



Wolfgang Schneider
Ralf Dohrenbusch
Harald J. Freyberger
Peter Henningsen
Hanno Irle
Volker Köllner
Bernhard Widder
(Hrsg.)

Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Autorisierte Leitlinien und Kommentare
2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Schneider et al. (Hrsg.)
**Begutachtung bei psychischen
und psychosomatischen Erkrankungen**



Wolfgang Schneider
Ralf Dohrenbusch
Harald J. Freyberger
Peter Henningsen

Hanno Irle
Volker Köllner
Bernhard Widder
Herausgeber

Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Autorisierte Leitlinien und Kommentare

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Hogrefe Verlag

Lektorat: Psychiatrie, Gesundheitswesen, Medizin
Herstellung: Adrian Susin
Bearbeitung: Ulrike Boos, Freiburg
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe Verlag
Lektorat Psychiatrie, Gesundheitswesen, Medizin
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016

© 2012/2016 by Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN 978-3-456-95565-0)

ISBN 978-3-456-85565-3

Inhalt

Vorwort zur 2. Auflage	13
Vorwort	17
Teil 1	
Theoretische Aspekte	23
1 Die psychosozialen Hintergrundbedingungen von Begutachtungs- fragestellungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (<i>Wolfgang Schneider</i>)	25
1.1 Einleitung	25
1.2 Exkurs: Die gesellschaftliche Dimension und die Entwicklungen in der Arbeitswelt in ihren psychosozialen Auswirkungen	28
1.3 Der Einfluss der öffentlichen Meinung und der Medien – Medikalisierungsprozesse	32
1.4 Der Weg in die Rente	34
1.5 Probleme bei der Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen	37
Teil 2	
Diagnostische Methoden der Begutachtung	43
2 Das diagnostische Interview (<i>Wolfgang Schneider, Matthias Fabra und Ralf Dohrenbusch</i>)	45
2.1 Grundsätzliches	45
2.2 Ebenen des gutachtlichen diagnostischen Interviews	46
2.3 Subjektivität des diagnostischen Interviews	49
2.4 Anwesenheit Dritter und Fremdanamnese	49
2.5 Aufbau des gutachtlichen diagnostischen Interviews	50
3 Die Erhebung von Zusatzbefunden: körperliche Untersuchung, Serumspiegelbestimmungen von Medikamenten und apparative Zusatzuntersuchungen (<i>Matthias Fabra</i>)	53

4	Zur Bedeutung der Testpsychologie bei ICF-orientierter Begutachtung (<i>Ralf Dohrenbusch, Wolfgang Schneider und Thomas Merten</i>)	57
4.1	Aktueller Stellenwert psychologischer Messverfahren in psychia- trischer und psychosomatischer Begutachtung	58
4.2	Risiken eines ausschließlich interviewbasierten diagnostischen Zugangs	60
4.3	Prinzipien psychologischer Messung	63
4.4	Testanwendung	76
4.5	Standardisierte dimensionale Diagnostik gängiger Aktivitäts- und Fähigkeitsmaße	88
4.6	Schlussfolgerungen zum Einsatz psychologischer Testverfahren in der Begutachtung von Personen mit psychischen Störungen	111
5	Das Interview aus aussagepsychologischer Perspektive: Validierung explorationsbasierter Informationen (<i>Ralf Dohrenbusch</i>)	116
5.1	Stärken und Schwächen diagnostischer Interviews	116
5.2	Das Gedächtnis des Befragten als Ausgangspunkt der Befragung	118
5.3	Aussagepsychologische Implikationen	122
5.4	Bedingungen valider Datenerhebungen: einige Empfehlungen zum explorativen Vorgehen in der Begutachtung	127
6	Diagnostik des präorbiden Zustandes bei der Kausalitätsbegutachtung (<i>Ralf Dohrenbusch</i>)	133
6.1	Probleme der Präorbiddiagnostik	134
6.2	Diagnostik präorbider Störungen: Sicherung des Krankheitswertes	137
6.3	Diagnostik einer störungsspezifischen Schadensanlage	139
6.4	Diagnostik «allgemeiner» präorbider Vulnerabilität	143
6.5	Diagnostik des präorbiden Funktionsniveaus	146
6.6	Diagnostik präorbider situativer Bedingungen	150
7	Psychologische Methoden der Beschwerdvalidierung (<i>Thomas Merten und Ralf Dohrenbusch</i>)	152
7.1	Psychologische Testdiagnostik und Neuropsychologie	152
7.2	Grenzen der Aussagefähigkeit standardisierter Testverfahren	155
7.3	Negative Antwortverzerrungen, Auftreten und Bedeutung in der Begutachtung	156
7.4	Methoden zur Beschwerdvalidierung	159
7.5	Alternativwahlverfahren, Beschwerdvalidierungstests im engeren Sinne	161
7.6	Eingebettete Beschwerdvalidierungsindikatoren	166
7.7	Selbstbeurteilungsverfahren, Fragebogenmethoden	167

7.8	Konsistenz- und Plausibilitätsprüfungen	173
7.9	Absicherung von Aussagen zur Konsistenz und Plausibilität von Beschwerdeschilderungen	174
7.10	Plausibilität im Rahmen wissenschaftlich/empirisch gestützter Modelle	177
7.11	Empfehlungen für die Begutachtung	182
8	Wie theoretisch fundiert sollte die Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sein? (<i>Ralf Dohrenbusch und Wolfgang Schneider</i>)	189
8.1	Klassifikatorische Diagnostik als Ausgangspunkt der Status-quo-Bewertung	190
8.2	Verknüpfung von Status-quo-Diagnostik und entwicklungs- geschichtlichem Hintergrund	193
8.3	Konzepte der Psychoanalyse und der psychodynamischen Theorie	194
8.4	Konzepte der Lern- und Handlungstheorie	198
8.5	Grenzen der gutachterlichen Ausrichtung an tiefenpsychologischen oder lern- und handlungstheoretischen Konzepten	200
8.6	Das Verhältnis von Psychotherapie und Begutachtung	202
8.7	Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten und empirisch fundierten Begutachtung	203
8.8	Fazit	206
9	Vom Befund bis zur Stellungnahme – Empfehlungen zur leitfaden- gestützten gutachterlichen Urteilsbildung (<i>Ralf Dohrenbusch und Wolfgang Schneider</i>)	209
9.1	Allgemeine Hinweise	209
9.2	Empfehlungen zu Art und Umfang der Informationsaufnahme	210
9.3	Empfehlungen zur Informationsverdichtung in den für die Beantwortung der Fragestellungen relevanten Teilbereichen	211
9.4	Abgleich des Anforderungsprofils mit dem Beeinträchtigungsprofil	219
9.5	Prognostische Aussagen	221
10	Zusammenfassende und integrierende Bewertung bei der Begutachtung (<i>Wolfgang Schneider, Matthias Fabra und Ralf Dohrenbusch</i>)	224
10.1	Berücksichtigung organmedizinischer Vorbefunde	224
10.2	Prüfung der Voraussetzungen für die Integration unterschiedlicher Informationsebenen	225
10.3	Integration relevanter Ergebnisse und Befunde in die Beantwor- tung der gutachterlichen Fragestellungen	228

11 Prognosenstellung (<i>Ralf Dohrenbusch und Wolfgang Schneider</i>)	231
11.1 Statistische Prognosefaktoren	231
11.2 Hinweise zur Individualprognose	234
11.3 Schlussfolgerungen	244

Teil 3

Die Begutachtung in unterschiedlichen Rechtskontexten .. 247

12 Die Begutachtung im Rahmen der Rehabilitation und Rentenverfahren wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (<i>Hanno Irle und Katja Fischer</i>) . . .	249
12.1 Reha- und Rentenleistungen bei psychischen und Verhaltens- störungen	250
12.2 Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilita- tionsprognose, Leistungen zur Teilhabe, Akutbehandlung versus Rehabilitation	257
12.3 Renten wegen Erwerbsminderung, Berufs- und Erwerbs- unfähigkeit	260
12.4 Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung bei psychischen Störungen	266
12.5 Ausblick: Qualitätssicherung der Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung	275
13 Die Begutachtung im Rahmen der privaten Berufs- unfähigkeitsversicherung (<i>Helga Grundmann</i>)	279
13.1 Berufsunfähigkeit in der privaten BU-Versicherung – Begriffsklärung	279
13.2 BU-Leistungsprüfung – eine kooperative Zusammenarbeit zwischen Leistungsprüfer und Mediziner	281
13.3 Organisch nicht oder nicht ausreichend erklärbare Beschwerden (psychosomatische bzw. somatoforme Störungen) als BU-Ursache	285
13.4 Unter welchen Umständen und zu welchem Zeitpunkt ist eine psychosomatische Begutachtung sinnvoll?	286
13.5 Medizinische Begutachtung von somatoformen Störungen	287
13.6 Diagnose einer somatoformen Störung und Einschätzung des Restleistungsvermögens	288
13.7 Entscheidung über Berufsunfähigkeit durch den Leistungsprüfer des Versicherers	289

14 Probleme und Strategien bei der Bewertung psychisch bedingter Berufsunfähigkeit (<i>Ralf Dohrenbusch, Wolfgang Schneider und Bernhard Widder</i>)	290
14.1 Abgrenzung Berufsunfähigkeit vs. Erwerbsminderung – Auswirkungen auf die Begutachtung	291
14.2 Entscheidungsschritte zur Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit	292
14.3 Spezielle Probleme der BU-Begutachtung	304
 Teil 4	
Die Begutachtung bei unterschiedlichen klinischen Fragestellungen	307
15 Begutachtung bei Schmerz und somatoformen Erkrankungen (<i>Peter Henningsen und Simone Schickel</i>)	309
15.1 Zwei-Stufen-Modell der psychosomatischen Begutachtung	310
15.2 Epidemiologie und Komorbidität somatoformer Störungen	310
15.3 Ätiologie somatoformer Störungen	311
15.4 Neurobiologie und somatoforme Beschwerden	313
15.5 Diagnostische Einordnung somatoformer Störungen	314
15.6 Dimensionales Modell der Diagnostik	315
15.7 Differenzialdiagnostische Herausforderung: Der chronische Schmerzpatient	317
15.8 Bestimmung des Schweregrads und der Prognose in der Begutachtung	320
15.9 Etwaige tendenziöse Haltungen in der Begutachtung	321
15.10 Psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen	323
15.11 Fazit	324
16 Sozialrechtliche Begutachtung bei psychotischen und organischen psychischen Störungen (<i>Harald J. Freyberger, Thomas Merten, Manuela Dudeck und Wolfgang Schneider</i>)	327
16.1 Psychotische Störungen	327
16.2 Organische psychische Störungen	331
17 Posttraumatische Belastungsstörungen (<i>Wolfgang Schneider, Harald J. Freyberger, Bernhard Widder</i>)	340
17.1 Zur Epidemiologie der posttraumatischen Belastungsstörung	341
17.2 Vorgehen bei der Diagnostik/Begutachtung	342
17.3 Weitere Fallstricke in der diagnostischen Einschätzung	345
17.4 PTBS als moderne Krankheit	346

18. Begutachtung affektiver und erschöpfungsbedingter/neurasthenischer Störungen (<i>Ralf Dohrenbusch und Volker Köllner</i>)	349
18.1 Voraussetzungen für die Anerkennung affektbedingter beruflicher Leistungsminderung: Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV/5	350
18.2 Erweiterungen der Nomenklatur: Burn-out, Bore-out, Chronic Fatigue Syndrome, Verbitterungsstörung etc.	352
18.3 Schwache Eignung der ICD-Diagnostik für die Funktions- und Leistungsbewertung	354
18.4 Zur Illustration: gleiche Diagnose, unterschiedliche Verläufe, abweichende Bewertungen	357
18.5 Methodik der Begutachtung affektiver und neurasthenischer Störungen: diagnostische Zugänge	360
18.6 Bewertung von Krankheitsverarbeitungsprozessen bei depressiven und neurasthenischen Störungen	362
18.7 Strukturierungshilfen für die Begutachtung	364

Teil 5

Empirische Studien zur Begutachtung 369

19 Evaluation von Gutachten zu psychisch bedingter Berufsunfähigkeit (<i>Ralf Dohrenbusch, Daniela Becker, Stefanie Kahnert, Sonja Kowalewsky, Dagmar Kraft und Simone Schickel</i>)	371
19.1 Qualität medizinischer Gutachten: Bewertungsebenen und Bewertungskriterien	371
19.2 Methode	372
19.3 Ergebnisse	373
19.4 Empfehlungen	381
20 Empirische Überprüfung des Leitfadens zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (<i>Daniela Becker und Wolfgang Schneider</i>)	384
20.1 Untersuchungen zu Aspekten der Reliabilität und inhaltlichen Validität: Reliabilitätsstudie, Echtbegutachtung, Schauspielerstudie	384
20.2 Analyse bereits vorliegender Gutachten	387
20.3 Delphi-Befragungen	388
20.4 Diskussion	389

Teil 6

Begutachtungsbeispiele	393
21 Beispiel 1: Psychosomatisch-psychotherapeutisches Gutachten	395
21.1 Zur Aktenlage	395
21.2 Angaben des Probanden	396
21.3 Tendenziöse Haltung	400
21.4 Psychischer Befund	400
21.5 Zusammenfassung und Integration der unterschiedlichen Befunde	401
21.6 Anhang zum Gutachten K. T.: Testpsychologische Auswertung	405
22 Beispiel 2: Gutachten auf dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	408
22.1 Zur Aktenlage	408
22.2 Eigene Untersuchung	413
22.3 Zusammenfassung und Bewertung	423
22.4 Zur Beantwortung der Fragen der Versicherung	427
23 Beispiel 3: Psychosomatisch-nervenärztliches Gutachten	434
23.1 Gutachtenfragen	434
23.2 Quellen der Begutachtung	434
23.3 Zusammenfassung und diagnostische Beurteilung	446
24 Beispiel 4: Psychosomatisches Gutachten	455
24.1 Zur Aktenlage	455
24.2 Eigene Untersuchung	457
24.3 Zusammenfassende Bewertung	464
24.4 Zur Beantwortung der Gutachtenfragen	467

Teil 7

Standards der Begutachtung (Leitlinie AWMF)	473
25 Manual zum Leitfaden «Begutachtung der beruflichen Leistungsfähig- keit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen» <i>(Wolfgang Schneider, Ralf Dohrenbusch, Harald J. Freyberger, Harald Gündel, Peter Henningsen, Volker Köllner, Johanna Barth, Daniela Becker, Sonja Kowalewsky und Simone Schickel)</i>	475
25.1 Allgemeines Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit	475
25.2 Die diagnostischen Merkmalsbereiche der beruflichen Leistungsbeurteilung	485

25.3	Glossar	532
25.4	Ratingbogen zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit ...	534
26	Standards der Begutachtung bei der Beurteilung von Kausalitätsfragen (Bernhard Widder, Josef Berchtold, Klaus Foerster, Peter W. Gaidzik, Peter Henningsen und Wolfgang Schneider)	549
26.1	Rechtliche Grundlagen	550
26.2	Systematik psychoreaktiver Störungen	574
26.3	Gutachtliche Kriterien	591
26.4	Ratingbogen zur Kausalitätsbeurteilung geltend gemachter psychischer Schädigungsfolgen	622
26.5	Verfahren zur Konsensbildung	631
	Anhang	633
	Ausgewählte psychologische Testverfahren (Ralf Dohrenbusch und Christina Strodtick)	633
	Autorinnen und Autoren	651
	Sachregister	655

Vorwort zur 2. Auflage

Wolfgang Schneider

Das Buch beinhaltet die Leitlinien zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit sowie zur Begutachtung von Kausalitätsfragen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bzw. Problemstellungen. Auf der Grundlage der multizentrischen und multidisziplinären Erstellung dieser Begutachtungsrationalen und der damit verbundenen Diskussionsprozesse sind relevante methodische und inhaltliche Aspekte der Begutachtung und der gutachterlichen Entscheidungsfindung sowie spezifische klinische und rechtliche Problemstellungen von unterschiedlichen Autorengruppen erarbeitet worden. Sie stellen eine substantielle Anreicherung der Leitlinie dar. Die Hereinnahme von Gutachtenbeispielen hat den Praxisbezug des Buches erhöht. Es ist davon auszugehen, dass gerade auch diese Vertiefungen und Erweiterungen der theoretischen und praktischen Aspekte des Begutachtungsfeldes zur guten Rezeption des Buches geführt haben, sodass jetzt eine 2., überarbeitete und inhaltlich erweiterte Auflage vorliegt.

Die Leitlinie ist seitens unterschiedlicher Fachgesellschaften (siehe Vorwort zur 1. Auflage) und durch die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF: 051/029) als S2K-Leitlinie (auf Konsensbildung beruhend) anerkannt worden. Wir haben den Eindruck, dass die Leitlinie insbesondere bei Gutachtenaufträgen zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei unterschiedlichen Privatversicherern eine gute Akzeptanz gefunden hat und von diesen häufig als Begutachtungsstandard bei der Formulierung der Begutachtungsaufträge zugrunde gelegt wird.

Wir haben seit der Veröffentlichung der Leitlinie eine Reihe von Gutachtenseminaren zum Thema der Beurteilung der Leistungsfähigkeit durchgeführt, die auf ein reges Interesse von Gutachtern aus den Bereichen der Psychiatrie, der psychosomatischen Medizin und der Psychologie gestoßen sind. Interessant ist im Weiteren, dass auch Juristen aus unterschiedlichen Kontexten (Rentenversicherer, private Versicherungen, Rechtsanwälte) an diesen Seminaren teilgenommen haben, die ebenfalls mit der Problemstellung befasst sind. Auch in der Weiterbildung von Arbeitsmedizinern hat sich der Leitfaden zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit gerade bei der Abklärung der betrieblichen Wiedereingliederung von Rehabilitanden bzw. «leistungsgewandelten» Arbeitnehmern als hilfreich erwiesen. So ist davon auszugehen, dass die Anwendungsmöglichkeiten des «Leitfadens zur Begutachtung der

beruflichen Leistungsfähigkeit», der die Grundlage der entsprechenden Leitlinie bildet, über den Bezugsrahmen der Versicherungsmedizin oder der Rentenversicherer sowie der ggf. involvierten juristischen Instanzen (z. B. Gerichte) hinausgehen.

Die Bedeutung der Begutachtungsthematik ist in den Jahren seit dem Erscheinen der 1. Auflage des Buches noch gestiegen. Die Arbeitsunfähigkeitschreibungen wegen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen haben weiter zugenommen, und die «Krankschreibungen» mit entsprechenden Diagnosen weisen eine längere Dauer auf als die Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen anderer Krankheiten. Der Anteil der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist ebenfalls angestiegen. Im Jahr 2013 haben 42 % der Neuzugänge zu diesen Renten die Erstdiagnose einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung aufgewiesen; bei den Männern betrug der Anteil ca. 35 %, und bei den Frauen findet sich ein dramatisch hoher Prozentsatz von 48 %. Von Bedeutung ist hier auch, dass die Rentengewährung bei diesen Erkrankungsgruppen im Durchschnitt drei Jahre früher erfolgte als bei den Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei anderen Krankheiten.

Dass diese Entwicklung nicht durch einen realen zahlenmäßigen Anstieg der psychischen Krankheiten begründet ist, haben neuere epidemiologische Studien gezeigt (siehe z. B. Kapitel 1). Die oben skizzierte Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage und der Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit stellt u. E. einen Ausdruck einer erhöhten gesellschaftlichen Sensibilität und Offenheit für psychische Prozesse – Gefühle und Verhalten –, aber auch für Abweichungen im Sinne von psychischen Erkrankungen dar. Dazu kommt eine höhere Bereitschaft von Ärzten, entsprechende Diagnosen zu stellen und therapeutische Maßnahmen zu indizieren, die allzu oft vor allem psychopharmakologisch ausgerichtet sind. Ergänzend zeigen die «Patienten» ebenfalls eine größere Offenheit gegenüber ihren Ärzten, auch über psychische oder psychosomatische Probleme zu sprechen. Soziale Aspekte wie z. B. Langzeitarbeitslosigkeit oder auch die öffentlich offensiv geführte Debatte um die Zunahme von psychischen Anforderungen im Arbeitsprozess (Stress am Arbeitsplatz) stellen eine wichtige Rahmenbedingung der hier angesprochenen Tendenz dar.

Wir haben die 2. Auflage des Buches inhaltlich um einige Kapitel erweitert, nämlich um die besonderen Aspekte der Begutachtung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) sowie von affektiven und neurasthenischen Störungen. Beide «Krankheitsbilder» bzw. Themen nehmen einen besonderen Stellenwert ein bezogen auf die Häufigkeit, aber auch auf die mit ihnen verbundenen methodischen Vorgehensweisen in Begutachtungsprozessen. Bei der Begutachtung von affektiven und neurasthenischen Störungen finden sich häufig Problemstellungen, die einen engen Bezug zum «Burn-out-Konzept» aufweisen, das nach unserer Erfahrung in den letzten zehn Jahren zunehmend als relevante Ursache für das Vorliegen von beruflichen Leistungseinbußen bei Anträgen zur Gewährung einer privaten Berufsunfähigkeitsrente berichtet wurde. Bei der Frage des Vorliegens einer posttraumatischen Belastungsstörung geht es oftmals um Entschädigungsansprüche, die daraus abgeleitet werden.

Weiterhin haben wir besondere methodische und inhaltliche Aspekte zur Begutachtung bei der privaten Berufsunfähigkeitsrente sowie zur Prognosestellung in Bezug auf die zukünftige Entwicklung der Erkrankung sowie die damit verbundene berufliche Leistungsfähigkeit bzw. deren Einschränkungen in gesonderten Kapiteln bearbeitet. Andere Kapitel – wie z. B. die Diskussion über die psychosozialen Hintergrundbedingungen, die zu Begutachtungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führen – haben wir inhaltlich erweitert und aktualisiert.

So ist zu hoffen, dass auch die 2. Auflage unseres Buches für Gutachter in unserem Feld, Kliniker unterschiedlicher Fachrichtungen, aber auch für andere Berufsgruppen, die mit der Bewertung von gutachterlich relevanten Fragestellungen befasst sind, von Interesse ist.

Rostock, im August 2015
Wolfgang Schneider

Vorwort

Wolfgang Schneider

Begutachtungsfragestellungen und -aufträge bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ergeben sich in unterschiedlichen (sozial-)medizinischen Kontexten und Rechtsgebieten. Dazu zählen z. B. Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Agentur für Arbeit, Begutachtungen der beruflichen Leistungsfähigkeit bei der Privaten Berufsunfähigkeitsrente im Auftrag von Versicherungen oder auch der Rentenversicherer zur Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit oder der Erwerbsfähigkeit (siehe Irle und Fischer in diesem Band). Von besonderer Relevanz, aber auch Brisanz, sind Begutachtungen im Rahmen von Gerichtsverfahren. Im Strafrecht spielen insbesondere Fragen der Schuldfähigkeit sowie der Prognose eine wichtige Rolle, und in diesem Feld sind von verschiedenen Arbeitsgruppen methodische Standards und Qualitätskriterien der Begutachtung entwickelt worden, die sowohl bei den Gutachtern als auch bei den Richtern eine gute Akzeptanz gefunden haben. Im Sozialrecht, aber auch im Zivil- und Unfallrecht – z. B. bei Schadensregulierungsfragen – müssen z. B. Gutachten zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit sowie der Kausalität erstellt werden.

Weiterhin scheint es so, dass sich psychische und psychosomatische Probleme und Beschwerden in besonderer Weise dazu eignen, daraus einen subjektiven Vorteil, z. B. im Sinne von Entlastungen im Alltag (die Rücksichtnahme von Angehörigen), aber auch einen sekundären Krankheitsgewinn durch die Arbeitsunfähigkeit oder die Berentung zu erzielen.

Neben dem sicherlich nicht anzweifelbaren Sachverhalt, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen in unserer Lebenswelt mit ihrer Komplexität, Schnelligkeit, sozialen Unsicherheit und den damit verbundenen hohen Anforderungen an die Fähigkeit des Einzelnen zur Selbstregulierung und sozialen Adaptation, an Bedeutung zugenommen haben, ist die Relevanz, die diese in gutachterlichen Kontexten einnehmen, sicherlich auch in ihrer «Unschärfe» auf der diagnostischen Ebene begründet. Psychische und psychosomatische Störungen im Gesamt ihrer Symptome bieten sich in besonderer Weise als Begründungsmodelle für die Beanspruchung von Renten oder Schadensansprüchen an. Aber auch chronische körperliche Erkrankungen sind oftmals durch psychosomatische Komplikationen gekennzeichnet, aus denen sich entsprechende Rechtsansprüche grundsätzlich ableiten lassen.

So werden vielfach bei entsprechenden Rentenverfahren, wenn somatische Erkrankungen und damit verbundene Funktionsbeeinträchtigungen einen Rentenanspruch nicht rechtfertigen, psychische und psychosomatische Gründe oder Komplikationen als Begründung für rentenrechtlich relevante Leistungseinschränkungen vorgebracht. Dies gilt insbesondere für chronische Schmerzerkrankungen, bei denen auf der Ebene des körperlichen Substrates nur ungenügende Befunde erhoben worden sind, die eine relevante Leistungseinschränkung rechtfertigen würden.

Im sozialen Entschädigungsrecht, im Unfallrecht oder im Asylrecht ist die Frage, ob eine traumaassoziierte Störung (posttraumatische Belastungsstörung oder traumaassoziierte Anpassungsstörung) vorliegt, von besonderem Interesse. Auch hier stellt die «Weichheit» oder «Unschärfe» der diagnostischen Prozesse wie der gutachterlichen Entscheidungsfindung ein relevantes Problem für alle Beteiligten einschließlich der Gerichtsbarkeit dar, wobei sich die Konstellation oft noch durch ethische oder politische Aspekte (wie Gerechtigkeit) verschärft.

Vor diesem Hintergrund ist nur zu gut verstehbar, dass für die Begutachtung der Leistungsfähigkeit oder etwaiger Kausalitätszusammenhänge bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen die inhaltlichen Konzepte und die methodischen Standards so elaboriert und so klar wie möglich definiert und beschrieben werden müssen. Insbesondere die Kriterien, die zur Entscheidungsfindung führen, müssen expliziert und transparent sein.

Im Rahmen von Gutachten stellt sich regelhaft die Aufgabe, etwaige Tendenzen zur Symptomaggravation oder der Simulation von Beschwerden und deren Folgen abzuklären. Eine Reihe von einschlägigen Untersuchungen legen nahe, dass sich entsprechende Tendenzen nicht selten bei zu Begutachtenden finden. Nach Schätzungen (Stevens et al 2009) weisen bis zu 50 % der zu Begutachtenden eine relevante Tendenz zur Aggravation ihrer Beschwerden bzw. zur Dissimulation ihrer Leistungsfähigkeit auf.

Die Beurteilung etwaiger systematischer Aggravationstendenzen muss auf einer umfassenden Analyse unterschiedlicher Informationen (z. B. Interviewverhalten, Befunde der klinischen Untersuchung, testpsychologische Ergebnisse und Testverhalten) aufbauen. Nur unter der Berücksichtigung und angemessenen Integration unterschiedlicher Hinweise auf das Vorliegen von Aggravationstendenzen im konkreten Fall lässt sich diese Problematik einigermaßen angemessen beantworten.

Ein grundlegendes Problem der Validität der Begutachtung der Leistungsfähigkeit, aber auch der Kausalitätsfrage ist in der Komplexität dieser Konstrukte begründet. Die berufliche Leistungsfähigkeit ist durch soziale Umweltfaktoren (Verfügbarkeit und Art der Arbeit), iatrogene Faktoren, die ggf. über wiederholte – nicht oder nur eingeschränkt indizierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen – zur Chronifizierung führen, und soziale Netzwerkvariablen (die z. B. den Rentenwunsch unterstützen) mit beeinflusst. Individuelle Faktoren, zu denen Persönlichkeitsvariablen, konflikthaft gefärbte Motive und (Krankheits-) Verarbeitungsmechanismen sowie dysfunktionale Lernprozesse gehören, spielen bei der Entstehung und Entwicklung der psychischen oder psychosomatischen Krankheit sowie bei der Heraus-

bildung des subjektiven Leistungskonzeptes und -vermögens eine wichtige Rolle. Insbesondere die individuelle Bewertung des Leistungsvermögens wird durch motivationale Variablen bestimmt. Diese können jedoch sowohl bewusst (z. B. als rationale Bewertung der persönlichen Chancen, unter spezifischen Arbeitsbedingungen eine angemessene und persönlich umsetzbare Tätigkeit zu erhalten) als auch unbewusst (z. B. durch maladaptive regressive Prozesse infolge von psychischen Störungen) beeinflusst werden. Entlang unserer Erfahrungen als Gutachter finden sich bei vielen begutachteten Personen sowohl unbewusst als auch bewusst motivierte – aus der Sicht des Gutachters als nichtangemessen bewertete – subjektive Leistungskonzepte. Es soll hier jedoch noch einmal ausdrücklich betont werden, dass es bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in einer Vielzahl von Fällen zu einer «objektiven» Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder der Erwerbsfähigkeit kommen kann.

Die Begutachtung unterschiedlicher Fragestellungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist aufgrund der nur eingeschränkten Verfügbarkeit von adäquaten Methoden und Entscheidungskriterien, der komplexen Determiniertheit des Begutachtungsgegenstandes und der relativen «Weichheit» der zu bewertenden Variablen und Befunde insgesamt als komplex und schwierig anzusehen.

Bei der Entwicklung einer Begutachtungssystematik müssen unterschiedliche diagnostische Merkmalsbereiche berücksichtigt und beurteilt werden. Für einzelne diagnostische Kategorien mögen genügend valide Außenkriterien (z. B. für die Messung der Psychopathologie, Symptomatik oder psychischer Funktionen) vorliegen, jedoch existieren keine Messinstrumente, die das komplexe Merkmal der beruflichen Leistungsfähigkeit valide beurteilen lassen. Auch Assessment-Center, die im Schwerpunkt die körperliche Leistungsfähigkeit messen, haben nur eine eingeschränkte Aussagekraft für diese Fragestellung.

Darüber hinaus sollen nicht nur Querschnittsbewertungen (wie ist die Leistungsfähigkeit aktuell einzuschätzen) vorgenommen werden, sondern die berufliche Leistungsfähigkeit sollte immer auch in Bezug auf ihre zukünftige Entwicklung bewertet werden. So sind eigentlich prospektive Untersuchungen notwendig, die Aussagen über den Verlauf der Leistungsfähigkeit über die Zeit und über unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen erlauben. Letztlich wird es jedoch so sein, dass die Entwicklung der Leistungsfähigkeit durch eine Vielzahl von intervenierenden Variablen, wie z. B. das Fortschreiten von Chronifizierungsprozessen infolge der Rentengewährung, beeinflusst wird. Die Ergebnisse von prospektiven Studien wären darüber hinaus sicherlich auch in einem relevanten Ausmaß durch tendenzielle Haltungen der Untersuchten belastet. So bleibt zu resümieren, dass die Begutachtungen in dem hier diskutierten Problemfeld auch zukünftig durch eine Reihe von Unschärfen charakterisiert sein werden.

Im Schwerpunkt des vorliegenden Buches werden inhaltliche und methodische Standards der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit sowie von Kausalitätsfragen praxisnah dargestellt. Die Standards sind in einer breit angelegten multi-zentrischen Studie entwickelt und evaluiert worden und zeitparallel sowie inhaltlich

konvergent bei der Entwicklung der Leitlinie zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit sowie zur Begutachtung von Kausalitätsfragen erarbeitet worden. Die multizentrische Studie zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit wurde im Rahmen einer von der Dr. Karl-Wilder-Stiftung in den Jahren 2009–2010 geförderten multizentrischen und interdisziplinären Studie (Leitung: Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider) durchgeführt, und es wurde ein Leitfaden zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erstellt, der zukünftig als ein inhaltlicher und methodischer Standard der Begutachtung gelten sollte.

Zeitparallel hat eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe eine Leitlinie zur Begutachtung der «beruflichen Leistungsfähigkeit» und von «Kausalitätsfragen» bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen entwickelt. An der Leitlinienerstellung, die unter der Federführung von Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider (Rostock) und Prof. Dr. Peter Henningsen (München) erfolgt ist, haben Fachkollegen und -kolleginnen aus der Psychosomatischen Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Orthopädie und Klinischen Psychologie mitgearbeitet.

Diese Leitlinie ist von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), der Deutschen Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) und der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) autorisiert worden und von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) als S2K-Leitlinie (auf Konsensbildung beruhend) anerkannt worden.

Dabei haben wir die beiden inhaltlichen Themen (Konstrukte) der beruflichen Leistungsfähigkeit und der Kausalität expliziert und die relevanten Merkmale definiert und soweit als möglich operationalisiert, um zu möglichst reliablen und validen Messungen/Bewertungen zu kommen. Die Begutachtung gründet dabei auf unterschiedlichen Methoden (z. B. Systematisches Interview, testpsychologische Messungen, körperliche Untersuchung, Aktenlage), deren Ergebnisse abschließend in einer Gesamtschau kritisch bewertet werden müssen.

Unser Ziel – das wir hoffentlich erreicht haben – bestand darin, das Vorgehen bei der Begutachtung wie bei der gutachterlichen Entscheidungsfindung so transparent und nachvollziehbar wie möglich zu machen.

Dabei gehen wir davon aus, dass insbesondere das von uns entwickelte Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit sich nicht nur für die Bearbeitung von genuinen Begutachtungsfragestellungen eignet, sondern dass dieses auch einen Nutzen in klinischen und rehabilitativen Kontexten aufweist. So erweitert es den Blick in der psychotherapeutischen Arbeit um relevante psychosoziale Dimensionen, wie der beruflichen Adaptationsfähigkeit, die in die therapeutischen und rehabilitativen Zielsetzungen so früh wie möglich integriert werden können. Damit ist unser Ansatz nicht nur für Psychotherapeuten, Psychosomatiker oder Psychiater von Interesse, sondern auch beispielsweise für Betriebsmediziner, die mit Fragen der beruflichen

Rehabilitation von Mitarbeitern mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen befasst sind.

Die empirische Überprüfung des Leitfadens hat jedoch gezeigt, dass eine intensive und differenzierte Schulung der Gutachter in der Arbeit mit dem Leitfaden notwendig ist, um die diagnostische Erhebung und Entscheidungsfindung reliabel und valide zu gestalten.

Erste von uns durchgeführte Workshops haben gezeigt, dass ein reges Interesse an unserem Begutachtungsmodell bei unterschiedlichen Fachdisziplinen besteht. Dazu gehören ärztliche und psychologische Gutachter, Ärzte aus den Bereichen der Rehabilitation und Betriebsmedizin, Mitarbeiter der Rentenversicherer und Privatversicherer sowie Juristen (Richter und Rechtsanwälte), die mit einschlägigen Themen befasst sind.

Im vorliegenden Buch werden eine breite Palette von theoretischen und methodischen Problemen und Aspekten der Begutachtung ausführlich und kompetent erörtert. Bemerkenswert ist m. E., dass nicht nur die beiden «Leitlinienbausteine» ein Ergebnis einer intensiven und breiten Diskussion aller an deren Erstellung beteiligten Kolleginnen und Kollegen sind, sondern dass insbesondere auch die methodologischen Aspekte vielfach und durchaus phasenweise divergent diskutiert worden sind. Der besondere Reiz bestand dabei darin, dass an diesen Diskussions- und Klärungsprozessen kompetente Vertreter unterschiedlicher Fachgruppen (siehe oben) beteiligt waren, die zum Teil durchaus divergente Verständnis- und Herangehensweisen an unsere Thematik aufweisen; dies gilt insbesondere für die medizinischen und psychologischen Disziplinen. Diese Erfahrungen haben jedoch nicht nur die Qualität unserer Arbeitsergebnisse substanziell verbessert, sondern den an unseren Projekten beteiligten Wissenschaftlern, Gutachtern und Klinikern vertiefendes Verständnis für die Perspektive anderer Fachdisziplinen vermittelt.

Abschließend möchte ich allen Kolleginnen und Kollegen, die zum Gelingen des komplexen Begutachtungsprojektes und der Erstellung des vorliegenden Buches beigetragen haben, herzlich für ihr Engagement danken. Weiterhin der Dr. Karl-Wilder-Stiftung für die finanzielle Unterstützung der multizentrischen Studie, die wir ohne eine finanzielle Förderung nicht in dieser Weise hätten umsetzen können.

Ich hoffe, dass dieses Buch für den Leser interessant ist und unser Begutachtungsmodell dazu beiträgt, den Begutachtungsprozess und seine Ergebnisse valider, transparenter und damit auch «gerechter» werden zu lassen.

Wir gehen davon aus, dass bei allen Beschränkungen die hier dar gestellten Ansätze zukünftig einen Qualitätsstandard bei der Begutachtung der entsprechenden Problemstellungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen darstellen und eine breite Anwendung in unterschiedlichen medizinischen, psychologischen und rechtlichen Kontexten finden werden.

Rostock, im Februar 2012
Wolfgang Schneider

Literatur

Stevens A, Friedel E, Mehren G, Merten T (2008) Malingering and uncooperativeness in psychiatric and psychological assessment: Prevalence and effects in a German sample of claimants. *Psychiatry Research* 157: 191–200

Teil 1

Theoretische Aspekte

1 Die psychosozialen Hintergrundbedingungen von Begutachtungsfragestellungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Wolfgang Schneider

1.1 Einleitung

Begutachtungsfragen nehmen in unterschiedlichen Kontexten und Rechtsgebieten eine wachsende Bedeutung ein. Dabei spielen die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen eine zahlenmäßig bedeutende Rolle, die sich unter anderem aus den im Folgenden dargelegten Aussagen zur Relevanz dieser Erkrankungen erklärt.

Epidemiologische Schätzungen der WHO gehen davon aus, dass die Jahresprävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen der europäischen Bevölkerung bei ca. 30% liegt (Wittchen und Jacobi, 2005). Aktuelle epidemiologische Daten für Deutschland, die im Rahmen der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie zur Gesundheit Erwachsener, erweitert um den Zusatzmodul Mental Health (DEGS1-MH; Jacobi et al., 2013) erhoben worden sind, schätzen die Einjahres-Prävalenzrate einer beliebigen psychischen Erkrankung in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung auf 27,7%. Dabei finden sich jedoch große zahlenmäßige Unterschiede zwischen den einzelnen Störungsgruppen. Die höchste Prävalenz weisen die Angststörungen mit 15,3% auf, gefolgt von den affektiven Erkrankungen (9,3%) und den Störungen durch Substanzgebrauch (5,7%). Zugleich belegt die Studie eine hohe Komorbiditätsrate. Nur etwa die Hälfte der als psychisch erkrankt identifizierten Personen wies nur eine psychische Erkrankung auf. Untersucht in dieser Studie wurde eine repräsentative Stichprobe mit 5317 Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren.

Die Arbeitsunfähigkeitszeiten haben von 1996 bis heute kontinuierlich abgenommen, was wohl als Ausdruck des hohen Druckes auf dem Arbeitsmarkt zu werten ist. Dem gegenüber haben sich die AU-Zeiten für die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt. Die Dauer der AU-Schreibungen wegen psychischer Erkrankungen liegt im Mittel auch deutlich über der Dauer der AU-Zeiten anderer Erkrankungen, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass die Zahlen über die Krankenkassen u. a. in Abhängigkeit von der Versicherungsstruktur (z. B. dem Alter der Versicherten) variieren. Bemerkenswert ist im Weiteren, dass Erwerbslose nahezu doppelt so häufig arbeitsunfähig geschrieben werden als erwerbstätige Individuen. Die Bedeutung psychischer Erkrankungen im System der medizinischen Versorgung zeigt sich auch darin, dass sich die Verschreibungen von Antidepressiva sich zwischen 2000 und 2010 verdoppelt haben (Techniker Krankenkasse, 2010).

Auch bei den Erwerbsunfähigkeitsrenten stellen die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen die zahlenmäßig größte Krankheitsgruppe sowohl in Deutschland als auch in der gesamten EU dar. Bei den Zugängen zu Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2013 hatten etwa 42 % die Erstdiagnose einer psychischen Erkrankung; 48 % bei den Frauen und ca. 35 % bei den Männern (Bundespsychotherapeutenkammer, 2014). Wenn weiter berücksichtigt wird, dass den psychosozialen Faktoren auch ein großer Einfluss auf die Chronifizierungsprozesse von Organerkrankungen zukommt, ist zu vermuten, dass auch bei Rentenanträgen bei diesen Erkrankungen psychosomatische Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Auch bei den Anträgen auf Gewährung einer privaten Berufsunfähigkeitsrente sind die psychischen und psychosomatischen Krankheiten bzw. psychosomatische Komplikationen bei chronischen Organerkrankungen von besonderer Relevanz (s. Kap. 13).

Wenn heute oftmals in unterschiedlichen Foren, den Medien und in der Sozialpolitik formuliert wird, dass psychische Erkrankungen an Häufigkeit zunehmen würden, muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich in den letzten zwei Jahrzehnten die öffentliche Sensibilität für die Wahrnehmung und Benennung von psychosozialen Problemen erhöht hat, und dass wohl auch die Kompetenz und Bereitschaft von Ärzten angestiegen ist, eine psychische oder psychosomatische Erkrankung zu diagnostizieren.

Im Folgenden möchte ich mich mit den gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen der Entstehung und des Verlaufs von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen befassen. Diese interagieren vielfältig und hoch komplex und im Einzelfall wird das Bedingungsgefüge psychischer Erkrankungen sowie dessen Auswirkungen auf die psychosoziale Anpassungsfähigkeit des Individuums durchaus verschieden sein. Es geht in den nächsten Abschnitten darum, relevante Akzentuierungen der Wechselwirkung zwischen der Gesellschaft und ihren Institutionen sowie dem Individuum aufzuzeigen, die für die Entstehung, die Chronifizierung und letztlich für den Anspruch bzw. die Motive des Einzelnen von Bedeutung sind, aufgrund seiner Erkrankung eine Rente jedweder Art oder eine Entschädigung zu

erhalten. Dabei werde ich erfahrungsgeleitet und hypothesenhaft argumentieren und mich nicht an empirischen Befunden im engeren Sinne orientieren. Statistisch gesichertes Wissen zu derart komplexen Sachverhalten liegt nicht oder nur partiell vor. Für viele der von mir dargelegten Hypothesen zum Einfluss sozialer Faktoren auf die psychosoziale Befindlichkeit von Individuen und deren Adaptionsfähigkeit gibt es zwar ausschnittsweise empirische Belege, aber eine in sich geschlossene empirisch gesicherte Herleitung meiner Hypothesen wäre nicht möglich. Aber entlang klinischer Erfahrungen im Feld der Psychotherapie/ Psychosomatik, den Erfahrungen als Gutachter und dem Interesse für soziale und sozialwissenschaftliche Themenstellungen lassen sich doch wichtige Dimensionen der Verschränkung von sozialen und individuellen Faktoren aufzeigen, die letztlich oftmals dazu führen, dass ursprünglich soziale Problemstellungen (z. B. Arbeitslosigkeit, reale oder befürchtete existenzielle Not von Selbstständigen) sich in einem komplexen Prozess, an dem unter anderem unterschiedliche Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems beteiligt sind, vordergründig in medizinische Probleme verwandeln. Wir sprechen dann vom Vorliegen von etwaigen chronischen Erkrankungen und prüfen beispielsweise bei der Begutachtung, ob ein Individuum einen Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder auf eine private Berufsunfähigkeitsrente hat. Die im Folgenden dargestellten psychosozialen Wechselwirkungen sollten von allen mit Fragen der Begutachtung, aber auch der Behandlung von Individuen befassten Personen (z. B. Ärzte, Psychotherapeuten) sowie auch gesellschaftlichen Institutionen und privaten Organisationen kritisch reflektiert werden. Zu Letzteren gehören zum Beispiel die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialämter oder Jobcenter, das medizinische Versorgungssystem (z. B. die ärztliche Versorgung, Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen), die Sozialversicherer, die Privatversicherer und auch die Gerichte. Bei den Begutachtungsverfahren spielen dabei die unterschiedlichen Gerichte, die oftmals letztlich entscheiden, ob einem Anspruch stattgegeben wird oder nicht, eine zentrale Rolle. Selbstverständlich weisen die unterschiedlichen Institutionen ihre eigene Rationale und Handlungslogik auf, die allzu oft m. E. dazu führt, dass Ansprüche und Forderungen, aber auch Wünsche von Individuen auf irgendwelche Arten von Entschädigung gegenüber der eigenen Institution abgewehrt werden. Gesellschaftlich besteht jedoch eine Verantwortung gegenüber dem Einzelnen, diesen davor zu «schützen», dass aus realen sozialen Notlagen psychische Erkrankungen resultieren. Gleichzeitig besteht jedoch auch die Notwendigkeit, das Risiko zu minimieren, dass ungerechtfertigt und bewusstseinsnah – durch die Erzielung eines «Krankheitsgewinns» – motivierte Ansprüche durch Entschädigungen oder Renten erfüllt werden.