



UNIVERSITÄTS**medizin.**

MAINZ

# Methodische Probleme bei der psychiatrischen Begutachtung am Beispiel von PTBS

Dr. Armin Scheurich, Mainz

# Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen(AWMF, 2019)

Nach den gutachterlichen Kriterien der Leitlinien für PTBS

1. Geeigneter **Schweregrad des Ereignisses** nachzuweisen. Das geschieht über das A-Kriterium der Klassifikationssysteme ICD-10 (DIMDI, 2020) und DSM 5 (APA, 2015). Die dort genannten wenigen Beispiele schwerer Unfälle oder katastrophaler Ereignisse könnten auf alle Situationen durch individuellen Analogschluss übertragen werden.
2. Geeignete **Erstsymptomatik**. Vor allem bei minderschweren Ereignissen sei der **Nachweis einer zeitnahen pathologischen psychischen Reaktion** notwendig.
3. Erst wenn keine unmittelbaren Symptome (in der Akte von Dritten A.S.) dokumentiert seien, sei es gutachtlich bedeutsam, ob sich die **empfundene persönliche Traumatisierung** anhand der kritischen Würdigung der Vorbefunde und der gutachtlich erhobenen Befunde ohne vernünftigen Zweifel herausarbeiten lasse p. 34.

In der Praxis werden diese diagnostischen Hürden von den Gutachtern in der Regel streng angewandt z.B.: „Voraussetzung für die Anerkennung einer Störung als Unfallfolge ist der Nachweis eines geeigneten Erstschadens“ (Krahl, 2021).

Die Nachrangigkeit der empfundenen persönlichen Traumatisierung steht in Kontrast zu Ausführungen in den **Leitlinien Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung** (AWMF, 2019):

„Als traumatisch werden solche Ereignisse bezeichnet, die eine außergewöhnliche Belastung oder extreme Bedrohung darstellen, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung umfasst. Dies schließt auch die Bedrohung anderer Personen mit ein.

Die Definition kann i.d.R. **nicht nur nach objektiven Kriterien** erfolgen, die **subjektive Bewertung durch die betroffene Person** ist mitentscheidend“ p. 6.

Und: **„nicht die tatsächliche Gefahr als vielmehr die subjektiv wahrgenommene Bedrohung ist für die Entwicklung einer Symptomatik relevant“** p. 12.

Auch in Originalarbeiten wurde die Bedeutung dieser subjektiven Einschätzung betont: „Die klinische Relevanz allgemeiner Risikofaktoren darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich das Traumatisierungspotenzial von Unfallereignissen häufig nur über die individuelle Bedeutung und Bewertung erschließen lässt“ (Angenendt, 2014).

## Die Einbettung der Begutachtung in den Naiven Realismus

„Dem Wortsinn des aus dem Griechischen stammenden Begriffs (τραύμα) nach liegt ein Trauma bzw. Traumatisierung erst dann vor, wenn es nachweislich zu einer **Verletzung oder Wunde**, demnach zu einer **tatsächlichen Schädigung** gekommen ist. Dies ist im gutachtlichen Kontext, bei dem in allen Rechtsgebieten **der körperliche und/oder seelische „Erstschaden“** ohne vernünftigen Zweifel zu belegen ist, von eminenter Bedeutung (AWMF, 2019).“

Ziel: „Wenn psychische Traumafolgen nicht der Beliebigkeit unterliegen sollen, muss für sie dasselbe wie für körperliche Schädigungen gelten: In allen Rechtsgebieten muss eine krankheitswertige seelische Gesundheitsschädigung nachweisbar sein, die damit in Analogie zu einer körperlichen Verletzung mit einer psychischen Verletzung bzw. einer psychischen Wunde einhergeht.“ Widder, 2022.

Motto: Kontrolle!!

## Kontrolle I: Die Schwere des Traumas:

Um die posttraumatische Belastungsstörung zu charakterisieren, werden in den Leitlinien Studien zu PTBS bei Verkehrsunfällen und Arbeitsunfällen herangezogen:

In den zitierten Studien wird die Verletzungsschwere respektive Unfallschwere (die Unfallschwere wird durch die Verletzungsschwere definiert) belegt, indem die Patienten stationär behandelt werden mussten. Zudem mussten die Kriterien für PTBS nach DSM oder ICD erfüllt sein. Damit war zweifach vorgegeben, dass ein schwerer Unfall vorliegen musste.

Und dennoch finden sich in den Studien Hinweise, dass auch bei leichten und moderaten Verletzungen PTBS vorliegen kann.

Es handelt sich um Angaben der Verletzungsschwere mit der Injury Severity Scale ISS (Baker et al., 1974). Zur Einordnung der Ergebnisse werden folgende Grenzwerte beschrieben: „The Injury Severity Score (ISS) was categorized as mild ( $<9$ ), moderate (9–15), severe (16–24), and profound  $\geq 25$ “ (Bolorunduro, 2011) und im Jahresbericht der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie: „Das Kriterium  $ISS \geq 16$  wird in vielen Publikationen zur Definition einer schweren Verletzung benutzt“ (Akademie der Unfallchirurgie, 2020).

Für die Bewertung der in den Leitlinien zitierten Studien wird der Trennwert ISS  $\geq 16$  der DGU herangezogen. Gemäß der in den Leitlinien zitierten Studie von *Nyberg et al. (2003)* waren: „Patienten mit dem Vollbild bzw. mit einer subsyndromalen PTBS im Durchschnitt schwerer verletzt (M=9,46, SD=4,86, min=4, max=22) als Patienten, die keine psychische Störung entwickelten (M=7,49, SD=3,29, min=2, max=13)“ p. 3.

Einerseits weisen diese Zahlen darauf hin, dass Patienten mit sehr unterschiedlich schweren Verletzungen stationär aufgenommen werden. Die stationäre Aufnahme stellt also nur ein sehr ungenaues und beifällig anfallendes Maß der Verletzungsschwere dar.

Bleibt man jedoch beim akkurateren und aktiv und bewusst eingeschätzten Maß der Verletzungsschwere mittels ISS, wiesen über 86% der Patienten mit PTBS oder subsyndromaler PTBS nur leichte oder moderate Verletzungen auf.

Selbst bei dem niedrigeren Grenzwert von neun Punkten, lägen (wegen des Mittelwertes von 9,46 Punkten) nahezu 50% auch unterhalb dieses Wertes.

Hier kann auch die Studie von *Chossegros et al. (2011)* herangezogen werden, die ebenfalls in dieser Sektion der Leitlinien zitiert wird.

Es wird berichtet, dass der objektive Schweregrad des Ereignisses (Verkehrsunfälle) der wichtigste Risikofaktor für die Ausbildung einer PTBS war.

Allerdings wiesen nur 42 % der Patienten mit PTBS eine schwere Verletzung auf. Bei 18 % der Patienten mit PTBS lag ein moderates Trauma vor und bei 40 % der Patienten mit PTBS lag ein minores, leichtes Trauma vor.

Das kann nicht als Beleg für die Ausbildung von PTBS nur über der Grenze von schweren Verletzungen angesehen werden.



Die psychische Traumaschwere wird durch die situativen Umstände definiert. In den Leitlinien Begutachtung psychischer Störungen werden für

die „objektive“ Schwere der psychischen Traumatisierung Umgebungsfaktoren benannt wie Art, Schwere, Dauer der traumatischen Situation.

In einer älteren Publikation werden Unerwartetheit, fehlende Antizipationsmöglichkeiten; Dauer der Traumatisierung, sequentielle Traumatisierung, Kontrollierbarkeit und interpersonelle Brutalität (Freyberger, Widder; 2010) aufgeführt.

Ist die Erhebung der „objektiven Traumaschwere“ reliabel?

Für die Rekonstruktion: Unfallberichte (Polizei etc.), Notarztbericht

Unfallschwere wird in der Regel über Verletzungsschwere definiert.

Befragung der betroffenen Person, Befragung von Zeugen.

*Es ergeben sich auch Widersprüche, wenn die Beschwerdvalidierung die Gültigkeit eines Psychotraumas bestätigt – die vom Gutachter erhobene objektive Traumaschwere jedoch nicht dazu passt*

„Objektivität im allgemeinen Sprachgebrauch und im Gegensatz zur Subjektivität Bezeichnung für Sachlichkeit beziehungsweise Orientierung an der Sache oder am Objekt. **Man bezeichnet einen Sachverhalt, der über die sinnliche Wahrnehmung abgesichert ist, als objektiv.**“ (Dorsch Lexikon der Psychologie 17. Auflage. 2014). Das entspricht der erkenntnistheoretischen Position des naiven Realismus: über die sinnliche Wahrnehmung sei die objektive Realität erfahrbar

Kritischer Rationalismus [engl. critical rationalism; gr. κρίνειν (krinein) unterscheiden, beurteilen, ratio Vernunft], [PHI], von Popper begründete phil. Richtung, **die alles Wissen (theoretischer wie empirischer Art) und überhaupt jeden Problemlösungsversuch für fehlbar hält (Fallibismus) und daher im Unterschied zum klass. Rationalismus das Ziel sicherer Erkenntnis aufgibt.**

Anders als die skeptischen und relativistischen Strömungen hält der Kritische Rationalismus echte Erkenntnis dennoch für möglich, i. S. von Fortschritten bei dem Versuch der zutreffenden Darstellung der Realität durch Gesetzhypothesen. Zentrales Moment der Rationalität ist die kritische Prüfung, Kriterium wiss. Theorien die Falsifizierbarkeit sowie die Bemühung um strenge Prüfung und Falsifikation. Letzteres verlangt zur Prüfung von Theorien eine Suche nach alternativen Erklärungen und nach widersprechenden Fakten, die den Weg zu gehaltvolleren und zutreffenderen Theorien weisen. Streng geprüfte und nicht falsifizierte Aussagen gelten als bewährt, doch niemals als bewiesen und auch nicht als induktiv gestützt oder wahrscheinlich. Über die Methodologie der Wissenschaften hinaus beansprucht der Kritische Rationalismus Geltung für andere Arten menschlicher Praxis, etwa Kunst, Recht, Wirtschaft und Politik.

Dorsch Lexikon der Psychologie 17. Auflage. 2014

Lösung: Überprüfungen über die intersubjektive Wahrnehmung in Form von Reliabilität und Validität psychometrischer Instrumente

Warum wurde die Überprüfung per Beschwerdenvalidierung eingeführt?

Warum werden keine Diagnose- oder Therapie-Studien mit der Methodik des psychopathologischen Befundes veröffentlicht?

## Kontrolle II: Nachweis einer geeigneten Symptomatik

Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen – Teil I 7 Stand 01.12.2019

Bei der Befunddokumentation, die im deutschsprachigen Raum meist in Anlehnung an die AMDP-Kriterien erfolgt, ist eine klar ersichtliche Trennung zwischen den subjektiven Angaben des Probanden (Beschwerdenebene) und objektiv im Rahmen der Untersuchung ersichtlichen Symptomen (Befundebene) erforderlich (► Tab. 3.1). Dies kann z.B. dadurch erfolgen, dass die subjektiven Angaben durch den Konjunktiv oder als indirekte Rede gekennzeichnet werden. Veränderungen im Verhalten während der Untersuchung, z.B. bei der Schilderung traumatisch erlebter Ereignisse, sind gleichermaßen im Befund festzuhalten wie psychopathologisch auffällige Verhaltensweisen, z.B. fehlende affektive Beteiligung oder parathym unangemessenes Lächeln trotz Schilderung stärkster Schmerzen [Leonhardt u. Foerster, 2003; Haenel, 2012]

p. II, 12: „Bei der psychiatrischen Exploration und Untersuchung muss unterschieden werden zwischen **Befunden, die wir „wahrnehmen“ können** (z.B. affektive Niedergeschlagenheit, Konzentrationsmangel, Antriebsmangel) und vom Begutachteten berichteten Beschwerden (z.B. Ängste).

Subjektive Ebene (Beschwerdenebene)	Objektive Ebene (Befundebene)
<p>Grübeln Ängste  Innere Unruhe  Schlafstörungen  Morgentief  Sozialer Rückzug  Suizidgedanken  Gefühl der  Leistungsminderung usw.</p>	<p>Äußeres Erscheinungsbild  Kontaktverhalten  Affekt  Antrieb  Psychomotorik  Formales Denken  Auffassungsvermögen  Konzentrationsfähigkeit  Umstellungsfähigkeit usw.</p>

## **Das AMDP-System in der klinischen und wissenschaftlichen Anwendung seit 1985**

DISSERTATION ZUR ERLANGUNG DES GRADES EINES DOKTORS DER MEDIZIN  
der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes 2009 vorgelegt von:  
Adam Domke

### **II.3.3 Von AMP zum AMDP-System**

Die steigende Zahl der Nutzer des Systems sowie zahlreiche Erfahrungen aus Trainingsseminaren in AMP-Dokumentation resultierte u. a. in einer grundliegender Revision von FÄHNDRICH und HELMCHEN im Jahre 1983. Das mittlerweile auch international anerkannte System wurde weiteren Analysen und Evaluationen (BAUMANN, STIEGLITZ 1983 und 1989) unterzogen. Besondere Beachtung fand die Interrater-Reliabilität, die als verbesserungsbedürftig diskutiert wurde. Um dieser Überlegung gerecht zu werden, publizierten FÄHNDRICH und STIEGLITZ (1989) ein halbstrukturiertes Interview, das dem Anwender eine systematische Befunderhebung individuell gestalten hilft. Auf der anderen Seite konnten die in der inzwischen 5. Auflage des AMDP-Manuals erschienenen Begriffsdefinitionen besser dargestellt und mit Graduierung der Ausprägung versehen werden.



Der psychopathologische Befund ist selbst nach einem gemeinsamen Training der Beurteiler nach Testgütekriterien deutlich weniger reliabel als die testpsychologischen Untersuchungen (Stieglitz et al., 1988).

**Stieglitz RD., Fähndrich E., Renfordt E. (1988). Interrater study for the AMDP system.** Pharmacopsychiatry. Nov;21(6):451-2.

**Reliabilität nach Rater-Training!**

On average, 19.5 symptoms have low reliability, which corresponds well with results of the multicentric study of *Renfordt* et al. (1983, mean = 20).

When one looks for symptoms which have a low rate of agreement in several videos, a group of 8 symptoms is found which have a low coefficient in 3 videos (among others blunted affect, affective rigidity). **These are exclusively symptoms which are derived by external observations or mixed assessment** (external observation and/or subjective information

These results are more favorable than those of *Fähndrich* and *Renfordt* (1985). The latter study found a deterioration in 17 symptoms (inexperienced raters), respectively, 13 symptoms (experienced raters) even though the first and fourth video to be assessed in that study were identical. *Interrater-Reliabilität berechnet, aber nicht veröffentlicht.*

Die nach alltäglicher Definition objektiven Daten der **Beobachtung von Verhalten und Ausdruck** – also die nonverbalen Daten – sind noch unzuverlässiger sind als der psychopathologische Befund. Die Ausdruckspsychologie muss als gescheitert eingestuft werden.

Moderne Beschreibungen zur Bedeutung nonverbaler Daten für die Psychopathologie sind eher Absichtserklärungen für notwendige Forschung als Bestätigung (Kring AM, [Stuart BK.](#); 2008).

**Speziell für die PTBS wurde nur eine enttäuschende Übereinstimmung zwischen Gesichtsausdruck und emotionalem Erleben gefunden Wagner et al. (2003).**

Überdies: der non-verbale Ausdruck des Kliniklers (Arztes, Psychologen) beeinflusst das affektive Klima der Untersuchung (Hall et al., 1995).

Arch Psychiatr Nervenkr (1983) 233 : 509–523

---

**Archiv für Psychiatrie  
und Nervenkrankheiten**  
Archives of Psychiatry  
and Neurological Sciences  
© Springer-Verlag 1983

---

## **Zur Validierung der AMDP-Syndromskalen**

**R. Gebhardt und A. Pietzcker**

Psychiatrische Klinik der Freien Universität Berlin (Direktor: Prof. Dr. H. Helmchen),  
Eschenallee 3, D-1000 Berlin 19

Die Untersuchungen zur Reliabilität erbrachten zumindest für den Aspekt der inneren Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) befriedigend hohe Werte für die teilweise nur aus relativ wenigen Items zusammengesetzten Syndrome.

Die Berechnungen der Profilverlässlichkeiten (siehe Lienert 1961, S. 364) unter Berücksichtigung der Interkorrelationen der Syndrome und Syndromzuverlässigkeiten (innere Konsistenz nach Cronbachs  $\alpha$ ) ergeben für das AMP-System einen Wert von  $\text{prof } r_{tt} = 0,74$  und für das AMDP-System einen Wert von  $\text{prof } r_{tt} = 0,75$ . Beide Werte liegen sehr hoch und deutlich über dem von Lienert angegebenen kritischen Wert von  $\text{prof } r_{tt} = 0,50$ .

Das ist Skalenkonstruktion im Rahmen der klassischen Testtheorie.

Keine Bestätigung der Validität psychopathologischer Befunde per objektiver Wahrnehmung.

Eher Beleg des Scheiterns der „objektiven Wahrnehmung“.

# Der psychopathologische Befund als Kernstück der psychiatrischen Diagnostik

Achim Haug, Wolfgang Trabert und Rainer Schaub

**„Zusammenfassung.** Der psychopathologische Befund ist das Kernstück der psychiatrischen Diagnostik und damit auch Ausgangspunkt jeder psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. **Mit geeigneten Maßnahmen können die Validität und Reliabilität der Befunderhebung deutlich gesteigert werden. Die Festlegung einer definierten Fachbegrifflichkeit sowie das fortwährende Training im präzisen Gebrauch der Fachsprache sind die wichtigsten Elemente hierbei. Dann werden auch Werte erreicht, die mit somatischen Untersuchungsbefunden vergleichbar oder sogar besser als diese sind.** Entwicklungen der experimentellen Psychopathologie sind wichtig, ersetzen aber nicht die grundlegende Untersuchung des psychopathologischen Befundes. Am Anfang steht die Erkennung und Einordnung von Einzelphänomenen des Erlebens und Verhaltens ganz im Sinne des Satzes

**Ich sehe nur, wovon ich weiß».**

**In dem Artikel finden sich keine Belege für die Behauptung!!**

## Anwendung objektiver Erfahrungen in der Begutachtung der PTBS (AWMF 2019)

### Leitlinie

#### 5.1.3 Geeignete PTBS-Symptome

Neben dem Erfordernis eines geeigneten Schweregrades und dem zeitnahen Nachweis psychopathologischer Erstsymptome erfordert die Diagnose des „Vollbildes“ einer PTBS typische Symptome („B-E-Kriterien“) **über das subjektive Erleben des Betroffenen hinaus auf der objektivierbaren Befundebene**. Hierbei sind zwei Aspekte getrennt zu betrachten.

- **Retrospektive Bewertung**. Auch für den Fall eines gesicherten psychischen „Erstschadens“ ist die Diagnose einer PTBS nur dann zu stellen, wenn anhand der Vorbefundlage und/oder anhand der gutachtlich erhobenen Befunde **„Kernsymptome“** einer PTBS (► Tab. 5.3) nachweisbar sind – dabei im Öffentlichen Recht im „Vollbeweis“, im Haftpflichtrecht zumindest mit „Wahrscheinlichkeit“. Alle übrigen im DSM-5 genannten Symptome sind letztlich unspezifisch und sind auch bei anderen, nicht spezifisch einer PTBS zuzuordnenden Störungen zu eruieren. Hier ist die Entwicklung bzw. das Bestehen komorbider Störungen differenzialdiagnostisch zu klären.

Tab. 5.3 Gutachtlich bedeutsame „Kernsymptome“ der PTBS für die retrospektive Diagnosesicherung nach DSM-5. Weitere für die Diagnosestellung einer zum Zeitpunkt der Begutachtung noch bestehenden PTBS wesentliche Symptome ► Tab. 5.4.

DSM-5	Kriterium	Symptom
B	Wiedererleben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unwillkürlich auftretende eindringliche Erinnerungen (Intrusionen)</li> <li>• in Inhalt und/oder Affekt ereignisbezogene Alpträume</li> <li>• unwillkürlich auftretendes dissoziatives, nicht steuerbares Wiedererleben der traumatischen Situation („Flashbacks“)</li> <li>• nach Triggerreizen auftretende psychische und/oder körperliche Reaktionen.</li> </ul>
C	Vermeidungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung bewusster Erinnerungen an die traumatische Situation.</li> <li>• Vermeiden traumabezogener Triggerreize (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Geräusche, Gerüche).</li> </ul>

Aktuelle Situation: Tab. 5.4 Mögliche objektivierbare Symptome einer PTBS während der gutachtlichen Untersuchung in Anlehnung an die DSM-5-Vorgaben.

DSM-5	Beobachtbare Symptomatik
B4	Psychische Reaktion bei Diskussion des Traumaerlebnisses mit ersichtlicher <b>Sprachveränderung</b> , Vermeiden eines zuvor bestehenden <b>Blickkontakts</b> , Problemen beim <b>Finden von Worten</b> , Umkippen in eine „ <b>konfuse</b> “ <b>Schilderung</b> bei zuvor sachgerechter Beschreibung des Werdegangs bis zu einer <b>dissoziativ veränderten Situationswahrnehmung</b> , die über ein kurzes Gedankenabschweifen hinausgeht und mit einem Kontaktabbruch zum Untersucher einhergeht.
B5	<b>Körperliche Reaktion</b> bei Diskussion des Traumaerlebnisses mit <b>Schweißausbruch, vertiefter Atmung, Veränderung der Pupillenweite und/oder Hautfarbe, Auftreten von Unruhe, Muskelanspannung und/oder Blutdruck- und Pulsanstieg.</b>
C1	Ersichtliches <b>Vermeidungsverhalten bzgl. Erinnerung an das traumatische Ereignis</b> , indem zwar das Umfeld der traumatischen Situation, nicht jedoch dieses selbst beschrieben wird, o. indem d. <b>Schilderung der traumatischen Situation „überspielt“</b> und dem Untersucher kaum Gelegenheit gegeben wird nachzufragen. CAVE: Ängste vor einem erneuten traumatischen Ereignis stellen demgegenüber eine normale Reaktion dar u. sind kein Vermeidungsverhalten.
D1	<b>Erinnerungslücke</b> für einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse.
D3	<b>Irreale (!) Schuldgefühle</b> hinsichtlich Ursache und Folgen des o. der traumatischen Ereignisse.
D6	<b>Affektive Einengung</b> als Symptom d. <b>Entfremdung und d. Abgetrenntseins</b> , ersichtlich z.B. anhand d. Kontaktverhaltens während d. vom Thema d. Traumaerlebens losgelösten körperl. Untersuchung
E3	<b>Übermäßige Wachsamkeit</b> mit anhaltender Anspannung, Beobachtung des Umfelds im Untersuchungszimmer und niederschwelliger Reagibilität auf Geräusche (z.B. Schritte im Flur)
E4	<b>Übertriebene Schreckreaktionen</b> während Exploration u. körperlichen Untersuchung (z.B. plötzliche Bewegungen des Untersuchers).
E5	<b>Konzentrationsschwierigkeiten</b> mit ersichtlichem Nachlassen der Aufmerksamkeit und der Konzentration im Verlauf der gutachtlichen Exploration und Untersuchung



Leitlinie zur Begutachtung psychischer und  
psychosomatischer Störungen – Teil I 7  
Stand 01.12.2019

Empfehlung I.5 Eine eingehende, explizit und nachvollziehbar dargelegte Beschwerdvalidierung ist zwingender Bestandteil jedes Gutachtens. Ihr Kernstück ist eine sorgfältige Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung, die, je nach Einzelfall, durch spezifische Verfahren untermauert werden kann.

Die Auswirkungen der „objektiven Befundung“ auf die psychiatrischen Gutachten.

Dickmann, Brooks, (2007). „Auch unsere Gruppe von sehr **erfahrenen Gutachtern mit hoher Gutachtenfrequenz** (Durchschnitt: 11 Gutachten pro Monat) kommt in der Bewertung eines fiktiven Falles zu erstaunlich unterschiedlichen Ergebnissen. Schon bei Stellung der **ICD-10 Hauptdiagnose werden 6 verschiedene Diagnosen genannt**, wobei 32% der Gutachter die den ICD-10 Kriterien nächstliegende Diagnose nennen. 86% führen eine 2. Diagnose an, 32% eine 3. Diagnose. Bei der **Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit sehen 8 Gutachter keine wesentlichen Einschränkungen**, 4 schätzen das Leistungsvermögen geringer als 3 Stunden pro Tag für alle Tätigkeiten ein, und 8 halten Arbeit von 3 bis unter 6 Stunden pro Tag noch für möglich. 3 Gutachter gehen von voller Belastbarkeit für alle denkbaren Tätigkeiten aus, sehen aber **Leistungsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als eingeschränkt an**. Praktisch könnte das für eine Versicherte bedeuten, dass 8 Kollegen jede Rentenzahlung für unangemessen halten, 4 für volle Erwerbsminderungsrente plädieren und 10 für eine Teilerwerbsminderungsrente. Die 4 Nervenärzte, die das Leistungsvermögen als aufgehoben einschätzen, hatten alle die nach ICD-10 Kriterien nächst liegende Diagnose F33.1/2 rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig/schwergradig gestellt.“

Ebert H. (2010) zur divergierenden Einschätzung des Leistungsvermögens von Rentenklägern in Gutachten des Rentenversicherers und der Sozialgerichte p. 117:

„Diese [orthopädischen und internistischen] Erkrankungsbilder sind zumeist gut in ihren resultierenden Funktionseinschränkungen und ihrer Prognose unter Berücksichtigung vorhandener Therapieoptionen fassbar. Für diese Erkrankungen existieren bereits seit längerem bekannte Leitlinien der DRV Bund zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung unter **Anwendung objektiver Parameter (z.B. Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf- und Atmungssystems mittels der Spiroergometrie)**, die zu einheitlichem Bewertungsverhalten zwischen Gutachtern des Rentenversicherers und Gutachtern für das Sozialgericht führen dürften.“

p.118 „**Fast doppelt so häufig ... fanden sich in dieser Untersuchung jedoch divergierende Leistungsbeurteilungen in nervenärztlichen Gerichtsgutachten.** Begründet wurden diese abweichenden Beurteilungen oft mit Verschlechterungen, Feststellung bislang unberücksichtigter Symptome/ Krankheiten sowie auch anderer Wertung der resultierenden Funktionseinschränkungen, seltener mit Neuerkrankungen.“

Barth et al., (2017): p.11. "Despite their widespread use, medical evaluations of work disability show high variability and often low reliability. Use of standardised and validated instruments to guide the process could improve reliability. There is an urgent need for high quality research, conducted in actual insurance settings, to explore promising strategies to improve agreement in evaluation of capacity to work."

Aber:

p. 3. "Level of standardisation was considered as "not standardised" when medical experts in the insurance setting used only their professional expertise to elicit information and rate findings from the claimant; as "semi-standardised" when they used a structured instrument as one component of the evaluation; and as "fully standardised" when occupational functioning was primarily evaluated with a structured instrument." p. 10 "the relation between the level of standardisation and inter-rater reliability in all 23 studies showed a highly significant association ( $P=0.006$ )."

Für die Reliabilität psychiatrischer Gutachten fanden Kunz et al. (2019): p. 5: "Although the work capacity ratings of the same patient varied widely across psychiatrists, psychiatrists were highly certain that their own ratings reflected patients' work capacity (rating scale: 7.4 points, mean, 95%CI 6.8–8.0 for 'last job' and 7.2 points, 95%CI 6.6–7.8 for 'alternative work')."

Bei der Auswertung von 150 psychiatrisch-psychologischen Sozialgerichtsgutachten wurde deutlich, dass psychologische Zusatzgutachten die Qualität der Gutachten erhöhen (Neumeyer, M.; 2009).

Außerdem wurde festgestellt: „der insgesamt recht geringe direkte Bezug zu wissenschaftlichen Literaturquellen führt zu der Frage, inwieweit die Ausführungen des Gutachters dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen oder seiner erfahrungsgeleiteten Privatmeinung entstammen. Hier wäre, speziell bei differenzialdiagnostischen Überlegungen, ein häufigerer Bezug zu wissenschaftlichen Quellen sinnvoll.“ Aus diesem Grund wurde bei den Gutachten im Rentenverfahren die Prüfarztstelle eingerichtet, hier gibt es explizit eine Anleitung, den wissenschaftlichen Bezug zu überprüfen. Deutsche Rentenversicherung (2020). Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung. Manual zum Peer Review-Verfahren.

Zur Veranschaulichung der Patientenperspektive sei bspw. die Schwierigkeit dargestellt, die Verletzungsschwere selbst einzuschätzen. Bei stark blutenden äußeren Verletzungen z. B. bei einem leichten Schädel-Hirntrauma oder bei Verdacht auf innere Blutungen bei einem Aufprall, kann der Patient subjektiv die Überzeugung haben „Ich bin schwer verletzt“ oder sogar „ich muss sterben“. In den wenigen Studien, die die Kognition der Betroffenen mit einbeziehen, leistet sie einen hohen Anteil an Varianzaufklärung in der Zielvariablen PTBS (Ehring et al., 2008). So konnte gezeigt werden, dass die psychologischen Faktoren der Ereignisinterpretation eine größere Rolle spielen als die Traumaschwere. Die Wahrnehmung, selbst hilflos zu sein und keinen Einfluss nehmen zu können, hat größere Bedeutung als die Traumaintensität (Michael et al., 2018).



Hohe Heterogenität bedeutet:

Es kommt auf den Gutachter – die Gutachterin bzw. deren „objektive Wahrnehmung“ an!

Einsatz eines Fragebogens zur vorherigen Befragung des potentiellen Gutachters??