

**Sk2 – Leitlinie zur Begutachtung
psychischer und psychosomatischer Erkrankungen
AWMF – Registernr.051/029**

Teil I

Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit

Teil II

Kausalitätsbegutachtung psychischer Schädigungsfolgen

Federführende Fachgesellschaften:

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

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Mitherausgebende Fachgesellschaften:

**Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Re-
habilitation (DGPPR) und**

**Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begut-
achtung (DGNB)**

Teil I: Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit

Ziele und Methoden

Die Leitlinie umfasste zwei Teilziele:

1. Erstellung eines **diagnostischen Modells zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit**, das als Empfehlung für die Erstellung entsprechender Gutachten dienen soll. Die diagnostischen Kategorien des Begutachtungsmodells (Leitfaden) wurden von der Leitliniengruppe, an der Vertreter unterschiedlicher Fachgesellschaften beteiligt waren, operationalisiert und manualisiert und dann in einem nächsten Schritt im Rahmen einer Delphikonferenz durch nicht an der Leitlinienerstellung beteiligte Expertinnen und Experten in Bezug auf unterschiedliche Kriterien (Beurteilungsbogen siehe Anhang) bewertet. Bei der Zusammenstellung des Expertengremiums wurde darauf geachtet, dass erfahrene Gutachter mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Grundorientierungen (Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie) sowie aus den unterschiedlichen einschlägigen Fachgesellschaften an der Befragung beteiligt worden sind, um sicher zu stellen, dass die Leitlinie einen breiten Konsens findet.

Diese erste Fassung der Leitlinie zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit wurde dann in unterschiedlichen Studien, die insbesondere Aspekte der Reliabilität (Zuverlässigkeit der Diagnosenstellung) und der inhaltlichen Validität umfassten, evaluiert (siehe Anhang). In einem nächsten Schritt wurde auf der Basis der empirischen Befunde eine Modifikation der Leitlinie vorgenommen und diese wurde in einem zweiten Schritt der externen Expertenrunde im Rahmen einer Delphibefragung vorgelegt. Auf dieser Grundlage erfolgte die Erstellung der endgültigen Fassung der Leitlinie zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit.
2. Erstellung einer Leitlinie zur **Begutachtung von Kausalitätsfragen** in unterschiedlichen Rechtsgebieten (Leitung Prof. Dr. B. Widder). Auf der Grundlage einer Literaturrecherche wurde die vorläufige Leitlinie erarbeitet und dann im Rahmen einer Delphikonferenz von einer Expertengruppe, der ebenfalls Gutachter unterschiedlicher psychotherapeutischer Grundorientierungen und Fachgesellschaften sowie Juristen, der relevanten Rechtsgebiete angehörten inhaltlich bewertet (Beurteilungsbogen siehe Anhang). Auf der Basis dieser Beurteilungen wurde eine Modifikation der Leitlinie zur Begutachtung von Kausalitätszusammenhängen vorgenommen.

Evidenz

Da es sich um eine S2k Leitlinie handelt, werden keine „Evidenzangaben„ angegeben.

Beteiligte Fachgesellschaften

An der Leitlinienerstellung waren die folgenden Fachgesellschaften durch Vertreter beteiligt:

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)

Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB)

Die Koordination der gesamten Leitlinienerstellung wurde von Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider (Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Universität Rostock) und Prof. Dr. Peter Henningsen (Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München) übernommen; für den Leitlinienteil zur Kausalitätsbegutachtung hat Herr Prof. Dr. Dr. Bernhard Widder die Koordination übernommen.

Zeitlicher Ablauf und methodisches Vorgehen bei der Leitlinienerstellung

Die Leitlinienerstellung erfolgte zwischen April 2008 und März 2011. Bei einem ersten Treffen der Leitliniengruppe im September 2008 wurden die inhaltlichen Grundzüge der beiden Teilfragestellungen der Leitlinie diskutiert und es wurden Untergruppen zur Erstellung beider Fragestellungen (a. Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit und b. Begutachtung von Kausalitätsfragen) gebildet.

Die Erarbeitung des Leitlinienansatzes zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit, die diese umfasste die Formulierung der diagnostischen Kategorien sowie die Operationalisierung und Manualisierung des Begutachtungsleitfadens, durch die Leitliniengruppe erfolgte dann bis Juni 2009.

Dieser Leitlinienentwurf wurde dann einer externen Beurteilergruppe (Delpi-Befragung), zur Bewertung von Aspekten der inhaltlichen Validität und Fragen der Anwendbarkeit und Praktikabilität vorgelegt. Die Beurteilung seitens der Expertengruppe erfolgte auf der Grundlage eines strukturierten Bewertungsbogens, der die relevanten diagnostischen Kategorien und die Rationale des Entscheidungsprozesses umfasst hat. Auf der Grundlage dieser Rückmeldungen erfolgte eine Modifikation des Leitfadens zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit im Rahmen eines nächsten Leitlinientreffens im September 2009 und daran anschliessend wurden die unter-

schiedlichen methodischen Ansätze zur Überprüfung der Reliabilität und inhaltlichen Validität in der Leitliniengruppe diskutiert und verabschiedet.

Zwischen September 2009 und Juni 2010 erfolgten dann unterschiedliche empirische Überprüfungen des Leitfadens zu dessen Evaluierung (Ergebnisse siehe Leitlinienprotokoll).

Im Anschluss an die Auswertung der empirischen Überprüfung des Leitfadens erfolgte eine Diskussion der Ergebnisse im September 2010 und daran anschließend wurde eine 2. Delphibefragung mit Hilfe eines strukturierten Beurteilungsinstrumentes durchgeführt, in deren Mittelpunkt die inhaltlichen und methodischen Empfehlungen der Leitlinie gestanden haben. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurde der in der Leitlinie empfohlene Begutachtungsansatz formuliert.

Der Leitlinienteil zur Kausalitätsbegutachtung wurde ebenfalls im oben genannten Zeitraum entwickelt und im November 2010 und Februar 2011 wurden entsprechend des Vorgehens für den Leitlinienteil 1 (Leitfaden zur Begutachtung der beruflichen Leistungsbeurteilung) zwei Delphibefragungen durchgeführt.. Die Mitglieder der Leitliniengruppe sowie der an den Delphibefragungen teilnehmenden Experten sowie die eingesetzten strukturierten Fragebögen finden sich im Anhang des jeweiligen Leitlinienteils.

Die Sk2-Leitlinie ist von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), der Deutschen Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) und der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) autorisiert worden.

Die Leitlinie hat ab dem Zeitpunkt der Publikation eine Gültigkeitsdauer von 5 Jahren. Eine Aktualisierung ist von den federführenden Fachgesellschaften geplant.

Anmerkung: Die empirischen Untersuchungsansätze für den Leitfaden zur Leistungsbeurteilung wurde durch eine Förderung einer multizentrischen Studie durch die Dr. Karl-Wilder-Stiftung ermöglicht.

Problemaufriss und Fragestellung

Bei Rentenanträgen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung wie auch bei der Privaten Berufsunfähigkeitsversicherung aber auch in anderen Kontexten nehmen die Antragssteller, die psychische und psychosomatische Erkrankungen als Ursache für ihre eingeschränkte berufliche Leistungsfähigkeit angeben, eine zahlenmäßig große Bedeutung ein.

So stellen psychische und psychosomatische Krankheiten bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit die größte Zahl an Rentenzugängen dar (Köllner 2011, Irle und Fischer 2011); diese führende Rolle nehmen diese Erkrankungen auch bei den Anträgen auf die Private Berufsunfähigkeitsrente ein. Die in epidemiologischen Studien aufgezeigten hohen Prävalenzraten psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (1) sowie die hohe Zahl an Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Erkrankungen verdeutlichen darüber hinaus die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Erkrankungen.

Psychische und psychosomatische Störungen bieten sich aufgrund der „Weichheit“ ihrer Symptome hinsichtlich der Beanspruchung von Renten oder Schadensansprüchen in besonderer Weise als Begründungsmodelle an. Aber auch chronische körperliche Erkrankungen sind oftmals durch psychosomatische Komplikationen gekennzeichnet, aus denen sich entsprechende Rechtsansprüche grundsätzlich ableiten lassen. So werden vielfach bei entsprechenden Rentenverfahren, wenn somatische Erkrankungen und damit verbundene Funktionsbeeinträchtigungen einen Rentenanspruch nicht rechtfertigen, psychische und psychosomatische Gründe oder Komplikationen als Begründung für rentenrechtlich relevante Leistungseinschränkungen vorgebracht. Die Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit wie von Kausalitätszusammenhängen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist aktuell aufgrund der nur eingeschränkten Verfügbarkeit von angemessenen Methoden und Beurteilungskriterien als problematisch anzusehen. Insbesondere die komplexe Determiniertheit des Begutachtungsgegenstandes sowie die „Weichheit“ oder „Unschärfe“ der zu bewertenden Variablen und Befunde stellen eine besondere Anforderung für den Gutachter dar.

Deshalb ist es bedeutsam, dass für die Begutachtung der Leistungsfähigkeit oder etwaiger Kausalitätszusammenhänge bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen die inhaltlichen Konzepte und die methodischen Standards so elaboriert und so klar wie möglich definiert und beschrieben werden. Insbesondere die Kriterien, die zur Entscheidungsfindung führen, müssen expliziert und transparent sein. Diese Anforderungen sind in der Vergangenheit in einer Vielzahl von einschlägigen Begutachtungen nicht erfüllt worden. Vor diesem Hintergrund ist die Leitlinie zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit und von Kausalitätszusammenhängen entwickelt worden.

Zielgruppe

Die Leitlinie soll ärztlichen (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie etc) und psychologischen Gutachtern eine inhaltliche und methodische Grundlage zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit/ Erwerbsfähigkeit bei Individuen mit psychischen und psychosomatischen Krankheiten in unterschiedlichen (Rechts-) Kontexten geben. Begutachtungen und ihre Ergebnisse sollen dadurch inhaltlich und methodisch angemessener, transparenter und nachvollziehbar werden. Die Leitlinie kann darüber hinaus seitens der (Renten-)Ver-

sicherer aber auch für Richter aus unterschiedlichen Rechtsgebieten als Maßstab für die Beurteilung von Gutachten dienen.

1. Allgemeines Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit

Gemäß der International Classification of Functioning (ICF; WHO 1998, deutsche Version 2002) wird „Leistung“ definiert als „ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal angibt, **was Personen in ihrer gegenwärtigen tatsächlichen Umwelt tun** und deshalb den Gesichtspunkt des Einbezogeneins einer Person in Lebensbereiche berücksichtigt“. In Abgrenzung zum Begriff der „Leistung“ bezeichnet „Leistungsfähigkeit“ nach ICF ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal das **höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit** angibt, das eine Person in einer Domäne der Aktivitäten- und Partizipationsliste zu einem gegebenen Zeitpunkt erreicht. Leistungsfähigkeit spiegelt die umwelt-adjustierte, bezogen auf die Berufsfähigkeit also die an die beruflichen Arbeitsbedingungen adjustierte Leistungsfähigkeit wider. Insofern geht die Beurteilung der Leistungsfähigkeit über eine einfache Beschreibung des allgemeinen Funktionsniveaus- und Fähigkeitsniveaus (Aktivität und Partizipation) hinaus. Die Frage der Leistungsfähigkeit gilt nicht allein dem Funktionsniveau, das der zu Begutachtende aktuell in seinem Alltag realisiert, sondern dem Leistungsniveau, das er unter bestimmten kontextuellen (z.B. arbeitsplatzbezogenen) Bedingungen unter Berücksichtigung eventueller gesundheitlicher Beeinträchtigungen realisieren kann.

Statement 1

Der hier verwendete Begriff der beruflichen Leistungsfähigkeit orientiert sich an der International Classification of Functioning (ICF). Danach beschreibt das Konstrukt das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit, welches ein Individuum im arbeitsplatzbezogenen Kontext erreichen kann.

1.1 Determinanten der Leistungsfähigkeit

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 im Gesamt 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, 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 B: Psychische und psychosomatische Funktionen und Funktionseinschränkungen**). 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.

2. Die Beeinträchtigungen auf der psychischen und psychosomatischen Ebene sind weiter durch die **Krankheitsverarbeitung** 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 sind die **Aktivitäten und Fähigkeiten**, die 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. Um eine möglichst umfassende Bewertung relevanter Aktivitäten und Fähigkeiten eines Individuums zu gewährleisten, sollten prinzipiell alle berufsrelevanten Aktivitäten und Funktionen als Bezugsrahmen herangezogen werden. Bei der Beschreibung und der Bewertung der Aktivitäten/ Fähigkeiten nehmen wir einen engen Bezug auf die Kategorien für Aktivitäten und Fähigkeiten des Mini-ICF-APP (Linden et al., 2009). Diese beschreiben Funktions- und Fähigkeitsbereiche, die 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.).

Die Bewertung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit ergibt sich dann aus dem Abgleich der dem Individuum möglichen Aktivitäten/ Fähigkeiten mit dem beruflichen Anforderungsprofil (Partizipation). D.h. es muss geprüft werden, ob und in welchem Ausmaß, die dem Individuum grundsätzlich verfügbaren Aktivitäten/ Fähigkeiten die Umsetzung der beruflichen Leistungsanforderungen, die im Rahmen der BUZ in der Regel durch die Arbeits- und Anforderungsprofile ausformuliert sind, ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist der Begriff der „zumutbaren Willensanstrengung“ zu nennen, der sich auf die Frage bezieht, ob der zu Begutachtende mit zumutbarer Willensanstrengung die Hemmungen, die einer Arbeitsaufnahme entgegen-

stehen, überwinden kann. Die bestehende Symptomatik muss hierbei eindeutig gegen Aggravation oder Simulation (siehe 1.4) abgegrenzt werden können. Dabei sollte jedoch 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 von Rentenverfahren wegen verminderter Erwerbsfähigkeit lediglich auf den „allgemeinen Arbeitsmarkt“ Bezug genommen. Bei der Bewertung der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Privaten Berufsunfähigkeitsrente muss dem gegenüber Bezug auf die in der Versicherungspolice angeführten beruflichen Aufgaben- bzw. Anforderungsprofile genommen werden.

Statement 2

Die berufliche Leistungsfähigkeit wird von der Art und dem Ausmaß psychischer und psychosomatischer Funktionen und Funktionsstörungen, der Art der Krankheitsverarbeitung sowie von den dem Individuum zur Verfügung stehenden Aktivitäten und Fähigkeiten determiniert. Die Bewertung der konkret vorliegenden (beruflichen) Leistungsfähigkeit ergibt sich dann aus dem Abgleich der dem Individuum möglichen Aktivitäten/ Fähigkeiten mit dem beruflichen Anforderungsprofil (Partizipation).

1.2 Verbindung von Querschnitt- und Längsschnittmerkmalen

Zum Verständnis der bio-psycho-sozialen Hintergrundbedingungen der Entwicklung der beruflichen Leistungsfähigkeit 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 so 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 mit prägen. Bei der Prognose

der Leistungsfähigkeit sind bislang erfolgte Behandlungsmaßnahmen sowie deren Ergebnisse zu berücksichtigen.

Statement 3

Die Erhebung der längsschnittlichen / 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.

1.3 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.

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

Beurteilung der Leistungsfähigkeit

Probleme: **Validität; Aggravation, Simulation- oder Dissimulation**

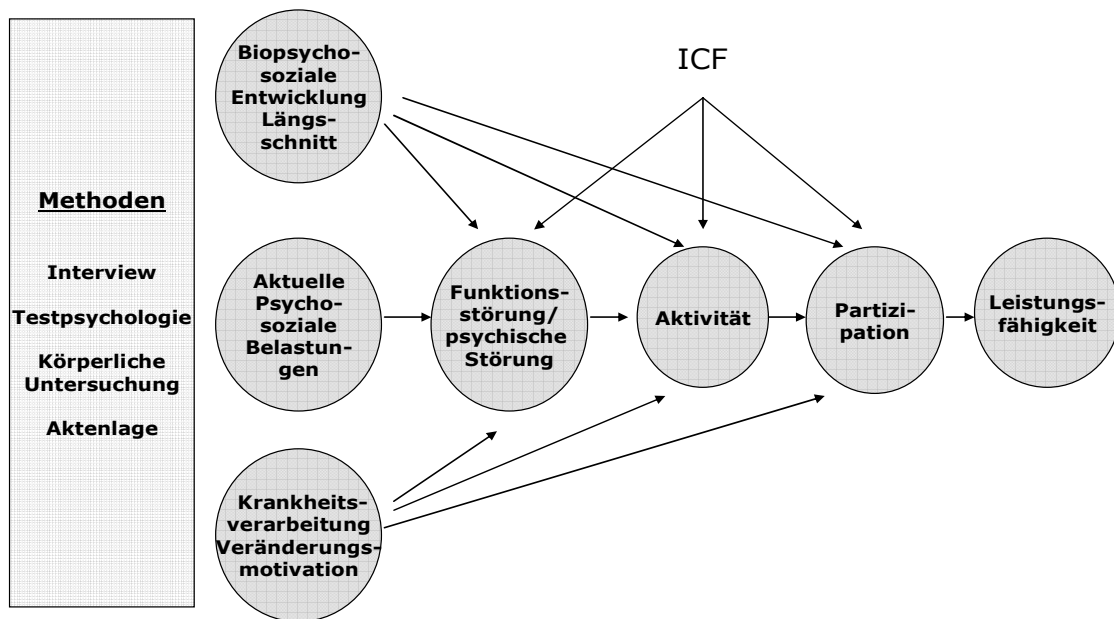


Abbildung 1: Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit

Statement 4

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

1.4 Beschwerdenuvalidierung (Aggravation, Dissimulation und Simulation)

Etwaige tendenziöse Haltungen oder Verfälschungstendenzen sind bei der Beschreibung der unterschiedlichen Merkmale des Leitfadens angemessen zu berücksichtigen. Dazu eignen sich je nach zu bewertendem Funktionsbereich unterschiedliche Formen der Beschwerdenuvalidierung (d.h. der Überprüfung mutmaßlich bewusstseinsnah verzerrter oder verfälschender Beschwerdendarstellung).

Grundsätzlich sollte die Validierung der beklagten Beschwerden und ihrer Auswirkungen auf eine möglichst breite methodologische Grundlage gestellt werden, die inter- und intraindividuelle Vergleiche ermöglicht. Folgende Methoden können zur Validierung von Angaben über Symptome, Funktionseinschränkungen, Krankheitsverlaufsmerkmale und Behandlungswirkungen sowie zum Konsistenzabgleich geeignet sein: Exploration/Interview, Verhaltensbeobachtung, standardisierte/normierte Fragebögen, Fragebogenkontrollskalen oder Fragebögen zu Antworttendenzen, körperliche Funktions- und Leistungstests, psychologische Funktions- und Leistungstests, Symptomvalidierungstests, Labortests/ Kontrolle des Serumspiegels.

Statement 5

Die bei der Begutachtung berichteten Beschwerden müssen grundsätzlich mit den unterschiedlichen zur Verfügung stehenden geeigneten Methoden validiert werden, um relevante „Verfälschungstendenzen“ zu identifizieren.

1.5 Diagnostische Methoden bei der Begutachtung

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

1. die Diagnostik etwaiger körperlicher Funktionsstörungen,
2. die Ebene der Psychopathologie,
3. etwaige psychosomatische Interaktionen,
4. die biografische Anamnese sowie eine detaillierte Berufsanamnese,
5. die systematische Analyse der psychosozialen Längsschnittentwicklung,
6. die Krankheitsverarbeitung,
7. die Aspekte, die im engeren Sinne für die Bewertung der Leistungsfähigkeit von Bedeutung sind (Aktivität, Partizipation)

Entlang der Aktenvorbefunde sind die etwaig vorliegenden somatischen Grunderkrankungen und Vorbehandlungen zu beurteilen und zu gewichten. Soweit die somatische Diagnostik nicht vollständig und angemessen umgesetzt worden ist, sollten ggf. zusätzliche somatische diagnostische Vorgehensweisen indiziert werden.

Zur Erhebung der Psychopathologie ist eine psychiatrisch – psychosomatisch orientierte Exploration vorzunehmen. Ein Einsatz spezieller halb strukturierter oder strukturierter psychiatrischer diagnostischer Verfahren ist in der Regel nicht angezeigt und sollte nur in begründeten Ausnahmefällen vorgenommen werden.

Bei der psychiatrischen Exploration und Untersuchung muss unterschieden werden zwischen Befunden, die wir „sehen“ können (z.B. affektive Niedergeschlagenheit, Konzentrationsmangel, Antriebsmangel) und vom Begutachteten berichtete Beschwerden (z.B. Ängste). Zu prüfen ist, ob diese beiden Ebenen getrennt aufgeführt werden.

Die Erhebung der biografischen Anamnese sowie der Berufsanamnese und der psychosozialen Entwicklungslinien des zu Begutachtenden erfolgt im Rahmen eines psychosomatischen Inter-

views, 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 Aktivitätenprotokoll 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.

Statement 6

Die Begutachtung umfasst unterschiedliche diagnostische Ebenen, die mit den jeweils angemessenen Methoden erhoben werden müssen. Dabei muss 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 muss stärker als in der herkömmlichen Anamnese berücksichtigt werden.

1.6 Zur Bedeutung der testpsychologischen Untersuchung bei der Diagnostik

Grundsätzlich stellt die testpsychologische Diagnostik einen wichtigen methodischen Zugang bei der Begutachtung dar, da multimethodale und -modale diagnostische Zugänge, die neben der Fremdbeurteilung (durch den Gutachter) auch die Selbstbeschreibung des zu Begutachtenden umfassen, besser geeignet sind, die komplexen Begutachtungsaufgaben, angemessen zu bearbeiten.

Psychologische Tests zeichnen sich in der Regel durch ihre Objektivität (das Ausmaß, in dem eine psychologische Messung bei dem gleichen Probanden unter den gleichen Ausgangsbedingungen bei unterschiedlichen Diagnostikern zu dem gleichen Ergebnis kommt), ihre Reliabilität (die Messgenauigkeit) sowie ihre Validität (misst der Test auch die Merkmale, die er zu messen beansprucht?) aus.

Ein wichtiges Indikationskriterium für den Einsatz von psychologischen Tests bei der Begutachtung ist die Kosten-Nutzen-Relation. Rechtfertigt der Nutzen, den ein Testergebnis für die gutachterliche Entscheidung liefert, den mit der Testung verbundenen Aufwand (Zeit und Kosten, Zumutbarkeit für den Probanden)? Der Nutzen von Testergebnissen kann -ebenso wie der Nutzen explorativ erhobener Angaben - eingeschränkt sein durch systematische Verfälschungstendenzen auf Seiten des zu Begutachtenden. Wenn die Transparenz der Testaufgaben hoch und die inhaltliche Zielrichtung der Items für den Probanden erkennbar ist, dann eröffnen

Symptomskalen, Persönlichkeitsfragebögen, Fragebögen zur Messung der Krankheitsverarbeitung oder Psychotherapiemotivation sowie Schmerzdokumentationen dem zu Begutachtenden relativ leicht die Möglichkeit, den Test intentional verzerrt zu bearbeiten. So wird er sich z.B. bei Vorliegen einer Aggravationstendenz auf einer Symptomskala hoch belastet darstellen oder bei Tests, die die kognitive Leistungsfähigkeit messen, seine Leistungsfähigkeit schwächer darstellen, als diese ist.

Trotz aller Vorbehalte plädieren wir für den reflektierten Einsatz von geeigneten Testverfahren. Sie sind grundsätzlich geeignet, uns eine breitere Datenbasis in Ergänzung zur klinischen Untersuchung zur Verfügung zu stellen und können der Systematisierung und Differenzierung von Befunden dienen. Gleichzeitig kann die Testung als „Belastungserprobung“ für den zu Begutachtenden dienen, in der sich insbesondere auch motivationale Variablen – z.B. auch eine Aggravationstendenz – ausdrücken können. Das Testverhalten, monoforme und extreme oder inkonsistente Testergebnisse aber auch kritische Werte auf Offenheitsskalen (z.B. FPI-R, Fahrenberg, 1994) können auf dieser Ebene Hinweise auf „sozial erwünschtes“ oder tendenziöses Antwortverhalten geben.

Von speziellem Interesse ist die Frage, welche psychologischen Fragebogenverfahren regelhaft oder ergänzend, soweit indiziert, dem Gutachten zugrunde gelegt werden müssen. Hier plädieren wir dafür, dass regelhaft ein Basisinventar verwendet werden sollte, mit dem die Aspekte der psychischen bzw. psychosomatischen Symptomatik, der Persönlichkeitsentwicklung und der Krankheitsverarbeitung bzw. Veränderungsmotivation untersucht werden kann. Der Einsatz spezieller Testinstrumente sollte dann im Einzelfall entlang der konkreten Problemstellung vorgenommen werden.

Statement 7

Der Begutachtungsprozess umfasst unterschiedliche diagnostische Ebenen, die mit unterschiedlichen Methoden beurteilt werden müssen. Dabei ist zu beachten, dass die mit unterschiedlichen Methoden erhobenen Befunde so reliabel und valide wie möglich sind, dass der Einsatz der unterschiedlichen diagnostischen Vorgehensweisen in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis steht und für den zu Begutachtenden zumutbar ist.

1.7 Integration der unterschiedlichen Datenebene

Die hier angesprochenen unterschiedlichen methodischen Zugangsweisen müssen in die Gesamtbewertung integriert werden. Dazu sind die folgenden Schritte notwendig:

- Muss für jede diagnostische Merkmalsebene geprüft werden, ob die Befunde und Aussagen reliabel und valide erhoben worden sind;
- Dazu muss geprüft werden:

- Ob die Informationen/ Befunde methodisch angemessen erhoben worden sind?
- Ob die Befunde einer diagnostischen Ebene in sich schlüssig und kongruent sind?
- Ob die Bewertung und Interpretation der Befunde innerhalb einer diagnostischen Ebene angemessen ist?
- Ob eine tendenzielle Beantwortung/ Haltung des Probanden z.B. Aggravation zum Tragen kommt?
- Ob sich die (Teil-) Ergebnisse der verschiedenen diagnostischen Ebenen weitgehend widerspruchsfrei zu einem Gesamtbild oder einer Gesamtbewertung zusammenfügen lassen?

In einem nächsten Schritt ist zu prüfen, inwieweit Widersprüche zwischen unterschiedlichen Informations/Datenebenen vorliegen. Soweit sich entsprechende Widersprüche finden, muss geklärt werden, ob diese Widersprüche zwischen verschiedenen diagnostischen Ebenen in einer unzulänglichen Erhebung (mangelnde Zuverlässigkeit der Messung, mangelnde Validität) begründet sind. **Bei Vorliegen von widersprüchlichen Ergebnissen entlang der unterschiedlichen Datenebenen muss die Beurteilung begründet/ transparent gemacht werden!** Warum berücksichtigen wir u.U. den klinischen Eindruck (Interview) stärker als die dazu im Widerspruch stehenden testpsychologischen Befunde (z.B. Durchschaubarkeit des Tests und tendenzielles Beantwortungsverhalten, Testverhalten des Probanden). Wenn die Widersprüche nicht geklärt werden können, muss dies explizit im Gutachten angeführt werden. Da an der Begutachtung häufig unterschiedliche Fachdisziplinen (z.B. Ärzte für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie und Diplompsychologen) beteiligt sind, sollten diese unbedingt an der kritischen Diskussion und Integration der Befunde teilnehmen.

Statement 8

Bei der Integration der unterschiedlichen Befundebenen muss geprüft werden, inwieweit zwischen den unterschiedlichen Datenebenen Widersprüche vorliegen. Soweit dies der Fall ist, muss transparent gemacht werden, wie sich dies auf die gutachterliche Wertung auswirkt.

1.8 Rahmenbedingungen der Begutachtung

Für den Gutachter ist essenziell die Besonderheiten des Gutachtenprozesses zu beachten und zu reflektieren. Die Beziehung zwischen dem Gutachter und dem Patienten ist anders als z.B. in der medizinischen Behandlung weniger in eine duale, sondern in der Regel in eine trianguläre Interaktion (Gutachtenauftraggeber, zu Begutachtender und Gutachter) eingebunden. Wenn entsprechende Begutachtungen dann in Rahmen von gerichtlichen Prozessen geklärt werden, wird die Interaktion noch komplexer, vielschichtiger und unübersichtlicher in Bezug auf die unterschiedlichen Interessen und Intentionen der Beteiligten. Der ärztliche oder psychologische Gutachter muss in dieser Konstellation den Überblick und den genügenden Abstand bewahren, um

die Begutachtung nach wissenschaftlichen Standards umzusetzen und sich nicht von der Dynamik, die sich aus den divergierenden Interessen und Absichten der am Begutachtungsprozess beteiligten Personen und Institutionen ergeben, beeinflussen zu lassen.

Auf die Bedeutung von Gegenübertragungsprozessen bei der Begutachtung ist vielfach hingewiesen worden (Sandweg, 1988). Diese diagnostische Dimension der Begutachtung kann einen Zugang zu wichtigen Informationen verschaffen, jedoch auch ein hohes Ausmaß an Unschärfe oder Urteilsverzerrungen bedingen, wenn sie nicht reflektiert gehandhabt wird. Auf der Ebene der Reflexion eigener Wahrnehmungsverzerrungen ist erforderlich, dass der Gutachter für diese Problematik sensibel ist und an einer Minimierung dieses „Bias“ arbeitet. Neben der selbstkritischen Bewertung des eigenen diagnostischen Vorgehens und der diagnostischen Entscheidungsbildung im Einzelfall bietet sich die Supervision der Gutachtenerstellung sowie die Teilnahme an gutachtenspezifischen Balint-Gruppen an, in denen aktuelle Begutachtungsfälle der Teilnehmer unter Berücksichtigung der spezifischen Beziehungsmuster und insbesondere auch der Gegenübertragungsprozesse reflektiert werden können.

Statement 9

Die Begutachtung muss nach wissenschaftlichen Standards umgesetzt werden. Auch sollten die Besonderheiten der Interaktion im Gutachtenprozess angemessen berücksichtigt werden. Insbesondere sollten systematische Wahrnehmungsverzerrungen im diagnostischen Prozess reflektiert und möglichst eliminiert werden. Der zu Begutachtende sollte über den Zweck der Begutachtung aufgeklärt sein und darüber informiert werden, dass alle Informationen, die im Begutachtungsprozess erhoben werden, bei der gutachterlichen Wertung berücksichtigt werden.

2. Die diagnostischen Merkmalsbereiche der beruflichen Leistungsbeurteilung

Die Darstellung und Herausarbeitung der relevanten psychischen, psychosomatischen und somatischen Symptome erfolgt auf den folgenden Ebenen:

- A. Psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde
- B. Psychische und psychosomatische Funktionen
- C. Krankheitsverarbeitung
- D. Aktivität
- E. Beurteilung tendenziöser Haltungen
- F. Partizipation und berufliche Leistungsbeurteilung
- G. Prognose

Bei der Erarbeitung der einzelnen Abschnitte des Leitfadens orientierte sich die Arbeitsgruppe an folgenden Hauptquellen: Abschnitt C *Krankheitsverarbeitung* in Anlehnung an die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2, 2006); Abschnitt D *Aktivität* erfolgte in Anlehnung an die MINI-ICF (Linden, Baron, & Muschalla, 2003); Abschnitt E Beurteilung tendenziöser Haltungen (Dohrenbusch, 2007; Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001); Abschnitt F *Partizipation und berufliche Leistungsbeurteilung* (DRV-Schriften, 2006).

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

2.1 Psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde (Abschnitt A)

Hier soll im Gutachten auf der Grundlage der Aktenvorbefunde bzw. der anamnestischen Angaben des zu Begutachtenden Stellung genommen werden zu den Untersuchungen/Untersuchungsbefunden (A1), dem Ausmaß an Vorbehandlungen (A2) sowie zu bereits vorliegenden somatischen und psychiatrisch-psychosomatischen Diagnosen (A3).

Unter **A1. Untersuchungen/Untersuchungsbefunde** entscheidet der Gutachter sowohl über die Vollständigkeit als auch über die Nachvollziehbarkeit der in den zugeleiteten Akten vorliegenden Befunde. Bei Unvollständigkeit der Befunde, die jedoch wesentlich für das weitere diagnostische Vorgehen im Gutachtenprozess sind, muss hier die Begutachtung entsprechend erweitert werden. Weiterhin ist zufragen, ob die notwendigen Untersuchungen (z.B. Röntgenaufnahmen, CT, EEG) adäquat durchgeführt, befundet und interpretiert worden sind.

In Abschnitt **A2** sollen die Art und die Angemessenheit bereits durchgeführter **Vorbehandlungen** beurteilt werden. Hierbei soll durch den Gutachter beurteilt 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 Psychopharmakobehandlung 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 berücksichtigt werden. Die hier gesammelten Informationen über Art, Umfang und Erfolg an Vorbehandlungen des zu Begutachtenden dienen als erste Hinweise für die Feststellung und die Prognose der Leistungsfähigkeit (Abschnitte F und G). 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 (günstige Prognose). Werden hingegen angemessene Vorbehandlungen als überwiegend unwirksam be-

wertet, 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. Unter **A3** sind die somatischen als auch die psychiatrisch-psychosomatischen **Diagnosen** entsprechend der ICD-10 Klassifikation zu benennen und nach gutachterlicher Einschätzung in ihrer Angemessenheit zu beurteilen.

Statement 10

Beurteilt werden muss, ob zum Zeitpunkt der Begutachtung die notwendige organmedizinische und psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik vorgenommen worden ist und die Befundinterpretation adäquat war. Weiterhin ist zu beurteilen, inwieweit die indizierten therapeutischen und/oder rehabilitativen Maßnahmen (adäquat) durchgeführt worden sind und welche Effekte diese Interventionen gezeigt haben. Nur auf der Basis dieser Bewertung lassen sich die Prognose der Erkrankung und die damit verbundene berufliche Leistungsfähigkeit bewerten und lassen sich ggf. indizierte therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen empfehlen.

A1. Untersuchungen/Untersuchungsbefunde

Der Gutachter sichtet alle relevanten Vorbefunde aus den ihm zugeleiteten Akten und prüft diese auf Vollständigkeit und Adäquatheit der Durchführung und Interpretation.

Beurteilungskriterien

Bei Unvollständigkeit der Befunde bzw. deren unsachgemäßer Durchführung muss hier die Begutachtung entsprechend erweitert werden.

Bsp: Nach Aktenlage ist beim zu Begutachtenden eine Neuroborreliose befundet worden, ohne dass sich in den Unterlagen ein Liquorbefund findet. Dies muss dann entsprechend durch eine neurologische Untersuchung ergänzt werden, bevor der Gutachtenprozess durch den Gutachter fortgeführt werden kann.

A2. Vorbehandlungen

Liegen Vorbehandlungen vor, ist die Art der Vorbehandlung (psychopharmakologisch, psychotherapeutisch, psychosomatisch usw.), die Angemessenheit der Vorbehandlungen sowie der Erfolg der Behandlung im Sinne eines globalen Ratings vorzunehmen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Hintergrund der klinischen Expertise und Erfahrung des Gutachters

Beurteilungskriterien

A.2.1 Angemessenheit der Pharmakotherapie

Wenig angemessen sind:

- unterdosierte Pharmakotherapie (z.B. häufig bei antidepressiver Therapie);

- bedarfsabhängige Applikation von Medikamenten mit Missbrauchs- oder Suchtrisiko (z.B. Opiode 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.

A.2.2 – A.2.6 Angemessenheit psychotherapeutischer und psychiatrischer Vorbehandlungen/ Medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen/Beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen sowie somatomedizinischer Interventionen

Hinweise auf eine eingeschränkte Angemessenheit bisheriger Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen können sein:

- 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

A3 Diagnosen

Die Festlegung der Diagnose orientiert sich an der ICD-10 (WHO, 2005). Körperliche Erkrankungen und psychische Störungen sind gleichermaßen zu benennen. Diagnosen, die sich nicht an den ICD-10 Kriterien orientieren, sollten vermieden werden. 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.

Angemessenheit früher gestellter Diagnosen

Die Beurteilung der Angemessenheit früher gestellter somatischer und/oder psychiatrisch-psychosomatischer Diagnosen sollte auf der Grundlage der eigenen diagnostischen Befunde und deren Wertung vorgenommen werden.

Als „nicht beurteilbar“ ist die Angemessenheit früherer Diagnosen dann zu bewerten, wenn relevante Informationen zum klinischen Erscheinungsbild, zu zeitlichen Kriterien (Erkrankungsdauer) oder zur Ätiologie der Erkrankung/psychischen Störung in den Akten oder Vorbefunden nicht verfügbar sind.

Die folgende Tabelle (1) zeigt die durchschnittlichen Bewertungen zwei durchgeführter Expertenbefragungen für den diagnostischen Merkmalsbereich A „Psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde“. Die Beurteilung der diagnostischen Hauptkategorien erfolgte auf einer fünfstufigen Skala von 1 = „überhaupt nicht“ bis 5 = „sehr“ hinsichtlich Vollständigkeit, Angemessenheit der Operationalisierung, Eindeutigkeit sowie Vollständigkeit des dargestellten Merkmalsbereichs. Die nähere Beschreibung der Expertenbefragung sowie eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zur empirischen Überprüfung des Leitfadens finden sich im Anhang.

Tabelle 1. Mittelwerte Abschnitt A „Psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde“

Abschnitt A Vorbefunde	1. Delfibefragung	2. Delfibefragung
A1 Untersuchungsbefunde		
angemessen operationalisiert	4,0	4,33
verständlich	4,5	4,67
vollständig	4,1	3,83
eindeutig	4,2	4,5
A2 Pharmakovorbehandlung		
angemessen operationalisiert	4,2	4,5
verständlich	4,7	4,67
vollständig	4,4	4,17
eindeutig	4,3	4,33
A2 Psychotherapeutische/Medizinische/Rehabilitative Vorbehandlung		
angemessen operationalisiert	4,3	4,33
verständlich	4,6	4,67
vollständig	4,0	4,17
eindeutig	4,1	4,33
A3 Diagnosen		
angemessen operationalisiert	4,6	4,5
verständlich	4,6	4,5
vollständig	4,2	4,33
eindeutig	4,4	4,17

2.2 Psychische und Psychosomatische Funktionen und Funktionseinschränkungen (Abschnitt B)

Für die Bewertung der Leistungsfähigkeit ist die Herausarbeitung der dem Individuum verfügbaren psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionseinschränkungen angezeigt, da diese einen zentralen Einfluss auf die dem Individuum mögliche Aktivität und Partizipation haben. Sie stellen ein Resultat von Hemmnissen und Ressourcen auf Seiten des zu Begutachtenden dar, die u. a. in dessen emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Entwicklungsparametern begründet sind. Aktuelle Störungen oder Erkrankungen des Individuums sind oftmals als Folge von Persönlichkeitscharakteristika, spezifischen intrapsychischen Konstellationen oder typischen maladaptiven Lernerfahrungen zu verstehen und beeinflussen gleichzeitig das aktuell verfügbare psychische Funktionsniveau des Individuums. Neben den psychischen Funktionen 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.

Statement 11

Unter psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionseinschränkungen versteht man sowohl die zur Verfügung stehenden emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Ressourcen eines Individuums als auch dessen Hemmnisse. Im Rahmen der sozialrechtlichen Beurteilung ist das aktuell verfügbare psychische Funktionsniveau zu erheben.

Die Beschreibung der psychischen Funktionen bzw. deren Beeinträchtigungen sind nicht im Sinne der klassischen Psychopathologie aufzufassen. Jedoch lassen sich oftmals aus charakteristischen Störungen der psychischen und psychosomatischen Funktionen psychopathologische Symptome und klinische Syndrome ableiten.

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 lassen sich daraus das Aktivitätsprofil wie auch die Leistungsfähigkeit ableiten.

Statement 12

In der Gesamtbeurteilung der Leistungsfähigkeit stellt die Erhebung der individuellen Funktionen eine der Grundlagen für die Bewertung der Aktivität (Teil D) und Partizipation (Teil E) 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. Exploration, Verhaltensbeobachtung während der Untersuchungssituation, Fremdanamnese, Akte) und subjektiven Informationen (z.B. Befragung des zu Begutachtenden nach dessen subjektivem Erleben) heranzuziehen sind. Aus Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen sollten dabei keine Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit gezogen werden. Zu beurteilen ist der Befund, welcher den Querschnitt der letzten vier Wochen darstellt, in besonderen Fällen ist jedoch auch ein längeres Zeitintervall zu berücksichtigen, zum Beispiel bei fluktuierenden Funktionsbeeinträchtigungen.

Die Ergebnisse der Erhebung können und sollten in einzelnen Fällen durch psychologische Testverfahren ergänzt werden. Der ausführliche Befund der psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionsstörungen behält aber regelhaft den Vorrang. Die Indikation zum Einsatz von Testverfahren, welche nach der klinischen Untersuchung erfolgt, sollte gezielt nach spezifischen Fragestellungen erfolgen und unter Berücksichtigung der vorangegangenen psychiatrischen und psychosomatischen Untersuchung ausgewertet werden.

Statement 13

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 vorangegangene psychiatrische und psychosomatische Untersuchung berücksichtigt wird. Dazu soll eine aus der klinischen Untersuchung resultierende Indikation für psychologische Testverfahren bestehen und eine gezielte und spezifische Fragestellung hierfür vorhanden sein.

Beurteilt werden neun psychische und psychosomatische Funktionsbereiche (Merkmale) sowie abschließend das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung:

- (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 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 Funktionseinschränkungen stehen im Ratingbogen zur Verfügung:

„Keine Beeinträchtigung“: Nur sehr vereinzelt oder gar nicht auftretende Beschwerden, kein Leidensdruck oder Beeinträchtigungserleben, Aktivität und Partizipation sind durch dieses Merkmal nicht eingeschränkt.

„Leichtgradige Beeinträchtigung“: Geringes Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben leicht ausgeprägt, geringer Einfluss auf Aktivität und Partizipation.

„Mittelgradige Beeinträchtigung“: Mäßiges Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben mäßig ausgeprägt, relevanter Einfluss auf Aktivität und Partizipation.

„Schwergradige Beeinträchtigung“: Hohes Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben schwer ausgeprägt, starker Einfluss auf Aktivität und Partizipation.

„Vollständige Beeinträchtigung“: 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“ ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt.

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

2.2.1 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.

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.

2.2.2 Ausmaß an Emotionalen Problemen

Definition

Es soll beurteilt werden, in welchem Ausmaß der Zubegutachtende emotionale Merkmale wie emotionale Schwingungsfähigkeit und Flexibilität, Vorherrschen bestimmter Emotionen (z.B. depressive, aggressive oder angstbesetzte Affekte), emotionale Belastbarkeit sowie Frustrationstoleranz aufweist. 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) depressive Verstimmungen

- Niedergedrücktheit
- Emotionale 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.

2.2.3 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

Wichtig ist bei der Erhebung des Antriebes die Exploration über konkrete Fragen (z.B. „Wie steht es mit Ihrem Schwung, 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

2.2.4 Ausmaß an Kognitiven Störungen

Definition

Hier werden Störungen des Gedächtnisses, 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 ab-

nehmen (Ermüdung). Je nach Ausprägungsgrad wird sich eine Einschränkung der quantitativen und/oder qualitativen Leistungsfähigkeit ergeben.

Beurteilungskriterien

Im Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit sind folgende Kriterien von Bedeutung:

- Aufmerksamkeit, Konzentration, Ermüdbarkeit
- Gedächtnisleistung
- Reaktionsschnelligkeit, Genauigkeit
- Fähigkeit zu logischem Denken, kognitive Flexibilität
- Informationsaufnahme und –verarbeitung
- Problemlösefähigkeit
- Wahrnehmungskompetenzen oder –einschränkungen

Zur Objektivierung sollten gegebenenfalls standardisierte neuropsychologische oder testpsychologische Verfahren (siehe Anhang) zur Leistungsdiagnostik hinzugezogen werden.

2.2.5 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 Wahninhalten, auch zu quantitativen Leistungseinschränkung 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.

2.2.6 Ausmaß an qualitativen und quantitativen Bewusstseinsstörungen und Orientierungsstörungen

Definition

Quantitative Bewusstseinsstörungen beziehen sich auf das Ausmaß an Wachheit (wach, schläfrig, somnolent etc.). Qualitative Bewusstseinsstörungen umfassen z.B. Zustände der Bewusstseins-einengung und Bewusstseinsverschiebung wie Trance. Auch Störungen der zeitlichen und örtlichen 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 (dösig, schläfrig, abgelenkt)
- Bewusstseinstrübung (z.B. Aspekte sinnvoll miteinander zu verbinden misslingt)
- Bewusstseins-einengung (z.B. Fixierung auf bestimmte Erlebnisse)
- Bewusstseinsverschiebung (z.B. gesteigerte Sinnesempfindungen)

2.2.7 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
- suchtbezogene Verhaltensweisen
- dysfunktionale Verhaltensweisen im Rahmen von z.B. Essstörungen, Zwangsstörungen

- massive Arbeitsstörung
- relevante Störung der Leistungsmotivation

2.2.8 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.

Beurteilungskriterien

Besonders wichtig ist es anhand von konkreten Fragen und Beispielnennungen durch den zu Begutachtenden, übliche zwischenmenschliche Verhaltensweisen zu explorieren, welche förderliche und hemmende Faktoren im Berufsleben bezüglich u.a. folgender Kategorien darstellen können:

- psychosoziale Anpassungsfähigkeit
- Konfliktverhalten und Kritikfähigkeit
- Verantwortungskompetenzen, Übernahme von Führungs- und Leistungsfunktionen, Durchsetzungsvermögen
- Fähigkeit, sich in Gruppen einzugliedern (Teamfähigkeit)
- Kommunikationsfähigkeit

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 gegenüberängstlich, 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

2.2.9 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)

2.2.10 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 2.2.10 ergibt sich aus der Zusammenschau der psychischen und psychosomatischen Funktionen unter 2.2.1 –2.2.9.

Statement 14

Die neun psychischen und psychosomatischen Funktionen werden anhand festgelegter Kriterien beurteilt und nach Beeinträchtigungsgraden geratet, für die ein Ratingbogen und konkrete Ankerbeispiele im Anhang zur Verfügung stehen.

Tabelle 2 zeigt die Mittelwerte der ersten (N=10) und zweiten (N=6) Expertenbefragung für die Items 1-10 des Merkmalsbereichs „Psychische Funktion“ (Abschnitts B).

Tabelle 2. Mittelwerte Merkmalsbereich B, „Psychische Funktion“

Abschnitt B Psychische Funktion	1. Delphibefragung	2. Delphibefragung
1) Somatisierung		
angemessen operationalisiert	4,1	4,3
verständlich	4,1	4,5
vollständig	4,3	4,17
eindeutig	4,2	4,17
2) Emotionalität		
angemessen operationalisiert	4,1	4,67
verständlich	4,4	4,67
vollständig	3,8	4,17
eindeutig	4,3	4,5
3) Antrieb/Psychomotorik		
angemessen operationalisiert	4,5	4,5
verständlich	4,6	4,5
vollständig	4,6	4,67
eindeutig	4,6	4,67
4) Kognitionen		
angemessen operationalisiert	4,3	4,33
verständlich	4,4	4,83
vollständig	4,3	4,33
eindeutig	4,2	4,5
5) Psychosenahes Verhalten		
angemessen operationalisiert	4,2	4,67
verständlich	4,6	4,67
vollständig	4,1	4,67
eindeutig	4,1	4,5
6) Bewusstsein/Orientierung		
angemessen operationalisiert	4,5	4,5
verständlich	4,5	4,5
vollständig	4,5	4,33
eindeutig	4,5	4,5
7) Verhalten		
angemessen operationalisiert	4,3	4,5
verständlich	4,6	4,67
vollständig	4,2	4,5

eindeutig	4,4	4,67
8) Interaktion		
angemessen operationalisiert	4,4	5,0
verständlich	4,5	4,83
vollständig	4,2	4,83
eindeutig	4,5	4,83
9) Körperliche Funktionsbeeinträchtigung		
angemessen operationalisiert	4,3	4,0
verständlich	4,2	4,33
vollständig	4,0	3,67
eindeutig	4,2	4,0
10) Gesamtbeurteilung		
angemessen operationalisiert	4,0	4,33
verständlich	4,5	4,67
vollständig	4,0	4,33
eindeutig	4,3	4,67

2.3 Krankheitsverarbeitung (Abschnitt C)

2.3.1 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). 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 Begutachtungssituation.

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 Verhaltensebene widerspiegelt. Wenn das Leidensgefühl bagatellisiert/dissimuliert bzw. dramatisiert/aggraviert erscheint, soll der Gutachter versuchen, diesen Eindruck durch tiefer gehende 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 hat.

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.

Statement 15

In der Begutachtungssituation ist der momentane Leidensdruck des Betroffenen zu beurteilen (Beurteilungszeitraum: die letzten vier Wochen). Das Ausmaß des Leidensdrucks ergibt sich aus der Schwere der Symptomatik, Art und Folgen der Diagnose, aus den angewandten Behandlungsprozeduren sowie individuellen und gesellschaftlichen Einstellungen zur Erkrankung (Stigmatisierung) 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 verbundenen „Leiden“ sowie die Darstellung von subjektiven Belastungen des zu Begutachtenden im Erleben und Verhalten während der Untersuchungssituation.

2.3.2 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 psychosoziale Anteile:

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.

Statement 16

Das Krankheitsverständnis des zu Begutachtenden muss 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 als relevant für seine aktuellen Probleme ansieht.

2.3.3 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 (siehe 2.3.5). Die leistungsbezogenen Ressourcen umfassen das Erreichen beruflicher Ziele, das Erleben und Umsetzen eigener Ressourcen, die Bereitschaft zur beruflichen Veränderung als auch das Erleben kollegialer Unterstützung.

Statement 17

Zu erfassen ist das Konzept des zu Begutachtenden über seine eigene Leistungsfähigkeit bezogen auf das Hier und Jetzt. Hierzu gehören leistungsbezogene Ressourcen ebenso wie Beeinträchtigungen.

2.3.4 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 die leistungsbezogenen Ressourcen (siehe 2.3.4.1). 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 hier unter Punkt 2.3.7 Veränderungsressourcen subsummiert und sind dort zu raten.

2.3.4.1 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 Zubegutachtenden 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?

Statement 18

Zu erfassen sind im Gesamtkontext der Begutachtung allgemeine Ressourcen in Form allgemeiner Fähig- und Fertigkeiten einer Person (schützende und fördernde Kompetenzen) ebenso wie leistungs- und berufsbezogene Ressourcen. 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 nach Training und Therapie erreichbar ist.

2.3.5 Leistungsmotivation

Definition

Vielfach wird die Leistungsfähigkeit eines zu Begutachtenden durch seine Leistungsmotivation beeinflusst werden. 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 dabei von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, u.a. von der Erfolgs- oder Misserfolgswahrscheinlichkeit oder auch dem Anreiz für ein Leistungsverhalten.

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 soviel 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 beendet.

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 rehabilitativen Prozess bewusst, verfügt aber über eine ausreichend hohe Frustrationstoleranz bzw. Misserfolgstoleranz sowie eine hohe Ausdauer (Beständigkeit), dass er damit umgehen kann.

Statement 19

Im Rahmen der Begutachtung ist die Ausprägung der Leistungsmotivation zu erfassen, 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 soviel 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.

2.3.6 Veränderungsmotivation

Definition

Hier wird erfasst, inwieweit der zu Begutachtende eine Veränderungsbereitschaft signalisiert. Sieht der zu Begutachtende für seine Situation einen Handlungsbedarf und 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 diesem Item wird beurteilt, inwieweit der zu Begutachtende den Wunsch nach Veränderung seiner Beschwerden oder Probleme hat. Hierbei 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 ergibt. Dazu gehören z.B. fehlende Motivation, eine geringe emotionale und/oder kognitive Belastbarkeit und 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. eine 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 könnte ein Berentungswunsch auf dem Hintergrund von Insuffizienzgefühlen und regressiv-abhängigen Motiven und den 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 große 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 ihn unterstützen.

Statement 10

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

2.3.7 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 auseinander setzen 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 aus arbeiten.

Statement 21

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.

Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte der ersten (N=10) und zweiten (N=6) Expertenbefragung für den Merkmalsbereich C „Krankheitsverarbeitung“.

Tabelle 3. Mittelwerte Merkmalsbereich C „Krankheitsverarbeitung“

Abschnitt C Krankheitsverarbeitung	1. Delfibefragung	2. Delfibefragung
Leidensdruck		
angemessen operationalisiert	4,2	4,5
verständlich	4,7	4,67
vollständig	4,1	4,5
eindeutig	4,2	4,5
Krankheitskonzept		
angemessen operationalisiert	4,4	4,67
verständlich	4,5	4,5
vollständig	4,4	4,33
eindeutig	4,4	4,5
Subjektives Leistungskonzept		
angemessen operationalisiert	4,4	4,5
verständlich	4,6	4,67
vollständig	4,5	4,5
eindeutig	4,5	4,33
Leistungsbezogene Ressourcen		
angemessen operationalisiert	4,5	4,5
verständlich	4,6	4,5
vollständig	4,5	4,33
eindeutig	4,5	4,33
Leistungsmotivation		
angemessen operationalisiert	4,7	4,67
verständlich	4,7	4,67
vollständig	4,2	4,33
eindeutig	4,6	4,33
Veränderungsmotivation		
angemessen operationalisiert	4,3	4,83
verständlich	4,6	4,67
vollständig	4,5	4,5
eindeutig	4,6	4,5
Veränderungsressourcen		
angemessen operationalisiert	4,33	4,5
verständlich	4,44	4,5
vollständig	4,22	4,17
eindeutig	4,44	4,17

2.4 Aktivitäten (Abschnitt D)

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 (2.2 Abschnitt B) und werden maßgeblich durch Faktoren der Krankheitsverarbeitung (2.3 Ab-

schnitt C) beeinflusst. Damit wird der eingeeengte Blick auf die Pathologie als monokausalem Hintergrund für die Einschränkungen auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene aufgegeben!

Bei der Beurteilung der Aktivitäten soll insbesondere Bezug auf derartige Aktivitäten genommen werden, die für die konkrete berufliche Tätigkeit von Bedeutung sind.

Definition

Eine Aktivität beschreibt allgemein eine Tätigkeit, eine Handlung (z.B. die Durchführung einer Aufgabe) bzw. die Fähigkeit einer Person wirksam auf seine 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 (2.2, Abschnitt B), der Krankheitsverarbeitung (2.3, Abschnitt C) 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 Schmerz- und/oder 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 BUZ-Begutachtung sind solche Aktivitäten, die eine besondere Nähe zu den beruflichen Arbeitsanforderungen aufweisen.

Statement 22

Im Rahmen der Begutachtung wird die Aktivität auf Basis der vorangegangenen Evaluation der psychischen und psychosomatischen Funktionen (Teil B), der Krankheitsverarbeitung (Teil C) und der vorhandenen körperlichen Einschränkungen beurteilt. Ergänzend müssen die konkret vom Begutachtenden im Alltag umgesetzten Aktivitäten mit Hilfe von Aktivitätslisten systematisch erhoben werden. Zentral ist dabei auch die prognostische Einschätzung des Ausmaßes an Aktivitäten mit Relevanz für die beruflichen Arbeitsanforderungen.

Aktivitätsdimensionen – Definitionen und Beispiele

Beurteilt werden zwölf Bereiche:

- (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) Durchhaltefähigkeit
- (8) Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit
- (9) Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit
- (10) Gruppenfähigkeit
- (11) Selbstversorgung
- (12) Mobilität/Wegefähigkeit

Für die zwölf Dimensionen und deren Ratingstufen (0 = keine Beeinträchtigung, 2 = mittelgradige Beeinträchtigung und 4 = vollständige Beeinträchtigung) werden ausführliche Ankerdefinitionen gegeben, die aus der Mini-ICF-APP (Linden et al., 2003) abgeleitet wurden.

2.4.1 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, mittelschwere oder schwere Tätigkeiten zu verrichten. Die konkreten Anforderungen im Bereich körperlicher Aktivität müssen im Rahmen der Berufsunfähigkeitsbegutachtung dem berufs-

spezifischen 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.

2.4.2 Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen

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

Beispiele: pünktliches Erscheinen auf der Arbeit, Einhalten von Verabredungen, die Erfüllung von täglichen Routineabläufen (z.B. Einhaltung der Hausordnung)

keine Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende erscheint pünktlich zur Arbeit bzw. zu anderen Terminen und hält Verabredungen ein. 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 hat häufiger Probleme, Verabredungen z.B. mit Freunden oder Bekannten einzuhalten oder pünktlich zu Terminen oder zur Arbeit zu erscheinen oder sich an die Hausordnung zu halten. Er behindert hierdurch das Leben seiner Mitmenschen bzw. löst für sich negative Reaktionen aus.

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.

2.4.3 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.

Beurteilt wird, inwieweit angemessene Zeit für Arbeit, Haushaltsführung, Erholung und andere Tages- oder Freizeitaktivitäten aufgewendet werden kann und ob der Tag in sinnvoller Weise und zielführend verbracht wird. Beurteilt wird, ob der Proband in der Lage ist, alltägliche Pflichten, Vorhaben oder Arbeitsabläufe zu planen, wie geplant durchzuführen und zu beenden.

keine Beeinträchtigung

Der Tagesablauf ist gut und selbständig strukturiert. Es besteht eine gute Balance zwischen Arbeit/Pflichterfüllung und Erholung. Anstehende Aufgaben werden zweckmäßig und in logischer Folge erledigt. Der zu Begutachtende kann sich nach der Aufgabenerfüllung von diesen lösen und sich anderen Dingen problemlos zuwenden.

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.

vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat keine Tagestruktur 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.

2.4.4 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 und Dritte müssen für ihn einspringen.

2.4.5 Anwendung fachlicher Kompetenzen

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden zur Anwendung seiner fachlicher 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 Mitarbeit und Kollegen müssen die Minderleistung des zu Begutachtenden kompensieren, indem sie z.B. seine Arbeit inhaltlich überprüfen oder korrigieren müssen.

vollständige Beeinträchtigung

Der Proband ist nicht fähig, die entsprechend seines Berufs grundlegenden Kompetenzen zur Anwendung zu bringen. Seine Arbeitsleistung ist für den Arbeitgeber weitgehend wertlos.

2.4.6 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 und treiben. Konsequenzen werden zufällig gezogen, beruhen auf Augenblickseinfällen oder werden durch intrapsychische Faktoren bestimmt, die nichts mit dem gegebenen Sachverhalt zu tun haben.

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.

2.4.7 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 hohem 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 Entpflüchtung ist unumgänglich.

2.4.8 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 keinerlei soziale Kompetenz. In sozialen Situationen wird er entweder nicht wahrgenommen oder aufgrund inadäquater und überschießender Reaktionen zurückgewiesen. Dritte müssen seine Interessen vertreten.

2.4.9 Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, formelle und informelle soziale Kontakte mit anderen Menschen aufzunehmen und inwieweit er in der Lage ist, mit diesen zu interagieren, wozu auch Rücksichtnahme, Wertschätzung des Gegenübers oder die Fähigkeit zum „small-talk“

gehören. Dies bezieht sich auf Privates wie potenziell Berufliches, wie Begegnungen mit Bekannten, Kollegen, Nachbarn etc.

Beurteilt wird, ob der Proband mit anderen Menschen reden kann, ohne dass es dabei um etwas gehen muss und inwieweit er die Fähigkeit zum Sozialpartner hat. Dies umfasst die Fähigkeit, sich Bekannten oder Fremden zuzuwenden, zuzuhören, von sich selbst zu berichten, auf Äußerungen anderen einzugehen oder selbst Fakten zu einem Gespräch beizutragen.

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 zufrieden stellender 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.

2.4.10 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 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 Teil der Gruppe oder Außenseiter oder ausgeschlossen ist. 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 Arbeitsteam 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 läuft. Er zieht sich häufig von der Teilnahme an Gruppen oder Organisationen zurück und gerät in Konflikte mit

anderen Mitgliedern, Nachbarn u.ä., weil er kein Gespür für Gruppenabläufe hat und dadurch Interessen anderer verletzt.

vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen er sich bewegt zu erkennen und sich einzubringen. Er wird übergangen oder ist ein Störfaktor. Andere müssen einspringen und ihn führen.

2.4.11 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. Es gibt ein zuwenig und ein zuviel.

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 zuviel 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. Seine körperliche Fitness ist deutlich beeinträchtigt und seine Gesundheit gefährdet. Er treibt Raubbau an sich selbst und ignoriert die eigene Gesundheit, kümmert sich nicht um notwendige Erholung oder die Rücksichtnahme auf selbstverständliche psychische Bedürfnisse.

vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist auf die Hilfe anderer bei der Selbstversorgung und Gesundheitsvorsorge angewiesen bzw. von diesen abhängig. Persönliche Hygiene, äußeres Erscheinungsbild und Kleidung werden extrem vernachlässigt oder er ernährt sich extrem ungesund und nimmt keine Rücksicht auf seine Gesundheit.

2.4.12 Mobilität/Wegefähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden zu verschiedenen Orten und Situationen zu gehen und Transportmittel, wie Auto, Bus oder Flugzeug zu benutzen. Mobilität umfasst allgemein die Fähigkeit eines Individuums, sich selbständig in einer vertrauten oder auch neuen bzw. unbekannten Umwelt zu bewegen. So kann die Mobilität/Wegefähigkeit z.B. durch das Vorliegen von Ängsten mehr oder weniger eingeschränkt sein. Im Extremfall kann die 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 bzw. sich unbefangen in vertrauten als auch unbekannten Umgebungen bewegen kann.

keine Beeinträchtigung

Die Fähigkeit, Wege zu gehen, sich fortzubewegen, sowie bei Bedarf verkehrsübliche Transportmittel einschließlich U-Bahnen und Flugzeuge zu benutzen, entspricht den Erwartungen der Referenzgruppe. Der zu Begutachtende ist in der Lage, sich in privaten wie öffentlichen Gebäuden, sowie außerhalb der eigenen Wohnung und anderer Gebäude aufzuhalten und sich umher zu bewegen.

mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten sich außerhalb der Wohnung oder anderer Gebäude umher zu bewegen. Die Benutzung bestimmter Transportmittel wird wenn möglich vermieden, ist mit starkem Unbehagen und Angst verbunden oder seine Fähigkeit zur Benutzung entsprechender Verkehrsmittel ist beeinträchtigt, so dass Hilfe benötigt wird.

vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage, seine Wohnung zu verlassen bzw. sich außerhalb der eigenen Wohnung oder in anderen Gebäuden zu bewegen. Notwendige Erledigungen bzw. die Versorgung mit Lebensmitteln und Dingen des täglichen Bedarfs müssen vollständig von seinen Mitmenschen übernommen werden. Er ist nicht in der Lage, Transportmittel jeglicher Art zu benutzen.

Statement 23

Die Aktivitäten stellen die Basis für die Beurteilung der Partizipation im Sinne der beruflichen (Rest-)Funktionsfähigkeit dar. Sie werden auf einer dreistufigen Skala durch den Gutacher bewertet, wobei das Ausmaß unter Beachtung der Ankerbeispiele im Anhang validiert werden sollte.

Partizipation

Im Rahmen der Berufsunfähigkeitsbeurteilung ist insbesondere die Partizipation des zu Begutachtenden am Arbeitsprozess zu bewerten, dass heißt hier geht es um die Beurteilung der konkreten Leistungsfähigkeit. Die Beurteilung der Partizipation wird demnach unter Punkt 2.6 *Leistungsbeurteilung* vorgenommen.

Tabelle 4 zeigt die Mittelwerte der ersten (N=10) und zweiten (N=6) Expertenbefragung für den Merkmalsbereich D „Aktivitäten“.

Tabelle 4. Mittelwerte Merkmalsbereich D „Aktivitäten“

Abschnitt D Aktivitäten	1. Delfibefragung	2. Delfibefragung
1) Körperliche Aktivität		
angemessen operationalisiert	4,4	4,5
verständlich	4,7	4,67
vollständig	4,4	4,33
eindeutig	4,3	4,5
2) Anpassung an Regeln und Routinen		

angemessen operationalisiert	4,4	4,67
verständlich	4,7	4,83
vollständig	4,4	4,67
eindeutig	4,4	4,67
3) Strukturierung von Aufgaben		
angemessen operationalisiert	4,5	4,67
verständlich	4,7	4,83
vollständig	4,6	4,67
eindeutig	4,5	4,67
4) Flexibilität und Umstellungsfähigkeit		
angemessen operationalisiert	4,7	4,67
verständlich	4,9	4,83
vollständig	4,8	4,83
eindeutig	4,7	4,83
5) Anwendung fachlicher Kompetenzen		
angemessen operationalisiert	4,4	4,33
verständlich	4,7	4,5
vollständig	4,4	4,33
eindeutig	4,6	4,5
6) Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit		
angemessen operationalisiert	4,67	4,67
verständlich	4,78	4,67
vollständig	4,67	4,5
eindeutig	4,78	4,67
7) Durchhaltefähigkeit		
angemessen operationalisiert	4,6	4,5
verständlich	4,6	4,5
vollständig	4,5	4,5
eindeutig	4,5	4,5
8) Selbstbehauptungsfähigkeit		
angemessen operationalisiert	4,7	4,5
verständlich	4,9	4,67
vollständig	4,8	4,5
eindeutig	4,8	4,5
9) Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit		
angemessen operationalisiert	4,5	4,67
verständlich	4,7	4,83
vollständig	4,5	4,67
eindeutig	4,7	4,83
10) Gruppenfähigkeit		
angemessen operationalisiert	4,4	4,5
verständlich	4,6	4,33
vollständig	4,6	4,5
eindeutig	4,6	4,33
11) Selbstversorgung		
angemessen operationalisiert	4,4	5
verständlich	4,7	5
vollständig	4,4	4,83
eindeutig	4,3	5
12) Mobilität/Wegefähigkeit		

angemessen operationalisiert	4,3	4,67
verständlich	4,7	4,67
vollständig	4,3	4,5
eindeutig	4,4	4,67

2.5 Beurteilung etwaiger tendenziöser Haltungen (Abschnitt E)

Unter einer tendenziösen Haltung im Kontext der gutachterlichen Bewertung der Berufsunfähigkeitsversicherung versteht man die einseitig verzerrte Darstellung von Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Funktions- und Leistungsfähigkeit.

Bei der Beurteilung tendenziöser Haltungen ist es wichtig, einerseits zwischen dem Grad der Bewusstheit hinsichtlich der dargestellten Beeinträchtigung durch die Symptomatik und andererseits dem tatsächlichen Vorhandensein der geschilderten Störung zu unterscheiden. Differenziert wird in der weiteren Beurteilung zwischen Simulation, Aggravation und Dissimulation sowie der Verdeutlichungstendenz. Die Begriffe werden im Folgenden näher beschrieben.

2.5.1 Simulation

Unter Simulation versteht man das bewusste, absichtliche Vortäuschen einer krankhaften körperlichen, psychischen oder psychosomatischen Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken, insbesondere um materielle und andere unmittelbare Vorteile zu erlangen. „Bewusst“ heißt hier soviel wie „bei erhaltener Steuerungsfähigkeit“. Wenn die Vortäuschung aus unbewusster Motivation geschieht, sollte der Begriff nicht verwendet werden. Differenzialdiagnostisch ist der Begriff der Simulation immer von der artifiziellen Störung, Konversionsstörungen sowie somatoformen Störungen abzugrenzen (s. 2.5.4.).

Die Ausgangswahrscheinlichkeit für das Vortäuschen nicht vorhandener Beschwerden ist selbst in einer sozialrechtlichen Begutachtungssituation, in der es offensichtlich um äußere Anreize für Beschwerdenverhalten geht, niedrig zu veranschlagen.

Statement 24

Unter Simulation versteht man das bewusste und absichtliche Vortäuschen einer psychischen oder physischen Störung zur Erreichung unmittelbarer Vorteile. Im Rahmen sozialrechtlicher Begutachtungen ist das Vorkommen von Simulation als gering zu veranschlagen.

2.5.2 Aggravation und Verdeutlichungstendenz

Unter Aggravation versteht man die bewusste, absichtlich verschlimmernde bzw. überhöhende Darstellung einer tatsächlich vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung von unmittelbaren (materiellen) Vorteilen. Nach Schätzungen wird sie im Rahmen sozialmedizinischer Begutachtungen in etwa 20 – 40 % der Fälle beobachtet und kann unterschiedliche Ausmaße annehmen: von einer geringen Zugabe bei deutlich vorhandenen Beschwerden bis hin zur simulationsnahen Überhöhung subjektiv gering wahrgenommener Beschwerden.

Aggravation als bewusst gesteuertes Verhalten wird konzeptionell von der sogenannten Verdeutlichungstendenz abgrenzt: Hierbei handelt es sich um ein nicht primär bewusst gesteuertes Verhalten aus der Motivation heraus, sein Gegenüber vom Vorhandensein der Symptomatik zu überzeugen. Diese Motivation ist nicht auf der Erlangung externaler Anreize begründet; vielmehr ist die Verdeutlichungstendenz nach ICD-10 mit ein wichtiges diagnostisches Kriterium bei der Beurteilung somatoformer Störungen und daher auch im Rahmen einer Begutachtung als „legitimes“ Verhalten anzusehen: „Bei diesen Störungen besteht häufig ein gewisses aufmerksamkeitssuchendes (histrionisches) Verhalten, besonders bei Patienten, die empfindlich darauf reagieren, dass es ihnen nicht gelungen ist, Ärzte von der grundsätzlich körperlichen Natur ihrer Erkrankung und von der Notwendigkeit weiterer Nachforschungen und Untersuchungen zu überzeugen“ (ICD-10 F45, Einführungstext).

Verdeutlichungsverhalten lässt sich im Unterschied zur Aggravation demnach gerade auch außerhalb des gutachterlichen Kontexts, auch gegenüber Angehörigen, beobachten; es ist personenabhängig und auch kulturell unterschiedlich stark ausgeprägt. Für eine solche Verdeutlichungstendenz soll der Begriff „Aggravation“ nicht verwendet werden.

Allerdings ist diese historisch gewachsene Unterscheidung von Verdeutlichungstendenz und Aggravation bislang lediglich konzeptioneller Art. Sie ist bislang nicht eindeutig operationalisiert, und es gibt keine empirischen Belege dafür, dass bewusstseinsnahe Aggravation und unwillkürliche Verdeutlichungstendenz in der Praxis ausreichend zuverlässig und valide unterschieden werden können.

Statement 25

Unter Aggravation versteht man die bewusste, absichtlich verschlimmernde/überhöhende Darstellung von tatsächlich vorhandenen Beschwerden aufgrund einer psychischen oder physischen Störung, um unmittelbare Vorteile zu erlangen. Von der sog. Verdeutlichungstendenz spricht man, wenn die Darstellung der tatsächlich vorhandenen Beschwerden nicht bewusst und absichtlich überhöht wird, um unmittelbare Vorteile zu erlangen. Die Art der Darstellung liegt bei der Verdeutlichungstendenz in der Motivation begründet, sein Gegenüber vom Vorhandensein der Symptomatik zu überzeugen und ist somit von einer aggravierenden Beschwerdedarstellung zu unterscheiden.

2.5.3 Dissimulation

Dissimulation ist eine verringernde, herunterspielende Darstellung von Beschwerden z.B. aufgrund einer Verdrängung oder Verleugnung gesundheitlicher Probleme. Sie muss abgegrenzt werden von einer organisch begründeten verminderten Wahrnehmungsfähigkeit von Körperbeschwerden (z.B. bei diabetischer Neuropathie).

Eine erhöhte Dissimulationstendenz muss in der Begutachtungssituation vor allem bei der Beurteilung des Schweregrads in Rechnung gestellt werden im Sinne eines möglicherweise höheren Schweregrads. Es kann sein, dass die Dissimulation von Beschwerden den bewussten Interessen des Probanden auf Anerkennung seiner Beschwerden und Beeinträchtigungen zuwider läuft. Allerdings ist bei der Interpretation möglicherweise dissimulierter Beschwerden zu berücksichtigen, in welchem Kontext welche Beschwerden dissimuliert werden. Manche Probanden neigen dazu, psychische Symptome dissimulierend darzustellen, um auf diese Weise auf die Bedeutung körperlicher Faktoren oder behandlungsresistenter körperlicher Schäden hinzuweisen. Diese Art der Beschwerdedarstellung kann im Einklang mit Entlastungsmotiven stehen. Andere Probanden stellen psychische Symptome dissimulierend dar, weil sie diese als selbstwertbedrohlich erleben. Dissimulation kann in diesem Kontext als ein Indikator für eine stärkere Beeinträchtigung psychischer Funktionen gedeutet werden.

Eine Dissimulation von Beschwerden darf im Übrigen nicht verwechselt werden mit dem Herunterspielen der Leistungsfähigkeit eines Probanden. Letztere ist, insoweit sie bewusst gesteuert erfolgt, im Kontext von Beschwerdeaggravation zu sehen.

Statement 26

Bei der Dissimulation werden tatsächlich vorhandene psychische oder physische Beschwerden in der Schilderung verringernd dargestellt. Dies kann aufgrund unterschiedlicher psychischer Vorgänge geschehen. Bewusst als verringert dargestellte Leistungsfähigkeit ist im Kontext von Beschwerdeaggravation zu verstehen.

2.5.4. Kriterien zur Beurteilung von Simulation/Aggravation und Dissimulation:

Simulation und Aggravation können zum Ausdruck kommen in Form von Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung, zwischen Beschwerdeschilderung und Befunden/Beobachtungen aus der eigenen Untersuchungssituation, zwischen Beschwerdeschilderungen und Vorbefunden, in den Vorbefunden selbst sowie zwischen der Stärke der Beschwerden und dem geschilderten Ausmaß an Beeinträchtigung. Zu Inkonsistenzen kann es auch im Rahmen der Anwendung von test- und aussagepsychologischen Methoden kommen (Merten, 2005).

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.

Entsprechend sollte sich die Beurteilung von Aggravation/Simulation und Dissimulation nicht nur auf den klinischen Eindruck stützen, sondern auf mehrere Informationsquellen und Erhebungsmethoden. Sinnvoll ist die Einbeziehung von klinischer Untersuchung, Fremdbbericht, Exploration, standardisierten und normierten Fragebögen, psychologischen Funktions- und Leistungstests, Beschwerdevalidierungstests bzw. Antwortkontrollskalen sowie Verhaltensbeobachtung unter Explorations- und Leistungstestbedingungen.

In den Leitlinien „Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction“ nach Slick, Sherman und Iverson (1999) werden vier Kriterien zur Identifikation bewusstseinsnaher Verfälschungstendenzen (Aggravation/ Simulation) genannt:

- a) der Nachweis eines externen Anreizes
- b) Hinweise auf Verfälschungstendenzen aus der neuropsychologischen Untersuchung
- c) Hinweise aufgrund der Beschreibung der Beschwerden durch den Probanden
- d) Die negativen Antwortverzerrungen (bzw. Inkonsistenzen) können nicht durch Pathologien oder Entwicklungsstörungen erklärt werden

Statement 27

Zur Beurteilung bewusstseinsnaher Verfälschungstendenzen sind folgende vier Kriterien zu evaluieren:

- a)** Der Nachweis eines externen Anreizes
- b)** Hinweise auf Verfälschungstendenzen aus der neuropsychologischen Untersuchung
- c)** Hinweise aufgrund der Beschreibung der Beschwerden durch den Probanden
- d)** Die negativen Antwortverzerrungen (bzw. Inkonsistenzen) können nicht durch Pathologien oder Entwicklungsstörungen erklärt werden

Im Weiteren werden die Punkte a) bis d) näher erläutert:

Zu a) Zu klären ist, ob und in welchem Ausmaß auf der reinen Sachebene ein externer Anreiz besteht, welcher die Simulation oder Aggravation von psychischen/ psychosomatischen Beschwerden provoziert, wie z.B. die Inanspruchnahme einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Die Höhe des Anreizes (z.B. die Höhe des Versicherungsabschlusses oder die Zahl der betroffenen

Versicherungsabschlüsse) kann das Risiko bewusstseinsnah verzerrter Beschwerdedarstellung beeinflussen.

Statement 28

Externe Anreize, wie z.B. finanzielle Vorteile durch eine Berufsunfähigkeitsrente, können die Simulation oder Aggravation von psychischen oder physischen Beschwerden provozieren.

Zu b) Im Bereich der test- und aussagepsychologischen Methoden können drei Zugänge, welche zur Differenzierung unwillkürlicher und willkürlicher Verzerrungen im Antwort- und Reaktionsverhalten dienen, unterschieden werden.

Als erstes sind psychologische Funktions- und Leistungstests zu nennen, welche bei Klagen über kognitive oder psychomotorische Funktionsstörungen zur Anwendung kommen sollten. Sogenannte Beschwerdevalidierungstests können für die Beurteilung motivationaler Einflüsse und die Glaubhaftmachung bestimmter Testergebnisse wichtige Zusatzinformationen liefern. Kognitive Leistungstestverfahren, in denen die Probanden unter Zeitbegrenzung bestimmte Konzentrations-, Denk- oder Gedächtnisleistungen erbringen sollen, schaffen in der Regel eine gute Gelegenheit, um das Leistungsverhalten der Probanden unter Testbedingungen direkt zu beobachten. Im Einzelfall können diese Beobachtungen ergänzende Hinweise auf motivationale Einflüsse bei der Testbearbeitung liefern.

Insbesondere Tests mit sehr niedrigen Aufgabenschwierigkeiten (hoher Lösungswahrscheinlichkeit) können geeignete Voraussetzungen dafür bieten, um motivationale Einflüsse im Test- oder Antwortverhalten zu identifizieren.

Neuropsychologische Beschwerdevalidierungstests sind entweder aufgrund sehr geringer Aufgabenschwierigkeiten oder bestimmter Prozeduren, die eine Überprüfung psychologischer Gesetzmäßigkeiten im Antwortmuster leisten, in der Lage, motivationale Einflüsse im Antwortmuster aufzudecken.

Beispiele für Beschwerdevalidierungstests zur Überprüfung motivationaler Einflüsse bei der Beschwerdedarstellung:

- Word Memory Test, WMT
- Word Completion Memory Test, WMCT
- Test of Memory Malingering, TOMM
- Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest, AKGT

Auffällige Testwerte in Beschwerdevalidierungstests sind als Hinweise auf bewusstseinsnah verzerrende oder verfälschende Tendenzen im mentalen Leistungsverhalten zu bewerten, sie allein

begründen aber keine generalisierende Aussage über die Aggravation oder Simulation von psychischen Beschwerden oder beschwerdebedingten Beeinträchtigungen.

Insgesamt existiert zu Fragen der Aggravation und Simulation psychischer und psychomotorischer Funktionsstörungen eine umfangreiche internationale Literatur, die aber im deutschsprachigen Raum bislang nur unzureichend rezipiert wird. Das Angebot neuropsychologischer Symptomvalidierungstests ist im deutschsprachigen Raum relativ begrenzt, es bestehen aber eine Reihe unterschiedlicher psychodiagnostischer Möglichkeiten, um formale und inhaltliche Antworttendenzen zu identifizieren.

Als zweites ist die Anwendung von psychologischen Fragebögen zu nennen, welche jedoch aufgrund ihrer Testgüteeigenschaften anfällig für bewusste Antwortverzerrungen sind. Insbesondere ist dies bei Symptom- und Beschwerdefragebögen der Fall. Hilfreich kann deren Anwendung z.B. aber bei der Erhebung eines einzelnen Merkmals sein, um Verzerrungen aufgrund externer Einflüsse zu minimieren. Psychologische Fragebögen sollten nur gezielt eingesetzt und sorgsam interpretiert werden, um fehlerhafte Schlussfolgerung aufgrund ihrer Nutzung zu vermeiden.

Als letztes ist die Aussagepsychologie zu nennen. Das Ziel hierbei ist, aus den Aussagen des Probanden unmittelbare Erkenntnisse zu deren Gültigkeit zu erlangen. Steller und Köhnken (1989) haben als Indikatoren für fragliche glaubhafte Darstellungen die logische Inkonsistenz der Angaben, eine sprunghafte Darstellung und einen mangelnden quantitativen Detailreichtum genannt. Die Verwertbarkeit dieser Kriterien für die sozial- und zivilrechtliche Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen ist jedoch nur bedingt gegeben, da die Merkmale für (straf-)tatbezogenes und nicht für krankheitsbezogenes Wissen entwickelt wurden.

Statement 29

Bei der Anwendung von test- und aussagepsychologischen Methoden zur Beurteilung von Aggravation/Simulation und Dissimulation sind drei Zugänge zu unterscheiden:

- Leistungs- und Beschwerdevalidierungstests dienen der normativen Einschätzung tatsächlicher Leistungsvoraussetzungen im neuropsychologischen Bereich
- Psychologische Fragebögen können bei der Erhebung einzelner Merkmale hilfreich sein, sollten jedoch aufgrund ihrer Anfälligkeit für Antwortverzerrungen nur sehr gezielt eingesetzt und sorgsam interpretiert werden
- Aussagepsychologische Indikatoren dienen der Einschätzung von (straf-)tatbezogenem und nicht krankheitsbezogenem Wissen

Zu c) Hinweise auf Simulation oder Aggravation i. S. widersprüchlicher bzw. inkonsistenter Aussagen können sowohl innerhalb einer diagnostischen Methode (z.B. innerhalb des Interviews oder im Vergleich verschiedener Fragebogenwerte), als auch zwischen unterschiedlichen methodischen Zugängen vorkommen.

Bei explorativem Zugang können in den folgenden Bereichen widersprüchliche Aussagen auftreten:

- Psychische und körperliche Beschwerden
- Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf
- Biographische Erfahrungen und Bedingungen (z.B. Zweifel aufgrund von Arbeitszeugnissen, dass Arbeitsplatzwechsel in der Vergangenheit ausschließlich gesundheitsbedingt war)
- Umsetzung der Behandlung (z.B. Zweifel, dass Behandlungen tatsächlich umgesetzt worden sind, da die Kontrolle des Serumspiegels inkonsistente Ergebnisse zu den Aussagen des Probanden liefert)
- Krankheitsbewältigung und Behandlungswirkungen (z.B. Zweifel, dass sich die Beschwerden trotz Behandlung kontinuierlich verschlechtert haben, da im Reha-Entlassungsbericht Fortschritte beschrieben wurden)
- Funktionsniveau (z.B. Ausmaß angegebener Beeinträchtigungen beim Arbeiten/Haushaltstätigkeiten im Vergleich zum Beeinträchtigungsgrad bei Freizeitaktivitäten oder Hobbys)
- Materielle Bedingungen und Unterstützungsbedingungen (z.B. wenn die positiven Folgen der angestrebten beruflichen oder finanziellen Entlastung als geringfügig dargestellt werden, die realen positiven Folgen aber aus Expertensicht erheblich wären)

Interpretationsrisiken bei der Beurteilung von Inkonsistenzen explorationsbasierter Informationen:

- Explorativ gewonnene Angaben zum gleichen Sachverhalt können kontextabhängig variieren (z.B. abhängig von der konkreten Formulierung der Frage, vom Fragestil, von der Reihenfolge der Fragen)
- Zufälle beeinflussen das Antwortverhalten.
- Erinnerungsbereitschaft und Erinnerungsfähigkeit des Probanden wirken sich unsystematisch auf das Antwortmuster und die Konsistenz der Angaben aus.
- Das individuelle Bezugssystem bei der Beschreibung und Bewertung des eigenen gesundheitlichen Zustandes kann zu verzerrter Selbstbeschreibung führen (z.B. der individuelle Vergleichsmaßstab für einen „erträglichen“ oder „unerträglichen“ Zustand).

Ein Teil dieser Fehler- und Interpretationsrisiken kann durch psychologische Messverfahren begrenzt werden. Die zuverlässige Absicherung inkonsistenter Angaben gegen Zufalls- und Kontexteinflüsse ist meist mit Hilfe normierter Fragebögen möglich, die über gute Testgüteeigenschaften (Reliabilität, Objektivität, Validität) verfügen. Verschiedene Fragebögen (z.B. zu Symptomen, Bewältigungsverhalten, Persönlichkeitsmerkmalen), die dasselbe Merkmal messen, sollten bei gültiger Interpretation auch zu übereinstimmenden Ergebnissen führen. Entsprechende Konsistenzprüfungen mit Hilfe von Fragebögen werden um so eher gerechtfertigt sein, je zentraler das gemessene Merkmal für die Beantwortung der gutachterlichen Fragestellung ist.

Darüber hinaus existieren Fragebögen zur Aufdeckung formaler und inhaltlicher Antworttendenzen. Formale Antworttendenzen verzerren das Antwortmuster innerhalb eines gegebenen Antwortformats ungeachtet der erfragten Inhalte (z.B. Zustimmungstendenz oder Tendenz zu unbestimmtem Antworten). Inhaltliche Antworttendenzen verzerren das Antwortmuster im Sinne einer bestimmten Darstellungsabsicht (z.B. Übertreibende Darstellung der Beschwerdeintensität, auffällige Anzahl unwahrscheinlicher Symptome, Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit.) Normierte Fragebögen können wahrscheinlichkeitsbasierte Erkenntnisse dazu liefern, wie extrem solche Tendenzen im Einzelfall sind und welche Auswirkungen dies auf die Interpretation einer individuellen Aussage hat. An Fragebögen zur Erfassung verzerrter oder verfälschender Antwortmuster kommen z.B. in Frage

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (Hathaway & McKinley, 2000)
- Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome, SFSS (Cima et al., 2003)

Auffällig erhöhte Werte in Bezug auf formale oder inhaltliche Antworttendenzen können in Verbindung mit anderen dazu konsistenten Testergebnissen oder Beobachtungen zu der Schlussfolgerung führen, dass die Angaben des Probanden nicht inhaltlich interpretiert werden dürfen. Im Einzelfall kann dies bedeuten, dass der Proband den geforderten Nachweis seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mit der geforderten Sicherheit erbringen konnte.

Eine orientierende heuristische Bedeutung für die Beurteilung von Verfälschungstendenzen in der Beschwerdedarstellung haben Kriterienlisten, die autorenabhängig teilweise sehr unterschiedliche Akzente setzen (vgl. Dohrenbusch, 2007). In aller Regel sind diese Kriterienlisten aber nicht empirisch auf ihre psychometrischen Eigenschaften und Vorhersagequalitäten hin geprüft. Anders als bei Beschwerdevalidierungstests existieren für diese Listen kaum gesicherte Informationen darüber, welchen spezifischen Beitrag sie zur Unterscheidung von Aggravation bzw. Simulation einerseits und authentischem Verhalten bzw. Verdeutlichungstendenz andererseits leisten. Aufgrund ihrer Anschaulichkeit und leichten Integrierbarkeit in das Gutachtensetting werden solche Listen aber immer wieder in der wissenschaftlich-praktischen Diskussion genannt.

Beispielsweise können in Anlehnung an Rauh et al., 2008 folgende Hinweise auf glaubhafte und eingeschränkt glaubhafte Angaben unterschieden werden:

Glaubhafte Aussage	Eingeschränkte Glaubhaftigkeit
<ul style="list-style-type: none"> - spontane Äußerung - Detailreichtum - zeitlich nachvollziehbare Symptomentwicklung - Beschreibung psychischer Vorgänge mit lebensnahen Beispielen - Differenziertes Antwortverhalten - Erkrankung führt zu Einschränkung in mehreren Lebensbereichen (nicht nur beruflich) 	<ul style="list-style-type: none"> - allgemeine, plakative Äußerungen - inkonsistente Angaben - wenige Details <i>oder</i> unrealistisch präzise Darstellung der Symptome (lehrbuchartig) - keine Interaktionsschilderungen - Einschränkungen sind auf den Beruf begrenzt - Je mehr Beschwerden erfragt werden, umso mehr Beschwerden/Schmerzen werden bejaht - auch widersprüchlich formulierte Aussagen werden bejaht - Symptomkombination ist unwahrscheinlich für die entsprechende Störung oder ist abweichend von gängigen psychopathologischen Mustern - Zahl und Umfang/Ausmaß der angegebenen Beeinträchtigungen im Vergleich zu Probandenpopulationen mit ähnlichen Störungen überdurchschnittlich ist ausgeprägt

Auch hier gilt, dass die Entscheidung über die Gültigkeit von Angaben zu Beschwerden und Beeinträchtigungen grundsätzlich auf der Grundlage möglichst mehrerer unterschiedlicher methodischer Zugänge erfolgen sollte.

Statement 30

Inkonsistenzen innerhalb der angewandten diagnostischen Methoden sowie zwischen den unterschiedlichen methodischen Zugängen sollten im Gutachten dargestellt und sorgsam abgewogen werden, da sie einen Hinweis auf Simulation, Aggravation oder Dissimulation darstellen können.

Zu d) Unterschieden werden muss, ob Simulation/Aggravation vorliegt oder ob sich die Inkonsistenzen durch eine psychische Störung erklären lassen. Die Unterscheidung liegt demnach zwischen einer klar erkennbaren und bewussten Motivation, welche das Antwort- oder Testverhalten beeinflusst, und einer der psychischen Störung inhärenten Tendenz zur Verdeutlichung oder zu negativen Antwortverzerrungen (somatoforme Störungen, artifizielle Störung u. a.) oder auch zur verminderten Leistungsfähigkeit (depressive Pseudodemenz, Dissoziation).

Die unter a) bis d) genannten Vorgehensweisen sollten nie für sich alleine als Grundlage der Beurteilung für die Einschätzung möglicher Aggravation oder Simulation verwandt werden, sondern immer in Kombination miteinander zur Entscheidungsfindung herangezogen werden. Die Beurteilung von Aggravation/ Simulation allein aufgrund der Aktenlage ist nicht möglich.

Keine eindeutigen Belege für Simulation oder Aggravation stellen die nachfolgend genannten Merkmale dar:

- Differenzen zwischen bewusst intentionaler und beiläufiger Motorik, z.B. durch Überlistungsmanöver der Gutachter
- Extreme Gefühle, welche durch den Probanden im Gutachter ausgelöst werden
- Körperliche Besonderheiten wie z.B. Schwielenbildung an den Händen oder kräftige Muskulatur bei Klagen über einen Verlust an körperlicher Kraft oder Ausdauer.

Statement 31

Bei Inkonsistenzen in der Beschwerdedarstellung muss schließlich sorgsam überprüft werden, ob es sich um Simulation, Aggravation, Dissimulation oder um Inkonsistenzen aufgrund einer Entwicklungsstörung oder einer psychischen Störung handelt. Das für diese Unterscheidung wichtige Kriterium stellt die bewusste Motivation zur Verfälschung der Beschwerdedarstellung bzw. die einer psychischen Störung inhärente Tendenz zur Verdeutlichung oder negativen Antwortverzerrung dar.

Abschließend ist anzumerken, dass auftretende Inkonsistenzen in der Schilderung von Beschwerden und Beeinträchtigungen bei genauerer Exploration erklärbar werden und sich somit auflösen können. Wichtig ist, bestehen bleibende Inkonsistenzen oder Zweifel im Gutachten explizit darzulegen und keine Sicherheit in der Beurteilung vorzugeben, wo sie nicht existiert.

Tabelle 5. Mittelwerte Merkmalsbereich E „Tendenziöse Haltungen“

Abschnitt E Tendenziöse Haltungen	1. Delfibefragung	2. Delfibefragung
Simulation		
angemessen operationalisiert	4,5	5
verständlich	4,6	4,83
vollständig	4,2	4,83
eindeutig	4,4	5
Aggravation		
angemessen operationalisiert	4,6	4,83
verständlich	4,7	5
vollständig	4,3	4,67
eindeutig	4,5	4,83
Dissimulation der Beschwerden		
angemessen operationalisiert	4,3	4,83
verständlich	4,4	4,67
vollständig	4,2	4,67
eindeutig	4	4,67
Dissimulation der Leistungsfähigkeit		
angemessen operationalisiert	3,7	4
verständlich	4,3	4
vollständig	3,7	3,83
eindeutig	4	4

2.6 Partizipation und berufliche Leistungsbeurteilung (Abschnitt F)

2.6.1 Partizipation

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 an 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. D.h. z.B. das die Unterrichtung von Schülern u.a. durch die Aktivitätskategorien *Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit, Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit* etc. determiniert wird. 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 (siehe 2.7)

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

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

Die formalisierte Darstellung dieses Vorgehens zeigt die folgende Tabelle:

Aktivitäten	Teil-Tätigkeiten ¹	Arbeitsplatzanforderungen					Leistungsfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz					Dauerhaft zu erwartende Leistungsfähigkeit ²				
		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) - mental (Produktivität, Kreativität)		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		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. Durchhaltefähigkeit - körperlich - mental		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

¹ entsprechend des im Versicherungsvertrag zumeist angeführten Profils beruflicher Teiltätigkeiten

² Zeitfenster: in den nächsten 6 Monate bezogen auf die BUZ-Bedingungen

10. Gruppenfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Selbstversorgung		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Mobilität/Wegefähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Berufsfähigkeit und Berufsunfähigkeit

Definition

Die Bewertung der Berufsfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit hängt von den konkreten rechtlichen Rahmenbedingungen ab. Im Rahmen der privaten BU-Renten ist eine Person dann berufsfähig, wenn sie zu 50 Prozent und mehr ihrer üblichen berufsbezogenen Tätigkeiten verrichten kann. Eine Person ist berufsunfähig, wenn ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung dauerhaft auf mehr als 50 Prozent der von körperlich, geistig und seelisch Gesunden mit ähnlicher Ausbildung oder Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist.

Entsprechend der Definition der Berufsunfähigkeit, so wie sie im Versicherungsvertragsgesetz formuliert wird, ist eine Person berufsunfähig, die ihren 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 (§172, VVG)

Bei der Bewertung der Berufsfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit sollte Bezug genommen werden auf die unterschiedlichen Merkmale der Aktivitäten und wie diese sich auf die Umsetzung der beruflichen Aufgaben auswirken (siehe Arbeitsplatzprofil im konkreten Versicherungsvertrag). Dabei sollten insbesondere die Aufgabenstellungen und Aktivitäten fokussiert werden, die konkret den beruflichen Anforderungen entsprechen. Die Beurteilung stellt einen integrativen Prozess dar, bei dem die Leistungsfähigkeit des Zubegutachtenden in Bezug auf die unterschiedlichen beruflichen Anforderungen zu einer abschließenden Gesamtbewertung zusammengeführt werden muss.

Tabelle 6. Mittelwerte Merkmalsbereich F „Partizipation“

Abschnitt F	1. Delfibefragung	2. Delfibefragung
Partizipation		
angemessen operationalisiert	4,3	4
verständlich	4,2	4,17
vollständig	4,3	4
eindeutig	4,3	4
Berufliche Leistungsfähigkeit		
angemessen operationalisiert	3,9	4,33
verständlich	4,3	4,33
vollständig	3,8	4,33
eindeutig	4	4,33

Eine Darstellung der Verteilung jeweiligen Raterbeurteilungen für die Kategorien „Partizipation“ und „Berufliche Leistungsfähigkeit“ zeigen die Abbildungen 6 und 7. Insbesondere die Definition des Items „Berufsfähigkeit/Berufsunfähigkeit“ wurde nach einer ersten Beurteilung durch die Experten innerhalb der Arbeitsgruppe diskutiert und modifiziert. Die Definition orientiert sich an der globalen Definition wie sie im Versicherungsvertragsgesetz (§172, VVG) formuliert ist.

2.7 Prognose aus der Sicht des Gutachters (Abschnitt G)

Bei der Prognose der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung (BUZ) 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 gesammelten Daten bzw. Informationen des zu Begutachtenden. Eine Übersicht der für die Prognose der Leistungsfähigkeit relevanten Faktoren findet sich bei (Schneider, 2007). Hier werden acht Kriterien aufgeführt:

-
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 2.3.4)
 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 und
- b) wie könnte der Transfer dieser Aktivitäten/Kompetenzen in den Arbeitsprozess durch psychosoziale Variablen positiv oder negativ beeinflusst werden sowie
- c) das Ausmaß und die Richtung der sozialen Unterstützung (z.B. das familiäre Umfeld kann die Chronifizierungsprozesse oder auch 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.

Allgemeine Bewertung des Leitfadens

Abschließend erfolgt eine Zusammenschau der Beurteilungen der Hauptkategorien A –E durch die Experten der ersten und zweiten Delfi-Runde (Abbildung 8). Es zeigt sich insgesamt eine Verbesserung der Beurteilungen von der ersten zur zweiten Delfi-Runde von 4%. Die Anregungen der ersten Expertenbefragung betrafen vor allem eine Modifikation des Abschnitts E „Tendenziöse Haltungen“. Diese Kategorie wurde innerhalb der Arbeitsgruppe in Bezug auf Vollständigkeit und Eindeutigkeit um die Kriterien zur Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Aussagen sowie um verschiedene Zugänge zur Exploration widersprüchlicher Aussagen ergänzt. Hinweise auf Aggravationstendenzen, die sich aus körperlichen oder labor-chemischen Untersuchungsbefunden ergeben werden im Rahmen unseres Manuals nicht explizit ausgeführt.

Abbildung 8: Bewertung des Leitfadens der ersten und zweiten Delfi-Runde über die Kategorien A-E.

- A Psychiatrische und Psychosomatische Vorbefunde
- B Psychische Funktionen
- C Krankheitsverarbeitung
- D Aktivitäten
- E Tendenziöse Haltungen

Anhang

Im Folgenden werden die Ergebnisse der empirischen Überprüfung des Leitfadens zusammenfassend dargestellt. Die Ergebnisse resultieren aus den Untersuchungen der durch die Dr. Karl – Wilder – Stiftung geförderten multizentrischen und interdisziplinären Arbeitsgruppe, in deren Rahmen der *Leitfaden zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit* entwickelt worden ist. In verschiedenen Teilstudien wurden Aspekte der Reliabilität, Validität aber auch der Anwendbarkeit unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten wie der Transparenz untersucht, die gerade im Kontext der Begutachtung von herausragender Bedeutung sind. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Teilstudien werden im Folgenden dargestellt.

Untersuchung zu Aspekten der Reliabilität und inhaltlichen Validität

Reliabilitätsstudie, Echtbegutachtung, Schauspielerstudie

Zur empirischen Überprüfung unseres Leitfadens wurden in einem ersten Studiendesign drei nach dem Leitfaden erstellte Gutachten von acht Ratern geratet (Rostock/Stralsund), die eine allgemeine Einführung in das Rating erhielten. Die Raterkohorte bestand aus Ärzten und Psychologen, die im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit bereits Erfahrungen in der Begutachtung von Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen hatten. Die Gutachten wurden ohne Schlussbeurteilung von zwei Zentrenleitern bereitgestellt. Im November 2009 erfolgte die Raterschulung. In dieser ersten Untersuchung wurde überprüft, inwieweit unterschiedliche Beurteiler eines nach dem Leitfaden erstellten Gutachtens über die verschiedenen Hauptkategorien zu ähnlichen Ergebnissen gelangen.

In einem zweiten Untersuchungsdesign wurden reale durch die Versicherer in Auftrag gegebene Begutachtungsfälle durch die gutachtenerfahrenen Studienleiter der Arbeitsgruppe anhand des Leitfadens erstellt und bewertet. Das abgefasste Gutachten wurde erneut ohne Schlussbeurteilung in einem weiteren Bewertungsprozess zwei weiteren Studienleitern zu ihrer Einschätzung vorgelegt und das Ausmaß an Übereinstimmung zwischen Hauptgutachter und zwei Fremdgutachtern überprüft.

In einem dritten Ansatz zur Überprüfung der Reliabilität und inhaltlichen Validität des Leitfadens sollte die interaktionelle Dimension in der Begutachtungssituation mit in die Bewertung einfließen und ihr Einfluss auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden. Hierzu wurde mittels trainierter Schauspieler eine reale Begutachtungssituation simuliert und videodokumentiert. Die Schauspieler reisten in der Folge zu jeweils drei Zentrenleitern, um dort die Begutachtungssituation umzusetzen.

Die Ergebnisse dieser drei Untersuchungsansätze werden exemplarisch für die für die Begutachtung zentralen Hauptaspekte (Psychische Funktionen, Aktivitäten) des Leitfadens in Tabelle 7 dargestellt. Als Maß für die Beurteilerübereinstimmung wurden zunächst Rangkorrelationen nach Spearman für die Raterpaare berechnet. Die durchschnittliche Beurteilerübereinstimmung aller Rater pro Fall und diagnostischer Kategorie wurde durch Transformation der Rangkorrelationen (r) in den Fisher's Z-Werte berechnet und dann das mittlere Beurteilungsniveau bestimmt. Das Ausmaß an mittlerer Beurteilerübereinstimmung zur Frage der Leichtigkeit der Beurteilung, zur Sicherheit und Passgenauigkeit der zu beurteilenden Kriterien rangiert in den drei Studienarmen insgesamt von $r = .361$ (Minimum) bis $r = .916$ (Maximum) für die Beurteilungsdimension „Psychische Funktionen“ sowie $r = .275$ (Minimum) bis $r = .913$ (Maximum) für die Beurteilungsdimension „Aktivitäten“.

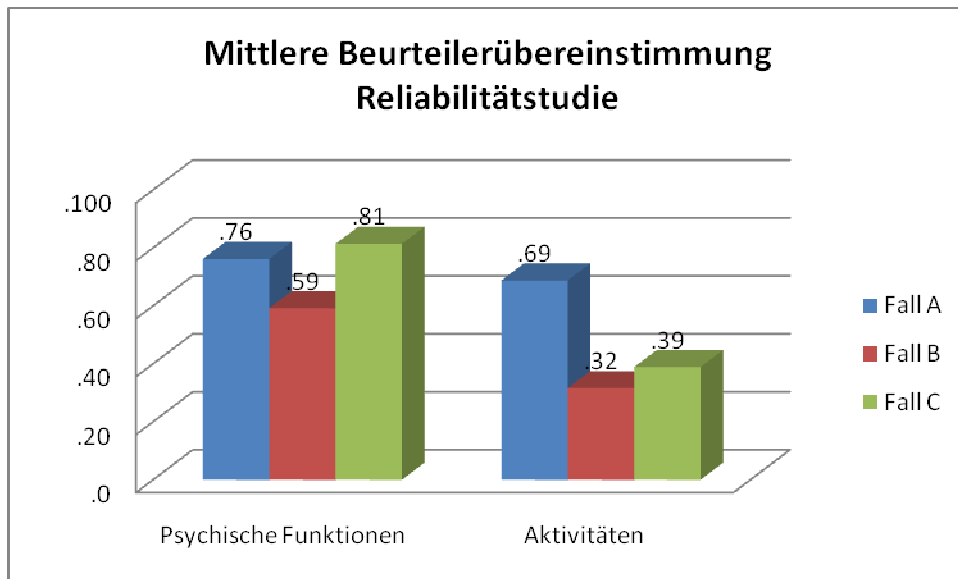
Tabelle 7. Übersicht über die Ergebnisse der drei Korrelationsstudien

	Studie	
	Mittlere Beurteilerübereinstimmung* Reliabilitätsstudie	
	Psychische Funktionen	Aktivitäten
Fall A	$r = .762$	$r = .688$
Fall B	$r = .592$	$r = .316$
Fall C	$r = .814$	$r = .389$
	Mittlere Beurteilerübereinstimmung* Teilstudie Echtgutachten	
5 manualbasierte Echtgutachten beurteilt durch 2 bis 3 Rater	Psychische Funktionen	Aktivitäten
Fall H	$r = .897$	$r = .913$
Fall L	$r = .916$	$r = .543$
Fall M	$r = .629$	$r = .719$
Fall W	$r = .716$	$r = .275$
Fall Z	$r = .361$	$r = .366$
	Mittlere Beurteilerübereinstimmung* Schauspielerstudie	
2 trainierte Schau- spieler beurteilt durch insgesamt 3 weitere Rater	Psychische Funktionen	Aktivitäten
Fall H	$r = .848$	$r = .779$
Fall K	$r = .793$	$r = .678$

* basierend auf den Rangkorrelationen nach Spearman (Roh)

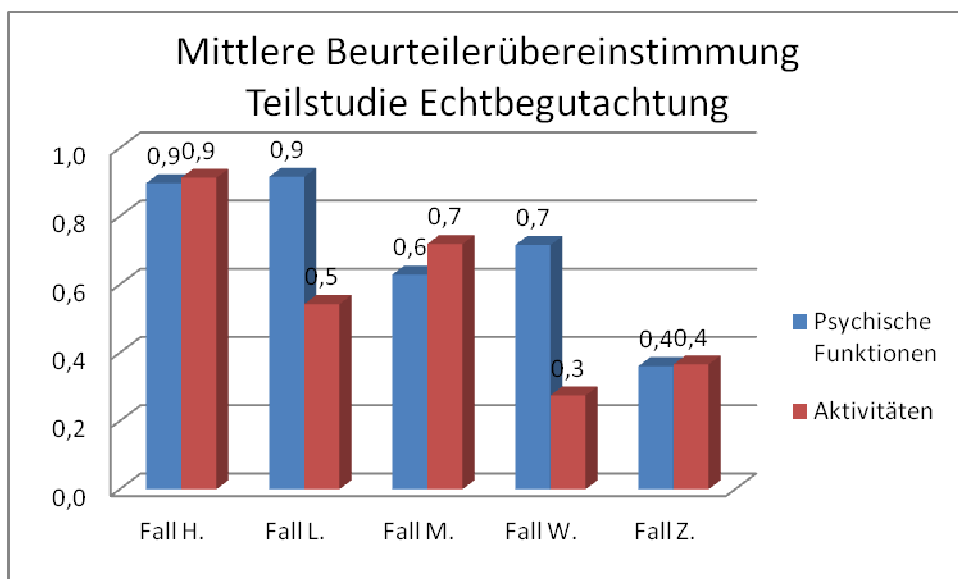
Wie in Abbildungen 2 dargestellt, fanden sich bereits nach einer allgemeinen Einführung in den Leitfaden mittelgradige Übereinstimmungen.

Abbildung 2



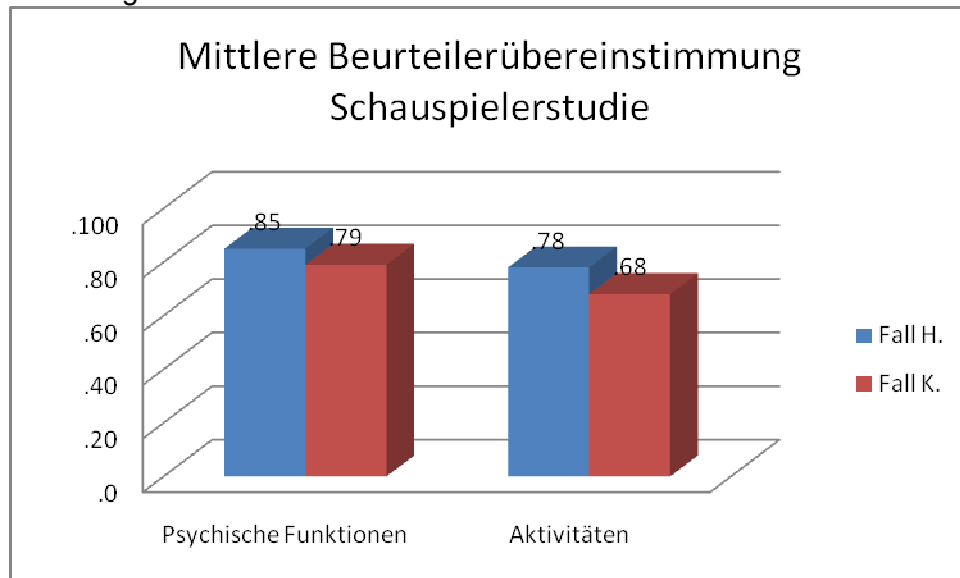
Die mittleren Übereinstimmungswerte in der Teilstudie Echtbegutachtungen (Abbildung 3) zeigen eine Varianz von mittlegroßen und hohen Übereinstimmungen.

Abbildung 3



Die Beurteilung basiert wie auch in der Reliabilitätsstudie auf schriftlich abgefassten Begutachtungen, in denen die interaktionelle Dimension nicht abgebildet werden kann. Die Variabilität in den Übereinstimmungen stellt einen Hinweis dafür dar, dass höhere Übereinstimmungswerte nach einem entsprechenden Training zu erreichen sind. Annähernd gleich hohe Übereinstimmungen fanden sich dagegen in der Schauspielerstudie (Abbildung 4), die in der Beurteilung die interaktionelle Dimension im Begutachtungssetting berücksichtigte.

Abbildung 4



Delfibefragungen

Zur Überprüfung der Konstruktvalidierung und der inhaltlichen Validität des diagnostischen Modells wurden im Abstand von 13 Monaten (Oktober 2009 und November 2010) insgesamt zwei Expertenbefragungen durchgeführt und ausgewertet. Zu beiden Erhebungszeitpunkten wurde der entsprechende Entwurf des Leitfadens einer Reihe von sowohl klinisch als auch wissenschaftlich ausgewiesenen Gutachtern aus unterschiedlichen Fachgruppen (Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie, Neurologie und Klinische Psychologie) vorgelegt. Da das Begutachtungsmodell sowohl von psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch orientierten Gutachtern angewendet werden können soll, haben wir bei den Expertenbefragungen darauf geachtet, dass diese beiden psychotherapeutischen Hauptströmungen etwa gleich stark vertreten waren. Die zehn ausgewiesene Experten unterschiedlicher Fachrichtungen wurden gebeten, die diagnostischen Merkmalsbereiche der Abschnitte A – E in Bezug auf ihre angemessene Operationalisierung, Verständlichkeit, Vollständigkeit und Eindeutigkeit auf einer fünfstufigen Skala von 1= „überhaupt nicht“ bis 5 = „sehr“ zu beurteilen. An der zweiten Expertenbeurteilung nahmen von den 10 Teilnehmern der ersten Erhebung 6 Experten erneut an der Befragung teil.

Abbildung 5 zeigt zusammenfassend die durchschnittliche Bewertung der Hauptkategorien durch die Experten der ersten (N=10) und zweiten (N=6) Delfibefragung in Bezug auf die angemessene Operationalisierung, Verständlichkeit, Vollständigkeit sowie Eindeutigkeit der Items der Leitfadensabschnitte A – E. Nach zweifacher Beurteilung durch die Experten bilden die Unterkategorien die Hauptmerkmale in zufriedenstellender Weise ab.

Abbildung 5

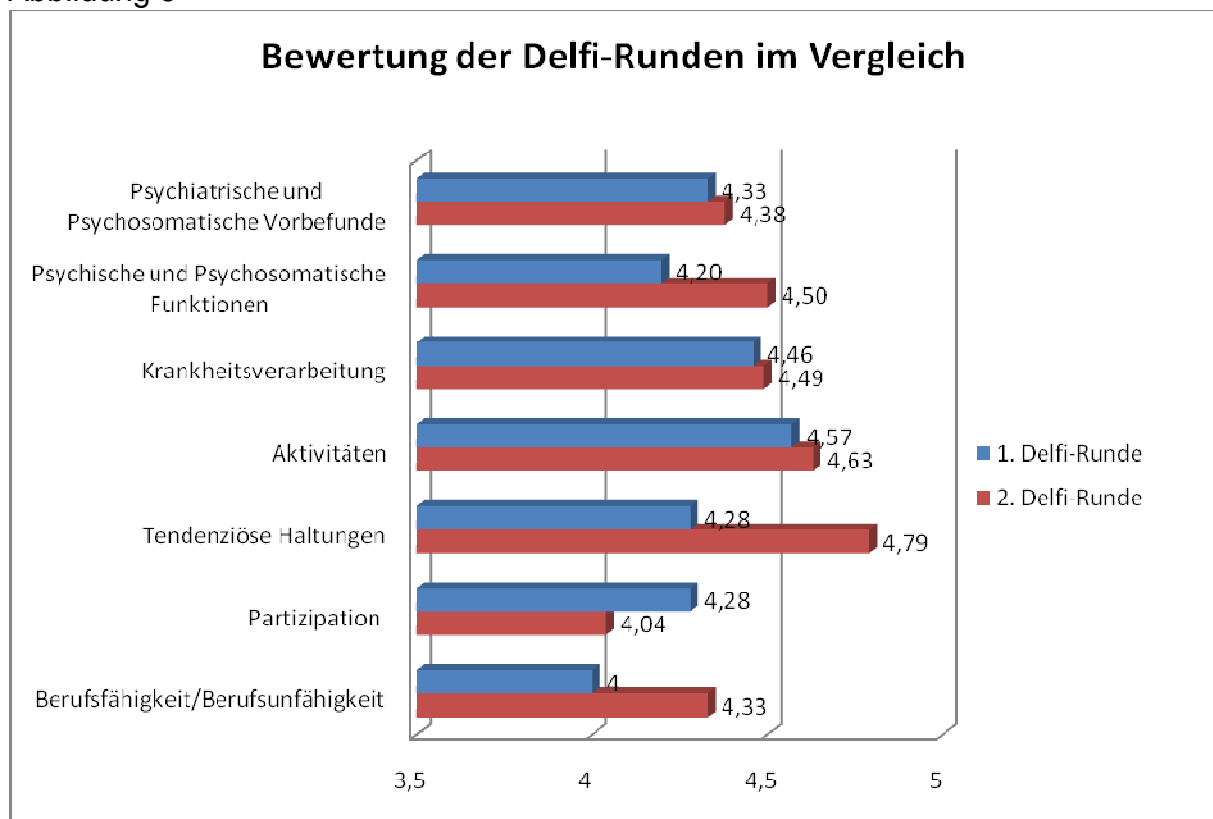
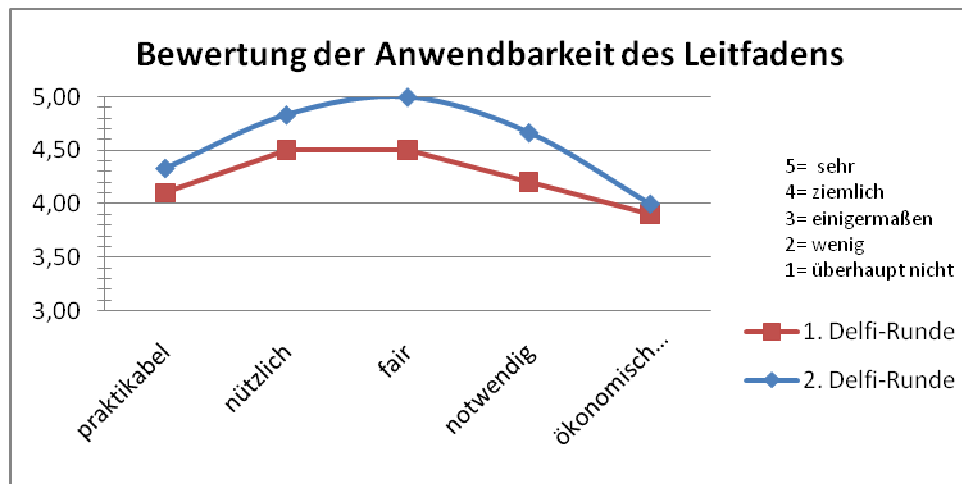


Abbildung 6 zeigt die allgemeine Bewertung des Leitfadens durch die Experten der ersten und zweiten Delfi-Runde zu verschiedenen Aspekten der Anwendbarkeit des Leitfadens (Praktikabilität, Nützlichkeit, Fairness, Notwendigkeit und ökonomische Umsetzbarkeit). Nach entsprechender Modifikation des Leitfadens nach der ersten Expertenbefragung, ist eine Verbesserung bezüglich der Anwendbarkeit des Leitfadens nachweislich.

Abbildung 6



Zur Autorisierung der Leitlinie durch die Fachgesellschaften wurden schließlich die für die Lesbarkeit und ökonomischen Anwendbarkeit formulierten Statements in Bezug auf ihre Passgenauigkeit durch eine Gruppe von Begutachtungsexperten bewertet.

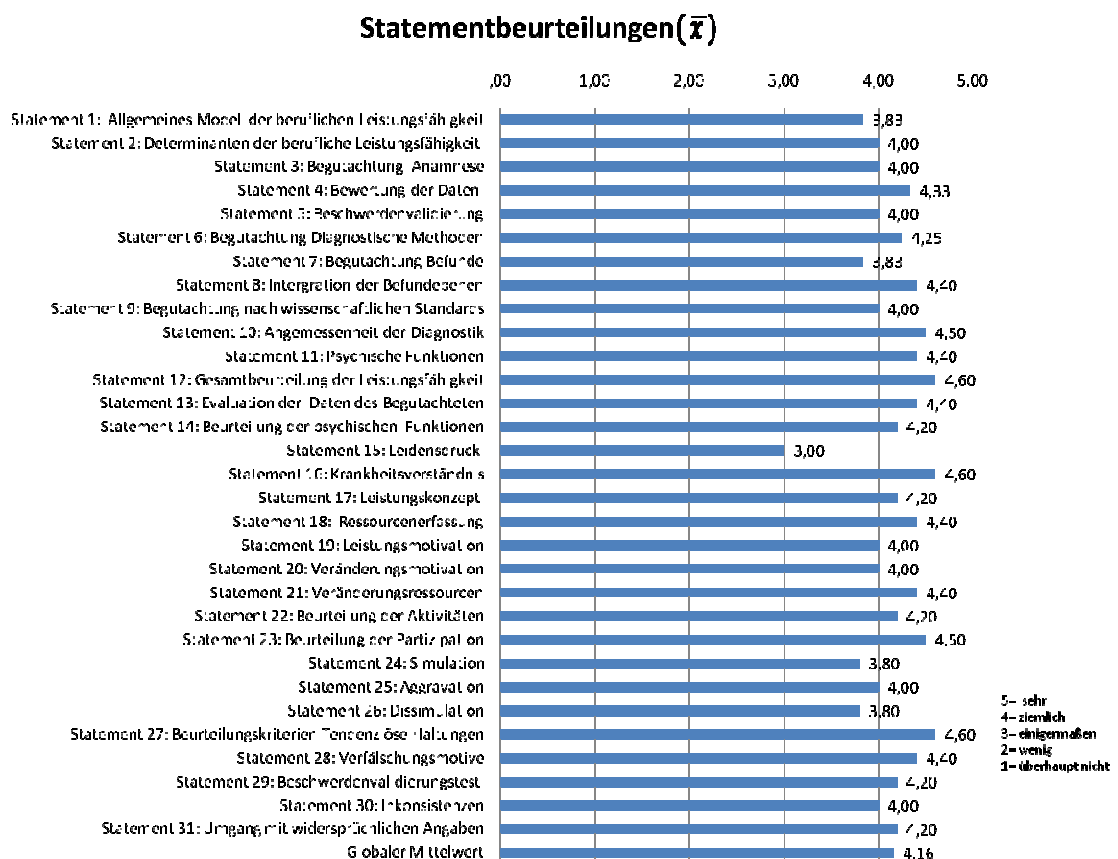


Abbildung 7: Durchschnittliche Bewertung der Passgenauigkeit der Statements für die Begutachtungsleitlinie (N=6)

Diskussion

Das von uns entwickelte Begutachtungsmodell stellt einen wichtigen Ansatz zur Verbesserung und Vereinheitlichung der gutachterlichen Methodik und Praxis dar. Der manualisierte und operationalisierte Gutachtenleitfaden wird zu einer Erhöhung der Objektivität, Reliabilität und Validität des gutachterlichen Prozesses wie der Entscheidungsfindung führen und diese insgesamt praktikabler und transparenter werden lassen. Es ist zu hoffen, dass dadurch die oftmals „kritischen“ Prozesse der Leistungsbegutachtung nachvollziehbarer und „gerechter“ vollzogen werden. Für die Versicherten geht es neben den finanziellen – oftmals existenziellen - Aspekten – häufig um psychologisch relevante Fragen im Gutachtenprozess, bei denen Gesichtspunkte der Gerechtigkeit und der Anerkennung von Erkrankungen und Krankheitsfolgen auf der Ebene der Leistungsfähigkeit, von Bedeutung sind. Aber auch für die Versicherer (Rentenversicherer und Privatversicherer) geht es neben den materiellen Gesichtspunkten um die Frage der Angemessenheit von Leistungsansprüchen und daraus resultierenden Forderungen seitens der Versicherten, die ebenfalls ihre psychologischen Auswirkungen auf die mit den Regelungen des Versicherungsfalles beauftragten Bearbeiter zeigen (z.B. Ärger über scheinbar ungerechtfertigte Leistungsansprüche seitens eines Versicherten). Auch wenn gesetzliche und versicherungsrechtliche Regelungen den Entscheidungsprozess rational steuern sollen, bleibt doch eine erhebliche „Unschärfe“ bei der Beurteilung der Berechtigung von Ansprüchen. Wir denken, dass unser Modell die Brisanz des Begutachtungsverfahrens und der versicherungsrechtlichen Entscheidungsfindung über die Akzeptanz auf Seiten der Auftraggeber, der zu Begutachtenden und auch ggf. bei Gerichten abmildern können wird. Die angemessene Begutachtung mit unserem Leitfaden setzt jedoch – wie Studien zur Reliabilität gezeigt haben – ein intensives Training der Gutachter voraus. Hier bleibt abzuwarten, inwieweit diese motiviert und bereit sind, mit unserem Gutachtenansatz zu arbeiten und die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben. Wenn Versicherer und Gerichte entsprechende Standards an die Gutachten anlegen und deren Umsetzung bei der Beauftragung von Gutachtern berücksichtigen würden, könnte dieses Vorgehen Gutachter zukünftig motivieren, sich entsprechend zu qualifizieren.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg.) (2006). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation Psychiatrischer Befunde*. Göttingen: Hogrefe.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Verlag Hans Huber.

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.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2008). Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern.

Dohrenbusch, R. (2007). Aggravations- und Simulationsdiagnostik in der klinischpsychologischen Begutachtung: Konzepte und Methoden. In R. Dohrenbusch, *Begutachtungssomatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen* (S. 217-261) Stuttgart: Kohlhammer.

Dohrenbusch, R., Merten, T. (2010). Psychologische Mess- und Testverfahren. Aussagekraft in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Psychotherapeut* 55: 389-393

DRV-Schriften. (2006). Bd. 68: Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
Gesetz über den Versicherungsvertrag(Versicherungsvertragsgesetz - VVG)http://bundesrecht.juris.de/vvg_2008/index.html

Hathaway, S. R. & McKinley, J.C. (2000). Dt. Bearbeitung von R. Engel. MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2. Göttingen: Hogrefe Testzentrale.

Kool, J., Meichtry, A., Schaffert, R., Rüesch, P. (2008). Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in IV-Abklärung. Forschungsbericht Nr. 4/08, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Linden, M., Baron, S., & Muschalla, B. (2009). Das Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Bern: Hogrefe & Huber.

Merten, T. (2005). Der Stellenwert der Symptomvalidierung in der neuropsychologischen Begutachtung: Eine Positionsbestimmung. Zeitschrift für Neuropsychologie, 16(1), 29-45.

Merten, T. (2008). Konzept der negativen Antwortverzerrung. In Kool, J., Meichtry, A., Schaffert, R., Rüesch, P. (2008). Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in IV-Abklärung. Forschungsbericht Nr. 4/08, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern; 11-16

Merten, T., Dohrenbusch, R. (2010). Testpsychologische Ansätze der Beschwerdenuvalidierung. Psychotherapeut 55:394-400

Rauh, E., Svitak, M., Grundmann, H. (2008) Handbuch Psychosomatische Begutachtung. Einpraktisches Manual für Ärzte und Versicherer. Urban & Fischer Verlag

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.

Rüesch, P. (2008). Der Einsatz von Beschwerdenuvalidierungstests in IV-Abklärung. Bundesamt Sozialversicherungen Forschungsbericht Nr. 4/08:11-16.

Sandweg, R. (1988). Psychoanalytische Diagnostik im Sozialrecht. Praxis Psychotherapie Psychosomatik(33), 200-207.

Schneider, W. (2007). Standards der sozialmedizinischen Leistungsbegutachtung in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Psychotherapeut, 52, 447-462.

Schneider, W., Henningsen, P., & Rüger, U. (2001). Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Bern: Hans Huber.

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.

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.

Steller M., Köhnken, G. (1989). Criteria-based statement analysis. In D.C. Raskin (ed.): *Psychological methods for investigation and evidence*.

WHO. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10.Hrsg. der deutschen Ausgabe von H. Dilling. W. Mombour & M.H. Schmidt. (5.Aufl.)
Bern: Huber.

Koordination und Leitung der Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen:

Prof. Dr. Dr. W. Schneider, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin,
Medizinische Fakultät der Universität Rostock

Mitglieder der Leitliniengruppe zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen:

PD Dr. R. Dohrenbusch; Abteilung für Methodenlehre, Diagnostik und Intervention, Institut für
Psychologie, Universität Bonn

Dr. M. Fabra, Medizinisches Gutachteninstitut Hamburg

Prof. Dr. H.J. Freyberger; Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Universität Greifswald am Standort Stralsund

Prof. Dr. H. Gündel; Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie;
Universität Ulm

Prof. Dr. P. Henningsen; Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie,
Technische Universität München

Dr. H. Irle, Bund Deutsche Rentenversicherung

Prof. Dr. V. Köllner; Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Mediclin Bliestal Kliniken, Bliestal
und Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

Dr. U. Schairer, Spital Interlaken

Prof. Dr. Dr. B. Widder, BKH Bezirkskrankenhaus Gensburg

Teilnehmer der Expertenbefragungen

Dr. Matthias Fabra, Medizinisches Gutachteninstitut Hamburg

Prof. Dr. Klaus Förster, Psychiatrische Universitätsklinik, Sektion forensische Psychiatrie, Tübingen

Dr. med. Wolfgang Hausotter, Sonthofen, FA für Neurologie u. Psychiatrie

Dr. Hanno Irle, Dt. Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Berlin

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden, Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen
Rentenversicherung, Teltow/Berlin

Dr. med. Ulrike Müller, Psychosomatische Klinik Bad Pyrmont

Dr. Martin Obladen , Privatpraxis Bonn, FA für Psychiatrie, Psychotherapie

Dr. U. Schairer, MEDAS Interlaken GmbH, Unterseen

Prof. Dr. med. Heinrich Peter Rüddel, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach

Prof. Dr. Dr. Bernhard Widder, BKH Bezirkskrankenhaus Guenzburg

Teil II : Kausalitätsbegutachtung psychischer Schädigungsfolgen

Bernhard Widder, Günzburg (federführend)

Matthias Fabra, Hamburg

Klaus Foerster, Tübingen

Harald Freyberger, Greifswald

Peter Henningsen, München

Wolfgang Schneider, Rostock

Die vorliegende Leitlinie bezieht sich auf die (Kausalitäts-)Begutachtung von Unfallfolgen im Bereich der Unfall- und Haftpflichtversicherung, der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge sowie von Schädigungsfolgen nach dem sozialen Entschädigungsrecht. Die gutachtliche Würdigung psychoreaktiver Störungen verlangt hier vom Sachverständigen primär eingehende Kenntnisse der psychopathologischen Grundlagen und Zusammenhänge in der Psychopathologie. Da mit der Begutachtungssituation der Binnenbereich der medizinischen Wissenschaft verlassen wird, muss zusätzlich in angemessenem Umfang die Kenntnis des maßgeblichen rechtlichen Kontexts und seiner Terminologie hinzutreten. Erst hierdurch sind eine korrekte Beweiserhebung und eine zuverlässige und nachvollziehbare Beweiswürdigung möglich.

Nachfolgend werden daher zunächst die wichtigsten rechtlichen Zusammenhänge erläutert. Vielfältige Spezifika der einzelnen Rechtsbereiche bleiben dabei notwendigerweise unberücksichtigt. Ergänzend wird auf die entsprechende Literatur verwiesen [Berchtold 2008, Fritze u. Mehrhoff 2007, Schönberger et al. 2010, Widder u. Gaidzik 2011].

1. Rechtliche Grundlagen³

Die Frage der „Kausalität“ ist Element des Tatbestandes von Rechtsnormen. Sowohl die einzelnen Tatbestandselemente, um deren „kausale“ Verknüpfung es geht, als auch diese Verknüpfung selbst sind daher **rechtlicher Natur**. Die abschließende Würdigung der entsprechenden Lebenssachverhalte im jeweiligen juristischen Kontext und seiner Begrifflichkeit ist im Streitfall stets Aufgabe der Gerichte. Im Bereich des Öffentlichen Rechts (z.B. der gesetzlichen Unfallversicherung und der Beamtenversorgung) geht der gerichtlichen Auseinandersetzung ein förmliches Verwaltungsverfahren voraus, das ähnlich dem gerichtlichen Verfahren ausgestaltet ist und mit einer durch Klage anfechtbaren Entscheidung endet. Soweit im Bereich des Privatrechts – etwa durch Träger der privaten Unfallversicherung – Gutachten in Auftrag gegeben werden, geschieht dies noch außerhalb eines förmlichen Verfahrens. Das ändert aber nichts daran, dass auch die hier erstellten Gutachten Grundlage rechtlicher Entscheidungen sind

³ Die Bearbeitung des Kapitels „Rechtliche Grundlagen“ erfolgte durch Dr. Josef Berchtold, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht Kassel, und Prof. Dr. Peter W. Gaidzik, Leiter des Instituts für Medizinrecht der Universität Witten/Herdecke.

und als „Parteigutachten“ in einem späteren Gerichtsverfahren zumindest in die Beweiswürdigung einfließen müssen.

Ist ein rechtlich erheblicher Umstand (z. B. das Vorliegen einer behaupteten Gesundheitsstörung) nach Auffassung des hierzu in einem Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren berufenen Entscheiders offen, muss hierüber Beweis erhoben werden. Geht es um die Erhebung und Beurteilung von Sachverhalten aus dem Gebiet der Medizin, ist der ärztliche Sachverständige das geeignete **Beweismittel**⁴, nicht aber Beweis i.S. der schlussendlichen Überzeugung des Entscheiders (probatio fit iudici). Der Sachverständige vermittelt dem rechtlichen Entscheider Fachwissen zur Beurteilung von Tatsachen, tritt aber nicht etwa abschließend an dessen Stelle. Der medizinische Sachverständige bringt im Rahmen der Beweiserhebung seine fachspezifische Beurteilungskompetenz ein und unterstützt insofern die rechtliche Entscheidungsfindung [Berchtold 2008].

Es bleibt unter diesen Umständen alleinige **Aufgabe der Verwaltung, der Versicherers bzw. des Gerichts**, den Sachverständigen auszuwählen⁵, ihn anzuleiten und sein Gutachten abschließend zu würdigen. Dem Sachverständigen müssen insbesondere konkrete Fragen gestellt, einschlägige Rechtsbegriffe erläutert und der nichtmedizinische Anknüpfungssachverhalt (z.B. der Unfallhergang) vorgegeben werden. Der Sachverständige seinerseits hat „unverzüglich“ (d.h. binnen einer zum Aktenstudium angemessenen und erforderlichen Frist) zu prüfen, ob der Auftrag überhaupt in sein Fachgebiet fällt und bei Zweifeln an „**Inhalt und Umfang des Auftrages**“ eine Klärung durch das Gericht herbeizuführen⁶. Weder darf er rechtliche Entscheidungskompetenz selbst an sich ziehen noch sollte er die Aufdrängung nicht in sein Fachgebiet fallender Aufgaben einfach stillschweigend hinnehmen. Die Praxis leidet erkennbar daran, dass viele Juristen ihre „Hausaufgaben“ nicht machen und versuchen Entscheidungslast auf den Sachverständigen abzuschieben. An der (verfassungs-)rechtlich zwingend vorgegebenen Kompetenzverteilung ändert dies nichts. Im Einzelfall bleibt nur die an den Auftraggeber gerichtete Bitte um Klärung.

Steht ein rechtlich erheblicher Umstand nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme für den rechtlichen Entscheider nicht mit dem erforderlichen Grad an Gewissheit fest, steht dies einer abschließenden Entscheidung nicht entgegen. Die fehlende Erkennbarkeit („non liquet“) in der Tatsachenfrage darf nicht gleichzeitig zu einem non liquet in der Rechtsfrage führen. Die damit stets zu fällende richterliche Entscheidung wird durch die rechtlichen Regelungen der **Beweislast** ermöglicht, aus denen sich ergibt, wer den Nachteil der verbleibenden Ungewissheit zu tragen hat. Insofern gilt grundsätzlich, dass derjenige einen Umstand beweisen muss, der sich zu seinen Gunsten auf dessen Vorliegen beruft. Schon dies ist indessen nicht immer ganz leicht auszumachen. Da zudem je nach Rechtsgebiet unterschiedliche Regelungen etwa hinsichtlich

⁴ vgl. § 402 ZPO „Beweis durch Sachverständige“

⁵ Ausnahmen: § 200 Abs. 2 SGB VII, § 14 Abs. 5, S. 3, 4 SGB IX, § 404 Abs. 4 ZPO; § 109 SGG, § 245 StPO

⁶ vgl. § 407a ZPO

bestimmter Beweiserleichterungen oder der sog. Umkehr der Beweislast in Betracht kommen, sollte der Sachverständige – auch aus diesem Grund - der Versuchung widerstehen, eine eigene rechtliche Bewertung in seine Ausführungen einfließen zu lassen.

Für die Feststellung von **Kausalität im Rechtssinn** und unter Beachtung des jeweiligen rechtlichen Beweismaßstabes leistet der medizinische Sachverständige gewichtige Vorarbeit. Ihm obliegt es insbesondere, aus der spezifischen Sicht des Fachgebietes zur Vorfrage der Kausalität im besonderen naturwissenschaftlichen/naturphilosophischen Sinne Stellung zu nehmen und Hinweise auf medizinisch-fachliche Aspekte der abschließenden rechtlichen Entscheidung zu geben. Die Erstellung und Überprüfung entsprechender Gutachten findet ihre Grundlage zunächst im jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand. Dieser kann u.a. in „**Leitlinien**“ zum Ausdruck kommen, die hier ihr bevorzugtes Anwendungsgebiet haben.

– **Statement 1**

Der medizinische Sachverständige bringt im Rahmen der Beweiserhebung seine fachliche Beurteilungskompetenz ein und unterstützt die rechtliche Entscheidungsfindung. Er trifft jedoch selbst keine rechtlichen Entscheidungen.

1.1 Die einzelnen Rechtsgebiete

Die einzelnen Rechtsgebiete entziehen sich einer leicht eingängigen **Systematisierung** in sachlicher und terminologischer Hinsicht. Dies ergibt sich bereits aus der Vielfalt möglicherweise einschlägiger Rechtsgrundlagen. Hinter scheinbar aus der Alltagssprache bekannten Worten verbergen sich zudem rechtlich je nach Anwendungszusammenhang höchst **unterschiedliche Bedeutungskonzepte**. Bezeichnungen wie „Krankheit, Unfall, Gebrechen, Arbeits(un)fähigkeit“, Invalidität, Berufs- /Erwerbs(un)fähigkeit, Behinderung etc.) müssen daher in ihrer jeweiligen spezifischen rechtlichen (!) Bedeutung bekannt sein. Diese variiert von Rechtsgebiet zu Rechtsgebiet und nicht selten (etwa bei Rechtsänderungen innerhalb des Beurteilungszeitraums) auch innerhalb der einzelnen Anwendungsbezüge. Hinzu kommen in der Begutachtungssituation unterschiedliche Sprechweisen der beteiligten Fachgebiete. So weist insbesondere der Begriff der „Kausalität“ im dem Mediziner geläufigen naturwissenschaftlichen Sinn nur sehr begrenzt Überschneidungen mit den unterschiedlichen (!) rechtlichen Bedeutungen auf.

1.1.1 Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)

Die gesetzliche Unfallversicherung ist die klassische **öffentlich-rechtliche Sozialversicherung** der abhängig beschäftigten Erwerbstätigen. Für deren Arbeitgeber, die die Beiträge alleine zu tragen haben, ersetzt die GUV gleichzeitig die Haftpflichtversicherung. Hinzu kommt im Rahmen der sog. unechten Unfallversicherung der gesetzliche Schutz bei verschiedenen Verrichtungen, wie der Hilfeleistung bei Unglücksfällen und der Blut- oder Organspende⁷, die nach Ansicht des

⁷ vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 12 SGB VII

Gesetzgebers im öffentlichen Interesse stehen und daher unter gesetzlichen Schutz gestellt werden. Der zeitlich und sachlich jeweils strikt auf die versicherte Tätigkeit beschränkte Versicherungsschutz erfordert eine Prüfung der „**Kausalität**“ auf mehreren Ebenen, die gleichzeitig gewährleistet, dass die GUV allein und gerade für die ihr und ihren Beitragszahlern gesetzlich zugewiesenen Risiken einzustehen hat. Die eingetretenen versicherten Schäden werden unter anderem durch Ansprüche auf Heilbehandlung einschließlich der Rehabilitation sowie durch Ansprüche auf Pflegeleistungen und auf Geldleistungen (Verletztengeld, Übergangsgeld, Renten) sowie auf Leistungen an Hinterbliebene kompensiert.

Die **Höhe von Unfallrenten** bemisst sich nach Vom-Hundert-Teilen des Jahresarbeitsverdienstes. Beim Jahresarbeitsverdienst handelt es sich um eine individualisierte Größe insofern, als dieser grundsätzlich dem Gesamtbetrag der Erwerbseinnahmen des konkreten Versicherten in den 12 Kalendermonaten vor dem Eintritt des Versicherungsfalles entspricht. Die maßgeblichen Vom-Hundert-Teile entsprechen dem Umfang der verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, der sich aus der infolge des Versicherungsfalles ergebenden Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergibt (**Minderung der Erwerbsfähigkeit**, abgekürzt MdE). Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten⁸. Anders als beim Jahresarbeitsverdienst handelt es sich damit bei der MdE um ein abstraktes Maß für den Umfang des Erwerbsschadens, das sich grundsätzlich weder am konkreten Beruf oder Arbeitsplatz noch an konkret entgangenen Erwerbsmöglichkeiten orientiert. Anspruch auf Rente besteht bei einer MdE von wenigstens 20 v.H., die sich auch aus der Zusammenschau mehrerer Versicherungsfälle ergeben kann. Bei vollständigem Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente geleistet; sie beträgt 2/3 des Jahresarbeitsverdienstes. In allen anderen Fällen ist die Rente der Höhe nach der Teil der Vollrente, der dem Grad der MdE entspricht.

Auch bei der Bemessung des Grades der MdE handelt es sich letztlich um eine Tatsachenfeststellung des rechtlichen Entscheiders auf der Grundlage einer **Schätzung**⁹. Der **medizinische Sachverständige** vermittelt die vielfach unentbehrlichen fachspezifischen Grundlagen dieser Schätzung, ohne auch insofern abschließend selbst zu entscheiden. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im Einzelfall geschätzt werden¹⁰.

Maßstab für die Bemessung der MdE in der GUV aus spezifisch medizinischer Sicht sind Erfahrungswerte, die sich insbesondere aus der „maßgeblichen Gutachtenliteratur“ ergeben. Diese

⁸ ständige Rechtsprechung, vgl. etwa BSG v. 22.6.2004 R, SozR 4-2700 § 56 Nr. 1

⁹ ständige Rechtsprechung, vgl. etwa BSG v. 13.9.2005, B 2 U 4/04 R, HVBG-INFO 2006, Nr. 3, S. 270ff

¹⁰ BSG v. 22.6.2004, a.a.O.

Erfahrungssätze dürfen im Gutachten nicht einfach unausgesprochen zu Grunde gelegt werden, sondern müssen kenntlich gemacht werden, damit unter anderem die Verfahrensbeteiligten hierzu Stellung nehmen können. Auch wenn Verwaltungen und Gerichte ihre Letztverantwortung gerne abschieben und sich vom Sachverständigen letztlich nur eine (scheinbar) Sicherheit verheißende Zahl als Antwort wünschen, kann dessen Beitrag stets nur in einem **Vorschlag** bestehen. Dieser besteht in der Zuordnung des aus medizinischer Sicht festgestellten Sachverhalts zu dem einschlägigen Erfahrungssatz und einem ebenfalls zu begründenden Vorschlag (!), welchem Schweregrad der konkrete Zustand des Versicherten im Verhältnis zu dem sich aus dem medizinischen Erfahrungssatz ggf. ergebenden Rahmen entspricht.

Dass auch **psychische Störungen** als Unfallfolgen anerkannt werden können ist in der Rechtsprechung seit langem anerkannt¹¹. Psychische Gesundheitsstörungen können nach einem Arbeitsunfall in zweierlei Weise auftreten: Sie können unmittelbar auf das Erleben eines Ereignisses hin, z.B. nach einem Banküberfall, auftreten, können aber auch Folge eines erlittenen Körperschadens, z.B. einer Amputation, sein, und sich erst im Verlauf der Behandlung des gesundheitlichen Erstschadens herausbilden¹² (s. hierzu auch Abb. 6). Für die MdE-Einschätzung psychoreaktiver Unfallfolgen liegen aus jüngster Zeit interdisziplinär erarbeitete „Vorschläge“ vor (Tab. 1) [Foerster et al. 2007, Schoenberger et al. 2010]. Zur Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung als sog. Wie-Berufskrankheit außerhalb der Liste der anerkannten Berufskrankheiten hat sich das BSG unlängst kritisch geäußert¹³.

Tab. 1 Vorschläge zur MdE-Einschätzung psychoreaktiver Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung [nach Foerster et al. 2007, zitiert auch in Schoenberger et al. 2010] unter Bezug auf die 3 Dimensionen **KFE** körperlich-funktionelle Einschränkung, **PEB** psychisch-emotionale Beeinträchtigung sowie **SKB** sozial-kommunikative Beeinträchtigung.

MdE	Bis 10 v.H.	bis 20 v.H.	bis 30 v.H.	bis 40 v.H.	bis 50 v.H.
Anpassungsstörung		stärkergradige SKB zusätzlich zur PEB, wie Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität oder Rückzug	stark ausgeprägtes Störungsbild		
Post-traumatische Belastungsstörung		unvollständig ausgeprägtes Störungsbild (Teil- oder Restsymptomatik)	üblicherweise zu beobachtendes Störungsbild, geprägt durch starke emotional und durch Ängste bestimmte Verhaltensweisen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und gleichzeitig		schwerer Fall, gekennzeichnet durch massive Schlafstörungen mit Alpträumen, häufigen Erinnerungseinbrüchen, Angstzuständen, die auch tagsüber auftreten können, und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten

¹¹ vgl. BSG v. 9.5.2006, B2 U 1/05 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17

¹² vgl. BSG v. 9.5.2006, a.a.O.

¹³ BSG vom 20.7.2010 - B 2 U 19/09 R, UV-Recht Aktuell 2010, S. 1297ff.

			größerer SKB		
De- pressive Episode	s. Anpassungsstörung			Beeinträchtigung entsprechend dem Schwere- grad einer mittel- gradigen de- pressiven Episo- de	<i>Bei schweren de- pressive Episoden, auch mit psychotischen Symptomen, im Einzelfall MdE bis 100 v.H.</i>
An- haltende affektive Störung	s. Anpassungsstörung				schwere, chronifizierte affektive Störung mit massiv eingetrübter Stimmung, deutl. Min- derung der Konzentra- tion, erheblich vermind. Antrieb, Schlafstörungen u. ggf. auch suizidalen Gedanken
Generali- sierte Angst- störung	s. Anpassungsstörung				schwerwiegende Aus- prägung der KFE u. PEB
Somato- forme Schmerz- störung	Schmerz- zustand mit leicht- bis mäßig- gradiger KFE		Chronischer Schmerzzustand mit stärkergradiger KFE u. PEB	chronischer Schmerzzustand mit schwer- wiegender KFE u. erheblicher PEB	
Übrige somato- forme Störun- gen¹⁴		leicht- bis mittel- gradige Aus- prägung mit KFE	stärkergradige KFE mit erheblicher PEB		
Dis- soziative Störung	mit leicht- bis mittelgradiger KFE		mit stärkergradiger KFE und PEB		

– Statement 2

Maßstab für die Bemessung von Unfallfolgen ist in der gesetzlichen Unfallversicherung die MdE. Sie ist ein abstraktes Maß für den Umfang des Erwerbschadens, der sich weder am konkreten Beruf oder Arbeitsplatz noch an konkret entgangenen Erwerbsmöglichkeiten orientiert. Die Bemessung orientiert sich an Erfahrungswerten („maßgebliche Gutachtenliteratur“), der jeweilige Bezug ist im Gutachten kenntlich zu machen. Anspruch auf Rente besteht bei einer MdE von wenigstens 20 v.H.

1.1.2 Dienstunfallfürsorge für Beamte

Die Gewährung eines Unfallausgleichs für Beamte entspricht keinem hergebrachten Grundsatz des Beamtentums i.S. von Art. 33 Abs. 5 GG und ist daher von Verfassung wegen nicht zwingend geboten. Die Einführung und ggf. die Ausgestaltung als Teil der Unterhaltsleistung liegen somit im Rahmen seiner Fürsorge zunächst im freien Ermessen des Dienstherrn. Dieser

¹⁴ Aus Sicht der Leitliniengruppe können schwere somatoforme Störungen im Sinne der Somatisierungsstörung im engeren Sinne eine ebenso hohe MdE wie somatoforme Schmerzstörungen bedingen.

sieht hierfür ggf. zu Lasten des **allgemeinen Haushalts** und ohne Auslagerung auf eine Versicherung - wie etwa in der GUV – gesetzliche Ansprüche auf Versorgungsbezüge auch in Gestalt von Unfallfürsorge vor¹⁵. Eine Schadenskompensation kommt insbesondere durch Ansprüche auf Heilverfahren (ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln etc., Pflege) sowie auf laufende Geldleistungen (Unfallausgleich bzw. (erhöhtes) Unfallruhegehalt) und Hinterbliebenenversorgung in Betracht.

Die Begrenzung dieser Fürsorge gerade auf die Folgen von Dienstunfällen macht auch hier eine mehrstufige **rechtliche Kausalitätsprüfung** erforderlich. Diese richtet sich im Wesentlichen nach den Grundsätzen der GUV. Da die Länder ihr Beamtenrecht seit der Verfassungsreform des Jahres 2006 selbst regeln, kommt eine Vielzahl unterschiedlicher Rechtsgrundlagen in Betracht. Der Gutachtensauftrag muss diese Grundlagen mit ihrem jeweiligen zeitlichen Anwendungsbereich und ihrer jeweiligen rechtlichen Begrifflichkeit notwendig vorgeben, soweit es für die medizinische Beurteilung hierauf ankommt.

Die Beamten und Richter des Bundes, die infolge des Dienstunfalls in ihrer Erwerbsfähigkeit länger als sechs Wochen wesentlich beschränkt, aber nicht dienstunfähig geworden sind, erhalten als laufende Geldleistung einen **Unfallausgleich**. Dieser wird in Höhe der Grundrente nach § 31 Abs. 1 bis 3 Bundesversorgungsgesetz (BVG) gewährt. „Wesentlich“ bedeutet, dass die MdE mindestens 25 v.H. beträgt¹⁶.

Die **MdE** ist nach der körperlichen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen¹⁷. Besondere Auswirkungen auf die Art der dienstlichen Tätigkeit bleiben daher unberücksichtigt. Für äußere Körperschäden können Mindestvomhundertsätze festgesetzt werden¹⁸. Insgesamt ist **vieles zweifelhaft**. Eine Heranziehung der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ [BMAS 2008] ist im Gesetz selbst weder allgemein noch hinsichtlich von Mindestvomhundertsätzen angeordnet. Sie stößt zudem der Sache nach auf Probleme, weil sich der dort verwendete Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bzw. der Behinderung (GdB) auf Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur im Erwerbsleben bezieht. Die aktuellen Verwaltungsvorschriften verweisen – ähnlich der GUV – im Wesentlichen „auf die in der Literatur und Rechtsprechung anerkannten Erfahrungswerte“ und hinsichtlich der Mindestvomhundertsätze allenfalls noch exemplarisch auf das BVG. Ein einheitliches Vorgehen ist in den einzelnen Bundesländern jedoch nicht zu erkennen, sodass der Sachverständige ggf. beim Auftraggeber des Gutachtens erfragen sollte, nach welchen Grundsätzen die Bemessung der MdE im konkreten Fall erfolgen soll.

Psychische Störungen können auch im Beamtenrecht als Unfallfolge anerkannt werden. „Äußere Einwirkung“ im Sinn des Dienstunfallrechts sind grundsätzlich auch Beleidigungen und

¹⁵ vgl. § 2 Nr. 4, §§ 30ff BeamtenVG Bund

¹⁶ vgl. OVG Berlin-Brandenburg v. 19.1.2011, OVG 4 B 32.10

¹⁷ § 35 Abs. 2 Satz 1 BeamtVG Bund

¹⁸ § 35 Abs. 2 Satz 4 BeamtVG Bund

Beschimpfungen, die einen seelischen Schock und als dessen Folge einen Gesundheitsschaden verursacht haben¹⁹. Ebenso können die mit einer MdE zu bewertenden gesundheitlichen Folgen allein in einem psychischen Geschehen bestehen.

– **Statement 3**

In der Dienstunfallfürsorge der Beamten ist die MdE nach der körperlichen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen. Je nach Bundesland kann der Bezug dabei auf die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ des sozialen Entschädigungsrecht oder auf die „Erfahrungswerte“ der gesetzlichen Unfallversicherung sein. Anspruch auf Unfallausgleich besteht ab einer MdE von 25 v.H.

1.1.3 Soziales Entschädigungsrecht

Soziales Entschädigungsrecht ist ein gemeinsamer **Oberbegriff** für Rechtsgebiete, die Leistungen als Ausgleich der Folgen von gesundheitlichen Schäden vorsehen, die im Dienste des Allgemeinwohls (Aufopferung) oder dadurch erworben wurden, dass der Staat Schutzpflichten verletzt hat. Ausgangspunkt ist die Versorgung von Kriegsoptionen (BVG). Im Laufe der Zeit hinzu gekommen sind die Entschädigung der Opfer von Gewalttaten (OEG), Soldaten der Bundeswehr (SVG), Zivildienstleistenden (ZDG), von Impfgeschädigten (IfSG), Personen, die außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland aus politischen Gründen in Gewahrsam genommen wurden (HHG), Opfer rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen in der DDR (StrRehaG) und Betroffene rechtsstaatswidriger Verwaltungsentscheidungen (VwRehaG). Das BVG findet auf die genannten Personenkreise jeweils entsprechend Anwendung.

Als **Leistungen** sind neben der Heil- und Krankenbehandlung, Kriegsoptionfürsorgeleistungen und Hinterbliebenenversorgung insbesondere laufende Geldleistungen (Grundrenten, Ausgleichsrenten, Berufsschadensausgleich) vorgesehen²⁰. Ausgangspunkt für die Bemessung der Grundrente ist der **Grad der Schädigung** (GdS) als abstraktes Maß für die körperlichen geistigen oder seelischen Auswirkungen der anerkannten Schädigungsfolgen in allen Lebensbereichen und damit unabhängig vom Erwerbsleben. Den einzelnen Graden der Schädigung werden - beginnend mit einem GdS von 30 - nach Zehnergraden abgestuft feste Geldbeträge zugeordnet. Ein bis zu fünf Grad geringerer GdS wird dabei vom höheren Zehnergrad mit umfasst, sodass eine Grundrente ab einem GdS von 25 gezahlt wird. Der GdS ist höher zu bewerten, wenn Beschädigte durch die Art der Schädigungsfolgen im vor der Schädigung ausgeübten Beruf, im nachweisbar angestrebten Beruf, oder in dem Beruf besonders betroffen sind, der nach Eintritt der Schädigung ausgeübt wurde oder noch ausgeübt wird. Dies abschließend zu beurteilen, ist jedoch nicht Aufgabe des Sachverständigen.

¹⁹ BVerwG v. 9.4.1970, II C 49.68

²⁰ § 30 BVG

Da eine Entschädigung jeweils nur für die gesetzlich umschriebenen Sachverhalte in Betracht kommt, muss eine durchgehende **rechtliche Kausalbeziehung** zwischen der erfassten Lebenssituation, dem dabei erlittenen Primärschaden, den hieraus resultierenden Schädigungsfolgen und ggf. weiteren Auswirkungen dieser Schädigungsfolgen bestehen.

Die Bemessung des GdS hat seit 2008 ihre Grundlage in den **Versorgungsmedizinischen Grundsätzen** (Tab. 2).

Tab. 2 Einschätzung psychoreaktiver Schädigungsfolgen im sozialen Entschädigungsrecht (GdS) nach der Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2008 [BMAS 2008].

Symptomatik	GdS
Leichtere Störungen (z.B. psychovegetatives Syndrom)	0-20
Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit	30-40
Schwere Störungen	
- mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten ²¹	50-70
- mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten ²²	80-100

Auch **psychische Folgen** eines entschädigungspflichtigen Vorgangs sind grundsätzlich auszugleichen. Bereits die durch einen rechtlich erfassten Tatbestand herbeigeführte „gesundheitliche Schädigung“ kann sich allein aus einer psychischen Einwirkung ergeben²³. Nichts anderes gilt für die sich hieraus ergebenden gesundheitlichen Folgen. Auch hier kommt ein ursächlicher Zusammenhang indessen nur in Betracht, wenn in einem ersten Schritt zunächst feststeht, dass Belastungen der in Frage stehenden Art allgemein geeignet sind, bestimmte Krankheiten hervorzurufen. Wie groß die Gefahr des Krankheitseintritts sein muss und wie sie festzustellen ist, ist in den verschiedenen Rechtsgebieten unterschiedlich geregelt. Der **Arbeitsauftrag an den Sachverständigen** muss die entsprechenden Hinweise enthalten.

Während für das Recht der Kriegsopferversorgung anerkannt ist, dass versorgungsberechtigt nur ist, wer selbst – in seiner Person – geschädigt ist (Primäropfer), entnimmt die Rechtsprechung dem § 1 Abs. 1 OEG einen weiteren Inhalt mit der Folge, dass auch **mittelbar Geschädigte** erfasst sind und daher das Opfer eines tätlichen Angriffs im Rechtssinne nicht mit demjenigen

²¹ **Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten** liegen vor, wenn in den meisten Berufen sich auswirkende psychische Veränderungen, die zwar weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlauben, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingen, die auch eine berufliche Gefährdung einschließt, auftreten; im Privatbereich bei erheblichen familiären Problemen durch Kontaktverluste und affektive Nivellierung, wobei aber noch keine Isolierung und noch kein sozialer Rückzug in einem Umfang vorliegen muss, der z.B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte [Beiratsbeschluss der Sektion „Versorgungsmedizin“ des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vom 18./19.3.1998]

²² **Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten** liegen vor, wenn eine weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen ist. Wenn schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- bzw. Bekanntenkreis auftreten bis hin zur Trennung von der Familie, vom Partner oder Bekanntenkreis.

²³ s. bereits BSG v. 15.11.1955, 10 RV 85/54, BSGE 2, S. 29ff: Bombenangriff in der Nähe des Beschädigten; ebenso zum Recht der Opferentschädigung BSG v. 18.10.1995, 9 RVg 4/93, SozR 3-3800 § 1 Nr. 6: „gewaltloser“ sexueller Missbrauch eines Kindes

identisch sein muss, bei dem die gesundheitliche Schädigung eintritt²⁴. Bei **Sekundäröpfen** handelt es sich insbesondere um Personen, die infolge des gegen einen nahen Angehörigen gerichteten tätlichen Angriffs einen Schockschaden erlitten haben, weil sie Augenzeugen dieses Angriffs geworden sind oder durch sonstige Kenntnisnahme davon geschädigt worden sind²⁵. Damit sind die sich aus dem erlittenen Primärschaden resultierenden gesundheitlichen Folgen des Sekundäröpfers zu entschädigen.

– **Statement 4**

Maßstab für die Bemessung von Schädigungsfolgen im sozialen Entschädigungsrecht ist der Grad der Schädigungsfolgen (GdS). Die Bewertung erfolgt auf Grundlage der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. Grundrente wird ab einem GdS von 25 bezahlt.

1.1.4 Private Unfallversicherung (PUV)

Bei der privaten Unfallversicherung (PUV) ist der Versicherer verpflichtet, bei einem Unfall der versicherten Person oder einem vertraglich dem Unfall gleich gestellten Ereignis die vereinbarten Leistungen zu erbringen. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet²⁶. Grundlage der PUV ist ein **privatrechtlicher (Versicherungs-)Vertrag**, dessen rechtlicher Rahmen sich im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) findet. Bestandteil dieses Vertrages sind grundsätzlich die allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Versicherers. Diese können von den vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft als Empfehlung (Musterbedingungen) veröffentlichten **Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen** (AUB) abweichen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass in dem zu begutachtenden Einzelfall unterschiedliche Fassungen der jeweiligen Versicherungsbedingungen einschlägig und zwischen den Vertragsparteien abweichende (vorrangige) Einzelvereinbarungen getroffen sein können. Der medizinische Sachverständige ist daher auf eine exakte Vorgabe der jeweils einschlägigen Regelungen angewiesen, soweit er ihrer Kenntnis für seinen Aufgabenbereich bedarf.

Der Versicherer schuldet die für den Fall der **Invalidität** versprochenen Leistungen im vereinbarten Umfang, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden kann²⁷. Der Schadensausgleich bemisst sich nach dem „**Grad der Invalidität**“²⁸. Die

²⁴ Sekundäröpfer; BSG v. 7.11.1979, 9 RVg 1/78, BSGE 49, S. 98ff: Schockschaden einer Mutter aufgrund der Nachricht von der Ermordung ihres Kindes

²⁵ BSG v. 12.6.2003, B 9 VG 8/01 R, SozR 4-3800 § 1 Nr. 2

²⁶ vgl. insgesamt § 178 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

²⁷ vgl. § 180 VVG, der allerdings nicht zwingend ist

²⁸ vgl. § 188 Abs. 1 VVG

Einzelheiten einschließlich etwa einer sog. progressiven Invaliditätsstaffel ergeben sich aus den jeweiligen Abreden im Versicherungsvertrag, dessen Auslegung Aufgabe des Gerichts – und nicht des Sachverständigen – ist²⁹.

Der Unfallversicherungsschutz ist in den AUB auf physisch vermittelte Gesundheitsschäden beschränkt. Dagegen stehen psychische Reaktionen auf einen Unfall nach den AUB seit dem Jahr 1961 grundsätzlich (!) nicht unter den Versicherungsschutz der PUV. In den AUB 1988 wurde diese „**Psychoklausel**“ nochmals präzisiert: „Nicht unter den Versicherungsschutz fallen krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind“. In den Fassungen der AUB seit 1999 findet ist der zweite Halbsatzes ergänzt um die Worte „...auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden“. Die Interpretation dieser wie auch anderer Versicherungsbedingungen richtet sich nicht nach dem medizinischen Begriffsverständnis von Physis und Psyche, sondern allein nach dem Verständnis des „durchschnittlichen Versicherten ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse“ in der Auslegung durch die Gerichte.

Der für das Privatversicherungsrecht zuständige IV. Zivilsenat des **BGH** sieht den **Anwendungsbereich** dieser „Psychoklausel“ für eröffnet, wenn es an einem körperlichen Trauma fehlt oder wenn die krankhafte Störung des Körpers nur mit ihrer psychogenen Natur erklärt werden kann³⁰. Der Ausschluss erfasst Gesundheitsschädigungen infolge psychischer Reaktionen, die sowohl auf Einwirkungen von außen über Schock, Schreck, Angst und ähnliches erfolgen, als auch auf unfallbedingter Fehlverarbeitung beruhen³¹. Bereits seit langem besteht jedoch Konsens über das Bestehen von Versicherungsschutz, wenn eine krankhafte Veränderung der Psyche auf einer unfallbedingten **hirnorganischen Veränderung** besteht und damit eine physische Ursache gegeben ist, die von dem Ausschluss psychisch vermittelter Krankheitszustände nicht erfasst ist³².

In jüngster Zeit hält der BGH die Klausel aus der Sicht des „verständigen Versicherungsnehmers“ und im Kontext der AUB gleichermaßen nicht für einschlägig, wenn krankhafte Störungen eine andere, nicht hirnorganisch determinierte organische Ursache haben. Eine – unter Versicherungsschutz stehende und von der Ausschlussklausel nicht erfasste – organische Ursache sah der BGH auch dann als gegeben, wenn sich die blutdrucksteigernde Ausschüttung von Stresshormonen im Verlauf des Unfallgeschehens als normale, unwillkürlich und automatisch ablaufende körperliche Reaktion darstellt und zu einer Aortendissektion geführt hat³³. Ebenso wurde eine organische Ursache für den Fall bejaht, dass ein Tinnitus auf einer knalltraumatischen Schädigung des Innenohres beruht, auch wenn im Einzelfall das Ausmaß, in dem

²⁹ vgl. BGH v. 24.5.2006, IV ZR 203/03, VersR 2006, S. 1117f.

³⁰ vgl. zur letztgenannten Sachverhaltsgestaltung BGH v. 15.7.2009, IV ZR 229/06, VersR 2010, S. 60f.: bei den behaupteten Beschwerden handelt es sich um eine ausschließlich psychische Reaktion in Form einer psychischen Fehlverarbeitung der Verletzungsfolgen; s. zur Einordnung einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer somatoformen Schmerzstörung als psychische Reaktion auch OLG Celle v. 22.5.2008, 8 U 5/08, RuS 2008, S. 389ff.)

³¹ Vgl. BGH v. 29.9.2004, IV ZR 233/03, VersR 2004, S. 1449f.

³² BGH v. 23.6.2004, IV ZR 130/03, VersR 2004, S. 1039.

³³ BGH v. 19.3.2003, IV ZR 283/02, VersR 2003, S. 634.

sich die organische Ursache auswirkt, von der psychischen Verarbeitung durch den Versicherten abhängt³⁴.

Diese aus medizinischer Sicht wenig überzeugende [Widder u. Gaidzik 2006], indes mittlerweile gefestigte Rechtsprechung sollte den Sachverständigen veranlassen, die Ursache- und Wirkungsbeziehungen zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden eingehend darzustellen. Deren rechtliche Zuordnung und Bewertung ist dann durch den Auftraggeber des Gutachtens bzw. durch das Gericht vorzunehmen.

– **Statement 5**

In der privaten Unfallversicherung sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden, grundsätzlich vom Versicherungsschutz ausgenommen. Gemäß jüngster Rechtsprechung gilt dies jedoch nicht, wenn psychischen Störungen Folge eines organischen Unfallschadens sind.

1.1.5 Haftpflichtversicherung

Bei der privaten Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer **von Ansprüchen freizustellen**, die von einem Dritten auf Grund der Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache geltend gemacht werden, und unbegründete Ansprüche abzuwehren (§ 100 VVG). Für unterschiedliche Lebensbereiche existieren unterschiedliche Haftpflichtversicherungstypen (z.B. Berufshaftpflicht-, Tierhalterhaftpflicht-, Gebäudehaftpflichtversicherung), teils besteht eine gesetzliche Pflicht zum Abschluss einer solchen Versicherung (z.B. Kraftfahrzeugpflichtversicherung), für die dann noch spezielle gesetzliche Vorgaben gelten³⁵. Die Abwehr „unbegründeter Ansprüche“ als Leistungsinhalt der Haftpflichtversicherung umfasst die zusätzliche Funktion der Haftpflichtversicherung als (spezielle) **Rechtsschutzversicherung (§ 101 VVG)**.

Die **allgemeinen Versicherungsbedingungen** für die Haftpflichtversicherung (AHB), die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft als unverbindliches Muster vorgibt (derzeit aktuelle Fassung AHB 2008), umschreiben den Gegenstand der Versicherung unter 1.1 grundsätzlich wie folgt: „Versicherungsschutz besteht im Rahmen des versicherten Risikos für den Fall, dass der Versicherungsnehmer wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadensereignisses (Versicherungsfall), das einen Personen-, Sach- oder sich daraus ergebenden Vermögensschaden zur Folge hatte, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadensersatz in Anspruch genommen wird. Schadensereignis ist das Ereignis, als dessen Folge die Schädigung des

³⁴ BGH v. 29.9.2004, a.a.O.

³⁵ vgl. §§ 113-124 Pflichtversicherungsgesetz

Dritten unmittelbar entstanden ist. Auf den Zeitpunkt der Schadensverursachung, die zum Schadensereignis geführt hat, kommt es nicht an.“

Wie in der PUV können auch in der Haftpflichtversicherung die von den Gesellschaften jeweils verwandten allgemeinen **Versicherungsbedingungen** von den Musterbedingungen des Gesamtverbandes abweichen. Zudem ist auch hier zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Fassungen der jeweiligen Versicherungsbedingungen einschlägig und zwischen den Vertragsparteien abweichende (vorrangige) Einzelvereinbarungen getroffen sein können.

Anders als in der PUV ist für den Sachverständigen allerdings eine genauere Kenntnis der zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen nicht erforderlich. Seine Aufgabe beschränkt sich vielmehr darin, im Verhältnis Schädiger und Geschädigten die Voraussetzungen der jeweiligen Haftungsnorm unter medizinischen Aspekten zu prüfen. Dabei steht die Objektivierung eines Gesundheitsschadens und die Beurteilung der Kausalitätsbeziehungen zum Schadensereignis im Vordergrund.

Ebenfalls im Unterschied zur PUV sind im Haftpflichtrecht psychische Unfallfolgen umfassend geschützt, d.h. sowohl die psychische Fehlverarbeitung organischer Schädigungsfolgen wie auch von organischen Veränderungen unabhängigen unmittelbar **psychischen Unfallfolgen**, fallen grundsätzlich in die Haftungslast des Schädigers. Letztere allerdings nur, sofern sie über bereits fassbare medizinische Auswirkungen hinaus selbst Krankheitswert besitzen³⁶.

Der Schädiger muss für seelisch bedingte Unfallschäden grundsätzlich auch dann eintreten, wenn sie auf einer besonderen psychischen Prädisposition beruhen, da der „Schädiger nicht verlangen kann, so gestellt zu werden, als sei das Opfer gesund gewesen“³⁷. Es genügt grundsätzlich, wenn es ohne den Unfall und seine akuten Verletzungen – auch neben anderen Ursachen - nicht zur psychiatrischen Fehlverarbeitung hätte kommen können³⁸. Allenfalls beim Schmerzensgeld kommen in diesem Zusammenhang Abschlüsse in Betracht³⁹.

Von der Haftung mit umfasst sind schließlich auch seelische Erschütterungen („Schockschaden“), die nahe Angehörige als **mittelbar Geschädigte** bei der Nachricht vom Tod des Geschädigten erleiden⁴⁰. Dies gilt auch dann, wenn der Tod des Angehörigen auf einem Versicherungsfall der GUV beruht⁴¹. Voraussetzung ist aber auch hier, dass es sich über eine tiefe Trauer, bzw. über heftige Gemütsbewegung hinausgehende, ärztlicherseits objektivierbare Beeinträchtigungen mit Krankheitswert handelt.

Ungeachtet der Frage, ob die psychische Beeinträchtigung den Primär- oder – **z.B.** als Fehlverarbeitung erlittener Unfallverletzungen – den Sekundärschaden bildet, stets bedarf es einer kau-

³⁶ BGH v. 2.10.1990, VI ZR 353/89, NJW 1991, S. 747.

³⁷ BGH v. 30.04.1996 VI ZR 55/95, NJW 1996, 2425, 2426.

³⁸ BGH v. 30.4.1996, a.a.O..

³⁹ Beispielsfälle: OLG Frankfurt VersR 1993, 853; OLG Hamm r+s 2002, 458.

⁴⁰ s. bereits BGH v. 11.5.1971, VI ZR 78/70, NJW 1971, S. 1883 und zuletzt OLG Köln v. 16.9.2010, GesR 2011, S. 156ff.

⁴¹ BGH v. 6.2.2007, VI ZR 55/06, NJW-RR 2007, S. 1395.

salen Verknüpfung mit dem jeweils haftungsbegründenden Ereignis (Unfall, Behandlungsfehler usw.) zumindest im Sinne einer Mitverursachung. Diese Prüfung erfolgt im ersten Schritt über die Kausalität im philosophisch-naturwissenschaftlichen Sinn („conditio sine qua non“). Während der an sich auf der zweiten Stufe folgenden „Adäquanztheorie“ für medizinische Schadensbeurteilungen nur geringe Bedeutung zukommt, wird aus der juristischen Perspektive die Frage zu stellen sein, ob man auch „atypische“ physische oder psychische Folgen dem Schädiger billigerweise (noch) zurechnen kann, was aufgrund der normativen Erwägungen über eine bloße Kausalitätsprüfung hinausgeht und daher nicht dem Sachverständigen obliegt. So soll die Zurechnung z.B. entfallen, wenn das Schadensereignis ganz geringfügig ist (Bagatelle), nicht gerade speziell die Schadensanlage des Verletzten betrifft und sich damit letztlich nur das allgemeine Lebensrisiko realisiert hat⁴², oder wenn Geschädigte das Unfallgeschehen lediglich „zum Anlass nehmen, in körperliche Beschwerden zu flüchten“ bzw. „eine durch Begehrensvorstellung geprägte Verweigerungshaltung gegenüber dem Erwerbsleben entwickeln“⁴³. Die inhaltlichen Konturen dieser Abgrenzungen sind nicht immer scharf gezeichnet und für den Mediziner nachvollziehbar, der sich daher hier auf die Beschreibung der Ursache-Wirkungsbeziehungen beschränken sollte.

Das Haftpflichtrecht kennt – anders als PUV oder auch GUV - keine abstrakte **Schadensbemessung** in Gestalt von Prozent-/Schädigungs-Graden. Soweit dennoch im Einzelfall nach der MdE gefragt wird, dient dies entweder der allgemeinen Plausibilitätskontrolle bzw. der Einschätzung immaterieller Schadensfolgen (z.B. die abstrakte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bei nicht Erwerbstätigen als Element des Schmerzensgeldes) oder als prozentuale Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit, jedoch bezogen auf den konkret ausgeübten Beruf des Geschädigten oder einzelner Tätigkeiten (z.B. Beeinträchtigung in der Haushaltsführung). Die Aufgabe des (medizinischen) Sachverständigen muss hier auf den Einzelfall bezogen festgelegt werden. Keinesfalls obliegt ihm die konkrete Schadensschätzung.

- **§ 823 BGB Schadensersatzpflicht**
- (1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.
- **§ 842 BGB - Umfang der Ersatzpflicht bei Verletzung einer Person**
- Die Verpflichtung zum Schadensersatz ... erstreckt sich auf die Nachteile, welche die Handlung für den Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten herbeiführt.
- **§ 843 BGB - Geldrente oder Kapitalabfindung**

⁴² BGH v. 30.4.1996 a.a.O.

⁴³ BGH v. NJW 2004, 1945.

- (1) Wird infolge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten aufgehoben oder gemindert oder tritt eine Vermehrung seiner Bedürfnisse ein, so ist dem Verletzten durch Entrichtung einer Geldrente Schadensersatz zu leisten.

– Statement 6

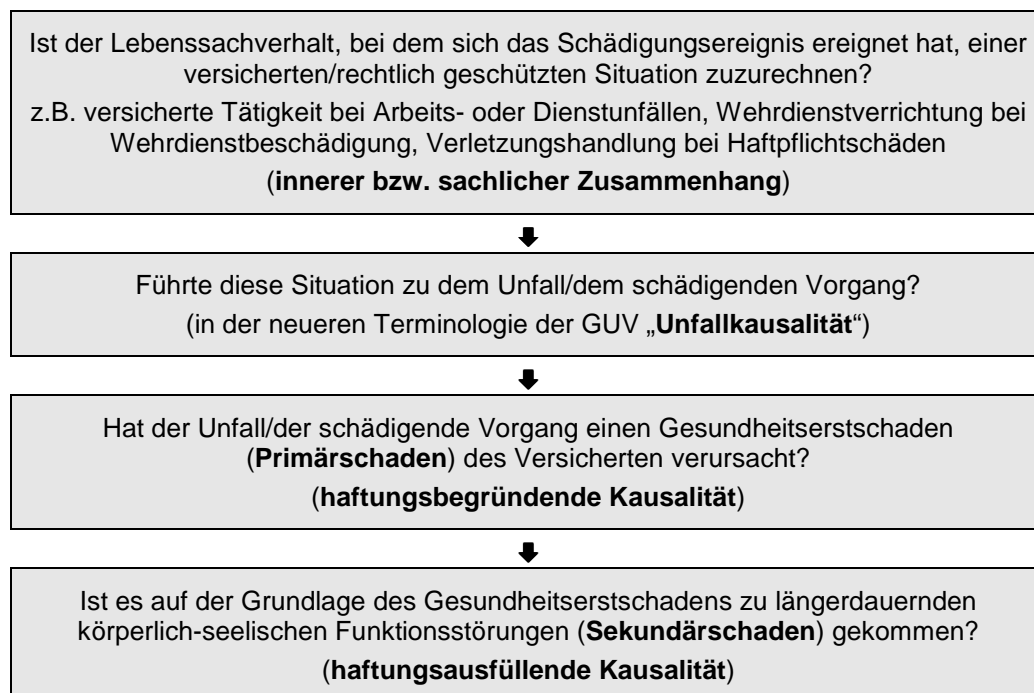
In der Haftpflichtversicherung sind **psychische Unfallfolgen** umfassend geschützt, sowohl die **psychische Fehlverarbeitung organischer Schädigungsfolgen** wie auch **unmittelbar psychische Unfallfolgen**, sofern sie selbst Krankheitswert besitzen. Soweit im Einzelfall nach der MdE gefragt wird, bezieht sich diese auf den konkret ausgeübten Beruf des Geschädigten oder einzelne Tätigkeiten (z.B. Beeinträchtigung in der Haushaltsführung).

1.2 Kausalitätsbeurteilung

1.2.1 Prüfungsreihenfolge

In der Zusammenschau der vorstehend behandelten Rechtsgebiete ergibt sich folgende allgemeine Prüfungsreihenfolge (Abb. 1).

Abb. 1 Prüfungsreihenfolge bei Begutachtungen



1.2.2 Kausalitätstheorien

Die Frage, ob Gutachter überhaupt in der Lage sind, bei psychischen Störungen Kausalzusammenhänge überzeugend zu bewerten, wird zum Teil von richterlicher Seite äußerst skeptisch gesehen (s. Kasten mit Auszug aus einem BSG-Urteil). Wenn dem so wäre, beträfe

dies allerdings auch Funktionsstörungen („Krankheiten“), die vordergründig mit - subjektiv empfundenen - Schmerzen einhergehen. Nachdem Schmerzsyndrome und psychische Störungen gemäß den Statistiken der gesetzlichen und privaten Versicherer bei Weitem am häufigsten zu Rechtsstreitigkeiten führen, könnte die Konsequenz hieraus lediglich bedeuten, dass die Einholung von Sachverständigengutachten in der Mehrzahl der Fälle sinnlos wäre. In jedem Fall weist die Einschätzung jedoch darauf hin, dass es wichtig ist, im Rahmen von Leitlinien Eckpunkte der Begutachtung abzustecken.

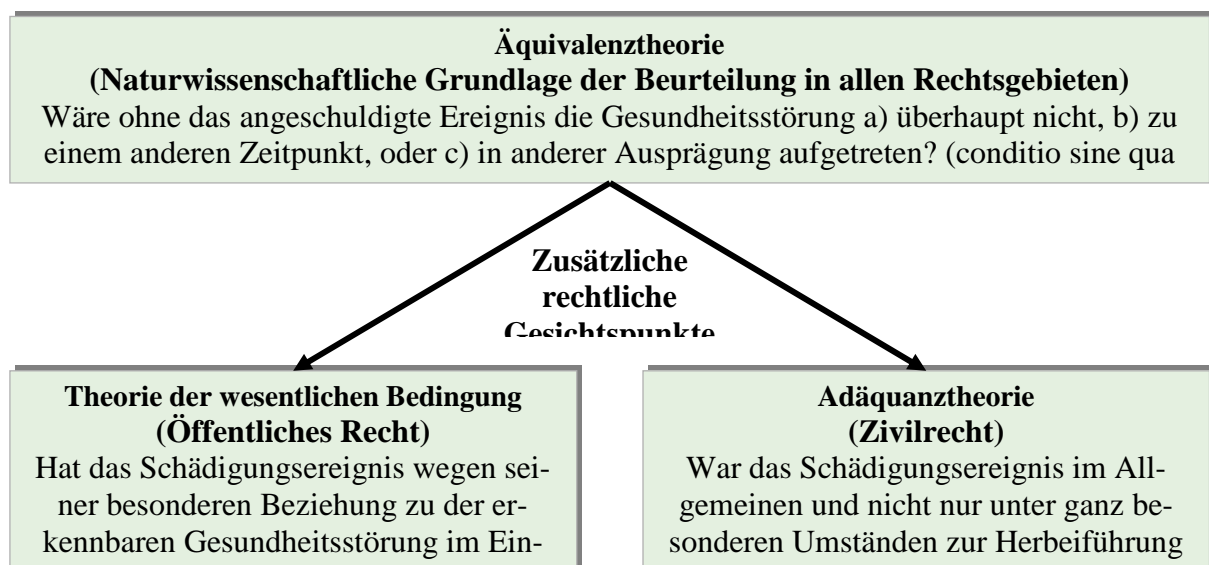
- **BSG v. 18.10.1995 - 9/9a RVg 4/92**
- „Die Zweifel ...bestätigen nur das auf allen Rechtsgebieten der Entschädigung bestehende allgemeine Problem, dass für Krankheiten - anders als für Verletzungen - kaum je überzeugend festgestellt werden kann, dass der nach den einschlägigen Gesetzen entschädigungspflichtige Vorgang die entscheidende medizinisch wirkende Ursache war. Veranlagung, Umwelteinflüsse, Lebensführung, andere Vorgänge im Lebenslauf der Geschädigten sind als mehr oder minder stark wirkende Mitursachen praktisch immer festzustellen, nicht aber sachgerecht zu gewichten. Das gilt besonders für seelische Krankheiten, die nicht auf Nervenverletzungen, sondern auf seelischen Einwirkungen beruhen. In solchen Fällen hat der Senat schon wiederholt darauf hingewiesen, dass medizinische Gutachten im Einzelfall regelmäßig nichts Überzeugendes zur Ursachenfrage aussagen können Die Unsicherheit in der Kausalitätsbeurteilung bei seelischen Krankheiten ist dem Senat von vielen Fällen bekannt, die auf den verschiedenen Gebieten der sozialen Entschädigung zu entscheiden waren. Die als Gutachter bestellten Psychiater und Psychologen äußerten sich zwar regelmäßig auftragsgemäß entschieden zur Kausalität. Dass diese Äußerungen aber nur Lehrmeinungen oder private Meinungen waren, zeigt sich daran, dass die Gutachter außerordentlich oft zu gegensätzlichen Ergebnissen kamen, die auch durch weitere Gutachten nicht miteinander in Einklang gebracht werden konnten. Wenn sich nach einem seelisch belastenden Vorgang ein Dauerleiden einstellt, lässt sich offenbar nicht überzeugend klären, ob und nach welchem psychischen Mechanismus dieser Vorgang das Dauerleiden herbeigeführt hat oder ob und in welchem Umfang schon eine Anlage von Krankheitswert vorhanden war. ...“

Eine rechtliche Prüfung ursächlicher Zusammenhänge ist mehrfach und auf unterschiedlichen Ebenen erforderlich. Entsprechend den **unterschiedlichen rechtlichen Kontexten** werden jeweils unterschiedliche Elemente mit unterschiedlichen rechtlichen Zielsetzungen „kausal“ verbunden. Da es eine allgemeine rechtliche Anweisung, nach welchen Regeln eine derartige Kausalverbindung zu prüfen ist, nicht gibt, muss die entsprechende Vorgehensweise jeweils nach den Besonderheiten des Rechtsgebiets im Wege der Auslegung ermittelt werden. Die Zuziehung des ärztlichen Sachverständigen kommt im Wesentlichen in Betracht, soweit es um den (natur-

wissenschaftlichen) Zusammenhang zwischen dem Unfall/schädigenden Vorgang und den geltend gemachten Gesundheitsstörungen geht (Abb. 1). Die Beurteilung psychischer Schädigungsfolgen unterliegt insofern grundsätzlich denselben rechtlichen Vorgaben, wie diese von der Zusammenhangsbeurteilung bei der Begutachtung körperlicher Schäden bekannt sind.

Rechtlich ist die Zusammenhangsfrage in einem ersten Schritt stets ausgehend von der Bedingungs-/Äquivalenztheorie und im zweiten Schritt – je nach rechtlichem Zusammenhang – auf der Grundlage der Theorie der (rechtlich) wesentlichen Bedingung oder der Adäquanztheorie zu klären. Aufgabe der **rechtlichen „Kausalitätstheorien“** (Abb. 2) ist es, die naturwissenschaftlich gefundenen Ergebnisse einer spezifischen Begrenzung nach dem Maßstab des Rechtsgebiets und der einzelnen Norm zu unterziehen (Filterwirkung). Die Tätigkeit des Sachverständigen hat ihren Schwerpunkt bei der Klärung der generellen Geeignetheit eines Umstandes als Ursache eines anderen im ersten Prüfungsschritt. Umstände, die bereits auf dieser Stufe ausscheiden, sind gleichzeitig stets auch als Ursache im Rechtssinne ungeeignet.

Abb. 2 Schematische Darstellung der für die ärztliche Begutachtung psychischer Schädigungsfolgen relevanten Kausalitätstheorien in den verschiedenen Rechtsgebieten [modifiziert nach Gaidzik 2011]



Dem gegenüber entscheidet sich die rechtliche Eignung einer Ursache im naturwissenschaftlichen Sinne abschließend erst durch die rechtlich wertende Entscheidung über die Zusammenhangsfrage im nachfolgenden zweiten Schritt. Insofern kann der Sachverständige aus der spezifischen Sicht seines Fachgebiets und unter Berücksichtigung seiner Funktion im Verfahren letztlich immer nur **Vorschläge** machen. Die nachfolgende Darstellung orientiert sich an den Formeln der oberstgerichtlichen Rechtsprechung. Schon wegen der Vielzahl an wertenden Begriffen und der bewussten Offenheit der Theorie der wesentlichen Bedingung für den Einzelfall darf von ihnen nicht die Ableitung eines Ergebnisses nach der Art einer mathematischen/naturwissenschaftlichen Formel erwartet werden. Mit den Worten des BGH⁴⁴: „Kausalität

⁴⁴ BGH vom 19.4.2005, VI ZR 175/04, NJW-RR 2005, S. 945ff.

ist nicht aus naturwissenschaftlicher Sicht anhand reproduzierbarer, valider und objektiver Befunde, sondern nach juristischen Maßstäben festzustellen“.

- **Äquivalenztheorie:** Nach der „Äquivalenztheorie“ ist jede Bedingung kausal, die „nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg in seiner konkreten Gestalt entfiele“. Diese primär im Strafrecht Anwendung findende „Theorie“ stellt das Grundfilter jeder Kausalitätsbeurteilung dar, wonach zunächst die Frage zu klären ist, ob die Gesundheitsstörung auch ohne das angeschuldigte Ereignis die „conditio sine qua non“ für die geltend gemachte Gesundheitsschädigung und die nachfolgende Funktionsstörung darstellt, diese also nicht unabhängig davon zu demselben Zeitpunkt und in derselben Ausprägung eingetreten wäre. Auch ein „Bagateltrauma“ oder „alltäglich“ vorkommende Belastungen können sonach in diesem Sinne „Ursache“ sein.
- **Adäquanztheorie:** Diese „Theorie“ stellt die im Zivilrecht (Haftpflichtversicherung, private Unfallversicherung) verwendete zusätzliche Einschränkung zur „Äquivalenztheorie“ dar. Ein 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 in nicht unerheblicher Weise zu erhöhen“. Die Beurteilung erfolgt ausgehend von den im Zeitpunkt des Unfalls/schädigenden Vorgangs erkennbaren und vorhersehbaren Umständen. Der Adäquanztheorie kommt allerdings nur geringe praktische Bedeutung zu. Weit wesentlicher ist die Korrektur über die auf Billigkeitserwägungen beruhenden Prüfung des Zurechnungszusammenhangs, der bei bloßen Bagatelverletzungen, soweit diese nicht auf eine besondere Schadensanlage treffen, ebenso fehlt, wie bei den in der Rechtsprechung sogenannten „Renten- oder Begehrensneurosen“.
- **Theorie der (rechtlich) wesentlichen Bedingung:** Bei den Streitsachen, die der allgemeinen Verwaltungsgerichtsbarkeit und der Sozialgerichtsbarkeit zugewiesen sind, fehlt es regelmäßig am Korrektiv des rechtlich gesondert zu prüfenden (Mit-)Verschuldens. Angesichts der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen bedarf es daher der Filterwirkung der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung⁴⁵. Hiernach werden im Rahmen einer nachträglich wertenden Zurechnung als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die „nach der Auffassung des praktischen Lebens“ wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Eine „abschließende Klärung“ ist insofern ausgeschlossen. Im Gegensatz zur abstrahierenden und generalisierenden Adäquanztheorie stellt die Theorie der wesentlichen Bedingung individualisierend und konkretisierend auf den „Einzelfall“ (letztlich also die vom jeweiligen Antragsteller/Kläger repräsentierte Gruppe gleichartig Geschädigter) ab, baut dabei aber wie

⁴⁵ zusammenfassend BSG v. 9.5.2006, B 2 U 2006

diese im Ausgang auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand als wissenschaftlicher Grundlage auf. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat daher auf der Basis der wissenschaftlichen Erkenntnis über die generelle Geeignetheit eines Ereignisses, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen, objektiv anhand gerade des konkreten Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen.

Die abschließende Beurteilung der Ursächlichkeit obliegt der Verwaltung/dem Gericht, während der ärztliche Sachverständige auf der ersten Stufe der Prüfung die erforderlichen wissenschaftlichen Kenntnisse zur generellen – naturwissenschaftlich/philosophischen - Geeignetheit eines Umstandes und auf der zweiten Stufe die erforderlichen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Beurteilung des Zusammenhangs gerade in Fällen der zur Entscheidung stehende Art einbringt. Ursachen von überragender Bedeutung (z.B. Vollrausch bei 1,1 ‰ und mehr Blutalkohol) sind stets wesentlich und verdrängen andere Ursachen, denen diese Bedeutung nicht zukommt. Im Übrigen bestimmt sich die Wesentlichkeit wertend (nicht quantitativ) nach der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolges bzw. des Gesundheitsschadens. Solange keine Ursache von überragender Bedeutung gegeben ist, kommen – unabhängig von ihrem Verhältnis unter einander - auch mehrere Ursachen gleichzeitig als rechtlich wesentlich in Betracht (z.B. wenn mehrere Krankheiten gemeinsam zum Tod geführt haben. Hier genügt, wenn der Unfall/der schädigende Unfall eine der rechtlich wesentlichen Ursachen war. Die abschließende Abwägung unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und des Normzwecks obliegt auch insofern Verwaltung und Gerichten.

– Statement 7

Die Klärung von Zusammenhangsfragen erfolgt in zwei Schritten. Im ersten Schritt hat der Sachverständige in allen Rechtsgebieten die Fragen zu klären, ob das Schädigungsereignis geeignet war eine Gesundheitsschädigung hervorzurufen. Im zweiten Schritt sind ergänzend die Filterfunktionen der „Äquivalenztheorie“ (Zivilrecht) bzw. der „Theorie der wesentlichen Bedingung“ (Öffentliches Recht) anzusetzen.

1.3 Beweismaße

1.3.1 Grundlagen der richterlichen Überzeugung

Von der inhaltlichen Prüfung einer Kausalbeziehung ist der Grad der auf diese Weise zu gewinnenden Überzeugung – das Beweismaß - zu unterscheiden. Während der Arzt in der Krankenversorgung gewohnt ist, von „am ehesten anzunehmenden“ oder „nachvollziehbaren“ Diagnosen zu sprechen, haben derartige Aussagen im Gutachten nichts zu suchen. Die Rechtsordnung kennt eigene – rechtlich bestimmte und im Gutachtensauftrag jeweils vorzugebende – Grade der Überzeugung des Entscheiders, die durch den Sachverständigen auf der Grundlage

seiner Kenntnis des Standes der Wissenschaft und seiner fachlichen Beurteilungskompetenz vorzubereiten ist. Der Sachverständige ist Beweismittel, nicht Beweis. Auf unterschiedlichen Ebenen der rechtlichen Prüfung können rechtlich unterschiedliche **Grade von Gewissheit** einschlägig sein. Grundsätzlich ist der „Vollbeweis“ erforderlich. Ausnahmsweise sind normativ Beweiserleichterungen in Gestalt der Wahrscheinlichkeit⁴⁶ oder der Glaubhaftmachung⁴⁷ vorgesehen⁴⁸. Zudem können nach der Rechtsprechung etwa Eigentümlichkeiten eines Sachverhalts in besonders gelagerten Einzelfällen Anlass sein, an den Beweis verminderte Anforderungen zu stellen. Das Verkennen des Beweismaßes führt zur Unvollständigkeit des Gutachtens und damit zu Zweifeln an der Richtigkeit der gerichtlichen Feststellungen⁴⁹. Von der Frage nach dem erforderlichen Grad an Gewissheit sind weitere beweisrechtliche Fragen wie diejenige nach den rechtlichen Folgen der Beweislosigkeit (vgl. vorstehend unter 1) zu unterscheiden.

Grundsätzlich werden folgende Abstufungen der richterlichen Überzeugung unterschieden:

- **Vollbeweis.** Der Vollbeweis ist erbracht, wenn der rechtliche Entscheider in der Verwaltung bzw. der Tatrichter mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen eines rechtlich maßgeblichen Umstandes überzeugt ist. Da absolute Gewissheit als ideale Anforderung nie erreichbar ist, genügt eine subjektive Gewissheit mit einem „für das praktische Leben“ brauchbaren Grad an Gewissheit, der verbleibende Zweifel zurück treten lässt, ohne diese völlig auszuschließen⁵⁰. Der Sachverständige hat daher im Rahmen der Fragestellung die aus seiner Sicht für und gegen die Annahme eines maßgeblichen Umstandes sprechenden Gesichtspunkte aufzuzeigen und ggf. einen begründeten Vorschlag machen, ob das Vorliegen dieses Umstands aus seiner Sicht und in Anwendung des vorgegebenen Beweismaßes anzunehmen ist.
- **Wahrscheinlichkeit.** Die Anforderungen an den geminderten Beweisgrad der Wahrscheinlichkeit sind grundsätzlich erfüllt, wenn (absolut) deutlich mehr für als gegen das Vorliegen eines rechtlich relevanten Umstandes spricht. Die Anforderungen im Einzelnen variieren mit dem Normzusammenhang⁵¹. Die bloße Möglichkeit des Vorliegens genügt jedenfalls auch hier nicht, während umgekehrt an die Wahrscheinlichkeit höhere Anforderungen gestellt werden als an die Glaubhaftmachung. Die Aufgabe des Sachverständigen entspricht derjenigen beim Vollbeweis.
- **Glaubhaftmachung.** Der Beweismaßstab der Glaubhaftmachung ist der mildeste. Er ist durch seine Relativität gekennzeichnet. Glaubhaftmachung ist das Dartun der guten Möglichkeit, die dann gegeben ist, wenn bei mehreren ernstlich in Betracht zu ziehenden Möglich-

⁴⁶ z.B. § 1 Abs. 3 S. 1 BVG

⁴⁷ z.B. § 15 KOVfG

⁴⁸ vgl. BSG SozR 3-3900 § 15 Nr. 4

⁴⁹ vgl. BGH v. 13.5.2009, IV ZR 211/05, NJW-RR, 2009, S. 1193ff.

⁵⁰ vgl. BGH NJW 1970, 946

⁵¹ vgl. BSG SozR 3-3900 § 15 Nr. 4

keiten nach Gesamtwürdigung aller Umstände das Vorliegen einer von ihnen relativ am wahrscheinlichsten ist, weil besonders viel für diese Möglichkeit spricht. Die schlussendliche Würdigung im Streitfall obliegt auch hier der freien richterlichen Beweiswürdigung. Das Beweismaß der „Glaubhaftmachung“ ist als Sonderfall nur im sozialen Entschädigungsrecht von Bedeutung, wenn im Nachhinein Unterlagen nicht vorhanden, nicht zu beschaffen oder ohne Verschulden des Antragstellers oder seiner Hinterbliebenen verloren gegangen sind⁵².

– Statement 8

Die Rechtsprechung kennt verschiedene Abstufungen der richterlichen Überzeugungsbildung: Der „Vollbeweis“ ist erbracht, wenn ein Umstand mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegt. „Wahrscheinlichkeit“ liegt vor, wenn deutlich mehr für als gegen das Vorliegen eines Umstandes spricht. Nur in seltenen Fällen - im Bereich des sozialen Entschädigungsrechts - ist das Beweismaß der „Glaubhaftmachung“ von Bedeutung.

1.3.2 Beweismaße in den verschiedenen Rechtsbereichen

Auch die nachfolgende Aufstellung ist auf die Darstellung von Grundzügen beschränkt. Ausnahmeregeln und spezifische Besonderheiten bleiben daher notwendig unberücksichtigt.

Gesetzliche Unfallversicherung

Die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" müssen im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, feststehen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit.

Dienstunfallfürsorge für Beamte

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) fordert gleichermaßen für alle Glieder der Kausalkette den Vollbeweis, allerdings auch für den Kausalzusammenhang selbst⁵³.

Soziales Entschädigungsrecht

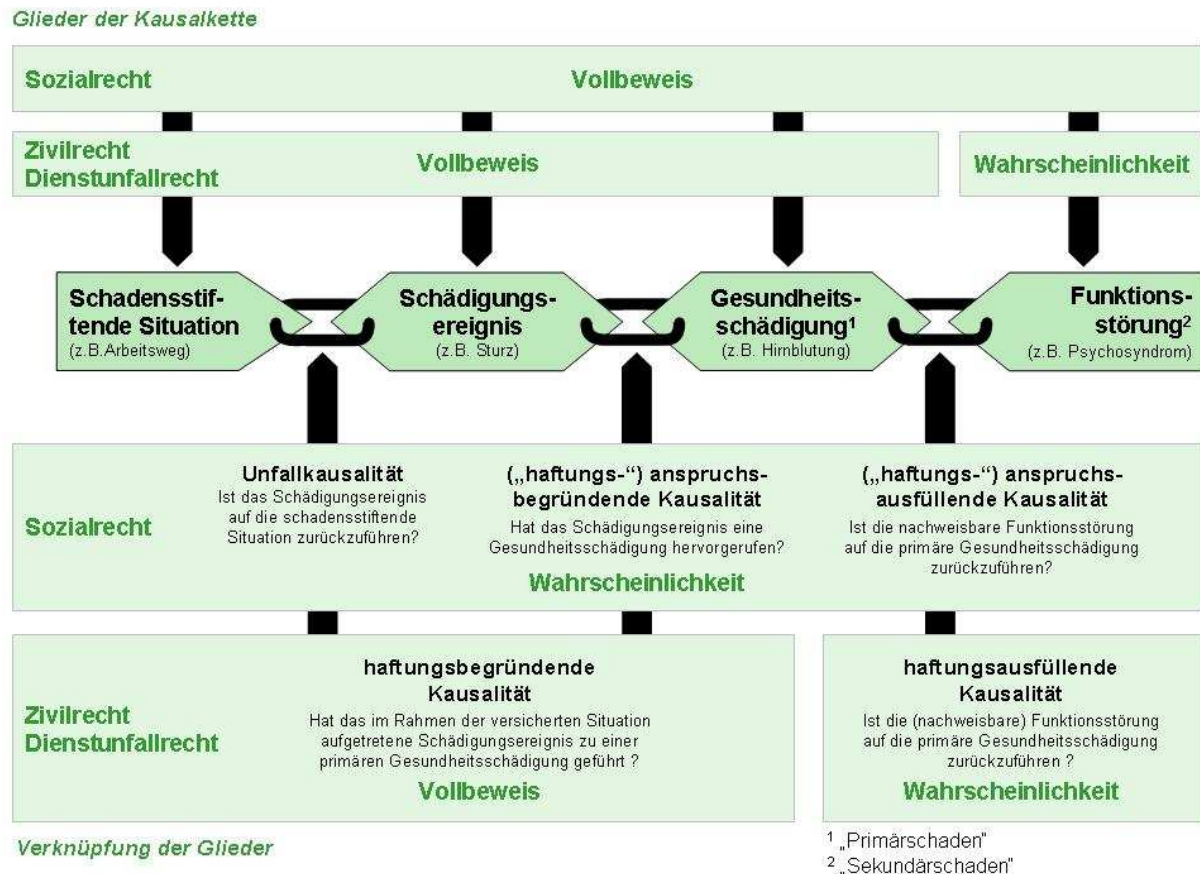
Die anspruchsbegründenden Tatsachen müssen in allen Zweigen des sozialen Entschädigungsrechts nachgewiesen sein. Dies gilt für die geschützte Tätigkeit, das schädigende Ereignis, dem hierdurch herbeigeführten Primärschaden und die in GdS-Graden zu bemessenden Schädigungsfolgen. Dagegen genügt für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs durchgehend der Beweisgrad der Wahrscheinlichkeit⁵⁴.

⁵² vgl. BSG vom 8.8.2001 – B 9 V 23/01

⁵³ BVerwG v. 7.2.1989, 2 B 179/88 und v. 2.10.1981, 2 C 17.81, ZBR 1982, 307

⁵⁴ vgl. BSG v. 15.12.1999, B 9 VS 2/98 R, SozR 3-3200 § 81 Nr. 16

Abb. 3 Synopsis der Beweisregeln in verschiedenen Rechtsgebieten [aus Widder u. Gaidzik 2011]



Zivilrecht

Die private Unfallversicherung und die zivilen Haftungsnormen erfordern grundsätzlich hinsichtlich sämtlicher Einzelglieder der Kausalkette den Vollbeweis (Abb. 3). Dies gilt damit für das schädigende Ereignis und die Gesundheitsschädigung ebenso wie für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Schadensereignis und Primärschaden. Dem gegenüber genügt für Nachweis des Sekundärschadens und seine kausale Verbindung mit dem Primärschaden eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für die (richterliche) Überzeugungsbildung⁵⁵.

– Statement 9

In allen Rechtsgebieten müssen die schadensstiftende Situation, das Schädigungsereignis und die Gesundheitsschädigung („Erstschaden“) im Vollbeweis feststehen. Für die resultierende Funktionsstörung („Folgeschaden“) sowie für die Klärung der Ursachenzusammenhänge bestehen je nach Rechtsgebiet unterschiedliche Beweis-anforderungen.

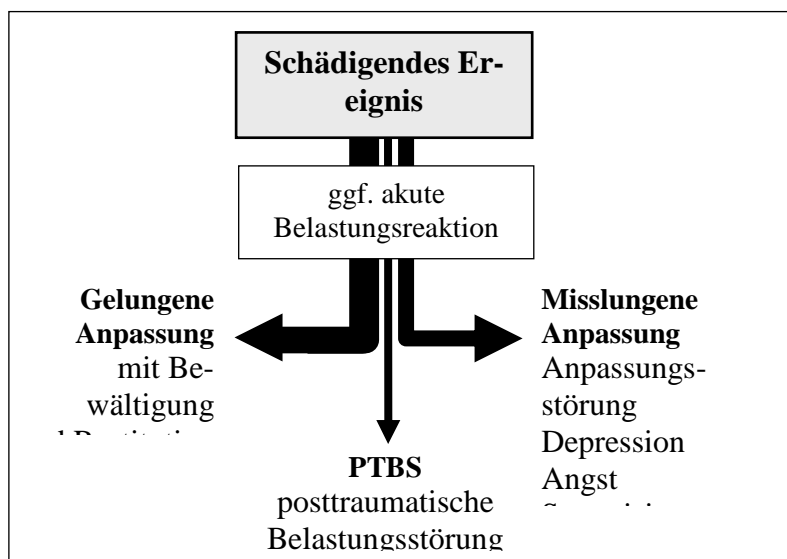
⁵⁵ vgl. exemplarisch zur PUV BGH v. 12.11.2009, IV ZR 191/96 und zum Arzthaftungsrecht BGH v. 12.2.2008, VI ZR 221/06 NJW 2008, 1381

2. Systematik psychoreaktiver Störungen

2.1 Traumabegriff

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Mitteleuropa macht im Laufe ihres Lebens wenigstens einmal eine schwerere traumatische Erfahrung durch [Kraemer et al. 2007]. Neben Unfällen gehören hierzu weitere traumatisierende Lebensereignisse wie eigene schwerere Krankheiten sowie Tod oder Erkrankung eines nahen Angehörigen, jedoch auch Scheidungen und sonstige gravierende „live events“. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle kommt es danach zwar möglicherweise zu einer kurz dauernden psychischen Reaktionsbildung im Sinne einer akuten Belastungsreaktion. Im Verlauf weniger Tage bis Wochen tritt jedoch durch eigene Bewältigungsmechanismen eine Anpassung und weitgehende Restitution ein (Abb. 4). Bei einem kleineren Teil misslingt diese Anpassung und äußert sich in Symptomen einer „Anpassungsstörung“ gemäß den Kriterien des ICD-10 (s. Kap. 2.2.3) oder es entwickeln sich im Einzelfall auch darüber hinaus gehende (schwerwiegendere) depressive, ängstliche und/oder somatoforme Symptome [Mayou et al. 2001]. Außerdem zeigen 10-20% der Betroffenen in Abhängigkeit von der Art des Traumas und einer Reihe prä-, peri- und posttraumatischer Variablen (Tab. 4) eine schwerwiegendere, länger anhaltende posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Es ist daher festzuhalten, dass traumatische äußere Ereignisse - sowohl einzeln als auch in Kumulation – zwar kurz dauernde wie auch langfristige psychische bzw. psychopathologische Folgen haben *können*, allerdings keineswegs in jedem Fall auch haben *müssen*.

Abb. 4 Verlaufsvarianten nach einmaligem traumatischem Ereignis [modifiziert nach Kraemer et al. 2007]



Tab. 3 Einflussvariablen für die Entwicklung psychoreaktiver Störungen [nach Foerster 2004]

Persönlichkeitsstruktur, konkrete Lebenssituation, Lebensalter, soziale Schicht und soziales Umfeld vor dem äußeren Ereignis
Art und Schwere des äußeren Ereignisses unter Berücksichtigung des situativen Kontextes einschließlich des peritraumatischen Erlebens
Coping-Mechanismen, Ausmaß und Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, Krankheitsgewinn
Auftreten weiterer positiver oder negativer Lebensereignisse nach und auch unabhängig vom äußeren Ereignis
Subjektive Krankheitstheorien bezüglich der Entstehung und des Verlaufes der Störung
Äußerungen von ärztlicher oder anwaltlicher Seite

Nach Fischer und Riedesser [2009] ist ein psychisches Trauma als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Stimulationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ anzusehen, das „mit Gefühlen der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Dieser Kerngedanke einer Unterscheidung zwischen dem traumatisierenden Ereignis einerseits und dem traumatischen psychischen Prozess andererseits findet sich auch in der Definition des DSM-IV der post-traumatische Belastungsstörung (PTBS) wieder (s. Tab. 6). Bemerkenswert erscheint außerdem der Begriff des „vitalen“ Erlebnisses, wonach die vitalen Bedürfnisse des Einzelnen den Bezugspunkt des Traumageschehens darstellen. Fischer und Riedesser weisen bei dieser Definition ausdrücklich darauf hin, dass neben dem Gefühl der Lebensbedrohung auch andere Bedürfnisse wie das nach Sicherheit und Orientierung „traumatisierbar“ sind, was bei der gutachtlichen Kausalitätsdiskussion zu berücksichtigen ist.

Darüber hinaus werden nach Terr [1995] zwei Traumaarten unterschieden:

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

Eine Sonderform, die jedoch keinesfalls mit der Situation langdauernder Folter gleichgesetzt werden darf, sind mehrere einzelne, in zeitlichem Abstand folgende Traumatisierungen wie z.B. das Überfahren mehrerer Suizidanten durch Lokführer im Verlauf von Jahren, bei denen zwar eine **Retraumatisierung** mit eskalierendem Charakter vorliegen kann, aufgrund der häufig längeren Krankschreibung nach einem Ereignis das Kriterium der anhaltenden Traumatisierung jedoch nicht gegeben erscheint.

Die Forschung zu psychischen Traumen hat in den vergangenen Jahren eine erstaunliche Entwicklung mit einer kaum mehr übersehbaren Zahl an Publikationen zum Thema genommen. Nach Stoffels [2007] hat sich die Zahl der jährlich in der Medline-Datenbank erfassten Publikationen über die letzten 20 Jahre verzehnfacht. Damit einhergehend sei eine Inflation des Trauma-

begriffs zu erkennen, der inzwischen auch Arbeitsplatzprobleme und selbst Umzüge beinhalte. Es gebe inzwischen kaum eine psychische Erkrankung, die nicht als traumabedingt angesehen oder verdächtigt werde, und die posttraumatische Belastungsstörung sei eine neue „Volkskrankheit“ und „Modediagnose“. Im Traumaopfer-Sein liege ein suggestives Potenzial, mit dessen Hilfe vielfältige biographische Problemlagen scheinbar geordnet und bewältigt werden könnten.

– **Statement 10**

Nach körperlich-seelischen Traumen können, aber müssen nicht zwingend psychische Schädigungsfolgen auftreten. In der Mehrzahl der Fälle kommt es zur Anpassung und Bewältigung des Traumas. Bei einem Teil der Betroffenen misslingt die Anpassung und führt zu psychischen Störungen, ein geringer Teil entwickelt das Bild einer posttraumatischen Belastungsstörungen gemäß den ICD-10/DSM-IV-Kriterien.

2.2 Psychoreaktive Störungen im ICD-10- und DSM-IV-System

Um Vergleichbarkeit zu erreichen, ist im gutachtlichen Kontext die Verwendung des ICD-10 bzw. des DSM-IV-TR dringend zu empfehlen (Tab. 4), im Bereich des Sozialrechts sogar zwingende Vorgabe. Auf die gutachtlich bedeutsamen Unterschiede wird in den einzelnen Unterkapiteln hingewiesen.

Tab. 4 Kategorien psychoreaktiver Störungen auf Traumen und deren Unterschiede im ICD-10- und DSM-IV-System

ICD-10	DSM-IV	Kategorie	Beginn der Symptomatik	Dauer der Symptomatik
F43.0	308.30	Akute Belastungsreaktion	Unmittelbar (ICD-10) bzw. innerhalb von 4 Wochen (DSM-IV)	Stunden bis Tage (ICD-10), 2 Tage bis maximal 4 Wochen (DSM-IV)
F43.1	309.81	Posttraumatische Belastungsstörung	Innerhalb von 6 Monaten (ICD-10), im Einzelfall auch später (DSM-IV)	Keine Angaben
F43.2	309.0 ... 309.4	Anpassungsstörungen	Innerhalb 1 Monat (ICD-10), innerhalb von 3 Monaten (DSM-IV)	1 Monat bis maximal 2 Jahre (ICD-10), Abklingen 6 Monate nach Ende der Belastung oder deren Folgen (DSM-IV)
F62.0	-	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	Keine Angaben	Mindestens 2 Jahre
F68.0	-	Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen	-	-

2.2.1 Akute Belastungsreaktion (F43.0)

Hierbei 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 und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen (längstens 4 Wochen gemäß DSM-IV) abklingt (s. Tab. 4). Symptomatologisch findet sich meist ein anfänglicher Zustand von „Betäubung“ und/oder der Derealisation bzw. Depersonalisation mit auch dissoziativem Erleben, nach dem Depression,

Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug, jedoch auch bereits B/C-Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung (DSM-IV) beobachtet werden. Keines dieser Symptome ist längere Zeit vorherrschend.

In Anbetracht des raschen Abklingens dieser Störung sind akute Belastungsreaktionen gutachtlich kaum relevant. Entsprechende Fragen treten allenfalls im Rahmen der Feststellung einer kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Krankenversicherung auf. Wesentliche Bedeutung kommt ihnen jedoch als „Marker“ für den psychischen „Primärschaden“ (s. Kap. 3.2) zu, wobei der psychopathologische Befund einer akuten Belastungsreaktion von „normalen“ Reaktionen auf traumatische Ereignisse abzugrenzen ist (Tab. 5.).

Tab. 5 „Normale“ und psychopathologische Reaktionen auf das Erlebnis eines traumatischen Schädigungsereignisses

Dimension	„normale“ Belastungsreaktion	Psychopathologische Belastungsreaktion
Kognitiv	Besorgnis	Verwirrung, Desorientiertheit, Intrusion, Dissoziation
Emotional	Erschrecken	Schock, Furcht, Verzweiflung, Depersonalisation, De-realisation
Interpersonal	Verärgerung	Rückzug, ungezielte Überaktivität
Physiologisch	Zusammenzucken	Reizbarkeit, Schlafstörungen, Müdigkeit, Kopfschmerzen, anhaltende Muskelanspannung, Herzrasen

– Statement 11

Akute Belastungsreaktionen stellen – entgegen „normalen“ Reaktionen mit Erschrecken und Verunsicherung – eine abnorme psychische Reaktion auf das Erleben eines traumatischen Ereignisses dar. Sie klingen definitionsgemäß innerhalb von Stunden bis allenfalls Wochen ab. Sie sind der wesentlichste „Marker“ eines psychischen Primärschadens.

2.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist ein Störungsbild, das 1980 im Gefolge der Erfahrungen des Vietnamkrieges in das DSM-III-Klassifikationssystem der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft aufgenommen wurde und in den letzten Jahren in zunehmendem Maße, zum Teil auch sehr unkritisch und inflationär, diagnostiziert wird.

Die Häufigkeit des Vorliegens einer PTBS 1 Jahr nach einem Verkehrsunfall schwankt mit Werten von 2% in einem schweizerischen Kollektiv von Schwerverletzten [Hepp et al. 2008] bis zu 15% in einer Übersicht früherer Studien [Blanchard et al. 2001]. Zur Frage des Auftretens psychoreaktiver Störungen nach Arbeitsunfällen liegen nur wenige Studien vor. Eine besondere Bedeutung scheinen dabei Handtraumen zu besitzen. So werden nach schwereren Handverletzungen initial 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 ver-

wendeten PTBS-Definition und des Schweregrades der Katastrophe zwischen 0% [Creamer u. Manning 1998] und 40% [Elkit 1997].

Diagnostische Kriterien

Die posttraumatische Belastungsstörung entsteht gemäß ICD-10 als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem Menschen 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.

Bezüglich der Diagnosestellung bestehen Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV (Tab. 6). Ein wichtiger Unterschied betrifft das Stressor-Kriterium (A-Kriterium), das im DSM-IV neben den ereignisbezogenen Charakteristika auch erlebnisbezogene Merkmale einbezieht: Das Ereignis muss beim Betroffenen eine Reaktion von Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen hervorrufen, um als traumatisch eingestuft zu werden [Schnyder 2003]. Sowohl das objektive wie das subjektive Kriterium **muss** nachweisbar vorgelegen haben, um ein Ereignis als traumatisch einstufen zu können [Breslau u. Kessler 2001]. War dies nicht der Fall, erübrigt sich angesichts der u.g. Unspezifität später bestehender Symptome jede weitere Diskussion der Diagnose [Foerster u. Leonhardt 2003, Stoffels 2007]. Für Zwecke der Begutachtung sollte sich die Diagnostik unter Verweis auf die verwendeten Kriterien entweder nach der ICD-10- oder der DSM-IV-Klassifikation richten⁵⁶.

Tab. 6 Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich von ICD-10 und DSM-IV

	ICD-10	DSM-IV
A-Kriterium	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	Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren: (1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
B-Kriterium	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.	Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt: (1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).

⁵⁶ Die Leitliniengruppe ist sich bewusst, dass die Sensitivität und Spezifität der diagnostischen Kriterien des DSM-IV in jüngster Zeit bezweifelt und eine zukünftig engere Fassung angemahnt wird [Rosen et al. 2008, Spitzer et al. 2006]. Bis zum Vorliegen des DSM-V erscheinen die aktuellen Kriterien jedoch maßgeblich.

		<p>(4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.</p> <p>(5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.</p>
C-Kriterium	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.	<p>Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <p>(1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,</p> <p>(2) Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,</p> <p>(3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,</p> <p>(4) Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,</p> <p>(5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,</p> <p>(6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),</p> <p>(7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).</p>
D-Kriterium	<p>Entweder 1. oder 2:</p> <p>(1) Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.</p> <p>(2) Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:</p> <p>a. Ein- und Durchschlafstörungen</p> <p>b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche</p> <p>c. Konzentrationsschwierigkeiten</p> <p>d. Hypervigilanz</p> <p>e. Erhöhte Schreckhaftigkeit</p>	<p>Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <p>(1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,</p> <p>(2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,</p> <p>(3) Konzentrationsschwierigkeiten,</p> <p>(4) Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),</p> <p>(5) Übertriebene Schreckreaktion.</p>

Neben dem A-Kriterium eines geeigneten Stressors erfordert die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung den Nachweis von Symptomen aus den 3 „Clustern“ (B-, C- und D-Kriterien)

- **Intrusionen** (z.B. Alpträume, sich aufdrängende Erinnerung mit Wiedererleben des Traumas, Flash backs),
- **Vermeidungsverhalten** (z.B. Vermeidung bewusster Erinnerungen an das Trauma, Vermeiden traumabezogener Orte und Situationen), und
- **Hyperarousal** (z.B. übermäßige Erregtheit und Schreckreaktionen, Schlaf- und Konzentrationstörungen),

wobei das letzte Kriterium am unspezifischsten ist und gleichermaßen bei zahlreichen anderen psychischen Störungen auftritt.

Spezifität der Symptomatik

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass auch den anderen Symptomen der PTBS keine Spezifität zukommt, so dass aus deren Vorliegen allein keine Kausalitätsbeziehung abzuleiten ist. So fanden Mol et al. [2005] und Gold et al. [2005] übereinstimmend, dass „typische“ Symptome einer PTBS nach letztlich alltäglich auftretenden „live events“ wie Arbeitsplatzverlust oder familiären Problemen, eigenen schwereren Krankheiten sowie Tod oder Erkrankung eines nahen Angehörigen sogar häufiger waren als nach spezifischen Traumen im Sinne des A-Kriteriums. Hierzu gehörten insbesondere sich aufdrängende Erinnerungen, das Wiedererleben des Ereignisses sowie Alpträume. Vergleichbare Symptome fanden sich auch bei Patienten mit depressiven Störungen, bei denen gar kein spezifisches Lebensereignis zu eruieren war [Bodkin et al. 2007], bei Personen mit Sozialphobien in verfahrenen Lebenssituationen [Erwin et al. 2006], sowie letztlich auch bei „Mobbing“ am Arbeitsplatz [Matthiesen u. Einarsen 2004]. Letzteres schließt den Bogen zu den u.g. „Verbitterungsstörungen“, die ausdrücklich auch im Rahmen alltäglicher Erlebnisse auftreten können und damit gemäß den rechtlichen Vorgaben nicht unter die Entschädigungspflicht fallen (s. Kap. 2.2.3). Nicht zuletzt bei der Auswertung von Selbstbeurteilungsskalen ist diese Problematik zu berücksichtigen.

Beginn der Symptomatik

Nach der Erstsymptomatik einer akuten Belastungsreaktion entwickelt sich das Vollbild einer PTBS häufig erst mit einer gewissen Latenz. Nach Horowitz [1985] kommt dies dadurch zustande, dass die seelische Beeindruckung im Anschluss an die unmittelbare peritraumatische Akutreaktion mit Überflutung von den überwältigenden Eindrücken derart hoch ist, dass diese Erlebnisse zunächst dem Bewusstsein im Sinne der Verleugnung entzogen sind, und sich erst im Verlauf willentlich unbeeinflussbar in das Bewusstsein drängen. Gemäß den Vorgaben des ICD-10 beträgt die Latenz jedoch im Allgemeinen nicht mehr als 6 Monate nach dem Ereignis.

Während bei Kriegsveteranen des 2. Weltkriegs und des Koreakriegs verspätete Symptome einer PTBS bis 30 Jahre danach auftraten, werden nach zivilen Traumen in großen Kollektiven lediglich 0-8% genannt [Helzer et al. 1987, Prigerson et al. 2001]. Dabei zeigt sich, dass diese wenigen Fälle regelmäßig in der ersten Zeit in kontinuierlicher Therapie aufgrund schwerer körperlicher Unfallfolgen waren, und dass während dieser Zeit das Hauptaugenmerk auf der körperlichen Problematik lag [Bryant 1996, Burstein 1985]. In einer aktuellen Übersicht von 29 Studien [Andrews et al. 2007] wird ein späteres Auftreten über 6 Monate hinaus ohne bereits vorher nachweisbare Symptome als äußerst selten beschrieben. Auch im Kollektiv von Carty et al. [2006] hatte die weitaus überwiegende Zahl der Fälle mit „verspätetem“ Beginn der Symptomatik zuvor nachweisbare „subsyndromale“ Symptome einer PTBS, lediglich 10% der im Zeitraum 6-12 Monate nach dem Trauma manifest gewordenen Fälle ließen keine derartige Symptomatik erkennen.

Verlauf und Prognose

Für den Sachverständigen unproblematisch ist die Forderung des DSM-IV, dass die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wenigstens 1 Monat andauern. Bei weniger als 3 Monaten andauernden Symptomen ist von einer „akuten“, bei länger anhaltenden Symptomen von einer „chronischen“ Störung zu sprechen. Zur möglichen Gesamtdauer nehmen weder der ICD-10 noch der DSM-IV dezidiert Stellung. Erwähnt wird lediglich, dass die Störung „bei wenigen Patienten“ über viele Jahre hinweg einen chronischen Verlauf nimmt.

Für die gutachtliche Situation bedeutet dies, dass bei der Diagnose einer über mehrere Jahre anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörung zunehmend hohe Anforderungen an den Nachweis für das Vorhandensein der B-, C- und D-Kriterien zu stellen sind. Insbesondere progrediente Entwicklungen widersprechen dem zu erwartenden degressiven Charakter posttraumatischer Störungen [Kind 1988].

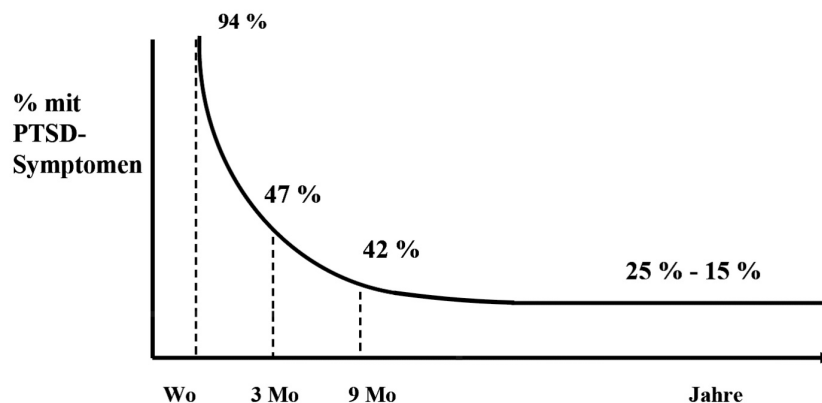


Abb. 6 Verlauf der PTBS [nach Rothbaum u. Foa 1983]

– Statement 12

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wird häufig unkritisch gestellt. Sie sollte nur gestellt werden, wenn die entsprechenden ICD-10- und/oder DSM-IV-Kriterien nachweisbar sind. Teilsymptome der PTBS finden sich auch nach alltäglichen Lebensereignissen und sind daher unspezifisch. Bei einer geringen Zahl von Betroffenen halten die Symptome einer PTBS über Jahre hinweg an, was hohe Anforderungen an die gutachtliche Abgrenzung zu konkurrierenden Mechanismen stellt.

2.2.3 Anpassungsstörungen (F43.2)

Anpassungsstörungen (früher „depressive Reaktion“ oder „reaktive Depression“) stellen für den Sachverständigen eine nicht unproblematische Diagnose dar. Geht man davon aus, dass niemand im Leben von psychosozialen Belastungen verschont bleibt, handelt es sich hierbei um eine wenig scharf gefasste und wissenschaftlich bislang kaum untersuchte Kategorie im Graubereich zwischen "normaler" und „außergewöhnlicher“ Belastung [Maercker et al. 2007].

Darüber hinaus ergeben sich bei weitgehend gleicher Beschreibung der Symptomatologie wesentliche Unterschiede in der Definition des Verlaufs und des Schweregrades zwischen der ICD-10- und DSM-IV-Klassifikation (Tab. 7). Während die ICD-10 sich auf ein einmaliges, „punktförmiges“ belastendes Ereignis bezieht, dessen Folgen dann nach üblicherweise 6 Monaten, längstens jedoch nach 2 Jahren abgeklungen seien, schließt das DSM-IV auch anhaltende Belastungen, wie diese klinisch nicht selten bei schweren körperlichen Traumafolgen zu erkennen sind, ein. Entsprechend kennt die DSM-IV-Klassifikation auch eine Unterscheidung in akute (bis 6 Monate) und chronische Anpassungsstörungen. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte der Gutachter angeben, auf welchem Klassifikationssystem seine Angaben beruhen.

Weiterhin ist zu beachten, dass die ICD-10-Definition der Anpassungsstörung lediglich **leichte Schweregrade** depressiver Störungen umfasst. Das DSM-IV macht hierzu demgegenüber keine Angaben, so dass grundsätzlich auch darüber hinaus gehende Schweregrade berücksichtigt werden könnten. Sind die Kriterien einer schwerergradigen depressiven, Angst- und/oder somatoformen Störung erfüllt, sollte - um Missverständnisse auszuschließen - jeweils die konkrete Symptomatik einschließlich des Schweregrades mit dem Zusatz „im Rahmen einer misslungenen Anpassung“ diagnostiziert werden (s. Abb. 5).

Tab. 7 Synopsis der Unterschiede in der Beschreibung von Anpassungsstörungen im ICD-10 und DSM-IV

Kriterium	ICD-10	DSM-IV
Beginn der Symptomatik	Innerhalb 1 Monats nach dem belastenden Ereignis	Innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Belastung
Dauer der Symptomatik	Meist nicht länger als 6 Monate, außer bei der längeren depressiven Reaktion (aber nicht länger als 2 Jahre)	Wenn die Belastung (oder deren Folgen) beendet ist, dauern die Symptome nicht länger als weitere 6 Monate an
Subgruppen des Verlaufs	Nicht definiert	Akut: < 6 Monate Chronisch: > 6 Monate (bei anhaltenden Belastungsfolgen)
Schweregrad der Symptomatik	Leichter depressiver Zustand	Nicht definiert

Den Anpassungsstörungen zuzuordnen sind auch sog. „subsyndromale“ Typen einer PTBS [Kohl 2001]. Nach einem Trauma muss sich nicht zwangsläufig das „Vollbild“ einer PTBS ausbilden, sondern es finden sich nicht selten lediglich Teilsymptome, welche die Diagnose einer PTBS nach den ICD-10 oder DSM-IV-Kriterien nicht erlauben.

Diagnostische Kriterien

Definitionsgemäß handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, aufgrund derer soziale Funktionen und Leistungen behindert sind, und die während des Anpassungsprozesses

- nach einer entscheidenden Lebensveränderung,
- nach einem belastenden Lebensereignis oder
- nach schwerer körperlicher Krankheit

auftreten können. Die individuelle Disposition oder Vulnerabilität spielt dabei eine wesentlich größere Rolle als bei der PTBS. Die Aussage in der ICD-10-Klassifikation, wonach „dennoch“ davon auszugehen sei, dass das Krankheitsbild „ohne die Belastung nicht aufgetreten wäre“, hat erhebliche gutachtliche Bedeutung. Die Diagnose sollte daher nur bei klarer kausaler Verknüpfung mit einer geeigneten Ursache gestellt werden.

Symptomatisch handelt es sich bei Anpassungsstörungen meist um

- Angst, Verzweiflung, Reizbarkeit, Ärger, Aggression und Wut,
- Bedrückung, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Schuld und affektive Instabilität,
- Schlaf-, Appetit- und sexuelle Funktionsstörungen sowie somatoforme Symptome,
- Vermehrter Substanzgebrauch sowie das Auftreten von autoaggressiven und suizidalen Handlungen, und/oder
- Vernachlässigung beruflicher, sozialer und interpersoneller Verpflichtungen.

Subtypen von Anpassungsstörungen

Darüber hinaus werden in der hierzu gegenüber dem DSM-IV etwas klarer strukturierten ICD-Klassifikation verschiedene Subtypen von Anpassungsstörungen beschrieben:

- Kurze depressive Reaktion bis 1 Monat (F43.20)
- Längere depressive Reaktion bis 2 Jahre (F43.21)
- Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22)
- Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23) bei multiplen affektiven Qualitäten wie Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger
- Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24)
- Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F43.25)
- Mit sonstigen spezifischen Symptomen (F43.28)

Verlauf und Prognose

Zur Frage des Verlaufs von Anpassungsstörungen liegen nur wenige Studien vor, die nach einmaligem Ereignis überwiegend einen günstigen Verlauf beschreiben. Allerdings zeigten 17-18% nach 2 Jahren noch anhaltende Symptome, letztlich vergleichbar den Angaben für die PTBS [Bronisch 1991, Greenberg et al. 1995], wobei allerdings Fragen der Kausalität nicht diskutiert wurden. Gemäß den o.g. Vorgaben des ICD-10-Katalogs sind gutachtlich Anpassungsstörungen nach einem **einmaligen** belastenden Ereignis oder einer Lebensveränderung für nicht länger als 6 Monate und nur im begründeten Einzelfall bis zu 2 Jahren anzuerkennen. Bei über 6 Monaten anhaltenden Symptomen sind daher hohe Ansprüche sowohl an die psychische und/oder physische Primärschädigung als auch an den Nachweis weiter bestehender relevanter psychischer Beeinträchtigungen zu stellen.

Einen wesentlichen Sonderfall stellen Betroffene mit **anhaltenden** schwereren körperlichen Schädigungsfolgen dar (s. auch Kap. 3.2.2). In diesem Fall ist auf die DSM-IV-Klassifikation zu verweisen, die ausdrücklich beschreibt, dass bei anhaltender Belastungssituation eine Anpassungsstörung auch in einen chronischen Verlauf übergehen kann. Demnach ist ein - bis zu 6 Monaten verzögertes - Abklingen der Symptomatik in einer derartigen Situation nur dann zu erwarten, wenn auch die anhaltende Belastung durch den körperlichen Folgeschaden nachweislich abgeklungen ist.

„Posttraumatische Verbitterungsstörung“

Eine spezielle Form einer Anpassungsstörung wurde von Linden et al. [2004] als „posttraumatische Verbitterungsstörung“ (Posttraumatic Embitterment Disorder, PTED) beschrieben. Zwar wurde durch Anwendung von A-D-Kriterien (Tab. 8) eine bewusste Nähe zur posttraumatischen Belastungsstörung geschaffen. Die wesentlichen Unterschiede zur posttraumatischen Belastungsstörung liegen jedoch zum einen in der Symptomatik selbst und zum anderen darin, dass es sich bei den äußeren Ereignissen um zwar negative, möglicherweise auch belastende Ereignisse, aber keinesfalls um außergewöhnliche Lebensereignisse handelt. Gemäß den rechtlichen Vorgaben ist in diesen Fällen ein Kausalzusammenhang im Allgemeinen zu verneinen, da Folgen alltäglicher Ereignisse in allen Rechtsgebieten nicht entschädigungspflichtig sind.

Tab. 8 Kriterien der sog. „posttraumatischen Verbitterungsstörung“ [nach Linden et al. 2004]. Beachte die „Ähnlichkeit“ der Kriterien mit denen der posttraumatischen Belastungsstörung.

Kriterium	Merkmale
A	Die folgenden drei Kriterien müssen erfüllt sein: (1) Die Betroffenen haben ein einschneidendes persönliches Ereignis erlebt bzw. eine einschneidende persönliche Erfahrung gemacht, die sie äußerst gekränkt, herabgewürdigt oder verbittert hat (2) Das kritische Lebensereignis wird als ungerecht erlebt mit dem Gefühl, dass das Schicksal oder der Verursacher nicht fair mit ihnen umgegangen ist (3) Das Ereignis ist den Betroffenen bewusst und hat ihre psychische Befindlichkeit deutlich und anhaltend negativ verändert
B	Von den folgenden drei Kriterien müssen mindestens zwei vorliegen: (1) Die Betroffenen erleben rezidivierend sich aufdrängende und belastende Erinnerungen (2) Die Betroffenen erleben Gedanken oder Träume an das kritische Lebensereignis und/oder zeigen heftige emotionale Reaktionen, wenn sie an das Ereignis erinnert werden (3) Die ausgeprägte affektive Reaktion wird von den Betroffenen häufig als Verbitterungsgefühl wahrgenommen
C	Von den folgenden acht Kriterien müssen mindestens 4 erfüllt werden: (1) Tatsächliche oder mögliche Meidung von Orten oder Personen, die an das kritische Lebensereignis erinnern (2) Beeinträchtigung familiärer Aktivitäten (3) Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten (4) Beeinträchtigung von Hobbys, Freizeitaktivitäten und sozialen Aktivitäten (5) Erhebliche Selbstvorwürfe, Ärger auf sich selbst (6) Häufig gedrückte Grundstimmung (7) Häufig gereizte Grundstimmung (8) Bei Ablenkung kurzfristig normale Stimmungslage möglich
D	Die beiden folgenden Kriterien müssen erfüllt sein: (1) Dieses Verhalten und Erleben bestand nicht vor dem belastenden Ereignis. (2) Dieses Verhalten und Erleben bestand seit mindestens 6 Monaten

– **Statement 13**

Anpassungsstörungen sind eine wenig scharf definierte Kategorie psychischer Störungen. Nach einmaligen psychischen Traumen klingen Anpassungsstörungen definitionsgemäß im Verlauf von Monaten bis maximal 2 Jahren ab. Länger anhaltende Anpassungsstörungen sind nur bei anhaltendem Stressor (z.B. anhaltende schwere körperliche Schädigungsfolgen) zu diagnostizieren und ggf. als Schädigungsfolge anzuerkennen.

2.2.4 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)

Es handelt sich um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die bei Menschen ohne vorbestehende psychopathologische Auffälligkeiten nach extremer oder **übermäßig lang anhaltender Belastung** oder nach schwerer psychischer Krankheit entstehen können. Das klinische Bild ist dabei durch ein Spektrum charakteristischer Symptome gekennzeichnet (Tab. 9). Gutachtlich wichtig ist, dass einmalige äußere Ereignisse definitionsgemäß grundsätzlich nicht zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung führen können. Entwickeln sich derartige Symptome nach einem lediglich einmaligen Ereignis, sind diese gemäß ICD-10-Definition einer vorbestehenden psychischen Vulnerabilität zuzuordnen.

Tab. 9 Symptomatik andauernder Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber
Sozialer Rückzug
Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit
Chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein
Entfremdungserlebnisse

– **Statement 14**

Die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ist nur bei lang anhaltender Traumatisierung, nicht jedoch nach einem einmaligen psychischen Schädigungsereignis zu stellen.

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

Diese Gruppe stellt im ICD-10-Katalog eine „Restkategorie“ dar. Definiert ist sie als Gruppe von Symptomen, vereinbar mit und ursprünglich verursacht durch eine gesicherte körperliche Störung, Krankheit oder Behinderung, die wegen des psychischen Zustandes des Betroffenen aggraviert werden oder länger anhalten. Es entwickelt sich ein aufmerksamkeitsuchendes (histrionisches) Verhalten mit zusätzlichen, meist unspezifischen Beschwerden nicht körperlichen Ursprungs. Der Betroffene ist meist durch seine Schmerzen oder die Behinderung beeinträchtigt und „von möglicherweise berechtigten Sorgen über eine länger dauernde oder zunehmende Behinderung oder Schmerzen beherrscht“. Gemäß ICD-10 können „Unzufriedenheit mit dem Er-

gebnis der Behandlungen und Untersuchungen oder Enttäuschung über mangelnde persönliche Zuwendung“ ebenfalls motivierende Faktoren für das Auftreten der Störung sein. Auch die Möglichkeit, eine finanzielle Entschädigung nach Unfällen oder Verletzungen zu erhalten, kann zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen, die selbst dann nicht verschwindet, wenn ein Rechtsfall erfolgreich beendet ist.

In dieser Gruppe ist als dazugehöriger Begriff die sogenannte „Rentenneurose“ genannt. Hierbei handelt es sich um einen nicht definierten, obsoleten Begriff, der in keinem Krankenblatt und in keinem Gutachten mehr erscheinen sollte [Foerster 2004]. Gleiches gilt für zahlreiche ähnliche Begriffe wie Begehrens-, Entschädigungs-, Rechts- und Tendenzneurose.

Trotzdem der genannten Vorbehalte erfreut sich der Begriff der „**Rentenneurose**“ vor allem im Haftpflichtrecht nach wie vor großer Beliebtheit. Juristischerseits wird die „Rentenneurose“ als eine Flucht in körperliche Beschwerden bzw. eine durch Begehrensvorstellungen geprägte Verweigerungshaltung beschrieben. In diesen Fällen stelle das Unfallereignis nur einen rein zufälligen, seinem Wesen nach auswechselbaren Kristallisationspunkt für die Kompensation innerer Konflikte dar⁵⁷. Insoweit handle es sich um eine außerhalb des Schutzzwecks (des jeweiligen Rechtsgebiets) liegende Verwirklichung eines allgemeinen Lebensrisikos, die jeder selbst zu tragen habe⁵⁸. In medizinischen Gutachten sollte der Begriff der „Rentenneurose“ nicht mehr verwendet werden.

Den Gegensatz hierzu stellt in der Rechtsprechung die „**Konversionsneurose**“ dar. Bei dieser bestehe die Kompensation nicht in direkter Gesundungs-, bzw. Arbeitsverweigerung. Der Geschädigte konvertiere stattdessen den ihm zugefügten Schmerz in (andere) somatische Beschwerden, die dann ihrerseits seine Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen bzw. seine Gesundheit behindern⁵⁹. Der Unfall werde hier zwar unbewusst zum Anlass für die Kompensation latenter innerer Konflikte genommen, andererseits sei das Unfallereignis jedoch nicht nur irgendein beliebiger austauschbarer Kristallisationspunkt, weswegen „Konversionsneurosen“ entschädigungswürdig seien.⁶⁰

– Statement 15

Die „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ stellt gutachtlich eine Restkategorie dar, die üblicherweise - aufgrund der zugrunde liegenden Entschädigungswünsche - nicht zur Anerkennung von Schädigungsfolgen führt.

2.2.6 Sonstige psychoreaktive Störungen

Neben den genannten Hauptgruppen psychoreaktiver Störungen können weitere psychopathologische Syndrome nach äußeren Ereignissen auftreten, wobei in den nachfolgend genannten Fällen die Kausalitätsbeurteilung in der Regel jedoch schwierig und ein Zusammenhang mit dann ggf. auch dauerhaften Symptomen im Allgemeinen nur in zwei Fällen anzuerkennen ist:

- Nachweis einer seelischen Traumatisierung im Sinne der PTBS, die dann auch vergleichbar zu begutachten ist.
- Anhaltende körperliche Schädigungsfolgen, die intensiv emotional belegt sind (z.B. Verletzung der Genitale, entstellende Narben, Verlust von Gliedmaßen, schwerer Tinnitus).

⁵⁷ BGHZ 20, 137 ff.; BGH NJW 1965, 2293; BGH NJW 1979, 1936

⁵⁸ Deusch VersR 1993, 1041 ff.

⁵⁹ Ritter DAR 1992, 47 ff.

⁶⁰ BGH NJW 1986, 777; BGH NJW 1993, 1523

Depressive Episode (F32)

Zeigen sich nach einem traumatischen Ereignis im Vordergrund stehende depressive Symptome, die den Schweregrad einer leichten depressiven Störung überschreiten, sollten diese nach der ICD-10-Systematik nicht als „Anpassungsstörung“ verschlüsselt werden (s. Kap. 2.2.3), selbst wenn diese gleichermaßen im Rahmen einer misslungenen Anpassung an ein Ereignis auftreten. Da nach allgemeinem Kenntnistand nahezu ein Viertel der Allgemeinbevölkerung im Laufe ihres Lebens eine depressive Episode entwickelt - davon 5-6% eine schwere Symptomatik - sind in derartigen Fällen allerdings – vor allem bei gleichzeitig auftretenden paranoiden Anteilen – hohe Anforderungen an bestehende „Brückensymptome“ zu stellen, um einen Zusammenhang als wahrscheinlich anzuerkennen (s. Kap. 3.2.2).

Dissoziative Störungen (F44)

Diese Syndrome wurden früher als hysterische Entwicklungen benannt. In Anbetracht der herabsetzenden Bedeutung dieses Wortes sollte die Formulierung im klinischen und gutachtlichen Kontext nicht mehr auftauchen. Konversionsstörungen äußern sich durch motorische, sensorische und sensible Funktionsstörungen, durch nicht-epileptische Anfälle, durch sexuelle Begleitsymptome und in schweren Fällen durch die Desintegration psychischer Funktionen. Anhaltende Konversionsstörungen sind - zumindest im Öffentlichen Recht - üblicherweise nicht als Schädigungsfolge anzuerkennen, es sei denn, anhaltende schwerere körperliche Schädigungsfolgen hätten „wesentlich“ zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Symptomatik beigetragen. Andernfalls ist davon auszugehen, dass schädigungsunabhängige „neurotische“ Mechanismen bei Weitem überwiegen.

Somatoforme Störungen (F45)

Charakteristikum dieser Störungen ist die wiederholte Schilderung und Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Feststellung, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Zahlenmäßig im Vordergrund stehen somatoforme Schmerzstörungen mit nicht oder nicht hinreichend erklären Schmerzsyndromen, die sich spontan oder im Gefolge traumatischer Ereignisse entwickeln. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung kann im Einzelfall entschädigungspflichtig sein, wenn diese durch eine zugrunde liegende körperliche Schädigungsfolge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit „wesentlich mitverursacht“ wurde (Öffentliches Recht) oder ohne die körperliche Schädigungsfolge nicht aufgetreten wäre (Haftpflichtrecht).

–Statement 16

Die kausale Zuordnung schwerergradigerer Depressionen, somatoformer und/oder dissoziativer Störungen erfordert stets eine eingehende Diskussion in Abgrenzung zu schädigungsunabhängigen konkurrierenden Faktoren, da derartige Erkrankungen häufig auch spontan oder im Rahmen alltäglicher Lebensereignisse auftreten.

3. Gutachtliche Kriterien

Entsprechend den rechtlichen Vorgaben erfolgt die gutachtliche Bewertung möglicher psychischer Schädigungsfolgen in 4 Schritten:

- Im ersten Schritt gilt es die einzelnen **Glieder der Kausalkette** (Schädigungsereignis, Primär- und Sekundärschaden) herauszuarbeiten. Mit Ausnahme des Sekundärschadens, der im Zivilrecht und der Dienstunfallfürsorge der Beamten lediglich mit „überwiegender Wahrscheinlichkeit“ vorliegen muss, müssen in allen Rechtsgebieten sämtliche Glieder der Kausalkette „ohne vernünftigen Zweifel“ („Vollbeweis“) nachweisbar sein (Tab. 10). Sind einzelne Glieder nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit zu klären, erübrigt sich jede weitere Zusammenhangsdiskussion. Die Beweislast hierfür trägt in allen Rechtsgebieten der Versicherte, ein „in dubio pro aegroto“ ist nicht vorgesehen.

Tab. 10 Unterschiedliche Beweismaße bei der Zusammenhangsbegutachtung in den verschiedenen Rechtsgebieten

	Gesetzliche Unfallversicherung Soziales Entschädigungsrecht	Private Unfallversicherung Haftpflichtversicherung Dienstunfallfürsorge
Glieder der Kausalkette		
Schädigungsereignis	Vollbeweis	Vollbeweis
Primärschaden		Überwiegende Wahrscheinlichkeit
Sekundärschaden		
Zusammenhangsbeurteilung		
Primärschaden durch Schädigungsereignis verursacht	Überwiegende Wahrscheinlichkeit	Vollbeweis
Sekundärschaden durch Primärschaden verursacht		Überwiegende Wahrscheinlichkeit

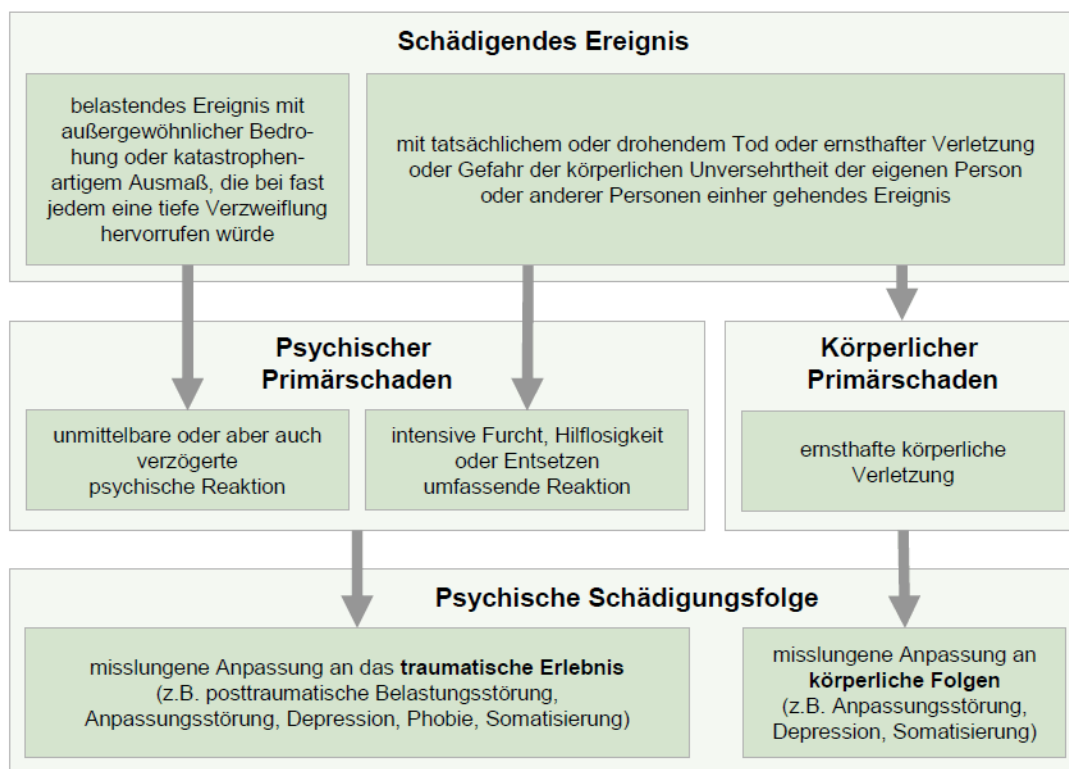
- Im zweiten Schritt sind mögliche **konkurrierende Faktoren** möglichst genau zu erfassen. Hierzu gehören der Vorzustand (Schadensanlage, Vorerkrankungen), nach dem Ereignis aufgetretene schädigungsunabhängige psychische Belastungsfaktoren sowie bewusstseinsnahe Wünsche nach Versorgung und Kompensation. Die Beweislast für schädigungsfremde Faktoren trifft in allen Rechtsgebieten den Versicherer. Ein nicht „vollbeweislich“ nachweisbarer psychischer Vorschaden ist demnach zu Gunsten des Versicherten zu bewerten.
- Erst im dritten Schritt erfolgt die eigentliche **Zusammenhangsbeurteilung** unter kritischer Würdigung möglicher konkurrierender Faktoren und unter Berücksichtigung der rechtlichen Bedingungen.
- Kann ein Zusammenhang mit dem Schädigungsereignis mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit (je nach Rechtsgebiet „Vollbeweis“ oder „überwiegende Wahrscheinlichkeit“) hergestellt werden, ist im vierten und letzten Schritt eine **Quantifizierung** der nachweisbaren psychischen Symptomatik vorzunehmen. Auch hier sind die bereits in Kapitel 1.4 genannten Unterschiede in den verschiedenen Rechtsgebieten zu beachten.

3.1 Erfassung des Primärschadens

Zwar mag im Einzelfall auch die Frage, ob überhaupt ein Schädigungsereignis vorgelegen hat, von Bedeutung sein. Die Beurteilung des Primärschadens stellt in der Begutachtung von Unfallfolgen oder sonstigen schädigenden Ereignissen jedoch regelmäßig die entscheidende „Eingangspforte“ für die gutachtliche Kausalitätsdiskussion dar. Nur wenn ein psychischer und/oder körperlicher Primärschaden „ohne vernünftigen Zweifel“ nachgewiesen werden kann, sind bei später geklagten Beschwerden in einem zweiten Schritt Zusammenhangsfragen zu erörtern. Bei nicht nachweisbarem Primärschaden erübrigt sich demgegenüber jede weitere Diskussion. Insbesondere auch das Vorgehen, von einer später erkennbaren psychischen Symptomatik auf einen psychischen „Primärschaden“ zu schließen, stellt einen groben gutachtlichen Fehler im Sinne des „post hoc ergo propter hoc“ dar.

Der für eine sich entwickelnde psychische Symptomatik maßgebliche Primärschaden kann dabei sowohl seelischer als auch körperlicher Art sein. Entsprechend sind zwei unterschiedliche „Wege“ zu berücksichtigen (Abb. 8).

Abb. 8 Mögliche Entwicklungswege länger anhaltender psychischer Folgen nach Unfällen oder sonstigen traumatischen Ereignissen aus gutachtlicher Sicht [aus Foerster u. Widder 2011]



3.1.1 Psychischer Primärschaden

Ein möglicher psychischer Primärschaden setzt sich aus zwei Komponenten zusammen:

Objektiver Schweregrad des Ereignisses

Generell erhöht ein zunehmender Schweregrad eines äußeren Ereignisses, sofern dieses auch in belastender Weise erlebt wird, das Risiko für die Entwicklung einer psychopathologischen Symptomatik. Der Schweregrad des körperlichen Schadens kann beispielsweise mit Hilfe des Injury Severity Score (ISS) abgeschätzt werden (Tab. 11). Der Zusammenhang ist jedoch relativ marginal [Mayou u. Bryant 2001], was auch von höchstrichterlicher Seite in dieser Form gesehen wird.

Tab. 11 Einschätzung des Schweregrades eines Unfallereignisses nach dem Injury Severity Score (ISS) [nach Baker et al. 1974]. Die Punktwerte der drei am stärksten betroffenen Körperregionen werden zunächst quadriert und danach aufsummiert. Ein ISS < 4 entspricht einer geringfügigen, ein ISS 4-8 einer mäßigen Schädigung. Bei einem ISS > 8 ist von einer schwerwiegenden Schädigung auszugehen.

Körperregion	Verletzung						
	Keine	leicht	mäßig	ernst	Schwer	lebens- bedrohlich	tödlich
Kopf/Hals	0	1	2	3	4	5	6
Gesicht	0	1	2	3	4	5	6
Thorax	0	1	2	3	4	5	6
Abdomen	0	1	2	3	4	5	6
Extremitäten	0	1	2	3	4	5	6

- **Öffentliches Recht (BSG vom 9.5.2006 - B 2 U 26/04 R u. B 2 U 1/05 R)**
- ... Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. ... berechtigt jedoch nicht zu dem ... Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen, wie es im Fall des Klägers vorgelegen hat, ein gegenüber der Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne weiteres zu unterstellen ist.
- ... (die Festlegung einer ungeeigneten Unfallereignisses) setzt voraus, dass es möglich ist, in quantitativer und qualitativer Hinsicht zu bestimmen, bis zu welcher Intensität ein Unfall bei keinem Versicherten eine psychische Unfallfolge wesentlich verursachen kann. Derartiges ist den genannten Standardwerken in dieser Absolutheit für kein Unfallgeschehen zu entnehmen.
- **Haftpflichtrecht (BGH vom 11.11.1997 - VI ZR 376/96)**
- „... Danach kann bei geringfügigen Verletzungen des Körpers oder der Gesundheit ohne wesentliche Beeinträchtigung der Lebensführung und ohne Dauerfolgen eine Entschädigung versagt werden, wenn es sich nur um vorübergehende, im Alltagsleben typische und häufig auch aus anderen Gründen als einem besonderen Schadensfall entstehende Beeinträchtigungen des Körpers oder des seelischen Wohlbefindens handelt. Damit sind also Beeinträchtigungen gemeint, die sowohl von der Intensität als auch der Art der Primärverletzung her nur ganz geringfügig sind und üblicherweise den Verletzten nicht nachhaltig beeindrucken, weil er schon aufgrund des Zusammenlebens mit anderen Menschen daran gewöhnt ist, vergleichbaren Störungen seiner Befindlichkeit ausgesetzt zu sein.
- ... Über ein derartiges Schadensbild gehen aber die vorliegend festgestellten Verletzungen des Klägers offensichtlich hinaus, wie bereits daraus erhellt, dass eine Schädelprellung mit HWS- Schleudertrauma für das Alltagsleben nicht typisch, sondern regelmäßig mit einem besonderen Schadensfall verbunden ist und vorliegend die Verletzung unstreitig auch eine mehrtägige Arbeitsunfähigkeit des Klägers zur Folge hatte.

Nach Leonhardt [2002] ergeben sich aus der Kombination zwischen dem Schweregrad des Traumas und der prätraumatischen Persönlichkeit bereits wesentliche Aussagen für die gutachtliche Einschätzung (Tab. 12).

Tab. 12 Mögliche Kombinationen zwischen dem Schweregrad eines Traumas und der prätraumatischen Persönlichkeitsstruktur mit den hieraus resultierenden gutachtlichen Weiterungen [nach Leonhardt 2002]

Traumatisches Ereignis	Prätraumatische Persönlichkeit	Gutachtliche Einschätzung
Schwer	Unauffällig	Ursächlicher Zusammenhang ist in der Regel zu bejahen, da bei einer massiven Traumatisierung die Frage einer persönlichen Vulnerabilität in den Hintergrund tritt
Weniger schwer		In diesen häufig schwierigen Fällen ist zu prüfen, ob eine spezielle Qualität des Ereignisses im Sinne eines besonderen Erlebnisses bestanden hat, aus der die Störung individuell abgeleitet werden kann
Schwer	Vorbestehende psychopathologische Symptomatik	In diesen Fällen ist zu prüfen, ob eine andere, neue psychopathologische Symptomatik durch das Trauma verursacht wurde
Weniger schwer		Ein Zusammenhang - ggf. im Sinne der Verschlimmerung – ist dann zu bejahen, wenn es sich bei dem Ereignis um ein für den Betroffenen spezifisches Erlebnis gehandelt hat

Subjektiver Schweregrad des Ereignisses

Hierbei ist herauszuarbeiten, welche konkrete, außergewöhnliche seelische Beeindruckung durch das Schädigungsereignis auftrat. Besondere Bedeutung kommt dabei dem peritraumatischen Erleben zu [Leonhardt u. Foerster 2003]. Im Allgemeinen zwingende Voraussetzung für die Anerkennung eines „fassbaren“ psychischen Primärschadens ist der klare Nachweis von Symptomen einer akuten Belastungsreaktion bzw. des A2-Kriteriums der posttraumatischen Belastungsstörung nach der DSM-IV-Nomenklatur mit „intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ unmittelbar nach dem Ereignis, insbesondere auch einschließlich dokumentierter (!) Derealisations-, Depersonalisations- und dissoziativer Erlebnisse [Fabra 2003]. Sind unmittelbar in zeitlichem Zusammenhang mit dem Schädigungsereignis psychische Symptome nachweisbar, werden diese auch als „Brückensymptome“ bezeichnet, da sie die „Brücke“ zwischen dem Schädigungsereignis und der Gesundheitsschädigung herstellen. Eine Ausnahme bilden lediglich „katastrophale“, überwältigende Ereignisse, die bei **„fast jedem“** eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden, und die im Einzelfall erst mit Verzögerung bewusst erlebt werden (s. Kap. 2.2.2). Typische Fragen zur Einschätzung der peritraumatischen Situation bei den gutachtlich am häufigsten vorkommenden PKW-Unfällen finden sich in Tabelle 13.

„Brückensymptome“

Bei der Beurteilung der haftungsausfüllenden Kausalität wird nicht selten der Begriff der „Brückensymptome“ benutzt. Dieser stammt aus dem Beweisrecht und wird im Zusammenhang mit Indizienbeweisen gebraucht. Demnach stellt z.B. das zeitlich unmittelbare Auftreten typischer Symptome einer Gesundheitsstörung die „Brücke“ zwischen einem Schädigungsereignis und einer ansonsten retrospektiv nicht mehr ausreichend beweisbaren Gesundheitsschädigung dar. Die Argumentation mit Brückensymptomen ist in der medizinischen Begutachtung immer dann erforderlich, wenn die anspruchsausfüllende Kausalität nur indirekt herzustellen ist, d.h. wenn das Vorliegen einer Gesundheits-

schädigung („Primärschaden“) nicht anhand von Beweistatsachen wie z.B. einem Röntgenbild oder einem intra-operativen Befund geklärt werden kann.

Tab. 13 Leitfragen zur Einschätzung eines psychischen „Primärschadens“ bei PKW-Unfällen [nach Foerster u. Widder 2011]

Konnten bei der (zeitnahen) polizeilichen Unfallaufnahme klare Angaben gemacht werden?
Wie erfolgte die Verbringung des Fahrzeugs (selbst nach Hause gefahren, Organisation des Abschleppdienstes usw.)?
Wie war die psychische Situation beim Eintreffen im Krankenhaus bzw. beim Arzt (laut Aktenlage und nach eigener Einschätzung des Probanden)?
Bestand eine „Amnesie“ ohne erkennbares Schädelhirntrauma?
Sind (andere) dissoziative Störungen unmittelbar nach dem Unfall zu eruieren?
Wie wurde die weitere Versorgung im Krankenhaus erlebt?

Spezielle Probleme ergeben sich, wenn für das Unfallereignis und die erste Zeit danach eine Amnesie angegeben wird. Hier wird von verschiedenen Seiten die Ansicht vertreten, dass eine posttraumatische Belastungsstörung – im Analogschluss gilt dies auch für Anpassungsstörungen – grundsätzlich nicht auftreten könne, da das A-Kriterium des bewussten Unfallerlebens nicht vorliege. Die zwei folgenden Fallkonstellationen sind dabei zu unterscheiden:

- **Amnesie bei nachgewiesener Hirnschädigung:** Zwar gilt die bewusste Wahrnehmung eines schweren Unfallereignisses erwartungsgemäß als wesentlicher Prädiktor für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung [Gil et al. 2005]. Auf der anderen Seite finden sich aus den vergangenen Jahren zahlreiche Studien, die trotz des Vorliegens einer primären Bewusstlosigkeit bzw. traumatisch bedingten Amnesie die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung beschreiben [Glaesser et al. 2005, Creamer et al. 2005]. Die Ursache hierfür ist unklar [Bryant et al. 2000], diskutiert werden u.a. verbliebene „Gedächtnisinseln“ oder auch neuroendokrinologische Faktoren [Flesher et al. 2001]. Bemerkenswert erscheint dabei, dass bei einer Amnesie von weniger als 1 Stunde die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung wesentlich höher lag als bei längeren Bewusstseinsstörungen, so dass hier auch Überschneidungen mit dissoziativen Amnesien zu diskutieren sind.
- **Amnesie ohne nachgewiesene Hirnschädigung:** Die zahlenmäßig weitaus häufigeren Fälle machen leichte Schädel-Hirn-Traumen mit allenfalls kurz dauernder Bewusstlosigkeit und/oder retrograder Amnesie aus. Nicht eben selten wird hier durch zahlreiche medizinische und neuropsychologische Untersuchungen „ex post“ versucht, ein organisches Psychosyndrom durch eine wie auch immer geartete Hirnschädigung zu beschreiben, das aufgrund der Unfallschwere und der initialen Befunde einschließlich bildgebender Untersuchungen schlechterdings nicht nachvollziehbar ist. In derartigen Fällen ist es Aufgabe des Sachverständigen, eine mögliche dissoziative Amnesie im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion herauszuarbeiten, die das Korrelat eines krankheitswertigen psychischen „Primärschadens“ darstellen kann. Erneut sind hier allerdings hohe Anforderungen an den zeitnahen Nachweis einer tatsächlich stattgefundenen dissoziativen Reaktion zu stellen. Spätere Angaben von Betroffenen hierzu müssen mit erheblichem Vorbehalt bewertet werden.

3.1.2 Körperlicher Primärschaden

Entwickelt sich eine psychische Symptomatik aufgrund eines körperlichen Schadens, stellt dieser den Primärschaden im rechtlichen Sinne dar, und psychische Funktionsstörungen – sofern ein Zusammenhang mit dem körperlichen Schaden bejaht wird – sind als „mittelbare Unfallfolgen“ zu interpretieren. Ursache einer dann als „misslungene Anpassung an die körperlichen Unfallfolgen“ einzuschätzenden psychischen Symptomatik können sowohl das Erlebnis der körperlichen Beeinträchtigung (z.B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen) als auch der erforderlichen Behandlung (z.B. intensivmedizinische Therapie, operative Eingriffe, lange Krankenhausaufenthalte) sein.

Für die Anerkennung einer derartigen mittelbaren Unfallfolge sind zwei Forderungen Grundvoraussetzung:

- Der körperliche Schaden ist so schwerwiegend, dass er im Vergleich zu „alltäglichen“ körperlichen Beeinträchtigungen überhaupt für geeignet erachtet wird psychische Störungen hervorzurufen.
- Es handelt sich um einen anhaltenden körperlichen Schaden mit auch anhaltenden Beeinträchtigungen. Andernfalls kann allenfalls von einer vorübergehenden Anpassungsstörung gesprochen werden, die gemäß DSM-IV nach Abklingen der Belastungsfaktoren in einem Zeitraum von 6 Monaten wieder verschwindet (s. Tab. 7).

– Statement 17

Im wesentlichsten Schritt der Zusammenhangsbegutachtung gilt es den Primärschaden zu sichern, der sowohl seelischer als auch körperlicher Art sein kann. Er erfordert in allen Rechtsgebieten den „Vollbeweis“. Marker eines psychischen Primärschadens ist vor allem eine in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem Schädigungsereignis dokumentierte akute Belastungsreaktion. Mit zeitlicher Latenz zum Schädigungsereignis auftretende psychische Symptome sind im Allgemeinen nur dann als psychischer Primärschaden zu werten, wenn ein auch nach objektiven Kriterien katastrophales Ereignis vorlag, das erst mit Verzögerung dem bewussten Erleben zugänglich wurde.

3.2 (Möglicher) psychischen Sekundärschaden

Zunächst unabhängig von allen Kausalitätsbetrachtungen gilt es hier zu klären, ob überhaupt und welches mit Funktionsbeeinträchtigungen einher gehende psychische Krankheitsbild vorliegt. Die Diagnosestellung hat zumindest im Öffentlichen Recht zwingend nach ICD-10- bzw. DSM-IV-Kriterien zu erfolgen. Zur den Erfordernissen für die Diagnosesicherung sei auf , die entsprechende Literatur und vorliegende Leitlinien verwiesen. Wie bereits oben erwähnt, sind in den verschiedenen Rechtsgebieten formale Unterschiede zu beachten:

- Im **Öffentlichen Recht** sind psychische Gesundheitsstörungen stets im „Vollbeweis“ zu sichern, was im Einzelfall, z.B. bei erheblicher bewusstseinsnaher Aggravation von Beschwerden, unmöglich sein kann.
- Im **Zivilrecht** gilt demgegenüber die Beweiserleichterung des §287 ZPO, wonach diese lediglich mit „überwiegender Wahrscheinlichkeit“ vorliegen müssen. Dies hat im Einzelfall durchaus Konsequenzen, wenn eine unvollständige Aktenlage vorliegt und konkurrierende Erkrankungen zwar im Raum stehen, sich jedoch nicht hinreichend abgrenzen lassen.

<ul style="list-style-type: none"> • Öffentliches Recht (BSG vom 9.5.2006 - B 2 U 26/04 R) • ... Voraussetzung für die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als Unfallfolge und die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund von ihnen ist zunächst die Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen, die bei dem Verletzten vorliegen und seine Erwerbsfähigkeit mindern. • ... Angesichts der zahlreichen in Betracht kommenden Erkrankungen und möglicher Schulenstreite sollte diese Feststellung nicht nur begründet sein, sondern aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erfolgen, damit die Feststellung nachvollziehbar ist (z.B. ICD 10; DSM IV). • Begründete Abweichungen von diesen Diagnosesystemen aufgrund ihres Alters und des zwischenzeitlichen wissenschaftlichen Fortschritts sind damit nicht ausgeschlossen.
--

Verwendung von Selbstbeurteilungsskalen

Als diagnostisches Hilfsmittel können neben den Algorithmen des ICD-10 und DSM-IV auch Selbstbeurteilungsskalen zum Einsatz kommen, denen in der besonderen gutachtlichen Situation jedoch keine Bedeutung als objektives Kriterium für das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung zukommt (s. auch Kap. ■). Sie sollten daher stets nur im Kontext mit dem klinisch psychischen Querschnittsbefund bewertet werden. Gängige Skalen für psychische Schädigungsfolgen, für die deutsche Übersetzungen vorliegen, sind

- **Impact of Events Scale (IES-R)** [Maercker u. Schützwohl 1998] mit Aussagen zu B-, C- und D-Kriterien,
- **Posttraumatic Stress Syndrome-10 (PTSS-10)** [Weisaeth 1993] als „Einfachskala“ mit lediglich 10 Items.

Die so gewonnenen Daten bedürfen bei gutachtlichen Fragestellungen der kritischen Interpretation, da sich mit Hilfe dieser Instrumente allein eine bewusst vorgenommene Verfälschung der Ergebnisse nicht aufdecken lässt. Außerdem zeigen sich „pathologisch“ auffällige Werte im IES-R und PTSS-10 auch im Rahmen durchaus alltäglicher Ereignissen z.B. bei Mobbing am Arbeitsplatz [Matthiesen u. Einarsen 2004].

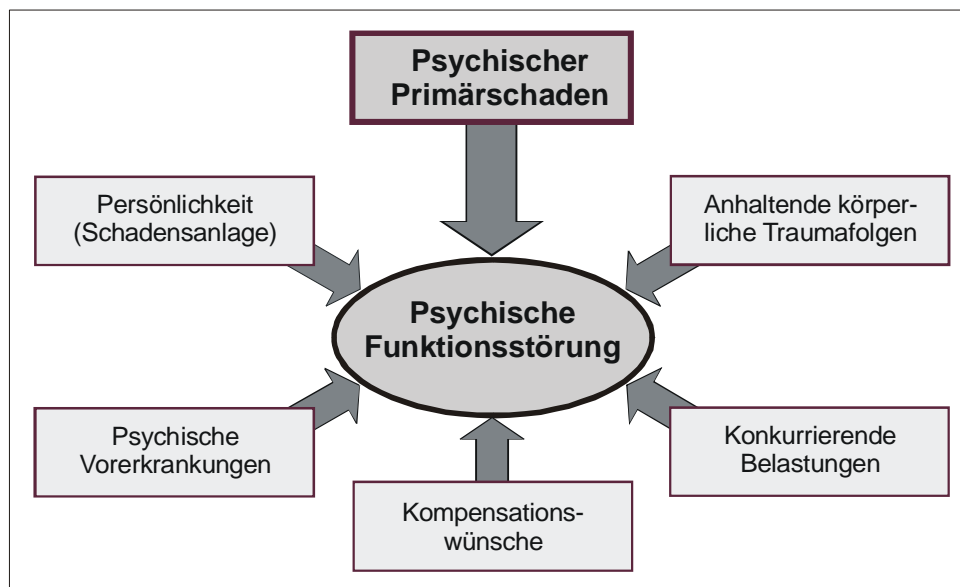
–Statement 18

Die Diagnose einer vorliegenden psychischen Störung ist nach ICD-10- oder DSM-IV-Kriterien zu stellen. Selbstbeurteilungsskalen können die diagnostische Einschätzung ergänzen, sind in der Begutachtungssituation jedoch nicht beweisend für das Vorliegen einer psychischen Störung. Zusätzlich sind die mit der psychischen Störung zusammenhängenden Funktionsbeeinträchtigungen zu bewerten.

3.3 Erfassung konkurrierender Faktoren

Regelmäßig steht die Beziehung zwischen dem unfallbedingten psychischen Primärschaden und einer bestehenden psychischen Funktionsstörung im Spannungsfeld verschiedener konkurrierender, z.T. schädigungsfremder Faktoren. Diese gilt es zuverlässig herauszuarbeiten, um sie im Kontext mit dem psychischen Primärschaden in ihrer Bedeutung abwägen zu können (Abb. 9).

Abb. 9 Schädigungsabhängige und -unabhängige Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer psychischen Funktionsstörung



3.3.1 Persönlichkeit (Schadensanlage)

In allen Rechtsgebieten wird nicht erwartet, dass die Schädigung einen gesunden Menschen trifft. Dies gilt auch für psychische Folgeschäden, die nur infolge einer besonderen Schadensanfälligkeit, einer besonderen Schadensanlage oder einer besonderen seelischen Labilität auftreten. Im Öffentlichen Recht findet diese Aussage ihre Grenzen, wenn das Unfallereignis nur „unwesentlichen“ Anteil an der Entwicklung des psychischen Schadens hat. Solange vor dem Unfallereignis keine bereits manifeste psychische Symptomatik vorlag, entbindet jedoch selbst eine ausgeprägte psychische Vulnerabilität im Allgemeinen nicht von der Entschädigungspflicht, da der Geschädigte grundsätzlich in seiner individuellen Veranlagung geschützt ist - es sei denn, die „Schadensanlage“ war so stark ausgeprägt, dass sie auch bei „alltäglichen Ereignissen“ ansprechbar gewesen wäre. Zu Details der Diagnostik des prämorbidem Zustands (s. Kap. ■).

- **Öffentliches Recht**
- **BSG vom 18.12.1962 - 2 RU 189/59, BSGE 18, 163.7:** ... Auch bei psychischen Reaktionen kann der „Anlage“ nicht in jedem Fall von vornherein eine so überragende Bedeutung beigemessen werden, dass sie rechtlich die allein wesentliche „Ursache“ ist und die vom Unfallereignis oder seinen organischen Folgen ausgehenden Einwirkungen auf die Psyche als rechtlich unwesentlich in den Hintergrund treten. Vielmehr ist 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. Hierbei wird die Schwere des Unfallereignisses - im Verhältnis zu den später vorliegenden Erscheinungen betrachtet - vielfach gewisse Anhaltspunkte geben können.
- **BSG vom 9.05.2006 - B 2 U 26/04 R:** ... Die auf der Basis dieses aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes durchzuführende Beurteilung des Einzelfalls hat in Würdigung des konkreten Versicherten zu erfolgen und darf nicht von einem fiktiven Durchschnittsmenschen ausgehen. Daher schließt eine "abnorme seelische Bereitschaft" die Annahme einer psychischen Reaktion als Unfallfolge nicht aus.
- **Haftpflichtrecht**
- **BGH vom 13.04.2000 - III ZR 120/99:** ... Scheidet aber schon eine Bagatelle aus, kommt es nicht mehr darauf an, ob das schädigende Ereignis auf eine spezielle Schadensanlage des verletzten Klägers traf, ob also dessen psychische Reaktion wegen ihres groben Missverhältnisses zum Anlass nicht mehr verständlich ist.
- **BGH vom 30.4.1996 - VI R 55/9:** ... Der Schädiger hat für seelisch bedingte Folgeschäden einer Verletzungshandlung, auch wenn sie auf einer psychischen Anfälligkeit des Verletzten oder sonst wie auf einer neurotischen Fehlverarbeitung beruhen, haftungsrechtlich grundsätzlich einzustehen. Eine Zurechnung kommt nur dann nicht in Betracht, wenn das Schadensereignis ganz geringfügig ist (Bagatelle) und nicht gerade speziell auf die Schadensanlage des Verletzten trifft. ... Es genügt vielmehr die hinreichende Gewissheit, dass die psychisch bedingten Ausfälle ohne den Unfall nicht aufgetreten wären. ... Der Grundsatz, dass eine besondere Schadensanfälligkeit des Verletzten dem Schädiger haftungsrechtlich zuzurechnen ist, gilt grundsätzlich auch für psychische Schäden, die regelmäßig aus einer besonderen seelischen Labilität des Betroffenen erwachsen.
- ... Die Tatsache, dass der Kläger durch frühere Unfälle in seiner seelischen Widerstandskraft soweit vorgeschädigt war, dass nur noch ein geringfügiger Anlass genügte, um psychische Fehlreaktionen auszulösen, kann die Beklagte nicht entlasten. Es spielt keine Rolle, dass der eigentliche Grund für die Beschwerden in der Persönlichkeit des Verletzten liegt und vom Schädiger nicht zu vertreten ist. Mag auch der Unfall in solchen Fällen nur der Auslöser der seelischen Fehlreaktionen sein, so stellt das Unfallereignis doch eine Mitursache für die psychosomatischen Folgewirkungen dar, die wie jede andere Ursache zur vollen Haftung nach § 823 BGB führt. ... Seelische Fehlreaktionen, die durch die psychische Prädisposition des Verletzten mitbedingt sind, wirken sich lediglich bei der Bemessung des Schmerzensgeldes anspruchsmindernd aus.

– **Statement 19**

Das Vorliegen einer psychischen Vulnerabilität (im gutachtlichen Kontext meist als Schadensanlage bezeichnet) schließt die Anerkennung psychischer Folgen nach einem Schädigungsereignis nicht aus, da jeder in seinem individuellen Zustand zum Zeitpunkt eines Schädigungsereignisses versichert ist.

3.3.2 Vorerkrankungen

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. Sind solche „vollbeweislich“ (!) nachweisbar, stellt sich die Frage, inwieweit das Unfallereignis zu einer vorübergehenden oder - im Einzelfall auch dauerhaften - Verschlimmerung des psychischen Vorschadens führte (s. Kap. 1.4.1). Zu einer zuverlässigen Beurteilung möglicher körperlicher und/oder psychischer Vorerkrankungen gehört in jedem Fall die Heranziehung des Krankenkassenregisters. Im Öffentlichen Recht ist dies ohne Schwierigkeiten möglich. Da hier der Grundsatz der Amtsermittlung gilt, ist die Behörde gehalten, von sich aus den Sachverhalt möglichst vollständig aufzuklären.

Im **Haftpflichtrecht** stößt die Aufklärung einer möglichen Vorerkrankung - die hier unter Begriffen wie „kumulative Kausalität“, „addierte Kausalität“ bzw. „Differenzschaden“ firmiert - häufig schnell an die Grenzen, wenn der Betroffene der Heranziehung des Vorerkrankungsregisters nicht zustimmt, die Beweislast jedoch beim Versicherer liegt. Der Sachverständige sollte ggf. auf eine derart bestehende Unsicherheit hinweisen. Aufgrund der rechtlichen Gegebenheiten ist es jedoch im Haftpflichtrecht nicht Aufgabe des Sachverständigen, Vorerkrankungen von Unfallfolgen abzugrenzen, da bei Zusammenwirken mehrerer Faktoren grundsätzlich jeder Verursacher für den ganzen Erfolg haftet (s. Kap. 1.4.5).

- **Haftpflichtrecht (BGH vom 19.04.2005 - VI ZR 175/04)**

- Wer einen gesundheitlich schon geschwächten Menschen verletzt, kann nicht verlangen so gestellt zu werden, als wenn der Betroffene gesund gewesen wäre. Dementsprechend ist die volle Haftung auch dann zu bejahen, wenn der Schaden auf einem Zusammenwirken körperlicher Vorschäden und den Unfallverletzungen beruht, ohne dass die Vorschäden "richtunggebend" verstärkt werden.

– Statement 20

Psychische Vorerkrankungen von Krankheitswert sind im „Vollbeweis“ nachzuweisen, die Beweislast liegt hier beim Versicherer. Je nach Rechtsgebiet können Vorerkrankungen zu einer verminderten Leistungspflicht des Versicherers führen.

3.3.3 *Schädigungsfremde Faktoren*

Angesichts der Vorgabe des ICD-10, wonach Anpassungsstörungen regelmäßig in einem Zeitraum von 6 Monaten, längstens jedoch von 2 Jahren abklingen, und selbst posttraumatische Belastungsstörungen „in der Mehrzahl der Fälle“ innerhalb weniger Jahre ausheilen, ist bei länger anhaltenden psychischen Störungen eingehend nach unfallunabhängigen sonstigen lebensgeschichtlichen, schädigungsfremden Faktoren zu fahnden, die in Konkurrenz zu den eigentlichen Unfallfolgen stehen. Dabei bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Rechtsgebieten. Grundsätzlich besteht jedoch für konkurrierende Faktoren in allen Rechtsgebieten die Beweispflicht des Versicherers und nicht des Betroffenen.

Öffentliches Recht

Unter einer „**Verschiebung der Wesensgrundlage**“ wird im Öffentlichen Recht die Situation verstanden, dass sich die schädigungsbedingte Störung, die dem Erscheinungsbild zunächst zugrunde lag, gebessert oder ganz zurückgebildet hat, das Leidensbild jedoch aufgrund neuer Ursachen bestehen geblieben ist. Insbesondere bei chronisch verlaufenden Entwicklungen ist daher zu prüfen, ob die Schädigungsfaktoren fortwirken oder ob schädigungsunabhängige Faktoren inzwischen überwiegend für die Chronifizierung verantwortlich sind. Gleiches gilt für psychogene Symptomverstärkungen oder Symptomfixierungen, die im Gefolge schädigungsbedingter organischer Gesundheitsstörungen auftreten⁶¹. So wird eine über 2 Jahre anhaltende Anpassungsstörung in den meisten Fällen nur dann noch als „wesentlich“ unfallbedingt anzusehen sein, wenn anhaltende psychische Stressoren (z.B. schwerere körperliche Unfallfolgen) nachweisbar sind.

- **Öffentliches Recht (BSG vom 18.12.1962 - 2 RU 189/59, BSGE 18, 163.7)**
- ... Ein rechtlich wesentlicher Zusammenhang (ist) in der Regel zu verneinen, wenn die psychischen Reaktionen ... mit persönlichen Lebenskonflikten in Zusammenhang stehen.

Haftpflichtrecht

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, wie oben genannt, allerdings vom Schädiger bzw. dessen Versicherung zu beweisen ist.

⁶¹ Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2008

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. Nicht dem Unfall zuzurechnen wäre die psychische Erkrankung natürlich dann, wenn die Kündigung aus nicht auf den Unfall zu beziehenden Gründen erfolgte und/oder bereits zuvor eine entsprechende psychosoziale Belastung bestand. Ein entsprechender Maßstab ist auch an nach dem Unfall auftretende Eheprobleme, Trennung von Partnerschaften und materielle Verluste usw. anzulegen.

–Statement 21

Mögliche schädigungsunabhängige bzw. vom Versicherungsschutz nicht erfasste „überholende“ Faktoren, die eine schädigungsbedingte psychische Störung aufrecht erhalten oder sogar verstärken, sind vom Gutachter detailliert herauszuarbeiten und im Kontext mit den Schädigungsfolgen zu bewerten.

3.3.4 Kompensationswünsche

Wünsche des Versicherten nach Gerechtigkeit oder nach Entschädigung der mit einem Schädigungsereignis verbundenen Unannehmlichkeiten oder Kränkungserlebnisse fallen sowohl im Öffentlichen als auch Haftpflichtrecht nicht unter den Versicherungsschutz. Hierzu gehören auch die Beeindruckung durch eine Auseinandersetzung am Unfallort, ein als ungebührlich empfundenes Verhalten des Schädigers oder des Versicherers während der nachfolgenden Krankheitsphase sowie die Notwendigkeit der Durchführung eines Rechtsstreites zur Durchsetzung von Ansprüchen. Auch die Frustration des Geschädigten, mit seinen Ansprüchen nicht durchzudringen, mag zwar als „Verbitterungsstörung“ (s. Kap. 2.2.3) diagnostiziert werden, fällt in der Kausalitätsdiskussion jedoch unter das Filter der „Äquivalenztheorie“ („im alltäglichen Leben vorkommendes Ereignis“). Details zur Validierung geklagter Beschwerden finden sich in Kapitel 3.5.

- **Öffentliches Recht**
- **BSG vom 18.12.1962 - 2 RU 189/59, BSGE 18, 163.7:** ... Ein rechtlich wesentlicher Zusammenhang (ist) in der Regel zu verneinen, wenn die psychischen Reaktionen wesentlich die Folge wunschbedingter Vorstellungen sind, die z.B. mit der Tatsache des Versichertenseins ... in Zusammenhang stehen.
- **BSG vom 9.5.2006 - B 2 U 1/05 R:** ... Andererseits liegt es auf der Hand, dass wunschbedingte Vorstellungen seitens des Versicherten nach einem Unfall, z.B. allgemein nach einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ("Unfall als Regressionsangebot") oder konkret auf eine Verletztenrente, einen wesentlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und nun bestehenden psychischen Gesundheitsstörungen nicht zu begründen vermögen.

– Statement 22

Wünsche nach materieller oder immaterieller Kompensation, denen kein Krankheitswert zukommt, stellen keine psychischen Schädigungsfolgen dar.

3.4 Beschwerdenvalidierung

Angesichts bestehender Kompensationswünsche, die so gut wie immer die Basis für rechtliche Verfahren im Rahmen psychischer Schädigungsfolgen und damit auch für den Gutachtenauftrag stellen, kommt der Abgrenzung zwischen tatsächlichen und nicht authentischen Beschwerden in der gutachtlichen Situation große Bedeutung zu. Dies drückt sich nicht zuletzt auch im DSM-IV aus, in dem ausdrücklich festgehalten wird: „Malingering should be ruled out in those situations in which remuneration, benefit eligibility, and forensic determinations play a role“. Konkrete Kriterien hierfür werden allerdings nicht genannt.

Grundsätzlich sind drei Formen nicht authentischer Beschwerden zu unterscheiden [Widder et al. 2007]:

- **Simulation** ist das bewusste und ausschließliche Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken wie zum Erhalt einer finanziellen Entschädigung oder anderer Privilegien. „Reine“ Simulation gehört in der Begutachtungssituation nach stattgehabten Traumen eher zu den Raritäten. Bei forensischen Begutachtungsfällen sprechen Rogers et al. [1994] allerdings von einem Anteil von bis zu 17% simulierter Symptome.
- **Aggravation** ist die bewusste verschlimmernde bzw. überhöhende Darstellung einer tatsächlich bestehenden krankhaften Störung zu erkennbaren Zwecken. Sie ist in der Begutachtungssituation häufig zu beobachten. Stevens et al. [2009] sprechen hier sogar von bis 70% der Untersuchten. Problematisch erscheint dabei, dass von der bewusstseinsnahen Aggravation fließende Übergänge zu somatoformen Störungen bestehen. Die dargebotenen Symptome werden dann nicht (mehr) bewusst erzeugt, sondern entstehen im Rahmen eines unbewussten neurotischen Prozesses, dem Krankheitswert zukommen kann.
- **Verdeutlichungstendenzen** sind demgegenüber der Begutachtungssituation angemessen und sollten nicht mit Simulation oder Aggravation gleichgesetzt werden. Es handelt sich hierbei um den mehr oder weniger bewussten Versuch, den Gutachter vom Vorhandensein der Beschwerden zu überzeugen. Zunehmende Verdeutlichung kann auch mit einem desinteressierten, oberflächlichen Untersucher zusammenhängen.

In Bezug auf psychische Schädigungsfolgen sind in Anlehnung an Hall und Hall [2007] aufgrund der erforderlichen Kausalitätsbeurteilung darüber hinaus mehrere Situationen zu bedenken:

- Es hat gar kein psychisches Trauma von Krankheitswert („Primärschaden“) stattgefunden.
- Es wird eine überhaupt nicht vorhandene Symptomatik („Sekundärschaden“) vorgetäuscht.
- Es besteht zwar eine psychoreaktive Symptomatik, diese ist jedoch nicht durch das von dem Probanden vorgebrachte, versicherte Ereignis verursacht, sondern durch eine andere trauma-

tische Situation, für die kein Entschädigungsanspruch besteht, und deren Einfluss von dem Probanden bagatellisiert wird.

- Eine leichtgradige Symptomatik im Sinne eines noch bestehenden Sekundärschadens wird massiv und bewusst übertrieben.

Angesichts der Tatsache, dass alle Symptome psychischer Schädigungsfolgen letztlich auf den subjektiven Angaben des Betroffenen beruhen und alle gängigen Fragebögen zur Erfassung psychoreaktiver Beschwerden bewusst manipuliert werden können, sollten sich Sachverständige dieser Problematik bewusst sein und in Gutachten detailliert beschreiben, aufgrund welcher konkreter Kriterien sie eine nicht authentische Beschwerdeschilderung ausschließen („rule out“).

–Statement 23

Zwar ist die bewusste Simulation psychischer Beschwerden selten, eine Aggravation bestehender Probleme und Beschwerden ist in der Begutachtungssituation jedoch häufig. Die Authentizität der Verlaufs- und Beschwerdeschilderung ist daher vom Gutachter ausführlich zu belegen. Die Beweislast kommt dabei dem zu Begutachtenden zu. Neben der Exploration können ergänzend verschiedene Tests eingesetzt werden.

3.4.1 Fragebogen und Tests

Neuropsychologische Tests von psychologischer Seite wurden in den letzten Jahren mehrere Testbatterien entwickelt, die für sich den Anspruch erheben, eine unzureichende Leistungsmotivation bei geltend gemachten neurokognitiven Defiziten zu entdecken (s. Kap. ■). Selbstverständliche Voraussetzung für einen sinnvollen Einsatz dieser Tests bei psychischen Schädigungsfolgen sind vom Probanden geklagte kognitive Beeinträchtigungen wie **Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen**.

Ein speziell für die Detektion simulierter **Affektstörungen** im Rahmen einer PTBS entwickeltes Verfahren stellt der „Morel Emotional Numbing Test“ (MENT) [Morel 1998] dar. Bei diesem gleichermaßen nach dem „forced choice“-Prinzip funktionierenden Test werden dem Probanden Bilder von Gesichtern gezeigt, die basale Emotionen ausdrücken (z.B. ein lächelndes Gesicht). Er muss diesen Gesichtern nun sprachliche Codes zuordnen (z. B. „lächelnd“ vs. „ärgerlich“). Eine über die Ratewahrscheinlichkeit hinausgehend erhöhte Fehlerrate soll auf den Versuch hindeuten, eine emotionale Stumpfheit oder Amnesie vorzutäuschen.

Selbstbeurteilungsfragebogen

Aufgrund des Versagens standardisierter PTBS-Fragebogen wie der „Impact of Events Scale“ (IES) bei simulierten Symptomen [McGuire 2002] wurde von verschiedenen Seiten versucht, „Kontrollskalen“ von Persönlichkeits- und Beschwerdefragebogen für die Erkennung vorgetäuschter Symptome heranzuziehen. Ein Überblick hierüber findet sich bei Blaskewitz und

Merten [2007]. Als Selbstbeurteilungsfragebogen In Frage kommen hier vor allem für das Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), für das mehrerer Untersuchungen vorliegen [Bury u. Bagby 2002, Elhai et al. 2004], grundsätzlich jedoch auch in das in Deutschland verbreitete Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Fremdbeurteilungsverfahren umfassen den „Miller Forensic Assessment of Symptoms Test“ (M-FAST) [Miller 2001] oder das allerdings wesentlich aufwändigere „Structured Interview of Reported Symptoms“ (SIRS) [Rogers et al. 1992].

Ein einfacher, deutschsprachig validierter Selbstbeurteilungsbogen ist der „Strukturierte Fragebogen simulierter Symptome“ (SFSS) [Cima et al. 2003]. Der Fragebogen setzt sich aus 75 Items zusammen, die 5 Skalen (niedrige Intelligenz, affektive Störung, neurologische Beeinträchtigung, Psychose, amnestische Störung) zugeordnet sind. Einfach strukturierte Probanden können hierdurch zum Ankreuzen eindeutig simulierter Symptome „verleitet“ werden, einem unauffälligen SFSS kommt jedoch keine Beweiskraft für das Vorliegen tatsächlicher Symptome einer PTBS und anderer psychoreaktiver Krankheitsbilder zu.

–Statement 24

Bei geklagten kognitiven Beeinträchtigungen können von neuropsychologischer Seite erarbeitete „Beschwerdenuvalidierungstests“ die Authentizität geklagter Störungen untermauern oder fraglich machen.

3.4.2 Medikamentenmonitoring

Bestehen Zweifel bzgl. einer geltend gemachten regelmäßigen Einnahme von Medikamenten, sind heute ohne größere Probleme - meist mit der Methode der Hochdruck-Flüssigkeitschromatographie (HPLC) - nahezu alle in der Psychiatrie und Schmerztherapie relevanten Medikamente im Blutserum nachweisbar [Walk u. Wehking 2007]. Die meisten größeren Labors bieten derartige Bestimmungen an. Opiate und Benzodiazepine können ggf. auch im Urin nachgewiesen werden.

Bzgl. der Quantifizierung sind allerdings Probleme der individuellen Verstoffwechselung zu berücksichtigen, da genetische Mutationen zu Unterschieden in der Aktivität von CYP 450-Enzymen führen. So sagt ein nicht im therapeutischen Bereich liegender, zu niedriger Medikamentenspiegel nichts darüber aus, ob ein Medikament regelmäßig eingenommen wird oder nicht, da 5-10% der Bevölkerung „ultrarapid metabolizer“ sind [De Leon 2007]. Ein überhaupt nicht nachweisbarer Medikamentenspiegel im Blutserum schließt jedoch weitgehend aus, dass ein am Untersuchungstag - in Abhängigkeit der Halbwertszeit auch am Tag zuvor – als eingenommen angegebenes Medikament auch tatsächlich eingenommen wurde. In Zukunft kann hier möglicherweise durch ergänzende Bestimmung von Genmutationen mit einem inzwischen kommerziell erhältlichen Gen-Chip die Frage eines schnellen Metabolismus geklärt werden [De Leon et al. 2006].

– Statement 25

Nahezu alle als eingenommen angegebenen Medikamente können anhand des Blutspiegels erfasst werden. Aufgrund der Möglichkeit einer schnellen Metabolisierung kommt dem Absolutwert des Blutspiegels nur geringe Bedeutung zu.

3.4.3 Exploration und Beobachtung

Angesichts der relativ geringen Sensitivität der o.g. Verfahren, die stets nur einzelne Aspekte psychoreaktiver Störungen beobachten, kommt unverändert der Exploration und der Beobachtung des Probanden während der Untersuchung in der Erfassung bzw. im Ausschluss einer nicht authentischen Beschwerdenschilderung die wesentliche Bedeutung zu. Die Ergebnisse von Tests und Fragebogen dienen vor allem dazu, ergänzende Indizien zu liefern. Neben allgemeinen Hinweisen auf Aggravation oder Simulation (Tab. 14) ergeben sich für die Vortäuschung psychoreaktiver Störungen spezifische Merkmale, die vom Gutachter detailliert in seinem Gutachten herausgearbeitet werden sollten, um auf diese Weise zu einer abschließenden Bewertung zu kommen, die er zu seiner eigenen Überzeugung dem Auftraggeber des Gutachtens vermittelt.

Tab. 14 Hinweise auf Aggravation und/oder Simulation [Foerster 2004, Foerster u. Winckler 2004]

Die subjektiv geschilderte Intensität der Beschwerden steht in einem Missverhältnis zur Vagheit der Schilderung der Symptomatik
Angaben zum Krankheitsverlauf sind nicht präzisierbar
Das Ausmaß der geschilderten Beschwerden steht nicht in Übereinstimmung mit einer entsprechenden Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe
Trotz der Angabe schwerer subjektiver Beeinträchtigungen ist das psychosoziale Funktionsniveau des Betroffenen bei der Alltagsbewältigung weitgehend intakt
Zwischen der massiven subjektiven Beschwerdeschilderung und dem Verhalten in der Untersuchungssituation besteht eine auffällige Diskrepanz
Das Vorbringen der Klagen wirkt appellativ, demonstrativ oder theatralisch
Es entsteht die Empfindung des Unechten, des Falschen, gelegentlich auch das Gefühl des Zorns oder des Gekränktseins beim Untersucher

So spricht es nach Dreßing et al. [2008] für eine simulierte Symptomatik, wenn ein Proband in der Begutachtungssituation sehr früh, ungefragt und ausführlich typische „Lehrbuchsymptome“ einer PTBS berichtet, während bei tatsächlich Betroffenen eher ein Vermeidungsverhalten zu beobachten ist. Sofern Probanden über Alpträume berichten, spricht es eher für eine Beschwerdenvortäuschung, wenn auf Nachfrage eine gleichförmige Häufung und ein immer völlig gleichartiger Ablauf der Alpträume berichtet wird. Tatsächlich Betroffene geben dem gegenüber typischerweise wechselnde Inhalte und Häufigkeiten an.

Werden dissoziative Amnesien geltend gemacht, sind tatsächlich bestehende Amnesien dadurch gekennzeichnet, dass die amnestische Lücke mit zunehmendem Abstand von dem Ereignis eher kleiner wird. Eine Ausweitung deutet demgegenüber auf einen nicht authentischen Beschwerdevortrag hin.

Ein wesentlicher „Marker“ einer vorgetäuschten Störung sind auch dramatisierende, detailgenaue Schilderungen des Geschehens ohne erkennbare vegetative Begleitsymptome, während die Lebensgeschichte vor dem Ereignis bemerkenswert „blass“ und völlig konfliktfrei geschildert wird. PTBS-Betroffene neigen dem gegenüber dazu, eher nebensächliche oder bizarre Aspekte des Ereignisses in den Vordergrund der Schilderung zu stellen [Resnick 1988].

Ein weiterer Parameter ist nach Dreßing et al. [2008] auch der „Zeiger der Schuld“. Während PTBS-Betroffene häufig die Schuld bei sich selbst suchen und bei Unfällen mit Todesfolge Schuldgefühle empfinden überlebt zu haben („survivor guilt“), neigen simulierende Probanden meist zu heftigen Schuldvorwürfen gegen den Traumaverursacher sowie die beteiligten Versicherungen, und stellen dabei die eigene „Zerstörung“ in den Vordergrund. Eine detaillierte Auflistung wesentlicher Kriterien der Abwägung authentischer gegenüber vorgetäuschten psychoreaktiven Störungen findet sich in Tabelle 15.

Tab. 15 Abwägung authentischer gegen vorgetäuschte psychoreaktive Störungen [modifiziert nach Birk 2002, Dreßing u. Meyer-Lindenberg 2008, Hall u. Hall 2007, Resnick u. Rogers 1988]

Thema	Vorgetäuschte Beschwerden	Authentische Beschwerden
Angaben zur prä-traumatischen Situation	Vor dem Trauma wird ein völlig konfliktfreies Leben ohne Belastungen berichtet	Frühere Konflikte und Probleme werden offen geschildert
	Bereits frühere Verhaltensauffälligkeiten in der Schule und am Arbeitsplatz, Rechtsstreitigkeiten	Nachvollziehbare, stete Biographie
Angaben zum traumatischen Ereignis	Dramatisierende Schilderung mit über verschiedene Explorationen gleichmäßigem Detailreichtum	Erkennbares Vermeidungsverhalten
	Über verschiedene Explorationen hinweg gleichmäßig verschwommene Darstellung, jedoch ohne Erinnerungslücken	Angabe von Erinnerungslücken einerseits bei gleichzeitiger Schilderung einzelner unzusammenhängiger, eher nebensächlicher Details
	Angabe einer anhaltend kompletten Amnesie für die traumatische Situation (cave primäre Bewusstlosigkeit)	„Erinnerungsinself“ - mit zunehmendem Abstand vom Ereignis weitet sich die Amnesie nicht aus, sondern wird eher geringer
Beschwerdeschilderung	Übertriebene und ausführliche Schilderung von Beschwerden	Ein Bericht über die Symptome wird eher vermieden
	Symptome werden bei der Exploration spontan und früh angesprochen	Symptome werden zögernd und erst auf gezielte Fragen berichtet
	Eigene Zerstörung wird in den Vordergrund gerückt	Neigung zur Bagatellisierung der eigenen Problematik
	Obwohl bei dem Ereignis auch andere Menschen ums Leben kamen, bestehen keine „Überlebensschuldgefühle“	Ausgeprägte „Überlebensschuldgefühle“
	Schuldvorwürfe gegen den Traumaverursacher und/oder gegen mit dem Trauma zusammenhängende Institutionen	Anhaltende Selbstvorwürfe oder Schamgefühle
- Flashbacks	Flashbacks werden wenig plastisch beschrieben	Bei Flashbacks sind unterschiedliche Wahrnehmungsqualitäten involviert, Bericht im Präsens („gerade jetzt“)
	Flashbacks werden ohne Zeichen vegetativer Erregung oder emotionaler Anspannung berichtet	Vegetative Erregung und Anspannung sind beim Bericht eines Flashbacks in der Untersuchungssituation direkt beobachtbar
- Alpträume	Alpträume mit immer gleichem, unverändertem Inhalt und der gleichen Frequenz	Alpträume mit zwar unverändertem zentralen Aspekt, jedoch nicht das gesamte traumatische Geschehen in seinem Ablauf

		betreffend
	Alpträume werden exakt in der Form beschrieben, wie das traumatische Geschehen ablief	Ohnmacht, Entsetzen, Angst und Schuld als zentrale Inhalte der Alpträume
Untersuchungsbefunde	Vortäuschung auch anderer, besser nachweisbarer Störungen (z.B. Schwindel, Gangstörungen, kognitive Defizite)	Objektivierbare und subjektive klinische Befunde passen zusammen
	Kein nachweisbarer Medikamentenspiegel trotz geltend gemachter regelmäßiger Medikamenteneinnahme	Medikamentenanamnese und -spiegel passen zusammen
Behandlungsmaßnahmen	Beginn einer Behandlung erst im unmittelbaren Zusammenhang mit einer juristischen Auseinandersetzung, die erste Aktivität des Therapeuten ist die Ausstellung eines Attests	Frühzeitige eigene Therapiebemühungen
	Vermeidung therapeutischer Maßnahmen trotz massiv geklagter Beschwerden	Einsatz therapeutischer Maßnahmen und aktuelle Beschwerdeschilderung passen zusammen
Angaben zum Verlauf	Völlig unveränderter Krankheitsverlauf unabhängig von Therapien und/oder äußere Belastungen	Zumindest vorübergehende Besserung und Stabilisierung unter adäquater Therapie berichtet
	Symptomatik wird monokausal auf das Ereignis geschoben, alternative Ursachen werden kategorisch abgelehnt	Alternative Ursachen für die Symptome werden erwogen

– Statement 26

Kern der Beschwerdvalidierung ist die sorgfältige Exploration des zu Begutachtenden. Die hierbei gefundenen Indizien sollten im Gutachten detailliert aufgeführt werden.

3.5 Kausalitätsabwägung

Sind nach Klärung des Unfallereignisses selbst

1. ein psychischer Primärschaden **und**
2. eine psychische Funktionsstörung im Sinne eines möglichen Sekundärschadens gesichert - letzteres im Haftpflichtrecht lediglich mit dem Beweismaß der „überwiegenden Wahrscheinlichkeit“ -, gilt es im letzten Schritt die Verknüpfung innerhalb der „Kausalkette“ im Kontext mit schädigungsfremden Faktoren zu beurteilen. Für den Bereich des Öffentlichen Rechts wurde erst unlängst von höchstrichterlicher Seite nochmals festgehalten, dass sich die Kausalitätsbeurteilung „auch“ bei psychischen Schädigungsfolgen am wissenschaftlichen Erkenntnisstand über die Entstehung von Krankheiten zu orientieren habe, eine positiv festgestellte Beweiskette erforderlich sei und allein das Fehlen einer erkennbaren anderen Ursache nicht für die Anerkennung eines Zusammenhangs ausreichend erscheint. Im Haftpflichtrecht genügt demgegenüber die hinreichende Gewissheit, dass die psychische Störung ohne das Unfallereignis nicht aufgetreten wäre. Die häufigsten Fehler bei der Kausalitätsabwägung finden sich in Tabelle 16.

Tab. 16 Ursachen fehlerhafter Beurteilungen bei psychoreaktiver Schädigungsfolgen [nach Pitman et al. 1996]

Unfähigkeit, adäquaten emotionalen Stress von krankheitsbedingtem zu unterscheiden
Nichtbeachten von diagnostischen Kriterien
Nichtberücksichtigung früherer traumatischer Ereignisse

Fehlende Abklärung einer vorbestehenden Psychopathologie

Fehlende Erhebung der Familienanamnese, die Hinweise auf das Vorliegen einer konkurrierenden Erkrankung geben könnte

Fehlende differenzialdiagnostische Erörterungen

Abhängig vom jeweiligen Rechtsgebiet lauten die zentralen Fragen der Zusammenhangsbeurteilung:

- **Öffentliches Recht:** War das Schädigungsereignis nach seiner Art und Schwere ganz allgemein geeignet, im Querschnitt der Bevölkerung eine derartige Erkrankung zu verursachen? Ist dies nicht der Fall, wird dem Ereignis nicht die Bedeutung der „wesentlichen Bedingung“ zuzuerkennen sein.
- **Haftpflichtrecht:** Wie stünde der Geschädigte da, ohne das Schädigungsereignis erlitten zu haben? Mit Beantwortung dieser Frage ist alles als Schädigungsfolgen zu bewerten, was ohne die Schädigung gedanklich entfallen müsste.

Wie bereits in Kap. 1.4.5 beschrieben, zeigt der unterschiedliche Ansatz, dass nicht selten trotz Nichtanerkennung einer psychischen Schädigungsfolge in der gesetzlichen Unfallversicherung für denselben Unfall die Anerkennung eines Haftungsanspruchs im Rahmen der Haftpflichtversicherung erfolgt [Lemcke 2003].

- **Öffentliches Recht (BSG vom 9.5.2006 - B 2 U 26/04 R u. B 2 U 1/05 R)**
- ... Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen.
- ... Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde.
- **Haftpflichtrecht (BGH vom 2.10.1990 - VI ZR 353/89 und 26.01.1999 - VI ZR 374/ 97)**
- ... Der Ansicht, der Ersatzanspruch des Klägers sei schon dann ausgeschlossen, wenn neben dem Unfallereignis weitere Umstände für den eingetretenen Schaden ursächlich geworden sein können, kann nicht gefolgt werden. Es genügt, wenn die Verletzungshandlung für den Schaden mitursächlich war. Es genügt die hinreichende Gewissheit, dass die Depressionen des Klägers ohne den Unfall nicht aufgetreten wären.
- ... Das gilt auch dann, wenn die Wirkung der Unfallverletzungen nur deshalb eingetreten ist, weil die Klägerin aufgrund ihrer besonderen Konstitution und ihrer Vorschädigungen für die jetzigen Beschwerden besonders anfällig war. An der Einstandspflicht der Beklagten ändert sich grundsätzlich selbst dann nichts, wenn das jetzige Beschwerdebild in einer psychischen Fehlverarbeitung der Unfallfolgen seine Ursache hat.

Die notwendige Verknüpfung zwischen dem Primärschaden und der erkennbaren Funktionsstörung mit der Frage, ob es sich bei letzterer um einen entschädigungspflichtigen Sekundärschaden handelt, erfolgt - wie bei anderen Begutachtungen - durch detaillierte Anamnese, körperliche Untersuchung und Plausibilitätsprüfung im Kontext mit der vorliegenden Aktenlage (Tab. 17).

Tab. 17 Anamnese bei der Begutachtung psychoreaktiver Schädigungsfolgen

Anamnese des Primärschadens
Traumaskilderung (Schweregrad, erlebte Lebensgefahr, ereignisbezogenes Vermeidungsverhalten, beobachtbare vegetative Erregung und emotionale Anspannung?)
Verhalten unmittelbar nach dem Trauma
Amnesie (Dauer, Ausweitung, „Erinnerungsinself“?)
Ärztliche Versorgung nach dem Trauma
Bestehende Vorwürfe (Selbstvorwürfe, Vorwürfe gegenüber Dritten?)
Anamnese des Sekundärschadens
Anamnese körperlicher Beschwerden
Anamnese psychischer Beschwerden (zögernd oder spontan?)
Zeitverlauf der Symptomatik (Latenz bis zum Auftreten, fluktuierend oder unveränderlich?)
Vermeidungsverhalten (konkret oder eher diffus, am Unfallort oder anderen Stellen?)
Flashbacks (Plastizität und Präsenz der Schilderung, beobachtbare vegetative Erregung und emotionale Anspannung?)
Schlafstörungen und Alpträume (Häufigkeit, Inhalte, Verlauf?)
Besserung durch Therapien ?
„Überlebensschuldgefühle“ ?
Gespräche über Unfallfolgen gegenüber Dritten (Vermeidungsverhalten?)
Therapiebemühungen (Beginn, Dauer, Häufigkeit, Zusammenhang mit rechtlichen Aktivitäten?)
Veränderungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens
Veränderungen in der sozialen Partizipation
Medikamente, Drogen, Alkohol?
Ursachendiskussion der Symptomatik
Anamnese schädigungsunabhängiger Einflussfaktoren
Biographische Anamnese (Verhaltensauffälligkeiten und/oder Konflikte in Familie, Schule, Arbeitsplatz, Rechtsstreitigkeiten?)
Anamnese von Vorerkrankungen
Anamnese konkurrierender Lebensereignisse

Gelegenheitsursache / Bagatellverletzung

Ihre untere Grenze findet eine Zurechnung psychischer Störungen zu einem Schädigungsereignis, wenn es sich hierbei um eine „Gelegenheitsursache“ (Öffentliches Recht) oder „Bagatellverletzung“ (Haftpflichtrecht) handelt. Die hierfür anzunehmende Schwelle wurde von der Rechtsprechung in den letzten Jahren allerdings sehr hoch gesetzt. So ist im **Öffentlichen Recht** eine „Gelegenheitsursache“ zu verneinen, wenn das Unfallereignis nach seiner Art und Schwere „unersetzlich“ und „allgemein geeignet“ war, Krankheiten hervorzurufen, wie sie im Einzelfall geltend gemacht werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings auch, dass das Ereignis das Ausmaß einer seelischen Belastung übersteigen muss, wie sie auch im Alltagsleben (z.B. Ärger über unfallbedingt verpasste Termine, Streitigkeiten mit dem Schädiger oder der Versicherung) vorkommen. Im **Haftpflichtrecht** liegt nach eine „Bagatellverletzung“ nur dann vor, wenn es sich um

eine „vorübergehende, im Alltagsleben typische“ Beeinträchtigung handelt. Eine Schädelprellung und ein „HWS-Schleudertrauma“ mit mehrtätiger Arbeitsunfähigkeit seien hierzu nicht zu zählen.

- **Definition der „Gelegenheitsursache“ (BSG vom 12.04.2005 - B 2 U 27/04 R)**
- ... Eine Krankheitsanlage ist als Ursache dann von überragender Bedeutung, wenn sie so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die (naturwissenschaftliche) Verursachung akuter Erscheinungen nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes alltäglich vorkommende Ereignis zur selben Zeit die Erscheinungen verursacht hätte. War die Krankheitsanlage von überragender Bedeutung, so ist eine weitere naturwissenschaftliche Ursache nicht als wesentlich anzusehen und scheidet als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung im Sinne des Sozialrechts aus; sie ist dann lediglich eine sogenannte Gelegenheitsursache.
- **Definition der „Bagatellverletzung“ (OLG Hamm vom 2.07.2001 - 13 U 224/00)**
- ... Einem Unfall sind psychisch vermittelte gesundheitliche Primärschäden dann nicht mehr zurechenbar, wenn bereits der Unfall selbst als Bagatelle einzustufen ist, weil er nach seinem Ablauf und seinen Auswirkungen keinen verständlichen Anlass für psychische Reaktionen bietet, die über das Maß dessen hinausgehen, was im Alltagsleben als typische und häufig auch aus anderen Gründen als einem besonderen Schadensfall entstehende Beeinträchtigungen des Körpers oder des seelischen Wohlbefindens hinzunehmen ist.

–Statement 27

Auch ein Bagatellunfall kann grundsätzlich „conditio sine qua non“ für das Auftreten einer psychischen Symptomatik sein. Handelt es sich dabei jedoch um eine Schädigung, wie sie auch im Alltagsleben häufiger auftritt, wird eine Zurechnung im Allgemeinen ausscheiden.

3.6 Zeitlicher Verlauf

Sowohl für die grundsätzliche Anerkennung einer psychoreaktiven Schädigungsfolge als auch für die Längsschnittbeurteilung ist eine detaillierte Anamnese des Verlaufs von Bedeutung. Aufgrund der rechtlichen Vorgabe, sich in der gutachtlichen Situation an den Kriterien des ICD-10-Katalogs zu orientieren, sind primär die dort genannten zeitlichen Bedingungen als „Standard“ zu berücksichtigen (s. Tab. 4). So ist eine posttraumatische Belastungsstörung im Regelfall nur dann zu diagnostizieren, wenn die in Tabelle 6 genannten B-, C- und D-Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten nach der außergewöhnlich belastenden Situation (A-Kriterium) nachweislich auftraten. Bei später einsetzenden Symptomen ist gemäß ICD-10 zwar im Einzelfall eine „wahrscheinliche“ Diagnose zu stellen, angesichts der Forderung nach einem „Vollbeweis“ für das Vorliegen einer Gesundheitsschädigung in allen Rechtsgebieten genügt dieses Beweismaß jedoch nur in besonders zu begründenden Fällen für die Anerkennung einer solchen Störung. Abweichungen von den Zeitvorgaben für Beginn und Dauer psychoreaktiver Unfallfolgen sind demnach im Einzelfall grundsätzlich möglich, erfordern dann aber eine schlüssige Begründung. Die häufigste Begründung dürften hierbei anhaltende schwere körperliche Unfallfolgen sein, die das Vorliegen einer Anpassungsstörung aufrechterhalten.

- **Öffentliches Recht (BSG vom 9.5.2006 - B 2 U 1/05 R)**
- ... Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte.
- ... Zwar können, wie schon ausgeführt, auch mittelbare psychische Unfallfolgen entstehen und sind ... zu entschädigen. Dies setzt jedoch voraus, dass jeder Teil der Ursachenkette nach den obigen Maßstäben herausgearbeitet und festgestellt wird.
- **Haftpflichtrecht (BGH vom 4.11.2003 – VI ZR 28/03)**
- ... Wenn ein Vorgang, der Ursache der jetzigen Erkrankung der Klägerin sein kann, nicht vorgetragen ist und die ernsthafte Möglichkeit besteht, dass sich die Krankheit schicksalhaft entwickelt hat, können andere Kausalverläufe nicht ausgeschlossen und die Ursächlichkeit des Unfalls für die Beschwerden der Klägerin nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Die zeitliche Nähe zwischen dem Unfallereignis und der Entstehung der Beschwerden und die daran anknüpfende "gefühlsmäßige" Wertung, beide Ereignisse müssten irgendwie miteinander in Zusammenhang stehen, reicht dazu nicht aus.

3.6.1 Latenz

Je höher die nachvollziehbare seelische Beeindruckung durch das Ereignis war, umso länger kann eine Latenz bis zum Eintreten der Symptome als plausibel gelten [Fabra 2001]. Umgekehrt ist ein Unfallzusammenhang mit einer seelischen Störung dann nicht oder kaum plausibel, wenn nach einer vergleichsweise geringen seelischen Beeindruckung eine schwerwiegende seelische Symptomatik erst mit einer Latenz von mehreren Monaten oder gar Jahren eingetreten sein soll. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass der Betroffene in der Phase der Latenz nicht seelisch gesund ist. Er ist im Gegenteil infolge der laufenden innerseelischen Abwehrvorgänge in seiner seelischen Erlebnissbreite und Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt, was anhand biographischer Daten zu überprüfen ist.

3.6.2 Dauer

Vergleichbar wichtig wie die Beurteilung der Latenz bis zum Auftreten psychopathologischer Symptome ist die Einschätzung des weiteren Verlaufs. Dieser hängt in erheblichem Umfang vom Einfluss aufrecht erhaltender Bedingungen ab [Mayou u. Bryant 2001]. Hierzu zählen

- Fehlende adäquate Therapien,
- Retraumatisierungen (z.B. wiederholte Personenschäden bei Lokomotivführern),
- Eigene Fixierung in einer Kranken- und Opferrolle,
- Unterstützung der Krankenrolle durch das soziale und/oder medizinische Umfeld,
- Kompensationserwartungen.

So fanden Ozer et al. [2003], dass selbst nach schweren, lebensbedrohlichen Ereignissen, die unzweifelhaft das A-Kriterium des ICD-10 erfüllten, neben der persönlichen Vulnerabilität die nachfolgende Unterstützung durch das soziale Umfeld enger mit dem Verlauf der posttraumatischen Morbidität korrelierte als der Schweregrad des zugrunde liegenden Traumas.

–Statement 28

Die Kausalitätsbeurteilung stellt den letzten Schritt der gutachtlichen Arbeit dar. Hierin sind das Schädigungsereignis, der körperlich-seelische Primärschaden und im Rahmen der Begutachtung erkennbare psychische Störungen im Kontext zum aufgrund des wissenschaftlichen Kenntnisstandes erwarteten Erkrankungsverlauf und zu möglichen konkurrierenden Faktoren (Schadensanlage, Vorschaden, überholende Faktoren, Kompensationswünsche) detailliert darzulegen und in ihrer Bedeutung entsprechenden den vorgegebenen Beweismaßen zu würdigen.

Literatur

- Andrews B, Brewin CR, Philpott R, Stewart L: Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1319-1326
- Baker SB, O'Neil, B, Haddon W: The injury severity score. *J Trauma* 1974; 14: 187-196
- Birk A: Echte und vorgetäuschte posttraumatische Belastungsstörungen. *Psychotraumatologie* 2002; 3 (26)
- Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducasse JL, Charlet JP, Lauque D, Sztulman H, Schmitt L: The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1337-1339
- Blanchard EB, Veazey CH: Mental disorders resulting from road traffic accidents. *Curr Opin Psychiat* 2001; 14: 143-147
- Blaskewitz N, Merten T: Diagnostik der Beschwerdenvvalidität - Diagnostik bei Simulationsverdacht: Ein Update 2002 bis 2005. *Fortschr Neurol Psychiat* 2007; 75: 140-154
- Bodkin JA, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI: Is PTSD caused by traumatic stress? *J Anx Dis* 2007; 21: 176-182
- Bolan B, Foster JK, Schmand B, Bolan S: A comparison of three tests to detect feigned amnesia: The effects of feedback and the measurement of response latency. *J Clin Exper Neuropsychol* 2002; 24, 154-167
- Breslau N, Kessler RC: The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 699-704
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD: Meta analysis of risk factors for Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 748-766
- Brollowski J, Kelb A, Lemcke H, Wehking E: Haftpflichtschaden und Psyche. E+S Rückversicherungs-AG. Ausgabe Nr.2. Hannover 2000
- Bronisch T: Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 86-93
- Bryant RA, Harvey AG: Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 205-209
- Bryant RA, Marosszeky JE, Crooks J, Gurka JA: Posttraumatic stress disorder after severe traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 629-631
- Bryant RA: Posttraumatic stress disorder, flashbacks, and pseudomemories in closed head injury. *J Trauma Stress* 1996; 9: 621-629

- Burstein A: How common is delayed posttraumatic stress disorder? *Am J Psychiatry* 1985; 142: 887
- Bury A, Bagby M: Detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychol Assessment* 2002; 472-484
- Carty J, O'Donnell ML, Creamer M: Delayed-onset PTSD: a prospective study of injury survivors. *J Affect Disord* 2006; 90: 257-261
- Cima M, Hollnack S, Kremer K, Knauer E, Schellbach-Matties R, Klein B, Merckelbach H: "Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome". Die deutsche Version des "Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS". *Nervenarzt* 2003; 74: 977-986
- Creamer M, Manning C: Acute stress disorder following an industrial accident. *Australian Psychologist* 1998; 33: 125-129
- Creamer M, O'Donnell ML, Pattison P: Amnesia, traumatic brain injury, and posttraumatic stress disorder: a methodological inquiry. *Behav Res Ther* 2005; 43:1383-1389
- De Leon J, Armstrong SC, Cozza KL: Clinical guidelines for psychiatrists for the use of pharmacogenetic testing for CYP450 2D6 and CYP450 2C19. *Psychosomatics* 2006; 47: 75-85
- De Leon J: The crucial role of the therapeutic window in understanding the clinical relevance of the poor versus the ultrarapid metabolizer phenotypes in subjects taking drugs metabolized by CYP2D6 or CYP2C19. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27: 241-245
- Dreßing H, Meyer-Lindenberg A: Simulation bei posttraumatischer Belastungsstörung, Versicherungsmedizin 2008; 60: 8-13
- Elhai J, Naifeh J, Zucker I, Gold S, Deitsch S, Frueh C: Discriminating malingered from genuine civilian posttraumatic stress disorder: A validation of three MMPI-2 infrequency scales (F, Fp, and Fptsd). *Assessment* 2004; 11: 139-144.
- Elkit A: The aftermath of an industrial disaster. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96 (Suppl.) 392, 1
- Erwin BA, Heimberg RG, Marx BP, Franklin ME: Traumatic and socially stressful events among persons with social anxiety disorder. *J Anx Dis* 2006; 20: 896-914
- Fabra M: Kausalität psychogener Störungen in der Kfz-Haftpflichtversicherung. *Med Sach* 2001; 97: 153-160
- Fabra M: Psychogene Störungen nach Unfällen, Aspekte der Sozial- und Sachversicherung. In: Paul, B., M. Peters, A. Ekkernkamp (Hrsg.): *Kompendium der medizinischen Begutachtung*. Spitta Verlag 2003, III 21.1
- Feinstein A, HersHKop S, Ouchterlony D, Jardine A, McCullagh S: Posttraumatic amnesia and recall of a traumatic event following traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002;14: 25-30
- Fischer G, Riedesser P: *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 4. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2009
- Flesher MR, Delahanty DL, Raimonde AJ, Spoonster E: Amnesia, neuroendocrine levels and PTSD in motor vehicle accident victims. *Brain Inj* 2001; 15: 879-889
- Foerster K, Leonhardt M: Diagnose und Differentialdiagnose der posttraumatischen Belastungsstörung. *Med Sach* 2003; 99: 146 – 149
- Foerster K, Bork S, Kaiser V, Grobe Th, Tegenthoff M, Weise H, Badke A, Schreinicke G, Lübcke J: Vorschläge zur MdE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung. *Med Sach* 2007; 103: 52-56
- Foerster K. Begutachtung bei sozialrechtlichen Fragen. In: Venzlaff/Foerster: *Psychiatrische Begutachtung*. Hrsg.: K. Foerster, H. Dreßing. Elsevier – Urban & Fischer Verlag München, 5. Aufl., 2009
- Foerster K. Die psychoreaktiven Störungen – auch außerhalb der Begutachtung ein häufig schwieriges Thema. *Med.Sach.* 2010; 106: 16-22
- Foerster K, Widder B: Psychoreaktive Störungen. In Widder B, Gaidzik PW (Hrsg.) *Begutachtung in der Neurologie*. Thieme, Stuttgart, 2011 (im Druck)
- Fritze E, Mehrhoff F (Hrsg.) *Die ärztliche Begutachtung: Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen*. 7. Auflage. Steinkopff, Darmstadt, 2007

- Gil S, Caspi Y, Ben-Ari IZ, Koren D, Klein E: Does memory of a traumatic event increase the risk for posttraumatic stress disorder in patients with traumatic brain injury? A prospective study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:963-969
- Glaesser J, Neuner F, Lutgehetmann R, Schmidt R, Elbert T: Posttraumatic Stress Disorder in patients with traumatic brain injury. *BMC Psychiatry* 2004;4:5
- Gold SD, Marx BP, Soler-Baillo JM, Sloan D: Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Anxiety Dis* 2005; 19: 687-698
- Green P, Iverson GL, Allen LM: Detecting malingering in head injury litigation with the Word Memory Test. *Brain Injury* 1999; 13, 813-819.
- Greenberg WM; Rosenfeld DN; Ortega EA: Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 459-461
- Grunert BK, Devine CA, Matloub HS, Sanger JR, Yousif NJ, Anderson RC, Roell SM: Psychological adjustment following work-related hand injury. *Ann Plastic Surg* 1992; 29: 537-542
- Hall RCW, Hall RCW: Detection of Malingered PTSD: An overview of clinical, psychometric, and physiological assessment: where do we stand? *J Forensic Sciences* 2007; 52: 717-725
- Helzer JE, Robins LN, McEvoy LM: Post-traumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. *N Engl J Med* 1987; 317: 1630-1634
- Hepp U, Moergeli H, Buchi S, Bruchhaus-Steinert H, Kraemer B, Sensky T, Schnyder U: Post-traumatic stress disorder in serious accidental injury: 3-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 3763-83
- Horowitz MJ: Stress response syndromes: review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital Commun Psychiatry*, 1985; 37: 241-249
- Kapur N: The coin-in-the-hand test: a new "bed-side" test for the detection of malingering in patients with suspected memory disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57: 385-386
- Kind H: Neurose und Unfallversicherung. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1988; 139:31-41
- Kohl F: Posttraumatische psychoreaktive Störungen mit Teilsymptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung. *Med Sach* 2001; 97: 148-152
- Kraemer B, Hepp U, Schnyder U: Entstehung, Verlauf und therapeutische Möglichkeiten der posttraumatischen Belastungsstörung. *Med Sach* 2007; 103: 153-156
- Lemcke H: Die Kausalitätsbewertung in der Haftpflichtversicherung. *Med Sach* 2003; 99: 182-185
- Leonhardt M, Foerster K: Diagnose, Differentialdiagnose und psychiatrische Begutachtung von umweltbezogenen Körperbeschwerden. *Med. Sach.* 2001; 97: 214-219
- Leonhardt M: Wie ist eine Kausalitätsbeurteilung psychischer Störungen im sozialen Entschädigungsrecht möglich? *Med. Sach.* 2002; 98: 188-193
- Leonhardt M, Foerster K: Die Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Med. Sach.* 2003; 99: 150-155
- Linden, M., Schippan, B., Baumann, K. et al.: Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). *Nervenarzt* 2004; 75: 51 – 57
- Loytved H: Die Anerkennung von so genannten Schockschäden im Gewaltopferentschädigungsgesetz. *Med Sach* 2005: 101: 148-152
- Maercker A, Schützwohl M: Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala - revidierte Version. *Diagnostica* 1998; 44: 130-141
- Maercker A, Einsle F, Köllner V: Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology* 2007; 40: 135-46
- Matthiesen SB, Einarsen S: Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *Br J Guidance Counselling* 2004; 32: 335-356
- Mayou R, Bryant B: Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident. *Br J Psychiatry* 2001; 179:528-534
- Mayou R, Bryant B, Ehlers A: Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1231-1238

- McGuire BE: Malingered post-traumatic stress symptoms on the Impact of Event Scale. *Legal Criminol Psych* 2002; 7: 165-171
- Merten, Th.: Der Stellenwert der Symptomvalidierung in der neuropsychologischen Begutachtung. *Z Neuropsychol* 2005; 16: 29 – 45
- Merten T, Green P, Henry M, Blaskewitz N, Brockhaus R: Analog validation of German-language symptom validity tests and the influence of coaching. *Arch Clin Neuropsych* 2005; 20: 719-726
- Merten Th: Beschwerdvalidierungstests und die Konsequenzen für die klinischen und Forschungspraxis. *Neurol Rehabil* 2006; 12: 139-149
- Miller HA: Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2001
- Mol SSL, Arntz A, Metsemakers JFM, Dinant GJ, Vilters-van Montfort PAP, Knottnerus JA: Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *Br J Psychiat* 2005; 186: 494-499
- Murray J, Ehlers A, Mayou RA: Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 363-368
- Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS: Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and symptoms in adults: A meta analysis. *Psychol Bull* 2003; 129: 52-73
- Pitman RK, Sparr LF, Saunders LS, McFarlane: Legal issues in posttraumatic stress disorders. In van der Kolk BA et al. (eds.) *Traumatic stress*. Guilford press, London, 1996, pp. 378-397
- Prigerson HG, Maciejewski PK, Rosenheck RA: Combat trauma: trauma with highest risk of delayed onset and unresolved post-traumatic stress disorder symptoms, unemployment, and abuse about men. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 99-108
- Resnick PJ, Rogers R (Eds.) *Malingering of posttraumatic disorders. Clinical assessment of malingering and deception*. Guilford Press, New York, 1988, pp. 84-103
- Rogers R, Bagby RM, Dickens SE: *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992
- Rogers R, Sewell KW, Goldstein AM: Explanatory models of malingering. A prototypical analysis. *Law Hum Behav* 1994; 18: 543-552
- Rosen GM, Spitzer RL, McHugh PR: Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-IV. *Br J Psychiat* 2008; 192: 3-4
- Rothbaum BO, Foa EB: Subtypes of posttraumatic stress disorders and duration of symptoms. In Davidson JRT, Foa EB (eds.) *Posttraumatic stress disorder, DSM-IV and beyond*. American Psychiatric Press, Washington, 1983, pp. 23-35
- Ruoß M: Der spezielle kognitive Stil von Schmerzpatienten unterstützt die Schmerzchronifizierung. *Schmerz* 1999; 13: 31-42
- Schmand B, de Sterke S, Lindeboom J: Cognitive complaints in patients after whiplash injury: the impact of malingering. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 339-343.
- Schnyder U, Moergeli H, Klaghofer R, Buddeberg C: Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 594-599
- Schnyder, U.: Entstehung und Verlauf der posttraumatischen Belastungsstörung. *Med Sach* 2003; 99: 142 – 145
- Schönberger A, Mehrrens G, Valentin H: *Arbeitsunfall und Berufskrankheit*. 8. Auflage. Erich Schmidt Verlag, Berlin, 2010
- Spitzer RL, First MB, Wakefield JC: Saving PTSD from itself in DSM-V. *J Anx Dis* 2007; 21: 233–241
- Stevens A, Friedel E, Mehren M, Merten M: Malingering and uncooperativeness in psychiatric and psychological assessment: Prevalence and effects in a German sample of claimants. *Psychiatry Res* 2008; 57: 191-200
- Stoffels H: Das Trauma zwischen Faszinosum und therapeutischer Herausforderung. *Med Sach* 2007; 103: 160-164

- Terr LC: Childhood traumas: An outline and an overview. In Everly GS, Lating JM (eds.) Psychotraumatology: Key papers and care concepts in posttraumatic stress. Plenum Press, New York, 1995
- Tombaugh TN: Test of Memory Malingering (TOMM). Multi-Health Systems. Toronto, Ontario, 1996
- Van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K: Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 2005; 18:413-423
- Walk HH, Wehking E: Nachweis von Antidepressiva im Serum Unfallverletzter mit seelischen Belastungsreaktionen und somatoformen Störungen. Trauma Berufskrankh 2007; 9: 319–323
- Weisaeth L: Torture of a Norwegians ship's crew: The torture, stress reactions and psychiatric aftereffects. Acta Psychiatrica Scandinavia 1989; 80: (355, Suppl), 63-72
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien Hrsg. von H Dilling, M. Mombour, MH Schmidt. Huber, Bern, 2008
- Widder B, Gaidzik PW: Neue Vorgaben des BGH zur Anerkennung psychoreaktiver Unfallfolgen in der privaten Unfallversicherung. Med Sach 2006; 102: 175-179
- Widder B, Dertwinkel R, Egle UT, Foerster K, Schiltenswolf: Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen. Psychotherapeut 2007; 52:334-336
- Widder B, Gaidzik PW (Hrsg.) Begutachtung in der Neurologie. 2. Auflage. Thieme, Stuttgart, 2011
- Winckler P: Grundlagen der psychiatrischen Begutachtung sogenannter „Rentenneurosen“. Versicherungsmedizin 1998; 50: 219 - 225
- Wussow RJ: Der Leistungsausschluß bei psychischen Beeinträchtigungen in der privaten Unfallversicherung. VersR 2000; 1183

ANHANG / Ratingbogen zur Kausalitätsbeurteilung geltend gemachter psychischer Schädigungsfolgen

1. Allgemeines

1.1 Rechtsgebiet

Öffentliches Recht

☐ Gesetzliche Unfallversicherung ☐ Soziales Entschädigungsrecht ☐ Dienstunfallfürsorge

Zivilrecht

☐ Haftpflichtversicherung ☐ Private Unfallversicherung (beachte Ausschlussklauseln)

1.2 Aktenlage

Unterlagen zum Vorzustand	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> lückenhaft	<input type="checkbox"/> fehlend
Unterlagen zum Schädigungsereignis	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> lückenhaft	<input type="checkbox"/> fehlend
Unterlagen zur ersten Zeit danach	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> lückenhaft	<input type="checkbox"/> fehlend
Unterlagen zum weiteren Verlauf	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> lückenhaft	<input type="checkbox"/> fehlend

2. Klärung des Vorzustandes

2.1 Spezifischer psychischer Vorschaden

Früheres psychisches Trauma ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

Diagnose

Letzte dokumentierte Behandlung

Schädigungsfolgen anerkannt ☐ im selben Rechtsgebiet ☐ anderes Rechtsgebiet ☐ nein

Bemessung der anerkannten Schädigungsfolgen

2.2 Unspezifischer psychischer Vorschaden

Andere psychische Vorerkrankung ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

Diagnose

Letzte dokumentierte Behandlung

2.3 Schadensanlage

Familiäre Belastung ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

Eigene Gewalterfahrungen ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

Gestörtes Sozialverhalten ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

Persönlichkeitsstörung ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

welcher Art

2.4 Prämorbid psychosoziale Funktionen

Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

welcher Art

Beeinträchtigung von Alltagsfunktionen ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

welcher Art

Beeinträchtigung sozialer Funktionen ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

welcher Art

2.6 Situative Bedingungen zum Schädigungszeitpunkt

Zwischenmenschliche Konflikte ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

welcher Art

Arbeitsplatzbezogene Konflikte ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar

welcher Art

3. Objektiver Schweregrad des Traumas

3.1 Schweregrad des Ereignisses

„Katastrophales“ Ereignis ☐ ja ☐ nein
(Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde)

„Bedrohliches“ Ereignis ☐ ja ☐ nein
(mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen einher gehendes Ereignis)

„Alltägliches“ Ereignis ☐ ja ☐ nein
(auch im sonstigen, nicht versicherten Leben vorkommendes Ereignis wie Stolpern, leichte Kopfprellung, Arbeitsplatzverlust, Streitigkeiten)

3.2 Schweregrad der eigenen körperlichen Schädigung

Verletzung	keine	leicht	mäßig	ernst	schwer	lebensbedrohlich
Kopf/Hals	0	1	2	3	4	5
Gesicht	0	1	2	3	4	5
Thorax	0	1	2	3	4	5
Abdomen	0	1	2	3	4	5
Extremitäten	0	1	2	3	4	5
SUMME						

Bewertung leicht (< 4 Punkte) mittelschwer (4-8 Punkte) schwer (> 8 Punkte)

Substanzielle Hirnschädigung ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar
welcher Art

3.3 Schweregrad der Schädigung Dritter

Art der Schädigung ☐ Tod ☐ schwere Verletzung ☐ leichte Verletzung
Persönliche Beziehung ☐ Familie ☐ Bekanntenkreis ☐ fremde Personen

4 Subjektiver Schweregrad des Traumas

4.1 Erlebnis des Traumas

Amnesie ☐ retrograd / Dauer ☐ Ereignis ☐ anterograd / Dauer
Akute Belastungsreaktion ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar
Kognitive Ebene
Emotionale Ebene
Zwischenmenschliche Ebene
Physiologische Ebene

4.2 Erlebnis der medizinischen Versorgung

Traumatisches Erleben ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar
Kognitive Ebene
Emotionale Ebene
Zwischenmenschliche Ebene
Physiologische Ebene

4.3 Erlebnis körperlicher Traumafolgen

Traumatisches Erleben ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar
Kognitive Ebene
Emotionale Ebene
Zwischenmenschliche Ebene
Physiologische Ebene

5. Bewertung bestehender psychischer Gesundheitsstörungen

5.1 Allgemeine Symptome

	keine Beeinträchtigung			vollständige Beeinträchtigung		nicht beurteilbar
Funktionen	0	1	2	3	4	
Somatisierung						
Emotionalität						
Antrieb/Psychomotorik						
Kognitionen						
Bewusstsein/Orientierung						
Verhalten						
Interaktion						
Gesamt						

5.2 Traumabezogene Symptome

B-Kriterium	nicht/gering		massiv/häufig			nicht beurteilbar
Intrusionen	0	1	2	3	4	
Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis						
Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis						
Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt						
Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen an das Ereignis						
Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen						
Gesamt (min. 1 Symptom bei PTBS)						

IES-Subskala Intrusionen Punkte

C-Kriterium	nicht/gering		massiv/häufig			nicht beurteilbar
Vermeidungsverhalten	0	1	2	3	4	
Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen						
Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen						
Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern						
Vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten						
Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen						
Eingeschränkte Bandbreite des Affekts						
Gefühl einer eingeschränkten Zukunft						
Gesamt (min. 3 Symptome bei PTBS)						

IES-Subskala Vermeidungsverhalten Punkte

D-Kriterium	nicht/gering		massiv/häufig			nicht beurteilbar
Hyperarousal	0	1	2	3	4	
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen						
Reizbarkeit oder Wutausbrüche						
Konzentrationsschwierigkeiten						
Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)						
Übermäßige Schreckhaftigkeit						
Gesamt (min. 2 Symptome bei PTBS)						

IES-Subskala Hyperarousal Punkte

5.3 Verlauf der psychischen Symptomatik

Dokumentierter Beginn ☐ unmittelbar ☐ nach ☐ unklar
Verlauf ☐ abklingend ☐ gleich bleibend ☐ zunehmend
Dokumentiertes Abklingen ☐ nach ☐ anhaltend

5.4 Behandlungsanamnese

Psychiatrische Betreuung

Dokumentierter Beginn Dauer
Intensität ☐ stationär ☐ hochfrequent amb. ☐ niederfrequent amb.
Erfolg ☐ hoch ☐ mäßig ☐ gering

Psychotherapie

Dokumentierter Beginn Dauer
Intensität ☐ stationär ☐ hochfrequent amb. ☐ niederfrequent amb.
Erfolg ☐ hoch ☐ mäßig ☐ gering

Medikamentöse Therapie

Dokumentierter Beginn Dauer
Substanzen
Erfolg ☐ hoch ☐ mäßig ☐ gering

6. Situative Bedingungen nach dem Schädigungsereignis

Familiäre Konflikte ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar
welcher Art
Unfallbezogene Konflikte ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar
welcher Art
Versicherungsbezogene Konflikte ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar
welcher Art
Arbeitsplatzbezogene Konflikte ☐ nachweisbar ☐ nicht nachweisbar
welcher Art

7. Beschwerdvalidierung

Aktenlage

Konsistente eigene Angaben zu Erlebnissen und Symptomen	ja	zum Teil	nein
Aktenlage mit aktueller Anamnese übereinstimmend	ja	zum Teil	nein
Angaben zur prätraumatischen Situation			
Offene Schilderung früherer Konflikte und Probleme	ja	zum Teil	nein
Nachvollziehbare Biographie ohne unerklärte Lücken	ja	zum Teil	nein
Angaben zum traumatischen Ereignis			
Zurückhaltende, affektiv besetzte Schilderung des Traumas	ja	zum Teil	nein
Wenig dramatisierende Schilderung	ja	zum Teil	nein
Angaben zu Beschwerden			
Zurückhaltende Schilderung Trauma-spezifischer Symptome	ja	zum Teil	nein
Vorwürfe gegen Dritte eher hintergründig	ja	zum Teil	nein
Präzise Angaben zum Krankheitsverlauf	ja	zum Teil	nein
Präzise Angaben zu Beschwerden	ja	zum Teil	nein
Psychosoziales Funktionsniveau in Übereinstimmung mit dem Ausmaß der geschilderten Beschwerden	ja	zum Teil	nein
Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe in Übereinstimmung mit dem Ausmaß der geschilderten Beschwerden	ja	zum Teil	nein
Berichte über eine zumindest vorübergehende Besserung und Stabilisierung unter adäquater Therapie	ja	zum Teil	nein
Sachliche Diskussion möglicher Krankheitskonzepte und -ursachen	ja	zum Teil	nein
Eigen- und Fremdanamnese übereinstimmend	ja	zum Teil	nein
Untersuchung und Beobachtung			
Vegetative Symptome bei Schilderung Trauma-spezifischer Symptome	ja	zum Teil	nein
Verhalten in der Untersuchungssituation in Übereinstimmung mit den geschilderten Beschwerden	ja	zum Teil	nein
Bei der Untersuchung keine Vortäuschung körperlicher Befunde	ja	zum Teil	nein
Spezielle Zusatzuntersuchungen			
Ergebnisse der Fragebogen und Selbstbeurteilungsskalen in Übereinstimmung zu den klinischen Befunden	ja	zum Teil	nein
Unauffällige Ergebnisse in Beschwerdvalidierungstests	ja	zum Teil	nein
Medikamentenspiegel im Blut in Übereinstimmung zur angegebenen Medikamenteneinnahme	ja	zum Teil	nein

8 Kausalitätsbewertung

