



# Symposium DGNB

Bezugsrahmen in der neurologisch-  
psychiatrischen Begutachtung

Dr. med. Frank Bergmann | Fortbildung 14.1.2022

Engagiert für Gesundheit.



# I. Epidemiologische Bezüge: Daten und Fakten zu psychischen Erkrankungen

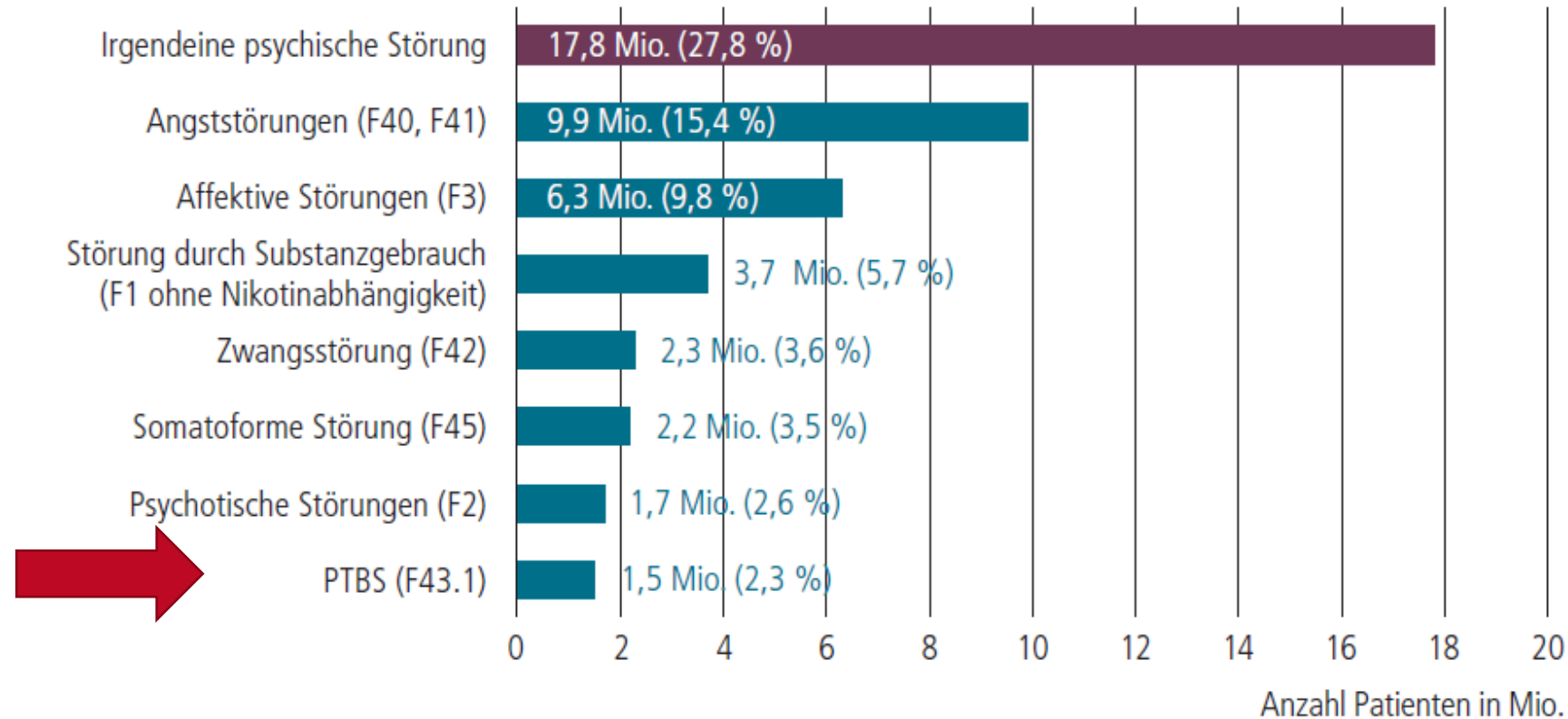


# Häufigkeit psychischer Erkrankungen

- In Deutschland sind jedes Jahr etwa **27,8 %** (17,8 Mio.) der erwachsenen Bevölkerung **von einer psychischen Erkrankung betroffen**. Nur 18,9 % nehmen Kontakt zu Leistungsanbietern auf.
- **Pro Quartal werden etwa 2,5 Millionen gesetzlich Versicherte** von 3.760 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde **in ambulanten Praxen behandelt**.
- Psychische Erkrankungen zählen in Deutschland zu den vier wichtigsten Ursachen für den **Verlust gesunder Lebensjahre**.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen haben zudem im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung **eine um 10 Jahre verringerte Lebenserwartung**.
- 2018 nahmen sich in Deutschland etwa 9.300 Menschen das Leben. Zwischen **50 % und 90 % der Suizide lassen sich auf eine psychische Erkrankung zurückführen**.

Quelle: DGPPN, Oktober 2020)

# Psychisch erkrankte Menschen in Deutschland



Zahl der jährlich von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen  
In Klammern: 12-Monats-Prävalenzen  
Bezugsgröße: 64,1 Mio. Deutsche im Alter von 18-79 Jahren

Von den 17,8 Mio. betroffenen Personen nehmen nur 18,9 Prozent Kontakt zu Leistungsanbietern auf.

Quelle: Jacobi, F. et al., Der Nervenarzt 87(1), 88-90, 2016, veröffentlicht in Report Psychotherapie 2021 der DPtV



# Krankheiten als Ursache für Berentungen

## Rentenzugänge 2020 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	Männer		Frauen		insgesamt	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Krankheiten von Skelett/Muskeln/Bindegewebe	10 605	12,5	11 796	12,9	22 401	12,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	11 389	13,5	5 015	5,5	16 404	9,3
Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselkrankheiten	3 431	4,1	2 524	2,8	5 955	3,4
Krankheiten der Atmungsorgane	3 566	4,2	2 329	2,6	5 895	3,4
Neubildungen	12 166	14,4	13 469	14,8	25 635	14,6
psychische Störungen	29 437	34,8	43 553	47,8	72 990	41,5
darunter: Sucht	4 685	5,5	1 493	1,6	6 178	3,5
Krankheiten des Nervensystems	6 139	7,3	6 552	7,2	12 691	7,2
sonstige Krankheiten	7 430	8,8	5 930	6,5	13 360	7,6
keine Aussage möglich <sup>1)</sup>	477	0,6	0	0,0	477	0,3
<b>insgesamt</b>	<b>84 640</b>	<b>100</b>	<b>91 168</b>	<b>100</b>	<b>175 808</b>	<b>100</b>

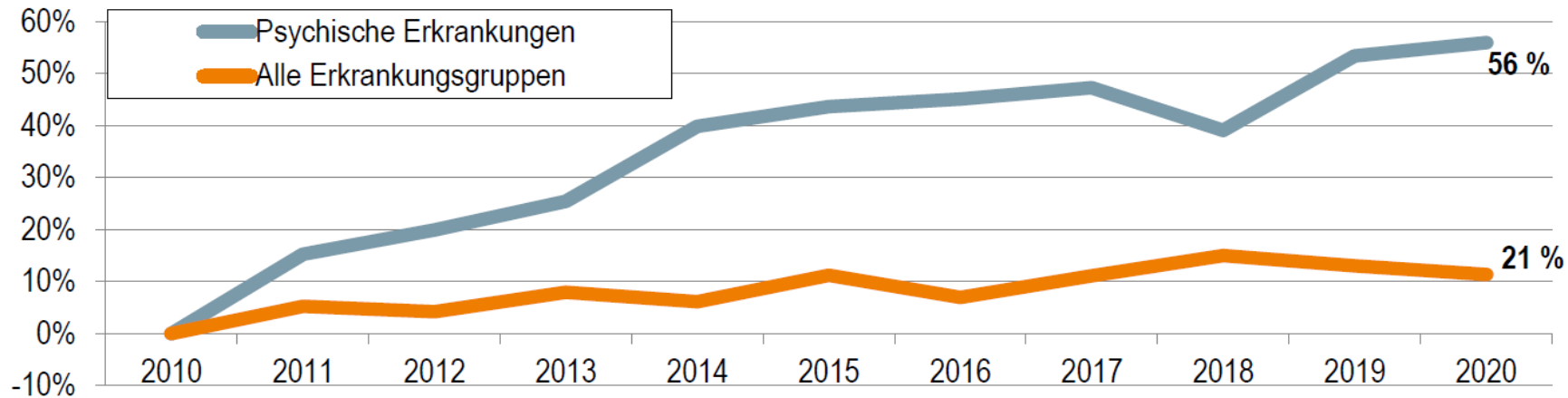
<sup>1)</sup> Insbesondere Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres.

Verschlüsselung nach ICD 10 mit neuer Zuordnung einiger S-, T-, Q- und Z-Diagnosen ab 2016.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang 2020

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zahlen 2021

# Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen (2010-2020)



- Die Zunahme der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen ist seit Jahren sehr auffällig.
- Von 2010 bis 2020 nahm die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen um 56 Prozent zu.
- Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der vergangenen Jahre gibt es keine Entwicklung, die gravierender wäre.
- Im gleichen Zeitraum lässt sich beim Krankenstand insgesamt kein vergleichbarer Aufwärtstrend beobachten.

Quelle: Psychreport 2021, DAK/IGES

**Im Jahr 2019 lag die Dauer von Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen liegt durchschnittlich bei 43 Tagen.**

Quelle: Bundesgesundheitsministerium (2021) Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Alters- und Krankheitsartengruppen 2019



## II. Arbeitsunfähigkeit:

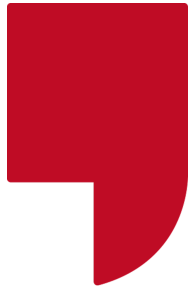
Rekonvaleszenz oder Regression?



# Stabilisierende Aspekte der Arbeit

- sichert einen Verdienst als **Lebensunterhalt**
- gibt eine **Zeitstruktur** vor
- erweitert **soziale Beziehungen**
- weist einen wertgeschätzten **sozialen Status** zu
- stiftet **Identität**
- regt zu regelmäßigen **Aktivitäten** an
- ...





# Macht (keine) Arbeit krank? (1)

Expertenbefragung 2011



Wolfgang Gaebel, Vorsitzender des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der HHUD, Ärztl. Direktor LVR-Klinikum Düsseldorf

“Zunächst ist Arbeit eine wichtige Voraussetzung für das seelische Wohlbefinden.”



Ulrich Hegerl, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universitätsklinikum Leipzig, Sprecher des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität, Vorsitzender des Deutschen Bündnis gegen Depression e.V., Leipzig

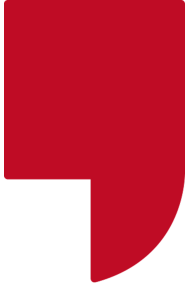
“Für die große Mehrheit der Menschen ist Arbeit ein eher schützender Faktor.”



Peter Falkai, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen

“Häufig ist es für die Betroffenen besser irgendeiner als keiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen.”

Quelle: <https://wissenschaftsjahr.de/2011/mitmachen/fragen-zur-gesundheitsforschung/wissenschaftlerinnen-und-experten-nehmen-stellung/macht-keine-arbeit-krank.html>



# Macht (keine) Arbeit krank? (2)

Veranstaltung zum Thema „Arbeit für psychisch Kranke“ 2014:



Prof. Dr. Frank Jacobi, Psychologische Hochschule Berlin, warnte **generell davor, bei psychischen Erkrankungen zu viel und zu lang krankzuschreiben**. Teilkrankschreibungen, wie sie etwa in Norwegen üblich seien, brächten oft mehr. **„Häufig ist Schonung nämlich kontraproduktiv.“**

*Quelle: Der Tagesspiegel, 12.04.2014*



# 121. Deutscher Ärztetag 2018 in Erfurt

Entschießung zu TOP 2

Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert denn Gesetzgeber auf, die **Grundlage für eine „Arbeitsminderung“ (vorübergehende Minderung der Arbeitsfähigkeit) zu schaffen**, die analog zur Erwerbsminderung die Möglichkeit schafft, für eine begrenzte Zeit weniger zu arbeiten.

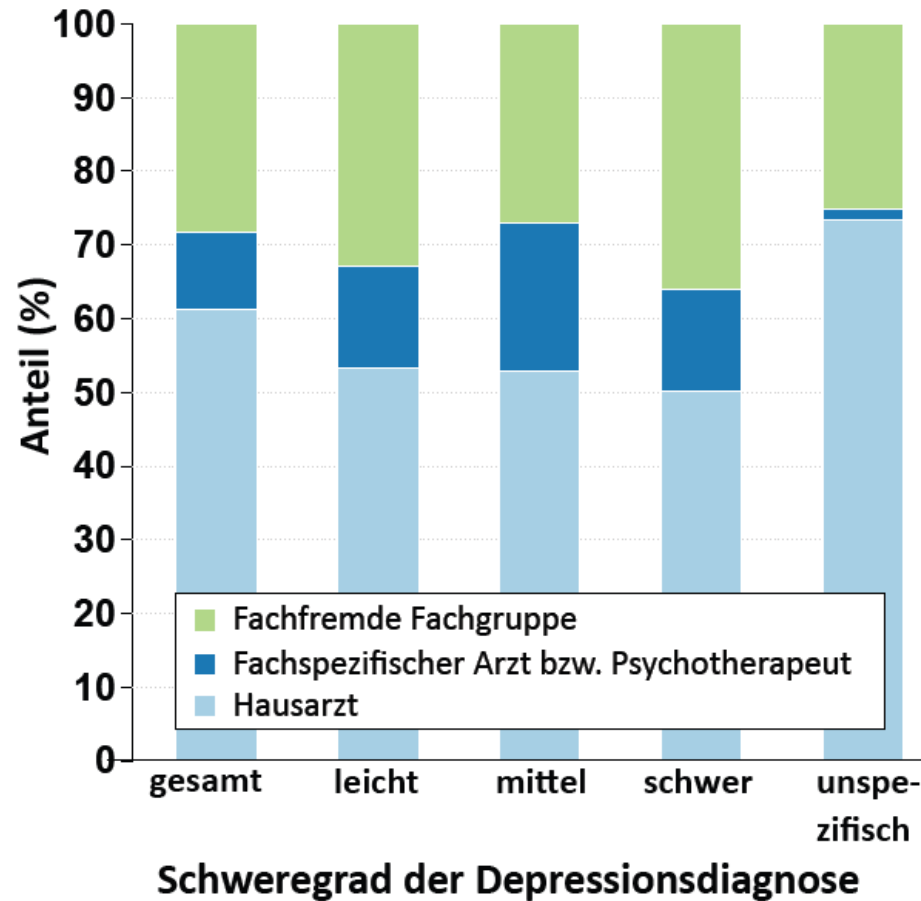
**Speziell bei psychischen Störungen, insbesondere den Depressionen, gibt es wiederholt das Problem, dass eine Krankschreibung (AU = Arbeitsunfähigkeit) eher zu einer Verstärkung der Symptomatik führt und bezüglich der Heilung kontraproduktiv ist.** Oft kommt auch die Angst um den Arbeitsplatz dazu.

Dem kann mit einer Arbeitsminderung begegnet werden. Tagesstruktur und sozialer Kontakt bleiben erhalten, ebenso fehlt die Abwesenheit vom Arbeitsplatz.

[...]



## Anteil der Depressionsdiagnosen nach diagnostizierender Fachgruppe (2017)



In den Jahren des Beobachtungszeitraums 2009–2017 wurden jeweils **60 Prozent der jährlich dokumentierten Depressionsdiagnosen von Hausärzten gestellt.**

Unspezifische Depressionsdiagnosen wurden überwiegend von Hausärzten dokumentiert. Durch die zunehmend spezifischere Codierung ist der Anteil der unspezifischen Depressionsdiagnosen über die Jahre gesunken. **Dennoch stellten auch 2017 noch 50 Prozent der Hausärzte eine unspezifische Depressionsdiagnose.**

Quelle: Versorgungsatlas des Zi, Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009–2017, Bericht 19/05, 2019



## Cave:

- **Arbeit ist primär kein Gesundheitsrisiko, sondern sie bedeutet für viele Menschen Lebenssinn und Befriedigung. Eine Arbeitstätigkeit kann vor sozialen Schwierigkeiten und Depressionen schützen. Sie kann also gesundheitsfördernd sein!**

Behinderung? Rente ?

# III. Differentialdiagnostik

Bezugsrahmen ICD 10 vs ICF:

Der erste Schritt zur Beurteilung möglicher  
Funktionseinschränkungen









## Typ. Stolperfalle:

- Weder kann die Darstellung einer biographischen Entwicklung noch die einer spezifischen psychodynamischen Konstellation allein für eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung ausreichend sein.
- Vielmehr sind immer die durch die psychopathologischen Auffälligkeiten verursachten Einschränkungen der Teilhabe möglichst präzise herauszuarbeiten und darzustellen.
- Rein therapeutisch orientierte Epikrisen, die sich z. B. in der Anregung bestimmter therapeutischer Interventionen, wie der Gabe von Psychopharmaka oder in differenzialdiagnostischen Überlegungen erschöpfen, werden der Aufgabenstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens nicht gerecht.



# Verlaufsformen bei Personen mit einer Depression

## Verlaufsformen bei Personen mit einer Depression

Episodische Verläufe		
	Remittierte Einzelepisode	35,5 %
	Akute Einzelepisode	5,0 %
	Rezidivierende Depression	28,0 %
Chronische Verläufe		
	Einzelepisode mit chronischem Verlauf	10,4 %
	Längerer depressiver Verlauf	6,8 %
	Chronisch unterschwellige Depression mit depressiven Episoden	11,6 %

Quelle: Psychische Gesundheit der Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse des Berichts „Erkennen-Bewerten-Handeln“, RKI, Fortbildung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, 24.-26.03.2021





# Abgrenzung/Überlappung zu weiteren Störungen F-Kapitel, z. B. Anhaltende affektive Störungen

ICD F34.0-F34.1

## **F34.0 Zykllothymia:**

- **Andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie)** von denen aber keine ausreichend schwer und anhaltend genug ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung oder eine rezidivierende depressive Störung zu erfüllen. Diese Störung kommt häufig bei Verwandten von Patienten mit bipolarer affektiver Störung vor. Einige Patienten mit Zykllothymia entwickeln schließlich selbst eine bipolare affektive Störung.

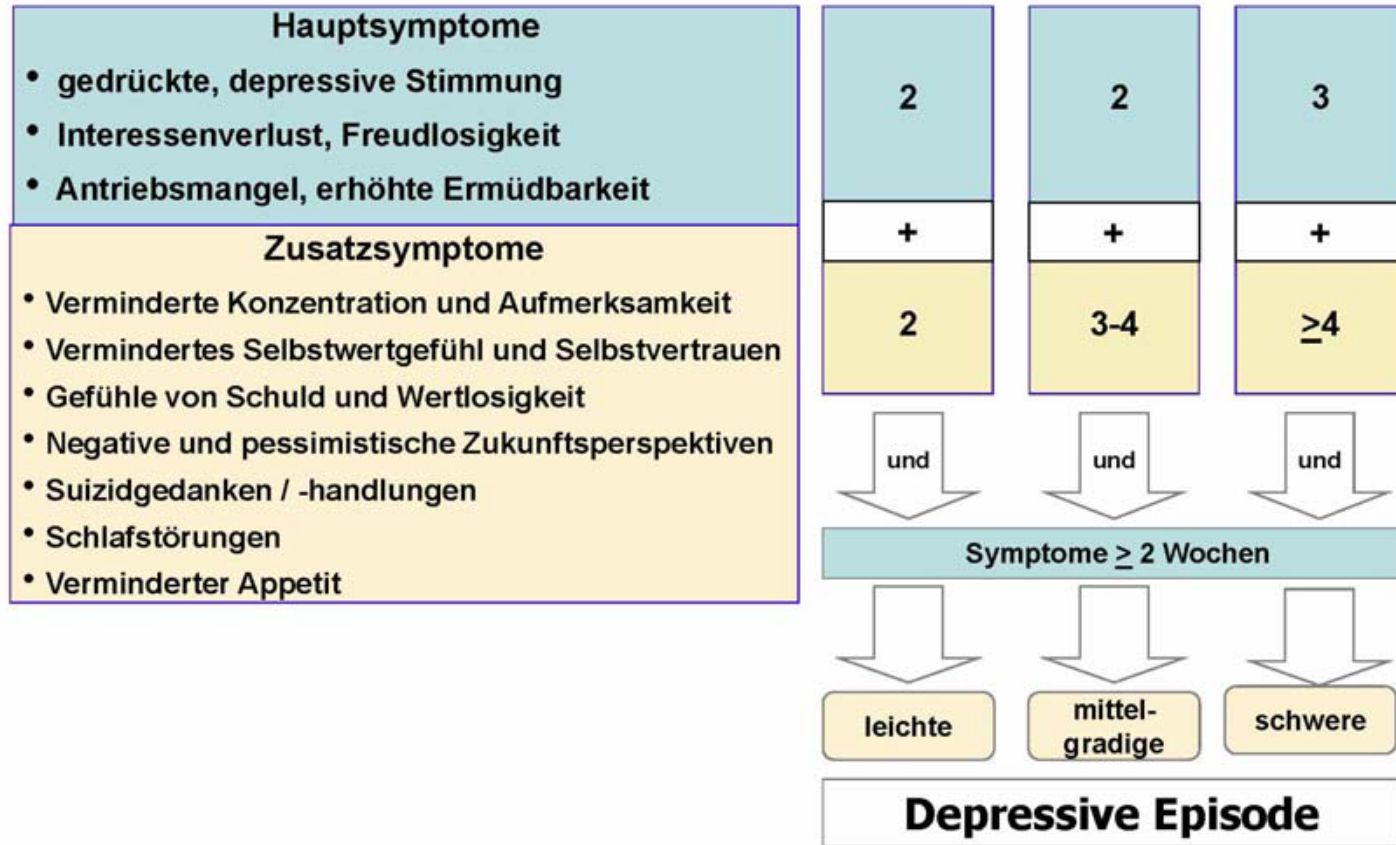
## **F34.1 Dysthymia:**

- **Chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung**, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen.



# Depressive Episode – Schweregradeinteilung nach ICD 10

Im GA – Kontext nur sehr bedingt hilfreich....





# ...Angststörungen

## ICD F41.0-41.3

### F41.0: Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)

- Wesentliche Kennzeichen: **Wiederkehrende schwere Angstattacken, die nicht vorhersehbar sind.**
- Wesentliche Symptome: Plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle. Oft sekundär: Furcht zu sterben, Furcht vor Kontrollverlust oder die Angst wahnsinnig zu werden. Keine Hauptdiagnose, wenn Patient an einer depressiven Störung leidet.

### F41.1: Generalisierte Angststörung

- Kennzeichen: **Die Angst ist generalisiert und anhaltend**, nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, „frei flottierend“
- Wesentliche Symptome: variabel; ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden. Häufig wird die Befürchtung geäußert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnte zu Schaden kommen.

### F41.2: Angst und depressive Störung, gemischt

- **Gleichzeitiges Bestehen von Angst und Depression**, jedoch nur, wenn **keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht** und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt. Treten ängstliche und depressive Symptome in so starker Ausprägung auf, dass sie einzelne Diagnosen rechtfertigen, sollen beide Diagnosen gestellt und auf diese Kategorie verzichtet werden.

### F41.3: Andere gemischte Angststörungen

- Angstsymptome gemischt mit Merkmalen anderer Störungen (F42-F48); **kein Symptom ist allein schwer genug, um die Diagnose einer anderen Störung zu stellen.**



# Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

## ICD-10: F43.1

- Auslösung: Sie entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein **belastendes Ereignis oder eine Situation** kürzerer oder längerer Dauer, **mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß**.
- Prädisponierende Faktoren: **Zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte** können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren (sind aber alleine nicht ausreichend).
- Typische Merkmale: **Wiederholtes Erleben des Traumas** in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner: Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Freudlosigkeit und Vermeidungsverhalten.
- Symptome: **Vegetative Übererregtheit** mit Vigilanzsteigerung, übermäßige **Schreckhaftigkeit** und **Schlafstörung**. **Häufig sind Symptome assoziiert mit Angst und Depression; Suizidgedanken treten auf**.
- Beginn und Verlauf: Der **Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz**, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der **Verlauf ist wechselhaft**, in der **Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung** erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.



# Cave Modediagnose „Burnout“

Bis heute gilt: Im Gegensatz zur Depression ist **Burnout keine Erkrankung, sondern ein Risikozustand für körperliche und psychische Erkrankungen.**

Ab Januar 2022, wenn die neue ICD\*-11 erscheint, wird Burnout definiert als **Syndrom aufgrund von „Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich verarbeitet werden kann“.**

Gekennzeichnet ist Burnout dann durch 3 Dimensionen:

- ▶ ein Gefühl von **Erschöpfung**
- ▶ eine zunehmende **geistige Distanz oder negative Haltung** zum eigenen Job
- ▶ ein **verringertes Leistungsvermögen** im Beruf.

Wie schon im ICD-10 wird Burnout im ICD-11 weiterhin als **„Faktor, der den Gesundheitszustand beeinflusst“, gelistet – nicht als Krankheit!**

\*Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen.

# IV. Funktionseinschränkung? z. B. durch PTBS

Unfallfolge (gesetzliche UV, private UV)?

Schwerbehinderung?

Erwerbsunfähigkeit (DRV)?

Berufsunfähigkeit?

....



# Stolperfalle richtiges Rechtsgebiet.....

- Begutachtung im Sozialrecht:
  - Gesetzliche Unfallversicherung
  - Gesetzliche Rentenversicherung
  - Rehabilitation u. Teilhabe
  - Soziales Entschädigungsrecht (..)
  - Pflegeversicherung
  - Beamtenrecht
- Begutachtung im Zivilrecht
  - Private Unfallversicherung
  - Private Berufsunfähigkeitsversicherung
- Haftpflichtrecht
- Betreuungsrecht
- Geschäftsfähigkeit



# GdS, GdB und MdE

- In der Begutachtungspraxis wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung vielfach mit einer Reihe von Begriffen aus dem Versorgungs- und Schwerbehindertenrecht verwechselt.
- Insbesondere besteht Verwechslungsgefahr mit dem Grad der Behinderung (GdB) bzw. dem Grad der Schädigungsfolge (GdS).





## Beispiel: gesetzliche vs. private Unfallversicherung

- Die **MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung** stellt ein abstraktes Maß für den Umfang der verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens dar. Es handelt sich um „allgemeiner Erfahrungswerte anfangs hinzu, die von den Unfallversicherungsträger und Sozialgericht mehrfach anerkannt wurden. (S. einschlägige Tabellen)
- **Die private Unfallversicherung** bezieht sich mit abstraktem Maßstab auf die Invalidität. Sie soll die andauernde Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit „in allen Lebensbereichen“ ohne Bezug auf die individuellen Verhältnisse abbilden. Die Beurteilung erfolgt prioritär nach der sogenannten Gliedertaxe und im weiteren bezüglich der Beantwortung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit für alle übrigen Organ und Körperfunktionen nach prozentualer Bewertung. Hier liegen mit Ausnahme von Hirnschäden keine Tabellen vor!  
  
GdS -und GdB- Werte können grobe (!) Anhaltspunkte geben



# Soziales Entschädigungsrecht und Schwerbehindertenrecht

Der GdS setzt eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von **mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung** voraus. Dementsprechend ist bei abklingenden Gesundheitsstörungen der Wert festzusetzen, der dem über sechs Monate hinaus verbliebenen – oder voraussichtlich verbleibenden – Schaden entspricht. Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf ist mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen(..)

GdS und GdB werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf die Schädigungsfolgen (also kausal) und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. Beide Begriffe haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt.

**GdS und GdB sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.**



# Klin. Beschwerdevalidierung

- **Orientierung:** Findet sich der Proband in der Praxis zurecht?
- **Aufmerksamkeit:** Korrigiert er spontan falsche Wiedergaben des Untersuchers?
- **Konzentration:** Hält er dem 2- bis 3-stündigen Untersuchungsverlauf stand?
- **Formale Denkstörungen:** Wie reagiert der Proband auf konfrontative Fragen?



# Klin. Beschwerdevalidierung

- **Affekt und Antrieb:** Sind Veränderungen im Vergleich zum Begutachtungsbeginn und zur Verabschiedung erkennbar?
- **Umstellungsfähigkeit:** Bei rasch wechselnden, unerwarteten Themen erkennbar
- **Affekt:** Bleibt der Proband auch bei kritischen Themen sachlich? Wie geht er mit Widersprüchen, z. B. in der Aktenlage, um?

# Beschwerdevalidierung



Untersuchungskontext	Geschätzte Prävalenz für Aggravation oder Simulation
Fälle mit Personenschäden	30,4
Berentung und Arbeitsunfälle	32,7
Strafrecht	22,8
<b>BEHANDLUNGSKONTEXT</b>	<b>8,1</b>
<b>Leichte Schädel-Hirn-Verletzungen</b>	<b>41,2</b>
Fibromyalgie/ CFS	38,6
Schmerz-/somatoforme Störungen	33,5
(..)	
Mittelschwere/schwere SHT	8,8

nach Mittenberg 2002

**Weitere Studien (s. Merten) schätzen bei einigen kritischen Diagnosegruppen bis und über 50 % negative Antwortverzerrungen, z. B. „Schleudertrauma“**



# VERSORGUNGSMEDIZIN-VERORDNUNG

## Soziale Anpassungsschwierigkeiten ?

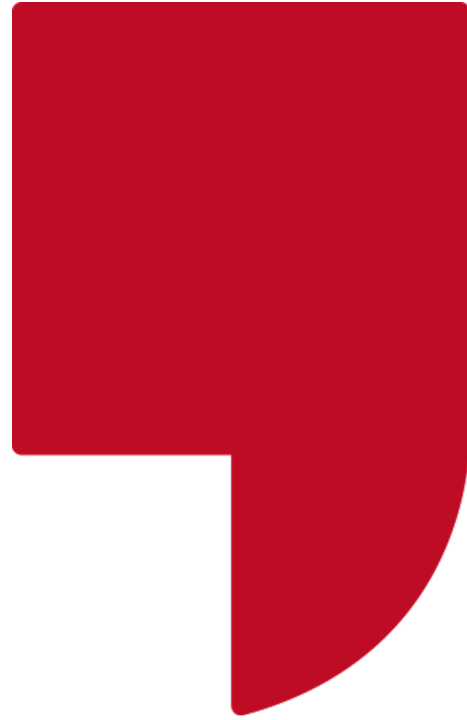
- ▶ Primärer Bezug (leichtgradig, mittelgradig, schwer) zu schizophrenen und affektiven Psychosen
- ▶ Soziale Anpassungsstörungen bei „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psych. Traumen“ sind ausdrücklich nur bei schweren Störungen genannt,
- ▶ Bei Störungen nach F 30 oder F40 ist vor allem die sozial-kommunikative Ebene maßgeblich, ferner der Leidensdruck, (Behandlung?), „Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit“, cave ausschließliche Berücksichtigung von Selbstauskünften




# VERSORGUNGSMEDIZIN-VERORDNUNG

## 3.7 Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata

- Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen ..... 0 – 20
- Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen)..... 30 – 40
- Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten.....50 – 70
- mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten..... 80 – 100



 **Ist der Sturz eines  
eingeschlafenen Beamten  
ein Arbeitsunfall?**

Mit dieser Frage musste sich das Sozialgericht Dortmund beschäftigen. Der Mann war während eines Büro-Nickerchens vom Stuhl gefallen und hatte sich dabei die Nase gebrochen. Das Gericht wertete

das Unglück tatsächlich als Arbeitsunfall. Es nahm an, dass der Beamte infolge einer betrieblichen Überarbeitung vom Schlaf übermannt worden war.

Herzlichen Dank für  
Ihre  
Aufmerksamkeit.

Engagiert für Gesundheit.

