

Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin - Sozialrechtsfragen

(Auszug)

1. Einleitung

Evidenzbasierung der Leitlinie

Das Anliegen der Leitlinie ist es, zu qualitativ besseren und im Ergebnis für alle Beteiligten befriedigenderen Gutachten beizutragen. Die gegebenen Empfehlungen sollen praktisch gut anwendbar sein, sowohl im Hinblick auf Anwender innerhalb von Psychosomatik und Psychotherapeutischer Medizin als auch im Hinblick auf die Verständigung mit Juristen und mit Kollegen anderer klinischer Disziplinen. Um die wissenschaftliche Begründbarkeit der Leitlinienempfehlungen zu gewährleisten, wurde eine Übersicht über die vorhandene medizinisch-wissenschaftliche Literatur zum Thema seit 1980 erstellt (vgl. Quellentext). Leitlinien zur Begutachtung sind aber wegen ihrer Bindung an den länderspezifischen sozialen und juristischen Kontext und wegen der hohen Bedeutung normativer Fragen stärker als Leitlinien zu klinisch-therapeutischen Themen auch auf den Konsens von Experten als Form der Evidenzbasierung angewiesen. Der Quellentext zu den Leitlinien wird abgedruckt in: Schneider W, Henningsen P, Rüger U (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie, Bern: Huber 2001. Eine Darstellung allgemeiner Prinzipien der ärztlichen Begutachtung im Sozialrecht wurde in den Leitlinien nicht angestrebt.

...

4. Beurteilungsebenen in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Begutachtung

4.1. Störungsbezogene Diagnostik

Die störungsbezogene Diagnostik der psychischen und psychosomatischen Störungen ist Voraussetzung für jede weitergehende gutachterliche Beurteilung. Sie muß in einem klinisch-diagnostischen Untersuchungsgespräch auf der Grundlage eines operationalisierten Klassifikationssystems für psychische Störungen vorgenommen werden, wie sie innerhalb der psychiatrischen Diagnostik (ICD-10 oder DSM-IV) entwickelt worden sind. Aus juristischer Sicht muss die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden können, d.h. ohne vernünftigen Zweifel; Verdachtsdiagnosen bedeuten, daß diese Sicherheit nicht gegeben ist. Um eine vollständige und angemessene Abbildung aller Symptome beim Patienten zu beschreiben, sollen ihm soviel Diagnosen zugeordnet werden, wie sich aus der Symptomverteilung ergibt (Komorbidität); dabei sollte aber eine Hierarchisierung nach der Wichtigkeit vorgenommen werden. Ergänzend (!) kann eine kompatible Diagnosenstellung im Sinne der Neurosenpsychologie vorgenommen werden, die sich z.B. an unbewussten Konflikten und Motiven, sowie persönlichkeitsstrukturellen Merkmalen wie der Abwehr oder der Ich-Funktionen orientiert (vgl. 4.2.). Die operationalisierten diagnostischen Kriterien der einzelnen psychischen Störungen enthalten zum Teil (!) auch Aussagen zum Schweregrad und zu Verlaufsmustern der Störung (zB "Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen" als Kriterium der Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)). Darum liefern sie in solchen Fällen im Rahmen der sozialrechtlichen Begutachtung auch erste Ansätze zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit wie zu deren Prognose. Allerdings können auch in diesen Fällen die sozialrechtlich relevanten Fragen insbesondere zur Leistungsfähigkeit keinesfalls ausschließlich mit der störungsbezogenen Diagnostik beantwortet werden.

4.2. Persönlichkeitsbezogene Diagnostik

Eine biographisch und am aktuellen Erleben und Verhalten orientierte, aus dem klinisch-diagnostischen Gespräch gewonnene Persönlichkeitsdiagnostik ist unabhängig vom Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen unentbehrlich: Sie liefert dem Gutachter wesentliche Informationen darüber, wie plausibel das aktuelle krankheitsbedingte "Nicht-Mehr-Können" vor dem Hintergrund der bisherigen Bewältigung von Krankheiten und Lebensschwierigkeiten bzw. allgemeiner vor dem Hintergrund der persönlichen Vulnerabilitäten und Ressourcen ist (Abgrenzung von Aggravation/ Simulation, Plausibilisierung des Schweregrads, der Veränderbarkeit der Störung). Sie allein liefert aber nur Anhalte, jedoch keine ausreichende Basis für die Schweregrad- und Leistungsbeurteilung! Für ein psychodynamisch orientiertes Vorgehen

bietet sich die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) an, die auf den Achsen II-IV die typischen Beziehungsmuster (Achse II), charakteristische Konfliktmuster (Achse III) und die Struktur (IV) untersucht. Mit der OPD-Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) besteht auch die Möglichkeit die Krankheitsbewältigungsmechanismen und -ressourcen zu beurteilen. Verhaltensdiagnostische Zugangsweisen erweitern die Störungsdiagnostik insbesondere um die Dimensionen der verhaltensstabilisierenden Faktoren und änderungsfördernden Ressourcen.

4.3. Schweregrad und zumutbare Willensanspannung

In vielen Fällen, insbesondere bei Sozialgerichtsbeurteilungen zur Frage der Erwerbsfähigkeit, wird heute noch danach gefragt, ob beim Vorliegen einer psychischen Störung eine Willensanspannung zur Überwindung dieser Störung für den Probanden zumutbar ist. Diese Frage entstammt der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts von 1964, als nach früher genereller Ablehnung der Berentung von Neurosen begonnen wurde, den Rentenanspruch unabhängig von der Ätiologie einer Störung von deren Schweregrad abhängig zu machen. Die Frage nach der zumutbaren Willensanspannung ist wegen der Abstraktheit und/oder der Normengebundenheit des Willensbegriffs nur schwer konkret zu beantworten. Es ist jedoch sinnvoll, diese Frage zu übersetzen in die im wesentlichen deckungsgleiche Frage nach dem bisherigen und aktuellen Schweregrad sowie der Prognose einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung. Wenn in einer plausibel nachvollziehbaren, konkreten Darstellung der Schweregrad als erheblich und die Prognose als eher ungünstig erscheinen, wird eine zumutbare Willensanspannung eher zu verneinen sein als bei leichteren Schweregraden und besserer Prognose. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit der Willensanspannung spielen bewusste wie unbewusste Aspekte der Motivation des Probanden keine Rolle, siehe dazu aber 4.4., 4.5. und 4.7. Schweregrad und Prognose psychischer und psychosomatischer Störungen lassen sich z.B. aus folgenden Indikatoren erkennen:

- Art der psychischen Störung: schon die diagnostischen Kriterien mancher, aber nicht aller psychischer Störungen nach ICD-10 fordern das Vorliegen eines an den psychosozialen Folgen erkennbaren erheblichen Schweregrads der Störung, um die Diagnose stellen zu können (z.B. Somatisierungsstörung, Persönlichkeitsstörung - kein Schweregradkriterium z.B. bei Hypochondrischer Störung, Konversionsstörung).
- Psychische und körperliche Komorbidität
- Psychosoziale Auswirkungen der Störung
- Primäre Chronifizierung im bisherigen Verlauf, keine Remissionen
- Erfolgreiche, aber konsequent und lege artis durchgeführte Vorbehandlungen

Die Verständigung über den Schweregrad einer psychischen/psychosomatischen Störung z.B. unter Gutachtern kann durch Verwendung standardisierter Fremdbeurteilungen erleichtert werden, z.B. mit der Beeinträchtigungsschwere-Skala (BSS) nach Schepank, in der durch Vergleich mit Ankerbeispielen die psychische, psychogen körperliche sowie soziale Beeinträchtigung quantifiziert wird.

4.4. Simulation, Aggravation, Dissimulation

Zur Orientierung über klinische Täuschungsphänomene im weitesten Sinne ist es sinnvoll, den Bewusstseinsgrad von Motivation einerseits und Prozess der Symptombildung andererseits getrennt zu beurteilen. Es ergibt sich dann folgende schematische Einteilung: Motivation und Symptombildung unbewusst: somatoforme Störung i.w.S. Motivation und Symptombildung bewusst: Simulation, Aggravation Motivation unbewusst, Symptombildung bewusst: artefizielle Störung, "Gerechtigkeitsbegehren"

Simulation ist das bewußte Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Sie läßt sich aufgrund klinischer Erfahrung im Zusammenhang mit der Vermeidung von Wehrdienst, Haft oder Strafverfolgung oder der Erlangung illegaler Drogen relativ häufig nachweisen. Im Zusammenhang mit sozialrechtlicher Begutachtung wird sie häufig vermutet, aber sehr selten begründet nachgewiesen. Der Unterschied zwischen Simulation und psychischer, somatoformer bzw. psychosomatischer Störung liegt im bewußten Erleben des Probanden: im Falle von Simulation werden die Beschwerden präsentiert, aber nicht erlebt; im Falle einer psychischen Störung dagegen werden sie präsentiert und erlebt. In beiden Fällen sind die Beschwerden nicht organisch begründet; in beiden Fällen lassen sich daher "Überlistungen" des Probanden (z.B. Nachweis der erhaltenen Bewegungs- oder Wahrnehmungsfähigkeit in unerwarteten Kontexten, Nachweis höherer kognitiver Leistungsfähigkeit in speziellen Tests) erzielen. Diese "Überlistungen" alleine beweisen daher nur die nicht-organische Genese einer Störung, nicht aber per se eine Simulation. Simulation unterscheidet sich von vorgetäuschten Beschwerden im Rahmen einer artifiziellen Störung durch die Motivation zur Vortäuschung: bei Simulation ist diese offensichtlich erkennbar, bei einer artifiziellen Störung - abgesehen von einer durch die Störung erlangten Aufmerksamkeit nicht. Der sichere Nachweis einer Simulation gelingt nur dann, wenn sie vom Betreffenden als solche im nachhinein kenntlich gemacht wird oder wenn Beobachtungen gemacht werden, die auch bei wohlwollender Betrachtung nur den Schluß erlauben, daß eine Störung

vollständig vorgetäuscht war (z.B. völlige Abwesenheit einer zuvor stark behindernden Lähmung in einer scheinbar unbeobachteten und unbedrohten Situation kurze Zeit später). In allen anderen Fällen kann Simulation nur begründet vermutet werden - und auch das nur unter Würdigung des Gesamtbildes (z.B. gänzlich un plausible Beschwerdeentstehung, fehlende Anzeichen einer prämorbidem Vulnerabilität, ausgeprägte Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung und -ausprägung etc.). Einen psychometrischen Test (o.ä.), der bei isolierter Auswertung Simulation "beweisen" kann, gibt es nicht.

Aggravation ist die bewußt intendierte, verschlimmernde bzw. überhöhende Darstellung einer vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung von (materiellen) Vorteilen. Sie ist in Begutachtungssituationen häufig, aber nicht regelmäßig nachweisbar und kann unterschiedliche Ausmaße annehmen: von einer geringen "Zugabe" bei deutlich vorhandenen Beschwerden bis hin zur simulationsnahen Überhöhung subjektiv kaum wahrnehmbarer Beschwerden. Aggravierendes Verhalten kann sich auf die Schilderung der Beschwerden und ihrer Auswirkungen im Alltag genauso beziehen wie auf die Darstellung der Beschwerden und ihrer Auswirkungen (z.B. schmerzbedingte Schonhaltungen, Ausprägung von Bewegungseinschränkungen). Bei einer moralischen Bewertung von Aggravation sollte äußerste Zurückhaltung geübt werden, da sie z.B. nicht selten plausibel auf die Infragestellung jeglichen Leidens durch Vorbehandler oder Vorgutachter zurückgeführt werden kann. Aggravation muß abgegrenzt werden von einer anders motivierten Verdeutlichungstendenz vorhandener Beschwerden: diese kann zum einen interaktionell motiviert sein, um allgemein das (ärztliche) Gegenüber vom Vorhandensein der Beschwerden zu überzeugen; sie ist dann im Gegensatz zur Aggravation bei allen ärztlichen Untersuchungen und nicht nur in Begutachtungssituationen zu beobachten und gehört bei somatoformen Störungen zu den diagnostischen Kriterien nach ICD-10 F45. Ihre Ausprägung ist generell persönlichkeits- und kulturabhängig unterschiedlich stark ausgeprägt (stärker z.B. bei histrionischer Persönlichkeit und in süd- im Vergleich zu nordeuropäischen Kulturen). Im konkreten Einzelfall können sich habituelle Verdeutlichungstendenz und situationspezifische Aggravation überlagern. Eine eher intrapsychisch motivierte Verdeutlichungstendenz kann dann vorliegen, wenn Themen der Legitimität, Gerechtigkeit, Wiedergutmachung aus biographisch determinierten Konflikten heraus unbewußt große Bedeutung haben, s. 4.5.. Zur Feststellung von Aggravation gelten analog die zur Simulation gemachten Anmerkungen: "Überlistung" per se beweist sie nicht, wichtig sind (im Vergleich zur Simulation weniger extreme) Inkonsistenzen in Beschwerdeschilderung und beobachtetem Verhalten, einen isolierten "Beweis" z.B. in Form eines Tests gibt es bei Probanden, die nicht selbst ihre Aggravation zugeben, nicht. Werden Verdeutlichungstendenz und/oder Aggravation begründet vermutet oder nachgewiesen, ist das bei der Beurteilung des Schweregrads einer Störung und der Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen (im Sinne eines geringeren Schweregrads).

Simulation und Aggravation sind, wie ausgeführt, bewusst gesteuerte Täuschungsphänomene und damit Ausdruck eines sozial normabweichenden Verhaltens. Diese Verhaltensdisposition kann im Einzelfall auf unbewusste intrapsychische Konflikte oder auf psychische Strukturdefizite zurückgehen und insoweit psychodynamisch erklärbar sein. In der Regel kann psychodynamische Ableitbarkeit im genannten Sinne aber nicht dazu führen, Aggravation oder Simulation von psychischen oder körperlichen Beschwerden als krankheitswertig und insofern anspruchsbegründend im Sinne der sozialen Sicherungssysteme zu akzeptieren. Eine Ausnahme ist dann möglich, wenn eine umfassende derartige Verhaltensdisposition vorliegt und diesbezüglich die diagnostischen Kriterien einer eigenständigen krankheitswertigen Störung, insbesondere einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, erfüllt sind.

Dissimulation ist eine verringernde, herunterspielende Darstellung von Beschwerden. Sie kann auch in Begutachtungen beobachtet werden und ist zumeist intrapsychisch oder interpersonell motiviert (Verleugnung, Angst, Scham); selten ist sie auch bewußt eingesetzt, z.B. im Kontext von Fahrtauglichkeitsgutachten. Sie muß unterschieden werden von organisch begründeter verminderter Wahrnehmungsfähigkeit von Körperbeschwerden z.B. durch eine autonome Polyneuropathie im Rahmen von Diabetes. Gewinnt ein Gutachter den Eindruck, daß ein Proband seine Beschwerden dissimuliert, muß auch das bei der Beurteilung von Schweregrad und Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden im Sinne eines höheren Schweregrads.

4.5. Zum Problem der "Rentenneurose"

Die Verwendung des Begriffs "Rentenneurose" sollte vermieden werden. Er wird vielfach unzulässig und unscharf für alle Fälle "psychischer Überlagerung" in Begutachtungssituationen verwendet und fälschlicherweise implizit mit bewußter Simulation gleichgesetzt. Auch im engeren, prinzipiell korrekten Sinne als Bezeichnung einer nicht der bewußten Steuerung unterliegenden Krankheitsform ist er irreführend, da er unterstellt, daß ein bestimmtes Beschwerdebild nur wegen der Aussicht auf bzw. dem Verlangen nach Rente (im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns) fortbestehe und nach Gewährung der Rente geheilt werde. Dies ist falsch, da die Störungen auch nach Gewährung der Rente in der Mehrzahl nicht abklingen.

Richtig ist allerdings, daß die "Tatsache des Versichertseins" ganz generell einen Risikofaktor für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer, somatoformer oder psychosomatischer Störungen darstellt. Es ist aber nicht zulässig, aus diesem generellen, vermutlich vorwiegend über unbewußte Prozesse vermittelten Zusammenhang auf das Vorliegen von bewußter Aggravation bei entsprechend Versicherten (kurz) zu schließen. Ein weiteres, oft fälschlich unter dem Begriff "Rentenneurose" abgehandeltes Phänomen betrifft ein insbesondere bei längerdauernden juristischen Auseinandersetzungen um die Gewährung von Rente häufiger beobachtbares, von außen querulatorisch anmutendes Entschädigungsbegehren für vermeintlich oder objektiv erlittenes Unrecht. Hier ist zu differenzieren, inwieweit die biographische Bedeutung von Themen der Entschädigung, Wiedergutmachung, Gerechtigkeit und/ oder persönlichkeitsgebundene querulatorische Tendenzen wirksam werden bzw. inwieweit das Verhalten von Versicherungen/ Arbeitgeber /Berufsgenossenschaft /Gerichten während des anhängigen Verfahrens nachvollziehbar das Entschädigungsbegehren unterhält. Bei ausgeprägten derartigen Entwicklungen muß geprüft werden, ob seit Beginn der meist mehrjährigen Auseinandersetzungen die Kriterien einer andauernden Persönlichkeitsänderung mit tendenziösen Erwartungshaltungen (ICD-10 F 62.8) vorliegen.

4.6. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit

In der Leistungsbeurteilung, also in der medizinischen, zugleich unvermeidlich normativen Abgrenzung des krankheitsbedingten Nicht-Könnens vom einfachen Nicht-Wollen, bündelt sich für die meisten sozialrechtlichen Fragestellungen (wichtigste Ausnahme: Kausalitätsfragen) die gutachterliche Beurteilung. Hier werden primär nicht die Einbußen der Probanden beschrieben, sondern positiv seine Fähigkeiten und entwickelbaren Leistungsressourcen unter verschiedenen (Arbeits-)Bedingungen. Dabei sollte berücksichtigt werden, daß die Arbeitsfelder sich zunehmend in Richtung auf höhere Mobilität und Flexibilität verändern. Die relevanten Merkmale für die Leistungsbeurteilung sind meist weniger in Beeinträchtigungen von körperlichen Funktionen zu suchen als in relevanten und komplexen psychischen und sozialen Merkmalskombinationen, die beobachtungsnah beschrieben werden müssen. Als Orientierungsrahmen für die Begutachtung der Leistungsfähigkeit wird die Konzeption zur Klassifikation von Behinderungen empfohlen, wie sie im 2. Entwurf der Internationalen Klassifikation der Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH-II) vorgenommen wird. Es werden dort die folgenden Differenzierungen vorgenommen:

1. **Die Ebene der Schäden der Funktion und Struktur:** berücksichtigt werden Schweregrad- und Verlaufskriterien sowie ggf. Lokalisation der (psychischen/somatoformen) Störung; darüber hinaus das Vorliegen von Komorbidität
2. **Die Ebene der Aktivität:** Beurteilt werden die unterschiedlichen Aktivitäten bzw. Störungen der Aktivität des alltäglichen Lebens. Diese sollen möglichst konkret beschrieben werden (Aktivitätslisten) möglichst unter Angabe, welche Art von Unterstützung (Assistenz) zur Umsetzung bestimmter Aktivitäten notwendig ist. Zentral ist die Einschätzung, inwieweit eine Aktivität zukünftig möglich oder nicht möglich sein wird (Prognose)
3. **Die Ebene der Partizipation:** Dabei geht es im Sinne eines positiven wie negativen Leistungsbildes um die Art und das Ausmaß, in dem ein Individuum an bestimmten Lebensbereichen teil hat oder einbezogen ist. Die Partizipation eines Probanden kann bezüglich der Art, der Dauer und der Qualität eingeschränkt sein. Die Partizipation wird als Ausdruck der Wechselbeziehung zwischen den persönlichen Bedingungen und Gesundheitsproblemen des Individuums (z.B. Schäden und Aktivitätsstörungen) und dem jeweiligen Kontext angesehen. Zu überprüfen ist, an welchen Lebenswelten (z.B. Familienleben, Freizeitbereich, Berufswelt) oder sozialen Kontexten der Proband teil hat und welche Einschränkungen er aufweist.

Notwendig ist dafür eine ausreichende Kenntnis des für den konkreten Probanden relevanten Berufsfeldes. Bei der psychosomatischen Begutachtung geht es insbesondere um eine Analyse der psychosozialen Kontextfaktoren der Arbeitswelt (wie z.B. Konkurrenz, Hierarchie, Verantwortung, Monotonie, siehe im Anhang Kriterienliste 7.1.)

Die persönlichen Bedingungen der Partizipation umfassen das subjektive Erleben der Arbeitsplatzanforderungen ebenso wie die allgemeine psychosoziale Situation. Sie betreffen auch Aspekte der Belastbarkeit, Veränderungsmotivation und -ressourcen des Probanden, die eine Aussage zur Prognose gestatten und Empfehlungen für Rehabilitationsmaßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung ermöglichen (siehe Kriterienliste 7.1.2., 7.1.3.).

Ergeben sich deutliche Diskrepanzen zwischen den Partizipationsmöglichkeiten im privaten und im Umfeld des Erwerbslebens, so ist die Plausibilität eines Nicht-Könnens speziell im beruflichen Umfeld sorgfältig anhand der Kriterienlisten zu prüfen. Ein strenger Maßstab ist besonders dann anzulegen, wenn das berufliche Nicht-Können nicht unmittelbar aus der Wechselwirkung Anforderungsprofil - krankheits-

bedingte Einschränkung erklärt werden soll, sondern aus der Wechselwirkung mit biographisch geprägten Bedingungen (z.B. geringer Kränkbarkeit bei narzißtischer Persönlichkeitsstruktur - ohne daß die Kriterien einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, s. 5.2.).

4.7. Die Beurteilung der Kausalität

Bei der Kausalitätsbeurteilung ist nachvollziehbar herauszuarbeiten, ob einem schädigenden Ereignis, das in zeitlichem Zusammenhang mit der Entstehung einer psychischen oder psychosomatischen Störung steht, mit Wahrscheinlichkeit die Bedeutung einer wesentlichen Bedingung zuzurechnen ist oder ob es als rechtlich nicht wesentliche Ursache, ggf. auch als sogenannte "Gelegenheitsursache" anzusehen ist. Im Sozialrecht ist dabei die individuelle Belastung und Belastbarkeit des Probanden zum Schädigungszeitpunkt maßgebend.

Es ist vor diesem Hintergrund sinnvoll, die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs zwischen einem schädigenden Ereignis und der Entwicklung einer psychischen/psychosomatischen Störung nach 4 Kriterien, die gegeneinander konkret abgewogen werden müssen, zu prüfen:

1. **Objektiver Schweregrad des schädigenden Ereignisses:** Lebensbedrohlichkeit, Dramatik, Verlauf der somatischen Behandlung.
2. **Überindividueller Schweregrad des subjektiven Erlebens des schädigenden Ereignisses:** Todesangst, Miterleben von Tod /Schädigung von Nahestehenden, Unkontrollierbarkeit, Ohnmachtserleben, eingreifende Veränderung der materiellen oder sozialen Lebenszusammenhänge durch die objektiven Folgen des schädigenden Ereignisses, Verletzung von subjektiv besonders bedeutungsvollen ("narzißtisch besetzten") Körperorganen wie Herz, Gehirn, Genitale.
3. **Individuell bedingter Schweregrad des subjektiven Erlebens des schädigenden Ereignisses:** Zu unterscheiden sind hier:
 - Biographische Hinweise auf unspezifische Vulnerabilität in der Bewältigung auch von geringeren Lebensbelastungen/ Ereignissen (z.B. manifeste Hinweise auf schon früher stark erhöhte narzißtische Kränkbarkeit, die durch unspezifische Kränkung durch Unfallerlebnis aktualisiert wird) - schädigendes Ereignis dann möglicherweise rechtlich nicht wesentliche Ursache.
 - Biographische Hinweise auf spezifische Vulnerabilität in der Bewältigung speziell des schädigenden Ereignisses zum jetzigen Zeitpunkt im Leben (z.B.: durch vorangegangene Traumatisierung wird jetziges Ereignis bedrohlicher erlebt) - Ereignis dann möglicherweise eher mit Wahrscheinlichkeit kausal wirksam. Beachte: die Tatsache, daß jemand dem jetzigen Ereignis objektiv vergleichbare Ereignisse früher unbeschadet überstanden hat (prämorbid Stabilität), ist nicht zwangsläufig ein Hinweis darauf, daß das subjektive Erleben des Ereignisses aktuell ausgeprägter ist und das Ereignis daher eher mit Wahrscheinlichkeit kausal wirksam war - möglich ist genauso, daß für die Entwicklung von Beschwerden nach dem aktuellen Ereignis unfallfremde Faktoren, z.B. sog. "Begehrenshaltungen", eine entscheidende Rolle spielen.
4. **Mögliche sekundäre Motive, also z.B. sog. Begehrenshaltungen:** Zu unterscheiden sind hier:
 - bewußte oder weitgehend bewußtseinsnahe Motive, die zu Aggravation oder Simulation von Beschwerden führen.
 - überwiegend bewußtseinsferne Motive, die nicht der willentlichen Steuerung unterliegen (z.B. Verlangen nach Gerechtigkeit oder Entschädigung bei einer entsprechend disponierten Persönlichkeit, ggf. bis hin zu querulatorischen Entwicklungen). Das heißt, daß nicht in jedem Fall Nachweis von Faktoren unter d) mit Simulation gleichgesetzt werden kann; sie sind aber in der Regel als unfallfremder Faktor anzusehen. Allerdings können sie im Einzelfall auch kausal auf das spezifische schädigende Ereignis und seine Folgen im Sinne einer wesentlichen Bedingung zurückzuführen sein (z.B. wenn sich objektivierbar medizinisch inadäquates, die Begehrenshaltungen induzierendes oder akzentuierendes Verhalten von Vorbehandlern, Versicherungen etc. nachweisen läßt).

4.8. Zum Stellenwert testpsychologischer Untersuchungen

Als Grundlage der sozialmedizinischen Beurteilung sind testpsychologische Zusatzuntersuchungen insbesondere für die folgenden Fragestellungen von Bedeutung:

1. die systematische Erhebung der Symptomatik oder Syndromatik mit Hilfe von Symptomskalen (z.B. SCL-90, Angst- oder Depressivitätsskalen wie STAI, BDI, HADS, PSKB-Se)
2. die Untersuchung von charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen mit Hilfe von Persönlichkeitsfragebogen (z.B. FPI, PSKB-Se, Gießen-Test oder spezielle Bögen für ausgewählte Persönlichkeitsstörungen wie das z.B. Borderline-Inventar); erfaßt werden dabei weniger zeitstabile Persön-

- lichkeitsmerkmale (trait) als eher aktuelle psychische und psychosomatische Merkmalsbereiche (state).
3. die Messung der kognitiven Leistungsfähigkeit oder der kognitiven Leistungseinbußen mit Hilfe von Intelligenztests, spezifischen neuropsychologischen Testverfahren und psychologischen Leistungstests.
 4. die testpsychologische Untersuchung von Prozessen der Krankheitsverarbeitung sowie der Behandlungsmotivation, die für die weitere Prognose von Bedeutung sind (z.B. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation).
 5. die systematische Dokumentation von ausgewählten Problembereichen und Ressourcen des Probanden. Dazu gehören z.B. Schmerztagebücher und Aktivitätslisten.

Testpsychologische Verfahren können, wenn sie kompetent eingesetzt und ausgewertet werden, zur Kohärenz und Plausibilität einer Beurteilung hinsichtlich störungs- und persönlichkeitsbezogener Diagnostik sowie der Leistungsbeurteilung beitragen. Sie erlauben eine Systematisierung und "Quantifizierung" von Symptomen durch Vergleich mit Normpopulationen; außerdem stellt ihre Durchführung ein weiteres Feld der Verhaltensbeobachtung und Belastungserprobung dar, aus dem sich Hinweise zur Motivation des Probanden und zu seiner emotionalen und kognitiven Belastbarkeit ergeben. Insofern kann ihr routinemäßiger Einsatz bei der Begutachtung empfehlenswert sein. Allerdings muß dabei berücksichtigt werden, daß insbesondere die oben skizzierten Symptom- oder Persönlichkeitsskalen für intelligente Versuchspersonen in ihrer Zielrichtung in der Regel gut erfaßbar sind und eine tendentielle Beantwortung der Frage - z.B. im Sinne einer Aggravation von Beschwerden - ohne größere Probleme ermöglichen, woraus sich für diese Bezugsgruppe eine Einschränkung der Validität dieser Tests ergibt. Ebenfalls zu beachten ist, daß auch mit Leistungstests allein die Unterscheidung "Simulation" bzw. "Aggravation" versus unbewußt determiniertes, krankheitsbedingtes "Nicht-Können" nicht möglich ist. Systematische Antworttendenzen im Sinne von "Verschlossenheit" (z.B. auf der "Offenheitsskala" im FPI) können jedoch einen im klinischen Interview, in der Untersuchung oder aus der "Aktenlage" entstandenen Verdacht auf Aggravation erhärten. Sowohl die Auswahl relevanter Tests als auch Auswertung und Interpretation sollte in enger Kooperation mit methodisch entsprechend ausgebildeten Kollegen (z.B. Psychologen) erfolgen.

Für die Beurteilung der Gesamtsituation eignen sich zusammenfassend weniger die psychologischen Tests als das klinische Beurteilungsvermögen des Gutachters, der die verschiedenen Aspekte insgesamt zu würdigen hat.

4.9. Integration der unterschiedlichen Beurteilungsebenen bei der gutachterlichen Entscheidungsfindung

Die Integration und Bewertung der unterschiedlichen Beurteilungsebenen im Hinblick auf die Beantwortung der Gutachten- bzw. Beweisfragen umfaßt eine Reihe von Schritten. Es muß geprüft werden:

1. ob die einzelnen Informationen, die der Beurteilung zugrunde gelegt werden sollen, methodisch angemessen erhoben worden sind.
2. ob die Befunde, die innerhalb einer Beurteilungsebene erhoben worden sind, in sich schlüssig und kongruent sind. Soweit sich Unschlüssigkeiten oder Widersprüche zeigen, muß geklärt werden, ob ggf. die Interpretation einzelner Befunde unangemessen ist.
3. ob sich die (Teil-) Ergebnisse der verschiedenen Beurteilungsebenen bei der Integration weitgehend widerspruchsfrei und schlüssig zu einem Gesamtbild oder einer Gesamtbewertung zusammenfügen lassen. Falls es zu widersprüchlichen Aussagen zwischen den verschiedenen diagnostischen Ebenen und Methoden kommt, müssen die Bedingungen dafür geklärt werden (z.B. unreliable oder unvalide Untersuchungsmethode). Dabei ist allerdings zu beachten, daß vom Gutachter zu stark deterministische, auf Widerspruchsfreiheit hin "konstruierte" Ableitungen, z.B. hinsichtlich der Bedeutung eines frühkindlichen Erlebens oder der gegenwärtigen Tatsache des Versichertseins für die Leistungsfähigkeit, zu vermeiden sind.

Soweit Widersprüche zwischen z.B. den Ergebnissen der klinischen Untersuchung (diagnostisches Interview) und den testpsychologischen Untersuchungsbefunden auftreten, muß die in der Gesamtbeurteilung erfolgte Gewichtung der verschiedenen Methoden und Befunde begründet werden. Auf die integrative Bedeutung der Leistungsbeurteilung bei den meisten sozialrechtlichen Fragestellungen wurde bereits hingewiesen. Falls bestimmte Gutachtenfragen prinzipiell als aus der Sicht des Fachgebiets nicht beantwortbar angesehen werden, sollte dies deutlich gemacht werden; ebenso sollte man in Zweifelsfällen auch die Möglichkeit in Betracht ziehen, eine Gutachtenfrage im speziellen Fall mit "nicht zu klären" (non liquet) zu beantworten.

...

6. Durchführung der Begutachtung

Die Durchführung der Begutachtung orientiert sich an den allgemeinen Regeln der ärztlichen Begutachtung und muß grundsätzlich immer an den jeweiligen Kontext angepaßt werden. Dieser wird von einer ganzen Reihe von Faktoren bestimmt, so z.B. vom Auftraggeber, von den Vorgutachten, von den im Gutachtauftrag formulierten Fragen, von der Notwendigkeit von Zusatzgutachten, von der gesundheitlichen Verfassung des Probanden, von seiner Einstellung zur Begutachtung etc.. Bei der Durchführung von Begutachtungen in der Psychosomatik/ Psychotherapeutischen Medizin sind folgende Punkte speziell zu beachten:

- Grundsätzlich gilt: je vielfältiger die Untersuchungs- und Beobachtungssituationen, desto valider kann die Leistungsbeurteilung eines Probanden sein.
- Eine ambulante Begutachtung an einem einzigen Tag ist für eine Leistungsbeurteilung ausreichend, wenn ausreichende Vorbefunde vorliegen, die Problemstellung ausreichend klar wird und/oder die Gelegenheit zu mehreren Begegnungen mit dem Probanden entweder durch denselben oder durch mehrere Gutachter in derselben Institution besteht (z.B., bei einem Gutachter, durch organisatorische Auftrennung in Anamnese, körperliche und testpsychologische Untersuchung).
- Wenn Unsicherheit hinsichtlich der Beurteilung besteht, ist eine erneute Untersuchung zu einem weiteren Termin zwingend, da hierbei die Beurteilungsbasis durch Einbeziehung auch von zeitlicher Varianz deutlich verbreitert wird.
- Eine stationäre Begutachtung ist nur selten indiziert, z.B. bei einander widersprechenden Vorgutachten durch kompetente Gutachter aus dem psychosomatisch-nervenärztlich-psychiatrischen Bereich. Voraussetzung ist, daß die Mitarbeiter der betreffenden Station mit Begutachtungsfragen vertraut sind und sich die Begutachtung in den sonstigen Stationsablauf sinnvoll integrieren läßt.
- Die Hinzuziehung fremdanamnestischer Informationen sollte nur im Beisein und/ oder mit Zustimmung des Probanden geschehen. Vor allem, wenn eine Begleitperson relativ unvorbereitet befragt wird, ergeben sich oft wertvolle Zusatzperspektiven.
- Eine körperliche Untersuchung des Probanden sollte auch dann vorgenommen werden, wenn die organischen Befunde im Gutachtenverfahren bereits von anderer Seite erhoben wurden, da das Verhalten während der körperlichen Untersuchung wichtige Zusatzinformationen über den Probanden liefert.

7. Anhang

7.1. Psychosoziale Kriterien zur Leistungsbeurteilung

7.1.1. Kriterien zu psychosozialen Anforderungen des Arbeitsplatzes

- Zeitstruktur (z.B. Schichtarbeit, Überstunden, Nachtschicht); z.B. damit verbundene soziale Isolierung oder familiäre Belastungen
- Arbeitsumwelt (z.B. architektonische, räumliche Gegebenheiten); z.B. Probleme, die sich aus der Tätigkeit in einem Großraumbüro für Pbn mit agoraphobischen oder sozialphobischen Problemen ergeben.
- physikalische Umweltbelastungen (z.B. Lärm, Strahlung, Noxen, Hitze) sind auch in ihrer besonderen Bedeutung für die psychische Verfassung des konkreten Pbn zu bewerten.
- Handlungsspielräume am Arbeitsplatz (eingengt durch starre Einbindung an maschinellen Arbeitsablauf am Band; größere Flexibilität, aber unter Umständen auch höherer sozialer Druck durch Gruppenarbeit).
- erforderte Aufmerksamkeit (monotone oder differenziertere Arbeitsabläufe)
- Anforderungen an die Konzentration oder das Gedächtnis (diese Funktionen sind häufiger bei Pbn. mit Depressionen aber auch anderen neurotischen Störungen beeinträchtigt)
- Eingebundensein in soziale Kontexte.
- Ausmaß der Verantwortung im Arbeitsprozeß.
- soziale Interaktionsmuster im Betrieb oder der Organisation. Dazu gehören Hierarchie, Führungsstile, Konkurrenz, Entwicklungsspielräume, Interaktionsregeln wie z.B. Mitbestimmung.
- Inhalte der Arbeit (Sinnentleerung, Überblick über Gesamtzusammenhang).
- psychosoziale Gratifikationen (Lohn, Karriereöglichkeiten, gesellschaftliche Anerkennung der Tätigkeit)

7.1.2. Kriterien zur Bewältigung von Anforderungen am Arbeitsplatz

- Erreichen von/ Scheitern an beruflichen Anforderungen/Zielen
- Erleben eigener Grenzen, eigener Fehler
- Erleben von Veränderungen im Arbeitskontext (personell, sachlich)
- Erleben von Ungerechtigkeit, Kränkung, Zurücksetzung, Enttäuschung, Verlust von Versorgung, von Unterstützung, Verlust von bedeutenden Anderen
- Offene, innere Auseinandersetzung mit Vorgesetzten, Kollegen
- Bedeutung der Erkrankung im Kontext der spezifischen Arbeitsplatzsituation

7.1.3. Kriterien zur Beurteilung der psychosozialen Situation des Probanden

- Mit wem lebt der Proband zusammen (Partner, Eltern, Kinder, Tiere)?
- Wo lebt er (z.B. eigenes Haus, Eigentumswohnung, Mietwohnung)?
- An welchen Lebensbereichen partizipiert er (familiärer und häuslicher Rahmen, Kontakte zu Freunden und Bekannten, Vereine, Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Tätigkeiten)?
- Hobbies und Interessen sowie die damit verbundenen Aktivitäten (z.B. Heimwerken oder Gartenarbeit, Lesen, Fernsehen, Wandern, Wohnwagen, Kleingarten, Sport, Kirchenchor)?
- Welche Arbeiten im oder am Haus übernimmt er? (Reinigung der Wohnung, Einkaufen, Kochen, Abwasch, Gartenarbeit)
- Welche Art von Urlaub hat der Proband in den letzten Jahren gemacht?

7.2. Empfohlene Gliederung des schriftlichen Gutachtens

Grundsätzlich wird empfohlen, Vorgeschichte nach Aktenlage und biographische Anamnese knapp zu halten, dafür Beurteilung eher ausführlich.

I. Gutachtenfragestellungen (Kurzfassung)

II. Quellen der Begutachtung (Akten, insbesondere Vorgutachten, eigene Untersuchung und Befunderhebung mit Angabe der Daten)

III. Vorgeschichte nach Aktenlage (chronologische Darstellung)

IV. Anamnese

IV.1 Spezifische Problemanalyse

IV.2 Biographie (inkl. aller relevanten somatischen und psychosozialen Entwicklungslinien)

IV.3 Aktuelle Lebenssituation und Auswirkungen der Störungen

V. Psychischer Befund

V.1 Auftreten und Erscheinung, aktuelle Kommunikation.

V.2 Psychopathologie.

V.3 Hinweise auf Simulation, Aggravation, Dissimulation. (inkl. Ressourcen, Motivation, Erwartungshaltung, Krankheitsverarbeitung, emotionale Flexibilität, intellektuelle Fähigkeiten).

VI. Körperliche Untersuchung (inkl. apparative und Labordiagnostik)

VII. Testpsychologische Zusatzbegutachtung

VIII. Zusammenfassung und diagnostische Bewertung (Herausarbeiten der konkreten Störung. Entstehungsbedingungen der vorliegenden Störung auf dem Hintergrund der psychosozialen Entwicklungslinien. Erläuterung der Diagnose nach ICD-10-Kriterien. Differentialdiagnostische Erörterungen. Ausführungen zum Schweregrad der Störung, zur Chronifizierung, Prognose hinsichtlich Therapie/Rehabilitation. Leistungsbeurteilung. Auseinandersetzung mit Vorgutachten).

IX. Beantwortung der Gutachtenfragen. (konkret und hinreichend detailliert. MdE-Werte sind klar zu begründen.)

Stand der letzten Aktualisierung: Februar 2001

©: Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Dt. Ges. f. Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Dt. Kollegium f. Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgem. Ärztliche Ges. f. Psychotherapie (AÄGP) Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online, awmf@uni-duesseldorf.de