

B. Widder<sup>1</sup>, H.-C. Hansen<sup>2,3</sup><sup>1</sup> Neurowissenschaftliche Gutachtenstelle, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Günzburg, Deutschland<sup>2</sup> Neurozentrum, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland<sup>3</sup> Neuropraxis Neumünster, Neumünster, Deutschland

# Beurteilung psychischer Störungen bei neurologischen Begutachtungen

## Beurteilung psychischer Störungen bei neurologischen Begutachtungen

Begutachtungsaufträge zur Frage der beruflichen Leistungsfähigkeit, zum Vorliegen einer Schwerbehinderung oder auch zu Unfallfolgen betreffen häufig das neurologisch-psychiatrische Grenzgebiet. Als Beispiele zu nennen sind mit einer depressiven Symptomatik einhergehende radikuläre Schmerzsyndrome oder geltend gemachte psychische Folgen nach einem Unfall mit körperlicher Schädigung. Störungen mit neurokognitiven Beeinträchtigungen sind ohnehin sowohl im neurologischen als auch im psychiatrischen Fachgebiet verortet (ICD-11 6D7 bzw. 8A2).

Nachdem den Auftraggebern von Gutachten – wie auch der Allgemeinbevölkerung – die Unterschiede zwischen beiden Fachgebieten häufig nicht hinreichend klar sind, stellt sich die Frage, ob Neurologen/innen über hinreichende psychopathologische Kompetenz verfügen, um gutachtliche Aussagen zu psychischen Beeinträchtigungen bzw. Unfallfolgen machen zu können.

*Psychopathologische Kompetenz* ist dabei nicht mit einer vollständigen psychiatrischen Facharztkompetenz gleichzusetzen, sondern bezeichnet im gutachtlichen Kontext die Fähigkeit, psychopathologische Befunde strukturiert zu erheben, differenzialdiagnostisch einzuordnen und ihre Bedeutung für die jeweilige gutachtliche Fragestellung fachgerecht zu bewerten.

Unproblematisch ist die Situation dann, wenn eine abgeschlossene Weiterbildung in beiden Fachgebieten vorliegt, was allerdings zunehmend seltener der Fall ist. Aber auch nach der Einführung getrennter Facharztweiterbildungen für Neurologie und Psychiatrie im Jahr 1992 blieb die Vermittlung psychopathologischer Kompetenz wesentlicher Bestandteil der neurologischen Weiterbildung, nachdem die derzeit noch gültige Weiterbildungsordnung eine Weiterbildung über 12 Monate im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie vorsieht.

Aufgrund dieser Weiterbildungszeit wurden Neurologen/innen im Rahmen einer Konsensbildung innerhalb einer Ver-

anstellung der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) 2014 grundsätzlich für in der Lage erachtet, in beschränktem Umfang psychische Störungen im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen oder Unfallfolgen gutachtlich zu beurteilen, ohne dass eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung erforderlich ist [1]. Als Begründung wurde dabei u. a. angeführt, dass für Ärzte/innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die erfahrungsgemäß häufig für psychiatrische Begutachtungen herangezogen werden, gleichermaßen eine Weiterbildung von 12 Monaten im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie vorgesehen ist. Mit der 2026 beschlossenen Musterweiterbildungsordnung steht hier möglicherweise jedoch eine Änderung an, wonach zukünftig die verpflichtende Rotation in Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb der neurologischen Weiterbildung auf 6 Monate verkürzt werden soll.

Ein ausschließlicher Bezug auf die Dauer der Weiterbildung erscheint allerdings ohnehin problematisch, da entscheidender ist, inwieweit Sachverständige im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit Erfahrungen in der konkret zu beurteilenden psychiatrischen Fragestellung gesammelt haben. Gemäß den rechtlichen Vorgaben obliegt es Sachverständigen, im konkreten Einzelfall kritisch zu prüfen, inwieweit sie „ohne die Hinzuziehung weiterer Sachverständiger“ über hinreichende Kompetenz zur Mitbeurteilung der das psychiatrische Fachgebiet betreffenden Fragestellung verfügen<sup>1</sup>.

## Essenzielle Inhalte von Gutachten bei psychiatrischer Fragestellung

Neurologische Gutachten mit Aussagen zu Fragestellungen, die auch das psychiatrische Fachgebiet betreffen, zeichnen sich dadurch aus, dass der Fokus nicht nur auf den körperlichen Funktionsstörungen und ggf. körperlichen Unfallfolgen liegt, sondern zusätzlich spezifische psychopathologische Befunde erhoben und bewertet werden. Hierzu gehören

- Eingehende Aufarbeitung der Akten im Hinblick auf psychische Störungen
- Eingehende biografische Anamnese
- Anamnese möglicher psychischer Erkrankungen und Vorbelastungen, ggf. unter Verwendung spezifischer Interviewtechniken (z. B. SKID [strukturiertes klinisches Interview], CAPS [clinician-administered PTSD scale])
- Bei Fragen zu Unfallfolgen eingehende Anamnese des objektiven sowie des subjektiven Schweregrads im individuellen Er-

### Redaktion

P.W. Gaidzik, Witten

H.-C. Hansen, Neumünster

K.-V. Seibert, Bonn

DGNeurologie 2026 · 9 (7): 620–622

<https://doi.org/10.1007/s42451-026-00942-0>

Eingegangen: 4. August 2026

Angenommen: 13. August 2026

Online publiziert: 18. September 2026

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2026

<sup>1</sup> Vgl. § 407a Abs. 1 Zivilprozessordnung (ZPO)

**Tab. 1** Kompetenzschwerpunkte bei im Rahmen von Begutachtungen häufiger vorkommenden psychiatrischen ICD-Diagnosen

| ICD-10  | ICD-11 | Diagnose                                                                   | Kompetenzschwerpunkte |
|---------|--------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| F20     | 6A2    | Schizophrenie oder andere psychotische Störungen                           | P                     |
| F31     | 6A6    | Bipolare oder verwandte Störungen                                          | P                     |
| F32/33  | 6A7    | Depressive Störungen                                                       | P/N                   |
| F40/41  | 6B0    | Angst- oder furchtbezogene Störungen                                       | P/(N)                 |
| F42     | 6B2    | Zwangsstörung oder verwandte Störungen                                     | P                     |
| F43.1   | 6B40   | Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)                                | P/(N)                 |
| –       | 6B41   | Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen                              | P                     |
| F43.2   | 6B43   | Anpassungsstörungen auf das Unfallereleben                                 | P/(N)                 |
|         |        | Anpassungsstörungen auf körperliche Unfallfolgen                           | P/N                   |
| F44     | 6B6    | Dissoziative Störungen                                                     | P/N                   |
| F45     | 6C2    | Somatische Belastungsstörungen (somatoforme Störungen)                     | N/(P)                 |
| F10–F19 | 6C4    | Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen                           | P/(N)                 |
| F60     | 6D1    | Persönlichkeitsstörungen, nicht organisch bedingt                          | P                     |
| F05     | 6D70   | Delir                                                                      | N/(P)                 |
| F06.7   | 6D71   | Leichtgradige neurokognitive Störungen                                     | N                     |
| F00–F07 | 6D8    | Demenz und organische Erlebens-, Verhaltens- und Persönlichkeitsänderungen | N/(P)                 |

N primär neurologische Begutachtung, P/N Begutachtungskompetenz im Allgemeinen sowohl von Psychiatern als auch Neurologen, P/(N) Begutachtung durch Neurologen bei Vorliegen spezifischer Kenntnisse und Erfahrungen, N/(P) Begutachtung durch Psychiater bei Vorliegen spezifischer Kenntnisse und Erfahrungen, P primär psychiatrische Begutachtung

**Tab. 2** Beispiele bei in neurologischen Gutachten häufiger vorkommenden Fallkonstellationen mit psychiatrischer Komorbidität und zugehörigen Kompetenzschwerpunkten

| Fallkonstellation                                                                     | Kompetenzschwerpunkte |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Leichte kognitive Störungen bei neurologischen Erkrankungen                           | N                     |
| Neuropsychologische Defizite nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma               | N                     |
| Organische Wesensänderung/Frontalhirnsyndrom                                          | P/N                   |
| „Chronic fatigue syndrome“ (z. B. MS, Parkinson, Post-COVID)                          | N/(P)                 |
| Leichte depressive oder Angstsymptomatik als Komorbidität neurologischer Erkrankungen | N/(P)                 |
| Funktionelle neurologische Störungen mit relevanter psychiatrischer Komorbidität      | P/N                   |
| Körperlich nicht hinreichend erklärbare Schmerzsyndrome                               | N/(P)                 |
| Relevanter Körperschaden mit zusätzlicher PTBS-Fragestellung                          | P/N                   |

- leben des Unfallereignisses einschließlich des zeitlichen Verlaufs auftretender psychischer Symptome
- Eingehende Erfassung geklagter psychischer Beeinträchtigungen im zeitlichen Verlauf einschließlich der Angaben zu stattgehabten Therapien und deren Erfolg
  - Psychischer Querschnittsbefund nach den Kriterien des AMDP-Systems (AMDP [Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie]) mit *klarer Trennung* zwischen *subjektiven Angaben* der zu Begutachtenden (sog. Beschwerdebene) und *objektivierbaren Befunden* (sog. Befundebene)
  - Psychischer Längsschnittbefund mit Beurteilung des Verhaltens während der gesamten gutachtlichen Exploration und Untersuchung
  - Einsatz geeigneter testpsychologischer Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren unter Heranziehung von Methoden der Beschwerdenuvalidierung (z. B. SFSS [strukturierter Fragebogen simulierter Symptome], SRSI [self-report symptom inventory])

- Bewertung bestehender Funktionsstörungen nach ICF (z. B. Mini-ICF-APP [Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen])
- Diagnostische Einordnungen unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Krankheitsmodells ([2], AMWF Leitlinie)

### Kernaussagen

- Psychopathologische Kompetenz ist (bislang) integraler Bestandteil der neurologischen Weiterbildung, eine starre Grenzziehung zwischen Neurologie und Psychiatrie besteht daher nicht.
- Psychopathologische Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit, psychopathologische Befunde strukturiert zu erheben, differenzialdiagnostisch einzuordnen und ihre Bedeutung für die jeweilige gutachtliche Fragestellung fachgerecht zu bewerten.
- Nicht jede psychopathologische Fragestellung erfordert eine abgeschlossene psychiatrische Weiterbildung. Maßgeblich sind vielmehr Art, Schweregrad und Komplexität der mit psychischen Funktionsstörungen einhergehenden gutachtlichen Fragestellung. Grundsätzliche Ausnahme bilden forensische

- Fragestellungen sowie komplexe Traumafolgestörungen, die v. a. im sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) vorkommen.
- Es obliegt den mit psychiatrischen Fragestellungen beauftragten Neurologen, in jedem konkreten Einzelfall zu prüfen, ob und inwieweit sie sich für kompetent erachten, die jeweilige psychiatrische Fragestellung zu beurteilen. Anhaltspunkte hierfür geben die **Tab. 1 und 2**.
  - Unabhängig von der medizinischen Kompetenz erfordern sachgerechte Begutachtungen Kompetenz in den rechtlichen Vorgaben, wie sie z. B. im Rahmen des Curriculums Medizinische Begutachtung der Bundesärztekammer erworben werden können, welches u. a. fachspezifisch von der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) angeboten wird.

(Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung, [www.dgnb-ev.de](http://www.dgnb-ev.de)). B. Widder gibt eine Tätigkeit als Beratungsarzt für die gesetzliche Unfallversicherung an. H.-C. Hansen gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

### Literatur

1. Widder B (2015) Begutachtung psychischer Komorbidität durch Neurologen. *Med Sach* 111:172–175
2. Schneider W et al (2019) Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen – AWMF-Register Nr. 051-029 (wird zur Zeit überarbeitet). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-029.html>

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. B. Widder**  
Neurowissenschaftliche Gutachtenstelle  
Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Lindenallee 2, 89312 Günzburg, Deutschland  
[info@neurogutachtenwidder.de](mailto:info@neurogutachtenwidder.de)

**Förderung.** Für diese Arbeit wurde keine Förderung erhalten.

**Datenverfügbarkeit.** Alle dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten sind in diesem Artikel enthalten.

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Die Autoren arbeiten im Vorstand bzw. Beirat der DGNB



## Gestalten Sie die Rubrik mit!

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

kennen Sie oder haben Sie von einem **juristischen Fall** gehört, der interessant und relevant für die Rubrik „Eine Frage des Rechts“ ist und den Sie - in aufgearbeiteter Form - mit der **Leserschaft von DGNeurologie teilen** möchten?



Senden Sie mir gerne eine Nachricht direkt in die Redaktion: [sara.weber@springer.com](mailto:sara.weber@springer.com)

(Auch Fragestellungen jeglicher Art sind willkommen.)