

Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen

Dezember 2006



Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen

Projektgruppe

Dr. med. Eberhard Virtus Grosch
Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover, Hannover

Katja Fischer
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Dr. med. Hanno Irlé
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Dr. med. Christoph Kruse
Geldern

Dr. med. Reinhard Legner
Deutsche Rentenversicherung
Niederbayern-Oberpfalz, Landshut

1	Allgemeine Gesichtspunkte.....	7
2	Spezielle Gesichtspunkte	12
2.1	Grundlagen der Durchführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung	13
2.1.1	Das Problem der Gegenübertragung in der Begutachtungssituation	16
2.1.2	Aggravation/Simulation/Dissimulation.....	17
2.1.3	Zumutbare Willensanstrengung.....	18
2.2	Aufbau des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens	18
2.2.1	Krankheitsvorgeschichte und derzeitige Beschwerden	18
2.2.2	Familienanamnese	18
2.2.3	Arbeits- und Sozialanamnese	18
2.2.4	Biographische Anamnese	19
2.2.5	Körperlicher Untersuchungsbefund	19
2.2.6	Psychischer Befund	19
2.2.7	Klinische Diagnose	22
2.3	Testdiagnostische Zusatzuntersuchungen im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung	22
2.4	Technisch - apparative Verfahren.....	23
2.5	Laboruntersuchungen	23
2.6	Epikrise und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung	24
2.7	Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit.....	25
3	Störungsspezifische Gesichtspunkte.....	26
3.1	Einleitung	26
3.2	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (ICD-10: F00 - F09).....	27
3.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10 - F19).....	29
3.4	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD-10: F20 – F29)	32
3.5	Affektive Störungen (ICD-10: F30 - F39).....	36
3.6	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F40-48)	38
3.6.1	Phobische Störungen und sonstige Angststörungen (ICD-10: F40, F41)	38
3.6.2	Zwangsstörung (ICD-10: F42).....	40
3.6.3	Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1).....	41
3.6.4	Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.2)	42
3.6.5	Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)	43
3.6.6	Neurasthenie (ICD-10: F48.0).....	46
3.6.7	Spezielle Syndrome: "Chronic Fatigue-Syndrom" (CFS) bzw. "Multiple Chemical Sensitivity-Syndrom" (MCS)/ "Idiopathic Environmental Intolerances" (IEI).....	47
3.7	Essstörungen (ICD-10: F50)	49
3.8	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60 - F69)	52
3.9	Spezifische abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle: Pathologisches Spielen (ICD-10: F63.0)	53

3.10	Intelligenzstörungen (ICD-10: F70 - F79)	55
4	Rehabilitationseinrichtungen	56
4.1	Psychosomatisch-psychotherapeutische Facheinrichtungen	56
4.2	Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)	58
4.3	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)	58
4.4	Berufliche Trainingszentren (BTZ).....	59
4.5	Berufsförderungswerke (BFW).....	59
4.6	Berufliche Fortbildungszentren (BFZ)	60
4.7	Berufliche Trainingsmaßnahmen für Psychisch behinderte Menschen...	60
5	Nachwort: Erstellung und Implementation der Leitlinien	60
6	Literatur	61
7	Anhang: Testdiagnostische Zusatzuntersuchungen im Rahmen der neurologischen bzw. psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung	66

Vorwort

Die Erstfassung der Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung von psychisch kranken und behinderten Menschen bzw. Menschen mit psychischen Störungen unter Federführung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) stammt aus dem Jahre 1985. Eine erste grundlegende Überarbeitung erfolgte im Jahr 2001.

In Sozialmedizin und Sozialgesetzgebung hat sich seitdem vieles geändert und weiterentwickelt, so dass sich die Notwendigkeit für eine Neubearbeitung der Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung von psychisch kranken und behinderten Menschen ergab. Der zunehmende Detaillierungsgrad und die zunehmende Evidenzbasierung durch umfassenden Expertenkonsens begründen nunmehr eine Veröffentlichung des Textes als Leitlinie.

Die zunehmende Hinwendung zu einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise unter Berücksichtigung der Begrifflichkeiten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001) macht es für *jeden* Gutachter notwendig, sich verstärkt mit dem Leistungs- und Beeinträchtigungsprofil von Probanden mit psychischen Störungen zu beschäftigen. Auch in primär somatisch ausgerichteten Fachgebieten nimmt das Wissen um Zusammenhänge zwischen körperlichen, sozialen und psychischen Einflussgrößen zu. Dies hat u. a. dazu geführt, dass psychische Störungen öfter erkannt werden und häufiger Anlass für Rehabilitationsbehandlungen und Berentungen sind. Von wesentlicher Bedeutung - sowohl für das Konzept der ICF als auch für jegliche Begutachtung - ist dabei der Begriff der funktionalen Gesundheit.

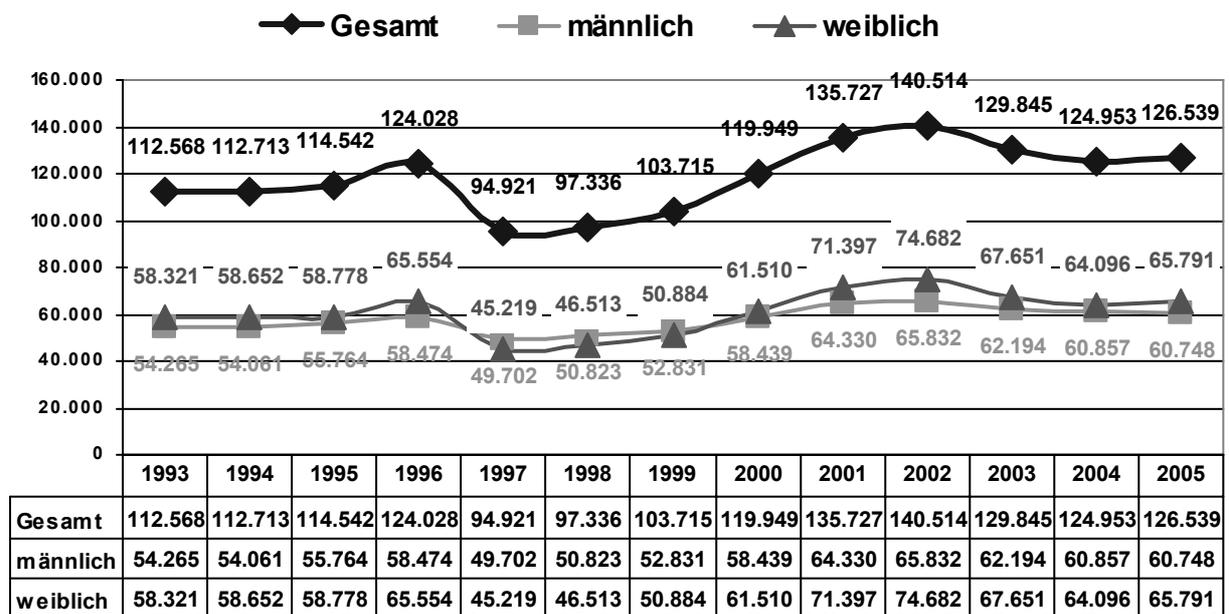
Den ganzheitlich ausgerichteten Anforderungen der ICF ist der Gesetzgeber u. a. mit der Schaffung des SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (2001) nachgekommen, mit weitreichenden Auswirkungen auf die rehabilitative Versorgung, stärkerer Beteiligung der behinderten Menschen an teilhabespezifischen Entscheidungsprozessen und expliziter Einbeziehung der Bedürfnisse psychisch kranker bzw. behinderter Menschen. Aus dem Schwerbehindertengesetz ist das Schwerbehindertenrecht als Teil 2 des SGB IX hervorgegangen.

Darüber hinaus haben sich mit der Entwicklung der ICD-10 (1989) und ihrer Einführung in der Rentenversicherung weitere Möglichkeiten zur Differenzierung und Operationalisierung der psychischen Störungsbilder ergeben, als Beispiel sei an dieser Stelle nur die Einführung der Diagnosekategorie der somatoformen Schmerzstörung genannt. Folgerichtig ist auch die sozialmedizinische Beurteilung chronischer Schmerzen nunmehr hierunter subsummiert. Der in der ICD-9 verwendete Begriff der „psychiatrischen Erkrankung“ ist weitgehend durch den Begriff „psychische Störung“ ersetzt worden. Erstmals in der ICD-10 findet bei einigen Störungen die Beurteilung des Schweregrades Eingang in die Codierung, darüber hinaus wurden für viele Diagnosekategorien Zeitkriterien eingeführt. Die konzeptionell umstrittene ätiologische Perspektive der ICD-9 wurde hingegen weitgehend zugunsten einer phänomenologischen verlassen.

Die maßgeblichen sozialmedizinischen Entwicklungen der letzten zehn Jahre, bezogen auf das psychiatrisch-psychotherapeutische bzw. psychosomatische Fachgebiet sind im Folgenden kurz skizziert:

Der Anteil von Rehabilitationsleistungen und Frühberentungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen nimmt weiter kontinuierlich zu. Im Jahre 2005 wurden nach der Statistik der Deutschen Rentenversicherung ca. 17% der medizinischen Rehabilitationsleistungen bei Männern und fast ein Fünftel bei Frauen wegen psychischer Störungen als Erstdiagnose durchgeführt.

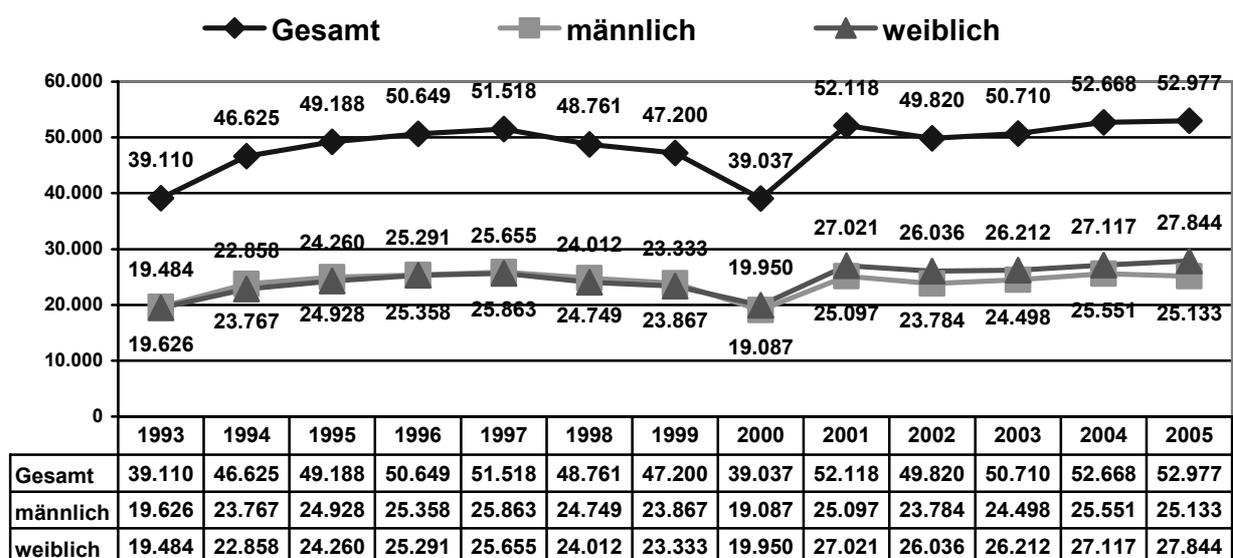
Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei psychischen Störungen, gesetzliche RV, 1993 - 2005



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 1993 - 2005

Auch bei Erwerbsminderungsrenten spielen psychische Störungen eine immer größere Rolle. Nach der letzten Rentenzugangstatistik der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahre 2005 wurden von ca. 164.000 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ca. 53.000, also fast ein Drittel, wegen psychischer Störungen notwendig. Der Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtungen steigt. Inzwischen wird etwa ein Drittel der sozialmedizinischen Begutachtungen für die Rentenversicherungsträger wegen psychischer Störungen durchgeführt.

Renten nach SGB VI wg. verminderter Erwerbsfähigkeit, Erstdiagnose Psychische u. Verhaltensstörungen, gesetzliche RV, 1993 - 2005



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rentenzugang d. Jahre 1993 - 2005

Durch die Weiterentwicklung der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten, der Verbesserung des therapeutischen Milieus in psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken sowie die verbesserte ambulante Versorgung der Betroffenen durch Nervenärzte, Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin hat sich die Prognose psychischer Störungen verbessert. Auch die Erweiterung des Leistungsspektrums im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen um die Soziotherapie kann zur besseren Integration psychisch kranker Menschen beitragen.

Im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation von Versicherten mit psychischen Störungen wurden neue Konzepte entwickelt. Dies gilt sowohl für die Versorgung von somato-psychischen, wie auch psycho-somatischen Störungsbildern im Rahmen der kontinuierlichen Zunahme psychosomatischer Behandlungsplätze (derzeit nahezu 14.000 in Deutschland), als auch im Bereich der Suchtbehandlung und der Rehabilitation psychisch kranker Menschen in spezialisierten Einrichtungen (RPK). Diese neueren Rehabilitationsansätze, die auch die verschiedenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen, sind bei der Beurteilung von Versicherten, die einen Antrag auf medizinische oder berufliche Rehabilitation stellen, zu berücksichtigen.

Die Erkenntnisse zur Leistungsfähigkeit von Versicherten mit psychischen Störungen, die durch die Differenzierung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation gewonnen wurden, müssen wiederum bei der sozialmedizinischen Beurteilung berücksichtigt werden. Dies setzt voraus, dass der sozialmedizinische Gutachter sich intensiv mit dem Spektrum der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Versicherten mit psychischen Störungen beschäftigt. Laut SGB IX ist auch ein Rehabilitationsbedarf zu Lasten eines anderen Trägers zu berücksichtigen.

Die zunehmende Diskussion um die Abgrenzung der Kostenträgerschaft zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und gesetzlicher Rentenversicherung bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen hat es zudem notwendig gemacht, Kriterien für die Zuordnung zum jeweiligen Versorgungssystem bzw. –auftrag zu entwickeln und im Rahmen der jetzt vorgelegten Leitlinien darzustellen.

Die vorliegenden Leitlinien sollen dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgutachter Beurteilungshilfen im Hinblick auf die speziellen sozialmedizinischen Fragestellungen und Unterstützung für die Erstellung sozialmedizinisch schlüssiger Gutachten geben. Dem nicht fachspezifisch vorgebildeten sozialmedizinischen Gutachter, dem Beratungs- oder Prüfarzt und den übrigen, mit sozialrechtlichen Fragen befassten Personen sollen sie das Nachvollziehen sowie die Umsetzung der Aussagen psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachgutachten erleichtern. Transparenz und Nachvollziehbarkeit für alle im Verwaltungsverfahren Beteiligten sind wichtige Forderungen der VDR-Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin (2004); bei der Darstellung und Aufbereitung medizinischer Sachverhalte kommt dem Gutachter auch eine „Dolmetscherfunktion“ zwischen Medizin und Recht zu.

Fehlerhafte sozialmedizinische Schlussfolgerungen resultieren häufiger aus der Vernachlässigung der folgenden wesentlichen Aspekte, die für jede sozialmedizinische psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung zu berücksichtigen sind:

1. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Versicherten im Erwerbsleben darf sich nie alleine auf die Feststellung einer Krankheitsdiagnose stützen.
2. Einschränkungen müssen einer psychopathologischen Beschreibung zugänglich sein, um im sozialmedizinischen Sinne als Beeinträchtigung des Leistungsvermögens anerkannt zu werden.
3. Aus- und Wechselwirkungen der störungsbedingten Einschränkungen auf der biopsychosozialen Ebene müssen in Analogie zur Sichtweise der ICF der WHO (siehe un-

ten) durch den Gutachter differenziert wahrgenommen, beschrieben und abschließend in der Epikrise gewichtet werden.

Die Leitlinien können einen Beitrag zur Sicherung der Qualität der sozialmedizinischen Beurteilung von psychischen Störungen nach einheitlichen Kriterien leisten. Sie müssen regelmäßig dem jeweils aktuellen Erkenntnisstand angepasst werden.

1 Allgemeine Gesichtspunkte

Als Voraussetzung für Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sind psychische Störungen in gleicher Weise anerkannt wie körperliche Krankheiten und Behinderungen.

Die sozialmedizinische Beurteilung von Versicherten mit psychischen Störungen ist komplex. Sie wird erst durch die genaue Kenntnis des Zusammenwirkens störungsbedingter Leistungseinbußen, individueller Dispositionsfaktoren und sozialer Gegebenheiten möglich. Um von der sozialmedizinischen Beurteilung zu einer individuellen Empfehlung zu kommen, ist darüber hinaus das Wissen um die verschiedenen Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten und ihre Grenzen unabdingbar.

Einerseits werden psychische Störungen häufig sowohl von den Betroffenen als auch vom direkten sozialen Umfeld mit Scham erlebt. Andererseits bestehen auch heute noch Stigmatisierungstendenzen in der Gesellschaft gegenüber Menschen mit psychischen Störungen. Dies verhindert, dass eine frühzeitige adäquate Behandlung und nachfolgende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben genutzt werden.

Nach dem neuen Rentenrecht werden auch aus medizinischen Gründen bewilligte Renten grundsätzlich befristet geleistet. Die erste Befristung erfolgt für längstens 3 Jahre nach Rentenbeginn, kann aber mehrfach wiederholt werden (insgesamt 9 Jahre).

Eine unbefristete Rente wegen Erwerbsminderung wird dann geleistet, wenn es unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann.

Dies ist dann unwahrscheinlich, wenn aus ärztlicher Sicht bei Betrachtung des bisherigen Krankheitsverlaufs nach medizinischen Erkenntnissen auch unter Berücksichtigung von noch vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten eine Besserung auszuschließen ist, die zu einer rentenrelevanten Steigerung der qualitativen und/oder quantitativen Leistungsfähigkeit führt.

Die arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten werden unabhängig von den medizinischen Aspekten stets befristet, also auf Zeit geleistet.

Die Erfahrung zeigt, dass die Aussicht auf Erfolg einer Leistung zur Teilhabe deutlich größer ist, wenn diese rechtzeitig eingeleitet wird. Gerade bei psychischen Störungen besteht die Gefahr einer Chronifizierung, nicht nur durch die Störung selbst, sondern auch durch Wechselwirkungen zwischen der unmittelbaren Beeinträchtigung und Einflüssen des Umfeldes.

In diesem Zusammenhang darf nicht verschwiegen werden, dass auch neuere Forschungsergebnisse darauf hinweisen, dass Menschen, die wegen einer psychischen Problematik einen Rentenanspruch stellen und psychiatrisch begutachtet werden, zuvor oft nur unzureichend diagnostiziert und die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsoptionen bei ihnen nicht ausgeschöpft wurden. Bei einem nicht geringen Teil dieser Rentenantragsteller wurde im Rahmen der Begutachtung überhaupt keine die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit einschränkende psychische Störung festgestellt. Die Ursachen dieser Unter- bzw. Fehlversorgung mit gravierenden individuellen und gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen gilt es, zu analysieren und zu beseitigen.

Die umfassende Aufgabe der Rehabilitation wird im Sozialgesetzbuch (SGB) IX § 4 formuliert. Die Integration von Betroffenen in Familie, Arbeit, Beruf und Gesellschaft ist im geglie-

dernten Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland unterschiedlichen Trägern der Leistungen zur Teilhabe zugeordnet, für die jeweils eigene leistungsrechtliche Kriterien gelten.

Gemäß § 10 SGB VI haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation erfüllt, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und bei denen mindestens eine der drei folgenden Konstellationen zutrifft:

- a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch medizinische Leistungen oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden,
- b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit kann diese durch medizinische Leistungen oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden,
- c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit kann der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden.

Die sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung muss immer die Frage nach der körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsfähigkeit eines Versicherten beantworten. Ist diese störungsbedingt erheblich gefährdet oder gemindert, so muss der Gutachter in jedem Fall (auch bei Vorliegen eines Antrages auf Erwerbsminderungsrente) die Möglichkeit einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation prüfen. Eine Voraussetzung für eine Leistung zur Teilhabe ist eine "positive Reha-Erfolgsprognose". Dies bedeutet, dass die Stabilisierung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben – und damit letztendlich auch die Vermeidung oder zumindest das Hinausschieben der Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Leistung zur Teilhabe erreicht werden können.

Die leistungsrechtlich definierten Rehabilitationsziele der Rentenversicherung sind natürlich nur ein Teil der möglichen und für den Betroffenen sinnvollen Rehabilitationsziele. Auch eine größere Selbstständigkeit oder die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit können Rehabilitationsziele sein. Jeder Gutachter hat den gesamten Rehabilitationsbedarf zu beurteilen.

Von erheblicher Relevanz für Gutachter, Therapeuten, Leistungs- und Kostenträger, aber letztendlich auch für die Betroffenen selbst, ist die Unterscheidung von Krankenbehandlung und Rehabilitation im SGB IX. Groß ist das Missverständnis, dass eine jahrelang unbehandelte und somit zwangsläufig chronifizierte psychische Erkrankung, wie es beispielsweise eine manifeste Angststörung mit all ihren Auswirkungen sein kann, einen „Handlungsreflex“ auf der Basis der falschen Gleichung „chronische Krankheit gleich Rehabilitation“ auslösen muss.

Das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie beinhaltet – ähnlich wie z. B. die Rheumatologie oder die Diabetologie, von Beginn der Krankenbehandlung an immer auch rehabilitative Ansätze. Dieser Tatsache wird auch in der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) mit der Einführung der Kategorien A3, S3 und G3 für die „rehabilitative Behandlung“ Rechnung getragen. Rehabilitation als erste und einzige Intervention ist bei psychischen Störungen ebenso wenig angezeigt wie beispielsweise bei einer rheumatoiden Arthritis oder einem Diabetes mellitus.

Jede an einer psychischen Störung erkrankte Person wird je nach dem Ausprägungsgrad vorhandener psychopathologischer Symptome in der unmittelbaren Folge Störungen der

Aktivitäten und damit verbunden der Teilhabe aufweisen. Der Behandlungserfolg bemisst sich nicht zuletzt am Rückgang dieser Auswirkungen bis hin zu deren vollständiger Behebung. Ziel einer Krankenbehandlung ist die möglichst weitgehende Rückbildung der das Erleben und Verhalten beherrschenden Symptomatik, verbunden mit der Erreichung eines Zustandsbildes von Kompensation und seelischer Stabilisierung. Ziele, die erfahrungsgemäß zumeist nur über die Einbeziehung des Umfeldes (Kontextfaktoren), sowie die Exposition in dieses Umfeld erreicht werden können. Es handelt sich hierbei um die für eine Krankenbehandlung unabdingbaren rehabilitativen Elemente.

In vielen Fällen können notwendige Therapien seelischer Störungsbilder nur im besonderen Rahmen einer psychiatrisch- bzw. psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung erfolgen. Anlass zur stationären Aufnahme sind häufig die Akuität der Symptomatik einschließlich Suizidalität, aber auch die Notwendigkeit einer differenzierten – auch somatische Aspekte berücksichtigenden – diagnostischen Abklärung.

Die diagnostischen Resultate müssen während der Behandlung fortlaufend überprüft werden, um die Therapie jeweils dem aktuellen Erkenntnisstand anpassen zu können.

Psychische Multimorbidität, wie z. B. bei einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, einhergehend mit einer Anorexie und Soziophobie, kann im Rahmen einer intensiven stationären Psychotherapie, verbunden mit einer Optimierung und Anpassung der medikamentösen Therapie leistungsrechtlich nur mit den Mitteln eines Krankenhauses behandelt werden. Gerade bei dieser Patientengruppe kommt es im Rahmen einer intensiven Psychotherapie häufig zu einer Problemaktualisierung mit krisenhaften Zuspitzungen, bei denen es der sofortigen Beurteilung und gegebenenfalls Intervention durch einen ständig anwesenden ärztlichen Dienst bedarf.

Bei Leistungen zur Teilhabe im Sinne einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation steht hingegen die Auseinandersetzung mit der Erkrankung, ihren Folgen und/oder der daraus resultierenden Behinderung im Vordergrund. Ziel ist es, Störungen der Teilhabe zu mindern bzw. der betroffenen Person Selbstwirksamkeitserfahrungen zu vermitteln und sie in ihrer Kompetenz zur Wahrnehmung und Nutzung vorhandener Ressourcen zu stärken. Die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen dient hingegen nicht dazu, die Symptome beispielsweise einer Schizophrenie, Depression, Essstörung, posttraumatischen Belastungsstörung oder Persönlichkeitsstörung zu behandeln. Der Fokus einer Rehabilitation besteht in medizinischer, psychologischer, pädagogischer und beruflicher Unterstützung, um eine betroffene Person trotz des Bestehens einer oder gar mehrerer Erkrankungen zu befähigen, am Erwerbsleben teilzuhaben und/oder ein möglichst „normales“ Alltagsleben zu führen.

Maßgebend für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Auftrag der Rentenversicherung ist bei psychischen Störungen - wie auch bei primär somatisch begründeten Erkrankungen - nicht allein die Diagnose, sondern Art und Umfang der Symptomatik und deren Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Nähere Ausführungen zu der Beurteilung des Leistungsvermögens bei einzelnen Krankheitsbildern finden sich in den folgenden Kapiteln.

Eine psychische Störung kann sowohl zu einer Gefährdung als auch zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben führen. In diesem Zusammenhang ist zu beurteilen, in welcher Form sich diese spezifische Einschränkung auf den verschiedenen Ebenen manifestiert, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, WHO 2001) beschrieben sind.

Für die Beurteilung des zeitlichen Leistungsvermögens von Versicherten allgemein (also für den allgemeinen Arbeitsmarkt) und für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, werden die Begrifflichkeiten der ICF noch nicht durch spezifische Assessmentverfahren unterstützt.

So kennzeichnet der Begriff der Leistungsfähigkeit (capacity) in der ICF das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test- bzw. Standard- oder hypothetischen Bedingungen.

Demgegenüber bedeutet in der ICF der Begriff Leistung (performance) die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person unter den Gegebenheiten ihres Kontextes (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren). Um einen Einsatz der Begrifflichkeiten der ICF in Bezug auf die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zu ermöglichen, muss die Leistung (performance) unter den Bedingungen der realen Arbeitswelt betrachtet werden.

Die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben kann derzeit weder mit dem ICF-Begriff „performance“ noch dem der „capacity“ vollständig erfasst werden. Es bedarf weiterer Anstrengungen, hier eine Kongruenz herzustellen.

Aus sozialmedizinischer Sicht sind bei der Beurteilung des Leistungsvermögens grundsätzlich nur diejenigen Kontextfaktoren zu berücksichtigen, die einen engen Bezug zum Gesundheitsproblem aufweisen. Insofern können spezielle Kontextfaktoren, wie z. B. die Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt, die bestehende Arbeitslosigkeit, die „Entwöhnung“ von einer beruflichen Tätigkeit oder das Lebensalter des Versicherten nicht berücksichtigt werden.

Zu berücksichtigen ist bei der Beurteilung des Leistungsvermögens im Sinne der Rentenversicherung selbstverständlich das Ausmaß der Kompensationsfähigkeit sowohl auf Organ- als auch auf Aktivitäts- und Teilhabeebene, einschließlich günstig/ungünstig wirkender Kontextfaktoren.

Der Gutachter muss differenziert darstellen, auf welche der verschiedenen, im Abschnitt 2.1 erläuterten Ebenen sich die psychische Störung in welcher spezifischen Form auswirkt.

Somit ist für jede sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit eine Analyse auf den einzelnen Störungsebenen unter Berücksichtigung der Ressourcen des Versicherten und seines sozialen Umfeldes erforderlich.

Die Rehabilitation von Versicherten mit psychischen Störungen hat sich in den letzten Jahren durch die Erarbeitung und Umsetzung neuer und flexiblerer Konzepte erheblich fortentwickelt.

Die berufliche und die medizinische Rehabilitation von Versicherten mit psychischen Störungen erfordert das Zusammenwirken unterschiedlicher Experten, nicht nur von ärztlichen und (psycho-)therapeutischen, sondern u. a. auch von berufspädagogisch und soziotherapeutisch qualifizierten Fachkräften.

Ziel der Rehabilitation ist es insbesondere, je nach Art der vorliegenden Funktions-, Aktivitäts- oder Teilhabebeeinträchtigungen, die Voraussetzungen des Betroffenen zu verbessern oder sie erst zu schaffen, seine persönliche Zukunft selbst zu gestalten. Die Möglichkeit zur Gestaltung der beruflichen Entwicklung ist hierbei von besonderer Bedeutung.

Die von psychischen Störungen betroffenen, bei der Erstmanifestation meist jüngeren Versicherten verfügen häufig über gute körperliche Ressourcen, auf die bei einer Rehabilitation, insbesondere einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zurückgegriffen werden kann.

Um ein fundiertes Urteil abgeben zu können, muss der sozialmedizinische Gutachter sich mit den rehabilitativen Möglichkeiten auseinandersetzen und diese auch in ihrer ganzen Differenziertheit kennen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen für den Zeitraum erbracht werden, der nach den jeweiligen Ausbildungsverordnungen vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Bei Betroffenen mit psychischen Störungen kann jedoch im Einzelfall auch eine länger dauernde Maßnahme erforderlich sein, um eine berufliche Wiedereingliederung zu erreichen.

Zu den Aufgaben der Rentenversicherung gehört auch die Weiterentwicklung der Rehabilitation. Dies setzt voraus, dass die vorhandenen wissenschaftlichen Kenntnisse genutzt werden. Eine entsprechende Begleitforschung ist zur Sicherung der Effizienz der finanziell meist sehr aufwändigen Rehabilitationsleistungen unverzichtbar.

Für die Durchführung einer Rehabilitation durch die gesetzlichen Rentenversicherung müssen folgende Grundvoraussetzungen erfüllt sein:

- das Störungsbild darf nicht mehr akut behandlungsbedürftig sein;
- der Versicherte muss den Sinn der Maßnahme verstehen können und die vorgesehenen Maßnahmen auch unter Berücksichtigung vorhandener Alternativen bejahen;
- trotz möglicher Einschränkungen muss ausreichende Belastbarkeit zur Durchführung der Rehaleistungen vorliegen;
- es muss eine hinreichende Erfolgsaussicht im Sinne der Rentenversicherung bestehen. Dies bedeutet, dass durch die Rehabilitation entweder eine auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertbare Leistungsfähigkeit erreicht werden kann und/oder die Gefahr einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben in zeitlicher und qualitativer Hinsicht abgewendet werden kann.

Grundsätzlich können die Rentenversicherungsträger bei Vorliegen aller Voraussetzungen Rehabilitationsleistungen unabhängig vom Alter erbringen, die Voraussetzungen sind im SGB VI u. a. in § 10 und § 31 geregelt.

Eine korrekte Zuordnung von psychischem Beschwerdekomples zu einer angemessenen Krankenbehandlung bzw. Rehabilitation innerhalb des differenzierten Versorgungsspektrums stellt hohe Anforderungen an das Gutachten.

Ausblick

- Eine enge Verzahnung zwischen medizinischer und gegebenenfalls notwendiger beruflicher Rehabilitation ist für das Erreichen des Rehabilitationsziels erforderlich.
- Durch spezifische Nachsorge-Angebote (z. B. „Curriculum Hannover“) können die Schnittstellen in der Versorgungskette besser verzahnt werden. Sie dienen der Sicherung des Rehabilitationserfolges mit dem Ziel einer möglichst nachhaltigen Integration in Beruf und Alltag. Hierzu gehört die weitere Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten, die Stabilisierung und Verstärkung der Selbstwirksamkeitserfahrung, die Übertragung des Gelernten in den Alltag sowie die Förderung der persönlichen und sozialen Kompetenz.
- Die stufenweise Wiedereingliederung hat die Reintegration an den bisherigen Arbeitsplatz zum Ziel. Eine Indikation kann bei Menschen mit psychischen Störungen in direktem Anschluss an eine medizinische Rehabilitation gegeben sein, um die individuelle Belastbarkeit schrittweise zu erhöhen und eine drohende Frühberentung zu verhindern.
- Die Teilnahme an Aktivitäten von Selbsthilfegruppen stellt eine immer wichtiger werdende psychosoziale Nachsorgemöglichkeit nach stationären Behandlungen und Rehabilitationsleistungen dar, sei es bei stoff- und nicht stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, in

den Bereichen von Psychosomatik und Psychiatrie, aber auch bei vielen chronischen somatischen und insbesondere bei seltenen Krankheitsbildern. In den Selbsthilfegruppen wird sowohl "Hilfe zur Selbsthilfe" wie auch ein wichtiger Transfer von Wissen über Konzepte, Strategien und Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung vermittelt. Sie sind identitätsstiftend und helfen somit, ein oft schweres Schicksal zu tragen und zumindest zum Teil zu bewältigen.

- Die Heraufsetzung des Rentenzugangsalters, die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes sowie soziodemographische Entwicklungen lassen erwarten, dass Versicherte zukünftig mehr und möglicherweise auch andere Formen von Rehabilitationsleistungen benötigen werden, um im Erwerbsleben zu verbleiben.

2 Spezielle Gesichtspunkte

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung als Basis der sozialmedizinischen Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen

Psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtungen sind in den Fällen angebracht, bei denen im Rahmen der allgemeinärztlichen Untersuchung psychopathologische Veränderungen, Auffälligkeiten im äußeren Erscheinungsbild, im Verhalten in der Untersuchungssituation, im Sprechverhalten oder in der Sprache sowie in den Bereichen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses festgestellt werden.

Ebenso ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung in Erwägung zu ziehen, wenn aus Anamnese und Befunden hervorgeht, dass stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen in den letzten zwei Jahren durchgeführt wurden und/oder eine regelmäßige Medikation mit Psychopharmaka (z. B. Tranquilizer, Thymoleptika, Neuroleptika) besteht. Gibt es fremdanamnestisch Hinweise auf ausgeprägte Stimmungsschwankungen, Aggressivität, Selbstbeschädigungen, Suizidalität, sozialen Rückzug oder Krisensituationen, ist ebenfalls eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung in Betracht zu ziehen.

Voraussetzung jeder Beurteilung des Leistungsvermögens bei psychischen Störungen ist die Erhebung eines psychischen Befundes mit Aussagen zu psychopathologischen Phänomenen.

Funktionelle Einschränkungen der Leistungsfähigkeit durch psychische Störungen ohne psychopathologische Auffälligkeiten im Quer- und Längsschnittbefund sind nicht begründbar.

Funktionelle Einschränkungen sind in der Begutachtung für die Rentenversicherung nur dann relevant, wenn sie sich auf die Fähigkeit zur Teilhabe unter besonderer Berücksichtigung des beruflichen Bereiches - qualitativ und/oder quantitativ - auswirken.

2.1 Grundlagen der Durchführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung

Störungen in den Bereichen der Orientierung, der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnisses, des Antriebs, der Affektivität, sowie des Denkens im formalen wie auch inhaltlichen Bereich bedingen notwendigerweise Veränderungen der Fähigkeit zur Teilhabe des Menschen in seiner Arbeits- und Lebenswelt.

Das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten orientiert sich in seinem formalen Aufbau an den bekannten Grundsätzen für den Aufbau sozialmedizinischer Gutachten, wie sie beispielsweise im "Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung" (Erstfassung 1997) und aktuell in "Das ärztliche Gutachten für die Gesetzliche Rentenversicherung - Hinweise zur Begutachtung"¹ niedergelegt sind.

Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, des Persönlichkeitsschutzes und des Datenschutzes gehören zwar zu den Aufgaben des Gutachters, es ist dabei aber zu berücksichtigen, dass sozialmedizinische Gutachten Bestandteil eines Verwaltungsverfahrens sind und später – z. B. in einem Sozialgerichtsverfahren - teilweise öffentlich werden können. Der Proband ist vor der Begutachtung auf diese besondere Situation hinzuweisen!

Sofern sprachliche Verständigungsschwierigkeiten (Fremdsprache, Hörminderung) bestehen, ist die Hinzuziehung eines (Sprach- bzw. Gebärden-) Dolmetschers notwendig. Dabei sollten Familienangehörige sowohl zur Wahrung der Objektivität als auch zum Schutz der Vertraulichkeit keine Berücksichtigung finden. Über die Notwendigkeit zur Beiziehung eines Dolmetschers entscheidet der Gutachter.

Es ist die Aufgabe des Gutachters, mit Hilfe seines medizinischen Fachwissens und seiner Erfahrung die verschiedenen Dimensionen der Erkrankung und der gesundheitlichen Ressourcen zu erfassen, sie differenziert herauszuarbeiten und kritisch zu hinterfragen, um sie dann auf den Hintergrund der qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu projizieren.

Hierbei sollten die verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells der Komponenten von Gesundheit der WHO berücksichtigt werden, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) konzeptualisiert worden sind.

Demnach werden auch psychische Störungen auf der Ebene der Körperfunktionen und Körperstrukturen eingeordnet. Die Erkrankung und deren Folgesymptomatik einschließlich der mentalen Beeinträchtigungen wird als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender pathogener somatischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren verstanden. So können u. a. Dimensionen der Persönlichkeit, emotionale Funktionen, Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs, Funktionen der Selbstwahrnehmung, höhere kognitive Leistungen und Denkfunktionen betroffen sein.

Im Gegensatz hierzu wird auf der Ebene der Aktivitäten die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen beschrieben, welche sowohl unter dem Aspekt der Leistung unter den gegenwärtigen Alltagsbedingungen (einschließlich tatsächlicher Förderfaktoren und Barrieren) als auch der Leistungsfähigkeit („maximales“ Leistungsvermögen unter Idealbedingungen) betrachtet werden können. So können sich Einschränkungen bei psychischen Störungen auf die psychische Belastbarkeit, auf interpersonelle Kontakte, auf Problemlösefähigkeit und Entscheidungsfindung, auf Umstellungsfähigkeit (z. B. auf eine neue Berufssituation) und auf Krankheitsbewältigung beziehen.

¹ www.deutsche-rentenversicherung.de

Aus psychischen Funktionseinschränkungen und Aktivitätsbeeinträchtigungen resultieren möglicherweise auch Beeinträchtigungen auf der Ebene der „Teilhabe“; dabei können u. a. psychische Unabhängigkeit und soziale Integration, aber auch die wirtschaftliche Eigenständigkeit betroffen sein.

Einschränkungen von Aktivitäten und Teilhabe können sich jedoch nicht nur aufgrund der psychischen Symptomatik einstellen, sondern werden auch durch Kontextfaktoren bzw. psychosoziale Konsequenzen der Erkrankung hervorgerufen, wie z. B. beruflichen Abstieg, Arbeitsplatzverlust, soziale Isolierung und Stigmatisierung oder Verlust sozialer Unterstützung. Diese Einschränkungen wiederum wirken sich sowohl auf den Verlauf und die Bewältigung der psychischen Störung aus, als auch auf wesentliche Lebensbereiche wie Familie, Beruf und Freizeit. Im Konzept der ICF werden diese Zusammenhänge umfassend berücksichtigt.

In Ergänzung zu der Ebene der „Körperfunktionen und –strukturen (einschließlich psychischer Funktionen) sowie der „Aktivitäten und Teilhabe“ werden in der ICF Kontextfaktoren eingeführt. Sie dienen der Feststellung der Rahmenbedingungen, die die Partizipation eines Menschen fördern oder behindern können. Hier wird der Betroffene aus der Perspektive des Subjektes in Gesellschaft und Umwelt wahrgenommen. Bei psychischen Erkrankungen können sich relevante Kontextfaktoren auf persönliche Unterstützung und tragfähige Beziehungen z. B. im Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis, aber u. a. auch auf die individuelle Arbeitssituation sowie Einstellungen und Wertesysteme beziehen.

Für die gutachterliche Beurteilung im Rahmen von beantragten Leistungen zur Rehabilitation oder im Rahmen der Überprüfung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben ist zu beachten, dass auch bei klinisch eher gering ausgeprägten, hirnorganischen, psychotischen, psychoneurotischen, psychosomatischen oder persönlichkeitsbedingten seelischen Störungen bereits eine Einschränkung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben drohen kann.

In gleicher Weise gilt diese Aussage bei gestörter Selbstwerteinschätzung, inadäquater Verarbeitung seelischer Störungen, Belastungen oder Spannungen, oder der Unfähigkeit zur Ausgestaltung des persönlichen Lebensumfeldes. Von ebenso großer Bedeutung sind drohende oder manifeste Einschränkungen der Teilhabe, die aus organisch bedingten psychischen Veränderungen („pseudoneurasthenisches Syndrom“) resultieren. Beispielhaft sind hier mangelnde Anpassungsleistung, eingeschränkte Flexibilität, Fixierungen auf somatische Erkrankungen oder deren ängstliche, hypochondrische bzw. wahnhafte Verarbeitung zu nennen; das Gleiche gilt für drohende oder bereits eingetretene Beeinträchtigungen der Teilhabe, die erst durch diagnostische bzw. therapeutische Interventionen, also iatrogen, entstanden sind.

Als Grundlage für die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und für die Empfehlung von Rehabilitationsleistungen sind vom Gutachter bei den Einschränkungen im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe insbesondere diejenigen im Umkreis des beruflichen Tätigkeitsfeldes sowohl im geistig-seelischen als auch im somatischen Bereich aufzuführen. Neben den unmittelbaren, bereits vorhandenen oder drohenden Störungen im Arbeitsfeld selbst sind auch die mit der Arbeitstätigkeit eng verbundenen gestörten Situationen im sozialen und lebenspraktischen Bereich zu beschreiben.

Als Arbeitshilfe hierfür soll der nachfolgende Fragenkatalog dienen; er bietet die Möglichkeit zur Einschätzung von Art und Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabe wie auch des sich hieraus ableitenden Bedarfs an Förderung und Hilfe.

Bei komplexeren Fragestellungen und störungsbedingt erschwerter Eigenanamneseerhebung sollen in die Beurteilung auch fremdanamnestiche Erhebungen, einschließlich Informationen durch behandelnde Ärzte und ggf. Psychologen, Sozialarbeiter, Rehabilitationsbe-

rater, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten einfließen, wenn möglich auch solche von Angehörigen sowie ggf. von Arbeitskollegen und Vorgesetzten.

Zur Feststellung von Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe haben sich je nach gutachterlicher Aufgabe Fragen in folgenden Feldern bewährt:

Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit

Ist der Betroffene in der Lage, seine erworbenen Qualifikationen einzusetzen?

Hat seine Aktivitätseinschränkung von vornherein zu einer Unterqualifikation und damit zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe geführt?

Kann der bisherige Beruf aufgrund der psychischen Störung, aber auch wegen organischer Störungen, Medikamenteneinflüsse u. ä. nicht weiter ausgeübt werden, und weshalb?

Soziale Integration am derzeitigen oder letzten Arbeitsplatz

Arbeitet der Betroffene an einem Arbeitsplatz, an dem sich nur wenige Kontakte zu anderen Menschen ergeben?

Sind die Arbeitsanforderungen für ihn zu niedrig/zu hoch/zu monoton/zu unregelmäßig?

Unterhält er während der Arbeit regelmäßig Kontakt zu Kollegen - Kontakte zu Vorgesetzten?

Spricht er Konflikte am Arbeitsplatz von sich aus an und versucht er sie zu lösen?

Entzieht er sich dem Kontakt zu Kollegen?

Bringt der Betroffene seine Interessen zum Ausdruck, versucht er sie durchzusetzen, auf welche Weise?

Wird er in Arbeitsabsprachen einbezogen?

Wird er an Gesprächen (Unterhaltung) beteiligt?

Wird er um seine Meinung/seinen Rat gefragt?

Verfügt er über tätigkeitsbezogene Entscheidungs-, Verantwortungs- und Handlungsspielräume?

Bestehen für ihn motivierende berufliche Perspektiven/Aufstiegschancen?

Behindert veränderte Selbstwerteinschätzung die Integration am Arbeitsplatz?

Lebenspraktische Fertigkeiten hinsichtlich einer selbstständigen Lebensführung

Wie weit kann der Proband seine persönlichen Interessen zum Ausdruck bringen und verwirklichen?

Besteht die Fähigkeit zur selbstständigen Körperpflege?

Kann er sich ausreichend mit Lebensmitteln versorgen?

Ist er in der Lage, selbstständig seinen Haushalt zu führen?

Ist er in der Lage, eigenverantwortlich ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen?

Kann der Proband wirtschaftlich mit seinem Einkommen haushalten?

Nimmt er öffentliche Angebote wahr (kulturelle Veranstaltungen; psychosoziale Versorgung usw.)?

Holt er ggf. notwendige Informationen (bei Behörden usw.) ein?

Familiäre Integration

Unterhält er Kontakt zu seinen Eltern und Geschwistern?

Hat er Ablösungsschwierigkeiten von seinen Eltern?

Wohnt er als Erwachsener noch bei den Eltern?

Wurden Partnerbeziehungen aufgebaut und wie sind sie verlaufen?

Lebt er getrennt vom (Ehe-)Partner / in Scheidung?

Erfährt er Unterstützung durch seinen Partner / seine Familie?

Spricht er Konflikte in der Familie an und trägt er sie aus?

Unterhält er von sich aus Kontakt zu weiteren Verwandten?
Welche Aufgaben / Aktivitäten hat er verantwortlich übernommen?

Außerfamiliäre soziale Integration

Wie ist seine Wohnsituation?
Unterhält er Kontakte zu Nachbarn und anderen Personen im Wohngebiet?
Nimmt er von sich aus Kontakte auf?
Spricht er Konflikte mit Nachbarn oder anderen Personen an und trägt er sie aus?
Ist er ggf. in eine Wohngemeinschaft integriert?
Nimmt er am öffentlichen Leben teil (Vereine usw.)?
Hat er einen festen Freundeskreis am Wohnort?
Wie verbringt er seine Freizeit?
Wie sieht sein Tagesablauf aus?

Die vorgenannten Fragenkomplexe sind fallbezogen einzusetzen und ggf. zu erweitern und zu modifizieren.

Es gilt, Aktivitätsstörungen und deren Auswirkungen auf die Möglichkeiten zur Teilhabe gezielt wahrzunehmen, sie in Art und Ausmaß zu beschreiben und auf ihre Beeinflussbarkeit hin zu überprüfen. Parallel dazu sind die Ressourcen und kompensatorischen Fähigkeiten der untersuchten Person und die stützenden Aspekte des beruflichen wie auch sozialen Kontextes herauszuarbeiten, um sie dann für ein Gesamturteil zu gewichten.

Manchmal helfen bereits kleinere Veränderungen im Umfeld, Ressourcen freizusetzen, die ihrerseits dazu beitragen können, die Auswirkungen einer psychischen Störung auf das Leistungsvermögen deutlich zu mindern und somit den weiteren Verbleib im Erwerbsleben zu ermöglichen.

Umgekehrt kann allerdings auch zutreffen, dass sich bereits scheinbar kleinere Veränderungen in schwerwiegender Weise destabilisierend auswirken! Es kann ein und derselbe klinische Befund auf der Ebene der Psychopathologie zu durchaus unterschiedlichen Ergebnissen in der sozialmedizinischen Beurteilung führen.

Entsprechend gilt es, die Möglichkeiten zur Hilfestellung für Änderungen an inneren Haltungen oder Einstellungen bzw. zum gezielten Auftrainieren von zurückgebildeten Fähigkeiten auf den verschiedenen Handlungsebenen zu prüfen.

Vor dem Hintergrund differenzierter Rehabilitationsangebote ist bei allen Begutachtungen für die Rentenversicherung zu prüfen, inwieweit der Einsatz einer spezifischen Leistung zur Rehabilitation zu einer entscheidenden Verbesserung des Leistungsvermögens führen kann.

2.1.1 Das Problem der Gegenübertragung in der Begutachtungssituation

Bekanntlich wird unter Gegenübertragung der Einfluss des untersuchten Probanden auf die emotionalen Reaktionen des Gutachters verstanden. Dieser Einfluss bleibt den Beteiligten häufig unbewusst. Gerade bei Rentenantragstellern besteht die Gefahr, dass seitens des Gutachters unterschwellig aggressiv reagiert wird, insbesondere, wenn dieser den Eindruck gewinnt, er solle getäuscht werden. Häufig kommt es auch dazu, dass der Gutachter seinen Maßstab an den eigenen hohen Leistungsanforderungen ausrichtet und diesen dann bei der Beurteilung des Probanden zu Grunde legt. Dies kann dazu führen, dass die vorgestellte Problematik nicht mehr angemessen und umfassend gewürdigt wird. Gleichzeitig ist die Gefahr gegeben, dass seitens des Gutachters versucht wird, dem Probanden eine Täuschung „zu beweisen“, „Indizien“ zu suchen, ohne hierbei den unbewussten Konflikt wahrzunehmen.

Auch kulturelle Besonderheiten in der Darstellung der Leiden können dazu führen, dass der seelische Hintergrund nicht adäquat wahrgenommen und beschrieben wird.

Für den Probanden stellt die Begutachtung mit der Notwendigkeit, sich einem fremden Menschen erneut zu öffnen, eine große Hürde dar. In der Begutachtungssituation muss jede zusätzliche Schädigung z. B. in Form einer Traumatisierung vermieden werden. Daher sind Wünsche, Ziele und Lebenspläne des Probanden zu respektieren und keinesfalls wertend zu kommentieren. Eine unterschiedliche Auffassung zwischen Gutachter und Probanden in diesen Feldern darf sich nicht im Ergebnis der sozialmedizinischen Begutachtung niederschlagen.

2.1.2 Aggravation/Simulation/Dissimulation

Häufig stellt sich die Frage nach der Bewusstseinsnähe einer Symptomatik. Die Auseinandersetzung mit den Begriffen Aggravation und Simulation ist dann Aufgabe des Gutachters.

Aggravation beschreibt eine bewusst intendierte gravierendere Darstellung einer vorhandenen Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Sie ist in der Begutachtungssituation häufig - in unterschiedlichen Ausmaßen - anzutreffen.

Abzugrenzen ist Aggravation von einer Verdeutlichungstendenz vorhandener Beschwerden, die in der Untersuchungssituation primär aus dem Motiv heraus geschieht, den Gutachter vom Vorhandensein der Beschwerden zu überzeugen. Diese Verdeutlichungstendenz unterliegt nicht vollständig der bewussten Steuerung und ist in der Untersuchungssituation häufig anzutreffen. Die Grenzen zwischen Aggravation und Verdeutlichungstendenz sind fließend und in der Untersuchungssituation nicht immer exakt zu ziehen.

Wenn der Gutachter Verdeutlichungs- und/oder Aggravationstendenzen begründet vermutet bzw. nachweist, muss er dies bei der Beurteilung des Schweregrads der Störung und bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit berücksichtigen.

Simulation ist definiert als das bewusste Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Im Zusammenhang mit der Vermeidung von Wehrdienst, Haft- oder Strafverfolgung oder der Erlangung illegaler Drogen ist sie häufig anzutreffen. Bei der Begutachtung im Rentenverfahren wird sie sehr selten begründet nachgewiesen.

Der Unterschied zwischen dem Phänomen der Simulation und einer manifesten psychischen Störung liegt darin, dass im Fall der Simulation sowohl objektiv wie auch subjektiv keine Beschwerden bestehen, während sie bei einer psychischen Störung vorhanden sind.

Dissimulation ist definiert als herunterspielende Darstellung von Beschwerden. Bedingt ist Dissimulation zumeist durch das Verleugnen von Symptomen oder die Angst vor bedrohlichen Erkrankungen oder sozialer Ausgrenzung als Ausdruck eines psychischen Abwehrprozesses. Zu unterscheiden ist sie von organisch begründeter verminderter Wahrnehmungsfähigkeit von Beschwerden.

Wenn der Gutachter den Eindruck gewinnt, dass der Proband seine Beschwerden dissimuliert, muss auch dies bei der Leistungsbeurteilung berücksichtigt werden.

2.1.3 Zumutbare Willensanstrengung

Der sozialmedizinische Gutachter muss sich bei Probanden mit psychischen Störungen häufiger mit der Frage auseinandersetzen, ob mit zumutbarer Willensanstrengung die Hemmungen, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen, überwunden werden können. Wenn sich die Probanden nicht mehr leistungsfähig fühlen, muss der Gutachter die bestehende Symptomatik gegenüber Aggravation oder Simulation eindeutig abgrenzen. Liegt eine bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz vor, wird davon auszugehen sein, dass der Proband die Hemmungen, die einer Arbeitsaufnahme entgegen stehen, mit zumutbarer Willensanstrengung innerhalb von sechs Monaten (juristisch festgelegte Frist) überwinden kann. Wenn aus somatischer Sicht also ein zeitlich uneingeschränktes Leistungsvermögen besteht und keine leistungsmindernden psychopathologischen Auffälligkeiten bestehen, wird eine Minderung des zeitlichen Leistungsvermögens hier nicht anzunehmen sein.

Wenn ein Proband die Hemmungen, die einer Arbeitsaufnahme entgegen stehen, mit zumutbarer Willensanstrengung nicht mehr überwinden kann, muss die Leistungsfähigkeit als aufgehoben betrachtet werden, unabhängig davon, dass unter Umständen ein zeitlich uneingeschränktes körperliches Leistungsvermögen besteht. Auf die einschlägige Fachliteratur (Aschoff, 1991; Foerster, 1998) wird verwiesen.

2.2 Aufbau des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens

2.2.1 Krankheitsvorgeschichte und derzeitige Beschwerden

Allgemeine Anamnese der körperlichen und psychischen Erkrankungen.

2.2.2 Familienanamnese

Für das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten der Rentenversicherung sind nur wesentliche Angaben zur familiären Belastung - bezogen auf psychische Störungen - von Bedeutung.

2.2.3 Arbeits- und Sozialanamnese

Aus ihr sollten vor allem die sozialen und beruflichen Belastungen zu entnehmen sein, hierzu zählen:

Berufs- und Arbeitsanamnese

Berufsausbildung mit/ohne Abschluss, Arbeitsbiografie: Gründe für evtl. Berufswechsel, Umschulung, jetzige Tätigkeit mit Beschreibung des Arbeitsplatzes und der -atmosphäre, besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, betriebsärztliche Betreuung, Weg zur Arbeitsstelle.
Dauer und Begründung für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit.

Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen

Angabe, warum und ggf. durch wen Aufforderung zur Antragstellung erfolgte. Bisherige Gewährung von Sozialleistungen: z. B. medizinische/berufliche Rehabilitation, Rente, Krankengeld, Leistungen des Versorgungsamts (GdB), Renten der Berufsgenossenschaft (MdE), Arbeitslosenunterstützung, Sozialhilfe.

Frühere und aktuelle weitere Anträge auf Sozialleistungen (u. a. auf Leistungen zur Rehabilitation, Rente, ggf. Rechtsmittelverfahren).

Familiäre Situation

Angaben zur familiären Situation und deren Belastungen sowie zum Freizeitverhalten, wenn sie für die Feststellung der Leistungsfähigkeit von Bedeutung sind.

2.2.4 Biographische Anamnese

Eine biographische Anamnese unter psychodynamischen und/oder kognitiv-lerntheoretischen Gesichtspunkten sollte in Umfang und Differenziertheit den Erfordernissen des Einzelfalls angepasst sein; so kann im Hinblick auf die sozialmedizinische Fragestellung bei bestimmten Konstellationen auf die Erhebung derselben - z. B. bei einer deutlich ausgeprägten demenziellen Entwicklung - verzichtet werden.

2.2.5 Körperlicher Untersuchungsbefund

Der körperliche Befund einschließlich neurologischer Untersuchung ist zu erheben und zu dokumentieren.

2.2.6 Psychischer Befund

Es sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Feststellung von Einschränkungen im Leistungsbild ohne ein im Querschnittsbefund oder bei der Längsschnittbetrachtung eindeutig darstellbares psychopathologisches Äquivalent nicht begründbar ist.

Der psychopathologische Befund ist in möglichst differenzierter Form zu erheben und zu dokumentieren. Hierzu gehört nach der Schilderung des Ersteindrucks eine ausführliche phänotypische Beschreibung, die der Individualität des Betroffenen gerecht werden muss und zugleich hinsichtlich der Gegenübertragung zu kontrollieren ist. Diese deskriptive Darstellung, die keine wertenden oder deutenden Elemente enthalten darf, sollte eine angemessene, lebendige und bildhafte Vorstellung des Untersuchten vermitteln.

Um die erforderliche Objektivität und eine einheitliche Verwendung der psychopathologischen Terminologie zu gewährleisten, bietet sich der Rückgriff auf das Manual zur Dokumentation psychischer Befunde der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP-System, 1995) an, das aber durch weitere Kategorien z. B. auf der Ebene des Krankheits- und Selbsterlebens, der Beziehungen, der persönlichen Grundüberzeugungen, der Einstellungen und der verfügbaren Ressourcen (u. a. Rigidität vs. Flexibilität) ergänzt werden sollte. So steht mit den verschiedenen, im Arbeitskreis „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD) entwickelten Achsen ein differenziertes Modell zur Erfassung relevanter psychischer Dimensionen zur Verfügung, das auch mit dem ICD-10-Diagnosesystem kompatibel ist.

Folgende Bereiche sind für die Beurteilung des quantitativen und qualitativen Leistungsvermögens, der Prognose, der Behandlungs- und Rehabilitationsbedürftigkeit sowie der Rehabilitationsfähigkeit von vorrangigem Interesse:

Orientierung

Die Orientierung zur Zeit, zum Ort, zur Situation und zur Person ist immer zu überprüfen. Orientierungsstörungen bedingen in aller Regel eine Aufhebung des Leistungsvermögens.

Antrieb

Das Vorhandensein eines ausreichenden Antriebs ist Voraussetzung dafür, dass ein Proband überhaupt zur Erfüllung gezielter Aufgaben in der Lage ist. Eng verbunden hiermit ist der Begriff der Vitalität. Störungen des gezielten Antriebs bzw. der Intentionalität sind sowohl innerhalb als auch außerhalb der Untersuchungssituation zu beobachten. Hinweise können sich auch aus Anamnese und Fremdanamnese ergeben. Bei bestimmten Erkrankungen (z. B. demenzielle Abbauprozesse, Psychosen) sind unter Umständen Störungen des Antriebs zu beobachten, die eine Minderung der zeitlichen Leistungsfähigkeit bedingen können. Es finden sich aber auch Antriebsstörungen von derartiger Ausprägung, dass eine Tätigkeit gar nicht erst aufgenommen werden kann und damit die Leistungsfähigkeit aufgehoben ist.

Auffassung, Aufmerksamkeit/Konzentrationsfähigkeit

Als Auffassungsstörung wird die Störung der Fähigkeit, Wahrnehmungen in ihrer Bedeutung zu begreifen und sinnvoll miteinander zu verbinden, im weiteren Sinne auch in den Erfahrungsbereich einzubauen, bezeichnet. Störungen der Auffassung, der Aufmerksamkeit bzw. der Konzentrationsfähigkeit wirken sich im Allgemeinen auf Güte und Tempo der zu leistenden Arbeit aus. Die Aufmerksamkeits- bzw. Konzentrationsfähigkeit kann grundlegend gestört sein oder aber im Zeitverlauf abnehmen (Ermüdung). Je nach Ausprägungsgrad wird sich eine Einschränkung der zeitlichen Leistungsfähigkeit oder eine Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit allein ergeben. Bei der Überprüfung der Aufmerksamkeit ist zwischen Fokussierung der Aufmerksamkeit, Beibehaltung der Aufmerksamkeit, Verschiebung der Aufmerksamkeit und geteilter Aufmerksamkeit zu unterscheiden. Diese Differenzierung muss im Rahmen der Exploration und Verhaltensbeobachtung durch den Gutachter erfolgen und kann ggf. durch den Einsatz neuropsychologischer Verfahren zur Leistungsdiagnostik ergänzt werden.

Flexibilität

Flexibilität ist die Fähigkeit, sich bei wechselnden Anforderungen rasch geistig umzustellen und bei Problemlösungen von einer Strategie auf die andere wechseln zu können. Anhaltspunkte für Einschränkungen ergeben sich aus der Exploration und können ggf. durch entsprechende testpsychologische Verfahren objektiviert werden. Höheres Alter allein bedingt keine Minderung der Flexibilität.

Gedächtnis

Gedächtnis bezieht sich auf die Fähigkeit der Aufnahmespeicherung und auf den Abruf von Informationen.

Die Merkfähigkeit bezeichnet die Fähigkeit, sich frische Eindrücke über eine Zeit von ca. zehn Minuten zu merken. Bei leichten Störungen der Merkfähigkeit können von drei einmal dargebotenen und vom Probanden wiederholten Zahlen oder Begriffen nur noch eine oder zwei spontan erinnert werden; bei schweren Merkfähigkeitsstörungen werden die drei Zahlen oder Begriffe nach zehn Minuten auch mit Hilfestellung nicht rekapituliert.

Als Gedächtnis wird die Fähigkeit bezeichnet, Eindrücke oder Erfahrungen längerfristig (länger als ca. zehn Minuten) zu speichern bzw. Erlerntes aus dem Gedächtnis abzurufen. Das Gedächtnis wird auf der Zeitachse aufgeteilt in das eher labile Frischgedächtnis (bis etwa

sechzig Minuten) und das eher stabile Altgedächtnis (Erinnerung an weiter zurückliegende Erfahrungen).

Gedächtnisstörungen werden in aller Regel im Rahmen der Anamneseerhebung deutlich; dies gilt insbesondere für Störungen des Altgedächtnisses. Störungen des Frischgedächtnisses beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit häufig so erheblich, dass eine Tätigkeit gar nicht mehr möglich ist. Einschränkungen durch Störungen des Frischgedächtnisses können sich auch auf der qualitativen Ebene abbilden. Zur Objektivierung stehen standardisierte testpsychologische Verfahren ergänzend zur Verfügung.

Formales Denken

Denkabläufe können in Bezug auf Geschwindigkeit, Kontrolle, Organisation und Produktivität gestört sein. Formale Denkstörungen beeinflussen grundsätzlich die kognitiven Fähigkeiten eines Probanden. Treten formale Denkstörungen bei Probanden mit psychotischen Störungen auf, führen sie vor dem Hintergrund der Desorganisation der Denkabläufe häufig zu einer Einschränkung der quantitativen Leistungsfähigkeit. Bei depressiven Erkrankungen, insbesondere bei chronisch depressiven Störungen, bedingen die hier bestehenden formalen Denkstörungen vor dem Hintergrund einer Verarmung des Denkens eher eine Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit.

Inhaltliches Denken

Störungen des inhaltlichen Denkens (z. B. Wahn) sind in ihren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Einzelfall zu betrachten. Isolierte Wahnhalte müssen das Leistungsvermögen nicht unbedingt beeinträchtigen. Über möglicherweise bestehende qualitative Einschränkungen hinaus kann es, insbesondere bei stark affektiv besetzten Wahnhalten, auch zu quantitativen Leistungseinschränkungen kommen.

Affektivität

Störungen der Affektivität, zu denen Einschränkungen der Gefühle, Stimmungen, Emotionalität oder Schwingungsfähigkeit zählen, wirken sich vorrangig auf das qualitative Leistungsvermögen aus.

Die Grenze zwischen gesundem Erleben und Psychopathologie ist in diesem Bereich allerdings besonders unscharf. Das quantitative Leistungsvermögen kann insbesondere bei schwerer Depressivität, ausgeprägter Angstsymptomatik oder erheblichen Insuffizienzgefühlen eingeschränkt sein; Diskrepanzen zwischen subjektiver Bewertung und objektiv bestehender Leistungsfähigkeit sind dabei nicht selten.

Weitere relevante psychische Dimensionen:

Von Bedeutung für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit können darüber hinaus zusätzliche Kategorien innerhalb des psychischen Befundes sein:

So sind insbesondere bei somatoformen Störungen das Krankheitsverständnis und das Selbsterleben der Betroffenen auf der psychovegetativen Ebene zu beschreiben. Die somatoforme Symptomatik - z. B. als psychovegetative Funktionsstörung - muss sich hier deutlich in der Befunddarstellung widerspiegeln. Neben dem subjektiven Krankheitserleben und der Krankheitseinsicht können auch Introspektionsfähigkeit, Psychogeneseverständnis und Veränderungsmotivation sowie krankheitsfixierende Einstellungen oder persönliche Grundhaltungen einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung des quantitativen und qualitativen Leistungsvermögens liefern. Das gleiche gilt für einen möglicherweise vorhandenen sekundären Krankheitsgewinn oder eine eventuelle Regressionsneigung. Zu bedenken sind auch die

verfügbaren persönlichen Ressourcen z. B. in Form von perfektionistischem Leistungsanspruch, Pflichtgefühl, Durchsetzungsvermögen, Konfliktfähigkeit oder Selbstwirksamkeitserleben. Ein reduziertes Selbstwertgefühl oder eine verminderte interne Kontrolle bei der Ursachenattribution („schicksalhaftes Erleben“) sind als personbezogene Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrung spricht insgesamt dafür, dass vor allem die oben beschriebenen Auffälligkeiten bei Antrieb, Auffassung, Flexibilität, Gedächtnis sowie formalem und inhaltlichem Denken zu einer Einschränkung der zeitlichen und qualitativen Belastbarkeit führen. Auch die übrigen Dimensionen des psychischen Befundes manifestieren sich letztendlich in ihren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen auf diesen Ebenen. Des Weiteren ist zu beachten, dass die Symptomatik vieler psychischer Störungen durch eine adäquate Behandlung gelindert werden kann. Daher ist beispielsweise bei einer bislang unbehandelten depressiven Störung mit entsprechend auffälligem psychopathologischen Querschnittsbefund nicht ohne weiteres von einer dauerhaft geminderten Leistungsfähigkeit auszugehen.

2.2.7 Klinische Diagnose

Die Diagnose einer psychischen Störung ist nach der ICD-10, Kapitel V zu kodieren. Die Diagnose allein ist für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben und für die Prüfung von Notwendigkeit, Art und Umfang von Rehabilitationsleistungen aber nicht entscheidend.

Nur das mit der Diagnose verbundene, individuell jeweils unterschiedlich ausgeprägte Profil von Aktivität und Partizipation erlaubt die Einschätzung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben, aus der sich ggf. Art und Ziel der Rehabilitation ergeben.

2.3 Testdiagnostische Zusatzuntersuchungen im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung

Als Ergänzung zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Befunderhebung stehen testdiagnostische Verfahren zur Verfügung, die im Rahmen der klinischen Psychologie sowie der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie entwickelt wurden. Es handelt sich überwiegend um persönlichkeits- und leistungsdiagnostische Instrumente. Eine sinnvolle Durchführung und Auswertung ist in allen Fällen an die Mitarbeit der Probanden gebunden, auch wenn bei einzelnen Testsystemen eine Plausibilitätsprüfung eingeschlossen ist. Die Auswahl der testpsychologischen bzw. apparativen Untersuchungen ist abhängig von der jeweiligen Problemsituation. Hinsichtlich der psychometrischen Qualität müssen die drei primären Gütekriterien standardisierter Testverfahren (Objektivität, Reliabilität, Validität) jedoch immer erfüllt sein. Entscheidend bei der Anwendung ist die kritische Gewichtung, Interpretation und Wertung der ermittelten Testergebnisse im Zusammenhang mit den übrigen Einzelbefunden. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung kann sich nie alleine oder primär auf testpsychologische Befunde stützen.

Durch den zielgerichteten Einsatz testdiagnostischer Verfahren kann die Aussagekraft der sozialmedizinischen Beurteilung im Einzelfall deutlich erhöht werden. Hierfür sind spezifische Erfahrung und Kompetenz unabdingbar. Eine objektive Befunderhebung und ein statistischer Vergleich mit unterschiedlichen Bezugsgruppen ist u. a. für folgende Bereiche möglich:

- Gedächtnis (verbale, visuell-räumliche, numerale Merkfähigkeit; Wiedererkennung-Reproduktionsleistung; Spanne des Arbeitsgedächtnisses, Langzeitgedächtnis)
- Wahrnehmung/Visuomotorik; Denk- und Problemlösefähigkeit
- Umstellungsfähigkeit als kognitiver Stil, Interferenzfreiheit, Verarbeitungskapazität, Bearbeitungsgeschwindigkeit z. B. bei geistiger Tempoarbeit
- Allgemeines Wissen, verbales (= kristallines, überwiegend bildungsabhängiges) intellektuelles Leistungsniveau
- Allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit
- Einstellung und Interessen, Überzeugung und Krankheitsbewältigungsstil
- Persönlichkeitsfaktoren/-struktur, Selbstkonzept
- Angst und Depressivität

Neben verschiedenen Screening-Methoden zur orientierenden Prüfung sind auch umfassende, modular aufgebaute Testsysteme im Einsatz, die z. T. an größeren Probandengruppen normiert wurden. Die meisten Verfahren liegen mittlerweile in computergestützter Version vor.

Bei spezifischen Fragestellungen muss ggf. auf neuropsychologische Zusatzuntersuchungen zurückgegriffen werden.

2.4 Technisch - apparative Verfahren

Elektroenzephalographie (EEG), Dopplersonographie, Elektromyographie (EMG), Elektroneurographie (z. B. Messung der Nervenleitgeschwindigkeit), evozierte Potenziale, craniale Computertomographie (CCT), Magnetresonanztomographie (MRT), funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT) Positronenemissionstomographie (PET), Single Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) sind nur dann im Rahmen eines sozialmedizinischen Gutachtens sinnvoll, wenn hiermit Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit zu erwarten sind. Nicht alle technischen Untersuchungen sind duldpflichtig. Aufwändigere Verfahren erfordern vorab die Rücksprache mit dem Auftraggeber zur Abklärung der Kostenübernahme. Außerdem ist die Frage der Zumutbarkeit für den Probanden zu bedenken.

Die Durchführung aufwändiger Untersuchungen, die ausschließlich der diagnostischen Abklärung ohne Bezug zur Beurteilung des Leistungsbildes dienen, ist nicht Bestandteil des Gutachtauftrags. Eine direkte Korrelation zwischen den Ergebnissen solcher Untersuchungen und der qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit besteht in der Regel nicht.

2.5 Laboruntersuchungen

Hier gelten die gleichen Grundsätze. Laboruntersuchungen können bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtungen je nach Krankheitsbild sinnvoll sein, dürfen aber nicht routinemäßig durchgeführt werden. Bei fehlender Korrelation zwischen den Angaben zur Medikamenteneinnahme und dem vom Gutachter vorgefundenen klinischen Bild ist im Einzelfall die Blutspiegelbestimmung von Medikamenten erforderlich, um zu einer nachvollziehbaren Leistungsbeurteilung zu gelangen. Ebenfalls kann bei entsprechenden Hinweisen eine Bestimmung von alkohol- bzw. drogenassoziierten Laborwerten erforderlich sein.

2.6 Epikrise und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Die Epikrise ist die zusammenfassende Darstellung der Erkrankungen (ihrer Lokalisation, ihres Schweregrades) und der damit verbundenen klinischen Auswirkungen. Die Epikrise ist damit die Grundlage für die folgende sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Krankheiten ohne Bedeutung für diese Beurteilung sollten als solche benannt werden.

Jeweils auf den Einzelfall bezogen sollte die Epikrise enthalten:

- den Verlauf jeder relevanten Erkrankung unter kritischer Würdigung der Anamnese, der erhobenen Befunde, der bisherigen Therapie und noch denkbarer therapeutischer und rehabilitativer Möglichkeiten
- die Diskussion wichtiger Vorbefunde (Krankenhaus- und Rehabilitations-Entlassungsberichte, mitgereichte Untersuchungsergebnisse, Gutachten anderer Sozialleistungsträger) und ggf. differentialdiagnostische Überlegungen
- Darstellung von Widersprüchen, wenn medizinische Aussagen in Berichten und Attesten sich gutachterlich nicht bestätigen lassen oder erhobene Befunde durch Beobachtungen außerhalb des Untersuchungsvorganges in Frage zu stellen sind
- Aussagen zur Dauer und Frequenz der Schübe bei schubweisem Krankheitsverlauf und derzeit symptomarmem Bild
- prognostische Aussagen zum weiteren Verlauf, ggf. unter Einbeziehung von Anregungen zur Rehabilitation
- Hinweise auf besondere Probleme bei der Begutachtung (z.B. Sprachschwierigkeiten, auffällige Verhaltensweisen)
- ggf. die Anregung weiterer Begutachtungen mit Begründung.

In einer schlüssigen und auch für den medizinischen Laien nachvollziehbaren Art und Weise ist das Profil der Funktionseinschränkungen in der Epikrise herauszuarbeiten. Die resultierenden funktionellen Einschränkungen, die sich sowohl im quantitativen wie auch im qualitativen Bereich widerspiegeln, sind in der Folge darzustellen. Die Ergebnisse vorangegangener Gutachten sind zu berücksichtigen und ggf. zu diskutieren.

Bei Begutachtungen im Falle der Rentenantragstellung stellt sich im Rahmen der epikritischen Betrachtung auch immer die Frage nach der Notwendigkeit einer Rehabilitation. Umgekehrt gilt es bei der gutachterlichen Überprüfung von Rehabilitationsbedürftigkeit sowie der hiermit verbundenen Einschätzung des Rehabilitationserfolges, die Frage des Leistungsvermögens im Erwerbsleben zu berücksichtigen.

Die Epikrise soll somit ein Bild ergeben, das sich aus Vorgeschichte, sozialer Integration, Arbeitsanamnese, somatischer Komorbidität, Krankheitsverlauf, Befundkonstellation sowie den bisherigen therapeutischen Ansätzen zusammensetzt.

Typische Mängel in psychiatrischen Epikrisen:

Wie bereits oben ausgeführt, kann weder die Darstellung einer biographischen Entwicklung noch die einer spezifischen psychodynamischen Konstellation allein für eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung ausreichend sein. Vielmehr sind immer die durch die psychopathologischen Auffälligkeiten verursachten Einschränkungen der Teilhabe möglichst präzise herauszuarbeiten und für den Leser nachvollziehbar darzustellen.

Rein therapeutisch orientierte Epikrisen, die sich z. B. in der Anregung bestimmter therapeutischer Interventionen, wie der Gabe von Psychopharmaka oder in differenzialdiagnostischen Überlegungen erschöpfen, werden der Aufgabenstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens in der Rentenversicherung nicht gerecht.

2.7 Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit

Die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben beschreibt das Fähigkeitsprofil des Versicherten und setzt es in Beziehung zu den Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Individuelles positives und negatives Leistungsbild:

Es sind die Fähigkeiten zu beschreiben, über die der Versicherte unter Berücksichtigung der festgestellten Funktionseinschränkungen im Hinblick auf die zumutbare körperliche Arbeitsschwere, die Arbeitshaltung und die Arbeitsorganisation noch verfügt (positives Leistungsbild) und welche krankheitsbedingt nicht mehr bestehen (negatives Leistungsbild).

Die positiven wie negativen Leistungsmerkmale müssen sich aus den in der Epikrise erörterten Gesundheitsstörungen herleiten lassen. Damit ergeben sich die qualitativen Leistungseinschränkungen aus den mit dem Krankheitsbild verbundenen funktionellen Einschränkungen. Diese Einschränkungen können sich z. B. auf geistig-psychische Belastbarkeit, Sinnesorgane, Bewegungs- und Haltungsapparat oder Gefährdungs- und Belastungsfaktoren beziehen.

Zusätzlich zur qualitativen Leistungsbeurteilung ist eine Aussage zum quantitativen Leistungsvermögen erforderlich. Qualitative Leistungseinschränkungen haben einen unterschiedlichen Einfluss auf das quantitative Leistungsvermögen. Ein großer Teil der qualitativen Leistungseinschränkungen bleibt für das quantitative Leistungsvermögen ohne Bedeutung. Qualitative Leistungseinschränkungen können aber auch so gravierend sein, dass sie das quantitative Leistungsvermögen aufheben. Solange wesentliche Funktionseinschränkungen kompensiert werden können, muss keine relevante Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens vorliegen.

Teilzeitbeschäftigte Versicherte sind so zu beurteilen, als wenn sie in einem Arbeitsverhältnis mit Vollzeittätigkeit stünden. Bei einer selbst gewählten Teilzeittätigkeit kann nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass auch nur eine zeitlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit besteht. Eine zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bestehende Arbeitsunfähigkeit ist nicht gleichzusetzen mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen.

Bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung können nicht berücksichtigt werden:

- die Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt
- die bestehende Arbeitslosigkeit
- die "Entwöhnung" von einer beruflichen Tätigkeit
- das Lebensalter des Versicherten
- eine "Doppelbelastung", z.B. durch die Pflege kranker Eltern oder eines behinderten Kindes
- die Anerkennung eines GdB (Versorgungsamt) oder einer MdE (Berufsgenossenschaft); diesen Begriffen liegen andere Rechtsgrundlagen und Beurteilungskriterien zugrunde.

Die qualitative und quantitative Leistungsbeurteilung setzt eine abwägende Einschätzung voraus, welche sich aus dem klinischen Gesamtbild ergeben und nachvollziehbar begründet sein muss. Dies gilt vor allem für die Merkmale, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zur Folge haben können (z.B. quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen, fehlende Wegefähigkeit, betriebsunüblicher Pausenbedarf).

Das sozialmedizinische Gutachten muss eine eindeutige Aussage zur qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit enthalten.

Der Gutachter muss sich entscheiden können. Es ist nicht sinnvoll, die Entscheidung über die Leistungsfähigkeit vom Ansprechen auf bestimmte Therapiemaßnahmen abhängig zu machen und damit die Beurteilung zeitlich zu verschieben. Dieses gilt insbesondere für eine Empfehlung zu Rehabilitationsleistungen vor Abschluss des Rentenverfahrens.

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung erfordert daher auch differenzierte Aussagen zur Prognose der Leistungseinschränkungen im weiteren Verlauf der Erkrankung. Da in den meisten Fällen die Renten wegen Erwerbsminderung zeitlich befristet sind (bis zu drei Jahren), muss die Prognoseabschätzung auf diesen Zeitraum bezogen werden.

Insbesondere bei den Störungsbildern, die sich unabhängig von den direkten Einwirkungsmöglichkeiten des Betroffenen bessern können, sollte keine unbefristete Berentung erfolgen. Dies gilt z. B. für manche insbesondere jüngere Menschen, die zum Zeitpunkt der Begutachtung an noch floriden Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis leiden. Bei ihnen zeigt die Erfahrung, dass bei durchgängiger strukturierter Betreuung und Beratung von außen - beispielsweise im Sinne des Empowerment-Konzeptes - auch aus einer Berentung heraus durchaus positive Weiterentwicklungen möglich sind.

3 Störungsspezifische Gesichtspunkte

3.1 Einleitung

Die folgenden Ausführungen sollen dem Gutachter besondere Hinweise für die Einschätzung des Leistungsbildes bei verschiedenen Krankheitsbildern geben; darüber hinaus sind sie als Entscheidungshilfen für die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit gedacht.

3.2 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (ICD-10: F00 - F09)

Psychische Erkrankungen mit organischer Ätiologie können auf primären oder sekundären Hirnfunktionsstörungen beruhen. Während primäre Hirnfunktionsstörungen auf Erkrankungen, Verletzungen oder direkte Störungen des Gehirns zurückzuführen sind, entstehen sekundäre Hirnfunktionsstörungen durch eine Mitbeteiligung des Gehirns im Rahmen von Systemerkrankungen bzw. Erkrankungen, deren Ursache außerhalb des Gehirns lokalisiert ist.

In Abhängigkeit von Lokalisation, Art, Umfang und Ausprägung der Schädigung resultieren hieraus vielgestaltige Zustandsbilder.

Psychopathologie

Die wesentlichen Merkmale lassen sich in zwei Hauptgruppen gliedern. Zur ersten Gruppe gehören Syndrome, die durch Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen wie Gedächtnis, Lernen, Merk- und Konzentrationsfähigkeit, intellektuelle Leistungsfähigkeit oder durch Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsstörungen charakterisiert sind.

Zur zweiten Hauptgruppe zählen Syndrome mit Auffälligkeiten im Bereich der Wahrnehmung (Halluzinationen), der Denkinhalte (Wahn), der Stimmung und der Gefühle (Depression, gehobene Stimmung, Angst) oder mit Einschränkungen im gesamten Persönlichkeits- und Verhaltensmuster.

Neben der Demenz bei Alzheimer-Krankheit und der vaskulären Demenz bzw. Mischformen können sich zahlreiche weitere zerebrale und körperliche Erkrankungen in Form eines demenziellen Syndroms manifestieren, so z. B. die Demenzen bei Parkinson-Krankheit, bei HIV-Enzephalopathie, bei Encephalomyelitis disseminata, Epilepsie oder heredo-degenerativen Erkrankungen.

Das demenzielle Syndrom, das durchaus auch vor dem 65. Lebensjahr zu beobachten ist, verläuft gewöhnlich chronisch oder fortschreitend mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind meist begleitet von einer Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation.

Organische amnestische Syndrome können u. a. nach entzündlichen Prozessen, Neu- und Fehlbildungen einschließlich Tumoren, Hirnblutungen, Schädel-Hirntraumata, hirnchirurgischen Eingriffen und Intoxikationen ggf. in Kombination mit entsprechenden neurologischen Beeinträchtigungen auftreten. Sie sind durch eine auffallende Einschränkung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses gekennzeichnet, während das mittelfristige Gedächtnis bzw. die allgemeine intellektuelle Fähigkeit weitgehend erhalten ist. Orientierungsstörungen, Konfabulationen, Mangel an Einsichtsfähigkeit und emotionale Veränderungen können hierbei ebenfalls beobachtet werden. Als Ursache muss auch ein Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen (siehe Kapitel 3.3) in Betracht gezogen werden.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf organischer Grundlage können je nach zugrunde liegender Ursache und Schädigung ebenfalls eine vielfältige klinische Symptomatik aufweisen. Das Gleiche gilt für wahnhaft oder affektive Störungen.

Gesundheitliche Integrität

Organische psychische Störungen manifestieren sich u. a. auf der Ebene der globalen und spezifischen mentalen Funktionen. Zu den globalen Funktionen zählen intellektuelle Fähigkeiten, Temperament oder emotionale Stabilität. Die spezifischen mentalen Funktionen um-

fassen beispielsweise Aufmerksamkeit, Gedächtnis, psychomotorische Aktivität, Emotion, Denken, Sprache sowie exekutive Funktionen wie Abstraktionsvermögen, Begriffsbildung, Planung, Flexibilität, Urteilsfähigkeit und Motivation.

Je nach Störungsmuster können sich Beeinträchtigungen der Aktivitäten im Bereich des Lernens, des Wissenserwerbs, der Problemlösung und der Kommunikation ergeben, die sich möglicherweise auf sämtliche Handlungsfelder des Alltags- und Berufslebens auswirken.

Verlauf und Prognose

Der Verlauf organischer psychischer Störungen gestaltet sich je nach zugrunde liegender Erkrankung äußerst variabel und reicht von vorübergehenden Einbußen bis zu einer irreversiblen, rasch fortschreitenden Entwicklung. Die Rückbildungsfähigkeit ist sowohl von der Behandlung des Grundleidens als auch von gezielten, möglichst früh einzuleitenden Trainingsmaßnahmen und Rehabilitationsleistungen abhängig.

Darüber hinaus wirken sich individuelle Ressourcen, Coping-Strategien und Primärpersönlichkeit unterschiedlich aus. Eine psychische Komorbidität z. B. in Form von reaktiv-depressiven Verstimmungszuständen oder neurotischer Dekompensationsneigung kann den Verlauf deutlich negativ beeinflussen.

Sozialmedizinische Beurteilung

Organische psychische Störungen sind vor allem im Anfangsstadium schwer zu erkennen und können in ihrer Symptomatik neurasthenischen Beschwerden ähneln. Differenzialdiagnostisch müssen sie u. a. von affektiven Störungen z. B. im Sinne von pseudodemenziellen Krankheitsbildern, aber auch von anderen neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen abgegrenzt werden. Die gutachterliche Beurteilung erfordert daher eine sorgfältige Dokumentation von Befund und Verlauf. Neben der technisch-apparativen Zusatzdiagnostik sind ggf. auch neuropsychologische Untersuchungsmethoden einzubeziehen. In Ergänzung zu den Angaben der Betroffenen muss für die Beschreibung der Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag in der Regel auf fremdanamnestic Angaben zurückgegriffen werden.

Dabei sind sowohl die oft unkritische Überschätzung des eigenen Leistungsniveaus bzw. die Dissimulation der kognitiven Einbußen als auch eine Unterschätzung der Rückbildungsfähigkeit durch die Betroffenen zu berücksichtigen. Geringer ausgeprägte Einschränkungen können bei Unterstützung durch das berufliche und persönliche Umfeld häufig noch über einen längeren Zeitraum ausgeglichen werden. Zur Dekompensation kommt es dann erst bei krisenhafter Zuspitzung aus manchmal geringfügig erscheinendem Anlass.

Präsenile demenzielle Abbauprozesse werden aufgrund der eingeschränkten kognitiv-intellektuellen Fähigkeiten in der Regel zu einer Aufhebung der qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit führen.

Die sozialmedizinische Bewertung von anderen organisch bedingten psychischen Störungen kann sich im Einzelfall schwierig gestalten. Bei nur leicht ausgeprägter bzw. rückläufiger Symptomatik ist das qualitative und quantitative Leistungsvermögen nicht von vornherein beeinträchtigt. Während das Vorliegen von Hirnwerkzeug- oder Antriebsstörungen zu einer vollständigen Aufhebung des quantitativen Leistungsvermögens führt, bedürfen passagere amnestische Syndrome einer differenzierten Bewertung. So können sich z. B. kognitive Störungen nach Schädel-Hirn-Trauma oder nach entzündlichen Prozessen durchaus als rückläufig erweisen, so dass sich auch die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wiederherstellen lässt. Das Gleiche gilt u. a. für neuropsychologische Beeinträchtigungen aufgrund einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung bei erfolgreicher Abstinenz.

Die Zuverlässigkeit der sozialmedizinischen Beurteilung wächst mit dem zeitlichen Abstand vom Akutereignis.

Gezielte Rehabilitationsleistungen in Einrichtungen der medizinischen, der medizinisch-beruflichen und der beruflichen Rehabilitation sind grundsätzlich so früh wie möglich zu veranlassen. Dabei darf jedoch die Überprüfung der Erreichbarkeit des Rehabilitationszieles nicht außer Acht gelassen werden. Bei bestehendem Teilzeitarbeitsplatz ist auch ein Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden Rehabilitationsziel der Rentenversicherung. Eine Reintegration ins Erwerbsleben erfordert je nach Störungsbild einen intensiven rehabilitativen Aufwand. Dies betrifft sowohl die Art als auch die Dauer der erforderlichen Maßnahmen. Beeinträchtigungen der komplexen kognitiv-intellektuellen Funktionen sind trotz der im rehabilitativen Prozess erkennbaren Entwicklungstendenzen meist über einen längeren Zeitraum hinweg nachweisbar. Sozialmedizinisch-prognostische Festlegungen sollten möglichst innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren erfolgen.

3.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10 - F19)

Störungen durch Alkohol

Die in unserer Gesellschaft am häufigsten gebrauchte psychotrope Substanz ist der Alkohol. Man geht davon aus, dass etwa 3 % der Gesamtbevölkerung alkoholabhängig sind, wobei nur ein geringer Teil der Betroffenen jemals eine Entwöhnungsbehandlung durchführt.

Es ist zu unterscheiden zwischen einem schädlichen Gebrauch, der - ohne dass ein Abhängigkeitssyndrom besteht - zu einer tatsächlichen Schädigung der psychischen und/oder physischen Gesundheit des Konsumenten geführt hat und einem Abhängigkeitssyndrom, das unter anderem durch das Vorliegen eines körperlichen Entzugssyndroms, das Auftreten einer Toleranz, eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums sowie einen starken Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren, charakterisiert ist. Weiter bestehen häufig ein eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol und eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums sowie ein anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Psychopathologie

Psychopathologische Auffälligkeiten ergeben sich durch die akute Wirkung der Substanz und durch die sekundär-toxisch verursachten Schäden an den einzelnen Organen und Organsystemen.

Psychopathologisch finden sich organisch-amnestische Syndrome in allen Abstufungen, wie sie bereits oben beschrieben wurden. Häufig finden sich Einschränkungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, ein Mangel an Einsichtsfähigkeit und in schweren Fällen auch Konfabulationen und Persönlichkeitsveränderungen.

Auch im Bereich der Wahrnehmung, der Denkinhalte sowie der Stimmung und der Gefühle bestehen Auffälligkeiten. Phänomene wie Eifersuchtswahn oder Halluzinosen treten auf.

Bei Abhängigen finden sich häufig anfangs keine Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Partizipation; im Gegenteil wird die Möglichkeit zur Teilhabe vielmehr häufig gerade durch die kontinuierliche Einnahme der Substanz noch aufrechterhalten. Erst wenn bereits fortgeschrittene Stadien der Abhängigkeit erreicht sind, finden sich Aktivitätsstörungen sowie im späteren Verlauf auch zunehmende Teilhabestörungen. Diese sind einerseits durch die Sub-

stanzwirkung selbst, andererseits durch den zunehmenden sozialen Rückzug und die Einengung der interpersonellen Fähigkeiten der Abhängigen bedingt.

Gesundheitliche Integrität

Durch Alkohol verursachte psychische Störungen manifestieren sich häufig in einer Beeinträchtigung der Teilnahmemöglichkeit an Aktivitäten des täglichen Lebens, sei es durch die akute toxische Wirkung der Substanz oder durch die Entwicklung einer organisch-amnestischen Symptomatik.

Einerseits durch die Substanzeffekte selbst, andererseits durch die Persönlichkeitsveränderungen und -vergrößerungen als Folge des andauernden Substanzgebrauchs sind sämtliche Bereiche der gesundheitlichen Integrität betroffen. Bei ausgeprägten Krankheitsbildern kommt es zu einem zunehmenden sozialen Abstieg und einer körperlichen und seelischen „Verwahrlosung“.

Verlauf und Prognose

Der Verlauf von durch Alkohol verursachten psychischen Störungen gestaltet sich in aller Regel chronisch fortschreitend. Häufig kommt es nach abstinenter Phasen zu einem Rückfall in das alte Konsumverhalten. Nicht immer besteht Krankheitseinsicht und Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit.

Die durch die Substanz verursachten Organschäden bestimmen häufig den Verlauf der Störung; alkoholabhängige Personen haben eine deutlich geringere Lebenserwartung.

Charakteristische organische Folgekrankheiten bei Alkoholabhängigkeit sind zum Beispiel: Gastritis, Oesophagitis, gastrointestinale Blutung, Fettleber, alkoholinduzierte Hepatitis, Leberzirrhose, hepatische Enzephalopathie, chronische Pankreatitis, arterielle Hypertonie, alkoholtoxische Kardiomyopathie, Polyneuropathie, zerebrale Krampfanfälle, bösartige Tumore insbesondere des Verdauungstraktes.

Sozialmedizinische Beurteilung

Alkohol verursacht neben psychopathologischen Auffälligkeiten vielfältige Schäden an den einzelnen Organen, die in ihrer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit gravierend sein können und - ohne dass psychische oder Verhaltensstörungen vorliegen - eine Leistungsminde- rung bedingen können. Hier ist vom Gutachter eine entsprechende Leistungsbeurteilung zu fordern; ggf. wird eine organbezogene Zusatzbegutachtung erforderlich sein.

Bei der Leistungsbeurteilung ist immer auch zu bedenken, dass Persönlichkeitsauffälligkeiten bzw. psychische Komorbiditäten schon vor Beginn der Abhängigkeit oder des Schädlichen Gebrauchs vorliegen und eine der Ursachen für die Alkoholproblematik sein können. Diese prämorbiditen Auffälligkeiten bleiben unter Umständen auch bei Abstinenz bestehen und können für sich allein schon zu Leistungsminderungen führen.

Die Betroffenen stellen einen Antrag auf Rente oder eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation häufig wegen für sie im Vordergrund stehender Organstörungen und nicht wegen des zugrunde liegenden Alkoholproblems. Die gutachterliche Beurteilung ist dann dadurch erschwert, dass ein Abhängigkeitsverhalten vom Versicherten nicht berichtet und die Menge des konsumierten Alkohols in aller Regel untertrieben wird.

Auch eine Überschätzung des eigenen Leistungsniveaus seitens der Betroffenen findet sich, wie auch bei anderen hirnorganisch-psychischen Störungen, häufig. Für die Beurteilung sind fremdanamnestic Angaben hilfreich, teilweise helfen entsprechende Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen (z. B. Münchner Alkoholismustest - MALT, Feuerlein, 1988) weiter.

Die Durchführung von Laboruntersuchungen einschließlich der Bestimmung des CDT (= carbohydrate-deficient transferrin) führt hingegen aufgrund der eingeschränkten Spezifität nicht immer zu einer abschließenden Diagnose.

Eine Entwöhnungsbehandlung ist, solange noch keine irreversiblen und gravierenden leistungsmindernden Schäden an den Organsystemen des Betroffenen eingetreten sind, gutachterlich immer in Erwägung zu ziehen. Voraussetzung für den Beginn einer Entwöhnung ist ein abgeschlossener körperlicher bzw. qualifizierter Entzug. Der Erfolg entsprechender Entwöhnungsbehandlungen liegt - bezogen auf die Vierjahres-Abstinenzrate - bei etwa 60%. Bei weitem nicht alle Betroffenen sind bereit, eine entsprechende Maßnahme durchzuführen. Die Möglichkeiten einer erfolgreichen Rehabilitation werden von den Abhängigen selbst, deren Umfeld und häufig sogar vom Gutachter eher unter- als überschätzt.

Wenn ein Betroffener keine psychopathologischen Auffälligkeiten aufweist und auch keine organischen Störungen relevanten Ausmaßes bestehen, so ist die Annahme einer Minderung der zeitlichen Leistungsfähigkeit allein aufgrund des Vorliegens einer Abhängigkeit nicht berechtigt. Die Erfahrung zeigt, dass nicht wenige Abhängige trotz regelmäßigen süchtigen Konsums von Alkohol lange Zeit so leistungsfähig sind, dass sie ihrer beruflichen Tätigkeit weiterhin nachgehen können.

Qualitative Leistungseinschränkungen können sich durch den Einfluss der Substanz auf Reaktionsfähigkeit und u. U. Konzentrationsfähigkeit ergeben. Durch Alkohol ausgelöste zerebrale Krampfanfälle sind sozialmedizinisch wie jedes andere Anfallsleiden zu bewerten.

Störungen durch Opiode

Abhängigkeit von Opioiden ist ein - im Vergleich zur Alkoholabhängigkeit - eher seltenes Phänomen. Man geht in der BRD von etwa 100 - bis 150.000 Opiatabhängigen aus. Zahlenmäßig steht die Abhängigkeit von intravenös appliziertem Heroin im Vordergrund; zu bedenken sind aber auch Abhängigkeiten von Codein- und Morphinpräparaten sowie Abhängigkeiten von Schmerzmitteln, die in der Regel jedoch nicht zu schwerwiegenden körperlichen Störungen führen.

Opioidabhängige mit intravenöser Substanzzufuhr sind in der Regel deutlich jünger als Alkoholabhängige. Im Vordergrund stehen, was die Leistungsbeurteilung angeht, häufig körperliche Störungen; sie sind zum größten Teil auf die inzwischen bei nahezu allen Betroffenen bestehende chronische Hepatitis sowie HIV-bedingte Erkrankungen zurückzuführen.

Jedoch kann es bei entsprechend langer und intensiver Abhängigkeit auch zur Ausprägung psychopathologischer Auffälligkeiten kommen, wie sie von den organisch-psychischen Störungen bekannt sind. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit richtet sich dann nach der jeweiligen Ausprägung der Störung. Darüber hinaus sind psychische Folgeerkrankungen wie z. B. depressive Entwicklungen häufig. Auch hier gilt, dass präexistente psychische Komorbiditäten wie z. B. Persönlichkeitsstörungen nicht selten sind und ihre Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe in die Leistungsbeurteilung einfließen müssen.

Ganz im Vordergrund muss bei den Betroffenen die Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung stehen. Verwiesen sei hier auch auf entsprechende Substitutionsprogramme, bei denen unter spezifischen Voraussetzungen auch der Rentenversicherungsträger als Kostenträger in Frage kommen kann.

Die Abstinenzprognose ist weniger günstig als bei Alkoholabhängigkeit. Es gibt jedoch auch bei von dieser Abhängigkeit Betroffenen keinen Grund zu therapeutischem Nihilismus. Wichtig ist es, das für den Betroffenen individuell Erfolg versprechende Entwöhnungsprogramm zu finden. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen erforderlich.

Störungen durch Sedativa und Hypnotika

Trotz der großen Zahl von Betroffenen wird eine Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika selten zum Anlass für einen Renten- oder Rehabilitationsantrag. Häufiger wird eine solche Abhängigkeit als zusätzliche Diagnose festgestellt. Wenn es zu entsprechenden organischen Schäden (sowohl hirnganisch als auch an anderen Organen) kommt, sind diese entsprechend ihrer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit zu werten.

Alle Abhängigkeitserkrankungen sind von gutachterlicher Seite aus, wenn nicht organische Störungen das Bild völlig beherrschen, primär unter dem Aspekt einer möglichen spezifischen medizinischen Rehabilitation zu betrachten. Hier haben sich inzwischen vielfältige Angebote etabliert, die von ambulanter Rehabilitation bis zu mehrmonatiger stationärer Entwöhnungsbehandlung mit nachfolgender beruflicher Wiedereingliederung reichen.

Für alle Abhängigen ist es von hoher Bedeutung, in ein stabiles soziales Umfeld entlassen zu werden. Die Rückfallquote ist bei arbeitslosen Abhängigen deutlich höher als bei Abhängigen, die in Arbeit stehen. Je stabiler das soziale Umfeld gestaltet werden kann, um so besser ist auch die Rehabilitationsprognose im Sinne der Rentenversicherung.

Es ist somit auch Aufgabe der Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger, die Voraussetzungen zur Stabilisierung bzw. zur Adaption an das soziale Umfeld der Betroffenen zu schaffen.

3.4 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10: F20 – F29)

Unter den ICD-Diagnosen „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ stellen die schizophrenen Störungen die häufigste und wichtigste Diagnose dar.

Hier finden sich als Unterformen u. a. die paranoide Schizophrenie, die Hebephrenie sowie die katatone Schizophrenie.

Von Wichtigkeit sind zudem die postschizophrene Depression wie auch das schizophrene Residuum.

Es folgt in der ICD-10 die Gruppe der anhaltenden wahnhaften Störungen. Unter F23 ff. werden verschiedene akute, vorübergehende psychotische Störungsbilder erfasst und beschrieben. Die schizoaffektiven Störungen unterteilen sich in zwei, zum Teil im Verlauf wechselnd auftretende Störungsarten, von denen die eine durch zusätzlich zu einer schizophrenen Symptomatik vorhandene manische Symptome und die andere durch zusätzliche depressive Symptome gekennzeichnet ist. Mischformen kommen vor.

Psychopathologie

Bei den schizophrenen Störungen sind es zumeist grundlegende Beeinträchtigungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie eine oft inadäquate oder verflachte Affektivität, die das psychopathologische Bild bestimmen. Üblicherweise sind hierbei die intellektuellen Fähigkeiten nicht beeinträchtigt. Bei chronifizierten Verläufen können sich jedoch auch Defizite in den kognitiven Bereichen entwickeln. Grundfunktionen der Abgrenzung zwischen Ich und Umwelt sind sehr häufig in einem erheblichen Ausmaß beeinträchtigt. Halluzinationen treten oft über einen längeren Zeitraum auf, die Wahrnehmung ist beeinträchtigt. Das Denken fällt durch einen Verlust der Steuerung der Denkvorgänge, Gedankenabreißen, Zerfahrenheit und Konzentrationsstörungen auf. Störungen des Affektes finden sich in Form einer oft flachen, kapriziösen oder unangemessenen Stimmungslage, aber auch schwere Angstzustän-

de und aggressives Verhalten kommen vor. Störungen des Antriebs wirken sich einerseits als Trägheit unterschiedlicher Ausprägung und Negativismus bis zum Stupor, andererseits als Überaktivität und Rastlosigkeit bis zum Erregungssturm aus.

Die anhaltenden wahnhaften Störungen sind durch das dauerhafte Vorhandensein einer einzelnen Wahnidee oder miteinander verbundener Wahninhalte in Form eines „Wahnsystems“ gekennzeichnet.

Die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen zeichnen sich durch zumeist recht schnell wechselnde psychopathologische Phänomene von der oben beschriebenen Art aus.

Kennzeichen für die schizoaffektiven Störungen sind das gleichzeitige oder sequentielle Vorhandensein eindeutig schizophrener wie auch eindeutig affektiver Symptome.

Gesundheitliche Integrität

Die Gruppe der Schizophrenien weist sowohl im Quer- wie auch im Längsschnittbefund in unterschiedlichem Ausmaß Störungen des Denkens, der Kognition, des Affektes, der Wahrnehmung und des Antriebes auf. In der Praxis resultiert aus diesen Störungen u. a. eine Beeinträchtigung der Fähigkeit, in Situationen adäquat zu reagieren, da deren Bedeutung nicht mehr in dem Sinne erfasst werden kann, wie es einem Gesunden von vergleichbarer Ausbildung und Herkunft möglich ist. Geordnete Handlungsabläufe und das Verfolgen von Intentionen können in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt sein. Hinzutreten können eine allgemeine Passivität, Trägheit, Gleichgültigkeit, die Ablenkung der Aufmerksamkeit durch Halluzinationen, wahnbedingte Verkennung des interpersonellen Kontextes, Verarmung bzw. teilweise bizarre Veränderungen von Denken, Sprache und Verhalten sowie die Minderung der affektiven Resonanz.

Aus diesen Schädigungen im psychischen Bereich resultieren für die betroffene Person häufig durchaus globale Einschränkungen auf der Ebene der Aktivitäten. Die Kommunikation ist durch die Desorganisation des intrapsychischen Apparates in ihrem Kernbereich gestört. Auf der rein formalen Ebene betrachtet, ist dieser Zustand mit Störungen eines PC-Betriebssystems vergleichbar, die dessen Programmablauf bekanntermaßen ja ebenfalls bis in den Kern hinein beeinträchtigen, und somit Systemabstürze und Fehlermeldungen zur Folge haben.

Im Bereich der anhaltenden wahnhaften Störungen betrifft die Beeinträchtigung den Denkinhalt. Diese inhaltliche Störung zeichnet sich durch eine Unkorrigierbarkeit bestimmter Anschauungen aus. In vielen Fällen sind aber Aktivitäten und Partizipation nur in den Sektoren beeinträchtigt, die Gegenstand des Wahns oder Wahnsystems sind. Dagegen erweisen sich alle übrigen Bereiche als weitgehend unauffällig.

Verschiedene psychotische Störungen führen vor allem in der Phase der akuten Erkrankung zu schweren Beeinträchtigungen in den Bereichen von Aktivitäten und Teilhabe. Aber auch in den erscheinungsfreien Intervallen können durch Reaktionsbildungen des betroffenen Individuums oder seiner Umgebung eher mittelbare Beeinträchtigungen bestehen.

Für die Gruppe der schizoaffektiven Störungen gilt, dass diese nur in wenigen Fällen in ein Residuum münden.

Verlauf und Prognose

Die paranoide Schizophrenie beginnt zumeist in einem Alter zwischen zwanzig und vierzig Jahren. Die Krankheiten sind in ihrem Verlauf interindividuell recht unterschiedlich. Ein Teil von ihnen chronifiziert und führt dann häufig zur Bildung eines Residuums, mit der entsprechend schlechten Prognose bezogen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wie auch

die Ebenen von Aktivitäten und Teilhabe. Diese Personengruppe bedarf zumeist der Versorgung durch komplementäre Strukturen, wie das betreute Wohnen, Tagesstätten, Heime, Selbsthilfefirmen und Werkstätten für seelisch behinderte Menschen.

Es gilt der Erfahrungsgrundsatz, je akuter und florider die Symptomatik zum Krankheitsbeginn und während des Verlaufs ausgeprägt ist, desto besser ist die Prognose. Etwa ein Drittel der Betroffenen übersteht diese Erkrankung ohne anhaltenden Schaden, ein weiteres Drittel mit vorübergehenden Beeinträchtigungen, bei den übrigen Erkrankten ist eine chronifizierte Entwicklung zu verzeichnen.

Die anhaltende wahnhaftige Störung tritt üblicherweise ab dem dritten Lebensjahrzehnt auf und hält in manchen Fällen lebenslang an. Von der Prognose her wesentlich günstiger sind die beiden Störungsbilder der schizoaffektiven Störung und der akuten vorübergehenden psychotischen Störungen. Aber auch hier ergeben sich bisweilen Verläufe, die in ein Residuum münden.

Trotz des überwiegend eigengesetzlichen Verlaufs dieser Erkrankungen dürften neben der deutlichen und fortschreitenden Verbesserung der Pharmakotherapie mit ihren Behandlungserfolgen der Einsatz von Maßnahmen der medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation die Prognose dieser Erkrankungen im Einzelfall deutlich verbessern.

Sozialmedizinische Beurteilung

Diese Gruppe der psychischen Erkrankungen ist bis auf die der anhaltenden wahnhaften Störungen in der Regel sehr gut dokumentiert. Verläufe lassen sich zumeist aus Krankenhaus-Entlassungsberichten differenziert herausarbeiten.

Art und Ausmaß der funktionellen Störungen sind durch den fachärztlichen Gutachter unschwer zu erkennen. Neben der Erhebung des psychopathologischen Befundes sind vor allem orientierende Fragen, aus deren Beantwortung sich das Ausmaß der Einbußen ermitteln lässt, von Bedeutung. Hierzu zählt zum Beispiel die Frage zum Tagesablauf oder danach, ob ein Proband in der Lage ist, einem Fernsehfilm vollständig zu folgen, Tageszeitungen zu lesen und sich darauf zu konzentrieren. Darüber hinaus ist es erforderlich, sich durch eine gezielte Exploration Informationen über die Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagsaufgaben mit Anforderungen an Ausdauer und Sorgfalt zu verschaffen. Dies dient auch der Ermittlung des verfügbaren Rehabilitationspotentials.

Bei dieser Personengruppe findet sich ähnlich wie bei manchen hirnganisch Erkrankten häufig ein vorzeitiges Abflachen der Leistungskurve, das quantitative Leistungsvermögen ist dann auf eine Stundenzahl von weniger als sechs Stunden am Tag reduziert. Dies gilt auch für Probanden, die in ihrem übrigen Aktivitätsniveau durchaus partizipationsfähig erscheinen.

Je stärker die Aktivitätseinschränkungen ausgeprägt sind, desto weniger spezifisch-tätigkeitsbezogene Anforderungen können dem Probanden am Arbeitsplatz zugemutet werden. Bei erheblichen Störungen in verschiedenen Bereichen ist in der Regel von einem aufgehobenen Leistungsvermögen auszugehen.

Zu Beginn einer Erkrankung ist die Prognose der Krankheitsentwicklung, insbesondere die der verbleibenden leistungsmindernden Defizite, zumeist nicht möglich. Es ist in keiner Weise gerechtfertigt, hier bereits frühzeitig von einem dauerhaft aufgehobenen Leistungsvermögen auszugehen. Häufig sind überraschende Verläufe mit wesentlicher Besserung in den verschiedenen Bereichen zu verzeichnen.

Zum Zeitpunkt der Begutachtung sind einige dieser Personen für eine Rehabilitation im Sinne des gesetzlichen Auftrags der Rentenversicherung unter Umständen noch nicht ausreichend belastbar. Über die bei ihnen noch vorhandenen Ressourcen wie auch über ihr noch

vorhandenes Rehabilitationspotenzial kann daher erst endgültig nach Abklingen des akuten Bildes geurteilt werden.

Bei der Fortschreibung des Behandlungsplanes sollte die Möglichkeit einer späteren Rehabilitation in jedem Fall im Auge behalten werden.

Zugleich sollten die verantwortlichen, den Patienten begleitenden Ärzte diesem die grundsätzliche Möglichkeit einer Rehabilitation zu einem späteren Zeitpunkt vermitteln. Diese kann je nach Art des vermutlich erreichbaren Rehabilitationszieles zu Lasten der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung durchgeführt werden. Auf der Grundlage der verwaltungsinternen Vereinbarungen (Empfehlungsvereinbarung zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen) ist das zugehörige Kostenübernahmeverfahren unproblematisch. Auch bei laufendem Rentenbezug kann eine Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung eingeleitet werden.

Gezielte rehabilitative Strategien kommen bereits während der Krankenhausbehandlung zum Zeitpunkt des Ausklingens des akuten Zustandsbildes zum Einsatz. Sie sind hier aber noch integraler Bestandteil der Krankenhausbehandlung, u. a. mit den Zielen einer allgemeinen Stabilisierung, einer Reintegration in das soziale Umfeld und der Unabhängigkeit von Pflege.

Ein weiteres Ergebnis dieser Maßnahmen der Akutversorgung kann auch das Erreichen von Rehabilitationsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung sein. Die Rehabilitation findet dann in Einrichtungen der medizinischen, der medizinisch-beruflichen und der beruflichen Rehabilitation statt.

Auf der Grundlage der 1986 zwischen der gesetzlichen Rentenversicherung, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Bundesagentur für Arbeit geschlossenen und im Jahr 2005 überarbeiteten Empfehlungsvereinbarung zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK) besteht in den meisten Bundesländern heute ein derartiges Angebot von RPK-Einrichtungen, in dem inzwischen auch ambulante Leistungen zur Teilhabe vorgehalten werden.

Langjährige Erfahrungen auf diesem Gebiet haben gezeigt, dass derartige Maßnahmen häufig erst nach einem länger bestehenden Krankheitsverlauf über den Zeitraum von etwa zwei bis drei Jahren sinnvoll sind, da der Betroffene über eigene Erfahrungen mit seiner Krankheit verfügen muss, um von einer Rehabilitation profitieren zu können.

Eine große Verantwortung besteht darin, nur solche Personen aufzunehmen, die voraussichtlich in der Lage sind, das Ziel der Rehabilitation auch zu erreichen. Die meist jungen Probanden knüpfen bei hoher intrinsischer Motivation und dem Wunsch, endlich wirtschaftlich autark zu werden, in der Regel große Erwartungen an diese Maßnahmen; ein Scheitern wird von ihnen daher zumeist als katastrophal empfunden. Daher ist eine enge und gut koordinierte Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der zuständigen RPK-Einrichtung notwendig. Die hier Tätigen verfügen auf der Grundlage ihrer jeweiligen qualifizierten beruflichen Ausbildung über ein hohes Erfahrungswissen bei Einschätzung und Umgang mit der individuellen Situation der einzelnen Betroffenen.

Einige Facheinrichtungen haben sich auf die medizinische Rehabilitation von Patienten mit psychischen Störungen eingerichtet, die kontinuierlich im Arbeitsprozess stehen und bis auf seltene Krankenhausaufenthalte ambulant psychopharmakologisch dauerhaft versorgt werden. Ziel der Maßnahme hier ist die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung sowie die Stärkung der Ressourcen dieser Personen.

3.5 Affektive Störungen (ICD-10: F30 - F39)

Affektive Störungen sind durch phasenhaft auftretende Veränderungen der Stimmung und der Antriebslage nach oben (Manie) oder unten (Depression) gekennzeichnet. Einzelne Episoden werden von bipolaren (also rein manischen oder manischen und depressiven) bzw. anderen wiederholt auftretenden zyklischen Schwankungen unterschieden. Die Kategorie der "manischen Episode" darf nur für eine einzelne manische Phase von wenigstens einer Woche Dauer verwendet werden. Wenn zuvor oder später depressive, manische oder hypomanische Episoden auftreten, ist eine bipolare affektive Störung zu diagnostizieren. Bei den depressiven Störungen wird zwischen einer einzelnen depressiven Episode (Mindestdauer zwei Wochen) und rezidivierenden depressiven Störungen mit leichter, mittelgradiger oder schwerer Ausprägung unterschieden. Die seltenen Verläufe mit ausschließlich manischen Episoden werden unter den bipolaren affektiven Störungen subsumiert. Die ICD-10-Kategorie F34 kennzeichnet anhaltende affektive Störungen wie die Zykllothymia oder Dysthymia, deren Verlauf sich über mehrere Jahre hinweg erstrecken kann.

Psychopathologie

Leitsymptom der Manie ist die situationsinadäquat gehobene oder gereizte Stimmung mit vermehrtem Antrieb, Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Neben dem Verlust üblicher sozialer Hemmungen kommt es zu Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit mit starker Ablenkbarkeit. Es können auch psychotische Symptome in Form von Größenideen und Wahn auftreten.

Demgegenüber ist bei depressiven Episoden bzw. depressiven Störungen eine Senkung von Stimmung, Antrieb und Aktivität zu verzeichnen. Darüber hinaus kann es zu einer Minderung von Konzentration, Aufmerksamkeit und Selbstvertrauen kommen. Neben Schuldgefühlen, Wahn und zwanghaftem Grübeln sind oft auch körperliche Symptome einschließlich Appetit- und Gewichtsverlust zu verzeichnen.

Gesundheitliche Integrität

Affektive Störungen können sich sowohl auf globale als auch auf spezifische mentale Funktionen auswirken. Zu den globalen Funktionsstörungen zählen Beeinträchtigungen der emotionalen Stabilität und des Antriebsniveaus, die durch manische bzw. depressive Zustandsbilder beeinflusst werden. Bei den spezifischen mentalen Funktionsstörungen sind je nach individueller Ausprägung Aufmerksamkeit, psychomotorische Aktivität, Emotion, Denken (Geschwindigkeit, Denkinhalte, Kontrolle) sowie exekutive Funktionen (Abstraktion, Planung, Organisation, Zielorientierung, Flexibilität, Urteilsfähigkeit, Motivation, Ausdauer, Sorgfalt, Selbstständigkeit) betroffen.

Auf der Ebene der Aktivitäten ist unter Umständen die Fähigkeit zu lernen, Wissen anzuwenden und Aufgaben zu erfüllen, beeinträchtigt. Bei den Aktivitäten des Alltags- und Berufslebens kann sich dies in Schwierigkeiten beim Problemlösen, beim Erfassen von Aufgaben und im Umgang mit Leistungsanforderungen einschließlich Pünktlichkeit, Ordnungsbereitschaft und gehobener Verantwortung äußern. Darüber hinaus sind sowohl bei manischen als auch bei depressiven Zustandsbildern in der Regel wesentliche interpersonelle Fertigkeiten eingeschränkt, was sich auf die sozialen Beziehungen zum Partner, zu Familienmitgliedern, zu Freunden und Bekannten sowie zu Arbeitskollegen und Vorgesetzten (Führungs-, Team-, Durchsetzungs- und Kritikfähigkeit sowie die Fähigkeit, Kritik anzunehmen) auswirken kann.

Verlauf und Prognose

Das Alter bei Beginn der Erkrankung, der Schweregrad, die Dauer und die Häufigkeit der Episoden sind bei affektiven Störungen äußerst variabel.

Manische Episoden beginnen in der Regel abrupt und können zwischen zwei Wochen und vier bis fünf Monaten anhalten. Depressionen im Rahmen von bipolaren Störungen erstrecken sich meist über einen längeren Zeitraum (im Durchschnitt sechs Monate), dauern allerdings selten länger als ein Jahr.

Bei rezidivierenden depressiven Störungen tritt die erste Phase oft später auf, als bei den bipolaren Störungen, im Mittel erst im fünften Lebensjahrzehnt. Die Besserung zwischen den einzelnen - ebenfalls zwischen drei und zwölf Monate anhaltenden - Episoden ist im allgemeinen vollständig; Rückfälle sind meist seltener als bei den bipolaren Störungen. Eine Reihe von Patienten entwickelt allerdings eine anhaltende Depression.

Die anhaltenden affektiven Störungen wie die Zylothymia oder die Dysthymia können jahrelang andauern und manchmal für den größeren Teil des Erwachsenenlebens bestehen bleiben. Bei Beginn im höheren Lebensalter ist oft eine reaktive Auslösung nach Belastung zu verzeichnen. Bei der Dysthymia haben die Betroffenen gewöhnlich zusammenhängende Zeiten (Tage oder Wochen), in denen sie ein gutes Befinden beschreiben. Meist aber fühlen sie sich - oft monatelang - depressiv und müde.

Trotz der häufig zu verzeichnenden Eigendynamik affektiver Erkrankungen ist der Verlauf grundsätzlich nicht nur von einem stützenden sozialen Umfeld, sondern auch von der Primärpersönlichkeit sowie von individuellen Ressourcen und Krankheitsbewältigungsstrategien abhängig.

Die Krankheitsprognose ist um so günstiger, je stabiler die Ausgangspersönlichkeit ist und je weniger und kürzere Episoden zu verzeichnen sind. Eine vielgestaltige, aber bald rückläufige Symptomatik und ein rasches Ansprechen auf die fachärztliche Behandlung einschließlich der Pharmakotherapie sprechen ebenfalls für eine langfristig gute Prognose.

Sozialmedizinische Beurteilung

Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben muss neben den psychopathologischen Beeinträchtigungen das Ausmaß der anhaltenden Funktions- bzw. Aktivitätsstörungen sowie der möglicherweise eingeschränkten Teilhabe an den verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens berücksichtigen.

Die affektiven Störungen in Form der manischen, depressiven oder bipolaren Episoden zeichnen sich durch eine in der Mehrzahl günstige Prognose aus, die um so besser erscheint, je affektgetragener sich das Krankheitsbild darstellt. Bei stationärer und/oder ambulanter Akutbehandlung, die auch eine entsprechende Pharmakotherapie - ggf. einschließlich einer Phasenprophylaxe (Lithium, Carbamazepin, Valproat) - umfasst, ist die Gefahr einer dauerhaften Einschränkung der Leistungsfähigkeit meist nicht gegeben.

Rezidivierende depressive Störungen können zwar ebenfalls zu wiederholter und z. T. längerer Arbeitsunfähigkeit führen, sie bedingen in der Regel aber keine erhebliche Gefährdung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Kommt es im Rahmen von unvollständigen Remissionen allerdings zu Residualzuständen z. B. mit hypomanischer Dauerverstimmung, Restdepressivität oder erhöhter emotionaler Labilität, ist eine Beeinträchtigung des qualitativen und/oder des quantitativen Leistungsvermögens zu prüfen. Dies gilt insbesondere auch für Krankheitsbilder mit häufigem und kurzfristigem Wechsel der Episoden (rapid cyclers), bei denen aufgrund der fortdauernden Leistungseinschränkungen eine Berentung in Betracht zu ziehen ist.

Die sozialmedizinische Beurteilung der anhaltenden affektiven Störungen muss ebenfalls die Neigung zur Chronifizierung in Rechnung stellen, so dass sich die Einschätzung des Leis-

tungsvermögens im Einzelfall sehr schwierig gestalten kann. In der Regel sind die von einer Dysthymia betroffenen Patienten trotz monatelanger Depressivität und Müdigkeit in der Lage, die wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens unter Einschluss der Berufstätigkeit - allerdings oft auf eingeschränktem Niveau - zu bewältigen. Hier kann es zu qualitativen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit kommen. Vorbestehende quantitative Einschränkungen manifestieren sich gelegentlich erst bei einem Wegfall bestehender Förderfaktoren in der beruflichen oder persönlichen Umgebung, so dass dann von einem aufgehobenen Leistungsvermögen auszugehen ist.

Die Notwendigkeit für spezifische Rehabilitationsleistungen ist bei den unterschiedlichen affektiven Störungen aufgrund der in der Regel guten Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten und stationären Akutbereich sowie aufgrund der in der Mehrzahl günstigen Prognose nur im Einzelfall gegeben. Vorrangig ist eine frühzeitige und konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Fachbehandlung, die ggf. auch eine neuro- bzw. thymoleptische Medikation umfassen muss.

Bei anhaltenden affektiven Störungen, bei denen beeinflussbare reaktive Bedingungsfaktoren von Bedeutung sind, müssen Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit für Einrichtungen der medizinischen, aber auch der medizinisch-beruflichen oder der beruflichen Rehabilitation geprüft werden. Akute Suizidalität ist dabei als Kontraindikation anzusehen. Neben den individuellen Ressourcen und der unterschiedlichen Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung sind verschiedenste Einwirkungen - z. B. aus dem Familien- und Berufsleben - zu berücksichtigen, die den Verlauf positiv oder negativ beeinflussen können.

Insbesondere bei depressiv-dysthymen Störungen kann eine medizinische bzw. medizinisch-berufliche Rehabilitation oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben indiziert sein, wenn eine Chronifizierung mit fortbestehenden subjektiven und objektiven Beeinträchtigungen der Patienten bei sozialen, häuslichen und vor allem beruflichen Aktivitäten droht.

Die Indikation für rehabilitative Leistungen durch die Rentenversicherung ist bei affektiven Störungen vor allem bei drohender Chronifizierung - einhergehend mit einer erheblichen Gefährdung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben - zu prüfen, sofern diese nicht im Rahmen der ambulanten oder stationären Akutbehandlung abgewendet werden kann. Voraussetzung für derartige Maßnahmen sind neben der Entaktualisierung der psychopathologischen Symptomatik eine ausreichende Remission mit entsprechender Belastbarkeit und Kooperationsfähigkeit.

3.6 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F40-48)

3.6.1 Phobische Störungen und sonstige Angststörungen (ICD-10: F40, F41)

Bei phobischen Störungen wird die Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte hervorgerufen. Diese Situationen oder Objekte werden gemieden oder voller Angst ertragen.

Das Krankheitsbild der generalisierten Angststörung (früher als Angstneurose bezeichnet) ist durch generalisierte und anhaltende (zum Teil auch frei flottierende) Ängste charakterisiert, die nicht auf bestimmte Auslösesituationen in der Umgebung beschränkt sind. Zur wechselhaft ausgeprägten Symptomatik gehören Befürchtungen, motorische Spannungszustände (körperliche Unruhe, Zittern) und vegetative Übererregbarkeit. Die Ausprägung kann sich bis zu Todesängsten steigern.

Bei der Panikstörung tritt die Symptomatik in Form von wiederkehrenden, für den Betroffenen unerklärlichen schweren Angstattacken auf, wobei in diesen Situationen keine objektive Gefahr besteht. Zwischen diesen - oft nur Minuten andauernden - Attacken liegen längere, verhältnismäßig symptomarme Zeiträume.

Psychopathologie

Das psychopathologische Bild kann außerhalb der Angstphasen weitgehend unauffällig sein. Bei einer generalisierten Angststörung sind Bewusstsein und Orientierung erhalten. Es ist aber auch möglich, dass es zu ausgeprägten Derealisations- und Depersonalisationsphänomenen kommt. Häufig werden diese vom Betroffenen als Bewusstseins- bzw. Orientierungsstörungen erlebt. Es treten psychomotorische Unruhezustände auf; unter Umständen ist der formale Gedankengang gestört. Die kognitive und intellektuelle Leistungsfähigkeit ist im "Angstanfall" beeinträchtigt.

Ein begleitender Alkohol- oder Medikamentenabusus kann zusätzlich psychopathologische Veränderungen hervorrufen und muss daher differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden.

Gesundheitliche Integrität

Angststörungen sind je nach ihrer Ausprägung und nach den auslösenden Situationen mit erheblichen Auswirkungen auf spezifische mentale Funktionen verbunden. Die Aufmerksamkeit, die psychomotorische Aktivität sowie, insbesondere bei generalisierten Angststörungen, die Kommunikationsfähigkeit, die Flexibilität, Zielorientierung, Ausdauer, Sorgfalt und Selbstständigkeit können erheblich betroffen sein.

Dadurch sind bei Angststörungen Beeinträchtigungen sowohl der Aktivitäten des Alltagslebens als auch des Berufslebens zu erwarten. Insbesondere bei frei flottierenden Ängsten, die ohne Auslösesituationen und somit ohne vermeidbare Situationen auftreten, sind die sozialen Beziehungen der Betroffenen häufig gestört; dies wirkt sich negativ auf das Arbeitsumfeld aus. Der mit chronifizierten Angststörungen verbundene soziale Rückzug schließt die Betroffenen von der Teilhabe an vielen beruflichen und außerberuflichen Aktivitäten aus, wobei sich hier negative Wechselwirkungen zwischen sozialem Rückzug und der Entwicklung zusätzlicher, vorwiegend depressiver Störungen einstellen.

Verlauf und Prognose

Da die Betroffenen sich oft nicht primär mit der Beschreibung des Angsteffektes, sondern mit Klagen über die somatischen Angstkorrelate (Herzrasen, Schweißausbrüche, Brustenge, etc.) in ärztliche Behandlung begeben, werden Angststörungen häufig lange Zeit verkannt und ausschließlich organmedizinisch behandelt, so dass es zu einer Chronifizierung des Krankheitsbildes kommen kann. Von einer relativ günstigen Prognose kann ausgegangen werden, wenn sich das Krankheitsbild noch nicht über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten hinaus verfestigt hat.

Neben der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur, der Introspektionsfähigkeit sowie einem eventuell vorliegenden schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen bzw. einer manifesten Abhängigkeit bestimmt auch das soziale Umfeld den Verlauf der Störung.

Sozialmedizinische Beurteilung

Eine phobische Störung führt üblicherweise nicht zu einer zeitlichen Leistungsminderung, aber in Einzelfällen sehr wohl zu einer Minderung des qualitativen Leistungsvermögens. Dies gilt beispielsweise für isolierte Auslösesituationen, die im Arbeitsumfeld des Probanden auftreten. Dies ist durch den Gutachter zu erfragen und entsprechend zu bewerten.

Die generalisierte Angststörung kann zu einer Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit führen. Eine zeitliche Leistungseinschränkung aufgrund einer Angststörung wird dagegen nur bei sehr ausgeprägten Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu begründen sein.

Die sozialmedizinische Beurteilung von Panikattacken ist von deren Frequenz und Dauer abhängig.

Eine Berentung, die aus der Erwartung heraus erfolgt, dass sich das Leistungsvermögen durch die berufliche Entpflichtung bessert, erscheint meist wenig sinnvoll, da hierdurch eher die Chronifizierung der Symptomatik begünstigt wird.

Wenn ambulante oder stationäre psychotherapeutische und ggf. medikamentöse Behandlungen nicht zum gewünschten Erfolg führen, ist die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachklinik bei besonderen Problemkonstellationen gegeben. Diese sollte auch in einer spezifischen psychosozialen Konfliktsituation mit Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit immer geprüft werden.

3.6.2 Zwangsstörung (ICD-10: F42)

Wesentliche Kennzeichen der Zwangsstörung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.

Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Betroffenen immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, werden zwar als ich-zugehörig, aber zugleich als sinnlos erlebt und die betroffene Person versucht erfolglos, Widerstand zu leisten.

Zwangshandlungen sind ständig wiederholte Stereotypen. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Die betroffene Person erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihr Schaden bringen oder bei dem sie selbst Unheil anrichten könne. Im allgemeinen wird dieses Verhalten von den Betroffenen als sinnlos und ineffektiv erlebt. Vegetative Angstkorrelate sind häufig vorhanden. Eine Vermeidung des Zwangsrituals führt zu einer Steigerung der die Zwangssymptomatik begleitenden Symptome (Angst, innere Unruhe, Gedankenkreisen, Reizbarkeit).

Es besteht eine enge Verbindung zwischen Zwangssymptomen und Depression; Betroffene mit einer Zwangsstörung leiden oft unter depressiven Symptomen. Für eine eindeutige Diagnose sollen wenigstens zwei Wochen lang an den meisten Tagen Zwangsgedanken oder -handlungen oder auch beides nachweisbar sein.

Psychopathologie

Bewusstsein und Orientierung sind erhalten, die kognitive und intellektuelle Leistungsfähigkeit kann durch eine schwere Zwangssymptomatik selbst, aber auch durch entsprechende vegetative Angstsymptome bzw. depressive Symptome beeinträchtigt sein.

Gesundheitliche Integrität

Beim Vorliegen von Zwangsgedanken kann - bei entsprechender Ausprägung der Symptomatik - die Fähigkeit zur Aneignung von Wissen und Fertigkeiten reduziert sein.

Zwangsstörungen wirken sich negativ auf Konzentrationsleistung, Denken sowie insbesondere exekutive Funktionen aus. Auch die Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen ist unter Umständen eingeschränkt. Dadurch bedingt sind insbesondere Organisation, Planung und Zielorientierung, sowie Ausdauer und Sorgfalt beeinträchtigt.

Wenn Zwangshandlungen großen zeitlichen Umfang annehmen, ist dadurch die Teilhabe am Alltags- und Berufsleben bzw. den entsprechenden Aktivitäten erheblich beeinträchtigt.

Verlauf und Prognose

Der Krankheitsbeginn liegt meist in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter. Der Verlauf ist häufig chronisch. Durch die Erweiterung der Therapieoptionen einschließlich Verhaltenstherapie und Psychopharmakotherapie hat sich die Prognose jedoch deutlich verbessert.

Sozialmedizinische Beurteilung

Zwangsstörungen sind in ihren abortiven Formen weit verbreitet. Sie beeinflussen dann die Leistungsfähigkeit der Betroffenen nicht oder nur in geringem Umfang; unter Umständen können sie zu qualitativen Leistungseinschränkungen führen.

Eine Zwangsstörung führt üblicherweise nicht zu einer zeitlichen Leistungsminderung. Wenn die Symptome allerdings so ausgeprägt sind, dass Zwangsrituale (z. B. Handwasch-Rituale) stundenlang ausgeführt werden müssen, ist auch die quantitative Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt.

Bei ausgeprägten Zwangsgedanken kann eine qualitative Leistungseinschränkung bestehen, insbesondere wenn Konzentrationsfähigkeit und andere kognitive Leistungen beeinträchtigt sind. Diese Einschränkungen müssen sich nicht immer im unmittelbaren Querschnittsbefund äußern, sondern sind gelegentlich erst über eine differenzierte Längsschnittbetrachtung erfassbar.

Sowohl ambulante als auch stationäre psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten sind ebenso wie eine pharmakologische Intervention in Betracht zu ziehen; eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Facheinrichtung ist im Einzelfall angezeigt.

3.6.3 Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)

Unter einer posttraumatischen Belastungsstörung versteht man eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf außergewöhnliche Bedrohungssituationen oder Veränderungen katastrophalen Ausmaßes. Es handelt sich dabei um Ereignisse, die bei (fast) jedem Menschen eine tiefe Verstörung hervorrufen würden. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz von Wochen bis Monaten, selten jedoch später als nach sechs Monaten. Es wird zwischen Typ I-Traumata bei plötzlich eintretenden und kurzdauernden Ereignissen (Beispiel Flugzeugabsturz) und Typ II-Traumata bei länger andauernder bzw. wiederholter Traumatisierung (Beispiele Folter, sexueller Missbrauch) unterschieden.

Psychopathologie

Psychische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Intrusionen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen und zusätzlich emotionale Abstumpfung gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung und Vermeidung von Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Häufig auftretende psychopathologische Veränderungen bei posttraumatischen Belastungs-

störungen sind Angst, Depression und Neigung zur Somatisierung mit vegetativer Übererregbarkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Bei schwerer Ausprägung sind Suizidgedanken häufig. Auch Antriebsstörungen können ausgeprägt sein. Überdurchschnittlich häufig finden sich Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Gesundheitliche Integrität

In der akuten Phase der Störung gehört der soziale Rückzug zu den wesentlichen Auffälligkeiten; die Möglichkeiten zur Kommunikation sind beeinträchtigt und es finden sich durch die in dieser Phase vorhandene emotionale Instabilität sowohl Aktivitätsstörungen als auch Partizipationsstörungen in den entsprechenden Feldern.

Modifizierende Faktoren sind prämorbid organische Störungen, Persönlichkeitsstörungen mit neurotischen Zügen und das Vorhandensein von Coping-Strategien und eines sozialen Netzwerks.

Prognose

Die posttraumatische Belastungsstörung hält selten länger als sechs Monate an. Die Prognose ist bei adäquater Therapie günstig.

In seltenen Fällen kann es bei Krankheitsverläufen von über zwei Jahren zur Ausbildung einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) kommen. Dann ist das Leistungsvermögen möglicherweise dauerhaft beeinträchtigt.

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Eine dauernde Minderung der quantitativen Leistungsfähigkeit auf Grund einer posttraumatischen Belastungsstörung besteht üblicherweise nicht. Vorübergehend können qualitative Einbußen bestehen, insbesondere bei Konfrontation mit angstbesetzten Situationen und Orten. Bei den bereits angesprochenen andauernden Persönlichkeitsveränderungen kann die Leistungsfähigkeit insbesondere durch die vorherrschenden Einschränkungen des Antriebs und die sozialen Rückzugstendenzen dauerhaft beeinträchtigt sein.

3.6.4 Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.2)

Anpassungsstörungen können während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Beispielhaft zu nennen sind Betroffene im Rahmen der Bewältigung von Verlustereignissen bzw. schweren körperlichen Erkrankungen wie etwa Karzinomen oder verstümmelnden Operationen. Des Weiteren finden sich Anpassungsstörungen häufig bei Langzeitarbeitslosen und Migranten.

Individuelle Disposition oder Vulnerabilität spielen bei dem möglichen Auftreten und der Art der Anpassungsstörung eine größere Rolle als bei den anderen Krankheitsbildern der Gruppe F43.x; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die vorangegangene Belastung nicht entstanden wäre.

Auf der psychischen Ebene handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern können.

Die Anpassungsstörungen sind nach einer sorgfältigen Bewertung der Wechselwirkung zwischen Art, Inhalt und Schwere der Symptome, Anamnese und Persönlichkeit sowie belastendem Ereignis, situativer Auslösung oder Lebenskrise zu diagnostizieren. Hierbei finden sich unterschiedliche Verlaufsformen.

Sozialmedizinisch relevant sind vor allem die länger andauernden Reaktionen (mehr als sechs Monate) in Verbindung mit gravierenden körperlichen Erkrankungen. In diesen Fällen spielt die längere depressive Reaktion im Sinne einer somato-psychischen Komorbidität eine bedeutende Rolle. Sie sollte daher bei allen Reintegrationsansätzen (z.B. Langzeitarbeitslose) mitbedacht werden. Ein erheblicher Anteil der Patienten aus psychotherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen ist von diesem Krankheitsbild betroffen.

Psychopathologie

Es findet sich ein breites Spektrum mit unterschiedlich lang andauernden und unterschiedlich ausgeprägten Symptomen und Verhaltensstörungen. Hierzu zählen kürzere und längere depressive Reaktionen, Angst kombiniert mit depressiven Symptomen sowie sonstige, unspezifische affektive Störungen. Bei letzteren kann sich das klinische Bild aus Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger zusammensetzen.

Gesundheitliche Integrität

Vor dem Hintergrund von depressiver Stimmung, Sinnverlust, Angst, Besorgnis oder einer Mischung von diesen besteht oft das Gefühl, nicht mehr vorausplanen oder mit der gegenwärtigen Situation in Beruf und Alltag zurechtkommen zu können. Hieraus resultieren in den Bereichen von Aktivität und Partizipation sozialer Rückzug in unterschiedlicher Ausprägung, Beeinträchtigung der Möglichkeiten zur Kommunikation sowie Störungen der Fähigkeit, zwischenmenschliche Kontakte aufzunehmen oder zu unterhalten.

Prognose

In der Mehrzahl der Fälle bildet sich die Symptomatik spontan innerhalb weniger Monate zurück.

Im Rahmen der sogenannten "längeren depressiven Reaktion" dauert dieser Zustand auch nicht länger als zwei Jahre an.

Sozialmedizinische Beurteilung

Eine dauernde Minderung der Leistungsfähigkeit alleine aufgrund einer Anpassungsstörung besteht üblicherweise nicht. Allerdings ist die Gefahr der Chronifizierung mit der Entwicklung weiterer psychischer Störungen nicht zu unterschätzen. Daher sind frühzeitig und individuell therapeutische Optionen zu erwägen.

3.6.5 Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)

Patienten mit somatoformen Störungen haben in der Primärversorgung häufig einen langen und komplizierten Leidensweg hinter sich. Die verschiedenen Krankheitsbilder sind dadurch charakterisiert, dass wiederholt körperliche Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischer Untersuchung geklagt werden; dies trotz wiederholt negativer Ergebnisse und Versicherungen der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien. Wenn körperliche Störungen / Erkrankungen vorhanden sind, erklären sie nicht Art und Ausmaß der Symptome und die innerliche Beteiligung der Betroffenen.

In der ICD-10 werden die Somatisierungsstörung (F45.0), die undifferenzierte somatoforme Störung (F45.1), die somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3), die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie die hypochondrische Störung (F45.2) aufgeführt.

Somatoforme Störungen F45 nach ICD-10

Untergruppe	Kriterien (vereinfacht)
Somatisierungsstörung (F45.0)	Mindestens sechs über die Organsysteme wechselnde somatoforme Symptome aus einer Liste von 14; eingeschlossen sind nicht unter das Paniksyndrom fallende Angststörungen
Undifferenzierte somatoforme Störung (F45.1)	Weniger als sechs wechselnde Symptome
Hypochondrische Störung (F45.2)	Überzeugtheit von körperlicher Krankheit, Nichtakzeptanz entlastender medizinischer Rückversicherung
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	Symptome der vegetativen Stimulation und Klagen unspezifischer Beschwerden, die von den Betroffenen auf eine somatische Erkrankung eines vegetativ innervierten Organ(system)s zurückgeführt werden
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)	Überwiegend chronische Schmerzen ohne hinreichende organische Begründbarkeit
Sonstige somatoforme Störungen (F45.8)	Stressbedingte, nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelte Störungen
Nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen (F45.9)	Heterogene stressbedingte Beschwerdebilder (Restkategorie)

Die Krankheitsbilder können in Störungen, die durch multiple körperliche Symptome gekennzeichnet sind, Störungen, bei denen eine eng umschriebene körperliche Symptomatik im Vordergrund steht sowie Störungen mit primär dominierenden psychischen Merkmalen unterteilt werden.

Zu den erstgenannten Krankheitsbildern zählen die Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) sowie die undifferenzierte somatoforme Störung (ICD-10: F45.1). Letztere stellt definitionsgemäß eine milder ausgeprägte Form der Somatisierungsstörung dar.

Davon sind Störungen zu unterscheiden, bei denen eine eng umschriebene Symptomatik im Vordergrund steht, hier spielt die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) die wichtigste Rolle bei der Begutachtung. Diese Störung ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die vorherrschende Beschwerde als andauernder, schwerer und quälender Schmerz darstellt, der durch einen pathophysiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Dieser Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf.

Darüber hinaus werden zu den somatoformen Störungen Krankheitsbilder gerechnet, bei denen primär psychische Merkmale dominieren. Hierzu gehört die hypochondrische Störung, ICD-10: F45.2. Charakterisiert ist sie durch eine ausgeprägte lang dauernde und nur schwer korrigierbare Krankheitsbefürchtung.

Die somatoformen Störungen sind mit einer erheblichen psychischen Komorbidität verbunden: Beschrieben wurden in 60 bis 70% aller Fälle auch depressive Störungen, in 20 bis 40% der Fälle Angststörungen, in 15 bis 20% der Fälle Störungen mit Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit sowie Persönlichkeitsstörungen in 30 bis 60% der Fälle. Diese Störungen treten allerdings meist nicht gleichzeitig mit der somatoformen Störung auf, es können Monate bis Jahre zwischen dem jeweiligen Erstauftreten des einen oder anderen Störungsbildes vergehen.

Bei Patienten mit somatoformen Störungsbildern besteht eine ebenso große Wahrscheinlichkeit, eine (zusätzliche) körperliche Erkrankung zu entwickeln, wie bei jeder anderen Person der entsprechenden Altersgruppe. Weitere körperliche Untersuchungen sind insbesondere zu erwägen, wenn sich die Klagen über somatische Beschwerden verändern oder neue körperliche Beschwerden geschildert werden.

Die Diagnose der somatoformen Störung wird zunehmend häufiger gestellt, nicht selten leider auch im Sinne der Ausschlussdiagnostik. Dagegen sind in der ICD-10 die Merkmale der Störung eindeutig durch positive Kriterien festgelegt. So muss die Störung hier u. a. mehr als zwei Jahre mit mindestens sechs Krankheitssymptomen bestehen; das Beschwerdebild darf nicht nur während einer psychotischen, affektiven oder Panikstörung auftreten.

Die ICD-10-Kriterien der somatoformen Störungen weisen keine depressiven Symptome oder Angstsymptome auf, insofern ist differenzialdiagnostisch meist kein erhebliches Problem gegeben. Depressive Störungen sind durch charakteristische Symptome gekennzeichnet. Falls diese Symptome bei einer somatoformen Störung ebenfalls vorliegen, muss die zusätzliche Diagnose einer depressiven Störung in Betracht gezogen werden.

Psychopathologie

Somatoforme Störungen sind durch vielfältige psychopathologische Symptome charakterisiert. Während Bewusstsein und Orientierung erhalten sind, findet sich vor allem im inhaltlichen Denken häufig eine pathologische Einengung auf unterschiedlichste körperliche Beschwerden. Das Denken ist von erheblicher Besorgtheit geprägt. Durch den hohen subjektiven Leidensdruck und die negative Selbstbewertung kann auch die affektive Schwingungsfähigkeit beeinträchtigt sein. Von diagnostischem Wert ist neben der Klagsamkeit insbesondere auch eine gehemmte Expressivität. Es besteht ein erhebliches Misstrauen gegenüber ärztlichen Versicherungen hinsichtlich der Beschwerden. Die kognitive und intellektuelle Leistungsfähigkeit ist in aller Regel nicht beeinträchtigt. Besteht neben der somatoformen Störung eine depressive Störung, finden sich entsprechende psychopathologische Befunde; gleiches gilt für eine zusätzlich bestehende Angstsymptomatik. Wenn Störungen mit Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit zusätzlich vorliegen, finden sich die durch diese Störung verursachten psychopathologischen Veränderungen.

Gesundheitliche Integrität

Aufgrund des häufig ausgeprägten Schonverhaltens sind insbesondere Beeinträchtigungen in der Teilnahme an den Aktivitäten des täglichen Lebens anzutreffen. Es kann zu einem zunehmenden sozialen Rückzug mit Isolation kommen, vor allem wenn dieser durch ein entsprechendes Umfeld begünstigt wird. Die Partizipation am beruflichen Alltag, aber auch im familiären Bereich und an Freizeitaktivitäten ist eingeschränkt.

Verlauf und Prognose

Somatisierungsstörungen werden häufig lange Zeit rein organmedizinisch-symptomatisch behandelt, es kommt nicht selten zur Chronifizierung der Symptomatik, insbesondere wenn vielfältige diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden. Die Diagnose einer somatoform-

men Störung wird häufig erst dann gestellt, wenn bereits mehrere Jahre entsprechende Symptome bestehen.

Die Prognose muss – insbesondere für die somatoforme Schmerzstörung – generell als um so ungünstiger beurteilt werden, je stärker chronifiziert sich das Krankheitsverhalten darstellt. Wenn auch die Wirksamkeitsbelege der verschiedenen Formen der Psychotherapie (isoliert und kombiniert eingesetzt) noch lückenhaft sind, sind die therapeutischen Möglichkeiten erst dann als ausgeschöpft anzusehen, wenn ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlungsversuche durchgeführt wurden. Nach jahrelanger Fixierung auf eine somatische Erkrankung, medizinisch nicht indizierter Diagnostik zur Rückversicherung des Patienten mit daraus möglicherweise resultierender iatrogener Schädigung sowie in Folge krankheitsbedingter Faktoren ist im Einzelfall zu prüfen, ob bei den Patienten die Aufnahme einer Psychotherapie noch Erfolg versprechend sein kann.

Bei eingeschränktem Psychogeneseverständnis besteht häufig keine Motivation für die notwendigen psychotherapeutischen Interventionen; die Betroffenen sind in aller Regel davon überzeugt, organisch krank zu sein. Günstig ist es - falls eine medizinische Rehabilitation überhaupt akzeptiert wird - eine Maßnahme zu wählen, in der sowohl körperliche als auch psychosomatische Aspekte gleichberechtigt berücksichtigt werden können.

Sozialmedizinische Beurteilung

Die sozialmedizinische Beurteilung der somatoformen Störungen, insbesondere der somatoformen Schmerzstörung stellt angesichts der Komplexität der Problematik hohe Anforderungen an den Gutachter.

Da körperliche Störungen, die eine Leistungsminderung rechtfertigen, häufig nicht bestehen, muss sich der Gutachter an den vorhandenen psychopathologischen Auffälligkeiten bei dem Probanden orientieren. Wichtig ist eine ausführliche Befragung des Probanden zu den Tagesaktivitäten. Erfragt werden müssen auch Symptome des sozialen Rückzugs.

Bei weitgehender Einschränkung der Fähigkeit zur Teilnahme an den Aktivitäten des täglichen Lebens (im Sinne einer "vita minima") beispielsweise in den Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation, Antrieb, Konzentrationsfähigkeit, Interesse oder Aufmerksamkeit ist von einer Minderung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens auszugehen.

Es lässt sich nicht vorhersehen, wie eine Berentung die vorhandene Symptomatik beeinflusst. Grundsätzlich ist nicht zu erwarten, dass die Berentung die vorhandene Symptomatik mindert oder zum Verschwinden bringt; es ist aber auch - empirischen Untersuchungen zufolge - nicht zu befürchten, dass die Berentung die Symptomatik weiter chronifiziert und fixiert.

3.6.6 Neurasthenie (ICD-10: F48.0)

Die Symptomatik der Neurasthenie ist durch Klagen über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen charakterisiert. Geklagt wird auch über das Gefühl körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringen Anstrengungen, begleitet von muskulären oder anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, zu entspannen.

Das Erscheinungsbild dieser Störung zeigt beträchtliche kulturelle Unterschiede.

In vielen Ländern wird die Neurasthenie nicht mehr allgemein als diagnostische Kategorie neurotischer Erkrankungen akzeptiert. Sie sollte nur diagnostiziert werden, wenn die Be-

schreibung der Symptomatik der Neurasthenie mehr entspricht als jedem anderen neurotischen Syndrom.

Für eine eindeutige Diagnose nach ICD-10 wird gefordert:

1. entweder anhaltende oder quälende Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung oder über körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringsten Anstrengungen
2. mindestens zwei der folgenden Empfindungen: Muskelschmerzen und -beschwerden; Schwindelgefühle, Spannungskopfschmerzen; Schlafstörungen, Unfähigkeit zu entspannen; Reizbarkeit und Dyspepsie.
3. beim Vorhandensein von Angst- oder Depressionssymptomen sind diese nicht anhaltend und schwer genug, um die Kriterien für eine der spezifischeren Störungen dieser Klassifikation zu erfüllen.

Wichtig ist es, die Symptomatik gegenüber einer beginnenden organischen psychischen Störung (demenzielles Syndrom) abzugrenzen. Hier können sowohl entsprechende testpsychologische als auch technisch-apparative Untersuchungsmethoden hilfreich sein.

Der Begriff der Neurasthenie, der laut ICD-10-Terminologie mit dem "Erschöpfungssyndrom" gleichzusetzen ist, wird nach wie vor häufig benutzt, um funktionelle Beschwerdebilder zu beschreiben. Dies ist nicht sinnvoll. Der Begriff der Neurasthenie sollte nur verwendet werden, wenn das Störungsbild eindeutig die Kriterien für diese Diagnose erfüllt.

Eine Minderung der Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht wird in aller Regel nicht bestehen. Qualitative Leistungseinschränkungen können durch bestehende Konzentrationsstörungen verursacht sein.

3.6.7 Spezielle Syndrome: "Chronic Fatigue-Syndrom" (CFS) bzw. "Multiple Chemical Sensitivity-Syndrom" (MCS)/ "Idiopathic Environmental Intolerances" (IEI)

Die unter den Begriffen „Chronic Fatigue-Syndrom“ (CFS) bzw. "Multiple Chemical Sensitivity" (MCS) zusammengefassten Beschwerdebilder haben wegen der problematischen Vermengung von symptomatischer Ebene, Syndrom-Ebene und nosologischer Zuordnung bislang keinen Eingang in die international gängigen Diagnoseklassifikationssysteme gefunden. Der Begriff "Multiple Chemical Sensitivity" ist mittlerweile durch den Begriff der "Idiopathic Environmental Intolerances" (IEI) ersetzt worden. Bei Betroffenen mit einem unspezifischen umweltbezogenen Überempfindlichkeitssyndrom (= IEI) kommt es häufig zur Chronifizierung, die sich nicht mit einem ausschließlich toxikologisch-allergologischen Ansatz erklären lässt.

Auch die 10. Revision der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen "Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) geht bei CFS bzw. MCS/IEI wegen der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz nicht von eigenständigen Krankheitsentitäten aus, zumal toxikologisch und immunologisch keine die Symptomatik erklärenden Befunde ermittelt werden können.

In der anerkannten Fachliteratur herrscht hingegen Einigkeit darüber, dass MCS-/IEI-Betroffene gleichzeitig über deutlich erhöhte psychische Beeinträchtigungen wie Ängstlichkeit, Depressivität oder diffuse, unterschiedlich ausgeprägte Körpersensationen berichten. Die Frage, ob die Häufung aktueller psychischer Störungen für eine "biogene" oder "psychogene" Ätiologie der MCS/IEI spricht, ist aus wissenschaftlicher Sicht noch nicht geklärt.

Von einer neuronalen Chemie-Hypothese ausgehend werden u. a. eine biologische Konditionierung bei der Exposition gegenüber Gerüchen und Atemwegsirritantien sowie immunologisch-allergische Mechanismen diskutiert. Die zugrunde liegende Überempfindlichkeit könnte durch verschiedene Ursachen wie psychosozialen Stress hervorgerufen werden.

Psychogene Erklärungsansätze rücken die manifeste psychische Störung der Betroffenen als Angsterkrankung, klinisch relevante Depression oder als somatoforme Störung in den Vordergrund. Verschiedene Autoren beobachten auch, dass unter MCS/IEI klinische Fehldiagnosen subsumiert werden, das heißt, dass es sich zum Teil um Frühformen psychischer Erkrankungen handelt. Weiterhin wird ein "belief system" als kulturgebundenen Erklärungsmodell diskutiert, mit dessen Hilfe unspezifische Körperbeschwerden interpretiert werden und das von Medien, Heilpraktikern, Ärzten und verschiedenen Institutionen etabliert und unterstützt wird.

Auch beim "Chronic Fatigue-Syndrom", dessen klinisches Bild sich in vielen Bereichen mit dem der "Multiple Chemical Sensitivity" überschneidet, wird in der Fachliteratur auf die Ähnlichkeit mit dem unter "Neurasthenie" operationalisierten Krankheitsbild (ICD-10: F48.0) verwiesen.

Insgesamt betrachtet erscheint eine psychische Ätiologie sowohl bei CFS als auch bei MCS/IEI in vielen Fällen wahrscheinlich. Die bisherigen klinischen Erfahrungen in universitären Fachambulanzen und stationären Fachabteilungen lassen zumindest eine hohe psychische Komorbidität bei dieser Störungsgruppe als gesichert erscheinen.

Im Rahmen der Sachaufklärung ist die komplexe Problematik der Betroffenen auf unterschiedlichen Ebenen zu berücksichtigen. Dies gilt - in Anlehnung an die von der WHO herausgegebene ICF - sowohl für den somatischen Bereich als auch für die psychischen und sozialen Beeinträchtigungen.

In der qualifizierten fachärztlichen Begutachtung sind die körperlichen Befunde und die technisch-apparativen Zusatzbefunde in sorgfältiger Form zu erheben und zu bewerten. Darüber hinaus ist auch die psychische und soziale Situation in die Gesamtbeurteilung des einzelnen Versicherten einzubeziehen.

Für die Beurteilung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens spielt dabei weniger die unmittelbare diagnostische oder ätiologische Zuordnung der Symptomatik eine Rolle, als vielmehr das Ausmaß der individuellen Fähigkeits- und Funktionsstörungen in Hinblick auf das Leistungsbild im Erwerbsleben.

Die Prognoseabschätzung darüber, ob eventuell bestehende Leistungseinbußen der Versicherten als irreversibel bzw. chronisch anzusehen sind, kann daher nur im Einzelfall und nicht allein auf der Grundlage einer umstrittenen diagnostischen Kategorie vorgenommen werden.

Die Forderung nach einer Vermeidung von (hypothetischen) Trigger-Substanzen im Berufsleben (Nocebo) als mögliche neurotoxische Einwirkung und eine daraus abgeleitete Frühberentung ist wissenschaftlich - wie oben ausgeführt - nicht begründbar.

Hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation in psychosomatisch - psychotherapeutischen Facheinrichtungen ist anzumerken, dass die differenzielle Zuweisung von Versicherten zu diesen Maßnahmen auf der Grundlage eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses erfolgt und die hier angebotene Behandlung der Symptomatik dem gegenwärtig anerkannten Wissensstand entspricht. Unter verhaltensanalytischen Aspekten kommt insbesondere der Überwindung von Verstärkungs- und Vermeidungsreaktionen eine Bedeutung zu, wenn die

Betroffenen lernen sollen, soziale Fertigkeiten zu trainieren und die Änderung dysfunktionaler Kognitionen und "belief systems" einzuüben.

Nach Ausschöpfung aller rehabilitativen Optionen wird sich bei CFS- bzw. MCS- / IEI-Betroffenen eine Frühberentung im Einzelfall möglicherweise nicht vermeiden lassen. Dies kann aus sozialmedizinischer Sicht allerdings nur auf der Grundlage einer umfassenden Gesamtbeurteilung der qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit erfolgen, in die die verschiedenen Gesichtspunkte einschließlich der tatsächlich ermittelbaren Fähigkeitsstörungen Eingang finden müssen.

3.7 Essstörungen (ICD-10: F50)

Unter dem Oberbegriff der Essstörungen werden u. a. die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa subsumiert.

Die Anorexia nervosa ist durch einen selbst herbeigeführten bzw. aufrecht erhaltenen Gewichtsverlust (BMI < 17,5) gekennzeichnet, erzielt durch restriktive Nahrungsaufnahme, induziertes Erbrechen, abführende Maßnahmen, Einnahme von Laxantien und/oder Diuretika sowie teilweise exzessive körperliche Aktivität.

Bei der Bulimie (BMI meist > 17,5) stehen wiederholte Anfälle von Heißhunger („Fressattacken“), gefolgt von Schuldgefühlen und dem Versuch, sowohl diese Schuldgefühle, als auch den Effekt der übermäßigen Nahrungszufuhr auf das Körpergewicht durch verschiedene Verhaltensweisen (Fasten, Erbrechen, Sportexzesse etc.) zu neutralisieren.

In 80-95% der Fälle von Anorexie bzw. Bulimie sind junge Frauen betroffen, wobei der Anteil der männlichen Betroffenen steigt. Beide Formen der Essstörung sind bei längeren Krankheitsverläufen auch mit erheblichen somatischen Begleiterscheinungen bzw. Folgeschäden verbunden. Aspekte der prämorbidem Persönlichkeit und soziokulturelle Einflussfaktoren, aber auch genetische und neurobiologische Faktoren werden für die Entwicklung von Essstörungen verantwortlich gemacht. Ein Diagnosekriterium der Anorexia nervosa ist das Vorliegen einer endokrinen Störung auf Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Ebene, die sich bei Frauen in einer Amenorrhoe, bei Männern als Libido- und Potenzverlust zeigt.

Differentialdiagnostisch müssen gestörtes Essverhalten und Gewichtsverlust im Rahmen anderer psychischer Störungen und somatischer Erkrankungen ausgeschlossen werden.

Psychopathologie

Bei einer länger andauernden Essstörung kann es zu affektiven und mental-kognitiven Veränderungen kommen, wobei zumindest letztere durch die chronische Mangel- bzw. Fehlernährung somatisch mit verursacht sein können. Die Symptomatik wird meist verheimlicht oder verleugnet, häufig finden sich eine Körperschemastörung sowie rigide, leistungsorientierte Persönlichkeitszüge. Denken, Erleben und Verhalten werden durch die Thematik von Essen und Körpergewicht dominiert. Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation fehlen bei Anorexie und Bulimie häufig.

Gesundheitliche Integrität

Bei einer länger andauernden Anorexie oder Bulimie ist die Fähigkeit zur angemessenen Gestaltung der Sozialkontakte meist beeinträchtigt. Über die unrealistische Selbsteinschätzung (bezogen auf Körperstrukturen und Leistungsfähigkeit) hinaus besteht oft ein Unvermögen, soziale Situationen und Beziehungen realistisch einzuschätzen. Die daraus folgende situationsinadäquate Affektresonanz stellt ein erhebliches Konfliktpotenzial dar. Darüber hin-

aus werden die Beziehungen in Familie, Partnerschaft und Freundeskreis funktionell ausgestaltet. Ein Wechsel zwischen angepasstem Verhalten und rücksichtsloser Abgrenzung charakterisiert häufig die zwischenmenschlichen Interaktionen. Im Berufsleben erscheinen die Betroffenen trotz der teilweise erheblichen psychischen und körperlichen Symptomatik unter günstigen Rahmenbedingungen oft erstaunlich leistungsfähig.

Verlauf und Prognose

Insbesondere die Anorexia nervosa ist mit einer erheblichen Mortalität von ca. 10% verbunden. Bei einem Drittel der Betroffenen tritt eine Chronifizierung ein. Diese Entwicklung wird durch die häufig mangelhafte Compliance bei oberflächlicher Anpassung und durch die bei Aufbietung aller Reserven noch erhaltene Arbeitsfähigkeit gefördert, wodurch die Betroffenen erst bei fortgeschrittenem Krankheitsverlauf einer Behandlung, u. U. zunächst auf einer Intensivstation zur Abwendung einer vitalen Gefährdung, zugeführt werden. Die Bulimia nervosa, der in etwa der Hälfte der Fälle eine anorektische Entwicklung vorausgegangen ist, weist insgesamt eine bessere Prognose auf, die Behandlungcompliance ist hierbei jedoch ebenfalls häufig eingeschränkt.

Günstige Prognoseindikatoren sind u. a. kurze Krankheitsdauer, Fehlen sekundärer Organschäden sowie eine gute prämorbid Sozialisation. Prognostisch ungünstig wirken sich hingegen Chronifizierung, Vorliegen somatischer Folgeerscheinungen sowie Verlust der sozialen Integration aus.

Sozialmedizinische Beurteilung

Bei Vorliegen einer Anorexie oder Bulimie ergeben sich besondere Schwierigkeiten in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung durch den Umstand, dass die Betroffenen in ihrem Selbsterleben nicht leistungsgemindert sind. Zudem bestehen bei vielen Betroffenen Ängste vor der möglichen Feststellung einer Behandlungsbedürftigkeit, da eine Behandlung in ihrem Erleben mit einem Verlust an Kontrolle und Autonomie verbunden wäre.

Die gutachterliche Fremdbeurteilung der Leistungsfähigkeit insbesondere von Anorexie-Betroffenen kann sich daher nicht allein auf diesbezügliche Angaben der Probanden und die mögliche Demonstration von (kurzfristiger) Leistungsfähigkeit in der Gutachtensituation stützen, sondern muss den gesamten bio-psycho-sozialen Kontext berücksichtigen, einschließlich der gezielten Diagnostik bei Essstörungen zu erwartender körperlicher und psychischer Veränderungen, ggf. auch mittels Testpsychologie.

Bei längerem Krankheitsverlauf sind somatische Komplikationen zu erwarten, die u. U. auch das zeitliche Leistungsvermögen beeinträchtigen. Lang andauernde Mangel- bzw. Fehlernährung kann zu hirnmorphologischen Veränderungen mit entsprechenden Funktionsstörungen und psychopathologischen Auffälligkeiten führen, wodurch ebenfalls eine erhebliche Minderung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens resultieren kann, oft ohne dass die Betroffenen dies selbst registrieren. Aber auch psychoreaktive Aspekte bei Essstörungen wie depressive Reaktionen und sozialer Rückzug können zu einer Beeinträchtigung des Leistungsvermögens beitragen.

Sofern bei Anorexia und Bulimia nervosa Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose und ausreichende Motivation für eine Rehabilitation gegeben sind, ist häufig das stationäre Setting besonders geeignet. Die Notwendigkeit einer stationären (Fach-) Krankenhausbehandlung aufgrund schwerwiegender psychopathologischer oder somatischer Symptomatik sollte jedoch zuvor ausgeschlossen werden. In jedem Falle sollte für die Zeit nach einer erfolgreich abgeschlossenen Rehabilitation ein Nachsorgekonzept bzw. eine langfristige Behandlungsstrategie entworfen werden, die auch den Besuch einer Selbsthilfegruppe beinhalten kann.

Binge Eating Disorder

Der Begriff der Binge Eating Disorder wurde in den USA geprägt und wird dort seit 1994 als eigenständige Diagnose (DSM-IV: 307.50) für die mit einer Prävalenz von 2% häufigste Form der Essstörungen i. e. S. verwendet. Frauen sind etwas häufiger als Männer betroffen.

Die Binge Eating Disorder ist wie die Bulimie durch unkontrollierbare Essattacken gekennzeichnet, die Betroffenen führen jedoch im Unterschied dazu keine gegensteuernden Maßnahmen wie Erbrechen, Fasten o. ä. durch. Diese Essstörung ist daher meist mit deutlichem Übergewicht verbunden; unter den Übergewichtigen leiden ca. 5% an einer Binge Eating Disorder. Ziele der vorwiegend ambulant und langfristig durchzuführenden multimodalen Behandlung sind eine Normalisierung des Essverhaltens sowie eine psychotherapeutische Bearbeitung der häufig eruierbaren zugrunde liegenden Konflikte und Belastungen.

Gesundheitliche Integrität

Durch das Auftreten der schambesetzten Essattacken einerseits und die sich meist entwickelnde Adipositas andererseits kommt es bei vielen Betroffenen zu depressiven Reaktionen und sozialen Rückzugstendenzen. Teilweise werden große Geldbeträge für Nahrungsmittel ausgegeben. Die Adipositas kann bei erheblicher Ausprägung auch zu somatischen Folgeschäden führen.

Sozialmedizinische Beurteilung

Die sozialmedizinische Bedeutung der Binge Eating Disorder ist geringer als die der beiden anderen beschriebenen Essstörungen und ergibt sich eher aus langfristig möglichen somatischen und/oder psychischen Komorbiditäten. Die Leistungsfähigkeit der Betroffenen ist durch die Binge Eating Disorder meist nur vorübergehend und nicht erheblich beeinträchtigt, die Störung ist gut behandelbar und hat in der Regel eine günstige Prognose.

Adipositas

Bei Probanden mit extremer Adipositas (Body-Mass-Index ≥ 35) lässt sich in der Regel ebenfalls ein gestörtes Essverhalten erfragen, u. U. verbunden mit unterschiedlich ausgeprägten psychopathologischen Auffälligkeiten, ohne dass die Diagnosekriterien einer Essstörung i. e. S. erfüllt sind. Allerdings sind bei diesen extrem adipösen Probanden psychische und somatische Komorbiditäten häufig, wodurch sich im Einzelfall die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die auch psychosomatische Aspekte berücksichtigt, ergeben kann. Dabei sind vorwiegend auf die Gewichtsreduktion ausgerichtete Maßnahmen nicht sinnvoll, sondern nur ein multimodales Rehabilitationskonzept unter Einschluss verhaltenspsychotherapeutischer Methoden. Insgesamt bleibt jedoch festzuhalten, dass diese Probanden zur Erzielung eines nachhaltigen Therapieerfolges primär einer langfristigen ambulanten, alltagsbegleitenden Behandlung und Betreuung bedürfen.

Gesundheitliche Integrität

Durch eine extreme Adipositas kann es einerseits zu vielfältigen somatischen Folgeerscheinungen, andererseits zu sozialen Rückzugstendenzen und Ausgrenzungen kommen, wodurch die Alltagsaktivitäten und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Erwerbsleben beeinträchtigt werden.

Sozialmedizinische Beurteilung

Eine extreme Adipositas kann zu Einschränkungen in der allgemeinen Beweglichkeit und in der Fähigkeit führen, bestimmte Alltagsgegenstände zu benutzen. Gravierender sind jedoch meist die Auswirkungen einer lange bestehenden extremen Adipositas auf Organfunktionen,

psychisches Befinden und soziale Integration. Die Wegefähigkeit kann durch degenerative Folgeerscheinungen am Bewegungsapparat eingeschränkt sein. In diesen Fällen ist zu prüfen, ob bereits eine Minderung der qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit vorliegt.

3.8 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60 - F69)

Betroffene mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zeigen starre Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen mit tief verwurzelten, unflexiblen Verhaltensmustern. Gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung finden sich deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen Menschen. Diese Verhaltensmuster sind meist zeitstabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Erlebens und der psychischen Funktionen.

Persönlichkeitsänderungen unterscheiden sich von *Persönlichkeitsstörungen* durch den Zeitpunkt und die Art und Weise ihres Auftretens. Persönlichkeitsstörungen beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern im Erwachsenenalter an. Persönlichkeitsänderungen werden dagegen im Erwachsenenalter erworben. Sie können mit schwerer oder anhaltender Belastung, extremer umweltbedingter Deprivation, psychischen Störungen oder organischen Hirnerkrankungen bzw. -verletzungen in Zusammenhang stehen.

Psychopathologie

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sollte nur gestellt werden, wenn eindeutige Symptome vorliegen. Fremdanamnestic Angaben sind häufig unverzichtbar. Der Begriff "Psychopathie" sollte in diesem Zusammenhang wegen seiner negativen Besetzung nicht mehr verwendet werden.

Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen sind durch die jeweils unterschiedlichen psychopathologischen Veränderungen und die dabei vorherrschenden Verhaltensweisen charakterisiert.

Für die paranoide Persönlichkeitsstörung ist eine übertriebene Empfindlichkeit auf Zurückweisung und Zurücksetzung charakteristisch; außerdem sind eine Inanspruchnahme durch Gedanken an Verschwörungen als Erklärung für Ereignisse in der näheren und weiteren Umgebung sowie Misstrauen und eine starke Neigung zu Beziehungserleben zu beobachten.

Die schizoide Persönlichkeitsstörung zeichnet ein Unvermögen zum Erleben von Freude aus; typisch sind außerdem u. a. emotionale Kühle, ein Mangel an engen, vertrauensvollen Beziehungen sowie deutliche Defizite im Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln mit der Folge exzentrischer Verhaltensweisen.

Bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung stehen eine deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen, das Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen sowie eine dauernde Reizbarkeit im Vordergrund.

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus lässt eine deutliche Tendenz erkennen, Impulse und Verhalten ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren.

Bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus sind oft das eigene Selbstbild sowie die Ziele und "inneren Präferenzen" unklar und gestört. Die Beziehungen sind von extremen Schwankungen zwischen Idealisierung und Entwertung geprägt. Fast regelhaft finden sich selbstschädigendes Verhalten und Suizidtendenzen.

Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung äußert sich in Perfektionismus, Bedürfnis nach ständiger Kontrolle sowie in Pederterie und Konventionalität, Rigidität und Eigensinn.

Die ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung ist durch das umfassende und andauernde Gefühl von Anspannung, Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit in Verbindung mit der Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptanz sowie der Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik charakterisiert.

Die asthenische Persönlichkeitsstörung zeigt sich in einer Überlassung der Verantwortung für wichtige Bereiche des eigenen Lebens an andere. Die Betroffenen nehmen sich als hilflos, inkompetent und schwach wahr.

Darüber hinaus werden in der ICD-10 neben kombinierten Persönlichkeitsstörungen unter F60.8 weitere spezifische Persönlichkeitsstörungen aufgeführt, für die keine der oben genannten Kategorien zutrifft. Hierzu zählt u. a. die narzisstische Persönlichkeitsstörung.

Gesundheitliche Integrität

Betroffene mit Persönlichkeitsstörungen weisen häufig Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens auf. Diese auffälligen Verhaltensweisen führen zu einer Ausgrenzung; häufig besteht das führende Symptom der Persönlichkeitsstörung in einem erheblichen sozialen Rückzug. Störungsbedingt können alle Bereiche des täglichen Lebens betroffen sein. In einigen Fällen führt die Störung zu deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit.

Verlauf und Prognose

Persönlichkeitsstörungen sind - zumindest zu Beginn - üblicherweise nicht mit Leidensdruck verbunden. Die Betroffenen leiden jedoch im späteren Verlauf unter den Beeinträchtigungen im persönlichen und sozialen Bereich und den hier entstehenden Konflikten. Wenn kein Leidensdruck besteht, wird auch eine Behandlung in aller Regel nicht gewünscht.

Sozialmedizinische Beurteilung

Das allgemeine Leistungsvermögen der Betroffenen ist in der Regel nicht beeinträchtigt. Eine Minderung der qualitativen wie auch der quantitativen Leistungsfähigkeit kann sich dann ergeben, wenn mit der Persönlichkeitsstörung soziale Rückzugstendenzen bzw. die Unfähigkeit, soziale Beziehungen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, verbunden sind.

Qualitative Leistungseinschränkungen ergeben sich aus einzelnen Symptomen der Persönlichkeitsstörung, so z. B. der Ausschluss von Tätigkeiten mit Publikumsverkehr bei dem Vorliegen einer paranoiden Persönlichkeitsstörung.

Wenn eine Minderung der zeitlichen Leistungsfähigkeit festgestellt wird, so ist diese aufgrund der schlechten therapeutischen Beeinflussbarkeit der Störung meist als dauerhaft anzunehmen.

3.9 Spezifische abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle: Pathologisches Spielen (ICD-10: F63.0)

Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle spielen in der sozialmedizinischen Begutachtung nur eine geringe Rolle. Eine Ausnahme bildet das pathologische Spielen, das in der ICD-10 zu den abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

gezählt und unter F63 kodiert wird. Demnach ist das pathologische Spielen als eigenständiges Krankheitsbild innerhalb der psychischen Störungen anzusehen, das trotz einiger Gemeinsamkeiten weder den Abhängigkeitserkrankungen noch den psychosomatischen Störungen zugeordnet werden kann.

Psychopathologie

Bei pathologischen Glücksspielen handelt es sich um ein andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Glücksspielverhalten, das nosologisch als Impulskontrollstörung eingeordnet, gleichzeitig jedoch als Abhängigkeitssyndrom operationalisiert wird. Differenzialdiagnostisch ist eine Abgrenzung zur Beteiligung an Glücksspielen oder Wetten als Problem mit Bezug auf die Lebensführung vorzunehmen, die ohne psychopathologischen Hintergrund gemäß der ICD-10 unter Z72.6 einzuordnen ist.

Typologisch lassen sich nach dem Ergebnis einer Studie von Petry & Jahrreiss (1999) zwei Gruppen pathologischer Glücksspieler unterscheiden, von denen die eine eher Merkmale einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere vom narzisstischen Typ, aufweist und die andere eher Merkmale einer depressiv-neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicher/vermeidenden Typ. Die erste Gruppe weist größere Ähnlichkeit zu Menschen mit stoffgebundener Abhängigkeit auf, während die zweite Gruppe mehr Betroffenen mit psychischen bzw. psychosomatischen Störungen ähnelt. Zur genaueren differenzialdiagnostischen Abklärung, bei der auch Suizidalität und Leidensdruck zu berücksichtigen sind, ist eine psychiatrische bzw. psychodiagnostische Untersuchung erforderlich.

Gesundheitliche Integrität

Im Zusammenhang mit dem pathologischen Spielen kann es – wie bei den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen – bis hin zur vollständigen Vernachlässigung von sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werten und Verpflichtungen kommen. Viele Betroffene setzen ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder die Bezahlung von Schulden zu umgehen. Neben der Arbeitsplatzproblematik kann auch der Verlust von Wohnung oder Partnerschaft zu einer sozialen Desintegration führen.

Verlauf und Prognose

Verlauf und Prognose hängen entscheidend von der vorhandenen Abstinenz- und Änderungsmotivation ab. Diese ist besonders schwierig zu ermitteln, wenn sich die Betroffenen bei Reha-Antragstellung noch in Haft befinden oder der Vollzug einer Haftstrafe droht.

Sozialmedizinische Beurteilung

Das allgemeine Leistungsvermögen der Betroffenen muss nicht durchgängig beeinträchtigt sein. Die Beurteilung, ob und in welchem Ausmaß die Erwerbsfähigkeit gefährdet bzw. gemindert ist und ob eine entsprechende Rehabilitationsleistung Erfolg versprechend ist, erfordert eine differenzierte Einschätzung der Motivation zur Glücksspielabstinenz. Dabei sind - in Anlehnung an die Empfehlungen einer VDR-Projektgruppe - insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Dauer und individueller Verlauf der Störung
- Schwere der Glücksspielsymptomatik
- Missbrauch psychotroper Substanzen
- Individuelle Psychopathologie
- Psychische Komorbidität
- Anzahl und Art der Vorbehandlungen
- Suizidversuche

- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Verschuldung
- Erhebliche Gefährdung oder Verlust der sozialen Integration (Arbeitsplatz, Wohnung, Partnerschaft)
- Straffälligkeit

Pathologische Glücksspieler mit gleichzeitig bestehender stoffgebundener Abhängigkeit bzw. vorwiegend narzisstischer Persönlichkeitsstörung sind in Einrichtungen für Abhängigkeitskranke mit glücksspielerspezifischem Behandlungsangebot zu rehabilitieren. Patienten mit Merkmalen einer depressiv-neurotischen oder selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung und höherem Leidensdruck profitieren dagegen erfahrungsgemäß eher von der Rehabilitation in einer psychosomatischen Einrichtung mit spezifischem Behandlungsangebot für Glücksspieler.

3.10 Intelligenzstörungen (ICD-10: F70 - F79)

Bei den Intelligenzstörungen liegt sowohl eine Störung des kognitiv-intellektuellen Niveaus als auch der Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens vor. Üblicherweise ist die soziale Integration so stark beeinträchtigt, dass Personen mit mittlerer Intelligenzstörung zu einer eigenständigen Lebensführung nicht befähigt sind. Es werden je nach Ausprägung eine leichte, eine mittelgradige, eine schwere und eine schwerste Intelligenzstörung voneinander unterschieden.

Bei leichten Intelligenzstörungen ist der Spracherwerb verzögert, eine völlige Unabhängigkeit bei der Selbstversorgung erscheint aber möglich; das Entwicklungstempo ist jedoch deutlich verlangsamt. Die Hauptschwierigkeiten treten bei der schulischen Bildung auf. Bei standardisierten Intelligenztests wird ein IQ-Bereich von 50 bis 69 erreicht.

Mittelgradige Intelligenzstörungen zeigen nicht nur eine verlangsamte Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachgebrauch, sondern auch deutlich eingeschränkte Fähigkeiten im Bereich der Selbstversorgung und der motorischen Fertigkeiten. Der IQ liegt gewöhnlich im Bereich zwischen 35 und 49. Einige Probanden lernen niemals sprechen, auch wenn sie einfache Anweisungen verstehen. Bei der Mehrzahl der Probanden in dieser Gruppe kann eine organische Ursache ausgemacht werden.

Bei der schweren Intelligenzstörung liegen deutlich ausgeprägte motorische Störungen und andere Beeinträchtigungen vor. Der Intelligenzquotient liegt zwischen 20 bis 34. Bei der schwersten Intelligenzstörung, wobei der IQ unter 20 lediglich grob geschätzt werden kann, liegen ständig eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, Inkontinenz und nur eine nonverbale Kommunikation - zumeist in recht rudimentärer Form - vor.

Psychopathologie

Bekanntlich ist in der beschriebenen Population der Menschen mit Intelligenzstörung die Prävalenzrate für andere psychische Störungen mindestens drei- bis viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Durch eingeschränkte Kompensationsmöglichkeiten kommt es in dieser Gruppe überzufällig häufig zu Anpassungsstörungen. Die wesentlichen eigenständigen psychopathologischen Veränderungen treten im neuropsychologischen Bereich auf. Hier finden sich insbesondere Störungen der Konzentrationsfähigkeit, der Daueraufmerksamkeit, der Auffassungsgabe sowie der kognitiv-intellektuellen Funktionen einschließlich der Kulturtechniken wie Lesen und Schreiben. Darüber hinaus kann es insbesondere in Krisensituationen häufig zu Verhaltensstörungen einschließlich Erregungszuständen kommen.

Gesundheitliche Integrität

Bei den beschriebenen Intelligenzstörungen finden sich insbesondere Störungen in der sozialen Entwicklung, in der Fähigkeit, Kontakte aufzunehmen, mit anderen zu kommunizieren und sich an sozialen Aktivitäten zu beteiligen. Probanden mit Intelligenzstörungen benötigen Anleitung bei einfachen praktischen Tätigkeiten, eine sorgsame Strukturierung der Aufgaben sowie u. U. eine Beaufsichtigung. Den Anforderungen einer eigenständigen Partnerschaft sowie der Kindererziehung vermögen üblicherweise nur Probanden mit leichten Intelligenzstörungen zu genügen. Bei ausgeprägten Sprachentwicklungsstörungen ist die Verständigung auf einfache Unterhaltungen reduziert, da der Sprachgebrauch lediglich zur Mitteilung der Basisbedürfnisse ausreicht. Neben diesen Einschränkungen finden sich auch Störungen der emotionalen Stabilität und des Verhaltens. Insgesamt zeigen sich also erhebliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten im Bereich des Lernens, des Wissenserwerbs, der Problemlösung und der Kommunikation, die sich auf sämtliche Handlungsfelder des Alltags- und Berufslebens auswirken.

Verlauf und Prognose

Bei adäquater Förderung, in deren Mittelpunkt eher praktische als abstrakte Fähigkeiten stehen, scheint häufig eine gewisse Kompensation der Behinderung möglich. Insbesondere in Krisensituationen kann es aber zur Labilisierung des erzielten Gleichgewichtes kommen. Da Menschen mit Intelligenzstörungen oft sehr sensibel auf emotionale bzw. „atmosphärische“ Veränderungen in ihrer Umgebung reagieren, kann z. B. bereits durch eine relativ geringe Veränderung der beschützenden Rahmenbedingungen eine Dekompensation eintreten, wenn eine Tätigkeit zuvor jahrelang unter gleich bleibenden Bedingungen ausgeübt wurde. Eine Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist dann nicht mehr gegeben. In diesem Zusammenhang sind auch die individuellen Ressourcen und die erworbenen Coping-Strategien zu berücksichtigen. Eine psychische Komorbidität verschlechtert die Prognose deutlich.

Sozialmedizinische Beurteilung

Aus sozialmedizinischer Sicht kann bei adäquater Förderung die zeitlich uneingeschränkte Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei einer leichten Intelligenzstörung erreicht werden. Bei zunehmenden Anforderungen des Arbeitsmarktes an die Abstraktionsfähigkeit und die Flexibilität wird es aber häufiger auch schon bei der leichten Intelligenzstörung zu einer Ausgliederung aus dem ersten Arbeitsmarkt kommen.

Das Konzept des Vorerwerbsschadens, nach dem nur jene Veränderungen der Leistungsfähigkeit versichert sind, die nach Eintritt in das Erwerbsleben aufgetreten sind, kommt bei diesem Personenkreis nicht zur Anwendung.

Als weitere Besonderheit ist zu erwähnen, dass Versicherte, die mehr als 240 Monate in Werkstätten für behinderte Menschen tätig gewesen sind, ohne gesonderte medizinische Prüfung Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente haben.

4 Rehabilitationseinrichtungen

4.1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Facheinrichtungen

Innerhalb der psychotherapeutischen Rehabilitation hat sich in den vergangenen Jahrzehnten ein differenziertes stationäres Behandlungsangebot entwickelt, das zum Teil nach spezi-

fischen Indikationen gegliedert ist. Im Rahmen eines integrativen biopsychosozialen Rehabilitationsansatzes liegt der Schwerpunkt hier vor allem im verbalen und interaktionellen Bereich; ergänzend kommen übende, aktivitätsfördernde und kreativtherapeutische Elemente sowie Entspannungsverfahren zum Einsatz. Interventionen in offenen oder geschlossenen Gruppen besitzen gegenüber Einzelinterventionen Vorrang.

Das stationär-psychotherapeutische Setting bietet durch die äußere und innere Distanz zu konfliktbehafteten Dauerkonstellationen im Alltag die Möglichkeit zur Bilanzierung und zum Neubeginn; dies ist mit der Chance zur Entwicklung und zum Training verbesserter Strategien der Lebensbewältigung verbunden.

Bislang arbeitete die Mehrzahl der psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen auf psychodynamischer Grundlage; mittlerweile haben viele Einrichtungen eine Ergänzung ihres Methodenspektrums um verhaltenstherapeutische Elemente z. B. in Form eines indikativen Gruppenangebotes vorgenommen. Darüber hinaus ist ein wachsender Anteil von Rehabilitationsabteilungen mit überwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutischem Behandlungsansatz zu verzeichnen.

Das therapeutische Standardangebot der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen umfasst neben Veranstaltungen zur Information, Motivation und Schulung ein umfangreiches Programm von Gruppentherapien z. B. als Angstbewältigungstraining, Problemlösegruppe, Selbstsicherheitstraining, indikative Gruppe (Schmerz, Adipositas, Zwang), psychoedukative Gruppe, Kunst- und Gestaltungstherapie, Bewegungs- und Körpertherapie sowie Soziotherapie.

Bei der Fortentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung wurden zwischenzeitlich die wesentlichen Anforderungen an die Strukturqualität psychotherapeutischer Fachabteilungen festgelegt. Bereits 1991 hatte die Arbeitsgruppe "Psychosomatik" der Rehabilitationskommission des VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) die notwendigen Qualifikationsmerkmale für die psychotherapeutischen Rehabilitationsfacheinrichtungen formuliert. Hier wurden auch die Voraussetzungen für die Erhebung weiterer Strukturdaten definiert. Zusätzlich sind im Laufe der Jahre in den Rehabilitationseinrichtungen diagnostische Beurteilungskriterien zur Identifikation von rehabilitationsfördernden Faktoren ermittelt worden. Insofern wurde gerade in der psychotherapeutischen Rehabilitation frühzeitig die Bedeutung einer wissenschaftlich fundierten Evaluation und Begleitforschung erkannt.

Bei der konzeptionellen Fortentwicklung dürfte zukünftig der früher im psychotherapeutischen Prozess oft tabuisierte Bezug zur Arbeits- und Berufswelt verstärkt Beachtung finden.

Auch die Möglichkeit zur klinikinternen und ggf. -externen Belastungserprobung mit Arbeitgebern vor Ort oder auch in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sollte während der medizinischen Rehabilitation in steigendem Ausmaß genutzt werden.

Darüber hinaus wird der Flexibilisierung der Rehabilitationsform mit der Möglichkeit prä- und poststationärer Behandlung zukünftig ein größeres Gewicht beizumessen sein. In den nächsten Jahren ist im Zuge einer weiteren Regionalisierung insbesondere auch mit einem verstärkten Ausbau der ambulant-/teilstationären Rehabilitation und des psychosomatischen Nachsorgeangebotes zu rechnen.

Die innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) trägerübergreifend abgestimmten Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen übertragen das seit vielen Jahren erfolgreich praktizierte Konzept der stationären psychosomatischen Rehabilitation auf das ambulante (wohnnah) Setting. Es orientiert sich hinsichtlich des Störungsspektrums der Rehabilitation, der Art

und Dichte der rehabilitativen Leistungen sowie der Qualitätsstandards einschließlich der Strukturqualität an der stationären psychosomatischen Rehabilitation.

Die spezifische Indikationsstellung zur psychotherapeutischen Rehabilitation der Rentenversicherung ist für die einzelnen Krankheitsbilder bereits in einem anderen Zusammenhang dargelegt worden (Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit, BfA 2004). Im sozialmedizinischen Entscheidungsprozess sind auch die Kriterien, die eher für eine stationäre oder eher für eine ambulante Rehabilitation sprechen, zu berücksichtigen.

Die Dauer der jeweiligen Rehabilitationsleistung ist verlaufs- bzw. prozessorientiert und muss sich an der individuellen Problematik ausrichten. Eine entsprechende Rehabilitationsbedürftigkeit vorausgesetzt, kann eine erneute Rehabilitationsleistung auch vorzeitig vor Ablauf der gesetzlichen Vierjahres-Frist indiziert sein.

4.2 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen haben den Auftrag, Arbeitstraining und Beschäftigung für den Personenkreis zu realisieren, der behinderungsbedingt nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann. Mittlerweile finden sich in vielen Werkstätten für behinderte Menschen auch Berufsbildungs- und Arbeitsbereiche, die ausschließlich für psychisch behinderte Menschen eingerichtet sind.

Werkstätten für behinderte Menschen sind dann als ein Instrument der beruflichen Rehabilitation anzusehen, wenn der Rehabilitand im Berufsbildungsbereich voraussichtlich auf die Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden kann. Prognostisch besteht hier nur ein Reintegrationspotential von maximal 15%, so dass dieser "geschützte" Rehabilitationsbaustein nur in wenigen Einzelfällen in Betracht zu ziehen ist.

In der Regel stützen sich die medizinischen Kriterien der Beurteilung für die Aufnahme in den *Eingangs- und Berufsbildungsbereich* einer WfbM auf das SGB IX. Das Ziel der Maßnahme ist die Erlangung eines Mindestmaßes an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung. Kann dies voraussichtlich erreicht werden, ist eine Förderung durch den Rentenversicherungsträger möglich. Im *Eingangsverfahren* (bis zu drei Monaten) wird die Eignung für die WfbM festgestellt. Diese liegt vor bei einem Mindestmaß an sozialer Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, hinreichender Unabhängigkeit von Pflege am Arbeitsplatz und der Erwartung, dass ein Minimum an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erreicht werden kann. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im *Berufsbildungsbereich* werden in der Regel über zwei Jahre erbracht, wobei zunächst eine Kostenübernahme für ein Jahr und die Verlängerung bei erneuter positiver Beurteilung der Rehabilitationsprognose erfolgt. Im Berufsbildungsbereich soll die Leistungsfähigkeit gefördert werden, um die Betroffenen in die Lage zu versetzen, danach im Arbeitsbereich der WfbM oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu werden.

4.3 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Bei den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen handelt es sich um trägerübergreifend genutzte Einrichtungen der längerfristig angelegten stationären und teilstationären Rehabilitation mit einem spezifischen therapeutischen Setting. Diesen regional verankerten Zentren sind Werkstätten und ggf. auch Betriebe des örtlichen Wirtschaftsraumes angeschlossen. RPK-Maßnahmen vereinen medizinische, medizinisch-berufliche und berufliche Inhalte. Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen ist charakterisiert durch die Integration von medizinisch-psychiatrischer Therapie, be-

rufflichen Vorbereitungs- und Trainingseinheiten sowie soziotherapeutischen Maßnahmen unter einem Dach. Der Schwerpunkt liegt bei fachärztlich verantworteten, stabilisierenden, trainierenden und damit auch die Berufsförderung vorbereitenden Maßnahmen sowie bei psychosozialer Betreuung einschließlich Rehabilitationsberatung.

Die strukturellen Anforderungen an eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen einschließlich der Leistungsangebote und der erforderlichen Mitarbeiterqualifikationen sind in der überarbeiteten Fassung der gemeinsamen RPK-Empfehlungsvereinbarung der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit vom 29.09.2005 (Erstfassung 1986) - auch in Abgrenzung zu Übergangseinrichtungen - festgelegt.

Leistungen in einer RPK-Einrichtung sind insbesondere bei jüngeren Menschen mit Psychosen oder schweren Persönlichkeitsstörungen indiziert, deren Erkrankung zur dauerhaften Behinderung zu führen droht und die bereits mehrfache längere psychiatrische Krankenhausaufenthalte hinter sich haben. Sie haben oft krankheitsbedingt noch keine Ausbildung absolviert und den Ablösungsprozess vom Elternhaus noch nicht vollzogen bzw. keine tragfähigen sozialen Beziehungen aufbauen können.

4.4 Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Berufliche Trainingszentren sind Spezialeinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch behinderter Menschen. Ziel ist die Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive, die Wiedereingliederung der Betroffenen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder die Stabilisierung für eine anzuschließende Umschulung oder Ausbildung. Dabei erfolgt über 12 - 15 Monate hinweg entweder eine teilstationäre Anpassung an die aktuellen Erfordernisse im bereits erlernten Beruf oder ein Anlernen in einem für die Rehabilitanden neuen Berufsfeld. Auch dreimonatige Arbeitserprobungs- und Trainingsmaßnahmen sind möglich. Eine Internatsunterbringung ist in der Regel nicht vorgesehen, im Einzelfall aber möglich.

4.5 Berufsförderungswerke (BFW)

Kann aufgrund einer psychischen Behinderung die letzte Tätigkeit bzw. der Bezugsberuf nicht mehr ausgeübt werden, erscheint aber in einem anderen Bereich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch eine Tätigkeit über sechs Stunden möglich, so können berufsfördernde Maßnahmen in einem Berufsförderungswerk, das über eine spezifische Kompetenz für diese Zielgruppe verfügt, indiziert sein. Nach Durchlaufen einer erweiterten Arbeitserprobung/Berufsfindung speziell für psychisch Behinderte wird unter Mitarbeit des Reha-Fachberaters der Deutschen Rentenversicherung ein leidensgerechtes Umschulungsziel festgelegt. Gegebenenfalls ist vor der Qualifizierung, die in der Regel zwei Jahre dauert, noch ein dreimonatiges Reha-Vorbereitungstraining (RVT) zum Training sozialer Kompetenzen und/oder ein dreimonatiger RVL (Reha-Vorbereitungslehrgang) zum Training schulischer Defizite angezeigt. Die Angebote sind gekennzeichnet durch eine geringere Gruppengröße, adäquate Pausen, die Bevorzugung handlungsorientierter Gruppenarbeit, eine klare Tagesstruktur, Auffang- und Stützmöglichkeiten für Krisensituationen und sollten auch flexible Wiederholungsmöglichkeiten bieten. Voraussetzungen sind strukturelle und personelle Gegebenheiten, die den besonderen Anforderungen der Rehabilitation psychisch behinderter Menschen Rechnung tragen.

4.6 Berufliche Fortbildungszentren (BFZ)

Berufliche Fortbildungszentren sind überwiegend in Bayern lokalisierte Einrichtungen, die als Institution der beruflichen Bildung durch die Arbeitgeberverbände getragen werden. Die in ihnen für psychisch behinderte Menschen erbrachten Leistungen orientieren sich konzeptionell an Berufsförderungswerken oder beruflichen Trainingszentren.

4.7 Berufliche Trainingsmaßnahmen für Psychisch behinderte Menschen

Reintegrationsmaßnahmen werden auch von überregionalen Leistungsanbietern oder von lokalen gemeinnützigen Trägern in sogenannten Übungsfirmen durchgeführt. Sie sind geeignet für psychisch behinderte Menschen, die krankheitsbedingt lange aus dem Erwerbsleben ausgegliedert sind und bei denen eine Vollqualifizierung aus medizinischen und/oder Altersgründen nicht angezeigt ist. Eine Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ist ihnen ohne integrierende Hilfen nicht möglich. In der Regel bestehen die Integrationsprogramme aus einem Trainingsprogramm, das bei den vorhandenen Fähigkeiten ansetzt, einem berufsfeldorientierten Aufbautraining sowie betrieblichen Praktika. Die Dauer beträgt sechs bis zwölf Monate.

5 Nachwort: Erstellung und Implementation der Leitlinien

Ziel der Erstellung und Aktualisierung der Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen ist es, den sozialmedizinisch-gutachterlich Tätigen eine Hilfe an die Hand zu geben, die die sozialmedizinischen Implikationen verschiedener psychischer Störungen im Hinblick auf Alltags- und Erwerbsleben nachvollziehbar darstellt und dadurch zu einer valideren, objektiveren und transparenteren Leistungsbeurteilung des Einzelfalles beiträgt. Die Leitlinien beziehen sich auf die häufigsten und sozialmedizinisch relevantesten psychischen Störungen, wobei jeweils die Aspekte von Aktivitäten und Teilhabe besondere Berücksichtigung finden. Die Empfehlungen sind so konkret wie möglich, aber auch so allgemeingültig wie nötig formuliert, um die unverzichtbare individuelle Würdigung des jedes Probanden mit seiner Biografie, seinen Ressourcen und seinen Fähigkeitsstörungen zu unterstützen.

Evidenzgrad: Die vorgehende Fassung des Textes wurde in einer Expertengruppe sozialmedizinisch tätiger Fachärzte erstellt und hatte zunächst den Charakter von Empfehlungen. Zu den vier Erstautoren gehörten in leitender Stellung tätige Sozialmediziner der Deutschen Rentenversicherung sowie ein sozialmedizinisch-gutachterlich tätiger niedergelassener Arzt. Fachliche Beratung erfolgte durch vier weitere Sozialmediziner auch anderer Disziplinen. Nach der Ausformulierung der Empfehlungen wurden in einem weiteren Schritt sozialmedizinisch tätige Ärzte verschiedener Rentenversicherungsträger (LVA Berlin, LVA Brandenburg, LVA Hannover, LVA Mecklenburg-Vorpommern, LVA Oldenburg-Bremen, LVA Rheinprovinz, LVA Sachsen-Anhalt, LVA Schleswig-Holstein, LVA Westfalen, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) anlässlich eines Workshops (September 2002) in die weitere Abstimmung einbezogen.

Im Rahmen eines weiteren Konsentierungsprozesses sind in die aktuelle Version die kritischen Anmerkungen und Anregungen der Mitglieder des Ärztegremiums sowie der übrigen Leitenden Ärzte der Deutschen Rentenversicherung vom Januar 2006 eingearbeitet worden.

Eine weitere fachliche Abstimmung erfolgte im Rahmen eines Arbeitstreffens von sozialmedizinisch tätigen Psychiatern/Psychotherapeuten der Deutschen Rentenversicherung (DRV Nord, DRV Mitteldeutschland, DRV Rheinland, DRV Westfalen, DRV Baden-Württemberg,

DRV Braunschweig-Hannover, DRV Bund), das im August 2006 in Hannover durchgeführt wurde.

Der Evidenzgrad entspricht der Stufe S1 bei der Leitlinien-Entwicklung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Methodische Empfehlungen der AWMF, 2000). Gemäß der Einteilung der Evidenz bei Therapiestudien durch das ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) entsprechen die vorliegenden Leitlinien dem Grad IV (Evidenz auf Grund von Berichten / Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrungen; Vgl. Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ, 2001)

Implementierung:

Die vorhergehende Fassung des Textes wurde an die sozialmedizinischen Dienste (eigene Gutachter, Prüfarzte, beratungsärztlicher Dienst) und externe Gutachter der Rentenversicherungsträger als Grundlage zur Qualitätssicherung und zur systematischen Fallbesprechung übermittelt. Darüber hinaus erhielten juristische Referenten der Rentenversicherungsträger und Richter der Sozialgerichtsbarkeit Exemplare in Form eines Sonderheftes der Zeitschrift „Deutsche Rentenversicherung“. Neben den von der Rentenversicherung in Anspruch genommenen Reha-Einrichtungen, psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen wurden auch den ärztlichen Diensten der Arbeitsverwaltung und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Exemplare zur Verfügung gestellt. Außerdem wurde die Diskussion mit Vertretern von Fachgesellschaften geführt.

Eine elektronische Version war im Internet eingestellt.

Die im Rahmen der VDR-Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin vorgestellten Überlegungen zur Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Beurteilung weisen auf die Notwendigkeit zur Erstellung und zum Gebrauch von Leitlinien hin. Die vorliegende Leitlinie ist auch mit diesem Anliegen erstellt worden.

Autoren der Empfehlungen (2001):

Dr. E. Grosch, Dr. H. Irle, Dr. C. Kruse, Dr. R. Legner. Eine Beratung fand statt durch Dr. S. Amberger, Dr. N. Biermann, Dr. H.-J. Buschmann, Dr. W. Cibis, J. Köhler, Dr. C. Korsukéwitz, Dr. R. Kriebel, Prof. M. Linden, Dr. G. Paar.

Autoren der Leitlinien:

Dr. E. Grosch, Dr. H. Irle, K. Fischer, Dr. C. Kruse, Dr. R. Legner. Eine Beratung fand statt durch Dr. R. Kriebel, Dr. P. Krieger, Dr. G. Paar, Dr. W. Cibis, Dr. C. Korsukéwitz

Aktualisierungen sind in dreijährigen Abständen vorgesehen.

6 Literatur

Adler, R. H.; Herrmann, J. M.; Köhle, K.; Schonecke, O. W., Uexküll, T. v., Wesiack, W.; (Hrsg.): Psychosomatische Medizin, München: Urban & Fischer: 6. Aufl. 2003

Apfel, T.; Riecher-Rössler, A.: Werden psychisch Kranke zu schnell in die Rente „abgeschoben“? Querschnittserhebung anhand von 101 psychiatrischen Gutachten für die Invalidenversicherung aus dem Jahr 2002 an der Psychiatrischen Poliklinik Basel. In: Psychiatrische Praxis, 2005, 32: 172 - 176,

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): Leitlinien-Clearing-Bericht „Depression“, Schriftenreihe Band 12, Verlag videel: 2003; www.leitlinien.de

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Methodische Empfehlungen zur Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie („Leitlinie für Leitlinien“, Stand 2/2000, letzte Aktualisierung: 20.12.2004), www.awmf-online.de

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, AMDP (Hrsg.): Das AMDP-System – Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Göttingen: Hogrefe: 7. Aufl. 2000

Arbeitskreis OPD (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Hans Huber: 4. Aufl. 2004

Aschoff, J. C.: Zur Frage der „zumutbaren Willensanspannung“ bei der Überwindung eines Leidens. Ein schwieriges sozialmedizinisch-gutachterliches Problem. In: Versicherungsmedizin, 1991, 43: 5 - 9

Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie, München: Elsevier: 2. Aufl. 2004

Bock, K. W.; Birbaumer, N.: Multiple Chemical Sensitivity: Schädigung durch Chemikalien oder Nozeboeffekt? In: Deutsches Ärzteblatt, 1998, 95 (3): C 75 - C 78

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (Empfehlungsvereinbarung RPK), überarbeitete Neufassung vom 29. September 2005. Frankfurt/Main: 2006

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. Berlin: 2005, www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. Berlin: 2005, www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. Berlin: 2003, www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche – Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. Berlin: 2001, www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenzugang 2005, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rehabilitation 2005, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, 3. Aufl. 2007 (in Vorbereitung)

Doßmann, R.; Franke, W.: Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. In: BfA-aktuell: Rehabilitation 1993, Vorträge zum Rehabilitationsforum der BfA vom 29.-30. April 1993

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (Hrsg.): Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland. Norderstedt: 2002

Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen, letzte Aktualisierung vom 22. Oktober 2005; Download unter: www.uni-duesseldorf.de/awmf/11/030-102.htm

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rahmenkonzeption Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge „IRENA“ inkl. „Curriculum Hannover“. Neufassung Berlin: 2006, www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe: 1996

Fabra, M.: So genannte komplexe Ich-Funktionen, psychischer Querschnittsbefund und Einschätzung des Leistungsvermögens in der Begutachtung psychogener Erkrankungen(I). In: Versicherungsmedizin, 2005: 57, Heft 3, S. 133 – 136

Fabra, M.: Posttraumatische Belastungsstörung und psychischer Querschnittsbefund: Konsequenzen für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung. In: Der Medizinische Sachverständige, 2006, 102, 4: S. 26 – 31

Feuerlein, W.; Ringer, C., Kufner, H.; Antons, K.: Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismustest: Testmanual., Weinheim: Beltz: 1979

Foerster, K.: Neurotische Rentenbewerber. Stuttgart: Enke: 1984

Foerster, K.: Zur Beurteilung der „zumutbaren Willensanspannung“ bei der sozialrechtlichen Begutachtung. In: Gaebel, W.; Falkai, B.: Zwischen Spezialisierung und Integration - Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Wien: Springer: 1998

Foerster, K.: Begutachtung bei sozial- und versicherungsmedizinischen Fragen. In: Venzlaff, U.; Foerster, K.: Psychiatrische Begutachtung. Stuttgart: Gustav Fischer: 4. Aufl. 2004

Frieboes, R.-M.: Soziotherapie. In: Rössler, W. (Hrsg.): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin: Springer 2004

Hakimi, R.: Umweltsyndrome und seelische Störungen. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed., 2003, 38: 385 – 389

Hausotter, W.: Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen. München: Urban & Fischer: 2002

Henningsen, P.; Sack, M.: Diagnostik und Therapie umweltbezogener Körperbeschwerden - eine Übersicht der empirischen Literatur. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 1998, 44: 251 - 267

Herrmann, J. M.; Lisker, H.; Dietze, G. J.: Funktionelle Erkrankungen - Diagnostische Konzepte - Therapeutische Strategien. München: Urban & Schwarzenberg: 1996

Hesse, B., Gebauer, E.: Erfassung der Reintegrationsprognose im psychiatrischen Rentengutachten, in: Deutsche Rentenversicherung, 2005, 6: 13

Hesse, B., Gebauer, E.: Entwicklung einer Indikatorenliste zur sozialmedizinischen Bewertung der Reintegrationsprognose und des Rehabilitationsbedarfs bei Rentenantragstellern mit psychischen Erkrankungen – IREPRO: Deutsche Rentenversicherung 2004

Hoffmann-Richter, U.: Die psychiatrische Begutachtung. Stuttgart: Thieme 2005

Irlé, H.: Unklare körperliche Syndrome – sozialmedizinisch betrachtet. Die Angestelltenversicherung 2002, 49: 258 – 262

Kriebel, R.; Paar, G.; Bückers, R.; Bergmann, C. unter Mitarbeit von Kruse, Ch.: Entwicklung einer Checkliste zur sozialmedizinischen Begutachtung von Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation, in: Schneider, W.; Burgemeister, P.; Henningsen, P.; Rüger, U. (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin. Bern: Huber: 2001

Linden, M.: Leitlinien und die Psychologie medizinischer Entscheidungsprozesse bei der Behandlung depressiver Erkrankungen. In: Fortschr. Neurol. Psychiatrie, 2005, 73: 249 – 258

Merten, Th.: Beschwerdevalidierungstests und die Konsequenzen für die klinische und Forschungspraxis. In: Neurologie und Rehabilitation, 2006, 3: 139 - 149

Petry, J.; Jahrreis, R.: Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Kurzfassung des abschließenden Forschungsberichtes an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Deutsche Rentenversicherung, 1999, 4: 196 - 218

Rössler, W. (Hrsg.): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin: Springer 2004

Schmitz, B.; Fydrich, T., Limbacher, K.: Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Therapie. Weinheim: Psychologie Verlagsunion: 1996

Schuntermann, M.: Einführung in die ICF. Ausbildungsleitfaden mit Definitionen und Übungen. Landsberg: ecomed: 2005

Stadtland, C. et al.: Kriterien zur Beurteilung der quantitativen Leistungseinschränkung bei der Begutachtung funktioneller körperlicher Störungen. Versicherungsmedizin, 2003, 55: 111 – 117

Stevens, A.: Das Halswirbelsäulen-Schleudertrauma in der Begutachtung. Die neurologisch-psychiatrische Sicht. In: Der Medizinische Sachverständige, 2006, 102, 4: 139 – 146

Venzlaff, U.; Foerster, K.: Psychiatrische Begutachtung. Stuttgart: Gustav Fischer: 4. Aufl. 2004

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Das ärztliche Gutachten für die Gesetzliche Rentenversicherung – Anleitung zur Begutachtung. Frankfurt / Main: 2000

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen. DRV-Schriften Band 30, Frankfurt / Main: 2001

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Abschlußberichte Band III, Arbeitsbereich "Rehabilitationskonzepte", Teilband 3, Frankfurt / Main: 1991

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung. DRV-Schriften Band 53, Frankfurt / Main: 2004

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): VDR Statistik Rentenzugang der Jahre 1993 - 2004, Frankfurt/Main

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): VDR Statistik Rehabilitation der Jahre 1993 - 2004, Frankfurt/Main

Weig, W.: Sozialrechtliche Grundlagen der Krankenhausbehandlung in der Psychiatrie und Psychotherapie in Abgrenzung von der Rehabilitation. In: Nervenarzt 2006, 77: 847 - 851

Weltgesundheitsorganisation (WHO): ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Hrsg. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Köln: 2004

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber: 1991

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Bern: Hans Huber: 1994

Zeit, Th.; Jung, H.-P.: Psychiatrische Anamnesen im Gutachten – Methoden zur Qualitätssicherung. Stuttgart: Gentner: 2. Aufl. 2004

7 Anhang: Testdiagnostische Zusatzuntersuchungen im Rahmen der neurologischen bzw. psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung

Psychodiagnostische Einzelverfahren

Angst und Depressivität:

Allgemeine Depressionsskala (ADS): M. Hautzinger & M. Bailer
State-Trait-Angstinventar (STAI): L. Laux, C. D. Spielberger et al.
Hamilton Anxiety and Depression Scale (HADS): M. Hamilton
Depressivitäts-Skala (D-S), Befindlichkeits-Skala (Bf-S): v. Zerssen
Beck-Depressions-Inventar (BDI): A. T. Beck
Self Rating Depression Scale (SDS): W. W. K. Zung
Test zur Erfassung der Schwere einer Depression (TSD): S. Obermair et al.

Persönlichkeitsfaktoren/-struktur, Selbstkonzept:

Freiburger-Persönlichkeits-Inventar (FPI-R): J. Fahrenberg et al.
16-Persönlichkeits-Faktoren-Test (16 PF): R. B. Cattell et al.
Gießen-Test (GT): D. Beckmann et al.
Repertory Grid Technik (RGT): R. Riemann
Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung (BIP): R. Hossiep und M. Paschen
Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM): U. Schaarschmidt & Fischer (1996)

Einstellung und Interessen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstil:

IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC): G. Krampen
Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK): G. Krampen
Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV): F. A. Muthny
Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG): A. Lohaus, G. M. Schmitt
Stressverarbeitungsfragebogen (SVF): W. Janke
Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK): T. Klauer und S. Philipp
Fragebogen zur Abschätzung des Psychosomatischen Krankheitsgeschehens (FAPK): C. Koch
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP): W. Schneider
Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FPTM-40 (H. Schulz H., R. Nübling, H. Rüdell, 1995)
Leistungs-Motivations-Inventar (LMI): H. Schuler & M. Prochaska

allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit:

Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE-R): U. Tewes
Intelligenz-Struktur-Test (IST-2000): R. Amthauer et al.
Leistungs-Prüf-System (LPS): W. Horn
Progressive Matrizen-Tests: J. Raven
Intelligenz-Struktur-Analyse (ISA)

allgemeines Wissen, verbales (= kristallines, bildungsabhängiges) intellektuelles Leistungsniveau:

Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest: S. Lehrl et al.
Wortschatztest (WST): K.-H. Schmidt, P. Metzler

Denk- und Problemlösefähigkeit, Planungsfähigkeit:

Osnabrücker Turm von Hanoi (TVH): G. Gediga, H. Schöttke
Airport - Diagnostik des komplexen Problemlösens: C. Obermann
Mailbox '90: F. Roest et al.

Aufmerksamkeitsbelastung; Konzentrationsvermögen:

Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test: R. Brickenkamp
Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar: H. Moosbrugger und J. Oehlschlägel
Konzentrations-Leistungs-Test (KLT): H. Düker
Konzentrations-Rechen-Test: K.-D. Hänsgen
Wahlreaktionstest nach Hick (WRT): G. Gediga und H. Schöttke
Konzentrations-Verlaufs-Test (KVT): D. Abels
Arbeitskurve/Mainzer Revision: E. Christiansen

Wahrnehmung/Visuomotorik:

Visuelle Reaktionszeit (VRZ): Wiener Testsystem
Wiener Determinationsgerät (WDG)

Umstellfähigkeit als kognitiver Stil, Interferenzfreiheit, Verarbeitungskapazität, Bearbeitungsgeschwindigkeit z. B. bei geistiger Tempoarbeit:

Umstell-Interferenz-Test: K.-D. Hänsgen
Arbeitsleistungsserie (ALS)
Cognitrone (COG)
Tapping (TAP: K.-D. Hänsgen
Trail Making Test, Block Tapping Test

Gedächtnis (verbale, visuell-räumliche, numerale Merkfähigkeit; Wiedererkennung - Reproduktionsleistung; Spanne des Arbeitsgedächtnisses, Langzeitgedächtnis):

Gedächtnisspanne (GSP): K.-D. Hänsgen
Verbalgedächtnis (VEG): K.-D. Hänsgen
Zahlengedächtnis (ZGV/ZGR): K.-D. Hänsgen
Memo-Test: A. Schaaf et al.
Visuelles Gedächtnis (VIG): K.-D. Hänsgen
Benton-Visual-Retention-Test: A. L. Benton
Berliner Amnesietest (BAT): P. Metzler et al.
Syndrom-Kurz-Test (SKT): H. Erzigkeit

Computer-Diagnostik- und Trainingssysteme:

CORA: Computerbasiertes Ratingsystem psychopathologisch relevanter Urteilsdaten (Hogrefe)
LEILA: Leistungsdiagnostisches Labor (Hogrefe)
Wiener Testsystem (Fa. Schuhfried)
Rehacom (Fa. Schuhfried)

weitere Informationen:

<http://www.testzentrale.de>
<http://www.swetstest.de>
<http://www.harcourt.de>

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

DRV-Schriften: Bd. 68, Sonderausgabe der DRV

ISBN - 10: 3-938790-07-5

ISBN - 13: 978-3-938790-07-6

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Verantwortlich für den Gesamteinhalt: Hauptschriftleiter Prof. Dr. Franz Ruland, Stellvertreter Dr. Axel Reimann, Schriftleiter Dr. Dirk von der Heide, Deutsche Rentenversicherung Bund, Hallesche Straße 1, 10963 Berlin, Fernruf: 030 865 - 891 74 und -891 78, Telefax: 030 865 - 894 25.

Verlag und Anzeigenverwaltung: wdv Gesellschaft für Medien & Kommunikation mbH & Co. OHG, Postfach 25 51, 61295 Bad Homburg, Fernruf: 06172 670 - 0, Verlagsort Bad Homburg.

Gesamtherstellung: Central-Druck Trost GmbH & Co KG, Industriestraße 2, 63131 Heusenstamm, Fernruf: 06104 606-0.

Verantwortlich für den Anzeigenteil: wdv, Walter Piezonka, für Marketing und Vertrieb: Bernd Kremer.

Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG mit den Fachmitteilungen der Deutschen Rentenversicherung erscheint 12mal jährlich. Preis der Einzelnummer 8,20 Euro inkl. MwSt. Bestellungen nehmen entgegen: der Verlag und der Buchhandel. Abbestellungen nur mit halbjähriger Frist zum 30.06 und 31.12. jeden Jahres. Zahlung jeweils jährlich im Voraus an: wdv, Postbank Frankfurt am Main, Konto-Nr. 77 308 603, BLZ 500 100 60, Bankkonten: Deutsche Bank AG, Hanau, Konto-Nr. 040 96 49, BLZ: 506 700 09, Frankfurter Sparkasse, Konto-Nr. 705 665, BLZ 500 502 01.

Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben die Auffassung der Verfasser, aber nicht des Herausgebers wieder. Die Zeitschrift nimmt nur Originalbeiträge an. Der Nachdruck von Beiträgen ist nur mit Einwilligung der Schriftleitung unter Quellenangaben gestattet. Beiträge sind an die Deutsche Rentenversicherung Bund, DRV-Schriftleitung, Hallesche Straße 1, 10963 Berlin, zu richten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Besprechungsexemplare übernimmt die Schriftleitung keine Gewähr.

Verlag: wdv Gesellschaft für Medien und Kommunikation mbH & Co. OHG, Siemensstraße 6, 61352 Bad Homburg v.d.H. HRA 3087, Bad Homburg v.d.H., Pers.haft. Gesellschafter: Zeitschriften VVG Verlags- und Verwaltungs-Gesellschaft mbH & Co. KG, HRA 3096, Bad Homburg v.d.H., sowie VVG Gesellschaft zur Verlagsbeteiligung und Verwaltung mbH, HRB 5544, vertreten durch die Geschäftsführer Adolf Hilger, Thomas Kuhn, Klaus Tonello, jeweils Siemensstraße 6, 61352 Bad Homburg v.d.H.