

TRAUMAFOLGE- STÖRUNGEN IM UNFALL- VERSICHERUNGS- RECHT

DR. MED. ANDREAS LINDE

ARBEITSGRUPPE PSYCHOTRAUMATOLOGISCHE
BEGUTACHTUNG DER DEGPT

MEINE POTENTIELLEN INTERESSENSKONFLIKTE UND ABHÄNGIGKEITEN

- Mehrjährige Tätigkeit beim Versicherungspsychiatrischen Dienst der Suva
- Vorstand der Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
- Vorstand Interdisziplinäres Netzwerk Psychotraumatologie Schweiz (INPS)

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

2

KEIN KLINISCHER VORTRAG

Versicherungsmedizinische Perspektive

- Einige wichtige rechtliche Grundlagen
- Psychische Traumafolgestörungen nach Unfällen
- Psychiatrische Begutachtung bei Unfallopfern
- Probleme bei der Begutachtung
- Empfehlungen und Leitlinien

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

3



GESETZLICHER UNFALLBEGRIFF

Art. 4 ATSG

Ein Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende **Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper**, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod **zur Folge** hat.

↓

Kausalität (natürliche und adäquate) zwischen **Unfallereignis** und **Gesundheitsschädigung** als **Leistungsvoraussetzung**.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

GESETZLICHER UNFALLBEGRIFF

Art. 4 ATSG

Ein Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende **Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper**, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod **zur Folge** hat.

↓

Kausalität (natürliche und adäquate) zwischen **Unfallereignis** und **Gesundheitsschädigung** als **Leistungsvoraussetzung**.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

GESETZLICHER UNFALLBEGRIFF

Art. 4 ATSG

Ein Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende **Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper**, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod **zur Folge** hat.

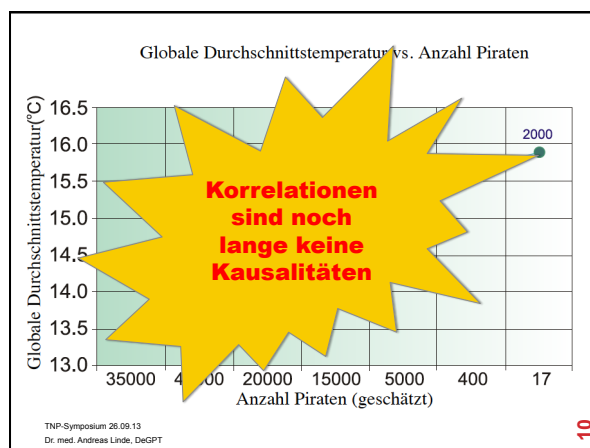
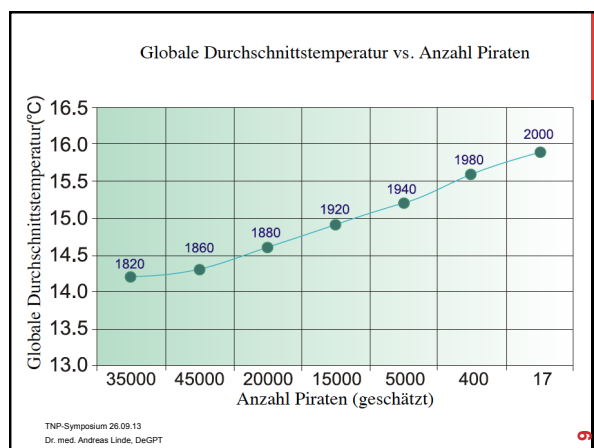
↓

Kausalität (natürliche und adäquate) zwischen **Unfallereignis** und **Gesundheitsschädigung** als **Leistungsvoraussetzung**.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

WAS VERSTEHEN SIE UNTER KAUSALITÄT?

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT



KAUSALITÄT

- **Natürliche Kausalität vs. adäquate Kausalität**
- **Natürliche Kausalität: Aufgabe des medizinischen Gutachters** einen Zusammenhang zwischen einem festzustellenden Gesundheitsschaden und einem versicherten Ereignis auf der Grundlage medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse.
- **Adäquate Kausalität („Adäquanz“): Aufgabe des Rechtsanwenders** anhand juristischer Kriterien einen Zusammenhang zu bestätigen oder nicht.

Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

11

NATÜRLICHER KAUSALZUSAMMENHANG

- **Conditio sine qua non:** Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten gedacht werden kann
- Für die Bejahung ist es **nicht erforderlich**, dass ein Unfall die **alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen** ist
- **Es genügt, dass** das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, aber **der Unfall nicht weggedacht** werden kann, **ohne dass** auch **die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen** (BGE 129 V 177 Erw. 3.3.1; BGE 119 V 337 Erw. 1, BGE 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).
- → **Teilkausalität genügt**
- **Den Begriff der „wesentlichen“ Kausalität (im Ggs. zu DE) gibt es in der Schweizer Rechtsprechung nicht.**

Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

12

NATÜRLICHER KAUSALZUSAMMENHANG

- Die Frage der natürlichen Unfallkausalität ist eine **Tatfrage**. Als solche ist sie **Beweisgegenstand**
- Zeitliche Korrelation reicht als Beweis nicht aus: **post hoc ergo propter hoc-Irrtum**
- Die natürliche Unfallkausalität muss als **leistungsbegründende Voraussetzung** mit dem **Beweisgrad** der **überwiegenden Wahrscheinlichkeit** erstellt sein

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

13

BEWEISMASS: ÜBERWIEGENDE WAHRSCHEINLICHKEIT

Nach der aktuellen Rechtsprechung (BGE 4A_397 / 2008) im Sozialversicherungsrecht gilt ein Beweis nach dem **Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit** als **erbracht, wenn für die Richtigkeit** der Sachbehauptung **nach objektiven Gesichtspunkten** derart **gewichtige Gründe** sprechen, **dass andere denkbare Möglichkeiten** vernünftigerweise **nicht** massgeblich **in Betracht fallen**.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

14

NATÜRLICHER KAUSALZUSAMMENHANG

- **Hauptsächliches Beweismittel** zur Frage der natürlichen Unfallkausalität **sind medizinische Berichte und Gutachten**
- Es gilt der Grundsatz der **freien Beweiswürdigung**.
- Die Rechtsprechung hat es **mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar** erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten **Richtlinien für die Beweiswürdigung** aufzustellen. (Vgl. BGE 125 V 351)

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

15

ADÄQUATER KAUSALZUSAMMENHANG

„**Ein Ereignis** hat dann als **adäquate Ursache eines Erfolges** zu gelten, wenn es nach dem **gewöhnlichen Lauf der Dinge** und **nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet** ist, **einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbei zu führen**, der **Eintritt dieses Erfolges** also **durch das Ereignis** allgemein **als begünstigt** erscheint.“

(BGE 125 V 461 Erw. 5a mit Hinweisen).

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

16

ADÄQUATER KAUZALZUSAMMENHANG

„Ein Ereignis...“

KEINE MEDIZINISCHE FRAGESTELLUNG!!!

Administrative bzw. juristische Entscheide anhand von – durch die relevante Rechtsprechung geformte – Kriterienkatalogen.

(BGE 125 V 4...)

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

17

SCHRECKEREIGNIS

Voraussetzungen für die Annahme eines Unfalles bei schreckbedingten plötzlichen Einflüssen auf die Psyche (RKUV 2004 Nr. U 545 S. 212):

- **Aussergewöhnlichkeit** des Schreckereignisses mit entsprechendem **psychischem Schock**
- **Auslösung einer seelischen Einwirkung** durch gewaltsamen, in der **unmittelbaren Gegenwart** des Versicherten sich abspielenden Vorfalls, welche in seiner **überraschenden Heftigkeit** geeignet ist, **auch bei einem gesunden Menschen** durch **Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen** (wie **Lähmungen, Herzschlag** etc.) hervorzurufen
- Z.B. Tsunami (BGer 8C_030/07), massive sexuelle Nötigung durch einen betrunkenen Unbekannten in nächstem Hinterhof unter Drohung mit einem Messer (EVGE U 193/06)
- Adäquanzprüfung (bei fehlenden od. bloss untergeordneten körperlichen Verletzungen) nach der allgemeinen Adäquanzformel (hohe Anforderungen: Kasuistik in EVGE U 193/06; Adäquanz in den o. g. Beispielen bejaht)

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

18

SCHRECKEREIGNIS

Voraussetzungen für die Annahme eines Unfalles bei schreckbedingten plötzlichen Einflüssen auf die Psyche (RKUV 2004 Nr. U 545 S. 212):

- **Aussergewöhnlichkeit** des Schreckereignisses mit entsprechendem **psychischem Schock**
- **Auslösung einer seelischen Einwirkung** durch gewaltsamen, in der **unmittelbaren Gegenwart** des Versicherten sich abspielenden Vorfalls, welche in seiner **überraschenden Heftigkeit** geeignet ist, **auch bei einem gesunden Menschen** durch **Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen** (wie **Lähmungen, Herzschlag** etc.) hervorzurufen
- Z.B. Tsunami (BGer 8C_030/07), massive sexuelle Nötigung durch einen betrunkenen Unbekannten in nächstem Hinterhof unter Drohung mit einem Messer (EVGE U 193/06)
- Adäquanzprüfung (bei fehlenden od. bloss untergeordneten körperlichen Verletzungen) nach der allgemeinen Adäquanzformel (hohe Anforderungen: Kasuistik in EVGE U 193/06; Adäquanz in den o. g. Beispielen bejaht)

Juristischer Begriff!
Keine medizinische Diagnose!!

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

19

TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN NACH UNFÄLLEN

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

20

PSYCHISCHE TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN NACH UNFÄLLEN

- **Unfälle sind keine seltenen aber "unnormale" Ereignisse.** In den USA werden **25% der Männer und 14% der Frauen** im Laufe ihres **Lebens Opfer eines lebensbedrohlichen Unfalls**, aus Australien und Deutschland (täglich 11 Tote im Strassenverkehr) liegen ähnliche Zahlen vor (Creamer et al. 2001; Kessler et al. 1995; Perkonig et al. 2000; statistisches Bundesamt 2010)
- **Frühsymptome von dissoziative Charakter**, wie z.B. Derealisation, Depersonalisation, verändertes Zeiterleben oder psychogene Amnesie treten bei etwa **15% der Patienten** auf, sind aber **meistens von kurzer Dauer** (Malt, Olfesen 1992; Schnyder, Malt 1998)
- **Die Inzidenz psychischer Auffälligkeiten ist in den ersten Wochen nach einem Unfall relativ hoch; bis über 30% der Patienten leiden an depressiven und/oder Angst-Symptomen oder an einer akuten Belastungsreaktion, oder erfüllen mit Ausnahme des Zeitkriteriums die diagnostischen Kriterien der PTBS** (Blanchard et al. 1994; Bryant and Harvey 1996; Hickling et al. 1992; Mayou et al. 1993; Ursano et al. 1999)
- **Der Symptomverlauf ist bei der Mehrheit der Patienten depressiv**

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Lindé, DeGPT

21

PSYCHISCHE TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN NACH UNFÄLLEN

- **PTBS nach schweren Unfällen in der Schweiz:** Studien von Schnyder et al. (2008) wiesen dies (mit CAPS) bei **3% der Betroffenen 6 Mon nach schweren Unfällen** nach. Im **Langzeit-Follow-up** war dies **bei 4%** der Fall.
- **Prädiktoren und Vulnerabilitäten:** Die **zuverlässigsten Prädiktoren für spätere PTBS-Symptombelastungen** waren das Auftreten **intrusiver Symptome kurz nach dem Unfall** und **biografische Risikofaktoren**. (Schnyder 2008)
- **Korrelation mit der Schwere der körperlichen Verletzungen:** empirisch uneindeutig, stärkere Korrelation mit der subjektiven Eindrücklichkeit und körperlichen Langzeitfolgen im späteren Verlauf, wie **Entstellungen, funktionelle Einschränkungen** und **chronische Schmerzen** (Pielmaier, Frommberger 2011).

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Lindé, DeGPT

22

PSYCHISCHE TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN NACH UNFÄLLEN

- **Hirnorganische Schäden: Überlappung** der Symptome (Bryant 2001); Hinweise, dass **kein Unterschied hinsichtlich Schweregrad** der PTBS (Pielmaier, Frommberger 2011)
- **Längere Rechtsstreitigkeiten** scheinen die Rückbildung von Symptomen zu behindern:
 - Ständiges Wiedererinnern durch juristische Auseinandersetzungen und Begutachtungen, sowie finanzielle Konsequenzen des Unfalls können **Ärger- und Schuldgefühle begünstigen**. (Ehlers, Clark 2000)
 - **Offene Wiedergutmachungsfragen** wirken **Beschwerden aufrecht erhaltend** und nach deren Beilegung normalisiert sich der Verlauf
 - Nach Sprechung einer Invalidenrente lässt sich jedoch keine wesentliche Besserung des psychischen Gesundheitszustandes **nachweisen**. (Studie der dt. Rentenversicherer 2004 bei Frührenten aus psych. Gründen)

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Lindé, DeGPT

23

AUFRECHTERHALTENDE FAKTOREN

(PIELMAIER, MAERCKER 2011)

- Ausbleibende Wertschätzung und Anerkennung durch das engere u. weitere soziale Umfeld
- Zusätzliche belastende Lebensereignisse nach dem Trauma
- Körperliche Behinderungen durch das Trauma
- Dauerhafte Schwierigkeiten der Wahrnehmung beruflicher und familiärer Rollenfunktionen
- Soziale Unterstützung kurz nach dem Ereignis wirkt protektiv, längerfristig zunehmend aufrechterhaltend

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Lindé, DeGPT

24

STÖRUNGSWAHRSCHEINLICHKEIT UND SUBJEKTIVE EREIGNIS-MERKMALE (PIELMAIER, MAERCKER 2011)

- Subjektives Traumakriterium in ICD u. DSM: Intensive Furcht, Hilflosigkeit, Schrecken
- Todesangst und mentale Selbstaufgabe assoziiert mit späterer PTBS
- Subjektive Interpretation des Ereignisses und zugeschriebene Bedeutung für das zukünftige Leben
- Dysfunktionale Gedanken bzgl. der initialen Reaktion auf das Ereignis
- Traumasma vs. Traumakompensationsschema

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Lindé, DeGPT

25

UNMITTELBARE REAKTIONEN AUF EIN PSYCHISCHES TRAUMA

TABLE 1. POSSIBLE ACUTE RESPONSES TO TRAUMA

Domain	Negative Responses	Positive Responses
Cognitive	Confusion, disorientation, worry, intrusion	Determination, sharper perception, fearlessness
Emotional	Shock, sorrow, grief, sadness, fear	Feeling challenged, involved, pressured to act
Interpersonal	Withdrawal, anger	Affiliation, helping response, altruistic behavior
Physiological	Fatigue, headache, muscle tension, heart rate	Alertness, activation

Watson PJ, Shalev AY. *CNS Spectr.* Vol 10, No 2. 2005.

26

SCHWEREGRAD DES TRAUMAS

	Akzidentelle Traumen	Man-made Traumen (Zwischenmenschliche Traumen)
Typ-I-Traumen kurz-dauernde	<ul style="list-style-type: none"> • Unfälle (z.B. Polizei, Feuerwehr) • Arbeitsunfälle • kurzdauernde Naturkatastrophen (z.B. Wirbelstürme) 	<ul style="list-style-type: none"> • sexuelle und körperliche Gewalt • Vergewaltigungen • zivile Gewaltverbrechen (z.B. Banküberfall)
Typ-II-Traumen lang-dauernde/wiederholt	<ul style="list-style-type: none"> • langdauernde Naturkatastrophen (Erdbeben) • technische Katastrophen (z.B. Chemieunfälle) 	<ul style="list-style-type: none"> • sexuelle und körperliche Misshandlungen • Kriegserlebnisse • Folter und politische Verhaftungen • Massenvernichtungslagerhaft

Störungs-Wahrscheinlichkeit und Schwere nimmt zu

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Lindé, DeGPT

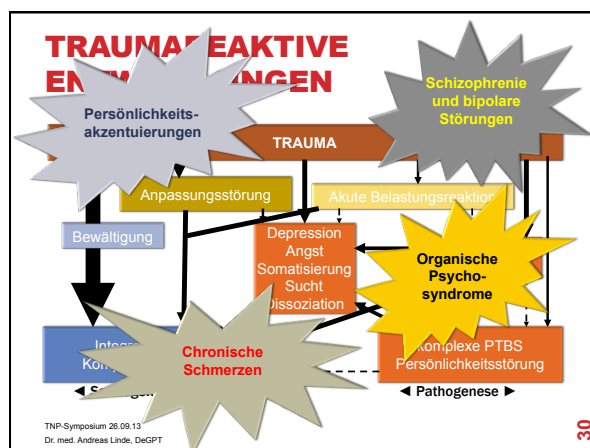
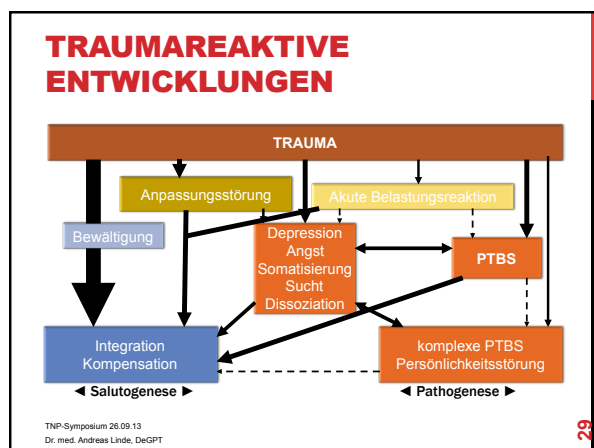
27

UNFALLBEDINGTE PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI VERSICHERUNGSPSYCHIATRISCHEN BEURTEILUNGEN

WAS SEHEN WIR BEI DER SUVA?

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Lindé, DeGPT

28



DAS PROBLEM MIT DER ANHALTENDEN PERSÖNLICHKEITSÄNDERUNG F62.0

- „erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel“ nach Ulrich Ventzlaff
- Wird oft als chronische PTBS missverstanden
- Das Trauma-Eingangskriterium bei F62.0 stellt klar, dass es sich um eine besondere Traumaschwere handeln muss. Typ-I-Traumata ("wie z. B. Unfälle") werden explizit ausgeschlossen und es wird hierzu auf prädisponierende Faktoren verwiesen.
- Wird in der ICD-11 durch die Diagnose der komplexen PTBS ersetzt, die ebenfalls eine besondere Traumaschwere (Typ-II-Trauma, Beziehungstrauma) als Eingangskriterium verlangt.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

31

KOMPLEXE PTBS IN DER ICD-11 (β-Version) (Maercker et al. 2013)

Traumakriterium:

- **wie bei PTBS:** Ereignis oder Ereignisse extrem bedrohlicher oder entsetzlicher Natur. Manchmal summieren sich die Ereignisse zu extremer Todesbedrohung oder schwerer Verletzung (z.B. Hunger, Nähe zu fortgesetzten Kriegshandlungen)
- **spezifisch:** lang dauernde oder wiederholte traumatische Situation/en, aus der/denen eine Flucht nicht möglich ist, wie bspw. KZ-Haft, Folter, sexueller Kindesmissbrauch o.ä.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

32

KOMPLEXE PTBS IN ICD-11 (β-Version)

Symptommuster

- Kernsymptome der PTBS (Wiedererleben in der Gegenwart, Vermeidung, Übererregung) plus
- Anhaltende und umfassende Störungen im/in
 - **affektiven Funktionieren:** Affektive Fehlregulation, erhöhte emotionale Reagibilität, gewalttätige Ausbrüche, Tendenz zu dissoziativen Zuständen unter Belastung
 - **Funktionen des Selbst:** Überzeugung von sich selbst als schwach, zerbrochen und wertlos; generalisierte Gefühle von Scham, Schuld ...
 - **Beziehungsfunktionen:** Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu erhalten oder sich anderen nahe zu fühlen

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

33

PSYCHIATRISCHE BEGUTACHTUNG VON UNFALLOPFERN

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

34

TYPISCHE ANLÄSSE FÜR FRAGEN AN DEN GUTACHTER

- Natürliche Kausalität/Teilkausalität
- Zumutbarkeit/Leistungsbeurteilung
- Endzustand
- Rentenrevision
- (Rein unfallbedingter) Integritätsschaden
- Suizid und Urteilsfähigkeit

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

35

NUR SCHEINBAR EINFACHE FRAGEN

- $2 + 2 = ?$

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

36

NUR SCHEINBAR EINFACHE FRAGEN

- $2 + 2 = 4$

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

37

NUR SCHEINBAR EINFACHE FRAGEN

- $2 + 2 = 4$ War es das? Nur eine Antwort?

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

38

NUR SCHEINBAR EINFACHE FRAGEN

- $2 + 2 = 4$ War es das? Nur eine Antwort?
- $2 + 2 = 8974 - 8970$
- $2 + 2 = \sqrt{16}$
- $2 + 2 = 22 + 89 - 107$
- $2 + 2 =$ eine ∞ Anzahl von Möglichkeiten

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

39

BEGUTACHTUNG ALS HANDWERK

Zwei Arten von Wissen

- wissenschaftliche Erkenntnis: *Wissen*, "wie etwas gemacht ist, ...als Wesenserkenntnis"
- Technik: Wissen, "wie man etwas macht um es zu reproduzieren"
- Werkzeuge: Methoden
- Fertigkeiten
- Übung

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

40

BEGUTACHTEN ALS HYPOTHETISCHES SCHLUSSFOLGERN

- Positive Einzelaussage
- Hypothetisches Schlussfolgern als abduktives Schliessen (weder deduktiv noch induktiv)
 - Theoretische Sensibilisierung
 - Formen theoretischen Vorwissens
 - Qualitative Kodierung
 - Zuordnung zu einem Krankheitsbegriff und Diagnosestellung
- Übersetzungsarbeit

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

41

ANFORDERUNGEN AN EIN GUTACHTEN

- Die Expertise muss **nach dem aktuellen Stand des geprüften medizinischen Wissens, umfassend** und **gegenüber Auftraggeber und Explorandin neutral** erstellt werden.
- Das Gutachten muss **geeignet sein**, von **Expertenseite** eine sozial- bzw. versicherungsmedizinische oder rechtsmedizinische **Fragestellung zu beantworten**.
- In jedem Gutachten ist **Übersetzungsarbeit** von medizinischen in juristische Sachverhalte zu leisten.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

42

ROLLE DES GUTACHTERS

- Ein **Gutachter** wird als **Fachperson seines Fachgebiets** von einem **Auftraggeber** zur **Klärung** eines **offenen medizinischen Sachverhalts** beigezogen.
- In dieser Funktion ist es **nicht seine Aufgabe** offene **juristische**, soziale, politische **Fragen zu klären**.
- Er muss **über die rechtlichen Rahmenbedingungen bescheid wissen** innerhalb derer er seine Expertise erstellt.
- Er muss auch **genügend medizinisches Fachwissen über den Sachverhalt** vorhanden sein, den es hier zu klären gilt.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

43

ROLLE DER BEGUTACHTUNG

- Medizinische Gutachten markieren eine **Schnittstelle zwischen Medizin und Rechtsanwendung**
- Sie werden **in unklaren und strittigen Fällen** veranlasst.
 - **Unklar** ist in der Regel, **welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen welche Auswirkungen haben**.
 - **strittig** ist, **ob** der versicherten Person **Leistungen der Sozial- oder Privatversicherung**, allenfalls **in welchem Umfang** zustehen
- **Zur Klärung und Entscheidung** solcher Konflikte soll das medizinische Gutachten **verwertbare Grundlagen liefern** (Riemer-Kafka)

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

44

ANFORDERUNGEN AUS SICHT DER RECHTSPRECHUNG

Richterliche "Vorurteile" gegenüber Verfassern von Expertisen

- Gerichtsgutachter
- Verfahrensgutachter (z. B. medas-Gutachter)
- Parteigutachter oder Versicherungsärzte (Gesellschaftsärzte)
- Behandelnde (Haus-) Ärzte

Entscheidend ist, ob der Bericht

- für die **strittigen Belange umfassend** ist,
- auf **allseitigen Untersuchungen** beruht,
- die **geklagten Beschwerden berücksichtigt**,
- in **Kenntnis der Vorakten** abgegeben worden ist,
- in der **Darlegung der medizinischen Zusammenhänge** und
- in der **Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend** ist und
- zu **Schlussfolgerungen** führt, die **begründet** sind.

BGE 125 V 351

Dr. med. Andreas Lindé, DeGPT

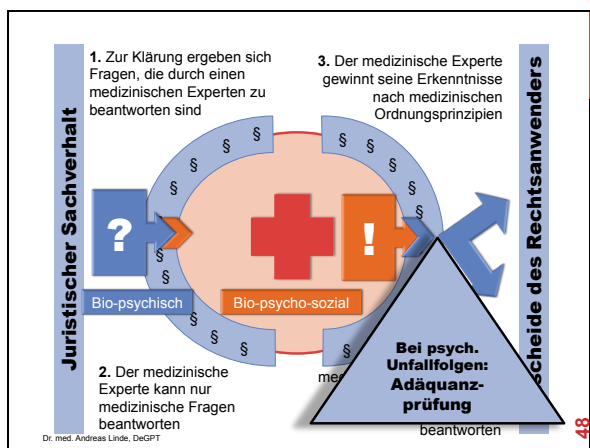
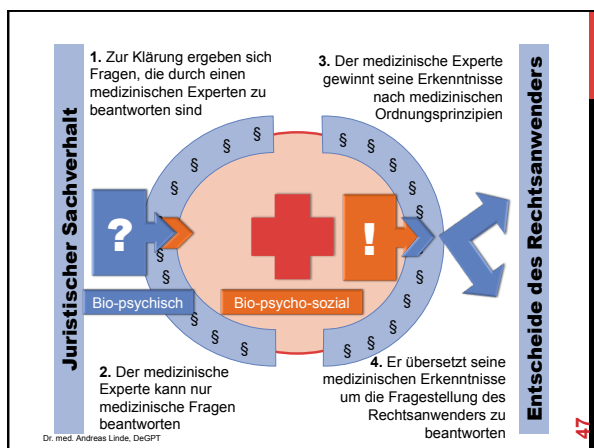
45

ROLLE DES GUTACHTERS UND DER BEGUTACHTUNG

SCHNITTSTELLE MEDIZIN UND RECHT

Dr. med. Andreas Lindé, DeGPT

46



1. Zur Klärung ergeben sich Fragen, die nur durch einen medizinischen Experten beantwortet werden können.

2. Der medizinische Experte kann nur medizinische Fragen beantworten.

3. Der juristische Experte kann nur juristische Fragen beantworten.

A. Es ist Übersetzungsarbeit zu leisten:
 Juristisch → Medizinisch
 Medizinisch → Juristisch

B. Re-Definition des erteilten Auftrags: Was bedeutet die gestellte Frage für mich als medizinischen Experten und was kann die medizinische Wissenschaft anhand ihrer Ordnungsprinzipien zur Beantwortung beitragen?

Juristischer Sachverhalt | **Entscheidung des Rechtsanwenders**

Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

49

EINER DER WICHTIGSTEN ARBEITSSCHRITTE BEI DER BEGUTACHTUNG

**AUFTRAGS-
ÜBERGABE UND
AUFTRAGS-
ANNAHME**

TNP-Symposium 26.09.13
 Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

50

GUTACHTENERSTATTUNG ALS AUFTRAGSARBEIT

- Die Auftraggeberin verlagert eine Teilleistung nach aussen um sich auf ihr juristisches Teilgeschäft zu konzentrieren.
- Der medizinische Gutachter befindet sich auf fremdem Terrain.
- Eine Gutachterin schuldet eine Auftragsarbeit, deren Anforderungen (wesentlich) vom Auftraggeber bestimmt werden.

TNP-Symposium 26.09.13
 Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

51

RE-DEFINITION DES ARBEITSAUFTRAGS

- Dient der Auftrag der Klärung eines medizinischen Sachverhalts? Oder verfolgt er andere, die Klärung des Sachverhalts konfundierende Interessen?
- Kann die Expertin den Auftrag sachlich neutral erstatten oder gibt es auf ihrer Seite Einflussfaktoren, die die neutrale Gutachtenerstattung gefährden? Ist sie befangen?
- Ist die rechtliche Situation, der rechtliche Rahmen klar?
- Ist der Gutachter fachlich überhaupt in der Lage die Fragestellung zu beantworten? Braucht es Zusatzgutachten auf angrenzenden oder anderen Fachgebieten?

TNP-Symposium 26.09.13
 Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

52

WER IST DER AUFTRAGGEBER?

- Ist er **neutral**? (z.B. Gericht; Sozialversicherungen im Abklärungsverfahren dürfen nicht parteiisch sein)
- Ist er **parteiisch**? (z.B. Privatversicherung, Antragsteller, Anwalt, Sozialversicherung im Rechtsstreit)
- **Jedoch: Der Gutachter darf seine neutrale Rolle nicht verlassen.**

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

53

KONFUNDIERENDE INTERESSEN

- Auf Seiten des Auftraggebers : z.B. finanzieller oder politischer Natur...
- Auf Seiten der Expertin:
 - z. B. Befangenheit,
 - persönliche Involvierung,
 - politische Motive,
 - einseitige finanzielle Abhängigkeiten,
 - unangebrachte weltanschauliche Festlegungen, die einer unvoreingenommenen Vorgehensweise widersprechen...

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

54

VORGABEN UND AUFGABEN DES GUTACHTERS

- Vorgegebene Anforderungen:
 - Rechtlicher Rahmen
 - Fragestellung
- Experte als Zulieferer:
 - Beantwortung der Fragen.
 - Sie dienen der Klärung des medizinische Sachverhalts bzw. der medizinisch relevanten Eingangsbedingungen, die der Auftraggeber benötigt, um seinerseits zu prüfen, ob die im Gesetz geregelte Rechtsfolge eintritt oder nicht.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

55

QUALITÄT DER FRAGESTELLUNG

- Beschränkt sich die Fragestellung auf medizinisch beantwortbare Fragen?
- Ist definiert, wonach gefragt wird?
- Müssten Fragen anders formuliert werden, damit sie beantwortet werden können? ⇒ Rücksprache mit dem Auftraggeber sinnvoll
- Schränkt die Fragestellung die Vorgehensweise ungerechtfertigt ein? ⇒ Rücksprache mit dem Auftraggeber sinnvoll
- Wird mit den Fragen schon eine Intervention vorgeschlagen, die ein bestimmtes Ergebnis vorwegnimmt? ⇒ Rücksprache mit dem Auftraggeber sinnvoll

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

56

PROBLEME BEI DER BEGUTACH- TUNG

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

57

PROBLEME BEI DER BEGUTACHTUNG

„Eines davon ist der Umstand, dass **Juristen mit medizinischen Sachverhalten** und **Ärzte mit einem rechtlichen Normgefüge** arbeiten müssen, wobei der **Patient und Rechtssuchende im Schnittpunkt beider Materien** steht.

Weder der Arzt noch der Jurist ist grundsätzlich aus wissenschaftlicher Warte befähigt, sich im anderen Fachgebiet kompetent zu bewegen.“

(Gabriela Riemer-Kafka)

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

58

SCHNITTSTELLENPROBLEME ZWISCHEN MEDIZIN UND RECHT

- Die Frage, wo medizinische Ordnungssysteme und wo juristische Ordnungssysteme gelten, wird nicht immer klar beantwortet
- Absurditäten im Kontext der deutschen Rechtsprechung: Es wird von einigen Autoren (Widder, Foerster 2009) der Nachweis einer akuten Belastungsreaktion (ABR) als „*Erstschaden*“ als zwingende Voraussetzung gefordert, um die Kausalität einer PTBS als „*Folgeschaden*“ nachzuweisen. In der CH gibt es diese beiden Rechtsbegriffe nicht.
- Die ABR als wesentlicher Prädiktor der PTBS ist jedoch weitgehend widerlegt und an deren diagnostischer Relevanz gibt es erhebliche Zweifel. Sie wird in der ICD-11 nicht mehr als psychiatrische Diagnose geführt. (Bryant RA (2011): Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. J. Clin. Psychiatry. 72: 233-249).
- Einige Autoren (Stevens, Merten 2009; Fabra et al. 2008) erachten den oft schwierig zuführenden objektiven Nachweis des A2-Kriteriums der DSM-IV als obligatorisch für den Nachweis einer Traumatisierung. Aber: Seit Mai 2013 gilt DSM-V. Das A2-Kriterium wurde dort – wissenschaftlich begründet – abgeschafft.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

59

BESONDERHEITEN BEI DER PSYCHOTRAUMATOLOGISCHEN BEGUTACHTUNG (HAENEL, WENK-ANSOHN 2005)

- Traumatisierte sprechen ihre Probleme selten selber aktiv an
- „Parteiische Abstinenz“ bei der Begutachtung nicht möglich. Vorschlag: Verstehender Zugang zum Versicherten mit der Erfassung der Persönlichkeit des Versicherten und seiner Situation (Foerster, Dressing 2011)
- Täterübertragung: Assoziation der Begutachtungssituation mit einem Verhör
- Gegenübertragungsphänomene können eine unvoreingenommene Sicht des Gutachterin auf den Exploranden verstellen
- Zu grosse Distanz z.B. durch mangelnde Empathie, Sachkenntnis oder idealisiertes Weltbild oder Abwehr eigener traumatischer Erfahrungen durch den Gutachter
- Zu geringe Distanz z. B. durch Überwältigtsein durch eigene Empathie, Scham- und Schuldgefühle, Furcht vor Täteridentifizierung, Überwältigung durch eigene traumatische Erlebnisse

Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

60

LEONHARDT, FOERSTER, MED. SACH. 99 (2003) 5:

PROBLEME BEI DER BEGUTACHTUNG POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSSTÖRUNGEN

- Die korrekte Erfassung des Traumakriteriums ist für die Diagnose wichtig
- Weder aus der Psychopathologie noch aus der Beschwerdenschilderung lässt sich erschliessen ob ein objektiv schweres Ereignis vorlag. Diese Frage muss vorab vom Auftraggeber geklärt werden
- Die Komorbidität der PTBS ist hoch und ihre Symptomatik verändert sich zeitbezogen, da Krankheitsverarbeitung ein dynamischer Prozess ist
- In einer Untersuchung sollte sich Vermeidungsverhalten reproduzieren lassen
- Die Untersuchung Traumatisierter erfordert sensibles Vorgehen. Bei korrekter Vorgehensweise droht keine Retraumatisierungsgefahr
- Aussagen zur Kausalität sind mit dem deskriptiven Konzept der PTBS per se nicht verbunden
- Die PTBS ist ein eng definierte zu einer typischen Symptombildung führender Spezialfall der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt. Andere Formen der Verarbeitung belastender Ereignisse zählen nicht dazu.

Dr. med. Andreas Lindé, DtGPT

61

GRÜNDE FÜR FALSCH POSITIVE PTBS-DIAGNOSEN BZW. KAUSALITÄT

(FOERSTER, LEONHARD 2003)

- Mangelnde Unterscheidung von adäquatem und krankheitsbedingtem emotionalen Stress
- Auslassen von bestimmenden diagnostischen Kriterien nach DSM-V oder ICD-10
- **Nichtberücksichtigung früherer traumatischer Ereignisse** und daher falscher Kausalitätszuordnung zu einem aktuellen Ereignis.
- Fehlende Diagnose einer präexistierenden Psychopathologie
- Fehlende Erhebung einer Familienanamnese, die Hinweise auf Vorliegen einer anderen Erkrankung geben könnte
- Fehlende differentialdiagnostische Erörterungen

Dr. med. Andreas Lindé, DtGPT

62

GRÜNDE FÜR FALSCH NEGATIVE PTBS-DIAGNOSEN (FOERSTER, LEONHARD 2003.)

- PTBS-Symptome werden als im wesentlichen verständliche Reaktion auf ein Ereignis angesehen
- Oberflächliche Exploration ohne den konsequenten Versuch, die peritraumatische Situation und das peritraumatische Erleben zu explorieren
- Persönliche Vorbehalte gegenüber der Diagnose
- Fehlende Anerkennung des Sachverhaltes, dass trotz präexistierender erheblicher Psychopathologie eine PTBS vorliegen kann
- Falsche Zuschreibung zu anderen Ereignissen
- Rekurs auf einseitige oder veraltete Theorien hinsichtlich Störungsverursachung („Kommt alles aus der Kindheit.“ „Ist alles genetisch bedingt“)
- Keine Berücksichtigung der relevanten Literatur

Dr. med. Andreas Lindé, DtGPT

63

PROBLEME DER BEGUTACHTUNG

QUALITÄTS- PROBLEME

TNP-Symposium 28.09.13
Dr. med. Andreas Lindé, DtGPT

64

**GLOCKER, GIERLICH, PFÄFFLIN:
ZUR QUALITÄT VON RICHTSGUTACHTEN IN
AUFENTHALTSRECHTLICHEN VERFAHREN (R&P, 2012)**

- 115 Gerichtsgutachten in Asylverfahren wurden nach 105 Qualitätsvariablen untersucht.
- Beurteilungsalgorithmus auf Grundlage der SBPM-Kriterien (dt. Version v. Haenel, Henningsen, Gierlich et al.) und der Richtlinien der AG der psychosoz. Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
- Untersuchung hinsichtlich: formaler Kriterien, Umgang des Gutachters mit dem Exploranden, Erhebung der Traumaanamnese, diagnostische Vorgehensweise, Beurteilung der Befunde und Herleitung der Diagnose, Beantwortung der Fragestellung mit Angabe von Prognosen und Empfehlungen

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

65

**GLOCKER, GIERLICH, PFÄFFLIN:
ZUR QUALITÄT VON RICHTSGUTACHTEN IN
AUFENTHALTSRECHTLICHEN VERFAHREN (R&P, 2012)**

Erhebliche Qualitätsmängel bei der grossen Mehrzahl der Gutachten. Die meisten Gutachten hätten nicht von Gerichten akzeptiert werden dürfen:

- **Formale Mängel:** Kriterien bei 19% gar nicht erfüllt, 54% nur teilweise erfüllt
- **Umgang mit Exploranden:** Bei 70% Probleme mit der sprachlichen Verständigung, bei 40% kein gleichgeschlechtlicher Dolmetscher.
- **Traumaanamnese:** Nicht vorhanden bei 4%, zu knapp bzw. unvollständig bei 61% grösste Schwachstelle. U. a. Sorge wegen Retraumatisierung als Ausrede (*»Das Argument der drohenden Retraumatisierung dient unserer Erfahrung nach meist dazu, einer notwendigen Untersuchung auszuweichen.«* Leonhardt, Foerster 2003)
- **Befunderhebung, Diagnostik:** in 2/3 d. F. mit Mängeln behaftet. Bei 50% keine oder mangelhafte Verhaltensbeschreibung 20-50% mangelhafte Anamnesen.
- 80% d. F. nur Allgemeinplätze als **Empfehlungen**, nur 46% äussern sich zu **Abschiebehindernissen** obwohl dies die **Fragestellung** war.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

66

**DAS PROBLEM DER
HINTERGRUNDANNAHMEN**

- **Ungeprüfte Annahmen eines Zusammenhangs zwischen einer bestimmten Variablen und dem relevanten Merkmal:** Die „ABR ist eine notwendige Voraussetzung zur Diagnose der PTBS“ Ungeprüfte und falsche Behauptung in der neuen S2k-LL-Psychosomatische Begutachtung
- **Unzureichende Suche nach möglichen relevanten Variablen:** Zum Beispiel durch unangemessene Einengung der Untersuchung auf somatische Ursachen und Probleme ohne psychische Faktoren zu berücksichtigen.
- **Beantwortung aufgrund von Alltagswissen und ungeprüften Erfahrungswissen.** Im klinischen Alltag werden Probleme keineswegs nur m. H. von Expertenwissen und –erfahrung gelöst. Vielfach wird auf Wissen und Erfahrungen zurückgegriffen, die auf Alltagsmeinungen beruhen. In der Begutachtung darf auf solches Wissen nicht unreflektiert zurückgegriffen werden.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

67

- **Antworten auf Fragen, die der Auftraggeber nicht gestellt hat** und die zwar nicht medizinisch, wohl aber juristisch weitere relevante Schlussfolgerungen implizieren. „Das Problem der Kompetenzüberschreitung“ hat letztlich besonderes Gewicht bei möglichen Stellungnahmen, die letztlich durch Ermessen zu entscheiden sind.
- **Die Begründung einer Schlussfolgerung von ihrem Ergebnis her:** In gewissem Sinne befindet sich die Sachverständige auf einer Gratwanderung: Sie sollte wissen, worauf es aus juristischer Sicht für den Rechtsanwender ankommt, sie sollte ein entsprechendes juristisches Vorverständnis haben. Andererseits dies jedoch nicht zum entscheidenden Kriterium für die eigene gutachterliche Beurteilung machen, um nicht befangen zu werden. Die Begründung für ihre Antwort, sollte eine Gutachterin ausschliesslich aus medizinischer Sicht vornehmen; nur insoweit verfügt sie tatsächlich über Sachkunde.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

68

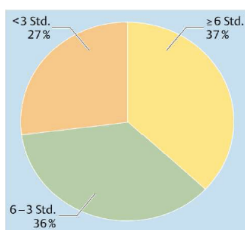
GLAUBWÜRDIGKEITSKRISE IN DER BEGUTACHTUNG

Fall: 49jr. Verwaltungsassistentin mit rezidivierender depressiver Störung und aktuell einer mittelschweren depressiven Episode (F33.1);

Begutachtungsinterview auf Video
22 Psychiater-Gutachter nahmen an Studie teil

Aufgaben:

- Diagnose stellen
- Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit



Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in den letzten Tagen

(Dickmann, Fortschr Neurol Psych 2007)

Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

69

MÖGLICHE URSACHEN FÜR DIE UNTERSCHIEDE

- Unterschiedlicher Kenntnisstand über das medizinische Wissen (Diagnose; Prognose; funktionale Fertigkeiten)
- Unterschiedliche Interpretation der Information von Exploranden und Akten
- Erzählen die gutachterlichen Beurteilungen mehr über den Gutachter als über den Exploranden?

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

70

WIE BEWERTEN ÄRZTE AUS DER VERSORGUNG DIE BEGUTACHTUNGEN IHRER KOLLEGEN ...

Umfrage von Forschungsgruppe FIP* der SGPP (De Boer, Kunz et al in press)

- 68% der Gutachter nehmen im Gutachten selten oder nie Bezug auf Studien
- 61% der Behandler waren eher nicht einverstanden mit den Schlussfolgerungen des Gutachtens, 32% waren eher einverstanden
- Bei 63% professioneller Standard der Gutachten eher nicht akzeptabel; bei 30% eher akzeptabel
- **93% meinten, Gutachter sollten auch Patienten behandeln**

* FIP: Funktionalität in der Psychiatrie

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

71

GUTACHTENQUALITÄT AUS SICHT DER RICHTER (BAER E., SUVA 2008)

- Unvollständige Dokumentation
- Willkürliche Informationsauswahl
- Unzulässige Vermengung von Inhalten
- Apodiktische, d.h. keinen Widerspruch duldende Aussagen
- Beurteilung ‚ex post‘
- Inkonsistente Argumentation
- Unzulässig vereinfachende Sichtweise (mangelnde Ganzheitlichkeit)
- Ungenügende Untersuchung
- Fehlende Objektivierung der vom Versicherten geäußerten Symptome
- Fehlender Mut als Gutachter auch einmal einzugestehen: „Ich weiss es nicht“ ...

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

72

DAS MEDAS-URTEIL

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federali



11 929
MC_1463/2010

Urteil vom 28. Juni 2011
II. sozialrechtliche Abteilung

Rechtsorgane

Bundesrichter U. Meyer, Präsident,
Bundesrichter Borella, Kernen,
Bundesrichterinnen Pfiffner Rauber und Glanzmann,
Gerichtsschreiber Traub.

Verfahrensbeteiligte

D. _____
vertreten durch Advokat Dr. Andreas Nöll,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle des Kantons Solothurn, Allmendweg 6,
4502 Zuchwil,
Beschwerdegegnerin.

Invalideversicherung.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

73

DAS MEDAS-URTEIL

- Bundesgericht prüfte ob die bis dahin gängige Praxis i. S. der Bundesverfassung und der Europäischen Menschenrechtskonvention den Anforderungen für ein faires Verfahren entspricht.
- Das BG verlangte Korrekturen der Rechtspraxis: Vergabe der Gutachten nach dem Zufallsprinzip, Verbesserung, Vereinheitlichung und Transparenz der Qualitätsanforderungen
- Stärkung der Partizipationsrechte und gerichtlicher Rechtsschutz der versicherten Personen

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

74

GUTACHTEN ODER GEFÄLLIGKEITSBERICHT?

„Zur Information an den Auftraggeber: Folgendes Vorgehen hat sich bei der Beurteilung von komplexen und polydisziplinären Explorationen bewährt: Ein fallführender Arzt, (...), nimmt die Aktensichtung vor, es wird ein entsprechender Aktenauszug durchgeführt, und er koordiniert die jeweils gewünschten Teilgutachten.

Diese Teilgutachten werden i. R. eines fortschreitenden Arbeitsprozesses direkt in das Hauptgutachten integriert. Während dieses Vorganges, bis zum Schluss, findet unter den Untersuchern eine Diskussion statt, ..., bei der die gegenseitige Sichtweise dargelegt wird und **allfällige Widersprüche besprochen und ausgemerzt** werden.

Dadurch soll das Gutachten **möglichst konklusiv, widerspruchsfrei und von verschiedenen Seiten abgestützt dem Auftraggeber ein abgerundetes, brauchbares und möglichst wenig anfechtbares Gutachten liefern.**“

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

75

GUTACHTEN ODER GEFÄLLIGKEITSBERICHT?

- Widerspruch = Fehler den es „auszumerzen“ *... sich bei*
- Wo bleibt der „Patient und Rechtssuchende“? *... onen*
- Wo bleibt der Anspruch, zur Klärung eines Sachverhaltes beizutragen?
- Wo bleibt ein Hinweis auf Gegenbürsten der eigenen Hypothesenbildungen?
- Wo bleibt die kritische Reflexion mit den eigenen Grenzen und Möglichkeiten als Gutachter?
- Wo bleibt die kritische Distanz zum Auftraggeber, ebenso wie zum Exploranden?
- *... en liefern*

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

76

GUTACHTEN ODER GEFÄLLIGKEITSBERICHTE?

Geht es hier um Gutachten oder um Gefälligkeitsberichte? Aufklären oder Zurechtbiegen der Fakten?

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

77

„WIDERSPRÜCHE AUSMERZEN“

Zum Beispiel:

- Nicht nennen wichtiger Standard-Laborparametern, die der gewählten Beurteilung womöglich zuwiderlaufen könnten.
- Tendenziöse Bewertung von Medikamentenspiegeln
- Post hoc ergo propter hoc-Irrtümer
- Bagatellisierung von empirisch-wissenschaftlich gesicherten Krankheitsbegriffen oder von Gesundheitsproblemen, die der gewählten Beurteilung zuwiderlaufen könnten
- Unvollständige Wiedergabe von ICD-10-Diagnose-Kriterien die den Eindruck gezielter Auslassungen vermitteln

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

78

„WIDERSPRÜCHE AUSMERZEN“

- Nicht nennen der Untersuchungsbedingungen (Dauer der Untersuchung, Vorgehensweise bei der Befragung,...)
- Intransparenter Aktenauszug (nur Auflistung von Dokumenten) mit willkürlich anmutender Auswahl von wenigen Textstellen
- Oberflächliche und tendenziöse Bewertung soziokultureller Faktoren (wesentliche Beschwerden als „soziokulturell bedingter“ Rest abgetan)
- Kein Bezug auf die relevante wissenschaftliche Literatur
- Verwechslung rechtlicher und medizinischer Begriffe (z. B. Adäquanzbegriffe in der medizinischen Argumentation)

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

79

PROBLEMATISCHE BEHANDLUNGSBERICHTE

- Verschweigen von Vorerkrankungen
- „Good Old Days Bias“ (MTBI und PTBS, Iverson 2010)
- Alles nur die Folge des versicherten Unfalls? Unfallfremde Faktoren werden aussen vor gelassen bzw. nicht erfragt oder berücksichtigt
- Nicht nachvollziehbare oder lückenhafte psychopathologische Befunde, fehlende Verhaltensbeschreibung
- Nicht nachvollziehbare Diagnosestellung, fehlende Differentialdiagnostik

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

80

PROBLEMATISCHE BEHANDLUNGSBERICHTE

- Fehl- oder Überinterpretation bzw. unsachgemäße Darstellung testpsychologischer Befunde
- „Ich sage das, weil ich der Experte bin“ reicht nicht
- Missverständnisse zwischen juristischen und medizinischen Sachverhalten (z. B. erheblicher Gesundheitsschaden, aber Kriterien für einen Unfall n. Art. 4 ATSG sind nicht erfüllt)
- Verlässliche und nachvollziehbare Aussagen zu Leistungsbild und Prognose fehlen
- Medikamenteneinnahme wird nicht überprüft

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

81

LÖSUNGSVORSCHLAG FÜR PROBLEME BEI DER BEGUTACHTUNG

BEGUTACH- TUNG ALS HANDWERK

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

82

12 ARBEITSSCHRITTE AUF DREI EBENEN METHODISCHEN VORGEHENS (1-5)

(HOFFMANN-RICHTER, JEGER, SCHMIDT 2012)

1. Auftragsübergabe und Auftragsannahme
Erste Ebene methodischen Vorgehens: "Was weiss ich?"
2. Datenerhebung und Datenauswertung - Aktenanalyse
3. Datenerhebung und Datenauswertung - Exploration
4. Datenerhebung und Datenauswertung - klinische Untersuchung
Sie bilden gemeinsam die Basisdiagnostik
Sie dienen der Heuristik
5. Zusätzliche Untersuchungen
Aufgrund der Basisdiagnostik mit klarer Indikation und im Wissen um Vor- und Nachtestwahrscheinlichkeit, Sensibilität und Spezifität

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

83

12 ARBEITSSCHRITTE AUF DREI EBENEN METHODISCHEN VORGEHENS (6-7)

(HOFFMANN-RICHTER, JEGER, SCHMIDT 2012)

- Zweite Ebene methodischen Vorgehens: "Was heisst das"?*
6. Beurteilung medizinischer Teil - Diagnosestellung
 7. Beurteilung medizinischer Teil - medizinische Grundlagen für die Beantwortung der Fragen
 - Hypothesengeleitetes Vorgehen
 - Multimodale Diagnostik
 - Diskrepanzanalyse

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

84

12 ARBEITSSCHRITTE AUF DREI EBENEN METHODISCHEN VORGEHENS (8-12)

(HOFFMANN-RICHTER, JEGER, SCHMIDT 2012)

Dritte Ebene methodischen Vorgehens: "Was kann ich aussagen?"

8. **Übersetzung in juristische Begriffe** (Krankheitsbegriff, Unfall, Arbeitsfähigkeit, Zumutbarkeit...)
9. Entwicklung einer Hypothese über allfällige Funktionsstörungen aufgrund der gestellten Diagnose(n)
10. Quantifizierung der Funktionsstörungen (Mini ICF-APP)
11. Prüfung wie verlässlich die Aussage ist
12. Beantwortung der Fragen

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

85

PSYCHOTRAUMA- TOLOGISCHE BEGUTACHTUNG IN EINEM SPANNUNGSFELD

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

86

WAS IST OBJEKTIVITÄT?

- **Naive Vorstellung:** Der Blick durch die Fensterscheibe.
- Der Gutachter ist aber kein Neutrum sondern ein Mensch mit persönlichen Wertvorstellungen, Einstellungen usw. Diese gilt es zu reflektieren
- Tatsächlich findet auf allen Ebenen Interpretation und Abstraktion statt.
- Auch bei testpsychologischen Untersuchungen kommt es – neben fachgerechter Durchführung – auf die Interpretation und Einordnung in die Gesamtheit der auf unterschiedlichen Datenquellen und –arten erhobenen Informationen an.
- Offenlegung der Untersuchungsbedingungen ist zwingend erforderlich.
- Ebenso die Offenlegung von Hintergrundannahmen und materiellen Abhängigkeiten
- Vergleichskriterien, Massstäbe: ICD-10 bzw. DSM-V reicht nicht. Kenntnis und Vergleich mit wissenschaftlicher Literatur erforderlich.
- Gegenbürsten, die eigenen Hypothesen infrage stellen, differentialdiagnostische Überlegungen

Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

87

TRIVIALER POSITIVISMUS

- Einige Autoren behaupten, dass in Begutachtungen nur von aussen beobachtbare bzw. objektivierbare Befunde beweiskräftig seien und nur in die Beurteilung mit einfließen dürfen
- Problematisch, da die meisten Instrumente der Befunderhebung sowohl auf Beobachterangaben, als auch auf vom Exploranden berichteten Angaben basieren (z. B. AMDP) und entsprechend validiert sind.
- Nahezu alle bei der Begutachtung erhobenen Daten stehen nicht für sich. Sie müssen interpretiert werden, habe unterschiedliche Quellen und Qualitäten und sind heuristisch durch abduktive Hypothesenbildung in einen Zusammenhang zu bringen

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

88

BESCHWERDEN- VALIDIERUNGSTESTS

- Sie können eine Rolle als Prüftests bei testpsychologischen Untersuchungen spielen. Sie messen Antwortverzerrungen oder unplausible Leistungsdefizite. Sie können jedoch keine „Simulation“ oder „Aggravation“ messen. (Dressing et al. 2011)
- Simulation und Aggravation sind im deutschen Sprachgebrauch bereits stark wertende Begriffe und für eine Operationalisierung nicht geeignet. Im englischen Sprachgebrauch ist dagegen oft von „exaggeration“ (Übertreibung) die Rede, was einen weit weniger wertenden Begriff darstellt.
- Dagegen ist der stark wertende Begriff der „Antwortverfälschung“ als psychometrisch erfassbare Messgröße ungeeignet, da hier bereits implizit und a priori eine Betrugsabsicht nahe gelegt wird.
- Besser ist es von Antwortverzerrungen als testpsychologisch messbare Größe zu sprechen.

TNP-Symposium 28.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

89

STELLUNGNAHME DER DGPPN ZU BESCHWERDENVALIDIERUNGSTESTS

- Mit einem BVT kann weder Aggravation noch Simulation objektiv nachgewiesen werden. Keinesfalls darf ein auffälliger Befund in einem BVT von vornherein mit Simulation gleichgesetzt werden.
- Die Überprüfung der Authentizität der von einem Probanden geklagten Beschwerden stellt eine Kernaufgabe jeder psychiatrischen Begutachtung dar
- BVT können hier in begründeten Einzelfällen zusätzliche Informationen liefern, wenn die Ergebnisse einer umfassenden psychiatrischen Gesamtbeurteilung gewürdigt werden. Sie können diese aber in keinem Fall ersetzen.
- Die Gesamtbeurteilung kann nur von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vorgenommen werden, da die zentrale Beurteilungsgrundlage ein umfassender psychopathologischer Befund ist.
- Die von Seiten neuropsychologisch orientierter Kollegen vorgetragene Position, dass es problematisch sei, wenn psychologische Mess- und Testergebnisse in eine Bewertungsheuristik integriert würden (Dohrenbusch und Merfen, 2010), wird von der DGPPN ausdrücklich nicht geteilt. (Dr. med. Andreas Linde, DeGPT)

90

EINE LEITLINIE DIE Z. T. IN DIE IRRE FÜHRT

- Problematische neue AWMF-S2k-Leitlinie „Begutachtung psychischer und psychosomatische Erkrankungen“ bei der AWMF: Der Teil über psychotraumatologische Begutachtung (Widder et al. 2013) enthält zahlreiche sachlich falsche Aussagen, ist tendenziös formuliert und entgegen dem Rest der Leitlinie nicht im Delphiverfahren erarbeitet worden (mündl. Rückfrage bei den Hauptautoren der Leitlinie). (Ebbinghaus et al. 2013)
- Sie stellt nur die keineswegs mehrheits- bzw. konsensfähige Meinung einer kleinen sich diesbezüglich immer wieder einschlägig äussernden Autorengruppe dar, die hier juristische und medizinische Ordnungsprinzipien vermischt und so z. T. wissenschaftlich nicht haltbare Thesen aufstellt
- DGPPN (entgegen der Behauptung in der Präambel) und DeGPT als hierfür bedeutsame Fachgesellschaften waren nicht beteiligt

91

PROBLEME BEI DER PSYCHOTRAUMATOLOGISCHEN BEGUTACHTUNG (FOERSTER, WINCKLER 2009)

- Verweigerung einer gutachterlichen Untersuchung wegen „Retraumatisierungsgefahr“: Oftmals vorgeschobenes Argument der Untersuchung auszuweichen, v. a. wenn bereits eine psychotraumatologische Behandlung besteht und der Explorand dort mit Traumainhalten konfrontiert ist
- Meist stellen sich traumatisierte Patienten einer gutachterlichen Untersuchung, da sie sich dadurch auch Anerkennung ihrer traumatischen Realität und Verarbeitung erhoffen
- Probanden die zwar nicht an einer PTBS leiden, sich aber mit einer solchen identifizieren, oftmals mit einer langen Vorgeschichte von Begutachtungen und Attesten, evtl. im Zusammenspiel mit einer von Heilerwartungen aufgeladenen Koalition mit Behandlern
- Skepsis ist bei lehrbuchartig und ausgestaltet geschilderten Symptomen und Beschwerden oder der Verwendung von fachlichem Vokabular angebracht (Dr. med. Andreas Linde, DeGPT)

92

HINWEISE FÜR DIE PRAXIS

UMGANG MIT SIMULATION UND AGGRAVATION

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

93

HINWEISE AUF SIMULATION UND AGGRAVATION (FOERSTER, WINCKLER 2009)

- Besteht eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Beschwerdenschilderung und dem Verhalten des Probanden in der Untersuchungssituation?
- Besteht ein Missverhältnis zwischen der subjektiv geschilderten Beschwerdeintensität und der Vagheit der Symptombeschreibung?
- Wie präzise wird der Krankheitsverlauf geschildert?
- Besteht eine Diskrepanz zwischen subjektiv geschilderter Beeinträchtigung und der Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe?
- Wie ist das psychosoziale Funktionsniveau im Alltag?
- Werden die Beschwerden appellativ und theatralisch vorgebracht?
- Weichen die Angaben des Probanden von fremdanamnestischen Informationen ab?
- Entsteht in der Gegenübertragungssituation ein Gefühl des Unechten?

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

94

HINWEISE AUF AGGRAVATION UND SIMULATION (HAENEL, WENK-ANSOHN 2004)

- Keine Beeinträchtigung in Alltagsaktivitäten
- Keine Veränderung der Symptomatik entgegen dem zu erwartenden Verlauf
- Gleichmässige Beschreibung des Traumas entgegen der zu erwartenden Veränderung von Gedächtnisfunktionen
- Keine Beschämung, keine Schuldgefühle
- Gleichförmige oder stets vage Alpträume

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

95

Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung (Dressling, Foerster 2010)

Simulation PTBS	PTBS
Symptome werden übertrieben und ausführlich berichtet.	Bericht über Symptomatik wird eher vermieden.
Symptome werden spontan und früh angesprochen.	Symptome werden zögernd und erst auf gezielte Fragen berichtet.
Flashbacks werden wenig plastisch beschrieben.	Bei Flashbacks sind unterschiedliche Wahrnehmungsqualitäten involviert, Bericht eher im Präsens.
Flashback wird ohne Zeichen vegetativer Erregung oder emotionaler Anspannung berichtet.	Vegetative Erregung und emotionale Anspannung sind beim Bericht eines Flashbacks in der Untersuchungssituation direkt beobachtbar.
Angabe einer kompletten Amnesie für die traumatische Situation	Es existieren Erinnerungseinseln, mit zunehmendem Abstand vom Ereignis weitet sich die Amnesie nicht aus.
Alpträume mit immer dem gleichen Inhalt und der gleichen Frequenz	Alpträume mit unterschiedlicher Häufigkeit und angstigen, aber durchaus auch wechselnden Inhalten.
Anderer Personen oder äußere Umstände werden beschuldigt.	Selbstvorwürfe
Vor dem Trauma wird ein völlig konfliktfreies Leben ohne Belastungen berichtet	Frühere Konflikte und Probleme werden als Ursachen für die Symptomatik erwohnen.
Behandlung wird in unmittelbarem Zusammenhang mit einer juristischen Auseinandersetzung begonnen, die erste Aktivität des Therapeuten ist die Ausstellung eines Attests.	Frühzeitige Therapiebemühungen
Symptome werden im Zeitverlauf als völlig stabil und unveränderlich dargestellt.	Symptomatik fluktuiert, teilweise Besserungen z. B. durch Therapie werden berichtet.
Obwohl bei der traumatischen Situation auch andere Menschen ums gekommen sind, besteht keine „survivor guilt“.	ausgeprägte „survivor guilt“

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

96

IATROGEN VERURSACHTE AGGRAVATION UND SIMULATION

- Grundsätzlich sind auch immer situative Faktoren sowie Interaktionen zwischen Gutachter und Proband zu beachten, da eine zunehmende Verdeutlichungstendenz während der Begutachtung mit einem desinteressierten oder unfreundlichen Untersucher zusammenhängen kann (Widder 2007)
- Unzweckmässig ist die Gestaltung der gutachterlichen Untersuchung als Verhör oder einseitiges Abfragen ohne jedes explorative Vorgehen und eine Haltung des Gutachters als Detektiv, der einen „Betrüger überführen“ will

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

97

WIE MAN IN DEN WALD HINEINRUFT...

GUTACHTER- EXPLORANDEN- KOMMUNI- KATION

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

98

WIR WISSEN (NOCH) NICHTS ÜBER DIE GUTACHTER-EXPLORANDEN- KOMMUNIKATION

- Die Arzt-Patienten-Kommunikation ist mittlerweile empirisch gut erforscht.
- Wir wissen, dass die Art der Kommunikation entscheidende Auswirkungen hat auf diagnostische Einschätzungen, auf den Behandlungsverlauf und auf die Compliance
- Es ist anzunehmen, dass die Qualität der Kommunikation zwischen Gutachterin und Explorandin ebenfalls entscheidenden Einfluss auf das Ergebnis einer Begutachtung haben dürfte.
- Vielen missglückte Gutachten vermitteln bei der Lektüre oft den Eindruck einer missglückten oder unangemessenen Kommunikation zwischen Gutachter und Exploranden

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

99

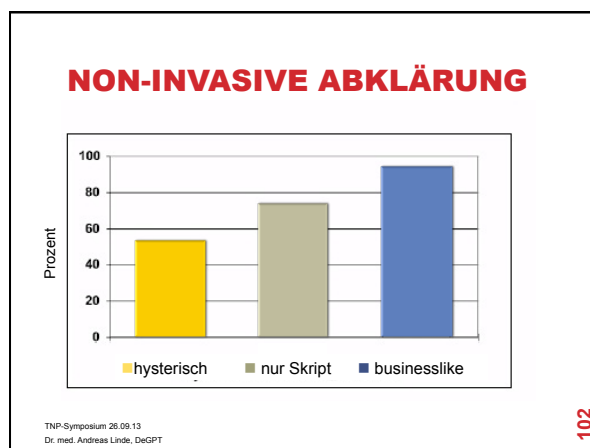
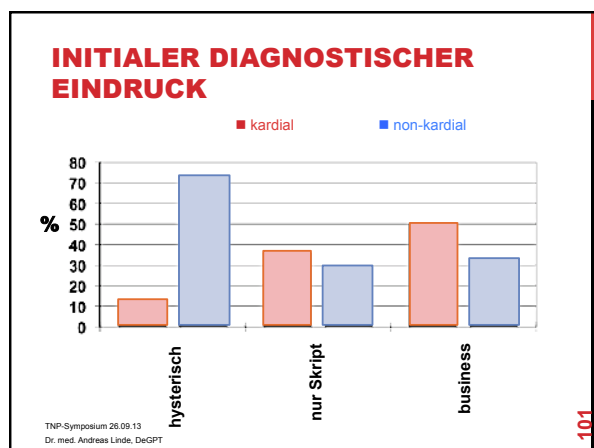
KOMMUNIKATION IST NICHT NUR DAS AUFNEHMEN VON FAKTEN

Z. B.: Interpretation 'kardialer' Symptome

- Skript: 40jährige Frau mit Thoraxschmerzen
- 15/14/15 Internisten sehen
 - eine hysterische Video-Präsentation
 - eine sachlich businesslike Video-Präsentation
 - Fakten pur: das Skript als Lektüre
- 1. Frage an die Untersucher: "Was ist Ihr initialer diagnostischer Eindruck?"
- 2. Frage: "Würden Sie weiter non-invasiv abklären?"
(Langewitz 2011)

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

100



ZU GUTER LETZT

EINIGE EMPFEHLUNGEN

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

EMPFEHLUNGEN DER DEGPT UND DER DGPPN

- Psychotraumatologische Kenntnisse müssen vorhanden sein.
- Versicherungsmedizinische Kenntnisse sind obligat
- Klinische Erfahrung mit den zu begutachtenden Krankheitsbildern ist auch bei Gutachtern unbedingt nötig
- Neues DeGPT-Curriculum zum Zertifikat Psychotraumatologische Begutachtung (in Deutschland bereits von der DGUV anerkannt)
- Kritische Stellungnahme der DGPPN zur Verwendung von Beschwerdvalidierungstests
- Kritik der DeGPT an der AWMF-S2k-Leitlinie Psychiatrische und psychosomatische Begutachtung mit zahlreichen fehlerhaften Aussagen und tendenziösen Wertungen (Nervenarzt in press.)

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

EMPFEHLUNGEN AN DIE GUTACHTER

- Ein Gutachter ist ein medizinischer Experte, der angefragt werden kann, um fachlich fundiert und unvoreingenommen, zu allen Seiten neutral und in einer für nicht-medizinische Aussenstehende nachvollziehbarer Weise, ausschliesslich medizinisch beantwortbare Fragen zu klären
- Begutachtung ist ein Handwerk, das der Beachtung und Anwendung von Regeln bedarf, um es sachgemäss auszuführen.
- Ein Gutachter hat nicht als Sachwalter der Interessen eines Auftraggebers zu dienen. Er ist z. B. kein Retter der Sozialversicherungen und kein Anwalt oder Richter. Problem der einseitigen wirtschaftlichen Abhängigkeit der Gutachteninstitute von einem Auftraggeber (z. B. IV), wenn diese dazu verführt Fakten und Beurteilungen entsprechend der vermuteten Erwartungen der Auftraggeber umzugestalten. Dieses Problem ist latent virulent, so lange nicht der fachliche Gehalt strengen inhaltlichen Gütekriterien und der Prüfung anhand entsprechender Leitlinien unterworfen wird.

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

105

EMPFEHLUNGEN AN DIE GUTACHTER

- Ein guter Gutachter kennt die Methodik der Begutachtung und das jeweilige Rechtsgebiet. Er muss aber auch klinische Erfahrung mit den Störungsbildern haben, über die er seine Expertisen erstellt und die aktuelle wissenschaftliche Literatur kennen.
- Eine Vorverlegung juristischer Ordnungsprinzipien in grundlegende Prozesse medizinischer Befunderhebung und Diagnostik ist nicht statthaft. Diese hat nur nach medizinisch-wissenschaftlichen Ordnungsprinzipien zu erfolgen.
- Es bedarf einer qualifizierten wissenschaftlich fundierten Gutachterausbildung

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

106

EMPFEHLUNGEN AN DIE BEHANDELNDEN

- Ernst nehmen und Reflektieren der eigenen Rolle: Als qualifizierte Therapeutin und nicht als Anwältin oder kollusiv agieren, auch wenn Ihnen das manchmal schwer fallen sollte
- Stellen Sie als Behandler ihre Fälle sachlich kompetent, umfassend und für Aussenstehende nachvollziehbar dar; z. B. mit der Darstellung prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender Faktoren und Ressourcen, soweit sie diese schon kennen und geben sie auch an, was sie noch nicht wissen
- Suchen Sie einen offenen Dialog mit den Rechtsanwendern; evtl. mit Anrufung des Versicherungspsychiatrischen Dienstes der Suva, wenn Sie glauben, dass die Unfallversicherung die Kausalität oder das Leistungsbild unangemessen einschätzt hat

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

107

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit.**

DeGPT
Deutschsprachige Gesellschaft
für Psychotraumatologie

www.degpt.de

TNP-Symposium 26.09.13
Dr. med. Andreas Linde, DeGPT

108