



Begutachtung dissoziativer Störungen

Dr. Detlev Blocher

Praxis für Forensische Psychiatrie

Würzburg

Überblick

- ⇒ Erwartungshorizont
- ⇒ Aktenstudium
- ⇒ Beschwerde Vortrag
- ⇒ Diagnose vs. Krankheit
- ⇒ Quantifizierung der Beeinträchtigungen
- ⇒ Konstrukt der zumutbaren Willensanstrengung
- ⇒ Beantwortung der Fragestellung

Erwartungshorizont

- ⇒ Hochwertige Erläuterungen der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen
- ⇒ Praktische Ratschläge
- ⇒ Empirische Untersuchungen zur Thematik, zu Fehlbeurteilungen und Rechtsfolgen

Erwartungshorizont

- ⇒ Mindestens 1 % der Patienten, die in neurologische Behandlung kommen, sollen dissoziative Symptome aufweisen (Marsden 1986)
- ⇒ 13 % der initial als „funktionell“ eingestuften Patienten weisen später doch eine neurologische Erkrankung auf (Ford et al. 1986)
- ⇒ Peritraumatische dissoziative Erfahrungen (i.S. F44.0) sind in Verbindung mit akutem Stress ein robuster Prädiktor einer PTSD (Birmes et al. 2003)

Gutachtenaufbau

- ⇒ Referat über den bisherigen Sachstand
- ⇒ Feststellungen der Vorgutachter genau und eigenständig prüfen
- ⇒ Erklärt der Vorgutachter kompetent, dass eine nicht organische Ursache vorliegt
=> übernehmen
- ⇒ Voreinschätzung einer Simulation wird nicht übernommen

Beschwerdevortrag

- ⇒ Genügt für den Nachweis einer Erkrankung die Beschwerdeschilderung? Antwort: Nein
- ⇒ Objektivierung bzw. Quantifizierung der subjektiven Beschwerden (Kleidung, Körperpflege, Dynamik der Bewegungen, Testpsychologie, etc.)
- ⇒ Psychiatrische Diagnostik geht über die Beschwerdeschilderung hinaus, da zwischenzeitlich operationalisiert
- ⇒ Transformation der Beschwerden und der Beobachtungen auf die Befundebene

Beschwerdevortrag

- ⇒ Eingeschränkte Kooperationsbereitschaft der Probanden mit dissoziativen Störungen
- ⇒ Wenig Erkenntnisgewinn durch Befragung zu relevanten Themen (psychiatrische Anamnese, Beeinträchtigungen, Psychopathologie)
- ⇒ Fast ausschließliche Favorisierung eines somatischen Krankheitsbildes
- ⇒ Brücken bauen

Simulation

- ⇒ Diskrepanz zwischen berichteter Behinderung und objektiven Befunden, vage Schilderungen, Funktionsniveau überraschend gut, auch ohne die zu erwartende Inanspruchnahme von Hilfeleistungen
- ⇒ Seltenes Vorkommen
- ⇒ Es gibt keine sichere Aufdeckungsmethode
- ⇒ wiederholte Explorationen, ausreichend lange Beobachtung, Gegenfragen und das wache Gespür für das Getäuschtwerden (Gunn 1993)

Diagnose

- ⇒ Deskriptive Diagnostik mittels ICD-10
- ⇒ Gestufte Diagnosestellung (nach Hopf und Deuschl, 2000)
 - gesicherte psychogene Störung
 - klinisch sicher
 - wahrscheinlich
 - möglich
- ⇒ Festlegung auf psychiatrische Diagnose

Krankheit im rechtlichen Sinne

- ⇒ Diagnose ist nicht gleichbedeutend mit dem Nachweis einer Erkrankung im rechtlichen Sinne
- ⇒ Rechtliche Bedeutung erlangt sie i.d.R. erst, wenn sie ein gewisses, krankmachendes Ausmaß, einen Krankheitswert erreicht (Erlenkämper 2000)
- ⇒ Es bedarf also der Quantifizierung der Beschwerden

Quantifizierung der Beschwerden

- ⇒ Erfassung der Persönlichkeit mittels standardisierter Instrumente
- ⇒ Standardisierte Erfassung der im Raume stehenden dissoziativen Elemente (z.B. Indizien der Lähmung (Neundörfer 1997), Indizienliste bei Schmerzen (Widder et al. 2002))
- ⇒ Erfassung des Funktionsniveaus
Skala zur Erfassung von Abwehrmechanismen, GAF, SOFAS, BSS, PSKB-Se

Zumutbare Willensanstrengung

- ⇒ Maßstab für sozialrechtlichen Leistungsanspruch = kann die Störung (Leistungsbarriere) bei zumutbarer Willensanstrengung aus eigener Kraft oder mit ärztlicher Hilfe überwunden werden
- ⇒ Juristische Position = Folge unserer Rechtsordnung
- ⇒ Aus gutacherlicher Sicht keine Äußerung notwendig, da es keine psychiatrischen Freiheitsbeweise gibt. Es handelt sich ausschließlich um ein rechtliches Problem
- ⇒ Falsifikationsmethode

Zumutbare Willensanstrengung

- ⇒ Psychiatrische Komorbidität
- ⇒ Chronische körperliche Erkrankung
- ⇒ Verlust der sozialen Integration
- ⇒ Langer Krankheitsverlauf ohne signifikante Remission
- ⇒ Unbefriedigende Behandlungsergebnisse
- ⇒ Ausgeprägter sozialer Krankheitsgewinn

Beantwortung der Fragen

- ⇒ Offensichtliches, demonstratives Verhalten sowie Simulation bedingen keine Leistungsminderung
- ⇒ Schwere, langjährige chronifizierte dissoziative Störungen führen i. d. R. zu einer Minderung des Leistungsvermögens
- ⇒ Sparsam umgehen mit weiteren Empfehlungen
- ⇒ Prognose eher ungünstig

Kontakt

Dr. Detlev Blocher

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Forensische Psychiatrie (DGPPN)

Münzstraße 10

97070 Würzburg

Telefon: 0931 – 4679990

Fax: 0931 – 4679992

Email: detlev.blocher@web.de