

Begutachtung psychogener Störungen nach versicherten Ereignissen:

=> Verschiebung der Wesensgrundlage

Matthias Fabra

Medizinisches Gutachteninstitut Hamburg-Rostock

fabra@gutachteninstitut.de





Inhaltsübersicht:

- I. **Definition und Leitsatz für die Begutachtung**
- II. **Epidemiologie psychogener Störungen**
- III. **Psychogene Unfallfolgen und internationale Diagnosesysteme:
Wechsel der Wesensgrundlage**
 - a) **bei Posttraumatischer Belastungsstörung**
 - b) **bei Anpassungsstörungen**
 - c) **bei andauernder Persönlichkeitsänderung
nach Extrembelastung oder [schwerer] seelischer Erkrankung**
- IV. **Der psychische Querschnittsbefund, Dreh- und Angelpunkt der
Begutachtung psychischer Störungen**

Leitsatz:

Der Sachverständige muss seine an die Gemeinschaft der Versicherten abzugebende Empfehlung, ob eine Leistung erbracht werden soll oder nicht, auf Kriterien stützen, die es ermöglichen, einen *zum Empfang der Leistung berechtigten Menschen von einem solchen zu unterscheiden*, der

- a) aufgrund von Bedingungen , die nicht versichert waren, erkrankt ist, bzw.
- b) entgegen eigener Einschätzung nicht oder nicht so schwer erkrankt ist, daß ihm die Leistung zustände, bzw.
- c) eine Erkrankung dem Willen unterworfen im ganzen oder teilweise vorspiegelt, um in den Genuss der Leistung zu gelangen.

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

Definition:

Wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sozialrecht:

„ Bei gleich bleibendem Erscheinungsbild kann eine wesentliche Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse vorliegen, wenn sich die schädigungsbedingte Störung, die dem Erscheinungsbild zunächst zugrunde lag, gebessert oder ganz zurückgebildet hat, das Leidensbild jedoch aufgrund neuer Ursachen bestehen geblieben ist (Verschiebung der Wesensgrundlage)“.

Anhaltspunkte ... 2005, Nr. 24 (6), 35

speziell:

bei psychischen Folgen versicherter Ereignisse:

„ Bei länger anhaltenden Störungen und chronisch verlaufenden (auch ‚neurotisch‘ genannten) Entwicklungen ist zu prüfen, ob die Schädigungsfaktoren fortwirken oder schädigungsunabhängige Faktoren für die Chronifizierung verantwortlich sind (Verschiebung der Wesensgrundlage (...)).

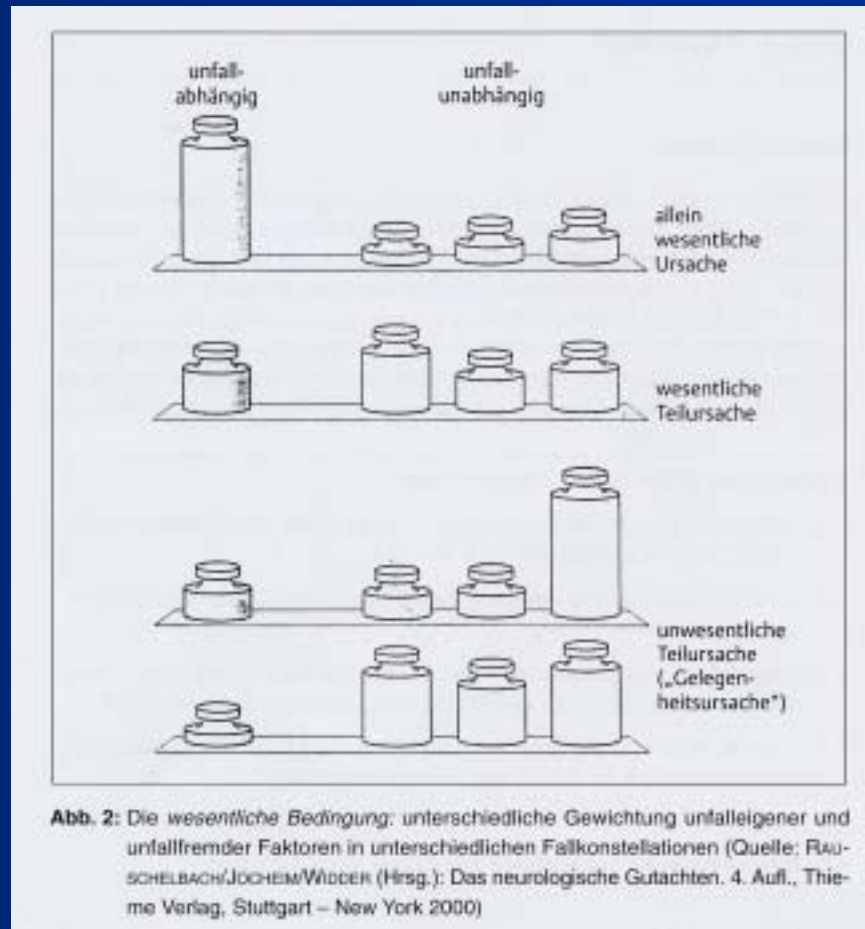
Gleiches gilt für psychogene Symptomverstärkungen oder Symptomfixierungen, die im Gefolge schädigungsbedingter organischer Gesundheitsstörungen auftreten“.

Anhaltspunkte ... 2005, Nr. 72 (2), 213

Merke: Die Verschiebung der Wesensgrundlage ist je nach Rechtsgebiet unterschiedlich zu beurteilen...

- **Kausalität der wesentlichen Bedingung (Sozialrecht)**
- **Adäquanzlehre (Privat- und Sachversicherung)**
- **Äquivalenzlehre (z.B. Heilende Medizin, Strafrecht)**

Welche unter mehreren Ursachen wird „rechtlich wesentlich mitwirkende (Teil-Ursache“?



Widder, B.: Einführung in die neurologische Begutachtung. In: H.H. Rauschelbach, K.A. Jochheim, B. Widder (Hrsg.): Das neurologische Gutachten, 4. Auflage, Thieme 2000, 36



Inhaltsübersicht:

- I. Definition und Leitsatz für die Begutachtung
- II. **Epidemiologie psychogener Störungen**
- III. Psychogene Unfallfolgen und internationale Diagnosesysteme:
Wechsel der Wesensgrundlage
 - a) bei Posttraumatischer Belastungsstörung
 - b) bei Anpassungsstörungen
 - c) bei andauernder Persönlichkeitsänderung
nach Extrembelastung oder [schwerer] seelischer Erkrankung
- IV. Der psychische Querschnittsbefund, Dreh- und Angelpunkt der Begutachtung psychischer Störungen

Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung: die Mannheimer Kohortenstudie

- **Forschungsziel:**
Aufklärung der Häufigkeit (**Epidemiologie**) psychogener Störungen in der Normalbevölkerung, ohne daß Kontakt zur medizinischen Versorgung Bedingung ist
- **Definition:**
Annahme einer psychogenen Erkrankung bei gleichzeitigem Vorliegen einer Diagnose 300., 301, 303, 304.4, 305, 306, 316 +) nach dem ICD 8
Symptome in den letzten 7 Tagen (Punktprävalenz)
Relevante Beeinträchtigung nach dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS, *Schepank, H. 1995*)
- **Auswahl der Probanden:**
600 aus dem Melderegister zufällig gezogene erwachsene Mannheimer Bürger (je 200 der Geburtsjahrgänge 1935, 1945, 1955)
- **Erhebungsinstrument:**
tiefenpsychologisch fundiertes mehrstündiges Forschungsinterview

Schepank, H. (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung, eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Studie in Mannheim; Springer-Verlag

Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung: die Mannheimer Kohortenstudie

- Ergebnisse:

574 von 600 Probanden (96%) gaben an, in den letzten 7 Tagen vor der Erhebung unter einem psychogenen Symptom gelitten zu haben und zwar: innerer Unruhe (33%), depressiver Verstimmung (31%), Ermüdung und Erschöpfung (26%), Ängsten (25%), Kopfschmerzen (24%), Konzentrations- und Leistungsstörungen (24%), Schlafstörungen (23%).

156 von 600 Probanden (26%) wurden als psychogen erkrankt eingestuft, davon 70 (11.7%) mit somatoformen Störungen

bedeutet im Klartext: ca. jeder 4. befragte Normalbürger litt an einer krankheitswerten psychogenen Störung.

Schepank, H. (1995): Der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Beltz - Verlag.

*Wittchen, H.-U., N. Müller, H. Pfister, S. Winter, B. Schmidtkunz (1999):
Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse
des bundesweiten Zusatzsurveys „psychische Störungen“. Gesundheitswesen
61, Sonderheft 2, 5216 – 5222*

*Rief, W., U. Cuntz, M.M. Fichter (2001): Diagnostik und Behandlung
somatoformer Störungen (funktioneller körperlicher Beschwerden);
Versicherungsmedizin 53, 1, 12 - 17*

Fazit:

Bei etwa jedem vierten Menschen, der sich dem Gutachter vorstellt, ist epidemiologisch-statistisch zum Untersuchungszeitpunkt eine seelische Störung von Krankheitswert zu erwarten, unabhängig davon, ob er einem versicherten Ereignis ausgesetzt war oder nicht!



Inhaltsübersicht:

- I. Definition und Leitsatz für die Begutachtung
- II. Epidemiologie psychogener Störungen
- III. **Psychogene Unfallfolgen und internationale Diagnosesysteme:
Wechsel der Wesensgrundlage**
 - a) bei Posttraumatischer Belastungsstörung
 - b) bei Anpassungsstörungen
 - c) bei andauernder Persönlichkeitsänderung
nach Extrembelastung oder [schwerer] seelischer Erkrankung
- IV. Der psychische Querschnittsbefund, Dreh- und Angelpunkt der Begutachtung psychischer Störungen

Bundessozialgericht vom 09.05.2006 (B 2 U 26/04 /R):

„... Voraussetzung für die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als Unfallfolge [...] ist zunächst die **Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen**, die bei dem Verletzten vorliegen und seine Erwerbsfähigkeit mindern [...und zwar] **aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme** und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen [...], damit die Feststellung nachvollziehbar ist.



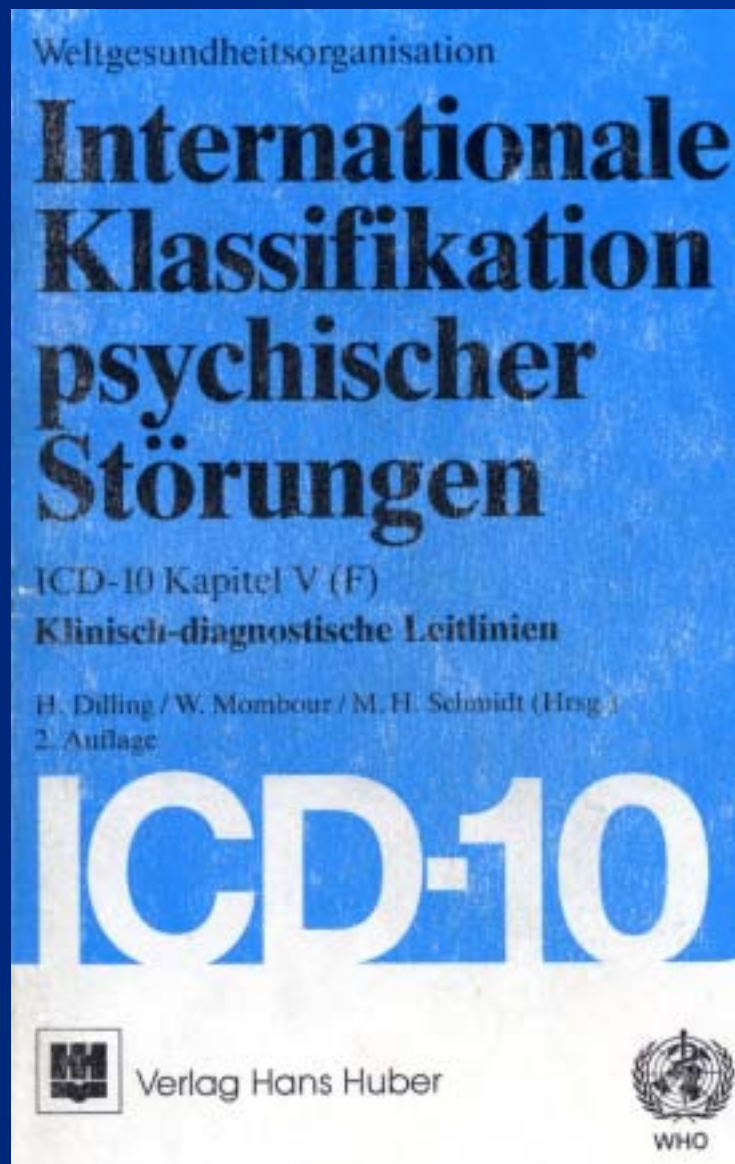
Diagnostisches
und Statistisches Manual
Psychischer Störungen
-Textrevision-

DSM-IV-TR

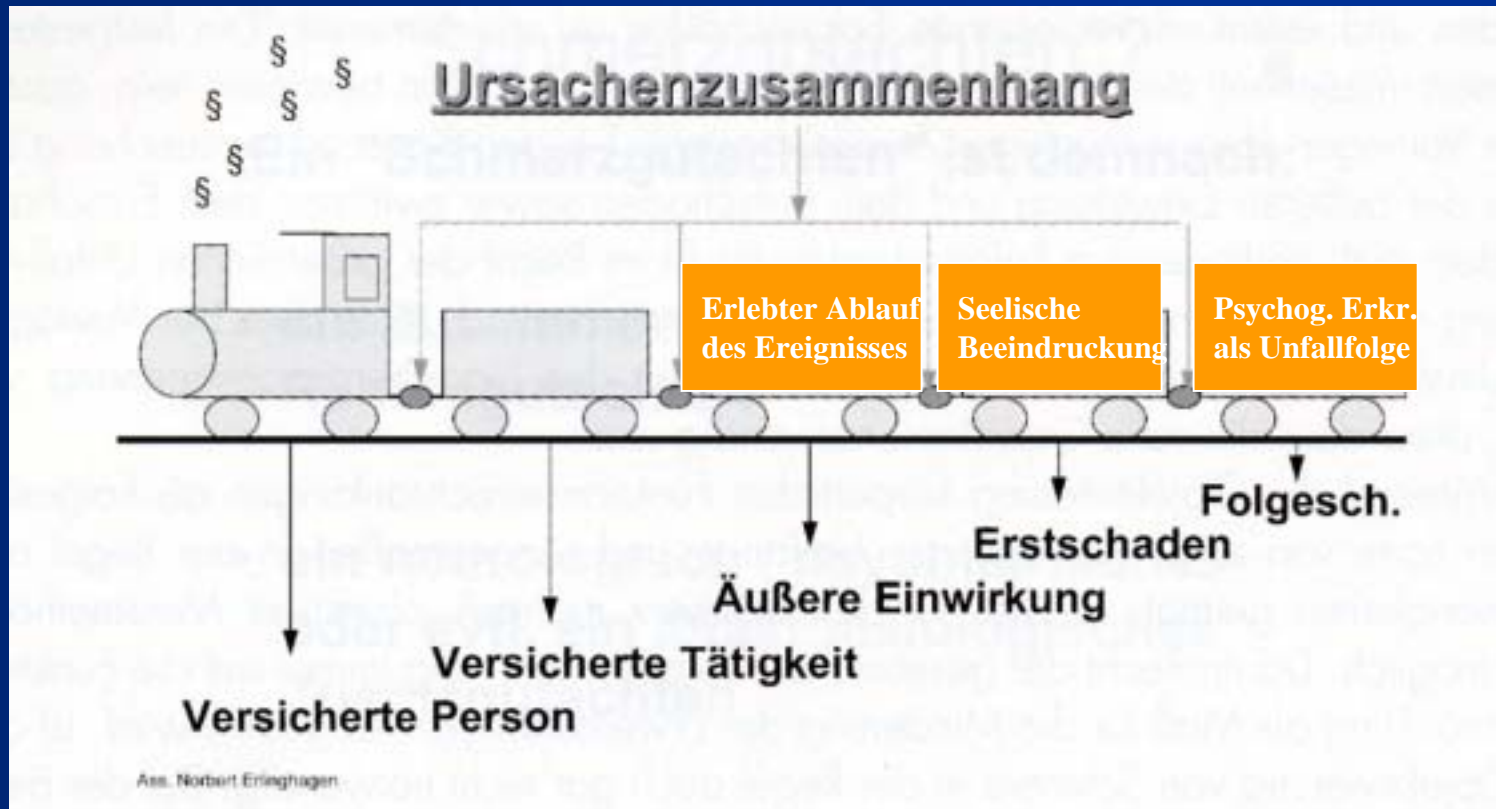
Deutsche Bearbeitung und Einführung von
Henning Saß, Hans-Ulrich Wittchen,
Michael Zaudig und Isabel Houben



Hogrefe



Dilling, H. /W. Mombour/M.H. Schmidt (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. Verlag Hans Huber, 2. Auflage 1993



Modifiziert nach: Erlinghagen, N.: Was ist ein "Schmerzgutachten"? Therapieempfehlung, Verfügbarkeit von Therapieeinrichtungen, Behandlungsfehler als Folgeschaden. In: B. Kügelgen, L. Hanisch (Hrsg.): Begutachtung von Schmerz. Diskussionsbeiträge zur Schmerzbegutachtung. Gentner Verlag, 1. Auflage 2001, Seite 133-144

Psychogene Unfallfolgen und *Erst- oder Primärschaden*

- *Akute Belastungsreaktion* (ICD10 F43.0) resp. *Akute Belastungsstörung* (DSM-IV-TR 308.3)
immer seelischer Erstschaden
- *Posttraumatische Belastungsstörung* (ICD10, F43.1; DSM-IV-TR 309.8):
immer seelischer Erstschaden
- *Anpassungsstörung* (Reaktion auf ein minderschweres das Leben veränderndes Ereignis ICD10 F43.2, DSM-IV-TR 309.0 ff):
körperlicher oder/und seelischer Erstschaden
- *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder seelischer Erkrankung* (ICD10 F62.0, DSM-IV-TR: keine Entsprechung):
immer seelischer Erstschaden

Merke:

Nur dann steht ein **Bedingungsfaktor** einer seelischen Störung im Rechtssinne im **Unfallzusammenhang**, wenn er mit dem Unfallgeschehen im Wege des **Erstschadens verknüpft** ist.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, PTSD, nach DSM-IV-TR)

A Traumakriterium

A1: „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“.

A2: „Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“

Beachte: A1 und A2 müssen gemeinsam erfüllt sein, nur dann ist die Diagnose zu stellen

Posttraumatische Belastungsstörung (II)

B-D Symptomkriterien:

- B Wiedererleben des Ereignisses
- C Vermeidungsverhalten
- D anhaltende Zeichen erhöhter seelischer Erregung

Alle 3 (B-D) Kriterien müssen gegeben sein, und zwar

B: zumindest 1 von 5 mögl. Merkmalen

C: zumindest 3 von 7 mögl. Merkmalen

D: zumindest 2 von 5 mögl. Merkmalen

Beachte: nicht ein einzelnes Symptom, etwa wiederkehrende Alpträume, Angst bei Annäherung an den Unfallort o.ä. machen eine seelische Störung zur PTSD, sondern die Summe und Kombination von Merkmalen

Symptommerkmale der PTSD nach DSM-IV:

Wiedererleben

- B(1): Bel. Erinnerungen
- B(2): Intrusive Träume
- B(3): Intrusionen
- B(4): Bel. d. Hinw.Reize
- B(5): Symp. Reaktion

Hyperarousal

- D(1): Schlafstörung
- D(2): Reizbarkeit
- D(3):
Konzentr.mind.
- D(4): Hypervigilanz
- D(5): übertriebene
Schreckhaftigkeit

Vermeidung

- C(1): Bew. Vermeiden
v. Gedanken
- C(2): Bew. Vermeiden
v. Aktivitäten
- C(3): Amnesie
- C(4): vermindertes
Interesse
- C(5): Entfremdung v.
anderen
- C(6): affektive
Einengung
- C(7): Gefühl eingeschr.
Zukunft

1
2
3

Posttraumatische Belastungsstörung (Kriterien E, F nach DSM-IV-TR)

- E Zeitkriterium (Dauer, Latenz) Das Störungsbild (Sympt. B-D) dauert > 1 Monat.
 ≤ 3 Monate: akute PTSD; > 3 Monate: chronische PTSD
Latenz: selten länger als 6 Monate (dann: PTSD mit verzögertem Beginn), grundsätzlich sind Latenzen von mehreren Jahren oder Jahrzehnten möglich, Auch symptomfreie Intervalle mit späterem Wiederauftreten der Symptome im Wege der *Retraumatisierung* sind denkbar.
Beachte: Damit eröffnet die Diagnose PTSD die grundsätzliche Möglichkeit langjähriger, vielleicht lebenslanger psychogener Erkrankung als Unfallfolge.
- F Leiden und Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen DSM IV: „Simulation sollte ausgeschlossen werden, wenn finanzielle Entschädigung, versicherungsrechtliche oder forensische Entscheidungen eine Rolle spielen“.
Beachte: Nicht allein das beklagte Symptom ist das entscheidende, sondern es muß dadurch eine dem Untersucher erkennbare Beeinträchtigung entstehen (psychischer Querschnittsbefund).

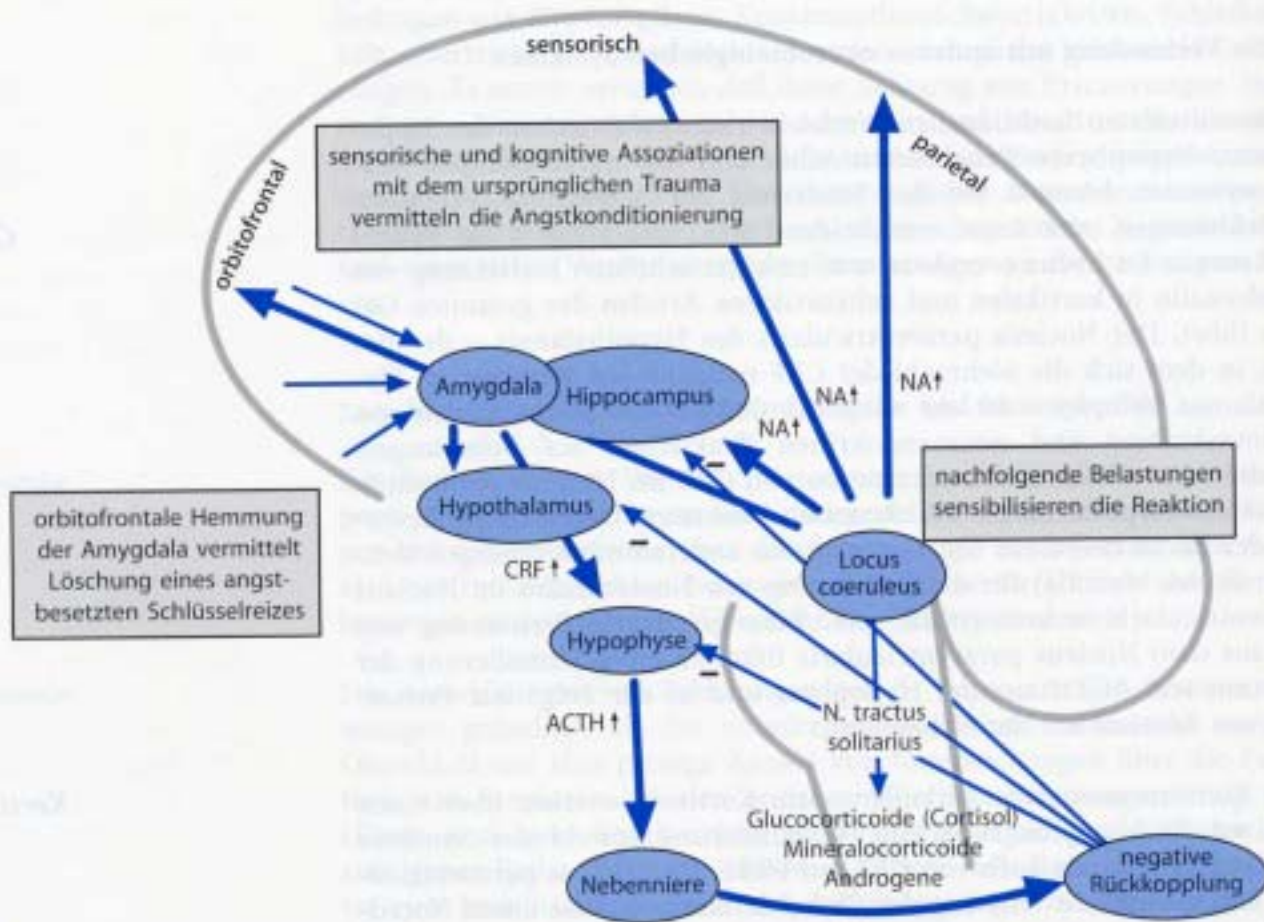


Abb. 4. Psychobiologische Mechanismen und ihre entsprechenden Wirkungsorte (einschließlich der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse) bei der posttraumatischen Belastungsstörung. (Nach Charney et al. 1993)

Vermetten, E., D.S. Charney, J.D. Bremner: Posttraumatische Belastungsstörung. In: Helmchen, H., F. Henn, H. Lauter, N. Sartorius (eds.): Psychiatrie der Gegenwart. 4. Auflage, Band VI, Springer 1999/2000, 59 - 136

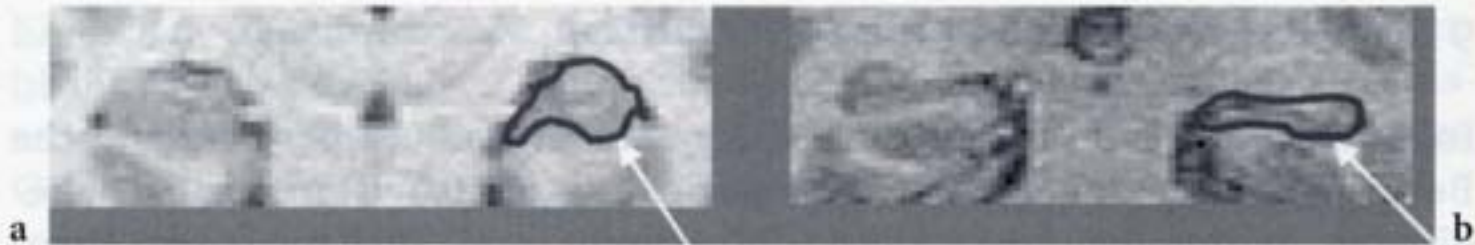


Abb. 5. Magnetresonanztomographie des Hippocampus bei einer gesunden Kontrollperson (a) und einem Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung nach Mißhandlung in der Kindheit (b). Bei der posstraumatischen Belastungsstörung ist der Hippocampus, hier rot hervorgehoben, deutlich kleiner. Insgesamt fand sich eine Volumenreduktion von 12% bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung

Vermetten, E., D.S. Charney, J.D. Bremner: Posttraumatische Belastungsstörung. In: Helmchen, H., F. Henn, H. Lauter, N. Sartorius (eds.): Psychiatrie der Gegenwart. 4. Auflage, Band VI, Springer 1999/2000, 59 - 136

PTSD und Verschiebung der Wesensgrundlage, der Traumatische Prozess:

„... In der weiteren Lebensgeschichte, manchmal ein volles Leben lang, bemühen sich die Betroffenen, die überwältigende psychisch und physisch existenzbedrohende und oft unverständliche Erfahrung zu begreifen, sie in ihren Lebensentwurf, ihr Selbst- und Weltverständnis zu integrieren; dies in einem Wechselspiel von zulassender Erinnerung und kontrollierender Abwehr oder Kompensation, um erneute Panik und Reizüberflutung zu vermeiden“.

Fischer, G., P. Riedesser: Lehrbuch der Psychotraumatologie, UTB, 2. Auflage 1999, 60

Differentialdiagnose der PTSD (DSM-IV-TR)

Differentialdiagnose

Bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung muß der Belastungsfaktor sehr extrem sein (d. h. lebensbedrohlich). Im Gegensatz dazu kann es sich bei der **Anpassungsstörung** um einen Belastungsfaktor jeglicher Schwere handeln. Die Diagnose einer Anpassungsstörung ist sowohl dann angemessen, wenn die Reaktion auf einen extremen Belastungsfaktor nicht die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (oder einer anderen bestimmten psychischen Störung) erfüllt, als auch in Fällen, in denen das Symptommuster einer Posttraumatischen Belastungsstörung als Reaktion auf eine nicht besonders extreme Belastung auftritt (z. B. Verlassenwerden vom Ehepartner oder Verlust des Arbeitsplatzes).

Nicht alle psychopathologischen Auffälligkeiten, die bei Personen auftreten, die eine extrem belastende Situation erlebten, sollten notwendigerweise als Posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet werden. Symptome von Vermeidung, von Empfindungslosigkeit und erhöhtem Arousal, die schon vor der Konfrontation mit dem Belastungsfaktor vorhanden waren, erfüllen nicht die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung und erfordern die Erwägung anderer Diagnosen (z. B. eine Affektive Störung oder eine andere Angststörung). Wenn das Symptommuster als Reaktion auf den starken Belastungsfaktor die Kriterien für eine andere psychische Störung erfüllt (z. B. Kurze Psychotische Störung, Konversionsstörung, Major Depression) sollten darüber hinaus diese Diagnosen anstelle oder zusätzlich zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung gegeben werden.

Anpassungsstörung (DSM-IV-TR)

Diagnosekriterien der Anpassungsstörung

- A. Die Entwicklung von emotionalen oder verhaltensmäßigen Symptomen als Reaktion auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor, die innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Belastung auftreten.
- B. Diese Symptome oder Verhaltensweisen sind insofern klinisch bedeutsam, als sie
 - (1) zu deutlichem Leiden führen, welches über das hinausgeht, was man bei Konfrontation mit diesem Belastungsfaktor erwarten würde,
 - (2) zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen (schulischen) Funktionsbereichen führen.
- C. Das belastungsabhängige Störungsbild erfüllt nicht die Kriterien für eine andere spezifische Störung auf Achse I und stellt nicht nur eine Verschlechterung einer vorbestehenden Störung auf Achse I oder Achse II dar.
- D. Die Symptome sind nicht Ausdruck einer einfachen Trauer.
- E. Wenn die Belastung (oder deren Folgen) beendet ist, dann dauern die Symptome nicht länger als weitere sechs Monate an.

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Störung weniger als sechs Monate anhält.

Chronisch: Wenn die Störung länger als sechs Monate andauert.

Tab. 6a: Diagnosekriterien der Anpassungsstörung (nach DSM-IV) (Quelle: SAB et al. 1998)

Anpassungsstörung (DSM-IV-TR und ICD 10)

Subtypen der Anpassungsstörung

DSM-IV

- 309.xx Anpassungsstörung
- .0 mit depressiver Stimmung
- .24 mit Angst
- .28 mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt
- .3 mit Störung des Sozialverhaltens
- .4 mit emotionalen Störungen und
- .Störungen des Sozialverhaltens, gemischt
- .9 unspezifisch

Bestimme, ob akut oder chronisch

ICD-10

- F43.2 Anpassungsstörungen
- .20 kurze depressive Reaktion
- .21 verlängerte depressive Reaktion
- .23 mit vorherrschender Störung anderer Gefühle
- .22 Angst und depressive Reaktion, gemischt
- .24 mit vorherrschender Störung des Sozialverhaltens
- .25 mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten

Tab. 6b: Subtypen der Anpassungsstörung; DSM-IV und ICD 10 im Vergleich

Anpassungsstörung (ICD 10 F43.20 ff, DSM-IV-TR 309.0 ff) (I)

- 309.0 (F43.20)
mit depressiver Stimmung
- 309.24 (F 43.28)
mit Angst
- 309.28 (F 43.22)
mit Angst und depressiver
Stimmung gemischt
- 309.3 (F 43.24)
mit St. d. Sozialverhaltens
- 309.4 (F 43.25)
mit emotionaler St. u. St. d.
Sozialverhaltens gemischt
- 309.9 (F 43.9)
unspezifisch

„Restkategorie“ (DSM IV) für psychogene Störungen, wie sie auch infolge minderschwerer seelischer Beeindruckung vorkommen. DSM IV: „die Diagnose einer Anpassungsstörung ist sowohl dann angemessen, wenn die Reaktion auf einen extremen Belastungsfaktor nicht die Kriterien einer PTSD (...) erfüllt als auch in Fällen, in denen das Symptommuster einer PTSD als Reaktion auf eine nicht besonders extreme Belastung (...) auftritt“ .

Beachte: Hieraus folgt, daß im Falle dessen, daß die Symptomkriterien B – D der PTSD in vollem Umfang erfüllt sind, nicht aber das Kriterium A, die Diagnose *Anpassungsstörung* mit den daraus erwachsenen Konsequenzen für Verlauf und Dauer lauten muß.

Anpassungsstörung (DSM-IV-TR)

Beginn	\leq 3 Monate nach dem Ereignis
Dauer	Maximal 6 Monate nach Symptombeginn , (ICD 10 max. 2 Jahre aussch. bei F 43.21 <i>Längere depressive Reaktion</i>). <u>Beachte:</u> bei anhaltendem Stressor (etwa einer entstellenden Verletzung) kann die Diagnose ohne zeitliche Begrenzung gestellt werden (<i>Chronische Anpassungsstörung</i>)
Leiden und Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen	s.a.o.: die Symptome führen zu Leiden, welches über das hinausgeht, was man bei Konfrontation mit diesem Belastungsfaktor erwarten würde und unterscheidet sich insoweit von der einfachen Trauer, die eine nicht krankheitswertige Befindlichkeit darstellt

Akute und chronische Anpassungsstörung (DSM-IV-TR)

- **Akut.** Diese Zusatzcodierung kann bei Symptomen verwendet werden, die weniger als 6 Monate andauern.
- **Chronisch.** Diese Zusatzcodierung kann verwendet werden bei Symptomen, die 6 Monate oder länger andauern. Definitionsgemäß können die Symptome nicht länger als 6 Monate nach Beendigung der Belastung oder deren Folgen andauern. Die Zusatzcodierung chronisch trifft daher dann zu, wenn die Störung länger als 6 Monate andauert als Reaktion auf eine chronische Belastung oder auf eine solche mit anhaltenden Folgen.

Andauernde Persönlichkeitsänderung ... und Verschiebung der Wesensgrundlage:

- Per definitionem nicht zu erwarten („andauernd“, „Änderung der Persönlichkeit“), da die einst bedingenden Erlebnisse in allen Rechtsgebieten den Rang der Ursache im Rechtssinne behalten werden.
- Voraussetzung: Diagnosestellung nach ICD-10 , im DSM-IV(-TR) kein Pendant.
 - a) objektive Schwere und Dauer des traumatischen Erlebens
Konzentrationslagerhaft, Folter, Katastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen, Opfer von Terrorismus als Geisel oder langanhaltender Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr.
 - b) Beachtung der in der ICD-10 vorgegebenen Symptomkonstellation
 - Feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber
 - Sozialer Rückzug
 - Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit
 - Chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein
 - Entfremdung

Frage:

Was aber ist mit demjenigen Menschen, der durch das versicherte Ereignis [und den dadurch gesetzten Erstschaden] nicht seelisch traumatisiert und auch nicht bleibend körperlich verletzt wurde, der aber trotzdem eine anhaltende krankheitswerte seelische Störung (*Angststörung, Depression, somatoforme Störung*) zurückbehält?

Konsequenzen für die Begutachtung

Fallkonstruktion IX: Zusammenhang gegeben

- Der Verletzte wird durch die Unfallfolgen gewissermaßen an seiner „seelischen Achillesferse“ getroffen (analog der *Versuchungs- und Versagungssituation* des tiefenpsychologischen Verstehensmodells). Die Symptomatik kommt nicht durch Traumatisierung sondern in Bezug zu einem innerseelischen Konflikt zustande.

Fallbeispiel: Der zum Unfallzeitpunkt 18jährige Verletzte war als zweiter von drei Brüdern in einem von rigiden familiären Normen geprägten Elternhaus aufgewachsen. Vom älteren Bruder hatte er sich durchgehend übervorteilt und kaltgestellt gefühlt, dem jüngeren fiel die Zuwendung der Eltern in besonderem Maße wegen einer chronischen Erkrankung zu. So hatte er es gelernt, eigene Bedürfnisse hintanzustellen und weniger vom Leben zu erwarten, als er es seinen Brüdern zuschrieb. Sein dringender Berufswunsch schon als Schüler war es, Pyrotechniker zu werden, er hatte sich Fachwissen angeeignet und sich damit bei Feuerwerken zu festlichen Anlässen hervorgetan. Kurz vor dem Abitur ging er gegen den Rat seiner Eltern und Lehrer vom Gymnasium ab und begann eine Lehre als chemisch technischer Assistent in einem pyrotechnischen Betrieb.

Hier machte er einen Fehler bei der Herstellung eines explosiven Substanzengemisches, welches sich entzündete und ihn nachhaltig an der rechten Hand verletzte. Aus diesem Grunde mußte er die Lehre aufgeben. Nach kurzer Latenz entwickelte der junge Mann eine schwere Panikstörung mit Agoraphobie (ICD 10 F 40.01, DSM-IV 300.21)), die es ihm zeitweise verunmöglichte, das Haus und sogar das Bett zu verlassen

Das versicherte Ereignis in der Funktion der Versuchungs- und Versagungssituation:

- a. praedisponierte (= vulnerable) Persönlichkeit
- b. Hochspezifische, psychodynamisch erklärbare Interaktion des Ereignisses und seiner Folgen mit Persönlichkeit und aktuellen Lebensumständen
- c. Aktivierung eines „neurotischen Konfliktes“
- d. Benennbare und plausible Erschöpfung der vorausgehend gerade noch funktionierenden Kompensationsstrategien
- e. Das Ereignis ist zwar „minderschwer“, aber es ist in seiner Art für das betreffende Individuum unaustauschbar in seiner Eigenschaft als Bedingungsfaktor der seelischen Störung

Foerster K. (1996): Neue Grundsätze für die Begutachtung psychischer Traumen. Med. Sach. 1, 25-30

Michael Linden · Max Rotter
Kai Baumann · Barbara Lieberei

Posttraumatic Embitterment Disorder

Definition, Evidence, Diagnosis, Treatment

HOGREFE 

Diagnosekriterien der „PTED“:

A. Core criteria

1. A single exceptional negative life event precipitates the onset of the illness.
2. Patients know about this life event and see their present negative state as a direct and lasting consequence of this event.
3. Patients experience the negative life event as “unjust” and respond with embitterment and emotional arousal when reminded of the event.
4. No obvious mental disorder in the year before the critical event. The present state is no recurrence of a preexisting mental disorder.

B. Additional signs and symptoms

1. Patients see themselves as victims and as helpless/unable to cope with the event or the cause.
2. Patients blame themselves for the event, for not having prevented it, or for not being able to cope with it.
3. Patients report repeated intrusive memories of the critical event. They partly even think that it is important not to forget.
4. Patients express thoughts that it does no longer matter how they are doing and are even uncertain whether they want the wounds to heal.
5. Patients can express suicidal ideation.
6. Additional emotions are dysphoria, aggression, down-heartedness, which can resemble melancholic depressive states with somatic syndromes.
6. Patients show a variety of unspecific somatic complaints such as loss of appetite, sleep disturbance, pain.
7. Patients can report phobic symptoms in respect to the place or to persons related to the event.
8. Drive is reduced and blocked. Patients experience themselves not so much as drive inhibited but rather as drive unwilling.
9. Emotional modulation is not impaired and patients can show normal affect when they are distracted or even smile when engaged in thoughts of revenge.

C. Duration: Symptoms last for longer than 3 months.

D. Impairment: Performance in daily activities and roles is impaired.



Inhaltsübersicht:

- I. Definition und Leitsatz für die Begutachtung
- II. Epidemiologie psychogener Störungen
- III. Psychogene Unfallfolgen und internationale Diagnosesysteme
ICD-10 und DSM-IV
- IV. Wechsel der Wesensgrundlage
 - a) bei Posttraumatischer Belastungsstörung
 - b) bei Anpassungsstörungen
 - c) bei andauernder Persönlichkeitsänderung
nach Extrembelastung oder [schwerer] seelischer Erkrankung
- V. **Der psychische Querschnittsbefund, Dreh- und Angelpunkt der Begutachtung psychischer Störungen**

„ Das Untersuchungsinstrument des Psychiaters ist – auch in der Gutachtensituation- primär das Anamnesegespräch “.

Zeit, T., W. Wiester (1995): Die psychiatrische Anamnese, der psychische Befund und ihre Relevanz für die Beweisfragen im psychiatrischen Gutachten vor dem Sozialgericht. Nervenarzt 66, 197 – 206;

Winckler, P., K. Foerster (1994): Qualitätskriterien in der psychiatrischen Begutachtungspraxis. Med. Sach. 46, 2, 49 - 52

Die drei Dimensionen des gutachtlich- psychiatrischen Anamnesegespräches in seiner Eigenschaft als *Intersubjektiver Dialog*:

- Stellt die Beziehung her zwischen zu begutachtendem Menschen und Untersucher
- Dient der verbalen Informationsübermittlung an den Untersucher
- Ist Vehikel für die psychiatrisch-psychotherapeutische Befunderhebung

Leonhardt, M., K. Foerster (2003): Probleme bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Med. Sach. 99, 5, 150 - 155 ;

Streeck, U.: Szenische Darstellungen, nichtsprachliche Interaktion und Enactments im therapeutischen Prozess. In: U. Streeck, Hrsg: Erinnern, Agieren und Inszenieren. Vandenhoeck & Ruprecht, 1. Aufl. 2000, 13 - 55

Anamnese und *Befund*: gegensätzliche
oder einander ergänzende Strategien
der Erkenntnisgewinnung in der
Medizin?

Symptommerkmale der PTSD nach DSM-IV:

Wiedererleben

- B(1): Bel. Erinnerungen
- B(2): Intrusive Träume
- B(3): Intrusionen
- B(4): Bel. d. Hinw.Reize
- B(5): Symp. Reaktion

Hyperarousal

- D(1): Schlafstörung
- D(2): Reizbarkeit
- D(3):
Konzentr.mind.
- D(4): Hypervigilanz
- D(5): übertriebene
Schreckhaftigkeit

Vermeidung

- C(1): Bew. Vermeiden
v. Gedanken
- C(2): Bew. Vermeiden
v. Aktivitäten
- C(3): Amnesie
- C(4): vermindertes
Interesse
- C(5): Entfremdung v.
anderen
- C(6): affektive
Einengung
- C(7): Gefühl eingeschr.
Zukunft

1
2
3

Möglicher Aufbau eines gutachtlichen Interviews

- **Eingangsfragen aus dem einfachen organisatorischen Lebensbereich**
Beziehungsaufbau, erster Überblick, **bei Frage PTSD**: Vermeidungsverhalten?
- **Beschwerdebild**
bei Unfällen: Unfallhergang und initiales Beschwerdebild, danach heutiges Beschwerdebild
Ausnahme PTSD: induzierte Unfallschilderung ganz am Ende
- **Frühere Erkrankungen, Medikamenten- und Vegetativanamnese**
Befund: wie gut kann sich der/die Betroffene aus dem Beschwerdeerleben/Unfallerleben lösen, bleibt er/sie darin gefangen, kommt darauf ungefragt zurück?
Bei Frage PTSD: Wenn Schlafstörungen nachgefragt werden, sollten spontan ereignisgebundene Alpträume berichtet werden, sonst werden sie an dieser Stelle erfragt, ebenso Intrusionen. Vermeidungsverhalten?
- **Sozial- und Familienanamnese:**
Befund: Gedächtnisleistung, Umstellfähigkeit, sich-Verlieren-in-Details, Ermüdbarkeit, Anstrengungsbereitschaft und willentliches Mittun in der Gutachtensituation
- **Private Lebensgestaltung, Hobbys, Urlaub, Freundschaften, Sozialkontakte**
Befund: Konsistenz der Angaben untereinander und mit den übrigen Parametern des Befundes
- **Tagesablauf** (**Befund**: wie vor)
- **[Biographische Anamnese (tiefenpsychologisch fundiert)]**
Befund: Analyse beginnender Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle
- ***Körperliche Untersuchung***

Fabra, M. (2006): Posttraumatische Belastungsstörung und psychischer Querschnittsbefund: Konsequenzen für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung. Med. Sach. 102, 1/2006

Literatur :

- Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2005, Nr. 24 (6), 35
- Bundessozialgericht, 09.05.2006 (B 2 U 26/04 /R)
- Dilling, H. /W. Mombour/M.H. Schmidt (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. Verlag Hans Huber, 2. Auflage 1993
- Erlinghagen, N.: Was ist ein "Schmerzgutachten"? Therapieempfehlung, Verfügbarkeit von Therapieeinrichtungen, Behandlungsfehler als Folgeschaden. In: B. Kügelgen, L. Hanisch (Hrsg.): Begutachtung von Schmerz. Diskussionsbeiträge zur Schmerzbegutachtung. Gentner Verlag, 1. Auflage 2001, Seite 133-144
- 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
- Fabra, M. (2006): Posttraumatische Belastungsstörung und psychischer Querschnittsbefund: Konsequenzen für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung. Med. Sach. 102, 1/2006
- Fischer, G., P. Riedesser: Lehrbuch der Psychotraumatologie, UTB, 2. Auflage 1999, 60
- Foerster K. (1996): Neue Grundsätze für die Begutachtung psychischer Traumen. Med. Sach. 1, 25-30
- Leonhardt, M., K. Foerster (2003): Probleme bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Med. Sach. 99, 5, 150 - 155
- Linden, M., M. Rotter, K. Baumann, B. Lieberei: Posttraumatic embitterment disorder:. Hogrefe 2007, 23
- Rief, W., U. Cuntz, M.M. Fichter (2001): Diagnostik und Behandlung somatoformer Störungen (funktioneller körperlicher Beschwerden); Versicherungsmedizin 53, 1, 12 – 17
- Saß, H., H.U. Wittchen, M. Zaudig, I. Houben: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM IV-TR. Hogrefe Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 2003
- Schepank, H. (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung, eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Studie in Mannheim; Springer-Verlag
- Schepank, H. (1995): Der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Beltz - Verlag.
- Stevens, A., K. Foerster (2000): Genügt für den Nachweis einer Erkrankung die Beschwerdeschilderung? Zum Verhältnis von Beschwerden, Befund, Diagnose und Beeinträchtigung. Versicherungsmedizin 52,2, 76-80
- Streeck, U.: Szenische Darstellungen, nichtsprachliche Interaktion und Enactments im therapeutischen Prozess. In: U. Streeck, Hrsg: Erinnern, Agieren und Inszenieren. Vandenhoeck & Ruprecht, 1. Aufl. 2000, 13 - 55
- Vermetten, E., D.S. Charney, J.D. Bremner: Posttraumatische Belastungsstörung. In: Helmchen, H., F. Henn, H. Lauter, N. Sartorius (eds.): Psychiatrie der Gegenwart. 4. Auflage, Band VI, Springer 1999/2000, 59 - 136
- Widder, B.: Einführung in die neurologische Begutachtung. In: H.H. Rauschelbach, K.A. Jochheim, B. Widder (Hrsg.): Das neurologische Gutachten, 4. Auflage, Thieme 2000, 36
- Winckler, P., K. Foerster (1994): Qualitätskriterien in der psychiatrischen Begutachtungspraxis. Med. Sach. 46, 2, 49 – 52
- Wittchen, H.-U., N. Müller, H. Pfister, S. Winter, B. Schmidtkunz (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „psychische Störungen“. Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, 5216 – 5222
- Zeit, T., W. Wiester (1995): Die psychiatrische Anamnese, der psychische Befund und ihre Relevanz für die Beweisfragen im psychiatrischen Gutachten vor dem Sozialgericht. Nervenarzt 66, 197 – 206



**„Puhh, das war schwere Kost,
jetzt ist aber endlich Schluss!“**

Begutachtung psychogener Störungen nach versicherten Ereignissen:

=> Verschiebung der Wesensgrundlage

-- Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit ! --

Matthias Fabra

Medizinisches Gutachteninstitut Hamburg-Rostock

fabra@gutachteninstitut.de