere Fachleute), individuelle oder gesellschaftliche Einstellungen sowie Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z.B. des Gesundheitswesens). Kontextfaktoren aus beiden Bereichen können förderlich oder als Barriere wirken.

Kontextfaktoren sind differenziert entlang der einzelnen Phasen (prä-, peri-, posttraumatisch) zu berücksichtigen (► Tab. 3.2) und auf einen möglichen konkurrierenden Charakter zum Ereignis bzw. Ereignisverlauf hin zu analysieren (► Kap. 7.5). Im gutachtlichen Kontext ist zu berücksichtigen, dass dem Wunsch nach materieller und/oder immaterieller Entschädigung sowie Schuldaspekten nach Unfallereignissen eine bedeutsame Rolle zukommt [Grant et al., 2014; Giummarra et al., 2017].

Tab. 3.2 Beispiele von Kontextfaktoren für die Entwicklung psychoreaktiver Störungen (mod. nach [Beck u. Sloan, 2012]).

Prätraumatische Faktoren	Peritraumatische Faktoren	Posttraumatische Faktoren
Personbezogen		
Geschlecht, Alter, Bildung, Intelligenz Frühere traumatische Erfahrungen, biographische Belastungen Vorerkrankungen Persönlichkeitsfaktoren	Objektive Schwere des Traumas Peritraumatisches Bedrohungserleben	Eigene Coping-Mechanismen, Heilungsverlauf Schuldaspekte, Opferstatus Motivationale Aspekte Weitere Belastungen und/oder Traumata
Umweltbezogen		
Private und berufliche Situation Soziales Umfeld (Beziehungen in Familie, Freunde, Arbeit)	Art, Schwere, Dauer der traumatischen Situation Zeitpunkt und Art der Erstversorgung	Rolle des Gesundheitswesens Reaktion des sozialen Umfelds (Familie, Freunde, Arbeitgeber) Straf- und Ermittlungsverfahren Versicherungs- und entschädigungsrechtliche Aspekte

¹⁰ International Classification of Functioning, Disability and Health

4. Diagnostische Kriterien psychoreaktiver Störungen

Das Kapitel enthält eine Darstellung der wichtigsten diagnostischen Kriterien, wie diese in den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 aufgeführt sind. Da die ICD-11 in englischer Sprache bereits verabschiedet wurde, ist auch diese Klassifikation, soweit es sinnvoll erscheint, mitberücksichtigt. Darüber hinaus finden sich Literaturangaben zum Verlauf psychoreaktiver Störungen, soweit diese gutachtlich von Bedeutung sein können.

Tab. 4.1 Kategorien psychischer Störungen in möglichem Zusammenhang zu Traumafolgestörungen gemäß der ICD-10-Klassifikation.

ICD	Diagnose
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	
F43.0	Akute Belastungsreaktion
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
F43.2	Anpassungsstörung
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung
Sonstige psychische Störungen, die gutachtlich in der Differenzialdiagnose von Bedeutung sein können (in der Reihenfolge der ICD-Nummerierung)	
F10 - F19	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen
F32 / 33	Depressive Episode(n)
F40	Phobische Störung
F41.0	Panikstörung
F41.1	Generalisierte Angststörung
F44	Dissoziative Störung
F45	Somatoforme Störung
F50	Essstörung
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
F68.0	Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen

Die Symptomatik psychoreaktiver Störungen ist vielgestaltig und beschränkt sich nicht auf posttraumatische Belastungsstörungen, wenngleich diese Diagnose von vielen Ärzten und Psychologen als einzig mögliche Traumafolgestörung angesehen wird. Von richterlicher Seite wurde darauf hingewiesen, dass der im therapeutischen Kontext gestellten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung „ohne genaue Kenntnis des Tathergangs“ nur geringe Beweiskraft zukommt¹¹. Die ICD-10-Nomenklatur ordnet die meisten Traumafolgestörungen einem weit gefassten Kapitel über „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F4) zu. Im aktuellen DSM-5 der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) finden sie sich in einer eigenen Kategorie als „Trauma- und belastungsabhängige Störungen“. Ähnlich stellt es

¹¹ vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.12.2015 - L 6 VG 4685/14

sich in der Release-Fassung der ICD-11 als Kategorie “Belastungsabhängige Störungen” dar. Nachdem das DSM-5 keine eigene Verschlüsselung kennt, sind zumindest im Bereich des Sozialrechts für die Diagnosestellung bei psychoreaktiven Störungen derzeit (noch) die ICD-10-Diagnosen mit der zugehörigen Kodierung maßgeblich (► Tab. 4.1). Emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen (Borderline Persönlichkeitsstörung) und dissoziative Störungen sind vor allem in der Differenzialdiagnose bei der komplexen posttraumatischen Störung (kPTBS) von Bedeutung und werden dort beschrieben (► Kap. 4.3.4).

4.1 Akute Belastungsreaktion (F43.0)

Bei gleicher Benennung besitzt die Diagnose der akuten Belastungsreaktion in den Klassifikationssystemen unterschiedliche Bedeutung:

- Gemäß **ICD-10** handelt es sich um eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich (auch) „bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt“, unmittelbar nach dem Ereignis auftritt und im Allgemeinen innerhalb weniger Tage nach dem Ereignis abklingt. Eine ähnliche Definition findet sich auch in der Release-Fassung der ICD-11, wurde aber in die Z-Kategorie verschoben.
- Das **DSM-5** (hier als akute Belastungsstörung bezeichnet) versteht demgegenüber unter Nennung annähernd derselben diagnostischen Kriterien wie der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) hierunter eine „Vorstufe“ oder „Frühreaktion“ der PTBS, die dann entweder im Verlauf weniger Tage bis Wochen abklingt oder in eine PTBS übergehen kann.

Gutachtliche Bedeutung kommt der akuten Belastungsreaktion vor allem bei der Beurteilung der unmittelbaren Situation nach einem potenziell traumatischen Ereignis zu.

4.2 Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

4.2.1 Prävalenz und Inzidenz

Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychoreaktiver Störungen unterscheidet sich je nach Art des traumatischen Ereignisses. So ist das Risiko, nach einem potenziell traumatischen Ereignis an einer PTBS zu erkranken, nach Vergewaltigung wesentlich höher als dasjenige nach einem Autounfall [Kessler et al., 1995; Kessler et al., 2017].

Straßenverkehrsunfälle

Die **Prävalenz** für die Entwicklung einer PTBS nach einem lebensbedrohlichen Straßenverkehrsunfall liegt gemäß den Daten des WHO World Mental Health Surveys bei 2,5%, ohne dass zwischen den verschiedenen Ländern wesentliche Unterschiede erkennbar waren [Stein et al., 2016]. Laut einer Metaanalyse von 15 publizierten Arbeiten mit insgesamt 6.804 Befragten wurden demgegenüber – allerdings überwiegend lediglich anhand von Fragebögen – PTBS-Symptome zwischen 6 und 58% bei einem Durchschnittswert von 22% beschrieben [Lin et al., 2018]. In einer französischen Studie [Chossegros et al., 2011] zeigten 17% der Betroffenen 6 Monate nach einem Verkehrsunfall in einem Fragebogen (Posttraumatic Checklist) Symptome einer PTBS, die Rücklaufquote der Fragebögen lag allerdings lediglich bei der Hälfte der angeschriebenen 1.168 Patienten. Als Risikofaktoren wurden – in absteigender Bedeutung – der objektive Schweregrad des Ereignisses, das Vorliegen einer Amnesie > 1 h, vorausgegangene kritische Lebensereignisse und/oder psychische Probleme sowie eine Unfallverursachung durch andere identifiziert.

In einer älteren prospektiven deutschen Studie zur **Inzidenz** einer PTBS nach Verkehrsunfällen zeigten 18% der untersuchten 179 Patienten 6 Monate nach dem Ereignis eine PTBS [Frommberger et al., 1998],

Prädiktoren waren die Schwere des Unfallereignisses sowie die Entwicklung zeitnaher ängstlich-depressiver Symptome. In einem schweizerischen Kollektiv von 121 schwerverletzten Patienten fanden Hepp et al. [2008] initial bei 6% PTBS-Symptome, nach einem Jahr lediglich noch bei 2%. Vergleichbare Werte zeigten sich in einer weiteren deutschen Verlaufsstudie von 208 Unfallopfern mit einer Inzidenz von 5,9% nach 6 Monaten und 2,5% nach 12 Monaten [Wrenger et al., 2008]. Brand et al. [2014] fanden demgegenüber bei insgesamt 32.807 in der Notfallambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover eingetroffenen Patienten nach Verkehrsunfällen lediglich eine Inzidenz von 0,78%. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des Unfallereignisses und dem Auftreten einer PTBS ließ sich dabei nicht nachweisen. Die Geltendmachung versicherungsrechtlicher Ansprüche war in 2 Studien mit einer signifikant höheren Inzidenz von PTBS-Symptomen verbunden [Harris et al., 2008; Murgatroyd et al., 2016].

Arbeitsunfälle

Zur Frage des Auftretens psychoreaktiver Störungen nach Arbeitsunfällen liegen überraschenderweise nur wenige Studien vor. Nyberg et al. [2003] fanden 6 Monate nach schweren Arbeitsunfällen bei 12% der Betroffenen das Vollbild einer PTBS, vergleichbare Zahlen berichteten Hu et al. [2000] für unmittelbare Zeugen tödlicher Arbeitsunfälle. In einer Studie aus Taiwan berichteten 3 Monate nach einem Arbeitsunfall mit wenigstens 3-tägiger Hospitalisierung 2,7% der 2.001 Befragten über Symptome einer PTBS, nach schweren Verletzungen waren es 10,4% [Lin et al., 2012]. Zum Verlauf fanden Chin et al. [2017] 6 Jahre nach einem schweren Arbeitsunfall bei allerdings nur knapp einem Viertel an Fragebogenrückläufen bei 6% Symptome einer PTBS. Dem standen höhere Raten depressiver (21%) und generalisierter Angststörungen (16%) gegenüber, was die Auslöseraten für eine PTBS relativiert.

Eine besondere Bedeutung scheinen Handtraumen zu besitzen. So wurden nach schwereren Handverletzungen initial in bis zu 80% Flashbacks beschrieben, die auch noch nach 18 Monaten bei der Hälfte der Betroffenen vorhanden waren [Grunert et al., 1992]. Im Zusammenhang mit industriellen Katastrophen schwankte die Prävalenz einer PTBS in Abhängigkeit der verwendeten PTBS-Definition und des Schweregrades der Katastrophe zwischen 0% [Creamer u. Manning, 1998] und 35% [Wang et al., 2010]. Hauptproblem der meisten Studien hierzu ist, dass es sich nicht um prospektive Untersuchungen nach einem potenziell traumatischen Ereignis handelt, sondern um retrospektive Fragebogenerhebungen zu einem späteren Zeitpunkt.

Einmalige Missbrauchserlebnisse/Vergewaltigung

In einer Studie von 2.181 Personen im Alter von 18 bis 45 Jahren aus dem Raum Detroit (USA) mittels Telefoninterview (WHO-CIDI; PTBS-Kriterien nach DSM-IV) lag die bedingte Wahrscheinlichkeit für die Ausbildung einer PTBS-Symptomatik nach einer Vergewaltigung für Frauen bei 49%, für Männer lagen keine Fälle vor [Breslau, 2009b]. Nach sexuellen Übergriffen (außer Vergewaltigung) betrug die bedingte PTBS-Wahrscheinlichkeit bei Frauen 24% vs. 15% bei Männern. In einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von 2.426 deutschen Personen im Alter von 14-93 Jahren mittels Fragebogen (Posttraumatic Stress Scale) wurden mit 37,5% vergleichbar hohe Zahlen genannt [Maercker et al., 2008]. Weltweit liegt das Risiko für die Entwicklung einer PTBS nach Vergewaltigung gemäß WHO World Mental Health Surveys bei 19,0% ($\pm 2,2\%$ Standardabweichung) [Kessler et al., 2017].

Langanhaltende Missbrauchserlebnisse

Bei langanhaltenden Missbrauchserlebnissen in Form von Kindesmissbrauch (< 14. Lebensjahr) betrug die bedingte Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln, 35,3% [Maercker et al. 2008].

Gewalt und Folter

Für nicht weiter differenzierte körperliche Gewalt lag die bedingte Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln, in der Untersuchung von Maercker et al. [2008] bei 10,5%. In der Studie von Breslau [2009b] fanden sich bedingte Wahrscheinlichkeiten für die Entwicklung einer PTBS nach schwerer Körperverletzung bei Frauen in 56% vs. bei Männern in 6%. Die bedingten Wahrscheinlichkeiten für die Ausbildung einer PTBS

nach einer Gefangennahme/Folter/Entführung lagen in derselben Studie für Frauen bei 78%. Im WHO World Mental Health Surveys wurde ein PTBS-Risiko von 11,0% nach Entführungen vermerkt [Kessler et al., 2017].

4.2.2 Eingangskriterium

Eine posttraumatische Belastungsstörung kann sich gemäß den verschiedenen Klassifikationssystemen im Gefolge traumatisch erlebter Ereignisse entwickeln (sog. **A-Kriterium**) (► Tab. 4.2), wobei das DSM-5 ergänzend verschiedene konkrete Beispiele anführt (► Tab. 4.3).

Tab. 4.2 Eingangskriterium (A-Kriterium) der PTBS in den verschiedenen Klassifikationssystemen.

Klass.	Beschreibung
ICD-10	Verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, schwere Unfälle oder Zeuge eines gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein.
ICD-11	“... following exposure to an extremely threatening or horrific event or series of events ...”
DSM-5	Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten: 1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse. 2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen. 3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind. Im Fall von tatsächlichem oder drohendem Tod des Familienmitgliedes oder Freundes muss das Ereignis bzw. müssen die Ereignisse durch Gewalt oder einen Unfall bedingt sein. 4. Die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z.B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert wurden). Beachte: Eine Konfrontation durch elektronische Medien, Fernsehen, Spielfilme oder Bilder erfüllt das Kriterium A4 nicht, es sei denn, diese Konfrontation ist berufsbedingt.

Tab. 4.3 Beispiele und Präzisierungen für das A-Kriterium im DSM-5, ohne auf diese begrenzt zu sein (nach Falkai u. Wittchen [2015])

A-Kriterium	Aufgeführte Beispiele und Präzisierungen
zu 1. Direktes Erleben traumatischer Ereignisse	Kriegserfahrungen als Soldat oder Zivilist, drohender oder tatsächlicher körperlicher Übergriff (z.B. körperlicher Angriff, Raubüberfall, Überfall auf der Straße, körperliche Misshandlung in der Kindheit) drohende oder tatsächliche sexuelle Gewalt (z.B. erzwungener Geschlechtsverkehr, durch Alkohol-/Drogenkonsum geförderter Geschlechtsverkehr, missbräuchliche Sexualkontakte, sexueller Missbrauch ohne Körperkontakt, Zwangsprostitution) Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen und schwere Verkehrsunfälle. Bei Kindern gehören zu den sexuellen Gewalterfahrungen auch Erfahrungen ohne direkte körperliche Gewalt oder Verletzungen, die aber dem Entwicklungsstand unangemessen sind. Eine lebensbedrohliche Erkrankung oder stark einschränkende medizinische Beschwerden stellen nicht notwendigerweise traumatische Ereignisse dar. Medizinische Vorfälle, die die Kriterien eines traumatischen Ereignisses erfüllen, beinhalten plötzlich auftretende katastrophale Ereignisse (z.B. Aufwachen während einer Operation, anaphylaktischer Schock).
zu 2. Erleben traumatischer Ereignisse bei anderen Personen	Genannt werden „drohende oder ernsthafte Verletzung, unnatürliche Todesfälle, gewaltsamer körperlicher oder sexueller Missbrauch, häusliche Gewalt, Unfall, Krieg oder Naturkatastrophe oder schwerwiegender medizinischer Notfall bei einem eigenen Kind (z.B. lebensbedrohliche Blutung).
zu 3. Erfahren traumatischer Ereignisse an anderen Personen	Beschränkung auf Ereignisse, die nahe Verwandte und enge Freunde sowie gewaltsame Erfahrungen und Unfälle betreffen (z.B. stellt ein natürlicher Tod kein traumatisches Ereignis dar). Derartige Ereignisse umfassen: gewaltsame persönliche Angriffe, Selbsttötung, schwere Unfälle und Verletzungen. Die Störung kann besonders schwer oder langandauernd sein, wenn sie vorsätzlich durch andere Menschen verursacht wurde (z.B. Folter, sexuelle Gewalt).

4.2.3 Syndromale Kriterien

Hinsichtlich der syndromalen Kriterien (**B-E-Kriterium**) repräsentiert das DSM-5 den aktuellen Kenntnisstand (► Tab. 4.4). Die vielerorts gestellte Diagnose einer „**partiellen PTBS**“ oder „**subsyndromalen PTBS**“ ist in keinem psychiatrischen Klassifikationssystem verankert und sollte daher nicht gestellt werden.

Tab. 4.4 Syndromale Kriterien der PTBS im DSM-5 (nach Falkai u. Wittchen [2015]).

Krit.	DSM-5 (geringfügig gekürzt)
B	Wiedererleben (mindestens 1 Symptom): 1. Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse. 2. Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen. 3. Dissoziative Reaktionen (z.B. Flashbacks), bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das oder die traumatischen Ereignisse wieder ereignen würden.

	- Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern. - Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben oder derselben erinnern.
C	Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind (mindestens 1 Symptom): - Vermeidung oder Bemühungen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind. - Vermeidung oder Bemühungen, Dinge in der Umwelt (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen) zu vermeiden, die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind.
D	Negative Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung (mindestens 2 Symptome): - Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse zu erinnern (typischerweise durch dissoziative Amnesie und nicht durch andere Faktoren wie Kopfverletzungen, Alkohol oder Drogen bedingt). - Anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf die eigene Person, andere Personen oder die Welt beziehen (z.B. „Ich bin schlecht“, „Man kann niemandem trauen“, „Die ganze Welt ist gefährlich“, „Mein Nervensystem ist dauerhaft ruiniert“). - Anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des oder der traumatischen Ereignisse, die dazu führen, dass die Person sich oder anderen die Schuld zuschreibt. - Andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham). - Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten. - Gefühle der Abgetrenntheit oder Entfremdung von anderen. - Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (z.B. Glück, Zufriedenheit, Gefühle der Zuneigung).
E	Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität (mindestens 2 Symptome). Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert. - Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden. - Risikantes oder selbstzerstörerisches Verhalten. - Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz). - Übertriebene Schreckreaktionen. - Konzentrationsschwierigkeiten. - Schlafstörungen (z.B. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf).
F	Das Störungsbild (Kriterien B, C, D und E) dauert länger als 1 Monat.
G	Das Störungsbild verursacht klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
H	Das Störungsbild ist nicht auf physiologische Effekte von Substanzen (z.B. Medikamente, Alkohol) oder eine andere körperliche Erkrankung zurückzuführen.

Sub- ty- pen	(A) Bestimme, ob mit dissoziativen Symptomen: Die beim Betroffenen auftretenden Symptome erfüllen die Kriterien für eine PTBS. Zusätzlich erlebt der Betroffene als Reaktion auf das auslösende Ereignis dauerhaft oder wiederkehrend eines der beiden folgenden Symptome: 1. Depersonalisation: anhaltende oder wiederkehrende Erfahrung des Losgelöstseins und das Gefühl, die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von außen zu beobachten (z.B. Gefühl, als sei man in einem Traum; Gefühl der Unwirklichkeit des Selbst oder des Körpers oder alles wie in Zeitlupe zu erleben). 2. Derealisation: anhaltende oder wiederkehrende Erfahrungen der Unwirklichkeit der Umgebung (z.B. die Umgebung wird als unwirklich, wie im Traum, entfernt oder verzerrt wahrgenommen). Beachte: Die dissoziativen Symptome dürfen nicht auf die Wirkung von Substanzen oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. komplex fokale Anfälle) zurückzuführen sein. (B) Bestimme, ob mit verzögertem Beginn: wenn das Auftreten und das Beschreiben einzelner Symptome zwar initial erfolgt, aber erst mindestens 6 Monate nach dem Ereignis alle diagnostischen Kriterien erfüllt sind.
-----------------------------	---

4.2.4 Entwicklung der PTBS

Die Diagnose PTBS ist gemäß DSM-5 nur dann zu stellen, wenn die Symptomatik mindestens über einen Monat oder länger andauert. Für den Beginn beschreibt das DSM-5, dass eine PTBS „normalerweise“ innerhalb von 3 Monaten nach dem schädigenden Ereignis eintritt, es könne aber im Einzelfall „Monate oder sogar Jahre“ dauern, bis das für die Diagnosestellung erforderliche „Vollbild“ vorliegt. Dies bedeute jedoch ausdrücklich, dass die Betroffenen bis dahin keinesfalls psychisch gesund seien. Vermerkt ist vielmehr, dass „einige der Symptome typischerweise sofort auftreten“, was für die gutachtliche Beweisführung (► Tab. 5.1) von wesentlicher Bedeutung ist.

PTBS mit verzögertem Beginn

Von einer PTBS mit verzögertem Beginn („**delayed onset**“ bzw. „**delayed expression**“ PTSD) wird gesprochen, wenn das Vollbild erst nach Ablauf von 6 Monaten eintritt. Die Studienlage hierzu ist uneinheitlich und schwer zu bewerten. Metaanalysen weisen ein sehr heterogenes Bild mit Manifestationsraten zwischen 0 und 68% aus, beziehen sich dabei jedoch überwiegend auf Beobachtungszeiträume bis zu 3 Jahren [Andrews et al., 2009; Smid et al., 2009; Utzon-Frank et al., 2014]¹².

Insbesondere Soldaten nach Kriegseinsatz (z.B. Veteranen aus dem Koreakrieg) sowie andere professionelle Einsatzkräfte scheinen zu einem verzögerten Beginn der PTBS zu neigen. Unter 140 von einer PTBS betroffenen ehemaligen amerikanischen Kriegsgefangenen fanden Engdahl et al. [1998] in einem untersuchten Zeitintervall von 50 Jahren bei 1,4% einen verzögerten Beginn. In einer Studie von Frueh et al. [2009] wurden 747 frühere Kriegsteilnehmer untersucht, von denen 0,4% eine PTBS mit verzögertem Beginn aufwiesen. Eine Verzögerung von mehr 6 Jahren trat jedoch bei keinem der Betroffenen auf. Soweit es nach einmaligen potenziell traumatischen Ereignissen wie Flutkatastrophen, Terrorattacken oder Flugzeugkatastrophen bei den Überlebenden zur Ausbildung einer PTBS kam [North u. Oliver, 2013], entwickelten sich posttraumatische Symptome stets zeitnah (bei 97% innerhalb eines Monats, in keinem Fall länger als 6 Monate).

Generell wird heute ein zeitliche Verzögerung von 6 Monaten oder mehr bis zur Entwicklung des Vollbildes einer PTBS für möglich erachtet und konzeptionell anerkannt [Mcfarlane, 2010; Fikretoglu u. Liu, 2012].

¹² Die zahlenmäßig umfassendsten Studien betreffen die Folgen des Terroranschlags auf das World Trade Center 2001, während es sich in anderen Arbeiten häufig um sehr kleine Kollektive handelte. Außerdem finden sich in den Einzelstudien oft keine konkreten Angaben zum Schweregrad der Ereignisse und es wurden Fälle mit einem Störungsbild einbezogen, bei dem definitionsgemäß nach DSM-5 keine PTBS zu diagnostizieren wäre (z.B. Patientinnen nach Brustkrebskrankung). Die Wertigkeit zahlreicher Studien erscheint auch dadurch eingeschränkt, dass die Diagnosestellung lediglich anhand von Fragebögen oder Telefoninterviews erfolgte. Ferner wurden Einflussfaktoren wie Entschädigungserwartungen oder anhaltende Rechtsstreitigkeiten nicht oder kaum berücksichtigt.

Ein späteres Auftreten ohne bereits im Vorfeld nachweisbare Teilsymptome („**sub-threshold**“) ist nach den genannten Metaanalysen jedoch selten. Gutachtlich können folgende „Eckpunkte“ der Orientierung dienen:

- Nach **einmaligen Erlebnissen** sind „asymptomatische Perioden“ über mehr als 3-6 Monate hinaus äußerst selten. Zu bedenken sind solche Konstellationen, wenn in dieser Zeit schwere körperliche Schäden die psychischen Störungen überdeckten.
- Nach schweren, **lang andauernden traumatischen Erlebnissen** (z.B. Kriegserlebnisse, Konzentrationslager, Missbrauchserlebnisse in der Kindheit) ist die Manifestation klinisch relevanter Symptome auch mehrere Jahre bis Jahrzehnte später im dann eingehend zu begründenden Einzelfall möglich.

4.2.5 Verlauf und Risikofaktoren der PTBS

Laut Kommentierung zum DSM-5 kommt es in der Hälfte der Fälle innerhalb von 3 Monaten zu einer vollständigen Remission der PTBS-Symptome. Allerdings bleibe bei vielen anderen Betroffenen die Symptomatik über mehr als 12 Monate nach dem Trauma bestehen, teilweise über Jahrzehnte. Konkrete Zahlen werden nicht genannt. Darüber hinaus sei im Verlauf einer PTBS in manchen Fällen eine wechselnde Zu- und Abnahme der Symptome zu erkennen. Als Auslöser für ein derartiges Wiederaufleben von Symptomen werden Erinnerungen an das ursprüngliche Trauma, lebenssituative Belastungen oder neue traumatische Ereignisse genannt. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass bei älteren Menschen nachlassende Gesundheit, sich verschlechternde kognitive Fähigkeiten oder soziale Isolation die Symptome einer PTBS verschärfen könnten.

Die zugehörige Studienlage ist heterogen. In einer Metaanalyse nach unterschiedlichen traumatischen Ereignissen beschrieben Morina et al. [2014] bei 42 prospektiven Studien mit Beobachtungszeiten zwischen 1 und 17 Jahren (Mean 40; Median 24 Monate) ausgeprägt unterschiedliche Remissionsraten zwischen 8 und 89%. Ein systematisches Problem der meisten erfassten Studien liegt dabei darin, dass die Erfassung der Patienten im Schnitt erst 3,6 Jahre nach dem maßgeblichen Trauma erfolgte, so dass sich die Ergebnisse auf zu diesem Zeitpunkt bereits chronifizierte Verläufe beziehen. Eine weitere Metaanalyse [Steinert et al., 2015], in die 25 Studien einbezogen wurden, nennt Remissionsraten zwischen 18 und 50% im Beobachtungszeitraum von 3 bis 7 Jahren. Aber auch hier erfolgten die Ersterhebungen verzögert mit bis zu 2 Jahren.

In einer Verlaufsbeobachtung von 201 Überlebenden einer Flutkatastrophe in China, bei denen initial eine PTBS diagnostiziert wurde, zeigten 13 bis 14 Jahre später noch 19,4% Symptome einer relevanten PTBS [Dai et al., 2016]. In einer aktuellen Nachuntersuchung von 725 Überlebenden eines schweren Erdbebens in Armenien ließen 23 Jahre später noch 11,6% Symptome einer PTBS (initial 48,7%) erkennen [Goejjan et al., 2018]. Prädiktoren für anhaltende Symptome waren Arbeitsplatzverlust, eine depressive Vorerkrankung sowie weitere potenziell traumatische Ereignisse und Erkrankungen im Verlauf.

Die Bedeutung von Vulnerabilität zusammen mit hoher traumatischer Belastung nach dem Amoklauf eines Studenten auf einem Universitätscampus mit Toten und Verletzten wurde in einer Arbeit von Orcutt et al. [2014] beschrieben. Zwar zeigten zahlreiche Studentinnen initial Symptome einer PTBS. Über mehr als 2 Jahre anhaltende Symptome wiesen jedoch lediglich diejenigen noch auf, die bereits zuvor – im Rahmen einer zufällig wenige Wochen vor dem Ereignis erfolgten Erhebung zu sexuellen Traumatisierungen – in relevantem Umfang posttraumatische Symptome gezeigt hatten und zugleich bei dem Ereignis einer hohen traumatischen Belastung ausgesetzt waren.

In den groß angelegten WHO World Mental Health Surveys [Kessler et al., 2017] wurde die mittlere Dauer von PTBS-Episoden nach Kriegserlebnissen mit mehr als 13 Jahren beziffert, gefolgt von Missbrauchserlebnissen in der Kindheit (11,5 Jahre). Nach einmaligen Unfallereignissen wurden demgegenüber wesentlich kürzere Zeiten beschrieben (Automobilunfälle 4,3 Jahre, andere lebensbedrohliche Unfälle 2,4 Jahre).

4.3 Komplexe Traumafolgestörungen

4.3.1 Vorbemerkungen

Langanhaltende, mehrfache oder wiederholte Traumatisierungen können zu komplexen psychischen Folgestörungen führen, die nicht mit dem Störungsbild einer „einfachen“ PTBS (im weiteren Text als PTBS im Unterschied zur kPTBS bezeichnet) ausreichend klassifiziert werden können [Ebbinghaus, 2013]. So können alle möglichen psychischen Störungsbilder komorbid neben einer PTBS oder auch allein und in Kombination auftreten. Ebenso wie bei einmaligen Belastungsereignissen haben auch bei wiederholten, langandauernden Schädigungstatbeständen die empirisch belegten Schutz- und Risikofaktoren einen Einfluss auf die Entwicklung und Schwere einer psychischen Folgestörung [Becker-Nehring et al., 2012]. Bei zwischenmenschlichen Gewalterfahrungen spielt dabei das Alter der Betroffenen eine ebenso wichtige Rolle wie die Nähe im Beziehungsgefüge.

Tab. 4.5 Vergleich der ICD-10-Definition der andauernden Persönlichkeitsänderung mit der zu erwartenden Definition der kPTBS im ICD-11.

	ICD-10 F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	ICD-11 6B61 (Release-Fassung) Complex Posttraumatic Stress Disorder
Ereignisdefinition	... kann der Erfahrung von extremer Belastung folgen. ... Beispiele hierfür sind Erlebnisse in einem Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen (als Geisel, langdauernde Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr) ...	... that may develop following exposure to an event or series of events of an extremely threatening or horrific nature, most commonly prolonged or repetitive events from which escape is difficult or impossible (e.g., torture, slavery, genocide campaigns, prolonged domestic violence, repeated childhood sexual or physical abuse).
Symptomatik	Zur Diagnosestellung müssen folgende ... Merkmale vorliegen: 1. Feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt 2. Sozialer Rückzug 3. Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit 4. Chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohsein 5. Entfremdung.	The disorder is characterized by the core symptoms of PTSD; that is, all diagnostic requirements for PTSD have been met at some point during the course of the disorder. In addition, Complex PTSD is characterized by 1. severe and pervasive problems in affect regulation; 2. persistent beliefs about oneself as diminished, defeated or worthless, accompanied by deep and pervasive feelings of shame, guilt or failure related to the traumatic event; and 3. persistent difficulties in sustaining relationships and in feeling close to others.

In der ICD-10 Klassifikation wurde 1992 erstmals die Diagnose der „andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (F62.0) eingeführt. Als Beispiele der Extrembelastung wurden Erlebnisse in einem Konzentrationslager, Folter, Katastrophen sowie andauernde lebensbedrohliche Situationen (► Tab. 4.5) genannt. Zeitgleich wurde von Herman [1992] der Begriff der „komplexen PTBS“ (kPTBS) für Folgen anhaltender, wiederholter Traumatisierungen geprägt, wobei hier als Belastungskriterium auf Gewalt und sexuellen Missbrauch in der Kindheit und Jugend abgehoben wurde, was in der ICD-10-Definition nicht enthalten ist. Im Anhang des DSM-IV spiegelte sich dieses Krankheitsbild teilweise in der Kategorie „disorders

of extreme stress not otherwise specified“ (DESNOS) wider [Luxenberg et al., 2000], wurde jedoch nicht in die aktuelle DSM-5-Klassifikation aufgenommen.

In der zukünftigen ICD-11 ist die kPTBS nunmehr als Diagnose enthalten. Nachdem Erkrankungen im rechtlichen Kontext zwingend nach den international anerkannten Diagnosesystemen zu diagnostizieren sind, ergibt sich für die gutachtliche Diagnosestellung psychischer Störungen nach Extrembelastung derzeit das Problem, dass die ICD-11-Klassifikation noch keine abschließende Verwendung in Deutschland finden kann. Bis zum Inkrafttreten der ICD-11 stehen im Rahmen von Begutachtungen für die Kodierung als annähernd vergleichbare Diagnosen daher lediglich die F62.0 bzw. F43.8 (sonstige Reaktionen auf schwere Belastung) der ICD-10-Klassifikation zur Verfügung. Dennoch sollten nach Einschätzung der Leitlinienautoren Ereignis- und Symptomkonstellationen, welche die Kriterien der kPTBS gemäß der Release-Fassung der ICD-11 erfüllen (► Tab. 4.5), im Gutachten mit einem entsprechenden Hinweis Erwähnung finden und ggf. in die Beurteilung mit einbezogen werden.

Im DSM-5 finden sich einzelne Symptome der in der Release-Fassung der ICD-11 beschriebenen kPTBS in den Kriterien D-E (anhaltend negative Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung einschließlich verzerrter und negativer Kognitionen über sich und andere, Gefühle von Abgetrenntheit von anderen, Übererregung und erhöhte Reaktivität einschließlich Reizbarkeit, Wutausbrüche sowie selbstzerstörerischem Verhalten) [Brewin et al., 2017; Friedman, 2013], zusätzlich wurde ein dissoziativer Subtyp der PTBS eingeführt.

4.3.2 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Die hierzu vorliegende Literatur ist wenig umfangreich [Beltran et al., 2009]. Sie bezieht sich überwiegend auf die Überlebenden von Konzentrations- und Kriegsgefangenenlagern und ausdrücklich nur auf traumatische Erlebnisse im Erwachsenenalter [Haenel, 2000]. Gemäß ICD-Definition muss die Belastung dabei so extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muss. Persönlichkeitsänderungen im Anschluss an eine kurzzeitige Lebensbedrohung wie z.B. durch einen Autounfall sind ausdrücklich ausgeschlossen. Die typischen Symptome sind in ► Tab. 4.5 aufgeführt, diese müssen wenigstens seit 2 Jahren bestehen und dürfen nicht in Beziehung zu anderen psychischen Erkrankungen oder einer strukturellen Hirnschädigung stehen. Eine PTBS kann einer andauernden Persönlichkeitsänderung vorausgehen und die Symptome können sich überlappen, dies muss jedoch nicht der Fall sein.

Gemäß einer aktuellen Literaturübersicht [Munjiza et al., 2014] entwickelt nach Extrembelastungen im Erwachsenenalter nur eine relativ geringe Zahl der Betroffenen eine andauernde Persönlichkeitsänderung, die Inzidenz wird mit 2,6-6% angegeben. An erster Stelle stünden interpersonelle Traumen, während ein Zusammenhang mit Naturkatastrophen weniger überzeugend erkennbar sei.

4.3.3 Komplexe PTBS (kPTBS)

Die Existenz komplexer Traumafolgestörungen nach sequenziellen und lang anhaltenden Traumatisierungen in Kindheit und Jugend ist anhand von Studien gut belegt [Freyberger u. Terock, 2016]. Kindheitsmissbrauch stellt dabei das prototypische Beispiel eines Risikofaktors für kPTBS dar, da dieser oft wiederholt auftritt und/oder lang anhaltend ist und auch verschiedene Arten von interpersonellen Traumen beinhaltet (z.B. sexuelle, körperliche und emotionale Gewalt). Zudem ist Flucht hierbei aufgrund sozialer, Reife- und psychologischer Faktoren sehr schwierig.

Gemäß einer aktuellen Befragung von Maercker et al. [2018] zeigten sich Symptome einer kPTBS bei 0,5% der Allgemeinbevölkerung, eine Studie aus Israel nennt mit 2,6% eine höhere Zahl [Ben-Ezra et al., 2018]. Personen, die chronische Traumatisierungen in Form von Kindheitsmissbrauch erfahren hatten, hatten nach Cloitre et al. [2013] ein doppelt so hohes Risiko, im Vergleich zu einer PTBS eine kPTBS zu entwickeln. Der Zusammenhang zwischen jüngerem Alter zum Zeitpunkt der ersten Traumatisierung und der höheren Wahrscheinlichkeit der Diagnose einer kPTBS bzw. Schwere der Symptomatik gilt als gesichert

[Ford u. Kidd, 1998; van der Kolk et al., 1996; Schore, 2002; Horesh et al., 2013]. Auf den verzögerten Beginn der kPTBS wurde bereits in ► Kap. 4.2.4 hingewiesen.

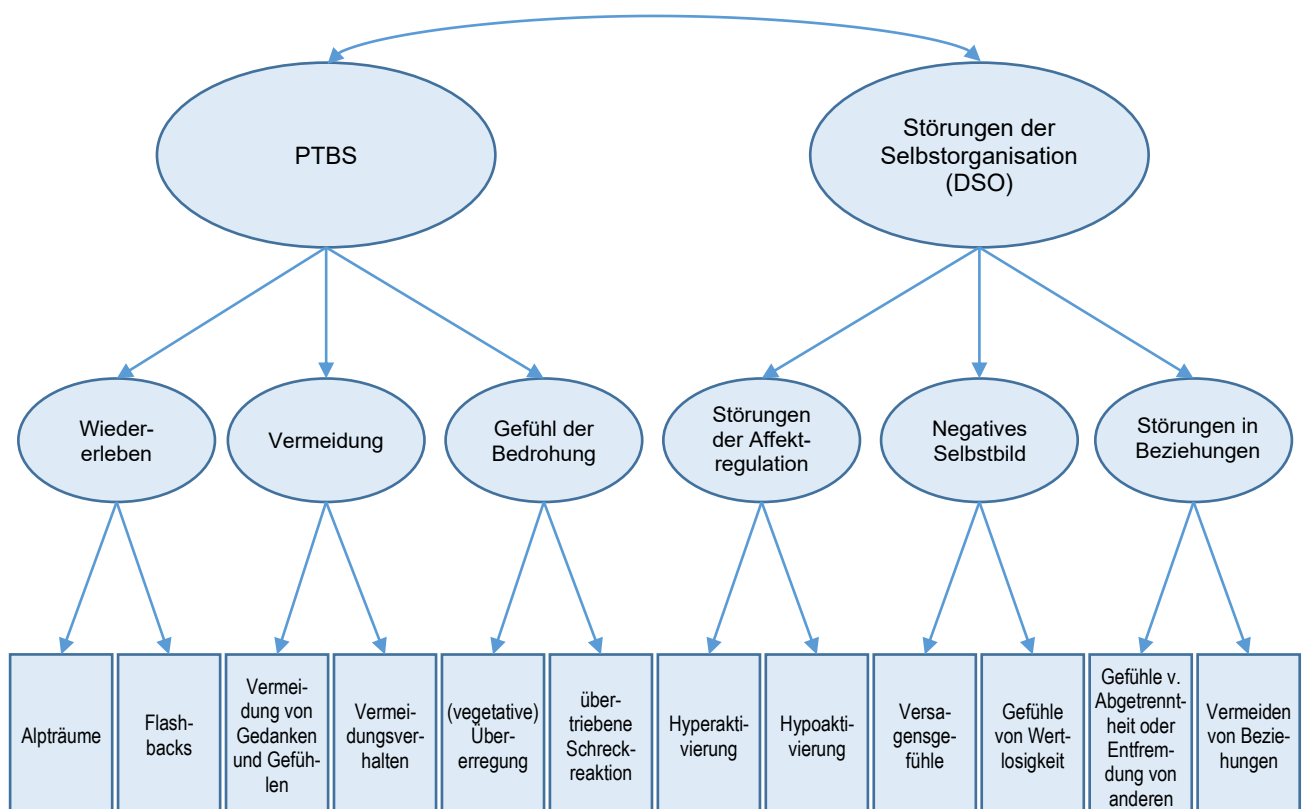
Bezüglich Prävalenz, Dauer und ggf. typischen Verläufen ist aus der Literatur wenig abzuleiten. Dies liegt darin begründet, dass die Diagnose bislang nach den Diagnosemanualen DSM und ICD nicht kodierbar war und sich vorrangig auf eine Validierung der Diagnose bzw. des Konstruktes der kPTBS konzentriert wurde.

Hyland et al. [2017] fanden in einer dänischen Kohortenstudie von 2.980 Probanden im Alter von 24 Jahren Symptome einer kPTBS gemäß ICD-11 im Vergleich zur PTBS vor allem nach kindlichem sexuellem Missbrauch, in etwas geringerem Umfang auch nach Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend. Das Risiko, eine kPTBS – und nicht eine PTBS – zu entwickeln, vergrößerte sich mit der Anzahl der erfahrenen Kindheitstraumatisierungen. Überraschenderweise bestand allerdings auch ein nahezu vergleichbarer Zusammenhang mit einer fehlenden beruflichen Tätigkeit, weshalb auf die Bedeutung sozialer Faktoren hingewiesen wurde. Auch wenn sich eine kPTBS erst im Erwachsenenalter (z.B. nach Folter, Kriegsgefangenschaft, wiederholten Kampfeinsätzen) manifestiert, sind Traumatisierungen interpersoneller Art während früher Entwicklungsphasen am stärksten mit der Entwicklung einer kPTBS assoziiert [Cloitre et al., 2009].

4.3.4 Differenzialdiagnose

Komplexe Traumafolgestörungen sind von einer Vielzahl anderer psychischer Störungen abzugrenzen. Neben der PTBS ist bei gutachtlichen Fragestellungen vor allem die Abgrenzung zu Persönlichkeitsstörungen (insbesondere zur emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung) sowie zu dissoziativen Störungen von Bedeutung.

Abb. 4.1 PTSD/DSO-Modell (*Disturbances in Self Organisation*) nach Brewin et al. [2017].



PTBS

Eine Abgrenzung zur PTBS ist dadurch möglich, dass die Ereignisdefinition (► Tab. 4.2 und Tab. 4.5) bei der kPTBS auf lang andauernde, repetitive interpersonelle Traumatisierungen abhebt und über die Kernsymptomatik der PTBS hinaus weitere Symptome vorliegen. Die PTBS-Kernsymptome selbst müssen jedoch nach dem Trauma zu einem irgendeinem Zeitpunkt nachweisbar gewesen sein. Eine Übersichtsarbeit zur Abgrenzung von PTBS und kPTBS findet sich bei Brewin et al. [2017] mit einem zugehörigen Einteilungsmodell (► Abb. 4.1).

Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Persönlichkeitsstörung)

Neben dem Fehlen der Kernsymptome einer PTBS lassen sich Borderline Persönlichkeitsstörungen (BPS) am besten über die in ► Tab. 4.6 genannten Symptome von der kPTBS unterscheiden [Cloitre et al., 2014; Luxenberg et al., 2000; Zehl et al., 2013].

Tab. 4.6 Differenzialdiagnostische Kriterien zur Abgrenzung der Borderline Persönlichkeitsstörung von einer kPTBS.

	Borderline Persönlichkeitsstörung	kPTBS
Ängste	Ängste vor dem Verlassenwerden	Eher sozialer Rückzug, Vermeiden von Beziehungen
Zwischenmenschliche Beziehungen	Instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen, gekennzeichnet durch einen Wechsel zwischen Extremwerten von Idealisierung und Abwertung	Beziehungsstörungen äußern sich eher in chronischer Vermeidung von Beziehungen und Fremdheitserleben als in chaotischer Beziehungsgestaltung
Selbstbild	Wechselhaftes Selbstbild oder Selbstgefühl	Konstant negatives Selbstbild/Identitätsgefühl
Verhalten	Impulsives Verhalten	Deutlich weniger selbstverletzendes und suizidales Verhalten, eher erhöhte emotionale Sensibilität, mangelnde Bewältigungsstrategien.

Trotz dieser validen Unterscheidungsmerkmale ist darauf hinzuweisen, dass die Komorbidität von Borderline Persönlichkeitsstörungen und kPTBS hoch ist. So erfüllten 45% der Personen, die die Diagnosekriterien einer Borderline Persönlichkeitsstörung zeigten, komorbide auch die Kriterien für eine kPTBS [Cloitre et al., 2014].

Dissoziative Störungen

Der ätiologischen Nähe der dissoziativen Störungen sowie der Überschneidung auf Symptomebene mit anderen Traumafolgestörungen wird sowohl in der ICD-11 als auch im DSM-5 insofern Rechnung getragen, als die dissoziativen Störungen chronologisch nach den trauma- und belastungsbezogenen Störungen eingeordnet sind. Auch die Einführung des dissoziativen Subtyps der PTBS im DSM-5 trägt dieser Nähe Rechnung. Sind alle PTBS-Kriterien erfüllt, sollte bei Vorliegen zusätzlicher dissoziativer Symptome in Form von Depersonalisations- oder Derealisationsphänomenen daher zunächst die Diagnose einer PTBS vom dissoziativen Subtyp in Betracht gezogen werden (► Tab. 4.4).

In Abgrenzung zur kPTBS sind weniger die Konversionsstörungen (► Kap. 4.5.3) als die psychoformen Dissoziationsstörungen von Bedeutung. Im gutachtlichen Kontext ist vor allem die Abgrenzung zur **Dissoziativen Identitätsstörung (DIS)** relevant. Diese unterscheidet sich von der kPTBS vor allem in einem höheren Grad an dissoziativer Symptomatik, wie diese im Rahmen einer kPTBS – zumindest in diesem Ausmaß – nicht vorkommt, z.B. in Form von Alltagsamnesien, Vorhandensein mehrerer (teil)dissoziierter

Ich-Zustände usw., d.h. struktureller Dissoziation. Bei der Dissoziativen Identitätsstörung handelt es sich um eine posttraumatische Entwicklungsstörung. Beginnend in der Kindheit wird durch wiederholte Traumata die Bildung eines kohärenten Selbstkonzepts verunmöglicht.

Psychotische Störungen

Flashback-Episoden bzw. das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses (bzw. Teilen davon) können von Wahrnehmungsstörungen im Rahmen von psychotischen Störungen sowie psychotischem Erleben bei depressiven oder bipolaren Störungen dadurch unterschieden werden, dass das Wiedererleben im Rahmen einer PTBS/kPTBS einen klaren Bezug zum Traumaereignis besitzt. Im Falle akustischer Halluzinationen ist zu eruieren, ob deren Inhalte einen direkten Erlebnisbezug zu traumatischen Erfahrungen beinhalten, um akustische Intrusionen von Wahrnehmungsstörungen psychotischer Genese differenzialdiagnostisch abzugrenzen [Dell u. O'Neill, 2009].

Artifizielle Störungen

Im gutachtlichen Kontext ist auch die Abgrenzung zu artifiziellen Störungen von Bedeutung. Im Gegensatz zur Simulation, die keine psychische Störung darstellt, handelt es sich bei artifiziellen Störungen um ein Krankheitsbild von klinischer Relevanz. Die Erlebensqualität von Betroffenen einer kPTBS unterscheidet sich wesentlich von der bei artifiziellen Störungen. Da die Symptomatik bei artifiziellen Störungen definitionsgemäß vorgetäuscht ist, entsteht in der Regel durch die Symptomatik selbst kein wesentlicher Leidensdruck.

Nicht willentlich replizierbar sind in der Regel auch die nicht der bewussten Steuerung unterworfenen psychovegetativen Reaktionen, die bei einer kPTBS als Ausdruck eines dysregulierten Emotionsregulations- und Stresssystems auftreten. Gutachtlich ist hier, ähnlich wie bei der Abgrenzung zur Borderline Persönlichkeitsstörung, weniger die Symptomatik selbst als die Art und Weise, wie diese geschildert wird, von Bedeutung.

4.4 Anpassungsstörungen (F43.2)

Anpassungsstörungen gehören zu den am häufigsten gestellten psychiatrischen Diagnosen [Bryant et al., 2010]. Sie können nach ICD-10 als Reaktion auf eine entscheidende Lebensveränderung, ein belastendes Lebensereignis oder auch nach schwerer körperlicher Krankheit auftreten. Gemäß DSM-5 sind Anpassungsstörungen definiert als **Symptome unterhalb der diagnostischen Schwelle einer PTBS**, wenn

- das Eingangskriterium (**A-Kriterium**) einer PTBS nicht erfüllt ist und/oder
- sich auf der Symptomebene (**B-E-Kriterien**) nicht das „Vollbild“ einer PTBS diagnostizieren lässt.

Als häufigste Symptomatik wird ein Mischbild von Angst und Depression mit Schlafstörungen, Ärger und Wut, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit, intrusive Erinnerungen an das Ereignis, Grübelneigung, Angst, Anhedonie und Alpträume beschrieben [O'Donnell et al., 2016]. Hinsichtlich der diagnostischen Kriterien bestehen zwischen ICD-10, ICD-11 (Release-Fassung) und DSM-5 einige Unterschiede, auf die hinzuweisen ist (► Tab. 4.7). Gemäß ICD-10 sind dabei verschiedene Symptomkonstellationen allein oder in Kombination möglich (► Tab. 4.8).

Tab. 4.7 Wichtigste Unterschiede in den diagnostischen Kriterien von Anpassungsstörungen in der ICD-10- und DSM-5-Klassifikation.

Kriterium	ICD-10	ICD-11 (Release-Fassung)	DSM-5
Definition	Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung nach einem belastenden Lebensereignis – von nicht außergewöhnlichem oder katastrophalem Ausmaß mit Symptomen und Verhaltensstörungen, wie sie bei affektiven Störungen (F3) (außer Wahngedanken und Halluzinationen), bei Störungen des Kapitels F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und bei den Störungen des Sozialverhaltens (F91) vorkommen ¹³	Maladaptive reaction to an identifiable psychosocial stressor or multiple stressors. The disorder is characterized by preoccupation with the stressor or its consequences, including excessive worry, recurrent and distressing thoughts about the stressor, or constant rumination about its implications, as well as by failure to adapt to the stressor that causes significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.	Emotionale oder behaviorale Symptome unterhalb der diagnostischen Schwelle einer PTBS auf einen beliebig stark ausgeprägten Belastungsfaktor
Beginn der Symptomatik	innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis		innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Belastung
Dauer der Symptomatik	Wenn die Belastung oder deren Folgen beendet sind, dauern die Symptome (meist) nicht länger als weitere 6 Monate an – gemäß ICD-10 außer bei der längeren depressiven Reaktion		
Schweregrad der Symptomatik	Das Störungsbild erfüllt nicht die Kriterien für eine andere psychische Störung, beinhaltet jedoch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen		

Tab. 4.8 Im DSM-5 genannte Subtypen von Anpassungsstörungen mit Bezug auf ICD-10-Ziffern.

ICD-Ziffer	Kategorie
F43.21	mit depressiver Stimmung
F43.22	mit Angst
F43.23	mit Angst und depressiver Stimmung gemischt
F43.24	mit Störung des Sozialverhaltens
F43.25	mit Störung der Emotionen und des Sozialverhaltens gemischt

4.4.1 Entwicklung und Verlauf

In einer aktuellen Metaanalyse wurde die Prävalenz von Anpassungsstörungen weltweit mit 12-19% beziffert [Appart et al., 2017], gemäß einer repräsentativen Befragung liegt in Deutschland die aktuelle Prävalenz lediglich bei 2,3% [Maercker et al., 2012]. Anpassungsstörungen entwickeln sich zeitnah nach einem belastenden Ereignis (► Tab. 4.7) – gemäß DSM-5 nach einem akuten Ereignis normalerweise innerhalb

¹³ Ergänzende Definitionen zur Symptomatik nach ICD-10-Forschungskriterien

weniger Tage – und klingen im Regelfall innerhalb von 6 Monaten ab, wenn die Belastung oder deren Folgen beendet sind. Dauert die Belastung oder deren Folgen an, kann auch die Anpassungsstörung bestehen bleiben und persistieren, was vor allem im Gefolge anhaltender körperlicher Schädigungsfolgen von Bedeutung sein kann (► Kap. 6).

Die zeitliche Limitierung auf 6 Monate beruht auf nur wenigen Studiendaten [Frommberger et al., 2009]. Daher kann im begründeten Einzelfall auch noch bei längerem Bestehen eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden. Eine neuere Verlaufsstudie, die überwiegend Verkehrsunfallopfer betraf, berichtete noch 12 Monate nach einem Trauma in einem beträchtlichen Umfang über Symptome einer Anpassungsstörung. Sie differenzierte allerdings nicht, inwieweit zu diesem Zeitpunkt noch schwerwiegende körperliche Schädigungsfolgen vorlagen [O'Donnell et al., 2016].

4.4.2 Differenzialdiagnose

Anpassungsstörungen sind vor allem von der PTBS sowie der depressiven Episode abzugrenzen. Wie bereits eingangs beschrieben, müssen für das Vorliegen einer PTBS das Eingangskriterium (A-Kriterium) sowie – zumindest zu irgendeinem Zeitpunkt – alle syndromalen Kriterien (B-E-Kriterien) für die Diagnosestellung erfüllt (gewesen) sein. Zur Abgrenzung der depressiven Episode ► Kap. 4.5.1.

4.5 Weitere mögliche psychoreaktive Störungen

Auch andere psychische Störungen können ereignisreaktiv im Gefolge von Unfall- und sonstigen versicherten Schädigungsereignissen auftreten, die PTBS ist nur eine von mehreren Reaktionsformen auf eine schwere Belastung (► Tab. 4.1). Hierzu zählen depressive Episoden im Sinne der „*Major Depression*“, Angststörungen, die über eine Anpassungsstörung hinausgehen, dissoziative und somatoforme Störungen, jedoch auch Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen und emotional instabile Syndrome. Gemeinsam ist allen diesen Störungen, dass sie im Zusammenhang mit traumatisierenden Ereignissen grundsätzlich in zweierlei Form auftreten können:

- **Als komorbide Störung einer PTBS.** Gemäß einer Zusammenstellung von Philipp [2018] findet sich bei einer PTBS in 28-49% – im gutachtlichen Kontext noch häufiger – eine komorbide depressive Symptomatik, komorbide Angststörungen liegen in 38-41%, eine Abhängigkeitsproblematik in 7-40% und somatoforme Störungen in 12% vor. Hinzu kommen dissoziative Störungen, die im DSM-5 als „Subtypen“ einer PTBS aufgenommen wurden (► Tab. 4.4).
- **Als eigenständiges Krankheitsbild.** In diesem Fall handelt es sich im weiteren Sinne um eine „Anpassungsstörung“ (Maladaptation) an das traumatische Ereignis und/oder dessen körperliche Folgen (► Abb. 2.2), weswegen hier hinsichtlich Entwicklung und Verlauf im gutachtlichen Kontext dem Grunde nach die bereits bei Anpassungsstörungen genannten Kriterien gelten (► Kap. 4.4.1). In der ICD-10-Systematik sind diese bei Nachweis eines Schädigungszusammenhangs unter F43.8 (Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung) zu subsummieren.

Die im Rahmen von Zusammenhangsgutachten wichtigsten sonstigen psychischen Störungen werden im Folgenden kurz skizziert, eine umfangreiche Diskussion würde den Umfang der Leitlinie sprengen. Hierzu sei auf das DSM-5 [Falkai u. Wittchen, 2015] verwiesen.

4.5.1 Depressive Episode(n) (F32/33)

Ungefähr ein Fünftel aller Menschen erkrankt im Laufe des Lebens mindestens einmal an einer depressiven Episode [Wittchen et al., 2010]. Diese hohe Rate abseits versicherter Schädigungsereignisse ist gutachtlich zu berücksichtigen. Zur Abgrenzung depressiver Anpassungsstörungen von einer ereignisreaktiven depressiven Episode („*Major Depression*“) dient als wesentliches Unterscheidungsmerkmal, dass die

Anpassungsstörung nicht den Schweregrad einer „Major Depression“ erreicht, an syndromalen Unterscheidungsmerkmalen findet man in den Klassifikationssystemen bei depressiven Anpassungsstörungen lediglich das Fehlen einer Antriebsstörung und von Denkstörungen.

4.5.2 Angststörungen (F40/41)

Das Spektrum der Angststörungen reicht von spezifischen, sozialen und Agoraphobien über Panikstörungen bis hin zu generalisierten Angststörungen. Mit rund 10 Mio Betroffenen in Deutschland und einer 12-Monats-Prävalenz von 15,3% stellen Angststörungen in der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung die häufigste psychische Störung überhaupt dar [Jacobi et al., 2014]. Frauen sind 2-3mal häufiger betroffen als Männer. Das Erkrankungsalter variiert vom Kindes- bis zum mittleren Erwachsenenalter, die Erkrankung ist häufig durch undulierende Verläufe charakterisiert. Entsprechend begründet ein zeitlicher Zusammenhang allein keine Kausalität mit einem potenziell traumatisierenden Ereignis.

4.5.3 Dissoziative Störungen (F44)

Gemäß DSM-5 handelt es sich hierbei um „Störungen und/oder eine Unterbrechung der normalen Integration von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körperbild, Kontrolle motorischer Funktionen und Verhalten. Dissoziative Symptome können potenziell jeden Bereich psychischer Funktionen beeinträchtigen“.

Die Nomenklatur zu dissoziativen Störungen ist den Klassifikationssystemen ICD und DSM nicht einheitlich (► Tab. 4.9). Während in der ICD-10 sowohl Funktionsausfälle auf psychischer als auch körperlicher Ebene zu den „dissoziativen Störungen“ zählen, sind Störungen mit funktionellen neurologischen Symptomen (sensomotorische Symptome, psychogene Anfälle) im DSM-5 als „Konversionsstörungen“ bei den somatischen Belastungsstörungen subsummiert. Hinsichtlich der gutachtlichen Einschätzung orientiert sich die vorliegende Leitlinie am DSM-5, wonach Konversionsstörungen zusammen mit den somatoformen Störungen bzw. somatischen Belastungsstörungen in ► Kap. 4.5.4 behandelt werden.

Tab. 4.9 Dissoziative und Konversionsstörungen in der ICD-10- und DSM-5-Klassifikation.

Code	ICD-10	DSM-5
F44.0	Dissoziative Amnesie	Dissoziative Amnesie
F44.1	Dissoziative Fugue	Dissoziative Amnesie mit Fugue
F44.2	Dissoziativer Stupor	Keine Entsprechung
F44.3	Trance und Besessenheitszustände	Keine Entsprechung
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörung	Konversionsstörung mit funktionellen (motorischen) Symptomen
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle	Konversionsstörung mit Krämpfen oder Anfällen
F44.6	Dissoziative Sensibilitätsstörung	Konversionsstörung mit Taubheit oder sensorischen Ausfällen
F44.7	Dissoziative Störung (Konversionsstörung) gemischt	Konversionsstörung mit gemischtem Erscheinungsbild
F44.81	Multiple Persönlichkeitsstörung	Dissoziative Identitätsstörung
F48.1	Depersonalisations-/Derealisations-syndrom*	Depersonalisations-/Derealisationsstörung

* Die Depersonalisations- und Derealisationsstörung wird in der ICD-11 ebenfalls unter den dissoziativen Störungen klassifiziert.

Dissoziative Störungen entsprechend der DSM-5-Klassifikation treten nicht selten in der Nachwirkung traumatischer Erlebnisse auf. So umfassen sowohl die akute Belastungsstörung als auch die PTBS dissoziative Symptome wie Amnesie, Flashbacks, affektive Abstumpfung, darüber hinaus finden sich im neu eingeführten „Subtyp“ der PTBS Depersonalisations- und Derealisationsphänomene (► Tab. 4.4). Dissoziatives Erleben kam in einer Feldstudie von Ross et al. [1990] allerdings auch bei 5-10% der Allgemeinbevölkerung vor. Die dissoziative Amnesie war die häufigste Störung mit einer Prävalenz bis zu 3%, gefolgt von der Depersonalisationsstörung mit 1-2%. Dabei handelte es sich jedoch weder in jedem Fall um eine pathologische Dissoziation noch um ein krankheitswertig einzustufendes dissoziatives Erleben im Alltag. Die Dissoziative Identitätsstörung, die als die schwerste dissoziative Störung angesehen wird, tritt mit einer Prävalenz von ca. 1% in der Allgemeinbevölkerung, jedoch mit deutlich höheren Raten bei stationären psychiatrischen Patienten auf [Dorahy et al., 2014].

4.5.4 Somatoforme und Konversionsstörungen (F44.4-F44.6 / F45)

Während, wie bereits in Kapitel 4.5.3 beschrieben, für die im DSM-5 als „dissoziativ“ beschriebenen Störungen syndromale Überschneidungen zur posttraumatischen Belastungsstörung vermerkt sind, gilt dies nicht für körperlich nicht erklärbare neurologische Symptome im Sinne von Konversionsstörungen. Vergleichbar ist die Situation für die Gruppe der in der ICD-10 als somatoforme Störungen, im DSM-5 als somatische Belastungsstörungen bezeichneten Störungen, zu denen insbesondere auch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) sowie die lediglich in der deutschen ICD-10-Klassifikation vorkommende chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) zählen.

Zwar belegen neuere Studien, dass chronische Schmerzen ein Begleitsymptom einer PTBS sein können [Egle et al., 2014], in beiden Diagnosesystemen wird jedoch Bezug auf die empirisch mittlerweile gut belegte multifaktorielle Ätiologie dieser Störungsgruppe genommen¹⁴. Als Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung somatoformer und Konversionsstörungen gelten vor allem Belastungsfaktoren in der Kindheit. Ihr kumulatives Einwirken erhöht das Risiko für die Entwicklung sowohl körperlicher als auch psychischer Störungen [Egle et al., 2016; Felitti et al., 1998; Nicholson et al., 2016; Roelofs et al., 2005; Roelofs u. Pasman, 2016].

4.5.5 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)

Andauernde Persönlichkeitsstörungen nach Extrembelastung wurden bereits bei der kPTBS diskutiert und sind dort subsumiert (► Kap. 4.3).

4.5.6 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0)

Diese Diagnose stellt in der ICD-10 eine „Restkategorie“ dar. Sie wird im Zusammenhang mit einer Beschwerdenaggravation und mit motivationalen Aspekten (► Tab. 3.2) genannt und entspricht am ehesten dem, was früher als „Rentenneurose“ bezeichnet wurde [Hall u. Hall, 2012]. Die Diagnose ist wenig operationalisiert und findet sich weder im DSM-5 noch in der ICD-11.

4.5.7 Artificielle Störung (F68.1)

Patienten mit artifizierlicher Störung täuschen körperliche oder seelische Symptome vor, wobei die Tatsache der Täuschung den Patienten bewusst ist, jedoch die zugrundeliegenden Motive nicht. Im Gegensatz zur Simulation, die kein Krankheitsverhalten darstellt, zielt die Motivation nicht auf die Erlangung z.B. materieller Anreize ab. Die Häufigkeit ist aufgrund der störungsimmanenten Täuschung schwierig zu bestimmen; von einer bedeutsamen Dunkelziffer ist auszugehen [Kapfhammer, 2018].

¹⁴ s. hierzu DSM-5, S. 421

5. Begutungskriterien bei ereignisreaktiven psychischen Störungen

Das Kapitel beschreibt die Anknüpfungstatsachen für die gutachtliche Einschätzung psychoreaktiver Störungen, wie sie auf das **Erleben** von Unfällen oder anderen vom jeweiligen Versicherungsschutz erfassten traumatischen Ereignissen auftreten können. Mittelbare psychische Reaktionen auf körperliche Schädigungsfolgen finden sich in ► Kapitel 6.

Sofern bei geltend gemachten psychischen Schädigungsfolgen ein direkter Beweis nicht zu führen ist, erfordert die gutachtliche Kausalitätsbeurteilung den positiven Nachweis möglichst vieler Indizien. Wenn diese die „Brücke“ zwischen einem Schädigungsereignis und einem ansonsten retrospektiv nicht ausreichend beweisbaren Schaden bilden, werden diese im gutachtlichen Kontext auch als **„Brückensymptome“** bezeichnet [BMAS, 2015; Schönberger et al., 2017]. Je mehr solcher Indizien nachweisbar sind und je bedeutsamer diese erscheinen, umso mehr untermauern diese die Diagnose einer ereignisreaktiven Störung (► Tab. 5.1).

Tab. 5.1 Mögliche Anknüpfungstatsachen als Indizien für den Nachweis ereignisreaktiver psychischer Störungen.

Anknüpfungstatsache	Gutachtliches Kriterium
Schweregrad	Nachweis eines geeigneten objektiven Schweregrades des/der Ereignisse/s
Erstsymptomatik	Nachweis einer geeigneten Erstsymptomatik in geeignetem zeitlichem Zusammenhang zu dem/den Ereignis/sen anhand der Aktenlage in Korrelation zur Schilderung des Probanden im Rahmen der Begutachtung
Folgesymptomatik	Nachweis nachfolgend aufgetretener, charakteristischer Symptome der betreffenden Störung a) retrospektiv anhand der Aktenlage in Korrelation zur Schilderung des Probanden im Rahmen der Begutachtung b) aktuell anhand der im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung erhobenen Befunde
Verlauf	Nachweis eines „geeigneten“ klinischen Verlaufs, auch in Bezug auf indizierte und/oder stattgehabte Therapien
Konsistenz	Nachweis eines in sich schlüssigen Bildes in der Zusammenschau von Akten und klinischem Bild (Beschwerdenuvalidierung ► Kap. 7.5)

5.1 Gutachtliche Kriterien bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS)

Wie bereits der Begriff „posttraumatische“ Belastungsstörung impliziert, handelt es sich hierbei nach rechtlichen Kriterien (► Kap. 2.4.1) um den „Folgeschaden“ einer initialen psychischen Traumatisierung, die den im ersten Schritt der Kausalkette im „Vollbeweis“ nachzuweisenden „Erstschaden“ darstellt [Widder et al., 2016]. Zur Zusammenhangsbeurteilung sind die nachfolgenden Anknüpfungstatsachen gutachtlich im Einzelnen herauszuarbeiten und zu bewerten.

5.1.1 Geeigneter Schweregrad¹⁵

Die initiale Klärung der Frage, welche Schädigungsereignisse „allgemein geeignet sind, die betreffende Störung hervorzurufen“¹⁶, wird mit dem sog. „A-Kriterium“ der PTBS ermöglicht. Hier kann eine Grenze gezogen werden gegenüber minderschweren Ereignissen, nachdem die noch im DSM-IV-TR enthaltene Formulierung, wonach letztlich jede „Gefahr der körperlichen Unversehrtheit“ zu einer PTBS führen kann, entfallen ist. Die entsprechenden Kriterien ergeben sich aus den Definitionen der ICD-10/11-Klassifikation (► Tab. 4.2) sowie durch individuellen Analogschluss zu den im DSM-5 genannten Beispielen und Präzisierungen (► Tab. 4.3). Darüber hinaus vermerkt die DSM-5-Klassifikation ausdrücklich einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad von Schädigungsereignissen und dem Auftreten einer PTBS („je größer das Ausmaß des Traumas, desto wahrscheinlicher die Entwicklung einer PTBS“).

5.1.2 Geeignete Erstsymptomatik

Die frühere Zusatzforderung des DSM-IV-TR, wonach als sog. „A2-Kriterium“ in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu dem Schädigungsereignis „intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ nachweisbar sein mussten, wurde im DSM-5 mit dem Hinweis verlassen, dass das klinische Bild nach traumatisierenden Ereignissen vielfältiger ist. Die möglichen Reaktionsformen sind im zugehörigen DSM-5-Kommentar aufgelistet (► Tab. 5.2), wobei auch der peritraumatischen Dissoziation Bedeutung zukommt. Dieser Problematik wurde in der Rechtsprechung der gesetzlichen Unfallversicherung dahingehend Rechnung getragen, indem darauf verwiesen wurde, dass bei minderschweren Ereignissen (weiterhin) dem Nachweis einer zeitnahen pathologischen psychischen Reaktion Bedeutung als notwendiger Anknüpfungstatsache zukommt¹⁷.

Bei nach objektiven Kriterien „katastrophalen“ Ereignissen erscheint gemäß der ICD-10-Definition ein zeitnaher Nachweis psychopathologischer Symptome entbehrlich. Sind keine unmittelbaren diesbezüglichen Symptome dokumentiert, ist gutachtlich bedeutsam, ob sich die empfundene persönliche Traumatisierung anhand der kritischen Würdigung der Vorbefunde und der gutachtlich erhobenen Befunde ohne vernünftigen Zweifel („Vollbeweis“) herausarbeiten lässt. Bei unzureichender Vorbefundlage bestehen entsprechend erhöhte Anforderungen an die gutachtliche Befunderhebung.

Tab. 5.2 Zeitnahe Reaktionsformen auf traumatisierende Ereignisse gemäß DSM-5 [Falkai, and Wittchen, 2015].

Reaktionsformen	Beschreibung
Angstreaktionen	Angstvolles Wiedererleben sowie emotionale oder behaviorale Symptome
depressive Reaktionen	Anhedonisch oder dysphorisch geprägte, anhaltende Änderungen der Stimmung und negative Kognitionen
Erregungsreaktionen	Arousal- und Externalisierungssymptome
dissoziative Reaktionen	Nicht näher aufgeschlüsselt („während bei anderen dissoziative Symptome dominieren“)
kombinierte Reaktionen	s.o.

Wie bereits in ► Kap. 4.2.4 beschrieben, sind bei „verzögertem Beginn“ einer PTBS zwar erst im Verlauf alle diagnostischen Kriterien vollständig erfüllt, aber das Auftreten einzelner Symptome ist bereits sofort erkennbar. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Betroffenen bis zum Auftreten des Vollbildes einer

¹⁵ In der Schweiz bestimmt der Gutachter den sog. „objektiven Schweregrad“.

¹⁶ vgl. BSG, Urteil v. 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R

¹⁷ vgl. Hessisches LSG, Urteil v. 25.03.2014 – L 3 U 207/11

PTBS keinesfalls „symptomfrei“ leben, sondern im Intervall in der Regel bereits in Teilbereichen ihres Lebens durch psychische Symptome eingeschränkt sind. Grundsätzlich sollten Symptome dieser Art entweder anhand von Vorbefunden dokumentiert oder im Rahmen der gutachtlichen Befunderhebung ohne vernünftigen Zweifel nachweisbar sein (► Kap. 7.1). Ausnahmen hiervon stellen z.B. intensivmedizinische Behandlungen nach Polytraumen mit medikamentöser Sedierung dar. Im sozialen Entschädigungsrecht findet sich als Sonderfall das Beweismaß der „Glaubhaftmachung“, wenn diesbezügliche Unterlagen nicht herangezogen werden können (► Kap. 8.1.2).

5.1.3 Geeignete PTBS-Symptome

Neben dem Erfordernis eines geeigneten Schweregrades und dem zeitnahen Nachweis psychopathologischer Erstsymptome erfordert die Diagnose des „Vollbildes“ einer PTBS typische Symptome („B-E-Kriterien“) über das subjektive Erleben des Betroffenen hinaus auf der objektivierbaren Befundebene. Hierbei sind zwei Aspekte getrennt zu betrachten.

- **Retrospektive Bewertung.** Auch für den Fall eines gesicherten psychischen „Erstschadens“ ist die Diagnose einer PTBS nur dann zu stellen, wenn anhand der Vorbefundlage und/oder anhand der gutachtlich erhobenen Befunde **„Kernsymptome“** einer PTBS (► Tab. 5.3) nachweisbar sind – dabei im Öffentlichen Recht im „Vollbeweis“, im Haftpflichtrecht zumindest mit „Wahrscheinlichkeit“. Alle übrigen im DSM-5 genannten Symptome sind letztlich unspezifisch und sind auch bei anderen, nicht spezifisch einer PTBS zuzuordnenden Störungen zu eruieren. Hier ist die Entwicklung bzw. das Bestehen komorbider Störungen differenzialdiagnostisch zu klären.

Tab. 5.3 Gutachtlich bedeutsame „Kernsymptome“ der PTBS für die retrospektive Diagnosesicherung nach DSM-5. Weitere für die Diagnosestellung einer zum Zeitpunkt der Begutachtung noch bestehenden PTBS wesentliche Symptome ► Tab. 5.4.

DSM-5	Kriterium	Symptom
B	Wiedererleben	• unwillkürlich auftretende eindringliche Erinnerungen (Intrusionen) • in Inhalt und/oder Affekt ereignisbezogene Alpträume • unwillkürlich auftretendes dissoziatives, nicht steuerbares Wiedererleben der traumatischen Situation („Flashbacks“) • nach Triggerreizen auftretende psychische und/oder körperliche Reaktionen.
C	Vermeidungsverhalten	• Vermeidung bewusster Erinnerungen an die traumatische Situation. • Vermeiden traumabezogener Triggerreize (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Geräusche, Gerüche).

- **Bewertung der aktuellen Situation.** Sofern im Rahmen einer Begutachtung relevante Funktionsstörungen gemäß dem Kriterium G („das Störungsbild verursacht klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder anderer bedeutsamer Fähigkeiten“) geltend gemacht werden, gilt es, diese auf der Befundebene zu sichern. Eine wesentliche Rolle kommt dabei der Beobachtung während der gutachtlichen Untersuchung im Rahmen einer Thematisierung mit dem/n geltend gemachten Schädigungserlebnis/sen im Hinblick auf ersichtliche Positiv- und Negativsymptome (► Tab. 5.4) zu [Leonhardt u. Foerster, 2003]. Im gutachtlichen Kontext erscheint eine derartige Befragung legitim, nachdem der Betroffene üblicherweise selbst oder über eine anwaltliche Vertretung einen Antrag auf Anerkennung bzw. Entschädigung für das/die erlebte/n Ereignis/se gestellt und sich damit im Vorfeld der Begutachtung bereits zwangsläufig eingehend mit seinen Erlebnissen beschäftigt hat.

Tab. 5.4 Mögliche objektivierbare Symptome einer PTBS während der gutachtlichen Untersuchung in Anlehnung an die DSM-5-Vorgaben.

DSM-5	Beobachtbare Symptomatik
B4	Psychische Reaktion bei Diskussion des Traumaerlebnisses mit ersichtlicher Sprachveränderung, Vermeiden eines zuvor bestehenden Blickkontakts, Problemen beim Finden von Worten, Umkippen in eine „konfuse“ Schilderung bei zuvor sachgerechter Beschreibung des Werdegangs bis hin zu einer dissoziativ veränderten Situationswahrnehmung, die über ein kurzes Gedankenabschweifen hinausgeht und mit einem Kontaktabbruch zum Untersucher einhergeht.
B5	Körperliche Reaktion bei Diskussion des Traumaerlebnisses mit Schweißausbruch, vertiefter Atmung, Veränderung der Pupillenweite und/oder Hautfarbe, Auftreten von Unruhe, Muskelanspannung und/oder Blutdruck- und Pulsanstieg.
C1	Ersichtliches Vermeidungsverhalten bzgl. der Erinnerung an das traumatische Ereignis, indem zwar das Umfeld der traumatischen Situation, nicht jedoch dieses selbst beschrieben wird, oder indem die Schilderung der traumatischen Situation „überspielt“ und dem Untersucher kaum Gelegenheit gegeben wird nachzufragen. CAVE: Ängste vor einem erneuten traumatischen Ereignis stellen demgegenüber eine normale Reaktion dar und sind kein Vermeidungsverhalten.
D1	Erinnerungslücke für einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse.
D3	Irreale (!) eigene Schuldgefühle hinsichtlich der Ursache und Folgen des oder der traumatischen Ereignisse.
D6	Affektive Einengung als Symptom der Entfremdung und des Abgetrenntseins, ersichtlich z.B. anhand des Kontaktverhaltens während der vom Thema des Traumaerlebens losgelösten körperlichen Untersuchung
E3	Übermäßige Wachsamkeit mit anhaltender Anspannung, Beobachtung des Umfelds im Untersuchungszimmer und niederschwelliger Reagibilität auf Geräusche (z.B. Schritte im Flur)
E4	Übertriebene Schreckreaktionen während der Exploration und körperlichen Untersuchung (z.B. plötzliche Bewegungen des Untersuchers).
E5	Konzentrationsschwierigkeiten mit ersichtlichem Nachlassen der Aufmerksamkeit und der Konzentration im Verlauf der gutachtlichen Exploration und Untersuchung

Es ist die Aufgabe und das Geschick des Gutachters, den Probanden dabei nicht mehr als notwendig zu belasten (► Kap. 7.2.1). Neben der ergebnisoffenen Frage, was passiert ist, eignen sich für die Exploration von Schädigungsereignissen auch Fotografien oder schriftliche Zeugenaussagen, die häufig in den Akten enthalten sind und gemeinsam mit dem Probanden in Augenschein genommen werden können. Ggf. kann der Proband gebeten werden, eine Skizze der Unfallsituation zu zeichnen.

5.1.4 Geeigneter Verlauf

Gewöhnlich verläuft die PTBS nach minderschweren Ereignissen und/oder unter geeigneter Therapie in einem Zeitraum von 1-2 Jahren regredient mit abnehmender funktioneller Beeinträchtigung (Decrescendo) (► Kap. 4.2.5). Ist dies nicht der Fall und es wird eine anhaltende oder sogar zunehmende Beeinträchtigung geltend gemacht, gilt es herauszuarbeiten, welche die Störung aufrechterhaltenden Faktoren vorliegen, z.B. Fehlen einer geeigneten Therapie, Reaktivierung/Retraumatisierung, Wegfall von Kompensationsfaktoren, und welche Bedeutung traumaunabhängigen person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (► Kap. 7.5) zukommt.

Empfehlung III.1

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung einer **posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)** als Folge des Erlebens eines einmaligen traumatisierenden Ereignisses sind

- ein objektiver Schweregrad des Ereignisses im Sinne des A-Kriteriums der DSM-5- und/oder ICD-Klassifikation,
- der Nachweis einer psychischen Traumatisierung in geeignetem zeitlichem Zusammenhang zu dem Ereignis (im rechtlichen Kontext als „Erstschaden“ bezeichnet),
- der Nachweis charakteristischer Symptome einer PTBS gemäß der DSM-5-Klassifikation (B-E-Kriterien) mit Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (G-Kriterium),
- ein nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand plausibler klinischer Verlauf der Symptomatik,
- keine konkurrierenden Faktoren, die für die Symptomatik maßgeblich sind oder diese unterhalten,
- Vorliegen einer authentischen Beschwerdendarstellung.

5.2 Gutachtliche Kriterien bei wiederholten Einzelereignissen

Gutachtlich stellen wiederholte bzw. mehrmalige Einzelereignisse eine schwierige, bislang nicht hinreichend operationalisierte Kategorie dar. Generell besteht zwar Übereinstimmung, dass mehrmalige und insbesondere vergleichbare traumatisierende Lebensereignisse in der Kumulation psychische Symptome hervorrufen oder verstärken können, systematische wissenschaftliche Untersuchungen liegen hierzu jedoch mit Ausnahme von Studien nach militärischen Einsätzen kaum vor [Glaesmer et al., 2015]. Dies drückt sich auch im DSM-5 aus, wo die „wiederholte oder extreme Konfrontation mit aversiven Details“ erstmals Eingang in ein psychiatrisches Klassifikationssystem gefunden hat (► Tab. 4.2). Im Gegensatz zu anderen Ereignissen werden jedoch nur wenige konkrete Beispiele genannt („Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert wurden“), und in der Begründung für die Aufnahme dieses Kriteriums werden an wiederholten Ereignissen lediglich Kriegserlebnisse zitiert [Friedman et al., 2011a/b; Friedman, 2013, 2014].

Im Zusammenhang mit wiederholten Schädigungsereignissen wird zwar häufig der Begriff der „**Retraumatisierung**“ – nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit Begutachtungen oder Rechtsstreitigkeiten – benutzt, dieser wurde bislang jedoch weder systematisch untersucht noch konzeptionell belastbar dargestellt. Nach Analyse der Studienlage sollte nach [Schock et al., 2010] daher nur dann von einer „Retraumatisierung“ gesprochen werden, wenn zum einen das Vorliegen einer PTBS bereits nachgewiesen ist und zum anderen die danach auftretenden Intrusionen sich auf das initiale Trauma beziehen. Auch bestehe keine verwertbare Studienlage zur Dauer des Symptomanstiegs im Rahmen einer Retraumatisierung.

Gutachtlich zu unterscheiden sind wiederholte Ereignisse mit vergleichbarem Inhalt sowie mehrmalige Schädigungsereignisse mit anderem Ablauf.

5.2.1 Wiederholte Einzelereignisse¹⁸

Verschlechterung von PTBS-Symptomen

Es erscheint wissenschaftlich nachgewiesen, dass Personen, die irgendwann in ihrem Leben eine PTBS entwickelt hatten, im späteren Verlauf eine erhöhte Vulnerabilität für eine erneute PTBS bei Erleben einer weiteren Traumatisierung zeigen [Breslau et al., 2008]. Gutachtlich ist diese Situation relativ unproblematisch, sofern es sich um vom Versicherungsschutz erfasste, situativ ähnliche Ereignisse handelt. Kommt es z.B. bei einem Lokomotivführer, bei dem bereits eine schädigungsbedingte PTBS anerkannt ist, zu einem Wiederanstieg der Symptomatik im Gefolge eines situativ ähnlichen Ereignisses, ist dies als Retraumatisierung anzuerkennen.

Kumulative Entwicklung von PTBS-Symptomen

Wesentlich komplexer stellt sich die Situation dar, wenn sich erst im Gefolge mehrerer Schädigungsereignisse psychische Symptome entwickeln. Aus der klinischen Erfahrung heraus erscheint durchaus plausibel, dass das Erleben wiederholter Unfallereignisse die Vulnerabilität der Betroffenen für eine psychische Störung erhöht, die dann irgendwann zum Ausbruch kommt. Trotz der Häufigkeit derartiger Ereignisse im Arbeitsleben finden sich hierzu jedoch kaum wissenschaftliche Untersuchungen [Clarner et al., 2015]. Überwiegend handelt es sich um wenig aussagekräftige, retrospektive Fragebogenerhebungen [Berger et al., 2012], und die wenigen prospektiven Studien bei Polizeibeamten und Feuerwehrleuten erbrachten keine schlüssigen Ergebnisse [Bryant u. Guthrie, 2005, 2007; Carlier et al., 1997; Hodgins et al., 2001; Meyer et al., 2012]. Bei Lokomotivführern wurde sogar von einem Gewöhnungseffekt bei mehrfachen Ereignissen gesprochen [Cothureau et al., 2004; Doroga u. Baban, 2013; Denis, 2004]. Die Entwicklung einer PTBS im Rahmen einer „kumulativen“ Traumatisierung wird daher derzeit im Allgemeinen nur dann als Unfallfolge anerkannt werden können, wenn ein „qualifizierendes“ Ereignis nachweisbar ist, das die Kriterien einer PTBS erfüllte.

5.2.2 Mehrmalige Einzelereignisse

Hierbei handelt es sich um mehrmalige schädigende Ereignisse mit unterschiedlichem Schädigungsinhalt. Eine zusammenfassende gutachtliche Bewertung erfolgt bei derartigen Ereignissen selbstverständlich nur dann, wenn sich die Ereignisse in demselben versicherten Rechtsgebiet ereigneten. Andernfalls kommt ihnen lediglich die Bedeutung einer Schadensanlage bzw. – bei bereits manifester psychischer Symptomatik – eines Vorschadens oder eines Nachschadens zu.

Bei der Beurteilung eines Schädigungsereignisses in einer Reihe von unterschiedlichen schädigenden Ereignissen gelten prinzipiell dieselben Grundsätze wie für die Begutachtung nach einmaligen Schädigungsereignissen. Zur Abgrenzung des Gesundheitszustandes der zu beurteilenden Schädigung sind unbedingt die zeitliche Entwicklung der Symptomatik und die inhaltlichen Bezüge der Symptomatik zum schädigenden Ereignis zu beachten. Nicht selten gibt es allerdings Überschneidungen der Gesundheitsstörungen infolge der unterschiedlichen Schädigungsereignisse.

Empfehlung III.2

Die gutachtliche Einschätzung wiederholter Schädigungsereignisse stellt eine schwierige, wenig operationalisierte Restkategorie dar. Kommt es bei einer bereits nachgewiesenen PTBS zu einem erneuten situativ ähnlichen Ereignis, das psychodynamisch mit dem Erstereignis verknüpft ist, ist hierdurch im Allgemeinen eine Verschlechterung im Sinne einer „Retraumatisierung“ zu begründen.

¹⁸ Von Seiten der befragten schweizerischen Experten wird darauf hingewiesen, dass in der Schweiz hier andere rechtliche Prämissen zum Tragen kommen.

5.3 Gutachtliche Kriterien bei komplexen Traumafolgestörungen

Gemäß der Ereignisdefinition der derzeit noch gültigen ICD-10 zur „andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ und auch der in der zukünftigen ICD-11 genannten kPTBS (► Tab. 4.5) betreffen gutachtliche Fragestellungen zu Schädigungsfolgen überwiegend das soziale Entschädigungsrecht mit seinen Nebengesetzen. Laut den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (C 2) müssen dabei als Grundvoraussetzungen vor der Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs zunächst „der schädigende Vorgang, die gesundheitliche Schädigung und die zu beurteilende Gesundheitsstörung“ im Vollbeweis gesichert sein [BMAS, 2015].

Bei der Beurteilung des Zusammenhangs müssen analog zu den Erfordernissen bei der Beurteilung von Gesundheitsschäden nach einmaligen Ereignissen auch bei länger anhaltenden Tatbeständen das klinische Beschwerdebild und der Verlauf der Störung in Einklang mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu komplexen Traumafolgestörungen und deren Verlauf stehen. Zu- und Abnahme der Symptomausprägung müssen durch das Vorhandensein oder den Wegfall von Kompensationsmechanismen erklärbar sein. Konkurrierende Faktoren für die Gesundheitsstörung müssen in Betracht gezogen und abgewogen werden und Vor- und Nachschäden voneinander abgegrenzt werden.

Glaubhaftmachung

Liegen die schädigenden Ereignisse lange zurück (z.B. lang anhaltende körperliche oder sexualisierte Gewalt in der Kindheit) und werden erst viele Jahre später Schädigungsfolgen geltend gemacht oder es besteht keine hinreichende Dokumentation der Ereignisse (z.B. nach Gefangenschaft), ist der Nachweis des schädigenden Vorgangs häufig erschwert. In diesen Fällen sieht das soziale Entschädigungsrecht im begründeten Einzelfall das Beweismaß der Glaubhaftmachung vor, soweit „Unterlagen nicht vorhanden, nicht zu beschaffen oder ohne Verschulden des Antragstellers oder seiner Hinterbliebenen verlorengegangen sind“ (► Kap. 8.1.2). Dies wird jedoch dem Gutachter vom Auftraggeber vorgegeben. Es gehört aber auch zur gutachtlichen Aufgabe zu beurteilen, ob die vom Antragsteller im Rahmen der gutachtlichen Exploration vorgebrachten Belastungserfahrungen im Einklang mit den Angaben in den Akten bzw. – bei politischer Inhaftierung – den in der Literatur dokumentierten Haftbedingungen stehen [Denis et al., 1997; Priebe et al., 1993].

5.3.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Nachweis eines geeigneten schädigenden Vorgangs

Nachdem sich die diagnostischen Eingangskriterien gemäß ICD-10 auf extreme Belastungserlebnisse im Erwachsenenalter mit Fokus auf Konzentrationslager, Folter und andauernde lebensbedrohliche Situationen als Geisel oder bei langdauernder Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr beschränken und kurzzeitige Ereignisse ausdrücklich ausgeschlossen sind, erscheint diese Situation in Mitteleuropa derzeit erfreulicherweise relativ selten gegeben. Für den Nachweis eines geeigneten Schweregrades von Gefangenschaft und Folter kann der von Maercker et al. [2000] vorgeschlagene Score als Hilfe dienen, der neben dem Ausmaß der realen oder erlebten Lebensbedrohung die Faktoren Einzelhaft, Dunkelhaft, „Sonderbehandlungen“, körperliche Folter, systematischer Schlafentzug sowie verbale Bedrohungen umfasst.

Nachweis der gesundheitlichen Schädigung

Vergleichbar der Situation bei der PTBS ist ein über Jahrzehnte andauerndes beschwerdefreies Intervall nach Extrembelastung i.d.R. nicht zu begründen [Weisaeth, 1989; Maercker et al., 2013]. Vielmehr ist auch hier hinreichend zeitnah – zumindest jedoch im Verlauf weniger Monate bis Jahre nach der traumatisierenden Situation – das Vorliegen typischer psychopathologischer Auffälligkeiten zu fordern, sei es im Sinne von (Teil)Symptomen der PTBS, sei es bereits im Sinne der andauernden Persönlichkeitsänderung. Ist dieser Nachweis anhand der Aktenlage und/oder Anamnese nicht zu führen, erübrigt sich in der Regel die weitere Diskussion einer noch bestehenden schädigungsbedingten Gesundheitsstörung.

Nachweis der Gesundheitsstörung

Auch die psychischen Folgeschäden müssen im Vollbeweis vorhanden sein. Das Spektrum der möglichen Gesundheitsstörungen nach länger anhaltenden Schädigungen ist in der Regel jedoch größer als bei der PTBS und die Komorbidität höher als nach einem einmaligen Schädigungsereignis. Die klinische Beschwerdenuvalidierung erfordert, dass die subjektiven Angaben der Betroffenen, die Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung, der psychopathologische Befund und die Ausgestaltung der Symptomatik im Alltag ein übereinstimmendes Bild ergeben.

Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs

Analog zu den Erfordernissen bei der Beurteilung von Gesundheitsschäden bei einmaligen Ereignissen müssen auch bei länger anhaltenden Tatbeständen das klinische Beschwerdebild und der Verlauf der Störung in Einklang mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu komplexen Traumafolgestörungen und deren Verlauf stehen. Zu- und Abnahme der Symptomausprägung müssen durch das Vorhandensein oder den Wegfall von Kompensationsmechanismen erklärbar sein. Konkurrierende Faktoren für die Gesundheitsstörung müssen in Betracht und abgewogen werden und Vor- und Nachschäden voneinander abgegrenzt werden.

Empfehlung III.3

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung einer **Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung** sind

- ein objektiver Schweregrad der Ereignisse im Sinne einer Extrembelastung mit andauernden lebensbedrohlichen Situationen, vergleichbar den Erlebnissen in einem Konzentrationslager, bei Folter, Geiselnahme oder langdauernder Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr,
- ein nachweisliches Auftreten der Extrembelastung erst im Erwachsenenalter,
- das Fehlen einer bereits vorbestehenden Persönlichkeitsstörung,
- der Nachweis typischer Symptome über wenigstens 2 Jahre nach der Extrembelastung (feindliche oder misstrauische Haltung, sozialer Rückzug, Gefühl der Leere und Hoffnungslosigkeit, Gefühl von Nervosität oder Bedrohung, Gefühl der Entfremdung und ggf. emotionalen Betäubung),
- ggf. vorausgehende Symptome einer PTBS über einen Zeitraum von wenigstens 2 Jahren,
- der Nachweis einer Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe unter Berücksichtigung der Wechselwirkung positiver und negativer Kontextfaktoren,
- ein nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand plausibler klinischer Verlauf der Symptomatik,
- keine organische Genese oder andere konkurrierende Faktoren, die für die Symptomatik maßgeblich sind oder diese unterhalten
- Vorliegen einer authentischen Beschwerdendarstellung.

5.3.2 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Nachweis eines geeigneten schädigenden Vorgangs

Im Regelfall wird dem Gutachter der Tatbestand vorgegeben und es ist „lediglich“ seine Aufgabe, die vom Antragsteller im Rahmen der gutachtlichen Exploration vorgebrachten Belastungserfahrungen im Kontext mit der Aktenlage einer Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung zu unterziehen.

Nachweis der gesundheitlichen Schädigung

Lag die länger anhaltende Schädigung im Kindes- und/oder Jugendalter und ist diese durch wiederkehrende Missbrauchs- und/oder Gewalterfahrungen charakterisiert, ist ein Nachweis der gesundheitlichen Schädigung im Sinne eines Erstschadens meist nicht (mehr) möglich. Die gesundheitliche Schädigung vollzieht sich dann vielmehr in einer sich wiederholenden negativen Einwirkung auf die körperliche und psychische Integrität des Kindes und dessen Entwicklung. Aufgabe des Gutachters ist in diesem Fall die Prüfung, ob sich die diagnostischen Vorgaben („Kernsymptome“) einer PTBS im Verlauf seit den schädigenden Ereignissen im erforderlichen „Vollbeweis“ nachweisen lassen (*„all diagnostic requirements for PTSD have been met at some point during the course of the disorder“*).

Nachweis der Gesundheitsstörung

Auch die psychischen Folgeschäden müssen im „Vollbeweis“ vorhanden sein. Hierbei kommt der Abgrenzung zu schädigungsunabhängigen Persönlichkeitsstörungen entscheidende Bedeutung zu (► Kap. 4.3.4). Von den in der Release-Version der ICD-11 genannten Symptomen Störung der Affektregulation, negatives Selbstbild und Schwierigkeiten in Beziehungen erscheint differenzialdiagnostisch im Rahmen von Begutachtungen das Vorliegen eines negativen Selbstbildes mit nach innen gerichteten Schuldzeiger (*„persistent beliefs about oneself as diminished, defeated or worthless, accompanied by deep and pervasive feelings of shame, guilt or failure related to the traumatic event“*) am wesentlichsten.

Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs

Analog zu den Erfordernissen bei der Beurteilung von Gesundheitsschäden bei einmaligen Ereignissen müssen auch hier das klinische Beschwerdebild und der Verlauf der Störung in Einklang mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu komplexen Traumafolgestörungen und deren Verlauf stehen. Zu- und Abnahme der Symptomausprägung müssen durch das Vorhandensein oder den Wegfall von Kompensationsmechanismen erklärbar sein. Konkurrierende Faktoren für die Gesundheitsstörung müssen betrachtet und abgewogen werden und Vor- und Nachschäden voneinander abgegrenzt werden.

Empfehlung III.4

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung einer **komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS)** als Folge schwerer, lang andauernder Schädigungsereignisse sind

- ein objektiver Schweregrad der Ereignisse in Kindheit und/oder Erwachsenenalter im Sinne eines schweren und kumulativen Traumas (Typ II-Trauma),
- der Nachweis der Kernsymptome einer PTBS gemäß ► Tab. 5.3, die, soweit aktuell nicht mehr erkennbar, zumindest zeitweilig in der Vergangenheit anhand der Akten dokumentiert sind,
- der Nachweis von Störungen der Selbstorganisation mit Störung der Affektregulation, negativem Selbstbild und Schwierigkeiten in Beziehungen (► Abb. 4.1), die nicht durch eine schädigungsunabhängige Persönlichkeitsstörung bedingt sind,
- ein nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand plausibler klinischer Verlauf der Symptomatik,
- keine konkurrierenden Faktoren, die für die Symptomatik maßgeblich sind oder diese unterhalten,
- Vorliegen einer authentischen Beschwerdendarstellung.

5.4 Gutachtliche Kriterien bei Anpassungsstörungen

Auch hier beruht die Beweisführung einer Anpassungsstörung auf dem Nachweis von Indizien („Brückensymptomen“). Zu den diagnostischen Vorgaben ► Kap. 4.4.

5.4.1 Geeigneter Schweregrad

In Abgrenzung zur PTBS sind Anpassungsstörungen dadurch gekennzeichnet, dass es sich als Eingangskriterium gemäß DSM-5 bei dem versicherten Unfall oder Schädigungsereignis um einen „beliebig stark ausgeprägten Belastungsfaktor“ handeln kann, der damit das A-Kriterium der PTBS nicht erfüllen muss.

5.4.2 Geeignete Symptomatik

Vergleichbar der PTBS ist zu fordern, dass dem Nachweis einer zeitnahen pathologischen psychischen Reaktion umso wesentlichere Bedeutung als notwendiger Anknüpfungstatsache zukommt, je geringfügiger das Ereignis nach objektiven Kriterien ist. Eine verzögerte psychische Reaktion nach einem minderschweren Ereignis wird im Regelfall nur dann eine Anpassungsstörung begründen, wenn anhaltende körperliche Schädigungsfolgen als Erstscha den nachweisbar sind (► Kap. 6). Gemäß den in ► Tab. 4.8 genannten Subtypen ergeben sich folgende Unterschiede:

- **Depressive Anpassungsstörung.** Depressive Anpassungsstörungen erfüllen nicht die Kriterien einer „Major Depression“ (► Kap. 5.5). Bei längerem Verlauf (► Kap. 5.4.3) ist ggf. gemäß DSM-5 auch eine persistierende depressive Störung (Dysthymie) zu diagnostizieren.
- **Ängstliche Anpassungsstörung.** Nicht selten werden z.B. nach PKW-Unfällen Ängste vor dem Autofahren geltend gemacht. Soweit es sich um eine konkret mit dem Erlebnis des Unfallereignisses zusammenhängende „spezifische“ Phobie handelt, deren Beginn in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall nachweisbar ist und die nicht lediglich einer „normalen“ Vorsicht im Sinne einer betont defensiven Fahrweise nach einem erlebten Unfall entspricht, wird im Allgemeinen ein Unfallzusammenhang zu begründen sein. Bei nicht spezifisch mit dem traumatisierenden Ereignis zusammenhängenden, insbesondere auch zunehmenden und generalisierten Ängsten besteht jedoch vor allem im Bereich des Öffentlichen Rechts hoher Begründungsbedarf, warum eine derartige Symptomatik als Schädigungsfolge anzusehen ist.
- **Sonstige Anpassungsstörungen.** Anpassungsstörungen können auch im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens oder in gemischter Form der verschiedenen Symptomkomplexe diagnostiziert werden.

5.4.3 Geeigneter Verlauf

Sowohl gemäß ICD-10/11 als auch DSM-5 halten die Symptome eine Anpassungsstörung im Allgemeinen nicht länger als 6 Monate an, die ICD-10 nennt ergänzend einen Zeitraum von 2 Jahren bei längerer depressiver Reaktion. Nachdem bei Anpassungsstörungen laut ICD-10 „die individuelle Disposition oder Vulnerabilität“ wesentlichen Anteil an der Symptomatik besitzt, besteht bei anhaltend geklagten Beschwerden ohne noch nachweisbaren relevanten Körperschaden (► Kap. 6) hoher Begründungsbedarf, ob und warum die Symptomatik (noch) auf das Unfall- bzw. Schädigungsereignis zurückzuführen ist. Hierzu gehört auch die Frage, ob geeignete Therapieversuche erfolgten bzw. warum diese nicht stattfanden.

Empfehlung III.5

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung einer Anpassungsstörung als Folge des Erlebens eines einmaligen traumatisierenden Ereignisses sind

- das Vorliegen eines psychisch belastenden Ereignisses,
- der Nachweis einer psychopathologischen Reaktion („Erstschaden“) in geeignetem zeitlichem Zusammenhang zu dem Ereignis, die über „normales“ Erschrecken hinausgeht,
- der Nachweis charakteristischer Symptome einer depressiven und/oder ängstlichen Störung von Krankheitswert,
- ein nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand plausibler klinischer Verlauf der Symptomatik,
- keine konkurrierenden Faktoren, die für die Symptomatik maßgeblich sind oder diese unterhalten,
- Vorliegen einer authentischen Beschwerdendarstellung.

5.5 Gutachtliche Kriterien bei weiteren psychischen Störungen

Gemäß ► Kap. 4.5 sind bei Auftreten psychischer Störungen im Gefolge identifizierbarer psychosozialer Belastungen, die diagnostisch nicht einer PTBS oder Anpassungsstörung zuzurechnen sind, zwei unterschiedliche Ausprägungsformen getrennt zu betrachten.

5.5.1 Auftreten in Komorbidität zur PTBS

Wie in ► Kap. 4.5 dargestellt, sind posttraumatische Belastungsstörungen im Sinne einer Komorbidität häufig mit anderen psychischen Störungen vergesellschaftet. Liegt eine derartige Störung vor, ist im Allgemeinen ein kausaler Zusammenhang zu bejahen, wenn

- sich die Störungen erst nach einem Unfall oder sonstigen versicherten Schädigungsereignis entwickelt hat,
- ein klarer zeitlicher Zusammenhang zu einer gutachtlich nachgewiesenen PTBS besteht, und
- konkurrierende Ursachen der Symptomatik nicht nachweisbar sind.

5.5.2 Auftreten als eigenständiges Störungsbild

Depressive Episode

Das Vorliegen einer depressiven Episode ist gemäß den hierzu vorliegenden diagnostischen Kriterien nicht als Anpassungsstörung zu kodieren. In gutachtlicher Hinsicht ändert sich jedoch nichts hinsichtlich der in ► Kap. 5.4 genannten Anknüpfungstatsachen. Die Anerkennung einer länger anhaltenden depressiven Episode als Schädigungsfolge setzt eine eingehende Kausalitätsabwägung hinsichtlich neu hinzu getretener konkurrierender Faktoren voraus.

Folgende Aspekte sprechen eher gegen die Annahme, dass die depressive Episode Schädigungsfolge ist:

- Auftreten auch manischer Symptome (bipolare affektive Störung, F31),
- Auftreten psychotischer Symptome im Rahmen einer schweren depressiven Episode zum (F32.3),
- Auftreten rezidivierender depressiver Episoden ohne zugleich anhaltenden unfallbedingten Körperschaden relevanten Umfangs,
- positive Familienanamnese für affektive Erkrankungen.

Phobische und Angststörungen

Soweit phobische und Angststörungen nicht als ängstliche Anpassungsstörung (F43.22) oder als Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Stimmung gemischt (F43.23) kodiert werden (► Tab. 4.8), sind diese gemäß ICD-10 nach F40/41 zu verschlüsseln. Hinsichtlich der gutachtlichen Beurteilung gelten die bereits bei ängstlichen Anpassungsstörungen genannten Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung eines Zusammenhangs (► Kap. 5.3.2).

Dissoziative Störungen

Schwere dissoziative Störungen (Dissoziative Identitätsstörung) treten, analog zur kPTBS, in der Regel nicht nach einem einmaligem Schädigungsereignis, sondern als Folge schwerer, lang andauernder Schädigungsereignisse auf. Es handelt sich bei diesen Störungen im Gegensatz zu den Konversionsstörungen demnach immer um Traumafolgestörungen.

Gutachtlich zu beachten ist, dass Betroffene schwerer Traumafolgestörungen (inkl. schwerer dissoziativer Störungen) dissoziative Symptome aus störungsimmanenten Gründen selten von sich aus berichten, u.a. aus Angst, verrückt zu erscheinen, aber auch aufgrund der Vermeidung einer Auseinandersetzung mit ihrer Traumageschichte und/oder aufgrund kompromittierten Vertrauens. Die Diagnosestellung einer dissoziativen Störung erfordert deshalb ein aktives Erfragen der Symptomatik.¹⁹

Gutachtlich abgegrenzt werden müssen hier v.a.:

- Persönlichkeitsstörungen (Cluster B, vor allem Borderline Persönlichkeitsstörungen und histrionische Persönlichkeitsstörungen)
- Artifizielle Störungen (ggf. auf der Grundlage einer komorbiden Persönlichkeitsstörung)
- Simulation.

Somatoforme Störungen (somatische Belastungsstörungen) und Konversionsstörungen

Bei Vorliegen neurologisch nicht erklärbarer Symptome und/oder nicht (hinreichend) durch einen Körperschaden begründeter Schmerzen sind gutachtlich mehrere Konstellationen zu unterscheiden (► Tab. 5.5). Insbesondere bei im Verlauf zunehmend generalisierter Symptomatik besteht hoher Begründungsbedarf, warum eine derartige Symptomatik als Schädigungsfolge anzusehen ist, da in diesem Fall im Verlauf regelmäßig psychosoziale Kontextfaktoren in den Vordergrund treten. Zu unterscheiden sind auch dissoziative Störungen von Konversionsstörungen. Letztere haben in der Regel eine multifaktorielle Genese und kommen für die Anerkennung als psychoreaktive Folgestörung nach einmaligen Schädigungsereignissen ohne Nachweis einer PTBS und ohne geeigneten Körperschaden im Allgemeinen nicht in Frage.

Tab. 5.5 Gutachtliche Bewertung von somatoformen und Konversionsstörungen.

Vorliegen einer PTBS	Geeigneter Körperschaden	Kein geeigneter Körperschaden
Bewertung als komorbide Störung (► Kap. 5.5.1)	Bewertung als mittelbare Unfallfolge (► Kap. 6.1)	Bewertung analog zu Anpassungsstörungen (► Kap. 5.4)

Artifizielle Störungen

Eine Anerkennung der artifizienten Störung als Schädigungsfolge nach einmaligem Schädigungsereignis ist aufgrund ihrer multifaktoriellen Genese nicht denkbar, allenfalls kommt eine Verschlimmerung einer

¹⁹ Mangelndes Wissen um dissoziative Störungen auf Behandler- bzw. Gutachterseite kann dazu führen, dass eine valide Symptomatik übersehen oder diagnostisch falsch eingeordnet wird. Gerade in Bezug auf dissoziative Störungen ist die Gefahr, zu falsch negativen Ergebnissen zu kommen (d.h. eine valide Symptomatik übersehen und so die Diagnose nicht stellen) als ebenso wichtig einzuschätzen wie das Stellen einer falsch positiven Diagnose.

vorbestehenden artifiziellen Störung in Frage. Gutachtlich kommt ihr jedoch hauptsächlich differenzialdiagnostische Bedeutung im Rahmen der Beschwerdenuvalidierung zu.

Empfehlung III.6

Sofern depressive, Angst- und/oder somatoforme und Konversionsstörungen komorbides Begleitsymptom einer nachgewiesenen PTBS und/oder mittelbare Folge schwerwiegender körperlicher Schädigungsfolgen sind, ergeben sich gutachtlich selten Probleme. In anderen Fällen besteht bei anhaltenden krankheitswertigen Störungen aufgrund der multifaktoriellen Verursachung derartiger Erkrankungen im Allgemeinen hoher gutachtlicher Begründungsbedarf, warum diese als Folge des Erlebens eines einmaligen schädigenden Ereignisses einzuschätzen sind.

Die Begutachtung bei dissoziativen Störungen orientiert sich an den Empfehlungen für kPTBS (Empfehlung III.4).

6. Begutachtungskriterien bei psychischen Störungen infolge einer Körperschädigung

Das Kapitel bezieht sich auf die gutachtliche Einschätzung psychoreaktiver Störungen, die als mittelbare Unfall- bzw. Schädigungsfolge nach körperlichen Schädigungen geltend gemacht werden.

Geltend gemachte psychische Störungen, die sich im Gefolge eines unfallbedingten Körperschadens entwickeln, stellen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung und der Haftpflichtversicherung anteilmäßig die größte Gruppe dar. Der im „Vollbeweis“ nachzuweisende „Erstschaden“ ist in diesem Fall die körperliche Verletzung, auf die sich als mittelbare Folge eine seelische Störung „aufpropft“ (► Abb. 2.2). Ursache einer dann als Fehlanpassung (Maladaptation) an die körperlichen Unfallfolgen einzuschätzenden psychischen Symptomatik können sowohl das Erleben einer besonders belastenden Behandlung (z.B. intensivmedizinische Therapie, operative Eingriffe, lange Krankenhausaufenthalte) als auch einer anhaltenden körperlichen Beeinträchtigung (z.B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Störung des Körperbildes durch Vernarbung, Verstümmelung einschl. Amputation) sein. Zum Auftreten posttraumatischer Belastungsstörungen bei körperlichen Schädigungen vermerkt das DSM-5, dass „eine lebensbedrohliche Erkrankung oder stark einschränkende medizinische Beschwerden“ nicht „notwendigerweise“ traumatische Ereignisse im Sinne des A-Kriteriums darstellen (► Tab. 4.3).

6.1 Entwicklung depressiver, ängstlicher, somatoformer und Konversionsstörungen

Entwickeln sich nach einem Körperschaden depressive oder ängstliche Störungen sowie Schmerzsyndrome und/oder neurologische Symptome, die körperlich nicht oder nur zum Teil durch den Körperschaden erklärbar sind, ist ein Kausalzusammenhang mit dem körperlichen Schädigungsereignis im Allgemeinen zu begründen, wenn – vergleichbar der Situation bei posttraumatischen Belastungsstörungen – geeignete Brückensymptome vorliegen, anhand derer – je nach Rechtsgebiet – der erforderliche „Vollbeweis“ zu führen ist bzw. die überwiegende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs besteht.

6.1.1 Geeigneter Körperschaden

Grundsätzlich vermag auch ein körperlicher Bagatellschaden eine mittelbare psychische Reaktionsbildung zu begründen. Dies gilt auch für psychische Folgeschäden, die nur infolge einer besonderen Schadensanfälligkeit, einer besonderen Schadensanlage oder einer besonderen seelischen Labilität auftreten [Mayou u. Bryant, 2001]. In allen Rechtsgebieten wird nicht erwartet, dass die Schädigung einen gesunden Menschen trifft (► Kap. 2.5.1). Eine über mehr als Wochen bis allenfalls Monate anhaltende psychische Reaktionsbildung auf einen Körperschaden setzt im Allgemeinen jedoch voraus, dass dieser mit anhaltenden, funktionell einschränkenden körperlichen Schädigungsfolgen einher geht.

6.1.2 Geeigneter zeitlicher Zusammenhang

Unabdingbar ist der Nachweis eines geeigneten zeitlichen Zusammenhangs zwischen der Körperschädigung und dem Auftreten psychischer Symptome. Dieser kann sowohl das Erleben des Körperschadens und/oder der nachfolgenden therapeutischen Maßnahmen als auch die Situation betreffen, dass im Verlauf von dem Verletzten (zunehmend) realisiert wird, dass relevante lebeenseinschränkende körperliche Verletzungsfolgen auf Dauer bestehen bleiben, was erst dann zu einer – zeitlich verzögerten – psychischen Reaktionsbildung führen kann. Diese Zusammenhänge sind gutachtlich detailliert herauszuarbeiten.

6.1.3 Geeignete Symptomatik

Grundsätzlich kann es im Gefolge des Erlebnisses körperlicher Schädigungsfolgen zu einem breiten Spektrum psychischer Symptome kommen. Wie bereits in ► Kap. 5.5.2 beschrieben, sind psychotische Symptome jedoch im Allgemeinen nicht mit der Entwicklung eines psychoreaktiven Bildes in Verbindung zu bringen.

6.1.4 Geeigneter Verlauf

Gemäß ► Kap. 4.4 sind Anpassungsstörungen und damit letztlich auch andere psychoreaktive Störungen (z.B. depressive Episoden im Sinne einer „Major Depression“, somatoforme und dissoziative Störungen), die gutachtlich einer seelischen Fehlanpassung (Maladaptation) an ein Schädigungsereignis entsprechen, gemäß den psychiatrischen Klassifikationssystemen zeitlich selbstlimitierend, „wenn die Belastung oder deren Folgen beendet sind“ (DSM-5). Dauerhaft bestehende psychische Störungen als mittelbare Folge eines körperlichen Schädigungsereignisses sind daher im Allgemeinen gutachtlich nur dann zu begründen, wenn in beeinträchtigendem Umfang körperliche Schädigungsfolgen persistieren.

Empfehlung III.7

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung depressiver oder ängstlicher Symptome und/oder von Schmerz- und/oder Konversionsstörungen als **mittelbare Folge eines Körperschadens** sind

- das Vorliegen anhaltender körperlicher Schädigungsfolgen, die zu einer relevanten Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe führen,
- der Nachweis des Beginns der psychischen Störung in geeignetem zeitlichem Zusammenhang mit dem Körperschaden bzw. den körperlichen Schädigungsfolgen,
- kein Nachweis konkurrierender Faktoren, die für die Symptomatik maßgeblich sind oder diese unterhalten,
- Vorliegen einer authentischen Beschwerdendarstellung.

Anhaltende psychische Störungen als mittelbare Folge eines Körperschadens sind im Allgemeinen nur dann zu begründen, wenn in relevantem Umfang körperliche Schädigungsfolgen persistieren.

6.2 Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung

Einen gutachtlich schwierigen Sonderfall stellt die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung (ICD-10 F10-19, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) im Gefolge einer schädigungsbedingten körperlichen Erkrankung dar. Dabei sind zwei unterschiedliche Situationen zu differenzieren.

6.2.1 Abhängigkeit von verordneten Medikamenten

Wurden Medikamente ärztlicherseits im Rahmen der Behandlung körperlicher Unfallfolgen verordnet, besteht grundsätzlich sowohl im Öffentlichen Recht als auch im Haftpflichtrecht eine Einstandspflicht des Versicherungsträgers, wenn sich eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt. Problematisch erscheint die Situation dann, wenn die körperlichen Folgen nach Einschätzung der jeweiligen medizinischen Fachgebiete (weitgehend) abgeklungen sind und sich eine weitere längerfristige Medikamenteneinnahme nicht mehr begründen lässt. In diesem Fall ist vom Gutachter sorgfältig herauszuarbeiten, ob und welche Maßnahmen von dem Betroffenen ergriffen wurden, um den bestehenden medizinisch nicht (mehr) indizierten Medikamentenkonsum zu beenden und warum diese scheiterten. Im Haftpflichtrecht wird demgegenüber meist eine Einstandspflicht des Versicherers bestehen und persönlichkeitspezifische Anteile wirken sich lediglich bei der Bemessung des Schmerzensgeldes anspruchsmindernd aus²⁰.

6.2.2 Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen

Wird eine schädigungsbedingte Abhängigkeit von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen als Folge eines Körperschadens geltend gemacht, ist im Öffentlichen Recht im Regelfall nur selten ein „wesentlicher“ Zusammenhang zwischen dem Schädigungsereignis und dessen Folgen anzuerkennen, da hierfür meist persönlichkeitsbedingte Faktoren als ausschlaggebend anzusehen sind. Eine Ausnahme kann die Situation darstellen, wenn wegen nachweislich fehlender oder inadäquater ärztlicher Behandlung (z.B. bei einer schädigungsbedingten Depression oder bei Schmerzen) eine „Eigenbehandlung“ mit psychotropen Substanzen begonnen wurde, was in diesem Fall jedoch vom Gutachter detailliert herauszuarbeiten und gegen mögliche konkurrierende Ursachen abzuwägen ist.

Empfehlung III.8

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung einer Abhängigkeitserkrankung als mittelbare Folge eines Körperschadens sind

- Ärztliche Verordnung der zur Abhängigkeit führenden Medikamente im Rahmen körperlicher oder psychischer Schädigungsfolgen,
- Beginn der Abhängigkeitserkrankung in zeitlichem Zusammenhang mit den körperlichen oder psychischen Schädigungsfolgen,
- Kein Nachweis konkurrierender Faktoren, die für die Symptomatik maßgeblich sind oder diese unterhalten,
- Vorliegen einer authentischen Beschwerdendarstellung.

Ein Zusammenhang zwischen einem Schädigungsereignis und nicht ärztlich verordneten Substanzen ist im Einzelfall nur dann zu begründen, wenn diese nachweislich wegen fehlender oder nicht adäquater ärztlicher Behandlung eingesetzt wurden.

²⁰ vgl. BGH, Urteil v. 30.4.1996 – VI R 55/95

7. Besonderheiten der gutachtlichen Untersuchung bei Kausalitätsfragen

Im vorliegenden Kapitel finden sich Hinweise zu Besonderheiten der gutachtlichen Untersuchung, wie sie im Rahmen der Beurteilung von Kausalitätsfragen von wesentlicher Bedeutung sind. Zu grundlegenden Fragen der gutachtlichen Untersuchung bei psychischen Störungen und zur Beschwerdenuvalidierung (Konsistenzprüfung) sei auf Teil I der vorliegenden Leitlinie („Gutachtliche Untersuchung bei psychischen Störungen“) verwiesen.

7.1 Aufarbeitung der Aktenlage

Die detaillierte Aufarbeitung der Aktenlage vor der Untersuchung des Probanden ist für die Qualität von Gutachten unverzichtbar, da der Sachverständige in diesem Fall Auffälligkeiten, Ungereimtheiten und Widersprüche in den Vorbefunden und -gutachten bereits kennt und diese im Rahmen der gutachtlichen Exploration kritisch hinterfragen kann. Darüber hinaus kommt bei Kausalitätsfragen der zeitnahen Dokumentation für den Erstsadensnachweis besondere Bedeutung zu. Dabei gilt grundsätzlich, dass den Informationen in der zeitnahen Dokumentation in der Regel eine größere Objektivität zugeschrieben werden kann als später verfassten Angaben.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich bei der Erstuntersuchung z.B. in den Rettungsstellen häufig eine unvollständige Befundung findet. Fehlen wichtige, für die Beurteilung möglicherweise unverzichtbare Dokumente in den übermittelten Akten (z.B. polizeiliches Protokoll, D-Arzt-Berichte, Vordokumentation zu früheren stationären Heilbehandlungen oder einer stationären Rehabilitation, Leistungsverzeichnis der Krankenversicherung; u.U. kopierte Unterlagen der Staatsanwaltschaft), sollte dies im Gutachten vermerkt bzw. dem Auftraggeber eine entsprechende Heranziehung empfohlen werden. Zu beachten ist allerdings, dass es im gutachtlichen Kontext kein „in dubio pro aegro“ gibt.

Empfehlung III.9

Eine sorgfältige Aufarbeitung der vom Auftraggeber zugesandten Akten vor der gutachtlichen Untersuchung ist notwendige Voraussetzung für jede Begutachtung. Bei psychischen Schädigungsfolgen kommt dabei der zeitnahen Dokumentation nach dem/den schädigenden Ereignis/sen besondere Bedeutung als Anknüpfungstatsache zu.

7.2 Exploration

Die Begutachtung von Probanden mit geltend gemachten Traumafolgestörungen kann nur gelingen, wenn in der Untersuchungssituation eine Atmosphäre hergestellt werden kann, die es dem Probanden ermöglicht, sich dem Untersucher anzuvertrauen und sich ihm gegenüber zu öffnen. Hierzu gehören ausführliche Erläuterungen am Beginn der Exploration zur Rolle des Gutachters, zur Dauer der Untersuchung sowie auch zur Möglichkeit von Pausen bei auftretenden Problemen. Übersichten hierzu finden sich bei Ebbinghaus [2013] und Mueller-Pfeiffer [2016].

7.2.1 Gutachterliche Beziehungsgestaltung

Personen mit psychisch reaktiven Traumafolgen haben oftmals überdauernde negative Gefühle wie Angst, Scham, Schuld, Wut und veränderte Einstellungen zu sich selbst und der Welt gegenüber. Misstrauen,

Resignation, negative Erwartungshaltung können ihre Beziehungsgestaltung zur Umwelt beeinträchtigen. Hierdurch kann die gutachterliche Exploration erschwert werden und Fehlbeurteilungen können entstehen. Besonders bei Probanden mit wiederholten, langanhaltenden durch Menschen hervorgerufene traumatischen Erfahrungen vom Typ II ist das der Fall. Bei symptombedingter negativer Erwartungshaltung und Misstrauen des Probanden mag bereits eine kleine unwillkürliche, beiläufige Bemerkung, Gestik oder Mimik des Gutachters bei selbigem wie der Schlüssel zum passenden Schloss wirken. Wenn es einschnappt, verharrt der zu Untersuchende in verletzter Resignation und bleibt einsilbig und verschlossen.

Auf der anderen Seite kann sich beim Gutachter schnell eine Gegenübertragungsposition mit entweder zu großer Distanz mit Ungeduld und Skepsis gegenüber dem Probanden oder zu geringer, unkritischer Distanz mit Überidentifizierung einstellen [Hoppe, 1967; Haenel, 1998]. Bleiben diese unreflektiert und unverändert, können sie leicht zu Fehlbeurteilungen führen. Die ideale Position des Gutachters in diesem Falle lässt sich hier beschreiben mit „größtmögliche Empathie im Verbund mit größtmöglicher Distanz“ [Lansen, 1996]. Dies sollte der Gutachter bei möglichem Vorliegen psychisch reaktiver Traumafolgen unbedingt berücksichtigen, auch indem er räumlich und situativ eine vertrauensvolle Atmosphäre für die Begutachtung schafft, ohne dass mögliche Trigger die Untersuchung stören können [Ebbinghaus, 2013].

7.2.2 Die freie gutachtliche Exploration

Bei der Begutachtung psychoreaktiver Störungen kommt der speziellen bzw. Traumaanamnese neben den in Teil I der Leitlinie genannten Bestandteilen der Exploration besondere Bedeutung zu. Da die meisten psychoreaktiven Symptome (einschließlich posttraumatischer Symptome) auf Eigenangaben der Betroffenen beruhen und zum großen Teil auch bei anderen psychischen Erkrankungen vorkommen, betrifft dies vor allem die objektivierbaren Symptome in der gutachtlichen Situation („Befundebene“). Darüber hinaus bietet die freie Exploration mit Stellen offener Fragen dem Gutachter die Möglichkeit, bei der Aufarbeitung der Aktenlage aufgefallene Unklarheiten, Ungereimtheiten und Widersprüche in der Befragung des Probanden näher zu befragen.

Hilfreich ist die freie Exploration auch deshalb, weil sie Raum für spontane Angaben zu entlegeneren biographischen Themenbereichen in der Vorgeschichte zulässt. Hierüber vermag der Gutachter Erkenntnisse über Persönlichkeit, Psychodynamik sowie soziale Kompetenzen des Probanden gewinnen und kann dabei überprüfen, inwieweit Übereinstimmung mit den geklagten Beschwerden besteht oder nicht. Auch können aus besonderen Umständen in der Kindheit und Familie, aus dem Umgang mit Konflikten und ggf. vorhandener spezifischer Abwehrmodi sich ergebende psychodynamische Gesichtspunkte zur Abgrenzung schädigungsunabhängiger Störungen hilfreich sein [Haenel, 2002].

7.2.3 Strukturiertes Interview

Für viele psychoreaktive Störungen, wie z.B. die PTBS, stehen strukturierte klinische Interviews zur Verfügung, die eine vollständige Erfassung der relevanten diagnostischen Kriterien erleichtern. Neben den bisher auf das DSM-IV ausgerichteten Interviews wie z.B. den SKID [Wittchen et al., 1997], DDIS [Overkamp, 2005], SKID-D [Gast et al., 2000], den DIPS [Schneider, and Margraf, 2011], den M-CIDI [Wittchen, and Nelson, 1996] und den CAPS [Schnyder u. Moergeli, 2002] sind für das DSM-5 auch schon erste Instrumente verfügbar wie den CAPS-5 zur quantitativen Erfassung einer PTBS-Symptomatik [Cwik u. Woud, 2015; Widder u. Foerster, 2018].

Eine zu starre Fixierung auf ein derartiges Interview kann allerdings bewirken, dass der individuelle Verlauf im Einzelfall nur unzureichend erfasst wird und die aufschlussreiche Beobachtung des Probanden sowie die Interaktion zwischen Gutachter und Probanden aufgrund des „Klebens am Papier“ zu kurz kommen. Daher sollten strukturierte Interviews nur ergänzend zur offenen Exploration eingesetzt werden, auch um das Risiko einer Suggestion zu vermeiden. Darüber hinaus stellt es einen groben Fehler dar, das gutachtliche Interview an Dritte (z.B. medizinische Fachangestellte) zu übertragen.

Empfehlung III.10

Der Gutachter sollte eine Atmosphäre schaffen, in der es für den Probanden möglich ist, ein Gefühl von Sicherheit, Vertrauen und Kontrolle über die Situation zu entwickeln. Dies fördert auch die Mitteilungsbereitschaft des Probanden, die eine wichtige Voraussetzung für eine qualifizierte Begutachtung darstellt. Stets muss transparent sein, welchen Zweck die Begutachtung verfolgt und dass eine Begutachtung keine therapeutische Situation darstellt. Strukturierte Interviews können die Exploration ergänzen, sie ersetzen jedoch nicht die freie gutachtliche Exploration einschließlich Rückfragen zu im Aktenmaterial unklar erscheinenden Angaben.

7.3 Psychische Befunderhebung

Bei der Exploration möglicher psychoreaktiver Störungen kann der Untersucher anhand der Art und Weise, wie über ein traumatisches Ereignis berichtet wird und anhand des sich während der Begutachtung möglicherweise an bestimmten Stellen verändernden psychopathologischen Befundes (Stimmung, Affekt, Erregungszustände, beobachtbare Angstzeichen, Mimik, Gestik u. Ä.) abschätzen, inwieweit die Symptomatik mit der geschilderten traumatischen Vorgeschichte in einen Zusammenhang gebracht werden kann oder nicht (► Tab. 5.4). Hinweise hierfür liefern zum einen die affektiven Konnotationen, zum anderen ein mögliches Vermeidungsverhalten der Schilderung traumatischer Erfahrungen [Leonhardt u. Foerster, 2003; Haenel, 2012].

Dabei kann es sowohl zu affektiver Überflutung als auch zu einer Affektisolierung kommen. Während bei letzterer die Probanden über traumatische Erfahrungen in affektiv unbeteiligter Weise berichten und mitunter ihre Darstellungen mit parathym unangemessenem Lächeln begleiten, weisen andere Probanden heftige emotional-affektive Zustände mit Angst, Verzweiflung und tiefer Kränkung auf, was während der Untersuchung bis zu szenischem Wiedererleben einzelner traumatischer Erfahrungsdetails nach Art eines Flashbacks führen kann. Es ist hierbei die schwierige Aufgabe des Gutachters, das erkennbare Verhalten von einer Aggravation und Vortäuschung affektiver Symptome abzugrenzen. Mitunter findet man auch deutliches Vermeidungsverhalten, sobald das Gespräch auf die vorgegebenen traumatischen Erlebnisse zusteuert, mit Zunahme der Erregung, Aufmerksamkeitsstörung, Vorbeiantworten an Fragen, vegetativer Stigmatisierung bis hin passageren dissoziativen Abwesenheitszuständen als ein Hinweis auf spezielle traumatische Erfahrungen.

Empfehlung III.11

Die psychopathologische Befunderhebung basiert auch auf der Beobachtung des zu Untersuchenden während der gesamten Exploration einschließlich der körperlichen Untersuchung.

7.4 Testpsychologie

Zum Einsatz von Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen sowie von allgemeinen Leistungstests und neuropsychologischen Tests sei auf Teil I der Leitlinie verwiesen. Zur Beurteilung von psychoreaktiven Störungen liegen in der Literatur zahlreiche spezifische Fragebögen vor. Eine Diagnosestellung darf sich jedoch nie allein auf die Ergebnisse von Fragebogenergebnissen stützen. So fanden z.B. Tagay et al. [2013] für die Impact of Event Scale-Revised (IES-R), dass die hiermit gewonnenen Ergebnisse recht häufig zu Unrecht die Diagnose einer PTBS ausweisen. Dagegen schien das Risiko gering, dass bei negativem Ergebnis doch eine PTBS vorliegen könnte.

Empfehlung III.12

Der Einsatz testpsychologischer Verfahren kann bei psychoreaktiven Störungen im Gutachtenkontext sinnvoll sein und die Beurteilungsbasis erweitern. Sie allein können jedoch keine Diagnose begründen. Selbstbeurteilungsskalen und Leistungstests dienen im Gesamtbegutachtungsrahmen auch der Beschwerdenvalidierung (► Teil I der Leitlinie).

7.5 Beschwerdenvalidierung

Wesentlicher Bestandteil jeder Begutachtung psychoreaktiver Störungen ist die Abklärung einer möglichen Aggravation und Simulation. Nach Hall u. Hall [2007] besteht an mehreren Stellen der gutachtlich zu beurteilenden Kausalkette ein Potenzial für nicht-authentische Beschwerdendarstellungen (► Tab. 7.1).

Tab. 7.1 Nicht-authentische Konstellationen im Rahmen von Begutachtungen (nach Hall u. Hall [2007]).

Konstellation	Resultierende rechtliche Bewertung
Es hat gar kein psychisches Trauma von Krankheitswert stattgefunden	kein Erstscha-den
Es wird eine überhaupt nicht vorhandene Symptomatik vorgetäuscht	kein Folgeschaden
Es besteht zwar eine psychische Symptomatik, diese ist jedoch nicht durch das versicherte Ereignis verursacht, sondern durch eine andere traumatische Situation, für die kein Entschädigungsanspruch besteht und deren Einfluss von dem Probanden bagatellisiert wird.	Falsche Ursachenzuschreibung; konkurrierende Faktoren
Eine leichtgradige Symptomatik im Sinne eines noch bestehenden Folgeschadens wird bewusst übertrieben oder ausgeweitet	Aggravation

Die einzelnen Komponenten der hierfür erforderlichen Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung finden sich in Teil I der Leitlinie. Für den Fall einer geltend gemachten PTBS enthält die Literatur umfangreiche Hinweise, wie authentische von nicht-authentischen Beschwerdendarstellungen abgegrenzt werden sollen [Birck, 2002; Dressing u. Meyer-Lindenberg, 2008; Hall u. Hall, 2007; Resnick et al., 2018]. Eine zusammenfassende Darstellung dieser Indikatoren ist bei Widder u. Foerster [2018] enthalten. Hierbei ist zu beachten, dass die genannten Indikatoren qualitativer Natur sind und validierte Studien sowohl für die PTBS als auch für sonstige psychische Störungen nicht vorliegen.

7.6 Erfassung und Bewertung von Kontextfaktoren

Ein schädigendes Ereignis ist immer in einen spezifischen Kontext eingebunden (► Tab. 3.2). Die Erfassung relevanter Faktoren kann sowohl die diagnostische Einordnung eines Störungsbildes als auch die gutachtliche Beurteilung des Zusammenhangs mit dem schädigenden Ereignis bedeutsam beeinflussen. Aus diesem Grund sind sie im Prozess der Informationsgewinnung (Aufarbeitung der Aktenlage, vertiefende Exploration) zu berücksichtigen.

Zu unterscheiden sind gemäß ICF

- **Personbezogene Faktoren** (Entwicklungsbiografie des Probanden; Bildungsvoraussetzungen; Primärpersönlichkeit; Vulnerabilität für die Entwicklung psychischer Störungen; psychische und körperliche Vorerkrankungen/Vorschäden; Vorbehandlungen; Umgang mit einschneidenden Lebensereignis-

sen und Konfliktsituationen; Coping-Strategien; subjektive Krankheitstheorien, motivationale Aspekte) und

- **Umweltfaktoren** (familiäre, berufliche und soziale Faktoren; soziale Unterstützung; finanzielle Situation).

Kontextfaktoren können sowohl protektiv als auch als Belastungsfaktor wirken. Bezüglich der zeitlichen Einordnung können Kontextfaktoren hinsichtlich ihrer potenziellen Einwirkung vor dem schädigenden Ereignis, im direkten zeitlichen Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis und im Verlauf nach dem schädigenden Ereignis unterschieden werden. Bei der Begutachtung sind sowohl schädigungsabhängige als auch -unabhängige Faktoren zu eruieren, in ihrem Ausmaß zu bewerten und zu gewichten, um Art und Ausmaß des Einflusses konkurrierender Faktoren auf den Gesamtverlauf einzuschätzen.

Bei der Kausalitätsbeurteilung ist durch den Gutachter überzeugend und schlüssig eine Abgrenzung der Wirkung des schädigenden Ereignisses von der Wirkung konkurrierender Faktoren vorzunehmen. Treten nach dem schädigenden Ereignis neue psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. infolge langer Arbeitsunfähigkeit oder Verlustes des Arbeitsplatzes, dadurch bedingte finanzielle Probleme, Partnerschaftsprobleme) auf, die ihrerseits psychische Beschwerden verursachen können, ist zu untersuchen, inwieweit sie als mittelbare Folgen des schädigenden Ereignisses oder als Verwirklichung eines allgemeinen Lebensrisikos aufzufassen sind [Feddern, 2010]. Insbesondere nach Einmalereignissen mit protrahierter oder gar Crescendo-Symptomatik ist eine subtile Überprüfung der Kontextfaktoren notwendig – dies umso mehr, je länger der zeitliche Abstand zum Ereignis ist.

8. Besonderheiten der Begutachtung in den verschiedenen Rechtsgebieten

Ergänzend zu den allgemeinen rechtlichen Grundlagen der Begutachtung bei Kausalitätsfragen (► Kap. 2) finden sich im vorliegenden Kapitel Hinweise zu rechtlichen Besonderheiten in den verschiedenen Rechtsgebieten des Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrechts.

8.1 Öffentliches Recht

In allen Bereichen des Öffentlichen Rechts finden sich gleichlautend verschiedene Begriffe, die für den medizinischen Sachverständigen von Bedeutung sind.

Psychischer Vorschaden

Von einer klinisch noch nicht manifest gewordenen „**Schadensanlage**“ abzugrenzen sind bereits früher bestehende psychische Vorerkrankungen, die in der Terminologie des Öffentlichen Rechts als „**Vorschaden**“ bezeichnet werden. Ist ein solcher „vollbeweislich“ nachweisbar, stellt sich die Frage, inwieweit das Unfall- oder sonstige versicherte Schädigungsereignis zu einer vorübergehenden oder – im Einzelfall auch dauerhaften – Verschlimmerung des psychischen Vorschadens führte. Zu einer zuverlässigen Beurteilung möglicher körperlicher und/oder psychischer Vorerkrankungen gehört in jedem Fall die Heranziehung des Krankenkassenregisters.

Verschiebung der Wesensgrundlage

Von einer solchen ist zu sprechen, wenn ein Wechsel der Ursache einer Gesundheitsstörung bei unverändert gebliebenen Krankheitserscheinungen vorliegt.²¹ Insbesondere bei chronisch verlaufenden Entwicklungen ist zu prüfen, ob die Schädigungsfaktoren tatsächlich fortwirken oder ob schädigungsunabhängige „konkurrierende“ Ursachen inzwischen überwiegend für die Chronifizierung verantwortlich sind (► Kap. 7.6).²²

Außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen

Bei der Bemessung körperlicher Schädigungsfolgen sind in den hierzu maßgeblichen Tabellenwerken „regelmäßige, üblicherweise vorhandene“ seelische Begleiterscheinungen bereits eingeschlossen. Eine Höherbewertung ist im Regelfall nur dann gerechtfertigt, wenn „außergewöhnliche“ seelische Begleiterscheinungen (und/oder Schmerzen) nachweisbar sind, die „eine spezielle ärztliche Behandlung“ erforderlich machen (Versorgungsmedizinische Grundsätze A2i). Diese muss nicht tatsächlich durchgeführt werden, deren Vorliegen erleichtert jedoch den entsprechenden Nachweis.

8.1.1 Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung versichert Unfälle im Rahmen der versicherten Tätigkeit sowie Wegeunfälle. Unfälle sind dabei definiert als zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse infolge einer versicherten Tätigkeit, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 SGB VII). Entsprechend der „Theorie der wesentlichen Bedingung“ (► Kap. 2.2) sind psychische Störungen sowohl auf das Unfallerebnis selbst als auch auf eine körperliche Unfallschädigung vom Versicherungsschutz erfasst, wenn diese rechtlich „wesentlich“ auf das Unfallereignis zurückzuführen sind. Eine verbindliche Definition der „Wesentlichkeit“ liegt nicht vor und deren Beurteilung ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung auch nicht Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, wenngleich diese Frage in Gutachtenaufträgen häufig gestellt wird. Von ihm wird vielmehr erwartet, unfallabhängige und -unabhängige Faktoren in ihrer Bedeutung gegeneinander darzustellen und abzuwägen [Spellbrink, 2017].

Psychoreaktive Störungen auf körperliche Unfallfolgen

Gemäß Rechtsprechung sind länger anhaltende Anpassungsstörungen an körperliche Unfallfolgen im Regelfall nur dann als unfallbedingt einzuschätzen, wenn die verbliebene Körperschädigung messbaren bzw. rentenberechtigenden Charakter besitzt.²³ Aber auch eine fehlgeschlagene Heilbehandlung kann Bezugspunkt für die Entwicklung einer Anpassungsstörung sein, wenn „nach gescheiterter Heilbehandlung mit mehreren Operationen, ambulanten und stationären Maßnahmen sowie letztlich gescheiterten beruflichen Wiedereingliederungsversuchen feststeht, dass ein Zurück zu dem Leben vor dem Unfall nicht möglich ist“.²⁴

Kommt es infolge der körperlichen Unfallfolgen zu wirtschaftlichen Problemen (Arbeitsplatzverlust, Konkurs), sind diese im Regelfall nicht vom „Schutzzweck“ der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst, da der konkrete Arbeitsplatz in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht versichert ist.²⁵ Eine in diesem Zusammenhang rechtlich schwierig zu beurteilende Situation ergibt sich, wenn ein gesetzlich Unfallversicherter einen Unfall erleidet, der es ihm danach nicht mehr möglich macht, die vorherige körperlich schwere Tätigkeit auszuüben, eine berufliche Neuorientierung jedoch aufgrund mangelnder Schulbildung und/oder fehlender deutscher Sprachkenntnisse scheitert. Eine für den Betroffenen schwer verständliche Zäsur stellt

²¹ vgl. BSG, Urteil v. 23.05.1969 – 10 RV 273/66

²² vgl. BSG, Urteil v. 18.12.1962 - 2 RU 189/59, BSGE 18, 163.7

²³ vgl. Bayerisches LSG, Urteil v. 11.11.2014 – L 2 U 398/13

²⁴ vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.01.2015 – L 6 U 5221/12

²⁵ vgl. Bayerisches LSG, Urteil v. 11.03.2010 – L 18 U 98/08; LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.08.2010 - L 8 U 1427/10; Bayerisches LSG, Urteil v. 27.08.2015 – L 8 U 64/10

dann häufig der Wegfall der Verletztengeldzahlung dar, wenn mit Ablauf der 78. Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit mit einem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht mehr zu rechnen ist, und danach eine depressive Symptomatik exazerbiert [Widder, 2017]. Inwieweit derartige, wesentlich in der Persönlichkeit verankerte Störungen vom „Schutzzweck der Norm“²⁶ in der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst sind, erscheint bislang in der Rechtsprechung wenig klar. Der Gutachter sollte in diesem Fall detailliert die Bedeutung persönlichkeitsimmanenter Faktoren gegenüber der Schwere des Unfallereignisses und dessen körperlichen Folgen aufschlüsseln und die Wertung dem Sozialgericht überlassen.

Bemessung von Unfallfolgen

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben gemäß § 56 SGB VII Anspruch auf eine Rente. Maßstab ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), definiert als die körperliche und geistige Fähigkeit, „sich unter Ausnutzung aller Arbeitsgelegenheiten im gesamten Erwerbsleben einen Erwerb zu verschaffen und Erwerbseinkommen zu erzielen“ – demnach losgelöst von der konkreten Erwerbstätigkeit. Die Beurteilung hat nach der sog. „maßgeblichen Rentenliteratur“ zu erfolgen. Für nachweisbare psychische Unfallfolgen sind hierzu derzeit die Empfehlungen von [Foerster et al., 2007] sowie von [Philipp, 2015] maßgeblich, die sich in der Bewertung auf die psychisch-emotionale, die sozial-kommunikative sowie die körperlich-funktionelle Dimension einer bestehenden Funktionsstörung beziehen. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Möglichkeit der Abfindung im Rahmen einer Einmalzahlung statt einer längerfristigen Rentenleistung nach § 75 f SGB VII verwiesen.

8.1.2 Soziales Entschädigungsrecht

Tab. 8.1 Nebengesetze zum Bundesversorgungsgesetz.

Gesetz	Abkürzung	Zweck
Bundesversorgungsgesetz	BVG	Versorgung der Opfer des Krieges
Häftlingshilfegesetz	HHG	Hilfsmaßnahmen für Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der BRD in Gewahrsam genommen wurden
Infektionsschutzgesetz	IfSG	Versorgung von Personen mit Impfschäden
Opferentschädigungsgesetz	OEG	Entschädigung für Opfer von Gewalttaten
Soldatenversorgungsgesetz	SVG	Versorgung für die aktiven und ehemaligen Soldaten der Bundeswehr und ihre Hinterbliebenen
Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz	StrRehaG	Entschädigung von Opfern rechtsstaatswidriger Verfolgungsmaßnahmen in der ehemaligen DDR
Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz	VwRehaG	Entschädigung von Opfern rechtsstaatswidriger Verwaltungsentscheidungen in der ehemaligen DDR
Zivildienstgesetz	ZDG	Zivildienst der Kriegsdienstverweigerer

In Anlehnung an das Bundesversorgungsgesetz (BVG) wurden in den vergangenen Jahren mehrere „Nebengesetze“ geschaffen zur Versorgung von Menschen „wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen“, wenn sie aufgrund der jeweils versicherten Situation eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben (► Tab. 8.1). Die häufigste Anwendung findet derzeit das Opferentschädigungsgesetz (OEG) für

²⁶ vgl. BSG, Urteil v. 24.07.2012 – B 2 U 9/11 R

denjenigen, der „infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten“ hat, sowie das Soldatenversorgungsgesetz (SVG) für die Folgen einer „Wehrdienstbeschädigung“. Entschädigungsfragen von Opfern der ehemaligen DDR treten aus biographischen Gründen inzwischen eher in den Hintergrund.

Im Vergleich zu den anderen Gebieten des Öffentlichen Rechts kennt das soziale Entschädigungsrecht zwei Besonderheiten, die bei der Bewertung psychoreaktiver Störungen von Bedeutung sind:

- **Schockschaden:** Verankert in der Formulierung „oder eine andere Person“ umfasst der Schutzbereich des OEG nicht nur die Primäropfer, sondern in bestimmten Fällen auch schockgeschädigte Angehörige als Sekundäropfer. Der Kreis der Anspruchsberechtigten ist allerdings durch ein neueres Urteil des Bundesozialgerichts eingegrenzt worden. Demnach setzt ein „tätlicher Angriff“ im Sinne des OEG eine unmittelbar auf den Körper eines anderen zielende, gewaltsame physische Einwirkung voraus. Ein „tätlicher Angriff“ liegt nicht bereits dann vor, wenn der Täter das Opfer vorsätzlich mit einer ungeladenen, jedoch täuschend echt aussehenden Schreckschusspistole bedroht²⁷. Andererseits ist das Überbringen der Nachricht, dass eine nahestehende Person durch einen Unfall oder eine Gewalttat gestorben oder lebensgefährlich verletzt worden ist, nun jedoch auch in den diagnostischen Kriterien des DSM-5 vermerkt.
- **Glaubhaftmachung:** Das soziale Entschädigungsrecht sieht als „mildesten Beweismaßstab des Sozialrechts“²⁸ die Glaubhaftmachung vor. Diese gelangt gemäß § 15 KOVVG²⁹ subsidiär zu Anwendung, „wenn Unterlagen nicht vorhanden oder nicht zu beschaffen oder ohne Verschulden des Antragstellers oder seiner Hinterbliebenen verlorengegangen sind“. Glaubhaftmachung bedeutet dabei „das Dartun überwiegender Wahrscheinlichkeit, d.h. der guten Möglichkeit, dass der Vorgang sich so zugetragen hat, wobei durchaus gewisse Zweifel bestehen bleiben können“.

Bemessung von Schädigungsfolgen

Die Bemessung der nachweisbaren Schädigungsfolgen erfolgt nach dem Grad der Schädigungsfolgen (GdS), wie diese in den Versorgungsmedizinischen Grundsätze definiert sind [BMAS, 2015]. Die dort genannten Werte stellen ein abstraktes Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens unabhängig vom konkreten Erwerbsleben dar.

8.1.3 Dienstunfallrecht

Dienstunfallgeschützt sind Unfälle in Ausübung oder infolge des Dienstes einschließlich von Wegeunfällen, die Unfalldefinition entspricht weitgehend der gesetzlichen Unfallversicherung. Demnach ist ein Unfall ein auf äußerer Einwirkung beruhendes, plötzliches, örtlich und zeitlich bestimmbares, einen Körperschaden verursachendes Ereignis (§ 31 BeamtVG). Auch hier gilt als Filter die Theorie der wesentlichen Bedingung, die in ihrer Definition der „annähernden Gleichwertigkeit“ zu konkurrierenden Faktoren dem sozialen Entschädigungsrecht entspricht³⁰.

8.2 Private Unfallversicherung

Wie bereits in ► Kap. 2.3 beschrieben, sind gemäß den üblichen Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen zwar grundsätzlich vom Versiche-

²⁷ vgl. BSG, Urteil v. 16.12.2014 – B 9 V 1/13 R

²⁸ vgl. BSG, Beschluss v. 08.08.2001 – B 9 V 23/01

²⁹ Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung

³⁰ vgl. BVerwG, Urteil v. 18.04.2002 – 2 C 22/01

rungsschutz ausgenommen. Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) aus den Jahren 2003/2004 deutet jedoch darauf hin, dass für „abnorme Reaktionen“ auf einen Körperschaden und „physiologische psychische Reaktionen“ Entschädigungspflicht bestehen könnte. Zu unterscheiden sind demnach 2 Konstellationen [Widder u. Gaidzik, 2006]:

- **Erlebnisreaktive psychische Störungen** sind auch nach der Rechtsprechung in jedem Fall vom Versicherungsschutz ausgenommen.
- **Psychoreaktive Störungen aufgrund eines Körperschadens** sowie „physiologische psychische Reaktionen“ könnten im Einzelfall als von der „Psychoklausel“ nicht erfasst gelten. Nachdem die Rechtsprechung der vergangenen Jahre wenig zur Klärung der Situation beigetragen hat³¹, empfiehlt sich im Einzelfall beim Auftraggeber des Gutachtens nachzufragen, von welchem Sachverhalt auszugehen ist.

Bemessung von Unfallfolgen

Sofern psychische Unfallfolgen von den jeweiligen Versicherungsbedingungen erfasst sind, erfolgt die Bemessung der nachweisbaren Funktionsstörungen – sofern nicht im Rahmen einer Konversionsstörung die Extremitäten oder Organe wie Sehvermögen, Gehör, Geruchs- und Geschmackssinn und/oder Stimme betroffen sind, was nach der „Gliedertaxe“ zu bewerten wäre – in abstrakter Form in % als Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (BdL). Maßstab ist der gesunde „Durchschnittsmensch“. Aufgrund der ähnlichen Definition können die Versorgungsmedizinischen Grundsätze [BMAS, 2015] für die Bemessung gewisse Anhaltspunkte geben.

8.3 Haftpflichtversicherung

Aufgrund der Besonderheit im Haftpflichtrecht, wonach der Erstschaden und dessen Zusammenhang zum Unfallereignis im „Vollbeweis“ nachzuweisen sind, für den Folgeschaden jedoch die Beweiserleichterung des § 287 ZPO gilt, wonach die „Wahrscheinlichkeit“ sowohl für den Gesundheitsschaden selbst als auch für den Zusammenhang zum Erstschaden ausreicht, stellt der nachweisbare Erstschaden den Dreh- und Angelpunkt der Begutachtung dar. Hieraus ergeben sich zwei grundlegend andere Konstellationen:

- **Kein relevanter Körperschaden:** In diesem Fall ist das psychische Trauma der nachzuweisende Erstschaden, für den hohe Beweisforderungen bestehen. Erforderlich ist, dass der „Grund für die Entstehung der psychischen Beeinträchtigung nicht nur geringfügig ist und deshalb ihre Entstehung nicht als bloße Aktualisierung des allgemeinen Lebensrisikos erscheint“³².
- **Relevanter Körperschaden:** Ist ein Körperschaden erst einmal nachgewiesen (z.B. HWS-Distorsion, Sprunggelenksdistorsion), gilt für danach sich entwickelnde psychische Probleme demgegenüber die Beweiserleichterung des § 287 ZPO und die Beurteilung stellt nicht auf das Unfallereignis selbst, sondern auf die Frage ab, ob der körperliche Erstschaden mit Wahrscheinlichkeit (!) geeignet war die seelische Störung zu verursachen. Keine Ersatzpflicht liegt in diesem Fall lediglich dann vor, wenn sich aufgrund einer lediglich geringfügigen Primärverletzung eine „Begehrensneurose“ entwickelt hat.

Das Haftpflichtrecht kennt den Begriff der „überholenden“ oder „hypothetischen“ Kausalität, wenn die Gesundheitsstörung auch ohne den Unfall aufgrund einer vorbestehenden oder nachfolgenden Erkrankung in annähernd gleichem Umfang früher oder später eingetreten wäre, was allerdings vom Schädiger bzw. dessen Versicherung zu beweisen ist. Verliert ein Betroffener seinen Arbeitsplatz aufgrund von unstreitigen körperlichen Unfallfolgen und entwickelt dadurch eine psychische Störung, so ist dies im Rahmen des Schadensersatzes im Haftpflichtrecht entschädigungspflichtig.

³¹ vgl. OLG Celle, Urteil v. 22.05.2015 - 8 U 199/14; OLG Brandenburg, Urteil v. 04.02.2015 - 11 U 78/14; OLG Karlsruhe, Beschluss v. 09.09.2015 - 9 U 53/14

³² vgl. BGH VersR 1993, 589; BGH VersR 1986, 240 ff.

Bemessung von Schädigungsfolgen

Entgegen den rechtlichen Vorgaben in den anderen Rechtsgebieten müssen im Bereich der Haftpflichtversicherung Unfallfolgen lediglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegen. Gemäß § 842 BGB erstreckt sich die Verpflichtung zum Schadensersatz auf alle Nachteile, welche die Handlung des Schädigers für den Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten hervorgerufen hat. Die Bewertung bezieht sich daher auf die im konkreten Fall bestehenden Unfallfolgen³³, Tabellenwerke hierfür liegen mit Ausnahme der sog. Haushaltsführungstabelle nicht vor [Ludolph, 2004].

Literatur

- [1] Andrews B, Brewin CR, Stewart L, Philpott R, Heidenberg J: Comparison of immediate-onset and delayed-onset posttraumatic stress disorder in military veterans. *J Abnorm Psychol* 2009;118:767–777.
- [2] Appart A, Lange A-K, Sievert I, Bihain F, Tordeurs D: Le trouble de l'adaptation et le DSM-5 : une revue de la littérature. *L'Encephale* 2017;43:41–46.
- [3] Beck JG, Sloan DM: *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders*, Oxford, Oxford University Press, 2012.
- [4] Becker-Nehring K, Witschen I, Bengel J: Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen. Ein systematischer Review. *Z Klin Psychol Psychother* 2012;41:148–165.
- [5] Beltran RO, Silove D, Llewellyn GM: Comparison of ICD-10 diagnostic guidelines and research criteria for enduring personality change after catastrophic experience. *Psychopathology* 2009;42:113–118.
- [6] Ben-Ezra M, Karatzias T, Hyland P, Brewin CR, Cloitre M, Bisson JI, et al.: Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depress Anxiety* 2018;35:264–274.
- [7] Berger W, Coutinho ESF, Figueira I, Marques-Portella C, Luz MP, Neylan TC, et al.: Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1001–1011.
- [8] Birck A: Echte und vorgetäuschte Posttraumatische Belastungsstörungen. *Psychotraumatologie* 2002;3:26.
- [9] BMAS: Versorgungsmedizinische Grundsätze. www.bmas.de 2015 [cited 2018 Aug 26]; Available from: <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/k710-anhaltspunkte-fuer-die-aerztliche-gutachtertätigkeit.html>
- [10] Bonanno GA: Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol* 2004;59:20–28.
- [11] Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD: Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:511–535.
- [12] Brand S, Otte D, Petri M, Decker S, Stübgen T, Krettek C, et al.: Incidence of posttraumatic stress disorder after traffic accidents in Germany. *Int J Emerg Ment Health* 2014;16:233–236.
- [13] Breh DC, Seidler GH: Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD* 2007;8:53–69.
- [14] Breslau N: The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence Abuse* 2009;10:198–210.
- [15] Breslau N, Peterson EL, Schultz LR: A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:431–437.
- [16] Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, et al.: A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev* 2017;58:1–15.
- [17] Bryant RA: Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2011;72:233–239.
- [18] Bryant RA, Guthrie RM: Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: a study of trainee firefighters. *Psychol Sci* 2005;16:749–752.
- [19] Bryant RA, Guthrie RM: Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:812–815.
- [20] Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Clark CR, Silove D: The psychiatric sequelae of traumatic injury. *Am J Psychiatry* 2010;167:312–320.
- [21] Candel I, Merckelbach H: Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: a critical review. *Compr Psychiatry* 2004;45:44–50.
- [22] Carlier IV, Lamberts RD, Gersons BP: Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:498–506.

³³ s. hierzu auch AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (Registernummer 094-001)

- [23] deRoos-Cassini TA, Mancini AD, Rusch MD, Bonanno GA: Psychopathology and resilience following traumatic injury: a latent growth mixture model analysis. *Rehabil Psychol* 2010;55:1–11.
- [24] Chin W-S, Shiao JS-C, Liao S-C, Kuo C-Y, Chen C-C, Guo YL: Depressive, anxiety and post-traumatic stress disorders at six years after occupational injuries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2017;267:507–516.
- [25] Chossegros L, Hours M, Charnay P, Bernard M, Fort E, Boisson D, et al.: Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. *Accid Anal Prev* 2011;43:471–477.
- [26] Clarner A, Graessel E, Scholz J, Niedermeier A, Uter W, Drexler H: Work-related posttraumatic stress disorder (PTSD) and other emotional diseases as consequence of traumatic events in public transportation: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2015;88:549–564.
- [27] Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A: Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatology* 2013;4. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
- [28] Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA: Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *Eur J Psychotraumatology* 2014;5.
- [29] Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, et al.: A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* 2009;22:399–408.
- [30] Cothureau C, de Beaupaire C, Payan C, Cambou JP, Rouillon F, Conso F: Professional and medical outcomes for French train drivers after “person under train” accidents: three year follow up study. *Occup Environ Med* 2004;61:488–494.
- [31] Creamer M, Manning C: Acute Stress Disorder Following an Industrial Accident. *Aust Psychol* 1998;33:125–129.
- [32] Cwik J, Woud M: German version of the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) - direkt über die Autoren der deutschen Übersetzung (via jan.cwik@rub.de marcella.woud@rub.de) 2015;
- [33] Dai W, Wang J, Kaminga AC, Chen L, Tan H, Lai Z, et al.: Predictors of recovery from post-traumatic stress disorder after the dongting lake flood in China: a 13–14 year follow-up study. *BMC Psychiatry* 2016;16.
- [34] Dell PF Ph D, O’neill JA MD: *Dissociation And The Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*, New York, Routledge, 2009.
- [35] Denis D: Die Angst fährt immer mit. Wie Lokführer traumatisierende Schienenunfälle bewältigen. Kröning, Asanger, 2004.
- [36] Denis D, Eslam J, Priebe S: Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der Sowjetischen Besatzungszone und der ehemaligen DDR von 1945-1972. *Fortschritte Neurol Psychiatr* 1997;65:524–530.
- [37] Dorahy MJ, Brand BL, Sar V, Krüger C, Stavropoulos P, Martínez-Taboas A, et al.: Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48:402–417.
- [38] Doroga C, Baban A: Traumatic exposure and posttraumatic symptoms for train drivers involved in railway incidents. *Clujul Med* 2013;86:144–149.
- [39] Dressing H, Meyer-Lindenberg A: Simulation bei posttraumatischer Belastungsstörung. *Versicherungsmedizin* 2008;60:8–13.
- [40] Ebbinghaus R: Gutachterliche Diagnostik.; in : In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg.) *Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart, Schattauer, 2013, pp 125–139.
- [41] Egle UT, Franz M, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M: Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016;59:1247–1254.
- [42] Egle UT, Frommberger U, Kappis B: Begutachtung bei Posttraumatischer Belastungsstörung mit Leitsymptom Schmerz. *Schmerz* 2014;4:354–364.
- [43] Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blank A: Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *Am J Psychiatry* 1998;155:1740–1745.
- [44] Falkai P, Wittchen H-U: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*, Göttingen, Hogrefe, 2015.
- [45] Feddern K: Psychoreaktive Störungen auf unfallbedingte soziale Probleme. *Med Sach* 2010;106:30–33.
- [46] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al.: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14:245–258.
- [47] Fikretoglu D, Liu A: Prevalence, correlates, and clinical features of delayed-onset posttraumatic stress disorder in a nationally representative military sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1359–1366.
- [48] Foerster K: Die psychoreaktiven Störungen – auch außerhalb der Begutachtung ein häufig schwieriges Thema. *Med Sach* 2010;106:16–22.
- [49] Foerster K, Bork S, Kaiser V, Grobe T, Tegenthoff M, Weise H, et al.: Vorschläge zur MdE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung. *Med Sach* 2007;103:52–56.
- [50] Ford JD, Kidd P: Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1998;11:743–761.
- [51] Freyberger HJ, Terock J: Konzept der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychother* 2016;61:183–190.
- [52] Friedman MJ: Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next. *J Trauma Stress* 2013;26:548–556.
- [53] Friedman MJ: Literature on DSM-5 and ICD-11. *PTSD Res Q* 2014;25:1–10.
- [54] Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR: Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011a;28:750–769.

- [55] Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Strain J, Horowitz M, Spiegel D: Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 2011b;28:737–749.
- [56] Frommberger U, Hecht H, Bengel J: Anpassungsstörungen.; in : Berger M (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*, ed 3. München, Urban Schwarzenberg, 2009, pp 697–708.
- [57] Frommberger UH, Stieglitz RD, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M: Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248:316–321.
- [58] Frueh BC, Grubaugh AL, Yeager DE, Magruder KM: Delayed-onset post-traumatic stress disorder among war veterans in primary care clinics. *Br J Psychiatry* 2009;194:515–520.
- [59] Gaidzik PW: Kausalitäts- und Beweisregeln.; in: Widder B, Gaidzik PW (Hrsg.) *Neurowissenschaftliche Begutachtung.*, ed 3. Stuttgart, Thieme, 2018, pp 64–75.
- [60] Gast U, Oswald T, Zündorf A, Hofmann A: *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Dissoziative Störungen. SKID-D.*, Göttingen, Hogrefe, 2000.
- [61] Giummarra MJ, Baker KS, Ioannou L, Gwini SM, Gibson SJ, Arnold CA, et al.: Associations between compensable injury, perceived fault and pain and disability 1 year after injury: a registry-based Australian cohort study. *BMJ Open* 2017;7:e017350.
- [62] Glaesmer H, B Matern -, Rief W, Kuwert P, Brähler E: Traumatisierung und posttraumatische Belastungsstörungen. Auswirkung von Art und Anzahl traumatischer Erfahrung. *Nervenarzt* 2015;86:800–806.
- [63] Goenjian AK, Khachadourian V, Armenian H, Demirchyan A, Steinberg AM: Posttraumatic Stress Disorder 23 Years After the 1988 Spitak Earthquake in Armenia. *J Trauma Stress* 2018;31:47–56.
- [64] Grant GM, O'Donnell ML, Spittal MJ, Creamer M, Studdert DM: Relationship between stressfulness of claiming for injury compensation and long-term recovery: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry* 2014;71:446–453.
- [65] Grunert BK, Devine CA, Matloub HS, Sanger JR, Yousif NJ, Anderson RC, et al.: Psychological adjustment following work-related hand injury: 18-month follow-up. *Ann Plast Surg* 1992;29:537–542.
- [66] Haenel F: Die Beziehung zwischen Gutachter und zu Untersuchenden und ihr Bedeutung bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen. *Med Sach* 2000;96:84–87.
- [67] Haenel F: Zur Abgrenzung psychisch-reaktiver Haft- und Folterfolgen von schädigungsunabhängigen neurotischen Störungen – ein kasuistischer Beitrag. *Med Sach* 2002;98:194–198.
- [68] Haenel F: Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen. *Fortschritte Neurol Psychiatr* 2012;80:280–287.
- [69] Hall RCW, Hall RCW: Detection of malingered PTSD: an overview of clinical, psychometric, and physiological assessment: where do we stand? *J Forensic Sci* 2007;52:717–725.
- [70] Hall RCW, Hall RCW: Compensation neurosis: a too quickly forgotten concept? *J Am Acad Psychiatry Law* 2012;40:390–398.
- [71] Hansen M, Ross J, Armour C: Evidence of the dissociative PTSD subtype: A systematic literature review of latent class and profile analytic studies of PTSD. *J Affect Disord* 2017;213:59–69.
- [72] Harris IA, Young JM, Rae H, Jalaludin BB, Solomon MJ: Predictors of post-traumatic stress disorder following major trauma. *ANZ J Surg* 2008;78:583–587.
- [73] Hepp U, Moergeli H, Buchi S, Bruchhaus-Steinert H, Kraemer B, Sensky T, et al.: Post-traumatic stress disorder in serious accidental injury: 3-year follow-up study. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2008;192:376–383.
- [74] Herman JL: Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992;5:377–391.
- [75] Hodgins GA, Creamer M, Bell R: Risk factors for posttrauma reactions in police officers: a longitudinal study. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:541–547.
- [76] Hoppe K: The emotional reactions of psychiatrists when confronting survivors of persecution. *Psychoanal Forum* 1967;3:187–196.
- [77] Horeish D, Solomon Z, Keinan G, Ein-Dor T: The clinical picture of late-onset PTSD: a 20-year longitudinal study of Israeli war veterans. *Psychiatry Res* 2013;208:265–273.
- [78] Hu BS, Liang YX, Hu XY, Long YF, Ge LN: Posttraumatic stress disorder in co-workers following exposure to a fatal construction accident in China. *Int J Occup Environ Health* 2000;6:203–207.
- [79] Hyland P, Murphy J, Shevlin M, Vallières F, McElroy E, Elklit A, et al.: Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52:727–736.
- [80] Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al.: *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)*. *Nervenarzt* 2014;85:77–87.
- [81] Kapfhammer H-P: Artificielle Störungen. *Psychotherapeut* 2018;63:153–174.
- [82] Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al.: Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatology* 2017;8:1353383.
- [83] Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048–1060.
- [84] van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL: Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996;153:83–93.
- [85] Lansen J: Was tut "es" mit uns?; in : Graessner S, Pross C, Gurrin N (Hrsg.) *Folter- an der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien*. München, C.H.Beck, 1996.

- [86] Lensvelt-Mulders G, van der Hart O, van Ochten JM, van Son MJM, Steele K, Breeman L: Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008;28:1138–1151.
- [87] Leonhardt M, Foerster K: Die Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Med Sach* 2003;99:150–155.
- [88] Lin K-H, Guo N-W, Liao S-C, Kuo C-Y, Hu P-Y, Hsu J-H, et al.: Psychological outcome of injured workers at 3 months after occupational injury requiring hospitalization in Taiwan. *J Occup Health* 2012;54:289–298.
- [89] Lin W, Gong L, Xia M, Dai W: Prevalence of posttraumatic stress disorder among road traffic accident survivors: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2018;97:e9693.
- [90] Ludolph E: Haushaltsführungsschäden in der Haftpflichtversicherung – rechtliche Grundlagen – Anhaltspunkte für die Bewertung aus ärztlicher Sicht. *Med Sach* 2004;100:148–152.
- [91] Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk B, Hidalgo J, Hunt C: Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Dir Psychiat* 2000;21:373–392.
- [92] Maercker A: Posttraumatische Belastungsstörungen, ed 4. Berlin, Springer, 2013.
- [93] Maercker A, Beauducel A, Schützwohl M: Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners. *J Trauma Stress* 2000;13:651–660.
- [94] Maercker A, Forstmeier S, Pielmaier L, Spangenberg L, Brähler E, Glaesmer H: Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1745–1752.
- [95] Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brähler E: Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt* 2008;79:577–586.
- [96] Maercker A, Gähler I, O'Neil J, Schützwohl M, Müller M: Long-term trajectories of PTSD or resilience in former East German political prisoners. *Torture Q J Rehabil Torture Vict Prev Torture* 2013;23:15–27.
- [97] Maercker A, Hecker T, Augsburger M, Kliem S: ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *J Nerv Ment Dis* 2018;206:270–276.
- [98] Mayou R, Bryant B: Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2001;179:528–534.
- [99] McFarlane A: The Delayed and Cumulative Consequences of Traumatic Stress: Challenges and Issues in Compensation Settings. *Psychol Inj Law* 2010;3:100–110.
- [100] Meyer EC, Zimering R, Daly E, Knight J, Kamholz BW, Gulliver SB: Predictors of posttraumatic stress disorder and other psychological symptoms in trauma-exposed firefighters. *Psychol Serv* 2012;9:1–15.
- [101] Morina N, Wicherts JM, Lobrecht J, Priebe S: Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clin Psychol Rev* 2014;34:249–255.
- [102] Mueller-Pfeiffer C: Versicherungsmedizinische Begutachtung der Posttrauma-tischen Belastungsstörung. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother* 2016;167:12–20.
- [103] Munjiza J, Law V, Crawford MJ: Lasting personality pathology following exposure to catastrophic trauma in adults: systematic review. *Personal Ment Health* 2014;8:320–336.
- [104] Murgatroyd DF, Harris IA, Tran Y, Cameron ID: The association between seeking financial compensation and injury recovery following motor vehicle related orthopaedic trauma. *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17:282.
- [105] Nicholson TR, Aybek S, Craig T, Harris T, Wojcik W, David AS, et al.: Life events and escape in conversion disorder. *Psychol Med* 2016;46:2617–2626.
- [106] North CS, Oliver J: Analysis of the longitudinal course of PTSD in 716 survivors of 10 disasters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48:1189–1197.
- [107] Nyberg E, Stieglitz R-D, Frommberger U, Berger M: Psychische Störungen nach schweren Arbeitsunfällen. *Versicherungsmedizin* 2003;55:76–81.
- [108] O'Donnell ML, Alkemade N, Creamer M, McFarlane AC, Silove D, Bryant RA, et al.: A Longitudinal Study of Adjustment Disorder After Trauma Exposure. *Am J Psychiatry* 2016;173:1231–1238.
- [109] Orcutt HK, Bonanno GA, Hannan SM, Miron LR: Prospective trajectories of posttraumatic stress in college women following a campus mass shooting. *J Trauma Stress* 2014;27:249–256.
- [110] Overkamp B: Differentialdiagnostik der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) in Deutschland: Validierung der Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS). München, Dissertation 2005.
- [111] Philipp M: Vorschlag zur diagnoseunabhängigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. *Med Sach* 2015;111:255–262.
- [112] Philipp M: Komorbidität und Qualitätsbeurteilung in der Begutachtung posttraumatischer Belastungsstörungen. *Med Sach* 2018;114:12–15.
- [113] Priebe S, Rudolf H, Bauer M, Häring B: Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR - Sichtweisen der Betroffenen. *Fortschritte Neurol Psychiatr* 1993;61:55–61.
- [114] Resnick PJ, West SG, Wooley C: The Malingering of Posttraumatic Disorders,; in : Rogers R, Bender SD (eds.) *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, ed 4. New York, Guilford Press, 2018.

- [115] Roelofs K, Pasman J: Stress, childhood trauma, and cognitive functions in functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol* 2016;139:139–155.
- [116] Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene FC, Hoogduin KAL: The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:508–514.
- [117] Ross CA, Joshi S, Currie R: Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry* 1990;147:1547–1552.
- [118] Schneider S, Margraf J: DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, 4. Aufl. 2011. Berlin, Springer, 2011.
- [119] Schnyder U, Moergeli H: German version of Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress* 2002;15:487–492.
- [120] Schock K, Rosner R, Wenk-Ansohn M, Knaevelsrud C: Retraumatisierung – Annäherung an eine Begriffsbestimmung. *PPmP - Psychother Psychosom Med Psychol* 2010;60:243–249.
- [121] Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, ed 9. Berlin, Erich Schmidt Verlag, 2017.
- [122] Schore AN: Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of post-traumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36:9–30.
- [123] Smid GE, Mooren TTM, van der Mast RC, Gersons BPR, Kleber RJ: Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1572–1582.
- [124] Spellbrink W: Die Aufgabenverteilung zwischen (medizinischem) Sachverständigen und Richter bei der Kausalitätsprüfung im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung. *Med Sach* 2017;113:51–56.
- [125] Stein DJ, Karam EG, Shahly V, Hill ED, King A, Petukhova M, et al.: Post-traumatic stress disorder associated with life-threatening motor vehicle collisions in the WHO World Mental Health Surveys. *BMC Psychiatry* 2016;16:257.
- [126] Steinert C, Hofmann M, Leichsenring F, Kruse J: The course of PTSD in naturalistic long-term studies: high variability of outcomes. A systematic review. *Nord J Psychiatry* 2015;69:483–496.
- [127] Tagay S, Repic N, Senf W: Traumafolgestörungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Diagnostik mithilfe von Traumafragebogen. *Psychotherapeut* 2013;58:44–55.
- [128] Tedeschi R, G Calhoun L: Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychol Inq* 2004;15:1–18.
- [129] Terr L: *Unchained Memories.*, New York, Basic Books / Harper Collins, 1994.
- [130] Ursano RJ, Fullerton CS, Epstein RS, Crowley B, Vance K, Kao TC, et al.: Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 1999;156:1808–1810.
- [131] Utzon-Frank N, Breinegaard N, Bertelsen M, Borritz M, Eller NH, Nordentoft M, et al.: Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scand J Work Environ Health* 2014;40:215–229.
- [132] Wang H-H, Zhang Z-J, Tan Q-R, Yin H, Chen Y-C, Wang H-N, et al.: Psychopathological, biological, and neuroimaging characterization of posttraumatic stress disorder in survivors of a severe coalmining disaster in China. *J Psychiatr Res* 2010;44:385–392.
- [133] Weisaeth L: Torture of a Norwegian ship's crew. The torture, stress reactions and psychiatric after-effects. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1989;355:63–72.
- [134] Widder B: Begutachtung psychischer Störungen nach minderschweren Traumen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2017;85:216–222.
- [135] Widder B, Dreßing H, Gonschorek A, Tegenthoff M, Drechsel-Schlund C: Posttraumatische Belastungsstörung im DSM-5 – Implikationen für die gesetzliche Unfallversicherung. *Med Sach* 2016;112:156–159.
- [136] Widder B, Foerster K: Psychoreaktive Störungen.; in : Widder B, Gaidzik PW (Hrsg.) *Neurowissenschaftliche Begutachtung.*, ed 3. Stuttgart, Thieme, 2018, pp 598–620.
- [137] Widder B, Gaidzik PW: Neue Vorgaben des Bundesgerichtshofs zur Anerkennung psychoreaktiver Unfallfolgen in der privaten Unfallversicherung. *Med Sach* 2006;102:175–179.
- [138] Wittchen H-U, Jacobi F, Klose M, Ryl L: Themenheft 51 "Depressive Erkrankungen," Berlin, Robert-Koch-Institut, 2010.
- [139] Wittchen H-U, Nelson CB: The Composite International Diagnostic Interview: An Instrument for Measuring Mental Health Outcome? in Thornicroft G, Tansella M (eds): *Mental Health Outcome Measures*. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 1996, pp 179–187.
- [140] Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse-I (SKID)., Göttingen, Hogrefe, 1997.
- [141] Wittmann L, Moergeli H, Schnyder U: Low predictive power of peritraumatic dissociation for PTSD symptoms in accident survivors. *J Trauma Stress* 2006;19:639–651.
- [142] Wrenger M, Lange C, Langer M, Heuft G, Burgmer M: Psychiatric disorders after an accident: predictors and the influence of the psychiatric condition prior to an accident. *Eur Psychiatr* 2008;23:434–440.
- [143] Zehl S, Sachsse U, Dulz B, Overkamp B, Sack M: Internalisierung und Externalisierung als Ausprägungen einer gemeinsamen Störungsdimension bei traumatisierten Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2013;63:429–438.

Erstveröffentlichung: 04/2012

Überarbeitung von: 12/2019

Nächste Überprüfung geplant: 12/2024

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online